

Henke, Klaus-Dirk; Richter, Wolfram

Article

Wettbewerbliche Ordnungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of
Munich

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk; Richter, Wolfram (2013) : Wettbewerbliche Ordnungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 66, Iss. 04, pp. 15-21

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/165236>

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.

Für die Gesetzlichen Versicherungen war 2012 ein gutes Jahr. Es brachte ihnen beachtliche finanzielle Überschüsse ein.¹ Indessen ist das, was für die einzelne Versicherung ein erfreuliches Ergebnis darstellt, für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) insgesamt eher kritisch zu sehen. Überschüsse in öffentlichen Budgets wecken Begehrlichkeiten, die sich bei knapperer Kassenlage politisch leichter abwehren lassen. Hinzu kommt, dass die Überschüsse weniger aus realen Kosteneinsparungen als aus zu hoch bemessenen Beitragseinnahmen und einer guten Wirtschaftslage herrühren. Sie lassen sich daher kaum als das wirtschaftliche Ergebnis eines funktionierenden Wettbewerbs um eine kostengünstige und dennoch hochwertige Krankenbehandlung und Gesundheitsversorgung deuten. Das deutsche Gesundheitswesen fällt vielmehr dadurch auf, dass es trotz Versicherungswettbewerbs bis dato keine innovativen Versorgungsformen hervorgebracht hat, die dem »managed care« zuzuordnen wären und von denen man international eine besonders effiziente Versorgung erwartet. Man muss diese Tatsache als Indiz werten, dass es beim Wettbewerb der Versicherer gravierende Ordnungsdefizite gibt. Dieser Beitrag geht solchen Defiziten im Bereich der GKV nach und identifiziert konkrete Mängel, die von der Politik behoben werden sollten. Der Beitrag ist wie folgt gegliedert. Der erste Abschnitt erinnert an die Reformen, die in der auslaufenden Legislaturperiode auf den Weg gebracht wurden und die für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen unmittelbare Bedeutung haben. Der zweite Abschnitt stellt den Bezug zum Gesundheitsfonds und dessen Wettbewerbskonzeption her. Der dritte Abschnitt geht der Frage nach, warum alle politischen Bemühungen, die medizinische Versorgung in Deutschland hausarztzentriert auszurichten, bisher so kläglich scheiterten. Die Gründe werden vor allem in einer mangelhaften Berücksichtigung wettbewerblicher Anreize gesehen. Der vierte Abschnitt identifiziert Ordnungsdefizite im Krankenhausbereich. Im fünften Abschnitt wird eine stärkere Beachtung wettbewerbspolitischer Prinzipien im Gesundheitswesen gefordert.

Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rückblick auf die auslaufende Legislaturperiode

Von den verschiedenen Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die in der auslaufenden Legislaturperiode verwirklicht wurden, fanden zwei besondere öffentliche Aufmerksamkeit. Es sind dies die Abschaffung der Praxisgebühr und Veränderungen bei der Beitragsfinanzierung.²

Die Praxisgebühr hatte zuletzt knapp 2 Mrd. Euro pro Jahr eingebracht. Sie galt indessen als bürokratisch, und ihre Verhalten steuernde Wirkung wurde angezweifelt. Die gute finanzielle Lage in der GKV lieferte der Bundesregierung den Anlass, auf die Gebührenerhebung, die erst 2004 eingeführt worden war, ab 1. Januar 2013 zu verzichten.

Die Beitragsfinanzierung wurde 2010 durch das GKV-Finanzierungsgesetz verändert. Konkret wurde der Beitragssatz

¹ Anfang Februar 2013 meldet das Handelsblatt, dass die Reserven von gesetzlichen Krankenkassen und Gesundheitsfonds bis Jahresende 2012 auf 30 Mrd. Euro gestiegen seien.

² Eine wichtige Reform stellt grundsätzlich auch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22. Dezember 2010 dar. Das Gesetz verpflichtet pharmazeutische Unternehmer, neue Produkte nach deren Einführung einer frühen Zusatznutzenbewertung durch den gemeinsamen Bundesausschuss zu unterwerfen. Lässt sich ein Zusatznutzen belegen, tritt der GKV-Spitzenverband in Preisverhandlungen mit den betroffenen Unternehmen ein. Das Verhandlungsergebnis gilt dann nicht nur für die GKV, sondern auch für die PKV. Die Preisfindung bei neuen Arzneimitteln ist kein Gegenstand dieser Stellungnahme, weil sie den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen nicht unmittelbar berührt.

Darüber hinaus werden mit dem »Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften« Maßnahmen im Arzneimittelbereich umgesetzt. Der Herstellerabschlag für Arzneimittel ohne Festbetrag wird von derzeit 6% auf 16% angehoben sowie ein Preisstopp für zu Lasten der GKV abgegebene Arzneimittel festgelegt. Die Regelungen gelten für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis 31. Dezember 2013. Damit soll die GKV um rund 1,15 Mrd. Euro pro Jahr entlastet werden.

