

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 11)

Update: Solidarische Wettbewerbsordnung

Herausgeber:

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autoren:

Dr. Martin Albrecht, Dr. Karsten Neumann, Hans-Dieter Nolting
IGES Institut GmbH
Friedrichstr. 180, 10117 Berlin,

Dr. Susanne Bleich, Dr. Jan Helfrich, Prof. Dr. h.c. Rebscher, Eva Walzik
DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg

Redaktion:

Martin Plass, Franziska Sobik, Eva Walzik

DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg

E-Mail: eva.walzik@dak.de

Hamburg
Mai 2015

Vorwort

Die Implementierung wettbewerblicher Instrumente in die gesetzliche Krankenversicherung zu Beginn der 1990er Jahre bedeutete für die Krankenkassen eine tiefgreifende Zäsur. Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeführte freie Kassenwahl machte sie endgültig zu Konkurrenten. Ein schlüssiges ordnungspolitisches Konzept, wie dieser Wettbewerb der Krankenkassen inhaltlich ausgestaltet werden soll, blieb der Gesetzgeber allerdings bis heute schuldig. Im Gegenteil: Zwar mangelt es den seither zahlreich beschlossenen Gesetzen und Verlautbarungen nicht an Wettbewerbsrhetorik, die konkreten Reformschritte blieben aber meist anlassbezogen, kurzfristorientiert, zusammenhanglos und teils in sich widersprüchlich. Für das operative Handeln benötigen Krankenkassen jedoch – insbesondere wenn sie zueinander im Wettbewerb stehen – ein hohes Maß an Planungssicherheit und zielgerichtete Gestaltungsmöglichkeiten.

Als das GSG beschlossen wurde, verständigten sich die Spitzenverbände der Krankenkassen 1994 auf das Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ und suchten bereits damals für die von der Politik unbeantwortete Frage einer ordnungspolitisch stringenten Ausgestaltung des Wettbewerbs nach Lösungen. Dabei war klar, dass sich weder ein reiner Preiswettbewerb noch ein Wettbewerb um die Inhalte des Leistungskatalogs mit den Grundprinzipien der GKV vertragen würden. Im Mittelpunkt des Konzepts stand daher ein auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung fokussierender Vertragswettbewerb. Doch die damaligen Hoffnungen, durch Innovationen die Versorgungseffizienz zu erhöhen, erfüllten sich wegen der fehlenden ordnungspolitischen Stringenz bis heute nur zögerlich.

Die Erkenntnis, dass die solidarisch finanzierte Krankenversicherung gerade in Krisenzeiten einen wichtigen Stabilitätsfaktor darstellt und damit den Wirtschaftsstandort Deutschland stärkt (und nicht, wie vielfach behauptet wurde, schwächt), bietet die Chance für einen ordnungspolitischen Neubeginn. Mit einer konsequenten ordnungspolitischen Ausrichtung können wir uns von dem Durcheinander der unterschiedlichen, unvereinbaren und gegensätzlichen Instrumentarien und gesundheitspolitischen Handlungsanweisungen der Vergangenheit verabschieden. Die in den letzten Jahren zu beobachtende Hinwendung zu leistungsorientierten Vergütungsmodellen, Methoden der Qualitätsmessung und Evidenzbasierung sowie die gewachsenen Kompetenzen und Erfahrungen mit selektivvertraglichen Arrangements und deren Evaluation geben Anlass zur Hoffnung.

Vor diesem Hintergrund hat sich die DAK-Gesundheit entschlossen, die Diskussion um das Konzept der Solidarischen Wettbewerbsordnung neu zu beleben. Als große bundesweit agierende Versorgerkasse wollen wir auf fehlsteuernde Anreizstrukturen im System aufmerksam machen und Alternativen aufzeigen. Denn wenn 20 Prozent der Versicherten aufgrund von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität 80 Prozent der zur Verfügung gestellten Leistungen benötigen, kann die wettbewerbliche Antwort einer solidarischen Krankenversicherung darauf nicht nur im Angebot von Individualtarifen und medizinisch fragwürdigen Satzungsleistungen bestehen, die dem System die für die Versorgung dringend benötigten Mittel entziehen.

Für den vorliegenden Band haben wir deshalb das IGES Institut beauftragt, die Hemmnisse beim Wettbewerb um effiziente Versorgungslösungen zu identifizieren,

mögliche ordnungspolitische Rahmenszenarien zu skizzieren und zu bewerten sowie auf dieser Grundlage Reformmaßnahmen zu formulieren. In mehreren gemeinsamen Workshops wurde die Erarbeitung des Gutachtens sowohl durch Fachkräfte der DAK-Gesundheit als auch durch externe Experten aus Wissenschaft, Politik, Medizin und Verwaltung intensiv begleitet. Diesen Experten, wie insbesondere Marc Bataille, Prof. Dr. Dieter Cassel, Dr. Stefan Etgeton, Dr. Rainer Hess, Dr. Robert Paquet, Dr. Thomas Weck, Gerhard Schulte, Dr. Dominik Graf von Stillfried, gilt unser Dank für ihre kritischen und ermutigenden Diskussionsbeiträge. Die Texte in diesem Band bleiben selbstverständlich in Verantwortung der Autoren.

Ziel des intensiven Diskussionsprozesses war es, eine praktikable Weiterentwicklung des Konzepts der Solidarischen Wettbewerbsordnung vorzulegen, die über das politische Handeln einer Legislaturperiode hinausreicht. So wird in dem Gutachten von IGES gezeigt, wie selektivvertraglicher Wettbewerb im Gesundheitswesen der Suche und Entdeckung innovativer Lösungen dienen kann anstatt dem primären Streben nach Preisrabatten und Kosteneinsparungen. Darüber hinaus enthält der vorliegende Band das Evaluationskonzept, mit dem die DAK-Gesundheit die Effizienz ihrer Verträge überprüft sowie eine Übersicht über die Entwicklung und den Inhalt unseres Vertragsportfolios.

Nach gut 25 Jahren Diskussion um ein Allokationsinstrument für die Gesundheitsversorgung ist es höchste Zeit für ein Update der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In jedem Fall freuen wir uns, wenn unser Beitrag in der Debatte um eine zukunftsfähige soziale Krankenversicherung aufgegriffen wird und wir darüber mit vielen sozial- und gesundheitspolitischen Akteuren in einen fruchtbaren Dialog treten.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstands
der DAK-Gesundheit

Hamburg, Mai 2015

I. Solidarische Wettbewerbsordnung – Der Diskussionsprozess um ein Allokationsinstrument für die Gesundheitsversorgung

Rebscher/Walzik

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der älteste Zweig der Sozialversicherung. Wie die Renten-, die Arbeitslosen-, etwas später die Unfall- und jüngst die Pflegeversicherung ist sie grundsätzlich durch vier Strukturprinzipien geprägt.

Das Prinzip der Versicherung sorgt dafür, dass niemand zum Bittsteller wird. Denn durch ihre Beitragszahlungen erwerben die Versicherten den Anspruch auf Leistungen.

Das Prinzip der Selbstverwaltung sichert die Teilhabe der Betroffenen. Der Staat setzt die gesetzlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Versicherten und Arbeitgeber ihre Sozialversicherung selbst verwalten.

Das Prinzip der organisatorischen Pluralität der Versicherungen vermeidet Einheitslösungen und schafft in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichsam die Voraussetzung für die freie Wahl der Krankenkasse.

Das vierte Prinzip ist das der Solidarität. In der GKV schützt es die Versicherten vor finanzieller Überforderung, indem sich die Krankenversicherungsbeiträge allein an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientieren, die Leistungen jedoch am medizinischen Bedarf. Alle Versicherten erhalten im Krankheitsfall die gleiche umfassende medizinische Versorgung. Alter oder Krankheitsrisiko spielen bei der Beitragsberechnung im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung keine Rolle. 20 Millionen Menschen sind zudem als Familienangehörige in der GKV beitragsfrei mitversichert. So besteht auch zwischen Singles und Familien ein Ausgleich.

1. Vom Lohnersatz zum umfassenden Krankenversicherungsschutz

Versicherung, Selbstverwaltung, Pluralität und Solidarität, die vier konstituierenden Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung, sind fest im gesellschaftlichen Bewusstsein verankert. Aus der ursprünglichen Funktion der Vorläufer der heutigen gesetzlichen Krankenkassen, Lohnersatz im Falle einer Erkrankung zu leisten, entwickelte sich beginnend mit der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 ein umfassendes Konzept medizinischer Versorgung. Sicherte die GKV zu Beginn lediglich 10 Prozent der Bevölkerung gegen das Krankheitsrisiko ab, so sind es heute nahezu 90 Prozent. Ihre Selbstverwaltungsorgane wurden während der Nazi-Herrschaft zwar nach dem Führerprinzip „gleichgeschaltet“, blieben jedoch dem Grunde nach erhalten und erfuhren auch nach dem Ende des zweiten Weltkrieges in Westdeutschland keine grundlegenden Veränderungen. Mitgliederkreis und Leistungskatalog wurden ab Mitte der 1960er Jahre über etwa eine Dekade kontinuierlich ausgeweitet. Es folgte bis Ende der 1980er Jahre ein längerer Zeitraum, der durch unterschiedliche Kostendämpfungsmaßnahmen geprägt war. Das Ende 1988 verabschiedete Gesundheits-Reformgesetz

(GRG) bildete den Schlusspunkt der Phase der Kostendämpfung und begründete gleichzeitig das Sozialgesetzbuch V (Knieps/Reiners 2015).

2. Wendepunkt Lahnstein

Der mittlerweile legendäre Lahnsteiner-Kompromiss, hervorgegangen aus einer fünftägigen Arbeitsklausur der damaligen Regierungskoalition CDU/CSU und FDP mit der SPD-Opposition und den Bundesländern mit den Hauptkontrahenten Horst Seehofer und Rudolf Dressler, brachte eine ordnungspolitisch wegweisende Weichenstellung und mündete in das Ende 1992 beschlossene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Die SPD setzte die Wahlfreiheit der Versicherten (freie Kassenwahl) und einen auf soziodemographischen Faktoren (Grundlohn, Alter, Geschlecht, Mitversicherte) basierenden Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen durch, während die Koalition von CDU/CSU und FDP ihr Konzept einer grundlohnorientierten Budgetierung der Leistungsausgaben und die Anhebung von Zuzahlungen der Versicherten realisieren konnte.

Schon hier war angelegt, was bis heute nachzuzeichnen ist:

- Das ordnungspolitische Konzept bleibt unklar, Elemente des Wettbewerbs (Wahlfreiheit, RSA) werden ohne ein Gesamtkonzept implementiert und mit stark staatlich regulierenden Instrumenten (Budgetierung, Zuzahlungen) verknüpft.
- Das sozialstaatlich geprägte Argumentationsmuster der Sozialdemokratie nutzt offensiv das Instrument Wettbewerb, während das konservativ/liberale Bündnis im Gegensatz zu seiner programmatischen Wettbewerbsrhetorik auf staatliche Regulierungsschritte setzt.

Das ordnungspolitische Bild für die Zusammenarbeit der Akteure blieb fokussiert auf die kollektive Interessenvertretung aller (Zahn-)Ärzte durch Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, den öffentlichen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser (Krankenhausplanung/Investitionsfinanzierung der Länder) und das kollektive Handeln der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt. Das meist verwendete Begriffspaar der gesetzgeberischen Normierung dieser Zeit war „gemeinsam und einheitlich“, und dies trotz der eingeführten Wahlfreiheit für alle Versicherten.

Den strukturellen Ausgabenproblemen des Systems begegnete man einerseits durch eine gezielte Begrenzung des Leistungsrahmens, andererseits durch eine strukturelle Verbesserung der Finanzierungssituation (Zuzahlungen etc.). Beide Strategien machten Gesundheitspolitik zu einer extrem unpopulären Veranstaltung im politischen Prozess. Der Gedanke, wettbewerbliche Suchprozesse zur Gestaltung des Leistungsangebotes, der Versorgungsprozesse, der Kapazitätssteuerung und der Vertragspartnerschaften zu nutzen, blieb dem sozialrechtlichen System fremd.

Dieses Faktum hatte Bestand, obwohl sich parallel Expertendiskussionen etablierten, wie etwa im Rahmen der Robert-Bosch-Stiftung, des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat 1987) und der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages (Endbericht 1990), die sich mit weiterführenden Ansätzen für eine bessere Ressourcenallokation befassten.

Die verantwortlichen Institutionen und Interessengruppen verharteten weitgehend in der Verteidigung des Status quo. Es waren einzelne Köpfe aus Wissenschaft und Praxis, die zunehmend die Frage eines ordnungspolitischen Rahmens für die GKV aufwarfen und in Ansätzen zur Diskussion stellten. Dazu zählten insbesondere Dieter Cassel, Christopher Hermann (Hermann 1993), Klaus Jacobs, Franz Knieps, Günter Neubauer, Peter Oberender, Robert Paquet, Martin Pfaff, Herbert Rebscher, Hartmut Reiners (Reiners 1987), Karl-Heinz Schönbach, J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Friedrich Wilhelm Schwartz und Jürgen Wasem.

Mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung kristallisierten sich Eckpunkte für ein ordnungspolitisches Gesamtkonzept heraus, die auf den künftigen Reformbedarf hinwiesen:

- Wahlfreiheit der Krankenkassen, nur wenn der Risikostrukturausgleich für faire Wettbewerbsbedingungen sorgt (Cassel 1987, Jacobs 1992, Pfaff/Wassener 1992, Wasem 1994)
- Öffnung der kollektiven Lösungen (Vertragsmonopole) durch selektive Vertragsbeziehungen (Jacobs/Reschke 1992, Oberender 1980)
- Entwicklung leistungsbezogener Honorierungssysteme als Grundlage für Wirtschaftlichkeit und Effizienz im medizinischen Angebot (Neubauer/Demmler 1991)

Der Diskussionsprozess innerhalb der GKV führte zu dem gemeinsamen Grundsatzpapier „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte Krankenversicherung“ (ARGE 1994), das wegen der Farbe seines Einbandes auch das „ochsenblutrote Wettbewerbspapier“ genannt wird. Es wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen einstimmig als Grundlage der gesundheitspolitischen Forderungen beschlossen.

Der Begriff „Solidarische Wettbewerbsordnung“ (Rebscher 1993) wurde erstmals 1993 formuliert und das Konzept in einer Aufsatzreihe begründet und verteidigt. Mit diesem Ansatz wurde eine ganze Reihe ordnungspolitischer Anmerkungen und Beiträge, insbesondere auch die Gutachten des Sachverständigenrates, der Endbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages und der bereits entwickelte ordnungspolitische Diskurs gebündelt und auf einen „Begriff“ gebracht.

Mit der Publikation des Grundsatzpapiers hat sich die GKV erstmals auf ein ordnungspolitisches Modell verständigt und es zur Diskussion gestellt. Damit wurde versucht, der immer kurzatmigeren Politik ein konzeptionelles Gerüst für eine mittelfristig angelegte Gesetzgebung zu geben.

3. Das Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ der frühen 1990er Jahre

Das Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ sollte zunächst das politische Dilemma überwinden, das Ausgabenproblem im Gesundheitswesen mit geradezu rituellen Forderungen nach Leistungsbegrenzungen und/oder Finanzschöpfung anzugehen. Die Grundlage dieses Konzepts war dagegen „Rationalisierung vor Rationierung“ und „Solidarität durch Effizienz“.

Die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung, also

- das Solidarprinzip mit seiner Umverteilungs-,
- das Sachleistungsprinzip mit seiner qualitätssichernden,
- das Selbstverwaltungsprinzip mit seiner staatsentlastenden und
- die Pluralität der Organisationsstrukturen mit ihrer machtsverteilenden Funktion,

sollten ausdrücklich nicht zur Disposition stehen. Sie bilden auch heute noch den solidaritätsstiftenden Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung.

Ausdrücklich wurde auch bereits damals die wettbewerbliche Notwendigkeit eines einheitlichen und definierten Leistungsrahmens sowie einkommensproportionaler Beiträge (damals mit Zustimmung der Arbeitgeber!) hervorgehoben und vor allen Formen individueller Finanzierungsinstrumente gewarnt. Der Risikostrukturausgleich – als „technischer Kern“ einer Wettbewerbsordnung (Jacobs 1990, S. 122, Wasem 1993, S. 33) – bildete wettbewerbstheoretisch und -politisch die Grundlage der Weiterentwicklung. Er soll Risikoselektion vermeiden und den Fokus auf die wirtschaftliche Erbringung definierter Leistungen lenken.

Diese – auch heute noch gültigen – nachfrage- bzw. versicherungsseitigen Rahmenbedingungen definieren den solidarischen Charakter bei gleichzeitigem Wettbewerb unter den einzelnen Krankenkassen und weitgehender Wahlfreiheit der Versicherten. Die Übertragung dieses Ordnungskonzeptes auch auf die Angebotsseite der medizinischen Versorgung und die Debatte um geeignete alloka­tionseffiziente Marktstrukturen waren der Kern des ordnungspolitischen Ansatzes der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ (Cassel 2006). Hier galt es, das für die verschiedenen Sektoren zwar unterschiedliche, aber im Kern doch vergleichbare Problem der Transformation monopolisierter Angebotsstrukturen in ein wettbewerbsintensives Geflecht selektiv agierender Anbieter(-gruppen) zu überführen. Selektivverträge sollten sich zum „ökonomischen Kern“ (Ebsen et al. 2003, Cassel et al. 2006, Oberender/Zerth 2014) einer solidarischen Wettbewerbsordnung entwickeln.

Es ging dabei nicht um die Abschaffung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KV / KZV) oder die Abschaffung der Planungshoheit der Bundesländer im Krankenhausbereich, es ging auch nicht um die Abschaffung des Kollektivvertrages, sondern um die Relativierung des Ausschließlichkeitsanspruchs des Kollektivvertrages zugunsten von wettbewerblichen Suchprozessen durch einzelne Akteure. Es ging auch nicht um die dauerhafte Exklusivität der Vertragslösung, nicht um die Ausgrenzung von Anbietern, nicht um die Verknappung der Angebotskapazitäten, nicht um das Zurückdrängen der freien Arzt- oder Krankenhauswahl. Vielmehr ging es darum, das Zielbündel Wirtschaftlichkeit, Qualität und Humanität der Versorgung in alternativen Problemlösungen zu erproben.

Ziel war es, ganz im klassischen Hayekschen Sinne, Wettbewerb als immerwährenden „Suchprozess“ für die bessere Problemlösung (Rebscher 2010) zu begreifen. Damit stand, und auch das gehört heute noch zum solidaritätsbezogenen Anker des Konzeptes, die Verbesserung der populationsorientierten Versorgung im Mittelpunkt. Die Hoffnung war dabei, dass die sichtbaren Erfahrungen von Strukturen, Prozessen und Abläufen in selektiven Vertragsmodellen im zugrundeliegenden Kollektivvertrag inhaltliche Verbesserungen erzwingen. Der Kern des Gedankens ist, „Benchmark“ sichtbar und wirksam zu machen, um die populationsorientierte Verbesserung zu erreichen.

Dem Konzept lag deshalb nicht die beliebige Vereinzelung von Vertragspartnerschaften in kleinteiligen Marktbeziehungen zugrunde (bilaterales Polypol), sondern ein in gemeinsamer Selbstverwaltung entwickeltes Modell „bilateraler Oligopole“ als Gleichgewichtsmodell. Den damaligen GKV- und KV-Strukturen folgend, schwebten den Verfassern der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ Verhandlungsmandate innerhalb der KV-gebundenen Ärzteschaft und die Kassenarten als Verhandlungsebene innerhalb des GKV-Gesamtrahmens vor. Nach der damaligen Überzeugung hatte diese Meso-Ebene – zwischen direkter staatlicher oder zwanghaft kollektivvertraglicher Gesamtlösung und kleinteiliger Einzellösung – viele Vorteile:

- Anbindung an die einheitlich zu treffenden Grundentscheidungen bzgl. Leistungsvolumen, Mindestqualitäten sowie Notfall-, Nacht- und Wochenend-Versorgung durch zwingend einheitlich zu regelnde Tatbestände, wie Versorgungsstrukturen und öffentliche Finanzierungsbestandteile (Krankenhäuser)
- quantitativ robuste Umsatzvolumina und Patientenzahlen, um Effekte zu messen (Evaluation) und Organisations- und Transaktionskosten bei allen Beteiligten zu minimieren
- flächendeckender, organisatorischer Aufbau von Versorgungsalternativen ohne kleinteilige Intransparenz und ohne das Risiko subtiler Risikoselektion über Versorgungsmodelle.

4. Versuche der Umsetzung des Konzeptes der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ in die Praxis

Unabhängig von Inhalt, konkreten Instrumenten und Detailregelungen wird seit Lahnstein jedes Gesetz „irgendwie“ wettbewerblich begründet. Ein durchgängiger Ordnungsrahmen ist damit jedoch nicht verbunden.

So wollte der Gesetzgeber zwar die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen (DMP) als Wettbewerbsfeld der Krankenkassen verstanden wissen, schrieb sie aber gleichwohl als einheitlich verpflichtendes Modell für alle Krankenkassen vor. Ähnlich widersprüchlich sind die Vorschriften zur hausarztzentrierten Versorgung ausgestaltet. Die ordnungspolitisch sinnvolle Ergänzung des Kollektivvertrages mittels selektiver Suchprozesse wird durch die gleichzeitige Schaffung des Verhandlungsmonopols für den Interessenverband der Hausärzte konterkariert. Auch bei den Regelungen zur integrierten Versorgung widerspricht die Vorschrift, dass die Verträge den Aufsichten aller Beteiligten vorzulegen sind, dem Wettbewerbsgedanken. Die ursprünglich kassenartenbezogenen Vergütungsverhandlungen wurden in einem orientierungslosen Hin und Her sowohl strukturell (nur noch eine Gebührenordnung) als auch vom Vergütungsniveau (ein Punktwert) vereinheitlicht. Die Verhandlungen wurden zunächst regionalisiert und später zentralisiert, um dann wieder regionalisiert – mit starken zentralen Vorgaben – geführt zu werden. Bei diesem Durcheinander ist es wenig verwunderlich, dass das durchaus vernünftig angelegte Versorgungsstrukturgesetz (2011) seine stärksten Seiten ausgerechnet dort hat, wo es die offenkundigen Fehler des vorausgehenden Wettbewerbsstärkungsgesetzes (2007) wieder korrigiert und die bundeseinheitliche Zentralisierung vieler Entscheidungen in die Hände der im regionalen Versorgungskontext verantwortlichen Akteure zurückdelegiert.

