

Coenen, Michael; Haucap, Justus; Hottenrott, Moritz

Working Paper

Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung: Analyse und Reformansätze

DICE Ordnungspolitische Perspektiven, No. 81

Provided in Cooperation with:

Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich Heine University Düsseldorf

Suggested Citation: Coenen, Michael; Haucap, Justus; Hottenrott, Moritz (2016) : Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung: Analyse und Reformansätze, DICE Ordnungspolitische Perspektiven, No. 81, ISBN 978-3-86304-681-1, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/127572>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Nr 81

Wettbewerb in der
ambulanten onkologischen
Versorgung –
Analyse und Reformansätze

Michael Coenen,
Justus Haucap,
Moritz Hottenrott

Januar 2016

IMPRESSUM

DICE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Veröffentlicht durch:

düsseldorf university press (dup) im Auftrag der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät,
Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universitätsstraße 1,
40225 Düsseldorf, Deutschland
www.dice.hhu.de

Herausgeber:

Prof. Dr. Justus Haucap
Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie (DICE)
Tel: +49(0) 211-81-15125, E-Mail: haucap@dice.hhu.de

DICE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Alle Rechte vorbehalten. Düsseldorf 2016

ISSN 2190-992X (online) - ISBN 978-3-86304-681-1

WETTBEWERB IN DER AMBULANTEN ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG – ANALYSE UND REFORMANSÄTZE

Studie im Auftrag des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen
und Onkologen in Deutschland e.V.

Michael Coenen · Justus Haucap · Moritz Hottenrott

Januar 2016

INHALTSVERZEICHNIS

Executive Summary	7
1 Hintergrund und Ziele der Untersuchung	9
1.1 Hintergrund.....	9
1.2 Ziel und Aufbau des Gutachtens.....	9
2 Struktureller Marktüberblick	11
2.1 Zum Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik.....	11
2.2 Wettbewerb als Instrument der Gesundheitspolitik.....	14
2.3 Bedarfsplanung.....	17
2.4 Vergütung.....	23
2.5 Investitionen.....	25
Zwischenfazit.....	26
3 Onkologische Versorgung	28
3.1 Stationäre onkologische Versorgung.....	28
3.2 Ambulante onkologische Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	30
3.3 Zur Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.....	32
Zwischenfazit.....	38
4 Analyse der Wettbewerbsbedingungen in der onkologischen Versorgung	41
4.1 Wettbewerbsvorteile von Krankenhäusern durch vollständige Internalisierung der Behandlungskette.....	41
4.1.1 Strategische Ausrichtung des Versorgungsangebots von Krankenhausunternehmen.....	41
4.1.2 Relative und absolute Profitabilität der Versorgung im Krankenhaus – Quersubventionierung in vertikal und horizontal integrierten Krankenhausunternehmen.....	44
4.1.3 Vertikale Integration der Krankenhausapotheke.....	46
4.2 Anreize zur Überversorgung in Krankenhäusern mit großer Angebotsbreite und -tiefe.....	50
4.2.1 Angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen.....	52
4.2.2 Anreiz zur Überversorgung im Krankenhaus.....	53
4.3 Patientendiskriminierung im Krankenhaus zur Erlösmaximierung.....	55
4.4 Patientenlenkung im Krankenhaus zur Erlösmaximierung.....	58
Zwischenfazit.....	62
5 Bewertung	65
5.1 Status Quo.....	65
5.2 Ausblick.....	68
6 Handlungsempfehlungen	72
6.1 Zielprobleme.....	72
6.2 Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke.....	73
6.3 Diskussion.....	77

7 Zusammenfassung	80
Literaturverzeichnis	83

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen.....	16
Abbildung 2: Anteile der ab 60-jährigen an der jeweils weiblichen und männlichen Bevölkerung für die Jahre 2008 und 2020 auf Landkreisebene	20
Abbildung 3: An der ambulanten onkologischen Versorgung teilnehmende Hämatologen und internistische Onkologen sowie Prognose der zusätzlich benötigten Ärzte von 2008 auf 2020.....	21
Abbildung 4: Ambulante Betätigungsfelder von Krankenhäusern	33
Abbildung 5: Leistungsausgaben der GKV für ambulante Behandlungen im Krankenhaus nach § 116b SGB V (in Mio. Euro)	34
Abbildung 6: Ambulant-stationärer Grenzbereich in der onkologischen Versorgung.....	39
Abbildung 7: Anfallende Vergütungserlöse und Medikamentengewinne bei einer Auswahl an Therapiemöglichkeiten bei einem kolorektalen Karzinom (1 Zyklus)	49
Abbildung 8: Anfallende Vergütungserlöse nach Abzug der Medikamentenkosten mit und ohne Zusatzentgelte in der stationären Versorgung bei einer Auswahl an Therapiemöglichkeiten bei einem kolorektalen Karzinom (1 Zyklus).....	58
Abbildung 9: Erlöse einer Auswahl an Therapien ohne Zusatzentgelte bei einem kolorektalen Karzinom in der ambulanten und stationären Versorgung (1 Zyklus).....	59
Abbildung 10: Erlöse einer Auswahl an Therapien mit Zusatzentgelten bei einem kolorektalen Karzinom in der ambulanten und stationären Versorgung (1 Zyklus).....	61
Abbildung 11: Aufteilung der Patienten zwischen Krankenhausunternehmen und niedergelassenen Onkologen nach wirtschaftlichem Potenzial und Notwendigkeit stationärer Behandlung.....	69
Abbildung 12: Wettbewerb von Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken.....	75

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Gesetzesentwicklung seit der GKV-Gesundheitsreform	11
Tabelle 2: Potenzialschätzungen Echokardiographie am Beispiel Mamma-Karzinom: Prätherapeutische und Verlaufs-Echokardiographie vor Trastuzumab/Anthrazykline	43

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AMNOG	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz	IV	Integrierte Versorgung
AMPPreisV	Arzneimittelpreisverordnung	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen	KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	KHEntgG	Krankenhaus-Entgeltgesetz
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
BSG	Bundessozialgericht	KHRG	Krankenhausfinanzierungs- und Reformgesetz
BV	Besondere Versorgung	KK	Krankenkasse
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	KV	Kassenärztliche Vereinigung
DRG	Diagnosis Related Groups	MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss	NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts	PKV	Private Krankenversicherung
G-DRG	German Diagnosis Related Groups	QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	RLV	Regelleistungsvolumen
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz	SGB	Sozialgesetzbuch
GKV-WStG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz	VÄndG	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz		
HS	Hochschule		
IBF	Investitionsbasisfallwert		
IFW	Investitionsfallwert		

EXECUTIVE SUMMARY

Seit 15 Jahren betreibt die Politik systematisch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser. 2015 wurden die Regelungen hierzu mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erneut reformiert und vertieft. Krankenhäuser und Vertragsärzte agieren im Hinblick auf Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionsfinanzierung unter ungleichen Bedingungen und sind dennoch auf demselben Markt tätig. Das Gutachten untersucht die wettbewerblichen Konsequenzen dieser Entwicklung und kommt zu den folgenden Ergebnissen:

- **Quersubventionierungsmöglichkeiten in Krankenhäusern schaden dem intermodalen Wettbewerb und führen zu Verschwendung und Ineffizienz in der Versorgung.** Krankenhäuser sind die vertikal und horizontal integrierten Anbieter der gesamten Versorgungskette eines Krankheitsfalles. Zwar kann auch ein niedergelassener Arzt integrierte Behandlungsangebote im Sinne eines behandlungsführenden Arztes organisieren, jedoch kann er hierfür nicht gesondert an der Gesamtvergütung des Behandlungsfalls teilhaben. Krankenhäuser können Vorleistungen internalisieren und gegebenenfalls defizitäre Leistungsbereiche aus anderen Leistungsbereichen, beispielsweise aus der Krankenhausapotheke, zum Nachteil konkurrierender niedergelassener Ärzte quersubventionieren. Quersubventionierung äußert sich im Krankenhaus anders als auf Märkten für „normale“ Güter nicht in künstlich niedrigen Konsumentenpreisen zur Verdrängung eines unliebsamen Wettbewerbers. Sie fließt stattdessen zum einen in Überversorgung im ambulanten Angebot des Krankenhauses (*zu hohe Qualität*) und zum anderen in eine ineffiziente Versorgung (*Qualität an falscher Stelle*).
- **Krankenhäuser verlagern stationäre Ressourcen aus wirtschaftlichen Motiven in den ambulanten Bereich.** Bestehende Strukturen der stationären Versorgung lassen sich von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung abermals nutzen und deckungsbeitragswirksam abermals einsetzen. Den niedergelassenen Fachärzten entstehen Wettbewerbsnachteile aus dem Einsatz von Stationspersonal oder dem Einsatz eines für den stationären Bereich im Krankenhaus bereits refinanzierten medizinisch-technischen Gerätes im ambulanten Angebot des Krankenhauses.
- **Patientenlenkung und Patientendiskriminierung nach Wirtschaftlichkeit gehen nicht notwendigerweise in dieselbe Richtung wie das Versorgungsinteresse.** Starke Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung verstärken den im Krankenhaus bestehenden Anreiz, Behandlungen nach Wirtschaftlichkeit vorzunehmen.
- **Imperfekte Qualitätstransparenz und mangelhafte Reputationsmechanismen geben Krankenhäusern Möglichkeiten zur unsachgemäßen Leistungsausweitung.** Möglichkeiten zur unsachgemäßen Leistungsausweitung sind im Beispiel der onkologischen Versorgung durch das komplexe und gravierende Krankheitsbild im Krankenhaus besonders ausgeprägt. Sie erstrecken sich auf den großen Bereich der Diagnostik ebenso wie auf die Behandlung von Begleiterkrankungen.
- **Absehbare Folge ungleicher Wettbewerbsbedingungen wird die Ausdünnung der ambulanten Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten sein.** Der Verdrängungswettbewerb durch Krankenhäuser birgt eine Gefahr für die Versorgung in kritischen Facharzt-disziplinen. Beispielsweise

können in der ambulanten onkologischen Versorgung lokal monopolistische Strukturen folgen, die zu einer schleichenden Qualitätsverschlechterung für die Patientinnen und Patienten führen. Würden schließlich von den Krankenhäusern die weniger lukrativen ambulanten Leistungsbereiche vernachlässigt oder ganz abgebaut, so wäre die flächendeckende Versorgung in Gefahr.

- **Mit einem wettbewerbsorientierten Reformkonzept lassen sich die Wettbewerbsprobleme angehen und die ambulante Versorgung verbessern.** Konstitutiv hierfür sind die folgenden Elemente: (1) der Ausbau von Versorgungsnetzwerken um Verbundvorteile, Skalen- und Synergieeffekte zu vergrößern, (2) die Schaffung wirtschaftlicher Kooperationsmöglichkeiten zur Stärkung des intermodalen Wettbewerbs, (3) eine weitreichende wirtschaftliche Autonomie für die Mitglieder von Versorgungsnetzwerken bei der Vertragsgestaltung, die insbesondere die Möglichkeit einschließen soll, dass die Mitglieder eines Versorgungsnetzwerks frei über die Aufteilung der Gesamtbehandlungserlöse im Netzwerk entscheiden und (4) der Erhalt mittelständischer Strukturen mit selbstständigen niedergelassenen Ärzten in der ambulanten Versorgung; hierdurch wird der intermodale Wettbewerb gestärkt, dem insbesondere im Hinblick auf Fortschritte bei der Organisation und den Prozessen von Versorgung Bedeutung zukommt. Eine mögliche Konkretisierung dieses Konzepts besteht in der Erweiterung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zu Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken (RSV).

1 HINTERGRUND UND ZIELE DER UNTERSUCHUNG

1.1 HINTERGRUND

Seit ca. 15 Jahren führt ein Paradigmenwechsel in der Gesetzgebung zur medizinischen Versorgung dazu, dass die ehemals klare Trennung der stationären Versorgung durch die Krankenhäuser von der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte stetig verschwindet. Von der Politik wird die Tätigkeit der Krankenhäuser zunehmend in den ambulanten Bereich gelenkt. Zahlreiche Gesetzesänderungen haben zu dieser Entwicklung beigetragen. Zuletzt wurde 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Zugang zur ASV einheitlich geregelt und ein dritter Sektor neben dem rein stationären Bereich und dem rein ambulanten Bereich geschaffen. 2015 wurden die Regelungen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) reformiert und vertieft.

Durch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser werden Vertragsärzte zunehmend in eine Wettbewerbsbeziehung mit diesen gesetzt. Wegen ungleicher Wettbewerbsbedingungen ist der Eintritt der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich aus wettbewerbspolitischer Perspektive jedoch kritisch zu hinterfragen.

1.2 ZIEL UND AUFBAU DES GUTACHTENS

Das vorliegende Gutachten untersucht die derzeitige Wettbewerbssituation in der ambulanten Versorgung am Beispiel der ambulanten onkologischen Versorgung und bietet einen Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen.

Kapitel 2 nimmt hierzu zunächst die für die ambulante Versorgung relevante jüngere Gesetzesentwicklung und ihre Auswirkungen in den Fokus. Es wird zunächst die Entwicklung seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 nachvollzogen. Danach wird die Rolle von Wettbewerb im Gesundheitswesen hinterfragt. Schließlich wird ein Überblick über die relevanten Unterschiede im Hinblick auf Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionen zwischen Krankenhäusern und dem Bereich der niedergelassenen Ärzte gegeben.

In Kapitel 3 werden die Möglichkeiten der onkologischen Versorgung vorgestellt, die Vertragsärzten und Krankenhäusern offen stehen. Zunächst werden sowohl die stationäre als auch die teilstationäre Versorgung in Krankenhäusern dargestellt. Anschließend folgen die verschiedenen Möglichkeiten der Betätigung von Vertragsärzten – von der Einzelpraxis bis zu Berufsausübungsgemeinschaften. Für Krankenhäuser wurden durch das GKV-Modernisierungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Regelungen zur Gründung eines MVZ und Regelungen zur Teilnahme an der ASV weitreichende Möglichkeiten geschaffen, sich im ambulanten Bereich weiter auszubreiten.

Kapitel 4 analysiert grundlegende Aspekte des neuen Wettbewerbsgefüges in der ambulanten Versorgung am besonderen Beispiel der onkologischen Versorgung. Die vertikale Integration von Vorleistungen der Versorgung ist ein Wettbewerbsvorteil, aus dem Krankenhäusern außerordentliche Erlöspotenziale erwachsen, die ohne Regularien zu Fehlanreizen führen. Anhand von Fallbeispielen wird die Bedeutung dieser Erlöse in der onkologischen Versorgung durch Krankenhäuser aufgezeigt. Außerdem werden die stark unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung beschrieben. Abschließend werden die möglichen Anreize für Krankenhäuser, Patienten im Zuge einer wirtschaftlichen Optimierung gezielt ambulant oder stationär zu versorgen, untersucht.

Kapitel 5 bewertet die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel. Das Kapitel schließt mit einem Ausblick auf mögliche zukünftige Marktentwicklungen unter Beibehaltung der heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

In Kapitel 6 werden aus wettbewerbsökonomischer Sicht Handlungsempfehlungen formuliert, die geeignet sind, einige der aufgezeigten Probleme zu beheben. Zunächst werden die wesentlichen Wettbewerbsmängel aufgegriffen und abstrahierend Richtungen beschrieben, in die Reformvorschläge gehen müssen, um die Fehlanreize in der ambulanten Versorgung zu reduzieren. Zwei konkrete Konzepte werden am Beispiel der onkologischen Versorgung skizziert und diskutiert, über die Wettbewerb in der ambulanten Versorgung ein nachhaltig kostengünstiges und qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot sicherstellt.

2 STRUKTURELLER MARKTÜBERBLICK

Kapitel 2 betrachtet die für die ambulante Versorgung relevante jüngere Gesetzesentwicklung und ihre Auswirkungen. In Abschnitt 2.1 wird zunächst die Entwicklung seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 nachvollzogen. Sie ist durch einen Paradigmenwechsel gekennzeichnet, der Krankenhäuser sukzessive von der rein stationären Versorgung in den ambulanten Versorgungsbereich vordringen lässt. Die Grenze zwischen stationärem und ambulatem Bereich verwischt zusehends. Mit der ASV wurde zuletzt ein *dritter Sektor* generiert, zu dem auch weite Teile der ambulanten onkologischen Versorgung zählen.

In Abschnitt 2.2 werden die Möglichkeiten für Wettbewerb im Gesundheitswesen hinterfragt. Gesundheitsmärkte lassen sich aufgrund ihrer Spezifika nicht als klassische Gütermärkte mit einer Angebots- und einer Nachfrageseite definieren. Stattdessen lässt sich das Gesundheitswesen als ein System dreier indirekt miteinander verbundener Märkte beschreiben, auf denen die Wettbewerbsbeziehungen der Akteure durch spezifische Regelungen gestaltet sind. In der Gesundheitspolitik spielt Wettbewerb bislang überwiegend dann eine Rolle, wenn seine Kostensenkungsfunktion erwünscht ist. Sein Potenzial zur Schaffung von Innovation und bei der Gestaltung von Angeboten wird auf Gesundheitsmärkten nicht ausgeschöpft.

Die Abschnitte 2.3, 2.4. und 2.5 geben einen Überblick über die relevanten Unterschiede zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Hinblick auf Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionen.

2.1 ZUM PARADIGMENWECHSEL IN DER GESUNDHEITSPOLITIK

Seit etwa 15 Jahren führt ein Paradigmenwechsel in der Gesetzgebung zur medizinischen Versorgung dazu, dass die ehemals eindeutige Grenze zwischen dem stationären Sektor in den Krankenhäusern und der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte stetig verschwimmt. Erste Ansätze für diese Entwicklung erfolgten bereits 1993 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) durch die Zulassung von ambulanten Operationen und der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115a und § 115b SGB V). Von der Entwicklung ist die onkologische Versorgung in besonderer Weise betroffen. In Tabelle 1 wird ein cursorischer Überblick über die wesentlichen Stationen dieser Gesetzesentwicklung gegeben.

TABELLE 1: GESETZESENTWICKLUNG SEIT DER GKV-GESUNDHEITSREFORM

1.1.2000	GKV-Gesundheitsreform
	<p>Der Gesetzgeber legt die Rahmenbedingungen für den Aufbau der Integrierten Versorgung (IV) fest. Krankenkassen dürfen Verträge mit einzelnen oder mehreren Leistungserbringern und Krankenhäusern abschließen, die integrierte Versorgungsformen anbieten.</p> <p>Es erfolgt eine funktionelle Aufgliederung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung und Förderung der hausärztlichen Tätigkeit: Die Gesamtvergütung wird in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil getrennt. Der Hausarzt vermittelt Patienten durch Überweisungen an den spezialfachärztlichen Bereich und übernimmt somit</p>

eine Lotsenfunktion. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern, insbesondere ambulantes Operieren, werden ausgeweitet um stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

1.1.2003	Krankenhaus-Entgeltgesetz
-----------------	----------------------------------

Das System der Krankenhausvergütung aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen, Sonderentgelten und Krankenhausbudgets wird auf eine leistungsorientierte Vergütung auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRG-Fallpauschalen) umgestellt. Für jede Krankheit, Krankheitsart und durchgeführte Behandlung werden Pauschalen festgelegt, die die Krankenhäuser mit den Krankenkassen abrechnen. Die Fallpauschalen sind in einer Übergangsphase spezifisch und sollen 2005 und 2006 schrittweise vereinheitlicht werden. Ab 2007 sollen die Krankenkassen landesweit einheitliche Preise für stationäre Krankenhausleistungen bezahlen.

1.1.2004	Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)
-----------------	---

Die Errichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) wird möglich. Im ambulanten Bereich besteht dadurch nun die Möglichkeit, mit angestellten Ärzten als Heilkundengesellschaft vertragsärztliche Leistungen anzubieten.

Zusätzlich dürfen Krankenkassen mit einzelnen oder mehreren Leistungsanbietern direkte Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Integrierten Versorgung (Selektivverträge) abschließen.

1.1.2007	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG)
-----------------	---

Vertragsärzte dürfen Zweigpraxen eröffnen, wenn diese die Versorgung am Ort der Zweitpraxis verbessern. Zusammenschlüsse von Medizinern über Orts-, Praxis- und Fachgrenzen hinaus werden erlaubt. Krankenhausärzte erhalten die Möglichkeit, nebenberuflich in einer Praxis tätig zu werden. Vertragsärzte erhalten die Möglichkeit, nebenberuflich im Krankenhaus tätig zu werden. Durch diese Honorararztregelung wird das bestehende Belegarzt-System de facto ausgehebelt.

1.4.2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)
-----------------	---

Krankenhäuser werden für die ambulante Behandlung von Menschen, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden (§ 116b SGB V), geöffnet. Eine erste Fassung des § 116b SGB V war bereits 2003 eingeführt worden, damals jedoch in zwingender Verbindung mit Leistungsverträgen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, die wenig Anklang fanden. Mit der neuen Regelung erhalten Krankenhäuser nun die Möglichkeit, für hochspezialisierte ambulante Leistungen durch das zuständige Bundesland auf Antrag zugelassen zu werden. Krankenkassen und Kliniken können zusätzlich direkte Versorgungsverträge abschließen, ohne dass ein niedergelassener Arzt einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringen müsste.

Verträge zwischen Krankenkassen und einzelnen oder mehreren Ärzten dürfen in erweitertem Umfang geschlossen werden. In dem Zuge werden Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten für besondere Versorgungsformen, wie etwa hausarztzentrierte Versorgung oder Integrierte Versorgung IV, spezielle Tarifgestaltungen anzubieten.

1.1.2009	Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG)
<p>Die Finanzierung der Länder von Investitionen, die mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 eingeführt worden ist, wird auf optionale leistungsbezogene Investitionspauschalen umgestellt. Dazu wird ein Orientierungswert eingeführt und die Anbindung an die Grundlohnsumme abgelöst. Der Orientierungswert berücksichtigt die Kostenstrukturen der Krankenhäuser.</p>	
1.1.2011	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)
<p>Die pharmazeutische Industrie und die Hersteller von Medizinprodukten dürfen sich an Projekten zur Integrierten Versorgung beteiligen. Zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) sind Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller allerdings nicht berechtigt.</p>	
1.1.2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
<p>Nur noch zugelassene Ärzte, Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder gemeinnützige Träger dürfen MVZ gründen. Reine Kapitalinvestoren sind zur Gründung eines MVZ nicht länger berechtigt. Zu den zulässigen Rechtsformen (Personengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung) kommt die der Genossenschaft hinzu. Der ärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein.</p> <p>In Gebieten mit Überversorgung entscheidet künftig der Zulassungsausschuss der Kassen und KVen, ob eine Nachbesetzung erfolgen soll. Wird der Antrag auf Nachbesetzung abgelehnt, hat die KV dem Vertragsarzt oder seinen Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes zu zahlen. Das bisherige Vorkaufsrecht der KV im Nachbesetzungsverfahren entfällt.</p> <p>Die Zulassungsausschüsse können neben bereits zugelassenen Vertragsärzten weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ermächtigen, um eine Unterversorgung abzuwenden.</p> <p>Die ASV (§ 116b SGB V) regelt die bisherige ambulante Versorgung im Krankenhaus neu. Unter die ASV fallen Diagnostik und Behandlung seltener Erkrankungen, schwerer Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (hierunter auch Krebserkrankungen) sowie hochspezialisierte Leistungen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Für Krankenhäuser und niedergelassene Leistungserbringer in der ASV gelten einheitliche Bedingungen und die gleichen Zugangs- und Qualifikationsanforderungen. Patienten benötigen für die Teilnahme an dieser Versorgung eine vertragsärztliche Überweisung. Erbrachte Leistungen können direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Niedergelassene Ärzte können auch ihre KV mit der Abrechnung beauftragen, die Gesamtvergütungen der KVen werden entsprechend bereinigt.</p>	
8.4.2013	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)
<p>Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erhält den Auftrag, den Kliniken Empfehlungen zum Ausschluss leistungsbezogener Boni für leitende Ärzte zu geben. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, in ihren Qualitätsberichten anzugeben, ob sie sich an diese Empfehlungen halten. Ist dies nicht der Fall, müssen sie angeben für welche Leistungen Bonusvereinbarungen getroffen wurden.</p>	

Quelle: AOK-Bundesverband: Reformdatenbank.

Die GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 folgte erstmals dem Ziel, den ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung für Krankenhäuser zu öffnen und mithin den niedergelassenen Bereich mit Krankenhäusern, zunächst in einem eng begrenzten Maße, in eine Wettbewerbsbeziehung zu setzen. Diese Öffnung des ambulanten Bereiches wurde über die Jahre weiter vorangetrieben. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 setzte die Neuordnung der fachärztlichen Versorgung ein. Der ambulante Sektor wurde durch MVZ ergänzt, die IV sollte die ambulante Behandlung bestimmter Krankheitsbilder sektorübergreifend verbessern. Weitere Schritte folgten durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007. Mit § 116 b SGB V wurde die ambulante Versorgung neu geregelt und Krankenhäusern auf Antrag beim Land gestattet, hoch spezialisierte Leistungen, beispielsweise auch der Onkologie, ambulant anzubieten. Das Land ist gehalten, bei seiner Genehmigung die vertragsärztliche Versorgungssituation zu berücksichtigen. 2012 wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Zugang zur ASV einheitlich geregelt und ein *dritter Sektor* neben dem rein stationären Bereich und dem rein ambulanten Bereich etabliert. Weitere Reformschritte sind im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erfolgt.

2.2 WETTBEWERB ALS INSTRUMENT DER GESUNDHEITSPOLITIK

Die Kosten des deutschen Gesundheitssystems werden von den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenkassen, von den Versicherten der privaten Krankenversicherungen sowie vom Steuerzahler getragen. Da die Kosten also sozialisiert werden, sollte das Gesundheitssystem in einer Weise nachhaltig ausgestaltet werden, dass die Präferenzen der Bürger bestmöglich getroffen werden. Aus ökonomischer Sicht folgt hieraus vor allen Dingen, dass verfügbare Ressourcen effizient alloziert werden sollen. Bei *normalen* Gütern bietet der Markt den Mechanismus, um hohe Qualität zu günstigen Preisen zu erwirken. Auch im Gesundheitsbereich existiert eine Vielzahl *normaler* Güter und Dienstleistungen, für die Markt und Wettbewerb als Mittel zur Ermittlung der effizienten Allokation eingesetzt werden können. Zielgröße hierbei ist die bestmögliche Erfüllung der Präferenzen der Bürger im Hinblick auf Kosten und Qualität.¹

Zielsetzung kurzfristig orientierter Gesundheitspolitik ist indessen häufig ein gesetztes Niveau an Versorgungsqualität zu möglichst günstigen Kosten. Im Vordergrund gesundheitspolitischer Bemühungen stehen immer auch die fiskal- und arbeitsmarktpolitisch wirksamen Forderungen nach einer Beitragssatzstabilität für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und einer Begrenzung der Lohnnebenkosten der Arbeitgeber durch die Gesundheitsversicherung. Reformen dienen hauptsächlich dem Zweck einer kurzfristigen Kostendämpfung unter Nebenbedingungen wie dem weitreichenden Erhalt von Patientenrechten, etwa der freien Arztwahl oder dem Gesundheitskostenvollversicherungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wettbewerbliche Mechanismen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen können beispielsweise Selektivverträge, der Einsatz von Generika oder Rabattverträge sein. Wettbewerb scheint in der Gesundheitspolitik insbesondere dann ein opportunes Instrument zu sein, wenn er als Mechanismus zur Kostenreduktion eingesetzt werden kann. Wesentlicher Treiber der deutschen Gesundheitspolitik ist dabei die Frage, wie sich das Gesundheitswesen vor dem Hintergrund einer stetig alternden Gesellschaft und den kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten in Folge des technischen Fortschritts mit den vorhandenen

¹ Vgl. für einen kursorischen Überblick über die Aufgaben und Reichweite von Wettbewerb im Gesundheitswesen: Sachverständigenrat (2012), insb. Teil I.

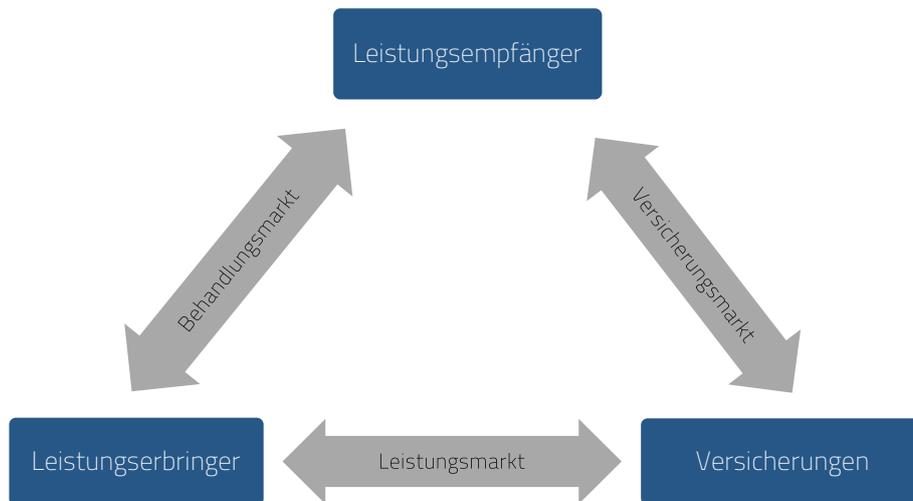
knappen Mitteln finanzieren lässt.² Zum einen kann der demographische Wandel für die Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden, zum anderen hat der stetige medizinisch-technische Fortschritt starke Auswirkungen auf die Gesundheitskosten.³

Allerdings ist das Gesundheitswesen durch die Krankenversicherung als Finanzierungsintermediär nicht auf einen rein wettbewerblichen Gütermarkt mit bilateralen Geld- und Leistungstransfers beschränkt. Das in Deutschland weitgehend bestehende Prinzip der Krankheitskostenvollversicherung schränkt Anreize beim Leistungsempfänger zur Informationsbeschaffung ein, insbesondere im Hinblick auf die mit einer Therapie verbundenen Kosten. Patienten werden also nicht zwingend eine gleichwertige, aber günstigere Behandlung bevorzugen. Gegebenenfalls kann die Umverteilung der Gesundheitskosten sogar dazu führen, dass sich das Gesetz der Nachfrage umkehrt, eine Therapie also häufiger nachgefragt werden würde, wenn ihr Preis steigt. Weiterhin herrscht auf dem Gesundheitsmarkt eine große Informationsasymmetrie zwischen Ärzten auf der einen und Patienten auf der anderen Seite. Sie erlaubt es den Patienten gegebenenfalls nicht, die Qualität der vom Arzt erbrachten Leistung adäquat zu bewerten. Mithin kann deshalb auf Gesundheitsmärkten eine elementare Voraussetzung für funktionierenden Qualitätswettbewerb fehlen.

² Vgl. Monopolkommission (2010).

³ Vgl. beispielsweise Repschläger (2012).

ABBILDUNG 1: WETTBEWERBSFELDER IM GESUNDHEITSWESEN



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wasem und Höfinghoff 2013.

Aus den genannten Gründen sind Gesundheitsmärkte nicht als normale Gütermärkte zu betrachten.⁴ Vielmehr spalten sie sich in drei Teilmärkte, die miteinander teilweise indirekt verbunden sind (vgl. Abbildung 1). Der erste Teilmarkt ist der Behandlungsmarkt, in dem Leistungserbringer im Wettbewerb um Leistungsempfänger (Patienten) stehen. Der Behandlungsmarkt gliedert sich wiederum in einen kollektiven Bereich, an dem Mitglieder der Krankenkassen und Versicherungsnehmer partizipieren, und einen privaten Bereich, in dem Privatpersonen agieren. In letzterem werden Leistungen direkt und ohne Zwischenschaltung einer Versicherung privat vergütet. Es handelt sich daher nur im Selbstzahlermarkt um eine Wettbewerbsbeziehung, wie sie in einem klassischen Gütermodell vorliegt. Anders stellt sich die Situation im kollektiven Bereich dar. In diesem Teil des Behandlungsmarktes ist der Leistungsempfänger gleichzeitig nicht der Leistungsfinanzier, wodurch kein Preiswettbewerb zwischen den Leistungserbringern zustande kommt. Leistungsempfänger haben hier keinen Anreiz eine günstigere Leistung vorzuziehen oder den Leistungsbezug einzuschränken. Versicherungsnehmer können sich zwar aus Eigeninitiative über Unterschiede in den Preisen ärztlicher Leistungen und von Medikamenten informieren, jedoch existiert hierbei kein universeller Qualitätsmaßstab zum Vergleich der PreisLeistungsverhältnisse. Auf dem Behandlungsmarkt ist allenfalls Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern um die Patienten vorstellbar. Der Qualitätswettbewerb gestaltet sich allerdings wegen der Informationsasymmetrie über die erbrachten Leistungen schwierig, er könnte jedoch durch entsprechende Vergütungssysteme gegebenenfalls gestärkt werden.

Der zweite Teilmarkt im Gesundheitswesen ist der Leistungsmarkt. Im Leistungsmarkt sind die Wettbewerbsbeziehung zwischen Leistungserbringern und Versicherungsunternehmen um Leistungsverträge zusammengefasst. Er ist aufgeteilt in ein großes kollektivvertragliches System und in ein kleines selektivvertragliches System. Im kollektivvertraglichen System herrscht kein Wettbewerb, da einheitliche und gemeinsame Verträge mit Leistungserbringern, hier mit Krankenhäusern oder KVen, bestehen. Entsprechend ist er kein normaler Gütermarkt. Wettbewerb um Qualität und Preis entsteht auf dem Leistungsmarkt, wenn

⁴ Vgl. hierzu und im Weiteren Wasem und Höfinghoff. (2013).

Leistungsverträge selektiv zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschlossen werden können und wenn beiden Seiten die Wahl des Vertragspartners freigestellt ist (Vertragsfreiheit).

Der dritte Teilmarkt ist der Versicherungsmarkt, auf dem Patienten und Versicherungsunternehmen agieren. Die Versicherungsunternehmen konkurrieren mit geringer, weil staatlich festgelegter, Angebotsflexibilität um Versicherungsnehmer. Der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt wurde durch das 1993 beschlossene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) intensiviert. Mit dem GSG erlangten Versicherte weitreichende Freiheiten bei der Wahl ihrer Krankenkasse und Krankenversicherung. Zudem wurden den Krankenkassen seit Ende der 1990er Jahre Möglichkeiten eröffnet, sich trotz eines gemeinsamen Leistungskatalogs im Hinblick auf das Angebot zu differenzieren. Mit dem GKV-WSG stiegen die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten weiter. Im Rahmen des GKV-WSG wurden die Möglichkeiten für selektive Leistungsverträge erweitert. Krankenkassen und Krankenversicherungen dienen als Finanzintermediäre zwischen Versicherten und Leistungserbringern. Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt kann daher nur direkten Einfluss auf Preis und/oder Qualität einer Leistung haben, wenn Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt besteht. Dies ist heute insbesondere im Rahmen von Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern der Fall.

2.3 BEDARFSPLANUNG

Relevante Unterschiede zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern bestehen im Hinblick auf die Finanzierung von Investitionen. Die Bundesländer legen gemäß § 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 9 KHG Programme zur Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser auf. Laufende Kosten der Krankenhäuser werden hingegen dem Grundsatz nach aus Leistungsabrechnungen gegenüber den Krankenversicherungen und den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Damit ein Krankenhaus staatlich gefördert wird, muss es gem. § 8 Abs. 1 KHG in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen werden. An die Aufnahme in den Krankenhausplan angeknüpft ist ein Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen, der die Krankenhäuser zur Abrechnung von Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen berechtigt.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung liegt alleine bei den KVen der niedergelassenen Ärzte, obwohl der ambulante Bereich zunehmend für Krankenhäuser geöffnet wurde. Der Sicherstellungsauftrag gemäß § 75 SGB V umfasst die bedarfsgerechte Zurverfügungstellung fachärztlicher Versorgung und den vertragsärztlichen Notdienst zu sprechstundenfreien Zeiten. Seit dem GKV-WSG müssen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die KVen zudem die Versorgung der Versicherten im brancheneinheitlichen Basistarif der privaten Krankenversicherung gemäß §§ 73b, 73c, 75, 140a SGB V sicherstellen. Entstanden ist der Sicherstellungsauftrag 1931 aus einer Notverordnung, in der der Gesamtvergütungsanspruch der niedergelassenen Ärzte durch die Krankenkassen anerkannt wurde und die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung an die KVen überging. Im Gegenzug verpflichteten sich die KVen, ausschließlich Kollektivverträge mit den Krankenkassen auszuhandeln. Zusätzlich verzichteten die Kassenärzte auf ein gemeinschaftliches Streikrecht, da sich seine Ausübung und die gleichzeitige Erfüllung des Sicherstellungsauftrags ausschließen.

Zur Zeit der Entstehung des Sicherstellungsauftrags existierte noch eine strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Historisch war der Sicherstellungsauftrag als Verpflichtung daher ursprünglich mit dem Anspruch der niedergelassenen Ärzte auf das Behandlungsmonopol im ambulanten Bereich verbunden. Die Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung war also gekoppelt an das Privileg der Vertragsärzte, ausschließlicher ärztlicher Dienstleister im ambulanten Bereich zu sein. Heute ist dieses Privileg durch die Ausdehnung der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich nicht länger gegeben. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sieht nun vor, dass die KVen den Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung und den vertragsärztlichen Notdienst behalten. Zusätzlich werden die KVen zur Kooperation mit den zugelassenen Krankenhäusern verpflichtet.

