

vbw

Die bayerische Wirtschaft



Studie

Kompass Gesundheitspolitik

Eine vbw Studie, erstellt durch: IfG – Institut für Gesundheitsökonomik
3. Auflage
Stand: April 2017
www.vbw-bayern.de

Vorwort

Soziale Marktwirtschaft als Kompass zur Neuausrichtung des Gesundheitssystems

Die Gesundheitsversorgung befindet sich seit zwei Jahrzehnten in einem deutlichen Wandel – weg von einem Zweig der Sozialversicherung, hin zu einer bedeutenden Wirtschaftsbranche. Rund 13 Prozent der Erwerbstätigen Deutschlands sind derzeit in diesem Bereich tätig und tragen einen ähnlich großen Anteil zum gesamtdeutschen BIP bei. Zudem sichert die Gesundheitswirtschaft Arbeitsplätze, da sie weitgehend unabhängig von konjunkturellen Schwankungen ist und eine Vielzahl von gleichermaßen hoch technologischen wie innovativen Tätigkeiten beinhaltet.

Im Gesundheitswesen besteht erheblicher Reformbedarf. Die zahlreichen gesetzgeberischen Eingriffe der jüngsten Vergangenheit adressieren jedoch nicht das Grundproblem. Leistungsausweitungen in vielen Bereichen haben dieses sogar noch verschärft, statt eine gerechtere und zukunftssichere Finanzierung anzustreben, die die Fixierung auf den Faktor Lohn endlich überwindet.

Diesem äußerst unzulänglichen Konzept will die vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. ein durchdachtes System entgegensetzen. Denn es darf nicht zu einer Überregulierung und Ausweitung planwirtschaftlicher Strukturen kommen, die Kosten verursachen und zu Lasten von Arbeitsplätzen in anderen Wirtschaftsbereichen gehen. Die Dynamik, die in der Gesundheitswirtschaft steckt, entfaltet sich am besten im Wettbewerb. Zusammen mit dem IfG – Institut für Gesundheitsökonomik in München schlägt die vbw deshalb einen ordnungspolitisch ausgerichteten Katalog mit fast 40 Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vor. Die Vorschläge orientieren sich an den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft und bilden einen Kompass Gesundheitspolitik, der anzeigt, in welche Richtung Reformen gehen müssen, um Qualität und Effizienz zu steigern sowie die Finanzströme im Gesundheitssystem transparenter zu organisieren.

Mit unserem vorliegenden aktualisierten *Kompass Gesundheitspolitik* liefern wir Impulse, wie wir die Qualität und die Versorgungssicherheit in unserem Land nach vorne bringen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Systems sichern.

Bertram Brossardt
24. April 2017

Inhalt

1	Zusammenfassung	1
2	Ausrichtung der GKV-Gesundheitsversorgung am Leitbild der Sozialen Marktwirtschaft	7
2.1	Struktur der GKV-Gesundheitsversorgung	7
2.2	Leitprinzipien der Sozialen Marktwirtschaft	9
3	Finanzierungsmarkt.....	11
3.1	Die GKV-Finanzierungsstruktur.....	11
3.2	Analyse der systembedingten Schwächen und staatlichen Regulierungen der GKV-Finanzierung	13
3.2.1	Systembedingte Schwächen der GKV-Finanzierung.....	13
3.2.2	Regulierungsbedingte Schwächen.....	15
3.2.3	Folgen der Systemschwächen: Prognosen des Beitragssatzes	18
3.3	Entwicklung konkreter wettbewerblicher Reformschritte.....	19
3.3.1	Kurzfristige Neuausrichtung: <i>Der Regionale Gesundheits-Kombi (RGK)</i>	19
3.3.2	Mittelfristige Neuausrichtung.....	24
3.4	Internationale Beispiele für die praktische Umsetzbarkeit der Reformvorschläge.....	26
3.4.1	Schweiz	26
3.4.2	Niederlande	28
4	Weiterentwicklung der Leistungsmärkte.....	31
4.1	Statt staatlicher Regulierung mehr Freiheit zu eigenverantwortlichem, unternehmerischem Handeln durch Stärkung der Eigentumsrechte.....	31
4.1.1	Ambulant-vertragsärztliche Versorgung	31
4.1.2	Akut-stationäre Versorgung	32
4.1.3	Arzneimittelmarkt	34
4.2	Vertragsfreiheit: Weniger kollektive Vertragspflichten für Leistungserbringer und mehr Wahlfreiheit für Patienten und Versicherte	35
4.2.1	Ambulant-vertragsärztliche Versorgung	35
4.2.2	Akut-stationäre Versorgung	37
4.2.3	Arzneimittelmarkt	38
4.3	Gesetzliche Wettbewerbsregeln: Weniger Sozialrecht und mehr wettbewerbsrechtliche Aufsicht.....	39
4.3.1	Ambulant-vertragsärztliche Versorgung	39

4.3.2	Akut-stationäre Versorgung	40
4.3.3	Arzneimittelmarkt	41
4.4	Wettbewerbliche Preissteuerung: Statt staatlicher Gebührenordnungen wettbewerblich flexibilisierte Preise	42
4.4.1	Ambulant-vertragsärztliche Versorgung	43
4.4.2	Akut-stationäre Versorgung	44
4.4.3	Arzneimittelmarkt	46
4.5	Markttransparenz für die Versicherten: Statt Expertenwissen mehr Preis- und Leistungs-transparenz für Versicherte und Patienten	47
4.5.1	Ambulant-vertragsärztliche Versorgung	47
4.5.2	Akut-stationäre Versorgung	48
4.5.3	Arzneimittelmarkt	49
4.6	Offener Marktzutritt für die Leistungserbringer: Statt Bedarfsplanung freie Berufsausübung.....	50
4.6.1	Ambulant-vertragsärztliche Versorgung	50
4.6.2	Akut-stationäre Versorgung	51
4.6.3	Arzneimittelmarkt	52
4.7	Sozialprinzip: Statt Regulierung der Leistungserbringer staatlich garantierter Versichertenschutz und Sozialpflichtigkeit der privaten Leistungserbringer.	53
5	Vertragsmarkt	55
5.1	Skizze des deutschen GKV-Vertragsmarktes im Jahr 2016	55
5.2	Entwicklung konkreter wettbewerblicher Reformschritte.....	57
5.2.1	Kurzfristige Neuausrichtung	59
5.2.2	Mittelfristige Neuausrichtung.....	59
6	Fazit	61
	Ansprechpartner	63
	Impressum.....	63

Hinweis

Zitate aus dieser Publikation sind unter Angabe der Quelle zulässig.

1 Zusammenfassung

Von einem Zweig der Sozialversicherung hin zu einer sozialen Gesundheitswirtschaft

Um die Gesundheitsversorgung in Deutschland zukunftsfähig zu gestalten, bedarf es einer Neuausrichtung. Orientierung dafür bietet der bewährte Kompass der Sozialen Marktwirtschaft (SMW): Gemäß der SMW ist die Leistungserbringung über Wettbewerbsmärkte zu steuern. Die Leistungsverteilung wird – nach dem Sozialprinzip – durch den Staat und damit allgemein steuerfinanziert korrigiert. Grundlage der SMW – nach Eucken und Müller-Armack – sind die konstituierenden Prinzipien Privateigentum, Vertragsfreiheit und Gesetzliche Wettbewerbsregeln sowie die regulierenden Prinzipien Wettbewerbliche Preissteuerung, Markttransparenz für die Versicherten und Offener Marktzutritt für die Anbieter sowie schließlich das Sozialprinzip (vgl. Abb. 2).

Aus jeder dieser sieben Säulen der Sozialen Marktwirtschaft lässt sich Reformbedarf für die drei Teilmärkte des Gesundheitssystems (Finanzierungs-, Leistungs- und Vertragsmarkt) systematisch ableiten.

Die Finanzierungsseite weist in der bestehenden Form eine Reihe von system- und regulierungsbedingten Schwächen auf. Dementsprechend gehen Prognosen davon aus, dass – sofern diese Schwächen des Systems nicht korrigiert werden – der Beitragssatz bis 2060 auf über 50 Prozent anzusteigen droht.

Ein detailliertes Konzept, wie diese Systemschwächen bereits kurzfristig korrigiert und der Finanzierungsmarkt zukunftsfähig ausgestaltet werden kann, hat die vbw bereits im Jahr 2011 mit dem *Regionalen Gesundheits-Kombi* (RGK) vorgelegt. Kernelemente des RGK – der sich am Konzept der Sozialen Marktwirtschaft orientiert – sind:

- Beitragsautonomie der Krankenkassen durch eine kassenspezifische, regionalisierte Gesundheitsprämie zur Erweiterung der unternehmerischen Handlungsspielräume
- Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich unter Berücksichtigung aller Einkünfte des Haushalts
- Reduktion des Gesundheitsfonds und zielgerichtete Weiterentwicklung des Morbi-RSA zur Intensivierung des Beitrags-(Preis) Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und des Vertragswettbewerbs zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringergruppen

Die Schweiz sowie die Niederlande zeigen, dass sich die Kernelemente des RGK auf unterschiedlichste Weise realisieren lassen. Mittelfristig sollten auf dem Finanzierungsmarkt darüber hinaus

- die gesetzlichen Krankenkassen zur Stärkung der unternehmerischen Handlungsspielräume privatrechtlich organisiert,
- die PKV zielgerichtet weiterentwickelt und

- steuerfinanzierte Gesundheitssparkonten für Kinder eingerichtet werden.

Auch die Leistungsmärkte sollten verstärkt nach den Grundprinzipien der Sozialen Marktwirtschaft neu ausgerichtet werden:

Zur Stärkung der *Eigentumsrechte* sind in der ambulant-ärztlichen Versorgung die Möglichkeiten der Filialisierung und der Wahl der Rechtsformen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) zu erweitern. Im stationären Bereich sind Investitionsautonomie und autonome Portfolioplanung zu gewährleisten sowie eine Entpolitisierung der öffentlichen Häuser voranzubringen. Der Arzneimittelmarkt sollte durch Lockerung des Mehrbesitzverbots und der Möglichkeiten bei Verkauf und Vererbung von Apotheken eine Stärkung des unternehmerischen Verhaltens erfahren.

Um die *Vertragsfreiheit* zu fördern ist in der ambulant-ärztlichen Versorgung die freie Arztwahl der Patienten und eine Ausdehnung der Selektiv- und Individualverträge zu fördern. In der stationären Versorgung ist bei planbaren stationären Eingriffen die Möglichkeit zu Selektivverträgen zwischen einzelnen Einrichtungen und Kassen zu schaffen. Zudem sollte die Wahlfreiheit der Versicherten über eine Mehrkostenregelung ausgeweitet werden. Des Weiteren ist eine stärkere Verzahnung der Notfallambulanzen mit dem ambulant-ärztlichen Bereitschaftsdienst anzustreben. Durch Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist mittelfristig schließlich ein Vertragsverweigerungsrecht – nicht jedoch ein Behandlungsverweigerungsrecht – für Krankenkassen und Krankenhäuser zuzulassen. Eine Stärkung der Vertragsfreiheit im Arzneimittelmarkt ließe sich durch die Förderung vom Optionsrecht der Patienten ebenso wie durch kassenspezifische Positiv- oder Negativlisten erzielen.

Zur Einrichtung einer gesetzlichen *Wettbewerbsaufsicht* in der Gesundheitsversorgung ist ein spezielles Wettbewerbsrecht für diesen Bereich insgesamt auszuarbeiten. Dabei ist eine Harmonisierung mit den EU-Wettbewerbsregeln anzustreben. Auf dieser Grundlage sollten Krankenkassen, Ärztenetze sowie -verbände, sämtliche Krankenhausfusionen und die Akteure des Arzneimittelmarktes kartellrechtlich geprüft werden. Bei flexibilisierten Behandlungspreisen muss die Überprüfung der Preissetzungsmacht auch auf die Leistungserbringer ausgeweitet werden.

Um die *wettbewerbliche Preissteuerung* des Gesundheitssystems zu verbessern, schlagen wir vor, in der ambulant-ärztlichen und der stationären Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung (Großhandelsspanne und Apothekenabgabepreis) generell Richtpreise einzuführen, von denen in einem Preiskorridor von zunächst 15 Prozent nach oben und unten abgewichen werden kann. Um ein Mitsteuern der Patienten zu erreichen sind diese für Preis-Leistungs- und Qualitäts-Vergleiche zu sensibilisieren, indem sie zu Leistungen prozentual zuzahlen. In der stationären Versorgung ist außerdem eine Investitionsfinanzierung über Preise einzurichten. Um die Beratungsfunktion des Apothekers weiter zu stärken, ist die Einführung einer differenzierten, mit den Krankenkassen ausgehandelten Dienstleistungsgebühr anzustreben.

Die erforderliche Mitsteuerung der Patienten, durch die eine gezieltere Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an deren Bedürfnissen erfolgen kann, bedarf einer gestärkten Mitwirkungskompetenz durch verbesserte *Markttransparenz*, *Qualitätstransparenz* und Patientenrechte (erste Schritte wurden im Patientenrechte-Gesetz vom 26.02.2013 getan). Dazu sollten in der ambulant-ärztlichen und der stationären Versorgung die Behandlungsergebnisse leichter sowie in einfach vergleichbarer Form zugänglich gemacht und die zu veröffentlichen Bewertungskriterien zielgerichtet weiterentwickelt werden. Hierfür sind die Möglichkeiten des Internets zu nutzen. Darüber hinaus sollten in der Arzneimittelversorgung Ausschreibungen ausgeweitet werden und der AMNOG-Prozess wettbewerblicher organisiert werden.

In allen drei Teilmärkten der Gesundheitsversorgung sind die Möglichkeiten des *Marktzutritts* möglichst offen zu gestalten. Im Bereich der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung betrifft dies die Bedarfsplanung, die statt imperativ nur noch Indikativ durchgeführt werden sollte. Für die stationäre Versorgung ist die Krankenhaus-Planung auf eine Orientierungsfunktion zu reduzieren und mittelfristig durch ein Akkreditierungsverfahren zu ersetzen, nach dem alle Einrichtungen zu definierende Qualitätsanforderungen zu erfüllen haben, bevor sie zur Leistungserbringung zu Lasten der GKV zugelassen werden. Es ist abzuwarten, inwieweit die Vorgaben nach dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 in den kommenden Jahren konkretisiert werden. Erste Vorgaben des GB-A liegen vor und bedürfen der schrittweisen Umsetzung.

Schließlich ist – dem *Sozialprinzip* folgend – der Versicherte beim Kauf des Versicherungsschutzes und bei obligatorischer Kostenbeteiligung für die Inanspruchnahme von Leistungen oder Produkten im Bedarfsfall über einen steuerfinanzierten Sozialausgleich zu unterstützen. Die Sozialpflichtigkeit des Eigentums verlangt von allen Leistungserbringern, im Notfall qualifizierte Hilfe zu gewähren, ohne vorher den Versichererstatus und die Zahlungsfähigkeit des Patienten zu prüfen. Zudem muss bei rationierten Gütern – wie Organen – oder bei generellen Fragen der Priorisierung im Leistungskatalog das Prinzip des medizinischen Bedarfs und der medizinischen Dringlichkeit Vorrang vor dem Prinzip der privaten Zahlungsfähigkeit haben. Eine weitere Ausprägung des Sozialprinzips stellt die sechswöchige Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dar. Sie ist bei der Betrachtung von Lohnnebenkosten stets mit zu berücksichtigen. Das Sozialprinzip umfasst außerdem die Haftung der Eigentümer im arbeitsbedingten Schadensfall sowie die Haftung der Leistungserbringer für Patientenschäden. Abgesichert werden diese Schäden über die arbeitgeberfinanzierte gesetzliche Unfallversicherung sowie durch private Haftpflichtversicherungen.

Im GKV-Gesundheitssystem werden die Beziehung zwischen den im Markt befindlichen Akteuren über kollektiv-, selektiv- und individualvertragliche Vereinbarungen geregelt. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend sollten Kompetenz und Verantwortung an höhere Entscheidungsebenen nur abgegeben werden, wenn die untere Ebene trotz Hilfestellung überfordert ist. Somit erhalten Individualverträge Vorrang vor Selektivverträgen, und Selektivverträge vor Kollektivverträgen.

Übersicht 1:
Neuausrichtung der Leistungsmärkte

Kompass Gesundheitspolitik - Konstituierende Prinzipien der SMW

<p>Institut für Gesundheitsökonomik (IG) Prof. Dr. Günter Neubauer Tel. 089/605198 Stand: 31.01.2017</p>	<p>Unternehmerisches Verhalten stärken heißt eigenverantwortliches und innovatives Handeln erlauben</p> <p>Ziel: Stärkung der Eigentumsrechte</p> <p>Status quo: Zwar Privateigentümer, aber eigenverantwortliches, innovatives Handeln ist ihnen erschwert</p> <p>Kurzfristig: Praxis als Unternehmen verstehen mit Investitions- und Niederlassungsfreiheit (Filialisierung)</p> <p>Mittelfristig: Aufhebung der Beschränkungen bei der Wahl der Rechts- und Betriebsformen</p>	<p>Weniger kollektive Vertragspflichten, mehr Wahlfreiheit</p> <p>Ziel: Vertragsfreiheit</p> <p>Status quo: Wahlfreiheit für Patienten, Ärzte und KK eingeschränkt</p> <p>Kurzfristig: Kassenspatienten sollen auf Privatärzten über Kostenerstattung wählen dürfen</p> <p>Mittelfristig: Ausdehnung der selektiv- und individualvertraglichen Regelungen für Kassen, Ärzte und Patienten</p>	<p>Weniger Sozialrecht, mehr wettbewerbliche Aufsicht</p> <p>Ziel: Regelung und Stärkung des Wettbewerbs</p> <p>Status quo: Staatliche Einflussnahme führt zu kartell- und monopolähnlichen Strukturen</p> <p>Kurzfristig: Prüfungen, welche Besonderheiten dieses Teilmarktes eine Modifikation des wettbewerbsrechts bedürfen.</p> <p>Mittelfristig: Wettbewerbsrechtliche Sonderregelung für Arztnetze und MVZ, wenn ein hoher Anteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von diesen vertreten wird</p>
<p>Ambulant-vertrags-ärztliche Versorgung</p>	<p>Status quo: Träger-Pluralität, Investitionslenkung und -stau, Beeinflussung der Unternehmensentscheidungen durch politische Mandaträger, KH-Planung schränkt Wahl von Standort und Leistungsspektrum ein</p> <p>Kurzfristig: Einführung von Investitionsautonomie und autonomer Produktplanung</p> <p>Mittelfristig: Entpolitisierung öffentlicher Häuser</p>	<p>Status quo: KH-Planung beinhaltet Kontrahierungszwang zw. Kassen und KH, begrenzte Wahlfreiheit für Versicherte</p> <p>Kurzfristig: Vertragsverhandlungen dezentralisieren, Basisfallwert pro Krankenhaus flexibilisieren, Wahlfreiheit der Versicherten durch Individualverträge mit Mehrkostenregelung steigern, Vernetzung von Notfallambulanz und ambulant-ärztlicher Versorgung</p> <p>Mittelfristig: Aufhebung des strikten Kontrahierungszwangs für Kassen und KH, Behandlungspflicht bei Kostenerstattung</p>	<p>Status quo: Kartellamt prüft nur Fusionsentscheidungen ab 500 Mio. Euro Jahresumsatz</p> <p>Kurzfristig: Kontrolle des vorgeschlagenen Preissetzungsrechts, Generelle Überprüfung von KH-Fusionen</p> <p>Mittelfristig: Ausarbeitung eines gesonderten Wettbewerbsrechts für die Gesundheits- / stationäre Versorgung</p>
<p>Akut-stationäre Versorgung</p>	<p>Status quo: Pharmaunternehmen, Großhandel und Apotheken sind zwar in privatem Eigentum, jedoch sind die Verfügungsrechte darüber begrenzt</p> <p>Kurzfristig: Lockerung der Grenze des Mehrbesitzverbots</p> <p>Mittelfristig: Beschränkung bei Verkauf und Vererbung der Apotheken lockern, Fremdbesitzverbot prüfen</p>	<p>Status quo: Vertragsfreiheit der Arzneimittelhersteller durch marktmächtige KK gefährdet.</p> <p>Kurzfristig: Selektivvertragsrechtliche Vereinbarungen fördern; Optionsrechte der Patienten für Arzneimittel erweitern</p> <p>Mittelfristig: Erlauben von kassenspezifischen Positiv-/Negativ-Listen und erweiterten Zuzahlungsregeln</p>	<p>Status quo: Wettbewerbsrechtliche Vorgaben für Ausschreibungen der KK für Generika wurden bereits etabliert.</p> <p>Kurzfristig: Prüfung, welche Auswirkung die Ausdehnung des Wettbewerbsrechts auf die Stellung der Krankenkassen im Arzneimittelmarkt hat; direkte Beteiligung der Pharmaverbände am G-BA.</p> <p>Mittelfristig: Preisfindung im AMNOG-Prozess prüfen, Harmonisierung der EU-Wettbewerbsvorschriften, z. B. MwSt.-Regelung</p>
<p>Arzneimittelmarkt</p>			

