

Schriften des Vereins für Socialpolitik

Band 327

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Von

Josef Beutelmann, Franz Knieps, Ilona Köster-Steinebach,
Marcel Mangen, Axel Munte, Peter Oberender,
Fritz Oesterle, Herbert Rebscher, Ulrich Weigeldt,
Jürgen Zerth

Herausgegeben von
Peter Oberender



Duncker & Humblot · Berlin

Schriften des Vereins für Socialpolitik
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Neue Folge Band 327

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Neue Folge Band 327

Wettbewerb
im Gesundheitswesen



Duncker & Humblot · Berlin

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Von

Josef Beutelmann, Franz Knieps, Ilona Köster-Steinebach,
Marcel Mangan, Axel Munte, Peter Oberender,
Fritz Oesterle, Herbert Rebscher, Ulrich Weigeldt,
Jürgen Zerth

Herausgegeben von
Peter Oberender



Duncker & Humblot · Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen
Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten

© 2010 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fremddatenübernahme und Druck:

Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin

Printed in Germany

ISSN 0505-2777

ISBN 978-3-428-13305-5

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☼

Internet: <http://www.duncker-humblot.de>

Vorwort

Das Gesundheitswesen hat sich innerhalb weniger Jahre zu einem wichtigen Feld der wirtschaftspolitischen Debatte entwickelt. Dabei greifen zwei Entwicklungslinien ineinander über. Einerseits entwickelt sich das Gesundheitswesen als Ganzes immer mehr zu einer Gesundheitswirtschaft, wo Wachstums- und Entwicklungsprozesse eine begleitende Wettbewerbsordnung benötigen. Andererseits ist der innere Kern des Gesundheitswesens, das solidarisch finanzierte System der gesetzlichen Krankenversicherung, einem stetigen Reformdruck ausgesetzt. Gerade die Frage, wie Wettbewerbsregeln einerseits und die Garantie sozialer Sicherheit andererseits ausgestaltet werden können, beherrscht die gesundheitspolitische Debatte. Dabei ist wettbewerbstheoretisch die Frage zu klären, welche Analogien des allgemeinen Wettbewerbsrechts, sei es im Bereich der Fusionskontrolle, bei der Frage abgestimmten Verhaltens oder Aspekte des Behinderungswettbewerbs, übertragbar sind.

Die Beispiele zur Fusionskontrolle bei ausgesuchten regionalen Übernahmeversuchen durch private Krankenhauskonzerne haben beispielsweise die Frage in den Mittelpunkt gestellt, welche Konzepte der Marktabgrenzung für ein Gesundheitswesen relevant und adäquat sein können, das einerseits Wettbewerb befördern will, andererseits einer regionalen Zugangsgarantie das Wort redet. Darüber hinaus unterliegen die gesetzlichen Krankenversicherungen trotz breiterer Öffnungsklauseln zugunsten selektiver Vertragsoptionen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen in den meisten Fällen nicht dem Wettbewerbsrecht, sondern dem Sozialrecht bzw. das Wettbewerbsrecht soll analog von Sozialgerichten berücksichtigt werden. Beide Beispielfälle kennzeichnen die Spannweite der aktuellen Auseinandersetzung im Gesundheitswesen, das auch immer wieder mit der Frage konfrontiert ist, welche langfristige Ausrichtung die Gesundheitsversorgung einnehmen soll.

Die Arbeitsgruppe Wettbewerb des Wirtschaftspolitischen Ausschusses im Verein für Socialpolitik hat ihre Jahrestagung 2009 am 23. und 24. März 2009 in Leipzig der Frage „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ gewidmet. Die auf der Tagung gehaltenen Referate werden mit diesem Band einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht und sollen insofern erste Ausgangspunkte einer intensiveren wissenschaftlichen Debatte über die Wettbewerbspolitik im Gesundheitswesen sein. Dabei bilden die Beiträge vornehmlich den Blick der Praxis ab und sollen somit in Kombination mit den wissenschaftlichen Grundprinzipien, die im Eingangsreferat deutlich werden, aktuelle Problemstellungen im Gesundheitswesen Deutschlands beleuchten und mögliche Lösungsstrategien skizzieren.

Im Eingangsreferat führen *Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender* und *Dr. Jürgen Zerth* (Universität Bayreuth) in die Bedingungsfaktoren für eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen ein. Dabei nehmen sie auch explizit Bezug auf die Umsetzung der Wettbewerbsordnung in Deutschland nach Einführung des Gesundheitsfonds.

Anhand eines gesundheitspolitischen Rückblicks auf die Entwicklungstendenzen der deutschen Gesundheitspolitik vom strengen Kollektivsystem zu einem System wachsender wettbewerblicher Vertragsmöglichkeit zeichnet *Franz Knieps* (ehem. Bundesgesundheitsministerium, Bonn/Berlin) den Stand der Gesundheitspolitik aus Sicht der Gesundheitspolitik nach. Dabei sieht er den Weg zu einer wettbewerblichen Neuorientierung als laufenden Prozess.

Im folgenden Beitrag erörtert *Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher* (Vorstandsvorsitzender der DAK, Hamburg) Möglichkeiten und Grenzen einer „Effizienzorientierung“ im Gesundheitswesen und legt dabei die Idee eines „Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren“ zugrunde. Im Gesundheitswesen muss besonders berücksichtigt werden, dass die Nachfrageseite aus Versicherten und Patienten besteht, beide Interessenlagen jedoch häufig nicht konform sind. Darüber hinaus sind auch etablierte „Effizienzmaßstäbe“ kritisch zu hinterfragen, wenn die besondere Rolle des Arztes beim Einweisungsverhalten und somit bei der Konkretisierung der Nachfrageentscheidung analysiert wird.

Mit einem Plädoyer für eine ganzheitliche Wettbewerbsordnung, die sowohl für die Gesetzliche Krankenversicherung als auch für die Private Krankenversicherung gültig ist, schließt sich *Dr. h.c. Josef Beutelmann* (Vorstandsvorsitzender der Barmenia Versicherungen) an. Die bisherigen gesundheitspolitischen Debatten hätten zu wenig die Probleme der langfristigen Absicherung der Herausforderungen durch den demographischen Faktor und insbesondere den medizinisch-technischen Fortschritt betont. Beutelmann fordert eine Begrenzung der GKV auf ihre Kernaufgaben und eine stärkere Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten kapitalgedeckter Vorsorge.

Zur Angebotsgestaltung des Gesundheitswesens nahmen die folgenden drei Referate Stellung:

Die Notwendigkeit einer Justierung der Wettbewerbsordnung zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern betonen *Dr. Axel Munte* (Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern) und *Dr. Ilona Köster-Steinebach*. Dabei muss es gerade eine Aufgabe einer Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen sein, die „Qualitätsaspekte“ der Versorgung in den Vordergrund zu stellen.

Die Bedeutung der Hausarztverträge skizziert *Ulrich Weigelt* (Vorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands) in seinem Statement. Gemeinsam mit Dr. Munte betont er jedoch die Notwendigkeit einer genauen Bereinigungsklausel zwischen Kollektiv- und Individualverträgen, die als notwendige Bedingung einer Wettbewerbslandschaft fungieren muss.

Für *Dr. Marcel Mangen* (ehem. Vorstand Janssen-Cilag GmbH) bietet die wachsende Intensivierung selektiver Vertragsangebote in der Gesundheitsversorgung die Chance für ein pharmazeutisches Unternehmen, sich als „Systemanbieter“ zu definieren. Dabei stehe nicht mehr nur der Wirkstoff oder die Applikationsform eines Medikaments im Vordergrund, sondern im Sinne einer Orientierung am Patientenpfad gewinne eine „ganzheitliche Wettbewerbsicht“ an Bedeutung.

Die Versorgungssicherheit und die Stabilität einer Versorgung mit adäquaten Medikamenten stellt Apothekengroßhandel und Apotheken vor wachsende Herausforderungen, so *Dr. Fritz Oesterle* (Vorstandsvorsitzender der Celesio AG) in seinen Ausführungen. Gerade die unterschiedlichen Regulierungsformen im Kontext der Arzneimitteldistribution sind daher streng auf Kompatibilität und Entwicklungsstabilität zu überprüfen.

Abschließend dankt der Herausgeber den Referenten und den Tagungsteilnehmern für ihre Teilnahme und die engagierten Diskussionsbeiträge.

Für ihr Engagement während der Tagung dankt der Herausgeber Frau Diplom-Gesundheitsökonomin Claudia Linke. Herrn Dr. Jürgen Zerth gilt Dank für seine Mitarbeit bei der Vorbereitung der Tagung sowie der Herausgabe des vorliegenden Bandes.

Die lokale Organisation lag in den Händen von Herrn Prof. Dr. Ullrich Heilemann. Ihm und seinem Mitarbeiter, Herrn Diplom-Volkswirt Stefan Wappler, sei für die reibungslose Organisation und die angenehme Atmosphäre herzlich gedankt.

Bayreuth, im November 2009

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. *Peter Oberender*

Inhaltsverzeichnis

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Eine Einschätzung nach dem Gesundheitsfonds Von <i>Peter Oberender</i> und <i>Jürgen Zerth</i> , Bayreuth	11
Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Solidarität und Wettbewerb Von <i>Franz Knieps</i> , Berlin	23
„Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ im Gesundheitswesen – Chancen, Bedingungen, Grenzen Von <i>Herbert Rebscher</i> , Hamburg	35
Wettbewerb und Zukunft der PKV Von <i>Josef Beutelmann</i> , Wuppertal	59
Wettbewerb in der ambulanten Versorgung Von <i>Axel Munte</i> und <i>Ilona Köster-Steinebach</i> , München	71
Statement Von <i>Ulrich Weigeldt</i> , Berlin	91
Veränderung der Wettbewerbsparameter in der Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Pharmaindustrie Von <i>Marcel Mangen</i> , Neuss	97
Der Pharmamarkt – Markt mit unfreiem Wettbewerb Von <i>Fritz Oesterle</i> , Stuttgart	103

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Eine Einschätzung nach dem Gesundheitsfonds

Von *Peter Oberender* und *Jürgen Zerth*, Bayreuth

I. Problemstellung

Ist Wettbewerb im Gesundheitswesen möglich und gegebenenfalls muss dieser anderen Regeln folgen als in traditionellen Wettbewerbsmärkten? Diese Fragestellungen kennzeichnet seit vielen Jahren die Auseinandersetzung in der theoretischen wie angewandten Gesundheitsökonomie und obwohl es eine Legion unterschiedliche Beiträge dazu gibt, wird die Frage, gerade angesichts der tendenziell nationalen Ausgestaltungsvarianten von Gesundheitssystemen, immer wieder neu aufgeworfen (vgl. dazu beispielsweise *Pauly* 1988). Der seit Beginn des Jahres 2009 in Deutschland gültige Gesundheitsfonds wurde explizit mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gesetzgeberisch gestaltet und so stellt sich die Frage nach den Effekten auf den Wettbewerbsprozess von neuem.

Die nachfolgende Abhandlung ist daher zweistufig organisiert. Nach einer kurzen Einführung in die grundsätzliche Debatte einer wettbewerblichen Gestaltung von Gesundheitssystemen allgemein, steht im zweiten Teil der Blick auf das deutsche Gesundheitssystem im Vordergrund.

Zwei anfängliche Einschränkungen sollen dabei festgehalten werden. Zunächst soll die Diskussion in der weiteren Betrachtung am gegebenen Gesundheitsfonds einsetzen und alternative Gestaltungsoptionen für das deutsche Gesundheitswesen, die es in vielfältiger Zahl gibt, nicht weiter betrachten (vgl. beispielsweise *Friedrich* 2000). Weiterhin gilt das Interesse den Auswirkungen auf den Wettbewerb infolge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Der Gesundheitsfonds selbst ist nur ein Teil dieser Entwicklung und gleichwohl ein originärer Baustein lediglich die finanzierungsseitige Organisation der künftigen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Betrachtung bleibe aber unvollständig, wenn die Implikationen für den Versorgungswettbewerb, d. h. die Organisationsbeziehung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen, nicht näher betrachtet werden.

II. Die Frage nach einem Wettbewerb im Gesundheitswesen

1. Die Bedeutung der Nachfrage nach Gesundheit

In einem volkswirtschaftlichen Kontext entsteht eine (kaufkräftige) Nachfrage aus der Berücksichtigung individueller, subjektiver Präferenzen über ein bestimmtes Güterbündel unter der Nebenbedingung der Knappheitsrestriktion, die in der Regel mit dem Haushaltsbudget abgegrenzt wird. Grundsätzlich lässt sich eine derartige einfache Nachfrage auch auf Gesundheitsleistungen anwenden, vor allem da die Erfahrung, was letztendlich Gesundheit auf individueller Ebene ist, häufig als graduelle, subjektive Bewertung deutlich wird.¹ Gleichwohl ist sich die ökonomische Theorie der Gesundheitsnachfrage bewusst, dass zwar die Präferenzen der Patienten subjektiv und damit einer Objektivierung nicht zugänglich sind, dass die Restriktionen für die Ausbildung der Präferenzen und letztendlich die Interpretation der Gesundheitsbedürfnisse bestimmten Besonderheiten ausgesetzt sind.

Anhand einer theoretischen Überlegung, die dem Vorgehen von *Hurley* (2000) folgt, lässt sich darlegen, dass der individuelle Nutzen eines Patienten idealtypisch vom Konsum X und der Inanspruchnahme H von Gesundheitsleistungen abhängig ist. Mit dieser Abgrenzung lässt sich eine einfache substitutive Beziehung zwischen Gesundheitsleistungen und anderen Konsumgütern herleiten, die aber den produktiven Aspekt von Gesundheit nicht adäquat berücksichtigen würde. Sowohl die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist induziert durch die Fähigkeit, den individuellen Gesundheitskapitalstock GK zu nutzen, als auch die Möglichkeit zum Konsum von X ist davon abhängig, wenn berücksichtigt wird, dass der Gesundheitskapitalstock GK Grundlage für die Erwerbsfähigkeit und damit für die Erlangung eines verfügbaren Einkommens Y ist. Der Gesundheitskapitalstock selbst ist abhängig von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems GS , was als Proxy für die technischen und organisatorischen Fähigkeiten des Gesundheitswesens interpretiert werden kann. Die Nutzenfunktion des Patienten lautet daher:

$$(1) \quad U_P = U[X(Y), H, GK(GS)].$$

Die Wohlfahrtseffekte einer Steigerung von Gesundheitsleistungen haben einen direkten Effekt

$$(2) \quad \frac{\partial U_P}{\partial H} > 0; \frac{\partial^2 U_P}{\partial H^2} < 0.$$

Eine Mehrnachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöht *ceteris paribus* den Patientennutzen, jedoch ist bei Gesundheitsleistungen auch ein abnehmender Grenz-

¹ Die Frage nach der Ungleichheit der Gesundheitsversorgung, die beispielsweise prominent von *Culyer* und *Wagstaff* (1993) aufgeführt wird, soll hier ausgeblendet werden. Gleichwohl steht jede normative Gesundheitspolitik vor der Fragestellung die allokativen Zielsetzungen des Gesundheitssystems mit verteilungspolitischen Vorstellungen von Gesundheitsversorgung verknüpfen zu können.

nutzen zu konstatieren. Gerade letztgenannter Effekt ist abhängig vom Zusammenhang zum Gesundheitskapital:

$$(3) \quad \frac{\partial U_P}{\partial GK} \frac{\partial GK}{\partial GS} > 0.$$

Wohingegen der erste Term den Einfluss des Gesundheitskapitals auf das subjektive Nutzenniveau darstellt, lässt sich der zweite Term als die Bedingungsfunktion der Gesundheitsproduktion interpretieren, die neben organisatorischen Randbedingungen den Einfluss dritter Einflussfaktoren, wie etwa der medizinischen Leistungserbringer, widerspiegelt.

Die Kombination der Gleichungen 2 und 3 kann konform mit der Idee von *Pauly* (1988) diskutiert werden, der die Nachfrage nach Gesundheit in eine originäre und sekundäre Komponente unterscheidet. Der Patient kann letztendlich nur seine individuelle Präferenz bezüglich eines Gesundheitszustandes einschätzen und wird aber im konkreten Gesundheitssystem im Arzt-Patienten-Kontakt in den meisten Fällen eine eher abstrakte Nachfrage nach Heilung oder Gesundung äußern. Die Interpretation der abstrakten Nachfrage und vor allem die Konkretisierung in adäquate Gesundheitsleistungen ist typische ärztliche Aufgabe und lässt sich als Sekundärnachfrage deuten, die mit einem Informationsvorsprung des medizinischen Leistungserbringer verbunden ist $\left(\frac{\partial GK}{\partial GS}\right)$.

Ohne auf Detailprobleme im Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung eingehen zu wollen, wird doch unmittelbar deutlich, dass die Auseinandersetzung um die wettbewerblichen Grenzen des Gesundheitswesens vor allem im Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung ansetzt, da letztendlich die unmittelbare „Gesundheitsproduktion“ dort abläuft.

Somit gilt als erstes Zwischenergebnis, das jede Wettbewerbsbeziehung im Gesundheitswesen als „Kern“ die Ausgestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung problematisieren muss, die einerseits durch Informationsasymmetrie und daraus resultierenden Kontroll- und Messproblemen gekennzeichnet ist, andererseits entsprechende korrespondierende institutionelle Rahmenbedingungen erforderlich macht, diese Marktunvollkommenheiten zu regulieren. Eine dezidierte Besonderheit zu anderen Wettbewerbsmärkten ist zumindest auf grundsätzlicher institutioneller Ebene somit nicht festzustellen. Für eine abschließende Bestandsaufnahme gilt es aber zunächst, noch die Rolle des Kostenträgers in die Arzt-Patienten-Beziehung zu integrieren.

2. Die Bedeutung des Versicherungssystems

Gerade in versichertenbezogenen Systemen steht die Krankenversicherung nicht nur als anonymer Kostenträger außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung, sondern kann integrativer Teil dieser Leistungsgestaltung sein. Bei einem Modell eines ver-

sicherungszentrierten Gesundheitswesens wird die Krankenversicherung in der Regel nicht nur als Kostenerstatter tätig, sondern übernimmt als Agent des Prinzipals Patient die Aufgabe, qualifizierte und preiswerte Leistungserbringer auszuwählen.²

Die Übernahme der Qualitätsgarantie von Seiten der Versicherung ist insbesondere dann für den Patienten vorteilhaft, wenn die Krankenversicherung einen nennenswerten Vorteil im Kontext des Wissens über Qualität und Kosten der Leistungserbringung hat³. Gleichwohl wird der Patient eingeschränkt, je stärker die Krankenversicherung direkt Einfluss auf die Leistungsgestaltung nimmt und insbesondere mit eigenen Investitionen an der Ausgestaltung von Leistungsversprechen beteiligt ist (vgl. beispielsweise *Oberender et al.* 2006). Mit dieser Einschränkung der Arztwahl ist jedoch nicht zwangsläufig ein Widerspruch mit der Idee eines nachfrage- oder patientenorientierten Gesundheitswesens verbunden, wenn die Beschränkung im unmittelbaren Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient mit einer Ausweitung von Optionen im Versicherungsvertrag verknüpft werden kann. Wie im einfachen theoretischen Kontext bereits abgebildet wurde, wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowohl vom präferenzorientierten Part der Nachfrageentscheidung als auch vom Gesundheitswesens beeinflusst.

So kann ohne Beschränkung der Allgemeinheit die Schlussfolgerung getroffen werden, dass wettbewerbspolitische Überlegungen einerseits an den möglich unterschiedlichen Zielsetzungen von Arzt und Patienten ansetzen müssen – namentlich den Kategorien Einkommen und Qualität – und andererseits an der Kontrolle der ärztlichen Leistungserstellung. Diese ist aus wettbewerbspolitischer Sicht abhängig von den Marktbedingungen.

So kann die Annahme gelten, dass jeder medizinische Leistungserbringer innerhalb eines regional abgrenzten Marktes über Marktmacht verfügt und diese in Form von Produkt- und Preisdifferenzierung nutzen kann und gleichzeitig die Substitutionsmöglichkeiten sowie die Kosten der Abwanderung aus Sicht des Patienten nicht unbegrenzt sind. Dabei werden aber in der Literatur die Monopolspielräume des Anbieters als räumlich differenziert betrachtet (vgl. beispielsweise *Xavier* 2003, vgl. auch das Modell von *Glazer/McGuire* 1993).

Ohne Beschränkung der Allgemeinheit kann jedoch gelten, dass im ersten Beobachtungsschritt sowohl Fachärzte als auch Krankenhäuser untereinander in Form

² Gerade diese Beschreibung kennzeichnet später auch das deutsche Gesundheitssystem, das einerseits durch die sukzessive Auflösung kollektivvertraglicher Strukturen sich tendenziell zu einem Wettbewerbssystem auf dem Versorgungsmarkt entwickelt, andererseits im Versicherungsmarkt sowohl durch die Art der Beitragssatzerhebung – einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen – als auch durch den einheitlichen Beitragsatz im Gesundheitsfonds sich tendenziell von einer idealtypischen Wettbewerbsumgebung entfernt.

³ *Segal* formuliert im Kontext möglicher „Hemmnisse“ einer stärkeren Patientenbeteiligung, dass eine zwingende Notwendigkeit für „patient empowerment“ in der Auseinandersetzung mit der Verfügbarkeit und des Umgangs mit Patienteninformationen stehen würde (1998, S. 41).

einer räumlich abgrenzbaren Konkurrenzzone jeweils horizontal im Wettbewerb stehen. Traditionelle Modelle zwischen einer Upstream- und einer Downstream-Stufe können daher zur Beschreibung der Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen nicht unmittelbar Verwendung finden, da beide Wertschöpfungsstufen zwar bezogen auf den Behandlungsprozess häufig vor- oder nachgelagert sind, jedoch keine unmittelbar Input-Output-Beziehung vorliegt.⁴ Dies lässt sich insbesondere dahingehend begründen, dass viele Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, die stationäre Vorhaltung, wie oben bereits angeführt, letztendlich nur die Angebotselastizität erhöht.

Darüber hinaus führen prospektive Vergütungssysteme dazu, dass Leistungserbringer einen Anreiz haben, über Kooperationsstrategien Spezialisierungsvorteile in Form von Economies of Scale und vor allem Economies of Scope zu erzielen⁵, was gegebenenfalls die regionale Marktmacht noch erhöhen kann.

Gerade im Kontext einer fortschreitenden Spezialisierung der medizinischen Versorgung und bei Berücksichtigung der Spezialisierungstendenz in der Leistungsversorgung kann es aus Sicht des Patienten ein Vorteil sein, die Qualitätswahlentscheidung auf einen Kostenträger zu delegieren, der diese Entscheidung nicht nur formal sicherstellt, wie es im allgemeinen Kollektivvertragssystem in Deutschland üblich war, sondern der aktiv versucht, durch Auswahl und Steuerung der Leistungserbringer, Wettbewerbs- und Qualitätsvorteile im Vergleich zu anderen Versicherungsunternehmen zu generieren.

Aus Sicht des einzelnen Patienten kann eine Einschränkung des Rechts zur freien Arztwahl beispielsweise dann wohlfahrtserhöhend sein, wenn der Erwartungsnutzen aus einer spezialisierten Behandlungsstruktur, die von einer Versicherung angeboten wird, die Einschränkungen aus der Reduzierung freier Arztwahl und den u. U. höheren Wegekosten überkompensiert. Gerade im Kontext des Einsatzes hochwertiger medizinischer Innovationen lässt sich die Annahme plausibel begründen, dass im Zweifel eine spezialisierte fokussierte Versorgung bei ausgesuchten Spezialisten auch aus Sicht des Patienten gegenüber einem ungeordneten Behandlungsangebot bevorzugt wird. Gleichwohl gilt es festzuhalten, dass parallel dazu die Präferenz für eine wohnortnahe Versorgung bei vielen Patienten bestehen wird, insbesondere dann, wenn es sich um weniger spezielle, fakultative Behandlungsanlässe handelt, sondern eher um Fragen der Erstversorgung.

Die aufgeführten Bedingungskonstellationen lassen sich auch dahingehend interpretieren, dass im Zuge einer weiteren Fortentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts und der damit einhergehenden Problematik einer Vergrößerung

⁴ „The relationship between hospitals and physicians practices might be better described as ‚complementary‘ rather than ‚vertical‘“ (Gaynor 2006, S. 176).

⁵ Eine stärkere regionale Angebotssituation wird durch Formen vertikaler Integration begünstigt (vgl. dazu Gaynor 2006, S. 175 ff.). Als Beispiel können Kooperationsverbände zwischen Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe, die überregionale Versorgung absichern, mit Krankenhäusern niedriger Versorgungsstufe, gelten.

des „Möglichkeitenraumes“ in der Medizin (vgl. *Schneider et al.* 2008) die Verzahnung zwischen generellem Anspruch auf eine solidarisch gewährte Regelversorgung und die Frage der Umsetzung im Kontext eines Versicherungssystems an Bedeutung gewinnen werden. Die Krankenversicherung, soweit sie sich als mitverantwortlich bei der Steuerung und Kontrolle des Leistungsgeschehens begreift, ist daher nicht nur an der Umsetzung einer Regelversorgung beteiligt, sondern wird, je stärker die Differenzierung im Versorgungswettbewerb der Krankenversicherung zutreffen sollte, an der Definition und die Fortentwicklung der Regelversorgung beitragen können.

Als Zwischenergebnis lässt sich somit festhalten, dass im Gesundheitswesen unterschiedliche Wettbewerbsdimensionen zu berücksichtigen sind, die sich explizit unterschiedlich entwickeln können. Aktions- und Wettbewerbsparameter im Versorgungsbereich müssen nicht zwangsläufig einhergehen mit derartigen Gestaltungsspielräumen im Versicherungsmarkt. Gleichwohl greift die Abgrenzung des Solidaritätsgedankens und in dieser Konsequenz die Organisation der Regelversorgung als verbindendes Element in alle Versorgungs- und Leistungsbeziehungen ein.

Vor diesem Hintergrund lässt sich der Blick auf das deutsche Gesundheitswesen lenken und die grundlegenden Elemente einer Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen als Idealmodell für eine Ausprägung des Wettbewerbsprozesses heranziehen.

III. Der Wettbewerb im Gesundheitsfonds

1. Der Versicherungswettbewerb

In der ursprünglichen Motivation des Gesundheitsfonds sollte die Umverteilungsaufgabe stärker vom versicherungsökonomischen Risikoausgleich getrennt werden und über dem Umweg eines Gesundheitsfonds eine Art „Kopfpauschalensystem“ installiert werden. Jeder Versicherte hätte aus dem Gesundheitsfonds eine Art „Gutschein“, zunächst in gleicher absoluter Höhe, erhalten und mit diesem ausgestattet die Möglichkeit gehabt, sich eine im Versicherungswettbewerb stehende Krankenversicherung, die krankenkassenbezogene Kopfprämien erhebt, auszusuchen. Mit anderen Worten wäre ein Prämienwettbewerb bei gegebenem Regelleistungskatalog möglich gewesen. Genau dieser Effekt wurde aber dahingehend verändert, dass die Versicherten nun grundsätzlich keine Möglichkeit mehr erhalten, einen Preis-Leistungs-Vergleich über die Prämie wahrzunehmen, sondern die Krankenkassen eine einheitliche Pauschalsumme pro Versicherten adjustiert über einen im Fonds integrierten Risikostrukturausgleich zugewiesen bekommen. Dieser auf den ersten Blick kleine Unterschied macht aber eine Verschiebung für den Versicherungswettbewerb deutlich. Wohingegen bei der „Gutscheinlösung“ die Krankenversicherungen einen Prämien- und einen Leistungswettbewerb hätten nutzen können, führt das System des Gesundheitsfonds zunächst dazu, dass bei

gegebener Erlösgröße pro Versichertem die relevanten Aktionsparameter einer Krankenversicherung primär im Leistungs- und Kostenbereich zu finden sind.

Daneben führt die Integration des projektierten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mit 80 auszugleichenden Erkrankungen in den Gesundheitsfonds u. U. zu einer weiteren Nivellierung des Krankenversicherungswettbewerbs. Dabei ist zunächst auf die Grundidee eines Risikostrukturausgleichs (RSA) einzugehen. Gelänge es den Kassen bei einem perfekten Risikostrukturausgleich, das Ausgabenrisiko vollständig abzubilden, so wären schlechte Risiken aus Sicht der Krankenkasse gar keine schlechten Risiken mehr und die Kasse könnte sich lediglich auf das Leistungsmanagement für ihre Versicherten konzentrieren. Um das Risiko besser abbilden zu können, will ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich kleinere homogene Risikogruppen als bisher über Einkommen und Alter bilden. Morbiditätsorientierte Kriterien lassen sich jedoch ohne entsprechende Willkür nicht eindeutig abbilden.

Die Erfahrungen aus der Diskussion entsprechender Morbiditätskriterien aus den USA zeigen, dass diagnosebezogene Daten besser in der Lage sind, Morbiditätsstrukturen darzustellen als beispielsweise Daten aus Therapieprozessen oder gar Arzneimitteldaten. Gleichwohl darf daher nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, mit einem auf Diagnosedaten bezogenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sei eine bessere Abbildung der Morbidität, insbesondere bezüglich als chronisch angesehener Erkrankungen, gelungen, und damit eine Annäherung an die Idee einer Quasi-Risikoäquivalenz geschafft.

Unter Beachtung der systemimmanenten Logik des RSA ist eine Hinwendung zur Morbidität zwar sinnvoll, jedoch muss beachtet werden, dass gesundheitsökonomisch und gesundheitspolitisch nicht die Morbidität entscheidend ist, sondern die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Ziel des RSA ist es, Risikoselektion zu unterbinden. Dies ist aber insofern fragwürdig, als es inzwischen unumstritten ist, dass der RSA Anreize zur Risikoselektion nicht endgültig vermeiden hilft sondern nur abmildert (vgl. *Oberender/Zerth* 2005). Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn es Kassen gelingt, eine feinere Risikounterscheidung vorzunehmen, als es durch die recht groben Ausgleichsparameter des RSA gewährleistet ist.

Für den Krankenversicherungswettbewerb gilt es aus theoretischer Sicht den Grundsatz zu berücksichtigen, dass jede Krankenversicherung versuchen muss, den potenziellen Erwartungsschaden pro Versichertem durch entsprechende Risikoteilungsmaßnahmen zu lösen. Im traditionellen Versicherungsmarkt kann die Risikoteilung sowohl im Versicherungsmarkt über die Ausgestaltung der Prämie als auch im Versorgungsmarkt über die Ausgestaltung der Leistungsansprüche bzw. die Umsetzung der Leistungsansprüche gestaltet werden (vgl. *Cutler/Zeckhauser* 2000). Je mehr die Leistungsansprüche homogenisiert werden, wie es durch den Gesundheitsfonds intendiert ist, desto größer wird der Druck die Risikoteilung auf den Versorgungsmarkt zu verschieben. Diese Tendenz wird durch die Möglichkeit eines Zusatzbeitrags, der kassenindividuell erhoben werden kann, nicht elementar

verändert, da dieser von den Krankenkassen insbesondere dann erhoben werden muss, wenn sie mit den zugewiesenen Finanzierungsmitteln nicht auskommen. Darüber hinaus ist die potenzielle Höhe des Zusatzbeitrags auf maximal ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Versicherten begrenzt. Genau diese Begrenzung lässt jedoch u. U. indirekte Risikoselektionsaktivitäten möglich werden. Hat eine Krankenversicherung einerseits pro Versichertem eine niedrige Einkommenshöhe (Grundlohnsumme) und andererseits eine höhere Versichertenmorbidity, so steigt zunächst die Wahrscheinlichkeit, den Zusatzbeitrag erhöhen zu müssen.

2. Implikationen für die Leistungserbringung

Der Gesundheitsfonds geht auf Seiten der Leistungserstellung einen ambivalenten Weg. Einerseits wird das bisherige kollektivvertragliche System, das Leistungs- und Organisationsstrukturen weitgehend „einheitlich und gemeinsam“ angeboten hat, noch weiter gelockert. Die Möglichkeiten zu Integrationsverträgen und anderen Formen selektiver Vertragsmaßnahmen der Krankenversicherungen wie sie durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) bereits 2004 eröffnet wurden, können fortentwickelt werden. Andererseits gibt es mit der Entwicklung eines einheitlichen Spitzenverbands „Bund“ auf Kassenebene ein neues einheitliches Organisationsmodell, das dem Prinzip dezentraler Wettbewerbsprozesse im Wege steht.

Auch die Regelungen zur Wettbewerbsordnung sind eher als inkonsistent zu beurteilen. So wird zwar generell der potenzielle Vorrang des § 69 SGB V gegenüber den Regelungen des GWB eingeschränkt und damit das Wettbewerbsrecht formal gestärkt, aber nur dahingehend, dass die allgemeinen Normen des GWB zu Missbrauch und Fusionskontrolle (§§ 19–21 GWB) zwar auch im Gesundheitswesen gelten würden, Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden aber von der Anwendung des Wettbewerbsrechts ausgeschlossen sein, soweit die Kassen zum Abschluss der Verträge gesetzlich verpflichtet sind bzw. bei Nichtzustandekommen einer Einigung ein Schiedsamt notwendig ist. Was zunächst wie eine Konkretisierung des gesetzlichen Ziels der Umsetzung der Regelversorgung aussieht, übersieht aber die Veränderungen im Umsetzungsziels der Gesundheitsversorgung, die in den letzten Jahren eingetreten ist.

Wie bereits gezeigt wurde, steigt gerade durch den Fonds der Anreiz, die Erwartungskosten pro Versicherten über Maßnahmen der Leistungssteuerung zu erreichen. Mit anderen Worten sind nun die Möglichkeiten für die Krankenversicherungen durch selektive Verträge mit Leistungserbringern, Rabattverträgen oder Hausarztverträgen Effizienzvorteile zu generieren, gewachsen. Die Frage bleibt nun offen, in welche Richtung der Effizienzprozess sich entwickeln wird. Der Anreiz Versorgungsangebote für spezielle Versichertenpopulationen steigt, wenn die Kasse antizipieren kann, dass ihre Istkosten niedriger liegen als der Sollerstatungsbetrag aus dem MRSA.

Es gilt festzuhalten, dass die Ausgestaltung der Wettbewerbsbedingungen im Versicherungs- und Versorgungswettbewerb von entscheidender Bedeutung sein wird, um einen tatsächlichen Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zu ermöglichen. Solange beispielsweise Krankenversicherungen durch das Sozialrecht nicht als Unternehmen betrachtet werden, Leistungserbringer jedoch schon, sind Verzerrungseffekte im Wettbewerbsgeschehen zu erwarten. In diesem Sinne wettbewerbsstörend ist die Verpflichtung durch den Gesetzgeber an die Kassen, verpflichtend Hausarztverträge anbieten zu müssen und mit dem Verband abschließen zu müssen, der in einer Versorgungsregion einen dominierenden Mitgliederstand an Ärzten hat. Vor diesem Hintergrund kann die Einführung des Gesundheitsfonds wettbewerbslich als ambivalent betrachtet werden.