Der Sicherstellungsauftrag umfasste – dem Kabinettsentwurf zufolge – auch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung. Um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten, müssen die KVen gegebenenfalls in Kooperation mit den Landesverbänden der GKV zukünftig Terminservicestellen einrichten. Terminservicestellen vermitteln den Versicherten mit einer Facharztüberweisung innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin. Wenn die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Facharzt innerhalb von vier Wochen anbieten kann, so muss der Versicherte an ein zugelassenes Krankenhaus vermittelt werden. Aus Patientensicht wird durch die Terminservicestellen zunächst das Prinzip der freien Arztwahl im Vertragsarztbereich eingeschränkt. Aus vertragsärztlicher Sicht werden die Terminservicestellen die bestehende Unterversorgungssituation nicht beheben können, wenn Patienten wegen eines zu knappen Angebotes keine Facharzttermine finden können. Die Regelung, dass den Patienten anschließend Termine in einem Krankenhaus zu vermitteln sind, ist zudem ungeeignet, die Ursache des Problems zu beheben. Vielmehr trägt diese Regelung dazu bei, dass die fachärztliche Unterversorgung in der betroffenen Region längerfristig aufrechterhalten, wenn nicht verstärkt wird, da Krankenhäuser verstärkt zur Übernahme ambulanter Aufgaben gedrängt werden.

Sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den niedergelassenen Ärzten findet eine Bedarfsplanung statt. Bei den niedergelassenen Ärzten bestimmt die Bedarfsplanungsrichtlinie⁵ vier Versorgungsebenen mit unterschiedlichen Planungsbereichen: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung. Jeder Versorgungsebene sind Arztgruppen, Planungsbereiche (Mittelbereiche, Kreise und kreisfreie Städte, Raumordnungsregion, KV-Gebiete) und Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) zugeordnet. Die Bedarfsplanungsrichtlinie dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von Über- und Unterversorgung. Hämatologen und Onkologen gehören als internistische Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung an. Planungsbereich ist die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Bundesweit gibt es 96 solcher Raumordnungsregionen. Aus dem Verhältnis von Einwohnern zur Anzahl zugelassener Vertragsärzte wird der Versorgungsgrad eines Planungsbereiches ermittelt.

Auch sog. Überversorgung mit niedergelassenen Fachärzten wird durch das GKV-VSG adressiert und führt zu Änderungen im Hinblick auf die Bedarfsplanung. In § 103 Abs. 3a Satz 7 SGB V wurde die Formulierung

⁵ Vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Stand 18. Dezember 2014).

dahingehend geändert, dass der Landesausschuss, sobald er Überversorgung feststellt, d. h. 140 % Versorgungsgrad übertroffen werden, den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen soll und nicht mehr lediglich kann. Nach KBV-Angaben können ca. 3.100 Fachinternisten von dieser Regelung betroffen sein.⁶

Bis heute hat die Bedarfsplanung stets ihr Ziel verfehlt. Momentan ist das Angebot an fachärztlicher Versorgung ungleichmäßig verteilt, so dass von ungleichen Versorgungsverhältnissen in den Städten und im ländlichem Raum sowie einem Ost-West-Gefälle auszugehen ist. Auf diesen Umstand weist auch eine Studie der Bertelsmann Stiftung und des IGES-Instituts hin. Dort wurde deutschlandweit die Ärztedichte von Haus-, Kinder-, Frauen und Augenärzten im Vergleich zum relativen Bedarf untersucht. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass große regionale Unterschiede im Versorgungsgrad bestehen. Während die Versorgung besonders in Großstädten meist deutlich höher als der Bedarf ist, sind ländliche Planungsräume, insbesondere in Ost-Deutschland, häufig geringer versorgt.⁷

Auch in der onkologischen Versorgung ist von Versorgungsunterschieden auszugehen. Weiterhin ist keine Besserung dieser Versorgungsunterschiede in Sicht. Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie legt sogar eine steigende Unterversorgung für die Zukunft nahe. Die Studie untersucht den Bedarf und die künftige Versorgungssituation in der Onkologie und kommt zu dem allgemeinen Ergebnis, dass der Bedarf an onkologischer Versorgung steigen wird und dass dieser nicht durch einen entsprechend angemessenen Anstieg des Angebots gedeckt wird. Demnach verzeichnet Deutschland zwar einen leichten Bevölkerungsrückgang zwischen den Jahren 2008 (82 Mio.) und 2020 (79,9 Mio.), jedoch wird die Anzahl der über 60- bzw. der über 80-jährigen rapide steigen.⁸ Der Anteil der über 80-Jährigen werde zwischen 2008 bis 2020 bei den Männern um 83 %, bei Frauen um 31 % steigen. Gleichzeitig werde der Anteil der Bevölkerung in der Altersgruppe 0 bis 49 Jahre um 15 % sinken.⁹ Abbildung 2 zeigt die Anteile der über 60-jährigen an der jeweils männlichen und weiblichen Bevölkerung im Jahr 2008 und prognostiziert für das Jahr 2020; es lässt sich ein insgesamt deutlicher Anstieg, besonders in Ost- und Nordost-Deutschland sowie im ländlichen Raum, erkennen.

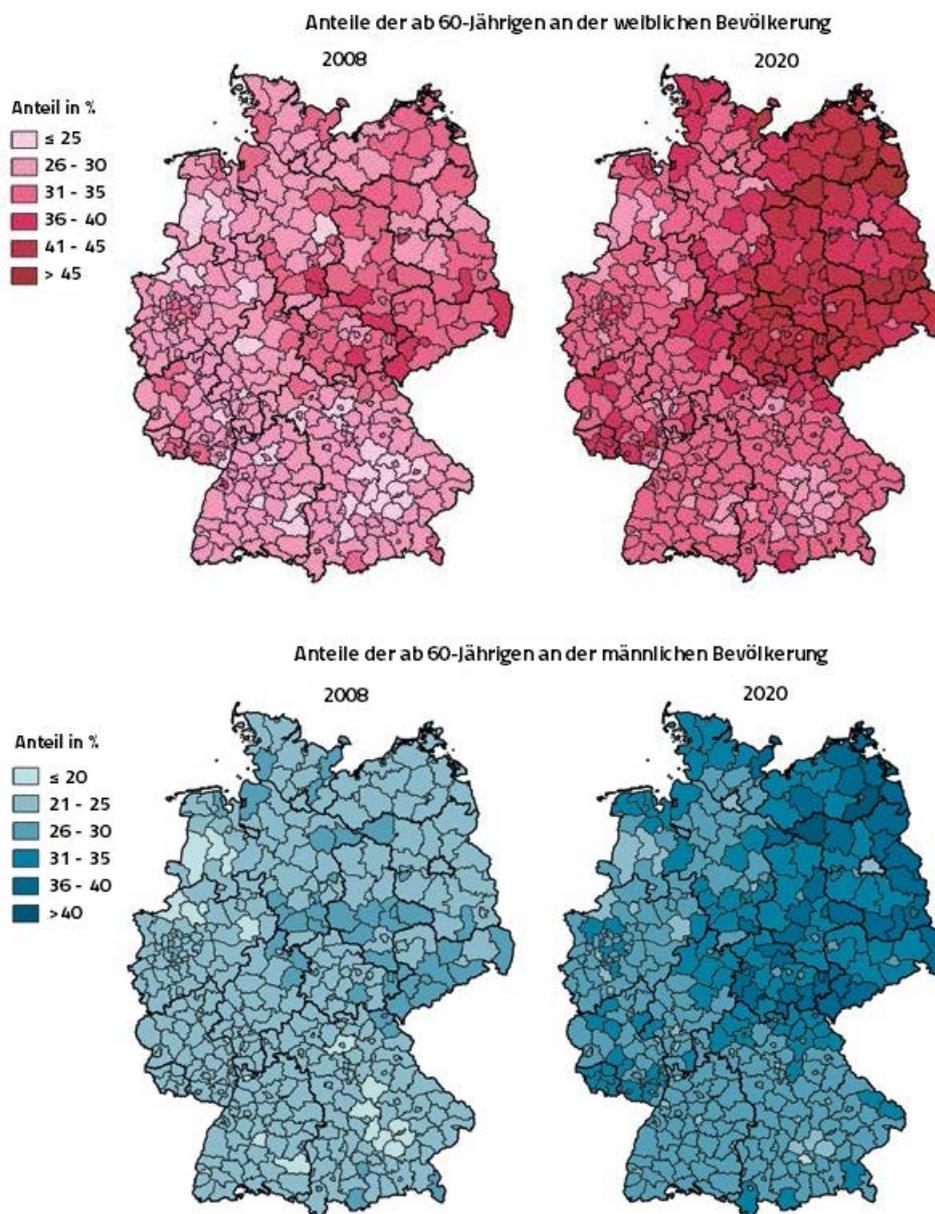
⁶ Vgl. ÄrzteZeitungOnline, 12.000 Arztsitze in Gefahr, Meldung vom 05.06.2015, verfügbar unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/article/887497/zi-berechnet-12000-arztsitze-gefahr.html (Stand 10.09.2015).

⁷ Vgl. Albrecht et al. (2014).

⁸ Vgl. DGHO (2013), S. 23.

⁹ Vgl. DGHO (2013), S. 73.

ABBILDUNG 2: ANTEILE DER AB 60-JÄHRIGEN AN DER JEWEILS WEIBLICHEN UND MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG FÜR DIE JAHRE 2008 UND 2020 AUF LANDKREISEBENE

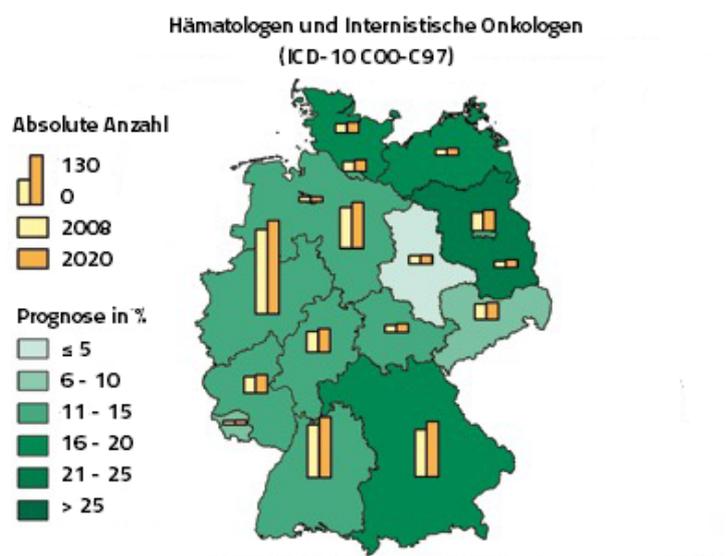


Quelle: Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO (2013), Band 1, S. 25 f. Abgeänderte Grafik.

Mit fortgeschrittenem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung stark. Der prognostizierte demographische Wandel in Deutschland lässt also auf einen starken Anstieg von Krebsneuerkrankungen sowohl absolut als auch relativ zur Einwohnerzahl schließen, da viele Krebsarten im hohen Alter vermehrt auftreten. Besonders stark wird der absolute Anstieg bei Entitäten mit dem Altersgipfel im höheren Alter sein. Diese sind etwa Prostatakrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs oder Brustkrebs. Die Studie des DGHO geht

davon aus, dass die Anzahl der Krebsneuerkrankungen bis 2020 um etwa 67.000 Fälle zunehmen wird.¹⁰ So nimmt die rohe Inzidenz stark zu. Gleichzeitig mit der steigenden Erkrankungsrate, hat sich zwischen 1989 und 2008 eine fallende Sterberate abgezeichnet.¹¹ Daher ist davon auszugehen, dass nicht nur die Zahl der Neuerkrankungen allgemein, sondern auch der durchschnittliche Bedarf an onkologischer Versorgung pro Patient zunehmen wird, da sich Krebserkrankungen zu chronischen Erkrankungen unter Langzeitbetreuung verändern. Die alternde Gesellschaft hat zudem Auswirkungen auf den stationären Bereich, die nicht nur in erhöhten Fallzahlen zu Buche schlagen. Da ältere Patienten durchschnittlich eine längere stationäre Behandlung beanspruchen, steigt der stationäre Versorgungsbedarf direkt durch die Erhöhung der Inzidenz sowie indirekt durch die Altersstruktur der Erkrankten. Die Studie des DGHO erwartet daher, dass der Bedarf an stationärer Versorgung um ca. 13 % wachsen wird.¹²

ABBILDUNG 3: AN DER AMBULANTEN ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE HÄMATOLOGEN UND INTERNISTISCHE ONKOLOGEN SOWIE PROGNOSE DER ZUSÄTZLICH BENÖTIGTEN ÄRZTE VON 2008 AUF 2020¹³



Quelle: Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO (2013), Band 1, S. 49. Eigene Anpassungen.

Der Prognose eines wachsenden Versorgungsbedarfs gegenüber steht ein defizitäres Angebot an onkologischer Versorgung. Abbildung 3 gibt die an der onkologischen Versorgung teilnehmenden Ärzte 2008 wieder sowie eine Prognose der im Jahr 2020 teilnehmenden Ärzte. Weiterhin wird die für 2020 prognostizierte Ärztezahl in das Verhältnis zu dem geschätzten Bedarf gesetzt und zu einer Prognose über die zusätzlich benötigten Ärzte nach Bundesland zusammengeführt. Die Studie gelangt zu der Einschätzung, dass 2020 gegenüber 2008 zwischen 6 % und 25 % mehr Fachpersonal in der Onkologie benötigt wird. Die Zahl der in

¹⁰ Vgl. DGHO (2013), S. 75.

¹¹ Vgl. DGHO (2013), S. 31.

¹² Vgl. DGHO (2013), S. 73.

¹³ Es sind niedergelassene und ermächtigte Ärzte eingeschlossen.

der Onkologie tätigen Ärzte steigt zwar an, jedoch steigt sie unterproportional zu den stetig wachsenden Fallzahlen, sodass die in der Onkologie tätigen Ärzte die Nachfrage 2020 kaum werden befriedigen können. Hinzu kommt, dass im Jahr 2020 etwa 25 % der Onkologen und Hämatologen 65 Jahre und älter sein werden. Es ist daher davon auszugehen, dass sie dann nicht mehr an der onkologischen Versorgung partizipieren werden und sie also von der Anzahl der praktizierenden Ärzte in den Fachbereichen Hämatologie und Onkologie abgezogen werden müssen.¹⁴

Die Bedarfsplanungsrichtlinien für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser schreiben keine systematische Evaluation von Angebot und Nachfrage vor und berücksichtigen die Öffnung der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich und die einhergehenden Substitutionseffekte unzureichend. Örtliche Gegebenheiten, beispielsweise das regionale Mobilitätsniveau, werden ihrem Einfluss nach nicht voll berücksichtigt. In der Praxis wird der Bedarf an Ärzten nicht auf Basis von Inzidenzfällen berechnet, erst bei gravierenden Abweichungen der Versorgungsgrade wird die Anzahl der Kassenzulassungen durch die Bedarfsplanung gegenüber der Planfortschreibung angepasst. Die Bedarfsplanung betreibt daher in erster Linie eine Fortschreibung des Status Quo vom Ausgangszeitraum 1991/1992 aus.

Problematisch ist, dass bislang keine Bedarfsplanung im Sinne einer morbiditätsorientierten Bedarfsanalyse und einer darauf aufsetzenden Angebotsanpassung über alle Sektorengrenzen hinweg erfolgt, sondern lediglich eine – grobe demographische Faktoren berücksichtigende – Fortschreibung der Angebote in den einzelnen Sektoren voneinander getrennt erfolgt. Zwar ist die im Kabinettsentwurf für das GKV-VSG vorgesehene Maßnahme, Ermächtigungen bei der Feststellung einer Unter- oder Überversorgung nicht zu berücksichtigen, prinzipiell zielführend. Sie bewirkt jedoch keine wesentliche Änderung, wenn die Bedarfsplanung grundsätzlich nicht zu der effizienten Ausstattung der unterschiedlichen Regionen mit niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern führt. Wünschenswert wäre daher eine regional koordinierte, gemeinsame und morbiditätsorientierte Bedarfsplanung für Vertragsärzte und Vertragskrankenhäuser.

Aus wettbewerbsökonomischer Sicht ist zudem von Bedeutung, dass ein wettbewerbles Angebot Konsumenten stets Auswahlmöglichkeiten bietet und eine stetige Anpassung des Angebots impliziert, bei der im Qualitätswettbewerb nicht erfolgreiche Anbieter aus dem Markt ausscheiden und innovative Anbieter mit neuen Ideen in den Markt treten.¹⁵ Durch das Instrument der Bedarfsplanung jedoch wird das Angebot an Leistungen im deutschen Gesundheitswesen zunächst künstlich begrenzt, mithin werden durch die Bedarfsplanung Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt und die Funktionsfähigkeit des Markt- und Wettbewerbsmechanismus beeinträchtigt. Während im niedergelassenen Bereich Marktzugangs-, Vergütungsbeschränkungen und das Lebensalter eines Arztes seine Tätigkeit beschränken, entscheiden im Bereich der Krankenhäuser vor allem die Strukturen öffentlicher Finanzierung über Wohl und Wehe eines Hauses. Nur im begrenzten Maße und dies wohl auch nur in dicht besiedelten städtischen Regionen spielen daher die Angebotsbreite eines Krankenhauses und seine strategische Positionierung im Wettbewerb eine Rolle für seinen Fortbestand. Ein vollständiges Ausscheiden aus dem Krankenhausmarkt ist zudem selten zu beobachten. Wirtschaftliche Schwierigkeiten eines Hauses werden meist mit Privatisierung und der Veräußerung des Standortes an einen Wettbewerber beantwortet.

¹⁴ Vgl. DGHO (2013), S. 69.

¹⁵ Vgl. Sachverständigenrat (2012).

2.4 VERGÜTUNG

In Krankenhäusern (und Tageskliniken¹⁶) werden voll- und teilstationäre Leistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) größtenteils mit Fallpauschalen nach dem G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups) nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG und § 17b KHG vergütet. Mit der Fallpauschale wird die Behandlung einer definierten Diagnose, ggf. eines mit ihr spezifisch verbundenen operativen Eingriffs, in einer festgelegten Bandbreite für die Verweildauer des Patienten im Krankenhaus abgegolten. Innerhalb dieser Bandbreite wird, unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer, eine Pauschale bezahlt. Einer Über- oder Unterschreitung der mittleren Verweildauer wird durch Vergütungsabschlägen oder Vergütungszuschlägen Rechnung getragen. Unterschiedlicher Behandlungsaufwand zwischen Diagnosen wird durch eine Bewertungsrelation ausgedrückt.¹⁷ Rechnerisch ergibt sich der Wert einer Fallpauschale dann aus der Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG mit dem Landesbasisfallwert, einem landeseinheitlichen Preisniveau. Der Landesbasisfallwert ist zwar länderspezifisch, orientiert sich allerdings am Bundesbasisfallwert. Dieser wurde in § 10 Abs. 9 KHEntgG vorgesehen. Der Bundesbasisfallwert ist ein Orientierungswert für die Länder und beschreibt einen Korridor von +2,5 % bis -1,25 %, indem sich die Landesbasisfallwerte abweichend vom Bundesbasisfallwert bewegen dürfen. 2015 beträgt der Bundesbasisfallwert beispielsweise 3.231,20 Euro.¹⁸

Zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen können sogenannte Zusatzentgelte abgerechnet werden. Mit diesen werden Leistungen vergütet, die noch nicht oder noch nicht ausreichend in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt wurden. Diese Zusatzentgelte werden gemäß § 9 KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Verband der priv. KV und Deutsche Krankenhausgesellschaft) in einem Zusatzentgelt-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG festgelegt. In der onkologischen Versorgung kommen Zusatzentgelte meist zur Anwendung, um den Mehraufwand für teure Arzneimittel (wie Zytostatika) angemessen zu berücksichtigen. Außerdem gibt es außer den bundeseinheitlich kalkulierten auch krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG. Diese krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte umfassen Leistungen, die weder sachgerecht durch DRG-Fallpauschalen noch Zusatzentgelten vergütet werden. Sie werden zwischen den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dem Krankenhausträger und dem Sozialleistungsträger vereinbart.

Die Vergütung ambulanter Leistungen, so auch in der ambulanten onkologischen Versorgung, unterscheidet zunächst nicht zwischen der ambulanten Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt oder durch einen Krankenhausarzt. Stets wird gemäß § 87 Abs. 2 SGB V nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet, der Abrechnungsgrundlage zwischen den KVen und den Verbänden der Krankenkassen ist. Der EBM-Katalog wird fortlaufend durch den Bewertungsausschuss¹⁹ nach § 87 SGB V weiterentwickelt.²⁰

¹⁶ Die Abrechnung einer Tagesklinik erfolgt grundsätzlich gemäß der Abrechnung teilstationärer Leistungen in einem Krankenhaus.

¹⁷ Der Fallpauschalen-Katalog und die Fallpauschalen-Abrechnung wird derzeit jährlich auf Bundesebene durch eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nach § 9 KHEntgG) in der Vereinbarung zum Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG neu aufgesetzt.

¹⁸ Vgl. Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2015 zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

¹⁹ Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium in der Gesetzlichen Krankenversicherung, besetzt von Vertretern der KBV und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, welches den EBM-Katalog festsetzt.

²⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit. *Bewertungsausschuss*. Verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/b/bewertungsausschuss.html (Stand 08.01.2015).

Die ambulante onkologische Versorgung wird anhand von im EBM-Katalog festgelegten Gebührensatzungen für die verschiedenen Behandlungen vergütet und die Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet. Als eine Honorarordnung bestimmt der EBM den Inhalt der anrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punktezahlen ausgedrücktes Verhältnis zueinander.²¹ Der feste Euro-Preis einer Leistung wird durch die Multiplikation ihrer Punktezahl mit einem regional verhandelten Punktwert errechnet. Ausgangswert für den Punktwert ist der bundeseinheitliche Orientierungswert, der jährlich neu zwischen der KBV und den Krankenkassen verhandelt wird.²² Er beträgt 2015 beispielsweise 10,27 Cent.²³

Im Bereich der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte bestehen in Deutschland überwiegend arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (RLV). Durch das GKV-VStG wurde den KVen 2011 die Kompetenz zur Honorarverteilung übertragen, über die nur noch eine Verständigung mit den Krankenkassen herbeizuführen ist. Bundeseinheitlich durch die KBV vorgegeben sind nur noch die Berechnungsschritte zur Aufteilung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil, die Grundsätze zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und zur Vergütung von Laboruntersuchungen. In der Folge haben sich bislang jedoch lediglich drei von insgesamt 17 KVen von RLV und zugehörigen qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV)²⁴ verabschiedet. Die KV Rheinland-Pfalz hat zum 1. April 2012 RLV und QZV abgeschafft. An ihre Stelle ist ein Mix aus Leistungen, die mit festen Punktwerten vergütet werden (beispielsweise haus- und kinderärztliche Versichertenpauschalen sowie Grundpauschalen einiger Fachärzte), und übrigen Leistungen getreten, die innerhalb eines Individualbudgets vergütet werden. Die KV Thüringen hat sich zum 1. Juli 2012 ebenfalls von den RLV und QZV verabschiedet. Sie wurden durch ein Individualbudget auf der Basis der Punktezahlanforderung des Vorjahresquartals ersetzt. Die KV Hamburg hat zum vierten Quartal 2013 eine Neuregelung der Vergütung mit individuellen Leistungsbudgets beschlossen. Die ansonsten weiterhin gebräuchlichen Regelleistungsvolumina beschreiben die Obergrenze, bis zu der ein Arzt Leistungen abrechnen darf. Alle darüber hinaus erbrachten Leistungen werden lediglich abgestuft vergütet.²⁵ Ärzte in unterversorgten Gebieten können, je nach internem Verteilungsschlüssel der einzelnen KVen, gegebenenfalls auch ohne Abstufung voll vergütet werden.

Krankenhäuser werden von RLV erfasst und kommen in den Genuss von QZV, wenn sie im Rahmen einer originären Teilhabe an der ambulanten Versorgung ihre Leistungen anbieten, etwa im Rahmen eines krankenhauseigenen MVZ. Hingegen werden Krankenhäuser vollständig extrabudgetär auf Grundlage des EBM vergütet, wenn sie im Rahmen der ASV Leistungen erbringen.

Für niedergelassene Onkologen besteht eine besondere Situation durch die Onkologie-Vereinbarung 2009 als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Die Onkologie-Vereinbarung versteht sich als gesonderte Kostenerstattung für besondere Aufwendungen. Sie gilt nur für niedergelassene Ärzte und generell nicht für Krankenhäuser. Allerdings kann sie auch an ermächtigte Krankenhausärzte ausgezahlt werden. Dies ist allerdings von KV zu KV unterschiedlich. Ziel der Vereinbarung ist, die qualifizierte ambulante Behandlung

²¹ Vgl. EBM.

²² Vgl. Feuerstein und Riedel (2012).

²³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit. *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/e/einheitlicher-bewertungsmaßstab-ebm.html>. (Stand 14.01.2015).

²⁴ Für einige qualifikationsgebundene Leistungen stehen qualitätsgebundene Zusatzvolumina bereit.

²⁵ Bis zu einer Erbringung von 150 % der durchschnittlichen Fallzahl seiner Arztgruppe wird der Vertragsarzt voll vergütet. Alles darüber hinaus wird abgestuft vergütet. Die Minderung der Vergütung hierbei rangiert zwischen 25 % und 75 %.

krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen und eine flächendeckende sowie wohnortnahe Versorgung aufrecht zu erhalten, die den besonderen Versorgungsanforderungen in der Onkologie Rechnung trägt. An der Vereinbarung kann jeder Arzt teilhaben, der zum einen eine bestimmte Mindestpatientenzahl vorweisen kann, zum anderen mindestens zwei Jahre an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat sowie die fachliche Qualifikation erfüllt. Zur Aufrechterhaltung ihrer Teilnahme müssen sich die Ärzte sowie das Praxispersonal stetig fortbilden und eine spezifische Mindestpatientenzahl und jährliche Patientenzahlensteigerungen vorweisen. Onkologen können über die Onkologie-Vereinbarung zusätzlichen Aufwand mit regional unterschiedlichen Kostenpauschalen zusätzlich zur Abrechnung nach EBM abrechnen. Die gesondert abzurechnenden Leistungen betreffen die Behandlung florider Hämoblastosen, solider Tumore, Zuschläge für die Palliativversorgung, die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie sowie die intravasale zytostatische Tumorthherapie.²⁶

2.5 INVESTITIONEN

Die ehemals monistische Krankenhausfinanzierung wurde mit dem Ziel der Sicherstellung der Krankenhausversorgung im Zuge des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 auf ein System dualer Krankenhausfinanzierung umgestellt. Seither legen die Bundesländer gemäß § 4 KHG und § 9 KHG Programme zur Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser auf, laufende Kosten der Krankenhäuser werden hingegen dem Grundsatz nach aus Leistungsabrechnungen gegenüber den Krankenversicherungen und den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Damit ein Krankenhaus staatlich gefördert wird, muss es gem. § 8 Abs.1 KHG in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen werden. An die Erfassung in den Krankenhausplan angeknüpft ist ein Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen. Mit dem KHRG besteht seit dem 1. Januar 2012 für die Bundesländer die Möglichkeit, die Einzelförderung von Krankenhäusern auf Antrag auf eine Investitionsfinanzierung durch leistungsorientierte Pauschalen umzustellen. Leistungsorientierte Investitionspauschalen binden die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen an die Vergütung durch die DRGs. Sie sind ein Produkt aus den Investitionsfallwerten der einzelnen Bundesländer (IFW) und dem landesspezifischen Investitionsbasisfallwert (IBF). Die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen vergrößert die Planungssicherheit und bedeutet ein erhöhtes Maß an Entscheidungsfreiheit für die Krankenhäuser.

Der Gesetzgeber jedoch stellt es den Bundesländern bislang frei, zwischen einer Einzelförderung oder einem System aus Investitionspauschalen zu wählen. Daher unterscheidet sich die Krankenhausfinanzierung in den Bundesländern heute stark. Im Allgemeinen genügen die Investitionsförderungen der Bundesländer nicht, um die Neuinvestitionen und die notwendigen Erhaltungsinvestitionen der Krankenhäuser zu decken. So kommen Augurzky et al. (2011) zu dem Ergebnis, dass sich bei einem jährlichen Investitionsbedarf von 10 % des Krankenhausumsatzes die seit 1991 kumulierte Investitionslücke auf 30 Mrd. Euro beläuft.²⁷ Egal, welche Förderung von den Bundesländern für die Investitionskosten der Krankenhäuser vorgesehen ist, die

²⁶ Vgl. *Vereinbarungen über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“* (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte).

²⁷ Vgl. Augurzky et al. (2011).

Förderung ist insgesamt zu niedrig, um die Kosten der Krankenhäuser für Substanzerhalt und Neuinvestition zu decken.²⁸ In der Regel wird daher von einer schleichenden Monistik gesprochen, wenn Krankenhäuser aus den Erlösüberschüssen aus ambulanten Behandlungen und aus Fallpauschalen in die Zukunft gerichtete Investitionen finanzieren.

Trotz der Schere aus Investitionsbedarf und öffentlicher Investitionsförderung wird den Krankenhäusern zumindest ein Teil ihrer Infrastruktur aus öffentlichen Mitteln finanziert. Diese Infrastruktur können sie auch zur Behandlung von Patienten im ambulanten Bereich verwenden, wenn sie beispielsweise nach § 116b SGB V dazu ermächtigt sind. Entsprechend dem Kabinettsentwurf des GKV-VSG erhalten sie dann zukünftig eine Vergütung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Lasten des fachärztlichen Vergütungsanteils der KVen ohne Mengenbegrenzung und zu den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Diese Vergütung darf dann nicht um einen Investitionskostenabschlag gekürzt werden. Diese Regelung stellt eine Bevorzugung der Krankenhäuser gegenüber den mit ihnen auf demselben Markt für die ambulante Versorgung im Wettbewerb stehenden Fachärzten dar.²⁹

ZWISCHENFAZIT

Der politisch getriebene Trend, die Tätigkeit der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich zu lenken, ist seit etwa 15 Jahren ungebrochen. Zahlreiche Gesetzesänderungen haben zur Öffnung des – ehemals ausschließlich niedergelassenen Vertragsärzten offenstehenden – ambulanten Versorgungsbereichs beigetragen. Mit der Regelung einheitlicher Zugangsbedingungen zur ASV wurde zuletzt ein *dritter Sektor* geschaffen.

Zielsetzung im Gesundheitswesen sollte es sein, eine an den Interessen der Gesamtheit der Leistungsempfänger ausgerichtete Krankenversicherung und mithin Krankenversorgung anzubieten. Dieses Ziel über

²⁸ Vgl. Augurzky et al. (2012).

²⁹ In der Diskussion um die Reichweite der europäischen Beihilfenkontrolle nach dem Altmark-Trans Urteil des EuGH 2003 (EuGH, 24.07.2003 - C-280/00) in Bezug auf Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse wurde für das europäische Wettbewerbsrecht klargestellt, dass Beihilfen an Krankenhäuser von der Anmeldepflicht auszunehmen sind. Fließend Krankenhäusern demnach höhere staatliche Ausgleichszahlungen zu, als ihnen Kosten aus der Bereitstellung ihrer sozialen Dienstleistung entstehen, so werden sie als unbedenklich für den europäischen Binnenwettbewerb angesehen. Diese juristische Auffassung wird auf den allein binnenstaatlichen Wettbewerb übertragen, insofern sind die getroffenen Finanzierungsmodalitäten für Krankenhäuser – obgleich wettbewerbsökonomisch bedenklich – wettbewerbsrechtlich nicht angreifbar. Die rechtliche Position hierzu legt Erwägungsgrund 11 des Freistellungsbeschlusses dar: „Krankenhäuser und mit sozialen Dienstleistungen beauftragte Unternehmen, die mit Aufgaben von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind, weisen Besonderheiten auf, die berücksichtigt werden müssen. Insbesondere ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass im aktuellen wirtschaftlichen Umfeld und beim derzeitigen Entwicklungsstand des Binnenmarkts für soziale Dienstleistungen Beihilfen notwendig sein können, deren Höhe den in diesem Beschluss festgesetzten Schwellenwert für den Ausgleich von Kosten im Zusammenhang mit öffentlichen Dienstleistungen überschreitet. Ein größeres Ausmaß von Ausgleich für soziale Dienstleistungen hat also nicht notwendigerweise eine Steigerung des Risikos von Wettbewerbsverzerrungen zur Folge. Deshalb sollte die nach diesem Beschluss vorgeordnete Befreiung von der Anmeldepflicht auch für Unternehmen gelten, die mit der Erbringung von Sozialdienstleistungen betraut sind und Wohnraum für benachteiligte Bürger oder sozial schwächere Bevölkerungsgruppen bereitstellen, die nicht die Mittel haben, sich auf dem freien Wohnungsmarkt eine Unterkunft zu beschaffen, selbst wenn der ihnen gewährte Ausgleichsbetrag die in diesem Beschluss festgelegte allgemeine Obergrenze für Ausgleichsleistungen übersteigt. Dies sollte auch für Krankenhäuser gelten, die medizinische Versorgung leisten, gegebenenfalls einschließlich Notdiensten und Nebendienstleistungen, die unmittelbar mit der Haupttätigkeit verbunden sind, insbesondere in der Forschung. Um in den Genuss der Befreiung der Anmeldepflicht zu kommen, sollten soziale Dienstleistungen klar ausgewiesen werden und den sozialen Bedarf im Hinblick auf Gesundheitsdienste und Langzeitpflege, Kinderbetreuung, den Zugang zum Arbeitsmarkt, den sozialen Wohnungsbau sowie die Betreuung und soziale Einbindung sozial schwacher Bevölkerungsgruppen decken.“ Vgl. Freistellungsbeschluss der Europäischen Kommission vom 20.12.2011 [ABl. L 7 vom 11.1.2012, S. 3].

eine wettbewerbliche Marktorganisation zu erreichen, ist im Gesundheitswesen lediglich in Teilen möglich. Durch das Vollversicherungsprinzip und die damit verbundene Funktion der Krankenkassen als Finanzintermediäre, mangelt es auf der Nachfrageseite an für Wettbewerb notwendigen Bedingungen. Auf der Angebotsseite fehlen durch die größtenteils einheitliche Vergütung und eine Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringer und -empfänger Anreize zu Qualitätssteigerungen und Kostensenkungen. Zusätzlich benötigt funktionierender Wettbewerb per Definition ein Angebot mit Auswahlmöglichkeiten. Diese sind im deutschen Gesundheitssystem durch die Bedarfsplanung eingeschränkt.

Durch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser werden Vertragsärzte in eine Wettbewerbsbeziehung mit diesen gesetzt. Wo vorher eine strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich bestand und die Aufgabenbereiche von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten klar verteilt waren, dringen nun Krankenhäuser, insbesondere auch Krankenhausketten und Universitätskrankenhäuser, in den Markt für ambulante Behandlungen ein und treten dem niedergelassenen Bereich als Wettbewerber gegenüber. Zwar bedeutet eine geringere Marktkonzentration typischerweise auch bessere Voraussetzungen für funktionsfähigen Wettbewerb, jedoch ist auf dem Markt für ambulante Gesundheitsleistungen der Marktzutritt der Krankenhäuser wegen ungleicher Wettbewerbsbedingungen kritisch zu hinterfragen: Krankenhäuser und Vertragsärzte agieren vor allen Dingen im Hinblick auf die Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionsfinanzierung unter ungleichen Rahmenbedingungen. Auch auf die überlegenen Möglichkeiten von vertikal und horizontal integrierten Krankenhausunternehmen zur Kostendegression und die größeren Erlöspotenziale aus dem Zugriff auf die volle Behandlungskette ist an dieser Stelle hinzuweisen.³⁰

³⁰ Vgl. Kapitel 4 für die eingehende wettbewerbsökonomische Analyse dieses Gesichtspunkts.

3 ONKOLOGISCHE VERSORGUNG

Kapitel 3 stellt die Möglichkeiten zur onkologischen Versorgung vor, die Vertragsärzten und Krankenhäusern offen stehen. Zunächst werden in Abschnitt 3.1 die stationäre und die teilstationäre Versorgung dargestellt. Anschließend folgen in Abschnitt 3.2 die verschiedenen Möglichkeiten der Betätigung von Vertragsärzten von der Einzelpraxis bis zu Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Schließlich werden in Abschnitt 3.3 die Möglichkeiten für Krankenhäuser betrachtet, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen.

Es zeigt sich, dass der Zugang zur ambulanten Versorgung von Krankenhäusern gerne in Anspruch genommen wird. Stärkstes Betätigungsfeld sind für diese allgemein zugängliche Bereiche der ambulanten Leistungserbringung, beispielsweise aus Ermächtigung, im Rahmen von Belegarzt- oder Honorararztstätigkeiten sowie die Tätigkeiten von Hochschulambulanzen der Universitätskrankenhäusern und von spezialisierten Institutsambulanzen.