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik

Übersicht 1 (Fortsetzung)

Kompass Gesundheitspolitik - Steuernde Prinzipien der SMW

Institut für Gesundheitsökonomik (IG)
 Prof. Dr. Günter Neubauer
 Tel. 089/605198
 Stand: 31.01.2017

<p>Institut für Gesundheitsökonomik (IG) Prof. Dr. Günter Neubauer Tel. 089/605198 Stand: 31.01.2017</p>	<p>Statt staatlicher Gebührenordnungen, wettbewerblich flexibilisierte Preise Ziel: Wettbewerbliche Preissteuerung</p> <p>Status quo: Vertraglich festgelegte Gebührenordnung für vertrags(zahn)ärztliche Versorgung Kurzfristig: Dezentralisierung und Flexibilisierung der Gebührenordnungen, Entwicklung einer Praxisgebühr Mittelfristig: Regionale und fachlich flexibilisierte Steigerungsfaktoren für ärztliche Leistungen in einem festgelegten Preiskorridor.</p>	<p>Statt Expertenwissen, mehr Preis- und Leistungstransparenz für Versicherte Ziel: Stärkung der Patientenmitwirkung durch Markttransparenz</p> <p>Status quo: Nur sehr eingeschränkte und subjektive Markttransparenz Kurzfristig: Nutzung von Abrechnungsdaten der KVen zur Verbesserung der Qualitätstransparenz für Patienten, Steigerungsfaktoren von Arztpraxen im Internet (befeilixibilisierten Steigerungsfaktoren)</p>	<p>Statt Bedarfsplanung, freie Berufsausübung und Standortwahl Ziel: Offener Marktzutritt</p> <p>Status quo: Angebotsplanung konnte Versorgung leichtgewichte nicht ausgleichen Kurzfristig: Indikative statt imperative Angebotsplanung mit finanziellen Anreizen Mittelfristig: Wettbewerbliche Selbststeuerung statt Angebotsplanung durch wettbewerbliche Preisgestaltung der ambulant-ärztlichen Leistungen, Aufhebung der Bedarfsplanung</p>
<p>Ambulant-vertrags-ärztliche Versorgung</p>	<p>Status quo: Staatliche Verordnungspreise durch Landesbasistarifwert (DRG) verhindern Preis-Leistungs-Wettbewerb Kurzfristig: Überführung der DRG in Richtpreise mit Preiskorridoren, Investitionsfinanzierung über Entgelte, Mittelfristig: Stärkung des Patienteninteresses an Preis-Leistungs-Vergleichen (z.B. persönliche Budgets)</p>	<p>Status quo: Geringe Preis-Leistungs-Transparenz Kurzfristig: Verbesserung der Leistungs-transparenz durch leichteren Zugang und bessere Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen, Verbesserung der Preis-Richtpreise / Preiskorridore Mittelfristig: Weiterentwicklung der veröffentlichten Kriterien der Leistungsqualität (persönliche Budgets)</p>	<p>Status quo: Staatliche Angebotsplanung durch Krankenhausplan Kurzfristig: Rückführung der KH-Planung auf Orientierungsfunktion, Begleitung durch Vergütung (Richtpreise) und Vertragsmarkt (Selektivverträge) Mittelfristig: Akkreditierungsverfahren statt Bedarfsplanung, staatliche Überwachung von Rahmenvorgaben zur Sicherstellung, insbesondere in der Notfallversorgung</p>
<p>Akut-stationäre Versorgung</p>	<p>Status quo: Arzneimittelmarkt geprägt von staatlichen Ordnungspreisen auf allen Ebenen Kurzfristig: Vergütung für persönliche Beratung und Betreuung flexibilisieren Mittelfristig: Freigabe der AAP innerhalb eines Preiskorridors; Unternehmerische Freiheit erweitern; Durchgängige prozentuale Kostenbeteiligung für Patienten</p>	<p>Status quo: Preistransparenz bei festen Verordnungspreisen sinnvoll Kurzfristig: Bessere Information der Patienten und Ärzte über Ergebnisse der AMNOG-Prüfung und -Zulassung Mittelfristig: Option zur Einführung von kassenspezifischen Positiv- / Negativlisten; Preisvergleichsportale nach Flexibilisierung der AAP, mehr Transparenz des AMNOG-Preisfindungsverfahrens</p>	<p>Status quo: Offener Marktzutritt für pharmazeutische Hersteller und Großhandel; Apothekenmarkt formal auch offen Kurzfristig: Schritte zur Erweiterung der unternehmerischen Freiheit unter Beachtung der Arzneimittel-sicherheit und der gesicherten Versorgung überwachener Versandhandel und PIV Mittelfristig: Integration in den Europäischen Markt, u.a. MwSt anpassen</p>
<p>Arzneimittelmarkt</p>	<p>Status quo: Arzneimittelmarkt geprägt von staatlichen Ordnungspreisen auf allen Ebenen Kurzfristig: Vergütung für persönliche Beratung und Betreuung flexibilisieren Mittelfristig: Freigabe der AAP innerhalb eines Preiskorridors; Unternehmerische Freiheit erweitern; Durchgängige prozentuale Kostenbeteiligung für Patienten</p>	<p>Status quo: Preistransparenz bei festen Verordnungspreisen sinnvoll Kurzfristig: Bessere Information der Patienten und Ärzte über Ergebnisse der AMNOG-Prüfung und -Zulassung Mittelfristig: Option zur Einführung von kassenspezifischen Positiv- / Negativlisten; Preisvergleichsportale nach Flexibilisierung der AAP, mehr Transparenz des AMNOG-Preisfindungsverfahrens</p>	<p>Status quo: Offener Marktzutritt für pharmazeutische Hersteller und Großhandel; Apothekenmarkt formal auch offen Kurzfristig: Schritte zur Erweiterung der unternehmerischen Freiheit unter Beachtung der Arzneimittel-sicherheit und der gesicherten Versorgung überwachener Versandhandel und PIV Mittelfristig: Integration in den Europäischen Markt, u.a. MwSt anpassen</p>

2 Ausrichtung der GKV-Gesundheitsversorgung am Leitbild der Sozialen Marktwirtschaft

Bewährte Prinzipien der SMW in die GKV-Gesundheitsversorgung einbringen

Die Gesundheitsversorgung entwickelt sich mit wachsendem Tempo zu einer Gesundheitsbranche. Dies gilt auch für den Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der sich durch Wertschöpfung und Beschäftigung auszeichnet: Der Anteil der GKV an der Wirtschaftsleistung Deutschlands beträgt ungefähr acht Prozent. Die gesamte Gesundheitsversorgung erreicht etwa elf Prozent am Brutto-Inlands-Produkt und 13 Prozent aller Arbeitsplätze.

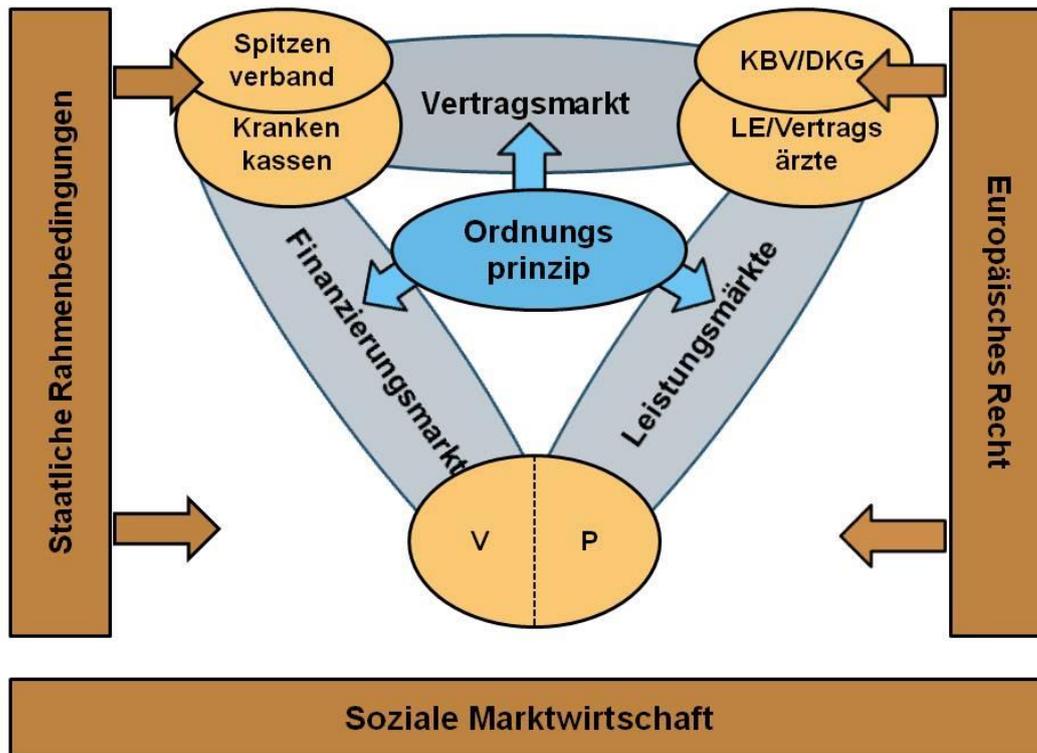
Dieser Wandel verlangt danach, auch die (GKV)-Gesundheitsversorgung stärker an den bewährten Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft auszurichten. Es gilt die Leistungserstellung durch wettbewerbliche Märkte in ihrer Effizienz zu steigern und die Leistungsverteilung nach dem Sozialprinzip für alle Versicherten zu gewährleisten.

2.1 Struktur der GKV-Gesundheitsversorgung

Das System der GKV-Gesundheitsversorgung wird von drei Gruppen von Akteuren geprägt: den Versicherten beziehungsweise Patienten, den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Diese interagieren auf drei Märkten. Abbildung 1 veranschaulicht die Struktur. Der Begriff Markt wird mehr in einem technisch-organisatorischen und nicht in einem ordnungstheoretischen Sinn verwendet.

Der Finanzierungsmarkt wird von den Beitragszahlern und den Krankenkassen bestimmt. Die Beitragszahler, das sind Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Rentner, entrichten Beiträge an ihre Krankenkasse und erhalten im Gegenzug Versicherungsschutz in einem vom Gesetzgeber festgelegten Umfang. Im Detail werden die Ist-Situation und der Reformbedarf des Finanzierungsmarktes im dritten Kapitel erörtert.

Abbildung 1

Struktur der GKV-Gesundheitsversorgung

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2012)

Der Leistungsmarkt gliedert sich in viele Teilmärkte. Daher ist es präziser, im Plural von den Leistungsmärkten zu sprechen. Die drei wichtigsten Leistungsmärkte sind die vertragsärztliche Versorgung, die Krankenhausversorgung und die Arzneimittelversorgung.

Auf den angesprochenen Leistungsmärkten treffen Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker als Leistungserbringer mit den Patienten als Leistungsverbraucher zusammen. Im Zentrum stehen das Arzt-Patienten-Verhältnis und seine ökonomische Implikation.

Eine ökonomische Implikation der Leistungsmärkte und des vorherrschenden Sachleistungsprinzips ist, dass die Krankenkassenverbände und die Verbände der Leistungserbringer, insbesondere die Krankenkassenvereinigungen und Krankenhausesellschaften Steuerlücken über Verträge schließen. Wir sprechen von einem Vertragsmarkt auf dem kollektiv, selektiv oder individuell die Vergütung beziehungsweise Entgelte, die Leistungsmengen und Leistungsqualitäten vertraglich geregelt werden. An der Spitze stehen Kollektivverträge der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Es folgen Selektivverträge, die substitutiv oder additiv zu Kollektivverträgen sind. Individu-

alverträge zwischen Ärzten und Patienten lassen den Vertragsmarkt mit den Leistungsmärkten verschmelzen.

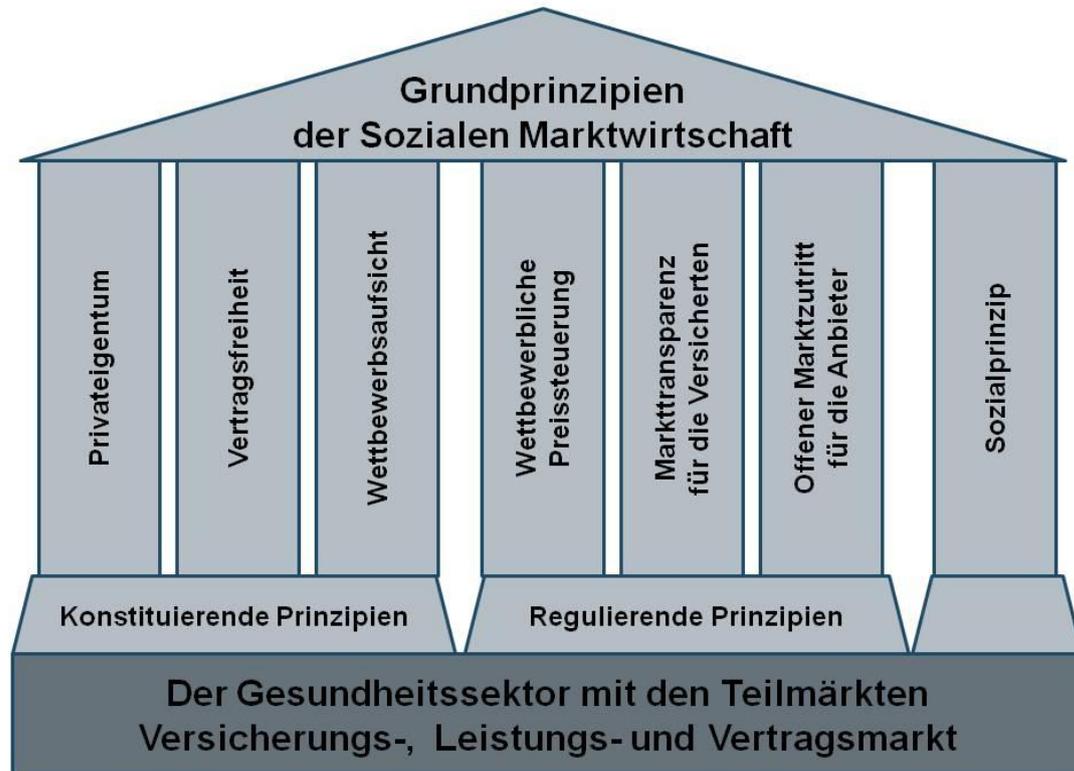
Die GKV-Teilmärkte werden sowohl von der nationalen als auch der europäischen Gesetzgebung eingerahmt. Die konkrete Ausgestaltung muss aber nach den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft (SMW) erfolgen. Schließlich ist die deutsche Wirtschaft und Gesellschaft mit den Organisationsprinzipien der SMW im internationalen Wettbewerb bisher äußerst erfolgreich. Das Leitbild der SMW ist also auch für die (GKV-) Gesundheitsversorgung ein geeigneter Kompass.

2.2 Leitprinzipien der Sozialen Marktwirtschaft

Die ordnungspolitische Ausrichtung beziehungsweise Steuerung unserer Reformvorschläge folgt dem Leitbild der Sozialen Marktwirtschaft (SMW). Für die SMW gilt: Die Leistungserstellung wird über flexible Wettbewerbsmärkte effizient gesteuert. Die Leistungsverteilung folgt dem Sozialprinzip, das vom Staat zu gewährleisten und über Steuern zu realisieren ist. Für die Gesundheitsversorgung bedeutet das Sozialprinzip, den Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Bürger zu sichern, unabhängig von der individuellen Einkommenslage.

Die Soziale Marktwirtschaft basiert nach Walter Eucken und Alfred Müller-Armack auf den drei konstituierenden Prinzipien Privateigentum, Vertragsfreiheit und Wettbewerbsaufsicht. Hinzu kommen die drei regulierenden Prinzipien wettbewerbliche Preissteuerung, Markttransparenz sowie offener Marktzutritt für die Anbieter. Schließlich bildet das Sozialprinzip, also die finanzielle Absicherung der Marktschwachen über Steuermittel, ein Kernelement der SMW. Abbildung 2 veranschaulicht die sieben Säulen der SMW.

Abbildung 2

Grundprinzipien der Sozialen Marktwirtschaft

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik

Aus diesen Prinzipien lassen sich konkrete Zielsetzungen ableiten, an denen die Weiterentwicklung der GKV-Gesundheitsversorgung auszurichten ist. Diese Ziele sollen im Folgenden präzisiert werden. Weil die größten Veränderungen die Leistungsmärkte betreffen, erfolgt im dazugehörigen vierten Kapitel eine ausführlichere Interpretation und Übertragung der Ziele auf deren Besonderheiten.

Um die Vorschläge in der Realität der Gesundheitspolitik handhabbar zu machen, werden kurzfristig und mittelfristig umsetzbare Schritte unterschieden. Dabei ist das Kriterium für die Umsetzbarkeit die technisch-organisatorische Machbarkeit und weniger die politische Durchsetzbarkeit. Letztere hängt entscheidend von den jeweiligen Mehrheiten im Parlament ab, die sich mit jeder Wahl neu bilden.

3 Finanzierungsmarkt

Der Regionale Gesundheits-Kombi (RGK) – ein nachhaltiges Konzept

3.1 Die GKV-Finanzierungsstruktur

Die derzeitige Finanzierung der GKV ist im Wesentlichen auf das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zurückzuführen. Es trat im Jahr 2007 unter der damals amtierenden Großen Koalition in Kraft. Das GKV-WSG schaffte einen Kompromiss aus den beiden unterschiedlichen Entwicklungsrichtungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung – wie sie im Vorfeld der Bundestagswahl 2005 von CDU/CSU und SPD sowie den von ihnen eingesetzten Kommissionen (Herzog- und Rürup-Kommission) vertreten wurden.

Die große Koalition einigte sich 2007 auf die Einführung eines Gesundheitsfonds mit staatlich festgelegtem, bundesweitem Einheitsbeitragsatz für alle Krankenkassen. Krankenkassen, die einen höheren Beitragsbedarf hatten, mussten diesen durch einen Sonderbeitrag von monatlich bis zu einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen oder in absoluter Höhe bis acht Euro von den beitragspflichtigen Versicherten decken. Die Krankenkassen zogen weiterhin die in ihrer Höhe ausschließlich am Arbeits- beziehungsweise Renteneinkommen bemessenen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge ihrer Mitglieder ein. Seit in Kraft treten der Regelung des GKV-WSG im Januar 2009 müssen die Krankenkassen die Beitragseinnahmen allerdings umgehend an den Gesundheitsfonds abführen. Die Krankenkassen haben durch das GKV-WSG ihre Beitragshoheit verloren und sind zudem von einem kurzfristigen Liquiditätsentzug betroffen. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz aus dem Jahr 2009 setzte die kleine Koalition den Beitragssatz für alle Versicherten in der GKV auf 14,9 Prozent fest, um diesen ab 2011 auf 15,5 Prozent zu erhöhen. Gleichzeitig wurde von der kleinen Koalition ein absoluter einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag eingeführt, allerdings mit einem Anspruch auf Sozialausgleich. Gleichzeitig durften die Kassen ihren Versicherten Prämien aus ihren Überschüssen auszahlen.

Beide Maßnahmen, der direkt erhobene in Euro bemessene einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und die direkt in Euro ausbezahlten Prämien, führten zu einer Versichertenwanderung von nahezu einer Million. Dies war bislang mit Abstand der größte Kassenwechsel in der GKV. Der Versichertenwechsel flaute ab als der Beitragssatz generell auf 15,5 Prozent angehoben und der Zusatzbeitrag auf 0,9 Prozent für alle Kassen fixiert wurde. Infolge dieser Regelung sammelten die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds erhebliche Reserven an, die bis heute anhalten.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2015 wurde ein kassenspezifischer Zusatzbeitrag eingeführt, der einkommensabhängig ist und beim Arbeitgeber erhoben wird. Der Arbeitgeberbeitrag wurde bei 7,3 Prozent belassen. Dahinter ist ein Kompromiss der großen Koalition zu vermuten: Die Umstellung auf einen prozentualen einkommensabhängigen

Zusatzbeitrag befriedigt die Sozialpolitiker und der eingefrorene Arbeitgeberbeitrag die Wirtschaftspolitiker in der großen Koalition. Dieser Kompromiss wird im Wahljahr 2017 von der SPD aufgekündigt. Die Forderung nach einer paritätischen Beitragssatzgestaltung sowie die Abschaffung des Zusatzbeitrages werden, wie schon im Wahlkampf 2013, neu belebt.