* Prof. em. Dr. Klaus-Dirk Henke, TU Berlin.
Prof. Dr. Wolfram F. Richter, TU Dortmund.
Dr. Boris Augurzky, Dr. Thomas Kopetsch und Prof. em. Dr. Wolfgang Wiegand sei für hilfreiche Hinweise vielmals gedankt.

zur GKV von 14,9% auf das bereits 2009 erreichte Niveau von 15,5% zurückgeführt und auf dieser Höhe gesetzlich festgeschrieben.³ Darüber hinausgehende Beitragserhöhungen sind nach dem Gesetz zukünftig allein durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Versicherten aufzubringen. Die Höhe dieser Zusatzbeiträge ist allerdings anders als zuvor nicht länger auf 1% des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt (»Überforderungsklausel«). Vielmehr gilt nunmehr ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 2% der individuell beitragspflichtigen Einnahmen als zumutbar. Jenseits dieser Grenze wird es einen steuerfinanzierten Sozialausgleich geben. Genauer soll der einkommensabhängige Beitragsanteil entsprechend reduziert werden. Diese Neuregelung der Überforderungsklausel zielte darauf, den Wettbewerb der Krankenkassen nicht länger mit einem kasseninternen Sozialausgleich zu belasten und in seinen effizienzförderlichen Wirkungen zu verzerren. Der Sozialausgleich im Sinne des GKV-Finanzierungsgesetzes ist zukünftig eine gesamtstaatliche Aufgabe, die aus allgemeinen Deckungsmitteln des Bundes, also überwiegend Steuern, zu finanzieren ist.

Die Abschaffung der Praxisgebühr und die Neuregelung der Überforderungsklausel stellen Maßnahmen dar, für die sich gute Gründe anführen lassen. Diese beiden Schritte reichen jedoch bei weitem nicht aus, um den Wettbewerb der Krankenkassen, der weiterhin unter erheblichen Ordnungsdefiziten leidet, auf eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Gesundheitsversorgung auszurichten.

Der Gesundheitsfonds und seine wettbewerbssteuernde Funktion

Der Gesundheitsfonds steht für den Versuch, den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen um Versicherte völlig neu zu ordnen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim BMF 2005; Richter 2005). Instrumentell hat die Neuordnung ihren Ausdruck darin gefunden, dass die Krankenkassen seit 2009 nicht länger mit kassenindividuellen Beitragssätzen, sondern mit Zusatzbeiträgen und Boni um Versicherte konkurrieren sollen. Für diese Änderung wurde im politischen Raum vor allem mit der höheren Preistransparenz geworben. Der Transparenzgewinn ist indessen nur eine Folgeerscheinung des eigentlichen Ziels, nämlich den Versicherten bei der Wahl einer Kasse und der Entscheidung für einen Wahltarif Anreize zu geben, ihre individuelle (marginale) Zahlungswilligkeit mit den verursachten Mehrkosten in Einklang zu bringen. Bei einem Wettbewerb um Beitragssätze passiert genau das nicht. Bei diesem Wettbewerb entrichten Versicherte mit kleinem Lohn nur einen kleinen Beitrag und können folglich selbst dann beitragsmäßig nur wenig spa-

ren, wenn für die Krankenkasse vergleichsweise hohe Kostenersparnisse zu erwarten sind. Durch die paritätische Beitragsfinanzierung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern werden die Kluft zwischen individueller und sozialer Kostenersparnis und die daraus resultierende allokativen Verzerrungswirkung sogar noch vergrößert.

Unverzerrte Wahlentscheidungen auf Seiten der Versicherten sind das zentrale wettbewerbliche Anliegen, das sich mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbindet. Eine konsequente Umsetzung dieses Anliegens verlangt indessen, dass bei der Bemessung von ergänzenden Beitragszahlungen der Versicherten an ihre jeweilige Krankenkasse (»Zusatzbeiträge«) sowie von Beitragserstattungen letzterer an ihre Versicherten (»Boni«) jede Bezugnahme auf den persönlich gezahlten Beitrag und indirekt damit auf das individuelle Einkommen vermieden wird. Die Einkommensbezogenheit schwächt die wettbewerbliche Funktion, die Zusatzbeiträge und Boni als freiwillige Zahlungen mit privatrechtlichem Charakter haben sollen.⁴ Einkommensabhängig dürfen allenfalls die öffentlich-rechtlichen Zwangsbeiträge der Versicherten an den Gesundheitsfonds sein (vgl. Henke und Richter 2009).

Die beiden Sphären des öffentlich-rechtlichen Sozialausgleichs und der privatrechtlichen Selbstverantwortung wurden bei der Einführung des Gesundheitsfonds nicht konsequent getrennt. Einer der handwerklichen Fehler, die gemacht wurden, bestand darin, die Erhebung von Zusatzbeiträgen mit einer einkommensbezogenen Überforderungsregelung zu verknüpfen. Es war richtig, diesen Fehler mit dem GKV-Finanzierungsgesetz zu beheben. Versäumt wurde indessen, den anderen Fehler zu korrigieren, der darin liegt, dass die Boni bei Wahlтарifen⁵ weiterhin beitragsabhängig und damit einkommensabhängig bemessen werden. § 53 SGB V bestimmt, dass sich Boni rückgreifend an den selbst getragenen Beiträgen bemessen und nicht – wie es richtig wäre – an den prospektiv zu erwartenden Kosteneinsparungen.⁶ Als Folge können etwa die Bezieher von ALG II keinen Vorteil aus kostenbewussten Entscheidungen ziehen. Da die Bundesanstalt für Arbeit in ihrem Fall die Beiträge an die GKV übernimmt, haben sie keinen Anspruch auf Boni. Es drängt sich der Verdacht auf, dass sich der Gesetzgeber die Beitragserstattungspraxis der PKV zum Vorbild nahm, ohne allerdings die unterschiedlichen Bemessungen der Beiträge mit ihren unterschiedlichen Verhaltenswirkungen zu bedenken. Zwar ist es vertretbar, die Höhe von Boni zu begrenzen, um einer negativen Vertragsselektion unter den Versicherten vorzu-