3.1 STATIONÄRE ONKOLOGISCHE VERSORGUNG

Die stationäre Versorgung im Krankenhaus untergliedert sich in die vollstationäre Versorgung, in der die Patienten sowohl Unterkunft und Verpflegung erhalten, und in teilstationäre Behandlungen, für die die Patienten weniger als einen ganzen Tag im Krankenhaus verbringen. Unterschiedliche Formen der Krankenhausbehandlung werden in § 39 SGB V beschrieben. Zusätzlich zur voll- und teilstationären Versorgung auch vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V sowie ambulante Behandlungen nach § 115b SGB V vorgesehen.

Die vollstationäre Behandlung ist die klassische Krankenhausbehandlung. Sie umfasst neben der erforderlichen medizinischen Behandlung (ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Arzneimittel etc.) auch Unterkunft und Verpflegung. Nach § 39 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf vollstationäre Leistungen in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, falls eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Der Anspruch auf eine Aufnahme in die stationäre Behandlung ist gegeben, wenn das Behandlungsziel weder durch teilstationäre, vor- und nachstationäre noch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Letztlich prüft jedoch das Krankenhaus die Erforderlichkeit stationärer Behandlung und entscheidet mithin allein über die Aufnahme von Patienten in den stationären Bereich oder ihren Verbleib in ambulanter Behandlung.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) aus dem Jahr 2004 liegt eine stationäre Behandlung auch vor, wenn ein Patient zwar kürzer als 24 Stunden im Krankenhaus verbleibt, sich der Behandlungsplan des Krankenhausarztes allerdings in der Vorausschau über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein Patient zur stationären Behandlung auf Verdacht erst aufgenommen wird, aber ungeplant frühzeitig entlassen wird, da sich der Verdacht nicht erhärtet hat.³¹ Au-

³¹ Urteil des BSG vom 4. März 2004, Az: B 3 KR 4/03 R – Abruf-Nr. 052725.

Besides hat das BSG bestimmt, dass bei der Aufnahme auf eine Intensivstation grundsätzlich von stationärer Versorgung auszugehen ist.³² Diese Abgrenzungen von stationär und ambulant sind maßgeblich zur Abrechnung der erbrachten Krankenhausleistungen. Die Vergütung vollstationärer Leistungen erfolgt mit DRG-Fallpauschalen, die nach Krankheitsbild und Komplexität verschieden sind.

Besonderheiten im Rahmen der stationären Versorgung sind die Tätigkeiten von Belegärzten und Honorarärzten. Für Belegarztstätigkeiten erhalten die Belegärzte die entsprechende KV-Vergütung. Die Krankenhäuser partizipieren an dieser gegebenenfalls durch eine Vergütung vom Belegarzt je nach individueller vertraglicher Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und dem Belegarzt. Bei Honorarärzten, die belegärztlich tätig sind, rechnen die Krankenhäuser hingegen eine DRG-Fallpauschale zu 80 % ab.

Die teilstationäre Behandlung schließt neben der medizinischen Versorgung eine Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur nachts mit ein, also eine Unterbringung für nicht mehr als 24 konsekutive Stunden. Sie kommt in Frage, wenn eine vollstationäre Versorgung des Patienten medizinisch nicht notwendig erscheint. Eine teilstationäre Leistung wird oft in Tages- oder Nachtkliniken (beispielsweise bei Schlafstörungen) erbracht. Man spricht daher auch von tagesklinischer oder nachtklinischer Behandlung. Auch teilstationäre Leistungen im Krankenhaus (und somit auch Leistungen der Tagesklinik) werden mit DRG-Fallpauschalen vergütet.³³

Ziel der Intensivierung teilstationärer Behandlungen und von ambulanten Vor- und Nachbehandlungen ist die Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer für Patienten. Dieser Prozess führt beinahe zwangsläufig zu einer engen Kooperationsnotwendigkeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Grundsätzlich würden hieraus auch neue Möglichkeiten für eine intensive Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern erwachsen. Allerdings muss der ambulante Anteil der Gesamtbehandlung nicht zwingend von niedergelassenen Ärzten erbracht werden, sondern kann umfangreich auch von den Krankenhäusern selbst erbracht werden. Hierdurch sind die Krankenhäuser bei der Gestaltung der vor- und nachstationären Versorgung in ihrem Einzugsgebiet in der dominierenden Position.

Das GKV-VSG hat nun eine weitere Stärkung der Gestaltungshoheit der Krankenhäuser vorgenommen. Insbesondere wurden Anpassungen der Rahmenbedingungen für das Krankenhaus-Entlassmanagement vorgenommen, so zusätzliche Möglichkeiten für Krankenhäuser, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung Medikamente und Leistungen zu verordnen. Krankenhäuser dürfen Leistungen nun für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen und Patienten die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Zwar werden mit den getroffenen Regelungen einerseits Schwierigkeiten angegangen, die beim weniger geregelten Übergang von Patienten zwischen stationärem und ambulantem Bereich auftreten können und in der Regel aus Informationsasymmetrien und mangelnder Compliance beim Patienten resultieren. Auf der anderen Seite jedoch werden durch das Maßnahmenpaket zusätzlich Aufgaben, die ehemals exklusiv im Bereich der Vertragsärzte lagen, auf den Bereich der Krankenhäuser übertragen. Weiterhin werden Probleme nicht abgestellt, die aus den unterschiedlichen Medikationsregimen im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich resultieren.³⁴

³² Urteil des BSG vom 28. Februar 2007, Az: B 3 KR 17/06 R – Abruf-Nr. 080992.

³³ Vgl. § 17b KHG, Einzelheiten der Vergütung der DRG-Krankenhäuser werden im KHG, im KHEntgG und in der Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner geregelt.

³⁴ Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 4.

3.2 AMBULANTE ONKOLOGISCHE VERSORGUNG IM NIEDERGELASSENEN BEREICH

Niedergelassenen Ärzten stehen vielfältige Möglichkeiten offen. Neben der traditionellen Einzelpraxis gibt es die Möglichkeit zur Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis, die Gründung eines MVZ oder einer Praxisgemeinschaft, die eine Kooperation mit Kollegen sowie die Tätigkeit an mehreren Standorten erlauben.

In einer Einzelpraxis ist der niedergelassene Arzt freiberuflich tätig. Das heißt, der Praxisinhaber arbeitet wirtschaftlich eigenständig. Diese Selbstständigkeit gibt dem Arzt die Möglichkeit, seine Vorstellungen hinsichtlich Medizin, Praxisorganisation und Praxisausstattung zu verwirklichen. Er muss seine Sprechzeiten und seinen Urlaub selbst festlegen. Er trägt sämtliche Kosten für Räume, Personal, Geräte etc. allein und somit auch das wirtschaftliche Risiko. Der niedergelassene Arzt unterliegt bei der Menge der abrechenbaren Leistungen den KV-spezifischen Regelungen zur Begrenzung der Abrechnungsmengen und der Honorarverteilung. Die Leistungen, die ein niedergelassener Arzt erbringt, werden nach dem EBM vergütet. Für onkologische Behandlungen kann gegebenenfalls eine zusätzliche Kostenerstattung gemäß der Onkologie-Vereinbarung abgerechnet werden.³⁵

Die Praxisgemeinschaft ist eine Kooperation von niedergelassenen Ärzten, in der sich zwei oder mehrere Vertragsärzte gleicher oder verschiedener Fachgebiete zusammenschließen, um Räume, Geräte und Personal gemeinsam zu nutzen. Das Ziel einer Praxisgemeinschaft ist nicht die gemeinsame Behandlung von Patienten, sondern die gemeinsame Nutzung sächlicher sowie personeller Mittel. Diese reduziert Kosten und führt zu einer effizienteren Nutzung von Praxisinfrastruktur durch Skalen- und Synergieeffekte. Abgesehen von der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen arbeiten die Ärzte einer Praxisgemeinschaft getrennt voneinander. Alle Ärzte in der Praxisgemeinschaft führen jeweils ihre eigene Patientenkartei und behandeln ihren eigenen Patientenstamm.³⁶ Dies bedeutet auch, dass die Abrechnung der erbrachten medizinischen Leistungen separat und wie in einer Einzelpraxis nach EBM (und ggf. Onkologie-Vereinbarung) erfolgt und den Ärzten auch hier jeweils ein RLV zugeordnet wird.

Die Gemeinschaftspraxis ist eine Variante der BAG, bei der sich zwei oder mehrere Ärzte, mit dem Ziel, gemeinsam Patienten zu behandeln, zusammenschließen. Eine Gemeinschaftspraxis kann sowohl von fachgleichen Ärzten als auch von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen gegründet werden, falls sie sich in sinnvoller Weise zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit einigen. Die Partner einer BAG bilden eine wirtschaftliche sowie organisatorische Einheit. Die Gesellschaftsform ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Alle Teilnehmer haften gemeinsam und treten nach außen als eine Praxis auf.³⁷ Wie in einer Praxisgemeinschaft teilen sich die Ärzte sämtliche Ressourcen, also Räumlichkeiten, Personal und Geräte. Die Gewinnverteilung erfolgt anhand eines individuell festzulegenden Verteilungsschlüssels.³⁸

Abweichend von einer Praxisgemeinschaft führt eine Gemeinschaftspraxis allerdings eine gemeinsame Patientenkartei, hat einen gemeinsamen Patientenstamm und rechnet die erbrachten Leistungen über eine

³⁵ Vgl. KBV. *Niederlassungsoptionen*. Verfügbar unter http://praxis-und-familie.kbv.de/?page_id=23 (Stand 20.01.2015).

³⁶ Vgl. KBV. *Niederlassungsoptionen*. Verfügbar unter http://praxis-und-familie.kbv.de/?page_id=23 (Stand 20.01.2015).

³⁷ Vgl. Wigge und Steinhäuser. *Kooperationsformen – Die Gemeinschaftspraxis*. Verfügbar unter <http://www.iww.de/index.cfm?pid=1314&pk=135091&spid=1290&spk=1284&sfk=102> (Stand 21.01.2015).

³⁸ Vgl. KBV. *Niederlassungsoptionen*. Verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/niederlassungsoptionen.php> (Stand 20.12.2014).

gemeinsame Abrechnungsnummer ab. Deshalb gilt neben dem EBM für die Honorierung von Gemeinschaftspraxen ein Kooperationszuschlag. Bei diesem Zuschlag handelt es sich i. d. R. um einen Nachteilsausgleich gegenüber den einzeln niedergelassenen Ärzten. Dieser Nachteil entsteht bei der Zählung der Behandlungsfälle. Die Gemeinschaftspraxis wird hier wie ein einziger Vertragsarzt behandelt. Demnach gilt die Behandlung von einem Patienten, der von mehreren Ärzten verschiedener Fachrichtungen in der Gemeinschaftspraxis behandelt wird, als eine einzige Fallbehandlung. Bei einzelnen niedergelassenen Ärzten wären dies mehrere Fälle mit entsprechender Abrechnung.³⁹ Ein weiterer Unterschied bei der Abrechnung besteht bezüglich der RLV. Die RLV der Ärzte einer Gemeinschaftspraxis werden addiert, und es entsteht ein gemeinsames RLV für die gesamte Gemeinschaftspraxis. Sobald ein Arzt einer Gemeinschaftspraxis weniger als sein RLV leistet, kann ein anderer Arzt mehr als das eigene RLV ohne Abstufung abrechnen. Erst wenn die gesamte Gemeinschaftspraxis die Summe ihrer RLV überschreitet, findet eine Abstufung der Vergütung der Leistungen, die über dem RLV liegen, statt.⁴⁰ MVZ gemäß § 95 SGB V wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 eingeführt. Ziel der Reform war die Schaffung eines Wettbewerbs der Versorgungsformen im ambulanten Bereich. Begründet wurde dies mit der Absicht, dass der Patient entsprechend seiner Anforderungen bestmöglich versorgt werden kann. Das MVZ ist, wie die Gemeinschaftspraxis, eine BAG. Wie in einer Gemeinschaftspraxis wird die Praxisinfrastruktur gemeinsam genutzt und die Ärzte haben einen gemeinsamen Patientenstamm. Bislang waren MVZ allerdings ausschließlich fachübergreifende Einrichtungen. Fachübergreifend bedeutet hierbei, dass mindestens zwei Fachärzte in einem MVZ tätig sein mussten.⁴¹ Diese Regelung ist seit dem GKV-VSG 2015 überholt. Das Gesetz hat die Regeln zur Gründung und Ausgestaltung von MVZ dahingehend überarbeitet, dass MVZ zukünftig nicht länger fachübergreifend ausgelegt sein müssen.

Ein weiterer Unterschied zur Gemeinschaftspraxis sind die möglichen Rechtsformen eines MVZ. So sind die bislang zulässigen Rechtsformen die der Personengesellschaft, der Gesellschaft mit beschränkter Haftung und die der Genossenschaft. Diese Rechtsformen erlauben es, dass in einem Medizinischen Versorgungszentrum sowohl freiberuflich tätige Ärzte als auch angestellte Ärzte arbeiten können. Aus der Möglichkeit des Anstellungsverhältnisses resultiert, dass der angestellte Arzt den unternehmerischen Risiken des Freiberuflers nicht ausgesetzt ist, denen sich der niedergelassene Arzt gegenüber sieht. Der ärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein.

Aus ökonomischer Sicht ergeben sich zwischen MVZ und Gemeinschaftspraxen Unterschiede bei den Wachstumsmöglichkeiten. In Gemeinschaftspraxen ist das Wachstum aufgrund der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung begrenzt. Sie können zwar Ärzte in Anstellung nehmen, erweitern jedoch ohne einen zusätzlichen Arztsitz ihre Abrechnungsmöglichkeiten nicht. Hierdurch lässt sich die Patientenzahl in der Regel nicht erhöhen. MVZ können Zulassungen hinzukaufen und diese dann mit angestellten Ärzten besetzen. Durch angestellte Ärzte können MVZ wachsen, ohne dass ihre Inhaber Entscheidungskompetenzen abgeben müssen. Langfristiges Wachstum kann mithin ein ambulantes Zentrum entstehen lassen. Ein

³⁹ Vgl. Wigge und Steinhäuser. *Kooperationsformen – Die Gemeinschaftspraxis*. Verfügbar unter <http://www.iww.de/index.cfm?pid=1314&pk=135091&spid=1290&spk=1284&sfk=102> (Stand 21.01.2015).

⁴⁰ Vgl. Steinbrück. *Honorarvorteile für MVZ unter neuem EBM und Regelleistungsvolumina*. 01.03.2005. Verfügbar unter <http://www.iww.de/aaa/archiv/mvz-und-fachuebergreifende-gemeinschaftspraxen-honorarvorteile-fuer-mvz-unter-neuem-ebm-und-regelleistungsvolumina-f21808> (Stand 12.12.2014).

⁴¹ Vgl. KBV. *Niederlassungsoptionen*. Verfügbar unter http://praxis-und-familie.kbv.de/?page_id=23 (Stand 20.01.2015).

weiterer Vorteil ergibt sich für MVZ aus der Tatsache, dass Partner Anteile halten können. Auch beim endgültigen Ausscheiden eines Partners aus dem MVZ ergeben sich Vorteile. Beim Ausscheiden eines Arztes aus einer Gemeinschaftspraxis müssen Praxisanteile neu aufgeteilt, ggf. der Arztsitz von einem neuen Partner erworben werden. In einem MVZ kann dies leichter von den bestehenden Partnern selbst umgesetzt werden. Investitionskosten werden aufgeteilt, und es kann ein angestellter Arzt den freien Arztsitz besetzen. Die Belastung ist mithin geringer, und die Zulassung bleibt im Kreis der bisherigen Anteilseigner.⁴²

MVZ können gemäß § 95 SGB V von Vertragsärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung eines MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung erfolgt nach der Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte. Für jeden zusätzlichen Arzt benötigt das MVZ einen freien Arztsitz, wenn damit eine entsprechende erweiterte Abrechnung verbunden sein soll. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen eines MVZ durch die KV bzw. Krankenkassen erfolgt, wie die Vergütung der Gemeinschaftspraxis, einheitlich, inklusive der Addition der RLV aller im MVZ tätigen Ärzte zu einem gemeinsamen RLV für das gesamte MVZ und einem Kooperationszuschlag.⁴³ Die Gewinnverteilung erfolgt, wie bei der Gemeinschaftspraxis nach einem spezifisch zu vereinbarenden Verteilungsschlüssel.⁴⁴

Seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015 sollen MVZ zukünftig auch durch Kommunen in ÖR-Rechtsform gegründet werden können. Hierdurch können Kommunen aktiv die Versorgung in ihrem Gebiet beeinflussen. Zur Gründung eines solchen MVZ müssen sie jedoch nicht gesondert nachweisen, dass eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden könnte. Auch gilt für eine entsprechende Gründung keine Zustimmungserfordernis der KVen. Allerdings ist auch eine solche Gründung nur nach Maßgabe der jeweiligen Bedarfsplanung möglich. Was als kurzfristig wirksame Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung in unterversorgten Regionen gedacht ist, mag langfristig zum Bumerang werden. Die im GKV-VSG gefassten Regelungen erlauben das Tätigwerden der öffentlichen Hand im Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Kritisch ist vor allen Dingen die Bestimmung, nach der für diese Ausweitung nicht gesondert nachgewiesen werden muss, dass eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Dass bei einer solchen Ausweitung auf die Bedarfsplanung abzustellen ist, ist in Anbetracht der dargelegten Qualität der Bedarfsplanung Kosmetik.

3.3 ZUR SCHNITTSTELLE ZWISCHEN AMBULANTER UND STATIONÄRER VERSORGUNG

Im Rahmen der Öffnung der Krankenhäuser hin zur ambulanten Versorgung wurde eine Reihe alternativer Wege institutionell verankert, auf denen Krankenhäuser im ambulanten Bereich tätig werden können. Einige dieser Wege stehen in gleicher Weise Krankenhäusern wie niedergelassenen Ärzten zur Betätigung offen. Sie bilden einen dritten Sektor zwischen der klassischen stationären Versorgung und der rein durch niedergelassene Ärzte durchgeführten ambulanten Versorgung. Abbildung 4 beschreibt die Möglichkeiten

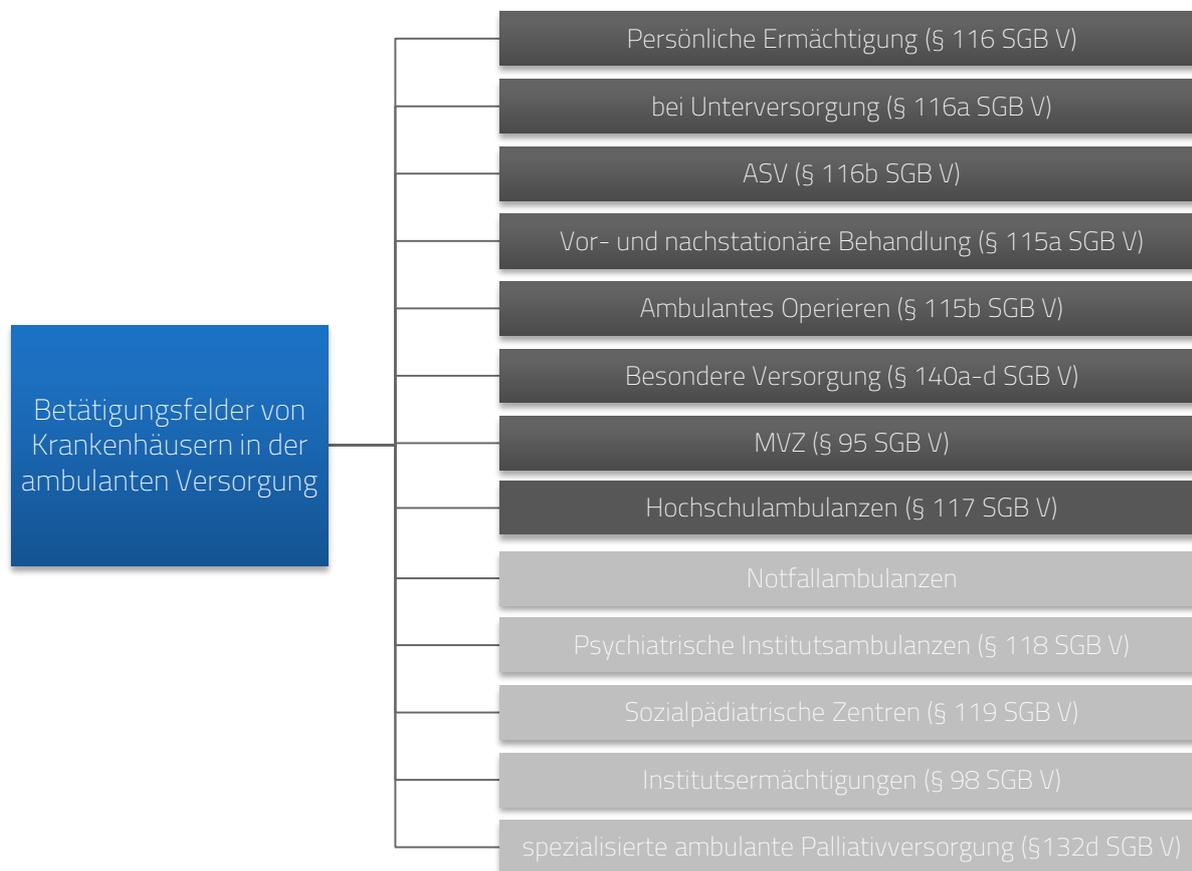
⁴² Vgl. Ehlers und Laschner (2005).

⁴³ Vgl. KVB. *Regelleistungsvolumen*. Verfügbar unter https://www.kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/90honorarverteilung/rlv_aerzte/index.html#rlv_mvz (Stand 10.01.2015).

⁴⁴ Vgl. Farnschläder und Stummer (2014).

zur Betätigung von Krankenhäusern im ambulanten Bereich. Die dunkel hervorgehobenen Betätigungsfelder sind für die onkologische Versorgung besonders relevant, auf sie wird nachfolgend im Einzelnen Bezug genommen.

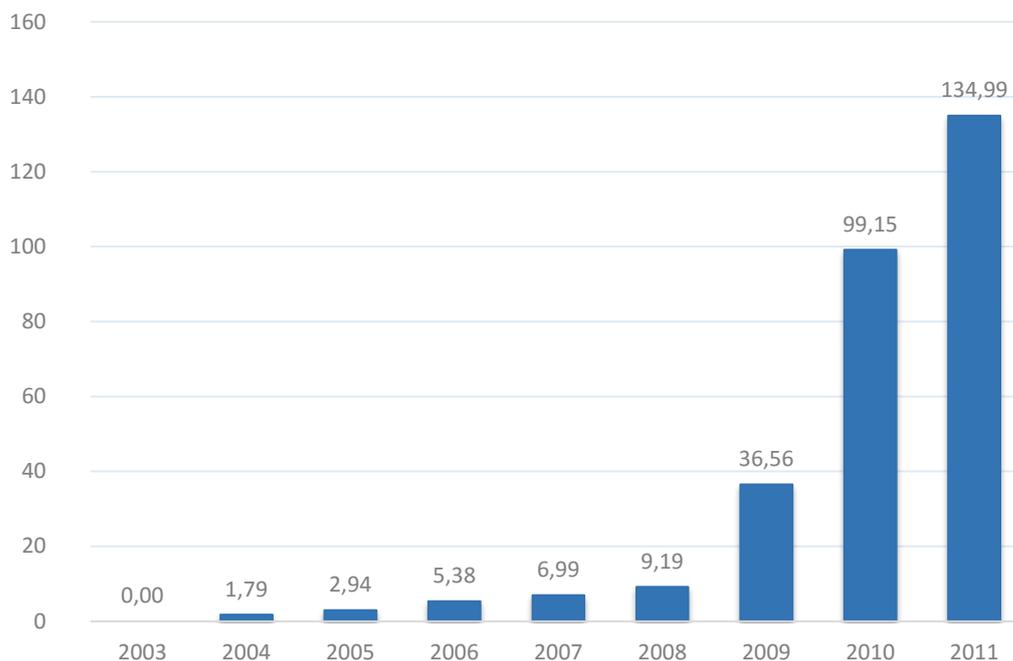
ABBILDUNG 4: AMBULANTE BETÄTIGUNGSFELDER VON KRANKENHÄUSERN



Quelle: Eigene Darstellung.

In Abbildung 5 belegen Zahlen zu den Ausgaben zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V 2007 und älter die grundsätzliche wirtschaftliche Attraktivität ambulanter Leistungserbringung für Krankenhäuser und weisen auf eine deutliche Ausweitung seit dem Jahr 2008 hin.

ABBILDUNG 5: LEISTUNGS-AUSGABEN DER GKV FÜR AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V (IN MIO. EURO)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung. Eigene Darstellung.

Während in den ersten fünf Jahren nach der Gesetzes Einführung die Ausgaben für ambulante Leistungen nach § 116b SGB V in einem moderaten Rahmen anstiegen, haben sie sich zwischen 2008 und 2009 annähernd vervierfacht. Insbesondere große Krankenhäuser nutzen die Möglichkeit zur ambulanten Betätigung. So hatten 2012 bereits über 50 % der großen Krankenhäuser (>500 Betten) eine Zulassung nach § 116b SGB V 2007, wohingegen kleine Krankenhäuser seltener eine Bewilligung besitzen (<150: 2,3 %).⁴⁵

Persönliche Ermächtigungen gemäß § 116 SGB V

§ 116 SGB V besagt, dass in einem Krankenhaus tätige einzelne Ärzte bei Unterversorgungssituationen vom Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erhalten können. Die Ermächtigung bedarf zum einen der Zustimmung des Trägers der Einrichtung, in der die Ärzte angestellt sind, und zum anderen der abgeschlossenen Weiterbildung des ermächtigten Arztes. Die Ermächtigung ist für den Zeitraum der Unterversorgungssituation zu erteilen. Eine Unterversorgung ist gemäß § 116 gegeben, solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nicht sichergestellt wird.

⁴⁵ Vgl. Sachverständigenrat (2012), Tz. 325f.

Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung gemäß § 116a SGB V

Nach § 116a SGB V muss der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser für bestimmte Fachgebiete in Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung festgestellt hat, auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen. Die Ermächtigung ist eine bedarfsabhängige Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung, wenn die Sicherstellung nicht bereits durch niedergelassene Ärzte in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) 2012 wurde die bisherige Regelung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus in § 116b SGB V 2007 durch die ASV nach § 116b SGB V 2012 ersetzt. Diese Regelung wird durch das GKV-VStG 2015 erweitert. Die schwere Verlaufsform wurde als Indikator gestrichen. Künftig umfasst die ASV die Diagnostik und Behandlung seltener Erkrankungen oder von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Als Grund für die Gesetzgebung wird genannt, dass komplexe, schwer therapierbare Krankheiten je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.⁴⁶ Eingeschlossen sind Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Viele onkologische Erkrankungen – für gastrointestinale Tumore/Tumore der Bauchhöhle und gynäkologische Tumore liegen G-BA-Beschlüsse bereits vor – fallen als Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen explizit unter die ASV. Sowohl an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende niedergelassene Ärzte und MVZ als auch Krankenhäuser sollen Krankheiten, die unter die ASV fallen, ambulant behandeln dürfen.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beauftragt, das Nähere zur ASV in einer Richtlinie zu regeln. Nach Inkrafttreten dieser Richtlinie können Leistungserbringer, die an der ASV ihres Bundeslandes anzeigen. Für Leistungserbringer besteht nach § 116b SGB V grundsätzlich freier Zugang zur ASV, falls sie gewisse Voraussetzungen für die Teilnahme, die durch den GBA festgelegt sind, erfüllen.⁴⁷

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt gemäß § 116b Abs. 6 SGB V grundsätzlich nach EBM: „Die Leistungen der ASV werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; vertragsärztliche Leistungserbringer können die KV gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ASV beauftragen.“ Es wurden spezielle Abrechnungsnummern im EBM für die ASV eingeführt, die stetig um bestimmte Krankheitsfälle erweitert werden.

Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V

Das Krankenhaus hat bei der Verordnung von Krankenhausbehandlungen die Möglichkeit, Patienten in medizinisch geeigneten Fällen auch ohne Unterkunft und Verpflegung, also ambulant, zu behandeln. Eine vor-

⁴⁶ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss. Themenschwerpunkte. *Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b (alt) SGB V*. Verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b-alt/> (Stand 06.01.2015).

⁴⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss. Themenschwerpunkte. *Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V*. Verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/> (Stand 06.01.2015).

stationäre ambulante Behandlung ist zulässig, falls die Erforderlichkeit einer vollstationären Aufnahme abzuklären ist oder eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vorbereitet werden muss.⁴⁸ Nach § 115a Abs. 1 SGB V ist auch die nachstationäre Behandlung für das Krankenhaus eine Möglichkeit. Falls sich das Krankenhaus gegen eine stationäre Behandlung entscheidet, fällt der Patient in die alleinige Versorgungsverantwortung der niedergelassenen Ärzte.

Das Krankenhaus kann niedergelassene Vertragsärzte mit der Übernahme der vor- und nachstationären Behandlung in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis beauftragen. Diese Behandlung ist dann kein Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und ist durch das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen abzurechnen. Somit setzt die Beauftragung eine Vereinbarung zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus voraus.

Vor- und nachstationäre Leistungen werden in der Regel nicht gesondert zur DRG-Fallpauschale vergütet. Eine vor- und nachstationäre Behandlung kann nur zusätzlich zur DRG-Fallpauschale abgerechnet werden, wenn die Summe aus stationären und vor- und nachstationären Behandlungstagen die obere Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt (§ 8 Abs. 2 KHEntgG). Dann können einige Leistungen (wie etwa die ambulante Wundpflege) zu Lasten der KV abgerechnet werden. Obwohl vor- und nachstationäre Behandlungen also ambulant verrichtet werden, fällt die Abrechnung also nur in einigen wenigen Fällen unter den EBM.

Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V

Der Spitzenverband der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die KBV haben einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen (wie bspw. Biopsien) und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe erstellt. Diese Eingriffe werden laut Vereinbarung für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitlich von den Krankenkassen vergütet. Ein operativer Eingriff ist nach § 115b SGB V ambulant, wenn der Patient weder die Nacht vor noch nach dem Eingriff im Krankenhaus verbringt.

Besondere Versorgung nach § 140a-d SGB V

Mit der besonderen Versorgung erweitert und reformiert das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015 die unter § 140a-d SGB V geregelte IV als *sektorenübergreifende* Versorgungsform im Gesundheitswesen. BV-Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung sowie besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Sie zielen auf eine patientenorientierte Versorgung durch die

⁴⁸ Die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung ist umstritten. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ macht eine Bestimmung von Kriterien notwendig, nach denen die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme bestimmbar ist (vgl. Hedermann (2014)). Für die entsprechende Problematik in der ASV hat der G-BA in seiner Richtlinie auf die sogenannten G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol) der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestellt (§ 9 ASV-Richtlinie). Demnach kann die Behandlung im Krankenhaus teilstationär oder stationär erfolgen, wenn das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden kann; die G - AEP - Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol) gemäß § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG gelten lediglich entsprechend. Da die G-AEP-Kriterien nicht abschließend sind und eine Beurteilung durch den Krankenhausarzt am Einzelfall vorgenommen wird, besteht ein Ermessensspielraum seitens der Krankenhäuser.

enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner (z. B. Vertragsärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, MVZ, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen oder Arztnetze).

Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V

Die Möglichkeit zur Gründung eines MVZ besteht für ein Krankenhaus, wenn es Adressat des Planbettenbescheids und rechtlich selbstständig geführt ist. Bei diesen MVZ handelt es sich in der Regel um eine Tochtergesellschaft des Krankenhauses. Das Krankenhaus-MVZ erbringt seine Leistung mithin ausschließlich über die Tätigkeit von angestellten Ärzten. Ärzte, die sich in einem MVZ anstellen lassen, verzichten häufig auf ihre vertragsärztliche Zulassung zugunsten des MVZ. Zwar können auch MVZ-Ärzte ihre Kassenzulassung behalten, der Regelfall ist jedoch der Übergang des KV-Sitzes an das MVZ in Verbindung mit einem Anstellungsverhältnis der Ärzte. Ärzte, die in einem Krankenhaus-MVZ angestellt sind, dürfen nicht gleichzeitig im stationären Bereich des Krankenhauses tätig werden (§ 20 Ärzte-ZV). Bei einer gleichzeitigen Tätigkeit im ambulanten wie im stationären Bereich würde ein Interessenkonflikt entstehen.

MVZ können sich auch in der Klinik bzw. auf dem Klinikgelände befinden. Dies soll für kürzere Wege und für die Vermeidung von Doppeluntersuchungen sorgen. Durch eine vereinfachte Überweisung soll die Koordination verbessert werden. Insgesamt führe dies zu einer schnelleren Behandlung.⁴⁹ Die Vergütung der Leistungen des Krankenhaus-MVZ erfolgt entsprechend der Vergütung in einem durch niedergelassene Ärzte gegründeten MVZ nach EBM. Auch hier werden die RLV aller zugekauften Zulassungen addiert und bilden ein RLV für das gesamte MVZ.⁵⁰

Die Gründung eines MVZ ermöglicht es einem Krankenhaus, verstärkt in den Markt der ambulanten Versorgung einzutreten. Hieraus resultieren zusätzliche Einnahmen über die Gewinnabführung des MVZ. Das Versorgungsniveau kann durch eine Intensivierung der ambulanten Leistungserbringung verbessert werden. Das Krankenhaus kann sich für Patienten sichtbar positionieren und seine Wettbewerbssituation gegenüber Mitbewerbern im stationären Bereich ausbauen.

2013 waren bei 39,6 % (795) aller MVZ Krankenhäuser an der Trägerschaft beteiligt. Die Gründung eines Krankenhaus-MVZ ist sehr beliebt: Die Anzahl der MVZ in Krankenhaus-Trägerschaft stieg innerhalb von zehn Jahren von 10 in 2004 auf 795 in 2013.⁵¹ In 2009 lag der Anteil von Krankenhäusern mit angeschlossenen MVZ bei 24,7 %, wobei der Anteil bei großen Krankenhäusern mit über 600 Betten sogar bei 56,3 % lag.⁵² Diese Tendenz ist steigend und es ist ein stetiger Zuwachs an Krankenhaus-MVZ zu erwarten.⁵³ In einer Befragung von Krankenhausverantwortlichen gaben 19 % der Befragten, die für Krankenhäuser mit

⁴⁹ Vgl. Ärzte Zeitung online. *MVZ*. 09.09.2009. Verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/article/564717/mvz.html (Stand 09.01.2015).

⁵⁰ Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. *Medizinische Versorgungszentren (MVZ)*. Verfügbar unter <http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/#p4> (Stand 11.01.2015).

⁵¹ Vgl. KBV. *Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren*. 31.12.2013. Verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf (Stand 07.01.2015).

⁵² Deutsches Krankenhausinstitut e.V. *Anteil der Krankenhäuser mit Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland nach Bettengrößenklassen im Jahr 2009*. In Statista – Das Statistik-Portal. Verfügbar unter <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/184610/umfrage/anteil-der-krankhaeuser-mit-medizinischen-versorgungszentren/> (Stand 03.03.2015).

⁵³ Zum Vergleich: Seit der Einführung 2005 ist die Anzahl aller Zulassungen zu einem MVZ rapide angestiegen; von 341 in 2005 auf 2006 in 2013. In den 2006 zugelassenen MVZ in 2013 waren insgesamt 12788 Ärzte tätig (davon 11375 im Anstellungsverhältnis).

bereits bestehenden Beteiligungen an MVZ verantwortlich sind, an, dass eine Ausweitung der vorhandenen MVZ-Aktivitäten in den nächsten Jahren geplant sei.⁵⁴

Eine denkbare Option wäre die Gründung eines MVZ durch Ärzte gemeinsam mit einem Krankenhaus. Diese ist aber mit Restriktionen verbunden. So ist es prinzipiell weder dem Krankenhaus noch den niedergelassenen Ärzten erlaubt, ihre stationären und ambulanten Ausstattungen in den Betrieb einzubringen. Das MVZ darf in dieser Konstellation somit nicht im Krankenhaus untergebracht sein. Praktisch ist eine völlige Trennung, besonders im Bereich der Geriatrie, allerdings oft nicht möglich, was dazu führt, dass die Krankenhausinfrastruktur auch durch MVZ genutzt werden.

Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V

Mit Inkrafttreten des GKV-VSG 2015 sind nach § 117 SGB V Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 SGB V genannten Personen ermächtigt. Die Ermächtigung soll den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang betragen sowie für Personen gelten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Es ist davon auszugehen, dass sämtliche Fälle von Krebserkrankungen in diesen Personenkreis fallen. Grundsätzlich vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch Hochschulambulanzen bedürfen. In der Praxis wurde der Umfang an Personen bislang vertraglich auf Maximalfallzahlen pro Jahr begrenzt. Im Rahmen der Ermächtigung dürfen dann alle Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die nicht explizit durch den GB-A ausgeschlossen wurden. Zum ambulanten Versorgungsbereich in diesem Sinne gehören allerdings nur solche Leistungen, die einen Arzt-Patienten-Kontakt beinhalten. Die Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen, ist nur auf Überweisung eines Facharztes möglich. Diese Regelung dient auch den Hochschulambulanzen, da sie durch diese lediglich ausgesuchte Fälle behandeln und ihre Fallzahlen nicht bereits durch Standardbehandlungen ausschöpfen.