Die Vielzahl an Gesetzen, die unter dem Bundesgesundheitsminister Gröhe erarbeitet und im Bundestag beschlossen wurden, lassen die Ausgaben der GKV in den Jahren 2017, 2018 und 2019 mutmaßlich so ansteigen, dass der Zusatzbeitrag auf über zwei Prozent ansteigen wird. Für das Jahr 2017 wird allerdings die Ausgabensteigerung durch eine erhöhte Zuwendung an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds sowie durch eine Rückkehr des Finanzministers zu dem ursprünglichen Zuschuss von 14 Milliarden Euro aufgefangen.

Die GKV verfügt im Jahr 2017 vier Finanzierungsquellen: Die GKV-Beiträge, die sich aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen zu je 7,3 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen zusammensetzen, den Zusatzbeitrag, der nur die Versicherten trifft und im Durchschnitt bei 1,1 Prozent im Jahr 2017 liegt, Steuerzuschüsse des Bundes, die für 2017 auf 14 Milliarden erhöht werden sowie schließlich Einnahmen aus direkter Kostenbeteiligung der Patienten.

Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge fließen zusammen mit den Steuermitteln in den Gesundheitsfonds. Diese Summe wird anschließend anhand des mit dem GKV-WSG zum Januar 2009 um Morbiditätskriterien erweiterten Risikostrukturausgleichs wieder den Krankenkassen zugewiesen. Eine Erweiterung der Zuweisungskriterien wird im Jahr 2017 diskutiert und wahrscheinlich von der neuen Bundesregierung im Jahr 2018 in Angriff genommen. Insbesondere dreht sich die Diskussion um die Wirkungen des Zuweisungssystems (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) auf das Präventionsbemühen der Krankenkassen, welche in der Kritik stehen. Aber auch die Manipulationsanfälligkeit der Zuweisungskriterien wird diskutiert. Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen sollen nicht die laufenden durchschnittlichen Behandlungskosten ex post abdecken, sondern lediglich die durchschnittlichen Folgekosten von rund 80 ausgewählten Krankheiten („prospektives Modell“) und den künftigen Bedarf der Versicherten außerhalb der 80 Krankheitsgruppen.

Die in der 17. Legislaturperiode amtierende christlich-liberale Regierungskoalition brachte nicht die Kraft auf, den Gesundheitsfonds wieder „zurückzubauen“ und die finanzielle Autonomie und Finanzverantwortung der Krankenkassen zu stärken. Lediglich die Umwandlung des Zusatzbeitrags in einen direkt zu entrichteten Eurobetrag stellte eine gewisse Stärkung des Kassenwettbewerbs dar. Doch schon die nachfolgende große Koalition wandelte den absoluten Zusatzbeitrag wieder in einen prozentualen, vom Einkommen abhängigen Zusatzbeitrag um. Letztlich wurde dadurch der Beitragswettbewerb der Krankenkassen reduziert, was auch die abflauende Versichertenwanderung zwischen den Kassen belegt. Zu beobachten ist jedoch ein Schrumpfen der Anzahl der Krankenkassen, was im Wesentlichen durch Fusionen und

Übernahmen organisatorisch bewältigt wird. Insbesondere die kleineren Krankenkassen, und hier vor allem die Betriebskrankenkassen, werden aus dem Markt verdrängt.

3.2 Analyse der systembedingten Schwächen und staatlichen Regulierungen der GKV-Finanzierung

Die Finanzierungsseite der GKV weist systembedingte Schwächen auf, die auf die grundsätzliche Ausgestaltung dieses Subsystems zurückzuführen sind. Hinzu kommen regulierungsbedingte Defizite, welche durch staatliche Vorgaben bei der Umsetzung der GKV-Finanzierung entstanden sind.

3.2.1 Systembedingte Schwächen der GKV-Finanzierung

Kapitelübersicht

3.2.1.1	Die Solidarität bei der Finanzierung der GKV ist unter den Pflichtversicherten auf das Arbeitseinkommen beziehungsweise Arbeitseinkommen (Renten) bis zur Beitragsbemessungsgrenze beschränkt	13
3.2.1.2	Die beitragsfreie Familienmitversicherung behandelt Haushalte mit gleichem Haushaltseinkommen aber verschiedener Verdienstruktur unterschiedlich	14
3.2.1.3	Die lohneinkommensbezogene GKV-Finanzierung führt zu einer prozyklischen Konjunkturabhängigkeit der GKV-Einnahmen.....	14
3.2.1.4	Die Beitragsfinanzierung wirkt wie eine Besteuerung der Arbeitskraft	14
3.2.1.5	Der Finanzierung des GKV-Systems mangelt es an Demografiefestigkeit und Generationengerechtigkeit	14
3.2.1.6	Die morbiditätsorientierten Zuweisungen des Gesundheitsfonds mindern Anreize für Präventionsmaßnahmen und reizen zur Manipulation an Diagnosen	15

3.2.1.1 Die Solidarität bei der Finanzierung der GKV ist unter den Pflichtversicherten auf das Arbeitseinkommen beziehungsweise Arbeitseinkommen (Renten) bis zur Beitragsbemessungsgrenze beschränkt

Die finanzierungsseitige Solidarität der GKV ist bei Pflichtversicherten nur auf abhängig Erwerbstätige und Rentner beschränkt, die ein Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze aufweisen. Unter diesen ist die Solidarität wiederum auf das Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze reduziert. Auf dieses Einkommen fällt der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitragsatz an. Andere Personen und weitere Einkunftsarten der GKV-Mitglieder beteiligen sich kaum an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes. In der bestehenden Form ist man in Deutschland deshalb weit von einer solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes entfernt. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass die Einkommensumverteilung nicht

Aufgabe eines Versicherungssystems sein darf und über das Steuersystem zielgenauer erfolgen kann.

3.2.1.2 Die beitragsfreie Familienmitversicherung behandelt Haushalte mit gleichem Haushaltseinkommen aber verschiedener Verdienersstruktur unterschiedlich

Die beitragsfreie Familienmitversicherung führt zu Ungleichbehandlungen von Versicherten: Unabhängig vom Gesamteinkommen des Haushalts liegt im Zweiverdiener-Haushalt die Beitragsbemessungsgrenze, über die hinaus das Einkommen nicht verbeitragt wird, doppelt so hoch wie im Einverdiener-Haushalt. Der ungünstigste Fall tritt ein, wenn im Zweiverdiener-Haushalt beide Erwerbstätigen gerade ein Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze aufweisen. Dann zahlt der Haushalt die doppelte Beitragshöhe wie ein Einverdiener-Haushalt mit identischer Einkommenshöhe.

3.2.1.3 Die lohneinkommensbezogene GKV-Finanzierung führt zu einer prozyklischen Konjunkturabhängigkeit der GKV-Einnahmen

Die Bemessung der GKV-Beiträge am Arbeitseinkommen führt dazu, dass die GKV-Einnahmen stark prozyklisch von konjunkturellen Entwicklungen am Arbeitsmarkt abhängen. Ein gleichlaufender Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsquote und dem medizinischen Bedarf der Bevölkerung ist aber nicht begründbar.

3.2.1.4 Die Beitragsfinanzierung wirkt wie eine Besteuerung der Arbeitskraft

Die lohnabhängigen Arbeitgeberbeiträge wirken wie eine Besteuerung des Arbeitseinsatzes. Daraus resultiert für die Arbeitgeber ein Anreiz, Arbeit durch Kapital zu substituieren. Arbeitsintensive Unternehmen, in denen das nur bedingt möglich ist, werden durch die bestehende Finanzierungsform im Vergleich zu kapitalintensiven benachteiligt.

3.2.1.5 Der Finanzierung des GKV-Systems mangelt es an Demografiefestigkeit und Generationengerechtigkeit

Die Finanzierung der GKV ist weder demografiefest noch generationengerecht gestaltet: Die Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung steigt jährlich, was zu einer zunehmenden Anzahl älterer Personen führt. Weil mit dem Alter der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt, ist hierdurch eine zunehmende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen absehbar. Zeitgleich bewirken die rückläufigen Geburtenzahlen, dass die Zahl der Erwerbspersonen mittelfristig abnimmt, wodurch die aktiven GKV-Einnahmen zurückgehen.

Die heute Erwerbstätigen müssen bei einer schrumpfenden Bevölkerung im Umlagesystem mehr einzahlen als sie selbst voraussichtlich an Leistungsansprüchen später

geltend machen können. Insofern mangelt es dem System an Generationengerechtigkeit.

3.2.1.6 Die morbiditätsorientierten Zuweisungen des Gesundheitsfonds mindern Anreize für Präventionsmaßnahmen und reizen zur Manipulation an

Im bestehenden System erhalten die Krankenkassen vom Gesundheitsfonds zu wenig finanzielle Mittel zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Ob mit dem Präventionsgesetz, das im Laufe des Jahres 2015 in Kraft getreten ist, sich hier eine durchschlagende Verbesserung abzeichnet, ist zweifelhaft. Gleichwohl weist das Gesetz der Prävention eine erhöhte Bedeutung zu.

Die morbiditätsorientierten, finanziellen Zuweisungen des Fonds an die Krankenkassen bemessen sich im Wesentlichen an den durchschnittlichen Versorgungsausgaben für 80 Krankheitsbilder. Folglich besitzen die Krankenkassen – zumindest bezüglich dieser definierten Krankheitsbilder – kaum einen finanziellen Anreiz, durch Prävention oder vergleichbare Maßnahmen die Gesundheit der Versicherten zu fördern. Hingegen bestehen induzierte Anreize, die Zuweisungskriterien des Gesundheitsfonds für die Kasse günstig gestalten.

Generell muss die Gesundheitsförderung (primäre Prävention) in erster Linie vom Staat organisiert und finanziert werden, wohingegen die Risikofrüherkennung sowie die Vermeidung von Krankheitsrückfall von den Krankenversicherungen übernommen werden muss.

3.2.2 Regulierungsbedingte Schwächen

Kapitelübersicht

3.2.2.1	Einheitsbeitragssätze sind staatliche Einheitspreise	16
3.2.2.2	Die zentralistische, planerische Vorgabe eines Einheitsbeitragssatzes führt zu Über- und Unterdeckung bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds.....	16
3.2.2.3	Der Gesundheitsfonds führt zu Liquiditätsentzug und damit zu vermeidbaren Kosten der Krankenkassen	17
3.2.2.4	Die doppelte Liquiditätsreserve von Gesundheitsfonds und Krankenkassen bindet Mittel unproduktiv im System	17
3.2.2.5	Das Beitragserhebungsverfahren der GKV erschwert eine Preis-Leistungs-Transparenz.....	17
3.2.2.6	Der hochregulierte Versicherungsumfang unterbindet einen effizienzsteigernden Leistungswettbewerb der Krankenkassen.....	17
3.2.2.7	Die Rechtsform der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts steht einer wettbewerblichen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hin zu einer Gesundheitswirtschaft entgegen	18

3.2.2.1 Einheitsbeitragssätze sind staatliche Einheitspreise

Kernelement der bestehenden, staatlich regulierten GKV-Finanzierung ist ein bundesweit einheitlicher Beitragssatz für alle Krankenkassen, quasi ein Einheitspreis, der staatlich zentral vorgegeben ist. Einheitspreise unterbinden aber einen effizienzsteigernden und damit ausgabenmindernden Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen.

Mit dem ab 01.01.2015 einkommensabhängigen Zusatzbeitrag wird ein Wettbewerbskorridor wieder geöffnet, doch beschränkt die einkommensabhängige Bemessung des Zusatzbeitrages sowie der Einzug über den Arbeitgeber die Wettbewerbsintensität deutlich.

3.2.2.2 Die zentralistische, planerische Vorgabe eines Einheitsbeitragssatzes führt zu Über- und Unterdeckung bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds

Zentralistische, planerische Vorgaben können den tatsächlichen Bedarf nur ungenau vorhersehen und damit abdecken. Es folgt Unter- beziehungsweise Überdeckung des Bedarfs. Dies bestätigt die Erfahrung mit dem staatlich zentral vorgegebenen Einheitsbeitragssatz: Zum Ende des Jahres 2009 steuerte die GKV noch auf ein geschätztes Defizit von rund elf Milliarden Euro im Jahr 2010 zu. Das Jahr 2011 wurde dann mit einem Überschuss der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds von je zehn Milliarden Euro, zusammen rund 20 Milliarden Euro, abgeschlossen.¹ Ursache dieses Überschusses ist die Anhebung des Beitragssatzes von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent und die anhaltend gute Beschäftigung. Bis Ende 2016 beläuft sich der Überschuss auf ca. 25 Milliarden Euro. Trotz des beträchtlichen Überschusses haben die Krankenkassen den Zusatzbeitrag nicht abgesenkt, da die meisten Krankenkassen eine Verschlechterung ihrer Finanzlage für die Jahre 2017/18 erwarten. Insbesondere für das Jahr 2018, das Jahr nach der Bundestagswahl, rechnen die Krankenkassen mit einem Ausgabenanstieg infolge der „Gröhe-Gesetze“. Im Wahljahr 2017 hingegen hat die Politik finanzielle Maßnahmen getroffen, die nur wenige Krankenkassen zu einer Anhebung des Zusatzbeitrags zwingen. So wurden 1,5 Milliarden aus dem Topf der Mitgliedsbeiträge abgezweigt, um die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge zu finanzieren – eigentlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, was beinhaltet, dass dazu Steuermittel verwendet werden müssten, statt auf das Geld der Beitragszahler zuzugreifen.

¹ Vgl. BMG (2012)

3.2.2.3 Der Gesundheitsfonds führt zu Liquiditätsentzug und damit zu vermeidbaren Kosten der Krankenkassen

Eine weitere, nachteilig wirkende Regulierung bildet das Verfahren der „Hin- und Rücküberweisung“ der Beitragseinnahmen zwischen Krankenkassen und Fonds. Es führt zu einem Liquiditätsentzug bei den Krankenkassen und verursacht damit vermeidbare Kosten, beispielsweise für dadurch notwendige Überbrückungskredite.

3.2.2.4 Die doppelte Liquiditätsreserve von Gesundheitsfonds und Krankenkassen bindet Mittel unproduktiv im System

Durch die parallelen Strukturen müssen Krankenkassen und Gesundheitsfonds jeweils eine eigene Liquiditätsreserve bilden. Dadurch werden finanzielle Mittel unproduktiv im System gelagert und einem effizienteren Verwendungszweck vorenthalten. Dies gilt insbesondere bei negativen Zinssätzen.

3.2.2.5 Das Beitragserhebungsverfahren der GKV unterbindet eine Preis-Leistungs-Transparenz

Die bestehende Beitragserhebung der GKV ist kritisch zu bewerten, weil sie die Preis-Leistungs-Transparenz für Beitragszahler verschleiert: Die Arbeitgeber zahlen den Arbeitgeberbeitrag für die Versicherten direkt. Folglich nehmen die GKV-Mitglieder diesen in der Regel nicht wahr.

Der Arbeitnehmerbeitrag wird direkt vom Bruttolohn abgezogen statt aus dem verfügbaren Einkommen geleistet. Deshalb wird der Arbeitnehmerbeitrag in seiner Existenz nur ansatzweise wahrgenommen, seine absolute Höhe ist für das GKV-Mitglied erst nach mühsamer Durchsicht seiner Gehaltsabrechnung erkennbar. Die so vernebelte Preistransparenz mindert das Preisbewusstsein der Versicherten. Folglich fehlen den Krankenkassen auch weiterhin mögliche Anreize für einen Preiswettbewerb um ein günstigeres Beitrags-Leistungsverhältnis. Der ab 01.01.2015 eingeführte einkommensabhängige Zusatzbeitrag wird ebenfalls von den Arbeitgebern in Prozent der beitragspflichtigen Arbeitseinkommen vom Bruttoentgelt eingezogen, so dass dadurch kaum eine Preistransparenz beziehungsweise ein Preisbewusstsein bei den Versicherten entstehen kann. Hingegen hat der direkt beim Beitragspflichtigen von der Kasse in Euro erhobene Betrag in den Jahren 2009 – 2011 eine durchschlagende Wirkung. Nahezu eine Million wechselten die Krankenkasse.

3.2.2.6 Der hochregulierte Versicherungsumfang unterbindet einen effizienzsteigernden Leistungswettbewerb der Krankenkassen

Neben dem „Preis“ ist auch die Leistung „Versicherungsschutz“ hochgradig reguliert. Dadurch wird ein effizienzsteigernder Leistungswettbewerb zwischen den Krankenkassen begrenzt: Alle Versicherten mussten bis zum Jahr 2011 einen zu 95 Prozent identischen Versicherungsumfang in Anspruch nehmen. Mit dem Versorgungsstrukturge-

setz (2012) und dem nachfolgenden Versorgungsstrukturstärkungsgesetz (2015) wurden die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert, neben einer differenzierten Ausgestaltung von Regelleistungen (z. B. IV-Verträge) auch Satzungsleistungen anzubieten, um so den Krankenkassen eine stärkere Differenzierung der Krankenkassen beim Leistungsangebot zu ermöglichen. Der Schritt weist in die richtige Richtung, bedarf allerdings noch einer kräftigen Ausdehnung.

3.2.2.7 Die Rechtsform der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts steht einer wettbewerblichen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hin zu einer Gesundheitswirtschaft entgegen

Trotz der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zur Gesundheitswirtschaft sind Krankenkassen nach wie vor Körperschaften des öffentlichen Rechts und keine privatrechtlichen Unternehmen beziehungsweise werden auch nicht als solche behandelt. Dadurch werden die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Zusammenarbeit untereinander und bei der Strukturierung des Leistungsmarkts eingeschränkt. Gleichzeitig wird es dem Staat leicht gemacht direkt zu intervenieren. Ein gutes Beispiel hierfür ist das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz von Anfang 2017 ebenso wie das Durchgriffsrecht des BMG auf die Benennung der Vorsitzenden des G-BA's.

3.2.3 Folgen der Systemschwächen: Prognosen des Beitragssatzes

Wie unter Punkt 2.2 dargestellt, besitzt die GKV-Finanzierung eine Reihe an regulierungs- und systembedingten Schwächen. Sofern diese unverändert bleiben, ist vor dem Hintergrund des medizinisch-technischen Fortschritts, der doppelten Alterung der Gesellschaft, sowie der Entwicklung der Erwerbseinkommen ein stetiger Anstieg der GKV-Beitragssätze über die nächsten Jahre und Jahrzehnte programmiert.

Eine Vielzahl an Untersuchungen zeigt, auf welches Niveau der Beitragssatz anzuwachsen droht.² Die folgende Übersicht zeigt die Höchstwerte der Schätzungen für die Jahre 2030 bis 2060:³

² Im Wesentlichen sind die Unterschiede darauf zurückzuführen, ob die demografische Entwicklung und/oder der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt wurden und welche Wachstumsraten dafür unterstellt wurden.

³ Weitere Übersichten über Studienergebnisse finden sich bei Sauerland/Wübker (2010), Deutscher Bundestag (2002), Penske (2006) und Pfister (2010).

Tabelle 1:

Übersicht über die Höchstwerte der prognostizierten Beitragssätze über die nächsten Dekaden

<i>Autoren</i>	<i>Projektion bis zum Jahr</i>	<i>Beitragssatz</i>
Dudey (1993)	2030	26 Prozent
DIW (2001)	2040	34 Prozent
Sauerland / Wübker (2010)	2050	33 Prozent
Beske (2010)	2060	51,7 Prozent

Beitragssätze in der oben geschätzten Höhe sind für den deutschen Arbeitsmarkt nicht hinnehmbar. Von daher tut Abhilfe not.

