

Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland

Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen

Kurzprotokoll des Expertenworkshops vom 11. 9. 2009
(9:00 - 15:00 Uhr)

Veranstaltungsort: Auditorium Friedrichstraße
Friedrichstr. 118, 10117 Berlin

Im Rahmen des vom IGES Institut veranstalteten Workshops haben Prof. Dr. Rürup, Prof. Dr. Wille das DIW Berlin und das IGES Institut die zentralen Ergebnisse ihres Forschungsberichts "Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland" vorgestellt und mit Experten diskutiert. Der Bericht war im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen erstellt worden. Er wurde am 21. Juli 2009 mit einer gemeinsamen Pressemitteilung des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht. Der Bericht lag den Diskutanten vor.

Eingeleitet wurde die Veranstaltung durch Grußworte von Dr. Lindlar vom Bundesministerium der Finanzen als dem Auftraggeber und von Dr. Schölkopf vom Bundesministerium für Gesundheit, welches das Forschungsvorhaben fachlich begleitet hatte. Für das Bundesministerium der Finanzen stelle die umfassende Beschäftigung mit der Ausgabenseite des Gesundheitswesens ein Novum dar, dessen Bedeutung Dr. Lindlar im Zusammenhang mit den ordnungs- und finanzpolitischen Implikationen der Organisation des Gesundheitswesens verdeutlichte. Bei der fachlichen Begleitung des Forschungsvorhabens arbeiteten beide Ministerien gut zusammen, wie Dr. Schölkopf betonte.

Die zentralen Ergebnisse des Forschungsberichts wurden in fünf thematische Abschnitte gegliedert, die jeweils von einem der Autoren des Forschungsberichts präsentiert und von einem Koreferenten diskutiert wurden. Diskussionen mit den übrigen Teilnehmern fanden jeweils nach den Koreferaten und ausführlicher nach dem fünften thematischen Abschnitt statt. Sie wurden von Herrn Neubacher (Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“) moderiert.

Bestandsaufnahme und Stand der Wettbewerbsorientierung (Kapitel 1 und 2 des Forschungsberichts)

Dr. Albrecht vom IGES Institut präsentierte die wesentlichen Ergebnisse zu Art und Ausmaß von Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem sowie zum Stand der Wettbewerbsorientierung. Effizienzpotenziale gebe es im stationären und ambulanten Bereich (Bettendichte und -auslastung, Arztkontaktrate), was sich aus internationalen Vergleichen ableiten lasse. Es gebe aber auch erhebliche methodische Probleme, Effizienzreserven im Gesundheitswesen belastbar zu quantifizieren. Nach Ansicht der Gutachter haben die jüngsten Gesundheitsreformen die wettbewerblicher Spielräume ausgeweitet, was insbesondere auf dem Arzneimittelmarkt und bei den Angebotsstrukturen in der medizinischen Versorgung erkennbar sei. Substantielle Effizienzgewinne seien hingegen noch nicht nachweisbar.

In seinem Koreferat hinterfragte Prof. Busse (TU Berlin), ob Wettbewerb tatsächlich geeignet sei, Qualität und Effizienz von Gesundheitssystemen zu steigern. Im Hinblick auf mögliche Effizienzpotenziale im Krankenhaussektor verwies er auf die vergleichsweise geringen Fallkosten in Deutschland. Skepsis sei gegenüber einer Ausweitung von Selektivverträgen angebracht, weil der größte Teil der Leistungsausgaben auf eine kleine Gruppe von schwerkranken Versicherten entfalle. Ein Großteil der Versicherten komme für eine selektivvertragliche Versorgung kaum in Frage, gleichzeitig seien Selektivverträge aufwändig. Erfahrungen aus der Schweiz zeigten, dass eine Einschränkung der Wahlfreiheit bei den Versicherten durch lenkende Versorgungsformen unpopulär sei. Prof. Wille verwies in der Diskussion darauf, dass nicht geklärt sei, ob der Rückgang von Managed Care-Ansätzen ("HMO") auch in der Schweiz primär auf neuartige Vergütungsformen ("Capitation") oder auf die Einschränkungen der Wahlfreiheit von Patienten zurückzuführen sei.