ZWISCHENFAZIT

Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes und des GKV-WSG wurden mit der Möglichkeit zur Gründung eines MVZ und der Teilnahme an der ASV weitere Möglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen, sich im ambulanten Bereich zu betätigen. Der Zugang zur ambulanten Versorgung wird von Krankenhäusern gerne in Anspruch genommen. Eine Erhebung des Sachverständigenrats Gesundheit aus dem Jahr 2012 zeigt auf, dass 91,1 % der befragten Krankenhäuser Formen ambulanter Leistungsangebote erbringen.⁵⁵

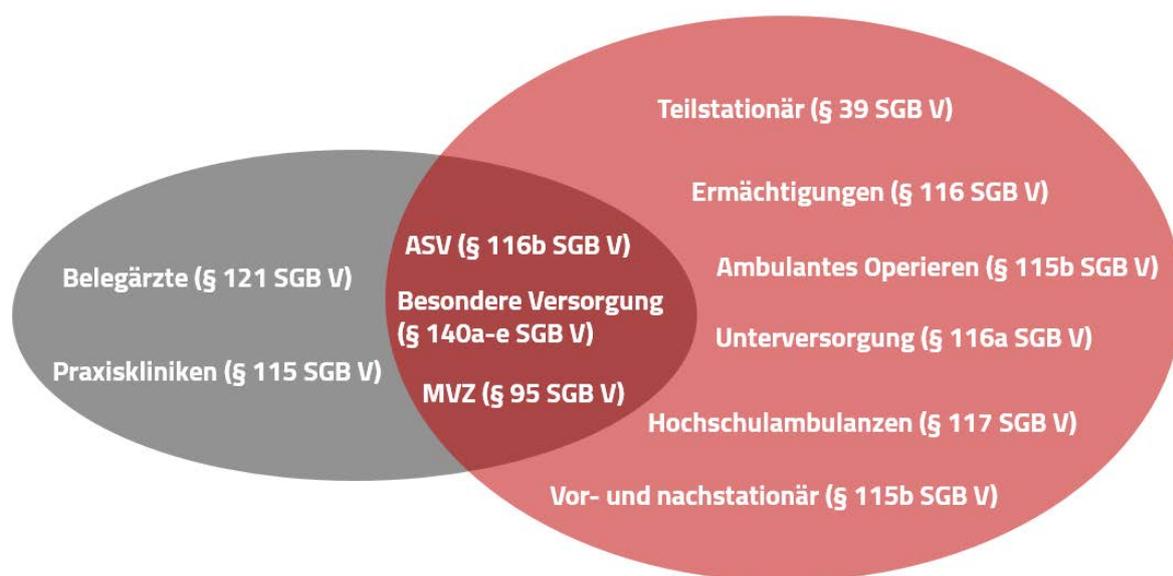
Das stärkste Feld ambulanter Betätigung von Krankenhäusern sind mit 88,7 % nicht-spezifische Formen der ambulanten Leistungserbringung wie Ermächtigungen, Belegarztstätigkeiten oder Hochschulambulanzen. Darauf folgen das ambulante Operieren (79,4 %) und die Erbringung teilstationärer Leistungen (49,8 %). An § 116b SGB V nach alter Fassung nahmen 17,3 % der Krankenhäuser teil. Es besteht politisch die Tendenz zur weiteren Ausweitung der ambulanten Betätigung von Krankenhäusern, argumentativ getragen von der

⁵⁴ Vgl. Sachverständigenrat (2012). Die Befragung richtete sich ausschließlich an Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten.

⁵⁵ Vgl. Sachverständigenrat (2012). Die Befragung richtete sich ausschließlich an Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten.

demographischen Entwicklung, die Unterversorgung andeutet und politische Eingriffe motiviert. 80,3 % der befragten Krankenhäuser äußerten, dass das Potenzial ambulanter Leistungserbringung in Krankenhäusern künftig weiter ansteigen wird.⁵⁶ Aus der Sicht der Krankenhäuser bietet die Öffnung zur ambulanten Versorgung tatsächlich ein beträchtliches wirtschaftliches Potenzial. Die bestehenden Strukturen der stationären Versorgung lassen sich für die ambulante Versorgung ein zweites Mal nutzen und deckungsbeitragswirksam abermals einsetzen. Dies bezieht sich auf Einrichtungen und Geräte, auf die Strukturen der medikamentösen Versorgung im Krankenhaus ebenso wie auf die personellen Ressourcen in Diagnostik und Therapie.

ABBILDUNG 6: AMBULANT-STATIONÄRER GRENZBEREICH IN DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG



Quelle: Eigene Darstellung.⁵⁷

Abbildung 6 verdeutlicht, wie zahlreich die Optionen für Krankenhäuser sind, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen. Sie unterscheidet i) Möglichkeiten für Krankenhäuser, in den ambulanten Bereich einzudringen (rote Hinterlegung), ii) Möglichkeiten der Vertragsärzte, im Bereich der Krankenhäuser tätig zu werden (graue Hinterlegung) sowie iii) die Schnittmenge der gemeinsamen Betätigungsmöglichkeiten beider Leistungserbringer im Rahmen von ASV, besonderen Versorgungsformen oder als Betreiber eines MVZ.

Vertragsärzte stehen lediglich wenige Wege offen, den stationären Bereich mit Leistungen zu beliefern und ein Konkurrenzangebot zu dem umfassenden Leistungsangebot von Krankenhausunternehmen zu gestalten. Neben der Möglichkeit belegärztlich oder honorarärztlich tätig zu werden, besteht noch in der Gründung und der Beteiligung an einer Praxisklinik eine Möglichkeit für Vertragsärzte, in den Krankenhaus-

⁵⁶ Vgl. Sachverständigenrat (2012), Tz. 330f.

⁵⁷ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Für Belegpatienten werden gesonderte Pflegesätze nach § 17 Absatz 1a KHG vereinbart (§ 18 KHEntgG).

Bereich einzudringen. Praxiskliniken nach § 115 SGB V sind Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. Behandlungen in Praxiskliniken sollen nach dem Wortlaut des Sozialgesetzbuches durch gemeinsame dreiseitige Verträge der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit den KVen und der zuständigen Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger mit dem Ziel gefördert werden, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. In bestimmten medizinischen Behandlungssituationen können Praxiskliniken der herkömmlichen stationären Versorgung medizinisch gleichwertig oder gar überlegen sein. Darüber hinaus können sie wirtschaftlicher sein. Aufgrund mangelhafter Vergütungsmöglichkeiten führen Praxiskliniken jedoch in der GKV-Versorgung lediglich ein Nischendasein.⁵⁸

Auch wenn durch Schaffung neuer sektorneutraler Formen der Versorgung (ASV, MVZ, besondere Versorgung), an denen sich Vertragsärzte wie Krankenhäuser nach den Buchstaben des Gesetzes gleichermaßen beteiligen können, die Qualität der Versorgung verbessert werden soll, fördern die Reformanstrengungen der zurückliegenden 15 Jahre doch in erster Linie tatsächlich den Strukturwandel durch ein Vordringen von Krankenhausunternehmen in den ambulanten Versorgungsbereich, das die vertragsärztlichen Angebote nicht lediglich ergänzt, sondern diese ersetzt.

⁵⁸ Vgl. Gaßner und Strömer (2013).

4 ANALYSE DER WETTBEWERBSBEDINGUNGEN IN DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG

Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes und des GKV-WSG wurden mit der Möglichkeit zur Gründung eines MVZ und der Teilnahme an der ASV weitere Möglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen, sich im ambulanten Bereich zu betätigen. Kapitel 4 analysiert das neue Wettbewerbsgefüge in der onkologischen Versorgung seit Öffnung des ambulanten Leistungsbereichs für Krankenhäuser. Zunächst wird in Abschnitt 4.1 auf die vertikale Integration der gesamten Versorgungskette eines Krankheitsfalles als Wettbewerbsvorteil für Krankenhäuser eingegangen. Anhand von Beispielen werden die Anreizwirkungen der hieraus erwachsenden beträchtlichen zusätzlichen Erlöspotenziale auf die Versorgung im Krankenhaus aufgezeigt. Abschnitt 4.2 befasst sich mit problematischen Überversorgungsanreizen aus der Integration der gesamten Behandlungskette in Krankenhäusern. In Abschnitt 4.3 folgt eine Analyse der Risiken, die durch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser vor dem Hintergrund der Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient entstehen. Abschließend behandelt Abschnitt 4.4 Anreize für Krankenhäuser, Patienten im Zuge wirtschaftlicher Optimierung gezielt ambulant oder stationär zu versorgen.

4.1 WETTBEWERBSVORTEILE VON KRANKENHÄUSERN DURCH VOLLSTÄNDIGE INTERNALISIERUNG DER BEHANDLUNGSKETTE

4.1.1 STRATEGISCHE AUSRICHTUNG DES VERSORGUNGSANGEBOTS VON KRANKENHAUSUNTERNEHMEN

Krankenhausunternehmen⁵⁹ passen ihr Angebot langfristig an die Vergütungsstrukturen an. Hierbei liegt das Augenmerk nicht auf der absoluten Profitabilität von einzelnen Leistungen. Ausschlaggebend ist vielmehr der Profitabilitätsvorsprung einzelner Leistungsbereiche gegenüber anderen einzelnen Leistungsbereichen. Wirtschaftlich geführte Krankenhäuser beachten bei der strategischen Ausrichtung ihres Angebotes die durchschnittliche, gewichtete Marge aus Einnahmen und Kosten eines Leistungsbereichs und vergleichen diese mit Alternativen. Es ist daher im Interesse des Krankenhauses, dass nur die profitabelsten Leistungsbereiche im Angebot verbleiben.⁶⁰ So besteht die Gefahr, dass weniger lukrative ambulante Leis-

⁵⁹ Dass Krankenhäuser auch nach europäischem Recht Unternehmen sind, wurde in der Debatte um die Anwendbarkeit der europäischen Beihilfenkontrolle auf Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse nach dem Altmark-Trans Urteil des EuGH 2013 klargestellt. Mithin wurde die in Deutschland etablierte Auffassung auch für das europäische Recht bestätigt. Der Unternehmensbegriff ist weit zu fassen. Er ist funktional und nicht davon abhängig, welche Rechtsform die jeweilige Einheit nach nationalem Recht hat, oder ob die Einheit soziale Zwecke verfolgt und ohne Gewinnerzielungsabsicht tätig ist. Entscheidend ist nur, ob die jeweilige Einheit eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübt, d. h. ob sie Waren oder Dienstleistungen auf einem Markt anbietet. Im Bereich der Gesundheitsfürsorge gelten Dienstleistungen, die gegen Entgelt erbracht werden, als wirtschaftliche Tätigkeit, auch wenn sie beispielsweise in einem öffentlichen Krankenhaus erbracht werden. Vgl. BMG, Auslegungs- und Anwendungshilfe zur Umsetzung des neuen Freistellungsbeschlusses der Europäischen Kommission vom 20.12.2011 [ABl. L 7 vom 11.1.2012, S. 3] im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaussektor und im Bereich der Langzeitpflege (Stand 25.02.2013).

⁶⁰ Vgl. Bönsch (2009).

tungsbereiche vernachlässigt und abgebaut werden und damit die flächendeckende Versorgung weiter gefährdet wird.⁶¹ Da der Krankenhausmarkt im Hinblick auf Marktzugang und Vergütung vollständig reguliert ist, ist dieses Problem ein politisches.

Außerdem hat das Krankenhaus als vertikal und horizontal integrierter Anbieter die Möglichkeit, dieselbe Ressource in mehreren Leistungsbereichen zu nutzen, somit Skalenerträge und Kostendegression zu realisieren. Skalenerträge und Synergieeffekte lassen sich beispielsweise in der Gerätemedizin beobachten.⁶² So ist die Anschaffung eines Kernspintomographen eine millionenschwere Investition, welche für einen einzelnen Leistungsbereich oftmals unwirtschaftlich wäre. Für einen niedergelassenen Radiologen ist eine solche Investition sehr riskant, da er das finanzielle Risiko alleine trägt und einzig auf die Vergütung der KVen zur Refinanzierung angewiesen ist. In einem Krankenhaus hingegen rechtfertigt nicht die Radiologie alleine das finanzielle Risiko einer solchen Anschaffung. Die Anschaffungskosten eines Kernspintomographen werden von allen Leistungsbereichen im Krankenhaus getragen. Im Krankenhaus würde ein Kernspintomograph beispielsweise in den Bereichen Neurologie, Orthopädie, Kardiologie und auch der Onkologie eingesetzt. Selbst wenn Vertragsärzte sich zu einem interdisziplinären Netzwerk zusammenschließen würden, in dem Ressourcen wie medizinische Geräte gemeinsam genutzt werden, bleibt die dualistische Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser ein bedeutender Nachteil für die Angebotsbedingungen der niedergelassenen Fachärzte.

Die duale Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern (siehe hierzu auch einleitend Abschnitt 2.5) führt zu einer Benachteiligung der Vertragsärzte im Wettbewerb mit den Krankenhäusern. Obwohl die staatliche Investitionsförderung ausschließlich an Projekte im stationären Bereich gebunden ist, ist die stationäre Versorgung mitunter untrennbar mit dem ambulanten Leistungsangebot eines Krankenhauses verbunden.⁶³ Dies ist im Hinblick auf die monistische Vergütung der ambulanten Leistungen niedergelassener Fachärzte durch die KVen problematisch: Wo Vertragsärzte ihre Investitionen gänzlich aus der Vergütung durch die Krankenkassen⁶⁴ finanzieren müssen, fließt den Krankenhäusern eine doppelte Investitionsförderung zu. Gleichzeitig verbleibt der Sicherstellungsauftrag einer flächendeckenden Versorgung in der Hand des niedergelassenen Sektors.

„Die monistische Finanzierung im EBM-System enthält bereits die Komponente der Investitionsvergütung. Ein Krankenhaus bekommt im Falle einer Abrechnung nach EBM also eine Investitionsvergütung aus zwei Quellen, wenn auch der Umfang der Investitionsförderung je nach Bundesland und Einzelfall sehr unterschiedlich ausfällt und nach derzeitigem Niveau keinesfalls eine vollständige Finanzierung darstellt. Diese unterschiedlichen Formen der Investitionsfinanzierung führen zu Verzerrungen der relativen Preise zwischen den Sektoren, was den wiederholt postulierten Grundsatz "ambulant vor stationär" (...) geradezu konterkariert.“⁶⁵ Für einen fairen Wettbewerb

⁶¹ Diese Gefahr des Abbaus entsteht vornehmlich dadurch, dass Krankenhauskonzerne gezielt Kassensitze aufkaufen. Verlegen sie nun all diese in Ballungszentren oder bauen sie die weniger lukrativen ambulanten Bereiche nicht aus, kann es zu einer Unterversorgung kommen.

⁶² Vgl. Sachverständigenrat (2012), Tz. 299f.

⁶³ Vgl. Sachverständigenrat (2012), Tz. 337.

⁶⁴ Hier sei noch auf die Vergütung von Leistungen hingewiesen, die privat gezahlt und nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden. Da diese aber durchschnittlich einen vernachlässigbar kleinen Teil der vertragsärztlichen Vergütung ausmachen (besonders in der onkologischen Versorgung), wird nicht weiter darauf eingegangen.

⁶⁵ Sachverständigenrat (2012), Tz. 337.

müsste hingegen die gesamte Vergütung einschließlich der Investitionsförderung über die Wettbewerbs-
teilnehmer vereinheitlicht werden.⁶⁶

Im Rahmen der ASV müssen öffentlich geförderte Krankenhäuser gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V zwar einen Investitionskostenabschlag von 5 % bei der Vergütung vornehmen⁶⁷, dieser liegt jedoch in der Regel deutlich unter den von Vertragsärzten entsprechend zu tragenden Kosten. Im Rahmen der ASV kann das Krankenhaus alle Ressourcen im ambulanten Bereich nutzen, auch wenn diese aus der stationären Investition angeschafft wurden. Es gibt dabei keine Vorschrift ähnlich der für krankenhauseigene MVZ, dass scharfe Trennlinien zwischen den wirtschaftlichen Belangen von Krankenhaus einerseits und MVZ andererseits gezogen werden müssen, da § 116b-Leistungen originäre Leistungen der Krankenhäuser sind. Durch eine Nutzung der stationären Krankenhausstrukturen im ambulanten Bereich entstehen besonders im Bereich der ASV-Ambulanzen erhebliche Wettbewerbsverzerrungen.

TABELLE 2: POTENZIALSCHÄTZUNGEN ECHOKARDIOGRAPHIE AM BEISPIEL MAMMA-KARZINOM: PRÄTHERAPEUTISCHE UND VERLAUFS-ECHOKARDIOGRAPHIE VOR TRASTUZUMAB/ANTHRAZYKLINEN

Leistungen	EBM	Euro	Anzahl Pa- tienten pro Jahr	Anzahl Untersu- chungen pro Pa- tient und Jahr	Umsatz pro Jahr (in Euro)	Ge- wich- tung	Gewichte- ter Umsatz (in Euro)
Echokardiographie als kardiol. Zusatzpauschale I	13545	68,78	250 × 0,7 = 175	2	24.080	0,8	19.264
Echokardiographie mit Be- lastung als kardiol. Zusatz- pauschale II	13550	84,18			29.463	0,2	5.892
Gesamt							25.156

Quelle: Eigene Darstellung. Daten vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Daten basieren zum Teil auf Erfahrungswerten.⁶⁸

Wie an Tabelle 2 am Beispiel Potenzialschätzung Echokardiographie zu sehen, können durch die Öffnung der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich Umsatzpotenziale durch Investitionen, die bereits im stationären Bereich getätigt wurden, entstehen. Es wird ausgegangen von der Annahme, dass ca. 250 Patienten in einem Brustzentrum im Jahr behandelt werden und ca. 70 % davon zweimal im Jahr per Echokardiographie untersucht werden, wovon wiederum 20 % unter Belastung untersucht werden. Nach Berücksichtigung dieser Annahmen und Erfahrungswerte würde sich für diesen Fall ein Umsatzpotenzial von 25.156 Euro ergeben, wenn das Krankenhaus diese Untersuchung ambulant anbietet. Voraussetzung hierfür ist die Zulassung der Klinik im Rahmen der ASV für Echokardiographie seitens der Qualitätssicherung.

⁶⁶ Vgl. Sachverständigenrat (2008).

⁶⁷ Für § 116b SGB V 2007 gilt dies nicht.

⁶⁸ Annahme 250 Patienten ca. Anzahl pro Fälle pro Brustzentrum, Erfahrungswert: 70 % Durchführung einer der beiden Leistungen, davon 20 % mit Belastung.

Die zusätzlichen Kosten für dieses Angebot dürften sich im Rahmen halten, da sie zum Großteil bereits über den stationären Bereich abgedeckt sind.

Eine weitere Wettbewerbsverzerrung tritt auf, sobald anfallende Defizite, beispielsweise in Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft, von der öffentlichen Hand getragen werden.⁶⁹ Ein Vertragsarzt muss zwingend wirtschaftlich arbeiten und, falls seine Kosten langfristig seine Erlöse übersteigen, aus dem Markt austreten. Ein einseitiger *Schuldenerlass* zugunsten von Kliniken, die auf demselben Markt ambulante Leistungen wie niedergelassene Fachärzte anbieten, ist wettbewerbspolitisch wie anreizökonomisch zu beanstanden. Durch die Förderung defizitär betriebener Krankenhäuser entsteht diesen Krankenhäusern kaum ein Anreiz, wirtschaftlicher zu arbeiten. Es findet daher keine selbstständige Marktbereinigung statt, wie sie in einem herkömmlichen, privatwirtschaftlichen Wettbewerbsmarkt geboten ist und im Bereich der niedergelassenen Ärzte regelmäßig stattfindet.

4.1.2 RELATIVE UND ABSOLUTE PROFITABILITÄT DER VERSORGUNG IM KRANKENHAUS – QUERSUBVENTIONIERUNG IN VERTIKAL UND HORIZONTAL INTEGRIERTEN KRANKENHAUSUNTERNEHMEN

In der onkologischen Versorgung ist das komplementäre Angebot stationärer und ambulanter Leistungen unerlässlich. Die Komplexität des Krankheitsbildes und vor allen Dingen die Langfristigkeit einer aus vielen komplementären Einzeltherapien zusammengesetzten Krebstherapie bedingen stets, dass ein Krebspatient im Laufe seiner Krebserkrankung sowohl phasenweise ambulant als auch phasenweise stationär behandelt wird. Im Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander und unter dem Eindruck einer zunehmend verwischenden Grenze von ambulanter und stationärer Versorgung ist es heute keinem Krankenhaus mehr möglich, onkologische Versorgung im stationären Bereich ohne ein gleichzeitiges ambulantes onkologisches Versorgungsangebot anzubieten.⁷⁰

Die Komplementarität der Leistungserbringung in der onkologischen Versorgung macht es in Krankenhäusern möglich, dass beispielsweise der Bereich der onkologischen Ambulanz für sich genommen defizitär betrieben und aus den Überschüssen anderer profitabler Krankenhausbereiche, insbesondere auch jener, in denen die onkologische Versorgung zu Überschüssen führt, quersubventioniert wird. Wir haben als solche Bereiche die Diagnostik über bildgebende Verfahren und die Laboridiagnostik sowie die medikamentöse Versorgung und die Versorgung mit Bluttransfusionen identifiziert. In diesen Bereichen kann es zur Nutzung von stationären Krankenhausstrukturen durch Krankenhausambulanzeinrichtungen oder MVZ kommen.

Anfallende Defizite können in Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft von der öffentlichen Hand getragen werden. Für ein krankenhauseigenes MVZ gilt dies nicht in gleicher Weise. Da die Rechnungshöfe häufig Strukturen bemängelten, in denen Gewinnabführungsverträge von MVZ an die Muttergesellschaft abgeschlossen waren, wurden hier meist Änderungen vorgenommen, um die Steuerzahler vor der Übernahme negativer Gewinne der MVZ durch das öffentliche Krankenhaus zu schützen.⁷¹ Allerdings können Personal- und Raumabstellungsverträge so gestaltet werden, dass MVZ-Ambulanzzentren Personal des Krankenhauses gegen ein verbilligtes Entgelt (frei verhandelbar) oder Räume des

⁶⁹ So wurden z. B. im Landkreis Calw die Verluste der Kreiskliniken Calw und Nagold und Ausfallbürgschaften übernommen sowie Investitionszuschüsse gewährt (Urteil des OLG Stuttgart vom 20.11.2014, Aktenzeichen 2 U 11/14).

⁷⁰ Vgl. Klinger-Schindler und Wallhäuser (2013).

⁷¹ Vgl. Rechnungshof der Freien und Hansestadt Hamburg, Jahresbericht 2010, Tz. 291ff.

Krankenhauses gegen eine verbilligte Miete nutzen. In Hamburg zahlte beispielsweise das UKE-Ambulanzzentrum im Jahr 2014 ca. 150 TEuro Miete (= 12 TEuro pro Monat) an das UKE für Räume, um 230 Angestellte ambulant arbeiten zu lassen. Legt man einen durchschnittlichen Mietzins von 15 Euro/m² an, der für Eppendorfer Gewerbeflächen realistisch anzunehmen ist, käme man auf eine vermietete Fläche von lediglich 800 m². Für 230 Angestellten, die in ca. 30 Disziplinen aktiv ambulante Patienten behandeln, dürfte diese Fläche nicht ausreichen.⁷²

Aus wettbewerbsökonomischer Sicht ist eine derartige Quersubventionierung lediglich unter der Voraussetzung unproblematisch, dass Krankenhäuser mit ihrem Gesamtangebot Wettbewerb ausgesetzt sind. Dies wäre in einem reinen Krankenhauswettbewerb der Fall, in dem ein Krankenhaus mit seinem stationären Angebot ausschließlich im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern und deren entsprechendem stationären Angebot steht. Die Beurteilung ändert sich jedoch in einer Welt, in der Krankenhäuser zunehmend ambulant tätig werden dürfen und im ambulanten Bereich mit Anbietern konkurrieren, die nicht in annähernd vergleichbarer Weise in den stationären Bereich vordringen können. Die Beurteilung ändert sich also, sobald ein Krankenhaus nur mit einzelnen Leistungsbereichen in den Wettbewerb mit spezialisierten Anbietern tritt, während andere Leistungsbereiche vor Wettbewerb geschützt bleiben. Da die Überschüsse der Krankenhäuser im Bereich der Diagnostik oder der medikamentösen Versorgung vor merklichen Einflüssen sicher und der Höhe nach durch gesetzliche Festlegung weitgehend abgesichert sind, kann ein Krankenhaus diese Überschüsse in der ambulanten Versorgung zu wettbewerbschädigender Quersubventionierung einsetzen. Wir sehen diese Gefahr in der ambulanten onkologischen Versorgung, in der es bei einer Quersubventionierung zu einer Wettbewerbsverzerrung zum Nachteil der niedergelassenen Leistungserbringer kommt.

Problematische Quersubventionierung äußert sich hierbei anders als auf Märkten für *normale* Güter nicht in künstlich niedrigen Preisen zur Verdrängung eines unliebsamen Wettbewerbers. Vielmehr fließt sie zum einen in Überversorgung im ambulanten Bereich (*zu hohe Qualität*) und zum anderen in eine ineffiziente Versorgung (*Qualität an falscher Stelle*). Tatsächlich ist Quersubventionierung häufig nicht strikt versorgungsorientiert, sondern kann stattdessen marketingorientiert sein. Der Grund hierfür liegt in den großen Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen. So sind beispielsweise die Hotelqualitäten eines Krankenhauses für Patienten in der Regel leichter und tatsächengerechter überprüfbar als die mit großen patientenspezifischen Risiken behafteten und zudem weitreichend intransparenten Qualitäten eines Krankenhauses im Bereich der medizinischen Versorgung. Krankenhäuser können daher eine reine Imagequersubventionierung durchführen, wenn durch eine hohe erzielte Hotelqualität das Vertrauen der Patienten in eine – nicht notwendigerweise durch Tatsachen gerechtfertigte – hohe Versorgungsgüte gesteigert wird.

Wettbewerbsnachteile entstehen den auf Partialleistungen spezialisierten niedergelassenen Fachärzten auch aus dem Einsatz beispielsweise von Stationspersonal oder dem Einsatz eines für den stationären Bereich im Krankenhaus refinanzierten medizinisch-technischen Gerätes im ambulanten Bereich. Dies ist der Fall, wenn die internen Verrechnungspreise, die bei einer Nutzung vom ambulanten an den stationären Bereich zu zahlen sind, nicht mindestens der tatsächlichen Beanspruchung von Personal und Material entsprechen.

⁷² Vgl. Ambulanzzentrum des UKE GmbH Hamburg, *Jahresabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013*.

Es gibt zu dieser Feststellung aus ökonomischer Sicht jedoch eine wichtige Randbemerkung: Die Forderung, dass interne Verrechnungspreise der Krankenhäuser immer mindestens der tatsächlichen Beanspruchung von Personal und Material entsprechen müssen, bedeutet nicht zugleich auch, dass die Verrechnungspreise nicht niedriger als die Kosten konkurrierender niedergelassener Fachärzte sein dürfen, um gesamtwirtschaftlich unschädlich zu sein. Denn es ist theoretisch denkbar, dass Krankenhäuser effizientere Anbieter sind, daher für die gleiche Leistung weniger Personal und Material in Anspruch nehmen. Diese Randbemerkung knüpft daher an die Überlegungen von Faulhaber (1975) zu subventionsfreien Preisen an. Faulhaber bezeichnet die Preishöhe und Preisstruktur eines Mehrprodukt-Unternehmens als subventionsfrei, also frei von Quersubvention, wenn die Erlöse aus diesen Preisen die Gesamtkosten des Unternehmens abdecken und kein (Teil-)Angebot des Unternehmens zu niedrigeren Kosten als die Erlöse aus diesem (Teil-Angebot) produziert werden kann.⁷³ Liegen Skalenerträge vor, die im Gesundheitswesen generell und im Krankenhaus im Speziellen nicht ausgeschlossen werden können, folgt aus dieser theoretischen Überlegung, dass einzelne Verrechnungspreise im Gesamtunternehmen Krankenhaus durchaus niedriger als die Einzelleistungskosten des niedergelassenen Arztes und trotzdem gesamtwirtschaftlich unschädlich sein können. Lediglich muss die Bedingung erfüllt sein, dass die Einnahmensumme des Krankenhauses dann größer ist als die Summe seiner Gesamtkosten *und*, dass das Krankenhaus im Ganzen effizient arbeitet.

Solange Krankenhäuser jedoch vergleichsweise ineffiziente Anbieter mit im Vergleich zu den niedergelassenen Fachärzten insgesamt hohen Kosten (beispielsweise im Bereich nicht zurechenbarer Gemeinkosten und aus dem Vorhalteangebot allgemeiner Gesundheitsversorgung) sind, kann von gesamtwirtschaftlich effizienten Krankenhausbetrieben nicht ausgegangen werden. Gesamtwirtschaftliche Effizienz liegt in Krankenhäusern auch wegen des gutachterlich stets festgestellten mangelhaften (Preis-)Wettbewerbs auf Krankenhausmärkten nicht vor.⁷⁴ Aus diesem Grund ist vergleichsweise niedrigen internen Verrechnungspreisen von Krankenhausunternehmen im intermodalen Wettbewerb mit großer Skepsis zu begegnen. Die Manipulation der Verrechnungspreise erfolgt nach unserer Einschätzung im Krankenhaus auch entsprechend politischer Opportunität. Da der große Bereich der Overhead-Kosten einzelnen Kostenträgern ggf. unter steuerlichen Gesichtspunkten ohnehin zugeordnet werden muss, kann auch die Berücksichtigung politischer Interessen bei der Gemeinkostenzurechnung nicht ausgeschlossen werden. Will ein Krankenhaus gegenüber dem politischen Entscheidungsträger ggf. dokumentieren, dass ein politisch erwünschter Leistungsbereich gerade noch nicht ausreichend mit Mitteln ausgestattet ist, so lassen sich Gemeinkosten systematisch so lange in diesen Bereich verschieben, bis ein Defizit für den Bereich besteht. Es bestünde ein zusätzliches Argument für Vergütungsanpassungen im wirtschaftlichen Interesse des Krankenhauses.

4.1.3 VERTIKALE INTEGRATION DER KRANKENHAUSAPOTHEKE

Durch die vertikale Integration von Vorleistungen können Krankenhäuser sämtliche Erlöse entlang der Behandlungskette internalisieren. Eine typische Vorleistungseinheit in der Krankenhausversorgung ist die Krankenhausapotheker. Die Krankenhausapotheker ist die Funktionseinheit eines Krankenhauses, der die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Versorgung von einem oder mehreren Krankenhäusern mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie die Information und Beratung über diese Produkte insbesondere von Ärzten, Pflegekräften und Patienten obliegt (§ 26 ApBetrO). Bis 2002 sah die Rechtslage

⁷³ Vgl. Faulhaber (1975).

⁷⁴ Vgl. beispielsweise Monopolkommission (2008a), Tz. 817ff. und Sachverständigenrat (2012) und Wasem et al. (2011). Auch das Bundeskartellamt gelangt in seinen Entscheidungen zu Krankenzusammenschlüssen regelmäßig zu dieser Einschätzung.

eine strikte Trennung der Arzneimittelversorgung für den ambulanten und stationären Bereich vor. Durch das *Gesetz zur Änderung des Apothekengesetzes vom 21. August 2002* wurden die bisherigen Möglichkeiten zur Abgabe von Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke erheblich erweitert. Mit der Änderung wurde erstmalig die Möglichkeit der Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausapotheken auch auf Teile des ambulanten Sektors erlaubt. Insbesondere die Krankenhausärzte dürfen im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit erforderliche Arzneimittel bei der Krankenhausapotheke beziehen.

Insgesamt haben Krankenhausapotheken weitreichende Möglichkeiten, auch den ambulanten Bereich mit Arzneimitteln zu versorgen. Arzneimittel dürfen nicht nur an die einzelnen Stationen und anderen Teileinheiten des Krankenhauses zur Versorgung von Patienten abgegeben werden, die in dem Krankenhaus vollstationär behandelt werden, sondern auch für solche Patienten, die teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115a SGB V) behandelt, ambulant operiert oder im Rahmen sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (§ 115b SGB V) versorgt werden. Weiterhin dürfen Arzneimittel zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) abgegeben werden. Außerdem darf die Krankenhausapotheke noch an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a SGB V) oder berechtigt ist (§§ 116b und 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V), Arzneimittel abgeben. Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Unbeschadet des Satzes 3 können an Patienten, für die eine Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden.

Da Krankenhausapotheken die Möglichkeit haben, Arzneimittelpreise direkt mit den Pharmaunternehmen zu verhandeln (§ 1 Abs. 3 (1) AMPreisV), kann es dazu kommen, dass die über die Krankenhausapotheke bezogenen Arzneimittel im Einkauf deutlich günstiger sind, als wenn sie aus einer öffentlichen Apotheke stammen. Der Abgabepreis für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ist in Deutschland in jeder Offizin-Apotheke⁷⁵ gleich. Dafür sorgt die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV). Die Preisregelungen der Krankenhaus-Apotheken finden sich in abzuschließenden Verträgen nach § 129a SGB V. Hier werden Abschlüsse für Generika und Originale definiert, Arbeitspreise festgelegt und andere Bedingungen vereinbart, wie z. B. das Verbot für Krankenhaus-Apotheken zur Abrechnung von Anbrüchen. In den meisten Verträgen ist eine Klausel aufgenommen, die besagt, dass die Abrechnung der Krankenhaus-Apotheke nicht teurer sein darf als die einer öffentlichen Apotheke. Die Krankenhaus-Apotheke hat allerdings den Vorteil, durch Verhandlungen selbst Einfluss auf die Kosten nehmen zu können.

Dem Krankenhaus entstehen durch eine krankenhauseigene Apotheke im Rahmen der Versorgung von Patienten zusätzliche Erlöse aus der Arzneimittelversorgung. In Abhängigkeit von der zu behandelnden Erkrankung, in jedem Fall aber bei der Behandlung von Krebserkrankungen, können diese zusätzlichen im Krankenhaus verbleibenden Erlöse teilweise eine beträchtliche Höhe erreichen. Bezieht ein Krankenhaus seine Arzneimittel hingegen von externen Apotheken, so entgeht ihm dieser Erlös. Ist der Erlös groß genug,

⁷⁵ Als Offizin-Apotheke wird eine Apotheke bezeichnet, die Arzneimittel an Endverbraucher abgibt.

die Kosten einer eigenen Krankenhausapotheke zu tragen, wird für Krankenhäuser der Betrieb einer eigenen Krankenhausapotheke finanziell interessant.

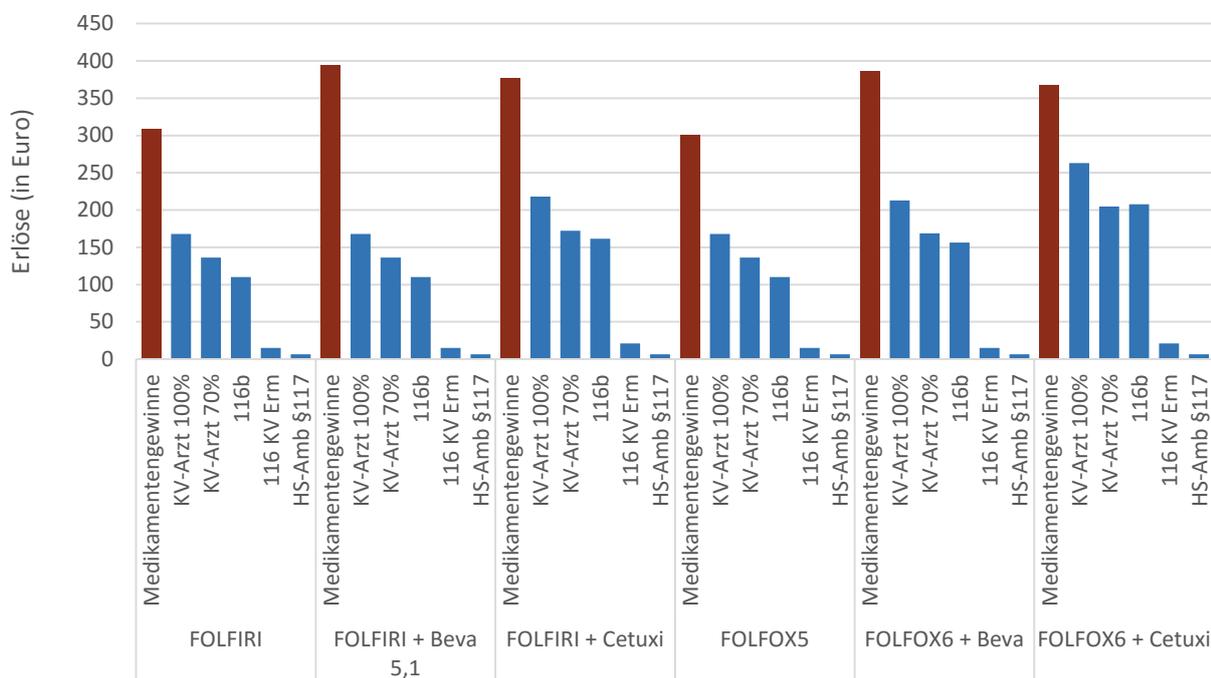
Durch Einkaufskooperationen der Krankenhausapotheken können zusätzlich Verhandlungsgewinne erzielt werden. Rabatte können vor allem bei Generika und Nachahmerpräparaten, sogenannten Me-too-Präparaten, erzielt werden. Bei patentgeschützten Medikamenten wird der Verhandlungserfolg hingegen eher gering ausfallen. Hier kann es zu einem Interessenkonflikt bei der Auswahl der Therapie kommen. Sollte es zu einer Entscheidung zwischen zwei Therapieoptionen für einen Patienten kommen, bei der die eine Option eine Therapie mit einem Zytostatikum ist, welches hohe Medikamentengewinne generiert, und einem Präparat, welches sehr niedrige bis gar keine Medikamentengewinne generiert, besteht ein Anreiz nach wirtschaftlichen Interessen zu entscheiden. Für unabhängige, niedergelassene Ärzte besteht dieser Interessenkonflikt zwischen wirtschaftlichen und medizinischen Belangen in Bezug auf Medikamentengewinne nicht. Offizin-Apotheken dürfen nach § 11 Abs. 1 ApoG keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen mit Ärzten in Bezug auf die bevorzugte Lieferung oder Zuweisung von Verschreibungen treffen. Auch hat die öffentliche Apotheke keine Möglichkeit, den Vertragsarzt an möglichen Medikamentengewinnen zu beteiligen. Dies liegt kritisch an dem für den stationären Bereich berechtigt nicht geltenden Prinzip, dass Diagnose und Medikation in der ambulanten Versorgung zur Vermeidung angebotsinduzierter Leistungsausweitung nicht aus einer Hand erfolgen sollen.

