
Potenziale für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Martin Albrecht
(IGES Institut GmbH)

Arbeitspapier 05/2018*)
November, 2018

*) Die Arbeitspapiere geben die persönliche Meinung der Autoren wieder und nicht notwendigerweise die des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Potenziale für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Expertise

Kontakt:

Dr. Martin Albrecht
T +49 30 230 809 0
martin.albrecht@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Expertise

für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der
gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Berlin, 19. September 2018

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel der Expertise	6
2.	Wesentliche Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen	8
2.1	Wettbewerbliche Besonderheiten im Gesundheitswesen	8
2.2	Märkte und Wettbewerbsfelder der Gesundheitsversorgung	10
2.3	Wettbewerbsansätze im Gesundheitswesen	11
3.	Potenziale und Grenzen des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern	15
3.1	Effizienzmängel als Ausgangspunkt für eine stärkere Wettbewerbsorientierung	15
3.2	Wettbewerbspotenziale in der Krankenhausversorgung	18
3.2.1	Gegenwärtige Wettbewerbsbedingungen auf dem Krankenhausmarkt	18
3.2.2	Aktuelle Steuerungsansätze	22
3.2.3	Wettbewerbliche Steuerungsansätze	31
3.3	Wettbewerbspotenziale in der ambulanten Versorgung	38
3.3.1	Gegenwärtiger Stand der Wettbewerbsorientierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung	38
3.3.2	Ansätze für eine stärker wettbewerbliche Steuerung	41
3.4	Wettbewerb um neue, sektorenübergreifende Versorgungsformen	45
3.4.1	Gegenwärtige Hemmnisse des selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs	45
3.4.2	Ansätze für eine Stärkung des Innovationswettbewerbs	47
3.5	Wettbewerbspotenziale auf dem Krankenversicherungsmarkt	50
3.5.1	Versicherungsmarkt der GKV	50
3.5.2	Wettbewerb in der PKV und an der Systemgrenze	54
	Anhang: ergänzende graphische und tabellarische Darstellungen	59
	Literaturverzeichnis	76

Abbildungen

Abbildung 1:	Märkte und Wettbewerbsfelder in der Gesundheitsversorgung	10
Abbildung 2:	Wettbewerbsfelder und -parameter aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen	13
Abbildung 3:	Gesundheitsausgaben insgesamt im Verhältnis zum BIP im OECD-Vergleich, 2017	59
Abbildung 4:	Gesundheitsausgaben insgesamt pro Kopf der Bevölkerung im OECD-Vergleich (in US- $\text{\$}$ Kaufkraftparitäten zu konstanten Preisen), 2017	60
Abbildung 5:	Gesundheitsausgaben in Deutschland im Verhältnis zum BIP, 1992-2017	61
Abbildung 6:	Veränderung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und des BIP pro Kopf im OECD-Vergleich, 2000-2017	62
Abbildung 7:	Veränderung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und des BIP pro Kopf im OECD-Vergleich, 1995-2008	63
Abbildung 8:	Entwicklung zentraler Kennziffern der Krankenhausversorgung, 1991-2017	64
Abbildung 9:	Anzahl der kurativ-akuten Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner im OECD-Vergleich, 2016	65
Abbildung 10:	Entlassungen kurativ-akuter Krankenhaufälle je 100.000 Einwohner im OECD-Vergleich, 2016	66
Abbildung 11:	Durchschnittliche Verweildauer kurativ-akuter Krankenhaufälle (Tage) im OECD-Vergleich, 2016	67
Abbildung 12:	Veränderung der Anzahl kurativ-akuter Krankenhausbetten im OECD-Vergleich, 2000-2016	68
Abbildung 13:	Entwicklung der Investitionsförderung gemäß KHG und der Krankenhausaufgaben der GKV, 1991-2017	69
Abbildung 14:	Entwicklung der Zahl der Personalvollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern nach Funktionsgruppen, 2000-2016	70
Abbildung 15:	Zahl der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte sowie Hebammen (Vollzeitäquivalente) in Krankenhäusern je 1.000 Krankenhaufälle im OECD-Vergleich, 2016	71
Abbildung 16:	Zahl der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte sowie Hebammen (Vollzeitäquivalente) in Krankenhäusern je 1.000 Einwohner im OECD-Vergleich, 2016	72

Abbildung 17:	Zahl der Krankenhausfälle mit Diabetes je 100.000 Einwohner (alters- und geschlechtsstandardisiert) im OECD-Vergleich, 2015	73
Abbildung 18:	Stornowahrscheinlichkeiten in der PKV, 2016	75
Abbildung 19:	Entwicklung der Anzahl der Versichertenwechsel zwischen GKV und PKV, 1990-2017	75

Tabellen

Tabelle 1:	Finanzielle Auswirkungen einer monistischen Krankenhausfinanzierung auf die Bundesländer	74
------------	--	----

1. Hintergrund und Ziel der Expertise

Das Ziel, die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen wettbewerblich im Sinne einer marktwirtschaftlichen Steuerung zu organisieren, trifft im Vergleich zu anderen Märkten auf erschwerte Rahmenbedingungen. Bei Gesundheitsleistungen handelt es sich häufig um (hoch)komplexe Dienstleistungen, deren Qualität Verbraucher oft nicht oder nur begrenzt beurteilen können; sie haben Erfahrungs-, häufiger aber noch Vertrauensgutcharakter. Darüber hinaus gilt das Gesundheitswesen in den Industriestaaten als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und unterliegt entsprechend (durch Politik und Gesetzgebung konkretisierten) Gemeinwohlverpflichtungen. Hierzu zählt an erster Stelle, dass sich die Ressourcenallokation in zentralen Leistungsbereichen explizit nicht an den individuellen Zahlungsbereitschaften der Verbraucher orientiert und die Höhe des individuellen Einkommens nicht über den Umfang an essentiellen Gesundheitsleistungen entscheidet, die Patienten im Bedarfsfall erhalten.

Eine vollständig wettbewerbliche bzw. marktwirtschaftliche Organisation des Gesundheitswesens findet sich daher in keinem entwickelten Industrieland. Die Finanzierung der Nachfrage nach wesentlichen Gesundheitsleistungen wird – zumindest teilweise – im Rahmen staatlicher oder parafiskalischer Systeme organisiert. Die Leistungsanbieter unterliegen – je nach Bereich – spezifischen, teilweise weitreichenden Marktregulierungen im Hinblick auf den Marktzugang und die Wettbewerbsparameter (vor allem Preis, Qualität, aber auch z. B. Marketing). Effizienzprobleme, die aus Informationsasymmetrien resultieren, werden hierdurch verlagert bzw. teilweise auch adressiert, sie verschwinden aber nicht.

Die Herausforderungen, die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen effizient zu gestalten, sind ubiquitär. So lassen sich in den entwickelten Gesundheitssystemen unabhängig von ihrer unterschiedlichen institutionellen und organisatorischen Ausgestaltung sehr ähnliche Problemlagen beobachten. Sie betreffen zum einen die Finanzierung eines superioren Gutes („Kostenexplosion“), zum anderen die Angemessenheit von Zugang und Qualität in der Versorgung („Über-, Unter- und Fehlversorgung“). Eine (ganzheitliche) Patientenversorgung erfordert in den aufwendigeren Fällen (chronisch Kranke, Ältere) ein komplexes Bündel an Versicherungs-, Personal- und Sachleistungen, die u. U. zwischen einer Vielzahl von Beteiligten – oft über längere Zeiträume – zu koordinieren sind.

Angesichts dieser Herausforderungen stoßen auch regulative Ansätze, die eine wettbewerbliche Koordination unterbinden, erfahrungsgemäß an Grenzen. Vor allem in den 1990er-Jahren hat sich daher die Gesundheitspolitik mehrerer Industrieländer zunehmend an dem Ansatz eines regulierten Wettbewerbs („Managed Competition“) orientiert – mit teilweise unterschiedlichen Ausgangspunkten (vgl. Enthoven 1993). Ein wesentliches gemeinsames Merkmal dieses Ansatzes besteht darin, die Beschränkung der Krankenversicherung auf die Rolle eines passiven Zahlers zu überwinden und sie stärker wettbewerblich gegenüber den Leistungsanbietern agieren zu lassen, dabei die Nachfrage der Versicherten zu bündeln und so die Effizienz der medizinischen Versorgung zu erhöhen.

Der Beginn einer grundsätzlich stärker wettbewerblichen Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland wird allgemein im Gesundheitsstrukturgesetz gesehen, das zu Jahresbeginn 1993 in Kraft trat. Damit wurde die gesetzliche Grundlage für einen umfassenden Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelegt¹: Seit dem Jahr 1996 gilt die freie Wahl der Krankenkasse, verbunden mit einem Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen. Allerdings entsprang dies originär nicht einem Effizienzziel bzw. Bekenntnis zum Managed Competition, sondern dem Gerechtigkeitsziel, Ungleichheiten beim Kassenwahlrecht zwischen Arbeitern und Angestellten zu beseitigen. Nach anfänglichem Widerstand stellten sich die Krankenkassen der neuen Wettbewerbssituation und entwickelten im Rahmen der Selbstverwaltung ein Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ (ARGE 1994).

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird jedoch kritisiert, dass in der Gesundheitspolitik und in der Gesetzgebung eine klare wettbewerbspolitische Konzeption bis heute nicht erkennbar sei und es keine konsequente Ausrichtung der Steuerungssystematik der GKV an der Logik von Kassenwettbewerb gebe (vgl. z. B. Wasem 2015). Die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs in seiner gegenwärtigen Form wird teilweise als unzureichend bewertet, so wie jüngst beispielsweise durch den Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes (BVA 2018). In der gesundheitspolitischen Diskussion wird eine einseitige Ausrichtung des Wettbewerbs in der GKV an dem Ziel der Kostendämpfung kritisiert, die zu Lasten der Versorgungsqualität gehe.² Darüber hinaus werden wettbewerbliche Ansätze im Gesundheitswesen teilweise aber auch grundsätzlich in Frage gestellt, sei es, weil die Voraussetzungen für seine Funktionsfähigkeit nicht existierten und er daher nur zu „ineffektiver Konkurrenz“ führe (vgl. Häring 2012), sei es, weil Wettbewerb in einer sich selbstständigenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung resultiere, die zur systematischen Erosion eines solidarischen Sicherungssystems führe (vgl. Gerlinger/Mosebach 2013). Dagegen kam die Monopolkommission zu dem Ergebnis, dass es im Krankenversicherungssystem in Deutschland noch eine Vielzahl ungenutzter Wettbewerbspotenziale gebe, deren Erschließung erhebliche Systemverbesserungen ermögliche (Monopolkommission 2017).

Vor diesem Hintergrund hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die vorliegende Expertise zum Thema „Wettbewerb im Gesundheitswesen und Potenziale für dessen Steigerung“ erstellen lassen. Es soll hierbei zunächst beschrieben werden, welche wesentlichen Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen existieren und welche wettbewerblichen Besonderheiten auf dem Gesundheitsmarkt bestehen. Anschließend sollen

¹ Auf die spezifischen Probleme des Wettbewerbs innerhalb der Privaten Krankenversicherung (PKV) und zwischen den beiden Versicherungssystemen GKV und PKV wird später eingegangen (vgl. Kapitel 3.5.2). Zunächst liegt der Fokus auf der GKV, da über sie rd. 90 % der Bevölkerung krankenversichert sind.

² Vgl. beispielsweise die kritischen Anfragen der Fraktion DIE LINKE im Bundestag zum Wettbewerb in der GKV, u. a. in Reaktion auf den o. a. BVA-Sonderbericht (Deutscher Bundestag 2016 und 2018).

Potenziale und Grenzen aufgezeigt werden, wie der Wettbewerb zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern gestärkt werden kann und welche Instrumente hierfür eingesetzt werden können. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem stationären Sektor und die Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes sowie auf der Sektoralisierung des Gesundheitswesens.

2. Wesentliche Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

Ziel der folgenden Ausführungen ist eine nähere Beschreibung von wettbewerbsrelevanten Bereichen, d. h. „Märkten“, des Gesundheitswesens. Als zentrale und idealtypische Wesensmerkmale des Wettbewerbs sollen hierbei gelten:

- ◆ Konkurrenz um knappe Ressourcen wird durch Wahlentscheidungen der Verbraucher gesteuert (wirkt zugunsten Präferenzgerechtigkeit der Ressourcenverwendung),
- ◆ Offenlegung der Nachfragepräferenzen in Form von Zahlungsbereitschaft,
- ◆ Koordination von Angebot und Nachfrage über Preise als Knappheitsindikatoren (wirkt in Richtung Kostenminimierung),
- ◆ Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren: optimale Nutzung vorhandenen Wissens bei begrenzten individuellen Kapazitäten durch Dezentralisierung von Entscheidungen (schafft Innovationsanreize).

Im Gesundheitswesen in Deutschland ist die Ressourcenallokation an zahlreichen Stellen durch diese Wesensmerkmale gekennzeichnet. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die freie Krankenkassen- und Arztwahl. In zentralen Bereichen findet hingegen im Hinblick auf diese Wesensmerkmale keine wettbewerbliche Steuerung statt. So hat die individuelle Zahlungsbereitschaft der Konsumenten in Kernbereichen der Gesundheitsversorgung keinen Einfluss auf die Ressourcenallokation. Preise übernehmen zwar häufig eine wesentliche Steuerungsfunktion, sie unterliegen jedoch teilweise weitreichenden Regulierungen und resultieren nicht aus individuellen Angebots- und Nachfrageentscheidungen. Schließlich werden in einem solidarisch³ finanzierten Krankenversicherungssystem, wie es die GKV darstellt, Entscheidungen über innovative Angebote meist zentralisiert getroffen.

2.1 Wettbewerbliche Besonderheiten im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen werden die rechtlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen häufig bewusst so gestaltet, dass eine wettbewerbliche Steuerung unterbunden wird. Teilweise wird dies mit Marktunvollkommenheiten begründet, die

³ „Solidarisch“ ist hier im Sinne von § 3 SGB V zu verstehen, wonach sich die Beiträge der GKV-Mitglieder in der Regel nach ihren beitragspflichtigen Einnahmen richten und für Familienangehörige ohne beitragspflichtige Einnahmen keine Beiträge erhoben werden.

vor allem durch die Gutseigenschaften verursacht werden, teilweise aber auch mit sozial- und verteilungspolitischen Zielen, die im Widerspruch zu marktwirtschaftlichen bzw. wettbewerblichen Verteilungsergebnissen gesehen werden.

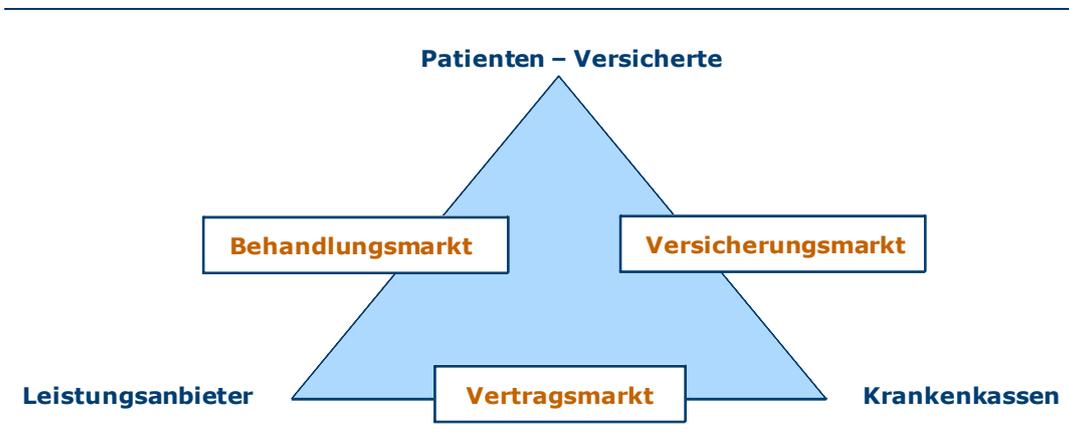
- ◆ Die für das Gesundheitswesen prägenden Gesundheits- und Versicherungsleistungen sind durch substantielle Informationsasymmetrien gekennzeichnet: Wissensgefälle betreffen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung sowie Informationen über Gesundheitsrisiken im Rahmen der Krankenversicherung. Patienten entscheiden zwar noch weitgehend autonom, ob und welches Versorgungsangebot sie aufsuchen, mit Beginn einer Versorgung ist ihre Entscheidungssouveränität jedoch i. d. R. eingeschränkt. Ein weiterer wettbewerbswidriger Umstand bei Gesundheitsleistungen ist das Unactu-Prinzip, dass trotz erster telemedizinischer Ansätze nach wie vor maßgeblich die Leistungserbringung prägt.
- ◆ Neben diesen Gutseigenschaften werden Abweichungen von einer wettbewerblichen Steuerung auch damit begründet, dass Kapazitäten zur (akuten) Gesundheitsversorgung als Teil der öffentlichen Infrastruktur flächendeckend vorzuhalten und auch bei geringer Auslastung (z. B. in dünn besiedelten Regionen) zu finanzieren sind.
- ◆ Zu den sozial- bzw. verteilungspolitisch begründeten Abweichungen von einer marktwettbewerblichen Steuerung zählt vor allem das Ziel, die Zuteilung des Güter- und Leistungsangebots unabhängig von den individuellen Zahlungsbereitschaften der Konsumenten zu gestalten. Stattdessen sollen für alle Versicherten bedarfsabhängig identische Leistungsansprüche gelten, die damit verbundene Finanzierungsbelastung sich aber nach der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit unterscheiden.

Institutionell sind entwickelte Gesundheitsmärkte durch Versicherungssysteme gekennzeichnet, welche die Funktion haben, krankheitskostenbedingte Einkommensschwankungen intertemporal zu glätten. In Deutschland gilt seit dem Jahr 2007 eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger in einem Umfang, der den GKV-Pflichtleistungen entspricht. Aus dem Versicherungsprinzip resultiert für die Gesundheitsmärkte eine weitere, wettbewerbswidrige Rahmenbedingung: die Aufspaltung der Nachfrage in die Leistungsanspruchnahme durch Versicherte bzw. Patienten einerseits und der Zahlung für diese Leistungsanspruchnahme durch die Krankenversicherung andererseits. In der GKV wird diese Aufspaltung durch das Sachleistungsprinzip in besonderer Weise akzentuiert, weil es eine nahezu vollständig unentgeltliche Inanspruchnahme ermöglicht, denn die Versicherten haben Anspruch auf Erstattungen, ohne Vorauszahlungen leisten zu müssen.

2.2 Märkte und Wettbewerbsfelder der Gesundheitsversorgung

Die Aufspaltung der Nachfrage in der Gesundheitsversorgung führt dazu, dass Angebot und Nachfrage auf drei verschiedenen Märkten zu koordinieren sind (Abbildung 1). Diese Aufspaltung erschwert in Verbindung mit den jeweils dort bestehenden Informationsasymmetrien eine effiziente Ressourcenallokation. Die hieraus entstehenden Probleme werden in den Wirtschaftswissenschaften im Rahmen der Prinzipal-Agent-Theorie (auch Vertretungstheorie) analysiert. Prinzipal-Agenten-Beziehungen bestehen auf Gesundheitsmärkten mehrfach.⁴ Sie führen zu grundsätzlichen Anreizproblemen, die weitreichende Markteingriffe und Regulierungen nach sich ziehen.

Abbildung 1: Märkte und Wettbewerbsfelder in der Gesundheitsversorgung



Quelle: IGES

Zu unterscheiden sind also drei verschiedene Wettbewerbsfelder, auf denen jeweils unterschiedliche, teilweise wettbewerbswidrige Rahmenbedingungen bestehen

- ♦ Auf dem **Behandlungsmarkt** konkurrieren die Anbieter von Gesundheitsleistungen um Patienten, die zwischen Ärzten und Krankenhäusern i. W. frei wählen können. Da aber für einen großen Teil der Gesundheitsleistungen in der GKV keine unmittelbaren (entgeltlichen) Vertragsbeziehungen zwischen den Anbietern und den Patienten bestehen, geht es den Leistungsanbietern primär darum, über die Gewinnung von Patienten Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen zu erhalten. Der Behandlungsmarkt ist durch ausgeprägte, beidseitige Informationsasymmetrien gekennzeichnet, die Qualitätsunsicherheit verursachen und Ineffizienzen

⁴ Patienten bedienen sich als Prinzipale der Dienste der besser informierten ärztlichen Leistungsanbieter (Agenten). Bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen handeln Patienten gegenüber den Leistungserbringern als Agenten ihrer Krankenversicherung (Prinzipal). Bei direkten Vertragsbeziehungen sind Krankenkassen die Prinzipale der Leistungserbringer (Agenten). Und wenn Krankenversicherer Versorgungsverträge verhandeln, dann tun sie dies als Sachwalter (Agenten) ihrer Versicherten (Prinzipale).

(vor allem in Form von sog. angebotsinduzierter Nachfrage) begünstigen. Daher gelten teilweise sehr restriktive Regulierungen für den Marktzugang der Leistungserbringer sowie für die Erstattungsfähigkeit in Anspruch genommener Leistungen durch die Krankenkassen.

- ◆ Auf dem **Versicherungsmarkt** konkurrieren Krankenkassen um Versicherungsnehmer. Versicherungsmärkte sind ebenfalls durch Informationsasymmetrien bezüglich der Versicherungsrisiken gekennzeichnet. Hieraus entstehen die versicherungsökonomischen Probleme der adversen Selektion und des moralischen Risikos, die zu einer gravierenden Destabilisierung der Märkte führen können. In der GKV werden diese Probleme durch weitreichende Markteingriffe eingedämmt, nämlich die Versicherungspflicht, die Begrenzung von Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsumfang und einen weitreichenden Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen zur Vermeidung von Risikoselektion. Darüber hinaus verfügen die Krankenkassen über zahlreiche, gesetzlich definierte Instrumente und Möglichkeiten, die „Schadenregulierung“ auf dem Behandlungsmarkt zu beeinflussen.
- ◆ Auf dem **Vertragsmarkt** können Krankenkassen und Leistungsanbieter untereinander und gegenseitig um Versorgungsverträge konkurrieren. Tatsächlich wird in der GKV der überwiegende Anteil der Versorgung durch sog. Kollektivverträge geregelt, in denen die Krankenkassenverbände („gemeinsam und einheitlich“, d. h. als Nachfragemonopol) und die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer – auf Basis gesetzlicher Vorgaben – die Grundlagen der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Leistungsvergütung vereinbaren. Alternativ kann Versorgung auch selektivvertraglich organisiert werden: Hierbei können einzelne oder Gruppen von Leistungserbringern mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen freiwillig Versorgungsverträge schließen – wofür ebenfalls bestimmte gesetzliche Vorgaben gelten.

Darüber hinaus ist die Nachfrageseite durch eine Doppelrolle der Konsumenten geprägt: Sie übertragen nicht nur die Zahler-Rolle ihrer Krankenversicherung, sondern nehmen sowohl Versicherungs- als auch Behandlungsleistungen in Anspruch. Hieraus resultieren typischerweise widersprüchliche Präferenzstrukturen: Als Versicherungsnehmer sind Konsumenten vor allem an einer geringen Beitragsbelastung interessiert und damit an einem möglichst sparsamen Umgang der Krankenkassen mit ihren Beitragseinnahmen, als Patienten präferieren die Konsumenten hingegen maximale Behandlungsmöglichkeiten.

2.3 Wettbewerbsansätze im Gesundheitswesen

Die zentrale Herausforderung einer wettbewerblichen Steuerung im Gesundheitswesen besteht darin, die effizienzmindernenden Wirkungen der Aufspaltung der Nachfrage zu minimieren. Um dies zu erreichen, können zwei prinzipielle Ansätze unterschieden werden:

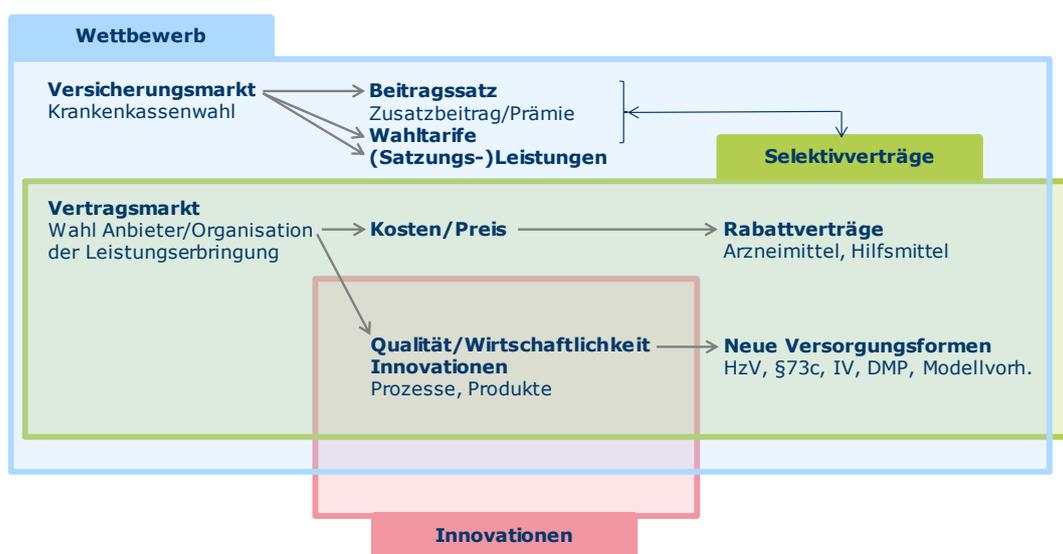
- ◆ **Patientenzentrierter Wettbewerb** mit Konzentration auf den Behandlungsmarkt: Durch eine Steigerung der Kosten- und Qualitätstransparenz einerseits sowie finanzielle Anreize für Versicherte und Patienten, etwa in Form von spürbaren Selbstbeteiligungen im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips, andererseits soll die Marktposition der Nachfrager auf dem Behandlungsmarkt gegenüber den Leistungsanbietern gestärkt werden. Letztere erhielten dadurch größere Anreize, ihr Leistungsangebot weniger an den Erstattungskonditionen der Krankenkassen, sondern mehr an den Bedürfnissen der Patienten und Versicherten ausrichten. Von der stärkeren unmittelbaren finanziellen Beteiligung der Patienten wird zudem erwartet, dass diese einen entscheidenden Beitrag zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung leisten können. Patienten hätten größere Anreize, Informationsasymmetrien zu ihren Ungunsten abzubauen, also den Leistungsanbietern als informierte Patienten "auf Augenhöhe" gegenüberzutreten und hierfür entsprechende Informationsangebote nachzufragen. Tendenzen einer suboptimalen Überversorgung würde auf diese Weise entgegengewirkt. Eine in diesem Sinne souveränere Rolle der Versicherten bzw. Patienten könnte neben der freien Wahl der Leistungsanbieter durch erweiterte Wahlmöglichkeiten in der Krankenversicherung flankiert werden.
- ◆ **Kostenträgerzentrierter Wettbewerb** mit Konzentration auf den Versicherungs- und den Vertragsmarkt: Der alternative Ansatz gründet dagegen auf einer gewissen Skepsis gegenüber einer wirkungsvollen direkten Wirtschaftlichkeitskontrolle des Leistungsangebots durch die Patienten. Die effizienzmindernde Wirkung der Informationsasymmetrien auf dem Behandlungsmarkt werden als gravierend eingeschätzt. Die Nachfragesouveränität der Versicherten und Patienten sollte sich daher primär gegenüber den Krankenversicherern entfalten, die wiederum als Sachwalter ihrer Versicherten gegenüber den Leistungsanbietern auftreten. Dieser Ansatz basiert auf der Vorstellung, dass Krankenversicherer besser als einzelne Versicherte in der Lage sind, das Problem der Informationsasymmetrien zugunsten der Leistungsanbieter zu bewältigen und dadurch auf die Effizienz von Gesundheitsleistungen hinzuwirken. Dieser Ansatz setzt zwei funktionsfähige Wettbewerbssysteme voraus: Der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt muss gewährleisten, dass Krankenkassen effektive Anreize haben, ihre Sachwalterfunktion gegenüber ihren Versicherten zu erfüllen; der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt eröffnet den Krankenkassen die hierfür erforderlichen Möglichkeiten und Instrumente.