Stationäre Versorgung

(Kapitel 3 des Forschungsberichts)

Prof. Häussler vom IGES Institut präsentierte den Vorschlag der Gutachter, die Spielräume für Preiswettbewerb zwischen Krankenhäusern auszuweiten. Mehr Preisdifferenzierung für stationäre Leistungen widerspreche nicht dem gesundheitspolitischen Leitbild "gleicher Preis für gleiche Leistung", weil die Leistungen trotz einheitlicher Leistungsdefinition durch das DRG-Fallpauschalensystem nicht vollkommen gleichwertig seien, da es zum Teil ausgeprägte Unterschiede der Qualität sowie der Nachfragepräferenzen gebe. Die Einführung einheitlicher DRG-Fallpauschalen sei dennoch ein wichtiger Schritt zu einem effizienten Preiswettbewerb gewesen, da sie Kostenunterschiede überhaupt erst transparent gemacht habe. Vor allem wegen der mangelnden Qualitätstransparenz sei ein Qualitätswettbewerb ohne Preise als gestaltbarer Wettbewerbsparameter unzureichend. Er sprach sich daher für eine kontrollierte Erweiterung preiswettbewerblicher Spielräume unter Beibehaltung des DRG-Systems als maßgebliches Referenzpreissystem aus, wonach sowohl Abschläge als auch Aufschläge auf die DRG-Fallpauschalen möglich sein sollen und Preisdifferenzierungen für alle Vertragspartner nach einheitlichen Regeln vorzunehmen wären. Zudem plädierte er für selektive Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zur Vereinbarung abweichender Preise.

Prof. Lohmann (Lohmann konzept GmbH) äußerte in seinem Koreferat Zweifel, ob es bei der stationären Versorgung die größten Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen gebe. Er teilte die Einschätzung, dass die Einführung des DRG-Systems eine wesentliche Strukturreform im Kran-

kenhaussektor sei; für darüber hinaus gehende Steuerungszwecke sei es ungeeignet. Eine stärkere Preisdifferenzierung sei daher ein vernünftiger Vorschlag. Die Krankenhausplanungen würden, anders als die Gutachter dies sehen, nur noch geringe Wirkungen entfalten. Viel wichtiger sei die Entwicklung sektorübergreifender Preis- und Vergütungssysteme.

In der Diskussion kritisierten Herr Einwag (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft) und Frau Fischer (Barmer Ersatzkasse), dass die positiven Wirkungen des Qualitätswettbewerbs von den Gutachtern unterschätzt würden. Herr Einwag sah auch die Wirkungen des DRG-Systems als unterschätzt an. Er zweifelte an, ob höhere Preise für Krankenhausleistungen durchsetzbar seien. Ebenso wie Herr Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft) verwies er auf das relativ geringe Ausgabenniveau für Krankenhausleistungen in Deutschland.

Selektivverträge

(Kapitel 4 des Forschungsberichts)

Prof. Wille (Universität Mannheim) betonte, dass nur eine begrenzte Zahl der gesetzlich vorgesehenen besonderen Versorgungsformen sektorübergreifende Behandlungen ermöglichen. Der Gesetzgeber habe durch die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren geschaffen, jedoch fehle es an adäquaten Rahmenbedingungen für einen intensivierten Vertragswettbewerb. Dies betreffe die geringe Transparenz über die Versorgungsqualität und den Mangel an Evaluationen, die Qualitätsorientierung und Innovationen hemmende Finanzierung (u.a. Probleme bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen) sowie das fehlende Konzept einer gleichzeitig kollektiv- und selektivvertraglich organisierten Versorgung. Prof. Wille empfahl u.a. die Errichtung eines Systems von validen Qualitätsindikatoren, obligatorische Evaluationen, vereinheitlichte Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Sektoren bei Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Genehmigung neuer Behandlungsmethoden. Er forderte einen ergebnisoffenen Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung sowie gleiche Chancen für alle besonderen Versorgungsformen ohne Zwang zum Angebot einer speziellen Variante (§ 73b SGB V).

Prof. Amelung (Bundesverband Managed Care) stimmte vielfach überein. Mit Blick auf das Ziel einer stärkeren Wettbewerbsorientierung argumentierte er, dass dezentrale Vertragsverhandlungen nicht für alle Leistungsbe-
reiche des Gesundheitswesens optimal seien (z. B. nicht für Palliativmedizin, aber für Zahnersatz). In einem Diskussionsbeitrag warf Dr. von Stillfried (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) die Frage auf,

warum es international nur wenig Erfahrung mit erfolgreichen Ansätzen einer integrierten Versorgung gebe.