Weitere Beispiele ordnungspolitischer Orientierungslosigkeit finden sich sowohl im Bereich der gesetzlichen wie auch der privaten Krankenversicherung. So führen Wahltarife als Elemente der individuellen Risikoäquivalenz in einem Umlagesystem logisch zwingend zu Quersubventionierungen und Finanzkraftverlusten. Umgekehrt widerspricht das mit den staatlich verordneten Basistarifen in der PKV eingeführte Umlageprinzip diametral dem diesen Geschäftsmodell zugrunde liegenden Prinzip risikoäquivalenter Prämien. Die Diskussion um den Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds, der trotz seiner inhaltlichen Begründung der Refinanzierung familienpolitischer Leistungen zur Manövriermasse des Finanzministers wurde, illustriert schlussendlich ebenfalls ein politisches „Hü und Hott,“ das jedes Ordnungskonzept vermissen lässt.

Summa summarum zeigt sich, dass die gesetzgeberischen Interventionen seit Lahnstein anlassbezogen, kurzfristorientiert, zusammenhangslos und in sich widersprüchlich blieben. Trotzdem lassen sich einige Trends erkennen (Jacobs/Rebscher 2014).

- Einer dieser Trends ist die zunehmende Hinwendung zu leistungsorientierten Vergütungsmodellen. Das DRG-Modell im Krankenhausbereich ist die wohl konsequenteste und methodisch fortgeschrittenste Umsetzung. Mit leistungsorientierten Vergütungssystemen versucht die Politik die Voraussetzungen zu schaffen, das Morbiditätsrisiko Schritt für Schritt auf die Krankenkasse zu übertragen, indem die so besser nachgewiesene Morbidität die Grundlage für die Verhandlungen über die Honorierung bildet.
- Ein zweiter Entwicklungspfad liegt in der stärkeren Hinwendung zu Methoden der Qualitätsmessung. Geeignete Indikatoren, deren Dokumentationserfordernisse, die Vergleichsmaßstäbe und die Risikoadjustierung sind methodisch anspruchsvolle Vorhaben. Der Aufbau entsprechender institutioneller Arrangements, wie etwa das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) sowie die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) flankieren diesen Weg. Einen vorläufigen Abschluss findet das Bemühen um Qualitätsorientierung in der Gründung des IQTIG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen), das sich im organisatorischen und konzeptionellen Aufbau befindet.
- Drittens wird eine Kultur der Evaluation deutlich. Sie liegt in der Logik, selektive Vertragsmodelle angemessen zu bewerten und wurde sowohl bei der DRG-Evaluation als auch in den Disease-Management-Programmen (DMP) zwingend vorgeschrieben. Versorgungsorientierte Krankenkassen verwenden ihrerseits viel Aufwand für die Entwicklung geeigneter Evaluationsmodelle für ihre jeweiligen Vertragsarrangements. Die Evaluation komplexer Interventionen in Versorgungsverträgen ist ein methodisch anspruchsvolles Unterfangen (vgl. das Evaluationskonzept der DAK-Gesundheit in diesem Band).
- Ein vierter zu beobachtender Trend zeigt sich im systematischen Know-how-Aufbau in fast allen großen Krankenkassen. DMP-Programme waren die politisch definierten und gemeinsam gestalteten „Zukunftswerkstätten“ für selektives Kontrahieren durch Krankenkassen. Die Erfahrung mit diesen Programmen war für viele sogenannte IV-Verträge ein wichtiger Schritt innerhalb der Krankenversi-

cherung und zum Aufbau entsprechender Kompetenzen. Diese Entwicklung ist die Grundlage für die offensive Gestaltung ergänzender Vertragskonzepte und deren Implementierung im Versorgungsalltag.

- Fünftens ist eine deutliche Hinwendung zur Evidenzbasierung zu konstatieren. Die verstärkte Orientierung des Leistungsrahmens an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin und der Aufbau entsprechend sachverständiger Institutionen (IQWiG) und Entscheidungsgremien (Gemeinsamer Bundesausschuss) folgten dem Grundsatz der für ein Solidarsystem zwingenden Einheitlichkeit des Leistungsrahmens und wirksamkeitsbelegter Leistungen. Die bisher noch entwicklungsfähige aber zwingend notwendige Versorgungsforschung kann dazu beitragen, patientenbezogene Resultate alternativer Versorgungszusammenhänge aufzubereiten und für die Weiterentwicklung des Vertragsportfolios zu nutzen. Gleichzeitig kann somit die „Kunstwelt“ klinischer Studien auf Alltags-tauglichkeit überprüft und relativiert werden. Gerade bei der Beurteilung komplexer Interventionen (chronische Erkrankungen, Multimorbidität), die mit einer Gesellschaft langen Lebens verbunden sind, werden Versorgungsforschung und -management, d.h. die Koordination komplexer Versorgungszusammenhänge, an Bedeutung gewinnen. Dazu werden erstmals Mittel offiziell bereitgestellt (Innovationsfonds / Versorgungsforschung).

5. Das unterschätzte Problem der Marktsplaltung

Bei der Konzeption und Umsetzung der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ wurde ein grundlegender Sachverhalt übersehen, nämlich die Tatsache, dass in einem solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem zwar alle Mitglieder nach ihrer Leistungsfähigkeit Beiträge zahlen, aber nur wenige Versicherte Leistungen in einem nennenswerten Umfang in Anspruch nehmen. Empirische Untersuchungen belegen, dass 20 Prozent der Menschen 80 Prozent der Gesundheitsleistungen benötigen. Verschärfend kommt hinzu, dass es eine enorme Kompression der Ausgaben auf wenige Jahre vor dem Tod gibt. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass 80 Prozent der Menschen lediglich 20 Prozent der Leistungen benötigen. Außer dem abstrakten Versicherungsschutz ziehen diese Menschen keinen individuellen Nutzen aus dem Versorgungsangebot und dessen Qualität. Dieses empirisch gut gesicherte Faktum ist bei der Beurteilung gesundheitsökonomischer Instrumente von zentraler Bedeutung (Rebscher/Walzik 2011).

Wenn nämlich 80 Prozent der Menschen keinen nennenswerten, aktuellen und konkreten Nutzen aus dem System ziehen, bleibt es eine zentrale Aufgabe, deren Zahlungsbereitschaft durch eine Beitragsverpflichtung zu erhalten. Individuelle, am persönlichen Nutzen orientierte Preismodelle (Zusatzprämien, Zusatzversicherungen, Wahltarife etc.) scheitern deshalb schon im Ansatz und schwächen perspektivisch die Finanzausstattung des Systems.

Nimmt man diese Ausgangslage ernst, sind reine Preissteuerungsmodelle, wie die mit dem Gesundheitsfonds eingeführte und mittlerweile wieder abgeschaffte „kleine Prämie / pauschaler Zusatzbeitrag“ (Richter 2005) abzulehnen. Denn Prämienmodelle richten sich ausschließlich an preisreagible Gesunde, die keine oder kaum Leistungen benötigen. Notwendig sind dagegen Reformansätze, die die Effizienz der Versorgung in den Vordergrund rücken, denn wirkliche Effizienz bei der Leis-

tungserbringung zeigt sich in dem Bereich der aufwändigen gesundheitlichen Versorgung (80 Prozent) der wenigen erkrankten Versicherten (20 Prozent).

Ein durch Risikoselektion und Leistungsverweigerung erzielt Prämienrückgang für ausschließlich preisreagible gesunde Versicherte darf nicht als „effizient“ interpretiert werden. Mit tatsächlicher Wirtschaftlichkeit oder Effizienz einer Krankenkasse hat dies nichts zu tun. Zudem widerspricht ein Wettbewerb um Prämienvermeidung jeder Idee von Wettbewerb als Suchprozess und behindert die Innovationsfähigkeit des Systems. Die individuelle Informationspflicht der Krankenkassen bei Beitragssatzsteigerungen und der geforderte explizite Hinweis auf billigere Krankenkassen sind ein wettbewerbsschädlicher Nachklapp eines gescheiterten Ansatzes. Die dadurch ausgelösten fehlleitenden ökonomischen Anreize zwingen alle Beteiligten zu einer kalten, betriebswirtschaftlichen Logik:

- Risikoselektion wird gefördert. Ein Wettbewerb, der die Optimierung der Versorgung zum Ziel hat, ist damit grob diskriminiert.
- Krankenkassen werden zu harten Ausgabenvermeidungsstrategien gezwungen. Alles wird getan, um kurzfristig Zusatzbeiträge zu vermeiden. Es gibt keinen Anreiz für einen Wettbewerb um effizientere, an den Versorgungsnotwendigkeiten orientierte Abläufe.

Kurzfristig attraktive Angebote werden gezwungenermaßen auf betriebswirtschaftlich attraktive Zielgruppen ausgerichtet (Junge und Gesunde) statt auf langfristige Versorgungsstrategien (kranke, chronisch kranke, multimorbide Patienten).

6. Herausforderungen für die weitere Implementierung einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“

Die Akzeptanz des Konzeptes der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ wird dadurch bestimmt, inwieweit sich ihre Vertreter durch differenzierte Beiträge zur Entwicklung konkreter Modelle und Konzepte von der trivialen Forderung nach „mehr Wettbewerb“ unterscheiden. Es gilt sachlich zu differenzieren, welche Aufgaben weiterhin durch politische bzw. gesetzliche Vorgaben verbindlich zu regeln sind, welche Fragen einer einheitlichen Lösung kollektiver Art (z. B. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rahmenverträge, Vergütungsstrukturen, Qualitätssicherungsverfahren) bedürfen, und welche Fragen einem wettbewerblichen Suchprozess überantwortet werden können.

Die politische Unsicherheit bzgl. eines Konzeptes und der permanente Eingriff durch regulierende Interventionen zeigen, wie notwendig die Beantwortung dieser Fragen ist. Die Erfahrungen der letzten Jahre belegen die Orientierungslosigkeit und ordnungspolitische Schwäche. Vor diesem Hintergrund sind aus heutiger Sicht folgende Rahmenbedingungen an die „Solidarische Wettbewerbsordnung“ und das Konzept des „selektiven Kontrahierens“ geknüpft:

Anerkennung der politischen Gesamtverantwortung

Das wettbewerbliche Konzept des selektiven Kontrahierens ist primär nicht als Ausschlussprinzip zur Marktberreinigung zu verstehen, sondern als Suchprozess zur Verbesserung der Versorgung. So verstanden kann selektives Kontrahieren den Kollektivvertrag nicht ersetzen, aber sinnvoll ergänzen. Die Erfahrung der Wenigen

(Vertragspopulationen) soll Benchmark für die Verbesserung der Versorgung Aller (Gesamtpopulation) werden.

Präzisierung der Argumentation

Es geht nicht um Wettbewerb an sich, sondern um die Frage, wer mit wem und zu welchem Zweck einen Versorgungszusammenhang gestaltet. Diese Präzisierung nimmt Ängste, konkretisiert das Anliegen und macht die Zielerreichung messbar (Evaluation).

Respekt vor unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten

Die ökonomische Perspektive ist eine wichtige, aber nicht die einzige bei der Beurteilung konkreter Versorgungskonzepte. Die Perspektiven der Versicherten, der betroffenen Patienten, der Leistungserbringer, der beteiligten Institutionen, der Politik, der Medizin, des Sozialrechts etc. sind ebenso rational begründbar und legitim (Rebscher 2011). Selektives Kontrahieren gegen die Interessenlagen und die Perspektiven der Beteiligten zu richten, wird scheitern (Akzeptanzproblem).

Entwicklung und Schärfung einer geeigneten Methodik

Zu den unterschätzten Faktoren des Konzepts der Selektivverträge zählen die Anforderungen an ein Methodenset und der Umgang mit der immanenten Begrenztheit aller Methoden. Prädiktion, Evaluation, die Gestaltung geeigneter Klassifikationsmodelle zur Honorierung und die Transaktionskosten kleinteiliger Umsetzungen führen bei der Entwicklung selektiver Vertragsmodelle oft zum Stillstand oder – schlimmer – zu rein marketinggetriebenen Angeboten.

Beachtung der differenzierten Versorgungszusammenhänge

Bei der Implementierung wettbewerblicher Instrumente im regionalen Kontext mit seinen kleinteilig agierenden Akteuren wird die Veränderung gewachsener Versorgungszusammenhänge als Problem häufig unterschätzt. Gerade wenn „selektives Kontrahieren“ eine gesundheitsökonomisch wünschenswerte Ergänzung der bestehenden korporatistischen Koordinationsordnung sein soll, gilt es bei einer seriösen Beurteilung die jeweiligen allokativen Stärken und Schwächen der alternativen Konzepte zu benennen und anhand überprüfbarer Kriterien zu gewichten.

Das Konzept des „selektiven Kontrahierens“ ist nur dann zielführend zu administrieren, wenn eine hinreichend sichere Verständigung über die Verwendung des Begriffs der Effizienz erfolgt, und zwar „Effizienz“ in Bezug auf ihre allokativen und distributiven Ziele und Wirkungen (Pfaff 2006). Gerade wenn im Ansatz des „selektiven Kontrahierens“ ökonomische Vorteile vermutet werden, muss umso sorgfältiger auf die konkreten Bedingungen, die Messbarkeit der Effekte und die sichere Beurteilbarkeit der Ergebnisse Wert gelegt werden. Viele politische und wissenschaftliche Beiträge erschöpfen sich in der Hoffnung, dass selektive Verträge quasi von sich aus Effizienz produzieren und für Qualität und Innovation sorgen, ohne mitzudenken und vorzulegen, was die inhaltliche Dimension ist, die eine effiziente und qualitätsgesicherte Versorgung ausmacht, und wie man dies in Abgrenzung unterschiedlicher Anbieter und deren Leistungsversprechen messen und beurteilen kann.

Die aktuellen Erfahrungen der Finanzkrisen haben die Trivialisierung langfristiger, gesellschaftliche Stabilität sichernder infrastruktureller Arrangements durch das

naive neoliberale Dogma von „der Markt wird's richten“ nicht nur beschädigt, sondern nachhaltig entzaubert. Heute wissen wir, dass eine verlässliche öffentliche Infrastruktur kein Ballast, sondern eine nachhaltige und Produktivität schaffende Ressource darstellt: eine Ressource, die sich zudem, was die großen Sozialversicherungssysteme betrifft, in der Krise in ihrer fast schon vergessenen Funktion als automatischer Konjunkturstabilisator bestens bewährt hat. Hier liegt die Chance zu einem ordnungspolitischen Neubeginn, der die politische Mixtur von Unterschiedlichem, Unvereinbarem und Gegensätzlichem im gefundenen Instrumenteneinsatz beendet und zu einer Nachvollziehbarkeit und Stabilität der Anreize für die Akteure führt, die für langfristige Arrangements unerlässlich sind.

Die zentrale Frage eines geeigneten Ordnungsrahmens dreht sich im Gesundheitswesen um die Begriffe Innovation, Qualität und Effizienz. Diese oft mit einer fahrlässigen Leichtigkeit verwendeten Begriffe sind mit ihrem methodischen und inhaltlichen Anspruch die Schlüsselbegriffe für eine gute Versorgung. Jeder Ordnungsrahmen muss deshalb mindestens die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Die Innovationsfähigkeit des Systems muss gesichert bzw. gefördert werden. Sie ist abhängig von der Investitionsfähigkeit seiner Akteure. Dazu gehört zentral ein Finanzierungs- und Honorierungssystem, in dem die Innovationsperspektiven in ihrer zeitlichen Dimension mit den Investitionsperspektiven harmonisieren. Eine kurzfristige Preisreagibilität (etwa durch Zusatzprämien) zerstört diesen Zusammenhang und ist deshalb innovationsfeindlich.
- Es muss möglich sein, Innovationen rechtzeitig zu bewerten und für das Versorgungssystem verfügbar zu machen. Eine Kultur des Nachweises durch gute klinische Studien (Fokus: Evidenz) und einer integrierten Versorgungsforschung (Fokus: patientenorientierte Outcomes) sind zwingende Bedingungen einer Innovationsstrategie.
- Es ist ein verlässliches internes und externes Qualitätsmanagement zu implementieren, das mit entsprechenden Qualitätsindikatoren und Verfahren zur Risikoadjustierung zu einem vertrauensstiftenden und fairen Unterscheidungsmodell entwickelt wird.
- Eine experimentelle Kultur, die den jeweils aktuellen Versorgungszusammenhang kritisch hinterfragt und alternative Problemlösungsszenarien ermöglicht, ist zu etablieren und zu fördern. Dies ist mit einer Evaluationskultur zu verbinden, die den neu gefundenen Versorgungszusammenhang beurteilbar und damit das System durch Benchmarks lernfähig macht.
- Ein unterstützendes liberales Vertragsrecht ist als Ergänzung zur kollektivvertraglichen Grundstruktur des Systems notwendig, um die Suchprozesse Einzelner zum Zwecke der Optimierung für Alle dienstbar zu machen.
- Diese und weitere Eckpunkte sind die Bausteine zur Entwicklung eines stimmigen Ordnungsrahmens für das Gesundheitssystem der Zukunft. Das heutige Lavierien bei wichtigen Grundentscheidungen und die Widersprüchlichkeit der gefundenen Lösungen sind weder eine vernünftige noch zukunftsweisende Arbeitsgrundlage.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (ARGE 1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, Bonn u. a.
- Cassel D (1987): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht 149 des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Bonn.
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.
- Cassel, D (2006): Risikostrukturausgleich und solidarische Wettbewerbsordnung: Zur Irenik von Solidarität und Wettbewerb in der GKV, in: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hg.), in Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit, St. Augustin, S. 55-95.
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecseny J, Wasem J (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: Soziale Sicherheit, Heft 4, S. 128-132.
- Endbericht der Enquete Kommission des 11. Deutschen Bundestages (1990): Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.), Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn.
- Hermann C (1993), Strukturreform im Organisationsrecht – Die Organisationsreform der GKV im Gesundheits-Strukturgesetz, Kompass 4, S. 161-169.
- Jacobs K (1990): Anforderungen an die gesetzliche Krankenversicherung zur Verbesserung der regionalen Angebots- und Nachfragesteuerung im Gesundheitswesen, in: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hg.): Informationen zur Raumentwicklung, Zur regionalen Versorgung mit Gesundheitsleistungen, Heft 2/3, S. 119-127.
- Jacobs K (1992): Wettbewerb im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Seewald O (Hg.): Organisationsprobleme der Sozialversicherung, Sankt Augustin, S. 135-145.
- Jacobs K, Rebscher H (2014): Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Cassel D, Jakobs K, Vauth C, Zerth J (Hg.): Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, S. 45-73.
- Jacobs K, Reschke P (1992): Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, in: Gesundheitsökonomische Beiträge 15, Baden-Baden.
- Knieps F, Reiners H (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland, Geschichte – Intentionen – Kontroversen, Bern, S. 51-100.

- Neubauer G, Demmler G (1991): Bausteine eines rationalen Krankenhausvergütungssystems, in: Neubauer G, Sieben G (Hg.): Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung, Gerlingen.
- Oberender P (1980): Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft 31, S. 145-176.
- Oberender P / Zerth J (2014): Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ einer solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Cassel D, Jakobs K, Vauth C, Zerth J (Hg.): Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, S. 173-198.
- Pfaff M, Wassener D (1992): Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzeption und Auswirkungen verschiedener Ausgestaltungsvarianten auf Finanzströme und Beitragssätze. Graue Reihe, Neue Folge, Nr. 37, Düsseldorf.
- Pfaff, M (2006): Zur Effizienz und Effektivität eines solidarischen Gesundheitswesens, in: Rebscher H (Hg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Heidelberg, S. 83 ff.
- Rebscher H (1993): Wettbewerb und Solidarität – Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung für die GKV. In: Die Ersatzkasse 73, S. 182-192./Wettbewerb in einer sozialen Krankenversicherung – Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Die Ersatzkasse 5/1993, S. 182-191./Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 5/6, 1993, S. 3843. / Solidarische Wettbewerbsordnung Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung, in: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, S. 42-48. / Solidarische Wettbewerbsordnung – Ein Jahr im gesundheitspolitischen Diskussionsprozess, in: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 5, 1994, S. 156-163./Zur Einigung der Spitzenverbände der Krankenkassen auf ein gemeinsames Positionspapier, in: Gesellschaftspolitische Kommentare 9/94, S. 364./Solidarische Wettbewerbsordnung – Irrtümer und Fehlinterpretationen in: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 10, Oktober 1996, S. 47-48.
- Rebscher H (2010): „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ im Gesundheitswesen – Chancen, Bedingungen, Grenzen, in: Oberender, P (Hg.), Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin, S. 35-57.
- Rebscher H (2011): Perspektivenwechsel – Bewertungskategorien selektiven Vertragshandelns, in: Rüter, G, Da-Cruz, P, Schwegel, P (Hg.): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik, Stuttgart, S. 348-362.
- Rebscher H, Walzik E (2011): Ein ökonomisch fragwürdiges Modell, Zur Innovationsfeindlichkeit der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, 52. Jg., Nr. 8, Berlin/Bonn, S. 11-13.
- Reiners H (1987): Ordnungspolitik im Gesundheitswesen – Ausgangspunkt und Konzepte, Bonn.
- Richter, W F (2005): Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, Wirtschaftsdienst, 2005, 693-697.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987): Jahresgutachten, Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden.

Wasem J (1993): Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich. Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV, Sozialer Fortschritt 42 (2), S. 32-38.