Gleichwohl gibt es plausible Gründe zu vermuten, dass Kassen kostendämpfende Maßnahmen vorrangig bevorzugen werden. Gerade dann, wenn neue Versorgungsangebote, wie etwa Integrationsverträge, kurz bis mittelfristig keinen Rationalisierungseffekt erwarten lassen, z. B. bei Einführung neuer innovativer Behandlungsverfahren, und gleichzeitig die Kassen die Sorge haben müssen, dass höherwertige Versorgungsleistungen zunächst nicht durch höhere Prämien gegenfinanziert werden können bzw. diese eine „schlecht“ wirtschaftende Krankenversicherung suggerieren, scheint eine Kostendämpfungsstrategie aus Sicht Kasse einen Vorteil zu haben. Es lässt sich zumindest die Hypothese entwickeln, dass Krankenversicherungen hinsichtlich ihres Innovationsverhaltens vorsichtiger agieren werden. Für den Patienten wird damit der Preis-Leistungs-Vergleich der Versicherungsangebote schwieriger und es wird von entscheidender Bedeutung sein, wie es gelingt einen „Nettovorteil“ einer Kasse über die Ausgestaltung des Leistungsspektrums zu organisieren. Der Gesundheitsfonds lässt somit an dieser Stelle verschiedene Optionen möglich sein, deren Entwicklung erst im Zeitablauf feststellbar sind.

IV. Eine wettbewerbsliche Synthese

Die Frage nach der wettbewerbslichen Wirkung des Gesundheitsfonds ist unmittelbar mit der Fortentwicklung der Versorgungsangebote verbunden. Gerade wenn Krankenversicherungen dazu übergehen, regional mit Leistungserbringern selektiv zu kontrahieren oder mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge zu schließen, spielt der Aspekt der Nachfragemacht von Krankenversicherungen eine immer wichtigere Rolle. Allgemein lässt sich festhalten, dass je stärker zwischen den Kostenträgern ein Wettbewerb um Versicherte zu konstatieren ist, desto geringer wird die Gefahr einer regionalen Nachfragemacht der Krankenversicherungen sein. Dies gilt insbesondere, wenn die Patienten bereit sind, Versorgungsangebote – beispielsweise durch die Fortentwicklung der Medizintechnik unterstützt – auch überregional zu substituieren. In dieser Folge sinkt zunächst die Abhängigkeit der Patienten von regionalen Leistungserbringern und abgeleitet auch die Abhängigkeit von den Kostenträgern, die mit den regionalen Leistungserbringern kontrahieren. Damit wird aber deutlich, dass die Frage regionaler Nachfragemacht von Krankenkassen

eine wichtige Rolle spielt und insofern Missbrauchsaufsicht sowie Fusionskontrolle ebenfalls auf die Krankenkassen angewendet werden müssen. Letztendlich gilt es noch, die Strategievariablen der Leistungserbringer im veränderten Krankenversicherungswettbewerb zu betrachten. Diese können entweder durch Kooperation innerhalb des regionalen Marktes oder außerhalb des regionalen Marktes Verhandlungsmacht gegenüber der Versicherung anstreben und so die Monopsonmacht des Kostenträgers begrenzen (vgl. *Gaynor/Vogt 2000*).

Vor diesem Hintergrund sind insbesondere Integrationsentwicklungen zwischen Leistungserbringern, die im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen, näher zu beleuchten. Der Verhandlungsspielraum der Leistungserbringer wird durch Integration *ceteris paribus* erweitert, zumindest dann, wenn sie Teil eines größeren Unternehmensverbundes wird. Interessant ist jedoch die Frage, wie sich ein diskretes Verhandlungsergebnis wiederum auf die Situation des Patienten auswirkt. Ob bei einer derartigen Entwicklung die Versicherten noch die Möglichkeit haben, einem Leistungsbündel, das zwischen Versicherungs- und Leistungsunternehmen verhandelt worden ist, auszuweichen und damit eine wettbewerbliche Kontrollfunktion vorhanden ist, ist neben der grundsätzlichen Abgrenzung der Versicherungspflicht – und damit des Umfangs eines vom Versicherten zu kontrahierten Leistungsumfangs – von den Bedingungen des Versicherungswettbewerbs abhängig.

Es lässt sich jedoch festhalten, dass sowohl auf Seiten der Versicherungen als auch bei den Leistungserbringern Marktmachtstrategien zu erwarten sind und diese, weil in ihren Wirkungen häufig gegeneinander gerichtet, wettbewerbspolitisch ambivalent sein können. Diese Schlussfolgerung lässt die immanente Bewertung zu, dass die Fragen einer Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen auch nach dem GKV-WSG noch nicht abschließend gelöst sind und vor allem fraglich ist, ob es mit dem Gesundheitsfonds in Verknüpfung mit dem Vertragswettbewerb der Krankenversicherungen gelingen kann, eine nachhaltige und qualitätsorientierte Versorgungsstruktur zu implementieren.

Literatur

- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M.* (2005): Gesundheitsökonomik, fünfte, überarbeitete Auflage, Heidelberg.
- Culyer, A. J./Wagstaff, A.* (1993): Equity and equality in health and health care, in: *Journal of Health Economics* 12 (4): 431–457.
- Cutler, D./Zeckhauser, R.* (2000): The Anatomy of Health Insurance, in: *Culyer, A./Newhouse, J.* (eds.), *Handbook of Health Economics*, 1A, pp. 563–643.
- Friedrich, D.* (2005): Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung. Ein Ansatz diskursiver Politikberatung zur Reform des Gesundheitswesens, Baden-Baden.
- Gaynor, M.* (2006): Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final), in: *Journal of Health Economics* 25, pp. 175–180.

- Gaynor, M. / Vogt, W.* (2000): Antitrust and Competition in Health Care Markets, in: Culyer, A. / Newhouse, J. (eds.), *Handbook of Health Economics*, 1B, pp. 1405–1487.
- Glazer, J. / McGuire, T. G.* (1993): Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?, *Journal of Health Economics* 11, 239–258.
- Hurley, J.* (2000): An overview of the normative economics of the health sector, in: *Handbook of Health Economics*, 1A, pp. 55–118.
- Oberender, P. / Ulrich, V. / Felder, S. / Schneider, U. / Werblow, A. / Zerth, J.* (2006): *Bayreuther Manifest: Bayreuther Versichertenmodell: Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen*, Bayreuth.
- Oberender, P. / Zerth, J.* (2005): Anreizwirkungen des RSA in einem wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem, in: Klusen, N. / Straub, C. / Meusch, A. (Hrsg.), *Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs*, Baden-Baden, S. 37–49.
- Oberender, P. / Zerth, J.* (2007): Weshalb das Gesundheitswesen ein Kartellrecht braucht: ein Plädoyer für eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen, in: Ulrich, V. / Ried, W. (Hrsg.), *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden, S. 389–410.
- Pauly, M.* (1988): Is medical care different? Old questions, new answers, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13: 227–237.
- Schneider, U. / Ulrich, V. / Zerth, J.* (2008): Das Modell eines kontrollierten Wettbewerbs auf dem Krankenversicherungsmarkt, in: *ÄrzteZeitung* (Hrsg.), *Zukunftsideen für das Gesundheitssystem. Beiträge aus dem Hochschulwettbewerb „Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance“*, Neu-Isenburg, S. 25–40.
- Segal, L.* (1998): The importance of patient empowerment in health system reform, in: *Health Policy* 44: 31–44.
- Xavier, A.* (2003): Hospital Competition, GP Fundholders and Waiting Time in the UK Internal Market: The Case of Elective Surgery, in: *International Journal of Health Care Finance and Economics* (3): 25–51.

Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Solidarität und Wettbewerb

Von Franz Knieps, Berlin*

I. Die Kassenwahlfreiheit als Ausgangspunkt einer durchgehend wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens

Im deutschen Gesundheitswesen wird seit Jahrzehnten darum gerungen, wie viel Steuerung dem Markt, dem Staat oder der Selbstverwaltung überlassen werden sollte. Dabei wird auch darum gerungen, auf welcher Ebene (Bund, Land, Region, Ort) welche Entscheidungen getroffen werden sollen. Dabei wird jede Reform, die nicht mit mehr Macht oder Geld verbunden ist, von den Betroffenen abgelehnt und entschieden bekämpft. Nur von wenigen Akteuren oder Beobachtern werden die Chancen und Perspektiven von ineinander greifenden strukturell wirkenden Gesetzgebungsmaßnahmen erkannt und positiv gewürdigt. Der folgende Beitrag analysiert die Entwicklungstrends, zeigt Handlungsmöglichkeiten zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf und gibt einen Ausblick auf kommende Veränderungen.

Die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist gekennzeichnet durch eine erstaunliche Stabilität in Wachstums- wie in Krisenzeiten. Die Fortgeltung der Reichsversicherungsordnung von 1911 bis fast zur Wiedervereinigung erscheint aber vor allem ein Beleg dafür, dass sich das Gesundheitssystem gegenüber Anpassungsnotwendigkeiten an die sozio-ökonomische Entwicklung lange Zeit gewehrt hat. Beispiele dafür bieten nicht nur zwei gescheiterte Gesundheitsreformen in der Adenauerzeit. Auch die konjunkturabhängigen Anpassungsschritte der siebziger und achtziger Jahre mit einer unkontrollierten Leistungsausweitung und dann mit einer fragmentierten Kostendämpfungspolitik geben reichlich Anschauungsmaterial für diese These.

Erst mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) aus dem Jahr 1988 wurde wieder der Versuch gemacht, die Neukodifizierung des Krankenversicherungsrechts mit strukturellen Reformen zu verbinden. Auch wenn die Illusion einer Jahrhundertreform mit neuartigen Steuerungsinstrumenten – z. B. Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit oder Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel – gepflegt wurde, dauerte es nur wenige Jahre, bis neue Reformschritte notwendig waren und eine

* Der Beitrag ist keine Meinungsäußerung des Bundesministeriums für Gesundheit, sondern gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wider.

informelle Große Koalition die Weichen zu einem wettbewerblich geprägten Krankenversicherungs- und Gesundheitssystem stellte.

Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 wurde das alte Kassenorganisationssystem aus einer ständisch geprägten Kombination von Zuweisung und Wahlmöglichkeiten schrittweise durch ein wettbewerbliches, allein auf der Wahlentscheidung der Versicherten beruhendes Ordnungssystem ersetzt. Als Voraussetzung für die Einführung der Kassenwahlfreiheit wurde ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich (RSA) zur Angleichung der Wettbewerbsbedingungen und zur Gewährleistung von Solidarität eingeführt.

Beide Instrumente stellen bis heute die wesentliche Grundlage für die Herstellung der Balance von Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen dar. Auf der einen Seite können die Versicherten mit den Füßen abstimmen, wenn ihnen das Angebot einer Krankenkasse zum verlangten Preis nicht zusagt. Auf der anderen Seite verhindert der Risikostrukturausgleich, dass sich Kassen allein um junge, wohlhabende, gesunde Versicherte kümmern und sich gegen alte, arme, kranke und/ oder kinderreiche Versicherte abschirmen. Nach Einführung der Kassenwahlfreiheit am 1. Januar 2006 wurden weitere Anpassungsschritte unternommen, die sich aus der Grundentscheidung für eine wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen ableiten. So wurden Privilegien einzelner Kassenarten abgeschafft und Sondersysteme wie die Bundesknappschaft für den Wettbewerb geöffnet. Vor allem aber wurde der Risikostrukturausgleich schrittweise zu einem Feinsteueringstrument mit Benchmarkcharakter ausgebaut. Skeptiker und Gegner des RSA bekämpften jahrelang die Umsetzung der bereits 2001 beschlossenen direkten Morbiditätsorientierung. Erst der Gesundheitsfonds ab 2009 bringt einen vollständigen Einnahmeausgleich und die auf 80 Krankheiten begrenzte Morbiditätsorientierung, die alle wesentlichen schwerwiegenden ausgabeträchtigen (chronischen) Erkrankungen enthalten.

II. Das Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern – Wettbewerb auf einzelwirtschaftlicher Ebene unter oder neben Kollektivverträgen

Weniger gradlinig verlief die Entwicklungslinie einer wettbewerblichen Orientierung im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern. Hier ist seit 1989 ein Wechselspiel von korporatistischen und einzelvertraglichen Ansätzen zu beobachten. Dies gilt prinzipiell für alle Versorgungsbereiche. So behauptet sich das System der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Zwangsmitgliedschaft für alle niedergelassenen Ärzte, die GKV-Patienten behandeln wollen, bisher gegen alle Versuche, über Einzel- oder Gruppenverträge mehr Wettbewerb zu initiieren. Schon das GRG tat einen ersten Schritt mit der Einführung von Modellklauseln und Erprobungsregelungen. Für begrenzte Zeit und unter wissenschaftlicher Begleitung können alle verbindlichen Regelungen des Leistungserbringerrechts durch

vertragliche Vereinbarungen außer Kraft gesetzt werden. Aus den Erprobungsregelungen entwickelten sich zwar interessante lokale Versorgungsprojekte mit Vorbildcharakter, flächendeckende Steuerungswirkung entfalteten diese nicht. Weitergehende Öffnungsklauseln wurden bereits in der Diskussionsphase durch die geballte Lobbymacht der niedergelassenen Ärzte der Apotheken oder der Krankenhäuser verhindert. Monopole und Oligopole argumentieren dabei in aller Regel mit dem Sicherstellungsauftrag. Nur sie allein könnten eine flächendeckende Versorgung gewährleisten.

Die strukturkonservative Lobbymacht bekamen insbesondere Polikliniken und Fachambulanzen in den neuen Ländern zu spüren, die im Prozess der Wiedervereinigung unter die Räder des westdeutschen Korporatismus gerieten. Hand in Hand ließen Ärzte- und Kassenfunktionäre diese Einrichtungen, die über kein Pendant im Westen verfügten, „am langen Arm verhungern“. Nur wenige Einrichtungen in Berlin und vor allem Brandenburg erhielten als Exoten eine befristete und begrenzte Überlebenschance. Mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2003 wurden Medizinische Versorgungszentren mit freiberuflichen oder angestellt tätigem ärztlichen Personal dauerhaft zugelassen. Schnell wächst seit dem diese neue Organisations- und Betriebsform als Alternative zur Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Versuche, die Modernisierung der Betriebsorganisation im ambulanten Sektor durch berufsrechtliche Hindernisse zu verlangsamen oder zu stoppen, blieben erfolglos. Hier hat insbesondere das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) aus dem Jahr 2006 wesentliche Hilfen zur Flexibilisierung der ambulanten Versorgung geboten.

Noch resistenter gegenüber wettbewerblichen Vertragsgestaltungen zeigt sich der Krankenhausbereich. Behinderer und Blockierer finden sich ohne Rücksicht auf parteipolitische Orientierung und regionale Herkunft in Landesregierungen, Kommunalverwaltungen, Gewerkschaften, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden. Da der Bund nur für die Grundsätze der Krankenhausfinanzierung die Gesetzgebungskompetenz hat, für die konkrete Investitionsfinanzierung und für die innere Organisation, der Krankenhäuser aber die Bundesländer zuständig sind – und wegen des geballten Widerstandes der Krankenhäuser und ihrer Organisationen – fehlt es bis heute an Öffnungsklauseln für einzelvertragliche Regelungen. Zwar konnten die Häuser und die Bundesärztekammer angesichts der gewaltigen Fehlsteuerungen im alten Krankenhausfinanzierungssystem über tagesgleiche Pflegesätze nicht verhindern, dass mit der Gesundheitsreform 2000 der schrittweise Einstieg in ein modernes Fallpauschalensystem beschlossen wurde. Doch der mit dieser Grundentscheidung für ein leistungsorientiertes Entgeltsystem, das für gleiche Leistungen auch gleiche Preise vorsieht, gestiegene Wettbewerbsdruck auf die einzelnen Häuser konnte bisher nicht in ein adäquates Vertragssystem überführt werden. Die Bundesländer kleben an ihrer Krankenhausplanungskompetenz und am Kontrahierungszwang ebenso wie an der dualen Krankenhausfinanzierung, die angesichts der chronischen Finanznot in den Ländern nicht nur anachronistisch wirkt, sondern beträchtlich zu einem Investitionsstau in vielen Ländern beigetragen hat.

Im Arzneimittelsektor konkurrieren kollektive und individuelle Steuerungsansätze. Während seit mehr als 30 Jahren versucht wird der dynamischen Entwicklung von Preisen, Mengen und Struktur in der Arzneimittelversorgung mit speziellen Instrumenten entgegen zu wirken, so dass sich heute eine Vielzahl von Regularien gegenüber stehen, deren Wirkungen sich teilweise konterkarieren. Ob einzelvertragliche Rabattverträge das Potential besitzen, viele andere Regulierungen abzulösen, muss erst noch unter Beweis gestellt werden.

In vielen anderen Versorgungsbereichen wo die Ausgaben qualitativ geringfügiger erscheinen, gleichwohl aber oft in der Regel schneller als die Einnahmen der Krankenkassen wachsen, hat der Gesetzgeber zwar Spielräume für wettbewerbliche Gestaltungen geschaffen, doch werden diese in der Praxis oft nicht genutzt oder durch Aufsicht und Rechtsprechung restriktiv begrenzt. Exemplarisch sei nur die Ausschreibung für Hilfsmittel oder die Vertragsfreiheit im Reha-Bereich genannt. Viele Kassen haben aber auch die Steuerungskompetenz in diesem Versorgungsbereichen nicht ausreichend entwickelt.

III. Zur Überwindung der sektoralen Abschottung – Neue Versorgungsformen

Vor allem ist die starke Sektorierung des deutschen Gesundheitswesens selbst eine wesentliche Ursache für Fehlsteuerungen und das Hindernis für eine Verbesserung von Qualität der Versorgung und Effizienz des *Ressourceneinsatzes*. Versuche, der Abschottung der Sektoren über integrative Lösungen zu begegnen, reichen bis in die zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts zurück, stießen aber immer auf den Widerstand etablierter Institutionen und blieben häufig im Experimentierstadium stecken. Auch erweist es sich als schwierig, einen regulatorischen Rahmen für die prozess- und ergebnisorientierte integrierte Versorgung in einem strukturen- und sektorenorientierten Gesundheitsrecht zu formulieren. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 gelang es, Integrationsversorgung als neue Form der Regelversorgung im SGB V zu verankern. Allerdings erwiesen sich die Beteiligungsrechte der Verbände von Kassen und Kassenärzten als ebenso kontraproduktiv wie der Versuch, eine Bereinigungsregelung gegenüber der ärztlichen Gesamtvergütung und den Krankenhausbudgets gesetzlich vorzunehmen.

Erst mit dem GMG wurde eine finanzielle Anschubregelung mit pauschaler Ausgrenzung von je 1% der ärztlichen Vergütung und der Krankenhausvergütung geschaffen. Die ließ in wenigen Jahren Tausende von Integrationsverträgen – viele von zweifelhafter Ausgestaltung – entstehen. Da der Gesetzgeber bewusst auf eine Evaluationsregelung verzichtete, ist eine echte Bewertung des Versorgungsgeschehens im sektorübergreifenden Bereich bis heute schwierig. Eine Prognose, wie sich die integrierte Versorgung unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds ohne Anschubfinanzierung entwickeln wird, ist kaum abzugeben. Die Dynamik, die sich im Versorgungsgeschehen sektorübergreifend durch bessere Kommunikation, Ko-

ordination und Kooperation entwickelt hat, dürfte allerdings nicht zu bremsen sein. Die künftige Finanzierung integrativer Leistungen bleibt auf der politischen Tagesordnung. Ein Weg wäre, für neue Versorgungsformen einen speziellen Anteil aus dem Gesundheitsfonds – gegebenenfalls als Kofinanzierung – zu reservieren.

Der Integrationsprozess beschleunigt wettbewerbliche Ansätze in der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht auf diesen Sektor begrenzt bleiben. So genannte besondere Versorgungsformen wie ambulantes Operieren, hausarztgestützte Versorgung oder besondere Qualitätsverträge ermöglichen Einzelverträge zwischen Krankenkassen und einzelnen oder Gruppen von Ärzten durch Einzelverträge oder sogar innerhalb des Kollektivvertrags. Insbesondere bei der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung konkurrieren Kassenärztliche Vereinigungen mit freien Ärzteverbänden und -verbänden, die nicht nur in Baden-Württemberg einen erheblichen Wettbewerbsdruck auf etablierte Monopolisten entfalten.

Gerade die permanente Diskussion um Hausarztverträge zeigt, wie politisch ambivalent das Thema Vertragswettbewerb ist. Ob das Vertragsprivileg für Hausärzteverbände, das das GKV-Organisations-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) ihnen einräumen will, verfassungsrechtlich haltbar ist und zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung führt, muss sich erst erweisen. Umgekehrt hat aber das bisherige Kollektivvertragssystem die hausärztliche Versorgung jahrzehntelang vernachlässigt. Eine produktive Konkurrenz von einzel- und kollektivvertraglichen Ansätzen hat sich bisher nicht entwickelt.

IV. Die Verknüpfung wettbewerblicher Differenzierungsmöglichkeiten im Leistungs- und Vertragsrecht – Wettbewerb unter dem Gesundheitsfonds

Auch wenn manchem Kritiker aus Wissenschaft und Praxis die Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen noch lange nicht weit genug geht, während andere bereits die zerstörerische Wirkung sog. Ökonomisierung des Gesundheitswesens beklagen, an einer wettbewerblichen Ausdifferenzierung der Versorgungslandschaft durch einzelwirtschaftliche Verträge kommt niemand mehr vorbei. Diese Ausdifferenzierung wird sich unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds mit Zusatzbeiträgen weiter erhöhen. Die Kassen werden jede Möglichkeit ergreifen, bei Wahrung oder Verbesserung der Versorgungsqualität ihre Ressourcen effizienter und zielgerichteter einzusetzen. Dazu trägt bei, dass Krankenkassen Versorgungsangebote mit Anreizen für Leistungserbringer und Versicherte verknüpfen können.

Zahlreiche Verträge, insbesondere in den strukturierten Programmen zur Versorgung chronisch Kranker (DMP), haben bei einheitlicher Programmausrichtung unterschiedliche Anreizsysteme entwickelt. Das Schwergewicht wettbewerblicher Differenzierungen bei einheitlichem Beitragssatz und möglichst zu vermeidendem bzw. niedrig anzusetzendem Zusatzbeitrag, der allein vom Versicherten zu tragen ist und ein stärkeres Preissignal als der den meisten Versicherten unbekannteste pro-

zentuale Beitragssätze aussendet, liegt künftig bei der Ausgestaltung der Versorgung und der Servicequalität. In diesem Feld werden sich die Krankenkassen über Wahltarife und über neue Formen des versichertenbezogenen Gesundheitsmanagements – z. B. Gesundheitscoaching oder Shared Decision Making – differenzieren. Sie werden sich nicht nur auf simple, PKV-geprägte Modelle mit Kostenerstattung, Beitragsrückgewähr und Selbstbehalt beschränken, sondern sollen so ausgestaltet sein, dass sie Anreize für Versicherte bieten, Versorgungsangebote entsprechend individueller Präferenzen und gesundheitlichem Bedarf zu wählen.

Der Gesetzgeber erhofft sich damit einen Wandel von der bisher primär auf den Beitragssatz fixierten Wettbewerbsorientierung hin zu einem qualitätsorientierten Wettbewerb, in dem das Preis-Leistungs-Verhältnis der entscheidende Wettbewerbsparameter ist. Gestützt wird diese Umorientierung durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der vermehrte Anstrengungen der Krankenkassen verlangt, ihre Versicherten im Rahmen der differenzierten Normkostenprofile zu versorgen. Managementversäumnisse dort schlagen sich in Zusatzbeiträgen nieder. Einflussnahmen auf das ärztliche Codierverhalten rufen nicht nur Aufsicht und Politik auf den Plan, sondern schaden dem Instrument des Morbi-RSA an sich. Codierungsprobleme müssen von einer unabhängigen Clearingstelle geklärt und gelöst werden, Manipulationen mit spürbaren Sanktionen belegt werden. Als lernendes System muss der RSA laufend so feinjustiert werden, dass sich Einflussnahmen – von welcher Seite auch immer – nicht lohnen.

V. Die Auswirkungen der Wettbewerbsintensivierung auf Organisations- und Betriebsformen

Die Rechtsänderungen der letzten fünf Jahre werden erhebliche Auswirkungen auf Betriebs- und Organisationsformen von Versicherern wie Versorgern haben. Unter den Krankenkassen hat die Fusionswelle bereits begonnen. Diese wird nicht zur Einheitsversicherung führen, gleichwohl aber die historische Abgrenzung der Kassenarten sprengen, die Zahl der Krankenkassen deutlich reduzieren und einen Zwang zur Bildung von managementfähigen Einhalten ausüben. Nur wer die wettbewerblichen Instrumente im Verhältnis zu den eigenen Mitgliedern gegenüber wie den Vertragspartnern gezielt einzusetzen weiß, hat gute Chancen im Kassenwettbewerb. Wer dies nicht kann oder will, muss fusionieren oder geschlossen werden, denn im Extremfall können nach den GKV-OrgWG alle Krankenkassen von der zuständigen Aufsicht geschlossen oder sogar insolvent werden. Die Leistungs-erbringerseite wird sich ebenfalls gewaltig verändern.

Die Einzelpraxis dürfte außerhalb der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung ein Auslaufmodell werden. Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren dürften ihren Marktanteil stark erhöhen. Darauf weisen Aktivitäten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Schaffung eigener Trägergesellschaften sowie Expansionspläne privater Krankenhausketten deutlich hin. Die

Dämonisierung solcher Aktivitäten durch Teile der Ärzteschaft verdeutlicht nur die Strategieunfähigkeit, sich auf Veränderungen im Umfeld (z. B. die demografische Entwicklung) wie in der eigenen Profession (z. B. die Feminisierung der Medizin) einzustellen. Nicht nur in der Wissenschaftsszene und in der Beraterwelt werden integrierte Gesundheitskonzerne intensiv diskutiert. Innovative Kräfte arbeiten daran.

Der Krankenhausmarkt wird sich ebenfalls spürbar verändern. Seit Jahren geht die Zahl der Häuser und der Betten zurück, auch wenn Deutschland in der Betten-dichte und der Verweildauer noch immer Spitzenplätze einnimmt. Viele öffentliche Häuser werden an private Träger verkauft, oder das Management wird in private Hände gelegt. Ohne eine Reform der Krankenhausinvestitionsfinanzierung wird dieser Trend sich beschleunigen, da öffentliche Häuser nicht die gleichen Finanzierungsmöglichkeiten wie private haben. Generell sorgen Kooperationen und Fusionen für ein besser abgestimmtes Angebot an Krankenhausleistungen. Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Öffnung in den ambulanten Bereich werden noch nicht so genutzt, weil die meisten Bundesländern die mit dem GKV-WSG geschaffene Öffnungsmöglichkeit für seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen restriktiv handhaben. Hier besteht noch ein großes Optimierungspotenzial.

VI. Von korporatistischer Steuerung zu einzelwirtschaftlichem Wettbewerb

Das Verhältnis von korporatistischer Steuerung und einzelwirtschaftlichem Wettbewerb sollte zugunsten einzelwirtschaftlicher Vertragsmöglichkeiten verschoben werden. Dies gilt sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich. Die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen mit Ärzten oder Arztgruppen sollte nicht auf besondere Versorgungsformen beschränkt bleiben. In der stationären Versorgung sollte für elektive Eingriffe selektives Kontrahieren möglich werden. Dieser Einstieg könnte schrittweise unter den Bedingungen einer monistischen Krankenhausfinanzierung in ein Vertragsmodell münden. Zahl und Inhalt der regulierenden Eingriffe in die Arzneimittelversorgung müssen deutlich zugunsten weniger, aber wirksamerer Steuerungsinstrumente reduziert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die pharmazeutische Industrie kaum noch neue Blockbuster entwickelt, sondern sich auf extrem hochpreisige Spezialpräparate konzentriert und dass künftig eine individualisierte Arzneimitteltherapie an Bedeutung gewinnt.

Zur Intensivierung des Wettbewerbs zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, dessen Feld angesichts der medizinischen und technischen Möglichkeiten größer wird, müssen faire Wettbewerbsbedingungen für beide Seiten geschaffen werden. Dazu gehört eine vergleichbare Honorierung vergleichbarer ärztlicher Leistungen unter Berücksichtigung von Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten und vor allem eine Reform der Bedarfsplanung in beiden Sektoren. Gerade bei

der Bedarfsplanung bietet sich die Chance, diese Sektorengrenzen zu überwinden und die Effektivität der Planung zu erhöhen. Dazu müsste auf eine betten- bzw. arzt-sitzscharfe Planung verzichtet werden, die bisher weder Unter- noch Überversorgung verhindert hat. Vielmehr könnte die Bedarfsplanung auf eine Indikatoren gestützte integrative Rahmenplanung reduziert werden, deren Ausgestaltung der freien Vertragsgestaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern überlassen wird. Der Staat sollte erst dann ins Spiel kommen, wenn die Indikatoren Hinweise auf (drohende) Unterversorgung liefern oder wenn eine extrem unwirtschaftliche Überversorgung nicht abgebaut wird. Dies setzt aber voraus, dass die Aufsichten in den Bundesländern inhaltlich und personell so ausgestattet werden, dass sie diese Aufgabe – notfalls mit Kontrahierungszwang – erfüllen können. Heilsamen Druck auf die Krankenkassen dürfte auch ein Recht der Versicherten ausüben, gegebenenfalls Nichtvertragspartner in Anspruch nehmen zu dürfen.

Insgesamt muss das Gesundheitsrecht stärker von der Strukturbeschreibung hin zur Prozessorientierung verändert werden. Speziell die Ergebnisqualität, die bisher im Rahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements eine eher untergeordnete Rolle spielt, muss stärker in den Fokus von Regulierung und Vertragspolitik genommen werden. Die mit dem GKV-WSG eingeführte sektorübergreifende Qualitätssicherung ist ein erster wichtiger Schritt dazu. Vor allem die Vergütungssysteme müssen sich an Ergebnissen orientieren (Pay for Performance). Die mit der Pflegereform 2008 eingeführten Möglichkeiten für Kassenärztliche Vereinigungen, nach Qualität zu differenzieren, müssen auf alle Versorgungsbereiche ausgeweitet werden. In engem Zusammenhang mit dem Thema Qualität stehen Fragen der Patientensicherheit und Haftungsrecht für Gesundheitsberufe. Beide Themenkomplexe könnten in einem eigenständigen Patientenrechtsgesetz grundlegend bearbeitet werden.

VII. Zur Bedeutung des Wettbewerbs- und Kartellrechts

Intensiv diskutiert werden muss die Frage, wie weit ein stärker wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen den Grenzen des allgemeinen Wettbewerbs- und Kartellrechts unterliegen soll. Unzweifelhaft muss es eine Regulierung zur Gewährleistung eines fairen Wettbewerbs geben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Intensivierung des Wettbewerbs neben einer Qualitätsverbesserung mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bringen soll. Schließlich muss eine flächendeckende Versorgung in zumutbarer Entfernung aller Versicherten gewährleistet bleiben. Es ist nicht das Ziel von Wettbewerb im Gesundheitswesen bestehende Anbieterstrukturen zu schützen oder Einkünfte, Gewinne oder Machtzuwächse von wem auch immer zu maximieren. Mit dem GKV-OrgWG werden deshalb weitere Teile des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Sozialrecht für anwendbar erklärt, ohne die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes außer Acht zu lassen.

VIII. Zur Konvergenz von GKV und PKV

Auf mittlere bis längere Sicht lässt sich das ungerechte Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung nicht aufrecht erhalten. Die Krise auf dem internationalen und nationalen Finanzmarkt hat vorgetragene Forderungen, die GKV auf Kapitaldeckung umzustellen, leiser werden lassen. Selbst innerhalb der PKV mehren sich die Stimmen, die den Status quo in Frage stellen. Abgesehen davon, dass es sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen ist, nur bestimmten Gruppen Zugang zur PKV zu verschaffen und soziale Lasten in der GKV zu konzentrieren, dürfte der steigende Kostendruck (in der PKV steigen die Prämien rund doppelt so schnell wie die Beiträge in der GKV) die Versicherungswirtschaft dazu bewegen, die Konvergenz der Systeme mit dem Ziel der Schaffung eines einheitlichen Ordnungsrahmens für GKV und PKV ins Auge zu fassen.

Kooperationen und vielleicht bald Fusionen einzelner Träger sind ein beredtes Gegenstück zur amtlichen Propaganda der Verbände. Damit verbunden ist die Frage der künftigen Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Auch in der nächsten Legislaturperiode wird erneut zu diskutieren sein, ob die Fixierung der GKV-Beiträge auf Löhne und Gehälter bzw. deren Ersatz zukunftsweisend ist. Ob die Verbeitragung sonstiger Einkünfte der Königsweg zur Verbreiterung der Einnahmen und zur Herstellung von mehr Belastungsgerechtigkeit ist, wird zu hinterfragen sein. Die Alternative in Form höherer Steuerzuschüsse an die Krankenversicherung dürfte weiter im Rennen bleiben.

IX. Ein Blick über nationale Grenzen – Best practice im Systemvergleich

Schließlich dürfte sich auch vor der nächsten Reform ein Blick über die Grenzen Deutschland lohnen. Dabei sollte sich das Augenmerk nicht nur auf die Erfahrungen der Niederländer oder Schweizer mit ihrer Neuordnung von Versicherungslandschaft und Finanzierung richten. Auch die Erkenntnisse aus skandinavischen Ländern, die einen hohen Integrationsgrad in der Gesundheitsversorgung erreicht haben, sollten die Diskussion in Deutschland befruchten. Speziell in der Arzneimittelversorgung, wo multinationale Hersteller das Angebot dominieren, werden nationale Strategien ihre Grenzen finden. Selbst eine große deutsche Kasse dürfte kein gleichgewichtiger Verhandlungspartner für einen Weltkonzern sein.

Daher bieten sich transnationale Lösungen ebenso an wie der Blick auf andere Länder, hier speziell die Schweiz, Frankreich oder Großbritannien, wo die pharmazeutische Industrie ebenfalls eine große wirtschaftliche Rolle spielt, gleichwohl aber nicht so dominant auftritt wie in Deutschland. Schließlich lohnen sich Besuche in den USA und Diskussionen mit den dortigen Fachleuten immer. Das betrifft primär nicht die Systemsteuerung als Ganzes. Im Fokus hier stehen die Instrumente zur Feinsteuerung, die sich nach dem Backlash vom Managed Care in den

neunziger Jahren zu einer differenzierten und zunehmend effektiveren Steuerungsphilosophie verdichtet haben. Speziell die von Barack Obama angekündigte Systemreform dürfte auch in Deutschland Aufmerksamkeiten erregen.