³ Im Zusammenhang mit der Finanzmarktkrise war der Beitragssatz von 15,5% auf 14,9% gesenkt und der Einnahmeausfall durch allgemeine Deckungsmittel des Bundes ersetzt worden.

⁴ Daher ist auch der Vorschlag von K. Jacobs abzulehnen, kassenindividuelle Zusatzbeiträge durchgängig einkommensabhängig auszugestalten (vgl. Jacobs 2013).

⁵ Beispiele für Wahlтарife sind solche mit Selbstbehalt oder mit Beitragsrück-erstattung sowie solche, die die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform wie etwa der hausarztzentrierten Versorgung oder der integrierten Versorgung verlangen.

⁶ § 53 SGB V bestimmt in Absatz (8): »Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert ... der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge ... betragen.«

beugen, die maximale Höhe darf aber nicht vom Einkommen des jeweils Versicherten abhängen.

Ein Fehler, der dagegen der Finanzierungsreform von 2010 anzulasten ist, besteht darin, den allgemeinen Beitragssatz auf zu hohem Niveau zu fixieren. Mit der auf 15,5% festgelegten Beitragssatzhöhe wurde jedenfalls die wettbewerbssteuernde Funktion des Gesundheitsfonds bis auf weiteres ausgesetzt. Für die Krankenkassen waren die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2012 so auskömmlich, dass die Notwendigkeit, von den Versicherten krankenkassenspezifische Zusatzbeiträge einzufordern, so gut wie nicht mehr gegeben war und ist. Da aber Zusatzbeiträge Preisfunktion haben, entfällt mit der mangelnden Notwendigkeit, solche zu erheben, der zentrale Parameter im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

Nachdem die Politik die wettbewerbsschädliche Wirkung zu reichlicher Finanzmittel in der GKV erkannt hatte, drängte sie die Krankenkassen, Überschüsse an die Mitglieder auszuschütten. Die Krankenkassen haben dem Druck kaum und nur sehr zögerlich nachgegeben.⁷ Sie haben Grund, ihre gute Finanzausstattung lediglich als vorübergehendes Phänomen zu betrachten. Schließlich kann es nur eine Frage der Zeit sein, bis die allgemeine Ausweitung medizinischer Leistungen eine Rückkehr zur Erhebung von Zusatzbeiträgen erzwingt. Eine Ausschüttung von Überschüssen, die nicht auf Dauer angelegt ist, hat sogar strategische Nachteile. Sie lockt lediglich während der Ausschüttungsphase Versicherte an, schafft dafür umso stärkere Anreize, nach Beendigung der Ausschüttung zu solchen Krankenkassen abzuwandern, die ihre Überschüsse gehortet haben. Auch muss der positive Werbeeffect einer kurzzeitigen Ausschüttung gegen die negative Medienaufmerksamkeit abgewogen werden, die nach den bisherigen Erfahrungen dann droht, wenn man früher als die Konkurrenz Zusatzbeiträge einfordert. Eine allgemeine und von Wahlтарifen unabhängige Ausschüttung von Überschüssen ist aber auch volkswirtschaftlich fragwürdig. Es handelt sich schließlich um Mittel, die durch eine das Arbeitsangebot verzerrende Beitragsbemessung generiert wurden. Solche Mittel einfach auszuschütten, verletzt Grundprinzipien effizienter Abgabenerhebung. Besser wäre es, den Gesundheitsfonds mit weniger Mitteln auszustatten, damit die Krankenkassen erst nicht in die Verlegenheit kommen, über flächendeckende Ausschüttungen nachzudenken.

Die hausarztzentrierte Versorgung

Im Zentrum aller Überlegungen, eine medizinisch hochwertige Versorgung kostengünstig zu ermöglichen, stehen international Modelle, die unter dem Begriff des Managed care subsumiert werden können. Im US-amerikanischen

Raum zählt man hierzu die Health maintenance (HMO) und Preferred provider organizations (PPO). In der deutschen Krankenversicherung gibt es bisher kaum direkt vergleichbare Modelle.⁸ Am ehesten kann man noch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V dem Managed-care-Gedanken zuordnen. Die Grundidee ist stets die gleiche: Arzt- und Therapiewahl sind auf freiwilliger Basis mit dem Ziel einzuschränken, die Nutzen-Kostenrelation in der Gesundheitsversorgung zu steigern.