Wasem J (1994): Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 und die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main, Berlin, Bern.

II. IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Albrecht/Neumann/Nolting

Vorbemerkung

Unter den Voraussetzungen eines imperfekten Risikostrukturausgleichs und eines Krankenkassenmarktes, auf dem für einen Großteil der Nachfrage (Versicherungsnehmer) der Preis das dominante Wettbewerbsargument ist, kommt ein Innovationswettbewerb um Verbesserungen der Kosteneffektivität nicht im erwünschten Ausmaß zustande. Diese Rahmenbedingungen lassen sich nicht grundlegend ändern.

Politik und Gesetzgebung scheinen derzeit hieraus die Schlussfolgerung zu ziehen, dass Versorgungsinnovationen nun primär regulativ bzw. im Rahmen zentralisierter Prozesse und Institutionen zu erzeugen sind. Wettbewerb als Steuerungsansatz reduziert sich hierbei auf einen Wettbewerb von Förderanträgen.

Das hier skizzierte Konzept zeigt hingegen, dass Versorgungsinnovationen im Rahmen eines Krankenkassenwettbewerbs erreicht werden können. Aufgrund der o. a. Restriktionen sind hierfür neben einem zielgenaueren morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich jedoch zusätzliche finanzielle Anreize notwendig, und die Verwendung der zusätzlichen Finanzmittel durch die Krankenkassen ist – im Sinne eines „managed competition“ – durch einige regulative Vorgaben zu flankieren.

Dieses Konzept gründet auf der Überzeugung, dass – unter modifizierten Rahmenbedingungen – ein dezentraler Innovationswettbewerb der Krankenkassen initiiert werden kann, der eine größere Innovationsdynamik entfaltet als die aktuell geplanten gesetzlichen Maßnahmen zur Innovationsförderung.

1. Ist Wettbewerb noch Leitbild?

1.1 Wettbewerbsorientierung in der GKV – keine geradlinige Geschichte

Der Krankenkassenwettbewerb wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz (1993) eingeführt, um die verfassungsrechtlich nicht mehr tolerierbaren Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen bei weitgehend eingeschränkter Kassenwahlfreiheit zu verringern. Ab dem Jahr 1996 galt die freie Kassenwahl, verbunden mit einem Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen.

Im Jahr 1994 erarbeitete die GKV-Selbstverwaltung ein Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ (ARGE 1994; vgl. auch Rebscher 1993). Grundidee des Konzepts ist es, Wettbewerb als Steuerungsprinzip zu nutzen, um im Interesse der Versicherten und Patienten Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der GKV-Versorgung zu steigern, ohne dabei die grundlegenden Solidaritätsprinzipien der GKV zu gefährden. Dieser Grundidee lag die Erwartung zugrunde, dass

eine wettbewerbliche Steuerung bei der Versorgungsgestaltung einer zentralen Kollektiv- und Planwirtschaft vielfach überlegen ist (Jacobs/Rebscher 2014).

Im Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ bildet die Vertragspolitik den Kernbereich des Wettbewerbs: Auf der Suche nach optimalen Vertragslösungen sollte jede Krankenkasse eigenständige Wege gehen können, um einerseits Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, andererseits die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern. Der Wettbewerb sollte gegen Kartelle und Marktbeherrschung in der Versorgung wirken sowie zu einer Differenzierung von Versorgungsangeboten und Vergütungsformen führen. (ARGE 1994, S. 16 ff.)

Zunächst jedoch entfaltete sich der Wettbewerb vor allem auf dem Versicherungsmarkt und richtete sich primär auf Beitragssätze und Service, später auch auf Zusatzleistungen. Der verschärfte Preiswettbewerb war mit Diskussionen über Risiko-selektion und der Gefahr von Qualitätsdumping verknüpft (Paquet 2011, S. 23). Dies hatte zwei grundlegende Konsequenzen für die wettbewerblichen Rahmenbedingungen in der GKV: Zum einen wurde der RSA weiterentwickelt, um Risikoselektionsanreize weitergehend zu vermindern, v. a. durch eine differenziertere Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten seit dem Jahr 2009. Zum anderen wurden wettbewerbliche Spielräume der Krankenkassen auch auf der „Einkaufsseite“ erweitert. Die Krankenkassen erhielten zunehmend Möglichkeiten, ihre vertraglichen Beziehungen zu den Leistungsanbietern „selektiv“ zu gestalten. Der Vertragswettbewerb geriet damit – entsprechend dem Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ – verstärkt in den Fokus der Wettbewerbsorientierung in der GKV. Das Versorgungsmanagement sollte zum zentralen Wettbewerbsparameter der Krankenkassen werden.

Mit dem im Jahr 2007 in Kraft getretenen Wettbewerbsstärkungsgesetz erreichte das gesetzgeberische Bekenntnis zu Selektivverträgen als Kernbereich des GKV-Wettbewerbs seinen vorläufigen Höhepunkt. In der Gesetzesbegründung hieß es: „Im Gegensatz zum geltenden Recht wird zukünftig die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung ausschließlich im dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert... Welche Vertragsformen im Bereich der ärztlichen Versorgung sinnvoll sind, soll der Wettbewerb entscheiden.“ (Bundestag Drucksache 16/3100)

Seitdem ist eine gewisse Ernüchterung eingetreten: Zwar hat sich selektivvertraglicher Wettbewerb etabliert, spürbar geworden ist er allerdings primär in Form von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelunternehmen. Die Erwartung, dass selektivvertraglicher Wettbewerb in größerem Ausmaß innovative Versorgungsformen hervorbringt, hat sich bislang nicht erfüllt. Der selektivvertragliche Wettbewerb der Krankenkassen um neue Versorgungsformen stieß in der Vergangenheit immer wieder auf Hürden und Hemmnisse, die durch weitere gesetzliche Maßnahmen teilweise beseitigt, teilweise aber auch erst geschaffen wurden (vgl. Cassel et al. 2008, Albrecht/Rürup 2010, Jacobs/Rebscher 2014). Die durch die sog. Anschubfinanzierung für Selektivverträge zur integrierten Versorgung entfachte Dynamik verschwand nach deren Ende, und der „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ bremst seit Einführung des Gesundheitsfonds nachhaltig die Bereitschaft der Krankenkassen, in innovative Versorgungsstrukturen zu investieren (Albrecht/Neumann 2013, S.27 ff.).

1.2 Vertrauen in die Rolle der Krankenkassen als Versorgungsgestalter schwindet

Es entsteht zunehmend der Eindruck, dass sich diese Ernüchterung über die Innovations- und Effizienzpotenziale des Vertragswettbewerbs in der GKV auch in der jüngeren Gesetzgebung niederschlägt. Die Stärkung des Wettbewerbs gehört zwar nach wie vor zu den Zielen der Gesetzgebung, die aktuellen Reformgesetze werden aber verstärkt von Detailregulierungen und der nicht-wettbewerblichen Zentralisierung der Gestaltungsverantwortung dominiert. Für die Einzelkassen wird hierbei immer weniger eine Rolle als Versorgungsgestalter im gegenseitigen Wettbewerb vorgesehen, wie die folgenden Beispiele der jüngeren Gesetzgebung bzw. Reformvorhaben (in chronologischer Reihenfolge) zeigen:

- **Hausarztzentrierte Versorgung** (§ 73b SGB V): Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) als eigenständige Form eines Selektivvertrags eingeführte hausarztzentrierte Versorgung (HzV) unterlag zunächst in wesentlichen Gestaltungsparametern kollektivvertraglichen Vorgaben. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die HzV zwar aus dem kollektivvertraglichen Rahmen herausgelöst, die Krankenkassen wurden aber zum Angebot dieser Versorgungsform verpflichtet. Durch das nachfolgende Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) wurde den Krankenkassen darüber hinaus ein Ultimatum für den Vertragsabschluss gesetzt, während die Hausarztverbände quasi ein Monopol als Vertragspartner erhielten. Schließlich müssen die Krankenkassen seit dem GKV-Finanzierungsgesetz ihre HzV-Verträge der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Prüfung vorlegen.
- **Erprobungsregelung** nach § 137e SGB V: Im Rahmen der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffenen Erprobungsregelung kann der G-BA Erprobungen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit noch nicht hinreichenden Nutzenbelegen in Form spezifischer Richtlinien selbst initiieren. Auch Medizinproduktehersteller können eine solche Erprobung beantragen. Entscheidet der G-BA zugunsten einer Erprobung, müssen die Krankenkassen die Erbringung der entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erstatten. Die Gestaltungsfunktion bleibt hier also auf den GKV-Spitzenverband als einem der Träger des G-BA beschränkt. Damit tritt ein korporatistischer Ansatz neben die wettbewerbliche Variante, wonach neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die der G-BA nicht explizit als GKV-Leistungen ausgeschlossen hat und die (noch) nicht als Regelversorgung erstattet werden, im Rahmen von Selektivverträgen erprobt und vergütet werden können.
- **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)** (§ 116b SGB V): Ausgewählte hochspezialisierte Leistungen, seltene oder besonders schwere Erkrankungen, die im Gesetz bzw. durch den G-BA benannt werden, können auch ambulant im Krankenhaus erbracht bzw. behandelt werden. Vor zehn Jahren sollte die konkrete Ausgestaltung dieser ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern noch Gegenstand des selektivvertraglichen Wettbewerbs sein. Entscheidende Hemmnisse (Risikoselektion, Budgetbereinigung) wurden erst später beseitigt, bis dahin aber wurde die Selektivvertragsoption schon wieder abgeschafft und die Gestaltungszuständigkeit der Krankenhausplanung der Bundesländer übertragen (Albrecht/Rürup 2010, S.45, 53f.). Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes haben nun Krankenhäuser und spezialisierte Ver-

tragsärzte unabhängig von den Länderbehörden einen Zulassungsanspruch, an der ASV teilzunehmen, insoweit sie die vom G-BA einheitlich vorgegebenen Struktur(qualitäts)anforderungen erfüllen. Einer GKV-einheitlichen Ausgestaltung unterliegen auch weitere wesentliche Rahmenbedingungen (u. a. Mengenbegrenzung, Verbotsvorbehalt) sowie die spezifischen Leistungsvergütungen (Vereinbarung im ergänzten Bewertungsausschuss). Wettbewerb findet in diesem Bereich allenfalls noch zwischen den Leistungserbringern statt, aber ohne die Krankenkassen.

- **Innovationsfonds** (§ 92a/b SGB V gem. Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes): Innovationsimpulse für das GKV-System sollen zukünftig von der GKV-Selbstverwaltung im Rahmen zentralisierter Strukturen gesetzt werden. Zu diesem Zweck werden in den kommenden Jahren jährlich 300 Mio. Euro als Fördersumme aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Ein beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzurichtender Innovationsausschuss wird Förderschwerpunkte und Förderkriterien sowie über die Mittelverwendung bestimmen. Die Vorhaben *können* insbesondere in der Form von Selektivverträgen der Krankenkassen durchgeführt werden.
- **Strukturierte Behandlungsprogramme** für chronisch Kranke (§ 137f Abs. 1 SGB V gem. Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes): Die Krankenkassen können zwar selbst entscheiden, ob sie solche Programme anbieten bzw. deren Zulassung beim Bundesversicherungsamt beantragen; bei deren Gestaltung müssen sie aber detaillierte inhaltliche Vorgaben des G-BA umsetzen, der in Richtlinien hierzu konkrete Anforderungen festlegt. Aus Sicht des Gesetzgebers haben sich diese Programme bewährt, daher soll das Angebot ausgeweitet werden und der G-BA weitere strukturierte Behandlungsprogramme entwickeln.
- **Entlassmanagement** (§ 39 Abs. 1a SGB V gem. Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes): Patienten haben zukünftig einen gesetzlichen Anspruch auf sektorenübergreifende, lückenlose Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung gegenüber dem Krankenhaus und auf ergänzende Unterstützung auch gegenüber ihrer Krankenkasse. Die konkrete Ausgestaltung des Entlassmanagements ist nicht Gegenstand selektivvertraglicher Vereinbarungen, sondern wird durch eine Rahmenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene geregelt, ggf. ergänzt durch dreiseitige Vereinbarungen auf Landesebene.
- **Terminservicestellen** (§ 75 Abs. 1a SGB V gem. Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes): Die Verkürzung der vielfach als zu lang empfundenen Wartezeiten der Versicherten auf Facharzttermine ist ein zentraler Gegenstand bisheriger Selektivverträge nach § 73c. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz greift nun der Gesetzgeber zentral regulierend ein, indem er die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, – in Kooperation mit Krankenkassen oder nicht – Terminservicestellen einzurichten, die innerhalb gesetzter Fristen Facharzttermine vermitteln sollen. Eine bundesweit einheitliche Verfahrensweise wird hierbei explizit angestrebt, daher gibt das Gesetz detailliert Regelungsstatbestände für den Bundesmantelvertrag vor.

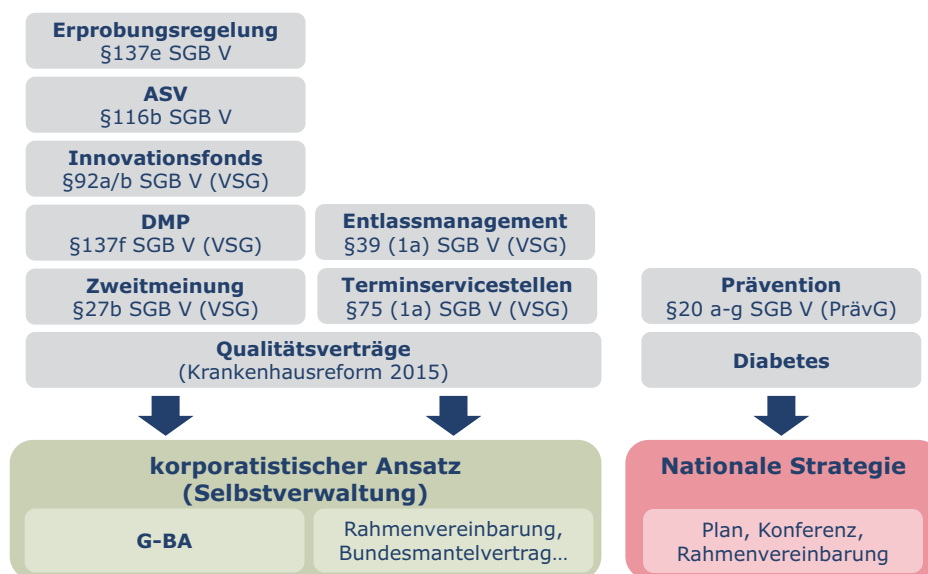
- **Zweitmeinung** (§ 27b SGB V gem. Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes): Versicherte erhalten einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung über die Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit eines planbaren Eingriffs. Der Anspruch wird auf sog. mengenanfällige Eingriffe begrenzt, bei denen aufgrund der zahlenmäßigen Entwicklung das Risiko einer zu weiten Indikationsstellung und damit einer nicht durchgängig medizinisch gebotenen Durchführung besteht. Um welche Eingriffe es sich hierbei konkret handelt, entscheidet der G-BA. Der G-BA legt darüber hinaus fest, welche Qualitätsanforderungen, Struktur- und Prozessvorgaben Leistungserbringer erfüllen müssen, um für die Abgabe einer Zweitmeinung geeignet zu sein. Eine Krankenkasse kann zwar, wie bisher, weiterhin eigene Angebote zur Einholung einer Zweitmeinung als Satzungsleistung machen; für diese gelten dann aber ebenfalls die von dem G-BA festgelegten Anforderungen als Mindeststandards.
- **Prävention** (§ 20 (a-g) SGB V): Mit dem geplanten Präventionsgesetz sollen die Richtwerte für die Ausgaben der Krankenkassen zur primären Prävention erhöht werden, bereichsbezogen (Betriebe, „Lebenswelten“) werden Mindestwerte vorgegeben. Gleichzeitig soll die Mittelverwendung nicht den Einzelkassen überlassen bleiben, stattdessen soll von den Sozialversicherungsträgern¹ eine Nationale Präventionsstrategie entwickelt werden. Diese umfasst die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen sowie die Erstellung eines Präventionsberichts alle vier Jahre. Umgesetzt wird die Nationale Präventionsstrategie durch eine Nationale Präventionskonferenz bestehend aus den Sozialversicherungsträgern, dem PKV-Verband, Bund und Ländern sowie den Spitzenverbänden der Kommunen, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer; die Geschäftsführung liegt bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Beraten wird die Nationale Präventionskonferenz durch ein Präventionsforum aus Vertretern der für die Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen Organisationen und Verbände. Aus der Arbeit der Nationalen Präventionskonferenz ergeben sich schließlich Landesrahmenvereinbarungen der Landesverbände der Sozialversicherungsträger. Am Ende sollen also alle Sozialversicherungsträger mit allen Akteuren auf Bundes- und Landesebene kooperieren – Primärprävention soll sich demnach (bewusst) nicht im Krankenkassenwettbewerb entwickeln.
- **Qualitätsverträge**: Erstmals sollen im Rahmen der geplanten Krankenhausreform im Jahr 2016 Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern möglich sein. Allerdings werden hierfür restriktive Vorgaben gemacht: Die Möglichkeit bleibt zunächst zeitlich befristet und steht unter Evaluationsvorbehalt, sie wird nur für vier vom G-BA zu bestimmende Leistungsbereiche gelten, und der Vertragsinhalt muss sich auf Anreize zur Einhaltung besonderer Qualitätsmaßstäbe beziehen. Schließlich sollen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verbindliche Rahmenvorgaben vereinbaren, um den Inhalt der Qualitätsverträge zu vereinheitlichen. (Koalitionsvertrag und Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015)
- **Nationale Diabetes-Strategie**: Die Bundesregierung bzw. die Koalitionsparteien planen für das Jahr 2015 einen nationalen Diabetes-Plan, der neben einer Stärkung von Vorbeugungs-, Früherkennungs- und Aufklärungsmaßnahmen auch

¹ Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung.

den Ausbau spezieller Behandlungsprogramme umfassen soll. Darüber hinaus soll ein nationales Diabetes-Überwachungssystem mit regelmäßiger Berichterstattung ausgebaut werden. Gefordert wird auch, weitere relevante Bereiche (Ernährung, Sport, Bildung, Forschung, Verbraucherschutz, Arbeit, Soziales, Familie, Senioren, Frauen, Jugend, Umwelt, Verkehr und Stadtentwicklung) in die nationale Diabetes-Strategie einzubinden.

Die aufgeführten Beispiele der jüngeren Gesetzgebung stellen keine konsistente oder gar explizite gesundheitspolitische Strategie eines kontinuierlichen „Vertrauensentzugs“ dar. Die jeweiligen Umstände und Ausgangsbedingungen, die zu diesen gesetzgeberischen Maßnahmen geführt haben, sind verschieden. Auch kann die Frage, ob in den aufgeführten Bereichen die GKV-Versorgung eher durch Selektivvertragswettbewerb oder durch korporatistische Regulierung oder andere Steuerungsmechanismen tatsächlich für die Patienten verbessert würde, durchaus unterschiedlich beantwortet werden.

Abbildung 1: Bereiche nicht-wettbewerblicher Steuerung in der jüngeren Gesetzgebung und aktueller Reformvorhaben



Quelle: IGES

Festzuhalten ist aber, dass sich der regulative Rahmen im Bereich der Versorgungsgestaltung in jüngster Zeit zunehmend von wettbewerblichen Gestaltungsprinzipien entfernt. Das ursprüngliche Vertrauen der Gesundheitspolitik in das Potential selektivvertraglichen Wettbewerbs, maßgeblich die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen zu steuern, ist ge-, wenn nicht sogar verschwunden. Bei den o. a. Beispielen handelt es sich nicht um Randbereiche, sondern um wichtige Fragen der Versorgungsgestaltung, die auch im Rahmen von Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern beantwortet werden könnten.

Zwar sollen durch das geplante GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auch die Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen gestärkt werden, indem man die Rahmenbedingungen für Selektivverträge entbürokratisiert und flexibilisiert – die gleichzeitige Einrichtung des Innovationsfonds zeigt aber eine deutliche Schwerpunktverlagerung: Selektivverträge werden in diesem Zusammenhang von einem potentiellen Impulsgeber zu einem möglichen Durchführungsweg degradiert. Sie sind dem Innovationsfonds „zur ergänzenden Förderung neuer Versorgungsprojekte“ nachgeordnet.

2. Selektivverträge – eine gemischte Zwischenbilanz

2.1 Heterogene Entwicklung des Krankenkassenwettbewerbs

Die verbreitete Ernüchterung im Hinblick auf den Wettbewerb in der GKV und auf Selektivverträge gilt nicht uneingeschränkt. Es gibt durchaus Bereiche, in denen Wettbewerb und Selektivverträge in der GKV als Steuerungssysteme bzw. –instrumente etabliert sind, z. T. starke Wirkungen entfalten und auch von Seiten der Gesundheitspolitik nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden. Hierzu zählt an erster Stelle der **Beitragswettbewerb** zwischen den Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt. Über seine Ausgestaltung und Rahmenbedingungen wird zwar viel gestritten und sie unterliegen häufigen Änderungen – z. B. bei Zusatzbeiträgen (einkommensabhängig vs. einkommensunabhängig), beim Risikostrukturausgleich oder beim Spielraum, den Versicherungsumfang in Form von Zusatzleistungen oder Wahlтарifen zu differenzieren – doch ein vollständiger Verzicht auf den Preiswettbewerb auf dem GKV-Versicherungsmarkt steht nicht zur Debatte. Dies hat auch die jüngste Reform durch das FQWG erneut bestätigt.