X. Fazit – Nach der Reform ist vor der Reform

Wer nicht ideologisch auf die Bekämpfung der letzten Gesundheitsreform und speziell des Gesundheitsfonds in Deutschland fixiert ist, wird erkennen, dass die Gesundheitsreformen der letzten Jahre im Zusammenwirken den Weg für eine durchgehende wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen bereitet haben, ohne die solidarische Ausgestaltung des Systems in Frage zu stellen. Der Prozess der Umgestaltung ist allerdings noch keineswegs abgeschlossen. Zum einen ist die Regulierung im Gesundheitswesen stets strategiefähig. In den einzelnen Versorgungssektoren sind wettbewerbliche Anreize zu schwach ausgeprägt.

Der Anspruch, Integrationsversorgung als Regelversorgung zu etablieren, konnte bisher nicht erfüllt werden. Hierzu müssen neue Anreize, wie beispielsweise ein gesonderter F+E-Topf im Gesundheitsfonds, diskutiert werden. Planungs- und Finanzierungsstrukturen müssen auf Integrationsziele ausgerichtet und entbürokratisiert werden. Im Mittelpunkt von Regulierungen und Vereinbarungen müssen Versicherte und Patienten stehen, die über Wahlentscheidungen und Partizipation die Steuerung des Gesundheitswesens auf allen Bereichen beeinflussen können. Der Kurs in Richtung Wettbewerb ist unumkehrbar, allerdings durchaus unterschiedlich ausgestaltbar.

Literatur

- Amelung / Meyer-Lutterloh / Schmid / Seiler / Weatherly / Lägél* (2008): Integrierte Versorgung Medizinischer Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung, Berlin.
- Amelung* (2007): *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 4. Auflage, Wiesbaden.
- Cassel / Ebsen / Gress / Jacobs / Schulze / Wasem* (2008): *Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition*, Bonn.
- Ecker / Preuß / Roski* (Hrsg.) (2008): *Handbuch Direktverträge – Nachhaltige Vertragsstrategien im Gesundheitswesen*, Düsseldorf.
- Göppfärth / Greß / Jacobs / Wasem* (Hrsg.) (2006 ff.): *Jahrbücher des Risikostrukturausgleichs*, Sankt Augustin.
- Härter / Loh / Spies* (Hrsg.) (2005): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*, Köln.
- Niehoff* (2008): *Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement*, Berlin.
- Orlowski / Wasem* (2007): *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG), Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick*, Heidelberg.

- Reiners* (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern.
- Repschläger* (Hrsg.) (2008): *Barmer Gesundheitswesen aktuell 2008 – Beiträge und Analysen zur Auswirkung der Gesundheitsreform ab 2009*, Düsseldorf.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung* (2007): *Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007*, Stuttgart.
- Schmid / Weatherly / Meyer-Lutterloh / Seiler / Lägél* (2008): *Patientencoaching – Gesundheitscoaching – Case Management – Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen*, Berlin.
- Wille / Knabner* (Hrsg.) (2008): *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Chancen und Grenzen*, Frankfurt am Main.

„Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ im Gesundheitswesen – Chancen, Bedingungen, Grenzen

Von *Herbert Rebscher*, Hamburg

I. Wettbewerb unter Systembedingungen

Die Suche nach der effizienten Mittelallokation beherrscht die gesundheitspolitische Debatte. Die gesundheitsökonomisch diskutierten Steuerungs- und Honorierungssysteme dienen ausschließlich der Suche nach geeigneten Anreizen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu optimieren. Sie sind verwoben mit den zentralen Herausforderungen, denen Gesundheitssysteme weltweit, d. h. auch unabhängig vom jeweiligen Systemtyp unterliegen. Strukturell sind dies zum einen der medizinisch-technische Fortschritt und zum anderen die demographische Entwicklung der entwickelten Volkswirtschaften. Beide Themen beeinflussen stark die jeweiligen Systeme. Dies auch deshalb, weil sich medizinisch-technischer Fortschritt, steigende Lebenserwartung und die Strukturen des Gesundheitswesens gegenseitig beeinflussen: Ein funktionierendes Gesundheitssystem trägt zum medizinisch-technischen Fortschritt und der wiederum zu einer zunehmenden Lebenserwartung und einer steigenden Lebensqualität bei; gleichzeitig ist unser Gesundheitssystem von den Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung sowohl auf Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite unmittelbar betroffen.

Aber die zentralen Herausforderungen für die politische und ökonomische Steuerung des Systems sind jedoch andere: Zum einen besteht die Problematik der Marktpaltung zwischen gesunden und kranken Menschen und einem radikalen Präferenzwechsel je nach Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen. Dies soll im Folgenden am Beispiel der mit dem GKV-WSG und Gesundheitsfonds neu eingeführten Zusatzbeiträge für die Versicherten gezeigt werden. Zum anderen geht es um die ökonomischen Konsequenzen aus der Varianz innerhalb von Klassifikationssystemen, die künftig die Debatte um die Effizienz z. B. der Krankenhäuser (DRG) oder des Wettbewerbs der Krankenkassen (RSA) determinieren wird. Am Beispiel des selektiven Kontrahierens soll dies verdeutlicht werden.

Hinzu kommt ein bislang gesundheitspolitisch wenig diskutiertes Problem:

Mit Wettbewerb verbinden wir im Allgemeinen die Erweiterung von Handlungsoptionen aller Akteure, Suchprozesse für angebotene Waren und Dienstleistungen und die immanenten Innovationsanreize in der unternehmenspolitischen Strategie – kurz und wie im Titel dieses Beitrages angedeutet: „Wettbewerb als Ent-

deckungsverfahren“¹. Trotz aller konkreten Konflikte in der Dynamik von Wirtschaftssystemen zieht die Wettbewerbswirtschaft daraus ihre politische Akzeptanz und die Akzeptanz der Kunden.

Im Gesundheitswesen wirkt dieser Mechanismus jedoch nur begrenzt. Auf der einen Seite bringt er für Versicherte die Erweiterung der Wahloptionen zwischen verschiedenen Versicherungen, deren jeweiligem Leistungsportfolio und Serviceorientierung, auf der anderen Seite entstehen bei der konkreten Leistungsanspruchnahme für die Patienten jedoch eine Begrenzung und Einengung der Wahloptionen durch selektive Vertragsmuster. Ein schwieriges Akzeptanzproblem.

Selektives Kontrahieren, als das zentrale Wettbewerbsinstrument im Gesundheitswesen, muss diesem Faktum Rechnung tragen, wenn es zielführend in ein System implementiert werden soll, das sich traditionell durch die Freiheit der Wahl unabhängiger Leistungserbringer durch die Patienten definiert. Und das sich insbesondere auch durch die Freiheit der Leistungserbringer bei der Wahl der von ihnen verantworteten Therapie gemäß dem festgestellten medizinischen Bedarf des Patienten auszeichnet, ohne dabei Rücksicht auf Vertragsverhältnisse Dritter (der Kassen) nehmen zu müssen.

Die beschriebene Marktsplaltung (s. o.) macht dabei die Rationalität der einzelnen Entscheidungen und damit den rationalen Diskurs über medizinischen Nutzen, Kosten und patientenorientierte Endpunkte so schwierig; deshalb ist auch die Akzeptanz bei den jeweils Betroffenen schwer abzuschätzen, ihre Präferenzen verändern sich plötzlich.

Für einen gesunden Versicherten wird der Wahlakt bezüglich einer Krankenversicherung nicht von der Frage eines konkreten medizinischen Leistungsbedarfs und deren Prozessorganisation bestimmt, sondern sich um die Kategorien Preis/Beitragsatz, Markenbekanntheit, Image, eventuell Servicequalität drehen. Wichtige Parameter, jedoch für den Kern des Versorgungssystems keine hinreichend erklärenden Parameter.

Für den Patienten mit episodischen Krankheitserlebnissen werden maximal die Kategorien Wartezeiten, Terminvergabe, Erreichbarkeiten, persönliche Zuwendung etc. dominieren, nicht jedoch das qualitativ hochwertige Angebot eines klar definiert indikationsbezogenen Versorgungsmodells z. B. in der Chronikerversorgung. Aus episodischen und heterogenen Krankheitserlebnissen wird sich auch keine begründete Präferenz bezüglich bestimmter Leistungserbringer und Einrichtungen ergeben.

Bei chronisch Kranken und Schwerstkranken bzw. Pflegebedürftigen dominiert jedoch die Kategorie Versorgungsqualität, der freie Zugang zur qualitativ vermeintlich besten Klinik, die Erreichbarkeit notwendiger ergänzender diagnostischer Abklärung, die Verwendungsfähigkeit innovativer Arzneimittel und der Umfang eventuell notwendiger Nachsorgeprogramme. Hier dominieren auch die Ver-

¹ Hayek, F. A. v., 1969, S. 249–265.

zählungen der therapeutischen Prozessschritte z. B. Akutmedizin/Reha/Pflege und dies in einer für den Patienten selbst und seiner Familie günstigen regionalen Erreichbarkeit im Wohnumfeld.

Selektives Kontrahieren ist ökonomisch und versorgungspolitisch dort am sinnvollsten wo eine langwierige, teure und von den Prozessschritten her eng verzahnte Zusammenarbeit der Akteure notwendig ist. Eine für den gesunden Versicherten und die Vielzahl der episodenhaften medizinischen Ereignisse vernachlässigbare Kategorie, der individuelle Nutzen, wird erst in einer konkreten Krankheitssituation erfahrbar. Deshalb sind solche Programme in der Regel auf die Zielgruppe der chronisch Kranken und Schwerkranken orientiert. Dort macht es ökonomisch Sinn und dort macht es von der Versorgungsqualität her Sinn.

Dies bedeutet jedoch im Umkehrschluss, dass selektives Kontrahieren nur dort Sinn stiftet, wo die dauerhafte und intensive Inanspruchnahme des Systems aktuell notwendig wird. In den Augen der in diesem Versorgungsprozess Betroffenen wird sich in dieser Situation selektives Kontrahieren jedoch als Begrenzung und Einengung des ursprünglichen freien Zugangs zu in Frage kommenden Krankenhäusern und Ärzten auf die selektiv durch die Krankenkasse kontrahierten Vertragspartner darstellen. Deren Therapiemöglichkeiten würden im Konzept des selektiven Kontrahierens aber auf die Verordnung von z. B. rabattierten Arzneimitteln (aber auch Hilfs- und Heilmitteln) oder auf kassenindividuelle Arzneimittellisten reduzieren. Für die Patienten eine wahrgenommene (empfundene) Begrenzung ursprünglich zugänglicher Sachleistungen. Schließlich würde die Nutzung von Reha-Einrichtungen oder Pflegeeinrichtungen auf Vertragspartnereinrichtungen begrenzt werden können, obwohl das SGB IX vom „Wunsch- und Wahlrecht“ der Betroffenen ausgeht.

Diese Beispiele zeigen, dass die theoretische Begründung des wettbewerblichen Konzepts des selektiven Kontrahierens von den im Versorgungsprozess Beteiligten und Betroffenen gemeinsam zunächst als Einschränkung bestehender Freiheitsrechte erlebt werden wird. Das selektive Kontrahieren zielt ja gerade auf den Kontrakt mit Partnern einer Versorgungskette, wenn diese Partnerwahl als Selektionskriterium die Qualität hat (vorausgesetzt die Messmethoden stünden bereit), ist diese Selektion gesundheitspolitisch und ökonomisch sinnvoll. Dies bedeutet aber für Patienten und deren Angehörige, für einweisende Ärzte, und die Zusammenarbeit in einem regionalen Netzwerk sehr konkrete Einschränkungen der bisherigen Zusammenarbeit und eine Veränderung gewohnter Prozessschritte. Dieser Umstand wird in der gesundheitsökonomischen Literatur weitgehend übergangen, die auch politische Relevanz des Problems massiv unterschätzt und die Akzeptanz der Betroffenen dabei ausgeblendet. Wenn Wettbewerb jedoch der Kundensouveränität, hier also der Patientensouveränität, zu dienen hat, ist dieser Umstand eine zentrale Kategorie bei der Gestaltung entsprechender wettbewerblicher Modelle in der GKV. Zusammengefasst hätten wettbewerbliche Suchprozesse personelle und strukturelle Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, wie sie in nachfolgender Abbildung dargestellt sind.

<i>Personelle Rahmenbedingungen</i>	
Versicherte	– kein individueller Nutzen aus selektiven Vertragsangeboten
Patienten	– hohes Leistungsinteresse (wächst mit Krankheitsstadien) – hohes Interesse an freier Wahlentscheidung bei Zugang
Ärzte	– Therapiefreiheit, freie Einweisungs- und Verordnungsentscheidung – Teambildung im regionalen Setting (Akut, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhaus)
Konkurrenten	– Individualvertrag gegenüber Patienten als Bedrohung kommuniziert (siehe MVZ-Debatte)
Politik	– Regionale Strukturen (Rettungsdienst / Krankenhauskapazitäten / Arbeitsplätze)
Akzeptanzproblem	
<i>Strukturelle Rahmenbedingungen</i>	
Investitionsentscheidungen / -volumen	– Planbarkeit der Kapazitätennutzung, Amortisationszeiten
Arbeitsteilung	– Verlässlichkeit der Teambildung im regionalen Kontext
Notfall	– selektiv / elektiv Vorhaltefunktion
Evident / Evaluation	– Fallzahlen, statistische Artefacte – kollektive Evidenz vs. individueller Wirksamkeit (Nutzen)
Struktur- und Prozessproblem	

Quelle: Eigene Darstellung.

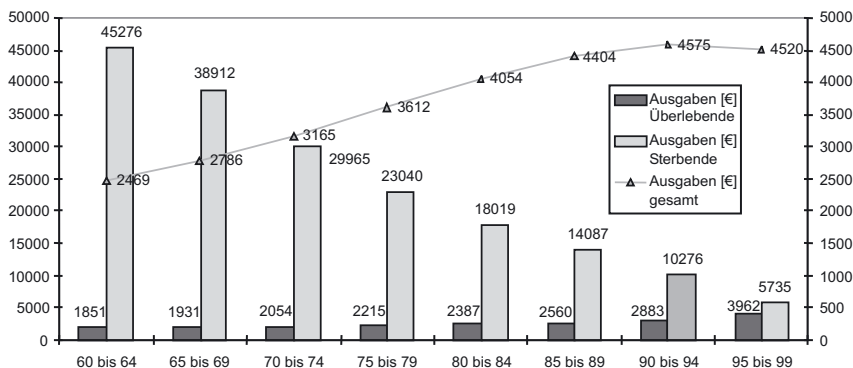
Abb. 1: Rahmenbedingungen für selektives Kontrahieren

II. Kosten und Nutzen von alternativen Güter- / Dienstleistungskombinationen

Wenn wir die Versorgungssituation betrachten, und dies ist durch viele empirische Untersuchungen belegt, erkennen wir, dass 20 Prozent der Menschen 80 Prozent der Leistungen benötigen! Verschärfend kommt hinzu, dass es eine enorme Kompression der Ausgaben auf wenige Jahre vor dem Tod gibt². Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass 80 Prozent der Menschen lediglich 20 Pro-

² Kruse, A. et al, 2003.

zent der Leistungen benötigen. Was nichts anderes heißt, dass diese Menschen außer dem abstrakten Versicherungsschutz keinen individuellen Nutzen aus dem Versorgungsangebot und dessen Qualität ziehen. Dieses empirisch gut gesicherte Faktum³ ist eine zentrale Grundlage bei der Beurteilung gesundheitsökonomischer Instrumente.



Quelle: Kruse u. a., Kostenentwicklung im Gesundheitswesen – Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten, 2003. Die in der Grafik dargestellten Ausgaben für Sterbende umfassen die Ausgaben im letzten Jahr vor dem Tod.

Abb. 2: Entwicklung GKV-Ausgaben in sterbenahen Altersgruppen

Nimmt man diese Ausgangslage ernst, muss man reine Preissteuerungsmodelle, wie die mit dem Gesundheitsfonds eingeführte „Kleinen Prämie“ (Zusatzbeitrag) ablehnen. Denn Prämienmodelle richten sich ausschließlich an preisreagible Gesunde, die keine Leistungen (20%) benötigen. Was hingegen notwendig wäre sind Reformansätze, die die Effizienz der Versorgung in den Vordergrund rücken, denn Effizienz bei der Leistungserbringung zeigt sich in dem Bereich der aufwändigen Versorgung (80% der Leistungen) der Wenigen (20% der Menschen).

Betrachten wir den Effizienzbegriff, wie er in der gesundheitspolitischen Diskussion gebraucht wird, ist nicht verwunderlich, wenn Eckhard Knappe mit dem Verweis darauf, dass das Effizienzziel sogar Gesetzesrang hat, präzise urteilt, dass in Bezug auf die Krankenversicherung „bestenfalls ... ‚Effizienz‘ mit ‚weniger Ausgaben‘ verwechselt wird, anstatt das Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Versicherten und für die Patienten gleichermaßen zu betrachten“. Nach ihm wird „nicht beachtet, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung aus Sicht eines gesunden Versicherten (Nutzen des gedeckten Krankheitsrisikos versus Beitragshöhe) gänzlich anders ausfällt, als die Bewertung durch einen Patienten (Nutzen der Gesundheits-

³ Daran ändert auch ein von der Privaten Krankenversicherung erstelltes Gutachten wegen offenkundiger methodischer Mängel nichts: vgl. PKV-Gutachten: Niehaus, F., 2006, zur Kritik: Jacobs, K./Klauber, J., 2007, S. 14 ff.

leistung versus Zeitaufwand, Schmerzhaftigkeit etc.). Beide Bewertungen sind weder deckungsgleich noch kompatibel.“⁴ Dieser Zusammenhang beschreibt einen Präferenzwechsel, dessen nachhaltigt ökonomische Konsequenzen bisher kaum beachtet werden.

Effizienz ist an der angemessenen, guten und wirtschaftlichen Versorgung kranker Menschen zu beurteilen. Es geht um die wirtschaftliche Erbringung einer notwendigen Leistung in guter Qualität. Die mittel- und langfristige Perspektive zählt. Die Vermeidung einer Eskalation von *Krankheiten und Risikofaktoren ist das eigentliche Ziel. Deshalb müssen ganzheitliche* Versorgungskonzepte inkl. Prävention, Rehabilitation und Pflege organisiert werden – in diesem Rahmen wäre Effizienz messbar und beurteilbar.

Doch geht der Gesetzgeber mit der „Kleinen Prämie“ einen anderen Weg und reduziert die „Beurteilung“ für eine „effiziente Gesundheitsversorgung“ erneut auf die Aussage „weniger Kosten“. Somit sendet die Politik reine Preissteuerungssignale aus ohne zu berücksichtigen, dass Preissteuerung nur auf preisreagible Nachfrage wirkt. Preisreagibilität der Vielen (80%) ohne relevanten Leistungsbezug heißt jedoch, dass der Nutzen ausschließlich im Preis des Versicherungsarrangements (Risikoabsicherung), nicht jedoch im (Leistungs-)Nutzen qualitativer Medizin, im Nutzen guter Versorgungsorganisation, im Nutzen medizinischer und pflegerischer Qualität beurteilt wird und werden kann.

Ein durch Risikoselektion und Leistungsverweigerungswettbewerb erzielt Prämien dumping für ausschließlich preisreagible gesunde Kunden darf nicht als „Effizienz“ missinterpretiert werden.⁵ Mit der echten Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse hat es nichts zu tun.

Diese fehlleitenden ökonomischen Anreize zwingen alle Beteiligten zu einer kalten, betriebswirtschaftlichen Logik:

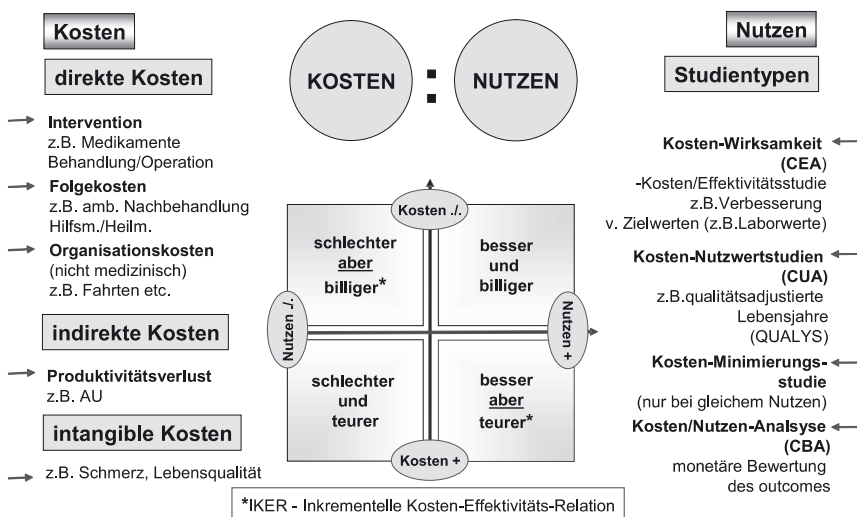
- Risikoselektion wird gefördert. Ein Wettbewerb, der die Optimierung der Versorgung zum Ziel hat, ist damit grob diskriminiert.
- Harte Prämienvermeidungsstrategie: Alles wird getan, um kurzfristig Zusatzprämien zu vermeiden. Es gibt keinen Anreiz mehr für einen Wettbewerb um effizientere, an den Versorgungsnotwendigkeiten orientierte Abläufe.
- Kurzfristig attraktive Angebote werden gezwungenermaßen auf betriebswirtschaftlich attraktive Zielgruppen ausgerichtet (Junge und Gesunde) statt auf langfristige Versorgungsstrategien (Zielgruppe: Kranke, Chroniker etc.).

Ein Grund für die Einführung und Etablierung der Gesundheitsökonomie als eigene Disziplin innerhalb der klassischen ökonomischen Disziplinen liegt insbesondere darin begründet, dass es fundamentale Unterschiede zu marktwirtschaft-

⁴ Knappe, E., 2006, S. 265.

⁵ Der gesundheitsökonomisch bisher „unauffällige“ Schöpfer des Gesundheitsfonds spricht aktuell selbst vom Entstehen von „Aldi-Kassen“ als Folge dieser Reform, *Richter*; W. F., 2007.

lich organisierten Produktions- und Leistungsprozessen gibt, die es herauszuarbeiten gilt. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Gesundheitsökonomie sind für die Gesundheitspolitik und für eine effektive und effiziente Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung geworden. Die dazu notwendigen Untersuchungen und Studiendesigns sind nicht ohne eine spezifische Methodik aussagefähig.



Quelle: Eigene Darstellung.

Abb. 3: „Effizienz“ – Kosten / Nutzen in der Medizin

Trotz aller Erkenntnisse hat die Politik bei der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds mit „Kleiner Prämie“ einen fundamentalen Unterschied zu typischen Produkt- und Dienstleistungsmärkten ausgeblendet. Nämlich den, dass im GKV-Markt systematisch die simultane Bewertung von Kosten und Nutzen im Moment des Kaufs, ausgedrückt im Preis, fehlt. Genau das Gegenteil ist der Fall: Preis- und Nutzenbewertung finden im „Gesundheitsmarkt“ grundsätzlich und nicht änderbar zeitlich und inhaltlich in völlig verschiedenen Situationen statt.

Hierzu ein Beispiel: Leistungen, wie die geriatrische Rehabilitation – das gilt grundsätzlich für alle mittel- und langfristigen Versorgungskonzepte – oder die qualifizierte persönliche Beratung vor Ort, haben als Bestandteil eines komplexen Versicherungsproduktes und -preises auch für den 25jährigen Gesunden ihre Berechtigung. Denn er kann jederzeit in die Lage geraten, eine „Versorgungs-Leistung“ beanspruchen zu müssen. Als überzeugende Begründung für eine Zusatzprämie für diesen Personenkreis reichen sie allerdings nicht. Außerdem geht der junge und gesunde Versicherte auch keinerlei Risiko ein, wenn er über das Internet

die preisgünstigste Krankenkasse wählt. Benötigt er im fortgeschrittenen Alter, oder wenn eine Krankheit diagnostiziert wird, Leistungen und Beratung, wechselt er – ohne ökonomische Restriktionen – in eine Krankenkasse, die ein entsprechendes Versorgungsmodell vorhält.⁶ Somit entlastet er die preisgünstige Krankenkasse sogar noch von Versorgungskosten, so dass diese weiterhin preisgünstig anbieten kann. Die Politik bezeichnet diese Krankenkasse sogar noch als wirtschaftlich, da sie keine bzw. geringe Leistungsausgaben hat.

Wenn die „Kleine Prämie“, wegen des staatlich administrierten Einheitsbeitrags, das einzige unterscheidbare Wettbewerbskriterium für preisreagible (in der Regel junge und/oder gesunde) Menschen wird – und das ist der zentrale politische Wille –, dann wird der Rechtsrahmen seine ordnungspolitische Anreizwirkung wie folgt entfalten:

- Preiswettbewerb durch Leistungsverweigerung.
- Kurzfristige Prämienorientierung („billig“) statt mittelfristiger Versorgungsoptimierung („effizient“).
- Akutmedizinische Fokussierung statt präventions- und rehabilitationsmedizinischer Orientierung.
- Grundleistungsorientierung (RSA-kompatibel) statt ganzheitlichem Medizinansatz.
- Billigmedizin (Preis/Prämie) statt Qualitätsmedizin (Nutzen/Qualität) bei formal gleichem Leistungsanspruch.

III. Der Risikostrukturausgleich (RSA) und das Problem der Wettbewerbsverzerrungen

Es besteht gesellschaftlicher Konsens darüber, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Beiträge nicht am gesundheitlichen Risiko der Versicherten ausrichten sollen. Der Verzicht auf Risikoäquivalenz ist für das System konstituierend. Bei einem weitgehend einheitlichen Leistungskatalog orientieren sich die Beiträge an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Mitglieder (beitragspflichtige Einnahmen). Das Grundprinzip der solidarischen Krankenversicherung lautet: Beiträge nach ökonomischer Leistungsfähigkeit, Leistungen nach medizinischem Bedarf.

Da die Krankenkassen keine risikoäquivalenten Prämien erheben, fördert der Wettbewerb zunächst starke Anreize zur aktiven Risikoselektion, um hierdurch die Marktposition zu verbessern. Für die Krankenkassen ist es attraktiv, möglichst jun-

⁶ Es ist somit aus der individuellen Betrachtung des Versicherten höchst rational, eine versorgungsstarke Krankenkasse erst dann zu wählen, wenn deren Leistungsportfolio mit der festgestellten eigenen Erkrankung korreliert und bis dahin ausschließlich preisreagibel zu optimieren.

ge und gesunde Versicherte zu gewinnen, weil für diese die Leistungsausgaben geringer als die Beitragseinnahmen sind (und damit sog. „positive Deckungsbeiträge“ entstehen), während umgekehrt Anreize bestehen, alte, kranke Versicherte möglichst nicht zu versichern, weil für diese höhere Leistungsausgaben als Beitragseinnahmen anfallen (es entstehen „negative Deckungsbeiträge“). Weiter entsteht bei einkommensabhängigen Beiträgen ein starkes Interesse, möglichst gut Verdienende zu versichern, jedoch keine Geringverdiener.

Voraussetzung für einen funktionsfähigen und leistungsgerechten Wettbewerb in der GKV ist daher das Vorhandensein eines möglichst genauen Ausgleichsverfahrens, damit Anreize zur aktiven wie passiven Risikoselektion dauerhaft neutralisiert werden. Hierzu hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 1994 den Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Neben dem Ausgleich der Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen wurde im RSA bisher die ausgabenseitige Risikostruktur über die Variablen Alter, Geschlecht, Erwerbsunfähigkeit, Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sowie die Einschreibung in Disease Management Programme (DMP) erfasst.

Analysen zeigten, dass der bisherige RSA systematische Anreize zur Risikoselektion bot. Dies lag insbesondere darin begründet, dass der RSA nur zu einem geringen Teil in der Lage war, mit seinen genannten Variablen das Varianzproblem der individuellen Ausgabenunterschiede auszugleichen.

Dadurch erhielten Krankenkassen mit überwiegend gesunden Versicherten eine erhebliche Überdeckung ihrer tatsächlichen Leistungsausgaben. Einfach ausgedrückt: Die Krankenkasse mit vielen Gesunden erhielt auf der Ausgabenseite im RSA eine Gutschrift, die (da auf den Durchschnitt normiert) teilweise erheblich höher lag als ihre tatsächlichen Leistungsausgaben.⁷

Die beschriebenen Probleme des bisherigen RSA waren weitgehend bekannt und sollten durch die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA auf Basis von 50 bis 80 Krankheiten überwunden werden. Danach erhalten die Krankenkassen aus dem seit dem 01. 01. 2009 durch staatlichen Einheitsbeitrag finanzierten Gesundheitsfonds eine, auf 80 Krankheiten begrenzt, „morbiditätsgerechte“ Zuweisung für jeden Versicherten.

Basis dieser Zuweisung ist ein Konzept direkter Morbiditätsmessung mittels eines geeigneten Klassifikationsmodells. Die Hoffnung auf ein faires und den Wettbewerb förderndes Verfahren ist groß, die Enttäuschung wird folgen. Denn auch dieser RSA wird die Anreize zur Risikoselektion allenfalls reduzieren, aber nicht beseitigen.

⁷ Rebscher, H., 2007.

IV. Varianz und Zufall – methodische Probleme von (Preis-)Klassifikationssystemen

Alle Preissteuerungs- und Klassifikationsmodelle haben die gleiche ökonomische Funktion, sie haben die Minimierung der Varianz von Einzelmerkmalen zu den Merkmalen eines Kollektivs zum Gegenstand, ihr Ziel sind aufwandsgleiche Cluster. Dies gilt grundsätzlich für alle Preis- und Entgeltsysteme im Gesundheitswesen.

- Der RSA soll dieses Ziel für die Finanzzuweisung (risikoäquivalente Zuweisung), also dem Preis für die Versicherungsleistung, vom Gesundheitsfonds zur Kasse erreichen. Das Instrument: die Anwendung des IPHCC+RxGroups-Klassifikationsmodell als Morbiditätsmessverfahren.⁸
- Das DRG-System soll die Leistungen eines Krankenhauses in eine beherrschbare Zahl möglichst aufwandshomogener Cluster überführen, also „Preise“ für Krankenhausleistung sein. Das Instrument: das ursprünglich australische DRG-Klassifikationsmodell in einer zwischenzeitlich gut entwickelten deutschen Version der G-DRG.⁹
- Bestandteil der seit Jahresbeginn 2009 eingeführten Honorarreform für niedergelassene Ärzte ist eine morbiditätsorientierte Weiterentwicklung der Vergütung, das das ambulante Honorierungsmodell einer „leistungslosen“ Kopfpauschale auf ein entsprechend aufwandshomogenes System von Leistungskomplexen überführen und das Vergütungsvolumen anhand der gemessenen Morbidität weiterentwickeln soll.

Jedes Klassifikationsmodell dieser Art hat aber mit dem Problem der Varianz der Komplexität innerhalb jedes dieser Cluster zu kämpfen. Hier liegt ein nicht unerhebliches methodisches Problem: das Problem nämlich, wie stark sich die statistischen Maße auf der individuellen Behandlungsebene einzelner Kranker von den statistischen Maßen auf der kollektiven Behandlungsebene aller Kranken in der konkreten Gruppe unterscheiden. Dieser Zusammenhang wird üblicherweise durch RB2 abgebildet, ein Maß, „das den Anteil der durch die Morbiditätsmerkmale des Modells erklärten Varianz der Ausgaben zwischen den Individuen an der Gesamtvarianz erklärt“.¹⁰ Die ökonomischen Konsequenzen aus der Varianz innerhalb von Klassifikationsmodellen wird zukünftig die Debatte um die „wahre“ Effizienz im Vergleich der Krankenhäuser, zwischen Krankenkassen und wohl auch in der ambulanten Vergütung bestimmen.

Die Varianz innerhalb eines etablierten Klassifikationsmodells, wie dem DRG-Modell im Krankenhaus, ist beachtlich. Untersuchungen gehen nach wie vor von einer erheblichen Kostenvarianz in der jeweils kalkulierten DRG aus. Auch der

⁸ Reschke, P. / Lauterbach, K. / Wasem, J., 2006.

⁹ Gerdemann, W., 2007.

¹⁰ Reschke, P., et al. 2006, S. 11.

bisherige RSA konnte max. ein RB2 von rund 6% erreichen, „ideale“ Klassifikationsmodelle max. ca. 25%, reale Modelle – so die Schätzung – max. 15%.¹¹

Die Versuche in allen Klassifikationssystemen, die Varianz durch Einführung neuer Gruppen zu minimieren, sind notwendig, lösen allerdings nicht das Grundproblem. Es droht eine ständige Eskalation methodisch aufwändiger Präzisierungsstrategien.

Gäbe es eine strenge Zufallsverteilung einer hinreichend großen Zahl von Behandlungsfällen auf die Zahl möglicher Behandler oder die Zufallsverteilung der Zahl potentieller Versicherten auf eine Zahl von Einzelkassen, wäre dies alles kein Problem. Man könnte statistisch darauf setzen, dass sich die Varianz in der Komplexität auf die betroffenen Einrichtungen gleich verteilt und somit keine ökonomisch nachteiligen Konsequenzen auslöst.

Im Gesundheitswesen findet die Verteilung der Risiken jedoch in keinem der drei genannten „Preissysteme“ nach einer Zufallsverteilung statt. Weder sind Kassenmitgliedschaften zufallsverteilt noch erfolgt die Einweisung ins Krankenhaus oder die Entscheidung, welcher Arzt konsultiert wird, zufallsorientiert.

Damit wird aber die mehr oder weniger hohe Varianz der „Preissysteme“ zu einem methodisch ernsthaften Problem für Fairness, Gerechtigkeit und damit für die Akzeptanz der Steuerungskonzepte.

Varianz im Kalkulationssystem bei kalkulierbarer Zufallsverteilung ist die Normalität im Wirtschaftsleben und nur deshalb auch gerecht. Deshalb funktionieren Märkte. Insbesondere bei Dienstleistungsangeboten oder komplexen Werkverträgen sind alle (Fix)Preisangebote „Wetten“ auf die Gültigkeit der Zufallsverteilung.

Varianz im Kalkulationssystem ohne Zufallsverteilung wie im Gesundheitswesen, ja sogar die ausdrückliche Zuweisung durch Ausschluss vom Zufall, orientiert z. B. an der Qualität der Akteure, verzerren die Leistungsgerechtigkeit der „Preise“ nachhaltig. Wenn die so verzerrten Ergebnisse auch noch fälschlicherweise als Effizienzmaß interpretiert werden, gehen davon völlig falsche ökonomische Signale aus.

V. Kollektivvertrag versus „selektives Kontrahieren“ – Debatte ohne empirische Evidenz

In der gesundheitsökonomischen Literatur der letzten Jahre befindet sich der „Kollektivvertrag“ im Zentrum der Kritik. Denn er steht in der Reformdebatte für das, was eigentlich überwunden werden sollte, nämlich für monopolisierte Einheitslösungen ohne empirische Benchmarks, für machtvolle strukturkonservative Interessen der jeweiligen Leistungserbringer, für ein unzureichend ausgeprägtes System der Qualitätssicherung und der mangelnden Evaluation gewohnter Behand-

¹¹ Vgl. dazu insges. Reschke, P. et al. 2006.

lungsroutinen und er steht schließlich für das Beharren am organisationsrechtlichen Status quo und der durch ihn geschützten Organisationsstrukturen und Besitzstände medizinischer Anbieter.