In Deutschland stoßen entsprechende Überlegungen auf Skepsis. Die Sorge ist verbreitet, dass Einschränkungen der Arzt- und Therapiewahl stark zu Lasten der Versorgungsqualität gehen. Dem ist zweierlei entgegenzuhalten. Erstens dürfte die Sorge primär die Sicht von Menschen widerspiegeln, für die der Versicherungsfall eingetreten ist und die der medizinischen Behandlung bedürfen. Gesundheitsökonomische Politikoptionen sind aber aus einem Ex-ante-Blickwinkel zu bewerten, bei dem der Behandlungsfall lediglich ein Ereignis darstellt, das mit gewisser Wahrscheinlichkeit eintritt. Andernfalls werden die Konsequenzen aus der Aufteilung knapper volkswirtschaftlicher Ressourcen zwischen Gesundheitsversorgung und konkurrierenden Bedürfnissen nicht umfassend berücksichtigt. Zweitens gibt es hinreichende Evidenz dafür, dass sich durch selektives Kontrahieren mit den besten Leistungserbringern und durch Verpflichtung dieser auf praxiserprobte Behandlungsmethoden die Spannung zwischen qualitativ hochwertiger Versorgung und notwendigen Ausgaben nachweisbar reduzieren lässt. Bei HMOs werden auf der Grundlage Schweizer Daten die Kosteneinsparungen je nach Studie auf 20 bis 37% geschätzt. (vg. Leu et al. 2008). Umso unverständlicher ist es, dass Managed care in Deutschland noch immer eine so geringe Rolle spielt. An den gescheiterten Bemühungen um die Einführung einer hausarztzentrierten Versorgung lassen sich die Gründe studieren.

Der Einstieg in die hausarztzentrierte Versorgung wurde in Deutschland mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 gesucht. Damals wurde den Krankenkassen erstmals die Möglichkeit eingeräumt, ihren Versicherten eine hausärztliche Versorgung anzubieten und dafür einen Bonus auszuloben, der sich an den tatsächlichen Einsparungen bemisst. Da die Krankenkassen von dieser Option wenig Gebrauch machten, wurde 2004 mit dem Gesetz zur Modernisierung der GKV der Druck erhöht. So wurde 1% der Gesamtvergütung für ambulante und stationäre Leistungen einbehalten und für die Förderung der Integrierten Versorgung und der hausarztzentrierten Versorgung reserviert. Ferner wurde die Praxisgebühr mit 10 Euro pro Quartal eingeführt. Ab 1. Januar 2013 wird diese nun der Vergangenheit angehören. Der Gesetzgeber verpflichtete schließlich die Krankenkassen,

⁷ Nach Recherchen der Zeitung *Die Welt* haben lediglich 13 Krankenkassen für 2013 allgemeine Ausschüttungen von Überschüssen eingeplant.

⁸ Dagegen gibt es in der Kasko-Versicherung Tarife, die den PPO-Gedanken aufgreifen. Ein Beispiel ist der Tarif Kasko Select der HUK-Coburg.

bis zum 30. Juni 2009 eine hausarztzentrierte Versorgung im Sinne des § 73b SGB V anzubieten. In einzelnen Bezirken ist das sogar geschehen. Zu einer flächendeckenden Einführung ist es gleichwohl nicht gekommen.

Für den Ökonomen liegen die Gründe für das Scheitern auf der Hand. Sie sind darauf zurückzuführen, dass der Gesetzgeber bei der Normierung des gesundheitspolitisch Wünschenswerten die Wirksamkeit wettbewerblicher Anreize vernachlässigte. In den Vordergrund stellte er bei der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung einseitig den medizinischen Qualitätsaspekt. Teilnehmende Ärzte haben sich einem Qualitätsmanagement zu unterwerfen, Fortbildungspflichten zu erfüllen, nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien zu behandeln und anderes mehr zu leisten. Da entsprechende Maßnahmen die freiwillige Mitwirkung von Ärzten verlangen oder diesen sogar Kosten aufbürden, haben sie hohe Erwartungen auf eine besondere Honorierung geweckt. Für eine besondere Honorierung fehlte aber das Geld. Insbesondere zeigten die anderen Anbieter von Gesundheitsleistungen wenig Bereitschaft, zu Gunsten der Hausärzte auf eigene Honorarforderungen zu verzichten. Und eine Mehrbelastung des Beitragszahlers wurde per Gesetz ausgeschlossen. So ist bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zwingend zu beachten.

Der Konflikt um die besondere Honorierung der hausärztlichen Versorgung ist lediglich das Symptom eines mangelhaft organisierten Wettbewerbs. Bei einem funktionsgerechten Wettbewerb sollte es allein um die Frage gehen, welcher Bonus für Versicherte angemessen ist, wenn diese sich in ein Hausarztmodell einschreiben. Schließlich unterwerfen sich die Versicherten mit der freiwilligen Einschreibung Beschränkungen bei der Arzt- und Therapiewahl. Sie verzichten also auf Leistungen und sollten Anspruch auf die eingesparten Ausgaben haben. Dagegen ist die Bereitschaft von medizinischen Leistungserbringern, die Funktion eines Hausarztes zu übernehmen, an sich keine honorierungswürdige Sonderleistung. Es müsste vielmehr reichen, dass die Krankenkassen Hausarztmodelle entwickeln, die von den Versicherten so attraktiv gefunden werden, dass die Ärzte im eigenen Interesse bei den Krankenkassen um die Zulassung vorstellig werden. Damit aber Versicherte aus freien Stücken an einem Hausarztmodell teilnehmen, müssen die Kostenersparnisse allein ihnen zuwachsen, und nicht Dritten. Mit Boni, die sich rückgreifend an gezahlten Beiträgen orientieren statt an prospektiv einzusparenden Kosten, geht das nicht.