Die unterschiedlichen Wettbewerbsfelder und die zahlreichen regionalen, anbieter- und therapiebezogenen Submärkte im Gesundheitswesen sprechen dafür, dass – insoweit Wettbewerbspotenziale gegeben sind – unterschiedliche Formen einer wettbewerblichen Steuerung in Betracht kommen, um Effizienzsteigerungen zu erzielen. Neuere Forschungsergebnisse stützen diese Annahme. So analysieren

Boone/Douven (2014) die Wohlfahrtseffekte unterschiedlicher Typen des Wettbewerbs unter Leistungsanbietern (kein Wettbewerb, kostenträgerbasierter Vertragswettbewerb, patientenbasierter Wettbewerb mit vollständiger Wahlfreiheit). In Abhängigkeit von der Informationsverteilung hinsichtlich der Versorgungsqualität, den Präferenzunterschieden zwischen Krankenkassen und Patienten sowie den Mobilitätskosten der Patienten kann sich jeder dieser Wettbewerbstypen im Hinblick auf die Wohlfahrtseffekte als überlegen erweisen („One size fits all“ will not work.“).⁵

Die Gesundheitspolitik in Deutschland hat in der Vergangenheit Elemente der beiden o. a. Ansätze aufgegriffen, jedoch keinen von ihnen konsequent verfolgt. Mit der Erweiterung der Kassenwahlfreiheit in den 1990er Jahren war eine entscheidende Weichenstellung in Richtung eines kostenträgerbasierten Wettbewerbsansatzes in der GKV verbunden. Allerdings konzentrierte sich das Wettbewerbsgeschehen zunächst weitgehend einseitig auf den Versicherungsmarkt (Abbildung 2).

Abbildung 2: Wettbewerbsfelder und -parameter aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen



Quelle: IGES

Im Vordergrund stand der Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen und die Diskussion über den Risikostrukturausgleich. Diese asymmetrische Wettbewerbsorientierung klammerte den Vertragsmarkt weitgehend aus, mit der Folge,

⁵ Mikkers/Ryan (2014) diskutieren am Beispiel Irlands die Voraussetzungen eines funktionsfähigen kostenträgerbasierten Wettbewerbs. Ob der Übergang zu einem Kostenträger- bzw. Vertragswettbewerb zu Effizienzsteigerungen führen kann, hängt nach ihrer Einschätzung maßgeblich von den vorhandenen Angebotsstrukturen (v. a. Ausmaß regionaler Monopolisierung in der stationären Versorgung) und der Transparenz der (Ergebnis-)Qualität klinischer Versorgung ab.

dass sich der Krankenkassenwettbewerb überwiegend nur auf einen kleinen Teil des Leistungsgeschehens (Verwaltungskosten/Service, Zusatzleistungen) beschränkte, auf wesentliche Teile der Gesundheitsleistungen aber keinen Einfluss hatte und damit die Bereiche nicht adressierte, für welche die größten Effizienzpotenziale vermutet werden.

In den 2000er Jahren wurden daher die Bemühungen um mehr Wettbewerbsorientierung auch auf dem Vertragsmarkt verstärkt, indem durch die Gesetzgebung zusätzliche Möglichkeiten für alternative Versorgungs- und Vertragsformen (z. B. Verträge zur Integrierten Versorgung) geschaffen und deren Umsetzungsvoraussetzungen sukzessive erleichtert wurden (vgl. Albrecht/Rürup 2010). Das vorläufig deutlichste Bekenntnis der Gesetzgebung zu einem kostenträgerbasierten Wettbewerbsansatz enthielt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007, wonach die Entwicklung der Versorgungsstrukturen – zumindest im ambulanten Bereich – ausschließlich durch einen dezentralen selektivvertraglichen Wettbewerb gesteuert werden sollte (vgl. Deutscher Bundestag 2006, S. 113).

Doch die hoch gesteckten Erwartungen an den Vertragswettbewerb wurden bislang nicht erfüllt. Den größten Effekt haben Selektivverträge in der Arzneimittelversorgung in der Form von Rabattverträgen; die hierdurch erzielten Einsparungen beliefen sich zuletzt (2017) auf etwas mehr als 4 Mrd. Euro und reduzierten die Arzneimittelausgaben der GKV um rd. 10 %. Im Rabattvertragswettbewerb zielen die Krankenkassen auf Kostensenkung, um dadurch ihre preisliche Wettbewerbsfähigkeit auf dem Versicherungsmarkt zu erhöhen.

Dagegen hat der selektivvertragliche Wettbewerb in der bisherigen Form nicht zu der erhofften Erhöhung der Wirtschaftlichkeit durch Qualitätssteigerungen und (Prozess-)Innovationen geführt, wie sie im Rahmen der sog. Neuen Versorgungsformen ermöglicht werden sollten. Für den mangelnden selektivvertraglichen Innovationswettbewerb wird eine Reihe von Gründen diskutiert. Hierzu zählt eine inkonsistente, wechselhafte Gesetzgebung in Verbindung mit restriktiven regulativen Kontrollen (vgl. Jacobs/Rebscher 2014), die jedoch auch als Ausdruck anderweitiger Hemmnisse eines selektivvertraglichen Wettbewerbs gedeutet werden können (vgl. Albrecht/Neumann/Nolting 2015, S. 21 ff. und Kapitel 3.4). Selektivverträge sind zwar mittlerweile auch in der ärztlichen Versorgung etabliert, im Verhältnis zur kollektivvertraglichen Versorgung ist ihre Bedeutung jedoch nach wie vor gering. So beliefen sich die GKV-Ausgaben für selektivvertragliche Versorgung im Jahr 2017 auf rd. 3,6 Mrd. Euro, das entspricht ca. 3,2 % der Gesamtausgaben für die Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser.

Diese relativ einseitige Nutzung einzelvertraglicher Wettbewerbsmöglichkeiten zur Kostendämpfung wird in der gesundheitspolitischen Diskussion zunehmend mit Qualitätseinbußen in der Versorgung in Verbindung gebracht, so etwa mit Lieferengpässen bei Arzneimitteln. In der Hilfsmittelversorgung hat der Gesetzgeber auf die vielfache Kritik an Qualitätsdefiziten (z. B. bei Inkontinenzhilfen) im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) im Jahr 2017 reagiert.

So müssen seitdem Ausschreibungen zur Hilfsmittelversorgung neben Preis bzw. Kosten auch Qualitätsaspekte explizit berücksichtigen.

In der jüngeren Gesetzgebung für den Bereich der GKV ist eine grundsätzliche Wettbewerbsorientierung kaum noch zu erkennen. Aktuelle Reformen sind stattdessen durch Detailregulierungen und eine nicht-wettbewerbliche Zentralisierung der Gestaltungsverantwortung geprägt, während den einzelnen Krankenkassen immer weniger eine Rolle als Gestalter der Gesundheitsversorgung im gegenseitigen Wettbewerb zugestanden wird (vgl. Albrecht/Neumann/Nolting 2015, S. 16 ff.).

3. Potenziale und Grenzen des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern

An eine stärker wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen richtet sich die Erwartung, dass hierdurch Effizienzsteigerungen erzielt werden, indem sich das Kosten-Qualitäts-Verhältnis bzw. die Kosteneffektivität der Gesundheitsversorgung – u. a. auch durch Innovationen – verbessert.

3.1 Effizienzmängel als Ausgangspunkt für eine stärkere Wettbewerbsorientierung

Das Gesundheitswesen wird zu den Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge gezählt, so dass die Schaffung von Wettbewerbsspielräumen eher als begründungspflichtig angesehen wird als dies für regulative Eingriffe gilt. Um mehr wettbewerbliche Ansätze zu begründen, sollte sich daher zeigen lassen, dass a) versorgungsrelevante Effizienzmängel bestehen und b) sich diese durch wettbewerbliche Steuerung effektiver mindern oder beseitigen lassen als durch regulative Eingriffe.

In einer Analyse für das Bundesministerium der Finanzen hat sich das IGES Institut vor einigen Jahren umfassend mit der Frage nach bestehenden Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen befasst (vgl. Albrecht/Sander/Wolfschütz 2010, Albrecht et al. 2009). Im Ergebnis konnte eine Vielzahl von Hinweisen auf Ineffizienzen sowie Effizienzsteigerungspotenzialen identifiziert werden; die Evidenzlage erwies sich allerdings als äußerst lückenhaft. Insbesondere ließen sich Ausmaß, Wirkungen und Kosten von Ineffizienzen kaum belastbar, d. h. empirisch gestützt, quantifizieren. Hinsichtlich der überschaubaren Zahl an Studien und Schätzungen hierzu wurden z. T. grundlegende methodische und datentechnische Schwierigkeiten festgestellt. Aus diesem Befund wurde ein Argument für die Stärkung dezentraler Wettbewerbsprozesse im Gesundheitswesen abgeleitet, um Ineffizienzen effektiver zu identifizieren und auf ein optimales Ausmaß zu verringern.

Eine überblicksartige Einschätzung der Effizienz des deutschen Gesundheitswesens liefert regelmäßig die OECD im Rahmen internationaler Vergleiche (OECD 2017). In ihrer jüngsten Betrachtung gelangt sie zu dem Ergebnis, dass für das deutsche Gesundheitssystem einerseits überdurchschnittlich viele Ressourcen eingesetzt werden – und zwar mit Blick sowohl auf das Gesundheitspersonal als auch

auf die Pro-Kopf-Ausgaben (preisbereinigt zuletzt um 40 % über dem OECD-Durchschnitt; vgl. auch Abbildung 3 und Abbildung 4 im Anhang). Bei zentralen Ergebnisindikatoren erziele Deutschland jedoch nur teilweise überdurchschnittlich positive Resultate. So erreiche die Lebenserwartung nur durchschnittliche Werte. Allerdings gilt der Einfluss des Gesundheitssystems auf die Lebenserwartung als begrenzt. Darauf weisen auch die von der OECD betrachteten Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht hin, bei denen Deutschland ungünstigere Werte als der OECD-Durchschnitt aufweist. Überdurchschnittlich und eindeutig positiv stuft die OECD hingegen den Zugang zu Gesundheitsleistungen in Deutschland ein; dies betrifft sowohl Umfang und Verbreitung von Krankenversicherungsschutz als auch den Anteil der von Patienten direkt selbst zu zahlenden Behandlungsleistungen. Unterschiedlich sind die Ergebnisse schließlich für die verwendeten Qualitätsindikatoren: positiv z. B. für Darmkrebsmortalität oder die zurückhaltende Verwendung von Antibiotika, negativ dagegen für die Herzinfarkt-mortalität und vor allem mit Blick auf die hohe Krankenhaushäufigkeit bei ambulant behandelbaren Erkrankungen.

Eine erste Orientierung zur Einschätzung der Steuerungswirksamkeit im deutschen Gesundheitssystem mit Blick auf die Kosten erlaubt eine vergleichende Betrachtung der Ausgabenentwicklung. Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt sind die gesamten Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1992 bis 2016 von 9,4 % auf 11,3 % gestiegen. Dabei sind einige der stärker ausgeprägten Steigerungen primär auf eine relativ schwache (2002-2003) bzw. negative (2009) Entwicklung des BIP zurückzuführen (vgl. Abbildung 5 im Anhang). Insbesondere für die Gesundheitsausgaben der GKV zeigt sich eine im Verhältnis zum BIP relativ stabile Entwicklung: Sie erhöhten sich zwischen 1992 und 2017 von 6,3 % auf 7,0 %, wobei dieser Anstieg im Wesentlichen auf einen Niveausprung im Jahr 2009 zurückzuführen ist, in dem sich infolge der Weltfinanzkrise das BIP stark verringerte. In Bezug auf diesen Indikator lässt sich demnach keinerlei „Kostenexplosion“ konstatieren.

Auch im internationalen Vergleich ist für Deutschland keine auffällig starke Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben⁶ feststellbar. Ihr Anstieg war – pro Kopf und preisbereinigt – im Zeitraum 2000 bis 2017 zwar deutlich stärker als der entsprechende Anstieg des BIP, allerdings weniger stark als im Durchschnitt der OECD-Länder (vgl. Abbildung 6 im Anhang). Dabei ist zu berücksichtigen, dass ab dem Datenjahr 2009 aufgrund der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht auch die Ausgaben der PKV in die Werte für Deutschland einbezogen werden. Für den Zeitraum davor (1995-2008) weist Deutschland einen der relativ geringsten Zuwächse der öffentlichen Gesundheitsausgaben im OECD-Vergleich aus (vgl. Abbildung 7 im Anhang).

Welchen Beitrag die Schaffung und die Nutzung der wettbewerblichen Spielräume im Gesundheitswesen – speziell in der GKV seit Einführung der Kassenwahlfreiheit

⁶ Die OECD subsumiert unter dieser Kategorie (current expenditure on health by government/compulsory schemes) neben der GKV auch die Gesundheitsausgaben der anderen Sozialversicherungszweige sowie des Staates.

– zu dieser relativ stabilen Ausgabenentwicklung geleistet haben, ist bislang nicht umfassend quantifizierbar. Nur für Teilbereiche, wie z. B. die Arzneimittelversorgung, lassen sich die Ausgabeneffekte einer stärker wettbewerblichen Steuerung (Rabattverträge) ermitteln (vgl. Kapitel 2.3). Die teilweise grundlegende Kritik am Wettbewerb in der GKV stellt jedoch seine Kostenwirksamkeit gerade nicht in Abrede, sondern bemängelt – im Gegenteil – deren Stärke, die zu einer Entkopplung von Effizienz-, Qualitäts- und Solidaritätszielen führe (vgl. Gerlinger/Mosebach 2012, S. 33).

Zusammenfassend lässt sich in mehrfacher Hinsicht begründen, die Nutzung von Wettbewerbspotenzialen im Gesundheitswesen stärker in den Blick zu nehmen:

- ◆ Die hohe Komplexität von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsmärkten spricht für dezentrale und damit wettbewerbliche Suchprozesse, um Ineffizienzen zu identifizieren und um differenzierte Lösungsansätze zu entwickeln.
- ◆ Zur Beseitigung oder Verringerung bestehender Qualitätsdefizite sollten wettbewerbliche Steuerungsansätze insbesondere dann als Alternative in Betracht gezogen werden, wenn zentralisierte regulative Steuerungsansätze nur begrenzte oder unerwünschte Wirkungen zeigen.
- ◆ Die vielfach vorgebrachte Kritik an den Wirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen sollte Anlass sein, durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen die Funktionsfähigkeit von Wettbewerb zu verbessern.

Einen konzeptuellen Wettbewerbsansatz findet man in der GKV für den Krankenkassenwettbewerb („solidarische Wettbewerbsordnung“ i. V. m. der Einführung der Kassenwahlfreiheit). Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Formen von Wettbewerb im Gesundheitswesen, insbesondere auf den (teilweise hochregulierten) Leistungsmärkten, auf denen unterschiedliche Anbieter (private und öffentliche Unternehmen, Freiberufler, freigemeinnützige Organisationen) miteinander konkurrieren. Teilweise, insbesondere auf dem Arzneimittelmarkt, stehen Anbieter in einem intensiven internationalen Wettbewerb.

Vor dem Hintergrund der Tendenzen der Gesundheitspolitik in jüngerer Zeit, wieder verstärkt auf regulative anstatt auf wettbewerbliche Ansätze zu setzen, werden im Folgenden Wettbewerbspotenziale im Gesundheitswesen aufgezeigt. Angesichts der ausgeprägten Heterogenität der einzelnen Märkte werden die Wettbewerbspotenziale bereichsspezifisch beschrieben, ausgehend von den jeweils gegebenen, unterschiedlichen (regulativen) Rahmenbedingungen. Der dabei verfolgte Ansatz ist demnach nicht, ein konsequent marktwirtschaftliches Steuerungsmodell bereichsübergreifend zu definieren und dessen Umsetzung auf den einzelnen Gesundheitsmärkten gedanklich durchzugehen, sondern zu prüfen, wo und wie sich unter Berücksichtigung der bestehenden Rahmenbedingungen (zusätzliche) wettbewerbliche Steuerungselemente einfügen und begründen lassen.

Das gemeinsame Ziel für alle betrachteten Bereiche ist dabei, durch eine Stärkung wettbewerblicher Steuerung bestehenden Monopolen oder Monopolisierungstendenzen sowie Einschränkungen der Wahlfreiheit entgegenzuwirken, um so die Nachfrageorientierung des Angebots (Präferenzgerechtigkeit) und damit auch dessen Kosteneffektivität zu erhöhen. Ob und wie dieses Ziel erreicht werden kann, wird im Folgenden vertiefend für die Versorgungssektoren (stationär, ambulant) zunächst separat, anschließend sektorenübergreifend sowie für den Krankenversicherungsmarkt diskutiert.

3.2 Wettbewerbspotenziale in der Krankenhausversorgung

3.2.1 Gegenwärtige Wettbewerbsbedingungen auf dem Krankenhausmarkt

Die schrittweise Umstellung der Vergütung von Krankenhausleistungen vom sog. Selbstkostendeckungsprinzip auf leistungsbezogene Fallpauschalen seit dem Jahr 1993 hat den wirtschaftlichen Druck auf die Kliniken deutlich erhöht und damit den Wettbewerb unter ihnen intensiviert. Mit dieser Entwicklung einher ging eine starke Reduzierung der durchschnittlichen stationären Verweildauern der Patienten, die im vergangenen Jahr mit 7,3 Tagen nur noch etwa die Hälfte ihres Wertes zu Beginn der 1990er Jahre betrug. Dadurch wurde es möglich, dass im Jahr 2017 mit einer um rd. ein Viertel reduzierten Bettenkapazität und einer um knapp ein Drittel geringeren Zahl von Belegungstagen rd. ein Drittel mehr stationäre Fälle behandelt werden konnten (knapp 19,5 Mio.) als damals (vgl. Abbildung 8 im Anhang). Da der Rückgang der Verweildauer im Gesamtzeitraum stärker ausfiel als derjenige der Bettenzahl, ist die durchschnittliche Bettenauslastung von rd. 84 % auf unter 78 % gesunken. In den letzten zehn Jahren hat die Abnahme der Zahl der Krankenhäuser kaum noch zu einem Abbau der Bettenzahl und einer Erhöhung der Bettenauslastung geführt.

Aus dem internationalen Vergleich ergeben sich deutliche Hinweise auf stationäre Überkapazitäten (vgl. Abbildung 9 bis Abbildung 12 im Anhang): Deutschland verfügt im OECD-Vergleich nach Japan und Korea über die höchste Bettenkapazität, die mit einer entsprechend sehr hohen Krankenhaushäufigkeit einhergeht. Auch bei der durchschnittlichen Verweildauer von Patienten im Krankenhaus belegt Deutschland international einen Spitzenplatz. Der Abbau von Krankenhausbetten war in Deutschland in den letzten Jahren z. T. wesentlich schwächer als in den Vergleichsländern. Hinzu kommt, dass der Bettenabbau nur zu geringen Teilen mit vollständigen Marktaustritten von Krankenhäusern verbunden war, sondern eher mit dem Abbau von Kapazitäten in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder Zusammenschlüssen von Kliniken (vgl. Preusker et al. 2014).⁷

⁷ Die Analyse ergab für den Zeitraum 2003 bis 2012, dass von den insgesamt 204 nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern nur 74 oder rd. 36 % vollständige Marktaustritte darstellten. Überwiegend handelte es sich dabei um kleine Krankenhäuser, so dass von dem Bettenabbau nur rd. 11 % auf vollständige Marktaustritte entfielen.

Dass der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern gegenwärtig nicht in einem stärkeren Ausmaß dazu führt, dass leistungsschwächere Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden, ist maßgeblich auf den Kontrahierungszwang zurückzuführen: Krankenkassen sind verpflichtet, die stationäre Behandlung ihrer Versicherten in jedem Plankrankenhaus zu vergüten. Krankenhäuser werden außerdem häufig als wichtiger Bestandteil der regionalen Wirtschaftsstruktur angesehen, (Teil-)Schließungen, aber auch Privatisierungen öffentlich-rechtlicher oder freigemeinnütziger Kliniken stehen regelmäßig im Fokus lokalpolitischer Diskussionen und Berichterstattung. Marktaustritte stoßen unter diesen Rahmenbedingungen vielfach auf Widerstände. Als Konsequenz werden auch längerfristig defizitäre Krankenhäuser am Markt gehalten. Hierauf deuten u. a. die Ergebnisse der jährlichen Krankenhaus Rating Reports⁸ zur wirtschaftlichen Lage der Kliniken hin, wonach die Anteile defizitärer Krankenhäuser in einkommensstärkeren Bundesländern wie Baden-Württemberg, Hessen und Bayern höher sind, da wohlhabendere Landkreise und Kommunen eher bereit sein dürften, Verluste ihrer Kliniken auszugleichen.

Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser wurde auch durch die Mängel des Systems der dualen Finanzierung erhöht, wonach die Investitionskosten durch öffentliche Förderung von den Bundesländern gedeckt werden sollen, während die Krankenhäuser ihre laufenden Betriebskosten aus den Krankenhausvergütungen (der Krankenkassen und weiterer Kostenträger) finanzieren. Abgesehen von konzeptionellen Mängeln der dualen Finanzierung – u. a. können Krankenhausträger die Finanzierung von Investitionen und Betrieb nicht kohärent planen bzw. verhandeln – haben die Bundesländer ihre Fördermittel für Krankenhausinvestitionen in den vergangenen Jahren deutlich reduziert: Mit 2,76 Mrd. Euro im Jahr 2017 waren diese um rd. 24 % niedriger als im Jahr 1991, während sich gleichzeitig die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung um etwa das 2,5-fache erhöht haben (vgl. Abbildung 13 im Anhang). Auf Basis der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelten Investitionsbewertungsrelationen lässt sich der jährlich bestandserhaltende Investitionsbedarf ermitteln; nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für das Jahr 2017 betrug dieser 6,38 Mrd. Euro, also mehr als das Doppelte der tatsächlichen Förderung (DKG 2018, S. 8 f.). Die gesetzlichen Krankenkassen kritisieren, dass die Krankenhäuser daher in großem Umfang Betriebsmittel, die von der GKV finanziert würden, für Investitionen gesetzeswidrig zweckentfremdeten und damit Länderhaushalte aus Beitragsmitteln quersubventioniert würden (vgl. z. B. GKV-SV 2016, S. 7).

Zusammen mit den Hinweisen auf stationäre Überkapazitäten und dem Rückgang der Investitionsförderungen gibt es zudem deutliche Anzeichen einer unzureichenden Spezialisierung der Krankenhäuser. So konnte die G-DRG-Begleitforschung für den Zeitraum nach Umstellung des Vergütungssystems (2006-2010) keine Hinweise auf eine in der Breite vollzogene Leistungsspezialisierung oder -diversifikation finden (Fürstenberg et al. 2013, S. 448 f.). Neuere Untersuchungen zeigen,

⁸ Vgl. <http://krankenhausratingreport.de/>

dass – trotz umfangreicher Evidenz über positive Zusammenhänge zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität für zahlreiche Indikationen – in Deutschland viele Krankenhäuser nur geringe Fallzahlen aufweisen, für welche die Vorhaltung einer hochspezialisierten, schnell einsetzbaren 24/7-Versorgung kaum wirtschaftlich wäre (vgl. Mansky et al. 2017, Nimptsch/Mansky 2018).⁹ Dies lässt sich bemerkenswerterweise auch für Ballungsräume feststellen. Eine stärkere Spezialisierung bzw. (räumliche) Konzentration von Behandlungsangeboten und -fällen wäre in Deutschland möglich, ohne dass die Erreichbarkeit von Krankenhäusern nennenswert eingeschränkt würde.¹⁰

In der Gesamtschau zeigt der Krankenhausbereich Züge eines ruinösen Wettbewerbs: Infolge einer – teilweise (kommunal-)politisch motivierten – Verhinderung von Marktaustritten konkurrieren insbesondere in Ballungsgebieten zu viele zu wenig spezialisierte Krankenhäuser miteinander. Ein kontinuierlich hoher Anteil der Kliniken ist defizitär.¹¹ Bei einheitlichen Preisen (DRG-Fallpauschalen) und weitgehender Qualitätsintransparenz bleibt die Menge bzw. Mengenstruktur als wesentlicher Wettbewerbsparameter. Das Wettbewerbsverhalten der Kliniken ist darüber hinaus durch das Bemühen um Kostensenkungen sowie zunehmend auch durch Leistungsexpansion in die ambulante Versorgung geprägt.

- ◆ Maßnahmen zur Kostensenkung betrafen primär das nicht-ärztliche Personal. Den stärksten Personalabbau gab es im Wirtschafts- und Versorgungsdienst, dessen Bereiche (z. B. Wäscherei, Kantine) besonders von Outsourcing betroffen waren. Hier sank die Anzahl der Vollkräfte in den allgemeinen Krankenhäusern im Zeitraum 2000 bis 2016 um rd. 46 %, während sich die Personalzahl insgesamt um 4 % erhöhte (Abbildung 14 im Anhang).¹² Im Fokus der öffentlichen Diskussion steht aber aktuell die

⁹ Beispielsweise behandelte im Jahr 2014 ein Viertel der Krankenhäuser in Deutschland weniger als 34 Herzinfarkte pro Jahr (im Durchschnitt 17). Von ihnen verfügten mehr als 80 % über keinen Linksherzkatheterplatz. (Mansky 2017, S. 179 ff.)

¹⁰ Eigene Untersuchungen auf Basis von Simulationen kamen zu dem Ergebnis, dass die räumliche Konzentration von Versorgungsangeboten und Behandlungsfällen in ausgewählten Leistungsbereichen sogar deutlich gesteigert werden könnte, ohne dass Mindesterreichbarkeitszeiten von 30 bzw. 60 Minuten überschritten würden (Loos et al. 2016).

¹¹ Nach Angaben der Krankenhaus Rating Reports schrieben in den Jahren 2010 bis 2015 auf Konzernebene jeweils zwischen 20 % und 33 % der Krankenhäuser einen Jahresverlust. Im Jahr 2016 verbesserte sich die Ertragslage, der Anteil der Krankenhäuser mit Verlust sank auf 13 %. Die Autoren führen dies auf die positive gesamtwirtschaftliche Entwicklung zurück, halten die Verbesserung aufgrund der strukturellen Probleme des Krankenhaussektors aber für vorübergehend. (vgl. https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/965277/krankenhaus-rating-report-kliniken-profitieren-guter-wirtschaftslage-voruebergehend.html)

¹² Der Anteil der Kosten für den Wirtschafts- und Versorgungsdienst an den gesamten Personalkosten ist in dieser Zeit von 5,9 % auf 2,6 % gesunken. Personal von Fremdfirmen für ausgelagerte Leistungen wird vom Statistischen Bundesamt nicht erfasst. Seit dem Jahr 2010 werden aber die Kosten für ausgelagerte Leistungen (z. B. externe Reinigungsfirma, Cate-ringservice für die Kantine) nachrichtlich erfasst. Ihr Anteil an den gesamten Sachkosten der

Personalsituation im Pflegedienst. Hier verringerte sich die Zahl der Vollkräfte im Zeitraum 2000 bis 2007 um knapp 11 %, seitdem hat sie sich wieder erhöht (+7,5 % bis 2016), liegt aber immer noch um rd. 13.000 unter dem Ausgangswert. Der Anteil der Kosten der allgemeinen Krankenhäuser für den Pflegedienst an den gesamten Personalkosten ist entsprechend von knapp 39 % (2000) auf rd. 29 % (2016) gesunken. Dagegen hat die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst in derselben Zeit stark (um fast 45 %) zugenommen, der Anteil seiner Kosten an den gesamten Personalkosten von rd. 22 % auf knapp 33 %. In der gesundheitspolitischen Debatte wird mit dieser Entwicklung ein Übermaß an Krankenhausbehandlungen (durch Ärzte) bei einem gleichzeitigen „Pflegetotstand“ in den Krankenhäusern assoziiert. Hinsichtlich der Ärztezahlen gilt jedoch die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie zu berücksichtigen, welche zum verstärkten Anstieg ab dem Jahr 2004 beigetragen hat. Die Feststellung eines „Pflegetotstands“ gründet teilweise auf den hohen Krankenhauskapazitäten. So zeigt sich im internationalen Vergleich für Deutschland bezogen auf die Zahl der Behandlungsfälle bzw. Bettentage eine der geringsten Pflegepersonalausstattungen in Krankenhäusern, bezogen auf die Einwohnerzahl rangiert Deutschland hingegen näher am OECD-Durchschnitt (vgl. Abbildung 15 und Abbildung 16 im Anhang).

- ◆ Durch die Gesetzgebung wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Möglichkeiten geschaffen, dass Krankenhäuser auch ambulante Versorgungsleistungen erbringen können. Die GKV-Ausgaben für diese ambulanten Krankenhausleistungen sind zwar noch relativ gering, haben aber in den letzten Jahren überproportional stark zugenommen.¹³ Daneben beteiligen sich die Krankenhäuser in erheblichem und zunehmendem Maße an der ambulanten Notfall- und Akutversorgung.¹⁴ Seit dem Jahr 2004 bietet die Organisationsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

allgemeinen Krankenhäuser hat sich von 6,4 % (rd. 1,9 Mrd. Euro) im Jahr 2010 auf 9,0 % bzw. rd. 3,3 Mrd. Euro im Jahr 2016 erhöht.