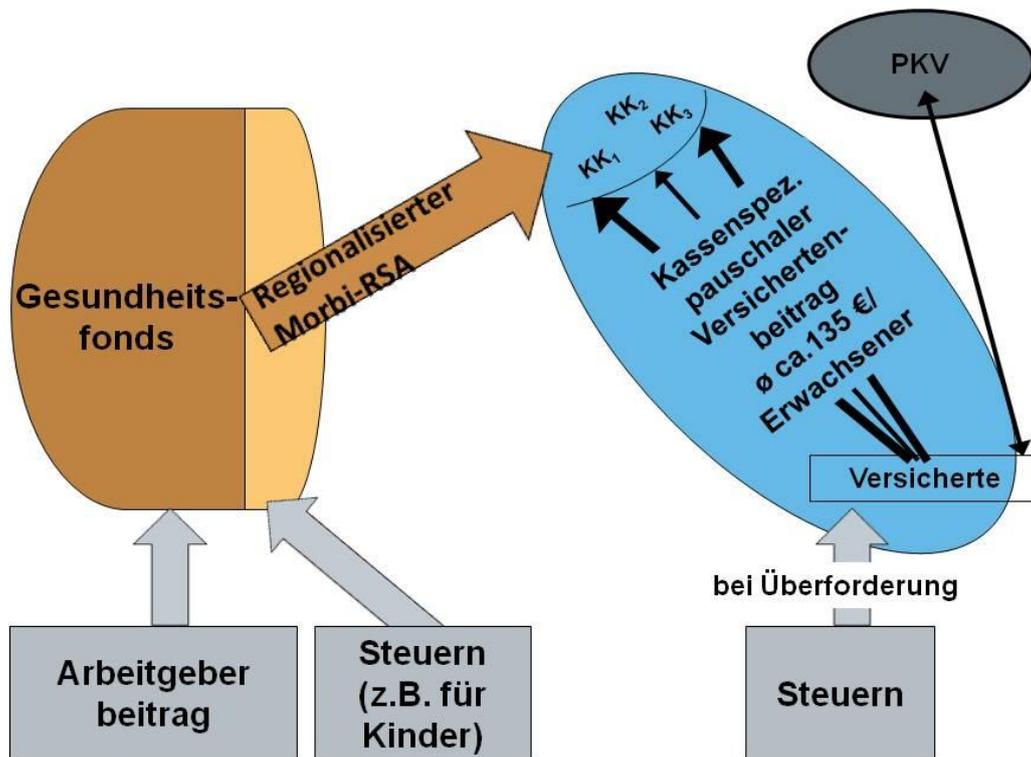
3.3 Entwicklung konkreter wettbewerblicher Reformschritte

Zur Korrektur der unter Punkt 2.2 aufgezeigten, finanzierungsseitigen Schwächen und zur Vermeidung des prognostizierten Beitragssatzanstiegs sollte eine Reihe von kurz- und mittelfristigen Reformschritten der GKV-Finanzierung erfolgen. Diese sind am Kompass der Sozialen Marktwirtschaft auszurichten. Im Mittelpunkt steht dabei der *Regionale Gesundheits-Kombi (RGK)*.

3.3.1 Kurzfristige Neuausrichtung: Der Regionale Gesundheits-Kombi (RGK)

Im Mittelpunkt der kurzfristig umsetzbaren Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung gemäß dem Leitbild der Sozialen Marktwirtschaft steht der *Regionale Gesundheits-Kombi (RGK)*, der von der vbw und dem IfG entwickelt und 2009 öffentlich zur Diskussion gestellt wurde. Seitdem wurde der RGK nur in wenigen Details verfeinert.

Abbildung 3

Grundstruktur des Regionalen Gesundheits-Kombi (RGK)

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik

Das Adjektiv *regional* verweist auf die regionalen Elemente (regionalisierte Gesundheitsprämien, Regionalfaktor im Morbi-RSA) des Konzepts. Die Bezeichnung *Gesundheits-Kombi* leitet sich aus der Kombination eines halbierten Gesundheitsfonds mit Gesundheitsprämien ab (vgl. Abbildung 3)⁴.

Der RGK stellt ein rasch realisierbares Finanzierungskonzept dar. Dazu wurde die ordnungspolitisch wünschenswerte ausschließliche Finanzierung der GKV über eine Gesundheitsprämie – anstelle der heutigen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge – mit

⁴ Das Konzept des RGK hat die Vereinigung der bayerischen Wirtschaft bereits im Jahr 2009 in die Diskussion eingebracht. Zum Jahr 2011 wurde es aktualisiert und weitere Details ausgearbeitet. Für Details dazu verweisen wir auf die Position „Der Regionale Gesundheits-Kombi. Für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“, vbw, München, 2011.

der politischen Machbarkeit von Gesundheitsreformen zu einer realistischen Alternative zusammengeführt:

3.3.1.1 Maßnahmen des RGK

Die Grundlage des RGK besteht darin, den heutigen Arbeitnehmerbeitrag durch kassenspezifische, regional differenzierte Gesundheitsprämien für alle erwachsenen Versicherten zu ersetzen. Diese Gesundheitsprämien verbleiben unmittelbar bei den Krankenkassen.

Mit den kassenspezifischen Gesundheitsprämien kann regionalen Aspekten – wie der jeweiligen Versorgungsstruktur vor Ort – besser Rechnung getragen werden: Die Krankenkassen – auch die bundesweit tätigen – sollten die Höhe der Gesundheitsprämien je nach Wohnsitz des Versicherten regional differenziert ausgestalten können. Entsprechende regionale Räume und damit verbundene Prämiendifferenzierungen sind unter der Führung des Bundesversicherungsamtes (BVA) zu definieren.⁵

Des Weiteren ist zu überlegen, wie die einzelnen Krankenkassen zusätzlich zu den bereits möglichen Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten auch Aufschläge bei gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen anwenden können. Damit ließe sich auch das Bewusstsein der Versicherten für Präventionsmaßnahmen fördern.

Der RGK sieht vor, dass Haushalte, die von den durchschnittlichen, regionalen Gesundheitsprämien nach Berücksichtigung ihrer sämtlichen Einkünfte finanziell überfordert sind, Leistungen aus einem steuerfinanzierten Sozialausgleich erhalten. In den neuen Gesundheitsfonds des RGK fließen die eingefrorenen, kasseneinheitlichen Arbeitgeberbeiträge und zunächst auch noch die Steuermittel des Bundes. Folglich wird der Fonds im Volumen und entsprechend seiner Wirkung in etwa halbiert. Auch diese verbleibende Hälfte des Morbi-RSA ist weiterzuentwickeln, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen an die Krankenkassen zu erhöhen: Dies umfasst die Erweiterung der Zuweiskriterien um einen Regionalfaktor, die Diskussion über eine Wiedereinführung eines Hochrisikoausgleichs⁶ sowie eine Ergänzung um Wirkungsmechanismen, mit denen die Krankenkassen Anreize zur Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Versicherten (wie Präventionsmaßnahmen) erhalten.

Zusammengefasst beinhaltet das Konzept des *Regionalen Gesundheits-Kombi* drei zentrale, kurzfristig umsetzbare Schritte:

⁵ Die Regionalklassen der KFZ-Versicherung bieten ein praktikables Beispiel dafür. Dabei sind Synergien mit der neu auszurichtenden ambulant-ärztlichen Bedarfsplanung zu erwarten.

⁶ Vgl. Drösler et al. (2012), S.95 ff

- Eine gestärkte Beitragsautonomie der Krankenkassen durch kassenspezifische, regionalisierte Gesundheitsprämien zur Erweiterung der unternehmerischen Handlungsspielräume der Krankenkassen.
- Einen steuerfinanzierten Sozialausgleich unter Berücksichtigung aller Einkünfte des gesamten Haushalts der Versicherten nach dem Prinzip des Sozialausgleichs zwischen leistungsstarken und leistungsschwachen Bürgern.
- Die Reduktion des Gesundheitsfonds und eine zielgerichtete Weiterentwicklung des Morbi-RSA zum einen zur Intensivierung des Beitrags-(Preis)Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen untereinander, zum anderen zur Verstärkung des Vertragswettbewerbs zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringergruppen.

3.3.1.2 Wirkungen des RGK

Durch die Umsetzung des RGK erfolgt eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung in mehreren Bereichen:

Mit der Gesundheitsprämie des RGK erhalten die Krankenkassen größtenteils ihre Beitragsautonomie zurück. Dadurch erhöhen sich die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen. Dies geht zumindest in Richtung einer wettbewerblichen Preissteuerung, wie sie die vierte Säule der Sozialen Marktwirtschaft bildet. Die im FQWG für das Jahr 2015 beschlossenen Erweiterungen der Beitragsautonomie der Krankenkassen durch einen flexiblen Zusatzbeitrag bleiben weit hinter unserem Vorschlag zurück.

Die kassenspezifische Gesundheitsprämie des RGK muss von jedem Erwachsenen bezahlt werden. Dies erhöht auf der Finanzierungsseite die Markttransparenz, welche die fünfte Säule der SMW bildet. Damit kann eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Versicherten Preise und den dafür erhaltenen Versicherungsumfang zwischen den unterschiedlichen Krankenkassen vergleichen, geschaffen werden.

Durch regionalisierte Gesundheitsprämien erhält die wettbewerbliche Preissteuerung durch die Versicherten Schwung – wie Erfahrungen mit den Zusatzbeiträgen 2010 gezeigt haben.⁷ In Folge dessen kommt ein effizienzsteigernder Preiswettbewerb der Krankenkassen untereinander in Gang.

Die in Euro und Cent bemessenen Gesundheitsprämien des RGK verbleiben unmittelbar bei den Krankenkassen. Dadurch reduzieren sich der vom Fonds verursachte Liquiditätsentzug und die damit verbundenen Kosten der Krankenkassen in spürbarem Ausmaß.

⁷ Vgl. DIW (2011)

Kassenspezifische Gesundheitsprämien entkoppeln die Einnahmen der Krankenkassen von konjunkturellen Entwicklungen, von Tarifabschlüssen oder der Situation des Arbeitsmarktes. Eine konjunkturell bedingte Über- und Unterdeckung und damit das unproduktive Parken von Finanzmitteln im System lassen sich so vermeiden.

Die Höhe der kassenspezifischen Gesundheitsprämie ist außerdem unabhängig davon, ob der entsprechende Versicherte erwerbstätig oder bereits im Ruhestand ist. Die Einnahmeseite der GKV wird somit ein Stück weit von demografischen Entwicklungen losgelöst. Für kindererziehende und pflegende Familienangehörige wird ein ermäßigter Beitrag kalkuliert.

Der eingefrorene Arbeitgeberbeitrag des RGK führt dazu, dass eine weitere Steigerung der Gesundheitsausgaben und ein Wachstum der Gesundheitswirtschaft die Personalkosten der Unternehmen nicht weiter steigert. Dadurch werden Beschäftigungschancen erhöht – vor allem bei arbeitsintensiven Unternehmen.

An der Finanzierung des Sozialausgleichs beteiligen sich alle Steuerzahler. Die Solidarität bei der Finanzierung des Versicherungsschutzes wird damit auf einen deutlich breiteren Personenkreis und auf ein erweitertes Volumen an Einkünften als im bestehenden System angewendet und ist damit verteilungsgerechter. Damit steht der Sozialausgleich des RGK in Übereinstimmung mit dem Sozialprinzip als siebte Säule der Sozialen Marktwirtschaft: Wenn der Einzelne überfordert ist, muss – dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend – seine Kaufkraft gestärkt beziehungsweise gefördert werden. Der Sozialausgleich wird zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

In die Beurteilung, ob eine finanzielle Überforderung besteht, werden im Sozialausgleich des RGK alle Einkünfte der Versicherten beziehungsweise der Haushalte einbezogen. Die Verteilungsgerechtigkeit des Systems gewinnt dadurch deutlich an Zielgenauigkeit.

Zusammengefasst gehen vom RGK folgende Wirkungen aus:

- Stärkung der Beitragsautonomie und damit der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen,
- Steigerung der Preis-Leistungs-Qualitäts-Transparenz, was einen effizienzsteigernden Krankenkassenwettbewerb in Gang setzt,
- merkliche Reduktion des Umfangs der unproduktiv im System geparkten Mittel,
- Verhinderung eines weiteren Anstiegs der Arbeitskosten als Folge gestiegener Gesundheitsausgaben durch einen eingefrorenen Arbeitgeberbeitragsatz,
- Weitergehende Ablösung der GKV-Finanzierung von demografischen und konjunkturellen Entwicklungen,
- Ausweitung der Solidarität bei der Finanzierung des Sozialausgleichs auf alle Steuerzahler und eine
- erhöhte Zielgenauigkeit des Sozialausgleichs.

Die anzustrebenden Reformschritte beruhen damit im Wesentlichen auf einer effizienteren Beitragserhebung, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und erweiterter Wahlmöglichkeiten der Versicherten bei ihren Versicherungstarifen. Es ist davon auszugehen, dass dadurch im Finanzierungsmarkt ein Effizienzpotential von rund zehn Prozent gehoben werden kann. Gründe dafür sind auch die breitere Bemessungsgrundlage, die erweiterte Beitragspflicht sowie die Handhabung des Sozialausgleichs. Die Realisierung dieses Effizienzpotentials schlägt sich direkt in der Höhe der Beiträge respektive der regionalen Gesundheitsprämien nieder.

3.3.2 Mittelfristige Neuausrichtung

Kapitelübersicht

3.3.2.1	Stärkung der unternehmerischen Handlungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen.....	24
3.3.2.2	Weiterentwicklung der PKV.....	25
3.3.2.3	Einrichtung von steuerfinanzierten Gesundheitssparkonten für Kinder.....	26

Damit das oben genannte Effizienzpotential im Finanzierungsmarkt tatsächlich erreicht werden kann, müssen über die kurzfristig umsetzbaren Maßnahmen hinaus mittelfristig weitere Reformmaßnahmen angegangen werden. Diese sollten sich darauf konzentrieren,

- die Krankenkassenstruktur der GKV zur Stärkung der unternehmerischen Handlungsspielräume sowie
- die PKV zielgerichtet weiterzuentwickeln und
- steuerfinanzierte Gesundheitssparkonten für Kinder einzurichten.

3.3.2.1 Stärkung der unternehmerischen Handlungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen

Die Gesundheitsprämien des RGK fördern den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte. Entsprechend ist parallel zur Umsetzung des RGK die Struktur der Krankenkassen um mehr wettbewerbliche Elemente zu erweitern.

Die Gesundheitsversorgung entwickelt sich immer mehr hin zur Gesundheitswirtschaft. In diesem Umfeld nehmen die Krankenkassen eine Zwitterstellung zwischen öffentlich-rechtlich gebundenen Sozialeinrichtungen und wettbewerblich-orientierten Unternehmen ein.

Ihr Unternehmenscharakter wird oft verneint, weil sie rechtlich als mittelbare Staatsverwaltung gelten und sich als solche durch Pflichtbeiträge finanzieren. Hingegen deutet die wettbewerbliche, selektive Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern oder

auch der vom Gesetzgeber gewollte Wettbewerb um Versicherte auf einen Unternehmenscharakter hin.

Um die wettbewerbliche Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen von Körperschaften des öffentlichen Rechts hin zu selbstständigen und eigenverantwortlichen Unternehmen zu unterstützen, sind diese privatrechtlich zu organisieren.⁸ Dadurch können – indem dem Staat das direkte Zugriffsrecht entzogen wird – die Eigenverantwortlichkeit, der unternehmerische Spielraum sowie die Flexibilität der Krankenkassen gesteigert werden. Ein Beispiel hierfür ist die Höhe der Vergütung der Krankenkassenvorstände, die sich nicht in das öffentliche Besoldungsrecht einfügen lassen. Wo Krankenkassen wie Unternehmen handeln, sind unternehmerische Rahmenbedingungen zu schaffen.

Insofern ist die Verabschiedung der achten Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB), die vorsieht, das Verhältnis der Krankenkassen untereinander und zu ihren Versicherten dem Wettbewerbsrecht zu unterstellen, ein Schritt in die richtige Richtung. Dadurch wird sowohl die Fusion von Krankenkassen als auch ein abgeprochenes Vorgehen bei Gestaltung des Zusatzbeitrags oder einer Prämienzahlung auf mögliche Verstöße gegen das Wettbewerbsrecht geprüft. Hingegen stellt das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz von 2017 einen Rückfall dar.

3.3.2.2 Weiterentwicklung der PKV

Neben der aufgezeigten Neuausrichtung der Finanzierungs- und Versicherungsstruktur der GKV erfordern auch die Rahmenbedingungen der PKV eine Weiterentwicklung.

Dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend ist die PKV im Konzept des RGK zur Stärkung der individuellen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung beizubehalten und weiterzuentwickeln. Dadurch wird sichergestellt, dass die PKV auch weiterhin ihrer Innovationsfunktion nachkommt. Die Position der PKV im RGK unterscheidet sich damit deutlich von den zunehmenden Forderungen einer Konvergenz von GKV und PKV.⁹

Zielführende Entwicklungsschritte für die PKV bestehen darin, dass

- zur Förderung des Wettbewerbs um Versicherte die Portabilität der Altersrückstellungen – auch von der PKV in die GKV – ermöglicht wird,
- die bislang ausschließlich staatlich einheitlich vorgegebene Leistungsvergütung der GOÄ durch Verhandlungslösungen stärker wettbewerblich ausgerichtet wird,
- auch in der PKV die Prämien regional differenziert ausgestaltet werden und

⁸ Vgl. Neubauer / Minartz (2009) und Wille et al. (2012)

⁹ Vgl. Pfister (2010), Bertelsmann Stiftung (2017), Friedrich-Ebert-Stiftung (2016)

- die Versicherungsangebote der PKV gebotene Beschränkungen der GKV passgenauer kompensieren, z. B. im AMNOG-Prozess, statt sich immer stärker der GKV anzuschließen. Hier kann die Regelung der Zusatzversicherung für Zahnersatz ein Beispiel geben.

3.3.2.3 Einrichtung von steuerfinanzierten Gesundheitssparkonten für Kinder

Für Kinder von GKV-Versicherten sollten steuerfinanzierte Gesundheitssparkonten eingerichtet werden. Es ist generationengerechter, die Steuermittel, die derzeit die Beitragshöhe für alle heutigen Beitragszahler reduzieren, statt dessen mittelfristig für die Einrichtung von Gesundheitssparkonten für die Beitragszahler von morgen zu verwenden. Damit kann wirkungsvoll zur demografischen Vorsorge beigetragen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Gesundheitssparkonten als zweckgebundenes Privatvermögen gelten, das Versicherte mit Eintritt der Beitragspflicht für Selbstbehalte und Zusatztarife und ähnlichem einsetzen dürfen.

3.4 Internationale Beispiele für die praktische Umsetzbarkeit der Reformvorschläge

Im folgenden Abschnitt sollen internationale Beispiele für die praktische Umsetzung der von uns aufgezeigten Neuausrichtung hin zu einem stärker wettbewerbsfähig und damit effizienter organisierten Versicherungsmarkt aufgezeigt werden. Dazu sollen die deutschen Nachbarländer Schweiz und Niederlande beispielhaft betrachtet werden.

3.4.1 Schweiz¹⁰

Die Schweiz finanziert seit 1996 den gesamten Finanzbedarf der obligatorischen Grundversicherung, also der Schweizer Krankenversicherung, über Gesundheitsprämien. Diese sind je nach Krankenversicherer und der vom Bundesamt für Gesundheit definierten Prämienregionen, 43 an der Zahl, die 2017 neu bestimmt werden, unterschiedlich hoch. Versicherte, die freiwillig ihre Arzt- und Spitalwahl einschränken oder eine höhere als die übliche Kostenbeteiligung (Franchise) wählen, bezahlen eine günstigere Prämie. Zudem kann ein Tarif gewählt werden, bei dem sich die Prämie bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen pro Jahr schrittweise auf bis zu 50 Prozent reduziert.

¹⁰ Vgl. Oggier (2017)
)

Die Prämie muss von allen Versicherten geleistet werden. Personen unter 18 Jahren erhalten zwingend eine hohe Ermäßigung. Bis zum Alter von 25 Jahren wird nur noch eine geringe Vergünstigung der Prämie gewährt.

Die Umsetzung des Sozialausgleichs, der sogenannten individuellen Prämienverbilligung, für Versicherte mit geringem Einkommen, ist jedem Kanton selbst überlassen. Dementsprechend erfolgt sie in den unterschiedlichsten Varianten (z. B. Organisation über das Amt für Gesundheit, über die kantonale Steuerverwaltung oder über die Ausgleichskasse des Kantons).

In der Schweiz sind die Versicherer grundsätzlich verpflichtet, ihre Versicherten bei der Antragsstellung auf Leistungen des Sozialausgleichs zu unterstützen. Insgesamt lassen sich drei Antragsverfahren unterscheiden:

- Ein vom Versicherten selbst zu stellender Antrag auf Prämienreduktion,
- ein von der Versicherung anhand von ihr vorliegenden Versichertendaten ausgestellter Antrag, den die Versicherten gegenprüfen müssen sowie
- eine von den jeweils zuständigen Einrichtungen antragslose Ermittlung einer möglichen Anspruchsberechtigung des Versicherten anhand von ihr vorliegender Steuerdaten.

Zur Ermittlung der Höhe des Sozialausgleichs kommen ebenfalls wieder drei Varianten zum Einsatz:

- Das „einfache Prozentmodell“, bei dem der Versicherte höchstens einen gewissen Anteil seiner Einkünfte für die Prämie aufzubringen hat.
- Das „Stufenmodell“, bei dem das gesamte Haushaltseinkommen zur Einordnung der Haushaltsmitglieder in eine Einkommensklasse herangezogen wird. Je nach Klasse erhalten alle Familienmitglieder eine in Franken bemessene Prämienverbilligung.
- Eine Kombination aus beiden Varianten, bei der zunächst wieder eine Einstufung der Haushaltsmitglieder anhand ihres Gesamteinkommens erfolgt und anschließend für die unterschiedlichen Klassen dann eine prozentuale Höchstbelastungsgrenze definiert ist.