Diese zugegebenermaßen grob vereinfachende Darstellung eines doch differenzierteren Analyseansatzes wurde interessanterweise von den sich an der Diskussion beteiligenden Akteuren der Krankenversicherung so nicht geteilt. Es wurde zumindest in ihrem vertragspolitisch konkreten Handeln eine differenziertere Sichtweise offenbar.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens hat im Jahresgutachten 2005 eine überaus differenzierte Analyse kooperativer Koordination im Vergleich zu den Möglichkeiten „selektiven Kontrahierens“ vorgelegt. Der Rat verweist dabei auf die mangelnde Empirie der theoretisch als vorteilhaft bezeichneten Alternativen und kommt zu dem Schluss: „Eine aussichtsreiche Alternative (zur kooperativen Koordination), die eine theoretische Fundierung besitzt und sich – auch aus internationaler Perspektive – auf empirische Evidenz stützen kann, erscheint noch nicht in Sicht.“^{12, 13}

Der Analyse des Sachverständigenrats vorausgegangen war die inhaltliche Neuorientierung der Krankenversicherung als Akteur im Versorgungsgeschehen und als Mitgestalter qualitätsorientierter Versorgungsabläufe durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das ab 2004 diesen Ansatz auch in einer gewissen Stringenz auf die Leistungserbringung übertragen hat. Dort wurde der körperschaftliche Alleinvertretungsanspruch speziell im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung, aber auch über die Leistungssektoren hinweg, einem Suchprozess nach guten Versorgungsarrangements überantwortet. Dieses Gesetz markiert den Durchbruch selektiven Kontrahierens für wesentliche Teile des Leistungsgeschehens der GKV.¹⁴

Die mit dem GMG geschaffenen Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens eröffneten neue Chancen, Verträge der einzelnen Kassen und Koalitionen von Kassen (bzw. ihrer Verbände) mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern auch über sektorale Grenzen hinweg zu schließen.

Damit wird systematisch ein Suchverfahren eröffnet, das in Richtung Qualität von Versorgungsinhalten und Versorgungsabläufen, der Effizienz von Organisationsstrukturen der Medizin, der Ablaufoptimierung und der Patientenorientierung neue Impulse setzen kann. Daraus, so die Hoffnung, würde ein System entstehen, das Schritt für Schritt aus sich selbst heraus lernfähig und durch Vergleich und Benchmarks mit alternativen Lösungen das Versorgungsniveau insgesamt auf ein höheres qualitatives Niveau heben kann. Die daraus entstehenden dynamischen Versorgungsstrukturen werden innovationsfördernd und qualitätsorientiert im Wettbewerb um Versicherungsleistungen eine inhaltliche Dimension für die Patienten

¹² SVR, 2005; Wille, E., 2006, S 427 ff.

¹³ Tesic, D., 2005; kritisch Rosenbrock, R./ Gerlinger, Th., 2006, S. 282 u. 288.

¹⁴ Rebscher, H., 2005, S. 101 ff.

geben. Die ordnungspolitische Ausgangshypothese lautete: Selektives Kontrahieren ist ein wettbewerbliches Instrument, das zielführend Effizienz in einem normativ auf Solidarität und Umverteilung gegründeten System schaffen kann.

Gerade wenn „selektives Kontrahieren“ eine gesundheitsökonomische vorzugswürdige Ergänzung der bestehenden korporatistischen Koordinationsordnung sein soll, gilt es in einer seriösen Beurteilungsmatrix die jeweiligen allokativen Stärken und Schwächen der alternativen Konzepte zu benennen und anhand überprüfbarer Kriterien zu gewichten. Dies soll nur ansatzweise in einer noch unvollständigen Beurteilungsmatrix veranschaulicht werden.

	<u>Kollektivvertrag</u>	<u>selektives Kontrahieren</u>
← Anreize zur Qualitätssicherung	niedrig	hoch
← Anbieterzahl	hoch, hohe Dichte	nach Bedarf
← Verwaltungsaufwand	relativ niedrig	tendenziell hoch
← Kompetenzzuordnung	eindeutig	eindeutig
← Systemstabilität	hoch	niedrig, aber höhere Flexibilität
← Kapazitätssteuerung	gering	hoch
← Einflussmöglichkeiten der Kostenträger	gering	hoch
← Innovationspotential (differenzierte Versorgungsstrukturen)	gering	stark ausgeprägt

Quelle: Eigene Darstellung.

Abb. 4: „Allokationseffizienz“ – Beurteilungsmatrix Kollektivvertrag versus selektives Kontrahieren

Das Konzept „selektiven Kontrahierens“ ist nur dann zielführend zu administrieren, wenn eine hinreichend sichere Verständigung über die Verwendung des Begriffs der Effizienz erfolgt, und zwar „Effizienz“ in Bezug auf ihre allokativen und distributiven Ziele und Wirkungen.¹⁵ Gerade wenn im Ansatz des „selektiven Kontrahierens“ die ökonomischen Vorteile vermutet werden, muss umso sorgfältiger Wert gelegt werden auf die konkreten Bedingungen, die Messbarkeit der Effekte und die sichere Beurteilbarkeit der Ergebnisse.¹⁶

VI. Zum Effizienzbegriff im gesundheitsökonomischen Diskurs

Viele politische und wissenschaftliche Beiträge erschöpfen sich in der Hoffnung, dass selektive Verträge quasi von sich aus Effizienz produzieren und für Qualität

¹⁵ Pfaff, M., 2006, S. 83 ff.

¹⁶ Rebscher, H., 2009.

und Innovation sorgen, ohne mitzudenken und vorzulegen, was denn die inhaltliche Dimension ist, die eine effiziente und qualitätsgesicherte Versorgung ausmacht, und wie man dies in Abgrenzung unterschiedlicher Anbieter und deren Leistungsversprechen messen und beurteilen kann.

Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass die Verwendung des Effizienzbegriffs oft der gezielte und selbstimmunisierende Ersatz für das Nichtvorhandensein geeigneter Beurteilungskriterien oder Steuerungsziele darstellt und damit die eigentliche Problemstellung nur vernebelt. Viele Vorschläge zur „allokationseffizienten Wettbewerbsstrukturen“ fußen auf einer erhabenen Banalität.

Diese politische Vernebelungsstrategie haben wir uns in vielfältigen gesundheitsökonomischen Zusammenhängen eher zu Eigen gemacht als den Schleier durch nüchterne Analytik zu beseitigen. Der gesundheitsökonomische Diskurs ist zu schnell bereit, zu Gunsten eines politisch gewünschten Ergebnisses zu folgern. Dies gilt für den methodischen Missbrauch des Begriffs, z. B. aus der Ausgabendynamik real existierender Systeme (Prognosen von Beitragssatzentwicklungen) auf Systemeffizienz zu schließen, ohne dabei die Ursachen für die dynamischen Faktoren zu analysieren.

Institut, Autor	Maximaler Beitragssatz in 2040, in %
Universität Augsburg, Anita Pfaff (2002)	18,5
Institut der dt Wirtschaft (IidW) Köln, Bernd Hof (2001)	20,5
Universität Konstanz/Greifswald, Fr. Beyer, V. Ulrich (2000)	23,0
Universität Freiburg, St. Fetzer / B. Raffelhüschen (2005)	24,7
Universität Duisburg-Essen, V. Oberdieck (1998)	31,2
Universität Münster, 2001, D. Sauerland (2002)	31,2
Universität Duisburg / Essen, A. Postler (2003)	32,0
DIW Berlin, Fr. Breyer / G. Wagner u.a. (2001)	34,0
SVR zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftl. Entw. (2004)	37,3

Quelle: Cassel, D. u. a., „Die Finanzen der GKV auf dem normativen Prüfstand“, 2006.

Abb. 5: „Effizienz“ und Systemdynamik –
Entwicklung des Beitragssatzes der GKV:
Neuere Status-quo-Prognosen bis zum Jahr 2040

Wenn die Systemdynamik nämlich im technischen Fortschritt, der demografischen Entwicklung oder in einer finanztechnisch bestimmten Einnahmeschwäche liegt, so sind hier eben keine Effizienz-, sondern Bedarfskriterien oder Finanzierungsrestriktionen die Ursache. Die Aufgabe von geeigneten („effizienzfördernden“) Steuerungsinstrumenten wäre dann, die objektive Dynamik vom „Vermeidbaren“, „Unwirksamen“ oder „Unnötigen“ zu unterscheiden. Solche Fragwürdigkeiten der Begriffsverwendung durchziehen viele Studien, internationale Vergleiche, Systemdebatten (etwa zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung) und den Vergleich konkreter wettbewerblicher Alternativen, z. B. die Beitragssätze

der Krankenkassen untereinander oder aber der Vergleich unterschiedlicher Leistungserbringer und deren organisatorischer Möglichkeiten.

VII. Methodische Komplexität am konkreten Anwendungsfall: „selektives Kontrahieren“ im stationären Sektor

Die Lösung von Versorgungsproblemen kranker Menschen folgt selten einer selektiven Logik, sondern sie geschieht durch ein Zusammenwirken sektorüberschreitender Kombination konkreter Güter und Dienstleistungen. Die „Produktionsfunktion“ ist überaus komplex; sie zu optimieren ist die Gestaltungsaufgabe schlechthin.¹⁷

In diesem Zusammenhang soll eine robuste Reduktion der Komplexität genügen und lediglich die Frage beantwortet werden, welche inhaltlichen Kriterien bei der Entscheidung „selektiven Kontrahierens“ im Krankenhaussektor¹⁸ vorliegen, auf deren Grundlage verantwortliche Allokationsentscheidungen getroffen und versorgungspolitisch begründbar sind.¹⁹

Bezüglich ihrer ökonomischen Unterschiede, ihrer qualitativen und versorgungspolitischen Ergebnisse und ihre regionalpolitischen Funktionen soll versucht werden, die Bedingungen für „selektives Kontrahieren“ in diesem einen Leistungssektor deutlich zu machen. Indem sich die folgenden Ausführungen auf einen Leistungssektor konzentrieren, wird deutlich, dass die Beurteilung für die Koordination und Kombination unterschiedlicher Leistungssektoren, für die Beurteilung unterschiedlicher Therapienstrategien und für die Beurteilung einer interpersonalen Wirkmechanik eine noch weit höhere methodische Voraussetzung stellt.

1. DRG-Ranking: Kosten als Effizienz-Signal

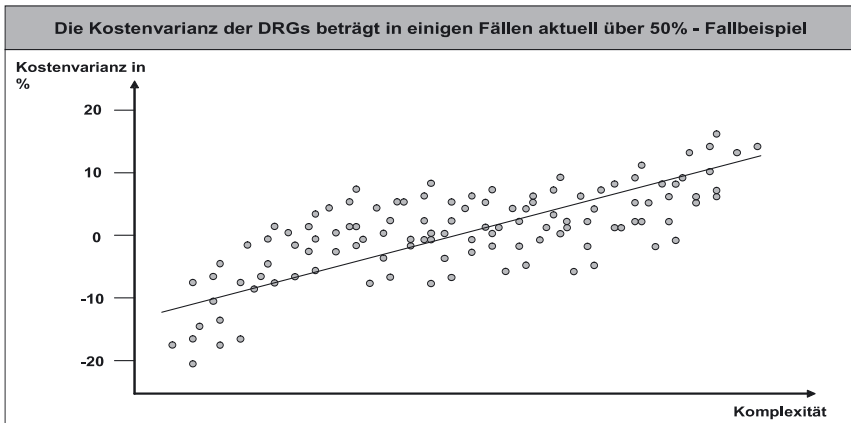
Voraussetzung für eine leistungsgerechte ökonomische Zuweisung von Entgelten im Krankenhaus ist das Vorhandensein eines die Leistung möglichst homogen abbildenden Klassifikationsmodells. Dies wurde mit der DRG-Systematik in deutschen Krankenhäusern auf den Weg gebracht. Ein dafür eigens gegründetes Institut (InEK gGmbH) ist verantwortlich für die laufende Weiterentwicklung dieses Ansatzes. DRGs sind nichts anderes als der Versuch, die Komplexität von rund 16 Millionen Krankenhausfällen eines Jahres in ein möglichst aufwandhomogenes Gerüst von ca. 1.000 Clustern zu überführen und diese kalkulatorisch zu unterfüttern.

Wie oben bereits dargestellt, ist die Varianz innerhalb des DRG-Modells im Krankenhaus beachtlich. Untersuchungen gehen von einer Kostenvarianz von bis zu 50% aus, wie nachfolgende Tabelle verdeutlicht.

¹⁷ Schulz-Nieswandt, F., 2006, S. 274.

¹⁸ Cobbers, B., 2006.

¹⁹ Stackelberg, J.-M. v., 2006, S. 29.



Quelle: B-LUE Management Consulting.

Abb. 6: Hohe Varianz der Kosten bei gleichen DRGs

Da in der Krankenhausversorgung (wie auch bei der Wahlentscheidung zu Versicherungskollektiven) jedoch ausdrücklich keine Zufallsverteilung stattfindet, sondern sogar eine von Experten (in der Regel den niedergelassenen Fachärzten) ausgelöste Ein- und Zuweisung der Patienten, ist die folgende Arbeitshypothese erlaubt: Die Zuweisung oder die gezielte Konzentration von einfachen „Routinefällen“ innerhalb einer DRG auf bestimmte Einrichtung im DRG-Ranking bildet eine hohe „Wirtschaftlichkeit“ ab, während eine wegen ihrer besonderen Qualität oder ihrer optimierten sächlichen Ausstattung gezielt für komplexe Fälle gesuchte Einrichtung im Modell des DRG-Rankings eine „Unwirtschaftlichkeit“ ausweist.²⁰

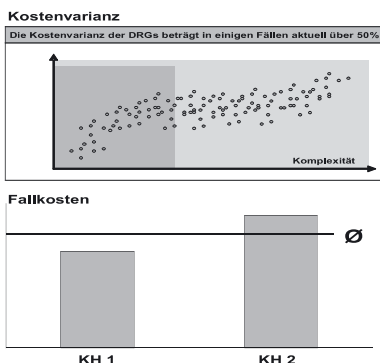
Dieser Zusammenhang mahnt einen sorgfältigen Umgang in der Beurteilung und der Interpretation von DRG-Rankings an. Wegen der nicht zufallsorientierten Zuweisung von Fällen unterschiedlicher Komplexität aufgrund einer expertengestützten Zuweisung wird ein unvollständiges bis falsches Bild gezeichnet²¹, wenn diese Rankings als „Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsmaß“ fehlinterpretiert werden.

2. Qualitätsranking: Versuch der Nutzen-Schätzung

Zur Beurteilung von Effizienz ist deshalb zwingend die Erweiterung des ökonomischen Rankings über DRGs in ein weiteres Ranking bezüglich relevanter Qualitätsindikatoren notwendig. Dieser zweite Schritt der Beurteilung ist wiederum methodisch aufwendig und besitzt seinerseits dringend vorab zu klärende Begrenzungen, z. B. auf die Zahl der Qualitätsparameter, deren Messbarkeit, deren Rele-

²⁰ Dies ist der methodische Hintergrund für die Zuschlagsforderungen von Universitätskliniken und Schwerpunktversorgungseinrichtungen.

²¹ Auf diese Verzerrung weist auch Neubauer hin: *Neubauer, G.*, 2006, S. 238.

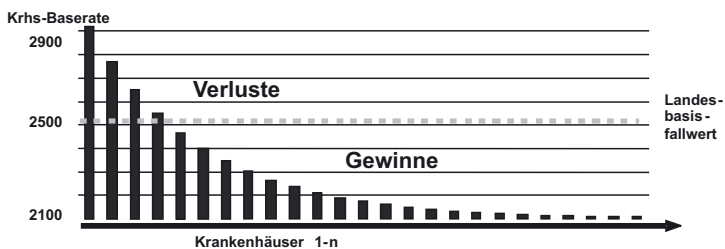


- KH mit geringen Kosten:
Hypothesen für Kostenvorteile
- Höhere Prozesseffizienz?
 - Risikoselektion („Rosinenpicken“)?
 - Geringe Bereitstellungskosten?

- KH mit hohen Kosten:
Hypothesen für Kostennachteile
- Geringere Prozesseffizienz?
 - Anziehen negativer Risiken durch Nachweis hoher Qualität?
 - Hohe Bereitstellungskosten?

Quelle: Eigene Darstellung.

Abb. 7: Kostenvorteile bieten Gefahr für Fehlsteuerungen – Krankenhäuser mit niedrigen Kosten nicht zwingend am effizientesten



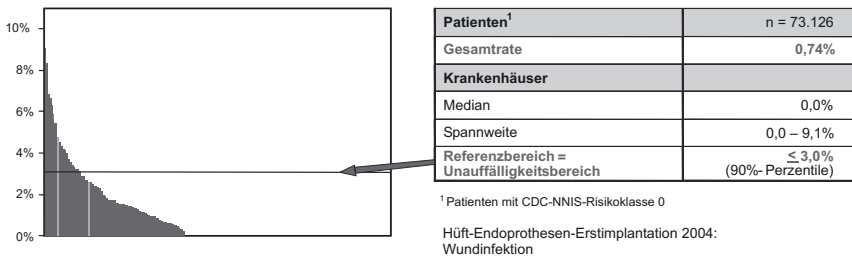
Quelle: Eigene Darstellung.

Abb. 8: Krankenhausvergleich bei DRG-Einführung – „Effizienz“ bei Konvergenzgewinnern, „Ineffizienz“ bei Konvergenzverlierern?

vanz für die Versorgungsqualität und für den therapeutischen Nutzen beim Patienten. Methodisch wird dieser Ansatz von der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) in den jeweiligen Qualitätsreports sichtbar gemacht, auch der Umfang und das Ausmaß der entsprechenden Qualitätskriterien.²² Diese Information müsste für relevante DRGs parallel zum DRG-Ranking gekoppelt werden, um die ökonomische Position im DRG-Ranking mit der Qualitätsposition im Qualitäts-ranking zu vergleichen und Kosten und Nutzen in ein angemessenes Verhältnis zu setzen.

Als Grundlage für die Isolierung bestimmter Qualitätsziele und Kriterien dienen die jeweiligen Guidelines der entsprechenden nationalen oder internationalen Fachgesellschaften.

²² Neben der BQS entwickelt z. B. die deutsche Krebsgesellschaft Qualitätsrankings im Rahmen von Organzentren (z. B. der Brustkrebszentren).



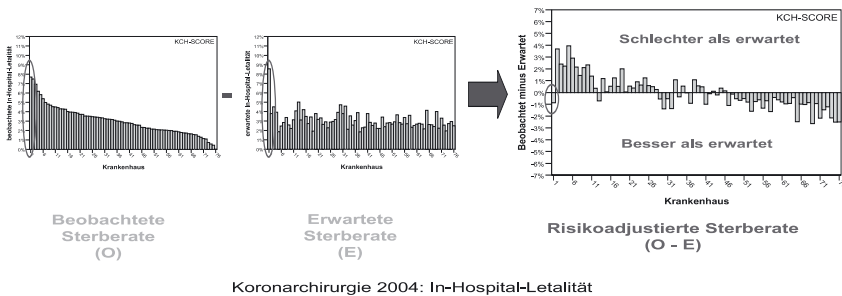
Quelle: BQS.

Abb. 9: Krankenhausversorgung: Unterschiedliche Qualität?

3. Risikoadjustierung als Fairnessbedingung

Auch dieser einfache Vergleich von Qualitätsindikatoren zwischen einzelnen Krankenhäusern wäre allerdings ohne eine Risikoadjustierung innerhalb der genannten Qualitätskriterien ein überaus fragwürdiger Vergleich der Kliniken untereinander. Ein fairer Vergleich, insbesondere von Ergebnisindikatoren, erfordert daher eine „Adjustierung für die Risikosituation der Patienten“²³.

Die systematische Frage lautet: Wie verändert eine Risikoadjustierung die Qualitätsrankings?



Quelle: BQS.

Abb. 10: Ziel „Fairer Vergleich“: Logistisches Regressionsmodell

Das Konzept der Risikoadjustierung²⁴ und der Qualitätsvergleiche innerhalb eines Klinik Konzerns wird von der Helios Kliniken Gruppe²⁵ als Qualitätskennzahlen der zweiten Generation für das interne Steuerungsmanagement der Kliniken genutzt und als Angebot an potenzielle Vertragspartner werbend eingesetzt.

²³ BQS, S. 124, (S. 11 ff.).

²⁴ Busse, R., 2006, S. 22.

²⁵ Helios, 2005.

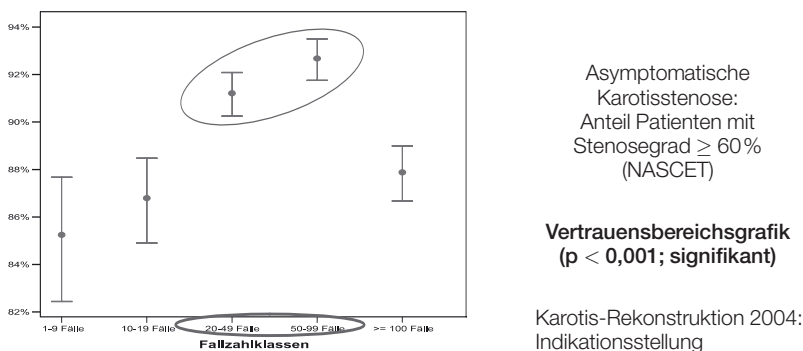
Während die BQS-Daten nur dem jeweiligen Krankenhaus offengelegt werden und die Vergleichskrankenhäuser nur als kollektive statistische Gruppe erscheinen, werden hier unternehmensintern die Benchmarks zwischen eigenen Häusern, zwischen den Fachabteilungen und zwischen konkret handelnden Akteuren im wettbewerblichen Sinne genutzt, um einen ständigen Prozess der Verbesserung einzuleiten.

Für die Chance des „selektiven Kontrahierens“ von Krankenkassen müssten die drei Schritte des Konzeptes in völliger Transparenz die vergleichende Beurteilung möglich machen. „Selektives Kontrahieren“ setzt deshalb einen offenen und transparenten Umgang sowohl mit den ökonomischen Kennziffern (DRG-Ranking), Qualitätskennziffern und der Risikoadjustierung voraus.

4. Praxislösungen: Handeln unter Unsicherheit

Mangels strukturierter und flächendeckend verfügbarer Informationen, die die Zusammenschau von DRG- und risikoadjustierter Qualitätsrankings über die relevante Breite der Versorgungsanlässe erlauben, hat die Versorgungspraxis Hilfskriterien entwickelt.

So dienen Mindestmengen, also die Häufigkeit von bestimmten Eingriffen in einer Abteilung (oder z. B. einem Operationsteam) als Annäherung an vermutete Qualität. Die zunächst plausible Arbeitshypothese „Was häufig genug getan wird, wird gut getan“ kann allerdings nur in bestimmten Bereichen als evidenzbasiert gelten. Sie kann auch in den Fällen, in denen der Zusammenhang zwischen „selten“ und „häufig“ empirisch bestätigt wird, im weiteren Verlauf der Fallmengen nicht weiter bestätigt werden, sondern verliert ihren vermuteten „Grenzertrag“ bis hin zu „sehr häufigen“ durchgeführten Eingriffen.



Quelle: BQS.

Abb. 11: Beziehung von Fallzahl und Qualität:
Qualitätsoptimum bei mittleren Fallzahlen!

Ähnliches gilt für viele in der Praxis entwickelte Hilfskategorien, die sich häufig um Kriterien von Struktur- und Prozessqualitäten ranken, ohne einen wirklichen Ergebnisvergleich zu erlauben.

Hier holen uns auch bei der für „selektives Kontrahieren“ notwendigen Informationsbasis, die generell für die Nutzenbewertung in der Medizin zu konstatierenden Aggregationsprobleme ein, die von der Schulenburg explizit in interpersonelle, interdimensionäre und intertemporale Aggregationsprobleme unterteilt.²⁶

VIII. Beitrag der Gesundheitsökonomie zur methodischen Fundierung des Konzepts des „selektiven Kontrahierens“

Alein diese geraffte Darstellung der methodischen Voraussetzungen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Konzept des „selektiven Kontrahierens“ zeigt, dass der Begriff der Effizienz und seiner Bestimmungsgrößen eine zentrale gesundheitsökonomische Herausforderung darstellt. Die methodische Fundierung von Handlungsoptionen ist dabei ein wesentlicher und notwendiger Baustein. Die Umsetzung in den Versorgungsalltag ist von erheblichen Aufwendungen und Transaktionskosten begleitet, die die Erfahrungen in Modellversuchen oder in konkreten Forschungsprojekten um ein Vielfaches überschreiten werden.

„Selektives Kontrahieren“ ist im heutigen System der Gesundheitsversorgung aus den vorhandenen Prozessdaten jedenfalls nicht zu begründen, wengleich auch hier durch systematischen Zugang wichtige Informationen für selektive Vertragsabschlüsse entwickelt werden können.²⁷

Die Bereitstellung entsprechender Informationen sind noch immer eine Herausforderung an das gesamte Versorgungssystem. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass im gleichen Zuge wie selektive Verträge in der Integrationsversorgung oder der hausärztlichen Versorgung bzw. auch selektive Verträge mit unterschiedlichen organisatorischen Strukturen, z. B. medizinischer Versorgungszentren, Platz greifen, nun die Forderung nach Förderung und Optimierung der Versorgungsforschungen und der Evaluation solcher vertraglicher Inhalte im Raum steht.²⁸

Wer das Konzept des „selektiven Kontrahierens“ ernst nimmt, wer es erfolgreich als Ergänzung des Kollektivvertragssystems implementieren will und dauerhaft bevölkerungsorientiert relevante Benchmarks auf der Suche nach besseren medizinischen Abläufen und Versorgungsinhalten etablieren will, der muss die Bedingungen „selektiven Kontrahierens“ sehr ernsthaft entwickeln helfen. Dazu gehört der faire und offene Umgang mit diesen Bedingungen, die da mindestens lauten:

²⁶ Von der Schulenburg, M., 2006, S. 115.

²⁷ Cassel, D., u. a., 2006; Ebsen, I., 2003; Wido 2007.

²⁸ Schmacke, N., 2007, S. 7 ff.; Raspe, H., 2006; Rebscher 2007; zur Nutzenbewertung aktuell: Sawicki, P. T., 2006, S. 365 ff.

- Akzeptanz der damit einhergehenden erhöhten Transaktionskosten für das Gesamtsystem
- belastbare, transparente und dem öffentlichen Diskurs offene Qualitätsindikatoren
- Anerkennung der methodischen Komplexität der Beurteilung
- Akzeptanz der Reduktion der Komplexität durch die Akteure im praktischen Versorgungsalltag
- politische Akzeptanz der Konsequenz „selektiven Kontrahierens“, die nicht darin liegt, wer einen selektiven Vertrag kontrahiert, sondern wer diesen aus welchen Gründen nicht kontrahiert und deshalb Versorgungszugänge verwehrt
- mit „selektivem Kontrahieren“ einhergehende Begrenzung der Versorgungsmöglichkeiten auf Vertragspartner, was die in der Bevölkerung vorherrschende Akzeptanz der freien Arztwahl und der freien Krankenhauswahl erheblich einschränken wird.

Unter Berücksichtigung dieser methodischen und faktischen Voraussetzungen kann selektives Kontrahieren jedoch wesentliche Beiträge zum ständigen Suchprozess nach Qualität und Effizienz der Versorgung leisten, besser jedenfalls als der Ausschließlichkeitsanspruch des Kollektivvertragssystems dies je erfüllen könnte. Nicht Kollektivvertrag oder „selektives Kontrahieren“ müsste deshalb politisch handlungsleitend sein, sondern die Möglichkeit aller Beteiligung zur Überwindung kollektivvertraglicher Zwänge durch geeignete und methodisch unterlegte Ansätze „selektiven Kontrahierens“.

Zusammenfassend bedeutet dies: Wer „selektives Kontrahieren“ nicht als Wort-hülse in der politischen Auseinandersetzung und als Kampfbegriff gegenüber institutionellen Interessen nutzen will, muss die theoretischen Tautologien, dass dadurch „allokative Effizienzen“ gehoben oder „elegante Problemlösungsstrategien“ möglich werden, überwinden und Beiträge zu methodisch und empirisch belastbaren Kriterien der „Effizienzbewertung“ vorhandener Versorgungsalternativen mitentwickeln.

Sonst besteht die immense Gefahr, dass die mangelnde Akzeptanz der durch willkürliche Kriterien erzielten Ergebnisse durch Politik, Versorgungsakteure und Patienten ungewollt zu weiteren Vereinheitlichungen und kollektiven Vorgaben führt.

Deshalb sollte die Gesundheitsökonomie, um die Relevanz der Disziplin zur Lösung konkreter Versorgungsprobleme und zur Rationalisierung der dazu notwendigen Entscheidungen der Akteure zu belegen, dringend Beiträge zur Lösung dieser nicht trivialen Problemlage entwickeln.

Literatur

- BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung*, BQS-Qualitätsreport 2005, insbes. Die Methodendarstellung S. 10–14 und zur Risikoadjustierung S. 174–175.
- Busse, R. (2006): Leistungsmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen; in: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, Ch. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen*, Heidelberg, S. 12 ff.
- Cassel, D./Ebsen, I./Grefß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV, Gutachten im Auftrag der AOK-BV, <http://www.aok-bv.de>.
- Cobbers, B. (2006): Selektives Kontrahieren in der akut-stationären Versorgung, Baden-Baden.
- Ebsen, I./Grefß, S./Jacobs, K./Szecseny, J./Wasem, J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, AOK-Bundesverband, Bonn.
- Gerdelmann, W. (2007): Die G-DRG: Werden sie zum Präzisionsinstrument? 6. Nat. DRG-Forum, Berlin.
- Hayek, F. A. v. (1969): Wettbewerb als Entdeckungsverfahren in: ders., *Freiburger Studien*, Tübingen, S. 249–265.
- Helios Kliniken Gruppe* (2005): Medizinischer Jahresbericht; Kompetenz in der Medizin, insbes. S. 71 ff.
- Jacobs, K./Klauber, J. (2007): Fragwürdige Mengenlehre. *Gesundheit Gesellschaft* 11: 14–15.
- Knappe, E. (2006): Bürgerversicherung versus Pauschalprämie; in: Rebscher, H. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik*, Heidelberg, S. 261 ff.
- Kruse, A. et al. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen – Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten, Stuttgart.
- Neubauer, G./Ujlaky, R. (2006): Finanzmanagement in Krankenhäusern; in: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, Ch. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen*, Heidelberg, insb. S. 238.
- Niehaus, F. (2006): Alter und steigende Lebenserwartung, WIP.
- Pfaff, M. (2006): Zur Effizienz und Effektivität eines solidarischen Gesundheitswesens; in: Rebscher, H. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik*, Heidelberg, S. 83 ff.
- Raspe, H., Nov. 2006, Qualitäts- und Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus medizinischer Sicht; in: Knabner, K./Wille, E. (Hrsg.), *Qualität und Nutzen medizinischer Leistungen auf dem Prüfstand*, 10. Bad Orber Gespräche, Veröffentlichung in Vorbereitung.
- Rebscher, H. (2007): Pro und Contra zur Reform des Risiko-Strukturausgleichs. In: Pitschas, R. (Hrsg.), *Finanzreform in der gesetzlichen Krankenversicherung und Zukunft des Risiko-Strukturausgleichs*. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Rebscher, H. (2006): Förderung der Versorgungsforschung, Symposium der Bundesärztekammer und der Akademie der Wissenschaften Mainz, in Vorbereitung.

- Rebscher, H. (Hrsg.) (2006): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Heidelberg, Economica.
- Rebscher, H. (2005): Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen, in: Wille, E./Albring, M. (Hrsg.), Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand, Frankfurt am Main, S. 101 ff.
- Reschke, P. u. a. (IGES)/Lauterbach, K./Wasem, J. (2006): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Gutachten-Endbericht, S. 11.
- Richter, W. F., FAZ vom 8. 1. 2007, „Mit dem Gesundheitsfonds kommt auch die Aldi-Krankenkasse“.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, Th. (2006): Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, 2. Aufl., Bern, S. 282, insb. auch S. 288.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005.
- Sawicki, P. T. (2006): Nutzenbewertung in der Medizin, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Heft 11, S. 365 – 367.
- Schmacke, N. (2007): Versorgungsforschung : Hoffnungsträger oder Modernismus; in: GGW 1, S. 7 ff. siehe auch: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2006; 100. Jhg. (Heft 8); Schwerpunkt Versorgungsforschung.
- von der Schulenburg, M., Nov. 2006, Qualitäts- und Nutzenbewertung aus ökonomischer Sicht; in: Knabner, K./Wille, E. (Hrsg.), Qualität und Nutzen medizinischer Leistungen auf dem Prüfstand, 10. Bad Orber Gespräche, Veröffentlichung in Vorbereitung.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006): Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung – wie viel Differenzierung braucht die GKV?, in: Die Krankenversicherung, Heft 10, S. 274 ff.
- Stackelberg, J.-M. v. (2006): Einzelverträgen mit Kliniken gehört die Zukunft; in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 6, S. 29.
- Tesic, D. (2005): Kassenärztliche Vereinigungen – zurück zur Zukunft; in: Brennpunkt – gesundheitswesen, Ausgabe 9, S. 13 – 20.
- Wido (2007): QSR-Qualitätsindikatoren aus Routinedaten, Bonn, www.wido.de/qsr-projekt.html.
- Wille, E. (2006): Die Korporative Koordination als Allokationsmechanismus im Gesundheitswesen; in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Heidelberg, S. 427 ff.

Wettbewerb und Zukunft der PKV

Von *Josef Beutelmann*, Wuppertal

I. Die PKV im Wettbewerb

Im Februar 2007 nahm das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die letzten parlamentarischen Hürden. „Mehr Freiheit wagen“ und „Mehr Wettbewerb schaffen“ waren die Schlagworte des zugehörigen Eckpunktepapiers. Verabschiedet wurde jedoch ein Gesetz, das keines der großen strukturellen Probleme des Gesundheitswesens lösen wird. Auch für die private Krankenversicherung ergeben sich aus dem GKV-WSG zahlreiche, teilweise tiefgreifende Änderungen.

Diese Änderungen haben vielschichtige Auswirkungen auf die Wettbewerbsposition einer privaten Krankenversicherung und werden im Folgenden näher betrachtet.

Für die PKV resultieren aus dem GKV-WSG zum 01. 01. 2009 folgende Herausforderungen:

- Pflicht und Angebot des Basistarifs in der PKV.
- Wechselrechte und Anrechnung von Alterungsrückstellungen in der PKV.
- Pflicht zur Versicherung in der PKV.