¹³ Auf ambulantes Operieren im Krankenhaus, ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen, vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung, ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern, Krankenhausbehandlung einschl. teilstationärer Behandlung in Dialysestationen und stationärer Anschluss-Rehabilitation, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen und geriatrischen Institutsambulanzen entfielen im Jahr 2017 rd. 4,8 % der gesamten GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung. Seit dem Jahr 2009 haben sich die GKV-Ausgaben für diese ambulanten Krankenhausleistungen um knapp 73 % erhöht, die gesamten Ausgaben für Krankenhausbehandlung dagegen um rd. 33 %. Zusätzlich können Krankenhäuser bzw. Krankenhausärzte ambulante Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen und – seit Jahresbeginn 2018 – stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungen erbringen.

¹⁴ Im Jahr 2015 wurden etwas mehr als die Hälfte (53 % bzw. rd. 10 Mio.) aller ambulanten Notfälle in Krankenhäusern behandelt (vgl. SVR-G 2018, S. 567 ff.). Dabei variiert die Bedeutung der ambulanten Notfallversorgung zwischen den Krankenhäusern und regional deutlich. In Berlin werden von den Krankenhäusern mit Notfallambulanzen mittlerweile mehr

Krankenhausträgern eine weitere Option, am Markt für die ambulante Versorgung zu partizipieren. Zum Jahresende 2016 befanden sich 1.010 und damit knapp 40 % aller MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern.¹⁵

Insbesondere in den Leistungsbereichen an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung ist von umfangreichen Effizienzreserven auszugehen. Internationale Vergleiche deuten darauf hin, dass ein wesentlicher Teil der überdurchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit in Deutschland auf stationäre Behandlungen entfällt, die in anderen Ländern überwiegend ambulant erbracht werden. So ist beispielsweise die Krankenhaushäufigkeit bei Diabetes in Deutschland teilweise deutlich höher als in den meisten OECD-Vergleichsländern (Abbildung 17 im Anhang). Auf der Grundlage eines Katalogs ausgewählter Diagnosen kann das Potenzial sog. „ambulant-sensitiver Krankenhaushäufigkeit“ (ASK) geschätzt werden. Bezogen auf das Jahr 2012 wurde es für Deutschland auf 27 % aller Krankenhaushäufigkeit veranschlagt, von denen fast drei Viertel (bzw. 20 % aller stationären Fälle) als tatsächlich vermeidbar eingestuft wurden (Sundmacher et al. 2015). Eigene Analysen auf Basis einer etwas engeren Abgrenzung kamen für das Jahr 2013 zu dem Ergebnis, dass etwa die Hälfte der ASK als Notfälle stationär aufgenommen wurden, davon werktags sogar knapp die Hälfte während der üblichen Praxisöffnungszeiten (Albrecht/Zich 2016). Für die ermittelten ca. 1,77 Mio. ASK-Notfälle ergibt sich rechnerisch ein Erlösvolumen von knapp 4,8 Mrd. Euro.

3.2.2 Aktuelle Steuerungsansätze

Da Patienten bei elektiven Krankenhausbehandlungen die freie Wahl zwischen den Leistungsanbietern haben¹⁶, ist der Krankenhausmarkt grundsätzlich wettbewerblich ausgerichtet. Insgesamt unterliegt er einem Steuerungs-Mix, an dem auch staatliche Kapazitätsplanung, Preis- und Mengenregulierungen substantielle Anteile haben.

- ◆ Die vergütungsrelevante Marktzulassung geschieht im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer: Krankenkassen sind nur gegenüber Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurden, zur Erstattung der Behandlungskosten im Rahmen von Krankenhausversorgungsverträgen verpflichtet. Mit ihrer Planung sollen die Bundesländer eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern

ambulante Notfälle als reguläre vollstationäre Fälle behandelt (vgl. Dräther/Mostert 2016, S. 51).

¹⁵ Vgl. http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf

¹⁶ Sie können diese faktisch auch an die sie behandelnden niedergelassenen Ärzte delegieren, allerdings hat das Bundessozialgericht kürzlich bestätigt, dass gesetzlich Versicherte als "Selbsteinweiser" ins Krankenhaus gehen können und die Überweisung durch einen Vertragsarzt für den Vergütungsanspruch der Klinik nicht erforderlich ist (Aktenzeichen B 1 KR 26/17 R).

sicherstellen. Damit entscheiden die Bundesländer allein über den Umfang der Krankenhauskapazitäten, tragen aber im Rahmen der dualen Finanzierung (s. o.) nur zu einem geringfügigen Teil die damit verbundenen finanziellen Konsequenzen.¹⁷ Die Krankenkassen kritisieren die Krankenhausplanung der Länder als strukturkonservierend und erfolglos beim erforderlichen Abbau von Überkapazitäten (GKV-SV 2016). Faktisch entschieden die Krankenhausträger selbst über ihren Marktzugang, wobei sie durch die Rechtsprechung begünstigt würden, welche die tatsächliche Bettenbelegung prinzipiell mit Bettenbedarf gleichsetze – folglich sei die Krankenhausplanung zu einer gestaltungsfreien Status-quo-Fortschreibung verkommen (Leber/Scheller-Kreinsen 2018). Tatsächlich hatten sich in den vergangenen Jahren immer mehr Bundesländer durch Beschränkung auf eine Rahmenplanung und Investitionspauschalen aus der Gestaltung der Krankenhausstrukturen zurückgezogen; erst in jüngster Zeit erheben einige wieder einen stärkeren Gestaltungsanspruch.

- ◆ Im Vergleich zum früheren Selbstkostendeckungsprinzip hat der Übergang zu einem leistungsorientierten Pauschalpreissystem auf Basis von DRGs zu einer deutlichen Steigerung der Transparenz und Intensivierung des Kostenwettbewerbs zwischen den Krankenhäusern geführt. Der Preis selbst ist jedoch kein Wettbewerbsparameter, sondern es gelten – innerhalb eines Bundeslandes – regulierte Einheitspreise für die gemäß dem DRG-System definierten Leistungspositionen.¹⁸ Unterschiede der Leistungsqualität werden bislang nicht abgebildet. Seit seiner Einführung wurde und wird das DRG-Preissystem kontinuierlich durch „exogene“ Preiskomponenten (Zu- und Abschläge) für eine Vielfalt von Tatbeständen ergänzt, mit denen Leistungsheterogenität finanziell berücksichtigt werden soll, z. B. für Zentren, Schwerpunkte, besondere Einrichtungen, Hygiene, Pflege oder (Nicht-)Teilnahme an der Notfallversorgung.
- ◆ Die angebotenen Leistungsmengen bzw. -strukturen (sog. Casemix) bilden den zentralen Wettbewerbsparameter. Angesichts der Spielräume zur Angebotsinduzierung von Nachfrage (z. B. unzureichende Kontrolle der Indikationsqualität) unterliegen die Krankenhäuser Maßnahmen zur Mengenregulierung mit dem Ziel der Ausgabendämpfung (z. B. Mehr-/Minder-

¹⁷ Das Anreizproblem ist tatsächlich noch umfassender: „Länder haben alle versorgungs- und arbeitsmarktpolitischen Vorteile regionaler Überversorgung, können aber die Folgekosten aufgrund der Mischkalkulation in überregionalen Kassen und aufgrund des bundesweiten Risikostrukturausgleichs deutschlandweit umlegen.“ (Leber/Scheller-Kreinsen 2018, S. 109)

¹⁸ Die Preisbildung unterteilt sich in eine Struktur- und eine Niveauebene. Dabei werden die Relativpreise („Bewertungsrelationen“) bundeseinheitlich vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) auf der Grundlage von Aufwands- und Kostendaten bestimmt, die regelmäßig bei einer Auswahl von Krankenhäusern erhoben und jährlich angepasst werden. Gegenwärtig gibt es auf Hauptabteilungsebene 1.287 DRGs. Die absolute Vergütungshöhe ergibt sich aus der Bewertung (Multiplikation) der Bewertungsrelationen mit einem Fallwert, der jeweils auf Ebene der Bundesländer jährlich von den Selbstverwaltungspartnern vereinbart wird („Landesbasisfallwert“).

erlösausgleiche, Mehrleistungsabschlag, Absenkung des Landesbasisfallwerts zur Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen).

- ◆ Qualität bzw. Qualitätsunterschiede in der Krankenhausversorgung wurden und werden von den Krankenhäusern kaum proaktiv als Wettbewerbsparameter genutzt. Begünstigt wird dies u. a. auch durch die methodischen Schwierigkeiten von Qualitätsmessung und -vergleichen zwischen Krankenhäusern, vor allem mit Blick auf die Behandlungsergebnisse (z. B. Erfordernis der Risikoadjustierung). Angesichts des weitgehend mengenfokussierten Wettbewerbs mit regulierten Preisen liegt für das Bundeskartellamt die zentrale Bedeutung der freien Krankenhauswahl der Patienten vor allem im Qualitätswettbewerb.¹⁹ Voraussetzung hierfür ist jedoch Qualitätstransparenz, deren Herstellung wiederum regulative Eingriffe erforderte.²⁰

Die unterschiedlichen Steuerungsansätze auf dem Krankenhausmarkt wirken zudem auf den unterschiedlichen Ebenen des Bundes (DRG-Preissystem, gesetzliche Maßnahmen zur Mengenregulierung), des Bundeslandes (Krankenhausplanung, Landesbasisfallwertverhandlungen auf Landesebene) und der einzelnen Krankenhaussträger vor Ort (Budgetverhandlungen).

Hinsichtlich der wettbewerblichen Steuerung durch die freie Krankenhauswahl der Patienten kommen Befragungsstudien zu dem Ergebnis, dass die derzeit viel diskutierten Qualitätsindikatoren²¹ die Wahlentscheidungen nur nachrangig beeinflussen (Geraedts 2018). Stattdessen orientieren sich die Patienten primär an eigenen Erfahrungen bzw. den Empfehlungen ihrer niedergelassenen Ärzte, Verwandten und Freunde. Vergleichsportale und Beratungsangebote werden dagegen selten

¹⁹ So heißt es in der Begründung des Bundeskartellamts für seine Entscheidung, den Zusammenschluss von Kliniken in Esslingen zu untersagen: „Gerade weil der Krankenhausbereich spezifischer staatlicher Regulierung unterliegt und es nur wenig Preiswettbewerb gibt, ist es wichtig, Auswahlalternativen für die Patienten und damit den Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu erhalten.“ (BKartA 2014) Ähnlich argumentierte das Bundeskartellamt bei der Freigabe einer Klinikfusion in Worms: „Im Rahmen der Fusionskontrolle im Krankenhausbereich prüfen wir, ob den Patienten vor Ort auch künftig hinreichende Alternativen zur Verfügung stehen. So sichern wir den Qualitätswettbewerb im Krankenhauswesen.“ (BKartA 2014a)

²⁰ Die gesetzliche Pflicht zur Qualitätsberichtserstattung für Krankenhäuser wurde im Jahr 2005 eingeführt. Seitdem müssen Krankenhäuser in Deutschland in Form sog. strukturierter Qualitätsberichte über ihre Strukturen, Leistungsangebote und Behandlungsergebnisse informieren. Ursprünglich im Zweijahresabstand, hat jedes zugelassene Krankenhaus einen solchen Bericht mittlerweile jährlich vorzulegen und zu veröffentlichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür Inhalt, Umfang und Format fest (§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Im Jahr 2008 gründete sich auch eine freiwillige Initiative von 15 Krankenhaussträgern mit dem Ziel, ihre medizinische Ergebnisqualität zu messen, transparent zu machen und zu verbessern (Initiative Qualitätsmedizin, <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/>).

²¹ Hierzu zählen beispielsweise (als vermeidbar eingestufte) Sterblichkeit, Behandlungshäufigkeiten, Komplikationen oder Patientenzufriedenheit.

genutzt, allerdings nimmt ihre Bedeutung tendenziell zu. Auch ist durch verschiedene Befragungen belegt, dass ein Großteil der Patienten bereit ist, aus Qualitätsgründen weiter entfernte Krankenhäuser zu wählen.

Mit dem zu Jahresbeginn 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (**KHSG**) adressiert die Gesetzgebung erstmals explizit die Struktur­mängel auf dem Krankenhausmarkt. Das Gesetz enthält eine Vielzahl von Maßnahmen, darunter auch einige, die strukturelle Veränderungen durch wettbewerbliche Impulse bewirken sollen.

Unmittelbar auf die **Krankenhäuser** als Leistungsanbieter gerichtet sind folgende Maßnahmen:

- ◆ Die Vorgaben von Mindestmengen für planbare stationäre Leistungen, für die ein positiver Zusammenhang zwischen Menge und Qualität nachweisbar ist, wurden verbindlicher gestaltet. Die bereits seit dem Jahr 2004 eingeführten Mindestmengen wurden in den vergangenen Jahren gerichtlich angefochten bzw. häufig nicht eingehalten. Mit der Neuregelung des KHSG wurde klargestellt, dass es ausreicht, Mindestmengen auf einen wahrscheinlichen Volume-Outcome-Zusammenhang zu stützen. Außerdem setzt der Vergütungsanspruch bei diesen Leistungen nun voraus, dass ein Krankenhaus glaubhaft gegenüber den Krankenkassen darlegen kann, die erforderliche Mindestmenge im folgenden Jahr zu erreichen.²²
- ◆ Darüber hinaus sollten für ausgewählte Krankenhausleistungen Qualitätszu- und -abschläge eingeführt werden, um Krankenhäusern finanzielle Anreize zur Erhaltung und Verbesserung der Versorgungsqualität zu geben. Diese Qualitätszu- und -abschläge sollen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen auf Ortsebene vereinbart werden, allerdings auf der Grundlage eines Katalogs hierfür geeigneter Leistungen und von Verfahrensvorgaben, die vom G-BA zu entwickeln sind.²³
- ◆ Finanzielle Anreize zur Spezialisierung von Krankenhäusern sollen schließlich durch sog. Zentrumszuschläge verbessert werden. Dabei handelt es sich um Vergütungszuschläge für besondere Leistungen bzw. Aufgaben von Behandlungsschwerpunkten/-zentren, die bereits seit dem Jahr 2003 vereinbart werden können. Aufgrund unbestimmter Rechtsbegriffe war häufig umstritten, wann die Voraussetzungen für solche Zuschläge erfüllt waren. Daher wurden durch das KHSG die gesetzlichen Bestimmungen zur Zuschlagsberechtigung für besondere Aufgaben präzisiert. Auf dieser Basis sollten die Krankenversicherungen (GKV und PKV) mit der Deutschen

²² Vgl. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/715/>. Bislang hat der G-BA für sieben Leistungen Mindestmengen festgelegt.

²³ Der G-BA hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, die Grundlagen für Qualitätszu- und -abschläge zu entwickeln. Bis Jahresende 2018 soll das IQTIG einen Katalog hierfür geeigneter Leistungen vorlegen.

Krankenhausgesellschaft (DKG) Konkretisierungen der besonderen Aufgaben vereinbaren, die wiederum die Grundlagen für die Vereinbarung von Zuschlägen vor Ort bilden. Allerdings ist eine Vereinbarung auf Bundesebene im vergangenen Jahr gescheitert.²⁴

Auf die wettbewerbliche Steuerung durch die **Patienten** zielen die Vorgaben im KHSG zu einer stärker patientenfreundlichen Gestaltung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Dies soll zur Erhöhung der Qualitätstransparenz beitragen und den Patienten eine qualitätsorientierte Krankenhausauswahl ermöglichen. Konkret vorgesehen ist, dass für die Krankenhauswahl aus Patientensicht besonders relevante Informationen zur Patientensicherheit (u. a. über Personalausstattung, Hygienestandards, Risiko- und Fehlermanagement) übersichtlich und verständlich in einem speziellen Berichtsteil dargestellt werden. Die konkreten Vorgaben hierfür hat der G-BA zu beschließen.

Hinsichtlich einer wettbewerblichen Steuerung durch die **Krankenkassen** findet sich im KHSG eine schwache Remineszenz an das Konzept eines selektivvertraglichen Wettbewerbs, welches bislang nur in der ambulanten bzw. sektorenübergreifenden Versorgung, nicht aber sektorenspezifisch im Krankenhausbereich Niederschlag gefunden hat. Demnach sollen Krankenkassen nun mit Krankenhausträgern individuelle Verträge schließen dürfen, die jedoch einer Vielzahl von Einschränkungen unterliegen: So müssen diese Verträge Qualitätsverbesserungen zum Ziel haben (entsprechend ist der Paragraph mit „Qualitätsverträge“ betitelt). Sie dürfen sich zudem nur auf vier Leistungen bzw. Leistungsbereiche beziehen, die vom G-BA ausgewählt wurden. Die Auswirkungen der Verträge sind im Auftrag des G-BA zu evaluieren. Um eine aussagekräftige Evaluation zu ermöglichen, sollen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft einheitliche Rahmenvorgaben, insbesondere bezüglich der Qualitätsanforderungen, vereinbaren. Ansonsten sei die „erwünschte Gestaltungsfreiheit“ bei den Verträgen zu berücksichtigen.²⁵ Strukturelle Veränderungen des Krankenhausmarktes sind hiervon kaum zu erwarten.

Weitere Maßnahmen des KHSG sollen unmittelbare Wirkungen auf die **Krankenhausstrukturen** entfalten.

²⁴ Vgl. die Mitteilung des GKV-Spitzenverbands „GKV-Spitzenverband kündigt Vertrag – Kein Geld für Türschild-Zentren“, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_599680.jsp.

²⁵ Vgl. die Gesetzesbegründung in Deutscher Bundestag Drucksache 18/5372, S. 88. Der G-BA hat im Mai 2017 für die Erprobung von Qualitätsverträgen die vier Leistungsbereiche (endoprothetische Gelenkversorgung, Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patienten, Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus) und, je Bereich, konkrete Zielgrößen sowie adressierte Patientengruppen festgelegt. Zum Jahresende 2017 hat das IQTIG ein Evaluationskonzept inkl. Evaluationskennziffern je Leistungsbereich vorgelegt. Der GKV-SV und die DKG haben im Juli 2018 die verbindlichen Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge vereinbart.

- ◆ Besondere Aufmerksamkeit erhielt die Einrichtung eines Strukturfonds. Dieser umfasst Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 500 Mio. Euro für den Zeitraum 2016 bis 2018, mit denen strukturverbessernde Maßnahmen der Bundesländer gefördert (hälftig kofinanziert) werden (Maximalvolumen folglich 1 Mrd. Euro²⁶, Verteilung nach Königsteiner Schlüssel). Zweck der Förderung ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten²⁷, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; zusätzlich können strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen und palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden. Erste Auswertungen zeigen eine hohe Ausschöpfungsquote des möglichen Fördervolumens, allerdings bezogen sich insgesamt nur 9 % des beantragten Fördervolumens auf Maßnahmen zum Kapazitätsabbau, nur 4 % auf Umwandlung und der größte Anteil (87 %) auf die Verlagerung von Kapazitäten zur Leistungskonzentration (Augurzky/Pilny 2018). Für eine Fortsetzung der Strukturfonds-Förderung wurden u. a. bundeseinheitliche Förderkriterien, eine Priorisierung des Ziels des Kapazitätsabbaus in Ballungsgebieten sowie die Möglichkeit der direkten Antragstellung durch Krankenhaussträger gefordert (Leber/Scheller-Kreinsen 2018, S. 124 f.; Augurzky/Pilny 2018, S. 146 f.). Gemäß dem aktuellen Entwurf zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz soll der Strukturfonds für weitere vier Jahre mit jeweils 1 Mrd. Euro jährlich fortgesetzt werden. Allerdings ist keine Fokussierung auf Kapazitätsabbau vorgesehen, stattdessen wird das Spektrum der Förderziele um die Bildung von Zentren und (telemedizinischen) Krankenhausverbänden sowie Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe erweitert.
- ◆ Mit dem KHSG wurde der G-BA beauftragt, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu beschließen. Dabei sollten für jede Stufe spezifische Mindestvorgaben zur Strukturqualität festgelegt werden, insbesondere zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals und zum zeitlichen Verfügbarkeit des Angebots von Notfallleistungen. Auf Basis dieses Stufensystems haben dann die Vertragsparteien auf Bundesebene Höhe und Ausgestaltung von Zu- und Abschlägen für eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren.²⁸

²⁶ Augurzky/Pilny (2018) beziffern die Kosten eines Übergangs zu einer – auf der Basis der von ihnen u. a. vom Bundesland Sachsen als Benchmark abgeleiteten – Soll-Krankenhausstruktur auf 11,1 Mrd. Euro.

²⁷ So wird geschätzt, dass die Höhe der Kosten einer Krankenhausschließung der Höhe eines bis 2,5 Jahresbudgets des Krankenhauses entspricht (vgl. Preusker et al. 2014, S. 67).

²⁸ Ursprünglich vorgesehen war, dass der G-BA hierzu einen Beschluss bis Jahresende 2016 fasst und die Vertragsparteien die Ausgestaltung der Zu- und Abschläge auf dieser Basis bis zur Jahresmitte 2017 vereinbaren. Als Änderung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Eigentliches Ziel der Maßnahme ist es, die Finanzierung der Vorhaltekosten von Notfallkapazitäten differenzierter und damit gerechter zu gestalten. Faktisch wird das Notfallstufenkonzept aber als eine Art Zulassungsregulierung gewertet. In jedem Fall sind hiervon Veränderungen der Angebotsstrukturen in der stationären Notfallversorgung zu erwarten, die aufgrund ihrer teilweise hohen Anteile am gesamten Leistungsspektrum eines Krankenhauses mittelbar auch in den anderen Versorgungsbereichen zu strukturellen Veränderungen führen dürfte.

- ◆ Krankenhäuser in dünn besiedelten Gebieten, denen aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs unter den gegenwärtigen Wettbewerbsbedingungen keine kostendeckende Finanzierung gelingt, können für eine flächendeckende Basisversorgung als unverzichtbar eingestuft werden. In solchen Fällen können die betroffenen Krankenhäuser mit den Krankenkassen Sicherstellungszuschläge vereinbaren. Mit dem KHSG wurde das Verfahren zur Vereinbarung solcher Zuschläge stringenter geregelt. Hierzu hat der G-BA mit seinem Beschluss vom November 2016 bundeseinheitliche Bedingungen festgelegt, unter denen Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können bzw. sollen.²⁹ Es wurde allgemein erwartet, dass durch die Neuregelung zukünftig deutlich mehr Krankenhäuser Sicherstellungszuschläge erhalten (im Jahr 2016 waren es vier, nach den neuen Kriterien sollen ca. 100 Standorte in Frage kommen). Die Neuregelung wird gerade auch hinsichtlich des Abbaus von Überkapazitäten als relevant angesehen, da anhand der bundeseinheitlich definierten Zuschlagsbedingungen im Umkehrschluss verzichtbare Standorte identifiziert werden können (vgl. Leber/Scheller-Kreinsen 2018, S. 122).

Es ist zu erwarten, dass diese unmittelbar auf die Krankenhausstrukturen gerichteten Maßnahmen dazu beitragen, die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt zu verbessern. Potenziell gilt dies vor allem für den Strukturfonds, da er – wenn auch als „Second best“-Lösung – an einer der zentralen Ursachen der ruinösen Wettbewerbstendenzen ansetzt, nämlich den fehlenden Marktaustritten dauerhaft defizitärer Krankenhäuser. Allerdings müsste sich die

hat der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages im November 2016 beschlossen, dass der G-BA vor seinem Beschluss eine Folgenabschätzung durchzuführen hat und sich die Fristen für Beschluss und für die Vereinbarung der Höhe der Notfallzu- und -abschläge jeweils um ein Jahr (d. h. Jahresende 2017 bzw. Jahresmitte 2018) verlängern. Bei der Folgenabschätzung wurde der G-BA vom IGES Institut unterstützt, welches hierzu eine umfassende Befragung der Krankenhäuser durchführte (vgl. IGES 2018). Der G-BA hat das Stufensystem für die stationäre Notfallversorgung im April 2018 beschlossen.

²⁹ Maßgebliche Kriterien sind die Erreichbarkeit alternativer Krankenhäuser und das Vorliegen eines geringen Versorgungsbedarfs (Einwohnerdichte geringer als 100 Einwohner je km² oder Insel); letzteres soll vermeiden, dass Sicherstellungszuschläge aufgrund von Unwirtschaftlichkeit eines Krankenhauses vereinbart werden. Zuschlagsfähig ist ausschließlich die Vorhaltung von Basisversorgung (Innere Medizin, Chirurgie, Notfallversorgung), mit Beschluss vom April 2018 auch die Geburtshilfe. Voraussetzung ist außerdem ein Defizit des gesamten Krankenhauses und nicht nur bei einzelnen Leistungen oder Abteilungen.

Verteilung der Fördermittel hierfür stringenter am Ziel des Kapazitätsabbaus und weniger am Länderproporz orientieren. Die Ausrichtung zusätzlicher finanzieller Anreize am Notfallstufenkonzept könnte wiederum weitreichendere Strukturveränderungen nach sich ziehen, als es die vergleichsweise enge gesetzliche Zielsetzung nahelegt, da sie eine weitere Grundlage für die Selektion leistungsfähiger Krankenhäuser schafft und es unwirtschaftlichen Kliniken erschwert am Markt zu bleiben.

Hinsichtlich der Kapazitätssteuerung auf dem Krankenhausmarkt verschiebt sich infolge des KHSG der Schwerpunkt von landesplanerischen bzw. trägerbasierten Entscheidungen stärker in Richtung einer bundesweiten Marktregulierung.³⁰ Neben dem Bundeskartellamt geht diese regelbasierte Steuerung zunehmend vom G-BA aus, der für immer mehr Bereiche verbindliche Strukturanforderungen definiert (infolge des KHSG: Sicherstellungszuschläge und Notfallstufen, außerdem durch Richtlinien zur Qualitätssicherung für spezifische Bereiche bzw. Leistungen). Zu dieser bundesweiten regelbasierten Kapazitätssteuerung lassen sich schließlich auch der Strukturfonds und (zumindest dem Anspruch nach) die Regulierung für Zentrumszuschläge zählen. Die Wirksamkeit dieser regelbasierten Kapazitätssteuerung wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass weiterhin die verfassungsrechtlich verankerte Planungshoheit der Länder gilt und diese sich gegen eine Anwendung der Regeln entscheiden können (so wie dies gerade das Bundesland Rheinland-Pfalz mit Verabschiedung des neuen Landeskrankenhausgesetzes klargestellt hat).

Neben den beschriebenen Maßnahmen des KHSG, die einer eher wettbewerblichen Ausrichtung zugeordnet werden können, enthält das Gesetz eine Reihe weiterer Neuregelungen, die einer nicht-wettbewerblichen Steuerung folgen.

- ◆ Für die Krankenhausplanung als Steuerungsinstrument wird – neben Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit – die qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung als zusätzliches gesetzliches Zielkriterium eingeführt. Damit sollen die Planungsinhalte um Qualitätsaspekte erweitert und die Anforderungen an die Krankenhäuser für eine Aufnahme in den Landeskrankenhausplan erhöht werden. Zu diesem Zweck hat der G-BA gemäß gesetzlichem Auftrag und mit Unterstützung des IQTIG im Dezember 2016 elf planungsrelevante Qualitätsindikatoren (in den Bereichen Gynäkologie, Mammachirurgie und Geburtshilfe) beschlossen.³¹ Die Empfehlungen des G-BA sind als Unterstützung der Länder bei der Krankenhausplanung gedacht, sie sind nicht verbindlich. Krankenkassenvertreter erwarten nur eine geringe Nutzung durch die Bundesländer (Leber/Scheller-Kreinsen, S. 112); bislang ist in den neuen

³⁰ Leber/Scheller-Kreinsen (2018) bewerten dies äußerst positiv als Paradigmenwechsel und Einstieg in eine algorithmische Marktregulierung für Krankenhäuser.

³¹ Darüber hinaus stellt der G-BA den zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Bewertungsmaßstäbe und -kriterien zur Verfügung (hierzu existiert eine eigene Richtlinie).

Krankenhausplänen von Sachsen und dem Saarland die Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vorgesehen.