Der geringe Erfolg bei der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung dürfte – neben marktmachtmissbräuchlichen Verhandlungsblockaden von Krankenkassen und Ärztevertretungen – nicht zuletzt auf die falsch konzipierten gesetzlichen Vorgaben zur Bemessung von Boni zurückzu-

führen sein. Die Krankenkassen hielten und halten sich nach dieser Interpretation des Geschehens mit substanziellen Tarifinnovationen zurück, weil sie in ihren Vertragsfreiheiten zu sehr eingeschränkt sind und weil sie unter den gegebenen Umständen mit keiner starken Nachfrage nach Kosten sparenden Wahlтарifen rechnen. Sie antizipieren, dass die einkommensabhängige Bonusbemessung just denjenigen Menschen zu schwache Anreize für die Wahl eines Kosten sparenden Tarifs gibt, die wegen kleiner Einkommen nach allgemeiner Lebenserfahrung besonders preisbewusste Entscheidungen treffen.

Mit der Einführung der Praxisgebühr hat der Gesetzgeber versucht, den Anreiz zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung zu erhöhen. Der Versuch wurde eingestellt. Die Praxisgebühr gilt als gescheitert. Zwei potenzielle Wirkungen sind bei ihr zu unterscheiden. Die eine zielt auf die Neigung von Patienten, einen Arzt aufzusuchen. Die andere zielt auf die Bereitschaft der Patienten, im Erkrankungsfall zunächst den Hausarzt aufzusuchen und nicht gleich den Spezialisten. Vor allem die erste Wirkung ist in ihrer Stärke und Wünschbarkeit umstritten. Für eine wirksame Dämpfung der Neigung, einen Arzt aufzusuchen, war die Höhe der Praxisgebühr sicherlich zu gering. Wegen 10 Euro verzichtet man bei Leidensdruck nicht auf den Arztbesuch. Das Gegenteil wäre gesundheitspolitisch auch problematisch. Positiver ist die intendierte Wirkung zu beurteilen, im Erkrankungsfall zunächst den Hausarzt zu besuchen. Jedoch auch diese Wirkung konnte nicht substanziell greifen, weil 10 Euro eine zu schwache Sanktion bei abweichendem Verhalten darstellen.

Ein echtes Hausarztmodell sieht auch anders aus. Erstens ist es dadurch gekennzeichnet, dass bei vertragswidrigem Verhalten der Anspruch auf Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung spürbar reduziert wird, wenn nicht gar gänzlich entfällt. Zweitens setzt es starke Anreize, die nicht erst im Erkrankungsfall, sondern schon bei der Tarifwahl kostenbewusste Entscheidungen begünstigen. Auch hier zeigt sich wieder die verhaltenssteuernde Bedeutung prospektiv bemessener Boni. Die Prämierung einer sparsamen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist eine Angelegenheit, die sich ex ante allein an den eingesparten Kosten orientieren sollte. Sie ist zudem eine Angelegenheit, die eher privatrechtlich zwischen Krankenkassen und Versicherten zu regeln ist und weniger durch gesetzgeberische Vorgaben.

Krankenhausfinanzierung und Krankenhausbedarfsplanung

In den deutschen Krankenhäusern werden Leistungsmengen erbracht, deren Art, Umfang, Struktur und Entwicklung kritische Fragen aufwerfen. Konkrete Hinweise liefert der Krankenhaus-Report 2013 des AOK-Bundesverbands und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). So hat

sich die Zahl der Wirbelsäulenoperationen bei AOK-Versicherten zwischen 2005 und 2010 mehr als verdoppelt. Eine solche Mengenentwicklung lässt sich nicht allein medizinisch erklären. Die Politik sieht sogenannte Chefarzt-Boni als treibende Kraft. Nach dem Willen des Bundestages soll es diese daher künftig nicht länger geben oder allenfalls in transparenter Form.⁹ Man darf indessen bezweifeln, dass der Verzicht auf finanzielle Anreize für leitende Krankenhausärzte allein genügt, die nicht medizinisch begründbare Ausweitung der Mengenentwicklung zu stoppen. Das eigentliche Problem dürfte eher in systemischer Fehlsteuerung und zu hohen Kapazitäten zu suchen sein.