Weiterhin relevant ist das Angebot von Wahlтарifen in der GKV seit dem 01. 04. 2007. Neben dem GKV-WSG ist die Reform der Pflegeversicherung eine weitere wesentliche Gesetzesänderung mit Ausstrahlung auf die PKV.

Auch wenn über die langfristigen Auswirkungen des GKV-WSG auf die PKV bisher mitunter nur gemutmaßt werden kann, ist eine Betrachtung der Vergangenheit ein erster Anhaltspunkt für die Zukunft.

Vergangene Gesundheitsreformen hatten regelmäßig zwei Konsequenzen für die PKV:

- Der Zuwachs an vollversicherten Personen in der PKV verlangsamt sich. Hauptverantwortlich hierfür sind die zunehmend erschwerten Anforderungen für den Wechsel in die PKV.
- Die Anzahl an Personen, die eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen haben, weist wesentlich höhere Zuwachsraten als in der Vollversicherung auf. Neben dem Bedürfnis nach Absicherung höherwertiger Leistung über die Leistungen der GKV hinaus, kann der Zuwachs in der Krankenzusatzver-

sicherung u. a. damit erklärt werden, dass wegfallende Leistungen in der GKV über Zusatzversicherung aufgefangen werden.

- So stieg die Zahl der GKV-Versicherten mit Zusatzversicherung von 15,9 Mio. im Jahre 2000 auf 21,0 Mio. im Jahre 2008 an. Dies entspricht einem Zuwachs von über 30%. In der Vollversicherung ist im selben Beobachtungszeitraum nur ein Zuwachs von 8,4 Mio. auf 8,6 Mio. festzustellen, also ungefähr 3%.

II. Wettbewerbsverzerrungen

1. Einführung eines Basistarifs

Seit dem 01. 01. 2009 muss jedes private Krankenversicherungsunternehmen einen brancheneinheitlichen Basistarif anbieten. Er soll u. a. dazu beitragen, dass alle Personen in Deutschland versichert werden können. Daher ist in den Basistarif grundsätzlich jeder Antragsteller aufzunehmen, unabhängig von seinem Gesundheitszustand. Beitragszuschläge und Leistungsausschlüsse dürfen nicht vereinbart werden.

Durch die Einführung eines Basistarifes in der PKV droht dieser ein schleichen-der Erosionsprozess hin zu einer Bürgerversicherung. Aufgrund der Beitragslimitierung im Basistarif auf den Höchstbeitrag in der GKV, kann er nicht kostendeckend kalkuliert werden. Dies hat zur Folge, dass die Versicherten der herkömmlichen PKV-Tarife den Basistarif subventionieren müssen. Es besteht die Gefahr, dass ein verstärkter Wechsel in den Basistarif stattfindet, um Beiträge zu senken. Die Risikostruktur im Basistarif verschlechtert sich durch diesen Umstand und hat eine starke Ausweitung des Umfangs der zu leistenden Versicherungsleistungen zur Folge. Aufgrund der zuvor erwähnten Beitragslimitierung wird der Basistarif eine immer ausgeprägtere Subventionierung durch reguläre Tarife benötigen. Diese werden hierdurch teurer, was den Basistarif von der Beitragsseite attraktiver macht und den Erosionsprozess beschleunigt. Dieser Prozess macht den Basistarif letztendlich zu einer Regelung zu Lasten Dritter.

Zugleich ist der Basistarif keine Lösung für anspruchsvolle Kunden, die an individuellem Versicherungsschutz mit nachhaltiger Finanzierung interessiert sind. Der Basistarif dagegen ist eine GKV-ähnliche Absicherung im Haus der PKV. GKV-Leistungskürzungen oder Höchstbeitrags-Erhöhungen werden auch im Basistarif übernommen. Die PKV bietet demgegenüber mit ihren Qualitätstarifen eine reichhaltige Auswahl an verschiedenen Leistungsniveaus zu attraktiven Beiträgen. Der Basistarif ist somit als Zieltarif völlig ungeeignet.

2. Konjunkturpaket II

Mit dem Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 02. 03. 2009 ist die Senkung des GKV-Beitragsatzes von 15,5% auf 14,9%

ab dem 01. 07. 2009 verbunden. Dies hat zugleich Auswirkungen auf den Basisstarif. Im Basisstarif darf – wie zuvor erwähnt – der Beitrag maximal in Höhe des GKV-Höchstbeitrages erhoben werden (= Kappungsgrenze). Eine Senkung des GKV-Beitragsatzes führt – wenn auch zeitlich versetzt – zu einem niedrigeren GKV-Höchstbeitrag. Damit sinkt dann auch die Kappungsgrenze im Basisstarif. Dies hat zur die Folge, dass die Quersubventionierung durch die restliche Versicherungsgemeinschaft zunehmen wird. Maßgeblich ist der GKV-Höchstbeitrag vom 1. Januar des Vorjahres. Eine Ausnahme hat sich lediglich in 2009 ergeben. Hier wurde auf den 01. 01. 2009 abgestellt. Die Absenkung des GKV-Beitragsatzes von 15,5 auf 14,9% wirkt sich also erstmalig in 2011 aus.

Neben dieser unmittelbaren Wechselwirkung ist mit dem Konjunkturpaket II zugleich ein ordnungspolitischer Missstand verbunden. Mit dem GKV-WSG wurde erstmalig ein steigender Bundeszuschuss für die GKV eingeführt. Schon dies hätte ab dem Jahr 2014 zu einer dauerhaften Subventionierung aus Steuermitteln von jährlich 14 Mrd. Euro geführt. Damit nicht genug, wird die GKV unter dem Deckmantel einer kurzfristigen Konjunkturförderung durch das Konjunkturpaket II über den ursprünglichen Förderrahmen hinaus mit insgesamt 28,8 Mrd. Euro an zusätzlichen Bundeszuschüssen dauerhaft subventioniert. Hierbei handelt es um den offenen Einstieg in eine schuldenfinanzierte Krankenversicherung. Diese ordnungspolitische Fehlentwicklung belastet massiv die jüngeren Generationen. Zudem müssen Privatversicherte die GKV über Steuern stützen und erhalten keinen Ausgleich vom Staat.

3. Pflicht zur Versicherung

Bereits seit dem 01. 04. 2007 gilt für die GKV eine generelle Krankenversicherungspflicht. Analog dazu wurde zum 01. 01. 2009 für die PKV die Pflicht zur Versicherung eingeführt. Um dieser zu genügen, müssen alle seit dem 01. 04. 2007 vereinbarten Vollversicherungen sowohl ambulanten als auch stationären Versicherungsschutz beinhalten. Dabei sind ggf. vereinbarte Selbstbehalte auf 5.000 Euro pro Kalenderjahr begrenzt. Verbunden mit der Pflicht zur Versicherung ist ein Kontrahierungszwang im Basisstarif. Die PKV wird zu einem sozialpolitischen Instrumentarium.

Um sich das Prämienniveau der alten PKV-Welt zu sichern, kamen rund 18.500 vorher nicht-versicherte Personen in 2008 der Pflicht zur Versicherung zuvor. Weiterhin kamen in 2008 rund 2.400 vorher nicht-versicherte Personen in den modifizierten Standardtarif, welcher zum 01. 01. 2009 in den Basisstarif aufging. Hierbei handelt es sich wohlgerne um einmalige Sonder-Effekte.

4. Einschränkung des Marktzugangs in der Vollversicherung

Es ist festzustellen, dass sich der Netto-Neuzugang in der Vollversicherung bis heute von den negativen Folgen der Gesundheitsreform nicht erholt hat. So hat die Reform zu einem Rückgang des Netto-Neuzugangs von 116.100 Personen im Jahr 2006 auf 59.900 Personen im Jahr 2007 geführt. Dies entspricht einem Minus von 48%. Auch in 2008 hat sich dieser Trend fortgesetzt. In 2008 betrug der „normale“ Netto-Neuzugang (ohne die zuvor genannten Sondereffekte) in der Vollversicherung nur noch 48.900 Personen. Das entspricht einem Minus von 18% gegenüber dem Vergleichswert von 2007 und sogar ein Minus von 58% gegenüber dem Jahr vor der Reform.

Bei Arbeitern und Angestellten wird der Zugang zum einen durch die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in 2003 erschwert. Seit dem Jahr 2007 sind zudem nur noch diejenigen versicherungsfrei, die in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren die Versicherungspflichtgrenze überschreiten (Dreijahresmoratorium). Im Rahmen des GKV-WSG wurde weiterhin der Mindestbeitrag für Selbstständige mit geringen Einkünften in der GKV zum 01. 04. 2007 abgesenkt. Auch dies hatte einen rückläufigen Neuzugang in die PKV zur Folge.

5. Verfassungsbeschwerde

In der Summe führen die zuvor genannten Neuregelungen zu erheblichen Belastungen der PKV und ihrer Versicherten. Deswegen hat eine große Zahl privater Krankenversicherungsunternehmen Verfassungsbeschwerde gegen die sie betreffenden Vorschriften eingelegt. Insgesamt repräsentieren diese Unternehmen über 95 Prozent der Privatversicherten. Bis das Bundesverfassungsgericht über die einzelnen Beschwerden entscheidet, stellen die Neuregelungen jedoch geltendes Recht dar und sind daher fristgerecht von der privaten Krankenversicherung umgesetzt worden. Bei Redaktionsschluss dieses Beitrags lag noch keine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vor.

III. Wettbewerb innerhalb der PKV

Für Neukunden, die ihre Vollversicherung erstmals ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, sieht der Gesetzgeber – im Falle des Wechsels – einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf den Übertragungswert vor. Der Übertragungswert entspricht dabei der Alterungsrückstellung, die im Basistarif aufgebaut worden wäre. Er ist als zusätzliche Leistung in der Beitragskalkulation zu berücksichtigen und führte zu einem höheren Beitrag für Verträge, die ab dem 01. 01. 2009 geschlossen werden.

Wie sich die zeitlich unbegrenzte Portabilität der Alterungsrückstellungen bei Tarifen, die ab dem 01. 01. 2009 abgeschlossen wurden, auswirken wird, ist nur

schwer abschätzbar. Es sind aber schwerwiegende Risiken mit ihr verbunden. So wird die Hemmschwelle, innerhalb der PKV zu wechseln, künftig abnehmen. Hierbei besteht die Gefahr einer Risikoselektion, da hauptsächlich gute Risiken aus Kollektiven ausscheiden werden. Schlechten Risiken bleibt diese Möglichkeit regelmässig verwehrt, da sie bei einem Wechsel mit hohen Risikozuschlägen oder gar einer Ablehnung rechnen müssen. Die daraus resultierende Risikoentmischung hat starke Prämiensteigerungen im verbleibenden Kollektiv zur Folge.

Am Rande: Für so genannte Bestandskunden, die bereits vor dem 01. 01. 2009 einen privaten Vollversicherungsschutz hatten, ist die durch das GKV-WSG eingeführte Portabilität der Alterungsrückstellung auf das erste Halbjahr 2009 beschränkt und gilt nur bei einem Wechsel in den Basistarif eines anderen Unternehmens, wobei der Versicherte mindestens 18 Monate im Basistarif bleiben muss, wenn er den Übertragungswert in einen Normaltarif mitnehmen möchte. Der Leistungsumfang reduziert sich mit Eintritt in den Basistarif in der Regel erheblich gegenüber dem gegenwärtigen Versicherungsschutz und wie zuvor erwähnt, ist der Basistarif hierbei im Vergleich sehr teuer. Ein Wechselhype im Bestand ist ausgeblieben.

An dieser Stelle ist weiterhin zu erwähnen, dass innerhalb der PKV schon immer Wettbewerb vorlag. Wettbewerb erfolgt hierbei über die Produkte, den Service und den Preis. Die Leistungsdifferenzierung ist hierbei ein wichtiger Wechselanreiz. Ziel sollte dabei ein starker Qualitätswettbewerb sein.

IV. Systemwettbewerb mit der GKV

Das Modell des vollständigen Wettbewerbs bleibt im PKV/GKV-Wettbewerb auf Dauer Fiktion. Es existiert ein ausgeprägtes Spannungsverhältnis zwischen Wettbewerbs- und Sozialpolitik, welches einen vollständigen Wettbewerb unmöglich macht. Bei vollständigem Wettbewerb im Gesundheitswesen würden risikoäquivalente Prämien vorherrschen müssen. Das Ergebnis würde ein voller Preis-, Service- und Produktwettbewerb sein. Dies ist sozialpolitisch nicht gewollt und hat zur Folge, dass der PKV/GKV-Wettbewerb um Versicherte administrativ reguliert wird. Das dies mitunter zu massiven Wettbewerbsverzerrungen führt, wurde zuvor dargestellt. Hieraus den Schluss zu ziehen, dass gar kein Systemwettbewerb vorliegt, wäre aber ein Trugschluss. So wechselten im Jahr 2007 233.700 Personen von der GKV in die PKV und 154.700 Personen von der PKV in die GKV.

1. Gesundheitsfonds

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass mit dem GKV-WSG ein einzelnes Element umgesetzt wurde, was im Systemwettbewerb durchaus zu Gunsten der PKV ausfällt. Das Bundeskabinett hat im Oktober des Jahres 2008 beschlossen, den Krankenversicherungsbeitrag für gesetzlich Versicherte mit Einführung des Ge-

sundheitsfonds zum 01. 01. 2009 einheitlich auf 15,5% festzulegen. Für annähernd 90% der gesetzlich Versicherten hat sich die Einführung des Gesundheitsfonds spürbar dadurch ausgewirkt, dass Sie deutlich mehr für ihre gesetzliche Krankenversicherung bezahlen müssen, ohne mehr Leistungen zu bekommen. Damit wird für alle freiwillig Versicherten in der GKV ein Wechsel in eine private Vollversicherung noch lukrativer. Das aus der Beitragserhöhung ein Wechselimpuls zu erwarten ist, kann auch einer Befragung des Kölner Marktforschungsinstituts „YouGovPsychonomics“ entnommen werden. Laut „YouGovPsychonomics“ äußern normalerweise fünf Prozent der freiwillig Versicherten die Absicht sich privat zu versichern. Dies wird als natürliche Abwanderung bezeichnet. Im Jahr 2008 jedoch antworteten sieben Prozent, dass sie wechseln wollen, wenn ihr Krankenversicherungs-Beitrag in der GKV mit dem Einheitsbeitragssatz steigt.

Zeitgleich wird von Expertenseite schon jetzt bezweifelt, ob ein Beitragssatz von 15,5% (14,9% ab dem 01. 07. 2009) überhaupt ausreichend bemessen ist. Die Zukunft zeichnet bzgl. möglicher Beitragssätze ein noch düsteres Bild. So ist dem aktuellen Beitragssatzprognose-Modell des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) zu entnehmen, das im Jahre 2050 mit einem Beitragssatz von 25% zu rechnen ist, und hierbei handelt es sich um das Best-Case-Szenario. Da eine derartige finanzielle Belastung einem Systeminfarkt gleichkäme, ist davon auszugehen, dass zukünftig weitere Leistungseinschränkungen erforderlich sein werden, um die Beitragssatzexplosion im umlagefinanzierten System der GKV wenigstens abzumildern. Auch der Blick in die Vergangenheit macht deutlich, dass Gesundheitsreformen regelmäßig mit Leistungskürzungen verbunden sind. Der Wunsch nach individuellen Angeboten zur Ergänzung des gesetzlichen Versicherungsschutzes wird zukünftig also schon systembedingt zunehmen. Die PKV empfiehlt sich hierbei als erfahrener Profi, der bezahlbaren und hochwertigen Versicherungsschutz bereitstellt.

2. Wahltarife

Seit dem 01. 04. 2007 müssen Krankenkassen Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (z. B. Hausarztprinzip, Programme für bestimmte chronische Krankheiten) anbieten. Darüber hinaus können sie Wahltarife für z. B. Selbstbehalte, Kostenerstattung oder Beitragsrückerstattung anbieten. Hierbei ist zu beachten, dass für diese „Kann“-Wahltarife eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren gilt. Das hat zur Folge, dass die Versicherten drei Jahre an diesen Wahltarif und an ihre Krankenkasse gebunden sind. Sie haben in dieser Zeit kein Sonderkündigungsrecht bei einer Beitragssatzerhöhung und sie können in dieser Zeit nicht zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse wechseln. Die Kasse kann im Zweifel Wahltarife einfach abschaffen, d. h. dass der Versicherte dann möglicherweise von einem Tag auf den anderen keinen Zusatzschutz mehr hat.

Jeder Wahltarif muss sich zudem laut Gesetz selbst finanzieren. Eine Risikoprüfung erfolgt gleichzeitig aber nicht. Dies bedeutet in der Konsequenz ein hohes Risiko, dass die Beiträge schnell überproportional steigen könnten.

Wahltarife in der GKV sind als Wettbewerbselement abzulehnen. Ihr vornehmliches Ziel ist die Zwangsbindung freiwillig Versicherter an die GKV. Zudem erbringt die GKV über ihre Kostenerstattungstarife privatrechtliche Leistungen (bspw. Chefarztbehandlung, Unterbringung Ein-/Zweibettzimmer), die nicht in ein soziales Sicherungssystem gehören. Diese Wahltarife sind aus Sicht der PKV verfassungswidrig.

Die GKV-Wahltarife liefern zugleich aber auch Argumente pro PKV. Denn Wahltarife der GKV zeigen mit ihren Schwächen umso deutlicher die Stärken der PKV:

- Kalkulationssicherheit.
- Lebenslanger Versicherungsschutz.
- Hohe Qualität der medizinischen Versorgung: TOP-Leistungsniveau.
- Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes.
- Nachhaltige risikogerechte Beitragskalkulation durch Bildung von Alterungsrückstellungen.
- Attraktive Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit möglich.
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- Weltweiter Versicherungsschutz.

V. Stärkung der Wettbewerbsposition durch Kooperation

Eine Möglichkeit zur Stärkung der eigenen Wettbewerbsposition für ein privates Krankenversicherungsunternehmen ist das Eingehen von strategischen Kooperationen. An dieser Stelle sollen systemübergreifende Kooperationen zwischen PKV und GKV sowie Kooperationen mit den Leistungserbringern der PKV erläutert werden.

1. Systemübergreifende Kooperationen (GKV/PKV)

Mit der Änderung des § 194 I SGB V zum 01. 01. 2004 wurde ein Meilenstein für die Kooperation von GKV und PKV in das deutsche Krankenversicherungssystem gesetzt. Gemäß Absatz 1a kann die Satzung einer Krankenkasse bestimmen, dass die Krankenkassen den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln dürfen. Diese Vermittlungstätigkeit hat für die GKV den Vorteil, dass sie private Zusatzversicherungen als Kundenbindungsinstrument nutzen kann und im Kassenwettbewerb ein Differenzierungsmerkmal erhält. Für die PKV ergeben sich die Ansprache neuer Kundensegmente und die Sicherung eines Exklusivvertriebes. Der Versicherte profitiert von einem hochwertigen und umfangreichen Versicherungsschutz. Zudem können bei derartigen Zusatzversicherungen auch entspre-

chende Kostenvorteile an den Versicherten weitergegeben werden. Diese Art von Kooperation soll an dieser Stelle als Kooperation ersten Grades bezeichnet werden.

Kooperationen zwischen der PKV und der GKV gehen mittlerweile weit über die reine Vermittlertätigkeit hinaus. So sind Tätigkeitsfelder wie ein gemeinsames Versorgungsmanagement, eine gegenseitige Unterstützung der Vertriebe, ein gemeinsamer Gesundheitsservice, etc. neue Ausprägungen und sollen an dieser Stelle als Kooperationen zweiten Grades bezeichnet werden. Die Motivation für derartige Kooperationen ist dabei vielfältig. Neben dem Ziel, dem gemeinsamen Kunden den optimalen Versicherungsschutz aus einer Hand zu gewähren und sich damit einen strategischen Vorteil im Wettbewerb zu sichern, sind weitere Faktoren wie bspw. eine Reduktion der Kosten oder auch die Antizipation möglicher politischer Entwicklungen ausschlaggebend. Dem Ideenreichtum mag bei diesen Kooperationen keine Grenzen gesetzt sein. Zum aktuellen Zeitpunkt sind aber an vielen Stellen durch den Gesetzgeber klare Grenzen gezogen, die einen vollkommenen Know-how Transfer zwischen den Kooperationspartnern nicht zulassen. Nichtsdestotrotz wird das Segment Kooperationen zweiten Grades zu den wichtigsten Zukunftsprojekten eines erfolgreich am Markt agierenden PKV-Unternehmens gehören.

2. Kooperation mit Leistungserbringern

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld zur Wettbewerbspositionierung für ein privates Krankenversicherungsunternehmen sind Kooperationen mit seinen Leistungserbringern. Als Leistungserbringer werden an dieser Stelle Arzneimittelhersteller, Apotheker, Ärzte und Krankenhäuser verstanden. Die mit diesen Parteien eingegangenen Kooperationen werden regelmäßig dem Tätigkeitsfeld Leistungsmanagement zugeordnet. Das Leistungsmanagement verfolgt zwei wichtige Ziele. Zum einen sollen die vertraglich zugesicherten Leistungen an den Versicherten kostenoptimal erbracht werden. Weiterhin erlaubt ein an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtetes Leistungsmanagement eine Qualitätssteigerung für die Versicherten. Vorteile können hierbei sowohl bei der Art der erbrachten Leistungen als auch bei dem damit verbundenen Service entstehen.

Im Folgenden sollen die Möglichkeiten im Bereich des Leistungsmanagements am Beispiel der Barmenia Krankenversicherung a. G. dargestellt werden, welche schon frühzeitig in diesem Tätigkeitsfeld aktiv wurde und innerhalb der Branche eine Vorreiter-Position innehat.

Eine Maßnahme ist das Case Management. Bei bestimmten schweren akuten neurologischen Erkrankungen wird eine Einzelfallbegleitung von der Akutklinik über die Rehabilitation bis zur ambulanten oder pflegerischen Versorgung vorgenommen. Dies hat eine Verkürzung der Verweildauer und eine auf den Einzelfall optimierte Heil- und Hilfsmittelversorgung zur Folge. Neben einer verbesserten Versorgung konnte die Barmenia Krankenversicherung a. G. hierdurch im Jahre 2008 Einsparungen von über 4 Mio. Euro erzielen.

Neben dem Case Management setzte die Barmenia Krankenversicherung a. G. auf folgende Maßnahmen:

- Disease-Management.
- Diagnosis Related Groups – Rechnungsprüfung.
- Arzneimittelmanagement.
- Hilfsmittelmanagement.
- Rabattverträge mit Arzneimittelanbietern.
- Krankentagegeldmanagement.
- Zusammenarbeit mit medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Die Versicherten profitieren hierbei von einem verbesserten Service und einer bedarfsorientierten Versorgung. Die Barmenia Krankenversicherung a. G. konnte durch diese Maßnahmen (inkl. Case Management) im Jahre 2008 Einsparungen von über 22 Mio. Euro erzielen. Die damit erreichte Kostendämpfung kommt den Kunden entsprechend über stabile Beiträge zugute.

An dieser Stelle sollen drei innovative Kooperationen der Barmenia Krankenversicherung a. G. ausführlicher erläutert werden, um einen Eindruck zu vermitteln, wie erfolgreiches Leistungsmanagement ausgestaltet werden kann.

Zum 01. 07. 2008 hat die Barmenia Krankenversicherung a. G. einen Kooperationsvertrag mit der MediPlaza AG abgeschlossen. Die MediPlaza AG errichtete ein MVZ am Standort Berlin-Mitte. Weitere MVZs sind im Jahre 2009 in Bochum und Koblenz vorgesehen. MVZ sind Einrichtungen für eine fachübergreifende Zusammenarbeit von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete unter einem Dach.

Die Vorteile für den Leistungsdienst sind insbesondere:

- Leistungsdämpfende Vereinbarungen zu den Therapeutenvergütungen.
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen.
- Einsatz von Generika-Präparaten (sofern medizinisch vertretbar).
- Abrechnung i. d. R. bis maximal zum 2,3fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Kundenvorteile sind insbesondere:

- Qualitätsgesicherte medizinische Leistungen „aus einer Hand“.
- Exklusive Servicevorteile: maximal 15 Minuten Wartezeit, Facharzttermine innerhalb 48 Stunden, spezielle Businesssprechstunden zwischen 12:00 und 15:00 Uhr mit maximal 10 Minuten Wartezeit, Familiensprechstunden.

Seit dem 01. 02. 2009 arbeitet die Barmenia Krankenversicherung a. G. mit der Quality Smile GmbH zusammen. Quality Smile verfügt über ein bundesweites Netzwerk von qualifizierten Zahnarztpraxen und zahntechnischen Labors mit hohen Qualitätsstandards. Barmenia-Versicherte mit Versicherungsschutz für Zahn-

behandlung und/oder Zahnersatz können exklusive Bonusleistungen zunächst im Raum Köln/Bonn/Aachen/Koblenz in Anspruch nehmen (weitere Regionen werden folgen).

Seit dem 01. 04. 2009 kooperiert die Barmenia Krankenversicherung a.G. zudem mit dem Bundesverband Deutscher Apotheker e.V. (BVDA) und der Firma 7x4 Pharma (Tochterunternehmen der Kohlpharma in Merzig/Saarland). Den Versicherten wird im Rahmen des Arzneimittelmanagements ein neuartiges Versorgungskonzept angeboten. Auf Basis der ärztlichen Verordnung werden dabei den an der Kooperation teilnehmenden Versicherten die Arzneimittel für sieben Tage sortiert nach den Einnahmezeitpunkten (morgens, mittags abends, nachts) in einem sog. Wochenblistern zur Verfügung gestellt. Die Patienten erhalten so eine vorgepackte Wochenbox mit 28 Tablettenfächern („7x4-Box“), die die regelmäßige Einnahme der Medikamente erleichtert. Der Arzt stellt das Rezept für dauerhaft einzunehmende Medikamente aus mit dem Vermerk, dass sie in der 7x4-Box verpackt werden. Das Rezept gibt der Kunde in der Apotheke ab. Die Apotheke bestellt nun Woche für Woche die individuelle Packung im Wochenblistern bei 7x4 Pharma. Der Kunde erhält die Verpackung dann über seine Apotheke. Testregion ist zunächst das Saarland. Ziel der Zusammenarbeit ist eine Erhöhung der Therapietreue und eine Reduzierung von Medikamentenmüll.

3. Pflegeversicherung

Neben dem GKV-WSG hat die Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Frühjahr 2008 unmittelbare Auswirkungen auf die PKV.

Zum 1. Juli 2008 traten folgende Änderungen in Kraft:

- Die ambulanten Sachleistungsbeträge, das Pflegegeld und die stationären Sachleistungsbeträge für die Pflegestufe III sowie für Härtefälle werden in drei Schritten bis 2012 angehoben.
- Leistungen werden ab 2015 alle drei Jahre und abhängig von der Lohn- und Inflationsentwicklung dynamisiert werden.
- Erstmals sollen auch demenzkranke Menschen ohne Pflegestufe Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (bis zu 2.400 Euro pro Jahr).

Seit 01. 01. 2009 gilt weiterhin erstmalig ein Anspruch auf Pflegeberatung. Dazu sollen für die soziale Pflegeversicherung (SPV) Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Weiterhin soll ein Pflege-TÜV Standards für Transparenz und Qualität entwickeln.

Die Gegenfinanzierung erfolgt über eine Erhöhung des Beitragssatzes zur SPV. Dieser wurde zum 01. 07. 2008 um 0,25%-Punkte auf 1,95% (2,2% für Kinderlose) erhöht. Die Erhöhung tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte.

Die Änderungen und Leistungserweiterungen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gelten auch für PKV-Versicherte: Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

gesetz löste zahlreiche Änderungen in den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der PPV aus.

Bei der Pflegeberatung geht die PKV hierbei einen eigenständigen Weg. Das Gesetz enthält keine zwingende Verpflichtung, die PKV an der Finanzierung möglicher Pflegestützpunkte zu beteiligen. Die PKV hat ein eigenständiges Konzept für eine Pflegeberatung entwickelt. Diese Beratung findet nicht in einem anonymen Pflegestützpunkt, sondern beim Pflegebedürftigen direkt statt. Es wird ein Konzept der „aufsuchenden Pflege“ verfolgt. Die Pflegeberatung wird dezentral in ganz Deutschland organisiert. Ressourcen werden dabei auf die persönliche Beratung und Betreuung im Lebensumfeld der Versicherten konzentriert. Dabei investiert die PKV vor allem in qualifiziertes Personal. Der Pflegeberater wird als „Coach“ der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verstanden. Seit dem 01. 01. 2009 hat die – dafür ins Leben gerufene – COMPASS Private Pflegeberatung GmbH die Pflegeberatung für die PKV übernommen.

In einem ersten Rückblick kann festgestellt werden, dass der Informations- und Beratungsbedarf sehr groß ist. Mehr als 3.000 Menschen haben in den ersten vier Monaten des Jahres 2009 die Pflegeberatung der PKV vor Ort in Anspruch genommen. Es handelt sich hierbei regelmäßig um Menschen, die mit einer Pflegesituation in der Familie konfrontiert sind und eines sach- und fachkundigen Lotsen bedürfen, um im komplizierten deutschen Sozialsystem zu Recht zukommen.

Dass die Pflege künftig an Bedeutung zunehmend wird, lässt sich auch aus dem jüngsten Bericht zur Pflegeversicherung der Deutschen Bank Research ablesen. So wird sich bis 2050 die Zahl der Bedürftigen nahezu verdoppeln: Von heute 2,25 Millionen auf mehr als 4 Millionen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass auch die letzte Pflegereform nicht die bestehende Versorgungslücke in der Pflegeversicherung geschlossen hat. So droht bei einer stationären Unterbringung im Pflegeheim mit Schwerstpflegetätigkeit nach der Erstattung durch die soziale Pflegeversicherung eine finanzielle Lücke von 1.663 Euro monatlich.

Die Absicherung gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit wird an Bedeutung weiterhin zunehmen. Die PKV steht mit entsprechenden Versicherungsprodukten bereit.

VI. Zukunft der PKV

Die Situation in der PKV fasst der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft sehr nüchtern zusammen mit der Beschreibung: „*Adverses politisches Klima*“. Damit sind nicht nur die Beschlüsse des GKV-WSG, sondern auch die widrigen gesamtwirtschaftlichen Bedingungen sowie die demographische Entwicklung gemeint.

Das deutsche Gesundheitswesen gehört nach wie vor zu den besten der Welt. Alle Bürger profitieren von dem hohen Qualitätsstandard. Jedem wird der Zugang

zu allen angebotenen medizinisch notwendigen Leistungen gewährt und dies ohne unvertretbare Wartezeiten und Rationierungen. Auf mittlere Sicht wird das Gesundheitssystem in seiner heutigen Form aber nicht mehr finanzierbar sein. Faktoren wie der medizinischer Fortschritt und die längere Lebenserwartung der Bürger treiben die Kosten in die Höhe. Die demographische Entwicklung belastet hierbei in erster Linie die gesetzlichen Krankenkassen, die – anders als die privaten Krankenversicherer – mit ihrem Umlageverfahren nicht gegen die negativen Folgen der demographischen Entwicklung gewappnet sind.

Eine Begrenzung der Umlagefinanzierung der GKV auf ihre Kernaufgaben und eine Stärkung der Kapitaldeckung wären ein erster und notwendiger Schritt, um das deutsche Gesundheitssystem zukunftsfest zu machen. Mehr Leistungen und Menschen müssen dauerhaft in einer kapitalgedeckten PKV abgesichert sein. An die politischen Entscheidungsträger kann nur appelliert werden, dass die Stärken des dualen Systems erkannt und ausgebaut werden.

Die Perspektiven der PKV sind zahlreich. Wie zuvor angeführt, werden die demographische Entwicklung und das „An die Grenze kommen“ der gesetzlichen Krankenversicherung neue Betätigungsfelder schaffen, welche künftiges Potenzial für die PKV bereithalten. Zugleich ist aber deutlich zu erwähnen, dass die PKV nur mit einer starken Vollversicherung existieren kann. So dominiert nach Angabe des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Jahre 2008 die Vollversicherung mit 72% der Beitragseinnahmen. Die künftige Entwicklung der privaten Vollversicherung hängt dabei – wie schon so oft – von politischen Entscheidungen ab. Bedauerlicherweise ist und bleibt die Politik der größte Unsicherheitsfaktor für die PKV.

Zum Abschluss sollen die Vorzüge der PKV in verdichteter Form dargestellt werden:

- Die PKV ist ein schuldenfreies und funktionierendes System.
- Die PKV ist budgetfreie und rationierungsfreie Zone.
- Die PKV sorgt für Demographiesicherheit und belastet nicht die kommenden Generationen (130 Mrd. Euro Alterungsrückstellungen in 2008).
- Die PKV garantiert hochwertige medizinische Leistungen und ist Träger von medizinischer Innovation und Wachstumsmotor für die Gesundheitsbranche.
- Die zusätzlichen finanziellen Mittel, mit denen die Privatversicherten das Gesundheitssystem stärken (Mehrumsatz der PKV), betragen allein in 2007 über 10 Mrd. Euro.
- Die PKV steht mit individuellen, bedarfsgerechten Tarifen und differenzierbaren Beiträgen für Pluralität statt Staatsmedizin.

Das Gesundheitssystem braucht nicht weniger, sondern mehr PKV!

Wettbewerb in der ambulanten Versorgung

Von *Axel Munte* und *Ilona Köster-Steinebach*, München

I. Wettbewerb in der ambulanten Versorgung

Bevor man sich der Frage stellen kann, wo Wettbewerb in der ambulanten Versorgung stattfindet, welches Ausmaß und welche Auswirkungen er hat, ist der Begriff Wettbewerb zunächst zu definieren. Bei Stobbe¹ findet sich die folgende Definition: „Wirtschaftlicher Wettbewerb zeigt sich in Handlungen, mit denen Anbieter oder Nachfrager auf einem Markt ohne Absprache mit mindestens einem Teilnehmer derselben Marktseite und zu dessen Lasten danach streben, ihre ökonomische Position zu verbessern.“ Die Definition bei Wikipedia² geht in die gleiche Richtung: „Wettbewerb bezeichnet in der Wirtschaftswissenschaft das Streben von mindestens zwei Akteuren nach einem Ziel, wobei der höhere Zielerreichungsgrad eines Akteurs einen niedrigeren Zielerreichungsgrad des anderen bedingt.“

Aus diesen beiden Zitaten lassen sich zwei Schlussfolgerungen ziehen:

1. Wettbewerb produziert letztlich immer Gewinner und Verlierer. Gemeint ist damit, dass der Marktanteil, den ein Wettbewerber erobert hat, ein anderer nicht gleichzeitig für sich beanspruchen kann. Im Gesundheitswesen hat diese Aussage noch weiter reichende Konsequenzen, da Wettbewerb nicht nur bei den in direktem Wettbewerb stehenden Akteuren Verlierer produziert, sondern auch negative Auswirkungen auf die Versorgung allgemein haben kann.
2. Wettbewerb setzt einen Markt voraus, d. h. einen Ort, an dem Anbieter und Nachfrager einer Leistung zusammentreffen.