Der Landesrechnungshof Schleswig-Holstein hat in seiner Bemerkung 2014 die Krankenhausapotheke des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel als Erfolgsgeschichte bezeichnet. Das UKSH hat ab 2007 die Arzneimittelversorgung von einer privaten auf eine eigene Krankenhausapotheke übertragen. Die Arzneimittelumsätze der Krankenhausapotheke stiegen bei konstantem Personalbestand von 54,3 Mio. Euro in 2008 auf 75,1 Mio. Euro in 2012. Die Überschüsse der Krankenhausapotheke verbleiben seit der Umstellung allein beim UKSH. Diese lagen 2012 im ambulanten Bereich bei 7,7 Mio. Euro.⁷⁶ Würden die Arzneimittel weiterhin über eine Lieferapotheke bezogen, wäre dieser Betrag dem UKSH entgangen.

Abbildung 7 verdeutlicht am Beispiel einer Auswahl an Therapien zur Behandlung eines kolorektalen Karzinoms, dass die im Krankenhaus anfallenden Medikamentengewinne der Höhe nach durchaus bedeutender sein können als die Erlöse aus der Vergütung für die ambulante Behandlung.

⁷⁶ Vgl. Landesrechnungshof Schleswig-Holstein (2014).

ABBILDUNG 7: ANFALLENDE VERGÜTUNGSERLÖSE UND MEDIKAMENTENGWINNE BEI EINER AUSWAHL AN THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI EINEM KOLOREKTALEN KARZINOM (1 ZYKLUS)



Quelle: Eigene Darstellung. Daten vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Daten basieren zum Teil auf Schätzungen.⁷⁷

Durch die vertikale Integration einer Krankenhausapothekes hat ein Krankenhaus die Möglichkeit, sowohl die Vergütungserlöse für die Behandlung mit parenteralen Zubereitungen als auch die bei der Behandlung anfallenden Medikamentengewinne zu internalisieren. Wenn in einem Bereich die Medikamentengewinne die Behandlungsvergütung übersteigen, kann ein Anreiz bestehen, diesen Bereich anzubieten, selbst wenn er ohne die Medikamentengewinne defizitär wäre. Denn es erwirtschaften dann die Medikamentengewinne zusätzliche Deckungsbeiträge, die das Defizit in der Behandlung zumindest ausgleichen oder übersteigen können. An dieser Stelle besteht für Krankenhäuser ein eklatanter, künstlich geschaffener Wettbewerbsvorteil gegenüber niedergelassenen Ärzten. Niedergelassene Ärzte sind mittel- bis langfristig gezwungen, defizitäre Versorgungen nicht länger anzubieten und daher aus dem Markt auszutreten.

⁷⁷ Für die Berechnung der Medikamentengewinne werden die gesamten Medikamentenkosten vom Medikamentenerlös abgezogen. Die Medikamentenkosten ergeben sich durch den durch die Packungsgröße geteilten Herstellerabgabepreis (HAP nach Lauer) multipliziert mit der benötigten Dosis und multipliziert mit (1-Preisnachlass auf HAP). Der Medikamentenerlös entspricht dem durch die Packungsgröße geteilten Apotheken-Einkaufspreis (AEK nach Lauer) multipliziert mit der Dosis und multipliziert mit (1-Abschläge auf AEK an die Krankenkassen). Die Preisnachlässe auf HAP sind Erfahrungswerte, da diese nicht veröffentlicht werden. Sie können über die Zusatzentgelte im stationären Bereich angenähert werden, da dort die realen Einkaufskosten berücksichtigt sind. Für die Abschläge an die Krankenkassen wurde für KH-Apotheken 30 % auf AEK pro mg Generika und 2 % auf AEK Original zu Grunde gelegt, die, zumindest bei Generika, Hilfstaxenbedingungen nahe kommen. Die Erlöse für KV-Ärzte und Ambulanzen, die nach § 116b SGB V sowie nach § 116 SGB V KV-ermächtigt sind, werden über EBM berechnet, für den KV-Arzt kommen zusätzlich zum EBM noch Erlöse aus der Onkologie-Vereinbarung hinzu. Die Erlöse für Hochschulambulanzen werden über die Quartalspauschale für Hochschulambulanzen berechnet. Für die Dosierung werden Patienten mit einem Gewicht von 75 kg und einer Körperfläche von 1,88 m² unterstellt.

Angenommen, ein niedergelassener Onkologe bezieht Zytostatika für die ambulanten Behandlungen in seiner Praxis über eine Krankenhausapotheke. Nach § 11 Abs. 3 ApoG kann die Krankenhausapotheke Zytostatika an eine beauftragende, öffentliche Dritt-Apotheke abgeben und diese darf Zytostatika nach § 11 Abs. 2 ApoG direkt an den behandelnden Arzt abgeben. Dann ist es durchaus möglich, dass der Medikamentengewinn, der im Netzwerk Krankenhaus anfällt, höher ist als die Vergütungserlöse nach EBM und OV, die bei der Behandlung in der Praxis des niedergelassenen Onkologen entstehen.

Grundsätzlich fallen auch bei einem von einem Krankenhaus betriebenen MVZ keine Medikamentenerlöse an. Patienten bekommen ein Rezept, welches sie in einer Apotheke ihrer Wahl, nicht jedoch in der Krankenhausapotheke, einlösen können. Im Bereich der Zytostatika-Versorgung gilt jedoch, dass diese auch im niedergelassenen Bereich über Krankenhausapotheken bezogen werden können. Zytostatika werden von der Apotheke anwendungsfertig direkt an den anwendenden Arzt abgegeben. Sollte also ein MVZ von einem Krankenhaus betrieben werden, besteht ein Anreiz, Zytostatika indirekt über die Krankenhausapotheke dieses Krankenhauses zu beziehen. Die Krankenhaus-Apotheke darf dann zwar den Arzt nicht direkt beliefern, kann aber einen beauftragenden, öffentlichen Dritt-Apotheker beliefern. Dieser kann dann wiederum den Arzt beliefern, der die Zytostatika angefordert hat. Der Dritt-Apotheker erhält nach Brancheninformationen ca. 7-10 Euro pro Beutel, muss aber die komplette Dokumentation, Qualitätssicherung und Haftung übernehmen. Hier profitieren also wieder die Krankenhaus-Apotheken, da sie die Abrechnungs- und Verwaltungsleistungen sehr günstig einkaufen.

4.2 ANREIZE ZUR ÜBERVERSORGUNG IN KRANKENHÄUSERN MIT GROßER ANGEBOTSBREITE UND -TIEFE

Krankenhäuser sind vertikal und horizontal integrierte Unternehmen. Sie sind in der Lage sämtliche ambulanten und stationären Behandlungen für einen Krankheitsfall anzubieten. Das Angebot bezieht, wie am Beispiel der Krankenhausapotheken dargelegt, teilweise Vorleistungsprodukte mit ein (vertikale Integration) und erschließt sich auf sämtliche Nachbardisziplinen, die gemeinsam an der onkologischen Versorgung teilhaben (horizontale Integration).

Aus der Abdeckung der Behandlungskette der onkologischen Versorgung unter dem Dach desselben Anbieters entstehen dem Krankenhaus Möglichkeiten und wirtschaftliche Anreize zur Ausweitung seiner Leistungen. Voraussetzung hierfür ist die Skalierbarkeit der Leistungserbringung. Sie ist immer dann besonders ausgeprägt, wenn Krankheitsbilder komplex sind, Patienten multimorbide sind oder vielfältige Co-Morbiditäten zum Krankheitsbild gehören. Die Möglichkeit zur Leistungsausweitung ist in der onkologischen Versorgung durch das komplexe und gravierende Krankheitsbild sowie die Vielzahl an möglichen Begleittherapien stark ausgeprägt. Es ist zwar auszuschließen, dass die Primärdiagnose einer Krebserkrankung zur Leistungsausweitung dient und mithin Patienten in eine onkologische Versorgung gewiesen werden, für die diese nicht geboten wäre. Jedoch schafft die Komplexität des Krankheitsbildes Möglichkeiten, die Anzahl und den Umfang der Behandlungen von Patienten mit einer Krebsdiagnose auch bei den Begleiterkrankungen auszuweiten.

Im Jahr 2010 erkrankten 477.300 Menschen in Deutschland neu an Krebs.⁷⁸ Im gleichen Jahr verstarben insgesamt 218.268 Menschen infolge einer Krebserkrankung. Das Auftreten von Krebserkrankungen hat eine steigende Tendenz.⁷⁹ Im Jahr 2015 erkrankten voraussichtlich 500.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs. Die Schätzungen zu Todesfällen infolge einer Krebserkrankung belaufen sich 2015 auf 224.000.⁸⁰

Die hohe Mortalität ist den Betroffenen bewusst. Sie sind deshalb bestrebt, die individuell bestmögliche Behandlung zu erhalten. Gleichzeitig führen die hohe Komplexität der Erkrankung und die großen Unterschiede in der Wirksamkeit derselben Therapie bei verschiedenen Patienten dazu, dass Informationen zwischen behandelnden Ärzten und betroffenen Patienten stark asymmetrisch verteilt sind und dies über die Dauer der Behandlung auch bleiben. Dieser Umstand begünstigt grundsätzlich die Möglichkeiten für Leistungsanbieter, ihre Leistungen aus wirtschaftlicher Motivation auszuweiten. Weiterhin bringt die Schwere der Krebserkrankung Betroffene und ihre Angehörigen in eine menschliche Ausnahmesituation. Unter dem Eindruck der mit einer Krebserkrankung verbundenen möglichen weitreichenden Folgen sind Betroffene und ihre Angehörigen tendenziell, obschon zu emotional nachvollziehbaren, gleichwohl nicht zu ökonomisch rationalen Entscheidungen imstande. Insbesondere zu Beginn der Krebserkrankung ist die psychische Belastung für die Betroffenen stark.⁸¹ Dadurch entsteht oft auch eine stärkere Vertrauensbindung zwischen Patient und Arzt als es bei weniger bedrohlichen Krankheiten der Fall wäre. So ist bei der Krebserkrankung eine rein unter medizinischen Gesichtspunkten und frei von wirtschaftlichen Anreizen getroffene Therapiewahl von besonderer Bedeutung.

Es kann nicht erwartet werden, dass Krebspatienten bei der Entscheidung über Therapiealternativen und unterschiedliche Therapeuten als souveräne Konsumenten agieren, die eine rationale Abwägung von Nutzen und Kosten einer Behandlung wie bei einer Kaufentscheidung treffen können. Die Informationsasymmetrien und die besondere Schwere der Erkrankung verbieten daher im Bereich der onkologischen Versorgung eine rein marktliche Organisation, bei der die Entscheidungsgewalt allein auf den Patienten übertragen wird. Da Krebserkrankungen lebensbedrohende Erkrankungen sind, findet durch die Betroffenen keine regelmäßige Abwägung von Grenznutzen und Grenzkosten von Therapie- und Therapeutenalternativen statt – eine ökonomische Notwendigkeit, die durch das Vollversicherungsprinzip in der Gesundheitsversicherung zusätzlich ausgehöhlt ist.

Das Vollversicherungsprinzip in der Gesundheitsversicherung intensiviert die Anreize zur Leistungsausweitung. Zusätzlich zur Tatsache, dass Ärzte ihren Patienten gegenüber durch Ausbildung und Erfahrung einen erheblichen Wissensvorsprung innehaben, fehlen den Patienten wirtschaftliche Anreize zur Informationsbeschaffung. Durch das Vollversicherungsprinzip tragen Versicherte die Kosten ihrer Behandlung nicht unmittelbar. Somit haben sie keine Anreize Behandlungsmethoden und Therapeuten unter Kostengesichtspunkten abzuwägen oder einzuschränken.

⁷⁸ Vgl. *Krebs in Deutschland 2009/2010*.

⁷⁹ Vgl. Zentrum für Krebsregisterdaten. Datenabfrage. Mortalität, Fallzahlen in Deutschland. Robert-Koch-Institut. Verfügbar unter www.krebsdaten.de/abfrage (Stand 23.03.2015).

⁸⁰ Vgl. Deutsche Krebshilfe. *Geschätzte jährliche Krebsneuerkrankungen und durch Krebs verursachte Todesfälle in Deutschland 2015*. Statista – Das Statistik-Portal. Verfügbar unter <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/30563/umfrage/jaehrliche-krebsneuerkrankungen-und-todesfaelle-in-deutschland/> (Stand 03.02.2015).

⁸¹ Meta-Analysen weisen darauf hin, dass etwa die Hälfte der Patienten durch die Erkrankung psychisch stark belastet ist, bei etwa einem Drittel tritt im Krankheitsverlauf eine psychische Störung auf. Verbreitet sind Angststörungen, Anpassungsstörungen, affektive Störungen und somatoforme Störungen vgl. Singer et al. (2014).

4.2.1 ANGEBOTSINDUZIERTER NACHFRAGE IM GESUNDHEITSWESEN

Die Ökonomik hat die dargelegten Gründe zur methodischen Leistungsausweitung in der Medizin unter dem Begriff der angebotsinduzierten Nachfrage untersucht. Angebotsinduzierte Nachfrage meint zunächst die Herbeiführung von Nachfrage durch den Anbieter. Problematisch wird diese Einflussnahme, wenn hierdurch Ineffizienzen, also Fehlallokationen, entstehen. Sinngemäß liegt dann die durch Einflussnahme nachgefragte Menge über der tatsächlich benötigten Menge. Möglich ist die nachfragesteigernde Einflussnahme seitens des Anbieters durch ein starkes Informationsgefälle zum eigenen Vorteil. Das Informationsgefälle begründet fehlende *Konsumentensouveränität*. Der Anbieter nutzt die Tatsache, dass sich die Nachfrager nicht souverän entscheiden können und daher auf einen Rat bzw. auf die Entscheidung des Anbieters angewiesen sind.⁸²

Das Vorkommen eines solchen Informationsgefälles wird in der Ökonomik mit dem Begriff asymmetrische Information beschrieben. Asymmetrische Information bezeichnet einen Zustand, in dem zwei Vertragspartner zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ungleichmäßig informiert sind. Im Falle des Gesundheitsmarktes stellen Arzt und Patient die beiden Vertragspartner dar. Während der Arzt als überlegen informiert anzusehen ist, ist die Entscheidungssituation für den Patienten intransparent. Als Reaktion auf seine unvollkommene und/oder unvollständige Informiertheit delegiert der Patient seine Nachfrage an den Arzt, der als Entscheidungsträger fungiert. Im Falle des Gesundheitsmarktes kann die asymmetrische Informiertheit so weit reichen, dass die Ökonomik hier von *hidden information* spricht. Hidden information liegt vor, da der Patient die Handlungen des Arztes zwar beobachten, aber ihre Qualität aufgrund mangelnder Fachkenntnisse nicht adäquat bewerten kann.⁸³

Das GKV-VSG sieht vor, dass gesetzlich Versicherte künftig bei bestimmten mengenanfälligen, planbaren Eingriffen eine Zweitmeinung durch einen weiteren Facharzt oder ein weiteres Krankenhaus einholen können. Die Zweitmeinung darf nur von einem Leistungserbringer eingeholt werden, der den Eingriff selbst nicht durchführt. Das Gesetz geht mit dem Zweitmeinungsrecht bei mengenanfälligen, planbaren Leistungen explizit auf bedeutende Fehlanreize zur angebotsinduzierten Nachfrage ein. Aus wettbewerbsökonomischer Sicht ist die Zweitmeinung als Kurativ für angebotsinduzierte Nachfrage jedoch ungeeignet. Zwar resultiert das Problem angebotsinduzierter Nachfrage zu einem Teil aus den Informationsasymmetrien zu Lasten der Patienten, die sich durch eine Zweitmeinung lindern lassen. Im Falle einer hochkomplexen Krebserkrankung sind wesentliches Moment der angebotsinduzierten Nachfrage jedoch Opportunismus und das Vollversicherungsprinzip im Gesundheitswesen, mithin die Tatsache, dass der Einzelne eine Leistung bezieht, die die Gemeinschaft bezahlt. Aus wettbewerbsökonomischer Sicht vertreten wir daher die Auffassung, dass sich das Problem angebotsinduzierter Nachfrage im Gesundheitswesen vor allen Dingen durch eine sachgerechte Ausweitung des Instrumentes Selektivvertrag erreichen lässt.⁸⁴

⁸² Vgl. Arrow (1963); Pauly (1980), S. 5.

⁸³ Vgl. Varian und Buchegger (2004).

⁸⁴ Vgl. für Rahmenbedingungen und ökonomische Ansätze zur wettbewerbskonformen Ausgestaltung von Selektivverträgen beispielsweise Oberender und Zerth (2014), Coenen und Haucap (2014) und Cassel (2006).

4.2.2 ANREIZ ZUR ÜBERVERSORGUNG IM KRANKENHAUS

Die ökonomischen Anreize zur Leistungsausweitung, die im Gesundheitswesen auftreten, existieren zunächst in gleicher Weise für alle Leistungsanbieter, die einen Informationsvorsprung gegenüber den Betroffenen besitzen und deren Leistungen durch die Krankenversicherung abgedeckt werden. Unter sonst gleichen Bedingungen sinken die Anreize durch Fallpauschalen und steigen im Bereich der Einzelleistungsvergütung. Werden Krankenhäuser mit niedergelassenen Medizinerinnen verglichen, werden die Anreize der Krankenhäuser jedoch durch die Fallpauschalen inzwischen wenig gehemmt, da sie durch die Öffnung des ambulanten Sektors für Krankenhäuser wie die niedergelassenen Ärzte an Einzelleistungsvergütungen partizipieren können. Sie haben zusätzlich gegenüber niedergelassenen Fachärztinnen besondere Möglichkeiten zur Leistungsausweitung, da sie die gesamte Behandlungskette aus derselben Hand abbilden.

Krankenhäuser können in der onkologischen Versorgung Patienten beispielsweise leicht innerhalb ihres eigenen Netzwerks verweisen und generieren somit mit einem Patienten auch außerhalb der engen onkologischen Versorgung Gewinne. Im niedergelassenen Bereich bestehen hingegen keine ökonomischen Anreize zur Überweisung von Patienten an andere niedergelassene Fachärztinnen oder Krankenhäuser, da niedergelassene Fachärztinnen durch das Verbot jedweder Form einer finanziellen Patientenprämie nicht wirtschaftlich von einer Überweisung profitieren dürfen.⁸⁵

Im Vergleich zum Krankenhaus ist es für niedergelassene Ärztinnen eine Herausforderung, die Behandlungen im Rahmen onkologischer Versorgung wie aus einer Hand zu organisieren. Zwar können niedergelassene onkologische Schwerpunktpraxen sämtliche notwendigen Schritte in Diagnostik und Therapie in Kooperation mit anderen niedergelassenen Fachärztinnen, Laboren, Strahlentherapeuten, Pathologen, etc. durchführen, für die Patienten ist das vollständige Angebot an medizinischen Behandlungsmöglichkeiten durch die niedergelassene onkologische Schwerpunktpraxis also organisierbar. Jedoch ist die Beauftragung anderer Fachgruppen oder medizinischer Leistungen für den therapieführenden niedergelassenen Schwerpunktarzt nicht honorarwirksam, anders als in großen Krankenhäusern oder in Krankenhausketten, die die vollständige Behandlungskette unter dem eigenen Dach anbieten können. Leistungen gemäß der Onkologievereinbarung, die niedergelassenen onkologischen Schwerpunktärztinnen vergütet werden, umfassen vor allem Sachkosten im Zusammenhang mit der Organisation der Therapie, der Verabreichung von Medikamenten sowie den besonderen Aufwand für Neben- und Nachbehandlung. Entsprechend haben die niedergelassenen Hämatologinnen und Onkologinnen im Verlauf des Behandlungsprozesses nicht dieselbe Doppelfunktion als Agent und Lieferant von empfohlenen medizinischen Leistungen wie die Krankenhäuser. Die Zubereitung von Medikamenten, insbesondere von Zytostatika, die Überprüfung von Proben im Labor sowie chirurgische Eingriffe werden nicht von einem niedergelassenen Onkologen erbracht und sind mithin bei einer Überweisung für den therapieführenden Arzt nicht honorarwirksam. Für die weiteren Behandlungen, wie z. B. die Strahlentherapie, muss der niedergelassene Hämatologe und Onkologe den Patienten zudem regelmäßig an einen Spezialisten oder an ein Krankenhaus überweisen. Auch hier kann und darf der niedergelassene Onkologe nicht an der von ihm vorgenommenen Überweisung wirtschaftlich partizipieren.

Im Bereich der onkologischen Versorgung werden immer mehr Zytostatika über oral anwendbare Substanzen verabreicht, anstatt mit Hilfe von Infusionen. Die orale zytostatische Behandlung gestaltet die Behandlung angenehmer für den Patienten, da die oft angewandte Infusionsbehandlung durch eine Tabletteneinnahme ersetzt wird – der Therapieerfolg der beiden Methoden gilt als vergleichbar. Die Vergleichbarkeit ist

⁸⁵ Vgl. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen (MBO-Ä).

jedoch umstritten. Beispielsweise ist die orale Tabletteneinnahme, sofern sie ambulant durchgeführt wird, mit einem Compliance Problem beim Patienten verbunden. Onkologen kritisieren jedoch, dass es keine betriebswirtschaftliche Anpassung an den therapeutischen Fortschritt gibt. Durch fehlende Abrechnungsmöglichkeiten bei oralen Therapiemöglichkeiten ist es für einzelne Praxen aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht rentabel, sie bei gleicher Qualität der Versorgung anzubieten.⁸⁶

Im Krankenhausbereich besteht ein starker Anreiz zur Leistungsausweitung durch das Profitcenter Krankenhausapotheke, im Falle der onkologischen Versorgung im Bereich von Nebentherapien bei Komplikationen und Multimorbidität. Im ambulanten Bereich hingegen soll der Anteil an Generika und Rabattvertragspräparaten der gesetzlichen Krankenkassen steigen, um Kosten einzusparen. Deshalb können an der Schnittstelle zwischen der stationären und ambulanten Versorgung auch Compliance Probleme beim Patienten und – schlimmer noch – mögliche unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen infolge von Arzneimittelumstellungen auftreten. Insbesondere werden Patienten im Krankenhaus häufiger als im ambulanten Bereich auf hochpreisige Markenpräparate eingestellt. „Im Krankenhaus werden häufig die Blutverdünner Clopidogrel und Aspirin verordnet“, sagt Christopher Schneider von der KV Westfalen-Lippe. „Niedergelassene Ärzte würden da eher zum wirkstoffgleichen und preisgünstigeren Generikum greifen.“ Im Krankenhaus würden bei einer Therapie mit einem Blutverdünner aus rein prophylaktischen Gründen meist auch Protonenpumpenhemmer wie Omeprazol oder Pantozol verordnet, beides Medikamente, die aus medizinischer Sicht nicht immer erforderlich sind: „Weil es sich hier um teure Arzneimittel allein zur Therapiebegleitung handelt, wäre eine Verschreibung für einen niedergelassenen Arzt sehr unwirtschaftlich.“⁸⁷

Exkurs: Empirie angebotsinduzierter Nachfrage im Gesundheitswesen

Die Existenz angebotsinduzierter Nachfrage im Bereich der niedergelassenen Ärzte ist empirisch umstritten. Eine Studie von Evans aus dem Jahr 1974 brachte die Diskussion um die Nachweisbarkeit arztinduzierter Nachfrage in Gang. Evans untersuchte die Hypothese, dass eine Erhöhung der Ärztedichte in einem Gebiet, also eine Vergrößerung des Angebotes, zu einer Senkung der Arbeitsleistung jedes Arztes führt. Seine empirische Schätzung konnte diese Hypothese jedoch nicht stützen. Daher geht Evans davon aus, dass Ärzte mittels intensiverer und zusätzlicher Behandlung die Nachfrage künstlich erhöhen, um Mindereinnahmen auszugleichen. Auf Evans Studie folgten weitere Arbeiten, die sich mit der Nachweisbarkeit arztinduzierter Nachfrage beschäftigten. Fuchs (1978) kam zu dem Schluss, dass eine Steigerung der Zahl an Chirurgen in den USA eine Ausweitung der Nachfrage nach chirurgischen Leistungen zur Folge hat. Kraft und v. d. Schulenburg (1985) nutzten Daten aus der Schweiz und stellten ähnlich fest, dass eine höhere Ärztedichte zu einer erhöhten Zahl an Arztbesuchen mit höheren Behandlungskosten je Arzttermin führte.

Analysen, die sich auf Deutschland beziehen, kommen zu keinem eindeutigen Ergebnis. Krämer (1981) kann die Hypothese der Existenz angebotsinduzierter Nachfrage nicht verwerfen. Er merkt jedoch an, dass

⁸⁶ Vgl. *Fortschritt und Vergütung nicht im Gleichklang*. Ärztezeitung vom 01.08.2014. Verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/asv/article/866080/onkologie-fortschritt-verguetung-nicht-gleichklang.html (Stand 22.2.2015) und Zylka-Menhorn. *Orale Zytostatika: Paradigmenwechsel in der Onkologie*. Ärzteblatt 2000. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/24502/Orale-Zytostatika-Paradigmenwechsel-in-der-Onkologie> (Stand 21.2.2015).

⁸⁷ Vgl. Korzilius und Osterloh. *Schnittstelle ambulant/stationär: Schattensprünge*. Deutsches Ärzteblatt. 2009. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/66899/Schnittstelle-ambulant-stationaer-Schattenspruenge> (Stand 14.01.2015). Inzwischen ist auch der Blutverdünner Clopidogrel als Generikum verfügbar.

Änderungen der im Gesundheitswesen sehr spezifischen Rahmenbedingungen es nicht zulassen, sein Ergebnis auf andere Regulierungsrahmen in späteren Zeiten zu übertragen. Eine neuere Studie aus dem Jahr 2000 stammt von Cassel und Wilke. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Ärzte und die Ärztedichte keine empirisch gesicherte Wirkung auf Kontaktwahrscheinlichkeit und -häufigkeit haben. Weiterhin wurde ermittelt, dass Personen mit höherem Bildungsgrad, die nach Annahme weniger leicht zu beeinflussen sind, häufiger Fachärzte konsultieren. So errechneten Adam und Mühlenkamp im Jahr 1984 anhand von AOK-Zahlen für Bremen, Hamburg und Niedersachsen, dass der Spezialisierungsgrad der Ärzte für die These der arztinduzierten Nachfrage bedeutend ist. Sie stellten fest, dass mit zunehmender Spezialisierung der Ärzte vermehrt teurere Leistungen erbracht wurden.

Auch im stationären Bereich wurde die Existenz arztinduzierte Nachfrage empirisch hinterfragt. Eine erste Studie zu diesem Thema stammt von Shain und Roemer aus dem Jahr 1959. Sie verweist auf eine positive Korrelation der Anzahl an aufgestellten Betten im Krankenhaus und ihrer Belegung. Vermutung hierbei ist, dass Krankenhäuser in überdurchschnittlich versorgten Regionen Überkapazitäten bei den Krankenhausbetten haben. Diese leeren Betten werden von den Krankenkassen nicht vergütet. Folglich werde versucht, mit einer künstlichen Nachfragesteigerung die Belegquote zu erhöhen. Seit Einführung der Krankenhausambulanzen (gem. § 116b SGB V) können Krankenhäuser Patienten vom ambulanten in den stationären Bereich verlegen, um mögliche Mehrleistungen durchzuführen.

4.3 PATIENTENDISKRIMINIERUNG IM KRANKENHAUS ZUR ERLÖSMAXIMIERUNG

Niedergelassene Onkologen sind in großem Maße von Überweisungen abhängig, um Patienten zu akquirieren. Ihre Nachfrage ist daher erheblich von der Öffnung des ambulanten Bereiches für Krankenhäuser betroffen. Während in der Zeit vor der Öffnung niedergelassenen Onkologen die ambulante Behandlung eindeutig zugewiesen war, ist dies heute nicht mehr der Fall. Im Verlauf der Behandlung einer Krebserkrankung ist es fast immer unerlässlich für einen Patienten, ein Krankenhaus aufzusuchen. Die Krankenhäuser entscheiden dann meist im Rahmen eines sogenannten interdisziplinären *Cancer-Boards*⁸⁸ über die Therapie des Patienten und daher auch über den Behandlungsverlauf im ambulanten und stationären Bereich. Obwohl ein solches *Cancer-Board* vorrangig durch interdisziplinären Austausch und Mehr-Augen-Prinzip dem Wohl des Patienten dient, birgt es durch die starke Stellung der Krankenhäuser seit der Öffnung des ambulanten Sektors auch ein erhebliches Risiko zur Leistungsausweitung und/oder Patientendiskriminierung.

Die Lotsenfunktion und Nachfragesättigung im Krankenhaus können Anreize zur Patientendiskriminierung setzen. Die Abrechnung über Fallpauschalen birgt Anreize für Krankenhäuser, bevorzugt solche Patienten in stationäre Behandlung zu nehmen, die einen kostengünstigen Behandlungsverlauf erwarten lassen.⁸⁹

⁸⁸ In Fallbesprechungen mit Experten verschiedener medizinischer Fachbereiche wird dort die jeweilige Behandlungsstruktur diskutiert und festgelegt. An *Cancer-Boards* sind auch niedergelassene Onkologen beteiligt, die Krankenhäuser nehmen in ihnen jedoch regelmäßig die behandlungsführende Position ein.

⁸⁹ Vgl. Monopolkommission (2008a), Tz. 833.

Ein Patient ist bei der Vergütung durch DRGs wirtschaftlich umso attraktiver für ein Krankenhaus, je weniger kosten- und zeitintensiv die patientenindividuelle Behandlung ist und somit je mehr dem Krankenhaus von der Fallpauschale nach Abzug der Kosten als Überschuss verbleibt.⁹⁰

Ein zweiter Anreiz zur Patientendiskriminierung geht von der imperfekten Qualitätstransparenz und den für Krankenhäuser eingeschränkten Reputationsmechanismen zur Gewinnung von Patientinnen und Patienten im Bereich elektiver, planbarer Behandlungen aus. Von Ärzten und Krankenhäusern werden Fälle bevorzugt, die einen positiven Verlauf, mithin ein dokumentationsfähiges eindeutig positives Ergebnis erwarten lassen. Ein Patient mit einem hohen Mortalitätsrisiko oder komplexen Krankheitsverlauf würde eventuell abgewiesen werden, wenn Ärzte durch nicht beeinflussbare Faktoren den Ausweis eines schlechten Erfolgsindikators befürchten müssten.⁹¹ Nach Auffassung der Monopolkommission ist *„Transparenz über das Leistungsgeschehen eine wichtige Vorbedingung“*⁹² für funktionierenden Qualitätswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt. Diese sei allerdings kaum zu erreichen, denn weiterhin ist *„die Qualität der Krankenhausversorgung ein hochkomplexes Gebilde, das subjektiver Wahrnehmung in hohem Maße ausgesetzt ist und nur an wenigen Stellen eine an Zahlen gemessene objektive Beurteilung erlaubt. Und auch die Ergebnisqualität, gemessen etwa an Todesraten, Rückfallquoten oder der Art und der Zahl von Komplikationen bei einem bestimmten Eingriff, kann von einer Reihe von Einflussfaktoren beeinträchtigt werden, die außerhalb der Kontrolle des Krankenhauses liegen.“*⁹³ Insgesamt sei deshalb *„Qualitätstransparenz [...] in weiten Teilen weder für Fachleute noch für die Patienten als relevante Zielgruppe gegeben.“*⁹⁴

Patientendiskriminierung ist nachweisbar. Sie wurde beispielsweise deutlich, als die Monopolkommission im Jahr 2007 den Ministererlaubnis Antrag zum Zusammenschlussvorhaben der Asklepios-Kliniken Hamburg GmbH mit dem Krankenhaus Mariahilf gGmbH untersuchte. In den damals durchgeführten Anhörungen wurde auch über die Privatisierung des LBK Hamburg im Jahr 2004 und die Patientenströme berichtet, die sich infolge dieser ergeben hatten. So wurde berichtet, dass nach der Privatisierung die aus den Asklepios-Kliniken an den Wilhelmsburger Wettbewerber, das Krankenhaus Groß-Sand, überwiesenen Fälle im Verlauf der Jahre 2005 und 2006 um mehr als die Hälfte reduziert wurden. Die Entwicklung war in Anbetracht der Gesamtfallzahl für das Krankenhaus Groß-Sand bedrohlich, zumal es sich um Fälle mit einem hohen DRG-Erlös wert gehandelt habe. Die Äußerungen gegenüber der Monopolkommission belegen, dass es Krankenhäusern in der Praxis nicht nur möglich ist, Patientenströme innerhalb der eigenen Kette oder vom stationären in den ambulanten Bereich und aus dem eigenen Behandlungsbereich hinaus zu verweisen, sondern dass dies auch geschieht.⁹⁵

Aus ökonomischer Sicht ist anzumerken, dass Anreize zur Patientendiskriminierung ohne eine Absicht zur Wettbewerbsbehinderung nur unter zwei Voraussetzungen bestehen: Zum einen ist Patientendiskriminierung ökonomisch vernünftig und geboten, wenn ein Behandlungsfall von vornherein zu Verlusten führen würde. Dies wäre von politischer Seite dadurch zu beheben, dass Vergütungsstrukturen angepasst und die

⁹⁰ Vgl. Flintrop. *Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge*. Deutsches Ärzteblatt. 2006. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/53507/Auswirkungen-der-DRG-Einfuehrung-Die-oekonomische-Logik-wird-zum-Mass-der-Dinge> (Stand 25.01.2015).

⁹¹ Vgl. Monopolkommission (2008a), Tz. 821.

⁹² Vgl. Monopolkommission (2008a), Tz. 820.

⁹³ Vgl. Monopolkommission (2008a), Tz. 821.

⁹⁴ Vgl. Monopolkommission (2008a), Tz. 820.

⁹⁵ Vgl. Monopolkommission (2008b), Tz. 76.

Wirtschaftlichkeit der betreffenden Behandlungsform angehoben wird. Zum anderen ist Patientendiskriminierung ökonomisch vernünftig und geboten, wenn im Krankenhaus Unterkapazität gegeben ist und daher eine volle Auslastung mit möglichst lukrativen Fällen erzielt werden soll.⁹⁶ Unterkapazität kann hierbei zwei Gründe haben: Entweder besteht sie, weil das Krankenhaus gegenüber seinen Wettbewerbern eine qualitativ besonders überlegene Behandlung anbietet und daher die kurzfristige Nachfrage nach Behandlungen das kurzfristig verfügbare Angebot übersteigt. Dieses Problem ist auf Märkten typischerweise temporär, denn ein solches Krankenhaus könnte seinen wirtschaftlichen Erfolg langfristig durch Erhöhung seiner Kapazitäten vergrößern. Oder die Unterkapazität besteht, weil grundsätzlich zu wenig Behandlungskapazität im Markt ist und Patienten daher abgewiesen werden müssen. Die genannten Probleme sind auf den hochregulierten Gesundheitsmärkten vorrangig ein Regulierungsproblem, das politisch gelöst werden kann. Darauf, dass Unterkapazitäten in einigen medizinischen Fachbereichen bestehen, weist auch die jüngste Initiative zur Einrichtung von Terminservicestellen für den niedergelassenen Bereich hin.⁹⁷

Wirtschaftlich getriebene Patientendiskriminierung durch Krankenhäuser stellt ein Problem für den niedergelassenen Bereich dar. Wenn Krankenhäuser ihre hervorgehobene Stellung im Rahmen von Krebsbehandlungen ausnutzen und lukrative Fälle einbehalten, während sie die komplexeren und kostenaufwendigeren Behandlungen an die Vertragsärzte verweisen, schmälert dies die wirtschaftliche Position der niedergelassenen Fachärzte gegenüber den Krankenhäusern. Auch ohne Patientendiskriminierung ist die pivotale Rolle der Krankenhäuser in der Krebsbehandlung für den niedergelassenen Facharztbereich wirtschaftlich problematisch, da Patienten nach einer stationären Behandlung oftmals auch für den weiteren ambulanten Behandlungsverlauf in das Krankenhaus zurückkehren. Üblicherweise diagnostiziert der Hausarzt (ein Facharzt für Allgemeinmedizin, ein Internist, ein Gynäkologe oder ein Urologe) den Befund und stellt dem Patienten eine Überweisung in die Onkologie aus. Der Hausarzt entscheidet, ob der Patient zu einem niedergelassenen Onkologen oder ins Krankenhaus überwiesen wird. Da Krankenhäuser sich Strukturen schaffen und von der Politik zur Durchführung ambulanter Behandlungen weitreichend ermächtigt wurden, können sie die Patienten nach Beendigung der stationären Behandlung weiter ambulant versorgen. Der niedergelassene Onkologe muss daher zunehmend davon ausgehen, dass ein Patient, wenn er erst einmal im Krankenhaus versorgt wurde, die weitere Behandlung auch dort fortsetzen wird. Erschwerend kommt hinzu, dass die Überantwortung des Patienten an die Krankenhausärzte zu mindestens einem Zeitpunkt der Behandlung – wegen einer sich ergebenden medizinischen Notwendigkeit zur stationären Abklärung der Diagnose etwa oder zur operativen Erstversorgung – unumgänglich ist. Die Krankenhausärzte entscheiden fortan über den weiteren Verlauf der Behandlung.