Die Leistungen des Sozialausgleichs werden entweder an die Versicherten oder direkt an die Krankenkassen gezahlt. Die Kantone müssen dabei sicherstellen, dass kein Versicherter über seine Belastungsgrenze hinaus in Vorleistung gehen muss.

Bei der Umsetzung der Gesundheitsprämie einschließlich Sozialausgleich stellen Datenschutzregelungen in der Schweiz kein Problem dar.

Auch für die Weiterentwicklung des durch die GKV solidarisch zu versichernden Leistungsumfangs hin zu mehr Eigenverantwortung jedes einzelnen Versicherten bietet die Schweiz ein Beispiel: Die Schweizer Krankenversicherung übernimmt Zahnbehandlungen nur bei Erkrankungen, die der Patient nicht durch korrekte Mundhygiene vermeiden kann. Wenn die Schweizer Regelung für die solidarische Finanzierung von Zahnbehandlungen auf Deutschland übernommen werden würde, könnten derzeit allein

dadurch die GKV-Ausgaben um mehr als zehn Milliarden Euro reduziert werden, da die GKV im Jahr 2015 mehr als 13,4 Milliarden Euro für zahnärztliche Behandlungen ausgab.

Zusammengefasst zeigt die Schweiz – sogar in mehreren Ausgestaltungsformen – wie eine Gesundheitsprämie mit Sozialausgleich realisiert werden kann. Dabei nimmt in internationalen Vergleichen der Gesundheitssysteme die Schweiz in der Regel einen vorderen Platz ein.¹¹

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Stärkung der Eigenverantwortung der GKV-Versicherten besteht in der Ausgestaltung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Auch dafür bietet die Schweiz Orientierung. Es besteht die Option, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer individualvertraglich die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall vereinbaren. Die vertragliche Ersatzlösung muss den allgemeingültigen, gesetzlichen Regeln mindestens gleichwertig sein. In diesem Rahmen ist es üblich, dass die Entgeltfortzahlung erst nach drei Karenztagen einsetzt. Gleichwohl verlangen die Arbeitgeber in der Schweiz immer häufiger die ärztliche Krankschreibung schon ab dem ersten Krankheitstag.

Es wäre zu prüfen, ob diese Regelung nicht auch obligatorisch für die GKV übernommen werden könnte. Karenztage bei der Entgeltfortzahlung wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit gab es in Deutschland bereits zwischen den Jahren 1996 und 1998. Den Arbeitnehmern könnte dabei die Option eingeräumt werden, jährlich bis zu sechs Karenztage durch Verzicht auf Urlaubstage zu kompensieren.

3.4.2 Niederlande¹²

Die Finanzierung der Krankenversicherung in den Niederlanden erfolgt – analog wie im RGK – seit dem Jahr 2006 hälftig über eine Gesundheitsprämie. Diese ist von jedem Erwachsenen direkt an sein Krankenversicherungsunternehmen zu leisten. Für jüngere Personen wird ein Pauschalbeitrag aus Steuern aufgebracht. Die Gesundheitsprämie fließt zunächst in einen Gesundheitsfonds, in den auch ein einkommensabhängiger Arbeitnehmerbeitrag einfließt, den die Arbeitgeber ihren Mitarbeitern erstatten müssen.

In den Niederlanden erfolgt die Organisation des Sozialausgleichs zur Gesundheitsprämie durch das Finanzamt. Bei Bedarf muss der Versicherte Leistungen des Sozialausgleichs einmalig selbstständig beantragen. In den Folgejahren wird der Antrag dann automatisch zusammen mit der Steuererklärung aktualisiert. Bei größerer Veränderung seines Einkommens kann der Versicherte einen neuen Antrag stellen, damit die Veränderung zeitnah Berücksichtigung findet.

¹¹ Vgl. z. B. Euro Health Consumer Index (2012)

¹² Vgl. Boer & Croon (2010)

Leistungen des Sozialausgleichs erhält, wer ein definiertes Jahreseinkommen nicht überschreitet. Dabei übernimmt der Sozialausgleich den Betrag, um den die Gesundheitsprämie einen definierten Anteil (2,7 Prozent für Alleinstehende und fünf Prozent bei Mehrpersonenhaushalten) der Gesamteinkünfte des Haushalts übersteigt. Die Leistungshöhe des Sozialausgleichs ist nach oben und unten begrenzt.

Die Zahlungen aus dem Sozialausgleich erfolgen jährlich zusammen mit den Leistungen aus der Einkommenssteuer. Überschreitet die bei Antragsstellung abgeschätzte Anspruchshöhe einen gewissen Betrag, erhält der Versicherte vorab Abschlagszahlungen. Diese sind am Jahresende mit der tatsächlichen Anspruchshöhe zu verrechnen.

In den Niederlanden bereiten, wie in der Schweiz auch, datenschutzrechtliche Bedenken bei der Umsetzung des Sozialausgleichs keine Probleme.

Neben der Umsetzung einer Gesundheitsprämie bietet das niederländische Gesundheitssystem mit der Reform von 2006 ein Beispiel dafür, wie ein duales Krankenversicherungssystem mit gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in einen einheitlich privatrechtlichen Versicherungsmarkt mit staatlich vorgegebenen Ordnungsrahmen übergeführt werden kann. Dieser Reformschritt hat in den Niederlanden die Solidarität der Versicherten untereinander vergrößert, die Wahlmöglichkeiten der Bürger erhöht, die Krankenkassenverwaltungen effizienter gestaltet und einen Prämienwettbewerb in Gang gesetzt. Im Jahr 2015 wurde eine weitere Gesundheitsreform umgesetzt. Kern der Reform ist, dass die soziale Pflegeversicherung (AWBZ) in großen Teilen (ambulante und stationäre Pflege) der sozialen Krankenversicherungen (ZVW) und ein kleinerer Teil (Rehabilitation, Prävention und soziale Dienste) den Kommunen zugeordnet wurden. Die Krankenversicherungen haben grundsätzlich eine private Rechtsform und stehen im Wettbewerb und können ihren Versicherten eine private Zusatzversicherung anbieten. Letzteres nutzen die Versicherten hauptsächlich für zahnärztliche Leistungen.

Die aktuelle Diskussion in den Niederlanden thematisiert die Gefahr einer zu hohen Belastung von unteren Einkommensgruppen durch die Pauschalprämie, obwohl ein Sozialausgleich praktiziert wird. Ein zweiter Diskussionspunkt sind die Gewinne der Krankenversicherungen, die diese im Rahmen der Pflichtversicherung (ZVW) erzielen. Strittig ist, ob diese Gewinne an die Eigentümer ausgeschüttet werden dürfen oder in niedrigere Beiträge an die Versicherten zurückfließen sollten. Letztlich stehen sich wie in Deutschland verschiedene ordnungspolitische Positionen gegenüber, wobei die wettbewerbliche Grundausrichtung seit 2005 dominiert.¹³

Die Niederlande sind ein weiteres Beispiel für die Umsetzbarkeit einer Gesundheitsprämie mit einem Sozialausgleich sowie die Realisierung eines Finanzierungsmarktes

¹³ Vgl. Greß (2014) und Boon (2017)

mit mehr Freiheit für Unternehmertum in einem vorgegebenen gesetzlichen Ordnungsrahmen.

Es liegt sicherlich auch an diesen Reformen, dass das Gesundheitssystem der Niederlande häufig als beispielhaft angeführt wird.

4 Weiterentwicklung der Leistungsmärkte

Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft einbringen

Die Leistungserstellung ist – gemäß dem Leitbild der Sozialen Marktwirtschaft – weitgehend über flexible Wettbewerbsmärkte zu steuern. Dienstleistungsmärkte unterscheiden sich aber von industriellen Gütermärkten. Zudem folgen Gesundheitsdienstleistungen, bei denen der Patient nur teilweise als souveräner Nachfrager auftritt, sondern Hilfesuchender ist, eigenen Regeln. Auch in der Gesundheitsökonomie gilt das Prinzipal-Agenten-Prinzip. Nach diesem beauftragt der Patient als Prinzipal den Arzt, als sein Agent und Interessenwahrnehmer aufzutreten.

4.1 Statt staatlicher Regulierung mehr Freiheit zu eigenverantwortlichem, unternehmerischem Handeln durch Stärkung der Eigentumsrechte

Das Gesundheitssystem ist geprägt von staatlich gebundenen Einrichtungen. Auf den großen Teilmärkten des Leistungsmarktes werden grundlegende Rahmenbedingungen durch Körperschaften öffentlichen Rechts umgesetzt. Einzelne Akteure können nur sehr beschränkt eigenverantwortlich und frei unternehmerische Entscheidungen treffen, die zu effizienteren Strukturen und innovativen Versorgungsmöglichkeiten führen. Deshalb bedarf es eines Wandels der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung hin zu mehr unternehmerischer Eigenverantwortlichkeit und Freiheit. Durch einen verstärkten Einsatz von privatrechtlichen Betriebsformen erhalten im Wettbewerb Investitionsfreiheit und die damit verbundene Risikobereitschaft gezielte Unterstützung.

4.1.1 Ambulant-vertragsärztliche Versorgung

Ausgangssituation:

Die ambulant-vertragsärztliche Versorgung wird von niedergelassenen Ärzten mit einer Kassenzulassung sichergestellt. Die Praxis eines niedergelassenen Vertragsarztes ist zwar rechtlich sein Privateigentum, jedoch wird ihm durch staatliche Beschränkungen eigenverantwortliches und innovatives Handeln erschwert. Durch die Reglementierungen können innovative Möglichkeiten zur Patientenversorgung nicht oder nicht so schnell umgesetzt werden.

Zum freiheitlichen eigenverantwortlichen Umgang mit dem Privateigentum, das eine tragende Säule der Sozialen Marktwirtschaft darstellt, gehören beispielsweise die unternehmerischen Freiheiten bei der Gründungsniederlassung, Führung, Verkauf und Erweiterung einer Praxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ).

Trotz der neu geschaffenen Möglichkeiten zur Praxiserweiterung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) im Jahr 2007 beschränken die Vorgaben zur An-

stellung von Ärzten im ambulant-vertragsärztlichen Bereich die unternehmerischen Freiheiten noch immer. So ist es einem Vertragsarzt mit Vollzulassung nicht erlaubt, mehr als drei Ärzte in Vollzeit zu beschäftigen. Damit ist die Anzahl möglicher Zweigpraxen selbst bei Nachweis der notwendigen Voraussetzungen durch §24 Abs. 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) stark eingeschränkt.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden umfangreiche Regelungen für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) eingeführt. §95 Abs. 1a SGB V legt fest, dass Medizinische Versorgungszentren nur von zugelassenen Ärzten, zugelassenen Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach §126 Abs. 3 SGB V und von gemeinnützigen Trägern, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden dürfen.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Die Beschränkung der maximalen Anzahl von angestellten Ärzten sollte in einem kurzfristig umsetzbaren Schritt aufgehoben, mindestens aber erweitert werden. So lässt sich die Versorgungssicherheit leichter – über die ganze Woche – auch mit Halbtagskräften gewährleisten. Zusätzlich kann die medizinische Infrastruktur gemeinsam genutzt und Verbundeffekte realisiert werden. Eine effizientere Versorgung, die sich anhand höherer Behandlungsqualität oder niedrigeren Versorgungsausgaben zeigt, wäre die Konsequenz. Hindernisse für die Versorgung von Praxiskliniken und für die facharztzentrierte sowie für die belegärztliche Versorgung müssen ausgeräumt werden.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Auf mittlere Frist sollte es ermöglicht werden, dass für die ambulant-ärztliche Versorgung alle Rechts- und Betriebsformen wählbar sind. Warnungen, dass die Freiberuflichkeit des Arztberufes gefährdet sei, können durch den Hinweis auf die etablierten Arbeitsverhältnisse in Krankenhäusern relativiert werden. Auch dort agieren angestellte Ärzte im Rahmen ihrer Freiberuflichkeit ausschließlich zum Wohl ihrer Patienten.

4.1.2 Akut-stationäre Versorgung

Ausgangssituation:

Grundsätzlich gilt im akut-stationären Bereich die Pluralität der verschiedenen Trägerstrukturen: Öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Häuser stehen nebeneinander.

Eine Beschränkung der Eigentumsrechte besteht in der akut-stationären Versorgung darin, dass durch die Krankenhausplanung der Länder die Kliniken weder ihren Standort noch das von ihnen angebotene Leistungsspektrum frei wählen können.

Die Eigentumsrechte werden in diesem Bereich weiterhin dadurch eingegrenzt, dass die momentane staatliche Investitionsförderung, die einer hoheitlichen Investitionslenkung entspricht, rechtlich die autonome Verfügbarkeit über das Eigentum ebenso eingrenzt wie die Entscheidungsautonomie der Unternehmensführung.

Hinzu kommt, dass die staatliche Investitionsförderung der Höhe nach seit Jahren völlig unzureichend ist: Sie wurden über die letzte Dekade bundesweit von 2,86 Milliarden Euro auf 2,72 Milliarden Euro und damit um etwa fünf Prozent reduziert. Im selben Zeitraum stiegen die Umsätze der Krankenhäuser für stationäre Leistungen um 32 Prozent. Seit Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung Mitte der 70er Jahre sank die Investitionsförderung von 20 auf etwa vier Prozent der Umsätze ab. Die Zahlen belegen, dass die Bundesländer ihren Investitionsverpflichtungen immer weniger nachkommen. Als Folge besteht im stationären Bereich ein Investitionsstau, der auf 20 bis 50 Milliarden Euro geschätzt wird.

Des Weiteren ist in der akut-stationären Versorgung ein Mangel an unternehmerischem Handeln der Rechtsform einzelner Einrichtungen geschuldet: In öffentlich-rechtlichen Häusern, in denen politische Mandatsträger eine Mehrheit des Aufsichtsrats stellen, gehen in die Unternehmensentscheidungen häufig – neben den betriebswirtschaftlichen Kriterien – parteipolitische Aspekte mit ein. Entsprechend geraten besonders öffentlich-rechtliche Häuser in wirtschaftliche Bedrängnis, wie deren aufgrund von Verkäufen rückläufige Anzahl belegt.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Um in der akut-stationären Versorgung die Eigentumsrechte zu stärken und mehr Freiheit zu unternehmerischem Handeln zu ermöglichen, ist Investitionsautonomie herzustellen. Dazu sollte die staatliche Investitionslenkung zeitnah durch eine wettbewerbliche Investitionsfinanzierung ersetzt werden. Dies lässt sich durch eine direkte Verknüpfung der Investitionsfinanzierung mit der Vergütung erreichen, beispielsweise indem man die Fallpauschalen-Vergütung um einen sachgerechten Investitionsaufschlag erhöht. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat dazu im Jahr 2014 eine entsprechende Kalkulation vorgelegt, die allerdings wenig Anwendung findet. Die Dualistik sollte schrittweise durch eine monistische Krankenhausfinanzierung abgelöst werden, wobei dem Verhandlungsprinzip Vorrang vor staatlichen Geboten eingeräumt werden muss.

Weiterhin ist in einem bereits kurzfristig umzusetzenden Reformschritt den Kliniken mehr Autonomie bei der Portfolioplanung einzuräumen, insbesondere sind Patientenpräferenzen mehr Gewicht zuzuordnen

Mittelfristige Neuausrichtung:

Damit in der akut-stationären Versorgung auch mittelfristig mehr Freiheit zum unternehmerischen Handeln entsteht, ist es notwendig, die akut-stationären Häuser zu entpolitisieren. Dies bedingt nicht notwendigerweise einen Verkauf der kommunalen und staatlichen Kliniken. Alternative Ansätze hierfür sind Krankenhäuser, die in genossenschaftlicher Rechtsform oder als kommunale beziehungsweise gemeinnützige AGs organisiert werden. Durch die Aufnahme externer Experten in die Aufsichtsräte kann eine Entpolitisierung eingeleitet werden.

4.1.3 Arzneimittelmarkt

Ausgangssituation:

Der Arzneimittelmarkt untergliedert sich in die drei Teilbereiche: Pharmazeutische Industrie, Großhandel und Apotheken. Staatliche Reglementierungen wirken dabei in unterschiedlicher Weise auf die unternehmerische Freiheit ein.

Arzneimittelhersteller sind Unternehmen, die nur bedingt von der Einschränkung unternehmerischer Freiheit betroffen sind. Die Eigentumsrechte bleiben im Produktionsbereich weitgehend gewahrt. Investitionen, Expansion und Verkauf eines Unternehmens oder von Unternehmensteilen sind unter Beachtung der allgemeingültigen Regeln möglich. Produktion, Verpackung und Qualitätssicherung sind zwar durch staatliche Vorschriften reguliert, dies ist aber im Sinne der Arzneimittelsicherheit und damit des Patientenschutzes weitgehend gerechtfertigt. Eine hohe Regulierungsdichte erschwert den Marktzugang und den Vertrieb.

Die Großhandelsunternehmen erfüllen die wichtigen Funktionen der Kommissionierung, Distribution und Vorratshaltung von Arzneimitteln zur Sicherung einer flächendeckenden und schnellen Versorgung. Genau wie Arzneimittelhersteller sind Großhandelsunternehmen Privatunternehmen, wobei sich in diesem Marktbereich eine oligopolistische Struktur in Europa etabliert hat.

Die Apotheken sind von eigentumsrechtlichen Begrenzungen betroffen, die mit dem Erhalt der Freiberuflichkeit des Apothekerberufs begründet werden. Hierzu wird aktuell wie bei den niedergelassenen Ärzten eine Diskussion geführt, die die Freiberuflichkeit im Konflikt mit Kapital- und Investoreninteressen thematisiert. Der Ausgang dieser Diskussion und die daraus resultierenden Konsequenzen sind derzeit noch offen.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Den Arzneimittelmarkt betreffend sollte kurzfristig überlegt werden, die willkürlich gewählte Grenze des Mehrbesitzverbotes bei Apotheken zu lockern. Derzeit ist es einem Apotheker erlaubt, neben seiner Apotheke noch drei Filialen zu betreiben. Es drängt sich die Frage auf, ob die Freiberuflichkeit des Apothekers nicht auch dann gewahrt bleibt, wenn ein Apotheker vier oder fünf Filialen besitzt.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Mittelfristig sollte geklärt werden, wie die staatlichen Einschränkungen des Privateigentums beim Vererben oder bei einem Verkauf der Apotheke reduziert werden können. Will ein Apotheker aufgrund des eigenen Ruhestands die Apotheke verkaufen, so wird durch die staatlichen Einschränkungen die Nachfrage nach dem Unternehmen verknappt. Auch die Vererbung des Apothekenbetriebs ist nur unter der Voraussetzung möglich, dass der Erbe selbst Apotheker ist.

Trotz der Beschränkungen sind Innovationen im Handel und neue Vertriebs- und Versorgungskonzepte auch bei den Apotheken in Deutschland erkennbar. Dies zeigt sich u. a. in Apotheken-Kooperationen und bei der patientenindividuellen Arzneimittelverbilisterung.

4.2 Vertragsfreiheit: Weniger kollektive Vertragspflichten für Leistungserbringer und mehr Wahlfreiheit für Patienten und Versicherte

Die GKV-Versorgung ist von Kollektivverträgen mit Kontrahierungspflicht gekennzeichnet. Es gilt der Grundsatz gemeinsamen und einheitlichen Handelns. Öffentlich-rechtliche Vertragsverhältnisse stehen im Mittelpunkt. Individuelle Privatverträge sind die Ausnahme.

Dies führt zu einer Reihe von Beschränkungen: Regionalen Besonderheiten, die häufig die Kosten des Leistungsangebots beeinflussen, kann damit nur unzureichend Rechnung getragen werden. Des Weiteren bestehen kaum Möglichkeiten, Versicherten bei der Entscheidung für einen Versicherungstarif oder bei der Auswahl eines Leistungserbringers verschiedene Angebote zu offerieren, aus denen sie ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend wählen können.

Deshalb sollten im Leistungsmarkt Selektiv- und Individualverträge Förderung erfahren. Die daraus resultierenden innovativen Versorgungsformen erweitern die Wahlmöglichkeiten, wodurch im deutschen Gesundheitssystem Versorgungsqualität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit zunehmen.