Kartellrecht

(Kapitel 5 des Forschungsberichts)

Dr. Kuchinke (DIW econ) betonte zum Thema "Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor", dass der neu geschaffene Rechtsrahmen nicht nur wettbewerbliche Handlungsspielräume erweitern, sondern diese auch durch wettbewerbsrechtliche Instrumente schützen müsse. Nach Einschätzung der Gutachter gebe es mehrere Wettbewerbsbeschränkungen, die teilweise aus der Historie der GKV (Kollektivverträge), teilweise aber auch aus einer unvollständigen Anwendung wettbewerbsrechtlicher Instrumente resultieren (fehlendes Kartellverbot für Krankenkassen bei Selektivverträgen). Die Gutachter empfehlen, den Wettbewerb durch konsequente Anwendung des GWB (Kartellverbot, Missbrauchsaufsicht, Fusionskontrolle) auf der Anbieter- und Versicherungsseite zu schützen. Das Vergaberecht sei zum Schutz des Wettbewerbs weniger geeignet, auch weil es der Komplexität selektiver Verträge nicht gerecht werden könne.

Der Koreferent Dr. Wiesner (Bundeskartellamt) unterstützte grundsätzlich die wettbewerbsökonomischen Schlussfolgerungen des Forschungsberichts. Wo es Wettbewerb gebe, müssten auch Mechanismen zum Schutz von Wettbewerbern und Verbrauchern existieren. Allerdings stellte er einige wettbewerbsrechtliche Aussagen der Gutachter klar. Dem GWB liege ein funktionaler Unternehmensbegriff zugrunde, wonach jede Körperschaft des öffentlichen Rechts immer dann als Unternehmen einzustufen sei, wenn sie sich durch Angebot oder Nachfrage wirtschaftlich betätige. Für die Krankenkassen gelte dies zweifelsohne auf der Nachfrageseite. Die Nicht-Anwendung des Kartellverbots beruhe auf einem konstitutiven Ausschluss des GWB durch das Sozialgesetzbuch (§ 69 SGB V). Auch die Rechtsprechung durch den EuGH nehme die Nachfragetätigkeit der Krankenkassen weitgehend von der Anwendung des europäischen Wettbewerbsrechts aus. Die grundsätzliche Anwendung der Vorschriften der Fusionskontrolle auf die Krankenkassen könne mit der grundsätzlich unternehmerischen Nachfragetätigkeit der Krankenkassen begründet werden. Vor diesem Hintergrund sei ein Verzicht auf Sonderregelungen des § 69 SGB V wünschenswert.

Dr. Wiesner verwies darauf, dass das Kartellverbot auf Seiten der Leistungsanbieter eine ganze Reihe von Anwendungen erfahre. Der Forschungsbericht gehe hierauf nicht ein, was auf die überwiegend nicht förmlichen und veröffentlichten Entscheidungen zurückzuführen sei. Der Vor-

rang des Vergaberechts bei einem Teil der Selektivverträge sei vor allem auf europarechtliche Vorgaben zurückzuführen, aus Sicht des Bundeskartellamtes auch unabhängig davon notwendig, um ein transparentes und diskriminierungsfreies Beschaffungsverfahren zu gewährleisten. Gleichwohl sei die Frage diskussionswürdig, wie die vergaberechtlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich auszulegen seien. Die Zuweisung von Rechtsstreitigkeiten an die Sozialgerichte durch den Gesetzgeber sei hierbei, wie auch die Gutachter betonten, wenig hilfreich.

In der Diskussion stellte Dr. von Stillfried (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) die Vereinbarkeit von Kartellrecht und populationsbezogener Versorgung in Frage. Dr. Schölkopf (BMG) und Prof. Henke (TU Berlin) fragten, warum die PKV nicht in die wettbewerbsrechtliche Analyse mit einbezogen worden sei. Von den Gutachtern wurde dies mit der notwendigen Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes begründet. Prof. Rürup wies in diesem Zusammenhang auf die spezifische Form der PKV in Deutschland hin (substitutiv, kapitalgedeckt), die nicht den Anspruch erheben könne, die zwangsläufige Form einer privaten Krankenversicherung zu sein.