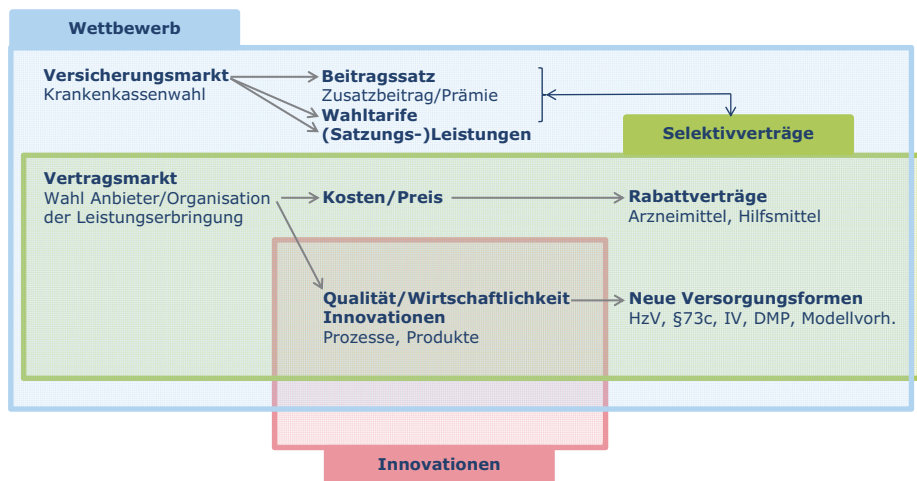
Die Ernüchterung über den Wettbewerb in der GKV bezieht sich primär auf die Ausgabenseite: Sie steht im Zusammenhang mit der Frage, inwieweit **selektivvertraglicher Wettbewerb** zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern den Beitragswettbewerb „gehaltvoller“ machen kann. Beitragsunterschiede sollten idealtypischerweise Effizienzunterschiede widerspiegeln, und die größten Effizienzpotenziale – hier besteht weitgehend Konsens – gibt es in der Leistungserbringung. Selektivverträge sind als Instrument der Krankenkassen gedacht, diese Effizienzpotenziale zu erschließen. Beitragsunterschiede sollten, so die ursprüngliche Erwartung, vor allem daraus resultieren, dass die Krankenkassen hierbei unterschiedlich erfolgreich sind. Beitragsunterschiede, die sich primär aus Differenzierungen des Leistungsumfangs speisen, stoßen dagegen in einem Solidarsystem an Grenzen und tendieren stets zu einer ungewollten Risikoentmischung.

Die Erschließung von Effizienzpotenzialen durch Selektivverträge kann unterschiedliche Formen annehmen. So lassen sich, vereinfachend, zwei Ausrichtungen selektivvertraglichen Wettbewerbs unterscheiden:

- die Erhöhung der statischen Effizienz, die darauf abzielt, vorhandene Versorgungsangebote bei gleicher Qualität zu geringeren Kosten anzubieten,
- die Erhöhung der dynamischen Effizienz, die darauf abzielt, innovative Versorgungsangebote mit verbessertem Kosten-Qualitäts-Verhältnis hervorzubringen.

Der auf Kosten- bzw. Preissenkung gerichtete selektivvertragliche Wettbewerb in Form von **Rabattverträgen** mit Arzneimittel- oder Hilfsmittelanbietern hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. So unterliegt beispielsweise auf dem generikafähigen Markt mittlerweile mehr als die Hälfte des Umsatzes (AVP) individuellen Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Anbietern.

Abbildung 2: Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen: Märkte, Parameter und Formen



Quelle: IGES

Enttäuscht wurden dagegen die Erwartungen, dass selektivvertraglicher Wettbewerb **neue Versorgungsformen** hervorbringt, die zu einer größeren Wirtschaftlichkeit im Sinne eines verbesserten Kosten-Qualitäts-Verhältnisses beitragen. Zwar hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren rechtliche Grundlagen für verschiedene (Vertrags-)Formen geschaffen, auf denen Krankenkassen mit Leistungserbringern innovative Versorgungsangebote vereinbaren können. Aber bis auf regionale Ausnahmen haben selektivvertragliche neue Versorgungsformen bislang keine kritische Masse erreicht. Kritisiert wird darüber hinaus ein geringer Innovationsgrad, insbesondere im Hinblick auf sektorenübergreifende bzw. populationsorientierte Versorgungsansätze und damit verbundenen neuartigen Vergütungsmodellen (vgl. SVR-G 2012, S. 317).

2.2 Hemmnisse des selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs

Was sind die Gründe dafür, dass bislang relativ wenig Versorgungsinnovation durch selektivvertraglichen Wettbewerb entstanden ist und infolgedessen der Vertrags- und damit letztlich auch der Krankenkassenwettbewerb einseitig an Kosten bzw. Preisen, aber kaum an Innovationen sowie unterschiedlichen Kosten-Qualitäts-Kombinationen orientiert ist?

Die Diskussion über die Gründe des mangelnden selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs ist in jüngerer Zeit intensiv geführt worden. Im Vordergrund stand hier-

bei häufig die Kritik an einer inkonsistenten, teilweise widersprüchlichen Gesetzgebung, die selektivvertragliche Freiräume der Krankenkassen erweiterte, um sie anschließend wieder einzuschränken (vgl. Cassel et al. 2008). Diese Einschränkungen machten sich insbesondere in einer überzogenen regulativen Kontrolle der selektivvertraglichen Aktivitäten durch die Aufsichtsbehörden bemerkbar.

Die wechselhafte Gesetzgebung lässt sich allerdings eher als Folge grundlegender Hemmnisse eines selektivvertraglichen Wettbewerbs verstehen, der durch Innovationen differenzierte Versorgungsangebote ermöglicht. Diese grundlegenden Hemmnisse finden sich bei den Versicherten, bei den Krankenkassen und bei der Politik.

Versicherten 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. Dagegen fällt ein Angebotsvergleich homogener Güter allein auf Basis des Preises leicht. Von größerer Bedeutung jedoch ist, dass das Angebot innovativer Versorgungsformen primär diejenigen unter den Versicherten anspricht, die Versorgungsleistungen häufig oder gerade intensiv in Anspruch nehmen – also die (chronisch kranken) Patienten. Sie stellen jedoch nur eine Minderheit unter den Versicherten; sie gelten überdies als wenig preisreagibel und weniger bereit, ihre Krankenkasse zu wechseln. Die grundsätzlich wechselbereite Mehrheit der Versicherten ist dagegen überwiegend gesund, preisreagibel und gewichtet ihre zukünftigen Versorgungsbedürfnisse bei der aktuellen Wahl der Krankenkasse relativ gering (Problem der Marktspaltung, vgl. Rebscher 2011, S. 355 ff., bzw. Rebscher 2010, S. 36 f.). Doch selbst wenn das Bewusstsein für künftige Bedürfnisse vorhanden ist, ist diese Mehrheit im Wettbewerb der Krankenkassen kaum für Versorgungsinnovationen zu interessieren: Wegen der freien Kassenwahl reicht es für Versicherte aus, erst dann zu einer u. U. teureren Krankenkasse mit innovativen Versorgungsangeboten zu wechseln, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat.

Krankenkassen haben unter diesen Umständen mehr Erfolg im Wettbewerb, wenn sie sich auf reine Kostensenkungen konzentrieren, um Vorteile im Beitragswettbewerb zu erlangen. Innovative Versorgungsangebote hingegen verursachen teilweise hohe Entwicklungs-, Investitions- und Transaktionskosten bei häufig nur geringer Teilnehmerzahl. Eine Amortisation dieser Kosten erscheint zumindest kurz- bis mittelfristig problematisch, da sich Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung – im Erfolgsfall – eher längerfristig erzielen lassen. Diese zeitliche Inkongruenz führt zwangsläufig zu Konflikten mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Krankenkassen können zwar Investitionen in innovative Versorgungsangebote durch Zusatzbeiträge finanzieren, sie müssten dann jedoch unmittelbar mit teilweise spürbaren Wettbewerbsnachteilen rechnen. Hierzu trägt auch bei, dass die Erhebung eines Zusatzbeitrages in der gesundheitspolitischen Kommunikation bislang stets als Makel bzw. Ausweis von Ineffizienz dargestellt wurde. Die Zusatzbeitragsvermeidung als Handlungsmaxime hat Investitionen der Kassen in neue Versorgungsmodelle und Vertragsinnovationen massiv gehemmt. Das heißt: Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist der Beitragssatz das dominierende Wettbewerbsargument. Mit Beitragssenkungen adressieren die Krankenkassen im Wettbewerb die Mehrheit der Versicherten (gesund, preisreagibel und wechselbereit).

Mit dem Angebot selektivvertraglicher innovativer Versorgungsorganisation können Krankenkassen ihre Position im Beitragswettbewerb aber kaum verbessern. Dies erklärt, warum selektivvertraglich organisierte, innovative Versorgungsansätze im Kassenwettbewerb bisher kaum eine Rolle spielen.

Für die **Politik** führen sich ausdifferenzierende Versorgungsangebote im Zuge eines selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs zu Zielkonflikten an mehreren Stellen: So gilt in der Gesundheitspolitik das Postulat der Versorgungsgleichheit, das sich nicht mit einem „Flickenteppich“ unterschiedlicher Versorgungsangebote je nach Kassenzugehörigkeit und/oder Wohnort verträgt. Darüber hinaus sind bestehende Versorgungsstrukturen vielfach von hoher kommunalpolitischer Bedeutung für die regionale Infrastruktur und Arbeitsplätze. Ein selektivvertraglicher Wettbewerb, der mit der Kündigung bestehender Versorgungsangebote einhergeht, wird daher vielfach als Bedrohung für die lokale Infrastruktur und Wirtschaftskraft gesehen und stößt auf entsprechend große Akzeptanzprobleme der örtlichen Bevölkerung.

Einem selektivvertraglichen Wettbewerb, der das Streben nach größerer Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Innovationen damit verbindet, aus den bestehenden Versorgungsangeboten exklusiv auszuwählen, fehlt es folglich an der erforderlichen Akzeptanz. Innovative Versorgungsangebote erreichen im Kassenwettbewerb nur eine Minderheit der Versicherten, und für diese bleiben die Qualitätsversprechen schwer zu beurteilen, Einschränkungen der freien Anbieterwahl wären jedoch unmittelbar spürbar. Dass Leistungsanbieter von Versorgungsverträgen ausgeschlossen und damit u. U. in ihrer Existenz in Frage gestellt werden, stößt auf kommunaler Ebene auf große Ablehnung bei Politik und Bevölkerung. Diese Umstände und der ganz überwiegend preisfixierte Wettbewerb (Zusatzbeitragsvermeidung) verhindern schließlich auch die Bereitschaft der Krankenkassen, sich im selektivvertraglichen Innovationswettbewerb zu engagieren.

Der gegenwärtige Kassenwettbewerb wird folglich mindestens als unvollständig, teilweise sogar als dysfunktional gewertet, da er

- sich entweder nur auf Zusatzleistungen bezieht, die sich vorwiegend an gesunde Versicherte richten (z. B. aus dem Bereich Prävention, Homöopathie, Schwangerschaft, Akupunktur/Osteopathie), oder
- einseitig die Erschließung von Einsparpotenzialen in Form von kurzfristig realisierbaren Kostensenkungen honoriert und keine Anreize für Versorgungsinnovationen erzeugt.

Die starken Wettbewerbsanreize zu kurzfristigen Kostensenkungen wiederum verursachen ein latentes Misstrauen gegenüber selektivvertraglichen Versorgungsangeboten und hemmen tendenziell die Teilnahmebereitschaft unter den Versicherten.

Die mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes geplanten Maßnahmen, mit denen die selektivvertraglichen Wettbewerbsspielräume erweitert und diesbezügliche Regelungen entbürokratisiert werden sollen, werden an diesen grundlegenden Hemmnissen und Akzeptanzproblemen nichts ändern.

3. Eckpunkte einer Neuorientierung des GKV-Wettbewerbskonzepts

3.1 Zielsetzung: stärkere Versorgungsorientierung

Eine Neuorientierung des GKV-Wettbewerbskonzepts ist notwendig, weil der selektivvertragliche Wettbewerb bislang die an ihn gerichteten Erwartungen nicht erfüllen konnte, die Effizienz der Gesundheitsversorgung durch Prozessinnovation zu erhöhen. Kennzeichnend hierfür steht die fortgesetzte Kritik an den nach wie vor stark sektorierten Versorgungsstrukturen bzw. der geringen Verbreitung integrierter Versorgungsformen. Kennzeichnend hierfür steht aber auch die in jüngerer Zeit zunehmende Tendenz, das Versorgungssystem primär durch Gesetzgebung und Regulierung weiterzuentwickeln und die Gestaltungsspielräume der einzelnen Krankenkasse zu verringern.

Die nun schon über einen längeren Zeitraum unerfüllten Erwartungen an den selektivvertraglichen Wettbewerb, durch Innovationen die Versorgungseffizienz zu erhöhen, sollten Anlass sein, die Erwartungen kritisch zu prüfen. Soll Wettbewerb in der GKV nicht zum reinen Lippenbekenntnis degenerieren – die jüngsten Entwicklungen deuten bereits in diese Richtung (vgl. Kapitel 1.2) –, ist es notwendig, ein realitäts-taugliches Wettbewerbskonzept zu formulieren, welches den o. a. grundlegenden Hemmnissen und Akzeptanzproblemen Rechnung trägt.

Ziel sollte hierbei eine stärkere Versorgungsorientierung des Krankenkassenwettbewerbs sein: Für Krankenkassen sollte es effektive Anreize geben, sich neben Verbesserungen der statischen Effizienz (Senkung der Versorgungskosten auf Basis bestehender Strukturen) gleichsam auch um Verbesserungen der dynamischen Effizienz bzw. des Kosten-Qualitäts-Verhältnisses der Versorgung durch Innovationen zu bemühen.

Das heißt: Krankenkassen sollten spürbare Anreize haben, die Kosteneffektivität der Versorgung, also das Verhältnis von patientenbezogener Versorgungsqualität und den damit verbundenen Kosten, zu verbessern. Und hierbei sollten sich die Bemühungen der Krankenkassen auf beide Parameter gleichermaßen richten, so dass sich unterschiedliche Realisierungsformen ergeben:

- Senkung der Kosten bei unveränderter Versorgungsqualität
- Erhöhung der Versorgungsqualität bei unveränderten Kosten
- Erhöhung von Versorgungsqualität und Kosten, wenn sich Versorgungsqualität stärker erhöht als die Kosten (das heißt z. B.: die Kosten je QALY sinken).

Bislang lag der Fokus im Kassenwettbewerb auf Kostensenkung (bei gleichbleibender Qualität). Innovationen der Versorgungsstrukturen spielten hierbei allenfalls eine untergeordnete Rolle (Rabattverträge dominieren, Integrierte Versorgung stagniert). Derzeit sind vor allem die Leistungsanbieter bzw. die Industrie 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 ist.²

Krankenkassen sollten daher – im Unterschied zu den Leistungsanbietern – die Funktion haben, sich um die Art von Innovationen zu bemühen, welche die patientenrelevante Kosteneffektivität erhöhen. 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. Krankenkassen im Wettbewerb sollten also starke Anreize haben, dass durch innovative Ansätze für Patienten möglichst viele zusätzliche „Einheiten Versorgungsqualität“ zu geringstmöglichen Kosten produziert werden.

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.

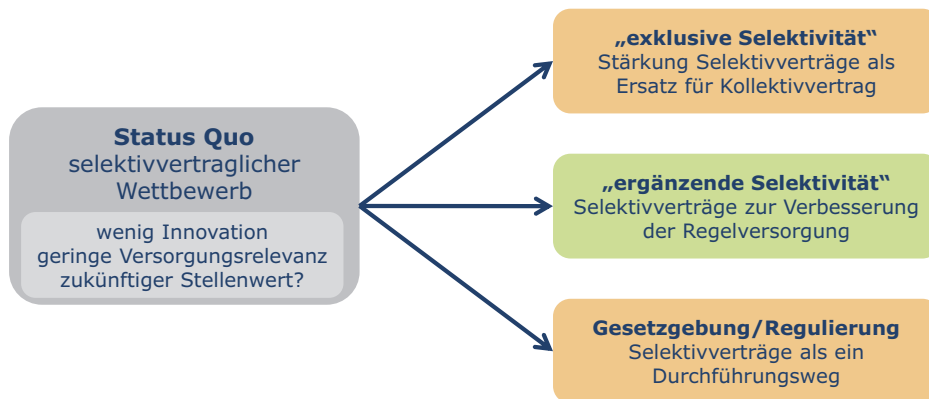
3.2 „Ergänzende Selektivität“ als Leitbild

Der selektivvertragliche Wettbewerb entfaltet in seiner gegenwärtigen Form nur geringe Relevanz für die Entwicklung innovativer Versorgungsstrukturen. Welchen Stellenwert er als Steuerungsansatz in der GKV zukünftig haben soll, ist unklar. Prinzipiell sind drei unterschiedliche Entwicklungspfade vorstellbar (Abbildung 3):

- Die zukünftige Entwicklung der Versorgungsstrukturen wird maßgeblich durch **Gesetzgebung und regulative Maßnahmen** gesteuert, der Krankenkassenwettbewerb hat in diesem Zusammenhang nur noch eine Nischenfunktion bzw. wird marginalisiert (vgl. Kapitel 1.2).
- Der selektivvertragliche Wettbewerb der Krankenkassen entwickelt sich zum maßgeblichen Steuerungsansatz in der GKV. Das bedeutet, dass selektivvertragliche Versorgung zunehmend und substantiell die kollektivvertragliche Versorgung ersetzt. Hierzu schließen die Krankenkassen Einzelverträge mit „**exklusiver Selektivität**“, die mit der Kündigung bestehender Versorgungsverträge für einen Teil der Leistungsanbieter einhergehen.
- Der selektivvertragliche Wettbewerb basiert auf Einzelverträgen mit „**ergänzender Selektivität**“. Seine maßgebliche Funktion ist die eines ergänzenden Suchprozesses, der letztlich darauf abzielt, neuartige Versorgungsformen zu entwickeln und damit die Wahlmöglichkeiten in der Regelversorgung zu erweitern.

² Zu den Aufgaben des IQWiG zählt daher die Durchführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen als Grundlage für Entscheidungen über die Erstattungsfähigkeit von (neuen) Therapien. Allerdings wurde bislang (durch das AMNOG) lediglich die Nutzenbewertung bei Arzneimitteln etabliert, sie wird nun auch für Medizinproduktbasierte Verfahren eingeführt. Die Erstattungshöhe wird hingegen bislang nicht auf Basis von Kosten-Nutzen-Bewertungen festgelegt, sondern im Rahmen von Preisverhandlungen. Die Bewertung der Kosteneffektivität von Versorgungsabschnitten (z. B. Schlaganfallversorgung) findet hingegen zunehmende Verbreitung. (Vgl. Deckenbach et. al. 2015)

Abbildung 3: Selektivvertraglicher Wettbewerb – Wie geht es weiter?



Quelle: IGES

Die Motivation für die hier vorgeschlagene Neuorientierung des Krankenkassenwettbewerbs gründet auf grundlegenden Zweifeln daran, dass sich gesetzliche und zentral-regulative Steuerung besser als eine wettbewerbliche Steuerung dazu eignet, eine stärkere Versorgungsorientierung und eine größere Innovationsdynamik in der GKV zu erreichen. Trotz der bislang nicht erfüllten Erwartungen sollte der gesundheitspolitische Ansatz, die patientenorientierte Optimierung der Versorgungsstrukturen im Rahmen eines dezentralen, wettbewerblichen Suchprozesses zu organisieren, nicht vorschnell aufgegeben werden. Statt dessen sollte zunächst der Versuch unternommen werden, die Rahmenbedingungen so anzupassen, dass der (selektivvertrags-) wettbewerbliche Steuerungsansatz die mit ihm verknüpften Erwartungen erfüllen kann, das Verhältnis von patientenbezogener Versorgungsqualität und den damit verbundenen Kosten zu verbessern.

Der alternative Ansatz der „exklusiven Selektivität“, also einer Stärkung der selektivvertraglichen Versorgung als Ersatz für die kollektivvertragliche Versorgung, stieße allerdings auf gravierende Akzeptanzprobleme (vgl. Kapitel 2.2). Daher ist eine Weiterentwicklung des Einzelvertragswettbewerbs, die auf größere Exklusivität ausgerichtet ist, unrealistisch. Dies betrifft etwa die häufige Forderung, den „Kontrahierungszwang“ der Krankenkassen in der Krankenhausversorgung aufzuheben.

Die hier vorgeschlagene Neuorientierung des Krankenkassenwettbewerbs basiert daher auf der Stärkung von Einzelverträgen mit „ergänzender Selektivität“. Demnach dienen Selektivverträge primär zur Ergänzung der Kollektiv- oder Regelversorgung, und zwar entweder

- dauerhaft für sehr spezifische Bereiche bzw. Patientengruppen, die im Rahmen der Regelversorgung nur unzureichend oder zu unverhältnismäßig hohen Kosten abgedeckt bzw. versorgt werden können, oder
- zeitlich begrenzt, weil die selektiv entwickelte Versorgungsform entweder im Erfolgsfall in die Regelversorgung übergeht oder, wenn sich die Erwartungen nicht erfüllen, nicht weiter angeboten wird.

Die zweite Funktion steht für die Suche nach innovativen Ansätzen, um die Effizienz der Patientenversorgung insgesamt zu steigern, d. h. das Verhältnis von Qualität und Kosten zu optimieren und die Präferenzgerechtigkeit zu erhöhen. In diesen Suchprozessen würden sich selektivvertragliche Versorgungsansätze folglich immer wieder selbst überflüssig machen.

Eine in diesem Sinne „ergänzende Selektivität“ ist hinsichtlich der zuvor diskutierten Hemmnisse und Akzeptanzprobleme ein realitätsnäheres Leitbild für einen auf Versorgungsinnovationen gerichteten selektivvertraglichen Wettbewerb. Denn mit ihr würde die vielfach abgelehnte Ausdifferenzierung des Versorgungsangebots nach Kassenzugehörigkeit und Region vermieden. Darüber hinaus würde dem Umstand entsprochen, dass mit innovativen Versorgungsangeboten der Großteil der Versicherten in einem Krankenkassenwettbewerb, in dem ein Anbieterwechsel im Prinzip jederzeit möglich ist, nicht erreicht wird. Andererseits eröffnet die „ergänzende Selektivität“ im Vergleich zur „exklusiven Selektivität“ den Krankenkassen geringere Spielräume, unmittelbar auf die Angebotsstrukturen der Versorgung einzuwirken mit dem Ziel, Ausgaben und Qualität zu beeinflussen.