Durch das Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung³ ist nicht immer leicht zu identifizieren, welcher Markt den Schauplatz eines Wettbewerbs in der ambulanten Versorgung definiert und wer die Akteure auf diesem Markt sind. Abb. 1 zeigt, welche Akteure auf dem Gesundheitsmarkt im Zuge dieses Artikels näher beleuchtet werden. In Abb. 2 wird daraus abgeleitet, welche Märkte und Wettbewerbssituationen in der Folge weiter ausgeführt werden.

¹ *Alfred Stobbe* (1983): Volkswirtschaftslehre II – Mikroökonomik, S. 302.

² www.wikipedia.de (Suchbegriff: Wettbewerb; Stand: 16. 03. 2009).

³ Auch wenn der Titel dieses Beitrags nahe legen könnte, dass die gesamte ambulante Versorgung betrachtet wird, sind die Aussagen doch im Wesentlichen auf die Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet, wie sie durch das Fünfte Sozialgesetzbuch bestimmt wird.

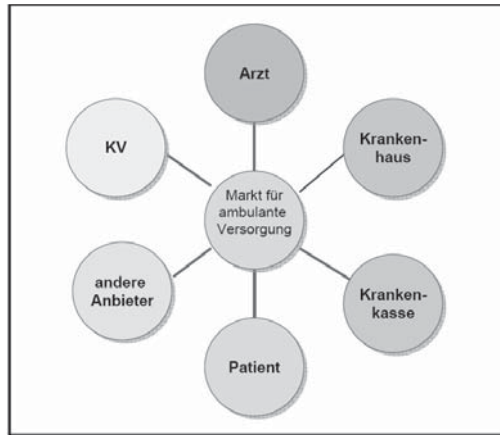


Abbildung 1: Akteure auf dem Gesundheitsmarkt

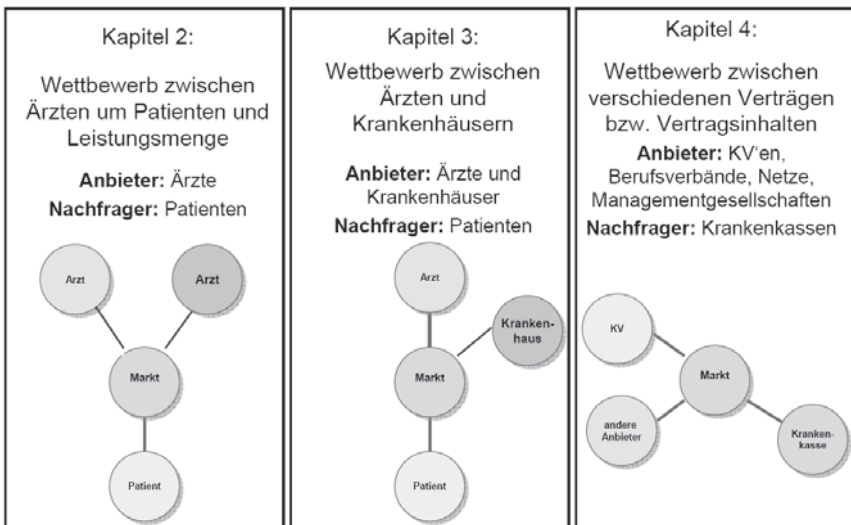


Abbildung 2: Marktconstellationen im Gesundheitswesen

Auf dem Gesundheitsmarkt kann man – vielleicht noch weniger als auf „normalen“ Gütermärkten – nicht von einheitlichen Gütern ausgehen, wie sie das Modell der vollständigen Konkurrenz⁴ postuliert. Auf der einen Seite ist ein reiner Wettbewerb über den Preis der angebotenen Versorgungsleistungen denkbar, auf der

⁴ Vgl. beispielsweise *Alfred Stobbe* (1983): Volkswirtschaftslehre II – Mikroökonomik, S. 312–313.

anderen Seite können Qualitätsmerkmale einen entscheidenden Faktor bei der Koordination der relevanten Märkte darstellen. Aus den Erfahrungen einer langjährigen Tätigkeit als praktizierender Arzt und als Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns heraus ist an dieser Stelle zu sagen, dass im Interesse der Patienten immer die Behandlungsqualität entscheidend sein muss. An dieser Stelle soll deshalb bereits jetzt die Grundaussage vorgestellt werden, die als Leitsatz über den folgenden Ausführungen stehen soll:

Im Interesse der Patienten und der langfristigen Kosten muss in der ambulanten Versorgung Wettbewerb über Qualität der entscheidende Faktor im Gesundheitswesen sein.

Das gilt auch bei den prinzipiell begrenzten Ressourcen, die die Gesellschaft für das Gesundheitswesen bereitstellt. Ein reiner Preiswettbewerb, der allein an einer Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen ausgerichtet ist, kann kurzfristig günstiger sein als eine qualitätsorientierte Versorgung, die auf Prävention und möglichst frühzeitige, umfassende Behandlung von Krankheiten setzt. Langfristig werden sich daraus aber erhöhte Folgekosten ergeben. Bei der derzeitigen demographischen Entwicklung kann hieraus eine schwere Hypothek für die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in der Zukunft erwachsen. Die Forderung, die im Rahmen dieses Artikels an die Politik erhoben wird, ist folgende: Sie muss Institutionen schaffen, die dafür sorgen, dass nachgewiesene und nachprüfbare Qualität in der ambulanten Versorgung entscheidet. Das ist nicht nur ökonomisch langfristig vorteilhaft, sondern auch ein Gebot der Menschlichkeit gegenüber den betroffenen Patienten, die Heilung oder Linderung bei Krankheit suchen.

II. Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Ärzten

1. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und seine Auswirkungen auf den Wettbewerb

Unter dem Aspekt der Sicherstellung hat in der Vergangenheit die Bedarfsplanung den Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Ärzten begrenzt. Planungsbezirke, bei denen die Berechnungen ergeben haben, dass der Bedarf an ambulanter medizinischer Versorgung gedeckt war, wurden und werden für die Niederlassung weiterer Ärzte gesperrt. Indirekt wurde auf diese Weise die Niederlassung von Ärzten auch an weniger attraktiven Standorten gefördert. So wurde de facto auch in Regionen, die für weitere Ärzte attraktiv gewesen wären, das Angebot an ambulanten Leistungen knapper gehalten, als dies ohne Bedarfsplanung der Fall gewesen wäre. Mit dem Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG), das am 01. Januar 2007 in Kraft getreten ist und anderer Gesetze, haben sich die Rahmenbedingungen der Niederlassung von Ärzten geändert. Diese Möglichkeiten und ihre potentiellen Auswirkungen auf den Wettbewerb sollen im Folgenden aus dem Blickwinkel der Praxis heraus kursorisch

vorgestellt werden. Dabei haben vier Neuerungen Bedeutung für die Wettbewerbsintensität:

1. **Erleichterte Filialbildung** – (§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV)

Das VÄndG ermöglicht, dass Vertragsärzte einzeln oder auch aus einer Gemeinschaftspraxis (GP) heraus auch in gesperrten Planungsbereichen Filialen eröffnen können, wenn dadurch eine Verbesserung der Versorgung am Filialort erreicht wird. Noch ist nicht definiert, was unter dieser „Verbesserung der Versorgung“ zu verstehen ist. Jedoch scheint unstrittig, dass hier keine klassische Bedarfsprüfung erfolgen kann. Auf diese Art können Praxen, die beispielsweise am Vertragsarztsitz einen Fallzahlrückgang verzeichnen, ihren Praxiseinzugsbereich erweitern und neue Patienten gewinnen. Im Gegensatz zu früher können so unter erleichterten Bedingungen grundsätzlich auch in gesperrten „Nachbarplanungsbereichen“ neue Filialen errichtet werden. Ohne an dieser Stelle eine Wertung vornehmen zu wollen, kann gesagt werden, dass hiermit potentiell der Wettbewerb in attraktiven Regionen verstärkt und in unattraktiven Regionen verringert wird.

2. **Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)** – (§ 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV)

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften können nach dem VÄndG nun auch für patientenbezogen tätige Fachgebiete gebildet werden. Sie sind über die Grenzen von Planungsbereichen hinweg und unabhängig von Zulassungsbeschränkungen möglich. Innerhalb der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ist die Migration von Ärzten zwischen den verschiedenen Standorten der BAG genehmigungsfrei möglich. Hieraus können sich positive Synergieeffekte durch verbesserte Arbeitsteilung und nachfolgende Qualitätssteigerung durch Spezialisierung ergeben. So können Kosten beim Einkauf und bei der Personal- und Geräteauslastung gesenkt und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Es können wettbewerbsstärkere Praxen entstehen. Da das Einpendeln auch in gesperrte Planungsbezirke möglich ist, wurde auch durch diese Maßnahme der Wettbewerb an attraktiven Standorten potentiell intensiviert

3. **Bildung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (Teil-BAG)** – (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV)

Vertragsärzte können sich bei unveränderter Fortexistenz der eigenen Stammpraxis nunmehr zusätzlich auch mit anderen (auch fachgebietsfremden) Vertragsärzten in einer eigenständigen – auf einzelne Leistungen bezogenen – Teil-Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen und so nicht nur zusammen mit dem Partner der Teil-BAG ein spezielles fachübergreifendes Leistungsspektrum anbieten, sondern hierdurch auch den Patientenkreis erweitern. Da der Bestand der Stamm-Praxis nicht gefährdet ist, ist diese Kooperationsform vergleichsweise risikoarm. Mit ihrer Hilfe können ebenfalls stärkere Wettbewerbs-einheiten im ambulanten Sektor mit den bereits beschriebenen Auswirkungen entstehen.

4. Anstellung von (auch fachgebietsfremden) Ärzten ohne die Restriktionen des Job-Sharings

Vertragsärzte können andere Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten anstellen. Sofern die Anstellung in einem offenen Planungsbereich stattfindet oder der angestellte Arzt bzw. Psychotherapeut zum Zweck der Anstellung auf die eigene Zulassung verzichtet, erfolgt nun durch diese Konstellationen eine Gleichstellung mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der Hinsicht, dass einerseits keine Punktzahlbergrenzenregelung wie beim Jobsharing angewendet wird und andererseits auch eine fachgebietsfremde Anstellung möglich ist. Beim Ausscheiden des angestellten Partners kann dieser, unabhängig von zu diesem Zeitpunkt bestehenden Zulassungsbeschränkungen, nachbesetzt werden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass der Verzicht auf die Zulassung nicht mehr reversibel ist. Auch ergibt sich aus der Anstellung keine Anwartschaft auf eine eigene Zulassung. Dennoch kann eine Anstellung Vorteile für jene Ärzte bieten, die Planungssicherheit bezüglich ihrer Einnahmen wünschen und kein Unternehmerrisiko (mehr) eingehen wollen. So können beispielsweise Inhaber von ökonomisch angeschlagenen Vertragsarztsitzen in der Versorgung verbleiben und wiederum stärkere Wettbewerbseinheiten entstehen.

Die dargestellten neuen Möglichkeiten des VÄndG können auch kombiniert und über die Grenzen der Zuständigkeitsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen hinweg genutzt werden. Prinzipiell können so bundesweite Filialketten überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften mit einer enormen Ausdehnung des Einzugsbereichs entstehen. In Bayern bestehen mit Stand des 1. Quartals 2009 bereits knapp 1.100 Filialen und 600 Anstellungsverhältnisse (vgl. Abb. 3). Neben überörtlichen BAG sind dies die am häufigsten genutzten Umsetzungsformen der neuen Möglichkeiten des VÄndG. Noch sind insbesondere die Kombinationsmöglichkeiten der neuen Niederlassungsformen nicht ausgereizt und die Folgen der Gesetzesnovelle sind noch nicht vollständig absehbar. Insbesondere bleibt abzuwarten, ob die Synergieeffekte tatsächlich im erhofften Umfang zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen oder ob sich negative Effekte auf die Versorgungsdichte in weniger attraktiven Regionen ergeben.

Aus ambulanter Sicht könnten die schlagkräftigeren Wettbewerbseinheiten vor allem im Wettbewerb zwischen ambulantem und stationärem Sektor bedeutsam sein, auf den in einem folgenden Kapitel weiter eingegangen werden soll. Wichtig ist, dass sich niedergelassene Ärzte als Unternehmer betätigen, eine klare Vision entwickeln und im Wettbewerb positionieren, um diesen positiv zu nutzen. In welcher Form das geschieht, ob ein reiner Preiswettbewerb entsteht oder ob die Optimierung des Preis-Leistungs-Verhältnisses mit Betonung der Qualität gesucht wird, wird darüber entscheiden, ob der zweifellos intensivierte Wettbewerb auf der Grundlage des VÄndG positive oder negative Auswirkungen haben wird. Vor diesem Hintergrund ist es bedeutsam, die Wettbewerbsparameter in der ambulanten Versorgung näher zu untersuchen.

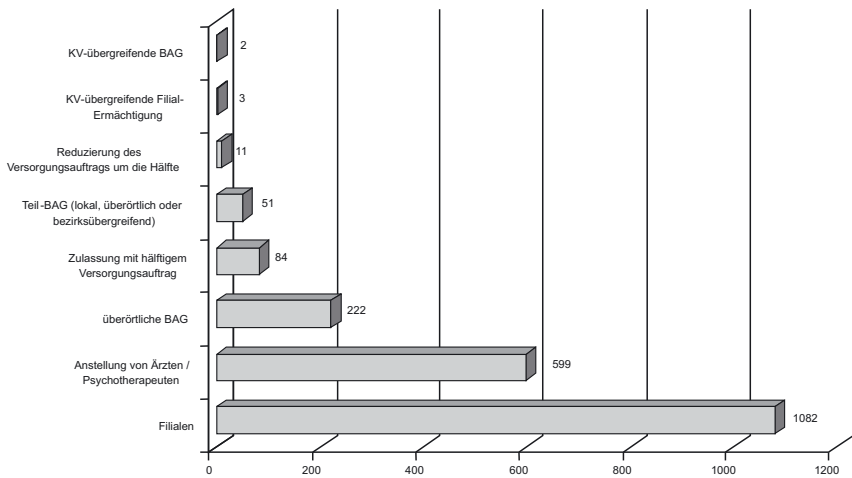


Abbildung 3: Stand der Umsetzung des VÄndG in Bayern im 1. Quartal 2009

2. Wettbewerbsparameter im Kontext niedergelassener Versorgung

In der Wirtschaftswissenschaft ist es nicht unüblich, im Bereich der Gesundheitsversorgung von einem umfangreichen Marktversagen auszugehen. Kersting⁵ beispielsweise führt aus, dass der Charakter als öffentliches Gut zu einer strukturellen Unterversorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen insbesondere bei der Prävention oder bei der Wahrung eines angemessenen Gesundheitszustands von Kindern und Armen führt. Damit ist Gesundheitsversorgung zumindest partiell als öffentliches Gut anzusehen, das durch Marktkräfte allein nicht ausreichend bereit gestellt wird. Eine andere zentrale Problematik ist die Principal-Agent-Konstellation.

Letztendlich entscheiden (noch) die Patienten darüber, welchen Arzt sie bei Beschwerden oder zur Prävention aufsuchen. Die Frage ist nun, nach welchen Kriterien sie diese Auswahl treffen. Prinzipiell sind drei Kriterien denkbar:

1. Preis

Patienten könnten ihre Entscheidung danach treffen, welche Versorgung die geringsten Kosten bei definierter Leistung verursacht. Im Kollektivvertrag ist der Preis jedoch zwischen den einzelnen Praxen einer Fachgruppe innerhalb des Bereichs einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) weitgehend standardisiert. Unterschiede ergeben sich nur aus der Wahl der Fachgruppe oder der bewussten Wahl der Versorgung in einem bestimmten Selektivvertrag. Selbst wenn diese Unterschiede in signifikanter Höhe bestehen, sind sie den Patienten aufgrund

⁵ W. Kersting (2007), „Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung“, S. 29–30.

des praktisch uneingeschränkten Sachleistungsprinzips – außer bei Wunschleistungen – weder bewusst noch machen sie einen Unterschied, da die Krankenversicherung für die Kosten aufkommt. Unter diesen Umständen ist es für den Einzelnen sogar rational, sich nicht am günstigsten Preis, sondern an den aus seiner Sicht möglichst umfassenden Leistungen zu orientieren. Der Preis scheidet damit derzeit als Wettbewerbsparameter zwischen den niedergelassenen Ärzten praktisch aus.

2. Objektive Versorgungsqualität

In der Theorie unterscheidet man Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität ärztlicher Behandlungen. In den Bereich der Strukturqualität fallen einerseits Fachkenntnisse und Erfahrung des Arztes oder seiner nichtärztlichen Mitarbeiter. Andererseits umfasst sie die Ausstattung der Arztpraxis (bauliche Gegebenheiten, Geräte und Instrumente) in Umfang und Qualität. Die Prozessqualität trifft Aussagen darüber, in welcher Art und Weise eine bestimmte Untersuchung durchgeführt wird. Entscheidendes Kriterium für den Patienten ist letztlich die Ergebnisqualität, d. h. die Frage, welches Resultat eine Behandlung bringt. Das kann sowohl medizinische Kriterien wie Genesungs-, Rezidiv-, Komplikations- oder gar Mortalitätsraten als auch patientenzentrierte Merkmale wie Lebensqualität beinhalten. Da aber die Patienten in der Regel medizinische Laien sind und darüber hinaus nur eingeschränkt Zugang zu Informationen haben, die eine Bewertung ihres Arztes und seiner Qualität erlauben, bleibt ihnen die objektive Qualität verborgen. Bestenfalls nach Beendigung einer Behandlung wird deutlich, ob diese erfolgreich war oder nicht – und selbst dann bleibt oft unklar, ob das Ergebnis im positiven oder negativen Sinn der Qualität des Behandlers zuzuschreiben ist. Auch Bewertungsbörsen über Ärzte im Internet und selbst die Auskunft der Krankenkasse bringt hier keine Verbesserung, da sie ebenfalls häufig auf nicht-objektiven Daten oder Mundpropaganda basieren.

3. Versorgungsqualität aus Patientensicht

Damit bleibt für die Auswahl von Ärzten durch Patienten häufig nur die subjektive Qualität der besuchten Praxis als Auswahlkriterium bestehen, gemessen beispielsweise an langen und bequemen Öffnungszeiten, verkehrsgünstiger oder wohnortnaher Lage, Praxiseinrichtung, Wartezeiten, freundlichem Personal oder der Breite des Leistungsangebots. In der Praxis sind somit meist genau diese Faktoren entscheidend, wenn nicht gar der Zufall bestimmt, welche Leistungserbringer ein Patient von sich aus wählt.

Zusammenfassend kann man hieraus folgern, dass im Wettbewerb um Patienten zwischen den Ärzten zum einen die Anreize fehlen, damit die Nachfrager von Leistungen eine rationale Wahl treffen, vor allem aber die Transparenz bezüglich des Leistungsinhalts, also der Qualität der Leistungen, erhebliches Verbesserungspotential aufweist. Damit der Wettbewerb in Zukunft sowohl Preis als auch objektive Qualität als Parameter umfassen kann, muss – soweit das möglich ist – Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung geschaffen werden. Darüber hinaus muss bei den Patienten das Bewusstsein geschaffen werden, welche Bedeu-

tung objektive Qualität für sie hat. Da die Patienten in der Regel wiederum nicht zu hohe Transaktionskosten in die Wahl ihres Leistungserbringers investieren können oder wollen, müssen die notwendigen Informationen einfach und mit hohem Wiedererkennungswert dargestellt werden. Hierzu hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) das Qualitätsprogramm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ entwickelt.

3. Qualitätswettbewerb in der Ausgezeichneten Patientenversorgung

Seit dem Jahr 2001 setzt die KVB sukzessive innovative Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten Versorgung um (vgl. Abb. 4). Die Qualitätsanforderungen in diesen Maßnahmen orientieren sich an Versorgungsleitlinien oder vergleichbaren, wissenschaftlich belegten Vorgaben und gehen in der Regel deutlich über die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hinaus.

Ziel des Programms ist die Steigerung der Versorgungsqualität durch Konzentration der Erbringung bestimmter Leistungen auf höher qualifizierte Ärzte, was typischerweise eine Konzentration auf weniger Leistungserbringer zur Folge hat. Parallel dazu sollen valide, vollständige Daten für die Versorgungsforschung erhoben und objektiv ausgewertet werden. Um das zu erreichen, werden die teilnehmenden Ärzte typischerweise einer Eingangsprüfung, teilweise auch wiederholten Prüfungen unterzogen. Zertifizierte Ärzte erhalten dann eine höhere Vergütung als im „normalen“ Kollektivvertrag, nicht-zertifizierte eine deutlich geringere. Kernpunkt der Maßnahmen ist die verpflichtende elektronische Dokumentation der Leistungen. Der daraus resultierende Datenbestand wird für die kontinuierliche Rückmeldung der Leistungen an die Ärzte genutzt, die auf dieser Basis ihre eigene Leistungsqualität beurteilen und verbessern können. Darüber hinaus werden die Programme grundsätzlich einer wissenschaftlichen Evaluation in Zusammenarbeit mit unabhängigen wissenschaftlichen Partnern unterzogen.

Im Jahr 2008 hat die KVB die verschiedenen Qualitätsmaßnahmen im übergreifenden Qualitätsprogramm der Ausgezeichneten Patientenversorgung zusammengefasst. Betriebswirtschaftlich gesehen wird hier die Bildung einer Marke angestrebt, die den teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten eine klare Positionierung als Qualitätsanbieter und den Patienten eine verbesserte Transparenz über die objektive Leistungsqualität ermöglichen soll. Abb. 4 ermöglicht einen Einblick, welche Maßnahmen das Programm bereits umfasst und welche Erweiterungen derzeit vorbereitet werden.

Ein besonderes Problem stellt die rechtliche Verankerung der Qualitätsmaßnahmen im Kollektivvertrag dar. Umgangssprachlich wurden (und werden) sie in Bayern als Strukturverträge bezeichnet, doch hatten diese Vereinbarungen nicht den § 73a SGB V als Basis. Statt dessen wurden sie bis Ende 2008 in Form von Anlagen zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V vereinbart. Nachdem Abweichungen von der

gesetzlich vorgeschriebenen, kassenarten- und fachgruppenübergreifend einheitlichen Vergütung im Gesamtvertrag seit 1. 1. 2009 nur noch sehr eingeschränkt vereinbart werden können, musste eine neue Rechtsgrundlage gefunden werden. Diese wurde mit dem § 136 Abs. 4 SGB V geschaffen, auf den weiter unten noch weiter eingegangen werden soll.

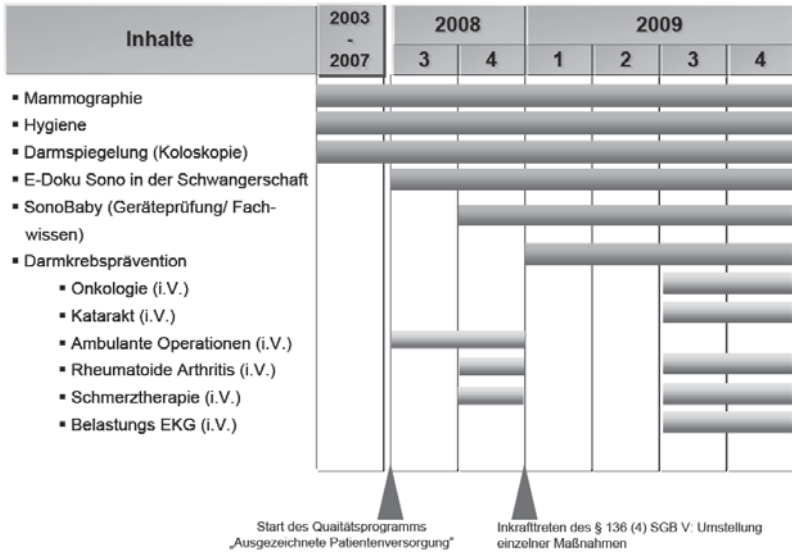


Abbildung 4: Übersicht über die Qualitätsmaßnahmen der KVB (Stand: 1. Quartal 2009)

Die hohen Ziele wie gesteigerte Transparenz für die Patienten und eine Möglichkeit der Positionierung im Wettbewerb für die teilnehmenden Leistungserbringer, die an die „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ geknüpft sind, sind noch nicht vollständig erreicht. Bisher erstreckt sich das Programm nur auf einige Fachgruppen in der ambulanten Versorgung. Außerdem werden derzeit nur einzelne Leistungen dieser Fachgruppen herausgegriffen. Daher besteht das Risiko, dass die vergebenen Zertifikate und Informationsmaterialien von den Patienten oft breiter als Qualitätsindikator für die gesamte Praxis interpretiert werden. Und schließlich werden häufig noch Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität und selten Ergebnisqualität als Messkriterium verwendet, was sowohl auf Widerstände bei der Einführung der Programme wie auch auf die Schwierigkeit der Messung zurückzuführen ist. Damit das Programm die Funktion einer umfassenden Patienteninformation übernehmen kann, ist somit die Ausweitung auf weitere Leistungen und Fachgruppen und die Messung von Ergebnisqualität erforderlich. Dennoch ermöglicht das Programm erstmals, auch objektive Versorgungsqualität in die Auswahl von Ärzten einzubeziehen und bietet einen ersten Ansatzpunkt, um aus der oben beschriebenen Principal-Agent-Konstellation einen Ausweg zu finden.

4. Die Qualitätsmaßnahme Sono Baby als Wettbewerbsfaktor

Im Oktober 2008 wurde die Qualitätsmaßnahme „SonoBaby“ in das Qualitätsprogramm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ aufgenommen. „SonoBaby“ liegt die Annahme zugrunde, dass der diagnostische Wert von Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaftsdiagnostik sowohl von der Qualifikation der Untersucher als auch von der Qualität der eingesetzten Geräte abhängt. Eine Auswertung von über 60 internationalen Studien durch das IQWiG konnte diesen Zusammenhang kürzlich belegen.⁶ Obwohl im April 2009 eine überarbeitete Ultraschallvereinbarung als bundesweite Vorgabe in Kraft getreten ist, die nun eine höhere Eingangs-Gerätequalität vorschreibt, fehlen nach wie vor klare Regelungen zum Umfang der Gerätewartung und zur kontinuierlichen Überprüfung des Fachwissens. Besonders dann, wenn Praxen unter Kostendruck geraten, wird bei der kontinuierlichen Überprüfung und der regelmässigen Wartung der Geräte unter Umständen gespart. Mittlerweile gibt es zwar eine allgemeine Fortbildungsverpflichtung, die den Ärzten vorschreibt, eine gewisse Zahl an Fortbildungspunkten zu erwerben. Allerdings fehlen eindeutige Vorgaben, dass diese Fortbildungen auch thematisch geeignet oder an der Behandlungspraxis des Arztes orientiert sein müssen. Nach Abschluss der Facharztausbildung wird generell nicht überprüft, ob der jeweilige Kenntnisstand noch den aktuellen Anforderungen entspricht. Genau diesen offenen Punkten widmet sich das Qualitätsprogramm „SonoBaby“.

Erster Baustein ist der Nachweis einer apparativen Mindestqualität nach Stufe 1 der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM).⁷ Der zweite Baustein sieht vor, dass das verwendete Gerät und die Ultraschall-Sonden spätestens alle zwei Jahre auf Funktionstüchtigkeit zu überprüfen sind. Für diese Überprüfung hat die KVB gemeinsam mit der DEGUM und dem Zentralverband der Elektroindustrie (ZVEI) eine Wartungsempfehlung erarbeitet. Nur Wartungen entsprechend dieser Empfehlungen werden im Rahmen von „SonoBaby“ anerkannt. Der dritte Baustein ist die Teilnahme an einer von der KVB bereitgestellten und in Zusammenarbeit mit Experten entwickelten, internetbasierten Fachprüfung. Hierzu sind 30 Fälle aus allen Schwangerschaftsabschnitten mit mehreren Ultraschallbildern oder -videos zu bearbeiten. Je Fall sind fünf Fragen im Multiple-Choice-Format zu beantworten. Die Prüfung ist bestanden, wenn mindestens 70 Prozent der Antworten korrekt sind.

Im Quartal I/2009 gab es in Bayern knapp 1.600 potentielle Teilnehmer, von denen sich etwa 1.150 angemeldet hatten und hiervon wiederum knapp 900 die Zertifizierung erreicht hatten. Dies entspricht einem Anteil von 72 bzw. 55 Pro-

⁶ *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* (2008): Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckung fetaler Anomalien – Abschlussbericht. http://www.iqwig.de/download/S05-03_Abschlussbericht_Ultraschallscreening_in_der_Schwangerschaft.pdf.

⁷ Diese Vorgaben sind nun deckungsgleich mit den Anforderungen der neuen Ultraschallvereinbarung.

zent. Mittelfristig rechnet die KVB mit etwa 80 Prozent Teilnahmequote unter den Leistungserbringern, die etwa 85 Prozent der betroffenen Leistungen abrechnen werden. Diese Verteilung erfordert für eine kostenneutrale Umsetzung nach dem Paragraph 136 Absatz 4 SGB V, der später ausgeführt wird, dass die Absenkung der Vergütung für Nicht-Teilnehmer deutlich stärker ausfällt als die Erhöhung der Honorarsumme für zertifizierte Leistungserbringer (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1

Honorardifferenzierung in der Qualitätsmaßnahme Sono Baby im ersten Quartal 2009 im Bezirk der KVB

Leistung	Honorar
GOP ⁸ 01770 nach EBM ⁹	106,23 €
Abgesenktes Honorar für Nicht-Teilnehmer	90,00 €
Erhöhtes Honorar für Teilnehmer	110,23 €
GOP 01772 nach EBM	37,81 €
Abgesenktes Honorar für Nicht-Teilnehmer	30,00 €
Erhöhtes Honorar für Teilnehmer	39,61 €

Ob das Programm die gewünschte Steuerungswirkung hin zur Leistungserbringung durch nachgewiesenermaßen besonders qualifizierte Ärzte entfaltet, ist derzeit noch offen. Schwangere Frauen können sich im Internet darüber informieren, welche Praxen am Programm teilnehmen, eine Verlagerung der Patientenströme konnte noch nicht zweifelsfrei festgestellt werden. Eventuell sind auch noch Anpassungen in Hinsicht auf eine weitere Steigerung der Qualitätsanforderungen erforderlich, um das gewählte Ziel einer umfassenden Qualitätssicherung bei der Schwangerschaftsdiagnostik zu erreichen.

III. Wettbewerb zwischen ambulant und stationär

In zahlreichen Publikationen und Interviews wird die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor als Kostentreiber im Gesundheitswesen angeprangert. Die „künstliche“ Trennung der Sektoren behindert demnach einen kostensenkenden Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Mit Hilfe der §§ 115b und 116b SGB V soll nun diese Abgrenzung partiell aufgebrochen werden. Dabei gibt der § 115b Rahmenvorgaben für das ambulante Operieren und der § 116b für ambulante Behandlungen spezieller Krankheitsbilder im Krankenhaus.

⁸ Gebührenordnungsposition.

⁹ Einheitlicher Bewertungsmaßstab auf der Basis des Orientierungspunktwerts von 3,5001 ct.

In den dort geregelten Leistungsbereichen stehen folglich Krankenhäuser und Niedergelassene im direkten Wettbewerb. Die Frage ist nun, ob das Sozialgesetzbuch auch die Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb setzt oder ob strukturelle Verzerrungen und Bevorzugungen einer Seite vorliegen.

1. Die Qualitätsmaßnahme Ambulantes Operieren

Ausgangspunkt der Qualitätsmaßnahme Ambulantes Operieren ist die niedrige Quote ambulanter Operationen in Deutschland im Vergleich mit anderen Industrienationen. Der Bundesverband für ambulantes Operieren bezeichnet Deutschland als diesbezügliches Entwicklungsland und nach dem Dafürhalten von Dr. Pöllath, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen (ANC) aus der Oberpfalz, werden in Deutschland nur 20 Prozent aller Leistenhernien-Operationen ambulant erbracht, während das aus fachlich-medizinischer Sicht bei 80 Prozent der Fälle möglich wäre. Diese Situation steht in klarem Widerspruch zu § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V, wonach die (voll)stationäre Krankenhausbehandlung nachrangig gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) ist. Der Nachrang der vollstationären Behandlung trägt deren Bedeutung als medizinisch intensivster und aufwendigster Form der Krankenbehandlung Rechnung und stellt eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) dar.¹⁰ Dennoch werden nach Dr. Pöllath die meisten aller in Frage kommenden Operationen trotz ambulanter Operationsmöglichkeit stationär durchgeführt. Hieraus ergeben sich zwei Fragestellungen:

1. Wie kann die Versorgungsqualität von ambulanten Operationen in Deutschland weiter gesteigert werden? Dieser Aufgabe widmet sich die Qualitätsmaßnahme Ambulantes Operieren der KVB.
2. Warum ist die Quote ambulanter Operationen in Deutschland so niedrig? Gibt es Fehlanreize im System, die verhindern, dass der Leitsatz ambulant vor stationär konsequent umgesetzt wird? Überlegungen hierzu finden sich im folgenden Kapitel.

Kernstück der Qualitätsmaßnahme ist die kombinierte Befragung von Operateur, Anästhesist und Patient auf der Basis des AQS1-Dokumentationsbogens der Firma Medicaltex. Aus den Fragebögen wird ein Feedback-Bericht an den Arzt generiert, der von diesem aktiv zur Verbesserung seiner Praxisabläufe und Ergebnisse genutzt werden soll. Für den erhöhten Aufwand der Aufklärung des Patienten über das Programm und den Fragebogen sowie die elektronische Dokumentation und Auswertung der Feedbackberichte erhielten die operierenden Ärzte im Jahr 2008 im Rahmen einer sechsmonatigen Pilotstudie einen Zuschlag von 40 Euro zu jeder Operation. Im Frühjahr 2009 konnte aufgrund der politisch sehr schwierigen Situa-

¹⁰ Der Nachrang gegenüber der ambulanten Versorgung gilt auch für die teilstationäre Behandlung (vgl. *Wahl*, in: juris-PK-SGB V, § 39 Rn. 49).

tion noch keine Anschlussvereinbarung mit den Krankenkassen getroffen werden. Über 350 ambulante Operateure nehmen mit Stand Sommer 2009 auf freiwilliger Basis und ohne Vergütungsauswirkung an der Maßnahme teil.