4.2.1 Ambulant-vertragsärztliche Versorgung

Ausgangssituation:

Die derzeitige Struktur der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung wird geprägt durch staatliche Vorschriften und durch Verhandlungen staatlich gebundener Akteure. Dies betrifft die Patienten, aber auch die einzelnen niedergelassenen Ärzte, da wichtige Fragen wie Vergütung und Leistungsumfang durch Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Landesverbänden der Krankenkassen gewissermaßen exogen vorgegeben werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts und mit weitreichenden Verpflichtungen durch staatliche Vorschriften wie beispielsweise dem Kontrahierungszwang belastet. Die KVen verhandeln mit den Landesverbänden der Krankenkassen ein morbiditätsorientiertes Gesamtbudget, das für die Vergütung aller Leistungen, die die Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen erbringen, zur Verfügung steht. Die interne Verteilung des Gesamtbudgets an die Facharztgruppen wird ebenfalls von den KVen über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) festgelegt.

Die meisten Arztgruppen, die mit dem Verhandlungsergebnissen oder mit der internen Honorarverteilung nicht zufrieden sind, haben keinerlei Möglichkeiten, einen alternativen Verhandlungsbevollmächtigten zu berufen, der ein eventuell besseres Ergebnis für die Arztgruppe erzielt.

Eine Ausnahme wurde im Gesundheitssystem jedoch bereits etabliert: Krankenkassen sind verpflichtet, sogenannte Hausarztverträge anzubieten, die die Lotsenposition des

Hausarzt im Gesundheitssystem stärken. In diesem speziellen Rahmen ist es diesen möglich, die Verhandlungen direkt mit einzelnen Krankenkassen von einem Hausarztverband führen zu lassen. Dafür ist ein Quorum von 50 Prozent der Hausärzte im jeweiligen KV-Bereich notwendig.

Auch die Patienten sind direkt von staatlichen Reglementierungen im ambulant-vertragsärztlichen Bereich betroffen. Im Zuge der gewünschten Angebotsvielfalt in einer SMW sollte es den Patienten freigestellt sein, welchen Arzt sie aufsuchen wollen. Gesetzliche Krankenkassen lassen dem Patienten nur eine eingeschränkte Auswahl bei der Wahl des Arztes, wenn die Behandlung ohne weitere Prüfungen erstattet werden soll. Will der Patient einen Arzt aufsuchen, der nicht als Vertragsarzt zugelassen ist, muss die jeweilige Krankenkasse der Inanspruchnahme vorab zustimmen. Dies wird in §13 Abs. 2 SGB V geregelt. Die Erlaubnis muss von der Krankenkasse nicht erteilt werden, selbst wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme rechtfertigen. Weitere Voraussetzung zur Erteilung der Zustimmung ist, dass nach Ansicht der Krankenkasse eine zumindest gleichwertige Versorgung durch den privaten Leistungserbringer gewährleistet ist.

Diese gesetzlich bedingten Hürden müssen im Hinblick auf das angestrebte Leitbild abgebaut werden. Dies wird umso deutlicher, wenn man die Regelung der deutschen Patienten in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union betrachtet. Hierzu findet §13 Abs. 4 SGB V Anwendung, der dem Patienten eine freie Wahl des Leistungserbringers im EU-Ausland zugesteht. Der Differenzbetrag zwischen den Behandlungskosten im Ausland und den Ausgaben der Krankenkassen im Inland muss der Patient jedoch selbst übernehmen. Eine Genehmigung der Krankenkassen im Vorhinein ist nicht notwendig. Dieser Umstand führt de facto zu einer Diskriminierung der inländischen Leistungserbringer (Inländerdiskriminierung) und damit zu einem Verstoß gegen EU-Recht.

Kurzfristige Neuausrichtung:

In einem kurzfristig umsetzbaren Schritt soll – anders als in §13 SGB V geregelt – der Patient auch ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse einen Privatarzt aufsuchen dürfen. Dies führt zu einer einheitlichen Regelung für Arztbesuche im EU-Ausland und im Inland. Die Vergütung des Arztes sollte dann nach dem Prinzip der Kostenerstattung erfolgen.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Die ärztliche Selbstverwaltung muss im Hinblick auf die Versorgungssicherheit der Patienten auch weiterhin die vertragsärztliche Versorgung organisieren. Die Ausweitung der selektivvertraglich geregelten Versorgung sollte jedoch vorangetrieben werden.

Kontrahierungszwänge wie im Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) können mittelfristig keine Lösung sein. Selektivverträge können ihr Potential besonders dann zeigen, wenn Sie von den Versicherten und den Krankenkassen als Unterscheidungsmerkmal in einem Wettbewerb um die beste Patientenversorgung gesehen werden.

Mittelfristig sollte zudem angestrebt werden, die Steuerung des Gesundheitssystems auf die breite Basis der Versicherten zu verlagern. Dazu sollten individualvertragliche Vereinbarungen zwischen einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen bzw. Netzen und den Patienten oder auch Versicherten gefördert werden. Eine genauere Beschreibung dazu findet sich in Abschnitt fünf.

4.2.2 Akut-stationäre Versorgung

Ausgangssituation:

Die flächendeckende Anwendung von Kollektivverträgen in der akut-stationären Versorgung führt dazu, dass durch die Aufnahme eines Hauses in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes ein gegenseitiger Kontrahierungszwang zwischen der Einrichtung und den belegenden Krankenkassen entsteht – und damit das Gegenteil von Vertragsfreiheit.

Die Einweisung in ein Krankenhaus wird in der Regel durch den Vertragsarzt veranlasst. Er hat zu prüfen, welche Klinik die Behandlung bedarfsgemäß, wirtschaftlich und zweckmäßig durchführen kann. So hat der Versicherte bislang gemäß §108 SGB V nicht die Möglichkeit, ein Krankenhaus seiner Wahl direkt zur Behandlung aufzusuchen – mit Ausnahme der Aufnahme über die Krankenhausambulanz, was immer häufiger geschieht

Kurzfristige Neuausrichtung:

Um im akut-stationären Bereich die Vorteile der Vertragsfreiheit realisieren zu können, sollte in einer ersten kurzfristig durchführbaren Neuausrichtung die Wahlfreiheit der Patienten bezüglich der sie behandelnden Krankenhäuser legalisiert werden. Dazu sind planbare stationäre Leistungen zu definieren, deren Behandlung über Selektiv- und Individualverträge und auch über Kostenerstattung geregelt werden kann. Dies erweitert die Wahlmöglichkeiten der Patienten und einzelnen Versicherten.

Im Rahmen von Selektivverträgen werden – wie auch bei Kollektivverträgen - Menge, Qualität und Preis zwischen Krankenhaus und Krankenkassen verhandelt. Damit lassen sich regionale Besonderheiten berücksichtigen. Für die dabei zu vereinbarende Vergütung bilden die in Punkt 4.4.2 skizzierten Richtpreise mit Preiskorridoren die Grundlage.

Da die Leistungsmengen Gegenstand der Verhandlungen von Selektivverträgen sind, kann durch deren verstärkten Einsatz dem Problem der stetig steigenden akutstationären Fallzahl teilweise begegnet werden. Wobei auch Leistungsmenge mit Leistungsqualität „verrechnet“ werden kann.

Im Rahmen von Individualverträgen ist den Versicherten die Möglichkeit zu eröffnen, ohne Einweisung eines Vertragsarztes stationäre Leistungen in einem Haus ihrer Wahl in Anspruch zu nehmen. Entscheidet sich ein Patient für die Behandlung in einem Krankenhaus, das keinen Selektivvertrag mit seiner Krankenkasse besitzt, so muss er

die eventuell anfallenden Mehrkosten selbst tragen. Freiwillige Zusatzversicherungen bieten Schutz vor finanziellen Risiken.

Damit der direkte Zugang der Versicherten zur stationären Versorgung die dortigen Versorgungskapazitäten nicht unzweckmäßig belastet, sollten vermehrt Anreize geschaffen werden, dass Krankenhäuser ihre Notfallambulanzen über Vertragsärzte organisieren.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Mittelfristig ist in der dann stärker selektiv- und individualvertraglich geregelten akutstationären Versorgung mit planbaren Leistungen auch die Einrichtung eines beiderseitigen Vertragsverweigerungsrecht zu prüfen: Krankenhäusern muss erlaubt werden, die Behandlung Versicherter gewisser Kassen zu deren Bedingungen ebenso *abzulehnen* wie Krankenkassen die Behandlung ihrer Versicherten durch gewisse Kliniken *ausschließen* können. Weil dies aber nicht mit einem Behandlungsverweigerungsrecht einhergehen darf, sind die entsprechenden Versicherten in den jeweiligen Krankenhäusern dann nach dem Kostenerstattungsprinzip zu behandeln.

4.2.3 Arzneimittelmarkt

Ausgangssituation:

Die Arzneimittelversorgung ist in Deutschland auf der Vertriebsstufe weitgehend kollektivvertraglich geregelt. Lediglich im Bereich der Generika treten die einzelnen Krankenkassen den Herstellern als optionaler Vertragspartner gegenüber. Doch ist auch hier stets die Vertragsfreiheit wegen marktmächtiger Krankenkassen gefährdet.

Für Patienten und Versicherte besteht eine uneingeschränkte Wahl- und damit Vertragsfreiheit bei der Wahl der Apotheke. Es können sowohl inländische Offizin- als auch Versandapotheken in Deutschland und im EU-Ausland gewählt werden.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Kurzfristig ist zu prüfen, inwieweit das Kollektivvertragsrecht in selektivvertragsrechtliche Regelungen überführt werden können. Hierzu ist auch zu prüfen, inwieweit die Marktmacht einzelner großer Krankenkassen die Vertragsfreiheit der Leistungserbringer beengt (vgl. Kapitel 4.3).

Schließlich sind auch die Optionsrechte der Patienten für Medikamente, die in Rabattverträgen eingeschlossen sind, fairer zu gestalten. So wissen die Patienten in der Regel nicht, welche Kosten auf sie zukommen. Des Weiteren erschwert auch der Verwaltungsaufschlag der Kassen das Optionsrecht der Patienten.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Es ist zu prüfen, wie eine generelle Erweiterung der Wahlfreiheit der Patienten über die Option Kostenerstattung für alle zugelassenen Arzneimittel erreicht werden kann. Die Krankenkassen sollten zudem die Möglichkeit zur Erstellung von krankenkassenspezifischer Positiv- oder Negativlisten als Wahloption für Ärzte und Patienten erhalten. Die

Wahloption kann mit einer Bonus-Malus-Regelung kombiniert werden. Einen weiteren Schritt stellt die Schaffung einer kassenspezifischen Option für die Erweiterung von Zuzahlungsregelungen über Wahltarife dar.

4.3 Gesetzliche Wettbewerbsregeln: Weniger Sozialrecht und mehr wettbewerbsrechtliche Aufsicht

In einer Sozialen Marktwirtschaft müssen Marktunvollkommenheiten durch gesetzliche Wettbewerbsregeln ausgeglichen werden. Dies ist besonders dann notwendig, wenn die marktmächtige Position von Unternehmen oder Vereinigungen zu gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrtsverlusten führt. Die in Deutschland zuständige Wettbewerbsbehörde ist das Bundeskartellamt: Es prüft, ob auf bestimmten Märkten durch Monopole, Oligopole oder Kartelle ein Marktmissbrauch droht.

Aufgrund der erfolgten und anhaltenden Weiterentwicklungen des Gesundheitssystems ist zu prüfen, in welchen Situationen und bei welchen Akteuren ein Mehr an Wettbewerbsrecht geboten ist. Ferner ist zu prüfen, wann stattdessen die Kontrolle durch die Gemeinsame Selbstverwaltung in Form des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bzw. das Sozialrecht Priorität haben soll.

Durch die zunehmende Entwicklung hin zu einer Gesundheitswirtschaft sollten die Leistungsmärkte deshalb vermehrt durch einen pragmatischen Mix aus Wettbewerb, Selbstverwaltung und staatlichen Vorgaben geregelt werden. Da das Gesundheitssystem gegenüber herkömmlichen Wirtschaftsbereichen einige Besonderheiten aufweist, sind die Wettbewerbsregeln entsprechend zu modifizieren. Letztlich sind für die Gesundheitsversorgung spezifische Sonderregelungen zu definieren und im Wettbewerbsrecht aufzunehmen.

4.3.1 Ambulant-vertragsärztliche Versorgung

Ausgangssituation:

Staatliche Einflussnahme durch Förderungen und Regelungen können zu kartell- oder monopolähnlichen Strukturen führen. Daher müssen die sich entwickelnden Strukturen kontinuierlich durch die Wettbewerbsbehörde begleitet werden. Im Hinblick auf die in Abschnitt 4.4 geforderte Flexibilisierung der Vergütung der Ärzte besteht die Gefahr, dass wettbewerbsmächtige Vereinigungen, wie z. B. ärztliche Fachverbände mit einem hohen Organisationsgrad, Entgelte und/oder Qualität der Versorgung ohne wettbewerbsrechtliche Kontrolle durchsetzen können.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Es ist zu prüfen, welche Besonderheiten in der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung eine Modifikation des Wettbewerbsrechts verlangen und welche Abweichungen für die privatärztliche Versorgung gerechtfertigt sind.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Bei einer Ausweitung des Wettbewerbsrechts ist mittelfristig zu prüfen, ob große Ärztenetze, wenn sie in bestimmten Regionen einen Großteil der Ärzte auf sich vereinen, marktmächtige Positionen erlangen, die für Patienten nachteilig sind.

4.3.2 Akut-stationäre Versorgung**Ausgangssituation:**

In der akut-stationären Versorgung bewirken Überkapazitäten einen Verdrängungswettbewerb: Die Anzahl der Häuser nimmt ab. Häufig ist dies aber lediglich auf eine Fusion zu einem gemeinsamen Standort zurückzuführen.

Bei der Fusion von Krankenhäusern prüft bereits heute die Wettbewerbsaufsicht den Vorgang – allerdings erst ab einem Jahresumsatz der Beteiligten von 500 Millionen Euro. Einige Fusionen bzw. Käufe wurden schon verboten bzw. mit Auflagen belegt.

Solange durch das Kollektivvertragsrecht die Preissetzungsmöglichkeiten für Marktmächtige unterbunden sind, ist keine Prüfung von Marktmacht bei der Preissetzung notwendig. Es geht lediglich um die Prüfung, ob die Patienten auch nach der Fusion Wahlmöglichkeiten besitzen – die wiederum in der hierarchischen Krankenhausplanung eigentlich gar nicht vorgesehen sind. Staatliche Krankenhausplanung und Wettbewerb sind zwei konkurrierende Organisationsprinzipien, die einer neuen Austarierung bedürfen.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Kollektivverträge, die zwischen Krankenhäusern und Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen werden, sind durch selektiv- und individualvertragliche Lösungen aufzulockern. Parallel dazu ist eine flexiblere Entgeltregelung zu ermöglichen (vgl. 4.4.2). Dementsprechend wäre eine Prüfung der Einrichtungen und der Kassen, inwieweit sie Marktmacht bei der Preissetzung besitzen, erforderlich. Dabei ist eine realistische Einschätzung der Mobilität der Patienten und damit ihrer Wahlmöglichkeit erforderlich. Patienten sind heute durchaus bereit, überregional Krankenhäuser aufzusuchen, wenn sie sich bessere Behandlungserfolge versprechen. Andererseits ist der regionale Zusammenschluss von Krankenhäusern oft ein unabdingbares Gebot der Wirtschaftlichkeit, was nicht vorzeitig durch wettbewerbspolitische Verbote verhindert werden darf.

Bei der Überprüfung von Zusammenschlüssen sind alle Träger gleich zu stellen. Dementsprechend sind auch Marktmachtpositionen kommunaler Einrichtungen zu prüfen.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Die stattfindenden und von uns angestrebten Entwicklungen der stationären Versorgungslandschaft erfordern, dass mittelfristig ein konsistentes Wettbewerbsrecht für den Gesundheitsmarkt definiert wird, das den Besonderheiten dieses Versorgungssektors insbesondere dem Restrukturierungsbedarf hin zu größeren Unternehmen Rechnung

trägt. Damit soll ein Stück mehr Planbarkeit für unternehmerische Entscheidungen in der stationären Versorgungsstruktur geschaffen werden.

4.3.3 Arzneimittelmarkt

Ausgangssituation:

Die derzeitige Regierung und auch die vorherige haben die wettbewerbsrechtlichen Regelungen bezüglich der Erstattung von Arzneimitteln durch Krankenkassen ausgedehnt. Insbesondere betrifft dies die Vorgaben bei Ausschreibung für generische Arzneimittel. Im innovativen Markt ist durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) eine richtungsweisende Neuregelung eingeführt worden. Seit 01.01.2011 wird die Erstattungshöhe der Krankenkassen für innovative Arzneimittel erst nach einer frühen Nutzenbewertung des Arzneimittels zwischen dem GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Unternehmen verhandelt. Im nicht Einigungsfalle wird ein Schiedsverfahren angesetzt. Mit dem Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AM-VSG) sind einige Neuerungen vorgesehen, die im Wesentlichen die Stellung der pharmazeutischen Unternehmen im Preisverhandlungsprozess stärken. Insbesondere muss die den Kassen gewährte Rabatthöhe nicht mehr veröffentlicht werden. Auf der anderen Seite wird der Preisfestsetzungsspielraum der Unternehmen im ersten Jahr begrenzt. Beide Maßnahmen dienen der Suche nach einem Marktgleichgewicht.

Insbesondere wird die europäische Perspektive stärker einbezogen, da auf längere Sicht – in den an sich kompetitiven Märkten – unterschiedliche Wettbewerbsregeln zu verzerrenden Effekten führen. Doch stören immer noch eine Reihe von europaweit unterschiedlichen Regelungen bei der Gewährung von Boni, Versorgung durch Versandapotheken und die Belastung durch die Mehrwertsteuer.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Kurzfristig sollte über die Ausdehnung des Wettbewerbsrechts auf die (Rabatt) Verhandlungen zwischen Arzneimittelindustrie und Krankenkassen diskutiert werden. Es ist auch zu prüfen, welche Auswirkungen dies auf die Stellung der Krankenkassen bei den Preisverhandlungen mit den Arzneimittelherstellern hat. Es sollte u.a. angestrebt werden, dass die strikten, staatlichen Vorgaben bei Ausschreibungen im Arzneimittelbereich modifiziert werden.

Für den AMNOG-Prozess ist eine frühzeitige und direkte Einbeziehung der betroffenen Fachgesellschaften geboten, die über den derzeitigen Rahmen einer Stellungnahme hinausgeht. Schließlich ist auch die direkte Einbeziehung von Vertretern der pharmazeutischen Industrie in den Prozess der Nutzenbewertung zu prüfen. Derzeit sind die Krankenkassen sowohl bei der Nutzenbewertung wie bei den Preisverhandlungen vertreten, was ihnen einen Wissensvorsprung gibt. Die bislang beobachtbare Entkopplung von Nutzenbewertung und Erstattungshöhe durch die Krankenkassen bedarf der Korrektur, was durch eine stärkere Einbindung der entsprechenden Pharmaverbände in den AMNOG-Prozess erreicht werden könnte.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Mittelfristig ist anzustreben, dass die wettbewerbsrechtlichen Vorschriften auf EU-Ebene angepasst und harmonisiert werden. Zum einen hätte dies große organisatorische Vorteile für Arzneimittelunternehmen, Großhandel und Krankenkassen. Zum anderen können auch verzerrende Effekte, die beispielsweise durch die unterschiedlichen Mehrwertsteuer-Vorschriften im Arzneimittelbereich auftreten, vermieden oder zumindest reduziert werden.

**4.4 Wettbewerbliche Preissteuerung: Statt staatlicher Gebührenordnungen
wettbewerblich flexibilisierte Preise**

Die bestehenden, staatlich verhandelten Einheitspreise bei der Leistungsvergütung bewirken, dass die Patienten als Nutzer und die Krankenkassen als Zahler keine Möglichkeit besitzen, zwischen Angeboten mit unterschiedlichen Preisen auszuwählen. Umgekehrt können auch Ärzte nicht durch spezifische Preisaufschläge und -abschläge ihre Wettbewerbsposition gezielt verbessern.

Heute fokussieren sich die Patienten bei der Auswahl des Leistungserbringers auf die Qualität, weshalb zwischen den Leistungserbringern ausschließlich ein oft kosten-treibender Innovations- und Qualitätswettbewerb stattfindet.

Um dagegen einen effizienzsteigernden Preis-Leistungs-Wettbewerb der Ärzte zu ermöglichen, sollten die Einheitspreise zu Richtpreisen weiterentwickelt werden. Der dadurch erzielbare Preis-Leistungs-Wettbewerb bewirkt ein wirtschaftlicheres Angebotsverhalten der Ärzte, also eine Realisierung von Effizienzreserven. In den flexibilisierten Preisen lassen sich auch regionale oder einrichtungsbedingte Besonderheiten abbilden.