Die selektivvertragliche Versorgung entspricht aktuell tatsächlich stärker dem Ansatz einer „ergänzenden Selektivität“ als einer „exklusiven Selektivität“: Die Versicherten können freiwillig per Einschreibung teilnehmen, insofern tritt die selektivvertragliche Versorgung als Wahloption ergänzend neben die kollektivvertragliche Regelversorgung. Die Krankenkassen können ihren Selektivvertragspartnern in der ärztlichen Versorgung keine (vollständige) Exklusivität gewährleisten, sondern lediglich über Aufklärung sowie Anreize/Bonussysteme auf eine hohe Teilnehmerate hinwirken. Der rechtliche Rahmen für eine „ergänzende Selektivität“ ist also grundsätzlich vorhanden, in ihrer heutigen Form mangelt es ihr jedoch aus den bereits diskutierten Gründen an versorgungsorientierter Wettbewerbsdynamik (vgl. Kapitel 2.2). Ziel muss es also sein, den Einzelvertragswettbewerb mit ergänzender Selektivität funktionsfähig zu machen, damit er die Erwartung einer größeren Innovationsdynamik erfüllen kann.

3.3 Funktionsbedingungen eines Wettbewerbs mit „ergänzender Selektivität“

Wie ein – im Hinblick auf Versorgungsinnovationen – funktionsfähiger Einzelvertragswettbewerb mit „ergänzender Selektivität“ ausgestaltet sein könnte, wird im Folgenden anhand von drei Aspekten dargestellt: den Finanzierungsbedingungen, der Evaluation und Publikation sowie der Diffusion innovativer Versorgungsprozesse.

Finanzierungsbedingungen: RSA-Anpassung und FuE-Budget

An den selektivvertraglichen Wettbewerb richteten sich häufig überzogene Erwartungen: Selektivvertragliche Versorgung sollte den Patienten eine bessere Versorgung bieten und gleichzeitig zu Kosteneinsparungen führen, mit denen die Krankenkasse ihre Position im (Beitrags-) Wettbewerb verbessert. Um eine ausreichende freiwillige Teilnahme zu erreichen, umfasst die selektivvertragliche Versorgung in der Praxis häufig zudem finanzwirksame Anreize für Versicherte (z. B. Zuzahlungsbefreiung) und Ärzte (höhere Vergütungen). Unter den gegebenen Rahmenbedin-

gungen – insbesondere bei der Finanzierung³ – können diese Ziele zumindest in der gebotenen Kurzfristigkeit kaum simultan erreicht werden.

Aktuelle Auswertungen des Bundesversicherungsamtes zum Jahresausgleich 2013 zeigen, dass (selbst unter Berücksichtigung der neuen Pro-Tag-Wert-Regelung) Versicherte ohne Morbiditätszuschlag („gesunde Versicherte“) eine Deckungsquote von über 105 % aufweisen. Tatsächlich wird die Überdeckung bei den Gesunden noch höher liegen. Denn in der Versichertengruppe ohne Morbiditätszuschläge sind auch Versicherte mit dem Grunde nach berücksichtigungsfähigen „Ersterkrankungen“ (Akuterkrankungen) enthalten, deren Kosten aufgrund der Prospektivität des RSA systembedingt wenig oder gar nicht berücksichtigt werden.

Ein erster Schritt für innovationsfreundlichere Finanzierungsbedingungen würde demnach durch Anpassungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) erreicht. Ziel dieser Anpassungen sollte es sein, die nach wie vor bestehenden Unterdeckungen der Kosten von multimorbiden Patienten zu beseitigen, zumindest weitergehend zu verringern. Hierfür kommen verschiedene Ansätze in Frage, darunter die (Wieder-) Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle und der Einbezug weiterer oder sämtlicher Krankheiten in den RSA.

Mit einem solchen Schritt können Benachteiligungen von Krankenkassen reduziert werden, die sich beim Aufbau selektivvertraglich organisierter, innovativer Versorgungsmodelle engagieren und im Wettbewerb verstärkt auf Innovationen von Versorgungsstrukturen zugunsten chronisch erkrankter oder multimorbider Patienten setzen. Dieser Schritt allein dürfte jedoch nicht ausreichen, um die Innovationsdynamik in diesem Bereich substantiell zu erhöhen, denn ein „perfekter“ RSA wird nicht zu erreichen sein, solange sich der Anteil der von einer Krankenkasse gestaltbaren Ausgaben von dem Anteil exogen beeinflusster Ausgaben nicht trennscharf abgrenzen lässt.

Daher wird als ein zweiter, auf einem angepassten RSA aufbauender Schritt die Einführung eines eigenständigen Krankenkassenbudgets für Forschung und Entwicklung (FuE) innovativer Versorgungsprozesse vorgeschlagen. Als Größenordnung für dieses FuE-Budget werden 0,5 % des gesamten Beitragsaufkommens vorgeschlagen.⁴

- Die entsprechenden Beitragsmittel dieses Budgets werden für jede Krankenkasse nach den Grundsätzen des (zuvor angepassten) morbiditätsorientierten RSA reserviert. Grundsätzlich wird das Budget durch eine Reduzierung des Zuweisungsvolumens finanziert. Dazu wird die Summe, die für die Alters- und Geschlechtszuweisungen zur Verfügung steht, um ungefähr 1 % (0,5 % des gesam-

³ Hierzu zählen neben dem „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ die nach wie vor bestehenden Unterdeckungen der Kosten multimorbider Versicherter im Risikostrukturausgleich, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie das Verbot der Quersubventionierung im Zusammenhang mit Wahlтарifen.

⁴ Bei den für das Jahr 2015 geschätzten Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds ergäbe sich bei einem 0,5 %-FuE-Budget ein Betrag von rd. 922 Mio. Euro bzw. ca. 13 Mio. Euro je eine Million Versicherte. Das für den geplanten Innovationsfonds vorgesehene Finanzvolumen ist mit 300 Mio. Euro deutlich niedriger angesetzt, allerdings sollen damit lediglich zusätzliche „Overhead-Kosten“ innovativer Versorgungsmodelle gedeckt werden. Aus dem hier vorgeschlagenen FuE-Budget wären hingegen auch Leistungsausgaben für die selektivvertraglich versorgten Patienten zu finanzieren. Dass es sich dabei um eine realistische Größenordnung handelt, zeigt das Beispiel der sog. Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung: In ihrem letzten Jahr (2008) beliefen sich die für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V auf rd. 500 Mio. Euro und damit ca. 0,32 % des Beitragsaufkommens desselben Jahres.

ten Beitragsaufkommens) gekürzt. Diese FuE-Mittel werden über die Morbiditätszuweisungen, und zwar ausschließlich nach Maßgabe der HMG-Zuschläge, den einzelnen Krankenkassen zugeordnet. Das heißt: Krankenkassen, deren Versicherte im Durchschnitt durch eine höhere, anhand der HMG-Zuschläge gemessenen Morbidität gekennzeichnet sind, erhalten entsprechend höhere Ansprüche auf FuE-Mittel je Versicherten. Dies entspricht dem Ziel einer stärkeren Versorgungsorientierung. Zunächst sollte das FuE-Gesamtbudget aber solange der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden, bis diese ihren Sollwert erreicht. So kann sichergestellt werden, dass die systemwidrig hohen Finanzreserven des Gesundheitsfonds abgebaut und zugunsten der Patientenversorgung eingesetzt werden; sie sollten früher oder später ohnehin in Form von Zuweisungen an die Krankenkassen zurückfließen.

- Über die Verwendung der Mittel des FuE-Budgets entscheiden die einzelnen Krankenkassen unmittelbar selbst. Mit dem FuE-Budget wird kein neuer, eigenständiger bzw. kassenübergreifender FuE-Fonds gebildet. Die Entscheidungen darüber, in welchen Bereichen FuE-Mittel für Innovationen verwendet werden, fallen somit dezentral und nicht, wie für den Innovationsfonds vorgesehen, in einem zentralisierten Prozess (Innovationsausschuss). Die Vielfalt möglicher Ansatzpunkte zur Steigerung der Kosteneffektivität spricht für dezentrale Entscheidungsstrukturen.

Im Hinblick auf mögliche Verwendungsvorgaben für die Krankenkassen sind unterschiedliche Ansätze denkbar. So könnten die Krankenkassen allein dazu verpflichtet werden, die Höhe der für FuE-Zwecke vorgesehenen Mittel und deren Verwendung in den jährlichen Geschäftsberichten nach einheitlichen und damit vergleichbaren Standards auszuweisen bzw. zu publizieren. Dadurch würde die erforderliche Transparenz erreicht, damit im Rahmen der öffentlichen Berichterstattung und Diskussion – und in Kombination mit publizierten Evaluationsergebnissen – innovative Krankenkassen von weniger innovativen Krankenkassen unterschieden werden können. Die Entscheidungen der Krankenkassen, inwieweit sie ihre FuE-Mittel in den Aufbau innovativer Vertrags- bzw. Versorgungsstrukturen investieren, würden dem Wettbewerb überlassen.

Ein solcher Ansatz könnte allerdings nicht verhindern, dass sich Krankenkassen im Wettbewerb weiterhin auf die große Gruppe der gesunden Versicherten konzentrieren und die Verwendung ihrer FuE-Mittel einseitig auf diese Gruppe richten, d. h. nicht in die unter Effizienzgesichtspunkten erwünschten Versorgungsinnovationen für chronisch Erkrankte bzw. multimorbide Patienten investieren. Gesunde Versicherte können zwar durch eine entsprechende Berichterstattung für innovative Krankenkassen interessiert werden. Ein Verbleib bei Krankenkassen, die ihre FuE-Mittel nicht in Vertrags- und Versorgungsstrukturen investieren, ist für sie aber ohne Nachteil, denn in der GKV können sie jederzeit, also auch erst bei Eintreten einer schweren bzw. chronischen Erkrankung, zu einer diesbezüglich innovativen Krankenkasse wechseln. Daher besteht das Risiko, dass zu wenige Krankenkassen bereit sind, FuE-Mittel für den Aufbau selektivvertraglich organisierter, neuer Versorgungsmodelle einzusetzen. Im Extremfall könnten Krankenkassen gerade da-

durch Wettbewerbsvorteile erzielen, dass sie FuE-Mittel zum Zweck der Risikoselektion missbrauchen.⁵

Um eine solche, unter Effizienzgesichtspunkten fehlgeleitete Verwendung der FuE-Mittel zu verhindern, sollte daher deren Verwendung an einige Bedingungen geknüpft werden. Eine erste notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung wäre, die Verwendung der FuE-Mittel verpflichtend an Selektivverträge für besondere Versorgung (geplanter neuer § 140a SGB V) oder Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung (§ 63 SGB V) zu binden. Hierdurch könnte ein Mindestmaß an FuE-Investition in ergänzende Vertrags- bzw. Versorgungsstrukturen erreicht werden. Darüber hinaus sind weitere Bedingungen denkbar:

Vorab-Deklaration der Krankenkasse

Bevor eine Krankenkasse die ihr zugewiesenen FuE-Mittel ausgeben kann, muss sie vorab öffentlich deklarieren,

- für welche konkrete besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V bzw. welches Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V die FuE-Mittel eingesetzt werden sollen,
- wie hoch die geplante Anzahl der Versicherten ist, die an dieser besonderen Versorgung teilnehmen sollen,
- wie durch diese besondere Versorgung die Kosteneffektivität erhöht und anhand welcher Zielgrößen dies gemessen werden soll.

Die Vorab-Meldungen erfolgen entweder an die zuständige Aufsichtsbehörde oder an eine fachlich ausgewiesene Stelle, wie bspw. dem IQWiG oder IQTiG (vergleichbar zu den Meldungen von Modellvorhaben gem. § 64b SGB V an das InEK). Die betreffende Stelle prüft jedoch lediglich formal die Vollständigkeit und Aussagekraft der Angaben, nicht jedoch die inhaltliche Plausibilität der zugrunde gelegten Wirkungszusammenhänge und veröffentlicht die Meldungen auf ihrer Website.

Abruf der FuE-Mittel: zur Hälfte teilnahmeabhängig

Anschließend erhält die Krankenkasse von dem ihr zustehenden, nach Morbiditäts- bzw. Versorgungslast gemäß RSA-Klassifikation (HMG) adjustierten FuE-Budget 50 % pauschal zur Finanzierung von Overhead-Kosten des Aufbaus selektiver Vertrags- bzw. Versorgungsstrukturen. Die anderen 50 % des FuE-Budgets werden dagegen in Abhängigkeit von der erreichten Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung freigegeben.

- Hierzu wird ein variabler FuE-Betrag je Versichertem ermittelt, der sich aus der Division des hälftigen FuE-Budgets durch die von der Krankenkasse vorab deklarierten geplanten Teilnehmerzahlen ergibt. Dieser Pro-Kopf-Betrag wird dann mit der tatsächlichen Teilnehmerzahl multipliziert.
- Liegt die erreichte Teilnehmerzahl unter der geplanten, kann der variable Anteil des FuE-Budgets nicht ausgeschöpft werden. Daher hat die Krankenkasse einen

⁵ Dieses Risiko ließe sich verringern, wenn Krankenkassen die Option hätten, nur Versicherte mit bestimmten Vorversicherungszeiten eine selektivvertraglich organisierte, innovative Versorgung wählen zu lassen. Allerdings wären hierfür Änderungen der gesetzlichen Grundlagen erforderlich, da eine solche Option gegen aktuelle regulatorische Vorgaben der Nicht-Diskriminierung verstieße.

Anreiz, erstens eine realistische Teilnehmerzahl zu planen und zweitens, Maßnahmen zu ergreifen, dass diese Teilnehmerzahl auch erreicht wird. Umgekehrt soll es sich für Krankenkassen nicht lohnen, innovative besondere Versorgungsangebote nur „auf dem Papier“ anzubieten, ohne dass diese Praxisrelevanz erlangen.

- Da die angestrebte bzw. potentielle Teilnehmerzahl u. U. nicht innerhalb eines Jahres erreicht werden kann, sollte es möglich sein, dass die variablen Anteile des FuE-Budgets über einen längeren Zeitraum (z. B. drei Jahre) abgerufen werden können. Dabei können die „Rest-Anteile“, d. h. die in den Vorjahren nicht abrufbaren variablen FuE-Mittel, nur bezogen auf die selektivvertraglichen besonderen Versorgungsleistungen übertragen werden, für die sie ursprünglich vorgesehen waren.
- Wird die angestrebte Teilnehmerzahl auch nach Ablauf des Zeitraums nicht erreicht, innerhalb dessen die variablen FuE-Anteile übertragen werden können, verfällt der Anspruch der Krankenkasse auf diese FuE-Mittel.

Nicht abgerufene FuE-Mittel der Krankenkassen fließen nach Fristablauf zurück in den Gesundheitsfonds und werden bei der nächsten Kürzung der Alters- und Geschlechtszuweisungen zur Finanzierung des FuE-Gesamtbudgets verrechnet.

Evaluations- und Publikationspflicht

Die Evaluations- und Publikationspflicht ist ein weiteres zentrales Element der Neuorientierung des GKV-Wettbewerbskonzepts. 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 Pflicht zur Evaluation gibt, Evaluationen häufig nur intern vorgenommen werden oder nur relativ niedrige methodische Anforderungen erfüllen (vgl. Wille 2013).

Nach dem hier vorgeschlagenen Konzept muss eine Krankenkasse die von ihr initiierten besonderen Versorgungsformen, für die FuE-Mittel verwendet wurden, durch unabhängige Stellen hinsichtlich Kosteneffektivität und Innovationsgehalt evaluieren lassen. Die Evaluation hat zu prüfen und darzulegen, inwieweit die Kosteneffektivität durch die besonderen Versorgungsleistungen in patientenrelevanter Weise erhöht wurde und inwieweit sich die Erwartungen gemäß der Vorab-Deklaration der Krankenkasse erfüllt haben. Je nach Ansatz ist nachzuweisen, a) inwieweit die Versorgungsqualität trotz geringerer Kosten unverändert geblieben ist, b) inwieweit die Versorgungsqualität trotz unveränderter Kosten gesteigert werden konnte, c) inwieweit der Anstieg der Versorgungsqualität größer war als der der Kosten. Die Evaluationsergebnisse sind zeitnah zu veröffentlichen.

Um die Funktionsfähigkeit des Innovationswettbewerbs zu gewährleisten, sind gewisse methodische Standards der Evaluation vorzugeben, um die Evaluationsergebnisse zwischen den Krankenkassen vergleichbar zu machen. So sollten nach Möglichkeit einheitliche und direkt vergleichbare patientenrelevante Bewertungsmaßstäbe Anwendung finden. Eine therapieübergreifende Vergleichbarkeit wird erreicht, wenn die Effekte auf die Versorgungsqualität einheitlich in Veränderungen

von QALYs⁶ (bzw. DALYs) gemessen werden. Damit könnten sämtliche selektivvertraglichen Versorgungsinnovationen kassen-, indikations- und patientengruppenübergreifend auf Basis von Kosten-Nutzwert-Analysen verglichen werden. Denkbar sind aber auch weniger umfassende Messgrößen bzw. indikationsspezifische Nutzendefinitionen (z. B. verhinderte Erkrankungsfälle, reduzierte Krankheitsdauer, klinische Parameter) und entsprechend begrenzte Vergleiche auf Basis von Kosten-Effektivitäts-Analysen. Nähere Empfehlungen könnten in einem Methodenpapier spezifiziert werden, das den einzelnen Kassen als Richtschnur sowohl für die Angaben in der Ex-ante-Deklaration für ein FuE-Vorhaben, als auch für die spätere Evaluation dient. Auch für die Abgrenzung der versorgungsrelevanten Kosten sollten einheitliche Kriterien entwickelt und vorgegeben werden (z. B. durch das IQWiG).

Die Einhaltung methodischer Standards könnte kleineren Krankenkassen schwerer fallen, insbesondere im Hinblick auf die für aussagekräftige statistische Auswertungen erforderlichen Teilnehmerzahlen. Andererseits hat der Einzelvertragswettbewerb mit ergänzender Selektivität die Funktion, Qualität und Effizienz des Versorgungssystems insgesamt zu verbessern. Methodische Mindeststandards sollen daher vermeiden, dass Ressourcen in die Erprobung von „Inselösungen“ fließen, deren Vorteilhaftigkeit sich nicht auf vergleichbare Patientengruppen anderer Krankenkassen und/oder in anderen Regionen übertragen lässt.

Die Publikationspflicht erzeugt insofern Innovationsdruck, als Krankenkassen hierdurch angehalten werden, sich bereits in der Konzeptionsphase darüber Gedanken zu machen, dass ihre selektivvertragliche Versorgung innovative Elemente enthält. Dies stellt vor dem Hintergrund einen Fortschritt dar, dass heute Selektivverträge auch primär Vertriebs- und Marketingzwecke erfüllen können.

Schließlich können Evaluationen vergleichbarer innovativer Versorgungsprozesse durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen. Dadurch wird die dynamische Effizienz des Versorgungssystems nicht gehemmt. Unterschiedliche Einschätzungen entsprechen vielmehr dem Wettbewerbsgedanken. Die Publikation der Evaluationsergebnisse ermöglicht es, dass unterschiedliche Bewertungen öffentlich diskutiert werden können. Die einzelnen Krankenkassen können hieraus unterschiedliche Konsequenzen für die Entwicklung ihrer ergänzenden Versorgungsangebote im Rahmen des Innovations- und Imitationswettbewerbs ziehen.

Unterschiedliche Bewertungen sind hinsichtlich der Frage möglich, ob bzw. wie stark eine Evaluations- und Publikationspflicht Innovationsanreize im Krankenkassenwettbewerb hemmt. So lässt sich argumentieren, dass anstatt einer Publikationspflicht – analog zu Arzneimitteln – vielmehr ein Patentschutz auch für Prozessinnovationen erforderlich ist, um ausreichend starke Innovationsanreize zu erreichen. Vorausgesetzt, ein solcher Schutz für Prozessinnovationen in der Organisation ärztlicher Versorgung könnte effektiv ausgestaltet werden⁷, würden hierdurch Unterschiede der Versorgungsangebote je nach Kassenzugehörigkeit tendenziell verfestigt.

⁶ Im Zusammenhang mit Kosten-Nutzen-Bewertungen als Grundlage von Entscheidungen über den Leistungsumfang bzw. die Erstattungsfähigkeit ist die Verwendung des QALY-Konzepts in Deutschland umstritten (vgl. IQWiG 2009, S. 4). Im hier diskutierten Kontext wäre eine Verwendung von QALYs als Bewertungsmaßstab hingegen unkritisch, weil es nicht um Fragen der Leistungsgewährung bzw. -vorenthaltung geht.

⁷ Eine Schwierigkeit hierbei wäre, dass ärztliche Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung i. d. R. sowohl Patienten gemäß Kollektiv- als auch Patienten nach Selektivvertrag behandeln.