Implikationen für die Finanzpolitik (Kapitel 6 des Forschungsberichts)

Bei der Bewertung der finanzpolitischen Implikationen kritisierte Prof. Rürup das vom BMF verwendete Konzept der Tragfähigkeitslücke. Zur Beurteilung von Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen sei es nicht geeignet. Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen könnten zwar zur Verringerung der Tragfähigkeitslücke beitragen, aber auch zu ihrer Vergrößerung, falls die Lebenserwartung dadurch steige. Für die Beurteilung der Nachhaltigkeit der Finanzierung sei zu beachten, dass ganz oder teilweise steuerfinanzierte Systeme eher zur Unterfinanzierung neigten als beitragsfinanzierte. Mit der vorgezogenen Erhöhung des Bundeszuschusses im Rahmen des zweiten Konjunkturpakets würden im Zeitraum 2009 bis 2015 etwa 29 Mrd. Euro zusätzlich an Steuermitteln in die Finanzierung der GKV fließen. Es bestehe ein Risiko, dass sich der Bundeszuschuss zu einem fiskalischen Lückenfüller entwickle, zumal gegenwärtig das alternative Finanzierungsinstrument der Zusatzbeiträge auch aus politischen Gründen praktisch keine Anwendung finde. Um die Risiken für die Tragfähigkeit des öffentlichen Gesamthaushalts zu verringern, müsse das Prinzip der Beitragsfinanzierung gestärkt werden und für Steuerzuschüsse eine Regelbindung gelten. Eine Regelbindung könne sich entweder an nicht morbiditätsbezogenen Leistungen oder an "versicherungsfremden" Umverteilungen orientieren. In diesem Zusammenhang müssten auch die Länder mehr Ver-

antwortung bei der Finanzierung übernehmen. Dies könne im Rahmen einer Umstellung der gegenwärtig dualen auf eine monistische Krankenhausfinanzierung geschehen.

Aus Sicht von Koreferent Prof. Henke (TU Berlin) wäre eine umfassendere Perspektive des Forschungsberichts wünschenswert gewesen, die die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche stärker thematisiere. Zur Bewertung der finanzpolitischen Implikationen hätten auch angrenzende Bereiche wie die Unfallversicherung, die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger, die Pflegeversicherung, die Lohnfortzahlung sowie die zunehmenden privaten Ausgaben einbezogen werden sollen. Prof. Henke regte an, sich verstärkt mit Fragen der steuerpolitischen Behandlung des Gesundheitssektors zu befassen.

Abschlussdiskussion

Prof. Wille wandte sich gegen den Vorwurf, ein steuerfinanzierter sozialer Ausgleich sei unzuverlässig und verwies darauf, dass regelgebundene Steuerzuschüsse in konjunkturell ungünstigen Zeiten als automatische Stabilisatoren wirken könnten, während Beitragssatzsteigerungen und/oder Leistungskürzungen in solchen Zeiten prozyklisch wirkten. Prof. Rürup kritisierte, dass heute teilweise von denselben Gesundheitspolitikern, die im Rahmen der Debatte über eine Finanzierungsreform der GKV im Zeitraum 2003 bis 2005 eine Steuerfinanzierung des sozialen Ausgleichs aus verteilungspolitischen Gründen vehement ablehnten, nun eine stärkere Steuerfinanzierung der GKV wegen größerer Verteilungsgerechtigkeit (quasi als pragmatische Annäherung an eine Bürgerversicherung) forderten.

Als Beispiel für mangelnde Nachhaltigkeit durch fehlende Regelbindung nannte Prof. Rürup das jüngste, konjunkturpolitisch motivierte Vorziehen des Steuerzuschusses. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Nominalwert von 0,6 Beitragssatzpunkten in einigen Jahren höher liege als heute. Somit verringere dieser zusätzliche Steuerzuschuss die Nachhaltigkeit der einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung. Herr Weller (GKV-Spitzenverband) wies darauf hin, dass auch ohne Regelbindung jede weitere Erhöhung des Steuerzuschusses an die GKV zunehmend begründungspflichtig würde. Dr. von Stillfried (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) erwartet eine weitere Politisierung der GKV durch Gewährung des Steuerzuschusses nach jeweiliger politischen Willenslage.