- ◆ Durch das KHSG werden Maßnahmen zur Mengensteuerung verfeinert, indem die vergütungsmindernde Berücksichtigung von Mehrleistungen von der Landesebene (Absenkung des Landesbasisfallwertes) auf die Krankenhausebene verlagert wird. Hierfür gilt seit dem Jahr 2017 ein Fixkostendegressionsabschlag. Dadurch sollen betriebswirtschaftliche Kostenvorteile durch die Erbringung zusätzlicher Leistungen verursachungsgerecht abgeschöpft werden. Da sich die Vertragsparteien auf keine Abschlagshöhe einigen konnten, soll der Abschlag gemäß dem Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes dauerhaft auf bundeseinheitlich 35 % festgelegt werden.
- ◆ Das KHSG enthält ein weiteres Pflegestellen-Förderprogramm³², durch das im Zeitraum 2016 bis 2018 mit insgesamt bis zu 660 Mio. Euro die zusätzlichen Personalkosten bei Neueinstellungen oder der Aufstockung von Teilzeitstellen für Pflegepersonal zu 90 % finanziert werden. Das Fördervolumen steigt dabei jährlich an, ab dem Jahr 2019 sollen dann 330 Mio. Euro jährlich dauerhaft für zusätzliches Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Bezogen auf die durchschnittlichen Personalkosten des Jahres 2016 entspricht dies rechnerisch knapp 6.500 Vollkräften. Der Pflegebereich im Krankenhaus wird durch weitere KHSG-Maßnahmen gefördert: So wurde der bisherige Versorgungszuschlag ab dem Jahr 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt, der sich nach dem krankenhausespezifischen Pflegepersonal-Kostenanteil an dem gesamten Kosten für Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser bestimmt. Schließlich haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zusammen mit dem InEK gemäß KHSG-Auftrag ein Konzept zur Korrektur der Sachkostenanteile im DRG-System entwickelt, um Fehlanreize durch Übervergütungen bei sinkenden Sachkosten zu verhindern. Dies soll insbesondere der Vergütung personalintensiver Leistungen zugutekommen. Das Volumen dieser Mittelumverteilung wurde vom GKV-Spitzenverband auf 1,6 Mrd. Euro geschätzt.

Die letztgenannten Maßnahmen zur finanziellen Förderung der Beschäftigung von Pflegekräften sind zwar aufgrund der massiven öffentlichen Klagen über „Pflegenotstände“ nachvollziehbar, dennoch wirken sie für sich genommen strukturkonservierend und hemmen somit den durch das KHSG angestrebten Strukturwandel – zumal die kritisierte Verknappung von Pflegekräften teilweise auf die Überkapazitäten bzw. überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme stationärer Versorgung zurückzuführen ist (s. o. oder auch Leopoldina 2016). Das geplante Pflegepersonal-Stärkungsgesetz enthält eine Reihe von Maßnahmen, welche diese Tendenzen sogar noch massiv verstärken würden: Es sieht nicht nur vor, das Pflegestellen-Förderprogramm über das Jahr 2018 hinaus auszubauen (Wegfall einer Obergrenze

³² Ein erstes Pflegestellen-Förderprogramm wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) für den Zeitraum 2009 bis 2011 im Umfang von rd. 1,1 Mrd. Euro initiiert.

und des 10 %-Eigenanteils der Krankenhäuser); bereits ab dem Jahr 2018 sollen auch rückwirkend tariflich vereinbarte Entgeltsteigerungen für die Pflegekräfte von den Kostenträgern vollständig refinanziert werden. Darüber hinaus soll das BMG zur „Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität“ eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festlegen, bei deren Unterschreitung ab dem Jahr 2020 Sanktionen greifen sollen.³³ Zwar könnte diese Maßnahme für sich genommen auch strukturbereinigende Wirkungen entfalten, da dauerhaftes Unterschreiten zur Schließung von Krankenhausabteilungen führen kann; die begleitend geplanten Maßnahmen sollen dem aber gerade – zumindest von finanzieller Seite – entgegenwirken.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass schließlich die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser ab dem Jahr 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausespezifische Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt werden soll. Damit wäre für den Pflegedienst, auf den im Jahr 2016 knapp 18 % der gesamten Kosten der allgemeinen Krankenhäuser entfielen, das Selbstkostendeckungsprinzip faktisch wieder eingeführt. Als Folge würde der durch das DRG-System bewirkte Kostenwettbewerb stark geschwächt. Im output-orientierten DRG-Vergütungssystem orientiert sich die Höhe der DRG-Fallpauschalen an den jeweiligen durchschnittlichen Kosten für – in ökonomischer und möglichst auch medizinisch-therapeutischer Hinsicht – homogene Gruppen von Behandlungsfällen. Die wettbewerbliche Ausrichtung des Vergütungssystems bedeutet, dass das einzelne Krankenhaus selbst über die Kombination aus Personal- und Sachressourcen entscheidet, die es für die Fallbehandlungen einsetzt, und damit auch über die konkrete Kostenstruktur.

3.2.3 Wettbewerbliche Steuerungsansätze

Möglichkeiten für eine weitergehende wettbewerbliche Steuerung auf dem Krankenhausmarkt betreffen die Parameter Qualität und insbesondere Preis.

Das Prinzip der freien Krankenhauswahl sollte als ein konstitutives Merkmal des Wettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt beibehalten werden, denn diese Wahlfreiheit ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für ein patientenorientiertes Leistungsangebot. Um die positiven Effizienzwirkungen der freien Krankenhauswahl zu stärken, sind zwei Voraussetzungen weitergehend zu erfüllen, als dies gegenwärtig der Fall ist:

- ◆ Versicherte bzw. Patienten müssen in der Lage sein, fundierte (d. h. ihren Präferenzen entsprechende) Wahlentscheidungen zu treffen. Das Messen

³³ Hierfür soll das InEK einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands entwickeln. Für jedes Krankenhaus soll auf dieser Basis ein Pflegepersonalquotient ermittelt und veröffentlicht werden. Bereits mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom Juli 2017 wurde die Einführung von verbindlichen Personaluntergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ beschlossen.

und Erkennen von Qualitätsunterschieden stationärer Behandlungsleistungen stellt hierbei eine wesentliche Herausforderung dar, die Patienten in konkreten Entscheidungssituationen aufgrund der Komplexität und der häufig nur begrenzten Zeit überfordern können. Neben einer kontinuierlichen Erhöhung der Qualitätstransparenz, wie sie schon seit mehreren Jahren vor allem durch gesetzliche und regulative Vorgaben gefördert wird, ist daher auch die Entwicklung von zielgerichteten, individualisierbaren Informations- und Beratungsangeboten für Versicherte und Patienten eine wesentliche Voraussetzung eines patientenorientierten Qualitätswettbewerbs. Hier hat es in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte gegeben, indem die Daten der Qualitätsberichte der einzelnen Krankenhäuser in Form von Online-Portalen (z. B. Weisse Liste, Krankenhausnavigatoren der Krankenkassen) wissenschaftlich-methodisch fundiert aufbereitet wurden. Befragungsergebnisse zeigen, dass die Bereitschaft von Versicherten und Patienten zunimmt, Qualitätsunterschiede bei ihrer Krankenhauswahl stärker zu gewichten (s. o.). Dennoch bleibt die Wahlentscheidung in vielen Fällen komplex und ein signifikanter Einfluss der gemessenen (und veröffentlichten) Qualitätsunterschiede auf die Patientenströme konnte bislang nicht nachgewiesen werden. Allerdings kann mehr Qualitätstransparenz auch unmittelbar auf die Leistungsanbieter wirken und sie zu größeren Anstrengungen im Qualitätswettbewerb veranlassen (im Sinne von peer review und benchmarking). Mit der Vorgabe eines explizit patientenorientierten Darstellungsteils in den Qualitätsberichten (s. o.) verfolgt das KHSG das Ziel, die Qualitätstransparenz zu erhöhen, konsequent weiter.³⁴

- ◆ Eine stärker qualitätsorientierte freie Krankenhauswahl führt nur dann zu Effizienzsteigerungen des Angebots, wenn Anbieter mit dauerhaft unterdurchschnittlicher Qualität aus dem Markt ausscheiden. Bislang scheiterte dies häufig am bestehenden Kontrahierungszwang für Plankrankenhäuser sowie aus rechtlichen und (kommunal-/landes-)politischen Gründen (s. o.). Durch das KHSG wurde nun die rechtliche Grundlage geschaffen, dass die Aufnahme oder der Verbleib im Krankenhausplan davon abhängt, ob ein Krankenhaus die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dauerhaft erfüllt – allerdings nur, soweit dies nicht durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen wird. Zur Erhöhung der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs würde daher beitragen, zusätzlich den Kontrahierungszwang für Krankenkassen – zumindest in Ballungsgebieten mit hoher Krankenhausedichte – zu lockern (s. hierzu auch im Folgenden).

³⁴ Aufgrund des Kontrahierungszwangs gegenüber Plankrankenhäusern und des Sozialdatenschutzes können Krankenkassen ihren Versicherten keine weitergehenden, individualisierten Beratungen zur Krankenhauswahl anbieten; jedoch wäre auch fraglich, ob ein solches Beratungsangebot von den Versicherten als ausreichend objektiv angesehen würde. Unabhängige individualisierte Beratungsangebote durch Dritte existieren derzeit nicht, vermutlich stellen hierfür offene Fragen des Datenschutzes und der Haftung größere Hürden dar.

Neben einer Erhöhung der Qualitätstransparenz liegt vor allem in der Preisgestaltung für stationäre Leistungen ein bislang unerschlossenes Potenzial für einen intensiveren Wettbewerb, der zu Steigerungen von Effizienz und Versorgungsqualität beitragen kann.³⁵ Preiswettbewerb findet – abgesehen von Randbereichen wie z. B. Wahlleistungen – auf dem Krankenhausmarkt gegenwärtig nicht statt. Preise haben unbestritten auch im DRG-Fallpauschalensystem Steuerungswirkungen und entfalten sogar eine sehr hohe Wettbewerbsintensität; diese setzt bei den Leistungsanbietern aber primär Anreize zur Kostensenkung, die – insoweit kein wirksamer Qualitätswettbewerb stattfindet – auch mit Qualitätsabsenkung erzielt werden kann. Die Preise selbst sind nicht das Ergebnis von Wettbewerb. Für die einzelnen Leistungsanbieter gibt es heute für sämtliche durch das DRG-System erfassten Krankenhausleistungen keine Möglichkeit zur Preisdifferenzierung.

Diese Situation ist auf eine verbreitete Auffassung in Gesundheitspolitik zurückzuführen, sich bei der Gestaltung von Vergütungssystemen im Gesundheitswesen am Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ zu orientieren. Durch das Ausschalten des Preises als aktiver Wettbewerbsparameter soll eine einseitige Fixierung des Wettbewerbs auf Preise bzw. Kosten vermieden und stattdessen der Qualitätswettbewerb gefördert werden.³⁶ Auf dem Krankenhausmarkt entspricht ein solcher Steuerungsansatz deshalb nicht der Realität, weil die unter derselben DRG-Position subsumierten erbrachten Leistungen tatsächlich nicht „gleich“ bzw. aus Nachfragesicht homogen sind. Die DRG-Leistungsdefinitionen zielen auf ökonomische und möglichst auch medizinisch-therapeutische Homogenität, Unterschiede in der Behandlungsqualität finden hingegen keinerlei Berücksichtigung. Darüber hinaus können sich auch qualitativ gleichwertige Leistungen in ihrer Wertigkeit für die Nachfrage hinsichtlich individueller räumlicher und zeitlicher Präferenzen unterscheiden. Die einheitlichen Leistungsdefinitionen schaffen unter diesen Umständen nur eine Scheinhomogenität. Gleiche Preise führen dann nicht zu einer effizienten Angebotssteuerung.

Dennoch war der damalige Übergang zum DRG-Vergütungssystem mit einheitlichen Leistungsdefinitionen eine wesentliche Voraussetzung für Preiswettbewerb: Erst hierdurch wurden leistungsbezogene Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern überhaupt sichtbar. Die dadurch erzielte Transparenzerhöhung wurde jedoch nicht für eine weitergehende preiswettbewerbliche Steuerung genutzt, stattdessen wurde ein solcher Prozess durch die administrierte Vereinheitlichung des Basisfallwertes quasi vorzeitig abgebrochen.

Welche positiven Effizienzwirkungen können von größeren preiswettbewerblichen Spielräumen für die Leistungsanbieter erwartet werden?

³⁵ Vgl. zu den folgenden Ausführungen ausführlicher Albrecht/Häussler (2010).

³⁶ Vgl. für eine grundsätzliche Auseinandersetzung zu diesem Thema Albrecht (2009).

- ◆ Preisdifferenzierungen können für eine deutlichere Darstellung der Leistungs- und Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungsanbietern genutzt werden.
- ◆ Anbieter mit unterdurchschnittlichen Kosten hätten Möglichkeiten und Anreize, Nachfrager an ihrer überdurchschnittlichen Wirtschaftlichkeit in Form von Preissenkungen partizipieren zu lassen.
- ◆ Anbieter mit überdurchschnittlichen Kosten (z. B. in strukturschwachen Regionen) hätten zusätzliche Möglichkeiten, ihr Leistungsangebot aufrecht zu erhalten, insoweit sie hierfür auf eine höhere Zahlungsbereitschaft treffen.
- ◆ Preisdifferenzierungen eröffnen zusätzliche Anreize und Spielräume, um Qualitätsverbesserungen und Innovationen zu finanzieren.

Nun lässt sich eine Reihe von Einwänden gegen eine stärkere Preisdifferenzierung vorbringen. Sie können insbesondere zu einer wachsenden Intransparenz des Angebots beitragen. Insoweit Teilmärkte durch lokale Monopole bzw. Marktmacht der Anbieter geprägt sind, können Preisdifferenzierungen darüber hinaus auch die Generierung von Monopolrenten fördern, während Krankenhäuser gegenwärtig auch bei regionaler Monopolstellung ihre Preise nicht erhöhen können. Selektive Preis-Leistungs-Vereinbarungen können schließlich zur Erhöhung von Transaktionskosten und zu einer „Fragmentierung der Versorgungslandschaft“ beitragen. Die Erfahrungen auf dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt sind ein Beispiel dafür, dass und wie Preisdifferenzierungen überwiegend negative Effizienz- und Verteilungswirkungen haben (vgl. Reinhardt 2006).

Auf dem Krankenhausmarkt in Deutschland gestalten sich die Ausgangsbedingungen hingegen vergleichsweise günstiger, um durch mehr preiswettbewerbliche Spielräume die Leistungseffizienz zu erhöhen. Im Unterschied zu den USA ist der zahlende Teil der Nachfrage (Krankenkassen) weit weniger fragmentiert, zumal es in Deutschland fast keine unversicherten Personen gibt. Dadurch können monopolistische Spielräume von Leistungsanbietern begrenzt werden. Mit dem DRG-System wurde in Deutschland ein Preis- und Abrechnungssystem etabliert, das mittlerweile von nahezu allen Krankenhäusern verbindlich eingesetzt wird und das alle Krankenkassen und auch die privaten Krankenversicherer der Vergütung von Krankenhäusern zugrunde legen. Damit besteht eine solide Basis zur Schaffung von Preistransparenz auch bei größeren preiswettbewerblichen Spielräumen. Transaktionskosten können so vermieden werden. Schließlich ist der Krankenhausmarkt ein Bereich im Gesundheitswesen mit relativ weitreichender Erfahrung bei der Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts zur Vermeidung marktbeherrschender Stellungen.

Empfehlenswert wäre daher, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, individuell abweichende preisliche Vereinbarungen mit den Kostenträgern zu treffen. Aus Gründen der Preistransparenz sollte das gegenwärtige DRG-Fallpauschalensystem als Referenzbasis beibehalten werden. Angesichts zu erwartender

Befürchtungen, dass diese Abweichungsmöglichkeiten ausschließlich zu Steigerungen des Ausgabenzuwachses führen, bietet sich ein sukzessives Vorgehen an, mit dem die preislichen Spielräume kontrolliert und schrittweise erweitert werden. So könnte die Möglichkeit zu abweichenden Fallwerten zunächst auf das Preisniveau (Basisfallwert)³⁷ oder auf ausgewählte DRG-Leistungen beschränkt werden. Zusätzlich kann das Ausmaß der Abweichungen zunächst auf einen prozentual definierten Korridor begrenzt werden und ebenfalls sukzessive erweitert werden. Krankenhäuser sollten zudem Preisdiskriminierungen gegenüber einzelnen Krankenkassen nur nach einem System vornehmen dürfen, das für alle seine Vertragspartner gleichermaßen gilt (z. B. einheitliches mengenabhängiges Staffelpreissystem). Die krankenhausspezifischen Regeln sollten öffentlich zugänglich sein.

Die Umsetzung von Preisdifferenzierungen setzt selektive Vertragsmöglichkeiten voraus. Mehr- oder Mindererlöse im Vertragssystem der kollektiven Verhandlungen auf Kostenträgerseite, die sich als Folge dieser selektiven Vereinbarungen ergeben, sollten nicht ausgeglichen werden. Soll der Wettbewerb durch zusätzliche Preisgestaltungsspielräume der Krankenhäuser effizienzerhöhend wirken, müssen Mindererlöse bei den Krankenhäusern mit den weniger wettbewerbsfähigen Preis-Leistungs-Verhältnissen entstehen können. Derartige Mindererlöse können aber, je nach Ausmaß, dazu führen, dass Krankenhäuser den ihnen im Rahmen der Krankenhausplanung zugewiesenen Versorgungsauftrag nicht mehr (vollständig) erfüllen können. Mittelfristig ist daher auch eine Anpassung des Systems der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer anzustreben.

Schon seit längerem wird wegen der offensichtlichen Mängel der dualen Finanzierung (s. o.) über eine monistische Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“ diskutiert, wonach Krankenhäuser sowohl ihre Betriebsausgaben als auch ihren Investitionsaufwand allein aus den Leistungsvergütungen finanzieren, die Investitionsfinanzierung also an die Leistungsvergütung gekoppelt ist. Dadurch würde eine stärkere Kohärenz von Investitions- und Leistungsplanung ermöglicht, vor allem würde dadurch eine stärker leistungswettbewerbliche Zuteilung von Investitionsmitteln erreicht (Output- anstatt Inputorientierung). Der heute vielfach beklagte „Investitionsstau“ wäre so zukünftig vermeidbar, da sich die Investitionsmittel proportional zur Leistungsanspruchnahme entwickelten.

Eine offene Gestaltungsfrage wäre, ob mit einem Übergang zur Monistik nicht nur die Zahllast, sondern auch die Traglast der Investitionsfinanzierung auf die Krankenkassen überginge bzw. ob die Investitionsanteile weiterhin aus Steuern oder aus Beiträgen finanziert würden. Nach dem Modell von Rürup/IGES (2008) sollten

³⁷ Eine Preisdifferenzierung auf dieser Ebene könnte durch leistungsbereichsübergreifende Angebotselemente begründet sein, z. B. Kostenvorteile im Beschaffungswesen, Qualitätssicherungssysteme oder zusätzliche Dokumentationsleistungen.

Steuermittel in Höhe des tatsächlichen Förderbedarfs in einen monistischen Finanzierungsrahmen überführt werden.³⁸ Hierzu würden die Investitionsmittel nicht mehr aus den Länderhaushalten finanziert, sondern durch einen Vorwegabzug vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht, und zwar nach Zuweisung der Ergänzungsanteile und vor der Aufteilung des verbleibenden Umsatzsteueraufkommens nach Einwohnerzahl. Bei einer Umstellung bliebe die bundeslandspezifische Förderhistorie bei der Zuteilung von Investitionsmitteln unberücksichtigt, zumal die Zusammenhänge zwischen der wirtschaftlichen Situation einzelner Krankenhäuser und der Förderhistorie im jeweiligen Bundesland nicht eindeutig sind (diesbezüglich ist die Heterogenität innerhalb der Bundesländer größer als zwischen ihnen). Unter der Annahme, dass eine leistungsbezogene Allokation der Investitionsmittel den Abbau von Überkapazitäten bzw. Spezialisierungsprozesse verstärkt, sieht das Modell ergänzend einen Infrastrukturfonds vor, um regionale Unterversorgung zu vermeiden, dessen Mittel nach bundeseinheitlichen Kriterien zu verteilen wären. Schließlich sollten die Bundesländer mit einem Übergang zur Monistik auf eine detaillierte Krankenhausplanung verzichten und sich stattdessen – unter Beibehaltung ihrer grundsätzlichen Zuständigkeit für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung – auf ein Monitoring des Zugangs und der Qualität beschränken.

Aufgrund der verfassungsrechtlich unterlegten Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung galt der Vorschlag einer monistischen Finanzierung bislang als politisch nicht umsetzbar. Die Umsetzungsbedingungen haben sich jedoch in jüngerer Zeit teilweise verbessert. So wurde infolge des KHRG die Möglichkeit geschaffen, dass Bundesländer die Investitionsförderung der Krankenhäuser auf leistungsorientierte Investitionspauschalen umstellen. Hierzu hat das InEK ein System von Investitionsbewertungsrelationen entwickelt, für das ab dem Jahr 2014 Ergebnisse vorliegen, darunter auch die mittleren Investitionskosten je Fall (IBR-Bezugsgröße), anhand der sich der jährliche bestandserhaltende Gesamtinvestitionsbedarf auf empirischer Basis schätzen lässt. Geht man von dem Wert für 2017 von rd. 6 Mrd. Euro aus, lassen sich die Auswirkungen einer Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung auf die Bundesländer gemäß dem Rürup/IGES-Modell aktualisiert berechnen: Demnach würde sich die Nettobelastung je Einwohner im Durchschnitt um 39 Euro erhöhen, wobei die Belastung in Bundesländern mit aktuell relativ höheren Förderbeträgen geringer ausfiele (Hamburg: -11 Euro, vgl. Tabelle 1 im Anhang).

Zudem gewinnen Regulierungen auf Bundesebene einen zunehmenden Einfluss auf die Steuerung der Krankenhausstrukturen (s. o.). So könnte die im Rürup/IGES-Modell vorgeschlagene Funktion eines Infrastrukturfonds mittlerweile durch Sicherstellungszuschläge übernommen werden, deren Regelungsrahmen durch das KHSG neu und bundesweit einheitlich gestaltet wurde. Abgesehen davon, dass

³⁸ Hierfür wäre ein entsprechend hoher Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds ohne Nachschusspflicht (ggf. versehen mit einer Dynamisierungsregel) und ohne direkte Bindung an die Auszahlung der Investitionszuschläge zu zahlen.

eine explizite Beschneidung der Länderkompetenzen gegenwärtig wohl (noch) nicht die erforderlichen politischen Mehrheiten finden würde, wären für eine Umstellung auf Monistik einige zentrale Voraussetzungen zu erfüllen. So nutzen gegenwärtig nur zwei Bundesländer (Berlin, Hessen) die InEK-Investitionsbewertungsrelationen für die Verteilung von Investitionsfördermitteln unter den Krankenhäusern. Das Preisniveau für die Investitionspauschalen wird landesspezifisch aus den hierfür vorgesehenen Haushaltsmitteln bestimmt, d. h., das Förder volumen orientiert sich nach wie vor nicht am Bedarf, wie er sich aus den InEK-Kalkulationsgrundlagen ergibt. Für eine Überführung von Steuermitteln in einen monistischen Finanzierungsrahmen müsste unter den Bedingungen des geplanten Länderfinanzausgleichs 2020 – Verschmelzung mit dem Umsatzsteuervorgewegausgleich zu einer Ausgleichsstufe – ein anderes Vorgehen als das des Rürup/IGES-Modells gefunden werden.

Schließlich stellt sich die Frage, ob eine monistische Krankenhausfinanzierung auf den gegenwärtigen Krankenhaus- und Leistungsstrukturen aufsetzen sollte. Die Monistik könnte Restrukturierungsprozesse unterstützen und stärken, insbesondere in den Bereichen mit hohem Spezialisierungspotenzial. Den Abbau von Überkapazitäten würde ein Übergang zur Monistik allein dagegen nicht bewirken können. Hierfür erscheint die Umsetzung und Erweiterung bundesweiter, regelbasierter Strukturvorgaben, wie sie insbesondere vom KHSG angestoßen wurden, erforderlich (etwa für die Zentrenbildung).

In der gegenwärtigen Reformdiskussion werden solche Strukturvorgaben häufig in einem engen planerischen Kontext gefordert und dabei stark ergebnisorientiert (Zielstruktur) u. a. auf Basis internationaler Benchmarks (Dänemark) argumentiert (vgl. Leopoldina 2016). Dies entspricht jedoch nicht einem wettbewerblichen Ansatz. Ein solcher wäre darauf beschränkt, Strukturvorgaben regelbasiert als Mindestanforderungen umzusetzen, d. h., den Marktzugang prinzipiell für alle potenziellen Anbieter offen zu halten, welche die Strukturvorgaben erfüllen. Die Gesamtkapazität lässt sich dabei durch das Niveau der Strukturanforderungen mittelbar steuern. Ein mögliches „Überangebot“ an Krankenhauskapazitäten aus planerischer Sicht lässt sich unter diesen Bedingungen aber nicht ausschließen und stellt – sowohl gemäß dem Verständnis des Bundeskartellamtes als auch gemäß einem Urteil des Bundessozialgerichts – eine Voraussetzung für wirksamen Wettbewerb dar.³⁹

³⁹ Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 16.5.2012, B 3 KR 9/11 R: „Außerdem ist zu berücksichtigen, dass der auch im Recht der GKV verankerte Gedanke eines Wettbewerbs zwischen den jeweiligen Leistungserbringern um die leistungsfähigste und wirtschaftlichste Versorgung der Versicherten durch ein gewisses ‚Überangebot‘ an Krankenhausbetten gefördert wird, weil die Krankenhäuser bei einer Bedarfsdeckung zu genau 100 % praktisch keinem Preiswettbewerb untereinander ausgesetzt wären. Nur ein - maßvolles - ‚Überangebot‘ kann Preisdruck erzeugen und die Versichertengemeinschaft vor überhöhten Forderungen der Krankenhausbetreiber bewahren...“

3.3 Wettbewerbspotenziale in der ambulanten Versorgung

3.3.1 Gegenwärtiger Stand der Wettbewerbsorientierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die ambulante Versorgung in der GKV durch (niedergelassene) Vertragsärzte ist der Bereich, der in der Vergangenheit im Zentrum der gesundheitspolitischen Förderung vertragswettbewerblicher Ansätze stand. Den Höhepunkt dieser Bemühungen bildete das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) im Jahr 2007, welches u. a. die Möglichkeiten selektivvertraglicher Versorgungsangebote ausweitete. Wettbewerbliche Grundlagen wurden bereits zuvor (seit dem Jahr 1997) durch eine Reihe von Gesetzen geschaffen, darunter die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sowie die Förderung von Selektivverträgen zur Integrierten Versorgung (vgl. Albrecht/Rürup 2010, S.43 ff.). Für die ambulante ärztliche Versorgung förderte das WSG insbesondere durch drei Maßnahmen die Wettbewerbsorientierung: die Entkopplung selektiver Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) von kollektivvertraglichen Vorgaben, die Einführung einer neuen selektiven Vertragsform für die fachärztliche Versorgung und die verpflichtende Bereinigung der Kollektivvergütung zu Vermeidung von Doppelfinanzierungen, wodurch ein wesentliches Hemmnis für die Entwicklung selektivvertraglicher Versorgung beseitigt werden sollte.

Darüber hinaus wurden im Jahr 2007 die Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung maßgeblich durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wettbewerblicher ausgestaltet, welches die durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeleitete Liberalisierung der Angebotsstrukturen konsequent fortsetzte. Konkret wurden die erweiterten Organisationsmöglichkeiten der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nun allen Ärzten eröffnet: Sie konnten nun ebenfalls Ärzte anstellen, Zweigpraxen führen, als Vertragsarzt in Nebenbeschäftigung auch im Krankenhaus tätig sein und Gemeinschaftspraxen bilden. Der Wegfall der Residenzpflicht in der Ärzte-Zulassungsverordnung infolge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes war ab dem Jahr 2012 ein weiterer, bedeutender Schritt zur Liberalisierung des Marktzugangs bzw. der Angebotsstrukturen.

Trotz dieser grundlegenden gesetzlichen Weichenstellungen wurde eine systematisch stärker wettbewerbliche Steuerung in der ambulanten Versorgung bislang nicht erreicht. So hatte die selektivvertragliche ambulante ärztliche Versorgung gemessen an den GKV-Ausgaben im Jahr 2017 lediglich einen Anteil von 6,4 % – mit zudem teilweise starker regionaler Konzentration der Selektivverträge (v. a. in Baden-Württemberg). Hierzu haben auch häufige und inkohärente Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen beigetragen. So haben u. a. mehrfach Friktionen zwischen selektivvertraglicher und kollektivvertraglicher Versorgung, aber auch zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern zu mehrfachem gesetzlichen „Nachsteuern“ geführt. Außerdem wurden in einigen Fällen wettbewerbliche Spielräume (wieder) eingeschränkt, so z. B. durch die Verpflichtung zum Abschluss von Selektivverträgen zur HzV oder durch mehrfache Neuregelungen

der Rahmenbedingungen für ambulante Behandlungen im Krankenhaus.⁴⁰ Das aktuelle Gesetzesvorhaben mit Neuregelungen für die ambulante ärztliche Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) setzt wieder vollständig auf regulative Steuerungsansätze.