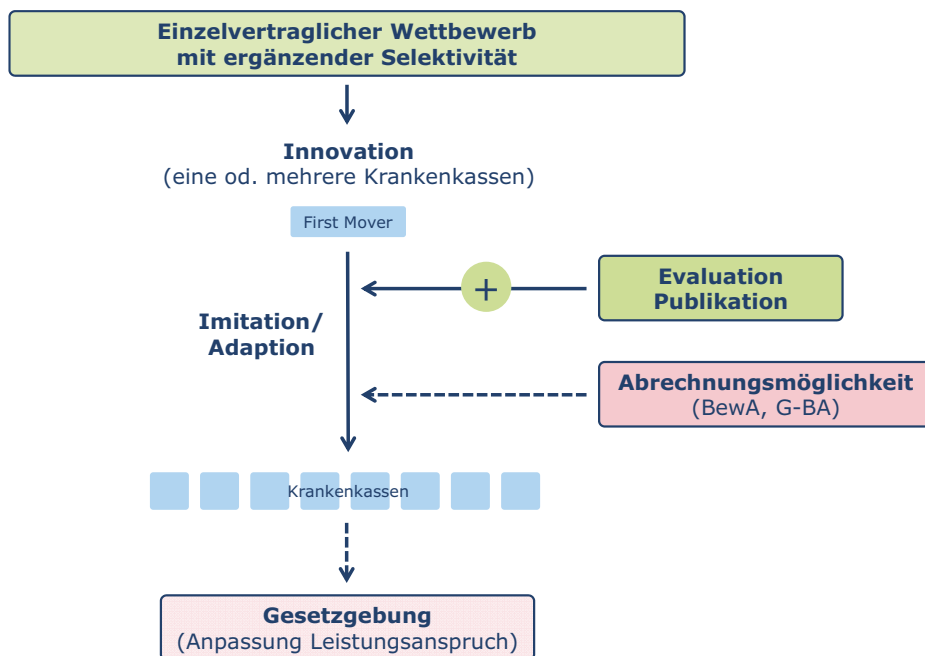
Der Ansatz einer „ergänzenden Selektivität“ zielt hingegen darauf ab, dass einzelvertraglich erprobte und nachweisbar vorteilhafte Prozessinnovationen systematisch und zeitnah im Versorgungssystem Verbreitung finden können. Auch unter der Bedingung einer Evaluations- und Publikationspflicht können sich spürbare Innovationsanreize entfalten. Es ist davon auszugehen, dass trotz Publikationspflicht die Innovatoren unter den Krankenkassen sog. First Mover-Vorteile haben. Zunächst besteht ein Innovationsvorsprung, bis die Evaluationsergebnisse öffentlich vorliegen, solange nur die an der Evaluation beteiligten Krankenkassen Zugriff auf die relevanten Informationen haben. Darüber hinaus dürfte die Imitation innovativer Versorgungsprozesse mit (zeitlichem) Ressourcenaufwand verbunden sein, weil i. d. R. spezifische Strukturen aufzubauen sind, Vertragspartner unter den Leistungserbringern gefunden werden müssen etc. Eine weitere Voraussetzung sind die dargestellten Anpassungen der Finanzierungsbedingungen, die den Innovationswettbewerb von den Einschränkungen einer Zusatzbeitragsfixierung lösen. Unter diesen Umständen lassen sich auch mit innovativen Versorgungsformen Wettbewerbsvorteile und Marktanteilsgewinne auf dem Krankenkassenmarkt erzielen.

Diffusion innovativer Versorgungsprozesse

Mit dem Ansatz der „ergänzenden Selektivität“ sollen einzelvertraglich erprobte Prozessinnovationen mit positiver Evaluation systematisch und zeitnah im Versorgungssystem Verbreitung finden können. Der Diffusionsprozess soll dabei primär im Rahmen des Innovations- und Imitationswettbewerbs unter den Krankenkassen stattfinden. Das bedeutet, dass es auch in einem einzelvertraglichen Wettbewerb mit ergänzender Selektivität Phasen einer – vorläufigen – Differenzierung mit unterschiedlichen Angeboten der Versorgungsorganisation gibt: So sind es typischerweise zunächst die Versicherten der Innovator-Krankenkasse, die über die Möglichkeit der Wahl einer neuartigen Behandlungsorganisation verfügen. Es hängt dann von der Rezeption des publizierten Evaluationsergebnisses durch die anderen Krankenkassen ab, ob, in welcher Form und wie schnell die neuartige Behandlungsorganisation adaptiert wird.

Der Ansatz der ergänzenden Selektivität sollte auch keinen Automatismus enthalten, gemäß dem ab einem bestimmten Grad positiver Evaluation eine Prozessinnovation per Gesetz bzw. regulativem Prozess in die Regelversorgung überführt wird. Vielmehr sollten gesetzliche Maßnahmen allenfalls am Ende eines wettbewerblichen Diffusionsprozesses stehen (Abbildung 4). Dagegen können regulative Maßnahmen diesen Prozess unterstützen, z. B. durch die Schaffung von spezifischen Abrechnungsmöglichkeiten für innovative Versorgungsprozesse.

Abbildung 4: Diffusion innovativer Versorgungsprozesse im einzelvertraglichen Wettbewerb mit ergänzender Selektivität



Quelle: IGES

Grundsätzlich sollten regulative Maßnahmen und Gesetzgebung die Ergebnisse von Imitation und Adaption innovativer Versorgungsorganisation durch die einzelnen Krankenkassen nachvollziehen, die initiale Beurteilung, inwiefern sich innovative Ansätze für die Ausbreitung im Versorgungssystem eignen, jedoch den Krankenkassen überlassen:

- Der G-BA würde demnach auf Basis der publizierten Evaluationsergebnisse bewerten (lassen), welches Potenzial die durch einzelne Krankenkassen erprobten innovativen Ansätze in der Versorgungsorganisation hinsichtlich einer Etablierung als Teil der Regelversorgung haben. Wird das Potenzial hoch eingeschätzt, schafft der Bewertungsausschuss spezifische Abrechnungsmöglichkeiten – ggf. nach Vorgabe qualitativer Abrechnungsvoraussetzungen durch den G-BA.
- Imitiert bzw. adaptiert eine kritische Anzahl von Krankenkassen den innovativen Ansatz durch eigene Selektivverträge mit Leistungsanbietern, entscheidet der Gesetzgeber, ob ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten auf den neuartigen Behandlungsprozess geschaffen werden muss, um Versorgungsnachteile für Patienten ohne entsprechende Angebote ihrer Krankenkasse zu vermeiden, oder ob dies aufgrund der zunehmenden Verbreitung im Krankenkassenwettbewerb verzichtbar ist.

Damit bleibt eine gewisse Heterogenität der Organisation von Behandlungsprozessen – zumindest während der Diffusionsphasen – erhalten, so dass die insbesonde-

re auf Seiten der Politik bestehenden Akzeptanzprobleme selektivvertraglicher Versorgung (vgl. Kapitel 2.2) nicht vollständig beseitigt würden. Allerdings wird durch die Evaluations- und Publikationspflicht klar signalisiert, dass der einzelvertragliche Wettbewerb mit ergänzender Selektivität perspektivisch auf eine Verbesserung des gesamten Versorgungssystems abzielt anstatt Versorgungsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen zu fördern. Darüber hinaus verzichtet der Ansatz auf die Kündigung bestehender Versorgungsverträge als konstitutives Wettbewerbsinstrument.

Option ergänzender regulativer Maßnahmen

Die skizzierten Rahmenbedingungen sollen dazu beitragen, dass der Krankenkassenwettbewerb mehr Versorgungsinnovationen mit größerer patientenrelevanter Kosteneffektivität hervorbringt. Bei einer Umsetzung wäre zunächst zu beobachten, inwieweit dieses Ziel erreicht wird. Eventuell könnten sich die Rahmenbedingungen auch als nicht ausreichend „missbrauchsresistent“ erweisen:

- So könnten Krankenkassen versucht sein, – ähnlich den ersten strukturierten Behandlungsprogrammen mit RSA-Förderung – besondere Versorgungsleistungen anzubieten, die primär hohe Einschreibungsraten versprechen, aber nur geringen patientenrelevanten Nutzen. Das Konzept sieht hier keine „harten“ Sanktionen vor, sondern setzt auf die Wettbewerbskräfte, die durch Transparenz und Vergleichbarkeit gestärkt werden: Durch die Evaluations- und Publikationspflicht i. V. m. der Vorgabe methodischer Standards wird ersichtlich, wie unterschiedlich erfolgreich die Krankenkassen ihre FuE-Mittel für Versorgungsinnovationen einsetzen.
- Krankenkassen könnten aber auch umgekehrt anstreben, die vorab deklarierte Anzahl der Teilnehmer möglichst niedrig anzusetzen, um sicherzustellen, dass sie die variablen Anteile des FuE-Budgets voll ausschöpfen. Die deklarierte Teilnehmerzahl darf daher nicht willkürlich durch die Krankenkasse festgelegt werden, sondern anhand einfach zu überprüfender Kriterien (z. B. Anzahl der Versicherten in der Krankenkasse mit einer bestimmten Indikation oder einem bestimmten Risiko, auf die/das sich die besondere Versorgung bezieht). Darüber hinaus erschwert eine geringe Teilnehmerzahl tendenziell belastbare Nachweise einer größeren Kosteneffektivität. Andererseits sollte es einer Krankenkasse auch ohne Nachteile möglich sein, FuE-Mittel für besondere Versorgungsleistungen einzusetzen, die sich auf Patienten mit seltenen Erkrankungen beziehen.

Sollten sich die Rahmenbedingungen als „missbrauchsanfällig“ erweisen, sind ergänzende regulative Maßnahmen denkbar, um die Restriktionen der Verwendung der FuE-Mittel auszuweiten. So könnten beispielsweise die Vorab-Deklarationen der Krankenkassen zu der beabsichtigten Mittelverwendung durch eine stärker inhaltliche Vorab-Konzeptprüfung durch die Aufsichtsbehörden oder fachlich ausgewiesene Stellen ergänzt bzw. ersetzt werden. Im Rahmen einer solchen Prüfung würde nach einheitlichen Standards das Potenzial der konkret geplanten besonderen Versorgungsform ermittelt, die patientenrelevante Kosteneffektivität zu erhöhen.

Die konkrete Ausgestaltung der an die Verwendung der FuE-Mittel geknüpften Bedingungen muss bei Einführung des FuE-Budgets noch nicht perfekt sein. Auch hierbei geht es um die Erprobung unterschiedlicher Rahmenbedingungen der Mittelallokation, die – abhängig vom beobachtbaren Wettbewerbsverhalten der Kran-

kenkassen – veränderbar sein sollten. Entscheidend ist, dass mit diesen Maßnahmen ein neuer Entwicklungspfad im Kassenwettbewerb eröffnet und beschriftet wird. Selbst mit vergleichsweise restriktiven Vorgaben zur Verwendung der FuE-Mittel würde mit diesem Konzept die Suche nach bzw. die Entwicklung von patientenrelevanten Versorgungsinnovationen zur Steigerung der Kosteneffektivität stärker dezentral-wettbewerblich organisiert, als dies gegenwärtig bzw. nach den aktuellen Gesetzesvorhaben der Fall ist.

4. Differenzierung wettbewerblicher Ansätze

Das vorliegende Konzept geht davon aus, dass einzelvertraglicher Wettbewerb mit ergänzender Selektivität den optimalen Steuerungsansatz darstellt, wenn durch Prozessinnovationen die Effizienz der Gesundheitsversorgung erhöht werden soll. Allerdings ist davon auszugehen, dass im Gesundheitswesen mit seiner typischerweise gespaltenen Nachfrageseite und den zahlreichen regionalen, anbieter- und therapiebezogenen Submärkten ein einheitlicher Wettbewerbsansatz zu keinen optimalen Ergebnissen führt. Neuere Forschungsergebnisse stützen diese Annahme.⁸

Die hier vorgeschlagene Neuorientierung des GKV-Wettbewerbskonzepts umfasst daher auch eine stärkere Differenzierung der wettbewerblichen Ansätze nach Leistungsbereichen und nach Wettbewerbsparametern. Das bedeutet, dass – je nach Versorgungsbereich, Rahmenbedingungen und Zielgröße – Wettbewerb mit „ergänzender Selektivität“, Wettbewerb mit „exklusiver Selektivität“ oder auch kollektivvertragliche Verhandlungen als Steuerungsansatz bevorzugt werden können, weil sich mit ihnen auch jeweils unterschiedliche Effizienzerwartungen verbinden (Abbildung 5).

Abbildung 5: Differenzierung wettbewerblicher Ansätze

Wettbewerbsparameter	Leistungsumfang	Preise Kosten	Innovation
Leistungsbereich			
Krankenhäuser	kollektiv	kollektiv	ergänzend selektiv
Ärzte	kollektiv	kollektiv	ergänzend selektiv
Arznei-/ Hilfsmittel	kollektiv	exklusiv selektiv	ergänzend selektiv kollektiv

Quelle: IGES

⁸ Boone/Douven (2014) analysieren die Wohlfahrtseffekte unterschiedlicher Typen des Wettbewerbs unter Leistungsanbietern (kein Wettbewerb, kostenträger-basierter Vertragswettbewerb, patienten-basierter 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. Sie gelangen daher zu dem Ergebnis: „One size fits all“ will not work.“

Der Leistungsumfang stellt zwar prinzipiell einen bedeutenden Wettbewerbsparameter dar, in einem solidarischen Krankenversicherungssystem bleibt er jedoch größtenteils dem Wettbewerb entzogen, um Risikoselektion zu vermeiden. Es ist sowohl theoretisch als auch empirisch nachweisbar, dass über differenzierte Versicherungsangebote mit unterschiedlichem Leistungsumfang Risikoentmischung begünstigt wird, die eine langfristige (lebenslange) Absicherung des Krankheitsrisikos im Kollektiv erschwert bzw. für Teile der Bevölkerung unbezahlbar macht. Versuche, die aktuell gesetzlich festgeschriebenen Leistungen in Grund- und Wahlleistungen aufzuteilen, erreichten bislang regelmäßig nicht mehr als das Stadium (vor-)konzeptioneller Überlegungen.

Im Hinblick auf die Leistungsbereiche wird folgende Differenzierung vorgeschlagen:

In der **Krankenhausversorgung** sowie in der **ambulanten ärztlichen Versorgung** sollte der einzelvertragliche Wettbewerb „ergänzend selektiv“ ausgerichtet sein.

- In beiden Bereichen ist der regionale Bezug des Angebots von großer Bedeutung: Es gilt das Ziel der „flächendeckenden Sicherstellung“ der Versorgung. Darüber hinaus umfasst das Versorgungsangebot in beiden Bereichen komplexe Behandlungsprozesse, deren Unterschiede im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit für Versicherte oft nur schwer zu beurteilen sind (Heterogenität) und für die Krankenkassenwahl des Großteils der Versicherten kaum relevant wären. Daher stößt hier ein exklusiver selektivvertraglicher Wettbewerb, der primär darauf abzielt, durch Kündigung von Versorgungsverträgen Kostenvorteile im Kassenwettbewerb zu erlangen oder innovative Versorgungsansätze zu erproben, auf Akzeptanzprobleme. Diese Probleme lassen sich vermeiden, wenn innovative Versorgungsformen im Rahmen eines einzelvertraglichen Wettbewerbs mit ergänzender Selektivität gesucht werden.
- Das Ziel, die Kosten der bestehenden Regelversorgung zu optimieren, könnte dagegen wie größtenteils bereits heute dem Kollektivvertragssystem überlassen bleiben, das mit den Honorar- bzw. Budgetverhandlungen auf Basis einheitlicher Vergütungssysteme (DRG, EBM), der Bedarfs- bzw. Krankenhausplanung sowie der Qualitätssicherung über ein breites Spektrum an Instrumenten verfügt. Insofern in Kombination mit innovativen Versorgungsformen auch innovative Vergütungsformen im Rahmen eines einzelvertraglichen Wettbewerbs mit ergänzender Selektivität erprobt werden und sich als vorteilhaft erweisen, können Veränderungen bei Preisen und Kosten ebenfalls durch Wettbewerb induziert werden.

Bei der Versorgung mit **Arznei- und Hilfsmitteln** verhält es sich hingegen umgekehrt.

- In diesen Leistungsbereichen spielt – im Hinblick auf die Hersteller (im Gegensatz zum Vertrieb) – Regionalität keine wesentliche Rolle für die Versorgung. Darüber hinaus handelt es sich um Produkte anstatt um Prozesse, so dass eine Vergleichbarkeit eher besteht bzw. sich herstellen lässt (Homogenität, bei Arzneimitteln z. B. im Rahmen der Aut idem-Substitution). Aus diesen Gründen führt hier exklusive Selektivität, wie sie bereits vielfach durch die Krankenkassen im Vertragswettbewerb praktiziert wird, zu deutlich geringeren Akzeptanzproblemen.
- Hinsichtlich von Produktinnovationen ist – nicht zuletzt auch wegen des einheitlichen Leistungskatalogs und der Patientensicherheit – Selektivität nur teilweise

eine Option. So sollten die Zulassung und eine Nutzenbewertung inklusive Evidenzprüfung zentral bzw. im Rahmen des Kollektivsystems stattfinden. Kassenspezifische Einzelverträge können aber – im Sinne der ergänzenden Selektivität – sinnvoll sein, wenn insbesondere bei nur vorläufiger oder unzureichender Evidenz der Nutzen einer Innovation z. B. für die Lebensqualität der Patienten unterschiedlich eingeschätzt wird. Darüber hinaus ist einzelvertraglicher Wettbewerb mit ergänzender Selektivität grundsätzlich erwünscht, insoweit es um die Art und Weise geht, wie eine zugelassene Produktinnovation im Versorgungsprozess eingesetzt werden soll.

Dem Kollektivvertragssystem wird – zu Recht – Trägheit vorgeworfen, da sich die Selbstverwaltungspartner häufig gegenseitig blockieren. Eine zentrale Funktion des einzelvertraglichen Wettbewerbs – ob mit ergänzender oder exklusiver Selektivität – ist daher stets, als „Stachel“ im Kollektivvertragssystem zu wirken und dieses in sensiblen Bereichen in einen Leistungsvergleich (benchmarking) zu zwingen. Eine entscheidende Voraussetzung der „Stachel-Funktion“ ergänzender Selektivität mit dem Ziel, die Regelversorgung kontinuierlich herauszufordern und zu verbessern, ist eine Evaluations- und Publikationspflicht der Selektivvertragspartner (vgl. Kapitel 3.3). Nur so kann ein Suchprozess entstehen, aus dem Benchmarks für das Kollektivsystem resultieren und Lerneffekte – auch auf Basis von Fehler und Irrtum – zur Effizienzsteigerung beitragen.

4.1 Wettbewerbs-Szenarien im Vergleich

Im Hinblick auf den Ansatz, im Wettbewerbskonzept für die GKV Art und Ausmaß einer wettbewerblichen Steuerung stärker zu differenzieren, werden im Folgenden zunächst unterschiedliche Wettbewerbs-Szenarien typisiert dargestellt. Anschließend wird die jeweilige Eignung der Szenarien anhand von ausgewählten Anwendungsbereichen bewertet.

Bei den Szenarien handelt es sich um „stärkere Regulierung“ (d. h. Verringerung bzw. Abkehr von der wettbewerblichen Steuerung), Wettbewerb mit „exklusiver Selektivität“, Wettbewerb mit „ergänzender Selektivität“ und „patientenzentrierter Wettbewerb“. Die Szenarien beziehen sich jeweils auf die Entstehung bzw. Steuerung von Prozessinnovationen in der medizinischen Versorgung der GKV.

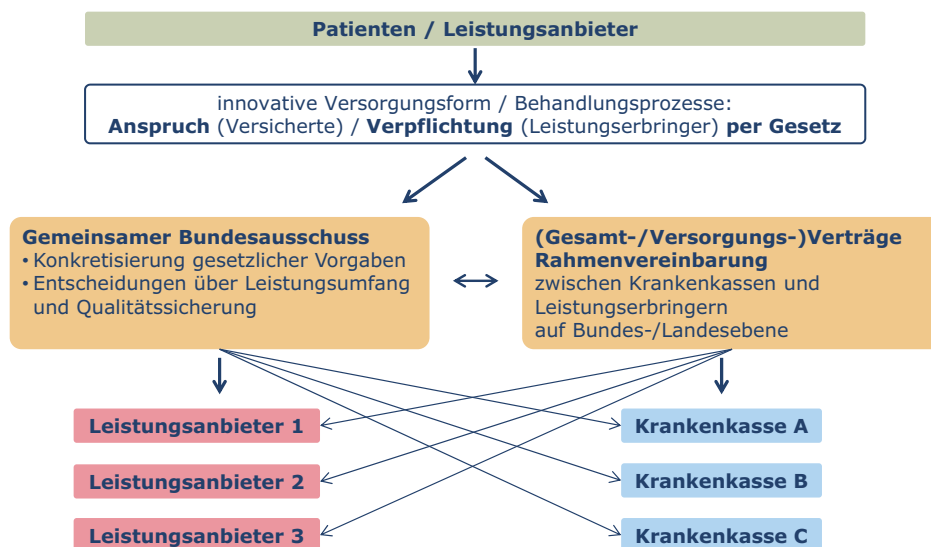
Stärkere Regulierung

Das zuerst betrachtete Szenario stellt den Extremfall dar, dass wettbewerbliche Steuerung durch Regulierung ersetzt wird. Insofern handelt es sich quasi um ein anti-wettbewerbliches Szenario, in dem innovative Versorgungsformen bzw. -prozesse per Gesetz eingeführt werden (Szenario 1, Abbildung 6). Versicherte erhalten einen gesetzlichen Anspruch auf eine innovative Versorgungsform und/oder Leistungserbringer werden gesetzlich dazu verpflichtet, eine innovative Versorgungsform anzubieten. Der Anspruch der Versicherten bzw. die Verpflichtung der Leistungsanbieter sind im Gesetz üblicherweise abstrakt formuliert. Ergänzende detaillierte Vorgaben für die Umsetzung werden i. d. R. durch die Selbstverwaltungspartner in der GKV vereinbart; dies kann in Form von Gesamt- oder Rahmenverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auf Bundes- oder

Landesebene und/oder in Form von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geschehen.

Entscheidendes Merkmal dieses Szenarios ist, dass die Prozessinnovation zum gesetzlich vorgegebenen Zeitpunkt Bestandteil der von allen Krankenkassen verpflichtend zu erstattenden Leistungen wird. Die einzelnen Krankenkassen verfügen in diesem Szenario über keinerlei individuelle Gestaltungsspielräume, sondern haben die Vorgaben aus den Gesamtverträgen „gemeinsam und einheitlich“ umzusetzen. Die von der Prozessinnovation betroffenen Leistungsanbieter haben analog die Vorgaben der G-BA-Richtlinien bzw. der Gesamtverträge bei ihrem Leistungsangebot und bei ihrer Leistungserbringung zu erfüllen. Innovative Versorgungsprozesse entstehen in diesem Szenario nicht wettbewerblich, sondern vollständig regulativ.