Noch liegen keine umfangreichen Evaluationsergebnisse der Pilotstudie vor, die im dritten und vierten Quartal 2008 durchgeführt wurde. Im Rahmen der Pilotstudie wurden 3.748 ambulante Operationen durch Arztfragebögen erfasst. Hierzu liegen, da die Einsendung freiwillig ist und unabhängig vom Arzt erfolgt, 1.476 Patientenfragebögen vor, was einer Rücklaufquote von ca. 40 Prozent entspricht. Die Zufriedenheitsergebnisse der so erfassten ambulanten Operationen sind zunächst ausgesprochen positiv:

- 96,5 Prozent der Patienten würden sich wieder ambulant operieren lassen.
- 98,9 Prozent würden die gewählte Praxis weiterempfehlen.
- 87,9 Prozent der Patienten waren der Meinung, dass der Operateur vor der Operation genügend Zeit für offene Fragen hatte, bei den Anästhesisten waren es sogar 90,6 Prozent

Mit dieser Qualitätsmaßnahme werden erstmals auch Ergebnisparameter wie z. B. der Post-operative Verlauf der Patienten erfasst. Dazu werden neben ambulanten Daten auch stationäre Einweisungsdaten hinzugezogen. Die Auswertung hiervon ebenso wie eine eingehende Interpretation der Patientenzufriedenheit stehen noch aus. Letztere legen aber bereits nahe, dass es nicht die mangelnde Zufriedenheit der Patienten ist, die den geringen Anteil ambulanter Operationen in Deutschland hervorruft.

2. Die Paragraphen 115b und 116b SGB V als Rahmen für den Wettbewerb

§ 39 i.V.m. § 37 SGB V legt eindeutig eine Rangfolge der Behandlungsalternativen fest: ambulant vor stationär. Diesem Prinzip widersprechen die §§ 115b und 116b, die niedergelassene Ärzte und Kliniken im Bereich eines festgelegten Katalogs ambulanter Operationen und bei der Behandlung spezieller Indikationen bzw. bei speziellen Leistungen (vgl. Tab. 3) in direkten Wettbewerb stellen, nicht. Dennoch begründen bereits die beiden genannten Paragraphen eine strukturelle Ungleichbehandlung dieser beiden Wettbewerber, die sich durch weitere Regelungen des SGB noch verstärkt.

Ein wichtiger ökonomischer Unterschied zwischen der Behandlung in Krankenhäusern und durch niedergelassene Ärzte besteht in der Finanzierung der Investitionskosten für die Infrastruktur. Während Niedergelassene als Freiberufler ihre Investitionen selbst finanzieren müssen, werden die Investitionen im Krankenhaussektor entsprechend der §§ 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von den Ländern getragen. Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, müssen deshalb nicht in voller Höhe von den Krankenkassen finanziert werden; aus

deren Sicht werden Kosten externalisiert. Dass das Vorliegen derartiger negativer Externalitäten (die Kosten werden nicht vollständig von den Nutznießern einer Leistung, sondern teilweise von unbeteiligten Dritten getragen) regelmäßig zu einer Übernutzung bzw. übermäßigen Produktion des betreffenden Gutes führt, ist in den Wirtschaftswissenschaften eine Binsenweisheit. Selbst wenn für die gleiche Leistung gleiche Vergütung gezahlt wird, sorgt diese Externalisierung dafür, dass die gesamtwirtschaftlichen Kosten der stationären Behandlung höher sind.

Tabelle 2

Leistungs- und Indikationskatalog für die „Öffnung der Krankenhäuser“ für spezielle ambulante Leistungen nach § 116b SGB V

- Leistungen:
 - CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
 - Brachytherapie
- Diagnostik und Versorgung von folgenden Indikationen:
 - onkologische Erkrankungen
 - HIV und AIDS
 - schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
 - schwere Herzinsuffizienz
 - Tuberkulose
 - Mucoviszidose
 - Hämophilie
 - Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen
 - Multiple Sklerose
 - Anfallsleiden
 - pädiatrische Kardiologie
 - Frühgeborene mit Folgeschäden

Ökonomisch bedeutsam sind auch die Unterschiede in der Vergütung, die Krankenhäuser im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten erzielen können. Zwar geben der § 115b SGB V in Absatz 1 und der § 116b in Absatz 5 vor, dass einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren sind, de facto kann das Krankenhaus durch seine Entscheidungsbefugnis, ob eine Leistung unter medizinischen Aspekten eine stationäre Aufnahme erfordert, die ökonomisch vorteilhafte Versorgungsform präferieren. Ist bei einer stationären Aufnahme für eine prinzipiell ambulant durchführbare Operation eine Entlassung noch am gleichen Tag möglich, wird die Vergütung nicht nach den – in der Regel niedrigeren – Vergütungssätzen für ambulante Operationen, sondern in Höhe der Tages-DRG (Diagnosis Related Group) erstattet. Aus diesem und dem vorhergehenden Argument

kann man schließen, dass die Behandlung im Krankenhaus generell teurer ist als im ambulanten Sektor.

Ein weiterer Faktor ist die Angebotsmenge an Leistungen aus den beiden Sektoren. Vertragsärzte unterliegen der Bedarfsplanung. Wenn die Gesamtvergütungen und damit das an die niedergelassenen Ärzte auszuschüttende Honorar keine unmittelbare Koppelung an die Menge der erbrachten ambulanten Operationen aufweist, sondern eine pauschalisierte Gesamtvergütung zwischen Kassen und KV vereinbart ist, bedeutet eine Zunahme der angebotenen und abgerechneten Leistungsmenge in der Regel keine Einnahmensteigerung. Diese Möglichkeit kann zu einer restriktiven Bedarfsplanung anregen. Umgekehrt entscheidet keine Bedarfsplanung darüber, ob ein Krankenhaus konkurrierende Leistungen erbringen darf oder nicht. Nach § 116b Abs. 2 ist beispielsweise die Deklaration des Krankenhauses im Krankenhausplan entscheidend, die „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung“ zu geschehen hat, aber keiner dezidierten Bedarfsplanung unterliegt. Angesichts der oftmals beklagten Finanznöte der Krankenhäuser sind die zusätzlichen Einnahmen, die direkt von den Krankenkassen an die Krankenhäuser fließen (z. B. § 116b Abs. 5 SGB V), attraktiv. Zusammenfassend kann man also folgern, dass bei der stationären Leistungserbringung im Rahmen der §§ 115b und 116b ein tendenziell deutlich stärkerer Anreiz zur Leistungsmengenausweitung besteht als im ambulanten Sektor.

Die letzte Frage, die im Zusammenhang mit dem Wettbewerb zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu beantworten ist, ist die nach der Qualität der Behandlung. Vertragsärzte besitzen immer eine Facharztausbildung, Klinikärzte nicht zwangsläufig. Die Qualitätssicherung der Kliniken unterliegt nicht den KVen, der die Vertragsärzte in dieser Hinsicht unterstellt sind.

Aus den genannten Gründen heraus bleibt nur eine Schlussfolgerung offen: Es gibt strukturell verzerrende Auswirkungen aus den Regelungen der §§ 115b und 116b SGB V und den weiteren genannten Regelungen. Der Wettbewerb, den die Gesetzesnovellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor etablieren, ist nicht fair, sondern bevorzugt eindeutig die Kliniken. Die Allokation folgt keinem übergeordneten rationalem Prinzip. Im Interesse der gesamtwirtschaftlichen Kosten des Gesundheitswesens müssen diese Marktverzerrungen unbedingt beseitigt werden. Und im Interesse der Patienten muss sichergestellt werden, dass in Zukunft der Qualitätsaspekt im Wettbewerb ebenso zählt wie der Preis. Einem solchen fairen, qualitätsorientierten Wettbewerb können sich auch die niedergelassenen Ärzte ohne Bedenken und Widerstände stellen.

IV. Wettbewerb zwischen Versorgungsverträgen

Mit der Etablierung der Selektivverträge – gemeint sind die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V, die Besondere Ambulante Versorgung nach § 73c SGB V und die Integrierte Versorgung (IV) nach § 140a ff. SGB V – hat der

Gesetzgeber einen neuen Markt geschaffen: den Markt für ambulante Versorgungsverträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Auf diesem Markt war die KV (bezogen auf ihre jeweilige Region) so lange Monopolanbieter, dass es noch heute schwer fällt, diesen Markt als eigenständig zu erkennen und vom Markt für einzelne Versorgungsleistungen, auf dem die KV in der Vergangenheit als Kartell fungierte, zu unterscheiden. Auf diesem Markt treten nicht die Patienten als Nachfrager auf, sondern die Kassen. Über die Bereinigung der Gesamtvergütung stehen Kollektivvertrag und Selektivvertrag auf diesem „neuen“ Markt in direktem Wettbewerb zueinander. Nun hat die kürzliche Finanzkrise gezeigt, dass Wettbewerb ohne geeignete institutionelle Rahmenbedingungen sowie Kontrolle und Durchsetzung dieser Institutionen nicht zu einer Optimierung der Wohlfahrt für alle Marktteilnehmer führt. Ob der Wettbewerb zwischen den Versorgungsverträgen fair und zum Nutzen der Patienten verläuft, soll an dieser Stelle näher beleuchtet werden.

Zweifellos hat die frühere Monopolstellung der KVen auf dem Markt für Versorgungsverträge dem Kollektivvertrag eine starke Ausgangsbasis – gemessen am Marktanteil – beschert. Noch immer wird der weitaus größte Teil aller ambulanten Leistungen innerhalb des „Produkts“ Kollektivvertrag erbracht. Die Frage ist nun, ob beiden Vertragsvarianten vergleichbare Handlungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung offen stehen.

Für die Selektivverträge existieren mittlerweile wenig zwingende Vorgaben für die inhaltliche Weiterentwicklung. Selbst Vertragskonstellationen, die früher privaten Anbietern wegen der mangelhaften sektorübergreifenden Versorgung nicht offen gestanden haben, sind nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) möglich. Die Leistungen dürfen zwar nicht hinter den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Standards zurückbleiben; eine unabhängige Prüfung dieser Anforderung ist aber nicht vorgesehen (vgl. z. B. § 73c Abs. 1 SGB V). Zahlreiche Auflagen, die reglementierend in den Kollektivvertrag eingreifen wie etwa die Mengenregulierung, können in Selektivverträgen ausgesetzt werden. Es dürfen jedoch nur solche Leistungen angeboten werden, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht als Leistungen der GKV abgelehnt worden sind (vgl. z. B. § 73c Abs. 4 SGB V). Damit sind die Entwicklungsmöglichkeiten der Selektivverträge weitgehend unbeschränkt.

Bei der Betrachtung des Kollektivvertrags ist zunächst zu klären, an welcher Stelle denn Innovationen effektiv möglich sind. In den vergangenen Monaten hat sich aus Sicht der KVB herauskristallisiert, dass der Handlungsspielraum der Länder-KVen, auch wenn er auf dem Papier noch existieren mag, durch die Vorgabe marginalisiert wurde, dass die Gesamtverträge auf Länderebene gemeinsam und einheitlich mit allen Kassen zu vereinbaren sind. Damit sind Innovationen im klassischen Gefüge des Kollektivvertrags auf das Wirken der Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss und im (Erweiterten) Bewertungsausschuss beschränkt und folglich extrem schwerfällig. Durch die weitgehende Eliminierung des Föderalismus innerhalb der KV-Landschaft wurde damit die Entwicklungsfähigkeit des Kollektivvertrags stark reduziert.

Eine Ausnahme von den Prinzipien des Kollektivvertrags nach dem GKV-WSG, d. h. der Zentralisierung und der Pflicht zu gemeinsamen und einheitlichen Entscheidungen auf Kassenseite, stellt einzig der mit dem Pflegereformgesetz verabschiedete § 136 Absatz 4 SGB V dar, der „Qualitätsparagraf“. Er erlaubt die Vereinbarung regionaler Zu- und Abschläge vom Honorar für EBM-Leistungen auf der Basis der Erfüllung spezieller Qualitätsanforderungen mit verpflichtender elektronischer Dokumentation. Hierzu können Kassenärztliche Vereinigungen Verträge auch mit einzelnen Kassen schließen. Die gesamte Regelung muss finanzneutral sein, d. h. für nicht teilnehmende Ärzte sind die Vergütungen so abzusenden, dass sich Zu- und Abschläge in Summe ausgleichen.

Hiermit werden zwar keine „Produktinnovationen“ im Sinne der Aufnahme neuer Leistungen in den Katalog des Kollektivvertrags möglich, dafür aber „Prozessinnovationen“ im Sinne von neuen Produktqualitäten und Koordinationsprinzipien im Kollektivvertrag. Ungetrübt ist allerdings auch diese Möglichkeit nicht. Da die Mengenregulierung im Kollektivvertrag nach § 87b SGB V den Qualitätsparagraf nicht gesondert berücksichtigt, führen Qualitätszuschläge des § 136 Abs. 4 SGB V nicht zu einer Anpassung der Regelleistungsvolumen (RLV). Folglich werden durch Teilnahme an Qualitätsprogrammen, die Zuschläge für Leistungen gewähren, die im RLV vergütet werden, die individuellen RLV bei einer geringeren Leistungsmenge ausgeschöpft. Damit wird der Sinn solcher Programme, Leistungen bei besonders geeigneten Vertragsärzten zu konzentrieren, konterkariert. Einzig für „freie Leistungen“ außerhalb der RLV sind derartige Regelungen umsetzbar. Die Definition der freien Leistungen muss wiederum seitens der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vorgenommen werden. Zusammenfassend muss also gesagt werden, dass auch die Innovationsmöglichkeiten, die der Qualitätsparagraf dem Kollektivvertrag auf Länderebene eröffnet, stark eingeschränkt sind und dringend erweitert werden müssen. Von einer Vergleichbarkeit in Bezug auf die Innovationsfähigkeit kann zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag nicht die Rede sein.

Ein zweiter wichtiger Problemkreis im Wettbewerb zwischen den Versorgungsverträgen ist die Frage, ob sich wirklich Effizienz und Effektivität der Versorgung verbessern. Konkret geht es darum, ob der Wettbewerb ausschließlich der Preissenkung und des Gewinns von Marktanteilen durch subjektive Versorgungsqualität dient, oder ob objektive Qualitätsverbesserungen eintreten (vgl. Kap. 2.2). Entscheidender Mechanismus hierfür ist die Bereinigung, die in allen drei Varianten von Selektivverträgen verankert ist. Dabei sind zwei Extremvarianten der Bereinigung denkbar:

Bereinigung in Höhe der Leistungen des Selektivvertrags: Wenn ohne Berücksichtigung des im Kollektivvertrag entfallenen Leistungsbedarfs bereinigt wird, ist es für die Kassen rational, so schnell wie möglich umfangreiche Selektivverträge zur Werbung von Neukunden abzuschließen. In einer Kategorisierung der Selektivverträge, wie sie in Abb. 5 versucht wurde, wären dies Investitionsverträge

(rechte Hälfte). Das Finanzvolumen dieser Verträge dürfte rasch das des Kollektivvertrags überschreiten, so dass hierfür keine Mittel mehr zur Verfügung stehen. Das Recht der Versicherten auf Versorgung nach dem Katalog der GKV würde ins Leere laufen, eine Vielklassenmedizin mit ungewissen Inhalten wäre die Folge.

Bereinigung ausschließlich in Höhe der nachweislich im Kollektivvertrag entfallenen Leistungen: Nur solche Selektivverträge, die finanziell und inhaltlich Vorteile für Patienten, Kassen und Leistungserbringer bedeuten, können sich gegenüber dem Kollektivvertrag durchsetzen. Tendenziell wären die so geschlossenen Verträge in der Kategorisierung der Abb. 5 „sich selbst tragende Verträge“, die sich aus Effizienzsteigerungen und Prävention finanzieren. Ihr Volumen bleibt möglicherweise begrenzt. Erfolgreiche Ansätze werden mit hoher Wahrscheinlichkeit mittelfristig in den Kollektivvertrag aufgenommen und allen Versicherten zugänglich gemacht, so dass im Wettbewerb zwischen Kassen immer neue Innovationen erforderlich sind.

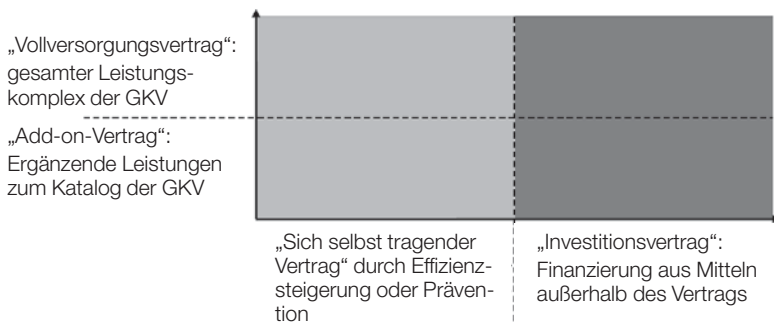


Abbildung 5: Ausgestaltungsvarianten von Selektivverträgen

So bedeutsam die Bereinigung für die Weiterentwicklung der GKV in Deutschland auch ist, so ungerregelt ist sie derzeit. Als kritisch für die Patienten könnte sich vor allem auch die mangelnde Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in den Selektivverträgen herausstellen. So lange die Patienten wenig Einblick in die objektive Versorgungsqualität haben und ihre Ärzte nicht konsequent nach Qualitätskriterien aussuchen, können sich Qualitätsverschlechterungen einstellen. Die dadurch kurzfristig eingesparten Kosten könnten sich Kassen und Anbieter von Selektivverträgen teilen. Ob solche Szenarien im Bereich des Möglichen bleiben, hängt davon ab, wie die nächste Gesundheitsreform die Anforderungen an die Selektivverträge und die Bereinigung des Kollektivvertrags ausgestaltet.

V. Fazit: Welche Richtung hat der Wettbewerb?

Ohne Zweifel hat der Wettbewerb in der ambulanten Versorgung zugenommen. Hierfür wurden drei Beispiele herangezogen, mit sehr unterschiedlichen Prognosen über ihre Wirksamkeit. Ob die Möglichkeiten des VÄndG zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgung führen werden, ist noch offen. Der so genannte Wettbewerb zwischen ambulantem und stationärem Sektor lässt hingegen sinnvolle Regeln vermissen, die Kostensteigerungen und Intransparenz im Gesundheitswesen verringern. Noch schlechter ist die Lage bei den Selektivverträgen: So lange der Kollektivvertrag weiter diskriminiert und der Selektivvertrag privilegiert wird, findet kein Wettbewerb statt, sondern ein Ausverkauf der flächendeckenden ambulanten Grundversorgung der Bevölkerung. Statt sich um die Verbesserung der Versorgungsqualität zur besseren Nutzung der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen zu bemühen, provozieren die kürzlich erfolgten Gesetzesänderungen einen Wettbewerb der Akteure um eine privilegierte Behandlung durch den Gesetzgeber. Wettbewerb um Inhalte und Effizienz ist gut, der Wettbewerb um Monopolstellungen nicht. Die Forderungen der KVB an die Politik lauten deshalb:

- Wettbewerb muss vor allem die Versorgungsqualität berücksichtigen.
- Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung ist unabdingbar für eine Stärkung der Patientenautonomie.
- Wettbewerb muss mit gleich langen Spießen erfolgen, d. h. die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass alle Wettbewerber vergleichbare Voraussetzungen und Handlungsmöglichkeiten haben.
- Deshalb: Gleiche Rechte für Ärzte und Krankenhäuser, Kollektiv- und Selektivvertrag sowie alle Vertragspartner von Versorgungsverträgen.

Einer solchen Wettbewerbsordnung können auch Ärzte und KVen zustimmen.

Literatur

- Kersting, W.* (2007): „Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Grundversorgung“ in: Oliver Schöffski/J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (3. Aufl.), Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer.
- Stobbe, Alfred* (1983): *Volkswirtschaftslehre II – Mikroökonomik* (Heidelberger Taschenbücher), Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer.

Statement

Von *Ulrich Weigeldt*, Berlin

Die Entwicklung der für das Gesundheitswesen maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen zeigt eine deutliche und im Verlauf zunehmende Wettbewerbsorientierung. Dabei ist auffällig, dass immer dann sichtbare Veränderungen und neue Vertragsformen mit relevantem Volumen entstanden sind, wenn die Teilnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts von der Vertragsgestaltung und –umsetzung ausgenommen waren. Dies beginnt mit dem Hausarzt-Hausapotheken-Vertrag der BEK 2004, nachdem zuvor der § 140a SGB V von der Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen „befreit“ worden war. Zwei weitere Verträge nach § 140a ff. SGB V mit praktisch flächendeckender Wirkung entstanden in Baden-Württemberg und Bayern mit dem Fokus auf die hausärztliche Versorgung.

Eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V fand nur in einzelnen regionalen Verträgen statt, die aber über den Laborstatus eigentlich nicht hinaus gekommen sind. Dies hat sich geändert, als die Kassenärztliche Vereinigung auch hier nicht mehr zwangsläufig beteiligt war und zu dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg geführt hat, der praktisch als Blaupause für eine zukünftige, hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V angesehen werden kann.

Die Mehrzahl der Krankenkassen haben das im § 73 SGB V verankerte Versichertenrecht auf das Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung nicht recht ernst genommen, sodass konsequenterweise die Verpflichtung noch einmal verstärkt wurde, in dem eine Fristsetzung für einen solchen Vertragsabschluss vorgenommen wurde (30. 06. 2009) und die erforderliche Flächendeckung dadurch gefördert wurde, dass zunächst mit Gemeinschaften von Leistungserbringern der Vertragsabschluss gesucht werden sollte, welche mindestens 50% der Allgemeinärzte eines KV-Bezirks vertreten.

Dass hier auf die Allgemeinärzte Bezug genommen wird, ist die konsequente Umsetzung der Gesetzesvorschrift, dass die hausärztliche Versorgung „vorrangig durch Allgemeinärzte“ sicherzustellen ist (s. § 103 Abs. 4 SGB V). Die Fachärzte für Allgemeinmedizin haben als einzige eine spezifische, auf die Belange der hausärztlichen Versorgung ausgerichtete Weiterbildung, mit einem verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt in einer zur Weiterbildung zugelassenen Praxis absolviert.

Dennoch, das sei hier klar gestellt, können an den dann geschlossenen Verträgen auch alle anderen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte (n. § 73 Abs. 1a SGB V) teilnehmen, insoweit sie die in den Verträgen vereinbarten Qualitätskriterien erfüllen.

Die deutsche Besonderheit, dass niedergelassene Ärzte, insofern sie sich nicht auf Privatbehandlungen beschränken, Pflichtmitglieder in zwei Körperschaften (Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung) sind, wird für den Vertragswettbewerb mehr und mehr zum Problem. Dies vor allem deswegen, weil sich diese Körperschaften, jedenfalls die Kassenärztlichen Vereinigungen, selbst als Wettbewerber in der Vertragslandschaft erheben und sich auch nicht scheuen, die von ihnen von den Pflichtmitgliedern erhobenen Pflichtbeiträge für politische Lobbyarbeit, aber auch publizistische Aktivitäten gegen die im Wettbewerb entstehenden Verträge einzusetzen. Es ist an dieser Stelle zu hinterfragen, ob und wie weit dies durch Gesetzauftrag und Satzung gedeckt ist. Dazu kommt, ohne das hier vertiefen zu wollen, die Frage, ob die durch die Steuerbefreiung der Körperschaft öffentlichen Rechts entstehende Wettbewerbsverzerrung toleriert werden muss.

Was spricht andererseits aus sachlichen Erwägungen dagegen, dass die KV eine Sicherheitslinie bildet, um mögliche negative Effekte eines entstehenden Vertragswettbewerbs aufzufangen, ohne direkt als Wettbewerber in den neuen Vertragsformen aufzutreten?

Für die weitere Betrachtung ist es sicher hilfreich, sich einmal vor Augen zu führen, was eigentlich das Subjekt des Vertragswettbewerbes ist. Woran misst sich der Erfolg einer Versorgungsform?

Die Bevölkerung hat eine zunehmende Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt ermöglicht eine Verlängerung der Lebensspanne vom Eintritt der Erkrankung bis zum Tod. Durch Präventionsprogramme kann auch der Eintritt der Erkrankungen verzögert werden. Bei der niedrigen Geburtenrate wird der Anteil der chronisch Kranken in unserer Gesellschaft relativ aber auch absolut zunehmen. Dazu ein paar Zahlen:

Eine chronische Erkrankung haben:

- 43% der deutschen Bevölkerung (*Schwartz et al. 1999*),
- 70% der über 65-Jährigen (*Sachverständigenrat 2001*),

über 50% aller chronisch Kranken haben mehr als eine chronische Erkrankung (u. a. *Wu, Green, RAND Corporation 2000*),

- 5 und mehr Medikamente: bei 56% der über 70-Jährigen (*BASE 1996*),

80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis betreffen chronische Erkrankungen (*Murphy 2004, Wilson et al. 2005*).

Gleichzeitig werden die für die Primärversorgung erforderlichen Hausärzte im derzeitigen System nicht ausreichend erzeugt, womit eine wesentliche Aufgabe der Sicherstellung des derzeitigen Kollektivvertragssystems nicht gelöst ist und sich

eine Lösung durch die neue Honorarordnung nicht nur nicht abzeichnet, sondern weiter entfernt ist als je zuvor. Bei dem hohen Altersdurchschnitt der Hausärzte in Deutschland kann nicht gewartet werden, bis sich der schon jetzt in ländlichen Bereichen und den unterprivilegierten Regionen mancher Großstädte abzeichnende Hausarztmangel endgültig manifestiert hat.

Aus diesem Grunde drängen gerade die Hausärzte auf eine rasche Änderung der Situation. Die mit immer kürzerer Halbwertszeit erfolgten Honorarreformen mit letztlich immer dem gleichen strukturellen Muster, welches hochtechnische Fächer begünstigt und patientennahe Fächer eher benachteiligt, zudem durch die zunehmende Regelungsdichte den Ärzten kaum noch Zeit für ihren Beruf lässt. Das berühmte Hamsterrad der durch Gebührenordnungsbestimmungen induzierten Leistungsmenge ist durch die neue Honorarordnung noch einmal beschleunigt worden. Anstatt sich medizinisch fortbilden zu können, sind die Ärzte zur Durchdringung der neuen Honorarregelungen gezwungen, Seminare zum neuen EBM zu besuchen, wollen sie nicht weitere wirtschaftliche Nachteile hinnehmen. Daneben müssen Zeitbudgets und Regressgefahren bei Arzneimitteln und Heilmitteln beachtet werden. Dies raubt Konzentration und Berufsfreude und ist in Bezug auf die Versorgungsqualität kontraproduktiv.

Gibt es Alternativen zum tradierten Kollektivvertragssystem? Netze werden seit langem von verschiedener Seite favorisiert, haben sich aber in den letzten Jahren kaum weiterentwickelt und nicht durchgesetzt. Sie haben sicher eine Daseinsberechtigung, bieten Vorteile, sind aber regionale Phänomene geblieben. Kapitalgesellschaften sehen wir noch in einem Findungsprozess, auch beispielsweise fachärztliche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben ihre Bedeutung, aber auch diese sind im Kollektivvertragssystem kaum adäquat abbildbar.

Die Gemeinschaft der Leistungserbringer ist ein Begriff, der in die wettbewerblichen Bestimmungen des SGB V Einzug gehalten und sich jetzt konkretisiert hat. Damit wird es möglich, auch außerhalb der tradierten körperschaftlichen Struktur Versorgungsverträge zu entwickeln, abzuschließen und umzusetzen. Nicht zuletzt auch wegen der bedrohlichen Situation einer abnehmenden hausärztlichen Versorgungsdichte ist deshalb nach vielen politischen Interventionen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung der durch die Körperschaften nicht ausreichend umgesetzte § 73b SGB V mit Frist und primärem Verhandlungspartner versehen worden.

Dass jetzt daraus eine etwas eigenartige Diskussion um eine angebliche Monopolstellung des Deutschen Hausärztesverbandes geworden ist, ist wohl im Wesentlichen dem Abwehrkampf durch die sich bedroht fühlenden, etablierten Strukturen zu verdanken. Der Anteil der Verträge an der Versorgung insgesamt spricht ebenso dagegen wie die Tatsache, dass in einigen Regionen die Verträge mit anderen Organisationen gemeinsam geschlossen wurden, so z. B. mit MEDI in Baden-Württemberg.

Dabei sind zwei Aspekte wichtig: der Deutsche Hausärztesverband, der das Mandat fast überall, entweder allein, oder, wie dargestellt, gemeinsam mit anderen

Organisationen erhalten hat, fußt auf der freiwilligen Mitgliedschaft der Hausärzte und hat über 30 000 Mitglieder in seinen Landesverbänden organisiert. Er ist ja gerade auch wegen der Misere in der kollektivvertraglichen Welt stark geworden, da er als einziger ein umsetzbares alternatives Konzept für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung erarbeitet und vorgelegt hat. Damit wäre auch der zweite Aspekt angesprochen: die Erfahrung mit so genannten „Add-on“-Verträgen, die das etablierte System beibehalten und lediglich ein Zusatzhonorar auswerfen, hat konsequenterweise zur Entwicklung von Vollversorgungsverträgen geführt. Diese Vollversorgungsverträge fördern in ihrer Struktur und in ihrer Honorierung die hausärztliche Praxis, lassen mehr Zeit für den einzelnen Patienten, fördern die Zuwendung zu chronisch Kranken und führen versorgungsbezogene Vergütung für Qualität ein. Sie verringern die unnötig hohe Kontaktfrequenz zwischen Patient und Arzt und beenden das durch die Illusion von Einzelleistungsbezahlung entstandene Bild des Hamsterrades.

Die Honorarstruktur – beispielhaft dargestellt am Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg – geht von einer jahresbezogenen Grundpauschale für eingeschriebene Versicherte aus, wird ergänzt durch eine Behandlungspauschale, die ab dem zweiten Behandlungsquartal anfällt und einer Pauschale für die Behandlung von chronisch Kranken. Dabei wird die Definition des gemeinsamen Bundesausschusses herangezogen. Dazu kommen einige wenige Einzelleistungen, wie der dringende Hausbesuch, Qualitätszuschläge für Qualifikation und Vorhaltung entsprechender Technik, wie psychosomatische Grundversorgung und Ultraschalluntersuchung sowie Zuschläge für die rationale Arzneimittelversorgung.

Die Struktur und die angemessene Honorarhöhe machen die Arbeit in der Hausarztpraxis wieder attraktiv und können dazu beitragen, junge Ärztinnen und Ärzte für den abwechslungsreichen und schönen Beruf des Hausarztes zu begeistern und damit den sich abzeichnenden und zum Teil schon manifesten Hausarztmangel abzumildern.

In der Diskussion sind Anschlussverträge mit fachärztlichen Gruppen auf der Grundlage des § 73c SGB V, wobei bereits sehr konkrete Gespräche stattgefunden haben.

Die Bereitschaft der Krankenkassen, über die Verträge zu verhandeln ist heterogen. Mitunter entsteht der Eindruck, dass man sich doch lieber in der gewohnten Welt des „gemeinsam und einheitlich“ aufhalten und nicht wirklich in den „rauen“ Wind des Wettbewerbs begeben möchte.

Der Widerstand gegen diese in den Verträgen angelegte Versorgungsstruktur wird auf allen Ebenen sichtbar, ob es um einen Antrag zur Revision der zugrundeliegenden gesetzlichen Regelung im Bundesrat geht oder die Umsetzung der notwendigen Bereinigung der Gesamtvergütungen. Letztere ist notwendig und gerechtfertigt, findet die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten schließlich nicht mehr im Rahmen des Kollektivvertrages statt – zumindest die hausärztliche Versorgung –, sondern in den Selektivverträgen. Damit entfällt der Vergütungs-

anspruch im Kollektivvertragssystem. Die Bereinigung in Baden-Württemberg geschieht ex ante, indem für die in den Vertrag nach § 73b SGB V eingeschriebenen Versicherten die Gesamtvergütung bereinigt wird. Der Bereinigungsbetrag berechnet sich aus dem historischen Leistungsbedarf der entsprechenden Versicherten.

Bislang hat der Widerstand der etablierten Strukturen – und von deren politischen Förderern – die Entwicklung eigenständiger Versorgungsverträge immer wieder verzögert, aber letztlich nicht verhindern können.

Veränderung der Wettbewerbsparameter in der Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Pharmaindustrie

Von *Marcel Mangen*, Neuss

I. Wettbewerb Gestern

Die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts war in der forschenden Pharmaindustrie gekennzeichnet durch schnell aufeinander folgende Innovationen mit großem therapeutischem Fortschritt.

Ein ganz entscheidendes Wettbewerbsziel war es als Klassenerster ein möglichst breites und sicheres Patent in der jeweils neuen Wirkstoffklasse zu erreichen. Dann folgte der Wettlauf um die beste klinische Entwicklung mit umfangreichen und überzeugenden klinischen Studien, um als erster die Zulassung für die Markteinführung zu erlangen, d. h. Forschungswettbewerb!

<p>Die Wichtigsten Wettbewerbsparameter von GESTERN</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Wirkstoffe – Formulierungen – Patente➤ Zulassungen➤ Klinische Studien➤ Preise➤ Vermarktungs-Know-How „Share of Voice“
--

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 1

Mit der Markteinführung begann dann das Kräftespiel der Vermarktungsapparate, die sich durch das bessere „Know How“ und/ oder die größere „share of voice“ im Markt durchsetzten. Steigende Marketinginvestitionen waren erforderlich um sich im Markt zu behaupten. Umfangreiche Informationskampagnen halfen Innovationen schneller und besser zu etablieren. Marketing Wettbewerb!

In den achtziger und neunziger Jahren hat dann der Patentwegfall vieler bedeutender Originalpräparate das Wachstum der Generikaindustrie stark gefördert. Die sogenannten „branded generics“ haben durch Preis-Servicewettbewerb die Originale immer stärker und schneller verdrängt. Dies Entwicklung wurde durch die Festbetragsregelung beschleunigt, d. h. Preiswettbewerb!

II. Wettbewerb Heute

Seit der Jahrtausendwende wurde der Preiswettbewerb unter den Generikaherstellern durch neue staatliche Regulierungen zunehmend verschärft. Die Einführung der bilateralen Vertragsmöglichkeiten und die daraus resultierenden Ausschreibungen und Rabattverträge der Kassenverbände haben diese Entwicklung weiter beschleunigt.

Der einseitig auf Preis und Rabatt ausgerichtete Vertragswettbewerb hat zu einem weiteren starken Preisverfall bei generikafähigen Produkten geführt. Die deutschen Generikapreise gehören mittlerweile zu den niedrigsten in der EU. Eine starke Umverteilung der Marktanteile zu Lasten der Originalhersteller war die Folge.

Zusätzliche Wettbewerbsparameter von HEUTE

- > Generika Preiskampf
- > Rabattschlachten
- > Selektivverträge?
- > Kosten-Nutzen-Nachweis?

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 2

Experten kritisieren mit Recht den damit einhergehende Anstieg der Transaktionskosten und die abnehmende Transparenz auf der Ebene der Verordner. Sie warnen auch vor der daraus resultierenden mittelfristigen Gefahr einer allzu starken Konzentration in der Generikaindustrie.