Um Patienten stärker zum Mitsteuern zu veranlassen, müssen vereinfachte Rahmenbedingungen für die Kostenerstattung (fallindividuelle Entscheidungsmöglichkeit), die Mehrkostenregelungen sowie für Persönliche Budgets beziehungsweise Boni für realisierte Minderausgaben im Vergleich zu einem Durchschnittswert verstärkt Einsatz finden. Das trifft insbesondere für diejenigen Patienten zu, die bislang wegen finanzieller Überforderung von Zuzahlungen befreit sind. Gerade diese Personen – größtenteils chronisch Kranke – nehmen überdurchschnittlich viele Leistungen in Anspruch, weshalb sie die Versorgungssituation gut beurteilen können. Persönliche Budgets können in Verbindung mit Gesundheitskonten Versicherte und Patienten wirkungsvoll in die Steuerung mit einbinden, ohne Einkommensschwache zu überfordern.

Erfahrungen mit Persönlichen Budgets und Gesundheitskonten liegen für Singapur und Südafrika, aber auch für die Behindertenversorgung in Deutschland vor.¹⁴

4.4.1 Ambulant-vertragsärztliche Versorgung

Ausgangssituation:

Durch die Festpreise der EBM-Gebührenordnung in Verbindung mit dem Sachleistungsprinzip kommt es im Leistungsmarkt der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung zu keinem Preiswettbewerb, sondern allenfalls zu einem Servicewettbewerb. Die im internationalen Vergleich hohe durchschnittliche Anzahl von Arztkontakten in Deutschland und die kurzen Arzt-Patienten-Kontaktzeiten lassen den Schluss zu, dass die Versorgung suboptimal erfolgt. Die Praxisgebühr der Jahre 2004 bis 2012 konnte keine Abhilfe schaffen, da sie – als Flatrate – kontraproduktiv ausgestaltet war.

Kurzfristige Neuausrichtung:

In einem ersten, kurzfristigen Schritt ist die Kostenbeteiligung für ärztliche Leistungen weiterzuentwickeln. Wie die Erfahrung mit der Praxisgebühr zeigt, ist eine pauschale Patientenbeteiligung pro Quartal an ärztlichen Leistungen wenig geeignet. Besser steuern Wahltarife der Krankenkassen, deren Höhe sich prozentual an den in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen orientiert. Ein steuerfinanzierter ex post Sozialausgleich für Patienten, die durch diese Regelung finanziell überfordert werden, ist einzurichten (vgl. Abschnitt 4.7). Allerdings kann eine prozentuale Kostenbeteiligung ihre Steuerungswirkung nur voll entfalten, wenn die Ärzte, ähnlich wie bei Privatpatienten, auch für Kassenpatienten Steigerungsfaktoren für den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ansetzen dürfen.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Es ist daher mittelfristig zu prüfen, wie sich die Preise für ambulant-ärztliche Leistungen regional und fachlich flexibilisieren lassen. Dazu könnte beispielsweise den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit eingeräumt werden, in einem staatlich festgelegten Preiskorridor von den Richtpreisen nach oben oder unten abweichen zu dürfen. Die Abweichung kann innerhalb von Selektivverträgen sowohl Verhandlungsergebnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer sein, als auch autonom durch den Leistungserbringer selbst erfolgen. Bei nicht mit den Krankenkassen verhandelten Abweichungen muss der Patient die anfallenden Mehrkosten selbst begleichen. Die Gemeinsame Selbstverwaltung (z.B. G-BA) sollte einen Korridor für die Steigerungsfaktoren bestimmen, der extreme Steigerungen vermeidet.

Die Basis der Leistungen könnte der EBM oder auch die GOÄ darstellen. So bleibt das Wertverhältnis der Leistungen untereinander grundsätzlich bestehen. Der niedergelas-

¹⁴ Vgl. Wick Diss. (2015)

sene Arzt darf dann den Steigerungsfaktor für die Vergütung so ähnlich festlegen wie dies heute schon bei privat versicherten Patienten der Fall ist. Der Steigerungssatz reagiert unter anderem auf die Nachfrage nach spezifischen Behandlungsleistungen und auf deren vom Patienten wahrgenommenen Qualität.

So müssten Ärzte mit einer hohen Konkurrenzsituation die Preise für medizinische Versorgungsleistungen eher senken, während Landärzte in unterversorgten Regionen die Preise erhöhen und damit ihr Einkommen verbessern könnten. Um eine solche Steuerung zu realisieren, muss jedoch die Einbindung des Patienten in den Finanzierungsprozess der medizinischen Leistungen etabliert sein, damit es zu wettbewerblichen Strukturen zwischen Leistungserbringern kommt.

Durch eine Kostenbeteiligung der Patienten an den ärztlichen Leistungen lassen sich Qualität sowie Art und Menge der ärztlichen Leistungen steuern. Bei einer funktionierenden Steuerung kann davon ausgegangen werden, dass die Notwendigkeit eines Arztbesuches sowie die Effizienz der Behandlung gegeben ist. Die Gefahr der angebotsinduzierten Nachfrage wird durch die Kostenbeteiligung reduziert, solange objektive, leicht zugängliche Informationen zur Wirksamkeit von medizinischen Leistungen zur Verfügung gestellt werden (z. B. durch IQWiG). Dadurch kann mittelfristig eine Abschaffung der Budgetierung der ärztlichen Leistungen erreicht werden. Zudem sind für Patienten die Möglichkeiten, über Kostenerstattung und Zuzahlung jenseits der Erstattungssätze der Krankenkassen zu agieren, fairer auszugestalten (siehe auch Abschnitt 4.2.3). Der Einsatz von persönlichen Budgets sollte von den Krankenkassen erprobt werden.

4.4.2 Akut-stationäre Versorgung

Ausgangssituation:

In der akut-stationären Versorgung führen die ausschließlich kollektivvertraglichen Regelungen des Leistungsmarktes dazu, dass mit der Aufnahme eines Hauses in den Krankenhausplan Kontrahierungszwang zwischen dem Krankenhaus und den beleghenden Krankenkassen entsteht. Daraus resultiert, verbunden mit der gegebenen auf Fallpauschalen basierenden Vergütungssystematik durch DRGs, welche landeseinheitlich verbindliche Festpreise vorsieht, eine Einheitsvergütung innerhalb eines Bundeslandes. Ein Preis-Leistungs-Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern wird dadurch ausgeschlossen. Es herrscht ein ausgabentreibender Mengenwettbewerb.

Das DRG-System an sich impliziert aber keinesfalls Einheitspreise für vergleichbare Leistungen: DRGs und die dazugehörigen Relativgewichte stellen lediglich eine Leistungsbeschreibung und relative Kostengewichte dar. Es ist durchaus möglich, dass jedes Krankenhaus einen eigenen Basisfallwert verhandelt, woraus hausspezifische Preise resultieren. Ebenso sind ein abteilungsbezogener Basisfallwert sowie DRG bezogene Zu- und Abschläge kalkulierbar.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Um in der akut-stationären Versorgung bereits kurzfristig einen Preis-Leistungs-Wettbewerb anzustoßen, sollten die Landesbasisfallwerte in Richtpreise übergeführt werden, von denen jede Klinik und jede Krankenkasse zunächst in einem Preiskorridor von bis zu 15 Prozent nach oben und unten abweichen darf.

Richtpreise mit Preiskorridoren ermöglichen spezialisierten Krankenhäusern, ihre häufig höhere Versorgungsqualität besser einzubringen, indem sie eine höhere Vergütung einfordern. Aber auch die Mengendegression spezialisierter Einrichtungen, die durch eine Behandlung einer überdurchschnittlichen Patientenzahl resultiert, kann durch Unterschreitung der Richtpreise weitergeben werden. Richtpreise eröffnen den ländlichen Häusern die Option, durch einen Preisaufschlag ihre Einnahmesituation zu verbessern. Dadurch lassen sich andernfalls entstehende Verluste, die aus einer zu geringen Auslastung der Einrichtung resultieren, in einem gewissen Umfang kompensieren. Anstelle der im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) von 2016 vorgesehenen regulierten Zu- und Abschläge, schlagen wir eine erweiterte dezentrale Vertragsfreiheit vor!

Eine wettbewerbliche Preissteuerung verlangt einen sachgerechten Investitionsaufschlag auf alle DRGs (vgl. 4.1.2).

Mittelfristige Neuausrichtung:

Ziel muss es sein, auch im stationären Bereich bei den Patienten ein Interesse an Preis-Leistungs-Vergleichen zu wecken. Dazu ist ein Katalog planbarer Krankenhausleistungen zu definieren, bei denen es den Patienten möglich ist, unterschiedliche Preise verschiedener Einrichtungen zu vergleichen. Indem mittelfristig der Patient einen festen Prozentsatz dieser Preise selbst zu tragen hat, muss er je nach selbstständiger Wahl des Leistungserbringers und dessen Preis der Höhe nach unterschiedliche Zuzahlungen leisten. Wenn die Zuzahlung bei den Krankenhäusern verbleibt und nicht mit dem Budget verrechnet wird, können auch einige ganz ohne Zuzahlung auskommen.

Die Patienten sind auf diese Weise direkt an den für sie erbrachten Leistungen beteiligt. Dies stärkt die Patientensouveränität und veranlasst die Krankenhäuser zusätzlich zu den kurzfristig umzusetzenden Reformen, untereinander in einen effizienzsteigernden Preis-Leistung-Wettbewerb zu treten – insbesondere in Regionen mit hoher Versorgungsdichte.

Dabei müssen keineswegs alle Patienten eine informierte Entscheidung treffen. Es reicht aus, wenn dies auf rund 15 Prozent zutrifft. Denn bereits eine Umsatzveränderung von 15 Prozent wird die Leistungserbringer veranlassen, ihr Preis-Leistungs-Verhältnis generell zu verbessern.

Die ersten Erfahrungen mit den Richtpreisen und den dazugehörigen Preiskorridoren können die Grundlage zur Weiterentwicklung dieses Instruments – wie Erweiterungen des Preiskorridors – bilden.

4.4.3 Arzneimittelmarkt

Ausgangssituation:

Der Arzneimittelmarkt ist von staatlichen Verordnungspreisen geprägt. Pharmaunternehmen haben zwar die Möglichkeit die Preise ihrer Produkte selbständig zu setzen, aber die Kostenerstattung durch die Krankenkassen ist der entscheidende Faktor für den Produkterfolg.

Seit 01.01.2011 wird die Erstattungshöhe der Krankenkassen für innovative Medikamente durch die AMNOG-Preisfindung bestimmt. Der GKV-Spitzenverband mit einem Marktanteil von fast 90 Prozent tritt einem Arzneimittelhersteller gegenüber, der nur in seltenen Fällen ein echter Monopolist ohne Substitutionskonkurrenz ist, sondern in den meisten Fällen nur einen monopolistischen Preissetzungsspielraum nutzen kann.

Kurzfristige Neuausrichtung:

In einem kurzfristigen Schritt ist die Marktmacht der Krankenkassen bei der Preissetzung für Arzneimittel kritisch zu prüfen (vgl. Abschnitt 4.3.3). Dies betrifft auch die Preisfindung im Rahmen der Ausschreibungen im Generika-Markt. Weiterhin sollte die Großhandelsspanne zukünftig nur noch als Richtwert für den Großhandel gelten. Der Großhandel soll dadurch die Möglichkeit erhalten, Rabatte variabel zu gestalten oder die Preise selbständig und in einem vom Gesetzgeber zu definierenden Rahmen zu flexibilisieren. Die deutsche Wettbewerbsbehörde soll auch zukünftig die Einhaltung des Kartellrechts in diesem Bereich prüfen und insbesondere einen Verdrängungswettbewerb mittels Rabattgewährung sorgfältig beobachten.

Bei Apotheken ist es kurzfristig wünschenswert, die bisher begrenzten Möglichkeiten auszuweiten, Nebenleistungen anzubieten. Die Vergütung der Apotheker sollte außerdem von einer zusätzlichen prozentualen Umsatzbeteiligung bei Abgabe eines Medikaments voll auf eine jährlich zu vereinbarende Dienstleistungsgebühr umgestellt werden. Diese Gebühr muss nicht für alle Krankenkassen einheitlich gestaltet sein.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Für die Preissetzung in der Apotheke ist mittelfristig der Apothekenabgabepreis sowie die Dienstleistungsgebühr zu einem Richtpreis umzuwandeln. Der Apotheker könnte dann den eigens verhandelten Arzneimittelpreis mit dem Großhandel an den Patienten weitergeben. Ähnlich sollte auch die Dienstleistungsgebühr flexibilisiert werden. Den Krankenkassen bleibt es offen, mit Apothekenverbänden Gebühren differenziert zu vereinbaren.

Nach der Flexibilisierung der Apothekenabgabepreise könnte durch eine prozentuale Kostenbeteiligung der Patienten an den Arzneimitteln die Entscheidungskompetenz zur Wahl der günstigsten Apotheke zumindest teilweise an die Patienten übertragen werden.

4.5 Markttransparenz für die Versicherten: Statt Expertenwissen mehr Preis- und Leistungstransparenz für Versicherte und Patienten

Der Gesundheitsversorgung mangelt es bislang deutlich an einer Preis-Leistungs-Qualitäts-Transparenz, insbesondere aus Sicht der Versicherten, aber zum Teil auch aus Sicht der Krankenkassen. Auch deshalb unterbleibt bislang ein Preis-Leistungs-Wettbewerb, der Versorgungsqualität und Versorgungswirtschaftlichkeit fördert.

Neben den unter Punkt 4.4 geforderten Maßnahmen zur Steigerung des Interesses der Versicherten an einer höheren Preistransparenz gilt es deshalb, die Preis- und die Leistungs- respektive Qualitätstransparenz zu steigern. Daraus wird eine erhöhte Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität resultieren. Ob und inwieweit die Qualitäts-offensive der Bundesregierung noch in der 18. Legislaturperiode Erfolg zeigt, kann noch nicht bewertet werden. Generell bleibt die Qualitätsoffensive halbherzig, solange nicht differenzierte, qualitätsorientierte Entgelte in größerem Umfang umgesetzt werden.

Zur Steigerung der Preistransparenz sind die jeweiligen Vergütungen beziehungsweise Preise innerhalb des Preiskorridors öffentlich zu machen. Eine Verbesserung der Leistungstransparenz kann durch leichter zugängliche und einfach nachvollziehbare Behandlungsergebnisse erreicht werden.

4.5.1 Ambulant-vertragsärztliche Versorgung

Ausgangssituation:

Im Bereich der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung spielt durch die in der Gebührenordnung festgelegten Punktzahlen die Preistransparenz für Patienten bisher keine Rolle. Einige Krankenkassen haben jedoch begonnen, Patienten die Möglichkeit zu geben, die Vertragsärzte über Internetportale zu bewerten. Beispiel dafür ist das Angebot der weissen Liste, deren Datenbasis von den Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK Arztnavigator), der BarmerGEK (BarmerGEK Arztnavi) und der Techniker Krankenkasse (TK-Ärzteführer) genutzt und erweitert wird. Die Behandlungsqualität kann aber aus der Arztbewertung der Patienten nicht direkt abgeleitet werden, da nur subjektive Eindrücke der Patienten abgefragt werden.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Zur Verbesserung der Qualitätstransparenz sollten die Patientenbewertungsportale von Krankenkassen und Politik weiter gefördert werden. Jedoch lässt sich aus ihnen die Qualität der ärztlichen Leistung nicht direkt erkennen. Daher ist zu empfehlen, dass ärztliche Leistungen auch auf Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen überprüft werden. Ist ein Patient beispielsweise an einer Lungenentzündung erkrankt und wird weiter vom Hausarzt behandelt, so kann auf Basis der Abrechnungsdaten, die den Krankenkassen vorliegen, die Dauer der Behandlung festgestellt werden. Bei Berufstätigen mit langwierigen akuten Erkrankungen könnte in die Messung der Behandlungsqualität die Bezugsdauer des Krankengeldes einbezogen werden. Die Errichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Trans-

parenz im Gesundheitswesen (IQTiG) im Jahr 2015 kann hier wegweisende Schritte entwickeln.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Die Qualität der Leistungserbringung muss stärker in der Vergütung Berücksichtigung finden. Dem zusätzlichen Aufwand jener Leistungserbringer, die heute schon auf eine hohe Versorgungsqualität setzen, kann so entsprochen werden. Dazu müssen mittelfristig die Qualitäts- und Vergütungsdaten miteinander verknüpft und die Patienten entsprechend informiert werden.

Durch Einführung einer prozentualen Kostenbeteiligung (vgl. Abschnitt 4.4.1) muss dem Patienten mittelfristig die Möglichkeit gegeben werden, das Honorar für die Erbringung der vertragsärztlichen Leistung einschätzen zu können. Da die ärztliche Leistung vor der Diagnose unbekannt ist, ist nur die Angabe eines Richtwerts für den Preis der Leistung möglich und sinnvoll. Daher sollten Ärzte verpflichtet werden, ihren durchschnittlichen Steigerungsfaktor bezogen auf den vereinbarten Punktwert über die vergangenen sechs Monate im Internet zu veröffentlichen (vgl. Punkt 4.4.1)

Dem Patienten wird es so möglich, durch das öffentliche Ausweisen des durchschnittlichen Steigerungssatzes die Preiskategorie des jeweiligen Arztes vor Betreten der Praxis abzuschätzen. Aufgrund der Veröffentlichungspflicht im Internet kann der Patient bequem vor dem Besuch der Arztpraxis das Preisniveau abfragen und vergleichen. Die vollkommene Transparenz der durchschnittlichen Steigerungsfaktoren aller Ärzte in Deutschland kann auch in der Gesundheitsversorgung zu einem zielführenden Preiswettbewerb führen.

Freilich führt wettbewerbliche Vielfalt nicht nur zu mehr Wahlmöglichkeiten, sondern auch zu höheren Informationskosten für Versicherte und Patienten.

4.5.2 Akut-stationäre Versorgung

Ausgangssituation:

In der akut-stationären Versorgung ist die Preis-Leistungs-Qualitäts-Transparenz bislang gering ausgeprägt. Dies gilt insbesondere für die Preistransparenz, an der bislang wegen der Einheitspreise von Seiten der Patienten kein Interesse besteht (vgl. 4.4.2).

Auch die Qualitätstransparenz ist – sowohl aus Sicht der Krankenkassen als auch insbesondere aus Sicht der Versicherten – noch steigerungsfähig. Die dazu bislang erfolgten Schritte sind eher ein Anfang als ein Ende. Ob das Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) die Entwicklung beschleunigt, bleibt abzuwarten. Erste Festlegungen von Mindestmengen für definierte chirurgische Eingriffe sind hilfreich die Qualitätssicherung voranzubringen. Doch müssen Mindestmengen als Orientierungsgröße für Patienten und nicht als Ausschlusskriterien für Krankenhäuser konzipiert werden.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Der eingeschlagene Weg zur Steigerung der Leistungs- und damit Qualitätstransparenz ist konsequent fortzusetzen: Die Versorgungsqualität muss in Form von Behandlungsergebnissen für Patienten im Haus selbst und über den Internetauftritt der Einrichtung leichter zugänglich und einfacher vergleichbar dargestellt werden. Die vorliegenden Daten der Krankenkassen sind zusammenzuführen, systematisch auszuwerten und zu veröffentlichen. Hier liegen große Aufgabenfelder für das IQTiG und dem G-BA.

Ergänzend muss die Preistransparenz bereits kurzfristig erhöht werden. Dazu sollten – nach Umsetzung der Richtpreise und Preiskorridore – die durchschnittliche Abweichung des einzelnen Krankenhauses vom Richtpreis über den Internetauftritt der Einrichtung offen zugänglich gemacht werden. Auch EU-weite Vergleiche helfen dabei, Verbesserungen zu erreichen.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Zur weiteren Steigerung der Leistungstransparenz ist mittelfristig der Kriterienkatalog, der die Grundlage zur Sicherstellung der Leistungstransparenz bildet, zu überprüfen und zielführend zu ergänzen – beispielsweise um die hausspezifischen Letalitätsraten. Im Mittelpunkt soll die Transparenzfunktion für Patienten, verknüpft mit einer qualitätsbezogenen Vergütung, und nicht die Regulierung der Versorgung stehen.