Abbildung 6: Szenario 1: **stärkere Regulierung**



Quelle: IGES

Ein aktuelles Beispiel für Szenario 1 sind die geplanten gesetzlichen Neuregelungen zum Entlassmanagement (vgl. Kapitel 1.2).

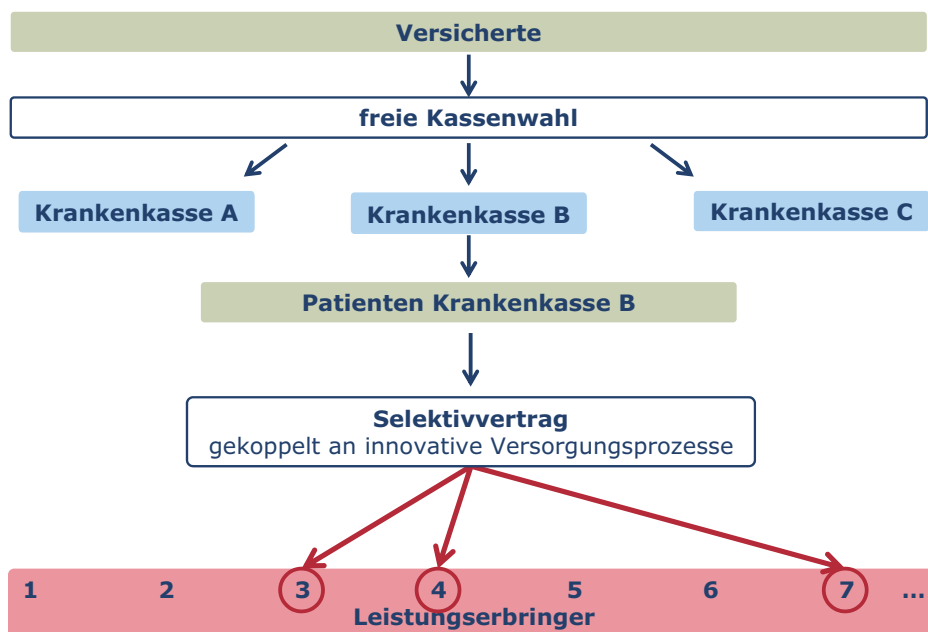
Exklusive Selektivität

Im Szenario eines einzelvertraglichen Wettbewerbs mit exklusiver Selektivität wählt die Krankenkasse unter den verschiedenen Leistungserbringern diejenigen aus, welche durch innovative Versorgungsprozesse die Behandlung ihrer Versicherten zu einem günstigeren Preis-Qualitäts-Verhältnis anbieten können (Abbildung 7). Mit diesen ausgewählten Leistungserbringern schließt die Krankenkasse individuelle Verträge, mit denen die Versorgung ihrer Versicherten auf Basis innovativer Prozesse und ggf. ergänzend bestimmte Qualitätsstandards sowie die Vergütung vereinbart werden. Im Gegenzug erhalten die Leistungserbringer die Zusage, dass die

Versicherten der Krankenkasse ausschließlich von ihnen versorgt werden. Die Versicherten der Krankenkasse können demnach als Patienten für ihre medizinische Behandlung den Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus) nicht frei wählen. Die Wahlfreiheit der Versicherten ist in diesem Szenario auf die Krankenkassenmitgliedschaft beschränkt.

In einer Variante mit abgeschwächter Exklusivität können sich die Patienten der Krankenkasse mit Selektivvertrag auch von Leistungserbringern außerhalb der selektivvertraglichen Versorgung behandeln lassen, müssen in diesem Fall jedoch einen Teil der Behandlungskosten selbst tragen.⁹ Durch die Höhe der dann fälligen Zuzahlungen kann die Krankenkasse die Wahlentscheidung ihrer Versicherten zugunsten der Leistungsanbieter beeinflussen, mit denen selektive Vereinbarungen getroffen wurden.

Abbildung 7: Szenario 2: „**exklusive Selektivität**“



Quelle: IGES

Das Szenario geht über die heutigen Formen von Selektivverträgen zu medizinischen Behandlungsleistungen hinaus. Die Zusage einer weitgehenden Exklusivität beim „Einkauf“ ist den Krankenkassen derzeit lediglich bei Selektivverträgen mit Arzneimittelbietern im Rahmen der Substitution wirkstoffgleicher Arzneimittel durch die Apotheken möglich. Dagegen ist die Teilnahme von Versicherten an selektivvertraglich organisierter ärztlicher Versorgung – gegenwärtig im Rahmen von Verträgen zur hausarztzentrierten, zur besonderen ambulanten ärztlichen oder zur

⁹ Vergleichbar in etwa der Unterscheidung zwischen „Preferred Provider Organization“ (PPO) und „Exclusive Provider Organization“ (EPO) in den U.S.A.

integrierten Versorgung – freiwillig. Krankenkassen können unmittelbar nur werbend oder in gewissen Grenzen durch die Zahlung von Boni darauf hinwirken, dass ihre Versicherten an selektivvertraglich organisierter Versorgung teilnehmen, oder mittelbar dadurch, dass sie den Leistungserbringern mit Selektivvertrag höhere Vergütungen zahlen und diese daher die Versicherten zur Teilnahme bewegen.

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird jedoch von Krankenkassen immer wieder gefordert, Selektivverträge mit stärkerer Exklusivität gesetzlich zu ermöglichen, insbesondere in der stationären Versorgung. Während zunächst das Ziel im Vordergrund stand, durch solche „exklusiveren“ Verträge Preis- bzw. Rabattwettbewerb in ausgewählten Leistungsbereichen zu initiieren¹⁰, werden sie aktuell stärker im Zusammenhang mit Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern diskutiert. Nach diesen Vorstellungen sollte es der einzelnen Krankenkasse möglich sein, die Behandlungskosten für ihre Versicherten in einem Krankenhaus, welches bestimmte Qualitätsvorgaben nicht erfüllt, nicht oder nur noch teilweise zu übernehmen.

Ergänzende Selektivität

Das Szenario eines einzelvertraglichen Wettbewerbs mit ergänzender Selektivität basiert zunächst auf den Gestaltungsprinzipien der heutigen Selektivverträge über ärztliche Versorgung (Abbildung 8): Die Versicherten einer Krankenkasse, die selektivvertraglich organisierte Versorgung anbietet, können sich dafür entscheiden, als Patienten (ggf. mit einer bestimmten Krankheit / in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet) an dieser besonderen Versorgung teilzunehmen und entsprechend nur von ausgewählten Leistungserbringern behandelt zu werden. Die Teilnahme ist freiwillig. Allen Versicherten steht daneben die Regelversorgung mit freier Wahl der Leistungserbringer offen. An die freiwillige Entscheidung, an der selektivvertraglichen Versorgung teilzunehmen, sind die Versicherten per Einschreibung für eine begrenzte Zeit gebunden.

Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen sind Selektivverträge für die ärztliche Versorgung besonders dann attraktiv, wenn sie für die Krankenkassen mit der Aussicht auf Kosteneinsparungen oder verbessertes Versorgungsmanagement verbunden sind. Entsprechend hoch sind dann die Anreize für die Krankenkasse, möglichst viele ihrer Versicherten zur Teilnahme zu bewegen. Gleichzeitig gibt es Vorbehalte unter den Versicherten, denn für sie ist vielfach nur schwer ersichtlich, ob bzw. welche Eigeninteressen die Krankenkassen mit ihren Selektivverträgen verfolgen – auch „Geschäfte zu Lasten Dritter“ sind nicht auszuschließen.¹¹ Tatsächlich sind die Möglichkeiten der Krankenkassen, unter den gegebenen Rahmenbedingungen mit Selektivverträgen für die ärztliche Versorgung Kostenvorteile im Wettbewerb zu erzielen, sehr begrenzt.

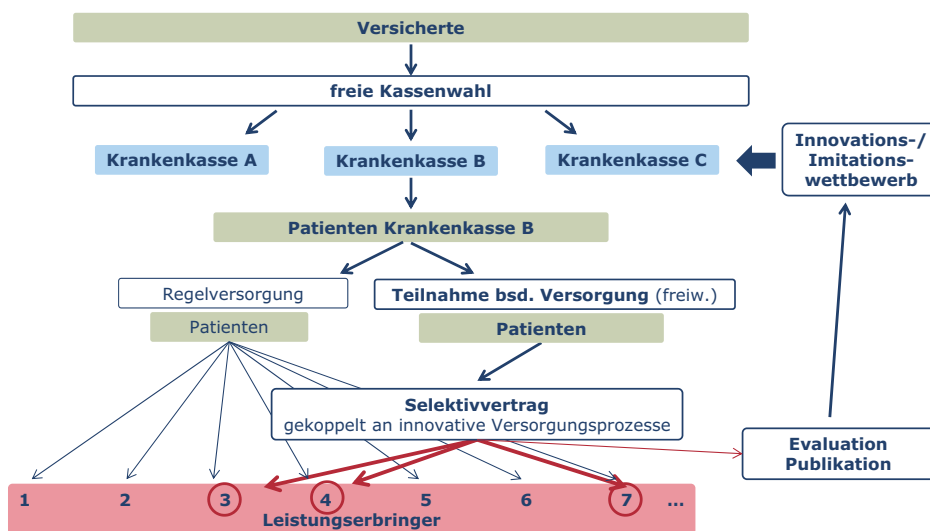
Der Fokus eines einzelvertraglichen Innovationswettbewerbs mit ergänzender Selektivität ist ein anderer, nämlich neben bzw. im Vergleich zur Regelversorgung innovative Versorgungsprozesse in der Praxis zu testen. Weder sollen Versicherte

¹⁰ Vgl. hierzu das Konzept „Elektiv wird selektiv“ von Leber/Malzahn/Wolff (2007).

¹¹ Beispiele hierfür lieferte die Diskussion im Anschluss an die Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich im Jahr 2009: Damals kursierten Medienberichte darüber, dass einige Krankenkassen Selektivverträge mit Ärzten vor allem dazu nutzten, durch „optimierte“ Diagnose-Codierungen höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten („Up-Coding“).

in eine Versorgungsform gesteuert werden, von der die Krankenkasse kurzfristig Kostensenkungen erwartet, noch ist damit die Perspektive verbunden, bestehende Versorgungsverträge der Regel- bzw. Kollektivversorgung zu ersetzen. Stattdessen steht im Vordergrund, das Spektrum möglicher Versorgungsformen für die Patienten zu erweitern. Dabei geht es zunächst um die Patienten der Krankenkasse, die zu diesem Zweck selektivvertragliche Versorgung anbietet, perspektivisch aber um die Ergänzung und Verbesserung der Regelversorgung und damit um alle Patienten.

Abbildung 8: Szenario 3a: „ergänzende Selektivität“ (Einschreibungsmodell)



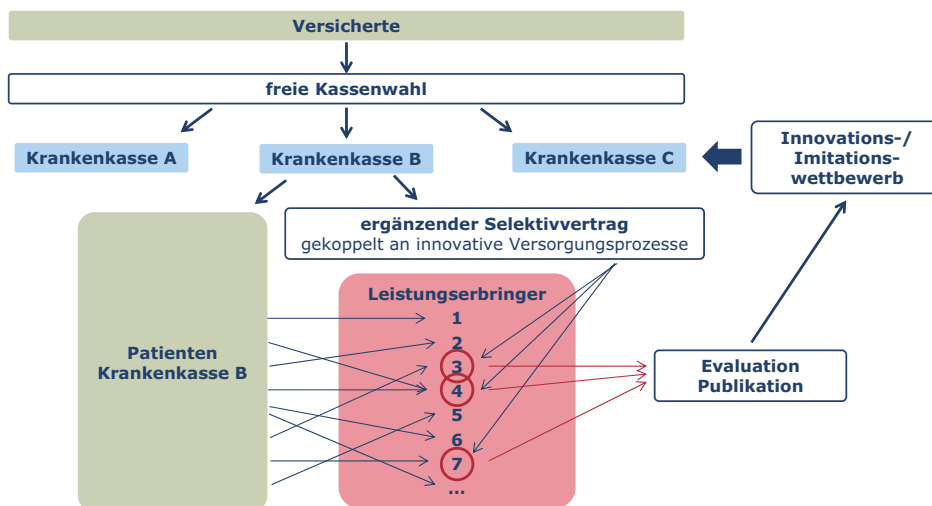
Quelle: IGES

Um dieses Ziel zu erreichen, ist – neben veränderten Finanzierungsbedingungen (vgl. Kapitel 3.3) – ein zentrales Element des Szenarios, dass die Krankenkassen ihre selektivvertragliche Versorgung evaluieren lassen und die Ergebnisse dieser Evaluation publizieren. Evaluations- und Publikationspflichten sollen entscheidend dazu beitragen, dass der einzelvertragliche Wettbewerb seine Such- und Entdeckungsfunktion im Hinblick auf innovative Versorgungsformen wirksamer erfüllt, als dies unter den gegenwärtigen Bedingungen der Fall ist. Auf der Grundlage der öffentlich zugänglichen Evaluationsergebnisse kann sich dann im Rahmen des Innovations- bzw. Imitationswettbewerbs zwischen den Krankenkassen entscheiden, in welchem Ausmaß und ggf. mit welchen Modifikationen neue Versorgungsformen Verbreitung finden. Eine gesetzliche oder regulative Überführung in die Kollektivversorgung sollte dabei einem wettbewerblichen Diffusionsprozess zeitlich nachgelagert stattfinden.

Ein solcher Wettbewerb mit ergänzender Selektivität ist deutlich stärker auf die Steigerung der dynamischen Effizienz der Gesundheitsversorgung ausgerichtet als auf die Steigerung der statischen (Kosten-)Effizienz. Diese veränderte Ausrichtung zeigt sich darin, dass ein einzelvertraglicher Wettbewerb mit ergänzender Selektivität auch ohne direkte Patientensteuerung – d. h. hier: ohne Einschreibung – möglich ist. Dies verdeutlicht Szenario 3b (Abbildung 9): Hierbei können die Patienten jeder-

zeit unter sämtlichen Leistungserbringern wählen, die an der Regelversorgung teilnehmen. Sie werden lediglich darüber aufgeklärt, dass ihre Krankenkasse mit einer Auswahl dieser Leistungserbringer selektivvertragliche Vereinbarungen über innovative Versorgungsprozesse geschlossen hat und wodurch sich diese auszeichnen.

Abbildung 9: Szenario 3b: „ergänzende Selektivität“ (Aufklärungsmodell)



Quelle: IGES

Die zahlenmäßig übersichtlicheren Anbieterstrukturen sprechen dafür, dass Szenario 3b eher bei selektivvertraglichem Innovationswettbewerb in der stationären Versorgung funktioniert, während ergänzende Selektivverträge nach dem Einschreibungsmodell (Szenario 3a) eher für die ambulante ärztliche Versorgung geeignet erscheinen. Darüber hinaus werden Patienten je Erkrankung im Krankenhaus mit einer durchschnittlich deutlich geringeren Häufigkeit behandelt als in der ambulanten Versorgung. Bei chronischen Erkrankungen ist i. d. R. eine kontinuierliche ambulante Betreuung medizinisch erforderlich. Auch aus diesen Gründen eignet sich für den Innovationswettbewerb in der ambulanten Versorgung eher das Einschreibungsmodell (Szenario 3a).

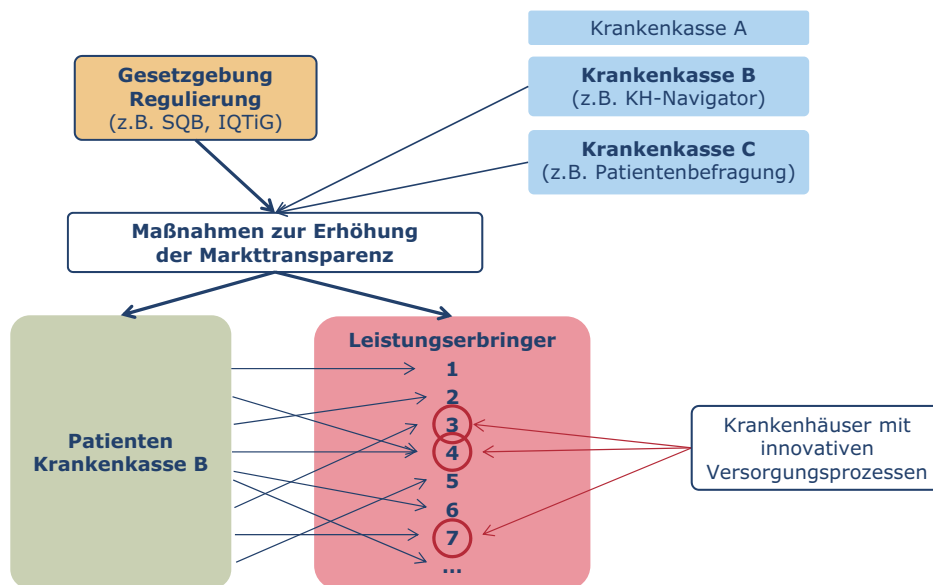
Sowohl im Einschreibungs- als auch im Aufklärungsmodell sollen die Wahl der Leistungsanbieter beeinflusst und Patientenströme umgelenkt werden, im Unterschied zu Szenario 2 mit exklusiver Selektivität jedoch unter veränderter Zielrichtung (Erprobung innovativer Ansätze anstatt kurzfristiger Kosteneinsparungen) und nicht mittels Kündigung bestehender Versorgungsverträge. Damit können die o. a. Akzeptanzprobleme nicht völlig beseitigt, aber deutlich gemindert werden.

Patientenzentrierter Wettbewerb

Im Szenario eines patientenzentrierten Wettbewerbs gibt es keine Selektivverträge und die Krankenkassen nehmen keinen unmittelbaren Einfluss auf die Innovation von Versorgungsprozessen (Abbildung 10). Stattdessen werden Innovationen der

Organisation von Behandlungsprozessen allein von den Leistungserbringern initiiert und in der Versorgung etabliert. In einem solchen patientenzentrierten Wettbewerbsszenario werden durch die Gesetzgebung und Regulierung bzw. zentrale Institutionen der Selbstverwaltung Qualitätsvorgaben für die Leistungsanbieter definiert und im Rahmen der Qualitätssicherung überwacht. Die Leistungsanbieter können gesetzlich dazu verpflichtet werden, Informationen über die Qualität ihrer Einrichtung oder ihrer Arbeit nach vorgegebenen Standards zu veröffentlichen, wie dies z. B. in Form der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V geschieht.

Abbildung 10: Szenario 4: **patientenzentrierter Wettbewerb**



Quelle: IGES

Patienten haben die freie Wahl zwischen den Leistungsanbietern – und in diesem Szenario sind es vor allem ihre Wahlentscheidungen, die den Qualitäts- bzw. Innovationswettbewerb unter den Leistungserbringern bestimmen. Damit entspricht das Szenario beispielsweise dem Wettbewerbsverständnis des Bundeskartellamts in der Krankenhausversorgung. Das Bundeskartellamt misst der Möglichkeit der Klinikwahl durch die Patienten zentrale Bedeutung für den Qualitätswettbewerb bei.¹² Das Szenario beschreibt ebenfalls den Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung von privat Versicherten.

¹² 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)

Die Krankenkassen können nur mittelbar auf die Wahlentscheidungen der Patienten Einfluss nehmen, indem sie – ergänzend zu den regulatorischen – eigene Maßnahmen ergreifen, um die Markttransparenz zu erhöhen. Hierzu zählen insbesondere die Veröffentlichung und Verbreitung patientenrelevanter Informationen zur Qualität des Leistungsangebots (z. B. in Form von Krankenhaus-Navigatoren, Erhebung der Patientenzufriedenheit).

4.2 Bewertung der Szenarien

Die dargestellten Szenarien können in unterschiedlichen Anwendungsbereichen und unter unterschiedlichen Voraussetzungen auch unterschiedlich gut geeignet sein, über ihre jeweils spezifischen Steuerungsansätze die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die hier vertretene zentrale These ist, dass im Hinblick auf Prozessinnovationen zur Effizienzerhöhung der Gesundheitsversorgung ein einzelvertraglicher Wettbewerb mit ergänzender Selektivität den optimalen Steuerungsansatz darstellt. Zur Beseitigung von Defiziten oder Ineffizienzen in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung können dagegen andere (wettbewerbliche) Steuerungsansätze besser geeignet sein. Dies wird im Folgenden anhand von zwei ausgewählten Bereichen erläutert (Tabelle 1).

Geht es um die **Vermeidung gravierender Qualitätsdefizite**, die zu einer Gefährdung des Gesundheitszustandes von Patienten werden können, ist ein regulativer, nicht-wettbewerblicher Steuerungsansatz zielführend. Dies gilt zumindest unter der Voraussetzung, dass einerseits Zusammenhänge zwischen bestimmten Qualitätsdefiziten und Gesundheitsrisiken evident sind, andererseits unter Wettbewerbsbedingungen die Nachfrageseite aufgrund von asymmetrischer Informationsverteilung nicht ausreichend zwischen Anbietern mit und ohne Qualitätsdefiziten unterscheiden kann. Beispiele hierfür sind Hygienemängel oder die Verwendung mangelhafter Implantate, die mit eindeutig nachweisbaren Gesundheitsrisiken einhergingen. Der regulative Ansatz zielt darauf ab, Qualitäts-Mindeststandards zu definieren und – aufsichtsrechtlich bzw. mittels Sanktionsmöglichkeiten – durchzusetzen.