Die Möglichkeit zur Patientensteuerung ist insbesondere im Hinblick auf die von Krankenhäusern geführten MVZ und Portalkliniken interessant. Denn durch die steigende Zahl an MVZ und Portalkliniken gelangen stetig mehr ambulante Patienten in den Einflussbereich der Krankenhäuser. So kommen Patienten über das Krankenhaus-MVZ zur stationären Behandlung in die Klinik, umgekehrt kann die vor- und nachstationäre ambulante Leistungserbringung im krankenhauseigenen MVZ erfolgen. Zwar kommt es zu Skaleneffekten durch vertikale Integration, es ergeben sich hierdurch aber auch monopolisierende Tendenzen für die Gesundheitsversorgung.⁹⁸

⁹⁶ Vgl. Monopolkommission (2008a), Tz. 833.

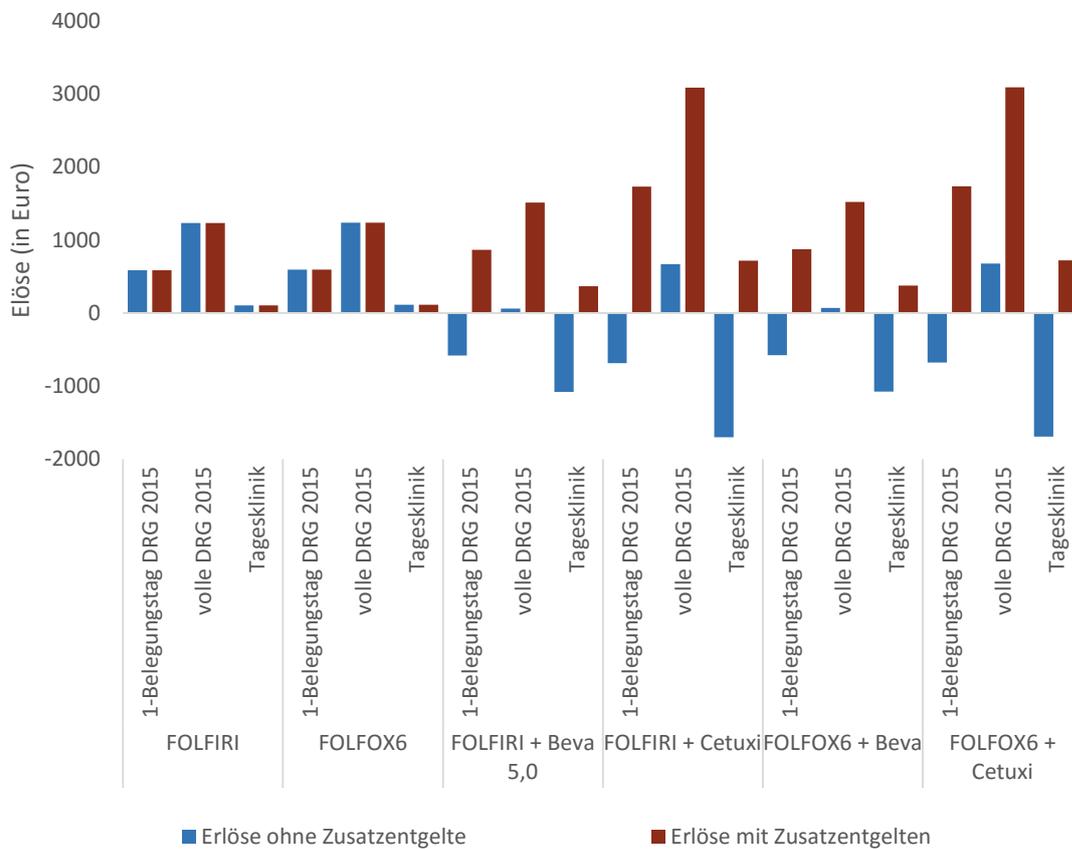
⁹⁷ Vgl. Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Stand 08.12.2014.

⁹⁸ Vgl. Sachverständigenrat (2012), Tz. 375.

4.4 PATIENTENLENKUNG IM KRANKENHAUS ZUR ERLÖSMAXIMIERUNG

Im stationären Bereich wird nach DRG vergütet. Dabei spielt die Verweildauer eine Rolle, da bei Unterschreitung der vorgesehenen stationären Verweildauer Abzüge bzw. bei Überschreitung Zusatzzahlungen angerechnet werden. Für besonders aufwendige Maßnahmen wird das DRG-System durch einen Katalog von Zusatzentgelten erweitert. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die weder mit Fallpauschalen noch mit Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, gelten Sonderregelungen. Die Tagesklinik wird nicht über DRG, sondern über einen teilstationären Tagessatz vergütet. Die Krankenhausapothek kann, wie in Abschnitt 4.1 dargelegt, Rabatte mit den Herstellern direkt verhandeln. Die Arzneimittelvergütung fällt im stationären Bereich auch unter die DRG-Fallpauschale.

ABBILDUNG 8: ANFALLENDE VERGÜTUNGSERLÖSE NACH ABZUG DER MEDIKAMENTENKOSTEN MIT UND OHNE ZUSATZENTGELTE IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG BEI EINER AUSWAHL AN THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI EINEM KOLOREKTALEN KARZINOM (1 ZYKLUS)

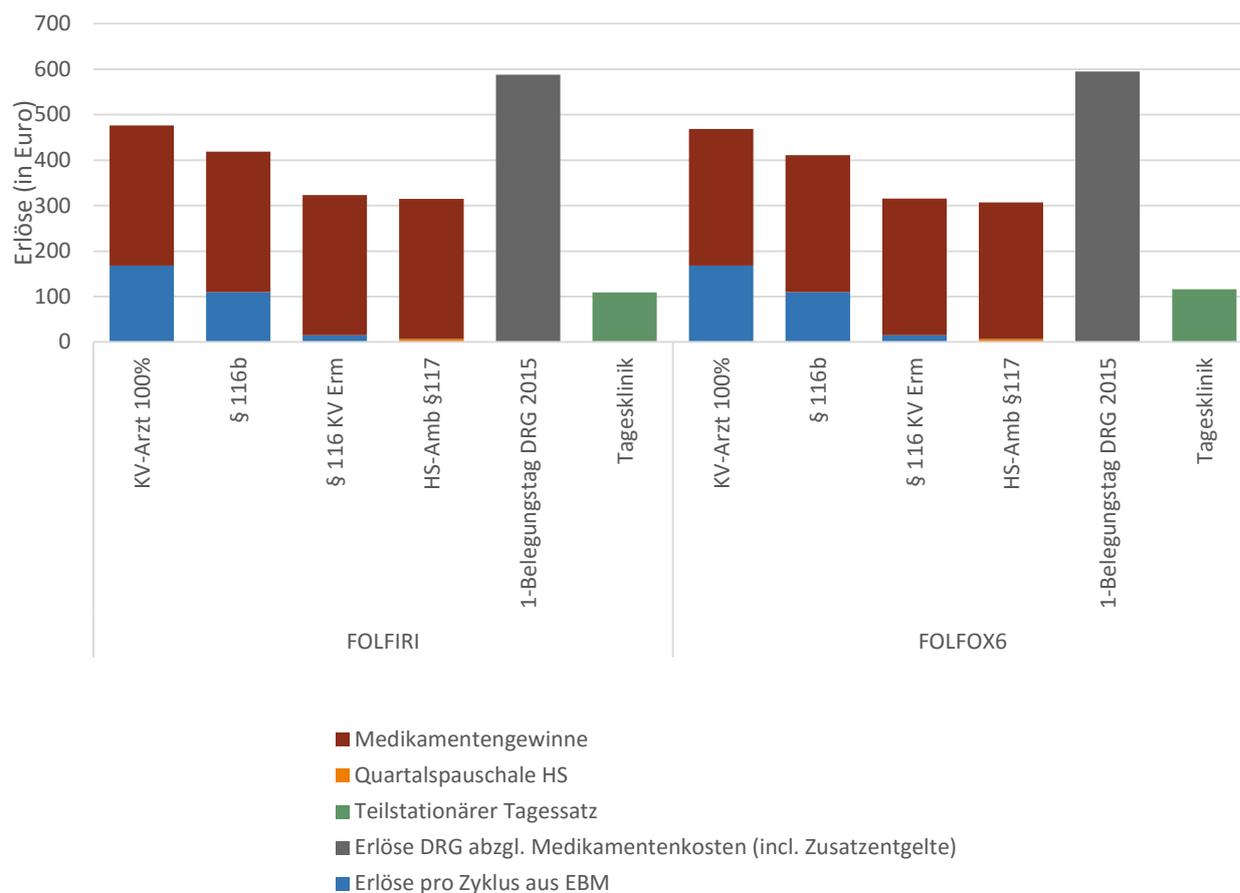


Quelle: Eigene Darstellung. Daten vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Daten basieren zum Teil auf Schätzungen.⁹⁹

⁹⁹ Erlöse im stationären Bereich sind berechnet durch DRG (mit und ohne Zusatzentgelt) abzüglich der gesamten Medikamentenkosten. Die Medikamentenkosten ergeben sich durch den durch die Packungsgröße geteilten Herstellerabgabepreis (HAP nach Lauer) multipliziert mit der benötigten Dosis und multipliziert mit (1-Preisnachlass auf HAP). Die Preisnachlässe auf HAP sind Erfahrungswerte, da diese nicht veröffentlicht werden. Sie können über die Zusatzentgelte im stationären Bereich annähernd abgeglichen werden.

Wie aus Abbildung 8 zu erkennen, wären einige Therapien ohne Zusatzentgelte defizitär. Wo Zusatzentgelte anfallen, sind zum Teil deutlich höhere Erlöse zu erkennen als bei Therapien, für die keine Entgelte anfallen. Dies ist ein Hinweis dafür, dass Behandlungen, für die Zusatzentgelte abgerechnet werden können, lukrativ sind.

ABBILDUNG 9: ERLÖSE EINER AUSWAHL AN THERAPIEN OHNE ZUSATZENTGELTE BEI EINEM KOLOREKTALEN KARZINOM IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN VERSORGUNG (1 ZYKLUS)



Quelle: Eigene Darstellung. Daten vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Daten basieren zum Teil auf Schätzungen.¹⁰⁰

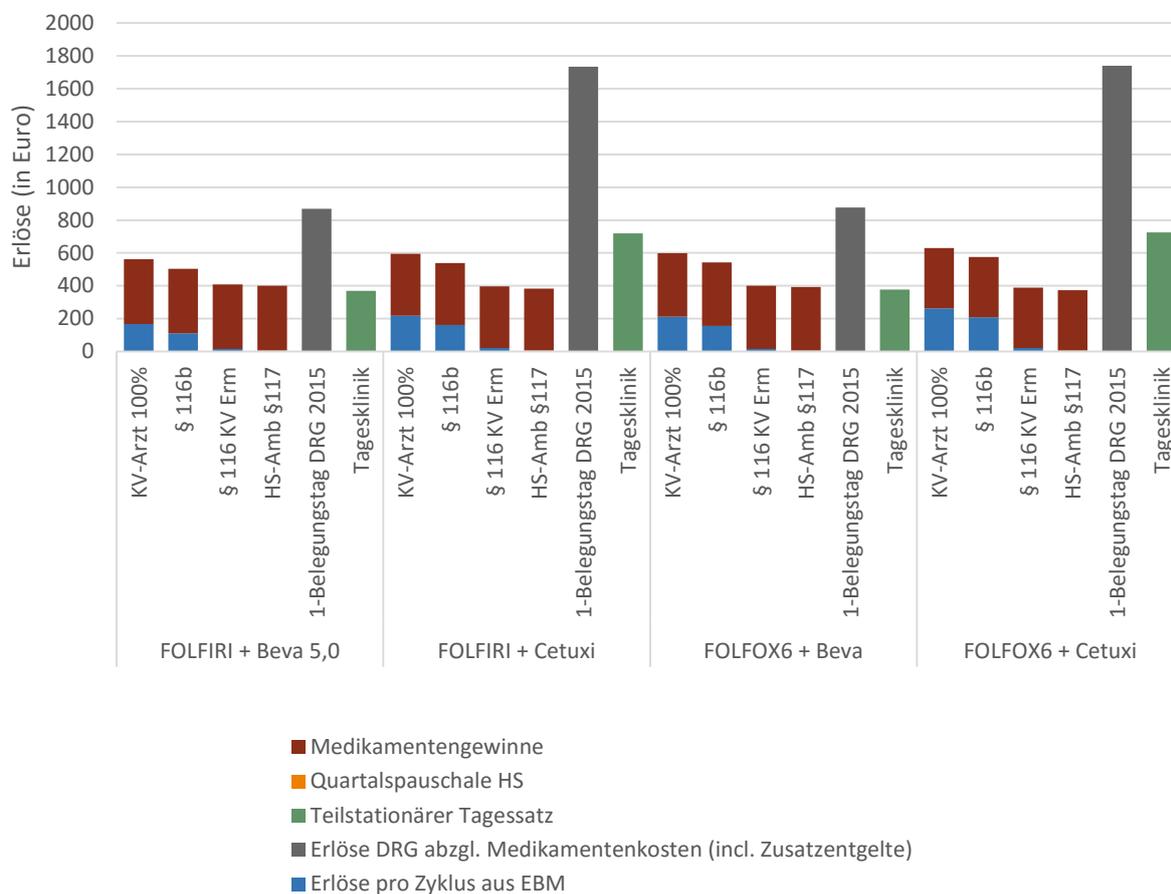
den, da dort die realen Einkaufskosten Berücksichtigung finden. Der teilstationäre Bereich der Tagesklinik berechnet die Erlöse: Teilstationärer Tagessatz abzüglich der gesamten Medikamentenkosten inkl. der internen Arbeitspreise für die Herstellung der Medikamente. Für die Dosierung werden Patienten mit einem Gewicht von 75 kg und einer Körperfläche von 1,88m² unterstellt.

¹⁰⁰ Gleiche Berechnung wie in Abb. 6 und 7.

Abbildung 9 deutet an, dass bei der Vergütung von Therapien ohne Zusatzentgelte im Bereich ambulanter und stationärer Versorgung kein großer Unterschied besteht. Es muss jedoch beachtet werden, dass die variablen Kosten im stationären Bereich (Bettenbelegung, Verpflegung, die Therapie ergänzenden Medikamente usw.) höher sind als im ambulanten Bereich. Es kann also ein wirtschaftlicher Anreiz bestehen, Patienten, deren Therapien stationär und ambulant einen ähnlichen Vergütungserlös generieren, ambulant zu therapieren. Der Anreiz wird verstärkt, wenn verschiedene Patiententypen abgrenzbar sind, die unterschiedliche Behandlungserlöse implizieren. Zwar sind vermutlich die allermeisten Krankenhausmediziner abseits der Leitung von Funktionsbereichen nicht über die genauen wirtschaftlichen Implikationen eines Behandlungsfalles für das Krankenhaus im Bilde, jedoch ist davon auszugehen, dass ein typischer Versorgungsaufwand für unterschiedliche Patiententypen antizipierbar ist. Es mag daher, beispielsweise für einen älteren Patient, in einem bestimmten fortgeschrittenen Krebsstadium gelten, dass er die DRG-Fallpauschale durch einen hohen Betreuungsaufwand stärker belastet als ein junger Patient, der sich mit einem Erstbefund im Frühstadium vorstellt und frühzeitig in den Bereich der ambulanten Versorgung verwiesen werden kann.

Vergleicht man die Erlöse pro Zyklus einer Therapie im ambulanten Bereich mit den Erlösen der Therapie im stationären Bereich, sind die stationären Erlöse bei Therapien, für die Zusatzentgelte anfallen, zum Teil deutlich höher als für vergleichbare Therapien im ambulanten Bereich.

ABBILDUNG 10: ERLÖSE EINER AUSWAHL AN THERAPIEN MIT ZUSATZENTGELTEN BEI EINEM KOLOREKTALEN KARZINOM IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN VERSORGUNG (1 ZYKLUS)



Quelle: Eigene Darstellung. Daten vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Daten basieren zum Teil auf Schätzungen.¹⁰¹

Abbildung 10 deutet darauf hin, dass bei einer Therapie mit Folfiri+Cetuxi sowie Folfox6+Cetuxi eine stationäre Behandlung lukrativer als eine ambulante Behandlung ist. Bei einer Behandlung, für die im stationären Bereich Zusatzentgelte anfallen, kann daher ein Anreiz zur stationären statt ambulanten Versorgung bestehen.

Gerade bei Tumorbehandlungen können die Entscheidungen für zusätzliche Leistungen wegen der Komplexität des Krankheitsbildes in der Regel leicht gerechtfertigt werden. Die zusätzlichen Leistungen sind häufig Kann-Leistungen, die nicht unbedingt erforderlich sind. Für die Behandlung eines durchschnittlichen Falls wird dem Basisfallwert eine Bewertungsrelation (BWR) von 1,0 zugewiesen. Entsprechend bekommen Fälle je nachdem, ob sie aufwändiger oder weniger aufwändig sind als der Durchschnittsfall, eine Bewertungsrelation von mehr oder weniger als 1,0 zugewiesen. Durch Kann-Leistungen ist es möglich, die

¹⁰¹ Gleiche Berechnung wie in Abb. 6 und 7.

Fallpauschale aufzubessern, wenn diese eine Bewertungsrelation von $>1,0$ mitbringen. Beispiele hierfür sind Portimplantationen bei Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) mit einem BWR von 1,808, Herzschrittmacherimplantationen (BWR 1,6–2,9) und Behandlungen Febriler Neutropenie (bei NHL und Agranulozytose BWR 1,808). Bei einem durchschnittlichen Landesbasisfallwert von 3.150 Euro im Jahr 2014, ergeben sich durch diese Zusatzleistungen erhebliche Umsatzsteigerungspotenziale. Auch Leistungen mit BWR <1 können immer noch als lukrative Kann-Leistung durchgeführt werden, da diese in der Regel zusätzlich zu der bestehenden Therapie durchgeführt werden. Die Umsatzsteigerungspotenziale führen zu Fehlanreizen, Patienten stationär zu behandeln, wenn bei ihnen Zusatzleistungen angewendet und abgerechnet werden können, selbst wenn eine solche stationäre Behandlung und die Zusatzleistungen nicht unerlässlich wären.

Ein Krankenhaus hat die Möglichkeit, Patienten zwischen ambulantem und stationärem Bereich hin und her zu verweisen, um den wirtschaftlichen Ertrag zu optimieren. Sollte die zytostatische Behandlung ambulant weniger lukrativ sein, könnte der Patient für diese Therapie stationär aufgenommen werden. Sinken Behandlungsintensität und die Behandlungskosten einer Therapie, steigt der Vergütungsgewinn der DRG-Fallpauschale.

Die Möglichkeiten, bei Therapien aus wirtschaftlichen Gründen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu wechseln, haben unabhängige, niedergelassene Ärzte nicht. Sie können die Therapie nur ambulant anbieten und durchführen. Überweisen sie Patienten für eine stationäre Behandlung in ein Krankenhaus, profitieren sie einerseits nicht wirtschaftlich von dieser Überweisung und laufen andererseits Gefahr, den Patienten komplett an das Krankenhaus zu verlieren.

Unter der Annahme, dass ein Krankenhaus frei darüber entscheiden kann, ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt wird, liegt es nahe, dass dieser innerhalb des Krankenhausnetzwerks genau dort zur Behandlung gelangt, wo die höchsten Erlöse anfallen. Fixkosten können dabei in kurzfristiger Betrachtung außer Acht gelassen werden, da diese unabhängig von der Zahl der Patienten und dem Ort der Behandlung im Krankenhaus anfallen. Nach § 1 Abs. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlungen (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) hat die ambulante Behandlung Vorrang vor der stationären Aufnahme, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für den Patienten mit den Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden kann. Im Netzwerk Krankenhaus bestehen jedoch Fehlanreize, die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung auch nach wirtschaftlichen Aspekten zu treffen. Die Feststellung einer solchen Missachtung führt die Krankenkassen an die Grenzen ihrer Prüfmöglichkeiten. So wird z. B. in der onkologischen Versorgung die Notwendigkeit einer stationären Behandlung aufgrund der Komplexität einer Krebserkrankung und den zum Teil sehr starken Nebenwirkungen der Behandlung mit Zytostatika für die entscheidenden Ärzte gegebenenfalls leicht zu rechtfertigen sein. Im Gegensatz dazu bestehen für die unabhängigen, niedergelassenen Ärzte dieselben Fehlanreize, die stationäre Behandlung der ambulanten vorzuziehen nicht, da sie wirtschaftlich nicht von einer stationären Behandlung profitieren.

ZWISCHENFAZIT

Krankenhäuser sind vertikal und horizontal integrierte Unternehmen. Sie sind in der Lage sämtliche ambulanten und stationären Behandlungen für einen Krankheitsfall anzubieten. Ihr Angebot bezieht, wie am Beispiel der Krankenhausapotheken dargelegt, teilweise Vorleistungsprodukte ein (vertikale Integration) und

erschließt sich auf sämtliche Nachbardisziplinen, die gemeinsam an der Versorgung teilhaben (horizontale Integration). Die Krankenhauserlöse lassen sich entlang der Behandlungskette nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten durch eine Erhöhung von Fallzahlen und Therapien weiter steigern. Die Krankenhausapotheke fungiert hierbei als *Game-Changer* im Wettbewerb der Krankenhäuser mit den niedergelassenen Fachärzten. Im Krankenhaus liegt bei der Therapieentscheidung ein Interessenkonflikt zwischen wirtschaftlichen und medizinischen Interessen nahe.

Die Komplementarität der Leistungserbringung macht es Krankenhäusern möglich, beispielsweise den Bereich der onkologischen Ambulanz defizitär zu betreiben und aus den Überschüssen profitabler Krankenhausbereiche, insbesondere der Krankenhausapotheke, quer zu subventionieren. Quersubventionierung äußert sich im Krankenhaus anders als auf Märkten für *normale* Güter nicht in künstlich niedrigen Preisen zur Verdrängung eines unliebsamen Wettbewerbers. Vielmehr fließt sie in Überversorgung im ambulanten Bereich (*zu hohe Qualität*) und in eine ineffiziente Versorgung (*Qualität an falscher Stelle*). In jedem Fall können niedergelassenen Fachärzten Wettbewerbsnachteile durch Quersubventionierung entstehen. Wettbewerbsnachteile entstehen niedergelassenen Fachärzten aus dem Einsatz beispielsweise von Stationspersonal oder dem Einsatz von für den stationären Bereich bereits refinanzierten, medizinisch-technischen Geräten in der ambulanten Versorgung des Krankenhauses.

Krankenhäuser passen ihr Angebot strategisch an die bestehenden Vergütungsstrukturen an. Wirtschaftlich geführte Krankenhäuser beachten bei der langfristigen Ausrichtung ihres Angebotes die durchschnittliche, gewichtete Marge aus Einnahmen und Kosten eines Leistungsbereichs und vergleichen diese mit Alternativen. Es ist im Interesse des Krankenhauses, dass nur die profitabelsten Leistungsbereiche im Angebot verbleiben, daher besteht die Gefahr, dass weniger lukrative ambulante Leistungsbereiche vernachlässigt und abgebaut werden. Hierdurch ist die flächendeckende Versorgung in kritischen Leistungsbereichen gefährdet.

Die duale Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern führt zu einer Benachteiligung der Vertragsärzte. Obwohl die staatliche Investitionsförderung vom Grundsatz her ausschließlich an Projekte im stationären Bereich gebunden ist, ist die stationäre Versorgung mitunter untrennbar mit dem ambulanten Leistungsangebot eines Krankenhauses verbunden. Wo Vertragsärzte ihre Investitionen gänzlich aus der Vergütung durch die Krankenkassen finanzieren müssen, fließt den Krankenhäusern eine doppelte Investitionsförderung zu. Ungeachtet des Zugangs zur ambulanten Versorgung für Krankenhäuser müssen die niedergelassenen Vertragsärzte weiterhin den Sicherstellungsauftrag für die flächendeckende Versorgung schultern.

Die Möglichkeit zur Leistungsausweitung ist beispielsweise in der onkologischen Versorgung durch das komplexe und gravierende Krankheitsbild im Bereich der Begleittherapien besonders stark ausgeprägt. Zwar kann ausgeschlossen werden, dass die Primärdiagnose einer Krebserkrankung zur Leistungsausweitung dient und mithin Patienten in eine onkologische Versorgung gewiesen werden, für die diese nicht geboten wäre. Jedoch schafft die Komplexität des Krankheitsbildes vielfältige Möglichkeiten, die Anzahl und den Umfang der Behandlungen von Patienten mit einer Krebsdiagnose bei den Begleiterkrankungen auszuweiten. Da Krankenhäuser im Allgemeinen die volle Behandlungskette sämtlicher Krankheitsbilder anbieten, ist hier der Anreiz für angebotsinduzierte Nachfrage besonders hoch. Krankenhäuser können ihre Belegung durch die Möglichkeit zur stationären Aufnahme optimieren und die resultierenden Medikamentengewinne abschöpfen.

Ökonomische Anreize zur Leistungsausweitung existieren im Gesundheitswesen für alle Leistungsanbieter, da sie einen Informationsvorsprung gegenüber den Patienten besitzen und ihre Leistungen in der Regel durch die Krankenversicherung abgedeckt werden. Unter sonst gleichen Bedingungen sinken Anreize zur unsachgemäßen Leistungsausweitung durch Fallpauschalen und steigen bei Einzelleistungsvergütung. Der ungehinderte Zugang der Krankenhäuser zum ambulanten Leistungsbereich hat hier zur Folge, dass die Anreize der Krankenhäuser zur unsachgemäßen Leistungsausweitung durch die Fallpauschalen lediglich im stationären Angebot gehemmt werden, während sie insgesamt durch die Teilhabe an der Einzelleistungsvergütungen im ambulanten Bereich erhalten bleiben und verstärkt werden.

In der onkologischen Versorgung entscheiden die Krankenhäuser meist im Rahmen eines interdisziplinären Cancer-Boards über die Therapie des Patienten und daher auch über den Behandlungsverlauf im ambulanten und stationären Bereich. Sie übernehmen dabei eine wichtige Lotsenfunktion in der Krebstherapie, die ebenso gut bei den niedergelassenen Ärzten liegen könnte. Obwohl Cancer-Boards vorrangig durch interdisziplinären Austausch und Mehr-Augen-Prinzip dem Wohl des Patienten dienen, bergen sie durch die starke Stellung der Krankenhäuser in ihnen seit der Öffnung des ambulanten Sektors auch ein erhebliches Risiko zur Leistungsausweitung und/oder Patientendiskriminierung. Krankenhäuser haben zwar keine Befugnis, Patienten direkt abzuweisen, sie können diese jedoch durch gezielte Informationsgabe innerhalb des Hauses steuern. Die Abrechnung über Fallpauschalen birgt Anreize für Krankenhäuser, bevorzugt solche Patienten in stationäre Behandlung zu nehmen, die einen kostengünstigen Behandlungsverlauf erwarten lassen. Ein weiterer Anreiz zur Patientendiskriminierung geht von der imperfekten Qualitätstransparenz und den für Krankenhäuser eingeschränkten Reputationsmechanismen aus. Von Ärzten und Krankenhäusern werden daher Fälle bevorzugt, die einen positiven Verlauf, mithin ein dokumentationsfähiges eindeutig positives Ergebnis erwarten lassen.

Nach § 1 Abs. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) hat die ambulante Behandlung Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für den Patienten mit den Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden kann. Ein Krankenhaus besitzt jedoch die wirtschaftlichen Anreize, Patienten zur Maximierung seines Ertrags zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich gegebenenfalls hin und her zu verweisen, wenn hierdurch höhere Erlöse generiert werden können. Niedergelassene Ärzte können Therapien zunächst nur ambulant anbieten und durchführen. Überweisen sie Patienten zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus, profitieren sie einerseits nicht wirtschaftlich von dieser Überweisung und laufen zusätzlich Gefahr, den Patienten auch für die ambulanten Folgebehandlungen vollständig an das Krankenhaus zu verlieren.

5 BEWERTUNG

In den zurückliegenden 15 Jahren haben zahlreiche Gesetzesänderungen zur Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser beigetragen. Durch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser werden Vertragsärzte zunehmend in eine Wettbewerbsbeziehung mit diesen gesetzt. Wo vorher eine strikte Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich herrschte und die Aufgabenbereiche von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten klar verteilt waren, dringen nun die Krankenhäuser in den Markt für ambulante Behandlungen ein und treten dem niedergelassenen Bereich als Wettbewerber gegenüber. Unter wettbewerbpolitischen Gesichtspunkten ist eine größere Zahl an Marktteilnehmern zunächst zu begrüßen, denn geringere Marktkonzentrationen bieten typischerweise bessere Voraussetzungen für funktionierenden Wettbewerb. Dennoch ist der Eintritt der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich kritisch zu hinterfragen, da Krankenhäuser und Vertragsärzte im Hinblick auf die Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionsfinanzierung unter ungleichen Bedingungen agieren. Im Gesundheitswesen mangelt es auf der Nachfrageseite, bedingt durch das Vollversicherungsprinzip und die damit verbundene Funktion der Krankenkassen als Finanzintermediäre, grundsätzlich an notwendigen Voraussetzungen für Wettbewerb. Auf der Angebotsseite fehlen durch die größtenteils einheitliche Vergütung und die Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern Anreize für Qualitätssteigerung beziehungsweise für Kostensenkung. Zusätzlich benötigte funktionierender Wettbewerb per Definition ein Angebot mit Auswahlmöglichkeiten. Diese sind im deutschen Gesundheitssystem durch die Bedarfsplanung eingeschränkt.

5.1 STATUS QUO

Mit der Regelung einheitlicher Zugangsbedingungen zur ASV wurde ein „dritter Sektor“ geschaffen. Der Zugang zur ambulanten Versorgung wird von Krankenhausträgern gerne in Anspruch genommen. Einer Erhebung des Sachverständigenrats Gesundheit aus dem Jahr 2012 zufolge erbringen 91,1 % der befragten Krankenhäuser Arten ambulanter Leistung. Das stärkste Feld ambulanter Betätigung von Krankenhäusern sind mit 88,7 % nicht-spezielle Formen der ambulanten Leistungserbringung wie Ermächtigungen, Belegarztstätigkeiten oder Hochschulambulanzen. Darauf folgen das ambulante Operieren (79,4 %) und die Erbringung teilstationärer Leistungen (49,8 %). An der ambulanten Versorgung nach § 116b SGB V 2007 nehmen 17,3 % der Krankenhäuser teil. Es besteht ein politischer Druck zur weiteren Ausweitung der ambulanten Betätigung von Krankenhäusern. Dieser wird argumentativ von der demographischen Entwicklung getragen, die eine Unterversorgung andeutet und politische Eingriffe motiviert. 80,3 % der befragten Krankenhäuser äußerten, dass das Potenzial ambulanter Leistungserbringung in Krankenhäusern künftig weiter ansteigen wird. Aus Sicht der Krankenhäuser bietet die Öffnung der stationären Versorgung zur ambulanten Versorgung beträchtliches wirtschaftliches Potenzial. Die bestehenden Strukturen der stationären Versorgung lassen sich für die ambulante Versorgung abermals nutzen und deckungsbeitragswirksam abermals einsetzen. Dies bezieht sich auf Einrichtungen und Geräte ebenso wie auf die Strukturen der medikamentösen Versorgung im Krankenhaus und auf die personellen Ressourcen in Diagnostik und Therapie.

Die duale Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern führt zu einer Benachteiligung der Vertragsärzte im Wettbewerb mit den Krankenhäusern. Obwohl die staatliche Investitionsförderung ausschließlich an Projekte im stationären Bereich gebunden ist, ist die stationäre Versorgung mitunter untrennbar mit dem ambulanten Leistungsangebot eines Krankenhauses verbunden. Wo Vertragsärzte ihre Investitionen gänzlich aus der Vergütung durch die Krankenkassen finanzieren müssen, fließt den Krankenhäusern eine doppelte Investitionsförderung zu. Gleichzeitig verbleibt der Sicherstellungsauftrag einer flächendeckenden Versorgung in der Hand des niedergelassenen Sektors.

Die gesetzlichen Regelungen bevorteilen Krankenhäuser finanziell, indem sie ihnen den stationären Sektor vollständig überlassen und weiträumige Möglichkeiten geben, ihr Angebot zusätzlich auch in den ambulanten Bereich auszurollen. Krankenhäuser sind vertikal und horizontal weitreichend integrierte Unternehmen. Sie sind in der Lage sämtliche ambulanten und stationären Behandlungen für einen Krankheitsfall anzubieten und hiervon auch in wirtschaftlicher Hinsicht vollumfänglich zu profitieren. Das Angebot der Krankenhäuser bezieht Vorleistungsprodukte mit ein und erschließt sich auf sämtliche Nachbardiisziplinen, die gemeinsam an einer Versorgung teilhaben. Hingegen können niedergelassene onkologische Schwerpunktpraxen zwar im Sinne eines behandelnden Arztes ebenso eine Versorgung aus einer Hand organisieren, dieses würde jedoch für den behandelnden Arzt nicht in gleicher Weise honorarwirksam. Vorteil integrierter Angebote sind mögliche Qualitätsgewinne durch die Versorgung aus einer Hand, ihr Nachteil liegt in der Möglichkeit zur Behandlung von Patienten nach Rentabilitäts Gesichtspunkten. Durch die weitreichende Integration der gesamten Behandlungskette und einiger zentraler Vorleistungsfunktionseinheiten im Krankenhaus besteht ein Interessenkonflikt bei der Auswahl der Therapie zwischen wirtschaftlichen und medizinischen Interessen.

In der onkologischen Versorgung beispielsweise macht es die Komplementarität der Leistungserbringung den Krankenhäusern möglich, onkologische Ambulanzen für sich genommen und zu Lasten des Wettbewerbs mit niedergelassenen Fachärzten defizitär zu betreiben und aus den Überschüssen anderer profitabler Krankenhausbereiche, insbesondere aus den Überschüssen der Krankenhausapotheke, quer zu subventionieren. Die Quersubventionierung äußert sich hierbei anders als auf Märkten für „normale“ Güter nicht in künstlich niedrigen Konsumentenpreisen zur Verdrängung eines unliebsamen Wettbewerbers. Vielmehr fließt sie zum einen in Überversorgung im ambulanten Bereich (*zu hohe Qualität*) und in eine ineffiziente Versorgung (*Qualität an falscher Stelle*). Die Quersubventionierung ist häufig nicht strikt versorgungsorientiert, sondern kann stattdessen marketingorientiert sein. Grund hierfür sind die großen Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen. So sind beispielsweise die Hotelqualitäten eines Krankenhauses für Patienten in der Regel leichter und tatsächengerechter überprüfbar als die mit großen patientenspezifischen Risiken behafteten und zudem weitreichend intransparenten Qualitäten eines Krankenhauses im Bereich der medizinischen Versorgung. Wettbewerbsnachteile entstehen den auf Partialleistungen spezialisierten niedergelassenen Fachärzten auch aus dem Einsatz beispielsweise von Stationspersonal oder dem Einsatz eines für den stationären Bereich im Krankenhaus bereits refinanzierten medizinisch-technischen Gerätes im ambulanten Bereich.

Ökonomische Anreize zu einer unsachgemäßen Leistungsausweitung existieren im Gesundheitswesen für alle Leistungsanbieter zunächst in gleicher Weise, die einen Informationsvorsprung gegenüber den Patienten besitzen und deren Leistungen durch die Krankenversicherung abgedeckt werden. Unter sonst gleichen Bedingungen sinken die Anreize zur Leistungsausweitung durch Fallpauschalen und steigen im Bereich der Einzelleistungsvergütung. Werden Krankenhäuser mit niedergelassenen Medizinerinnen verglichen, werden die

Anreize der Krankenhäuser jedoch durch die Fallpauschalen allein im stationären Bereich nur wenig gehemmt, da die Krankenhäuser durch die Öffnung in den ambulanten Sektor an der Einzelleistungsvergütung mit zunehmend partizipieren. Die Möglichkeit zur unsachgemäßen Leistungsausweitung ist im Beispiel der onkologischen Versorgung durch das komplexe und gravierende Krankheitsbild sowie die Vielzahl an möglichen Begleittherapien besonders stark ausgeprägt. Zwar ist auszuschließen, dass die Primärdiagnose einer Krebserkrankung zur Leistungsausweitung dient und mithin Patienten in eine onkologische Versorgung gewiesen werden, für die diese nicht geboten wäre. Die Komplexität des Krankheitsbildes schafft jedoch Möglichkeiten, die Anzahl und den Umfang der Behandlungen von Patienten mit einer Krebsdiagnose auch bei den Begleiterkrankungen auszuweiten. Da das Krankenhaus die volle Behandlungskette abdecken kann, ist hier der Anreiz für eine unsachgemäße Leistungsausweitung besonders hoch.