Dennoch wurden auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen einige umfassende selektivvertragliche Versorgungsprojekte realisiert, allerdings regional begrenzt. Hierzu zählen die HzV der AOK Baden-Württemberg, die im Laufe der Zeit sukzessive durch selektive Verträge zur fachärztlichen Versorgung ergänzt und ausgebaut wurde, sowie ein Modell der Integrierten Versorgung im Kinzigtal. Vorliegende Evaluationsergebnisse dieser Projekte sind überwiegend positiv, so ergab der dritte Evaluationsbericht für die HzV in Baden-Württemberg für die hierdurch versorgten rd. 1,5 Mio. Patienten geringere Hospitalisierungsraten sowie geringere Gesamtversorgungskosten, die auf eine intensivere, leitliniengerechte Betreuung zurückgeführt werden (vgl. Gerlach/Szecsényi 2016). Trotzdem haben diese Ansätze bislang keine breite Nachahmung gefunden. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass aufgrund nach wie vor bestehender Hemmnisse eine Umsetzung immer noch (zu) stark von der (persönlichen) Kooperationsbereitschaft der potenziellen Vertragspartner abhängt.

Zu den wesentlichen Hemmnissen zählt eine Zielüberfrachtung selektivvertraglicher Versorgungsformen: Speziell an die selektivvertragliche HzV wird die Erwartung geknüpft, dass sie die Qualität der Patientenversorgung nachweisbar verbessert und die Ausgaben der Krankenkasse senkt. Gleichzeitig sollen die Hausärzte zur Teilnahme durch bessere Vergütungsbedingungen motiviert werden. Diese Zielüberfrachtung begünstigt eine gewisse Skepsis gegenüber der Funktionsweise dieser Versorgungsmodelle, da notwendige Einschränkungen an anderer Stelle vermutet werden. So stützt sich die AOK Baden-Württemberg finanziell stark auf Einsparungen bei Arzneimitteln, die durch Rabattverträge erzielt werden.

Für die Verbreitung selektivvertraglicher Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgung als Alternative zur kollektivvertraglichen „Regelversorgung“ wäre es vor diesem Hintergrund hilfreich, wenn diese weniger einseitig auf das Ziel von Einsparungen ausgerichtet würden bzw. werden müssten, sondern stattdessen stärker auf das Ziel, die Kosteneffektivität der Versorgung zu steigern. Diese kontraproduktive Verengung prägt auch die Diskussion über die Einführung von Primärarztssystemen, für die sich der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen oder auch die KBV im Rahmen ihrer Überlegungen zu neuen Tarifmodellen für die GKV aussprechen. Primärarztssysteme werden häufig vor allem als Steuerungsansatz gesehen, eine übermäßige Fehlinanspruchnahme fach-

⁴⁰ Jacobs (2018) spricht von „ordnungspolitischer Geisterfahrt“: „Produktiver Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung konnte unter diesen Rahmenbedingungen kaum zustande kommen.“ (S. 24)

ärztlicher Behandlungsressourcen zu verhindern und dadurch letztlich Einsparungen zu erzielen.⁴¹ Einen wesentlichen Bezugspunkt in der Diskussion bildet hierbei oft das sog. „Doktor-Hopping“ von Versicherten als eine Art Missbrauch der freien Arztwahl. Konsequenterweise wird davon ausgegangen, dass eine Verpflichtung von Versicherten, den Zugang zur ärztlichen Versorgung stets über den Primär- bzw. Hausarzt zu nehmen, durch finanzielle Vergünstigungen „erkauft“ werden muss und auch kann.

Tatsächlich deuten (unveröffentlichte) empirische Analysen darauf hin, dass „Doktor-Hopping“ kein Massenphänomen ist und sich stattdessen auf eine relativ überschaubare Patientengruppe konzentriert, deren Mehrfachinanspruchnahme sich teilweise mit ungesicherten Diagnosen bzw. unklaren Befunden erklären lässt. Ein Primärarztsystem wäre für solche Patienten durchaus sinnvoll, allerdings mit einer ganz anderen Zielsetzung, nämlich einer – sektoren- und disziplinübergreifenden – koordinierenden Funktion, die einen Mehrwert darstellte. Einsparungen über eine große Zahl von Versicherten mit bislang unkoordinierter Inanspruchnahme erscheinen dagegen unrealistisch.⁴² Allerdings fehlen den Krankenkassen unter den gegenwärtigen Bedingungen auf dem Versicherungsmarkt der GKV (s. Kapitel 3.5.1) Anreize, „Mehrwert“-Angebote zu entwickeln („Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“).

Dafür, dass Wettbewerbspotenziale bestehen, spricht zunächst, dass der Markt für die ambulante ärztliche Versorgung nach wie vor hochreguliert ist: Neben der Dominanz kollektivvertraglicher Steuerung („gemeinsam und einheitlich“) gilt dies insbesondere für den Marktzugang, der hinsichtlich der Abrechnungsmöglichkeiten gegenüber der GKV durch die ärztliche Bedarfsplanung geregelt wird. Die Reformbedürftigkeit dieser Bedarfsplanung wird seit Jahren zunehmend diskutiert (vgl. z. B. Albrecht et al. 2012, Albrecht/Etgeton/Ochmann 2015), erste Reformschritte vom Gesetzgeber bereits veranlasst. Ursprünglich wurde die Bedarfsplanung heutigen Systems im Jahr 1993 zur Vermeidung einer „Ärztenschwemme“ eingeführt, aus Sicht der Vertragsärzte stellt sie daher auch ein Instrument zum Schutz vor ruinöser Konkurrenz dar. Die Kritik am heutigen System lässt sich in Kurzform so formulieren, dass die Bedarfsplanung weder etwas mit „Bedarf“ noch mit „Planung“ zu tun hat.

Die durch sie ermittelten regionalen Versorgungsgrade sind nämlich nicht aussagekräftig. So wird das Versorgungsniveau rein historisch determiniert, indem Einwohner-Arzt-Verhältnisswerte zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung (je Arztgruppe), d. h. überwiegend zum Stand 31.12.1990 und 31.12.1995, fixiert

⁴¹ Ähnlich verengend argumentiert die Monopolkommission (2017): Nach ihren Vorstellungen sollten die Beiträge für GKV-Wahltarife über neue Versorgungsformen gegenüber der Regelversorgung „nur nach unten abweichen dürfen“.

⁴² Für den Bereich der Notfall- und Akutversorgung stellt sich die Situation anders dar. In diesem Kontext werden Primärarztsysteme aber nicht als Lösungsmöglichkeit diskutiert, sondern andere strukturelle Ansätze (z. B. Portalpraxen, Vermittlung durch integrierte Leitstellen oder Terminservicestellen, Angebot telemedizinischer Behandlungsoptionen).

werden. Die so ermittelten Gesamtzahlen werden dann – nur beschränkt bedarfsorientiert – regional verteilt. Hierbei werden Morbiditätsunterschiede lediglich im Ausmaß der Mehrleistungen für über 65-Jährige berücksichtigt (Demografiefaktor), wie sie sich in den Abrechnungsdaten widerspiegeln (Endogenitätsproblem). Darüber hinaus ist die Soll-Dichte für Fachärzte in Städten höher (unterstellte Umlandversorgung). Abweichungen aufgrund regionaler Besonderheiten sind möglich. Der auf dieser Basis ermittelte Versorgungsgrad lässt jedoch wichtige Faktoren außer Acht, darunter Unterschiede des tatsächlichen Leistungsangebots (u. a. Spezialisierungen), die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser sowie tatsächliche Erreichbarkeitsunterschiede. Schließlich fehlt der Bedarfsplanung eine prospektive Orientierung, etwa anhand regionaler Bevölkerungsvorausrechnungen.

Ein Ansatzpunkt für eine stärker wettbewerbliche Steuerung ergibt sich aus den Problemen, die gegenwärtig bei der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung diskutiert werden. Aus Sicht der Versicherten und Patienten wird nämlich das durch die Bedarfsplanung gesteuerte ärztliche Versorgungsangebot an vielen Stellen als nicht ausreichend angesehen. Ein in letzter Zeit viel diskutierter Indikator hierfür ist, dass Patienten mit akuten Beschwerden zunehmend unmittelbar Klinik-Notaufnahmen aufsuchen, und zwar auch während der regulären Sprechstundenzeiten (vgl. auch Kapitel 3.2.1). Zahlreiche vertiefende Untersuchungen zu den Motiven hierfür zeigen als einen Einflussfaktor für (gerade jüngere) Versicherte die zeitliche Flexibilität. In der jüngsten Versichertenbefragung für die KBV gaben 15 % der Versicherten mit Praxisbesuch an, dass sie länger als drei Wochen auf ihren Termin warten mussten, unter den gesetzlich versicherten lag der Anteil mit einer über dreiwöchigen Terminwartezeit bei Fachärzten bei 34 % (KBV 2018).

Die im Rahmen der Bedarfsplanung gemessenen Versorgungsgrade reflektieren diese Entwicklungen nicht, sondern signalisieren überwiegend eine ausreichende Ärztedichte, wenn nicht sogar Überversorgung. Untersuchungen zeigen, dass eine höhere Arztdichte positiv auf die Versorgungsqualität wirkt (am Beispiel von kritischen Arzneimittelverordnungen sowie der Häufigkeit ambulant-sensitiver Krankenhausfälle: Stroka-Wetsch/Talmann/Linder 2016, Albrecht/Zich 2016). Die gegenwärtige Steuerung ist somit nur unzureichend nachfrageorientiert, der Anspruch auf gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung ist nicht erfüllt. Eine wesentliche Ursache hierfür ist letztlich eine kartellartige Situation: Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen verhandeln die Honorierung ärztlicher Leistungen; unter den Bedingungen eines begrenzten Budgets haben beide Seiten kein Interesse an einer Zunahme des Leistungsangebots.

3.3.2 Ansätze für eine stärker wettbewerbliche Steuerung

Am Beispiel der Notfallversorgung wird derzeit diskutiert, ob und wie sich die Strukturen des Versorgungsangebots an den Patienten auszurichten haben oder die Patienten „richtig“ in die vorhandenen Strukturen gesteuert werden können (z. B. durch eine „Notfallgebühr“). Das Ziel wettbewerblicher Steuerungsansätze

ist es, dass sich das Angebot ambulanter ärztlicher Versorgung stärker nachfrageorientiert entwickelt, d. h. sich weitergehend an den – sich teilweise wandelnden – Präferenzen sowohl der Versicherten als auch der Patienten ausrichtet und den hierfür erforderlichen Strukturwandel durch innovative Ansätze vollzieht.

Bei der Frage nach mehr Wettbewerb in der ambulanten ärztlichen Versorgung geht es an erster Stelle zwangsläufig um eine Auseinandersetzung mit der bestehenden Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Seiten der Vertragsärzte in Fragen des Marktzugangs und der Honorierung. Die Gesetzgebung hat zwar in der Vergangenheit bereits zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um diese Monopolstellung einzuschränken (s. o.); solange aber den KVen die Pflicht zur flächendeckenden Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auferlegt ist, erscheint eine völlige Beseitigung monopolistischer Gestaltungsspielräume – wie in anderen Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge auch – unrealistisch. Eine Option, diese Situation grundlegend zu ändern, wäre – analog zum Konzept einer monistischen Krankenhausfinanzierung (vgl. Kapitel 3.2.3) – eine Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die (im Wettbewerb stehenden) Krankenkassen mit einem flankierenden staatlichen Monitoring des regionalen Zugangs zur Versorgung. Bislang fehlen für einen solchen Ansatz konkrete Konzepte, zumal ihn die Krankenkassen selbst nicht verfolgen.

Von zentraler Bedeutung für den Erhalt und den Ausbau der Wettbewerbsorientierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist es daher, dass alternative Angebote zur kollektivvertraglichen Regelversorgung be- und entstehen können. Derzeit haben Krankenkassen die Möglichkeit, mit (Gruppen von) Leistungserbringern im Rahmen von Selektivverträgen alternative Versorgungsangebote für ihre Versicherten zu schaffen. Die gesetzlichen Möglichkeiten hierfür wurden, wie dargestellt, seit Ende der 1990er Jahre geschaffen und weiterentwickelt. Die Marktanteile selektivvertraglicher Alternativangebote sind zwar insgesamt relativ gering geblieben, dennoch haben diese Angebote wettbewerblichen Druck auf das KV-System ausgeübt. Derzeit fehlt es dem selektivvertraglichen Wettbewerb an Dynamik. Um ihn zu fördern, sind Anpassungen der Rahmenbedingungen erforderlich (vgl. hierzu das folgende Kapitel 3.4).

Darüber hinaus entsteht für das KV-System Wettbewerb durch die Öffnung des Marktes für ambulante ärztliche Versorgung für neue Anbieter, die selbst nicht Mitglied der KVen sind. Ein wesentlicher Schritt hierfür war die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) zur kassenärztlichen Versorgung seit dem Jahr 2004. Deren Träger konnten neben Vertragsärzten/-psychotherapeuten auch alle anderen, nach SGB V zugelassenen Leistungserbringer sein (darunter Apotheker, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer). Die KVen haben sich, regional unterschiedlich, gegen diese neuen Konkurrenten teilweise heftig gewehrt. Der Gesetzgeber hat dem politischen Druck teilweise nachgegeben und mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ab dem Jahr 2012 das Spektrum möglicher MVZ-Gründer bzw. -Rechtsformen erheblich eingeschränkt (vor allem Ausschluss von Leistungserbringern ohne „medizi-

nisch-fachlichen Bezug“ bzw. von „Investoren, die allein Kapitalinteressen verfolgen“ und von Aktiengesellschaften). Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) wurden hingegen die Möglichkeiten für eine Teilnahme von MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung erweitert: Seit dem Jahr 2015 können auch fachgruppengleiche (insbesondere reine Haus- oder Zahnarzt-) MVZ zugelassen werden, Kommunen können MVZ gründen und die Stellung von MVZ in Praxis-Nachbesetzungsverfahren wurde gestärkt. Durch das geplante TSVG sollen zwar einerseits nun auch Praxisnetze zumindest in unterversorgten Regionen MVZ gründen dürfen, jedoch soll gleichzeitig die Möglichkeit zur MVZ-Gründung für Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen beschränkt werden. Darüber hinaus gibt es Forderungen an das BMG nach weitergehenden Einschränkungen bei Zahnarzt-MVZ.

Die o. a. Einschränkungen und öffentliche Kritik an den MVZ wird mit der Gefahr begründet, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden könnten bzw. nicht mehr unabhängig seien.⁴³ Darüber hinaus würden MVZ-Gründungen durch Investoren zu einer weiteren Ausdünnung der ambulanten Versorgungsangebote in ländlichen Regionen beitragen. Tatsächlich fehlt es bislang an Evidenz zum Zusammenhang zwischen ärztlicher Unabhängigkeit und Trägerstrukturen von MVZ. Darüber hinaus weisen die (beabsichtigten) Regelungen Widersprüche auf: Gewinnerorientierte Krankenhäuser in privater Trägerschaft dürfen weiterhin MVZ gründen, vor allem aber unterliegen sämtliche Leistungserbringer (auch nichtärztlicher Dialyseleistungen) derselben engmaschigen Regulierung, auch in Bezug auf die ärztliche Entscheidungsfreiheit. Hinsichtlich des regionalen Zugangs der Versorgung schließlich stellt sich die Frage nach Ursache und Wirkung: Der ärztliche Nachwuchs lässt sich für die Versorgung teilweise nur noch in bevorzugten Wohnregionen und mit geregelten/flexiblen Arbeitszeiten gewinnen. Gerade letzteres bieten MVZ.⁴⁴

Zur Stärkung wettbewerblicher Steuerung in der ambulanten Versorgung sollten daher die bestehenden und geplanten Marktzugangsbeschränkungen kritisch geprüft und möglichst weitgehend aufgehoben werden. Dies gilt neben den MVZ aktuell auch für den Bereich digitaler Versorgungsangebote. Zwar betreffen diese nicht nur die ambulante ärztliche Versorgung, allerdings konzentriert sich die Entwicklung der Telematikinfrastruktur derzeit auf den Bereich der Vertragsarztpraxen (Krankenhäuser und Apotheken können gegenwärtig noch nicht angeschlossen werden). Bis Jahresende 2018 entwickelt die Gesellschaft für Telematik-

⁴³ Der Vorsitzende der KZBV warnte in diesem Zusammenhang vor einem „Ausverkauf zahnmedizinischer Versorgung an renditeorientierte Finanzjongleure und Spekulanten“ (vgl. <https://www.kzbv.de/pressemitteilung-vom-22-8-2018.1251.de.html>)

⁴⁴ Die MVZ spiegeln besonders deutlich den Trend zum Angestelltenverhältnis: Zum Jahresende 2016 waren insgesamt 2.490 MVZ zugelassen. In ihnen waren 16.009 Ärzte bzw. Psychotherapeuten tätig, das entspricht einem Anteil von 9,4 % aller an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten. Davon waren 1.449 Vertragsärzte/-psychotherapeuten (Anteil an allen: 1,1 %) und 14.560 angestellte (fast die Hälfte aller angestellten). Im Durchschnitt waren in einem MVZ 6,4 Ärzte/Psychotherapeuten tätig. (Quelle: KBV)

anwendungen der Gesundheitskarte (gematik) die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakten (ePA). Die Krankenkassen sollen gemäß Entwurf des TSVG dazu verpflichtet werden, ihren Versicherten spätestens ab dem Jahr 2021 eine von der gematik zugelassene Patientenakte anzubieten. Für eine wettbewerbliche Ausrichtung der Entwicklung solcher Angebote sollte es auch anderen Anbietern unter denselben Zulassungsvoraussetzungen diskriminierungsfrei möglich sein, den Versicherten ePAs anzubieten, von denen weitreichende Wirkungen auf die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie die Vernetzung der Leistungserbringer erwartet werden. Neue digitale Versorgungsangebote betreffen darüber hinaus den Bereich der Telemedizin, denen sich der GKV-Markt derzeit zumindest im Rahmen von Modellprojekten öffnet („docdirekt“ in Baden-Württemberg).

Weiteres Potenzial einer stärker wettbewerblichen Steuerung ist im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung als zentrale Marktzugangssteuerung zu diskutieren. Ein wettbewerbliches Gegenmodell wäre eine Kombination aus weitgehender Niederlassungsfreiheit und finanziellen Anreizen, um den Zugang zur ärztlichen Versorgung auch in strukturschwachen Regionen sicherzustellen.⁴⁵ Wegen der massiven Vorbehalte auf Seiten der Kostenträger angesichts des Risikos angebotsinduzierter Nachfrage erscheint ein solcher Ansatz derzeit unrealistisch (obgleich ein eindeutiger empirischer Nachweis der Angebotsinduzierung bislang aussteht). Auch durch die Gestaltung des Vergütungssystems können wirksame Anreize gesetzt werden, übermäßige Leistungsexpansion zu verhindern. Kritisch zu sehen sind jedoch aktuell diskutierte Vorstellungen, das System der Bedarfsplanung zu einer detaillierten kleinräumigen Leistungsplanung auszubauen. Entwicklungspotenziale der Bedarfsplanung bestehen definitiv hinsichtlich einer aussagekräftigen Erfassung der Zugangsunterschiede zur ambulanten ärztlichen Versorgung sowie einer stärkeren Bedarfsorientierung der regionalen *Verteilung* vorhandener ärztlicher Kapazitäten. Die Frage des erforderlichen *Niveaus* ärztlicher Behandlungskapazitäten bleibt aber letztlich eine Frage der Finanzierbarkeit. Eine leistungsbezogene Planung läuft überdies Gefahr, strukturkonservierend zu wirken. Wettbewerbsfördernd wäre es stattdessen, die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags stärker zu flexibilisieren, insbesondere mit Blick auf innovative (telemedizinische) Versorgungsformen.

Ein wesentliches wettbewerbliches Element der ambulanten ärztlichen Versorgung ist schließlich die freie Arztwahl. Sie kann um so stärker effizienzsteigernd wirken, je größer die Transparenz der Leistungsqualität für die Versicherten und Patienten ist. Gegenüber dem Krankenhausmarkt (vgl. Kapitel 3.2.1) wird in Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung ein Transparenzrückstand kritisiert. Zur Wettbewerbsstärkung sind daher transparenzerhöhende Maßnahmen zu empfeh-

⁴⁵ So forderte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2014 bereits unter den gegenwärtigen Bedingungen signifikante Vergütungszuschläge für Landärzte.

len (vgl. Albrecht/Ochmann 2018). So ermöglichte – angesichts einer zunehmenden Spezialisierung von Ärzten auch und gerade innerhalb derselben Fachgruppe – eine größere Transparenz über das Leistungsprofil eine bessere Orientierung bei der Wahl einer Arztpraxis (z. B. Angebot spezifischer Therapierichtungen oder von Hausbesuchen).⁴⁶ Auch vergleichbare Informationen über Unterschiede der (Termin-)Wartezeiten zwischen den Arztpraxen stehen Patienten derzeit nur eingeschränkt zur Verfügung, zumal bislang noch relativ wenige Praxen Onlineterminmanagementsysteme nutzen. Informationen zum Vergleich der Ergebnisqualität ambulanter Versorgung sind datentechnisch und methodisch voraussetzungsvoll, für verbreitete chronische Erkrankungen existieren jedoch bereits etablierte Qualitätsindikatoren, die bislang jedoch (für die strukturierten Behandlungsprogramme) nur aggregiert berichtet werden. Für die Qualitätsdarstellung verstärkt genutzt werden sollten überdies faktenorientierte Befragungsansätze zur Erfassung von patientenbezogenen Erfahrungen und Outcomes.

3.4 Wettbewerb um neue, sektorenübergreifende Versorgungsformen

3.4.1 Gegenwärtige Hemmnisse des selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs

Am wenigsten Veränderungsdynamik konnten die bisherigen (selektivvertraglichen) Wettbewerbsansätze hinsichtlich des Ziels entfalten, innovative und vor allem sektorenübergreifende Versorgungsformen und damit verbundene neuartige Vergütungsmodelle hervorzubringen. Gerade an den Sektorengrenzen der Gesundheitsversorgung werden die größten Effizienzpotenziale vermutet (vgl. Kapitel 3.2.1). So hemmen sektoral unterschiedliche und nicht bzw. nur wenig miteinander abgestimmte Regelungen der Bedarfsplanung, der Vergütung, der Mengensteuerung und der Qualitätssicherung eine ganzheitlich orientierte Patientenbehandlung. Dass Behandlungen mit gleicher Indikation sektorenspezifisch in Höhe und Systematik divergierend vergütet werden, wird als ein zentrales Steuerungsdefizit in der Versorgung gewertet.⁴⁷ Verschärft werden die daraus resultierenden Fehlanreize durch die Sektorierung von Vergütungs- bzw. Ausgabenbudgets, die eine flexible Leistungsallokation behindert.

Die Gesetzgebung hatte daher schon vor längere Zeit die Möglichkeit selektiver Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) geschaffen. Ein Novum in wettbewerblicher Hinsicht war die ausdrückliche Zielsetzung, die IV außerhalb der Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen stattfinden zu lassen, speziell auch

⁴⁶ Solche Leistungsprofile ließen sich auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand detailliert abbilden.

⁴⁷ Eine eigene aktuelle Analyse anhand ausgewählter Fallbeispiele ergab ein Spektrum von Mehrkosten der stationären gegenüber der ambulanten Behandlung von etwas über 10 % bis zum 16,5-fachen (Albrecht/Al-Abadi 2018).

bezüglich der Vergütung. In Gang kamen die IV-Verträge aber erst durch gesetzliches Nachsteuern, u. a. da zunächst die Kassenärztlichen Vereinigungen noch eine faktische Veto-Möglichkeit besaßen und die Voraussetzungen für eine Budgetbereinigung fehlten (letzteres begründete eine temporäre Anschubfinanzierung). Dennoch ist die Marktbedeutung der IV nach wie vor gering, der Anteil der in ihrem Rahmen getätigten an den gesamten GKV-Leistungsausgaben blieb stets unterhalb von einem Prozent.

Als Ursachen des mangelnden selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs (nicht nur an den Sektorengrenzen) werden häufig eine inkonsistente, teilweise widersprüchliche Gesetzgebung und eine daran anknüpfende überzogene regulative Kontrolle der selektivvertraglichen Aktivitäten durch die Aufsichtsbehörden genannt (vgl. Kapitel 3.3.1). Diese lassen sich aber auch als Ausdruck grundlegender Hemmnisse eines selektivvertraglichen Wettbewerbs deuten, der durch Innovationen differenzierte Versorgungsangebote ermöglicht (vgl. Albrecht/Neumann/Nolting 2015, S. 21 ff.).

- ◆ Für **Versicherte** stellen sich differenzierte Versorgungsangebote oft wenig transparent dar, und sie sind nur begrenzt in der Lage, unterschiedliche Versorgungsqualitäten zu bewerten. Doch ein nachvollziehbares Qualitätsversprechen ist erforderlich, wenn Versicherte im Sinne der Selektivität Beschränkungen der freien Wahl der Leistungserbringer akzeptieren sollen. Darüber hinaus ist das Angebot innovativer Versorgungsformen primär für diejenigen Versicherten relevant, die Versorgungsleistungen häufig oder gerade intensiv in Anspruch nehmen – also die (chronisch kranken) Patienten. Sie stellen jedoch (zeitpunktbezogen) nur eine Minderheit unter den Versicherten; sie gelten überdies als weniger preisreagibel und bereit, ihre Krankenkasse zu wechseln.⁴⁸ Die grundsätzlich wechselbereite Mehrheit der Versicherten ist dagegen überwiegend gesund, preisreagibel und gewichtet ihre zukünftigen Versorgungsbedürfnisse bei der aktuellen Wahl der Krankenkasse relativ gering, zumal es ihnen die freie Kassenwahl ermöglicht, erst dann zu einer u. U. teureren Krankenkasse mit innovativen Versorgungsangeboten zu wechseln, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat.
- ◆ **Krankenkassen** können unter diesen Umständen mit einem Angebot selektivvertraglicher innovativer Versorgungsformen ihre Position im Beitragswettbewerb kaum verbessern, zumal innovative Versorgungsangebote teilweise hohe Entwicklungs-, Investitions- und Transaktionskosten bei häufig nur geringer Teilnehmerzahl verursachen. Nicht zuletzt infolge der Kassenwahlfreiheit ist außerdem unsicher, wann bzw. inwiefern eine Amortisation solcher Investitionen überhaupt gelingen kann, es ergeben sich somit „Trittbrettfahrerprobleme“ (vgl. auch Mikkers/Ryan 2014). Die Logik längerfristiger Investitionen führt außerdem zu Konflikten mit dem sozialrechtlichen Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Krankenkassen

⁴⁸ Vgl. Pendzialek/Simic/Stock (2016) und (2017).

können zwar Investitionen in innovative Versorgungsangebote durch Zusatzbeiträge finanzieren, sie müssten dann jedoch unmittelbar mit teilweise spürbaren Wettbewerbsnachteilen rechnen. Maßnahmen mit dem Ziel unmittelbarer Kostensenkung versprechen dagegen deutlich größere Vorteile im Beitragswettbewerb. Die Zusatzbeitragsvermeidung als Handlungsmaxime hat Investitionen der Kassen in neue Versorgungsmodelle und Vertragsinnovationen massiv gehemmt.

- ◆ Schließlich gibt es auch ausgeprägte **(gesundheits-)politische Vorbehalte** gegen eine Ausdifferenzierung von Versorgungsangeboten durch selektivvertraglichen Innovationswettbewerb. Unterschiedliche Versorgungsangebote je nach Kassenzugehörigkeit und/oder Wohnortregion werden im Widerspruch zum gesundheitspolitischen Postulat der Versorgungsgleichheit gesehen. Darüber hinaus sind bestehende Versorgungsangebote vielfach von hoher kommunalpolitischer Bedeutung für die regionale Infrastruktur, Wirtschaftskraft und Arbeitsplätze. Ein selektivvertraglicher Wettbewerb, der mit der Kündigung bestehender Versorgungsangebote einhergeht, stößt daher auf entsprechend große Akzeptanzprobleme.