Tabelle 1: Eignung der Wettbewerbsszenarien in unterschiedlichen Anwendungsbereichen

Anwendungsbereich	Erläuterung	präferierte Wettbewerbs-Szenarien
gravierende Qualitätsdefizite (z. B. bei Hygiene oder bei Implantaten)	Informationsasymmetrien → Qualitätsprobleme unter Wettbewerbsbedingungen nicht ausreichend kontrollierbar	<u>Szenario 1</u> (stärkere Regulierung): Durchsetzung von Qualitätsmindeststandards
Qualitätsungewissheit bei neuartigen Behandlungen / Versorgungsprozessen	Vermutung eines Potenzials zur Erhöhung der Versorgungseffizienz / gesundheitlichen Outcomes, (noch) keine ausreichende Evidenz	<u>Szenario 3</u> (ergänzende Selektivität): Wettbewerb als Suchprozess und Abbau von Informationsdefiziten durch Evaluation / Publikation
Optimierung der Angebotsstrukturen im Krankenhausbereich	vermutete Überkapazitäten und/oder suboptimale Spezialisierung	<u>Szenario 4</u> (patientenzentrierter Wettbewerb): „Abstimmung mit den Füßen“ <u>Szenario 1</u> (stärkere Regulierung): „optimale“ Krankenhausplanung <u>Szenario 2</u> (exklusive Selektivität): Krankenkassen steuern Umstrukturierung <u>Szenario 3</u> (ergänzende Selektivität): Kapazitätsabbau/ -umstrukturierung via Qualität und Innovationen

Quelle: IGES

Einzelvertrags-Wettbewerb mit ergänzender Selektivität ist dagegen als Steuerungsansatz in Situationen optimal, wenn **Ungewissheit über die Qualität** neuartiger Behandlungen und Versorgungsprozesse besteht. Vielfach gibt es hinsichtlich innovativer Versorgungsformen lediglich eine Vermutung, dass sie über Potenzial verfügen, systematisch die Effizienz der Versorgung zu erhöhen bzw. gesundheitliche Outcomes zu verbessern. Es fehlt jedoch (noch) an ausreichender Evidenz, um diese Vermutung zu bestätigen oder sie zu verwerfen. In solchen Situationen ermöglicht Szenario 3 einen wettbewerblichen Suchprozess, der idealerweise die effizienzerhöhenden Prozessinnovationen identifiziert und die ineffizienten Prozessinnovationen aussortiert. Den Patienten wird in diesem Szenario eine freie Leistungswahl zugestanden (im Einschreibungsmodell der Variante 3a mit zeitbezoge-

nen Einschränkungen). Im Zuge der publizierten Evaluationsergebnisse zu den selektivvertraglichen Erprobungen der Prozessinnovationen werden die bestehenden Informationsdefizite schrittweise abgebaut. Das Versorgungssystem kann auf diese Weise „lernen“, denn die Publikation von Evaluationsergebnissen verhindert, dass die gewünschte Transparenz nur zum Wettbewerbsvorteil einzelner Krankenkassen erreicht wird, ohne dass sich die Versorgungsqualität insgesamt verbessert.

Die alternativen Szenarien können gerade dies nicht leisten:

- Bei regulativer Steuerung (Szenario 1) muss der Gesetzgeber oder eine Behörde bzw. zentrale Institution der Selbstverwaltung auf Basis der verfügbaren unvollständigen Informationen eine Entscheidung treffen. Alternativ kann eine solche Entscheidung hinausgezögert werden, bis ausreichende Evidenz vorliegt. Dann ist jedoch auch der Prozess der Evidenzgenerierung regulativ zu steuern.
- Im Szenario 2 des einzelvertraglichen Wettbewerbs mit exklusiver Selektivität übernimmt die einzelne Krankenkasse als Vertragspartner die Entscheidung: Ihre Versicherten haben dann Zugang entweder nur zur innovativen Versorgungsform oder nur zur Regelversorgung. Die Informationsdefizite werden – ohne Evaluations- und Publikationspflicht – nicht systematisch abgebaut und können im Szenario 2 längerfristig bestehen bleiben.
- Bei einem patientenzentrierten Wettbewerb (Szenario 4) werden die Informations- bzw. Bewertungsprobleme hinsichtlich innovativer Versorgungsprozesse den Patienten zugewiesen, jedoch keiner systematischen Lösung zugeführt.

Die Frage, welches der vier Szenarien am besten dazu geeignet ist, die **Angebotsstrukturen im Krankenhausbereich zu optimieren**, lässt sich hingegen weniger eindeutig beantworten. Im Zentrum der aktuellen Diskussion steht die Vermutung, dass der Krankenhausbereich durch substantielle Überkapazitäten bzw. eine zu geringe Spezialisierung und Arbeitsteilung gekennzeichnet ist, die letztlich eine ruinöse Konkurrenz begünstigen.

Prinzipiell kann mit allen vier Steuerungsansätzen eine Optimierung der Angebotsstrukturen erreicht werden, jedoch nur unter jeweils spezifischen Voraussetzungen.

Bei einem patientenzentrierten Wettbewerb mit freier Klinikwahl (Szenario 4) entscheiden die Patientenströme längerfristig über die Anpassung der Angebotsstrukturen („Abstimmung mit den Füßen“). Hierbei gibt es gegenwärtig jedoch zwei gravierende Hemmnisse, so dass keine optimalen Ergebnisse zu erwarten sind: Erstens werden Marktaustritte von nicht mehr wettbewerbsfähigen Krankenhäusern in vielfacher Weise verhindert, u. a. durch (kommunal- oder landes-) politische Einflussnahme, die letztlich häufig Widerstände der Bevölkerung vor Ort widerspiegelt. Zweitens können Patienten die Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern nur unzureichend beurteilen. Eine Eignung von Szenario 4 setzt also voraus, dass die Informationsasymmetrien zu Lasten der Patienten prinzipiell durch Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz, wie sie aktuell in der Gesetzgebung vorgesehen sind, substantiell verringert werden können. Andernfalls käme es zu Marktversagen. Geht man – wie das Bundeskartellamt – vom Szenario 4 als Steuerungsansatz für die Entwicklung der Angebotsstrukturen im Krankenhausbereich aus, sind Krankenhausfusionen eher skeptisch zu beurteilen, sobald hierdurch die Zahl der Wahlalternativen für die Patienten spürbar eingeschränkt wird.

Im regulativen, nicht-wettbewerblichen Szenario 1 ist es typischerweise Aufgabe der Krankenhausplanung der Bundesländer, vermutete Überkapazitäten zu identifizieren und eine optimale Spezialisierung der Kliniken zu veranlassen. Hierzu muss die Krankenhausplanung grundlegende Fragen nach der Bedarfsgerechtigkeit von quantitativen Kapazitäten und Leistungsqualität beantworten. Bisher leistet die Krankenhausplanung dies nur ansatzweise. Die aktuelle Diskussion über Reformen im Krankenhausbereich umfassen Überlegungen, Qualitätskriterien zum Bestandteil der Krankenhausplanung zu machen sowie durch gestufte Versorgungssysteme und Zentrenbildung eine stärkere Arbeitsteilung der Kliniken zu erreichen. Ob die Landeskrankenhausplanung allein diese Steuerungsaufgaben erfüllen kann, ist derzeit offen. Sie ist daher stets im Zusammenhang mit regulativen Maßnahmen auf Bundesebene zu betrachten, die ebenfalls die Entwicklung der Krankenhausstrukturen beeinflussen (z. B. Vorgaben zu Mindestmengen). Das Fusionieren von Krankenhauskapazitäten kann im Szenario 1, anders als im Szenario 4, mit dem Ziel einer stärkeren Spezialisierung geradezu erwünscht sein.

Anstatt durch die Planungsbehörden der Bundesländer könnte eine Optimierung der Angebotsstrukturen im Krankenhausbereich auch maßgeblich durch die Krankenkassen gesteuert werden. Im Rahmen eines einzelvertraglichen Wettbewerbs mit exklusiver Selektivität (Szenario 2) verfügen Krankenkassen über wirksame Instrumente, durch die Auswahl von Vertragspartnern zum Abbau von Überkapazitäten und zur stärkeren Spezialisierung der Krankenhäuser beizutragen (z. B. durch Forderung von Mindestmengen). In einem solchen Szenario können Krankenhausfusionen von der Kartellaufsicht weniger streng beurteilt werden, denn die primären Nachfrager wären dann nicht mehr die Patienten, sondern die Krankenkassen. Für die Krankenkassen ist im Gegensatz zu den Patienten eine überregionale Anbieterwahl leichter möglich, so dass sich der relevante Markt vergrößert. Zudem dürften die Krankenkassen eine größere Präferenz von Qualität gegenüber Wohnortnähe haben als die Patienten. Ein solcher krankenkassen-zentrierter Wettbewerb setzt aber nicht nur eine effektive Patientensteuerung (und deren Akzeptanz unter den Versicherten) voraus, sondern wirft eine Reihe grundlegender Gestaltungsfragen auf. Hierzu zählen Fragen der Finanzierung (Monistik), der Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten in der Notfallversorgung und in strukturschwachen Regionen (Sicherstellung) oder der Freigabe von Preisen bzw. Vergütungen als Wettbewerbsparameter (Rückwirkung auf Qualität bei asymmetrischer Informationsverteilung).

Der einzelvertragliche Wettbewerb mit ergänzender Selektivität (Szenario 3) kann mittelbar zur Umstrukturierung der stationären Behandlungsangebote beitragen, indem es den Innovationswettbewerb intensiviert. Ergebnis des damit verbundenen Suchprozesses sollte es idealerweise sein, dass innovative Versorgungsformen mit höherer Effizienz bislang etablierte Formen sukzessive verdrängen.¹³ Im Vordergrund von Szenario 3 stehen jedoch die Erprobung neuer Versorgungsprozesse sowie deren Verbreitung im Fall positiver Bewertung, so dass sich das allgemeine Qualitätsniveau erhöht. Rückwirkungen auf die Angebotsstrukturen ergeben sich im Szenario 3 als durchaus erwünschte Konsequenz. Im Vergleich zum Szenario mit exklusiver Selektivität ist aber von schwächeren und verzögerten Wirkungen auf die Angebotsstrukturen auszugehen. Szenario 3 ist daher eher ergänzend zum regula-

¹³ Dabei bleibt im Szenario 3 die Abwägung zwischen Wohnortnähe und Qualitätsversprechen stärker der Patientenentscheidung vorbehalten als im Szenario 2.

tiven Szenario 1 zu betrachten und kann die Krankenhausregulierung und -planung bei der Aufgabe entlasten, die Angebotsstrukturen im Krankenhausbereich zu optimieren.

5. Fazit

Die Erwartungen, dass selektivvertraglicher Wettbewerb neue Versorgungsformen hervorbringt und dadurch Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung steigert, haben sich bisher nicht erfüllt. Von der Überzeugung, dass die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen ausschließlich im dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert wird – so die Gesetzesbegründung zum Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 –, hat sich die Gesundheitspolitik zunehmend entfernt. Stattdessen zeigt sich in den aktuellen Gesundheitsreformen eine zunehmende Tendenz, das Versorgungssystem primär durch Gesetzgebung und Regulierung weiter zu entwickeln und die Gestaltungsspielräume der einzelnen Krankenkasse zu verringern.

Über die Ursachen für diese Ernüchterung und die Stagnation von selektivvertraglichen Versorgungsinnovationen lässt sich kontrovers diskutieren. Als eine mögliche Begründung wird vielfach angeführt, dass die Spielräume für selektivvertraglichen Wettbewerb nicht konsequent genug ausgeweitet wurden. Diese Kritik bezieht sich vor allem auf den Krankenhausbereich: Hier monierten die Kostenträger in der Vergangenheit, dass sie aufgrund des faktischen Kontrahierungszwangs keine Möglichkeit hatten, gegen Überkapazitäten, mangelnde Spezialisierung und Qualitätsprobleme vorzugehen. Stattdessen, so wird häufig beklagt, werde die Nutzung bestehender gesetzlicher Spielräume selektivvertraglicher Versorgung durch regulative Vorgaben erschwert.

Die hier zugrunde liegende These ist dagegen eine andere: Die bemängelte Inkonsistenz der Gesetzgebung sowie die als zu restriktiv empfundenen Regulierungen spiegeln letztlich grundlegende Hemmnisse eines selektivvertraglichen Wettbewerbs. Innovative Versorgungsangebote erreichen im Kassenwettbewerb nur eine Minderheit der Versicherten. Krankenkassen haben mehr Erfolg im Wettbewerb, wenn sie sich auf reine Kostensenkungen konzentrieren und sich damit an dem Großteil der (gesunden, preisreagiblen) Versicherten orientieren. Dass Leistungsanbieter von der Versorgung eines substantiellen Teils der Versicherten ausgeschlossen und damit u. U. in ihrer Existenz in Frage gestellt werden, stößt auf kommunaler Ebene auf große Ablehnung bei Politik und Bevölkerung. Schließlich waren die an den selektivvertraglichen Wettbewerb gerichteten Erwartungen überzogen: Verbesserung der Patientenversorgung, gleichzeitig spürbare Kosteneinsparungen und eine hohe Teilnahmebereitschaft (auch mittels zusätzlicher Leistungsvergütungen und Versicherten-Boni) lassen sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen kaum simultan erreichen.

Das vorliegende Konzept zielt auf eine stärkere Versorgungsorientierung des Krankenkassenwettbewerbs. In der ambulanten und stationären Versorgung mit ihrem jeweils starken regionalen Bezug des Leistungsangebots ist eine Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs, die auf stärkere Exklusivität i. V. m. mit Kosteneinsparungen ausgerichtet ist, unrealistisch. Neben fehlender Akzeptanz der maßgeblichen Beteiligten sprechen auch inhaltliche Gründe dagegen, dass sich in einem

öffentlichen, durch Pflichtbeiträge finanzierten Gesundheitssystem die Versorgung hinsichtlich Zugang und Qualität zwischen Versichertengruppen systematisch und dauerhaft unterscheidet.

Der Selektivvertragswettbewerb sollte stattdessen ergänzend neben die Regelversorgung treten, im Hinblick auf eine größere Innovationsdynamik aber muss seine Funktionsfähigkeit erhöht werden. Das bedeutet im Einzelnen:

- Der selektivvertragliche Wettbewerb zielt auf Innovationen im Bereich der Organisation ärztlicher Versorgung. Seine Funktion ist die Suche und Entdeckung innovativer Lösungen anstatt ein primäres Streben nach Preisrabatten und kurzfristigen Kosteneinsparungen.
- Ein hierauf ausgerichteter Wettbewerb benötigt nicht die „harte“ Selektivität in Form der Exklusion eines Teils der Leistungsanbieter als Wettbewerbsinstrument, wie es für einen Vertragswettbewerb um Kostensenkung konstitutiv ist.
- Anstatt die Wahlmöglichkeiten der Patienten durch Exklusivität zu beschränken, soll der selektivvertragliche Innovationswettbewerb diese erweitern. Die Patienten(um)steuerung bleibt „weich“ in Form von freiwilliger Einschreibung oder schlicht Aufklärung, denn sie dient primär der Erprobung neuer Versorgungsformen und nicht der kurzfristigen Kosteneinsparung.
- Um die Innovationsdynamik substantiell zu erhöhen, ist der Risikostrukturausgleich (RSA) anzupassen und ein eigenständiges Krankenkassenbudget für Forschung und Entwicklung (FuE) innovativer Versorgungsprozesse einzuführen (z. B. 0,5 % der gesamten Beitragseinnahmen). Die entsprechenden Beitragsmittel dieses Budgets werden gemäß der im RSA gemessenen morbiditätsbezogenen Versorgungslast den einzelnen Krankenkassen zugewiesen. Voraussetzung hierfür sind Anpassungen des RSA, mit denen die nach wie vor bestehenden Unterdeckungen der Kosten multimorbider Patienten beseitigt werden.
- Über die Verwendung der Mittel des FuE-Budgets entscheiden die einzelnen Krankenkassen unmittelbar selbst. Mit dem FuE-Budget wird kein neuer, eigenständiger bzw. kassenübergreifender FuE-Fonds gebildet. Die Verwendung der FuE-Mittel ist verpflichtend an Selektivverträge für besondere Versorgung oder Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung zu binden. Hierdurch wird sichergestellt, dass FuE-Mittel in ergänzende Vertrags- bzw. Versorgungsstrukturen investiert werden. Um den Anreiz der Krankenkassen für versorgungsrelevante Angebote zu erhöhen, wird das kassenindividuelle FuE-Budget nur bei erreichten Teilnehmerzahlen ausgeschöpft.
- Von zentraler Bedeutung für den Suchprozess und die Diffusion innovativer Versorgungsansätze ist eine Evaluations- und Publikationspflicht. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass sich Qualität und Effizienz der Versorgung insgesamt verbessern und nicht nur „selektiv“ für die Versicherten einzelner Krankenkassen oder in bestimmten Regionen.
- Dabei verbreiten sich innovative Ansätze im Rahmen des selektivvertraglichen Innovations- und Imitationswettbewerbs. Eine regulative Überführung innovativer Ansätze in die Regelversorgung geschieht allenfalls nachrangig. Die Beurteilung,

inwiefern sich innovative Ansätze für die Ausbreitung im Versorgungssystem eignen, bleibt primär den Krankenkassen überlassen.

Unter diesen Rahmenbedingungen sollten Krankenkassen spürbare Impulse erhalten, sich stärker um die Entwicklung innovativer Versorgungsformen zu bemühen. Mit dem beschriebenen Ansatz würde der Innovationswettbewerb von innovationshemmenden Restriktionen eines Krankenkassenwettbewerbs – insbesondere dem fehlenden Interesse der beitragsfokussierten Mehrheit der Versicherten an Versorgungsinnovationen – an entscheidenden Stellen gelöst. Anpassungen im Risikostrukturausgleich und – da ein solcher nie perfekt sein kann – die Einführung eigenständiger FuE-Budgets für die einzelnen Krankenkassen sind Ansätze, um zu vermeiden, dass Krankenkassen mit innovativen Versorgungsangeboten für chronisch Kranke Wettbewerbsnachteile fürchten müssen und daher auf die Entwicklung solcher Angebote verzichten.

Das vorliegende Konzept geht davon aus, dass einzelvertraglicher Wettbewerb mit ergänzender Selektivität den optimalen Steuerungsansatz darstellt, wenn durch Innovationen die Kosteneffektivität der Gesundheitsversorgung erhöht werden soll und Ungewissheit über die Qualität neuartiger Behandlungen und Versorgungsprozesse besteht.

Dagegen können sich in anderen Bereichen andere Steuerungsansätze als überlegen erweisen, etwa Vertragswettbewerb mit exklusiver Selektivität im Bereich der Arznei- und Hilfsmittelmärkte oder nicht-wettbewerbliche, regulative Ansätze zur Vermeidung gravierender Qualitätsdefizite. Auch für eine Optimierung bestehender Angebotsstrukturen im Krankenhausbereich kommen unterschiedliche Steuerungsansätze in Frage.

Literatur

- Albrecht M, Neumann K (2013): Beitragssatzautonomie der Krankenkassen. Eine Machbarkeitsanalyse. Heidelberg.
- Albrecht M, Rürup B (2010): Stand der Wettbewerbsorientierung nach der Gesundheitsreform 2007. In: Rürup, IGES Institut, DIW, DIW econ, Wille (Hg.): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Baden-Baden. S.37-64.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (ARGE) (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, Bonn u.a.
- Boone J, Douven R (2014): Provider competition and over-utilization in health care. Discussion Paper, Tilburg University.
- Bundeskartellamt (BKartA) (2014): Bundeskartellamt untersagt Zusammenschluss der Kliniken in Esslingen, Pressemitteilung vom 15.05.2014, http://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilungen/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/Pressemitteilungen/2014/05_11_2014_Kliniken-Worms.html
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J (2008): Nach der Gesundheitsreform der großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? Das Potenzial des GKV-WSG für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. In: Cassel D et al. (Hg) (2008): Vertragswettbewerb in der GKV, Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Bonn. S. 151-224.
- Deckebach B, Nolting H-D, Sydow H, Zich K, (2015): Versorgungsreport Schlaganfall, Chancen für mehr Gesundheit, Heidelberg.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009): Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten, Version 1.0 vom 12.10.2009, Köln.
- 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.
- Leber W-D, Malzahn J, Wolff J (2007): Elektiv wird selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhause/publikationen/artikel/award_2007_elektiv_wird_selektiv_23_0407.pdf
- Paquet R (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge, Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Expertise

im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

- Rebscher H (2011): Perspektivenwechsel – Bewertungskategorien selektiven Vertragshandelns. In: Rüter G, Da-Cruz P, Schwegel P (Hg.): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik – Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender, Stuttgart, S.348-362.
- Rebscher H (2010): Wettbewerb als Entdeckungsverfahren im Gesundheitswesen. In: Oberender, P et al. (Hg.): Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin, S.35-57.
- Rebscher H (1993): Wettbewerb und Solidarität – Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung für die GKV. In: Die Ersatzkasse 73, S.182-192.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Deutscher Bundestag Drucksache 17/10323.
- Wille E (2013): Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung, Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV), Mannheim.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bereiche nicht-wettbewerblicher Steuerung in der jüngeren Gesetzgebung und aktueller Reformvorhaben	19
Abbildung 2:	Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen: Märkte, Parameter und Formen	21
Abbildung 3:	Selektivvertraglicher Wettbewerb – Wie geht es weiter?	26
Abbildung 4:	Diffusion innovativer Versorgungsprozesse im einzelvertraglichen Wettbewerb mit ergänzender Selektivität	34
Abbildung 5:	Differenzierung wettbewerblicher Ansätze	36
Abbildung 6:	Szenario 1: stärkere Regulierung	39
Abbildung 7:	Szenario 2: „ exklusive Selektivität “	40
Abbildung 8:	Szenario 3a: „ ergänzende Selektivität “ (Einschreibungsmodell)	42
Abbildung 9:	Szenario 3b: „ ergänzende Selektivität “ (Aufklärungsmodell)	43
Abbildung 10:	Szenario 4: patientenzentrierter Wettbewerb	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Eignung der Wettbewerbsszenarien in unterschiedlichen Anwendungsbereichen	46
------------	---	----