Hinweise auf deutliche Überkapazitäten im stationären Bereich liefert der internationale Vergleich. Nach OECD-Daten kamen in Deutschland 2009 auf 1000 Einwohner 8,2 Krankenhausbetten, während die Schweiz 5,1, die USA 3,1 und Schweden gar nur 2,8 Krankenhausbetten vorhielten.¹⁰ Die rationale Antwort auf erkannte Überkapazitäten ist deren Abbau. Dazu kommt es indessen in Deutschland in noch immer ungenügendem Maße. Die Krankenhäuser weiten lieber ihre Leistungen aus, und der Politik fehlt die Kraft, medizinisch nicht notwendige oder wirtschaftlich nicht wettbewerbsfähige Krankenhäuser zu schließen. Auch ohne Chefarzt-Boni wird der Druck groß bleiben, vorhandene Kapazitäten auszulasten. Abhilfe ist allenfalls von durchgreifenden Reformen bei der Krankenhausbedarfsplanung und der Krankenhausfinanzierung zu erwarten.

Die Krankenhausbedarfsplanung ist in Deutschland Aufgabe der Länder. Diese kommen auch für die Investitionskosten auf, während die laufenden Ausgaben über Fallpauschalen von den Krankenversicherungen aufzubringen sind (»duale Finanzierung«). Diese Struktur wird aus zweifachem Grund seit langer Zeit als reformbedürftig angesehen. Erstens ist ein politisches Instrument wie das der konsensorientierten Planung für den Abbau von Kapazitäten offenbar ungeeignet. Es ist politisch kaum durchzusetzen, einem einmal anerkannten Plan-Krankenhaus den Bedarf abzusprechen. Zweitens setzt die duale Finanzierung bei der Bedarfsplanung falsche Anreize. Lediglich die Investitionskosten werden vom Sitzland getragen, während die sonstigen Kosten über die Fallpauschalen deutschlandweit finanziert werden. Der regionale Nutzen und die regional zu tragenden Kosten fallen somit auseinander. Es kann nicht überraschen, dass aus dieser mangelnden fiskalischen Äquivalenz Überkapazitäten resultieren. Um die Effizienz der Ressourcennutzung im Krankenhausbereich zu steigern, werden drei Maßnahmen für erforderlich erachtet:

- (i) ein gesetzliches Verbot der Finanzierung von Krankenhäusern zu Lasten des Steuerzahlers (»Beihilfeverbot«);

- (ii) ein Wechsel von der dualen zur monistischen Finanzierung der Krankenhäuser und
- (iii) die Erlaubnis von Krankenkassen, mit Krankenhäusern ihrer Wahl selektiv Leistungen zu kontrahieren und damit einhergehend eine Verlagerung des Sicherstellungsauftrags in der stationären Versorgung vom Staat auf die Versicherungen.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen werden wie folgt begründet:

Krankenhäuser stehen in wirtschaftlichem Wettbewerb. Funktionsgerechter Wettbewerb setzt die Anbieter unter Druck, nachfragegerechte Leistungen zu erbringen. Damit dieser Druck entsteht, muss es bei nicht nachfragegerechtem Verhalten Sanktionen geben. Finanzhilfen der öffentlichen Hand schwächen die notwendige Sanktionswirkung und sind von daher dysfunktional. Hinzu kommt, dass sie die dringend notwendige Anpassung der Krankenhauskapazitäten an den medizinischen Versorgungsbedarf erschweren. Ein gesetzliches Verbot der Finanzierung von Krankenhäusern zu Lasten des Steuerzahlers käme ökonomisch dem EU-rechtlichen Beihilfeverbot nach Art. 107 AEUV gleich, das hier nur deswegen nicht anwendbar ist, weil nach geltender Rechtsauffassung der Handel zwischen den Mitgliedstaaten nicht beeinträchtigt wird. Die ökonomische Logik, die dem Beihilfeverbot zugrunde liegt, ist gleichwohl auf den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern uneingeschränkt anwendbar.

Eine konsequente Durchsetzung des Beihilfeverbotes wird indessen durch die besonderen Aufgaben von Universitätskrankenhäusern erschwert. Die Finanzierung von Universitäten ist in Deutschland eine staatliche Aufgabe. Auch stehen Universitäten – jedenfalls soweit es die Grundlagenforschung betrifft – in keinem schützenswerten wirtschaftlichen Wettbewerb. Wenn aber Universitäten öffentlich finanziert werden, während Krankenhäuser einem Beihilfeverbot unterliegen, drohen Abgrenzungskonflikte. Diese werden sich in der Praxis zwar nicht völlig vermeiden, aber doch wenigstens entschärfen lassen. So müsste man auf organisatorische Regelungen drängen, die eine haushaltsmäßige Trennung von Ärzteausbildung und Krankenversorgung möglich machen.

Ein Wechsel von der dualen zur monistischen Finanzierung von Krankenhäusern lässt sich technisch dadurch bewerkstelligen, dass die Funktion der diagnosebezogenen Fallpauschalen erweitert wird. Die Pauschalen wären so zu kalkulieren, dass sie nicht länger nur die erwarteten Behandlungskosten decken, sondern auch alle kalkulatorischen Investitionskosten in Form von Zuschlägen.¹¹

⁹ BT-Drs. 17/12221, S. 19, vom Bundestag am 31. Januar 2013 beschlossen.

¹⁰ Die Zahlenangaben beziehen sich auf 2009 als dem letzten Jahr, in dem für alle genannten Länder Zahlen ausgewiesen werden, online verfügbar unter: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hospital-beds_20758480-table5.