Speziell im Arzneimittelmarkt fördern die vielschichtigen, teilweise widersprüchlichen gesetzlichen Regulierungen den einseitig auf Preise fokussierten Wettbewerb. Immerhin sind rund zwanzig Regulierungsinstrumente zur Zeit auf Preis und Mengeneinsatz ausgerichtet und nur sieben auf Qualität und Umsatz. Im Rahmen der anstehenden Deregulierungsbemühungen gilt es dieses Ungleichgewicht zu korrigieren und das Augenmerk stärker auf die Qualität zu richten.

Selektivverträge mit klarem Fokus auf die qualitative Verbesserung der Versorgung sind bis heute eher selten geblieben, da es häufig an den notwendigen Kompetenzen, den Strukturen und dem Kooperationswillen fehlt.

Die Etablierung eines standardisierten Nachweisverfahrens für die Kosten-Nutzen-Bewertung wurde bisher durch die andauernde Methodendiskussion stark verzögert. Man ist sich aber weitgehend einig darüber, dass eine solches Bewertungsverfahren unbedingt erforderlich ist, um die Erstattungsniveaus für Innovationen in der GKV nachvollziehbar zu rechtfertigen.

Eine dezentrale Kosten-Nutzen-Bewertung unter Beteiligung anerkannter universitärer und unabhängiger Forschungsinstitute könnte zu einem sinnvollen Metho-

denwettbewerb beitragen und leistungsfähige Evaluierungsstrukturen für die Zukunft schaffen.

III. Wettbewerb Morgen

Für die Zukunft sollten die Anbieter innovativer Therapien sich auf einen neuen Leistungswettbewerb einstellen, der auf einen umfassenden Mehrwert in der Umsetzung von Innovationen ausgerichtet sein wird. Sie müssen die Wertschöpfung ihrer Innovationen über das Arzneimittel als reine Hardware hinaus durch komplementäre Wertbausteine in der Patientenversorgung ergänzen und verbessern, um nachhaltige Wettbewerbsvorteile zu erzielen.

Zusätzliche Wettbewerbsparameter von MORGEN

- Behandlungsbedarf/Need to Treat
- Diagnostik/Individualisierte Therapie
- Behandlungspfade
- Qualifizierungsprogramme
- Patientensicherheit
- Preis-Leistungsverhältnis

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 3

Vorneweg steht die *Versorgungsforschung*, die Fragen zum Behandlungsbedarf beantwortet und den sogenannten „need to treat“ belegt. Studien zur Notwendigkeit und Relevanz von neuen Behandlungsoptionen sollten eine wichtige Grundlage für die Kosten-Nutzen-Bewertung bieten. Dabei sind auch die Risiken von Nicht- oder suboptimaler Behandlung mit zu berücksichtigen. Die Versorgungsforschung soll helfen Effizienzdefizite aufzudecken und die Vorteile alternativer Therapieoptionen aufzuzeigen. Auf diesem Forschungsfeld kann ein interessanter Wettbewerb um die überzeugendste Evidenz unter den Anbietern stattfinden.

Die Bereitstellung praxisgerechter *Diagnose-Instrumente* wird zur Pflicht im Wettbewerb der forschenden Pharmahersteller. Mit diagnostischen Hilfen und Erfahrungsberichten werden sie den Arzt bei der Indikationsstellung und Therapieentscheidung unterstützen, damit eine zielgerichtetere individuelle Therapie gewährleistet werden kann.

Die zunehmende *Individualisierung* wird helfen, teure Therapien selektiver einzusetzen und unerwünschte Nebenwirkungen und deren Folgekosten zu vermeiden. Die „one size fits all“-Lösungen haben keine Zukunft mehr. Die Entwicklung von Arzneimitteln mit spezifischerem Wirkungsspektrum und differenziertem Dosierungsschema oder Anwendungsform für besondere Patientensubgruppen ist angesagt. Bei der Bildung von Subgruppen ist nicht nur die Differenzierung nach Alter,

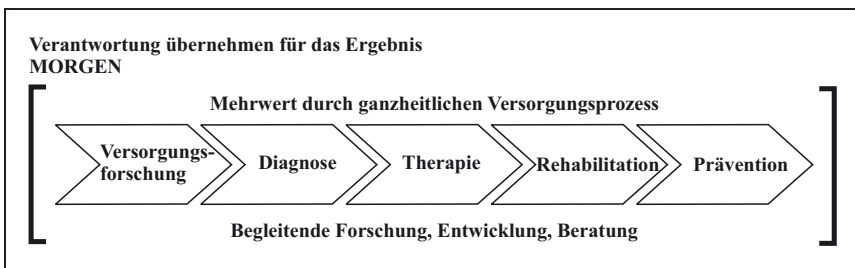
Geschlecht oder Gen-Konfiguration zu berücksichtigen, sondern auch die nach unterschiedlichen Lebensformen der Patienten.

Behandlungspfade, sprich pragmatische Navigationshilfen hin zu einem effizienteren Therapieweg gehören künftig zu einem festen Wertbaustein innovativer Therapieangebote. Sie müssen daher zu einem integrierten Bestandteil des klinischen Entwicklungsprogramms von Arzneimittel werden. Sie helfen die qualitativ besten Behandlungsergebnisse bei optimalem Ressourceneinsatz zu erzielen und gleichzeitig die Lebensqualität der Patienten zu fördern. Nachhaltige Behandlungspfade umfassen selbstverständlich die Rehabilitation genauso wie die sekundäre Prävention. Angesichts großer Effizienzdefizite bieten sie ein großes Potential für innovativen effizienzorientierten Wettbewerb unter den Arzneimittelanbietern.

Durch die Bereitstellung adäquater *Qualifizierungs- und Lernprogramme* kann die Information, die Mitentscheidung „shared decision making“, die Mitwirkung und die „Compliance“ der Patienten bei der Therapie erheblich verbessert werden. Die heutigen Kommunikationsmedien und Lerntechniken bieten dazu vielschichtige Möglichkeiten, die Anbieter verstärkt nutzen müssen, um den künftigen Leistungswettbewerb zu gewinnen. Wer mehr Eigenverantwortung des Patienten fordert, muss auch die Voraussetzungen dafür schaffen.

Die Gewährleistung von *Patientensicherheit* wird im vergleichenden Wettbewerb innovativer Therapien eine zunehmende Rolle spielen. Nachweisbare Anwendersicherheit und Anwendungsfreundlichkeit können beachtliche Wettbewerbsvorteile bringen und müssen daher in der Entwicklung stärker Beachtung finden. Fertigspritzen für die Insulinverabreichung, die sowohl die Dosierungssicherheit als auch die Bequemlichkeit für den Anwender verbessert haben, sind ein sehr gutes Vorbild.

Schließlich wird die nachvollziehbare *Transparenz der Leistungsversprechen* und der *Kosten-Nutzen-Relation* bei der Evaluierung von Innovationen eminent wichtig sein. Innovatoren müssen daher mit überzeugenden Nachweisen der besseren Preis-Leistung ihres Angebotes in den Wettbewerb um knappe Ressourcen einsteigen und sich offensiv der Evaluierung stellen.



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 4

Die Gewinner des künftigen Wettbewerbs unter den innovativen Arzneimittelherstellern müssen sich als Gesamtunternehmer verstehen.

Sie müssen ihre Versorgungskompetenzen verbessern und ihre Bereitschaft zur partnerschaftlichen Kooperation und Risikobeteiligung bei der Umsetzung innovativer Therapien in einem ganzheitlichen Versorgungsprozess unter Beweis stellen.

Über ausgewogene Versorgungsverträge mit Leistungserbringern und Kassen können und müssen sie den Weg ebnen für einen neuen Effizienzwettbewerb um höhere Qualität der Versorgung zum Wohle der Patienten.

So können sie Vertrauen gewinnen und als gleichberechtigte Partner zur Weiterentwicklung und effizienten Gestaltung unseres solidarischen Gesundheitssystems beitragen.

Der Pharmamarkt – Markt mit unfreiem Wettbewerb

Von *Fritz Oesterle*, Stuttgart

I. Problemstellung

Das Gesundheitswesen ist innerhalb Europas sehr unterschiedlich organisiert, aber überall in hohem Maße reguliert. Unterschiede gibt es u. a. bei den Zulassungen für Medikamente, im pharmazeutischen Großhandel und bei der Ausgestaltung des Apothekenmarktes. Beispiel Apotheken: Hier dürfen in einigen Ländern neben den Apotheken auch Ärzte dispensieren, d. h. Medikamente ausgeben. Ebenso gibt es Länder, in denen Apothekenketten ohne Einschränkungen erlaubt sind. In Deutschland wiederum ist weder das eine noch das andere möglich. Unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen führen zu unterschiedlichen Marktstrukturen.

Diese Strukturen beeinflussen nicht nur die Breite, sondern auch die Kosten der Angebote im Pharmamarkt. Aufgrund der großen Unterschiede innerhalb Europas konzentriert sich dieser Beitrag auf Deutschland. Im Folgenden werden Grundstrukturen innerhalb des Pharmamarktes aufgezeigt, ohne dabei in die letzte Detailstufe vorzudringen. Es wird gezeigt, dass der Staat sehr umfassend Zugang, Lieferpflichten, Preisgrenzen, Produktzulassungen, Vergütung, Transaktionspartnerwahl etc. regelt. Auf den Punkt gebracht: Der Staat reguliert und schränkt Wettbewerb ein. Die staatlichen Regulierungsstrukturen lassen sich teilweise überhaupt nicht oder nur schwer einer übergeordneten Logik zuordnen. Ein Beispiel: Während Apotheken über die Apothekenbetriebsordnung bis ins kleinste Detail die Ausstattung sowie Sicherheits- und Hygienevorschriften vorgegeben werden, fehlen derartige staatliche Vorgaben für eine Arztpraxis fast vollkommen. Dort ist die Kontrolle der Körperwaage durch das Eichamt fast schon die einzige Regulierung. Im Folgenden sollen – wie schon angesprochen – weniger Details aufgegriffen, als vielmehr wichtige Strukturen und wettbewerbsbeeinflussende Faktoren entlang der Pharma-Wertschöpfungskette dargestellt werden. Aufbauend auf diesen Faktoren werden Thesen zum Wettbewerb im Pharmamarkt formuliert. Thesen, die Anstoß sein sollen für eine Debatte über mehr Wettbewerb in diesem Markt.

II. Die Mega-Trends im Pharmamarkt

Die Pharmamärkte und der deutsche Pharmamarkt werden aktuell vor allem von fünf großen Trends bestimmt¹, die unterschiedliche Auswirkungen auf die Marktstrukturen und die Wettbewerbsintensität haben:

- Zeiten zweistelliger Wachstumsraten sind vorbei: Betrug das Marktwachstum im Jahr 1999 noch 15 Prozent, ist für 2009 von einer weltweiten Wachstumsrate von vier bis fünf Prozent auszugehen. Die Wachstumstreiber sind ‚Emerging Markets‘ wie Lateinamerika und Osteuropa. Das bedeutet, dass in Deutschland ein deutlich geringeres Wachstum erwartet werden muss. Marktteilnehmer können Umsatz und Ergebnis vor allem durch Verdrängung steigern.
- Veränderung der Herstellerlandschaft: Der Anteil der Top 10 Hersteller am Marktwachstum ist in fünf Jahren von fast 50 Prozent auf weniger als 25 Prozent zurück gegangen. Die Produktpipelines der großen Hersteller sind relativ leer. Nischenanbieter gewinnen bei Innovationen zunehmend an Bedeutung.
- Generika beherrschen große Therapiegebiete: Es gibt eine rapide Erosion der Marktanteile nach Patentauslauf. Hiervon betroffen sind viele der so genannten ‚Blockbuster‘. Als Konsequenz werden bedeutende Therapiegebiete in zunehmenden Maße durch günstige Generika abgedeckt.
- Nachfragemacht geht auf Kostenträger über: In Deutschland gewinnen die Krankenkassen über Kosten-Nutzen-Bewertung als Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit, über Festbeträge sowie über Rabattverträge mit einzelnen Herstellern deutlich an Macht.
- Verschiedenheit der Distributionsmodelle von Arzneimitteln nimmt zu: In Großbritannien gibt es schon eine große Zahl von Direktbelieferungsmodellen (DTP) und reduzierten Großhandelslösungen. Aber auch in Deutschland hat der Anteil von Arzneimitteln, die direkt an Apotheken geliefert werden, in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Von den Herstellern wird immer mehr über alternative Distributionsmodelle nachgedacht.

Die aufgezeigten Trends bestimmen die Struktur und sind Grundlagen für Veränderungen im Pharmamarkt.

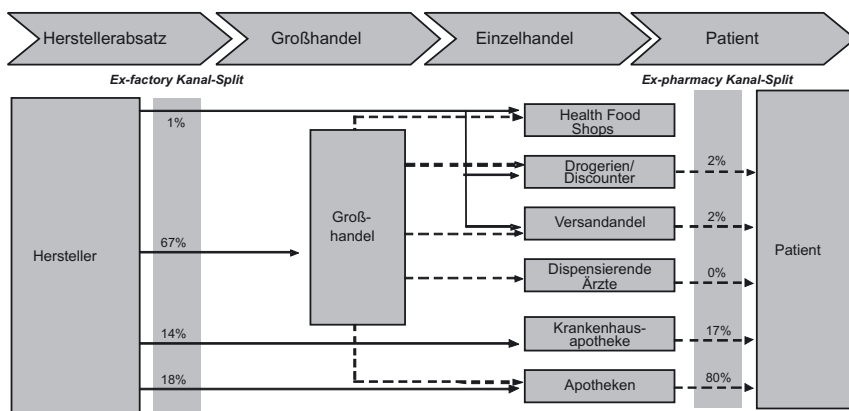
III. Wirtschaftsstufen im deutschen Pharmamarkt

Bevor auf Veränderungen im Markt eingegangen werden kann, sind drei Wirtschaftsstufen zu unterscheiden (vgl. Abbildung 1):

1. Hersteller,
2. Großhandel,
3. Apotheken (Einzelhandel).

¹ CEPTON Marktanalyse, IMS Health, Celesio Strategy Analysis (Dezember 2008).

In Deutschland nutzen die Hersteller verschiedenste Distributionsmodelle: Sie liefern direkt an Apotheken, sie liefern nur über den Großhandel oder sie nutzen beide Vertriebswege. Dies führt dazu, dass 67 Prozent aller Arzneimittel über den Großhandel abgewickelt und dementsprechend 33 Prozent direkt vom Hersteller an Apotheken, Krankenhausapotheken etc. geliefert werden. Die Patienten wiederum beziehen einen Großteil ihrer Medikamente über Apotheken (80 Prozent) und Krankenhausapotheken (17 Prozent). Drogerien und Versandhandel spielen mit jeweils rund zwei Prozent eine wachsende, aber noch nicht signifikante Rolle.



Quelle: AT Kearney, EFPIA, VFA, PHARGRO, Celesio (2007).

Abbildung 1: Wirtschaftsstufen im Pharmamarkt

Im Nachfolgenden wird auf jede einzelne der Wirtschaftsstufen eingegangen. Bedeutende Wettbewerbsparameter werden erläutert. Im Anschluss werden für jede Wirtschaftsstufe Thesen formuliert, die eine Debatte über mehr Wettbewerb anstoßen sollen.

IV. Der deutsche Pharmamarkt aus der Herstellerperspektive

Auf der Herstellerseite sind viele Differenzierungen möglich. Eine der bedeutendsten ist die Unterscheidung zwischen forschender Pharmaindustrie, Generika-Herstellern und OTC-Herstellern. Sie ist deshalb von Bedeutung, da für diese völlig unterschiedliche Rahmenbedingungen gelten.

Die forschende Industrie war noch vor wenigen Jahren alleine darauf angewiesen, dass der Arzt ein nach seiner Auffassung therapiegerechtes Arzneimittel verordnet. Heute ist für sie von besonderer Bedeutung, dass ihre unter Patentschutz stehenden Medikamente vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgrund einer Kosten-Nutzen-Bewertung als erstattungsfähig anerkannt werden. Der Ge-

meinsame Bundesausschuss, der sowohl aus Vertretern der Krankenkassen als auch Ärzten besteht, beauftragt hierzu das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Wird ein Arzneimittel als nicht-erstattungsfähig eingestuft, so sind die Erfolgsaussichten am Markt sehr gering. Der Erfolg einer Innovation hängt dementsprechend zunächst von der IQWiG-Bewertung und erst in zweiter Linie vom Verschreibungsverhalten des Arztes ab.

Der Erfolg von Generika wiederum hängt in zunehmenden Maße von Rabattverträgen ab, die mit Krankenkassen abgeschlossen wurden. Liegt ein Rabattvertrag vor, erstattet die entsprechende Kasse nur die Arzneimittel ihres Vertragspartners. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Auswahlentscheidung vom Apotheker und Kunden auf die Krankenkassen übergegangen ist. Der Abschluss einer Rabattvereinbarung im Generika-Bereich mit einer Krankenkasse bewirkt ein faktisches Belieferungs- und Verkaufsmonopol. Der Wettbewerb beschränkt sich auf die Ausschreibungsverfahren der Krankenkassen. Da Rabattverträge nur mit Krankenkassen nicht aber mit Großhandel und Apotheken zulässig sind, wird Wettbewerb in diesem Bereich der Arzneimittelversorgung bewusst begrenzt, obwohl der Gesetzgeber mit seinem jüngsten Gesetzesreformen den Wettbewerb stärken wollte („GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“).

Konsequenz der Rabattvereinbarungen ist kurzfristig eine Senkung des Preisniveaus, aber auch eine Konsolidierung bei den Generikaherstellern. Da kleineren Wettbewerbern vor allem die von Krankenkassen nachgefragte Produktbreite fehlt, ist eine Beschleunigung des Konzentrationsprozesses zu erwarten. Die Bildung oligopolistischer Marktstrukturen ist nicht auszuschließen. Oligopolistische Strukturen führen – der Volkswirtschaftslehre folgend – bei Generikaherstellern langfristig zu einer Erlahmung des Preiswettbewerbes. Eine solche Entwicklung wird begünstigt, wenn hohe Markteintrittsbarrieren (u. a. langwierige Zulassungsprozesse für Arzneimittel) den Zutritt neuer Wettbewerber stark erschweren.

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel besteht eine gesetzliche Preisbindung auf Ebene der Apotheke. Die Hersteller sind bei der Preisfindung dagegen grundsätzlich frei. Faktisch bestehen für sie jedoch kaum Möglichkeiten, ihre Preise wirklich frei zu gestalten. Diese faktische Unfreiheit ist das Ergebnis einer Reihe tatsächlicher Freiheitsbeschränkungen:

- Einführung von Festbeträgen (1989): Festbeträge wurden erstmals mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) im Jahr 1989 eingeführt. Als Festbetrag wird die Höchstgrenze bezeichnet, bis zu der die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bestimmte Arzneimittel bezahlen. Die Differenz zwischen dem Festbetrag und dem möglicherweise höheren Verkaufspreis des Arzneimittels muss der Patient selbst tragen. Das Festsetzungsverfahren ist zweigeteilt: Im ersten Verfahrensschritt beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Anhörung der beteiligten Kreise Festbetragsgruppen, und zwar entweder für Arzneimittel mit identischen Wirkstoffen (Stufe 1) oder für Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe 2) oder für Arzneimittel mit vergleichbarer

Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen (Stufe 3). Im zweiten Verfahrensschritt legt der Spitzenverband der Krankenkassen den jeweiligen Festbetrag für die Gruppen fest. Sie sollen dabei neben ökonomischen Überlegungen auch Versorgungsaspekte berücksichtigen. Die Festbeträge werden kontinuierlich an die Marktentwicklung angepasst.

- Festbeträge auch für patentgeschützte Arzneimittel (2004/2006): Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 2004), welches durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG, 2006) verschärft wurde, besteht die Möglichkeit, patentgeschützte Arzneimittel mit in das Festbetragsystem einzubeziehen. Die Festbeträge orientieren sich an den niedrigen Preisen der patentfreien Arzneimittel. Lediglich patentgeschützte Arzneimittel, „deren Wirkungsweise neuartig ist oder die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten“, sind von dieser Regelung ausgenommen. Ist der Apothekeneinkaufspreis mindestens 30% günstiger, als der jeweils gültige Festbetrag, gibt es seit 2006 die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung der Patienten für Arzneimittel.

Mit der Bewertung und Einstufung in Festbetragsgruppen wird also massiver Druck auf die Hersteller ausgeübt, die Preise auf den Festbetrag bzw. darunter festzusetzen, um überhaupt am Markt bestehen zu können. Dies gilt aber auch für Arzneimittel, die nicht in eine Festbetragsgruppe einbezogen sind. Hier werden vom Spitzenverband der Krankenkassen Erstattungshöchstbeträge aufgrund einer Kosten-Nutzen-Bewertung festgesetzt. Diese Erstattungsregelung gilt für neue, innovative Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung darstellen. Sie bedeutet zudem einen Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes, da dieser einen deutlichen Anreiz hat, nur erstattungsfähige Arzneimittel zu verschreiben.

Der Hersteller unterliegt bei erstattungsfähigen Arzneimitteln zudem einer Vielzahl weiterer Beschränkungen:

- Verpflichtung zur Sicherstellung eines einheitlichen Abgabepreises,
- Zwangsrabatt für Generika von zehn Prozent,
- Zwangsrabatt von sechs Prozent für alle Arzneimittel, die nicht der Festbetragsregelung unterliegen,
- Verbot der Gewährung von Bar- und Naturalrabatten gegenüber Großhändlern und Apotheken²,
- Die dritte Gruppe der Pharmahersteller, die Produzenten von apothekenpflichtigen, aber nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln, so genannten OTC (over the counter) Arzneimitteln, leben in einer ‚normalen Wettbewerbswelt‘. Ganz anders

² Mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG (2006) wurde das Verbot von Bar- und Naturalrabatten eingeführt; Barabatte sind nur noch im Rahmen der AmPreisV (Arzneimittelpreisverordnung) möglich. D. h., Hersteller können Apotheken im Direktgeschäft die gesetzlich festgeschriebene Großhandelsmarge als Rabatt gewähren. Lediglich handelsübliche Nachlässe wie Skonti sind daneben noch erlaubt.

als für die Hersteller verschreibungspflichtiger Arzneimittel sind für OTC-Hersteller Reglementierungen wie Festbeträge unbekannt.

Aus diesen kursorischen Darstellungen des Pharmamarktes aus der Herstellerperspektive lassen sich zwei Thesen zur Wettbewerbssituation ableiten:

These 1: Bei patentgeschützten Arzneimitteln scheiden Preis und finanzielle Anreize als Wettbewerbsparameter weithin aus.

These 2: Bei Generika ist der Preis einziger Wettbewerbsparameter, nicht aber die Qualität der begleitenden Arzneimittelversorgung.

V. Der deutsche Pharmamarkt aus der Großhandelsperspektive

Der vollsortierte Pharmagroßhandel beliefert Apotheken innerhalb von wenigen Stunden sicher mit allen zugelassenen Arzneimitteln. Deshalb sind über 100.000 zugelassene Arzneimittel überall in Deutschland kurzfristig verfügbar. Viele Großhändler lagern in ihren Niederlassungen mehr als 80.000 Artikel und beliefern Apotheken bis zu fünf Mal am Tag. Damit haben sie zu einem Gutteil die Lagerfunktion der Apotheken übernommen. Da der Großhandel eine Bündelungsfunktion für die Arzneimittel von mehr als 2.000 Herstellern einnimmt, ist er für die ganz überwiegende Zahl von Herstellern unverzichtbar.

Dem Großhandel ist bei der Preissetzung gegenüber den Apotheken ein Höchstzuschlag auf den Herstellerabgabepreis vorgegeben. Um im Wettbewerb zu bestehen, wurde in der Vergangenheit mehr als die Hälfte des Großhandelszuschlages in Form von Rabatten an die Apotheken weitergegeben. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004³ den Höchstzuschlag halbiert. Trotzdem sind Rabatte an Apotheken noch immer ein wichtiges Wettbewerbsinstrument des Großhandels.

Der Großhandelszuschlag verläuft heute degressiv von 15 Prozent bei den billigsten Arzneimitteln bis sechs Prozent bei den teureren. Ab 1.200 € Herstellerabgabepreis gibt es einen Fixzuschlag von 72 €. Die am Gesamtumsatz gemessene, durchschnittliche Handelsspanne des Großhandels liegt heute bei nur 6,09 Prozent – wohlgemerkt vor Rabatten.

Diese Spanne kann der vollsortierte Pharmahandel nicht durch seine Sortimentsgestaltung verbessern. Zum Erhalt seiner Wettbewerbsfähigkeit muss er die Nachfrage seiner Kunden jederzeit und umfassend bedienen. Er kann deshalb nicht einzelne Arzneimittel bevorzugt bevorraten und andere vom Vertrieb ausschließen

³ Kernpunkte GKV-Modernisierungsgesetz (GMG): 1) Herausnahme OTC aus der Erstattungspflicht, 2) Preisfreigabe für OTC, 3) Praxisgebühr 10 €, 4) Neue Vergütungsregelung für Apotheker (Kombimodell) und Halbierung des GH-Höchstzuschlags, 5) Einführung Versandhandel, 6) Mehrbesitz von bis zu 4 Apotheken.

und so Margenoptimierung betreiben oder die Nachfrage seiner Kunden steuern. Deshalb und aufgrund der weiteren restriktiven Rahmenbedingungen sind die Leistungen aller Großhändler relativ homogen. Wettbewerb findet deshalb primär über Rabatte zu Lasten der ohnehin geringen Großhandelsspanne von durchschnittlich 6,09 Prozent statt.

z.B.: Glimepirid 1 mg, 30 tabs:

Herstellerabgabepreis	0,03 €	
+ Großhandelsmarge*	0,00 €	$0,03 \text{ €} \times 15\% = 0,0045 \text{ €}$
= Netto-Apothekeneinkaufspreis	0,03 €	
+ Fixer Apothekenzuschlag**)	8,10 €	
+ Variabler Apothekenzuschlag (3%)	0,00 €	
= Netto-Apothekenverkaufspreis	8,13 €	
+ Mehrwertsteuer (19%)	1,54 €	
= Apothekenverkaufspreis	9,67 €	

*) Degressive Großhandelsmarge.

***) Davon 2,30 € Zwangsrabatt an die Krankenkassen.

Abbildung 2: Preiskalkulation im Großhandel

Vielmehr als die Sortimentspolitik erschweren gesetzlich vorgegebene Preisstrukturen das Großhandelsgeschäft: Das aktuelle Zuschlagssystem (vgl. Abbildung 2) beinhaltet unterschiedliche Anreizsysteme für die Handelsbeteiligten, für Großhandel und Apotheken. Während noch vor einigen Jahren preisabhängige Margen für Apotheken *und* Großhandel galten, gibt es heute bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln im Apothekenbereich einen Apothekenfestzuschlag (8,10 €) plus einen dreiprozentigen Aufschlag und für den Großhandel das schon beschriebene, degressive Aufschlagssystem mit Deckelung. Dies führt zu einer Anreizasymmetrie: Der Apotheker hat den Anreiz, möglichst viele (auch niedrigpreisige Medikamente) zu verkaufen, da er unabhängig vom Einkaufspreis mindestens 8,10 € pro Verpackung verdient. Der Großhändler hingegen hat im niedrigen Preissegment überhaupt keine kostendeckende Marge (vgl. Abbildung 2). Die Marge im mittleren und höheren Preissegment muss also dem Vertrieb billiger Arzneimittel subventionieren. Gleichzeitig werden durch den starken Ausschreibungswettbewerb die billigen Generika noch billiger, was die Großhandelssituation weiter verschlechtert (vgl. Preistabelle Generika, Abbildung 3).

Darüber hinaus gewinnen die Generika aufgrund der ablaufenden Blockbusterpatente – wie bereits in der einführenden Trendanalyse geschildert – immer mehr an Bedeutung im Arzneimittelgeschäft. Der Gesamteffekt aus deutlicher Absatzsteigerung und deutlicher Preissenkung bei Generika führt dazu, dass ein immer größerer Teil des Großhandelsvolumens nicht mehr kostendeckend distribuiert werden kann. Hinzu kommt, dass bei sehr teuren Medikationen in zunehmendem Umfang die Hersteller direkt an die Apotheken liefern („Rosinenpickerei“). Insgesamt führt die Entwicklung dazu, dass das alte Prinzip der Quersubventionierung billiger durch teure Arzneimittel nicht mehr funktioniert.

Artikel	Lieferant	Typ	Hersteller	Apotheke	Spanne	
1	RAMIPRIL ABZ 2.5MG TBL	ABZ PHARMA GMBH	RX	0,04	0,05	0,01
2	OPIPRAM 50MG FILMTBL	KREWEL MEUSELBACH GMBH	RX	0,04	0,05	0,01
3	OPIPRAMOL ABZ 50MG FTBL	ABZ PHARMA GMBH	RX	0,04	0,05	0,01
4	DIAZEPAM RATIO 2MG TBL	RATIOPHARM GMBH	RX	0,10	0,12	0,02
5	DICLOFENAC DURA 50MG TBL	MYLAN DURA GMBH	RX	0,14	0,16	0,02
6	DICLOFENAC ABZ 50 TBL	ABZ PHARMA GMBH	RX	0,14	0,16	0,02
7	DICLOFENAC AL 50 TBL	ALIUD PHARMA	RX	0,14	0,16	0,02
8	JUTAENAC 50MG MS RES TBL	JUTA PHARMA GMBH	RX	0,14	0,16	0,02
9	DICLOFENAC ABZ 50 TRINKTBL	ABZ PHARMA GMBH	RX	0,14	0,16	0,02
10	DICLO 50 1A PHARMA TBL	SALUTAS LOG. 1A PHARMA	RX	0,14	0,16	0,02
11	GLIMEPIRID AL 1MG TBL	ALIUD PHARMA	RX	0,18	0,21	0,03
12	GLIMEPIRID 1A 1MG TBL	SALUTAS LOG. 1A PHARMA	RX	0,18	0,21	0,03
13	RAMIPRIL 1A 2.5 MG TBL	SALUTAS LOG. 1A PHARMA	RX	0,22	0,25	0,03
14	DIAZEPAM RATIO 5MG TBL	RATIOPHARM GMBH	RX	0,22	0,25	0,03
15	AMLODIPIN ABZ 5MG TABLETT	ABZ PHARMA GMBH	RX	0,23	0,26	0,03
16	AMLODIPIN 5MG AAA PH TABL	AAA PHARMA GMBH	RX	0,23	0,26	0,03
17	DICLO DIVIDO KAPSELN	ACTAVIS DEUTSCHL. GMBH & CO KG	RX	0,23	0,26	0,03
18	DICLOFENAC SANDOZ SL 75MG	SALUTAS LOG.SANDOZ PHARMACEUT	RX	0,24	0,28	0,04

Abbildung 3: Großhandelsspanne bei billigen Schnelldrehern in 2008

Als Konsequenz soll im Rahmen der 15. AMG-Novelle, die noch vor der Bundestagswahl 2009 verabschiedet werden soll, die Rolle des Großhandels bei der Arzneimittelversorgung abgesichert werden. Hierzu soll der Großhandel einen Anspruch auf Belieferung durch die Hersteller erhalten (sog. Public Service Obligation, PSO). Den Apotheken wiederum ist ein Belieferungsanspruch gegenüber dem Großhandel zgedacht. Zudem ist vorgesehen, das Vergütungssystem für den Großhandel entsprechend dem der Apotheken zu gestalten. Das bedeutet: Der Großhandel soll gleichfalls einen Festzuschlag pro Arzneimittel plus einen geringen prozentualen Aufschlag erhalten.

Aus diesen Marktschilderungen lassen sich zwei den Wettbewerb betreffende Thesen zur Wettbewerbssituation ableiten:

These 3: Eine gesetzlich regulierte Vergütung von Apotheken und Großhandel muss derselben Vergütungslogik folgen.

These 4: Festvergütung und Belieferungspflicht sichern eine qualitativ hochwertige Versorgung von Apotheken durch den Großhandel.

VI. Der deutsche Pharmamarkt aus der Apothekenperspektive

Die starke Berichterstattung um die Versandhandelsapotheke DocMorris und das Urteil des Europäischen Gerichtshofes zum Fremdbesitzverbot machen es deutlich: Der Apothekenmarkt unterliegt in Deutschland einer Reihe – teilweise kontrovers diskutierter – gesetzlicher Restriktionen:

- Kein Preiswettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Die im GWV-WSG (Wettbewerbsstärkungsgesetz) ursprünglich angelegte alternative Möglichkeit der freien Preisbildung zwischen Apotheke und Krankenkasse und des Margenverzichts durch die Apotheke gegenüber der Krankenkasse wurde nicht realisiert.
- Apotheken bezahlen einen Kassenrabatt in Höhe von 2,30 € für jedes erstattungspflichtige Arzneimittel (vgl. Rechenbeispiel in Abbildung 2).

- Das Recht zur Aut-idem-Substitution wird durch die Vorfahrt für Arzneimittel unter Rabattverträgen weitgehend eingeschränkt. Aut-idem bedeutet: Ein Arzt kann dem Apotheker in seiner Verordnung erlauben, ein anderes als das namentlich verordnete Arzneimittel abzugeben.
- Die im GKV-WSG ursprünglich vorgesehene Möglichkeit des Zuzahlungsverzichts für Apotheken wurde nicht realisiert.
- Die im GKV-WSG ebenfalls ursprünglich vorgesehene Möglichkeit für eine Apotheke, Rabattverträge mit einer Krankenkasse abzuschließen, wurde nicht realisiert. Diese Möglichkeit sollte für den Fall bestehen, dass pharmazeutische Hersteller nicht bereits einen GKV-Rabattvertrag abgeschlossen haben.
- Obwohl Apotheker im Gegensatz zu anderen Freiberuflern wie Anwälten, Ärzten und Architekten nach dem Gesetz Vollkaufleute sind, unterliegen sie im Vergleich zu anderen Kaufleuten einer Vielzahl von berufsspezifischen Einschränkungen. So ist ihre Rechtsformwahl eingeschränkt, womit beispielsweise die Kreditaufnahme erschwert wird. Eine Verwertung ihrer Apotheke (Vererbung, Verkauf) ist aufgrund des Fremdbesitzverbotes nur eingeschränkt möglich.
- Die gesetzliche Beschränkung des Apothekensortimentes führt zur Uniformität des Leistungsangebotes.

Daraus ist eine These zur Wettbewerbssituation abzuleiten.

These 5: Klassische Wettbewerbsparameter stehen im Apothekensektor nur sehr eingeschränkt zur Verfügung.

VII. Schlussbemerkung

Die hier gemachten Ausführungen lassen die tatsächliche Regelungsdichte im deutschen Gesundheitssektor nur erahnen. Regelungen, die in Teilen für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten notwendig sind. Regelungen, die in weiten Teilen aber auch Wettbewerb verzerren und verhindern. Makroökonomische Überlegungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein geringerer Regulierungsgrad grundsätzlich zu höherer Innovationskraft, größerer Kundennähe und höherer Effizienz führt. Dies setzt allerdings Vertrauen in den Markt voraus. Dieses Mehr an Vertrauen sollte man auch in Deutschland wagen.