Die dem GKV-WSG nachfolgende Gesetzgebung folgt in ihrer Grundausrichtung zunehmend planwirtschaftlichen und regulatorischen Steuerungsansätzen (vgl. Albrecht/Neumann/Nolting 2015, S. 16 ff.) und verzichtet mittlerweile auch weitgehend auf wettbewerbliche Rhetorik. Besonders erkennbar wird dies an der Einrichtung des Innovationsfonds durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), aus dessen Mitteln neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der GKV im Zeitraum 2016 bis 2019 mit 300 Mio. Euro jährlich gefördert werden. Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsausschuss bestimmt über Förderschwerpunkte und Förderkriterien sowie über die Mittelverwendung. Mit dem Innovationsfonds hat sich der Gesetzgeber für den Bereich der Versorgungsinnovationen auf eine zentralisierte Investitions- und Innovationslenkung festgelegt.⁴⁹ Selektivverträge werden damit von einem potentiellen Impulsgeber zu einem möglichen Durchführungsweg degradiert. Sie sind dem Innovationsfonds „zur ergänzenden Förderung neuer Versorgungsprojekte“ nachgeordnet.

3.4.2 Ansätze für eine Stärkung des Innovationswettbewerbs

Derzeit sind vor allem die Leistungsanbieter bzw. Industrieunternehmen Treiber von Innovationen, allerdings liegt der Schwerpunkt hier auf Produkt-, kaum aber auf Prozessinnovation. Aus Sicht der Krankenkassen gehen diese Innovationen häufig mit einer Verschlechterung der Kosteneffektivität einher, d. h.: die Kosten steigen stark, während eine Verbesserung der Versorgungsqualität häufig unsicher

⁴⁹ Im Koalitionsvertrag ist die Weiterentwicklung und Fortsetzung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von 200 Mio. Euro jährlich vereinbart worden.

ist. Krankenkassen sollten daher – im Unterschied zu den Leistungsanbietern – wettbewerbliche Anreize erhalten, sich um die Art von Innovationen zu bemühen, welche die patientenrelevante Kosteneffektivität erhöhen.⁵⁰ Die größeren Potenziale zur Steigerung der Kosteneffektivität liegen dabei in der Versorgung chronisch bzw. schwer kranker Patienten. Ziel ist also, dass sich die Krankenkassen mit ihren Angeboten im Wettbewerb viel stärker als heute an diesen Versichertengruppen orientieren, denn sie sind in besonderem Maße auf eine sektoren- und disziplinübergreifend koordinierte Versorgung angewiesen, die im Rahmen der sektorierten Regelversorgung häufig nur unzureichend gewährleistet werden kann. Das bedeutet aber auch, dass für neue, integrierte Versorgungsformen keine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ anzustreben ist, wie es noch mit dem GKV-WSG zum Ziel erhoben wurde.

Ein solcher Innovationswettbewerb wird kassenseitig gegenwärtig vor allem durch die finanzierungsbezogenen Rahmenbedingungen behindert. Hierzu zählen

- ◆ die Zusatzbeitragsvermeidung als prioritäre Strategie im beitragsdominierten Wettbewerb, wodurch finanzielle Spielräume für Investitionen in innovative Formen der Versorgungsorganisation stark eingeengt werden,
- ◆ die nach wie vor bestehenden Unterdeckungen der Kosten multimorbider Versicherter im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen, die chronisch oder mehrfach Kranke als Zielgruppe des Kassenwettbewerbs unattraktiv machen,
- ◆ der sozialrechtliche Grundsatz der Beitragssatzstabilität, an dem sich auch die Kassenaufsichtsbehörden maßgeblich orientieren,
- ◆ das Verbot von Quersubventionierungen im Zusammenhang mit Wahltarifen.

Um den Krankenkassen effektive finanzielle Anreize für den Innovationswettbewerb zu setzen, sollte an Stelle des Innovationsfonds ein eigenständiges Krankenkassenbudget für Forschung und Entwicklung innovativer Versorgungsprozesse eingeführt werden (vgl. hierzu den Konzeptvorschlag von Albrecht/Neumann/Nolting 2015). Der finanzielle Umfang eines solchen FuE-Budgets könnte auf jährlich z. B. 0,5 % des gesamten Beitragsaufkommens festgelegt werden (2017: knapp 1,1 Mrd. Euro).

Die FuE-Mittel würden krankenkassenindividuell und morbiditätsorientiert reserviert, so dass Krankenkassen, deren Versicherte eine nach den Kriterien des Risikostrukturausgleich durchschnittlich höhere Morbidität aufweisen, entsprechend

⁵⁰ Die von ihnen angestoßenen Innovationen sollten darauf gerichtet sein, die Kosten pro „Einheit Versorgungsqualität“ zu senken. Eine „Einheit Versorgungsqualität“ kann hierbei umfassend gemessen werden, z. B. als zusätzlich gewonnene qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALY, DALY), oder indikationsspezifisch, z. B. als Anzahl verhinderter Schlaganfälle oder als Anzahl verhinderter Fußamputationen bei Diabetes-Patienten.

höhere Ansprüche auf FuE-Mittel je Versicherten erhielten.⁵¹ Einsatz und Verwendung der FuE-Mittel würden in einem dezentralen Prozess durch die einzelnen Krankenkassen gesteuert. Aufgrund der nach wie vor bestehenden Hemmnisse, in den Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke und multimorbide Patienten zu investieren (Überdeckung gesunder Versicherter im Risikostrukturausgleich, Möglichkeit zum Kassenwechsel), sollten ergänzende Vorgaben eine möglichst zielgemäße Verwendung unterstützen. So könnte die Verwendung der FuE-Mittel verpflichtend an Selektivverträge für besondere Versorgung (gemäß § 140a SGB V) oder Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung (§ 63 SGB V) gebunden werden. Darüber hinaus kommen folgende Bedingungen in Betracht:

- ◆ Bevor eine Krankenkasse die ihr zugewiesenen FuE-Mittel ausgeben kann, sollte sie vorab öffentlich deklarieren, für welche konkrete innovative Versorgungs- bzw. Organisationsform die FuE-Mittel eingesetzt werden sollen, wie hoch die geplante Anzahl der Versicherten ist, die hieran teilnehmen sollen, wie durch diese besondere Versorgung die Kosteneffektivität erhöht und anhand welcher Zielgrößen dies gemessen werden soll. Die Vorab-Meldungen wären entweder an die zuständige Aufsichtsbehörde oder an eine fachlich ausgewiesene Stelle zu richten, welche formal die Vollständigkeit und Aussagekraft der Angaben prüfte (nicht jedoch die inhaltliche Plausibilität der zugrunde gelegten Wirkungszusammenhänge) und die Meldungen veröffentlichte.
- ◆ Der Abruf der FuE-Mittel könnte anteilig teilnahmeabhängig gestaltet werden, z. B. 50 % pauschal vorab zur Finanzierung von Overhead-Kosten des Aufbaus selektiver Vertrags- bzw. Versorgungsstrukturen und 50 % in Abhängigkeit der erreichten Teilnahme der Versicherten. Krankenkassen hätten dadurch Anreize, eine realistische Teilnehmerzahl zu planen und Maßnahmen zu ergreifen, um diese Teilnehmerzahl auch zu erreichen.
- ◆ Die Krankenkassen sollten die von ihr initiierten besonderen Versorgungsformen, für die FuE-Mittel verwendet wurden, durch unabhängige Stellen hinsichtlich Kosteneffektivität und Innovationsgehalt evaluieren lassen und die Ergebnisse veröffentlichen. Dass die bisherigen Erfahrungen mit selektivvertraglich organisierter Versorgung nur wenig Erkenntnisfortschritt gebracht haben, ist auch wesentlich darauf zurückzuführen, dass es – mit Ausnahme der strukturierten Versorgungsprogramme – keine

⁵¹ Technisch würde das FuE-Budget durch eine Kürzung der Summe der Alters- und Geschlechtszuweisungen in der Größenordnung, die 0,5 % des gesamten Beitragsaufkommens entspricht, finanziert. Diese FuE-Mittel würden dann den einzelnen Krankenkassen über die Morbiditätszuweisungen nach Maßgabe der HMG-Zuschläge zugeordnet. Zunächst könnten aber die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds zur Aufbringung des FuE-Budgets abgeschmolzen werden. Sie beliefen sich zuletzt (Stand 15.01.2018) auf rd. 9,1 Mrd. Euro.

Pflicht zur Evaluation gibt. Um die Funktionsfähigkeit des Innovationswettbewerbs zu gewährleisten, sind methodische Standards der Evaluation vorzugeben, um die Evaluationsergebnisse zwischen den Krankenkassen vergleichbar zu machen. Eine Publikationspflicht ermöglicht es, dass unterschiedliche Ergebnisse von Evaluationen vergleichbarer innovativer Versorgungsprozesse öffentlich diskutiert werden können. Die einzelnen Krankenkassen können hieraus unterschiedliche Konsequenzen für die Entwicklung ihrer Versorgungsangebote im Rahmen des Innovations- und Imitationswettbewerbs ziehen. Es ist davon auszugehen, dass auch bei einer Publikationspflicht ausreichend Innovationsanreize erhalten bleiben, da Innovatoren beim Auf- und Ausbau neuer Versorgungsprozesse substantielle First-Mover-Vorteile erzielen können.

Eine alternative oder ergänzende Maßnahme zur Stärkung des Wettbewerbs um neue Versorgungsformen könnte an dem Investitionshemmnis ansetzen, dass eine Amortisation durch die unbegrenzte Möglichkeit des Kassenwechsels unsicher ist. Die freie Kassenwahl bleibt ein konstitutives Element des Krankenversicherungswettbewerbs in der GKV. Diskussionswürdig wäre aber, größere Spielräume für freiwillige Selbstverpflichtungen der Versicherten zu schaffen (Verzicht auf Kassenwechsel für bestimmten Zeitraum), wenn sie sich für besondere Versorgungsprogramme ihrer Krankenkasse entscheiden und letztere hierfür Finanzmittel investiv einsetzt.

3.5 Wettbewerbspotenziale auf dem Krankenversicherungsmarkt

3.5.1 Versicherungsmarkt der GKV

Der Wettbewerb auf dem GKV-Versicherungsmarkt konzentriert sich bislang stark auf den Parameter Preis bzw. (Zusatz-)Beitrag (vgl. Bünnings et al. 2015). Die Preiselastizität der Versicherungsnachfrage ist in Deutschland im Bereich der GKV auch im internationalen Vergleich relativ hoch (vgl. Pendzialek/Simic/Stock 2016). Insbesondere während der zwischenzeitlichen Umstellung auf einkommensunabhängige Zusatzbeiträge durch das GKV-Finanzierungsgesetz (2011-2014) war ein deutlicher Anstieg der Preiselastizität zu beobachten, der mit teilweise starken Mitgliederverlusten von Krankenkassen verbunden war, die Zusatzbeiträge erhoben (vgl. Pendzialek et al. 2015, Albrecht/Neumann 2013). Seit der Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge ab dem Jahr 2015 haben sich die Mitgliederverluste von Krankenkassen mit überproportionalen Zusatzbeiträgen erheblich verlangsamt (vgl. Deutscher Bundestag 2018).

Gegenüber dem Preis spielen Wahltarife, die von Krankenkassen im Wettbewerb (gem. § 53 Nr. 1, 2, 4, 5, 7 SGB V) angeboten werden können (z. B. Selbstbehalttarife), nur eine untergeordnete Rolle. Unter versicherungsökonomischen Gesichtspunkten sind sie in der GKV kaum begründbar, weil sie konzeptionell letztlich auf Risiko- bzw. Selbstselektion von Versicherten abzielen (was jedoch gerade durch

§ 53 Abs. 9 SGB V unterbunden werden soll).⁵² Positiv davon zu unterscheiden sind die Wahltarife, die Krankenkassen verpflichtend im Zusammenhang mit neuen Versorgungsformen anzubieten haben (§ 53 Abs. 3 SGB V), die allerdings – wie oben ausgeführt – bislang nur eine nachgeordnete Rolle im Krankenkassenwettbewerb spielen. Auch die anderen, nicht-preislichen Wettbewerbsparameter (Zusatz- bzw. Satzungsleistungen, Servicequalität) sind für Versicherte insgesamt von geringerer Bedeutung (vgl. Bünning et al. 2015).⁵³

Neben der fehlenden Verknüpfung von Preis- und Vertragswettbewerb (s. o.) wird auch die Funktionsfähigkeit des Preiswettbewerbs für sich genommen kontrovers bewertet. Im Mittelpunkt steht hierbei der **Risikostrukturausgleich** (RSA) zwischen den Krankenkassen. So kritisiert ein Teil der Krankenkassen, dass der RSA wettbewerbsverzerrend wirke, weil infolge seiner Verteilung der Finanzmittel kein systematischer Zusammenhang (mehr) bestehe zwischen der Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse einerseits und ihrer Position im Beitragswettbewerb andererseits. Einen zentralen Aspekt hierbei bildeten die (unterschiedlichen) Möglichkeiten der Krankenkassen, die Morbiditätsdokumentation der Ärzte – u. a. im Rahmen von Selektivverträgen – zu beeinflussen, um hierdurch höhere (morbiditätsbezogene) Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten und die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern.

Das wesentliche Ziel des RSA besteht in der Verringerung der Anreize zur Risikoselektion, die in jedem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem mit Kontrahierungszwang und risikounabhängigen Beiträgen erforderlich ist. Dabei zielt der RSA in der GKV sowohl auf ausgabenseitige Risikoselektionsanreize aufgrund von Morbiditätsunterschieden als auch – aufgrund der einkommensabhängigen Beitragsgestaltung – auf einnahmeseitige Risikoselektionsanreize. Seit Einführung des Gesundheitsfonds, dessen Zuweisungen durch den RSA angepasst werden, findet ein vollständiger Finanzkraftausgleich statt. Zudem basieren seitdem die Risikoadjustierungen – neben Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung – zusätzlich auf anhand von Diagnosedaten unmittelbar gemessenen Morbiditätsunterschieden.⁵⁴ Durch den RSA sollen faire Wettbewerbsbedingungen geschaffen werden: Jede Krankenkasse soll durch die Zuweisungen so gestellt werden, als würde sie eine Versicherten- bzw. Risikostruktur aufweisen, die hinsichtlich der Ausgleichsfaktoren dem Durchschnitt aller Krankenkassen entspricht. Indem der RSA dabei nicht

⁵² Die Monopolkommission (2017) fordert, variable Kostenerstattungstarife der GKV, die im Wettbewerb zu den privaten Zusatzversicherungen stehen, abzuschaffen.

⁵³ Das Wettbewerbsverhalten der Krankenkassen in Bezug auf diese Parameter wird zudem dahingehend kritisiert, dass Zusatzangebote ohne Wirksamkeitsnachweis und Bonusprogramme vor allem zur Bindung und Akquise von Versicherten mit guten Risiken eingesetzt würden (vgl. BVA 2018). Die Monopolkommission kritisiert, dass im Hinblick auf Satzungsleistungen nur ein „Scheinwettbewerb“ mit geringer Effizienzwirkung stattfinde (Monopolkommission 2017, S. 43 f.).

⁵⁴ Allerdings ist die Auswahl der Morbiditätsgruppen gem. § 268 Abs. 1 Nr. 5 SGB V auf 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu beschränken.

an tatsächliche, sondern an durchschnittliche, standardisierte Leistungsausgaben der Krankenkassen anknüpft, werden wirtschaftliche Fehlanreize vermieden.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs kam in seinem jüngsten Sondergutachten einerseits zu dem Ergebnis, dass die Beitragssatzspannen seit Einführung des Gesundheitsfonds deutlich abgenommen haben und mittlerweile kein merklicher Zusammenhang zwischen der Morbiditätslast, wie sie vom RSA gemessen wird, und den Deckungsquoten der Krankenkassen besteht (Drösler et al. 2017). Andererseits stellt er fest, „dass Krankenkassen mit seit 2009 zunehmender Morbidität über die Jahre tendenziell leicht unterdeckt, Krankenkassen mit im Zeitverlauf abnehmender Morbidität kontinuierlich leicht überdeckt sind. ... Krankenkassen, die ein Versichertenwachstum haben, weisen in den meisten Jahren eher Überdeckungen auf, schrumpfende Krankenkassen sind eher unterdeckt.“ Somit zeichnet sich eine Tendenz zu einer sich selbst verstärkenden Risikoentmischung von Versichertenbeständen ab.

Infolge der Dynamik des Beitragswettbewerbs und den dadurch bedingten Selbstverstärkungseffekten kann letztlich auch der seit der Reform ab dem Jahr 2009 deutlich zielgenauere morbiditätsorientierte RSA risikoselektionsbedingte Wettbewerbsverzerrungen nicht vollständig verhindern. Da gleichzeitig, wie zuvor dargestellt, die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen im Vertrags- bzw. Versorgungsmanagement faktisch beschränkt sind, prägen diese Wettbewerbsverzerrungen derzeit den Krankenkassenwettbewerb. In diesem Zusammenhang findet der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA auch Belege für manipulative Aktivitäten der Krankenkassen zur Beeinflussung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.⁵⁵

Die Diskussion über die Weiterentwicklung des RSA konzentriert sich derzeit darauf, die gegenwärtige RSA-Zuweisungssystematik um einen **Regionalfaktor** zu ergänzen, um den Beitragswettbewerb der Krankenkassen funktionsfähiger zu machen. Insbesondere Krankenkassen, die sich gegenwärtig im Wettbewerb benachteiligt sehen, knüpfen hieran die Erwartung einer stärkeren Nivellierung von Deckungsquoten.⁵⁶ Der Wissenschaftliche Beirat hat sich mit dieser Thematik in einem gesonderten Gutachten auseinandergesetzt (Drösler et al. 2018). Er begründet die Notwendigkeit einer Regionalkomponente im RSA mit Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen, die in sich nur teilweise überschneidenden Regionen tätig sind, und mit Anreizen der Krankenkassen zur regionalen Risikoselektion. Unter Wettbewerbsgesichtspunkten wird ein Ausgleich regionaler Ausgabenunterschiede als unkritisch gesehen, insoweit einzelne Krankenkassen keine

⁵⁵ Hierauf deuten die Anstiege der Diagnosehäufigkeiten in den dem RSA zugrundeliegenden Daten hin. Der Beirat weist jedoch auch darauf hin, dass die sich hieraus ergebenden Krankheitsraten im Vergleich zu epidemiologischen Daten nicht auffällig hoch sind und entsprechend als Nachholeffekt der Diagnoseerfassung gedeutet werden können.

⁵⁶ Darüber hinaus argumentiert z. B. das Bundesland Bayern für die Einführung eines solchen Faktors, dass die Versicherten des Bundeslandes überdurchschnittlich in den Gesundheitsfonds einzahlten, aber nur durchschnittliche Zuweisungen in die Region zurückfließen.

Handhabe haben, regionale Kostenniveaus bzw. deren maßgebliche Determinanten (z. B. Arzt-/Bettendichte, Miet-/Immobilienpreisunterschiede) zumindest kurz- bis mittelfristig zu beeinflussen.

Allerdings sprechen die Ergebnisse des Gutachtens zu den regionalen Verteilungswirkungen des RSA dafür, dass die Erwartungen an eine Regionalkomponente überzogen sind. Der aktuelle RSA gleicht bereits knapp 60 % der regionalen Ausgabenvarianz aus. Selbst bei einem vollständigen regionalen Ausgabenausgleich würden voraussichtlich drei Viertel der Deckungsunterschiede zwischen den Krankenkassen erhalten bleiben. Der Beirat zieht daraus den Schluss, dass die gegenwärtigen Deckungsunterschiede nur zu einem kleineren Teil auf die Finanzwirkungen der regionalen Verteilung der Versicherten zurückzuführen seien (Drösler et al. 2018). Empirische Evidenz bezüglich einer regionalen Risikoselektion bleibt spärlich.

Die Wettbewerbsorientierung in der GKV könnte durch die Einführung einer regionalen Ausgleichskomponente stark beeinträchtigt werden, und zwar i. W. aus zwei Gründen:

- ◆ Eine anreizkompatible Trennung zwischen beeinflussbaren und nicht-beinflussbaren Ausgabenunterschieden im Finanzausgleich der Krankenkassen wird durch eine zusätzliche Regionaldimension weitergehend erschwert. Ein Regionalfaktor eröffnet ein breites Spektrum möglicher Ausgleichstatbestände und -modelle. Anreize, durch Selektivverträge mit regionalen Leistungsanbietern die Kosteneffizienz zu erhöhen, könnten hierdurch gemindert werden und – stattdessen – Versorgungsdefizite (Über-, Unter-, Fehlversorgung) konserviert werden. Schließlich würde die Interkorrelation der verschiedenen Ausgleichsfaktoren komplexer und weniger beherrschbar, zumal alle bisherigen Faktoren implizit auch in einer Regionalkomponente enthalten wären.
- ◆ Eine wettbewerbskonforme Alternative zu einem Regionalfaktor ist das Pooling von Ausgabenrisiken auch und gerade in regionaler Hinsicht. Eine Krankenkasse sollte Anreize haben, eine hinsichtlich der erwarteten Kosten ausgewogene Mischung aus Versicherten in „günstigen“ und „teuren“ Regionen zu erreichen.⁵⁷

⁵⁷ Dagegen diskutieren sowohl der Wissenschaftliche Beirat für den RSA (Drösler et al. 2018) als auch die Monopolkommission (2017) die entgegengesetzte Option regional differenzierter Zusatzbeitragssätze, um es überregional aktiven Krankenkassen zu ermöglichen, von ihrer bisher praktizierten Mischkalkulation abzuweichen. Hierdurch würde man nicht nur auf die versicherungsökonomischen Effizienzvorteile erweiterter (regionaler) Risikopooling-Möglichkeiten verzichten, eine solche Differenzierung basiert auch auf der unrealistischen Vorstellung eines ortsgebundenen Inanspruchnahmeverhaltens. Bereits die gegenwärtige Bedarfsplanung orientiert sich an Pendlerbeziehungen; perspektivisch wird die Entwicklung der Versorgungsstrukturen durch eine zunehmende Spezialisierung und (regionale) Konzentration sowie durch die teilweise Ablösung vom Uno-actu-Prinzip gekennzeichnet sein.

Eine solche wettbewerbskonforme Lösung ist jedoch nicht realisierbar, solange das Nebeneinander von Regionalkassen und bundesweiten Krankenkassen fortbesteht. Dieses verursacht gegenwärtig Wettbewerbsverzerrungen, weil Regionalkassen in kostengünstigen Regionen dauerhaft Beitragsvorteile halten können, denn für sie ist im Gegensatz zu bundesweit geöffneten Krankenkassen kein unmittelbarer interner Ausgleich mit „teuren“ Regionen erforderlich. Diese Wettbewerbsverzerrung setzt sich in Form dauerhaft hoher Marktanteile und einer entsprechenden Verhandlungsposition auf den Leistungsmärkten fort (vgl. zur regionalen Marktkonzentration Drösler et al. 2017, S. 15 ff. und Köster 2016). Hinzu kommt die fehlende Einheitlichkeit der Krankenkassenaufsicht (Bundesversicherungsamt für bundesweit geöffnete Krankenkassen vs. Länderbehörden für Regionalkassen), die ebenfalls zu Wettbewerbsverzerrungen führt (vgl. Monopolkommission 2017, S. 52 f.). Eine wettbewerbskonforme Alternative zu einem RSA-Regionalfaktor wäre demnach die bundesweite Öffnung aller Krankenkassen verbunden mit einer Aufsicht, die sich in überprüfbarer Weise an einheitlichen Maßstäben orientiert (Prüfung z. B. durch Bundesrechnungshof).

3.5.2 Wettbewerb in der PKV und an der Systemgrenze

In der PKV hatten zuletzt (2017) 8,75 Mio. Personen eine Krankheitsvollversicherung, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von knapp 10,6 %. Die Option, sich anstatt in der GKV in der PKV zu versichern, haben abhängig Beschäftigte mit Einkommen oberhalb der Arbeitnehmerentgeltgrenze (2018: 4.950 Euro monatlich) sowie – unabhängig vom Einkommen – hauptberuflich Selbständige und Personen mit Beihilfeanspruch.

Die Rahmenbedingungen des Krankenversicherungsmarktes der PKV unterscheiden sich grundlegend von denen in der GKV:

- ◆ Es besteht für die privaten Krankenversicherungsanbieter keine Kontrahierungspflicht (jedoch ein lebenslanger Kündigungsverzicht),
- ◆ die Versicherungsprämien werden nach Art der Lebensversicherung (unter Bildung von Alterungsrückstellungen) kalkuliert und die Höhe bei Eintritt an das Gesundheitsrisiko angepasst (Risikoäquivalenz),
- ◆ die Versicherungsleistungen werden im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips (GKV: Sachleistungsprinzip) erbracht, die PKV-Unternehmen stehen im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenkassen in keiner unmittelbaren vertraglichen Beziehung zu den Leistungserbringern.

Der Wettbewerb in der PKV konzentriert sich weitgehend auf Neukunden. Ein **Wettbewerb um Bestandskunden** findet nur sehr eingeschränkt statt, weil ein Anbieterwechsel mit zunehmender Versicherungsdauer für die Versicherten i. d. R. wachsende finanzielle Nachteile mit sich brächte. Ursache hierfür wiederum ist die erneute Gesundheitsprüfung i. V. m. mit der nur sehr eingeschränkten Möglichkeit, beim bisherigen Anbieter gebildete Alterungsrückstellungen auf einen ande-

ren Anbieter zu übertragen. Der Anteil der Versicherten, die ihren Versicherungsvertrag kündigten (Storno), lag im Jahr 2016 schätzungsweise bei 1,5 %; dabei sinkt die Stornowahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter deutlich ab (vgl. Abbildung 18 im Anhang).

Ob bzw. wie stark sich ein auf Neukunden konzentrierter Prämienwettbewerb in überproportionalen Prämiensteigerungen für Bestandskunden niederschlägt („Vergreisung von Tarifen“), ist umstritten und konnte bislang nicht branchenrepräsentativ, d. h. auf Basis von Bestandsdaten, empirisch untersucht werden. Eine eigene Studie auf Basis von Daten zur Prämienentwicklung bei Neuabschlüssen im Zeitraum 1998 bis 2008 ergab deutliche Hinweise darauf, dass PKV-Unternehmen über neu eingeführte Tarife eine Strategie der Risikoseparierung verfolgt haben (Albrecht et al. 2010). Eine umfassende Auswertung von Bestandsdaten zur Prämienentwicklung im zeitlichen Längsschnitt wurde kürzlich erstmals für ein großes PKV-Unternehmen durchgeführt (Albrecht/Hildebrandt/Sander 2017), kann aber nicht als branchenrepräsentativ gelten.

Hieraus erwächst ein gravierender Mangel an Transparenz, denn Versicherungsnehmer legen sich mit ihrer Anbieter- und Tarifwahl faktisch meist sehr frühzeitig und langfristig fest, es fehlen ihnen aber wesentliche Informationen, um abzuschätzen, welchen relativen Schutz vor zukünftigen Einkommensbelastungen sie von einer konkreten Tarifwahl erwarten können. Auch hinsichtlich des Leistungsumfangs gestaltet sich das Angebot in der PKV angesichts der Tarifvielfalt und – ex post – der Spielräume, die PKV-Unternehmen in der Erstattungspraxis nutzen können, weniger transparent, als häufig der Anschein erweckt wird.⁵⁸ Die verbindliche Definition eines Mindestleistungsumfangs, um die sich der PKV-Verband bemühte, stößt jedoch auf kartellrechtliche Probleme.

Eine Ausweitung der **Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen** als Mittel, um den Bestandswettbewerb in der PKV zu intensivieren, wird seit Jahren diskutiert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat sich bereits in seinem Jahresgutachten 2002/03 für eine Übertragbarkeit prospektiver individualisierter Alterungsrückstellungen ausgesprochen (Ziff. 524 ff.). Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hatte zumindest die Möglichkeit geschaffen, dass Versicherte mit PKV-Eintritt ab dem Jahr 2009 den basistarif-äquivalenten Teil ihrer Alterungsrückstellungen auch bei Wechseln in Normaltarife eines anderen Anbieters übertragen können. Für einen funktionsfähigen Bestandswettbewerb reicht eine derart eingeschränkte Übertragbarkeit nicht aus. Neben der Ausklammerung der Bestandsversicherten mit PKV-Eintritt vor dem Jahr 2009 sind hierfür zwei zentrale Hemmnisse ursächlich:

- ◆ Aufgrund des flachen altersbezogenen Beitragsprofils im Basistarif werden nur relativ niedrige Alterungsrückstellungen aufgebaut, weil die Glättungsanforderungen an das Deckungskapital entsprechend gering sind.