Als weiteren Prüf- bzw. Forschungsbedarf nannte Dr. Schölkopf (Bundesministerium für Gesundheit) im Schlusswort u.a. die Frage, wo die Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen liegen. Dies gelte für die Anwendung des Kartellrechts, die Ausweitung von Selektivverträgen und die damit verbundenen Transaktionskosten sowie die Zunahme an Komplexität

bei Überwindung der Sektorgrenzen und Angleichung von Vergütungssystemen (z. B. durch Komplexpauschalen). Dabei sei zu beachten, dass die Gesundheitsversorgung vielfach nicht mit anderen Wirtschaftsbereichen vergleichbar sei und Wettbewerb sich dort in einem solidarischen Ordnungsrahmen vollziehen müsse. Dr. Gerhardt (Bundesministerium der Finanzen) verwies darauf, dass die künftige Ausgestaltung und Beurteilung von Gesundheitsreformen für das Bundesministerium der Finanzen einen sehr hohen Stellenwert habe. Der Forschungsbericht habe hierzu wichtige Ergebnisse und Einschätzungen geliefert. Eines der zentralen Ergebnisse sei etwa, dass der Föderalismus in Deutschland Probleme im Gesundheitswesen verursache, die seit Jahren bekannt seien, deren Lösung aber immer noch nicht in Angriff genommen worden seien.

Teilnehmer

Dr. Martin Albrecht
IGES Institut

Prof. Volker E. Amelung
MH Hannover und Vorsitzender des Bundesverbands Managed Care

Prof. Pio Baake
DIW

Silke Baumann
Bundesministerium für Gesundheit

Susanne Becker
Bundesministerium für Gesundheit

Marion Bender
Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie

Friederike Botzenhardt
Bundesministerium für Gesundheit

Prof. Reinhard Busse
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin

Matthias Einwag
Verbandsdirektor Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.

Dr. Margot Fälker
Bundesministerium für Gesundheit

Birgit Fischer
Stellv. Vorstandsvorsitzende Barmer Ersatzkasse

Dr. Thomas Gerhardt
Bundesministerium der Finanzen

Prof. Bertram Häussler
IGES Institut

Dr. Lars Handrich
DIW Econ

Detlev Heins
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Prof. Klaus-Dirk Henke
Fachgebiete Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, TU Berlin

Dr. Björn Kuchinke
DIW econ

Dr. Marc Kurepkat
Vorstand der MediPlaza AG

Dr. Rüdiger Leidner
Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie

Dr. Ludger Lindlar
Bundesministerium der Finanzen

Prof. Heinz Lohmann
Geschäftsführer der LOHMANN konzept GmbH

Teilnehmer

Dr. Alexander Müller
Bundesministerium der Finanzen

Alexander Neubacher

Hans-Walter Obert
Bundesministerium für Gesundheit

Bettina am Orde
Leiterin des Referats Krankenversicherungsrecht und Aufsicht
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Dr. Anke Rahmel
Manager Public Affairs Policy Affairs, Pfizer Deutschland GmbH

Prof. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Prof. Bert Rürup
IGES Institut

Henning Schaaff
Bundesministerium der Finanzen

Franz-Heinrich Schäfer
Bundesministerium für Gesundheit

Karl-Heinz Schönbach
Leiter der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK Bundesverbandes

Dr. Martin Schölkopf
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Dominik Graf von Stillfried
Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der
Bundesrepublik Deutschland

Dr. Timm Volmer, MPH
Managing Director Wyeth Pharma GmbH

Alexander Wanner
Bundesministerium für Gesundheit

Michael Weller
Leiter der Stabsstelle Politik im GKV-Spitzenverband

Prof. Christian Wey
DIW

Dr. Till Wiesner
Referent beim Bundeskartellamt

Prof. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Finanzwissenschaft, Universität Mannheim

Workshop Programm

14:00-15:00

Abschlussdiskussion

14:00 Diskussion: Ergebnisse des Workshops Moderation: Alexander Neubacher

14:45 Kurzes Schlusswort Bundesministerium Dr. Thomas Gerhardt
der Finanzen

Kurzes Schlusswort Bundesministerium Dr. Martin Schölkopf
für Gesundheit

15:00

Ende der Veranstaltung