¹¹ Für Einzelheiten vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008, Sechstes Kapitel, Ziffer 690).

Die Forderung, die am weitesten in tradierte Strukturen eingreift, betrifft die Erlaubnis der Krankenkassen, mit Krankenhäusern ihrer Wahl selektiv Leistungen zu kontrahieren. Eine solche Erlaubnis ist indessen notwendig, wenn man die Effizienz in der stationären Versorgung nachhaltig steigern will. Derzeit ist es den Krankenkassen verwehrt, auf konkurrierende Leistungsangebote durch gezielte Nachfrage einzuwirken und den freien Zugang ihrer Mitglieder zu bestimmten Einrichtungen ggf. auch einzuschränken. Der Wettbewerb der Leistungsanbieter wird nicht genutzt, um die Qualitätsinteressen der Versicherten zur Geltung zu bringen (vgl. Henke und Richter 2009).

In der Gesetzlichen Unfallversicherung ist das anders. Hier ist es deren Trägern gemäß § 34 Abs. 1 und 2 SGB VII gestattet, Anforderungen festzulegen, die Ärzte und Krankenhäuser zu erfüllen haben, wenn sie an der besonderen unfallmedizinischen Behandlung beteiligt werden wollen. Diese Regelung kann für die GKV im Allgemeinen und für die Beziehungen von Krankenkassen und Krankenhäuser im Besonderen als Vorbild dienen.

Die Unterdrückung selektiver Freiheiten in den vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird gemeinhin mit der Notwendigkeit begründet, die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Eine flächendeckende Versorgung sei bei Wettbewerb nicht zu organisieren. Aus diesem Grund ist die Sicherstellung der stationären Versorgung in Deutschland eine hoheitliche Aufgabe, deren Notwendigkeit aber zu selten kritisch hinterfragt wird. Es ist ja nicht einzusehen, warum der stationäre Bereich in der Gesundheitsversorgung eine so weit reichende Sonderstellung verdient. Wünschenswert wäre es vielmehr, den stationären Bereich differenzierter zu behandeln und lediglich dort in den Wettbewerb regulierend einzugreifen, wo dies unverzichtbar erscheint. So könnte man erwägen, etwa den Gemeinsamen Bundesausschuss darüber befinden zu lassen, in welchen Teilen der stationären Versorgung die Sicherstellung medizinisch geboten ist und wie sich diese Sicherstellung in zeitlicher Erreichbarkeit ausdrückt. Den Krankenkassen könnte es dann gestattet werden, mit den Krankenhäusern unter der Restriktion selektiv zu kontrahieren, dass die Erreichbarkeitsvorgaben für ihre Versicherungsnehmer eingehalten werden (vgl. Henke und Richter 2009).

Im Ergebnis würde der Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung vom Staat auf die Versicherungen übergehen. Das mag aus heutiger Sicht unrealistisch klingen, wäre aber lediglich die zwingende Folge einer Politik, die den Krankenkassen eine größere Verantwortung für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen zuweist und die dabei auf Wettbewerb setzt.

Wettbewerbskontrolle in der GKV

In der Krankenbehandlung und Gesundheitsversorgung muss bei zunehmender Wettbewerbsorientierung der Wettbewerbspolitik die ihr gebührende Geltung verschafft werden. Das hat auch die Bundesregierung erkannt und mit dem 8. GWB-Novelle ein Gesetz auf den Weg gebracht, das den gesetzlichen Krankenkassen immer dann wettbewerbsbeschränkendes Verhalten untersagt, wenn es nicht in Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen geschieht. Gegen die vorgesehenen Änderungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat allerdings der Bundesrat im November 2012 Einspruch erhoben und die Einberufung des Vermittlungsausschusses verlangt.¹² Die Bundesratsmehrheit wehrt sich gegen die Gleichsetzung gesetzlicher Krankenkassen mit gewinnorientierten Unternehmen, und zwar auf einer materiellen und einer rechtlichen Ebene.

Rechtlich wird die Gleichsetzung wegen ihrer weitreichenden Folgen für die Organisation der GKV abgelehnt. Und zwar dürfte die tradierte Form von Selbstverwaltung ihre rechtliche Grundlage verlieren. Dies ist so, weil mit der Ausweitung der Zuständigkeiten des Bundeskartellamts die GKV in den Anwendungsbereich des europäischen Kartellrechts gerät. Gelten die Krankenkassen aber erst mal als Unternehmen im Sinne des EU-Rechts, kann der deutsche Gesetzgeber nur noch im Rahmen der europarechtlichen Vorgaben gestalten (vgl. hierzu Fritzsche 2012). Die Regulierung des Gesundheitswesens wäre dann als eine hoheitliche Aufgabe zu organisieren und nicht länger als eine der Selbstverwaltung. Nur gesetzliche Handlungsanweisungen dürften den nötigen Schutz vor kartellrechtlicher Intervention bieten. Das würde z.B. bedeuten, dass der GKV-Spitzenverband umfassende Kompetenzen verlore. Er könnte als selbstverwaltete Körperschaft wohl nur noch die Aufgaben einer normalen Wirtschaftskammer ausüben, während seine Aufgaben mit Drittwirkungen durch eine staatliche Behörde wahrzunehmen wären (vgl. Fritzsche 2012).