Krankenhäuser haben zwar keine Befugnis, Patienten direkt abzuweisen, sie können diese jedoch über die Behandlung durch gezielte Informationsgabe innerhalb des Hauses steuern, ihnen sogar nahelegen, dass sie nicht bestmöglich für ein spezifisches Krankheitsbild ausgestattet sind und ihnen daher andere Häuser oder den ambulanten Bereich zur Behandlung nahelegen. Die Abrechnung über Fallpauschalen birgt Anreize für Krankenhäuser, bevorzugt solche Patienten in stationäre Behandlung zu nehmen, die einen kostengünstigen Behandlungsverlauf erwarten lassen. Ein zweiter Anreiz zur Patientendiskriminierung geht von der imperfekten Qualitätstransparenz und den für Krankenhäuser eingeschränkten Reputationsmechanismen aus. Von Ärzten und Krankenhäusern werden Fälle bevorzugt, die einen positiven Verlauf, mithin ein dokumentationsfähiges eindeutig positives Ergebnis erwarten lassen.

Krankenhäuser besitzen kurzfristig die wirtschaftlichen Anreize und Möglichkeiten, Patienten zwischen ambulantem und stationärem Bereich hin und her zu verweisen, um ihren Ertrag zu optimieren. Die Bestimmungen des § 1 Abs. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) sind wirkungslos, da weder durch einen Sanktionsmechanismus belegt noch durch die Patienten oder durch die Krankenkassen als ihre Sachwalter zu kontrollieren. Niedergelassene Ärzte können Therapien nur ambulant anbieten und durchführen. Überweisen sie Patienten für eine stationäre Behandlung in ein Krankenhaus, profitieren sie zum einen nicht wirtschaftlich von dieser Überweisung und laufen zum anderen Gefahr, den Patienten für Folgebehandlungen komplett an das Krankenhaus zu verlieren.

Krankenhäuser passen ihr Angebot langfristig an die Vergütungsstrukturen an. Es liegt im wirtschaftlichen Interesse der Krankenhäuser, dass nur die profitabelsten Leistungsbereiche im Angebot verbleiben. Da Krankenhäuser abseits städtischer Regionen in der Regel lokale Monopolstellungen besitzen, erwächst hieraus eine Gefahr für die Versorgung in kritischen Facharztdisziplinen, wenn Krankenhäuser ihre Wettbewerbsvorteile nutzen und neben der stationären Versorgung auch die ambulante Versorgung eines Gebietes beherrschen. Würden weniger lukrative ambulante Leistungsbereiche vernachlässigt oder abgebaut, so wäre hierdurch die flächendeckende Versorgung gefährdet. Die ambulante onkologische Versorgung wäre daher aus wettbewerbsökonomischer Sicht langfristig vor allem in ländlichen Gebieten mit einer geringen Bevölkerungsdichte bedroht. Krankenhäuser können ihre in der Regel monopolistische oder annähernd monopolistische Stellung im Bereich der stationären Versorgung nutzen und auf ihre ambulanten Versorgungsangebote übertragen, um niedergelassene Onkologen zu verdrängen. Folglich kann es zu lokal monopolistischen Strukturen in der onkologischen Versorgung kommen, die mit einer schleichenden Qualitätsverschlechterung abschließen.

5.2 AUSBLICK

Krankenhäuser dehnen sich, begünstigt durch die vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmenbedingungen, immer weiter in den ambulanten Bereich aus. Durch Möglichkeiten zur Quersubventionierung ist es Krankenhäusern möglich, Bereiche der ambulanten Versorgung im intermodalen Wettbewerb defizitär zu betreiben. Krankenhäuser können ihr Versorgungsangebot den wirtschaftlichen Gegebenheiten anpassen und wirtschaftlich attraktive Bereiche, sei es durch eine hohe Leistungsvergütung oder durch Skaleneffekte, ausbauen und die Versorgung in weniger lukrativen Bereichen reduzieren, langfristig sogar einstellen. Dies droht vermutlich besonders, aber nicht ausschließlich, bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft, die wirtschaftliche Gesichtspunkte als Zielsetzung stärker betonen. Die Zahl der 2013 in privatrechtlicher Trägerschaft geführten Krankenhäuser lag bei 353 von insgesamt 1996 Kliniken.¹⁰² Durch die von der derzeitigen Gesetzeslage geförderte Entwicklung wird die Wettbewerbsposition der niedergelassenen Fachärzte im Bereich der ambulanten Versorgung gegenüber Krankenhäusern stetig geschwächt.

Durch Möglichkeiten zur Patientendiskriminierung zum einen und den weitreichenden Möglichkeiten der Patientenlenkung innerhalb des Netzwerks Krankenhausunternehmen zum anderen haben Krankenhäuser Möglichkeiten, Patientenströme nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu steuern. Der Sollzustand in der onkologischen Versorgung sähe eine Behandlung von Patienten strikt nach Gesichtspunkten medizinischer Erforderlichkeit (und unabhängig von wirtschaftlichen Faktoren) vor. Krankenhäuser sollten dieser – möglicherweise umstrittenen – Systematik zur Folge erst tätig werden, wenn die ambulante Versorgung durch niedergelassene Fachärzte nicht ausreicht und eine stationäre Versorgung notwendig wird. Durch die immer stärkere Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser geraten die niedergelassenen Fachärzte im Bereich der ambulanten Versorgung immer stärker in einen Wettbewerb mit Krankenhäusern. Durch die dargelegten bestehenden Wettbewerbsprobleme in der ambulanten Versorgung bauen Krankenhäuser ihre Kapazitäten im ambulanten Bereich auf Kosten der niedergelassenen Fachärzte aus.

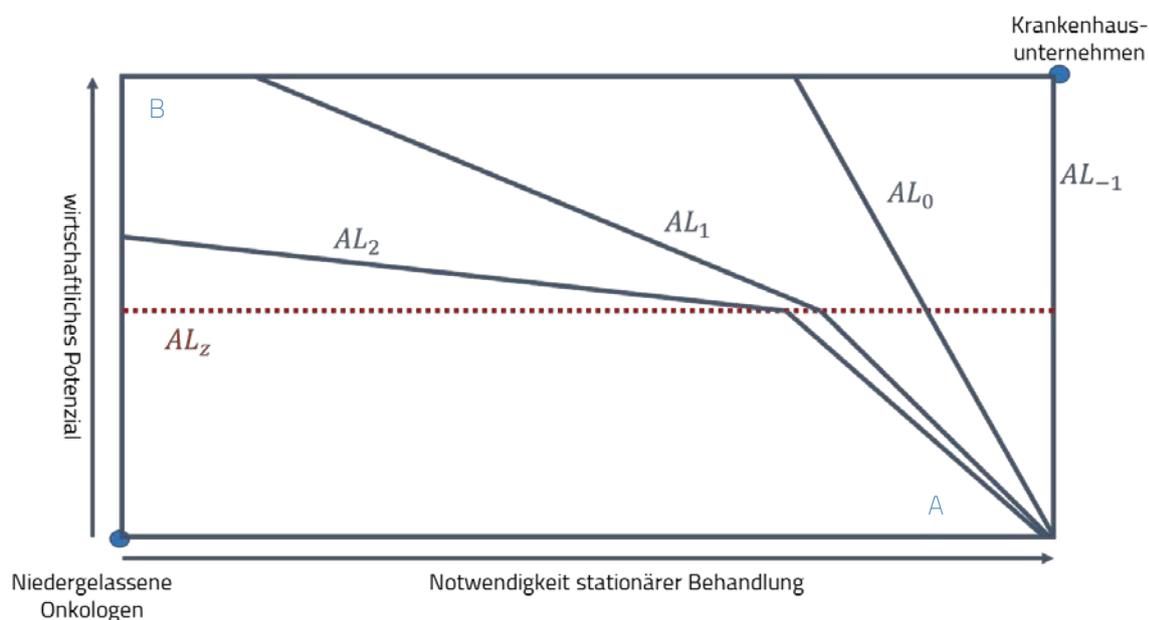
Abbildung 11 illustriert graphisch vereinfachend und ähnlich einer Edgeworth-Box, wie sich Patientinnen und Patienten in der ambulanten onkologischen Behandlung auf Krankenhausunternehmen und niedergelassene Onkologen aufteilen. Es sei angenommen, dass sich die Patienten für den behandelnden Facharzt oder das behandelnde Krankenhaus in ihrem wirtschaftlichen Potenzial jeweils individuell unterscheiden, dass dieses wirtschaftliche Potenzial jedoch unabhängig vom Versorgungsmodus ist, also stationär wie ambulant jeweils gleich hoch ausfällt. Von unten nach oben wächst der wirtschaftliche Überschuss an, der durch die Behandlung eines einzelnen Patienten entsteht, von links nach rechts nimmt die Notwendigkeit einer stationären Behandlung beim Patienten zu. Daher beschreibt beispielsweise der Punkt A in Abbildung 11 einen Patienten mit einer relativ hohen Notwendigkeit stationärer Versorgung, hingegen gleichzeitig niedrigem wirtschaftlichen Nutzen, der Punkt B in Abbildung 11 einen Patienten mit einem niedrigen stationären Versorgungsbedarf, gleichzeitig aber einem hohen wirtschaftlichen Potenzial für den behandelnden Versorger.

Die rot gepunktete Linie AL_Z markiert in Abbildung 11 die Grenze der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausunternehmen. Patienten auf und über der Linie sind, wirtschaftlich betrachtet, besonders interessant für Krankenhausunternehmen. AL_{-1} beschreibt die Aufteilungslinie der Patienten auf Krankenhäuser und niedergelassene Fachärzte vor der Öffnung des ambulanten Versorgungsbereichs.

¹⁰² Vgl. Destatis, *Grunddaten der Krankenhäuser* – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden: 2013.

Ambulante Versorgung findet hier ausschließlich im niedergelassenen Bereich statt. Nach der erfolgten Öffnung des ambulanten Bereichs müssen Krankenhäuser zunächst investieren, um Kapazitäten aufzubauen. Da Krankenhäuser weitreichende Möglichkeiten haben, die Patientenströme zu lenken, wird AL_{-1} sich nicht einfach nach links verschieben. Krankenhäuser werden stattdessen versuchen, besonders Fälle mit hohem wirtschaftlichem Potenzial zu versorgen, während sie versuchen werden, die Fälle mit geringem wirtschaftlichem Potenzial dem niedergelassenen Sektor zu überlassen. Entsprechend ist der Istzustand durch AL_0 dargestellt, durch die Aufteilungslinie der Patienten zum Stand heute. Durch Möglichkeit der Krankenhäuser, Patientenströme zu lenken, verschiebt sich die Aufteilungslinie weiter. AL_1 beschreibt die Aufteilung in der nahen Zukunft. Krankenhäuser haben neue Kapazitäten geschaffen, um noch weitere wirtschaftlich attraktive Fälle behandeln zu können. Bei der Expansion profitieren sie von weitreichenden Möglichkeiten der Quersubventionierung, von Skaleneffekten und der doppelten Investitionsförderung wie in Abschnitt 4 beschrieben. Strategisches Ziel der Krankenhausunternehmen ist es, die Aufteilungslinie über AL_2 hinaus so weit zu verschieben, dass sie der rot gepunkteten Linie entspricht. Gleichzeitig werden sie versuchen, ihren Anteil von Patienten unterhalb der rot gepunkteten Linie, also Fälle mit geringem wirtschaftlichem Potenzial, so gering wie möglich zu halten. AL_z beschreibt das wirtschaftliche Aufteilungsziel der Krankenhäuser: lukrative Behandlungen werden vollständig im Krankenhaus vorgenommen, für Krankenhäuser unwirtschaftliche Behandlungen würden im niedergelassenen Bereich stattfinden. Der Sollzustand, Patienten unabhängig von wirtschaftlichen Gesichtspunkten nach medizinischer Erforderlichkeit zu versorgen, wird verfehlt.

ABBILDUNG 11: AUFTEILUNG DER PATIENTEN ZWISCHEN KRANKENHAUSUNTERNEHMEN UND NIEDERGELASSENEN ONKOLOGEN NACH WIRTSCHAFTLICHEM POTENZIAL UND NOTWENDIGKEIT STATIONÄRER BEHANDLUNG



Quelle: Eigene Darstellung.

Diese vereinfachte Darstellung spiegelt die Auswirkungen der Fehlanreize für Krankenhäuser aus ungleichen Wettbewerbsbedingungen von Krankenhäusern und dem niedergelassenen Bereich. Wenn immer mehr lukrative Fälle in Krankenhäusern und immer weniger Fälle im niedergelassenen Bereich versorgt werden, wird langfristig die Ausdünnung der niedergelassenen Versorgung Folge sein. Niedergelassene Fachärzte sind darauf angewiesen, Investitionen sowie ihre laufenden Kosten gänzlich aus ihrer Vergütung zu finanzieren. Die Beibehaltung der bestehenden Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung würde die Verdrängung einer großen Zahl niedergelassener Onkologen begünstigen und mithin die ambulante Versorgung in der Fläche sowie die Spezialversorgung in die Hände der Krankenhäuser legen. Diese Entwicklung ist im Ansatz bereits zu beobachten. Aktuelle Zahlen des Bundesarztregisters zeigen, dass die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Hämatologen und Onkologen ausgehend von 877 Ärzten im Jahr 2011, zwar bis 2013 um 24,8 % gestiegen ist. Die Anzahl der selbstständigen vertragsärztlich tätigen Hämatologen und Onkologen ist jedoch im selben Zeitraum von 825 um 11 % auf 734 gesunken, während die Anzahl der abhängig tätigen Ärzte von 62 im Jahr 2011 auf 373 im Jahr 2013 angewachsen ist. Dies bedeutet eine mehr als Verfünffachung der Anzahl der angestellten vertragsärztlich tätigen Hämatologen und Onkologen im Betrachtungszeitraum.¹⁰³

Lässt sich diese bedenkliche Entwicklung in der ambulanten Versorgung schon durch einfache Maßnahmen – etwa durch eine Anpassung der Vergütungssätze – korrigieren? Die Kostenträger könnten versucht sein, der Verdrängung der niedergelassenen Onkologen entgegen zu treten, indem sie die Vergütung für Fälle mit zur Zeit niedrigem wirtschaftlichen Potenzial nach oben anpassen, um diese für den niedergelassenen Bereich auskömmlicher zu gestalten. Dies hätte bei Beibehaltung der bestehenden Systematik jedoch zur Folge, dass diese Fälle nicht nur für die niedergelassenen Ärzte wirtschaftlich interessanter würden, sondern auch für Krankenhäuser. Krankenhäuser würden daher ein verstärktes Interesse daran hegen, auch die durch die Vergütungsanpassung wirtschaftlich interessanteren Fälle zu behandeln. Wenn die Kostenträger also eine Erhöhung der Vergütung für Fälle mit geringem wirtschaftlichem Nutzen vornehmen, verschiebt sich die Wirtschaftlichkeitslinie **AL_z** weiter nach unten. Entsprechend werden nun einige Patienten wirtschaftlich interessant für Krankenhäuser, die es vor der Erhöhung nicht waren. Die Anpassungsreaktion der Krankenhäuser auf die Vergütungsanpassung im ambulanten Bereich ist unmittelbar: Krankenhäuser bauen ihre Kapazitäten weiter aus, bis sie wieder alle Fälle oberhalb der nun verschobenen Aufteilungslinie **AL_z** in Behandlung haben. Da unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht lediglich niedergelassene Mediziner von Vergütungsanpassungen in der ambulanten Versorgung profitieren, würden diese lediglich zu einer weiteren Verstärkung der wirtschaftlichen Fehlanreize für Krankenhäuser führen.

Die derzeitigen Rahmenbedingungen dünnen langfristig den niedergelassenen Bereich stetig aus. Diese Entwicklung geht mit einem Anstieg der Kosten einher. Niedergelassene Praxen werden nicht nur durch Kampfpreise verdrängt, sondern auch durch die Lenkung von Patientenströmen durch Krankenhäuser nach wirtschaftlichen Interessen. Die Kostensteigerungen entstehen zum einen durch Überversorgung im ambulanten Bereich (*zu hohe Qualität*) und durch eine ineffiziente Versorgung (*Qualität an falscher Stelle*). Denn in dem Moment, in dem die Überschüsse nicht strikt versorgungsorientiert eingesetzt werden, wird dem Gesundheitssystem Geld entzogen. Besonders, wenn überwiegend die Hotelqualitäten eines Krankenhauses – für Patienten in der Regel leichter und sachengerechter überprüfbar als die mit großen patientenspezifischen Risiken behafteten und zudem weitreichend intransparenten Behandlungsqualitäten eines

¹⁰³ Zahlen vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt, basierend auf dem Bundesarztregister.

Krankenhauses – ausgebaut werden, werden verfügbare Mittel im Gesundheitssystem fragwürdig verwendet. Ohne Anpassung der Rahmenbedingungen setzt sich daher eine Spirale in Gang, an deren Ende der Marktaustritt einer großen Zahl niedergelassener Fachärzte zu befürchten ist und die mit starken Kostensteigerungen einhergeht.

Die Ausdünnung der niedergelassenen Versorgung geht mit erheblichen Einschränkungen für die Patienten einher. Hat ein Patient im ambulanten Bereich bei niedergelassenen Fachärzten die freie Arztwahl, ist diese im Krankenhaus eingeschränkt, da der Patient dort von einem der diensthabenden Ärzte behandelt wird. Ein zusätzlicher Nachteil für den Patienten besteht in der Tatsache, dass der behandelnde Arzt bei unterschiedlichen Terminen im Krankenhaus durchaus ein jeweils anderer sein kann. Dies wirkt sich nicht nur negativ auf die Patienten-Arzt-Beziehung aus, sondern führt zu Schnittstellenproblemen bei der Behandlung. Auch beim Thema „Zweitmeinung“ muss der Patient im Krankenhaus Abstriche machen. Wegen der hierarchischen Strukturen im Krankenhaus ist unwahrscheinlich, dass ein Arzt die Meinung eines Kollegen aus demselben Haus in Frage stellt.

Die Fehlanreize in Bezug auf die Patientenlenkung innerhalb der Krankenhäuser und die damit verbundene Überversorgung, wie in Kapitel 4 beschrieben, gelten für selbstständige niedergelassene Ärzte nicht. Zusätzlich ist zu beachten, dass sich Praxen von niedergelassenen Ärzten im Vergleich zum Versorgungsangebot der Krankenhäuser in der Fläche dezentraler verteilen. Ein Wegfall niedergelassener Ärzte würde die Versorgungssituation in dünn besiedelten Regionen verschärfen. Fällt die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte weg, wird die für eine Behandlung zurück zu legende Entfernung für die Patienten im Durchschnitt steigen. Grundsätzlich ist es gerade für Onkologie-Patienten dienlich, wenn die Versorgung möglichst wohnortnah erfolgen kann, um Belastungen so gering wie möglich zu halten. Es spricht zudem einiges für die Tatsache, dass Patientenströme, sprich die Abwicklung von Patienten innerhalb einer Einrichtung über Sprechstunde, Infusionsbehandlung usw., in kleinen Organisationseinheiten wie den Praxen niedergelassener Fachärzte deutlich einfacher zu managen sind als in Krankenhäusern.

6 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die Mängel in der ambulanten Versorgung wurden in Kapitel 4 analysiert und in Kapitel 5 aus wettbewerbsökonomischer Perspektive bewertet. Kapitel 6 beschreibt nun Handlungsempfehlungen, die geeignet sind, einige der beschriebenen Missstände zu beheben. Abschnitt 6.1 beschreibt zunächst abstrahierend Richtungen für Reformen, die die wesentlichen Fehlanreize in der ambulanten Versorgung reduzieren. Im Abschnitt 6.2 werden am Beispiel der onkologischen Versorgung Elemente eines möglichen Lösungswegs vorgestellt, über die ein nachhaltig kostengünstiges und qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot sichergestellt werden kann.

6.1 ZIELPROBLEME

Im deutschen Gesundheitswesen wird Wettbewerb bislang lediglich als Instrument zur Kostensenkung eingesetzt. Wettbewerb sollte jedoch als ein Instrument zur systematischen Qualitätsverbesserung verstanden werden. Er ist funktionsfähig, wenn Wettbewerbern faire Wettbewerbsbedingungen gegeben sind. Faire Wettbewerbsbedingungen finden wir wegen der deutlich unterschiedlichen wirtschaftlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen bei Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten in der ambulanten Versorgung nicht. Die Unterschiede in den Wettbewerbsbedingungen können zu einer regionalen Verdrängung und Ausdünnung der niedergelassenen Versorgung führen.

Die nachfolgenden konzeptionellen Vorschläge zur Lösung des Wettbewerbsproblems in der ambulanten Versorgung folgen dem Gedanken der Herstellung fairer Wettbewerbsbedingungen. In der ambulanten Versorgung haben wir als bedeutendsten Unterschied in den wettbewerblichen Rahmenbedingungen von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Teilhabe an der Versorgung und die mit diesen spezifisch verbundenen unterschiedlichen Vergütungsmöglichkeiten identifiziert. Beispielsweise entstehen Krankenhäusern bedeutende Wettbewerbsvorteile bei onkologischen Behandlungen durch Abbildung der gesamten Behandlungskette unter ihrem Dach. Krankenhäuser haben Möglichkeit und Gelegenheit, neben der stationären Versorgung über Ermächtigungen, die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren, gegebenenfalls in Hochschulambulanzen oder durch die Teilnahme an der ASV in die ambulante Versorgung zu gehen und an den mit dieser verbundenen spezifischen Vergütungen zu partizipieren. Hingegen ist die Teilhabe der niedergelassenen Fachärzte weitgehend auf den ambulanten Bereich selbst und in diesem auf Einzelpraxen oder Formen von Gemeinschaftspraxen und MVZ sowie die ASV beschränkt. Ein integriertes Versorgungsangebot aus einer Hand ist einzelnen niedergelassenen Fachärzten und Praxisgemeinschaften insofern unmöglich, als sie die für dieses notwendigen Kooperationen mit beispielsweise anderen Fachärzten, Praxisgemeinschaften oder Krankenhäusern nicht vertraglich unterlegen und an den Behandlungserlösen ihrer Kooperationspartner partizipieren dürfen.

Krankenhäuser sind in der Lage, ihre für die stationäre Versorgung bereits refinanzierte Infrastruktur auch in den ambulanten Bereich auszurollen und dann ihre überlegenen Lenkungsmöglichkeiten von Patienten im Wettbewerb mit dem Ziel zu nutzen, ihre finanziellen Erträge zu optimieren. Hinzu kommen insbesondere bei komplexen Erkrankungen mit Komplikationen und Multimorbiditäten wirtschaftliche Anreize für

Krankenhäuser zur ineffizienten Leistungsausweitung. Die Bestrebungen zur Ertragsmaximierung und Gewinnoptimierung in Krankenhäusern stehen oftmals nicht mit den Versorgungsinteressen im Gesundheitswesen im Einklang.

Patientenlenkung fällt in der Krebstherapie eine essentielle Rolle zu. In der Krebstherapie ist Qualitätstransparenz wegen der hohen Komplexität der zu behandelnden Grunderkrankung mit vielfältigen Begleit- und Folgeerkrankungen lediglich in einem nur grundsätzlich geringen Ausmaß möglich. Diese geringe mögliche Qualitätstransparenz und die hohe psychische Belastung für die Patienten, die mit der Tumordiagnose einhergeht, führen dazu, dass es Patienten schwer fällt, eigene rationale Entscheidungen zu treffen. Um wirtschaftliche Fehlanreize durch Möglichkeiten zur Patientenlenkung zu minimieren, sollten zum einen geeignete Signale geschaffen werden, die die Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient minimieren, und zum anderen die Qualitätstransparenz durch gezielte Auswertung und Analyse von Behandlungserfolgen erhöht werden. Geeignete Signale können beispielsweise von der Zertifizierung spezialisierter Einrichtungen und Netzwerke ausgehen. Eine solche ist in der onkologischen Versorgung zum Teil bereits heute Realität, vorangebracht durch den Nationalen Krebsplan, von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) sowie der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). So existieren für die onkologische Versorgung konkurrierende Zertifizierungsverfahren beispielsweise als onkologische Zentren, als Organkrebszentren oder im Bereich der onkologischen Spitzenzentren.

Die Bedarfsplanung ist kein wirkungsvolles Instrument zur Kontrolle der aus einer Beibehaltung des Status Quo erwachsenden Ausdünnung der niedergelassenen Versorgung. Krankenhäusern können ihre vielfältigen Möglichkeiten im Wettbewerb um die ambulante Versorgung zur Verdrängung niedergelassener Fachärzte nutzen. Eine extreme Folge hieraus kann die lokale Monopolstellung eines Krankenhauses in der ambulanten wie stationären Versorgung sein. Eine solche Monopolstellung lässt negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Kosten des Gesundheitswesens der betroffenen Region erwarten.

6.2 REGIONALE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSNETZWERKE

Um die Vorteile der Versorgung aus einer Hand weiterhin nutzen zu können und auch den Bereich der niedergelassenen Fachärzte hierbei einzubeziehen, kommt dem Netzwerkgedanken eine besondere Rolle bei der Lösung der skizzierten Herausforderungen in der onkologischen Versorgung zu. Niedergelassenen Ärzten sollen unbedingt Möglichkeiten zur Bildung geeigneter Netzwerke gegeben werden. Hierzu sind zunächst Kooperationsmöglichkeiten zu schaffen, die auch die wirtschaftliche Kooperation von niedergelassenen Fachärzten mit anderen niedergelassenen Fachärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen erlauben. Netzwerke haben das Ziel, Verbundvorteile, Skalen- und Synergieeffekte in der onkologischen Versorgung zu heben. Dies ist perspektivisch unerlässlich, um vor der Herausforderung einer zunehmend alternden Gesellschaft mit steigender Rate an Tumorerkrankungen bestehen zu können.

Netzwerke erfordern geeignete wirtschaftliche Kooperationsmöglichkeiten für niedergelassene Fachärzte oder von diesen mit anderen Leistungserbringern. Hierzu sind bestehende Regelungen in den Berufsordnungen der Ärzte zu überdenken sowie gegebenenfalls die gesetzlichen Grundlagen der einschlägigen

Bestimmungen zu ändern. In der bestehenden (*Muster-*)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte¹⁰⁴ sind diskussionswürdig die Formulierungen beispielsweise in:

- § 12 Honorare und Vergütungsabsprachen zum Verweis auf die ärztliche Gebührenordnung,
- § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis, wonach es Ärztinnen und Ärzten lediglich gestattet ist, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein,
- § 18 Berufliche Kooperationen insbesondere im Hinblick auf gegebenenfalls notwendige Einschränkungen des Prinzips der freien Arztwahl und in
- § 31 Unerlaubte Zuweisung sowie § 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit, die in der bestehenden Fassung zu Auslegungsmisverständnissen einladen. Ökonomisch ist nicht normativ bestimmbar, wann eine bestimmte Vergütung einer bestimmten erbrachten Leistung entspricht.

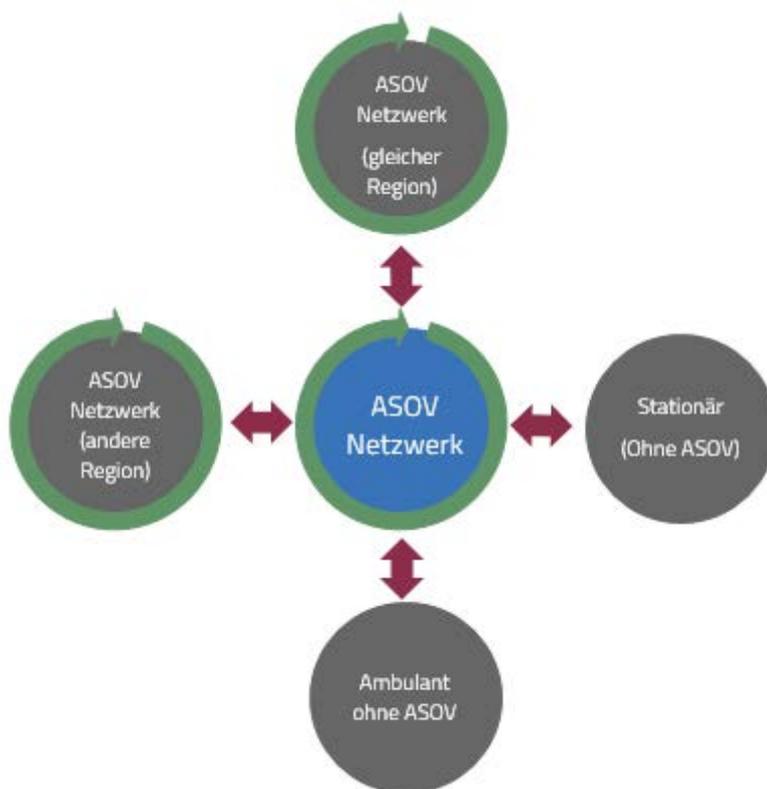
Schließlich ist die kassenärztliche Bedarfsplanung infrage zu stellen, da sie den Marktzugang reglementiert und daher das Vordringen innovativer Organisationen von Versorgung hemmt.

Innerhalb der Netzwerke soll sowohl die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten untereinander als auch die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern gestärkt werden. Ziel ist ein funktionsfähiger intermodaler Wettbewerb, der den einzelnen Akteuren stets die Möglichkeit gibt, durch Neuorganisation und Umgestaltung ihres Leistungsangebots auf die gegebenenfalls heterogenen bestehenden oder sich wandelnden Versorgungsanforderungen zu reagieren und so die onkologische Versorgung insgesamt zu verbessern. Der geeignete Ausbau von Netzwerken in der onkologischen Versorgung ist daher eine Option, um die Versorgung zu verbessern: Akteure in der onkologischen Versorgung schließen sich zusammen, um sich als spezialisiertes Netzwerk anerkennen zu lassen. Niedergelassenen Fachärzten und den übrigen Anbietern im Bereich der onkologischen Versorgung werden mithin Kooperationsmöglichkeiten gegeben, damit sie in der Lage sind, als homogene Netzwerke in einen Wettbewerb untereinander zu treten.

Eine mögliche Konkretisierung dieses Netzwerkansatzes besteht in der Etablierung Regionaler Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke, die den Grundgedanken der ASV mit dem Ziel fairer Wettbewerbsbedingungen weiterentwickeln. Bei Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken ist es das Ziel, die unterschiedlichen Akteure in der ambulanten und stationären Versorgung eines komplexen Krankheitsbildes in einem Netzwerk kooperieren und das entstehende Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerk anschließend mit anderen Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken unter fairen einheitlichen Rahmenbedingungen konkurrieren zu lassen. Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke sind nicht auf die ausschließliche Zusammenarbeit niedergelassener Fachärzte *oder* von Krankenhäusern aus, sondern bauen auf eine für das jeweilige komplexe Krankheitsbild adäquate Kombination aus ambulanten *und* stationären Leistungserbringern. Abbildung 12 zeigt exemplarisch die Wettbewerbsbeziehung eines Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerks. Ein solches Netzwerk steht dann im Wettbewerb mit anderen Netzwerken gleicher Spezialisierung, mit dem stationären Sektor und dem ambulanten Bereich aus Einzelakteuren.

¹⁰⁴ Vgl. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main.

ABBILDUNG 12: WETTBEWERB VON REGIONALEN SPEZIALFACHÄRZTLICHEN VERSORGUNGSNETZWERKEN



Quelle: Eigene Darstellung.

Mit dem Status eines anerkannten Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerks einher geht der exklusive Zugang zu einer für diese Behandlungen besonderen Vergütung. Das von den Kostenträgern für die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten zur Verfügung gestellte Honorar wird durch das Versorgungsnetzwerk entgegen genommen und soll innerhalb des Netzwerks eigenständig verteilt werden. Die besondere Vergütung und ihre eigenständige Verteilung innerhalb des Netzwerks haben eine wichtige Funktion für den Qualitätswettbewerb zwischen den Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken. Denn über den grundsätzlich frei verhandelbaren Verteilungsschlüssel der Vergütung über die einzelnen Netzwerkmitglieder ist es den Netzwerken möglich, eine leistungsdifferenzierte Vergütung der Netzwerkmitglieder zu gestalten und auf diese Weise einen Einfluss auf die personelle Zusammensetzung und die mit ihr verbundene zu erwartende Behandlungsqualität des eigenen Netzwerks zu nehmen. Bei der Gestaltung des Verteilungsschlüssels werden die Netzwerke stets eine anreizgerechte Vergütung der Netzwerkmitglieder berücksichtigen sowie die Bedingung, dass die Teilnahme am Netzwerk für das einzelne Netzwerkmitglied grundsätzlich finanziell attraktiv sein muss.

Das Modell Regionaler Spezialfachärztlicher Versorgungsnetzwerke sieht die exklusive Bindung von Patientinnen und Patienten an ein Netzwerk zur Behandlung einer komplexen Erkrankung vor. Dieses selektivvertragliche Element Regionaler Spezialfachärztlicher Versorgungsnetzwerke garantiert die Behandlung aus einer Hand, gleichwohl werden hierdurch Möglichkeiten zum Einholen von Zweitmeinungen im Behandlungsverlauf, relevant gerade bei komplexen Krankheiten mit einem langen Krankheitsverlauf, sowie Arztwechsel zwischen den Netzwerken erschwert. An den Schnittstellen zum Netzwerk ergeben sich zudem potenziell Informationsprobleme. Die selektivvertragsähnliche Struktur mit Exklusivbindungen bietet allerdings auch die Chance zu einer weiteren Intensivierung des Wettbewerbs, wenn die Leistungsvereinbarungen zwischen Patienten, den Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken und den Krankenversicherern als selektive Versorgungsverträge in den Krankenkassenwettbewerb eingehen. Sofern hierbei auch die Preisbildung der Leistungsanbieter gegenüber den Krankenversicherern liberalisiert werden soll, böten die regionalisierten Wettbewerbsstrukturen geeignete Grundlagen für eine Vergleichsmarktregulierung in Regionen mit niedriger Wettbewerbsintensität.¹⁰⁵

Jedes Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerk steht in derselben Region im Wettbewerb mit den Angeboten anderer anerkannter Netzwerke für dasselbe komplexe Krankheitsbild. Dieser Wettbewerb um Patientinnen und Patienten trägt zum einen zu Qualitätsverbesserungen bei und würde zum anderen auch die Ziele der Bedarfsplanung geeignet unterstützen: Gegeben, dass die Höhe der besonderen Vergütung für das entsprechende komplexe Krankheitsbild zutreffend gewählt wird, wird sich die Anzahl der im Versorgungsmarkt befindlichen Netzwerke der Leistungsnachfrage anpassen. Zur Förderung des Versorgungswettbewerbs ist darauf zu achten, dass die Bedarfsplanung keine restriktiven Vorgaben zur Ansiedlung von Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken innerhalb von Regionen und zum Leistungsangebot über Regionengrenzen hinweg macht. Hierdurch werden innovative Angebote möglich. Beispielsweise könnte es attraktiv für ein Netzwerk sein, auch in Nachbarregionen oder gegebenenfalls weit entfernten Regionen anzubieten, um die eigenen Fallzahlen zu erhöhen. Dies würde möglich, wenn das Netzwerk vor Ort mit Spezialisten oder Krankenhäusern kooperieren kann, um Leistungen, die in Wohnortnähe der Patienten unbedingt vorgehalten werden müssen, zu gewährleisten. Hingegen könnten seltene operative Eingriffe, die gegebenenfalls mithilfe kostenaufwendiger technischer Geräte vorgenommen werden müssen, konzentriert am Netzwerkstandort vorgenommen werden. Attraktiv werden auch Angebote in ländlichen, strukturärmeren Regionen, in denen geringere Fixkosten aus Lohn, Miete und Lebenshaltungskosten bestehen.

Die Anerkennung eines Netzwerks als Regionales Spezialfachärztliches Versorgungsnetzwerk gibt Patientinnen und Patienten ein Signal, wo die beste Behandlung für ihr Krankheitsbild zu finden ist. Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke sollen mindestens eine nationalen und internationalen Standards entsprechende qualitätsgesicherte Versorgung erbringen. Der Wettbewerb zwischen den Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken sowie die zur Anerkennung erforderlichen Qualitätsvorgaben können dann, sofern geeignet festgelegt, eine durchschnittlich überlegene Angebotsqualität in den Behandlungsnetzwerken gegenüber dem weiterhin bestehenden ambulanten und stationären Angebot sicherstellen. Hierdurch wird es Patienten möglich, ein geeignetes Behandlungsnetzwerk für die eigene komplexe Erkrankung unter Abwägung von Erwartungen über die Behandlungsqualität und praktischen Gesichtspunkten, etwa räumlichen Distanzen zwischen dem eigenen

¹⁰⁵ Vgl. für Rahmenbedingungen und ökonomische Ansätze zur wettbewerbskonformen Ausgestaltung von Selektivverträgen beispielsweise Oberender und Zerth (2014), Coenen und Haucap (2014) und Cassel (2006).