⁵⁸ Dies betrifft insbesondere auch die privat Versicherten mit Beihilfeanspruch in Bezug auf die Leistungsübernahme durch die Beihilfe.

Insbesondere für Versicherte, die in ihrem bisherigen Volltarif infolge langer Versicherungsvertragslaufzeiten und/oder hoher Leistungsniveaus (geringer Selbstbehalte) bereits relativ hohe Alterungsrückstellungen gebildet haben, ergeben sich hieraus deutliche Rückstellungsverluste.

- ◆ Durch die Beschränkung der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen auf den jeweiligen basistarif-äquivalenten Umfang besteht darüber hinaus die Gefahr von Risikoselektion. Ein so normierter Übertragungswert macht Wechsel vornehmlich für „gute Risiken“ attraktiv (vgl. auch Altenähr 2014). In der bereits seit Jahren geführten Diskussion über die Portabilität von Alterungsrückstellungen wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Übertragbarkeit nur der kalkulatorischen (und damit tarif-durchschnittlichen) Alterungsrückstellung Risikoselektionseffekte verursacht, die eine Gefahr für die Stabilität des privaten Krankenversicherungsmarktes darstellen. Stattdessen bedarf es einer individuell-prospektiven Ausgestaltung der übertragbaren Alterungsrückstellungen.

Zur möglichen Ausgestaltung von erweiterten Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV auf der Grundlage der Übertragung von (oder einer funktionsäquivalenten Verwendung der Mittel aus) Alterungsrückstellungen liegt eine Reihe von Modellsätzen vor (s. Überblick bei Wasem/Buchner/Walendzik 2015). Hervorzuheben ist hierbei die sog. Summenregel von Nell/Rosenbrock (2008), mit der verhindert werden könnte, dass die Summe prospektiv individualisierter Alterungsrückstellungen die gesamten (vorhandenen) Alterungsrückstellungen im Tarif übersteigen (das kollektive Prämienrisiko würde ansonsten zu überproportionalen Anteilen dem verbleibenden Kollektiv auferlegt, so dass Antiselektion begünstigt würde).

In Bezug auf die **Leistungsseite** ist ein Vertragswettbewerb im PKV-System im Vergleich zur GKV nur sehr eingeschränkt möglich.

- ◆ Zunächst stehen direkte vertragliche Beziehungen zwischen den Versicherungsunternehmen und den Leistungserbringern im Widerspruch zum traditionellen Selbstverständnis der PKV, gemäß dem der Kostenträger nicht in das Arzt-Patienten-Verhältnis (freie Arztwahl, Therapiefreiheit) eingreift.⁵⁹
- ◆ Auch fehlt es der PKV an Steuerungsmöglichkeiten, die der GKV zur Verfügung stehen. Ein Beispiel hierfür ist die gesetzliche Verpflichtung der Apotheken, im Rahmen der Aut-idem-Substitution an gesetzlich Versicherte bevorzugt Arzneimittel abzugeben, für die kassenindividuell Rabattverträge geschlossen wurden. Das Vergütungssystem der PKV erlaubt keine Preisverhandlungen mit ärztlichen Leistungserbringern. Für die PKV gibt es auch keine mit der GKV vergleichbaren rechtlichen Ansatzpunkte, auf die Entwicklung der Kosten der Leistungsanspruchnahme Einfluss zu nehmen. Der rechtssanktionierte Ausschluss einer Übermaßvergütung

⁵⁹ Vgl. auch die Argumentation des PKV-Verbands im Zusammenhang mit der Einführung des Basistarifs (Ablehnung der gesamtschuldnerischen Haftung).

beruht auf einem unbestimmten Rechtsbegriff („auffälliges Missverhältnis“) und bietet keine Grundlage dafür, dass private Versicherer die Erstattung von Leistungen aufgrund „unangemessener Preise“ oder „schlechter Qualität“ verweigern können, solange nach GOÄ abgerechnet wird. In der Diskussion über eine Reform der GOÄ wurde die Forderung der PKV nach Öffnungsklauseln bislang abgelehnt.

- ◆ Private Krankenversicherungsunternehmen verfügen – im Vergleich zu vielen gesetzlichen Krankenkassen – nur über geringe Marktanteile (auf das größte PKV-Unternehmen entfallen weniger als 3 % aller krankenversicherten Personen).

Andererseits verfügt die PKV über Steuerungsmöglichkeiten, welche die GKV nicht hat. Hierzu zählen die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen zu betreiben, sowie die das breitere Spektrum der Tarifgestaltung, das zur Patientensteuerung genutzt werden kann (z. B. in Form gestaffelter Kostenerstattungen).

Wettbewerbspotenziale bestehen schließlich nicht nur innerhalb der PKV, sondern auch im Verhältnis zur GKV. Ein „**Systemwettbewerb**“ findet vor allem auf institutioneller Ebene statt, etwa hinsichtlich der Frage, ob ein Anstieg der Beitragsbelastungen infolge des demografischen Wandels stärker in einem Umlage- oder in einem Anwartschaftsdeckungsverfahren gedämpft werden kann (unter Einbezug der unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen für die Leistungsregulierung). Aufgrund der bestehenden Regelungen zur gesetzlichen Versicherungspflicht ist das gemeinsame Marktsegment, in dem beide Versicherungssysteme unmittelbar miteinander um Versicherte konkurrieren, relativ klein.⁶⁰ Die jährliche Anzahl der Versichertenwechsel zwischen GKV und PKV betrug im Zeitraum der vergangenen zehn Jahre durchschnittlich ca. 325 Tsd. – mit abnehmender Tendenz. Der Wechselsaldo war seit Mitte der 1970er Jahre bis zum Jahr 2011 durchweg positiv für die PKV, seitdem negativ (vgl. Abbildung 19 im Anhang).

Inwieweit die Systemkonkurrenz effizienzsteigernd wirkt, lässt sich empirisch nur schwer fassen. Eine häufige Argumentation ist hierbei, dass die PKV infolge der unterschiedlichen Leistungs- und Erstattungsregulierung ihren Versicherten einen schnelleren Zugang zu innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gewähre. Durch den Systemwettbewerb würden damit die gesetzlichen Versicherten vor Leistungskürzungen und „innovationsfeindlicher Trägheit“ geschützt. Der schnellere Zugang von privat Versicherten zu Innovationen lässt sich anhand von Einzelbeispielen zeigen (vgl. Loskamp et al. 2017); ob hieraus jedoch eine insgesamt höhere Versorgungseffizienz resultiert, ist bislang nicht belegt. Als ein mittelbarer Hinweis zur Stützung der Argumentation könnten die im internationalen Vergleich relativ geringen Zugangshürden (auch in Form geringer Eigenbeteiligungen der Versicherten) im gesamten Gesundheitssystem Deutschlands gesehen werden

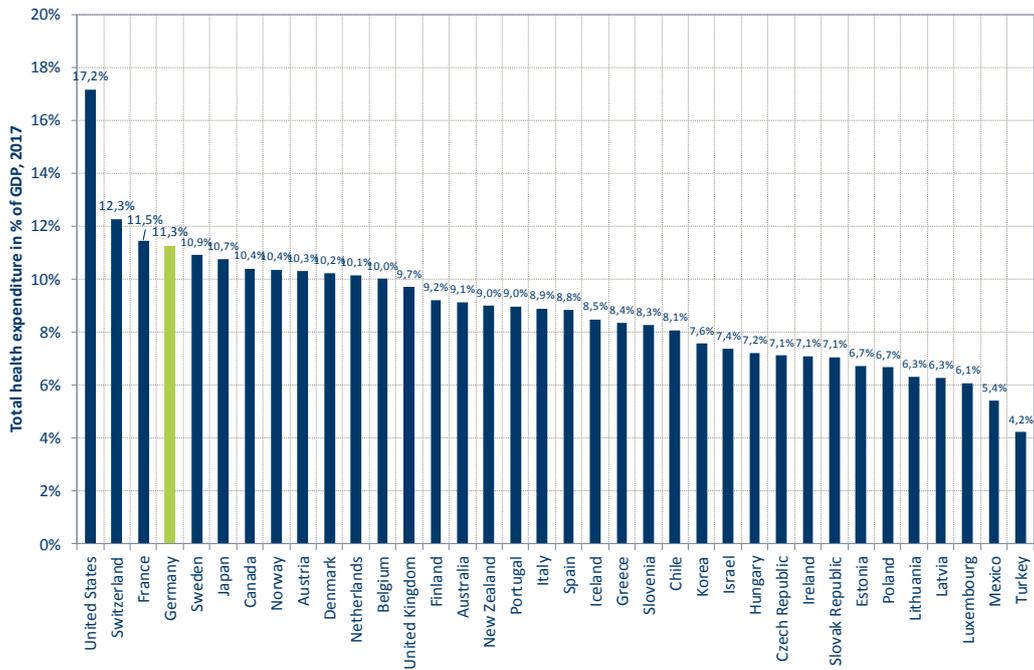
⁶⁰ Bezogen auf die Altersgruppe 20 bis 45 Jahre, für die typischerweise die PKV-Option relevant ist, entfiel auf die freiwillig versicherten Mitglieder (inkl. Familienangehörige) in der GKV zur Jahresmitte 2018 ein Anteil von rd. 3,8 % (2,77 Mio. Personen).

– jedoch fehlt auch hier der Nachweis eines kausalen Zusammenhangs zur Dualität auf dem Krankenversicherungsmarkt.

Ein nicht nur institutioneller, sondern marktbezogener Wettbewerb zwischen PKV und GKV setzt voraus, dass alle Versicherungsnehmer gleichermaßen die Wahlmöglichkeit zwischen beiden Arten der Krankenversicherung haben. Die Schaffung eines integrierten Krankenversicherungsmarktes wäre ein sehr komplexes Vorhaben, aber nicht unlösbar. Verschiedene Ausgestaltungs- und Übergangsszenarien hierfür wurden kürzlich in einer Studie skizziert und bewertet (vgl. Albrecht et al. 2016). Ein Szenario mit dauerhafter Wechseloption der Versicherten in beide Richtungen ist auf Basis eines GKV-PKV-übergreifenden Risikostrukturausgleichs sowie eines Leistungsausgleichsmodells vorstellbar.

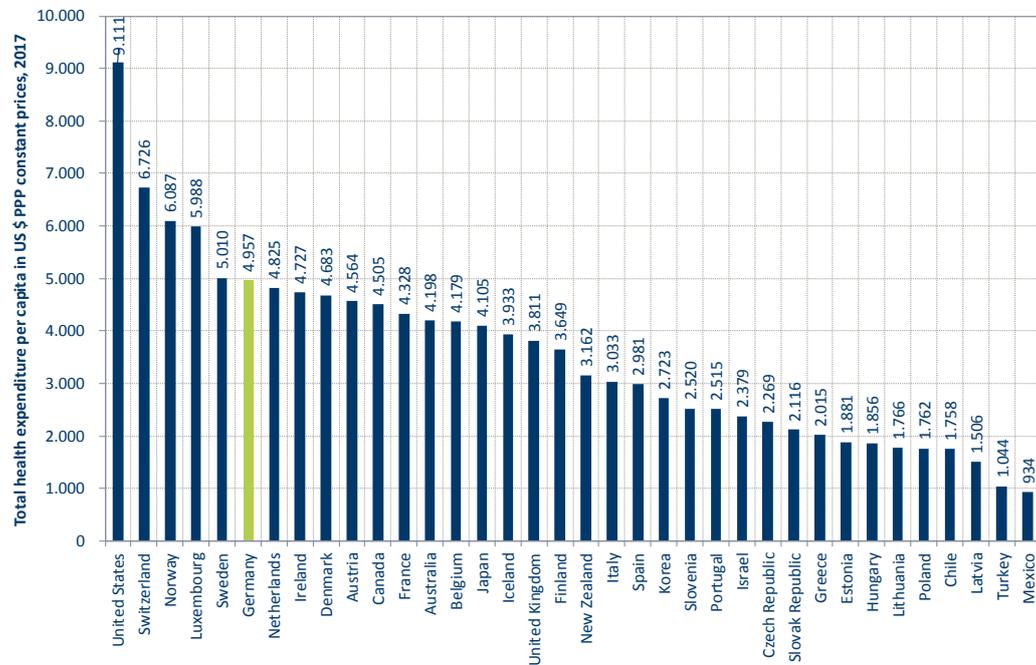
Anhang: ergänzende graphische und tabellarische Darstellungen

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben insgesamt im Verhältnis zum BIP im OECD-Vergleich, 2017



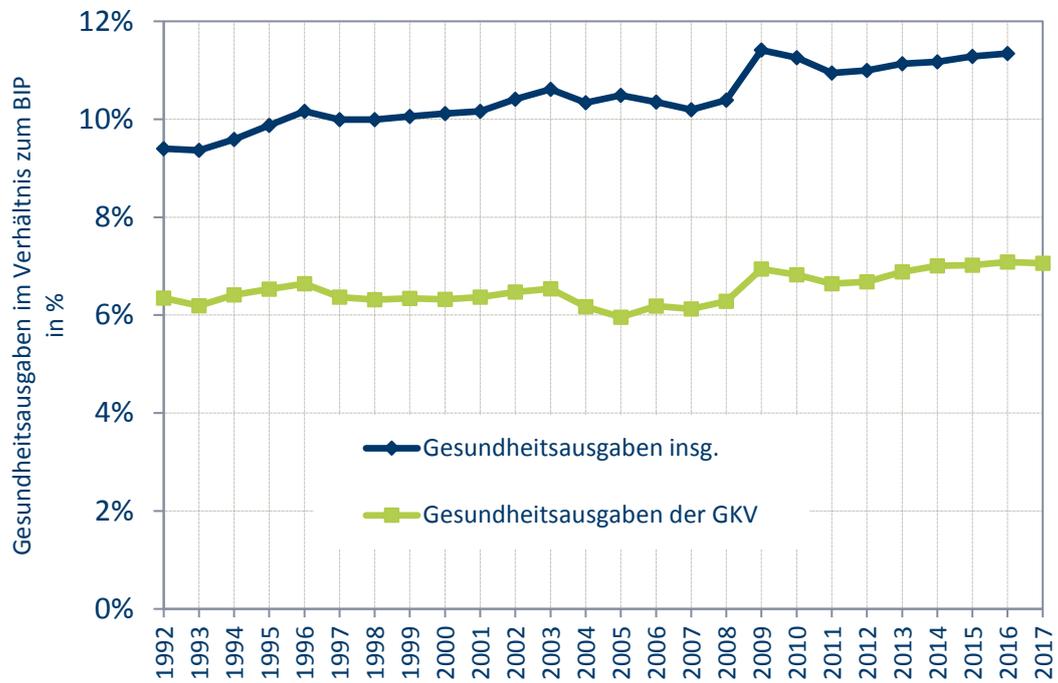
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben insgesamt pro Kopf der Bevölkerung im OECD-Vergleich (in US-\$ Kaufkraftparitäten zu konstanten Preisen), 2017



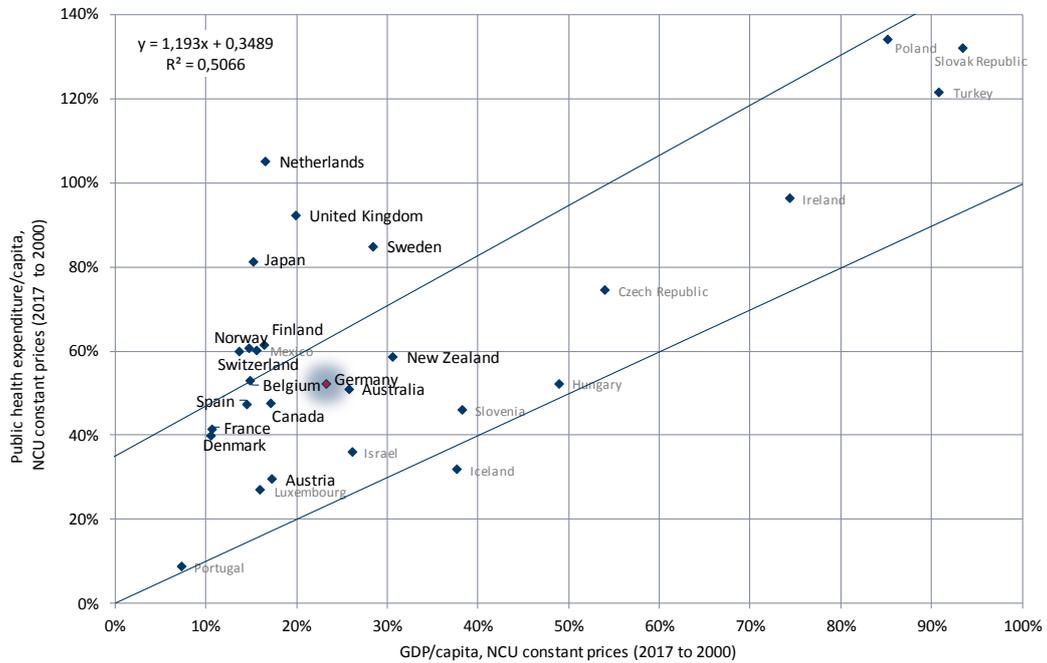
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Abbildung 5: Gesundheitsausgaben in Deutschland im Verhältnis zum BIP, 1992-2017



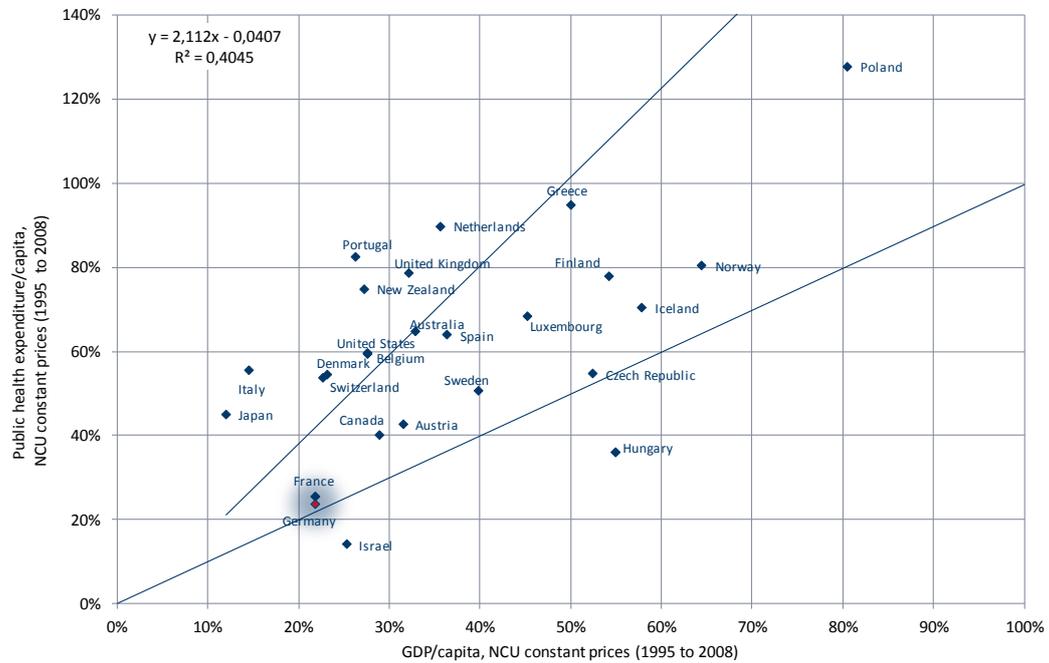
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes und des BMG (KJ1-Statistik)

Abbildung 6: Veränderung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und des BIP pro Kopf im OECD-Vergleich, 2000-2017



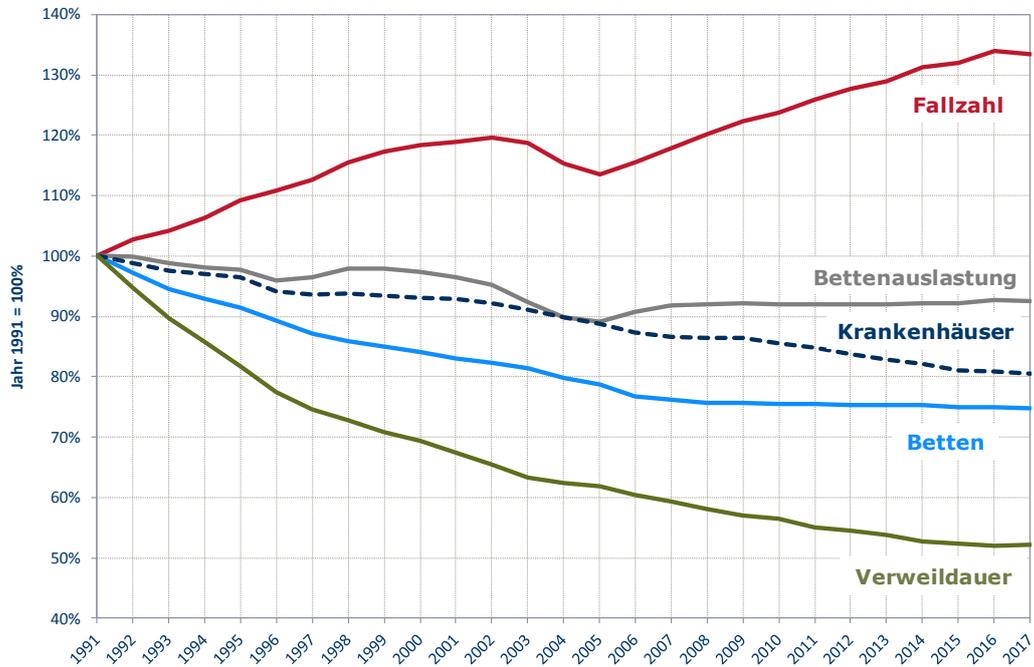
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Abbildung 7: Veränderung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und des BIP pro Kopf im OECD-Vergleich, 1995-2008



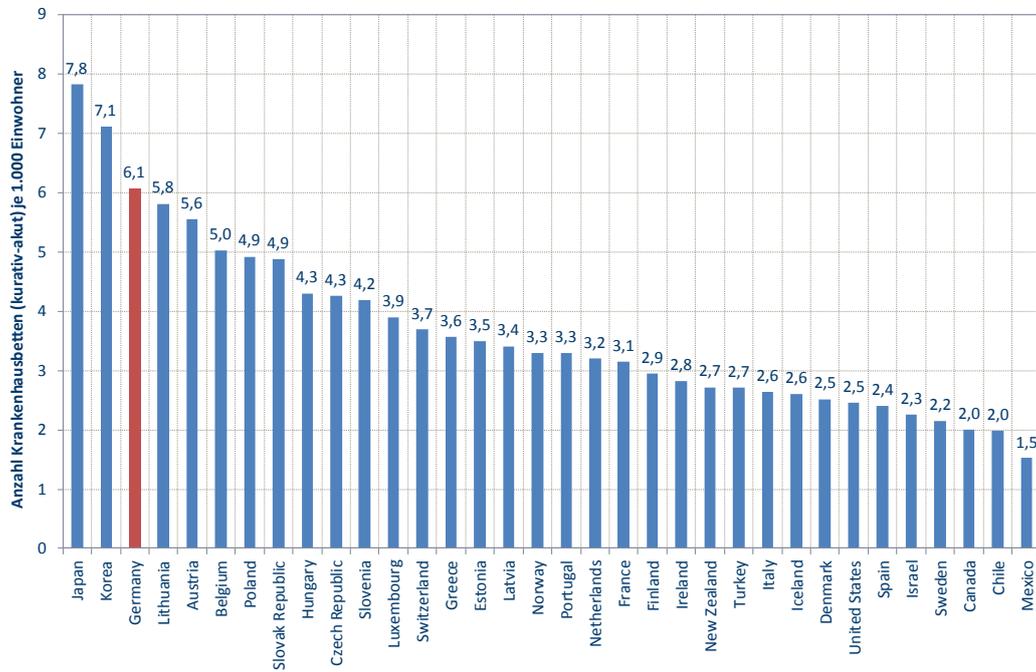
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Abbildung 8: Entwicklung zentraler Kennziffern der Krankenhausversorgung, 1991-2017



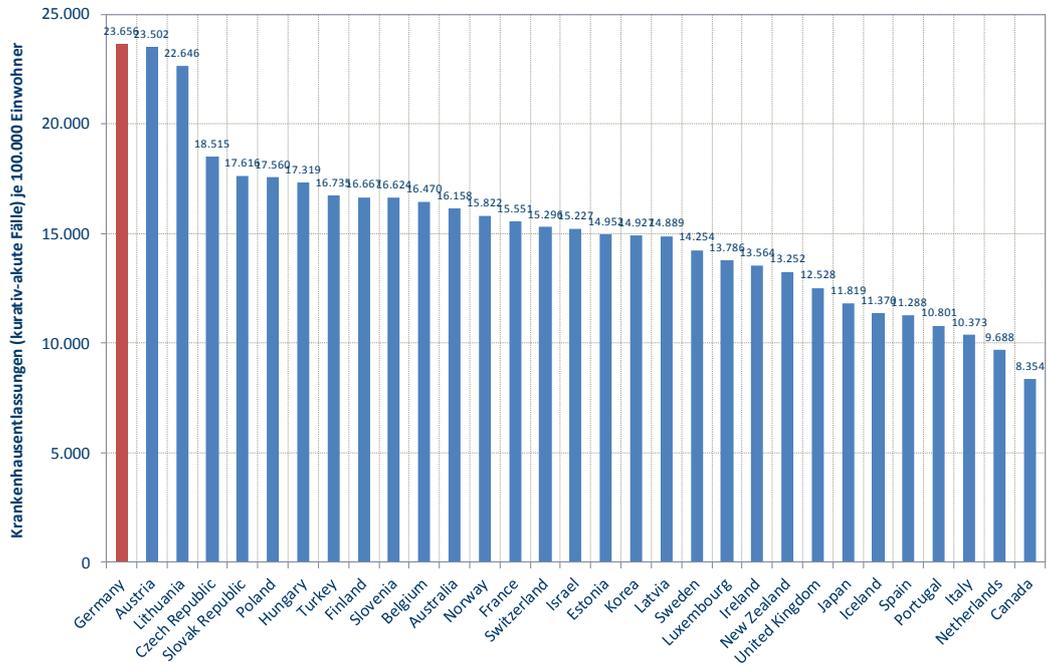
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, Werte für 2017 vorläufig

Abbildung 9: Anzahl der kurativ-akuten Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner im OECD-Vergleich, 2016



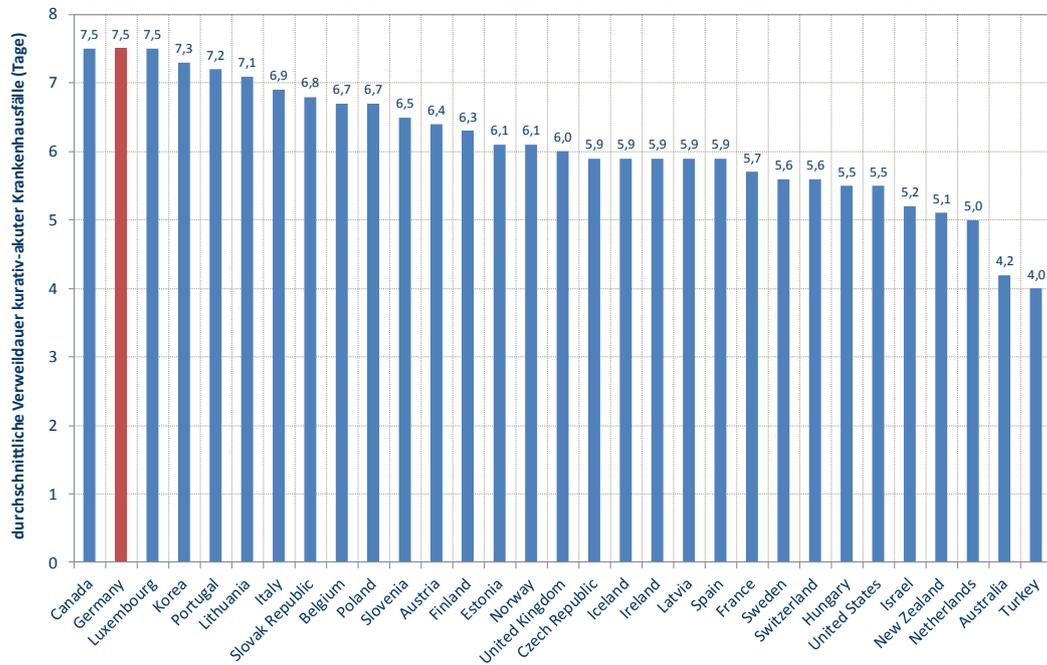
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD; Werte für Irland, Italien und USA 2015