Diese rechtliche Würdigung mag zutreffen, sollte aber nicht als Hinderungsgrund akzeptiert werden, die Politik fortzusetzen, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 eingeschlagen wurde. Wenn es richtig ist, den gesetzlichen Krankenkassen eine größere Verantwortung für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung einzuräumen und den Wettbewerb untereinander zu intensivieren, müssen sie auch dem Wettbewerbsrecht unterstellt werden. Ausnahmen sind auf diejenigen Bereiche zu beschränken, in denen die Krankenkassen aufgrund ihres hoheitlichen Versorgungsauftrags zu kollektivem Handeln verpflichtet sind (vgl. Monopolkommission 2010, 405; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, 35 ff.).

¹² Der Vermittlungsausschuss hat zuletzt am 29. Januar 2013 die Beratungen auf den 26. Februar vertagt.

Die Gleichsetzung gesetzlicher Krankenkassen mit gewinnorientierten Unternehmen wird aber auch materiell abgelehnt. Und zwar wird der Verzicht auf Gewinnerzielung als Grund gesehen, einen politischen Sonderstatus zu fordern. Diese Auffassung ist zwar für das deutsche Gemeinnützigkeitsrecht prägend, ökonomisch aber abzulehnen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim BMF 2006). Sie beruht auf einem fragwürdigen Verständnis von Gewinnen unter Wettbewerbsbedingungen. Gewinne sind nicht per se problematisch. Sie sind insbesondere kein zuverlässiger Maßstab für wettbewerbsbeschränkendes Verhalten. Sie können zwar das Ergebnis einer marktbeherrschenden Stellung sein, müssen dies aber nicht. Sie können vielmehr Ausdruck eines besonders innovativen und nachfragegerechten Wettbewerbs sein. Umgekehrt ist der Verzicht auf Gewinnerzielung nicht mit funktionierendem Wettbewerb und Förderungswürdigkeit gleichzusetzen. Ein wettbewerbsbeschränkendes Verhalten kann sich auch in überhöhten Kosten und mangelnder Innovationsfreudigkeit ausdrücken.

Dass es im deutschen Gesundheitswesen an Innovationsfreudigkeit fehlt, wird an der geringen Bedeutung von Managed care erkennbar. Der Versuch, eine hausarztzentrierte Versorgung per Gesetz voranzubringen, kann als gescheitert gelten. In dem Scheitern zeigt sich auch, dass politisch-bürokratische Steuerung eine untaugliche Quelle von Innovation ist. Der Stillstand wird sich nur durch einen forcierten Innovationswettbewerb der Krankenkassen überwinden lassen. Dafür müssen allerdings die Krankenkassen über die adäquaten preislichen Instrumente, Wettbewerbsdruck und die nötigen Vertragsfreiheiten verfügen. Dabei reicht es nicht, dass Verträge der Krankenkassen – sei es untereinander oder auch mit den medizinischen Leistungserbringern – im wechselseitigen Einvernehmen geschlossen werden, um sie gut zu heißen. Es muss vielmehr sichergestellt sein, dass die Verträge nicht zu Lasten Dritter gehen. Die Einhaltung dieser Maßgabe ist die Aufgabe von Wettbewerbspolitik. Anbieter von wettbewerbslich nachgefragten Leistungen haben die Neigung, lästige Konkurrenz auszuschalten. Aufgabe der Kartellbehörde ist es, genau solches Verhalten zu unterbinden. Daher ist die Erweiterung des Anwendungsbereiches des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf das Gesundheitswesen zu begrüßen. Es ist sogar zu erwägen, nicht nur die Krankenkassen dem Anwendungsbereich zu unterwerfen, sondern auch die übrigen Leistungserbringer. Marktmacht wird auch durch medizinische Leistungserbringer und ihre Verbände ausgeübt, und dies ist ebenso zu bekämpfen wie die Marktmacht von Krankenversicherungen.

Literatur

Fritzsche, J. (2012), *Folgen einer umfassenden »entsprechenden« Anwendung des Kartellverbots auf die Tätigkeit gesetzlicher Krankenkassen*, Gutachten erstellt im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.

Henke, H.-D. und W.F. Richter (2009), »Zur Zukunft des Gesundheitsfonds«, *Wirtschaftsdienst* 89, 727–732.

Jacobs, K. (2013), »Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finzen und sinnvollen Kassenwettbewerb«, *Wirtschaftsdienst* 93, 24–27.

Leu, R.E., F. Rutten, W. Brouwer, C. Rütschi und P. Matter (2008), *The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared: A Tale of Two Systems*, Nomos Verlag, Baden-Baden.

Monopolkommission (2010), *Achtzehntes Hauptgutachten 2008/2009*, BT-Drs. 17/2600.

Richter, W.F. (2005), »Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag«, *Wirtschaftsdienst* 85, 693–697.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, BT-Drs. 17/10323.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008), *Jahresgutachten*, Wiesbaden.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2005), »Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell«, Stellungnahme, Berlin.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2006), *Die abgabenrechtliche Privilegierung gemeinnütziger Zwecke auf dem Prüfstand*, Gutachten.