Wohnort und den Behandlungsstandorten, auszuwählen. Patienten überlassen die gesamte Behandlung ihrer Krankheit dem Netzwerk. Patienten werden in der Behandlung gelenkt und es können den Patienten Entscheidungen im Netzwerk erleichtert und abgenommen werden. Für das Beispiel von Krebserkrankungen und den mit ihnen einhergehenden großen psychischen Belastungen ist dies ein Vorteil Regionaler Spezialfachärztlicher Versorgungsnetzwerke.

Die Kooperation unterschiedlicher Leistungsanbieter in Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken fördert die Hebung von Verbundvorteilen gegenüber jedem nicht-kooperativen Angebot. Regionale Spezialfachärztliche Spezialistennetzwerke bieten den Vorteil gegenüber alleine in einzelnen Krankenhäusern integrierten Strukturen, dass sich hier einzelne Anbieter von Gesundheitsleistungen, die sich nicht nur an einem einzigen Standort befinden, zu einer gemeinsamen Arbeit vernetzen können. Hierbei können stets die höchstwertigen Einzelkomponenten (aus Spezialdiagnostik, Spezial-Chirurgie und Spezialtherapie) nach Qualitätsaspekten ausgewählt werden und sich somit besonders leistungsfähige Strukturen entwickeln. Verbundvorteile und Effizienz lassen sich weiter steigern, wenn zusätzlich eine netzwerkzentrale Datenerfassung mit einem Austausch von Patienten- und Behandlungsdaten zwischen den Akteuren eines Netzwerkes vorgeschrieben wird. Durch sie würden Informationsengpässe reduziert sowie Fehl- und Doppeltherapien vermieden. Weitere Verbundvorteile können gegebenenfalls gehoben werden, wenn an regionalen Spezialistennetzwerken zusätzlich auch Apotheken, Labore, Krankengymnasten oder Rehabilitationseinrichtungen beteiligt werden.

6.3 DISKUSSION

Die vorgeschlagene Konzeption hat zum Ziel, die Rahmenbedingungen in der onkologischen Versorgung so zu setzen, dass ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen homogenen Wettbewerbern möglich wird. Wettbewerb dient neben der Eindämmung möglicher Kostensteigerungen vor allen Dingen der nachhaltigen Sicherung und langfristigen Steigerung von Angebotsqualität. Die vorgeschlagene Konzeption muss notgedrungen unvollkommen bleiben. Dies liegt begründet in den vielfältigen gesetzten, durch Spezifika des Gesundheitswesens bestimmten und auch zur Verbesserung der Versorgung nicht verrückbaren Rahmenbedingungen. Als Beispiele sind hier zu nennen: das Gesundheitskostenvollversicherungsprinzip, ein beträchtliches Maß an asymmetrischer Information zwischen den Behandlern auf der einen und den Patienten auf der anderen Seite sowie die sich hieraus ableitende Gestaltung der Krankenversicherung. Es gilt letztlich auf politischer Ebene abzuwägen, welches Ziel dringender zu erreichen ist und welcher Kompromiss bei der konkreten Ausgestaltung einzugehen ist.

Exkurs: Der Schritt zurück – Ein Lösungsweg?

Ein reines Gedankenexperiment ist die Rückkehr zu einer klaren Aufteilung der Zuständigkeit zwischen heterogenen Anbietern von Gesundheitsleistungen. Eine solche klare Aufteilung ist insbesondere die restriktive Zuweisung stationärer Tätigkeit an Krankenhäuser und die Zuweisung aller ambulanten Aufgaben an niedergelassene Fachärzte. Dieses Gedankenexperiment würde gewissermaßen das Rad der Zeit vor die Öffnung des ambulanten Versorgungsbereichs für Krankenhäuser zurückdrehen. Wohin führt es?

Zunächst schafft die Rückkehr zu exklusiven Zuständigkeiten von niedergelassenen Ärzten auf der einen und Krankenhäusern auf der anderen Seite insofern klare Verhältnisse, als Wettbewerb zwischen ungleichen Akteuren – da unerwünscht – im Ansatz vermieden wird. Durch die konsequente Vermeidung möglicher Konflikte wird also mit den heute bestehenden unfairen Wettbewerbsbedingungen aufgeräumt. Während Krankenhäuser die stationäre Versorgung übernehmen, ist die ambulante Versorgung definierte Aufgabe niedergelassener Fachärzte. Lediglich die vorstationäre Versorgung und die nachstationäre Versorgung würden als Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung erhalten bleiben.

Wichtigster Nachteil der Rückkehr zu einer klaren Aufteilung der Behandlungszuständigkeiten auf heterogene Akteursgruppen ist die Ausschaltung intermodalen Wettbewerbs um den grundsätzlich besten Behandlungsmodus bei hochkomplexen Erkrankungen. Die Güte der Versorgung wird lediglich durch den intramodalen Wettbewerb zwischen den jeweils vergleichbaren Leistungsanbietern und gegebenenfalls durch eine kontinuierlich nachzuweisende Qualifikationshöhe als Mindestanforderung gesichert. Das Gedankenexperiment schaltet systematisch Möglichkeiten aus, Behandlungen neu zu organisieren und hierdurch Behandlungsprozesse zukünftig möglicherweise entscheidend zu verbessern.

Außerdem gehen die in der gegenwärtig bestehenden Systematik bereits erworbenen, möglicherweise beträchtlichen Verbundvorteile integrierter Versorgungswege verloren. Die restriktive Zuweisung von Behandlungszuständigkeiten ist zudem nur in Ballungsräumen unproblematisch, in denen Patientinnen und Patienten einem grundsätzlich großen Alternativangebot begegnen. Für ländliche, weniger dicht besiedelte Regionen hingegen führt die rigide Aufteilung von Zuständigkeiten gegebenenfalls zu einer Verschärfung der Unterversorgungsproblematik. Schließlich besteht in der Rückwärtsgerichtetheit des Gedankenexperiments ein prinzipielles Hindernis.

Wir erachten auf Basis der vorliegenden wettbewerbsökonomischen Analyse für zukünftige Reformschritte, die die ambulante Versorgung verbessern sollen, hierbei insbesondere die ambulante onkologische Versorgung, die folgenden Elemente als konstitutiv:

- Ausbau von Versorgungsnetzwerken, um Verbundvorteile, Skalen- und Synergieeffekte zu heben,
- Schaffung wirtschaftlicher Kooperationsmöglichkeiten für Leistungserbringer zur Stärkung des intermodalen Wettbewerbs,
- weitreichende wirtschaftliche Autonomie für die Kooperationspartner bei der Vertragsgestaltung; sie schließt insbesondere die Möglichkeit ein, dass die Mitglieder eines Versorgungsnetzwerks frei über die Aufteilung der Gesamtbehandlungserlöse im Netzwerk entscheiden,
- Erhalt mittelständischer Strukturen mit selbstständigen niedergelassenen Ärzten in der ambulanten Versorgung; hierdurch wird intermodaler Wettbewerb gestärkt, der für Fortschritte bei der Organisation und den Prozessen von Versorgung bedeutend ist.

Eine mögliche Konkretisierung dieser konstitutiven Elemente besteht in der beschriebenen Einrichtung Regionaler Spezialfachärztlicher Versorgungsnetzwerke. Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke erfordern eine deutliche Verstärkung der heute geringen bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser und die bewusste Integration von Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen für spezialisierte Versorgungsangebote zu komplexen Krankheitsbildern. Damit

schließlich Wettbewerb zwischen Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken zustande kommt, dürfen Qualitätsvorgaben und Anerkennungskriterien für Netzwerke nicht restriktiv ausgestaltet werden, damit stets eine hinlängliche Zahl konkurrierender Anbieter in den Regionen aktiv ist. Eine politische Herausforderung Regionaler Spezialfachärztlicher Versorgungsnetzwerke ist das selektivvertragliche Element: Patienten müssen sich vor Aufnahme einer Behandlung an die Behandlung innerhalb eines Netzwerkes binden und mithin Wahlfreiheiten aufgeben.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Durch die von der Politik seit etwa 15 Jahren systematisch betriebene Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser werden Vertragsärzte zunehmend in einen Wettbewerb mit Krankenhäusern gesetzt. Zahlreiche Gesetzesänderungen haben zur Öffnung der ambulanten Versorgung für Krankenhäuser beigetragen. Zuletzt wurde 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Zugang zur ASV vereinheitlicht und ein dritter Sektor neben dem rein stationären Bereich und dem rein ambulanten Bereich geschaffen. 2015 wurden die Regelungen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) reformiert und vertieft.

Unter wettbewerbspolitischen Gesichtspunkten ist der Eintritt der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich zu hinterfragen, da Krankenhäuser und Vertragsärzte im Hinblick auf Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionsfinanzierung unter ungleichen Bedingungen agieren. Im Gesundheitswesen mangelt es auf der Nachfrageseite, bedingt durch das Vollversicherungsprinzip und die damit verbundene Funktion der Krankenkassen als Finanzintermediäre, grundsätzlich an notwendigen Voraussetzungen für Wettbewerb. Auf der Angebotsseite fehlen durch die größtenteils einheitliche Vergütung und die Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern Anreize für Qualitätssteigerung beziehungsweise für Kostensenkung. Funktionierender Qualitätswettbewerb benötigt per Definition ein Angebot an Auswahlmöglichkeiten. Diese sind im deutschen Gesundheitssystem durch die Bedarfsplanung eingeschränkt.

Krankenhäuser besitzen Vorteile im Wettbewerb um die ambulante Versorgung, da sie als vertikal und horizontal integrierte Unternehmen sämtliche ambulanten und stationären Behandlungen für einen Krankheitsfall anbieten können. Krankenhäuser passen ihr Angebot kurz- wie langfristig an die vorherrschenden Vergütungsstrukturen an. In kurzfristiger Betrachtung ist bedeutend, dass Krankenhausunternehmen sowohl an der Vergütung aus Fallpauschalen im stationären Bereich als auch an der Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Leistungserbringung partizipieren. Es entsteht ein Anreiz zur gezielten Patientenlenkung nach Wirtschaftlichkeit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, der nicht notwendigerweise in dieselbe Richtung wie das Versorgungsinteresse geht. Durch imperfekte Qualitätstransparenz und mangelhafte Reputationsmechanismen entstehen Möglichkeiten zur Patientendiskriminierung. Die starken Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung verstärken den Anreiz, Behandlungen nach Wirtschaftlichkeit vorzunehmen. Durch die Informationsasymmetrien besteht insbesondere bei komplexen und gravierenden Krankheitsbildern zudem eine Möglichkeit zur ineffizienten Leistungsausweitung.

Ökonomische Anreize zu einer ineffizienten Leistungsausweitung existieren im Gesundheitswesen für alle Leistungsanbieter zunächst in gleicher Weise, die einen Informationsvorsprung gegenüber den Patienten besitzen und deren Leistungen durch die Krankenversicherung abgedeckt werden. Unter sonst gleichen Bedingungen sinken die Anreize zur Leistungsausweitung durch Fallpauschalen und steigen im Bereich der Einzelleistungsvergütung. Werden Krankenhäuser mit niedergelassenen Medizinerinnen verglichen, werden die Anreize der Krankenhäuser jedoch durch die Fallpauschalen im stationären Bereich allein nur wenig gehemmt, da die Krankenhäuser durch die Öffnung in den ambulanten Sektor an der Einzelleistungsvergütung mit zunehmender Bedeutung partizipieren. Die Möglichkeit zur unsachgemäßen Leistungsausweitung ist im Beispiel der onkologischen Versorgung durch das komplexe und gravierende Krankheitsbild sowie die

Vielzahl an möglichen Begleittherapien besonders stark ausgeprägt. Zwar ist auszuschließen, dass die Primärdiagnose einer Krebserkrankung zur Leistungsausweitung dient und mithin Patienten in eine onkologische Versorgung gewiesen werden, für die diese nicht geboten wäre. Jedoch schafft die Komplexität des Krankheitsbildes Möglichkeiten, die Anzahl und den Umfang der Behandlungen von Patienten mit einer Krebsdiagnose auch bei den Begleiterkrankungen auszuweiten. Da ein Krankenhaus die volle Behandlungskette abdecken kann, ist hier der Anreiz für eine unsachgemäße Leistungsausweitung besonders hoch.

Langfristig passen Krankenhäuser ihre Behandlungskapazitäten an. Weniger lukrative Bereiche werden aufgegeben, während lukrative Bereiche ausgebaut werden. In jüngerer Zeit war vor allen Dingen der Ausbau ambulanter Leistungen strategisches Interesse der Krankenhäuser. Hierbei können Krankenhäuser Vorleistungen internalisieren und gegebenenfalls im Wettbewerb defizitäre Bereiche durch andere Leistungsbereiche, beispielsweise aus der Krankenhausapotheke, quersubventionieren. Dieses Quersubventionierungspotenzial ist unter den gegebenen regulatorischen Rahmenbedingungen ein Wettbewerbsnachteil für die niedergelassenen Fachärzte. Die Quersubventionierung äußert sich hierbei anders als auf Märkten für „normale“ Güter nicht in künstlich niedrigen Konsumentenpreisen zur Verdrängung eines unliebsamen Wettbewerbers. Vielmehr fließt sie zum einen in Überversorgung im ambulanten Bereich (*zu hohe Qualität*) und in eine ineffiziente Versorgung (*Qualität an falscher Stelle*).

Wettbewerbsnachteile entstehen den niedergelassenen Fachärzten auch dadurch, dass Krankenhäuser die bestehenden Strukturen der stationären Versorgung für die ambulante Versorgung abermals nutzen und deckungsbeitragswirksam abermals einsetzen können. Dies bezieht sich auf Einrichtungen und Geräte ebenso wie auf die Strukturen der medikamentösen Versorgung im Krankenhaus sowie auf die personellen Ressourcen in Diagnostik und Therapie. Die duale Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern benachteiligt die Vertragsärzte im Wettbewerb. Obwohl die staatliche Investitionsförderung an Projekte im stationären Bereich gebunden ist, ist die stationäre Versorgung mitunter untrennbar mit dem ambulanten Leistungsangebot eines Krankenhauses verbunden. Dies kann beispielweise bei der Finanzierung von Großgeräten ein erheblicher Wettbewerbsvorteil für Krankenhäuser sein. Wo Vertragsärzte ihre Investitionen gänzlich aus der Vergütung ambulanter Leistungen durch die Krankenkassen finanzieren müssen, fließt den Krankenhäusern eine Vergütung aus dem stationären Bereich und dem ambulanten Bereich zu. Der Sicherstellungsauftrag für die flächendeckende Versorgung liegt indes in der Hand des niedergelassenen Sektors.

Durch die ungleichen Wettbewerbsbedingungen mit Vorteil für die Krankenhäuser findet ein Verdrängungswettbewerb zu Ungunsten der niedergelassenen Fachärzte statt. Da Krankenhäuser abseits städtischer Regionen in der Regel lokale Monopolstellungen besitzen, erwächst eine Gefahr für die Versorgung in kritischen Facharzt-disziplinen, wenn Krankenhäuser ihre Wettbewerbsvorteile nutzen und neben der stationären Versorgung auch die ambulante Versorgung eines Gebietes beherrschen. Werden durch Krankenhäuser schließlich weniger lukrative ambulante Leistungsbereiche vernachlässigt oder abgebaut, so ist hierdurch die flächendeckende Versorgung gefährdet. Die ambulante onkologische Versorgung wäre daher aus wettbewerbsökonomischer Sicht langfristig vor allem in ländlichen Gebieten mit einer geringen Bevölkerungsdichte bedroht. Krankenhäuser können ihre in der Regel monopolistische oder annähernd monopolistische Stellung im Bereich der stationären Versorgung nutzen und auf ihre ambulanten Versorgungsangebote übertragen, um niedergelassene Onkologen zu verdrängen. Folglich kann es zu lokal monopolistischen Strukturen in der onkologischen Versorgung kommen, die mit einer schleichenden Qualitätsverschlechterung in der onkologischen Versorgung abschließen.

Zukünftige Reformschritte, die die ambulante Versorgung, insbesondere die ambulante onkologische Versorgung verbessern sollen, sollen unverzichtbar die folgenden vier Elemente aufweisen:

- Ausbau von Versorgungsnetzwerken um Verbundvorteile, Skalen- und Synergieeffekte zu heben,
- Schaffung wirtschaftlicher Kooperationsmöglichkeiten für Leistungserbringer zur Stärkung des intermodalen Wettbewerbs,
- weitreichende wirtschaftliche Autonomie für die Kooperationspartner bei der Vertragsgestaltung; sie schließt insbesondere die Möglichkeit ein, dass die Mitglieder eines Versorgungsnetzwerks frei über die Aufteilung der Gesamtbehandlungserlöse im Netzwerk entscheiden,
- Erhalt mittelständischer Strukturen mit selbstständigen niedergelassenen Ärzten in der ambulanten Versorgung; hierdurch wird intermodaler Wettbewerb gestärkt, dem insbesondere im Hinblick auf Fortschritte bei der Organisation und den Prozessen von Versorgung Bedeutung zukommt.

Eine mögliche Konkretisierung dieser konstitutiven Elemente besteht in der Einrichtung Regionaler Spezialfachärztlicher Versorgungsnetzwerke. Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke erfordern eine deutliche Verstärkung der heute geringen bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser und die bewusste Integration von Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen für spezialisierte Versorgungsangebote zu komplexen Krankheitsbildern.

LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht, Martin; Etgeton, Stefan & Ochmann, Richard R. (2014): *Faktencheck Gesundheit - Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)*, Bertelsmann Stiftung.
- Arrow, Kenneth J. (1963): *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, The American Economic Review, Vol. 53, No. 5, S. 941-973.
- Augurzky, Boris; Gülker, Rosemarie; Krolop, Sebastian; Schmidt, Christoph M.; Schmidt, Hartmut; Schmitz, Hendrik & Terkatz, Stefan (2011): *Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei*, RWI: Materialien, Heft 67.
- Augurzky, Boris; Beivers, Andreas & Gülker, Rosemarie (2012): *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft*, RWI: Materialien, Heft 52.
- Bönsch, Dietmar J. (2009): *Sanierung und Privatisierung von Krankenhäusern – Kompakte Leitlinien aus der Praxis für die Praxis*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Cassel, Dieter; Ebsen, Ingwer; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine & Wasem, Jürgen (2006): *Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV*, Gutachten im Auftrag des AOK Bundesverbandes, Bonn 2006.
- Coenen, Michael & Haucap, Justus (2014): *Krankenkassen und Leistungserbringer als Wettbewerbsakteure*, Cassel, D./Jacobs, K./Vauth, C./Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung, Heidelberg 2014, S. 259-281.
- DGHO - Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (2013): *Herausforderungen demografischer Wandel. Bestandsaufnahme und künftige Anforderungen an die onkologische Versorgung*, Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO, Band 1.
- Ehlers, Alexander P. F. & Laschner, Ann-Kristin (2005): *Medizinische Versorgungszentren*, Herz 30 Nr. 4, München: Urban & Vogel.
- Evans, Robert G. (1974): *Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications*, The Economics of Health and Medical Care, Sixth Edition, S. 162-173.
- Farnschläder, Josef & Stummer, Harald (2014): *Cooperation in Medical Service Units: The Influence of Profit Distribution*, Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Vol. 19, No. 02, S. 57-60.
- Farrenkopf, Nina; Jahn, Rebecca; Walendzik, Anke & Wasem, Jürgen (2012): *Neuordnung der ambulanten Onkologie*, Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., IBES Diskussionsbeitrag, Nr. 193.
- Faulhaber, Gerald F. (1975): *Cross-Subsidization: Pricing in Public Enterprises*, The American Economic Review, Vol. 65, No. 5, S. 966-977.
- Feuerstein, Stefan & Riedel, Wolfgang (2012): *Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung*, Prognos.
- Fuchs, Victor R. (1978): *The Supply of Surgeons and the Demand for Operations*, NBER Working Paper, No. 236.
- Gaßner, Maximilian & Strömer, Jens M. (2013): *Der Anspruch auf Zugang von Praxiskliniken zur Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, GesR 5/2013, S. 276-284.
- Hedermann, Denis (2014): *Die Abgrenzung von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlung im Krankenhaus*, GesR 6/2014, S. 321-326.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Medizinische Versorgungszentren (2012): *Ein Leitfaden für Gründer*. 3. Auflage, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Klinger-Schindler, Ursula & Wallhäuser, Mathias (2013): „Stationär“ ist zukünftig ohne „Ambulant“ nicht mehr möglich, *KU Gesundheitsmanagement*, Ausgabe 5, S. 17-20.
- Kraft, Kornelius & Graf v.d. Schulenburg, J.-Matthias (1985): *Co-insurance and Supplier-induced Demand in Medical Care: What do we Have to Expect as the Physician's Response to Increased Out-of-pocket Payments?*, Berlin: IIM, Industrial Policy.
- Krämer, Walter (1981): *Eine ökonomische Untersuchung des Marktes für ambulante kassenärztliche Leistungen*, *Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft / Journal of Institutional and Theoretical Economics*, Vol. 137, No.1, S. 45-61.
- Landesrechnungshof Schleswig-Holstein (2014): *Bemerkungen 2014 mit Bericht zur Landeshaushaltsrechnung 2012*, Kiel.
- Monopolkommission (2008a): *Weniger Staat, mehr Wettbewerb*, 17. Hauptgutachten.
- Monopolkommission (2008b): *Zusammenschlussvorhaben der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der Krankenhaus Mariahilf gGmbH*, 52. Sondergutachten.
- Monopolkommission (2010): *Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen*, 18. Hauptgutachten.
- Oberender, Peter und Jürgen Zerth (2014): *Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ der solidarischen Wettbewerbsordnung*, Cassel, D./Jacobs, K./Vauth, C./Zerth, J. (Hrsg.), *Solidarische Wettbewerbsordnung*, Heidelberg 2014: Medhochzwei Verlag GmbH, S.173-198.
- Pauly, Mark V. (1980): *Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior*, National Bureau of Economic Research: Chicago.
- Repschläger, Uwe (2012): *Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland*, *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell* 2012, S. 26-45.
- Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2013): *Krebs in Deutschland 2009/2010*, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 9. Ausgabe.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, Sondergutachten 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008): *Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte steigern*, Jahresgutachten 2008/2009.
- Shain, Max & Roemer, Milton I. (1959): *Hospital Costs Relate to the Supply of Beds*, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 1, No. 9, S. 477-527.
- Singer, Susanne; Petermann-Meyer, Andrea & von Kries, Alf (2014): *Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten: Psychoonkologie ist effektiv*, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 111, Heft 39.
- Varian, Hal R. & Buchegger, Reiner (2004): *Grundzüge der Mikroökonomik*, 6. Auflage, Wien: Oldenbourg Verlag.
- Wasem, Jürgen & Höfinghoff, Kristin (2013): *Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – Potenziale, Ansatzpunkte, Fallstricke*, Working Paper 2, Stiftung Marktwirtschaft.
- Wilke, Thomas & Cassel, Dieter (2000): *Das Saische Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand Deutscher Paneldaten*, Workingpaper.

BISHER ERSCHIENEN

- 81 Coenen, Michael, Haucap, Justus und Hottenrott, Moritz, Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung, Januar 2016.
- 80 Coppik, Jürgen und Haucap, Justus, Die Behandlung von Preisschirmeffekten bei der Bestimmung von Kartellschäden und Mehrerlösen, November 2015.
Erscheint in: Wirtschaft und Wettbewerb.
- 79 Haucap, Justus, Kehder, Christiane und Loebert, Ina, Eine liberale Rundfunkordnung für die Zukunft, Mai 2015.
- 78 Hamelmann, Lisa und Haucap, Justus, Kartellrecht und Wettbewerbspolitik für Online-Plattformen, Oktober 2015.
- 77 Haucap, Justus, Ordnungspolitik und Kartellrecht im Zeitalter der Digitalisierung, Oktober 2015.
- 76 Böckers, Veit, Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich und Thorwarth, Susanne, Auswirkungen der Fernbusliberalisierung auf den Schienenpersonenverkehr, August 2015.
Erschienen in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, 41 (2015), S. 75-90.
- 75 Baumann, Florian, Freier Warenverkehr und unverfälschter Wettbewerb in der Europäischen Union: Der Beitrag der europäischen Produkthaftung, August 2015.
Erscheint in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik.
- 74 Baumann, Florian, Recht und Ökonomie aus Sicht der Wirtschaftswissenschaften, August 2015.
- 73 Haucap, Justus, Pavel, Ferdinand, Aigner, Rafael, Arnold, Michael, Hottenrott, Moritz und Kehder, Christiane, Chancen der Digitalisierung auf Märkten für urbane Mobilität: Das Beispiel Uber, August 2015.
- 72 Hamelmann, Lisa, Haucap, Justus und Wey, Christian, Die wettbewerbsrechtliche Zulässigkeit von Meistbegünstigungsklauseln auf Buchungsplattformen am Beispiel von HRS, August 2015.
Erschienen in: Zeitschrift für europäisches Wettbewerbsrecht (ZWeR), 13 (2015), S. 245-264.
- 71 Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich, Thorwarth, Susanne und Wey, Christian, Die Sektoruntersuchung des Bundeskartellamts zur Nachfragemacht im Lebensmittel-einzelhandel - Ein Kommentar aus ökonomischer Perspektive, Februar 2015.
Erschienen in: Wirtschaft und Wettbewerb, 65 (2015), S. 605-618.
- 70 Haucap, Justus, Thomas, Tobias und Wagner, Gert G., Zu wenig Einfluss des ökonomischen Sachverständigen? Empirische Befunde zum Einfluss von Ökonomen und anderen Wissenschaftlern auf die Wirtschaftspolitik, Februar 2015.
Erschienen in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, 40 (2014), S. 422-436.
- 69 Haucap, Ökonomie des Teilens – nachhaltig und innovativ? Die Chancen der Sharing Economy und ihre möglichen Risiken und Nebenwirkungen, Januar 2015.
Erschienen in: Wirtschaftsdienst, 95 (2015), S. 91-95.
- 68 Dewenter, Ralf und Giessing, Leonie, Die Langzeiteffekte der Sportförderung: Auswirkung des Leistungssports auf den beruflichen Erfolg, Januar 2015.

- 67 Haucap, Justus, Thomas, Tobias und Wagner, Gert G., Welchen Einfluss haben Wissenschaftler auf Medien und die Wirtschaftspolitik?, Dezember 2014.
Erschienen in: Wirtschaftsdienst, 95 (2015), S. 68-75.
- 66 Haucap, Justus und Normann, Hans-Theo, Jean Tirole – Ökonomie-Nobelpreisträger 2014, Dezember 2014.
Erschienen in: Wirtschaftsdienst, 94 (2014), S. 906-911.
- 65 Haucap, Justus, Implikationen der Verhaltensökonomik für die Wettbewerbspolitik, Oktober 2014.
Erschienen in: C. Müller & N. Otter (Hrsg.), Behavioral Economics und Wirtschaftspolitik, Lucius & Lucius: Stuttgart 2014, S. 175-194.
- 64 Bucher, Monika und Neyer, Ulrike, Der Einfluss des (negativen) Einlagesatzes der EZB auf die Kreditvergabe im Euroraum, Mai 2015 (Erste Version Oktober 2014).
- 63 Bataille, Marc und Steinmetz, Alexander, Kommunale Monopole in der Hausmüllentsorgung, August 2014.
Erschienen in: Wirtschaftsdienst, 95 (2015), S. 56-62.
- 62 Haucap, Justus und Kehder, Christiane, Stellen Google, Amazon, Facebook & Co. wirklich die marktwirtschaftliche Ordnung zur Disposition?, August 2014.
Erschienen in: ifo Schnelldienst, 67/16 (2014), S. 3-6.
- 61 Coenen, Michael und Jovanovic, Dragan, Minderheitsbeteiligungen in der Zusammenschlusskontrolle: Zeigen schleichende Übernahmen auf eine Schutzlücke?, Juli 2014.
Erschienen in: Wirtschaft und Wettbewerb, 64 (2014), S. 803-813.
- 60 Mahlich, Jörg, Sindern, Jörn und Suppliet, Moritz, Vergleichbarkeit internationaler Arzneimittelpreise: Internationale Preisreferenzierung in Deutschland durch das AMNOG, Mai 2014.
Erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 16 (2015), S. 164-172.
- 59 Watanabe, Kou, Optimale Rahmenbedingungen in der wirtschaftspolitischen Beratung: Vier Konzepte als institutionelle Ergänzung, Mai 2014.
- 58 Haucap, Justus, Normann, Hans-Theo, Benndorf, Volker und Pagel, Beatrice, Das Rundfunkbeitragsaufkommen nach der Reform des Rundfunkfinanzierungsmodells, Februar 2014.
- 57 Bataille, Marc und Hösel, Ulrike, Energiemarkteffizienz und das Quotenmodell der Monopolkommission, Februar 2014.
Erschienen in: Zeitschrift für neues Energierecht (ZNER), 18 (2014), S. 40-44.
- 56 Haucap, Justus und Thomas, Tobias, Wissenschaftliche Politikberatung: Erreicht der Rat von Ökonomen Politik und Öffentlichkeit?, Januar 2014.
Erschienen in: Wirtschaftsdienst, 94 (2014), S. 180-186.
- 55 Haucap, Justus und Pagel, Beatrice, Ausbau der Stromnetze im Rahmen der Energiewende: Effizienter Netzausbau und effiziente Struktur der Netznutzungsentgelte, Januar 2014.
Erschienen in: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, 39 (2013), S. 235-254.
- 54 Coenen, Michael und Haucap, Justus, Krankenkassen und Leistungserbringer als Wettbewerbsakteure, Januar 2014.
Erschienen in: D. Cassel, K. Jacobs, C. Vauth & J. Zerth (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung, Verlag medhochzwei: Heidelberg 2014, S. 259-282.

- 53 Coenen, Michael und Haucap, Justus, Kommunal- statt Missbrauchsaufsicht: Zur Aufsicht über Trinkwasserentgelte nach der 8. GWB-Novelle, Dezember 2013. Erschienen in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, 64 (2014), S. 356-363.
- 52 Böckers, Veit, Haucap, Justus und Jovanovic, Dragan, Diskriminierende Gebotsbeschränkungen im deutschen Großhandelsmarkt für Strom: Eine wettbewerbsökonomische Analyse, November 2013.
- 51 Haucap, Justus, Braucht Deutschland einen Kapazitätsmarkt für eine sichere Stromversorgung?, November 2013. Erschienen in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 62 (2013), S. 257-269.
- 50 Haucap, Justus und Kühling, Jürgen, Systemwettbewerb durch das Herkunftslandprinzip: Ein Beitrag zur Stärkung der Wachstums- und Wettbewerbsfähigkeit in der EU? – Eine ökonomische und rechtliche Analyse, September 2013. Erschienen in: W. Kaal, M. Schmidt und A. Schwartz (Hrsg.), *Recht im ökonomischen Kontext: Festschrift zu Ehren von Christian Kirchner*, Mohr Siebeck: Tübingen 2014, S. 799-815.
- 49 Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich, Klein, Gordon J., Rickert, Dennis und Wey, Christian, Die Bestimmung von Nachfragemacht im Lebensmitteleinzelhandel: Theoretische Grundlagen und empirischer Nachweis, September 2013. Erschienen in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, 64 (2014), S. 946-957.
- 48 Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich, Klein, Gordon J., Rickert, Dennis und Wey, Christian, Wettbewerbsprobleme im Lebensmitteleinzelhandel, September 2013. Erschienen in: P. Oberender (Hrsg.), *Wettbewerbsprobleme im Lebensmitteleinzelhandel*, Duncker & Humblot: Berlin 2014, S. 11-38.
- 47 Falck, Oliver, Haucap, Justus, Kühling, Jürgen und Mang, Constantin, Alles Regulierung oder was? – Die Bedeutung der Nachfrageseite für eine wachstumsorientierte Telekommunikationspolitik, August 2013. Erschienen in: *ifo Schnelldienst*, 66/15 (2013), S. 42-46.
- 46 Haucap, Justus und Mödl, Michael, Entwickeln sich wirtschaftswissenschaftliche Forschung und Politikberatung auseinander? – Warum engagieren sich nicht mehr ökonomische Spitzenforscher in der Politikberatung?, Juli 2013. Erschienen in: *Wirtschaftsdienst*, 93 (2013), S. 507-511.
- 45 Neyer, Ulrike und Vieten, Thomas, Die neue europäische Bankenaufsicht – eine kritische Würdigung, Juli 2013. Erschienen in: *Credit and Capital Markets* (früher: *Kredit und Kapital*), 47 (2014), S. 341-366.
- 44 Haucap, Justus und Kehder, Christiane, Suchmaschinen zwischen Wettbewerb und Monopol: Der Fall *Google*, Juni 2013. Erschienen in: R. Dewenter, J. Haucap & C. Kehder (Hrsg.), *Wettbewerb und Regulierung in Medien, Politik und Märkten: Festschrift für Jörn Kruse zum 65. Geburtstag*, Nomos-Verlag: Baden-Baden 2013, S. 115-154.
- 43 Dewenter, Ralf und Heimeshoff, Ulrich, Neustrukturierung der öffentlich-rechtlichen Fernsehlandschaft: Theoretische Hintergründe und Reformoptionen, Juni 2013. Erschienen in: R. Dewenter, J. Haucap & C. Kehder (Hrsg.), *Wettbewerb und Regulierung in Medien, Politik und Märkten: Festschrift für Jörn Kruse zum 65. Geburtstag*, Nomos-Verlag: Baden-Baden 2013, S. 225-260.
- 42 Coppik, Jürgen, Wirkungen einer Einführung des Konzeptes der vermeidbaren Kosten auf die Endverbraucher, Juni 2013. Erschienen in: *Netzwirtschaften & Recht*, 11 (2014), S. 20-30.

- 41 Haucap, Justus und Heimeshoff, Ulrich, Vor- und Nachteile alternativer Allokationsmechanismen für das 900- und 1800-MHz-Frequenzspektrum, März 2013. Erschienen in: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, 39 (2013), S. 71-90.
- 40 Haucap, Justus und Mödl, Michael, Zum Verhältnis von Spitzenforschung und Politikberatung. Eine empirische Analyse vor dem Hintergrund des Ökonomenstreits, März 2013. Erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 14 (2013), S. 346-378.
- 39 Böckers, Veit, Coenen, Michael und Haucap, Justus, Stellungnahme zu: Mit mehr Marktwirtschaft die Energiewende aktiv gestalten - Verantwortung für den Energie- und Industriestandort Nordrhein-Westfalen übernehmen, Februar 2013.
- 38 Herr, Annika (Hrsg.), Beiträge zum Wettbewerb im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt - Band 2: Arzneimittel, Januar 2013.
- 37 Herr, Annika (Hrsg.), Beiträge zum Wettbewerb im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt - Band 1: Krankenhäuser, Januar 2013.
- 36 Dewenter, Ralf und Haucap, Justus, Ökonomische Auswirkungen der Einführung eines Leistungsschutzrechts für Presseinhalte im Internet (Leistungsschutzrecht für Presseverleger), Januar 2013.
- 35 Coenen, Michael und Haucap, Justus, Ökonomische Grundlagen der Anreizregulierung, November 2012. Erschienen in: Holznapel, Bernd und Schütz, Rainer (Hrsg.), AregV, Anreizregulierungsverordnung, Kommentar, Beck: München 2013, S. 48-67.
- 34 Coenen, Michael und Haucap, Justus, Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Förderung des Mittelstandes in Nordrhein-Westfalen (Mittelstandsförderungsgesetz), November 2012.
- 33 Haucap, Justus und Kühling, Jürgen, Zeit für eine grundlegende Reform der EEG-Förderung – das Quotenmodell, November 2012. Erscheint in: Energiewirtschaftliche Tagesfragen, 63/3 (2013).
- 32 Haucap, Justus, Wie lange hält Googles Monopol?, November 2012. Erschienen in: MedienWirtschaft: Zeitschrift für Medienmanagement und Kommunikationsökonomie, 9 (2012), S. 40-43.
- 31 Herr, Annika, Rationalisierung und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt, Oktober 2012.
- 30 Smeets, Heinz-Dieter, Zum Stand der Staatsschuldenkrise in Europa, Oktober 2012. Erschienen in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, 63 (2012), S.125-169.
- 29 Barth, Anne-Kathrin und Heimeshoff, Ulrich, Der angemessene Kostenmaßstab für Terminierungsentgelte – „Pure LRIC“ vs. „KeL“, September 2012.
- 28 Haucap, Justus, Eine ökonomische Analyse der Überwälzbarkeit der Kernbrennstoffsteuer, September 2012. Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 61 (2012), S. 267-283.
- 27 Haucap, Justus, Lange, Mirjam R. J. und Wey, Christian, Nemo Omnibus Placet: Exzessive Regulierung und staatliche Willkür, Juli 2012. Erscheint in: T. Theurl (Hrsg.), Akzeptanzprobleme der Marktwirtschaft: Ursachen und wirtschaftspolitische Konsequenzen, Duncker & Humblot: Berlin 2013.

Ältere Ordnungspolitische Perspektiven finden Sie hier:
<https://ideas.repec.org/s/zbw/diceop.html>

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Düsseldorfer Institut für
Wettbewerbsökonomie (DICE)**

Universitätsstraße 1 _ 40225 Düsseldorf
www.dice.hhu.de