Abbildung 10: Entlassungen kurativ-akuter Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner im OECD-Vergleich, 2016



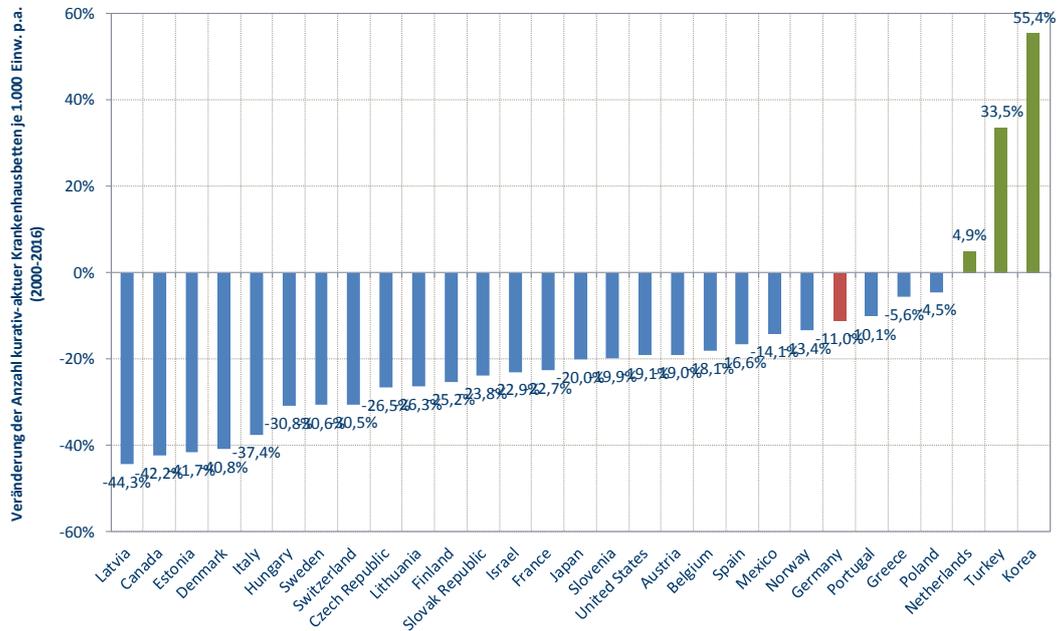
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD; Werte für Australien, Frankreich und Neuseeland 2015

Abbildung 11: Durchschnittliche Verweildauer kurativ-akuter Krankenhaufälle (Tage) im OECD-Vergleich, 2016



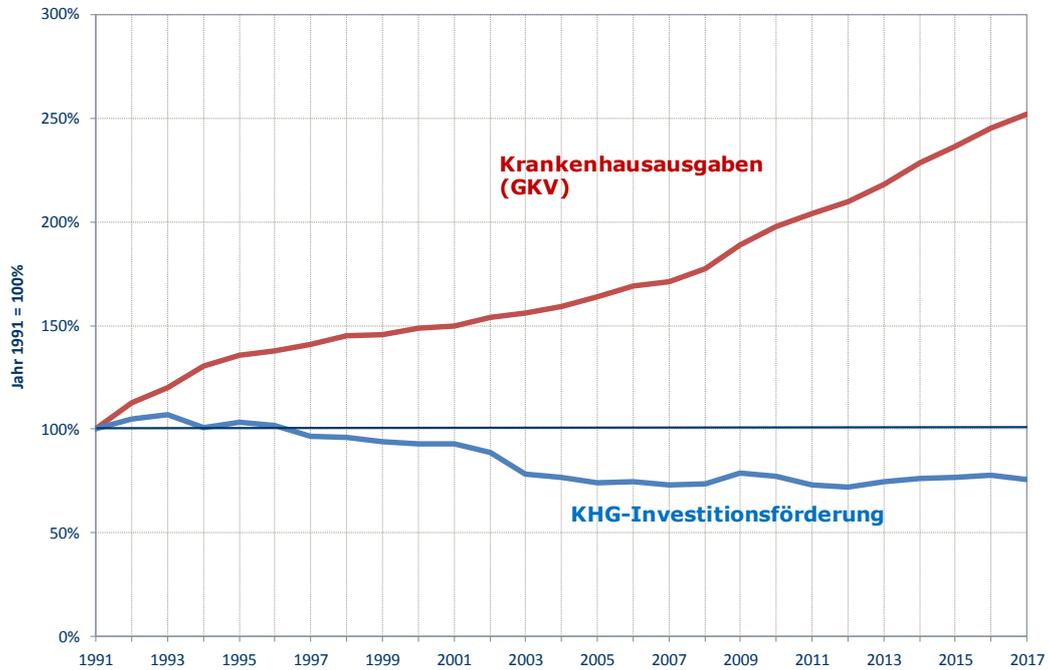
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD; Werte für Australien, Frankreich, Neuseeland und USA 2015

Abbildung 12: Veränderung der Anzahl kurativ-akuter Krankenhausbetten im OECD-Vergleich, 2000-2016



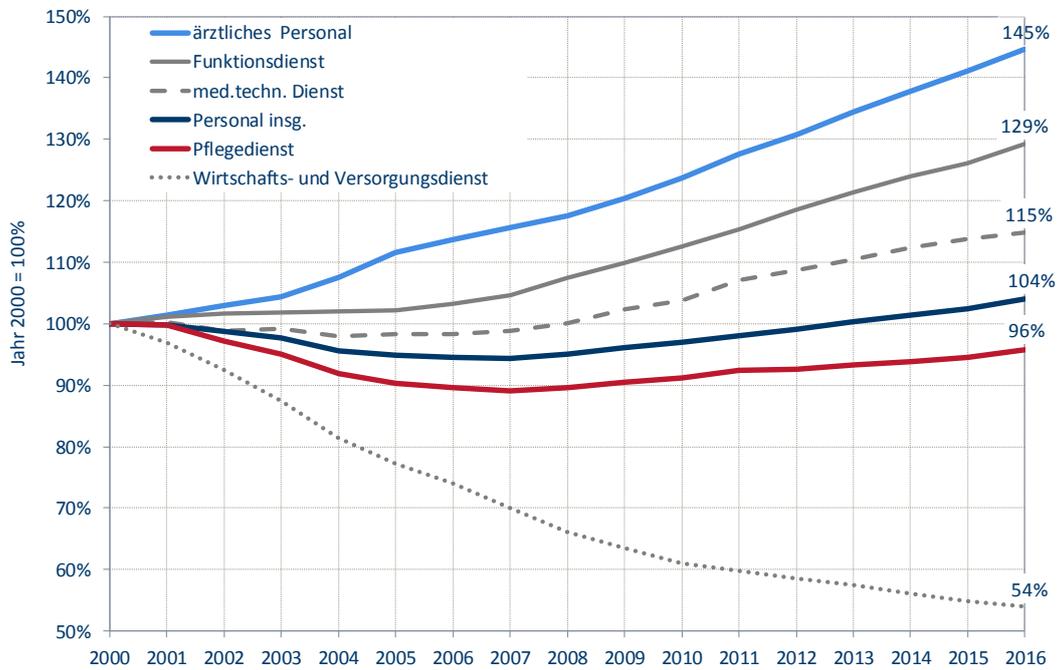
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD; Werte für Italien und USA 2015

Abbildung 13: Entwicklung der Investitionsförderung gemäß KHG und der Krankenhausausgaben der GKV, 1991-2017



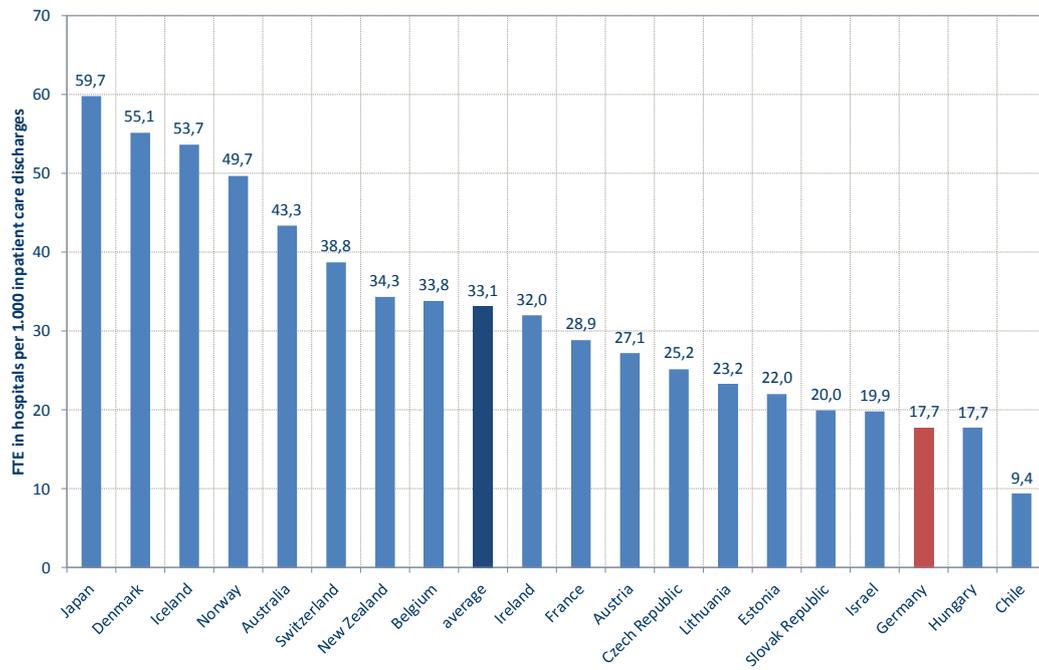
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des BMG (KJ1-Statistik)

Abbildung 14: Entwicklung der Zahl der Personalvollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern nach Funktionsgruppen, 2000-2016



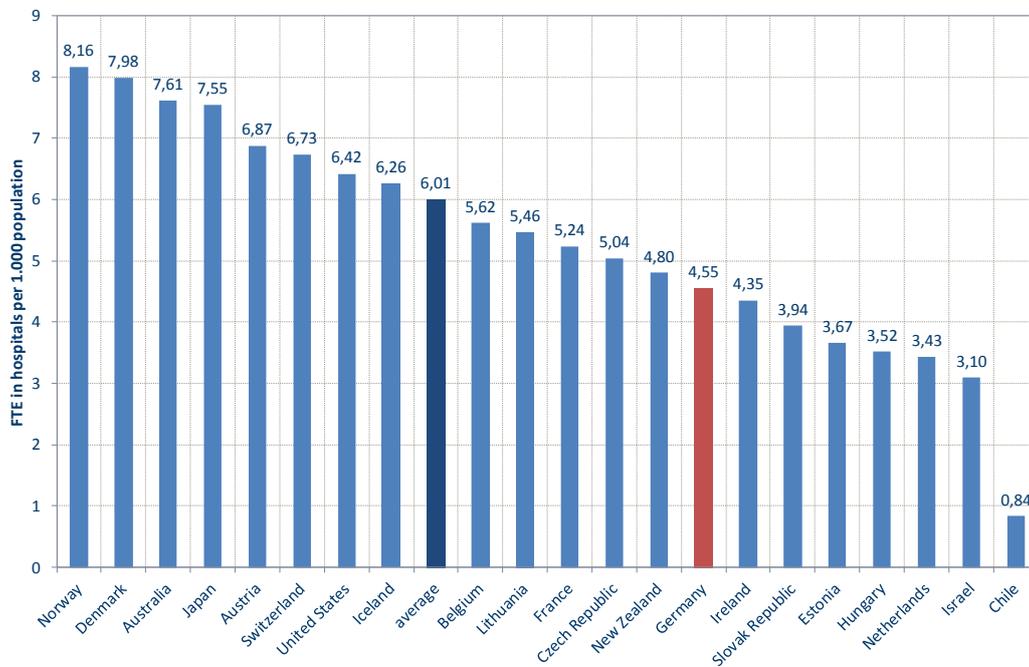
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Abbildung 15: Zahl der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte sowie Hebammen (Vollzeitäquivalente) in Krankenhäusern je 1.000 Krankenhausfälle im OECD-Vergleich, 2016



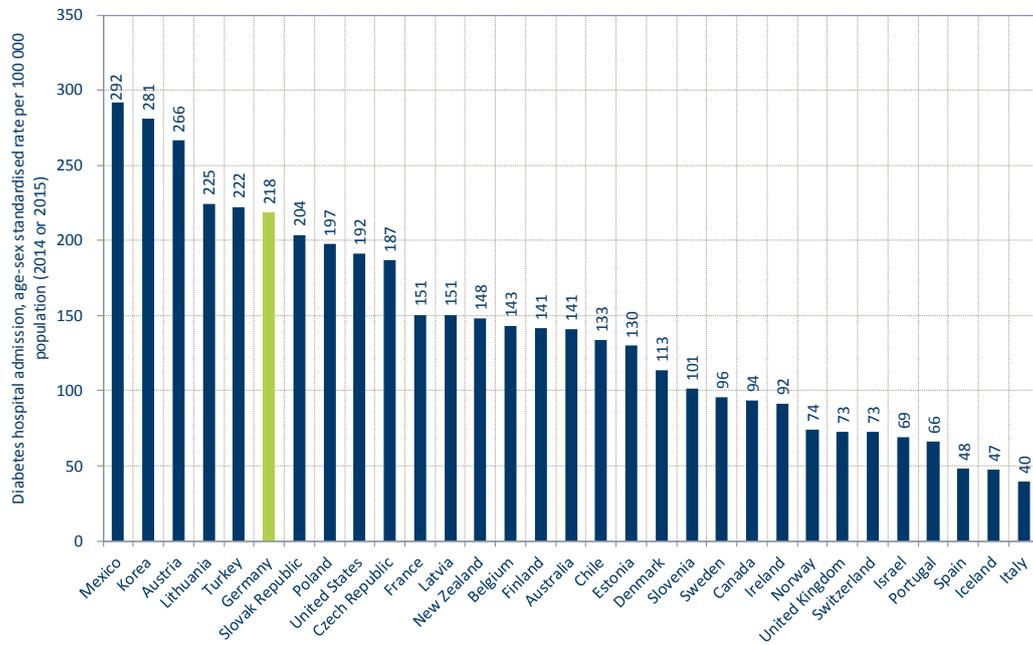
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD; Werte für Australien, Frankreich und Neuseeland 2015

Abbildung 16: Zahl der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte sowie Hebammen (Vollzeitäquivalente) in Krankenhäusern je 1.000 Einwohner im OECD-Vergleich, 2016



Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD; Werte für Australien, Belgien, Dänemark, Frankreich, Niederlande und USA 2015

Abbildung 17: Zahl der Krankenhausfälle mit Diabetes je 100.000 Einwohner (alters- und geschlechtsstandardisiert) im OECD-Vergleich, 2015



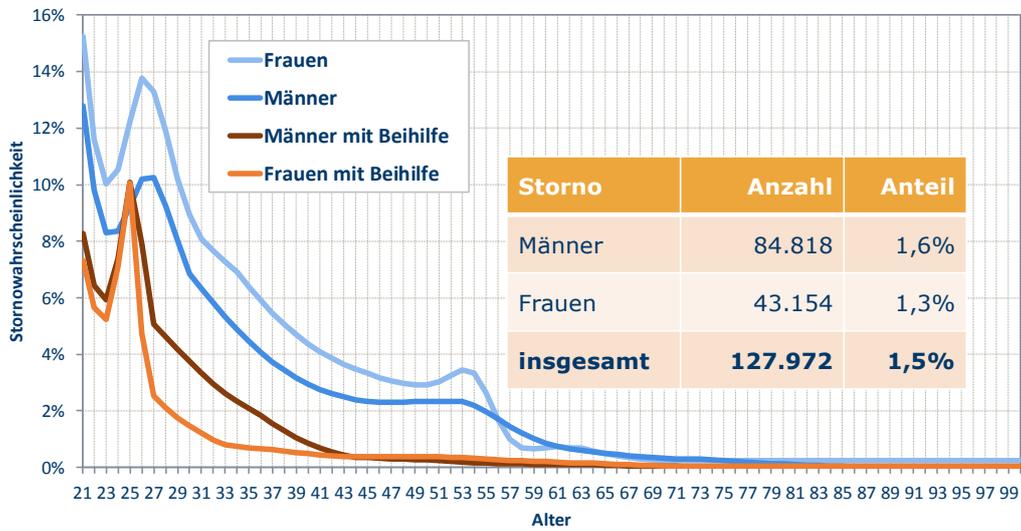
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD; Werte für Australien, Österreich, Belgien, Chile, Island, Litauen, Neuseeland, Slowenien, Spanien und USA für 2014.

Tabelle 1: Finanzielle Auswirkungen einer monistischen Krankenhausfinanzierung auf die Bundesländer

Bundesland	Umsatzsteuer (2016)	Umsatz- steuer Veränd.	Wegfall KHG- Fördermittel (Ø 2013- 2015)	Netto- belastung insg.	Netto- belastung je Einw.
		(in 1.000 Euro)			(in Euro)
Baden- Württemberg	11.870.933	-794.368	410.667	-383.701	-35
Bayern	14.013.772	-937.760	500.000	-437.760	-34
Berlin	4.089.110	-257.013	99.413	-157.600	-45
Brandenburg	4.264.674	-181.428	100.533	-80.894	-33
Bremen	829.540	-49.028	35.347	-13.682	-20
Hamburg	1.950.271	-130.507	111.697	-18.810	-11
Hessen	6.738.924	-450.949	241.733	-209.215	-34
Mecklenburg- Vorpommern	3.092.964	-117.725	56.507	-61.219	-38
Niedersachsen	10.818.328	-578.755	264.290	-314.465	-40
Nordrhein- Westfalen	21.042.815	-1.304.439	500.100	-804.339	-45
Rheinland-Pfalz	4.983.880	-295.913	119.800	-176.113	-43
Saarland	1.539.425	-72.692	29.747	-42.946	-43
Sachsen	7.666.456	-298.252	111.000	-187.252	-46
Sachsen-Anhalt	4.224.729	-163.952	46.697	-117.255	-52
Schleswig-Hol- stein	3.614.781	-208.727	89.670	-119.057	-42
Thüringen	4.187.475	-158.493	50.000	-108.493	-50
Insgesamt	104.928.079	-6.000.000	2.767.200	-3.232.800	-39

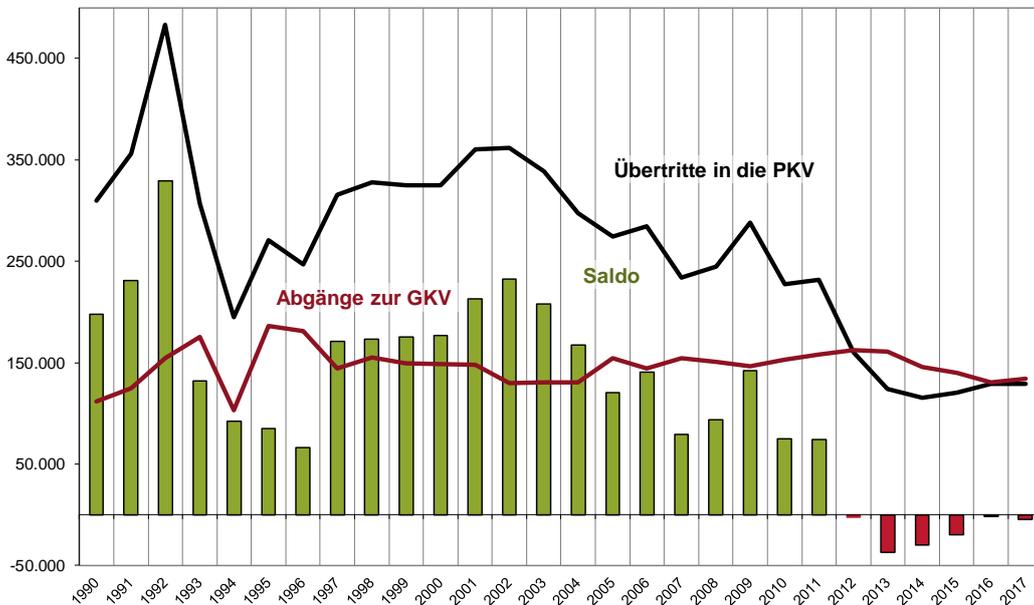
Quelle: IGES auf Basis von Rürup/IGES (2008) sowie Daten des BMF

Abbildung 18: Stornowahrscheinlichkeiten in der PKV, 2016



Quelle: IGES auf Basis von Daten der BaFin

Abbildung 19: Entwicklung der Anzahl der Versichertenwechsel zwischen GKV und PKV, 1990-2017



Quelle: IGES auf Basis von Daten des PKV-Verbands

Literaturverzeichnis

- Albrecht M (2009): Qualitätswettbewerb braucht Preiswettbewerb, Gleiche Preise sollten nicht auf Scheinhomogenität beruhen. In: GGW Jg. 9, Heft 3 (Juli), S. 23–30.
- Albrecht et al. (2009): Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem, Annex zum Abschlussbericht, Berlin.
- Albrecht M, Häussler B (2010): Stärkung der Wettbewerbsorientierung in der stationären Versorgung, in: Rürup et al. (Hg): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Baden-Baden, S. 65-96.
- Albrecht M, Rürup B (2010): Stand der Wettbewerbsorientierung nach der Gesundheitsreform 2007, in: Rürup et al. (Hg): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Baden-Baden, S. 37-64.
- Albrecht M, Sander M, Wolfschütz A (2010): Einleitung, in: Rürup et al. (Hg): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Baden-Baden, S. 17-35.
- Albrecht et al. (2010): Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung. Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin.
- Albrecht M et al. (2012): Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V, Berlin.
- Albrecht M, Neumann K (2013): Beitragssatzautonomie der Krankenkassen. Eine Machbarkeitsanalyse. Heidelberg.
- Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R (2015): Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte), Gütersloh.
- Albrecht M, Neumann K, Nolting H-D (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Rebscher H (Hg), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, Hamburg, S. 14-54.
- Albrecht M, Zich K (2016): Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung, Projektphase II, Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.
- Albrecht M et al. (2016): Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung. Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen. Hans Böckler Stiftung Study Nr. 332, Düsseldorf.
-

- Albrecht M, Hildebrandt S, Sander M (2017): Beitragsentwicklung in der PKV, Studie zur Entwicklung der Beiträge im Bestand und ihren wesentlichen Bestimmungsfaktoren, Berlin.
- Albrecht M, Ochmann R (2018): Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland. Gütersloh.
- Albrecht M, Al-Abadi T (2018): Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen. Studie für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.
- Altenähr V (2014): Die generelle Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung – Auswirkungen aus Sicht einer Rating-Agentur. In: AssekurataPunkt! Nr. 49, S. 3-12.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (ARGE) (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, Bonn u. a.
- Augurzky B, Pilny A (2018): Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung. In: Klauber J et al. (Hg): Krankenhaus-Report 2018, Stuttgart, S. 131-148.
- Boone J, Douven R (2014): Provider competition and over-utilization in health care. Discussion Paper, Tilburg University.
- Bünnings et al. (2015): How Health Plan Enrollees Value Prices Relative to Supplemental Benefits and Service Quality. SOEPpapers No. 741.
- Bundeskartellamt (BKartA) (2014): Bundeskartellamt untersagt Zusammenschluss der Kliniken in Esslingen, Pressemitteilung vom 15.05.2014, http://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilunggen/2014/15_05_2014_KH-Esslingen.html
- Bundeskartellamt (BKartA) (2014a): Klinikum Worms darf das Hochstift Krankenhaus in Worms erwerben, Pressemitteilung vom 05.11.2014, http://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilunggen/2014/05_11_2014_Kliniken-Worms.html
- Bundesversicherungsamt (BVA) (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2018): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Juni 2018. https://www.dkgev.de/media/file/89001.2018-07-05_PM-Anlage_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_2018_final.pdf
-

- Deutscher Bundestag (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Drucksache 16/3100.
- Deutscher Bundestag (2016): Weitere mögliche Diskriminierung von Versicherten durch den Krankenkassen-Wettbewerb..., Antwort der Bundesregierung, Drucksache 18/7926.
- Deutscher Bundestag (2018): Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Antwort der Bundesregierung, Drucksache 19/3508.
- Dräther H, Mostert C (2016): Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer. In: Klauber J et al. (Hg): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart.
- Drösler et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn.
- Drösler et al. (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn.
- Enthoven A C (1993): The History and Principles of Managed Competition, in: Health Affairs, Vol. 12, Suppl 1.
- Fürstenberg T et al. (2013): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010), Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK), Düsseldorf.
- Geraedts M (2018): Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht. In: Klauber J et al. (Hg): Krankenhaus-Report 2018, Stuttgart, S. 69-84.
- Gerlach FM, Szecsenyi J (2016): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Ergebnisbericht 2016. http://neueversorgung.de/images/PDF/HZV_Bericht2016_Version_Februar2017.pdf
- Gerlinger T, Mosebach K (2013): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger (Hg), Zwanzig Jahre Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bochum.
- GKV Spitzenverband (GKV-SV) (2016): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.04.2016 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren“ Bundestagsdrucksache 18/6326 vom 13.10.2015.
- Häring N (2012): Stimmt es, dass wir mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen brauchen? in: Handelsblatt vom 02.08.2012, S. 14.
-

- IGES Institut (2018): Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung, Berlin. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3401/2018-07-05_Not-Kra-R_Abnahme-EB-IGES-inkl-Anlage.pdf
- Jacobs K (2018): Die Lücke im Koalitionsvertrag schließen – mehr Wettbewerb wagen! In: GGW Jg. 18, Heft 3, S. 23-26.
- Jacobs K, Rebscher H (2014): Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D et al. (Hg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg. S. 45-73.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018 – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage; http://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2018.pdf.
- Köster A-D (2016): Markkonzentration in der GKV und PKV. In: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen, Vol. 22 No. 4, S. 63-88.
- Leber W-D, Scheller-Kreinsen D (2018): Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung. In: Klauber J et al. (Hg.): Krankenhaus-Report 2018, Stuttgart, S. 101-130.
- Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Diskussion Nr. 7, Halle (Saale).
- Loskamp N et al. (2017): Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. In: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen, Vol. 23 Nr. 1, S. 10-26.
- Loos S et al. (2016): Faktencheck Krankenhausstruktur – Spezialisierung und Zentrenbildung, Gütersloh.
- Mansky T et al. (2017): Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J (Hg.): Qualitätsmonitor 2017, Berlin, S. 165-215.
- Mikkers M, Ryan P (2014): „Managed competition“ for Ireland? The single versus multiple payer debate, in: BMC Health Services Research 14: 442.
- Monopolkommission (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75, Bonn.
- Nell M, Rosenbrock S (2008): Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystem: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung. Perspektiven der Wirtschaftspolitik 9: S. 173-195.
-

- Nimptsch U, Mansky T (2018): Volume-Outcome-Zusammenhänge in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hg.): Qualitätsmonitor 2018, Berlin, S. 55-69.
- OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Pendzialek et al. (2015): Price elasticities in the German Statutory Health Insurance market before and after the health care reform of 2009.
- Pendzialek JB, Simic D, Stock S (2016): Differences in price elasticities of demand for health insurance: a systematic review. In: The European Journal of Health Economics, Vol. 17, No. 1, S. 5-21.
- Pendzialek JB, Simic D, Stock S (2017): Measuring customer preferences in the German statutory health insurance. In: The European Journal of Health Economics, Vol. 18, No. 7, S. 831-845.
- Preusker U K, Müschenich M, Preusker S (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 – 2013, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf
- Reinhardt UE (2006): The Pricing Of U.S. Hospital Services: Chaos Behind A Veil Of Secrecy, in: Health Affairs, 25 (1), S. 57-69.
- Rürup B, IGES (Albrecht M, Igel C, Häußler B) (2008): Umstellung auf eine monetarische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018. Deutscher Bundestag Drucksache 19/3180.
- Stroka-Wetsch MA, Talmann A, Linder R (2016): Does Competition in the Out-Patient Sector Improve Quality of Medical Care? – Evidence from Administrative Data. Ruhr Economic Papers No. 638. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/ruhr-economic-papers/rep_16_638.pdf
- Sundmacher L et al. (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. In: Health Policy, Vol 119, Issue 11, S. 1415-1423.
- Wasem J (2015): Zur Rolle des Kassenwettbewerbs in der Gesundheitsversorgung, in: Implicon plus, Nr. 5.
- Wasem J, Buchner F, Walendzik A (2015): Qualitative Analysen zur harmonisierten Berechnung einer Alterungsrückstellung und der verfassungskonformen Ausgestaltung ihrer Portabilität, Endbericht, Studie im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V., Essen.
-