4.5.3 Arzneimittelmarkt

Ausgangssituation:

Die bedingt vorhandene Preistransparenz für Arzneimittel ist bei festen Verordnungspreisen für Versicherte und Patienten quasi gegenstandslos. Zusammen mit der stark eingeschränkten prozentualen Zuzahlung entscheiden sich Patienten im bisherigen System für die große Packung. Dieser Packungswettbewerb führt bei Krankenkassen zu unnötigen Mehrausgaben und erhöht den Verwurf von verordneten Medikamenten.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Aus Sicht der Krankenkassen wurde grundsätzlich mit dem AMNOG ein wichtiger Schritt hin zu einer Preis-Leistungs-Transparenz bei Arzneimitteln geschafft. Diesen Fortschritt gilt es, durch gezielte und neutrale Information der Patienten und verordnenden Ärzte über die Ergebnisse der Arzneimittelprüfung und -zulassung auszubauen. Das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) von 2017 bringt hierzu wenig Verbesserung.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Bei prozentualen Zuzahlungen und variablen Apothekenabgabepreisen können Preisvergleichsportale, deren Relevanz bisher auf den Preisvergleich von OTC-Produkten bei Versandapotheken reduziert ist, die Preis-Transparenz für die Patienten erhöhen.

Zudem sollen Krankenkassen die Option erhalten, eigene Positiv- oder Negativ-Listen für Arzneimittel einzuführen, die das Preis-Leistungs-Verhältnis der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel abbilden. Diese Positiv- beziehungsweise Negativ-Listen müssen

ten entweder vom Arzt oder vom abgebenden Apotheker berücksichtigt werden und könnten durch weitere neutrale Information der Ärzte / Apotheker (beispielsweise von der Bundesärztekammer) ergänzt werden. An dieser Stelle verspricht das AMVSG Besserung, indem es die verordnenden Ärzte gezielt über die AMNOG-Bewertungsergebnisse informieren lassen will. Denkbar wäre auch, dass die kassen-spezifischen Positiv- oder Negativ-Listen über Wahltarife den Versicherten angeboten werden.

4.6 Offener Marktzutritt für die Leistungserbringer: Statt Bedarfsplanung freie Berufsausübung

Auf Seiten der Leistungsanbieter ist der Marktzugang teilweise durch staatliche Markteintrittsschranken hochgradig reguliert – mit bescheidenem Erfolg: Weder die Krankenhausplanung, in die eine stationäre Einrichtung aufgenommen werden muss, um zur Erbringung und Abrechnungen von Leistungen zu Lasten der GKV berechtigt zu sein, noch die Bedarfsplanung im Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte hat in den letzten 20 Jahren brauchbare Ergebnisse gebracht. Auch von dem 2014 auf den Weg gebrachten Versorgungsstärkungsgesetz dürfen keine großen Ergebnisse erwartet werden. Es folgt dem Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2011, mit dem vor allem die Versorgung auf dem Lande sichergestellt werden sollte. Beide Gesetze setzen auf mehr staatliche Planung und Zugangssteuerung durch Gebote und Verbote statt auf Liberalisierung und Öffnung der Versorgung. Insbesondere die demografischen Verschiebungen der Bevölkerung – Junge gehen in die Stadt, Alte bleiben auf dem Land – überfordern die Planungsbehörden.

Die staatliche Angebotsplanung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags führt zu ungenauer Bedarfsdeckung und damit zu Überkapazitäten – aber auch Unterversorgung, primär in der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen.

Entsprechend ist die staatliche Bedarfsplanung schrittweise durch ein Recht zur freien Berufsausübung und damit zur Niederlassungsfreiheit beziehungsweise zur freien Leistungserbringung im stationären Bereich bei nachgewiesener Qualifikation abzulösen. Der Staat beschränkt sich dann auf die Überwachung der Rahmenvorgaben zur Sicherstellung der Versorgung. Den Krankenversicherungen obliegt es durch geeignete finanzielle Anreize und der Unterstützung neuer Versorgungsformen eine flächendeckende Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten.

4.6.1 Ambulant-vertragsärztliche Versorgung

Ausgangssituation:

Die bundesweite Angebotsplanung konnte bislang die sich verschärfende Versorgungsungleichgewichte im ambulant-vertragsärztlichen Bereich in Deutschland nicht ausgleichen. Daher muss die bisherige Angebotsplanung durch eine wettbewerbliche Selbststeuerung kurzfristig ergänzt und mittelfristig ersetzt werden.

Eine wettbewerbliche Öffnung des Marktzutritts kann nur mit einer Veränderung in der Vergütungssystematik der ärztlichen Leistungen einhergehen (vgl. Abschnitt 4.4.1). Die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten ist meist mit Nachteilen verbunden, die zwar nicht nur, aber auch durch finanzielle Anreize ausgeglichen werden können. Ärzte auf dem Land müssen flexibler sein, eine höhere Mobilität aufweisen und können nicht auf eine städtische Infrastruktur zurückgreifen (Freizeitangebot, Kinderbetreuung, usw.). Zudem ist durch das beschränkte Einzugsgebiet und durch die Abwanderung der Bevölkerung in manchen ländlichen Regionen in Deutschland die wirtschaftliche Tragfähigkeit einer singulären Facharztpraxis nicht gesichert.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Die Bedarfsplanung sollte indikativ weitergeführt werden, ohne Niederlassungsverbote für bestimmte Planungsbezirke auszusprechen. Ärztliche Leistungen in unterversorgten Gebieten sollen (wie im GKV-VStG vorgesehen) aber überdurchschnittlich vergütet werden. Die Höhe der zusätzlichen Vergütung für Ärzte in unterversorgten Gebieten soll dabei so gestaltet werden, dass trotz einer Aufhebung der Niederlassungsbeschränkungen eine Wanderung der Ärzte von den überversorgten in die unterversorgten Regionen stattfindet. Noch wichtiger ist es aber, die Versorgung durch raumüberwindende Telemedizin zu ergänzen und die Arbeitsmärkte zu flexibilisieren, indem den nichtärztlichen Berufen der Zugang zur Versorgung weiter geöffnet wird.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Mittelfristig sollte es das Ziel sein, die Angebotsplanung durch eine wettbewerbliche Selbststeuerung zu ersetzen. Die wettbewerbliche Selbststeuerung muss mit einem Abbau der Budgetierung und einer wettbewerblichen Preisgestaltung der ärztlichen Leistungen einhergehen (vgl. Abschnitt 4.4.1). Ähnlich wie im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist der Marktzugang nur von der Qualifikation und nicht vom Bedarf abhängig zu machen.

4.6.2 Akut-stationäre Versorgung

Ausgangssituation:

Krankenhauspläne der Länder basieren auf dem Prinzip einer hierarchischen Versorgungsstruktur: Die Krankenhäuser werden nach Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung differenziert. Diese Unterscheidung ist nicht mehr zeitgemäß. Einer der Hauptgründe dafür ist, dass sich die Erreichbarkeit von Krankenhäusern für die Bevölkerung in den letzten 30 Jahren durch Weiterentwicklung des Transport-, Verkehrs- und Kommunikationswesens deutlich erhöht hat. Durch die gesunkene ökonomische Entfernung zu Krankenhäusern sind für viele Bürger drei oder mehr Krankenhäuser in erreichbare Nähe gerückt – darunter meist ein Haus der Schwerpunktversorgung, häufig auch ein Klinikum der Maximalversorgung.

Die Patienten bevorzugen in immer stärkerem Ausmaß Klinika der höheren Versorgungsstufe, weil diese sowohl in der technischen Ausstattung als auch in der ärztlichen

Spezialisierung Häusern der Regelversorgung überlegen sind. Dieses Patientenverhalten ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen rational: Sie wählen die beste Leistung, die sie für einen Einheitspreis von zehn Euro je Aufenthaltstag erhalten können. Dadurch ist aber die wirtschaftliche Existenz der Häuser der Grund- und Regelversorgung, welche die Nahversorgung gewährleisten sollen, gefährdet.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Die bestehende staatliche Krankenhausplanung ist schrittweise auf eine Orientierungsfunktion zu reduzieren. Für regional abgegrenzte Versorgungsregionen kann der geschätzte Versorgungsbedarf angezeigt werden. Der Zugang wird jedoch keinem Krankenhausbetreiber verwehrt.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Mittelfristig sollte die Bedarfsplanung durch ein einheitliches Akkreditierungsverfahren abgelöst werden: Alle Kliniken, die festgelegte Qualitätsauflagen erfüllen, sollten demnach grundsätzlich zur Erbringung von stationären Leistungen zu Lasten der GKV zugelassen werden. Dabei können die Krankenhäuser für ihre Leistungsfähigkeit mit Sternen kategorisiert werden. Der Staat beschränkt sich auf die Überwachung der Rahmenvorgaben zur Sicherstellung der Versorgung, insbesondere der Notfallversorgung. Eine Neubelebung der belegärztlichen Versorgung wie auch der Praxiskliniken kann die kurzstationäre, regionale Patientenversorgung stärken, ohne die Zentralisierung und Spezialisierung in Häusern der Schwerpunktversorgung zu behindern.

4.6.3 Arzneimittelmarkt

Ausgangssituation:

Im Bereich der Apotheken findet keine Bedarfsplanung statt. Dadurch ist formal der Marktzugang für Apotheker, nicht jedoch für Unternehmer, offen. Jedoch muss vor Eröffnung einer Apotheke bei der zuständigen Landesbehörde die Approbationsurkunde für den Apothekerberuf als Nachweis erbracht werden. Für Nicht-Apotheker gibt es keinen Marktzutritt.

Kurzfristige Neuausrichtung:

Eine deutliche Begrenzung ergibt sich durch die eingeschränkten Eigentumsrechte im Bereich der Apotheken. Hier ist sorgfältig abzuwägen, inwieweit die Ziele der Arzneimittelsicherheit und der gesicherten Arzneimittelversorgung durch eine Erweiterung des Zugangs gefährdet werden. Von ausländischen Beispielen kann man hierzu lernen.

Trotz der Beschränkungen lassen sich im Handel und bei Vertriebs- und Versorgungskonzepten auch innovative Konzepte erkennen. Dies zeigt sich beispielsweise im Apotheken-Versandhandel und bei der patientenindividuellen Arzneimittelverblisterung.

Mittelfristige Neuausrichtung:

Mittelfristig ist der Arzneimittelmarkt auf den europäischen Markt auszurichten. Sowohl Patienten als auch Leistungserbringern ist der Zugang zu allen europäischen Märkten

zu gleichen Bedingungen möglich zu machen. Das bedeutet auch, dass nationale Preissysteme, insbesondere die Mehrwertsteuerhöhe, anzupassen sind.

4.7 Sozialprinzip: Statt Regulierung der Leistungserbringer staatlich garantierter Versicherungsschutz und Sozialpflichtigkeit der privaten Leistungserbringer

Das Grundprinzip der SMW lautet: Die Effizienz der Leistungserstellung durch Wettbewerbsmärkte steigern, die sozial notwendige Leistungsverteilung durch den Staat gewährleisten. Für die Gesundheitsversorgung bedeutet dies, dass der Zugang der Patienten zur Gesundheitsversorgung nicht länger durch Regulierung der Leistungserbringer, sondern durch den Staat gemäß dem Sozialprinzip zu sichern ist.

Die Einführung des RGK einschließlich eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs ist hierfür der grundlegende Schritt: Im Rahmen einer allgemeinen Versicherungspflicht muss das gruppenbezogene Solidaritätsprinzip durch einen nationalen Sozialausgleich ersetzt werden. In den Sozialausgleich werden – im Unterschied zum heute gültigen Solidaritätsprinzip – alle Bürger gemäß ihrer steuerlichen Leistungsfähigkeit eingebunden. Der Sozialausgleich ermöglicht somit eine Trennung des Einkommensausgleichs von der wettbewerblichen Ausrichtung der Leistungserstellung im Gesundheitssystem.

Dem Subsidiaritätsprinzip folgend setzt der Sozialausgleich erst ein, wenn der Einzelne oder seine Familie sich nicht selbst helfen können und die Hilfsbedürftigkeit nach objektiven Kriterien entsprechend nachgewiesen ist: Leistungen des Sozialausgleichs erhalten Haushalte, die durch die Höhe der Gesundheitsprämie oder durch die Kostenbeteiligung (vgl. 4.4) finanziell über ein von der Politik zu definierendes Ausmaß belastet werden.

Versicherte, die wegen Überforderung von Zuzahlungen befreit sind, sollten durch alternative Instrumente, wie beispielsweise individuelle Gesundheitskonten, Persönliche Budgets oder finanzielle Beteiligung an realisierten Minderausgaben im Vergleich zu einem Durchschnittswert zu wirtschaftlicher Inanspruchnahme angereizt werden. Dieser Ansatz findet in der Gesundheitsversorgung in Singapur und Südafrika, aber auch bereits im Behindertenrecht in Deutschland Anwendung.

Das Sozialprinzip stellt darüber hinaus auch an die Leistungserbringer direkte Anforderungen: Dem Leitgedanken folgend, dass Eigentum verpflichtet, sind die Leistungserbringer verpflichtet, im medizinischen Notfall qualifizierte Hilfe zu gewähren, ohne vorher den Versichertenstatus und die Zahlungsfähigkeit des Patienten zu prüfen. Hier hat das Grundrecht auf Menschenwürde absoluten Vorrang. Die Kostenregelung ist nachrangig.

Zudem muss bei knappen Gütern – wie Organen – das Prinzip des medizinischen Bedarfs und der medizinischen Dringlichkeit Vorrang vor dem Prinzip der privaten Zahlungsfähigkeit behalten. Dies gilt auch generell für Fragen der Priorisierung im Leistungskatalog.

Eine weitere Ausprägung des Sozialprinzips stellt die sechswöchige Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dar, die bei einer Gesamtbetrachtung der Lastenverteilung berücksichtigt werden muss. Allein dieser Posten beträgt zusammen mit den dazugehörigen Sozialversicherungsbeiträgen über 50 Milliarden Euro pro Jahr. Ebenso zu beachten sind die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, die der Arbeitgeber alleine zu finanzieren hat.

Schließlich umfasst das Sozialprinzip auch die Haftung des Eigentümers, also der Leistungserbringer, im Schadensfall. Diese ist auch nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes zielführend weiter auszubauen.

5 Vertragsmarkt

Neugewichtung der Steuerungsverantwortung

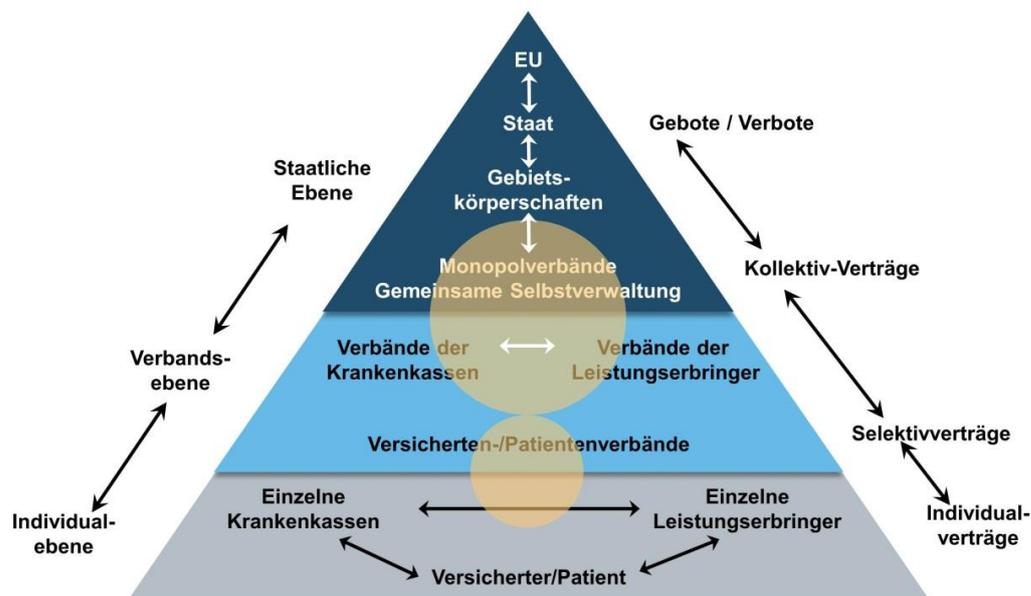
Das dritte Subsystem der GKV-Gesundheitsversorgung ist der Vertragsmarkt. Er wird vor allem durch die Vertragsfreiheit – als ein konstituierendes Prinzip der Sozialen Marktwirtschaft in Abschnitt 4.2 angesprochen – beeinflusst. Im Vertragsmarkt werden Kollektiv-, Selektiv- und Individualverträge als abstrakte Rechtsgüter zwischen den Akteuren der Gesundheitsversorgung gehandelt bzw. vereinbart.

5.1 Skizze des deutschen GKV-Vertragsmarktes im Jahr 2016

Der Vertragsmarkt regelt Preise / Vergütung, Mengen und die Qualität der medizinischen Versorgung für gesetzlich versicherte Patienten. Die Vereinbarungen werden dabei auf verschiedenen Ebenen von verschiedenen Akteuren getroffen beziehungsweise von diesen beeinflusst. Abbildung 4 differenziert zwischen Akteuren auf staatlicher Ebene, Verbandsebene und Individualebene. Die Form der Pyramide ergibt sich, wenn man die Zahl der potentiellen Akteure zum Maßstab macht.

Abbildung 4

Ebenen und Akteure des Vertragsmarktes



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (2014)

Auf staatlicher Ebene werden durch Gesetze und Verordnungen die Rahmenbedingungen für die Verhandlungen zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens gesetzt. Einen immer stärkeren Einfluss entwickelt dabei die Rechtsprechung auf EU-Ebene, welche die Grundfreiheiten nach dem Vertrag von Maastricht (1992) einfordert. Die staatlichen Regulierungen durch Gebote und Verbote wurden bereits im vorangehenden Abschnitt beschrieben. Die Länder und Kommunen üben besonders im Bereich der akut-stationären Versorgung einen spürbaren Einfluss aus.

Oberstes Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er setzt sich zur Hälfte aus Vertretern der Leistungserbringer, nämlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und zur Hälfte aus Vertretern der Krankenkassen, nämlich dem GKV-Spitzenverband zusammen. Vertreter der Patienten haben ein Teilnahme-, aber kein Stimmrecht.

Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter gesetzlicher Normen. Sie sind für die Krankenkassen, die Leistungserbringer, soweit sie Vertragspartner der GKV sind, sowie für die gesetzlich Versicherten verbindlich. Rechtsaufsicht über den G-BA führt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). So werden alle Richtlinien vor der Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom BMG geprüft und freigegeben.

Die Gemeinsame Selbstverwaltung agiert als Bindeglied zwischen staatlicher Ebene und Verbandsebene. Die in Pflichtverbänden organisierten Krankenkassen und Leistungserbringer verhandeln hier die Details zu Leistungsmengen und Vergütung in der entsprechenden KV-Region (ambulant-ärztlich) bzw. Bundesland (akut-stationär).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind Körperschaften öffentlichen Rechts und agieren als staatlich gewollte und hierarchisch gegliederte Monopolverbände. Durch die Mitgliedschaft in der KV sind Vertragsärzte zur Behandlung von gesetzlich Versicherten verpflichtet. Die KVen haben die Versorgung nach §75 SGB V sicherzustellen. Diese hat nach §72 Abs. 2 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen und sich am anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu orientieren. Im Gegenzug erhalten die KVen von den Landesverbänden der Krankenkassen die sogenannte Gesamtvergütung (§85 SGB V). Die Kollektivverträge sind für alle Vertragsärzte, Krankenkassen und damit auch deren Versicherte bindend.

Für den akut-stationären Bereich wird für jedes Bundesland zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft, welche ein freiwilliger Verband ist, prospektiv der Landesbasisfallwert für das folgende Jahr verhandelt. Der ausgehandelte Landesbasisfallwert muss dann von den zuständigen Landesbehörden für alle Plankrankenhäuser für verbindlich erklärt werden. Die Multiplikation des Landesbasisfallwerts mit den im DRG-Katalog festgelegten Bewertungsrelationen für die abgebildeten diagnosebezogenen Fallgruppen ergibt die Entgelte für die Behandlungsleistungen eines Krankenhauses. Zudem wird zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den einzelnen Plankrankenhäusern eine

jährliche, krankenhausindividuelle Leistungsmenge vereinbart, die in Form von Casemix-Punkten vorgegeben wird.

Selektive Verträge enthalten vom Standard der Kollektivverträge abweichende Regelungen in Bezug auf Qualität, Umfang der Versorgung sowie die Vergütung der erbrachten Leistungen. Sie sind freiwillige Vereinbarungen, die nur für die jeweiligen Vertragspartner gelten. Hierbei ist es Leistungserbringern möglich, einzelnen Krankenkassen besondere Versorgungsformen anzubieten, welche die Wirtschaftlichkeit der Krankenkasse verbessern oder der Krankenkasse einen Wettbewerbsvorteil bei der Gewinnung von neuen Versicherten bieten.

Auf der Individualebene des Vertragsmarktes agieren die einzelnen Krankenkassen, Leistungserbringer sowie die Versicherten beziehungsweise Patienten. Die Versicherten stehen in einer öffentlich-rechtlichen Beziehung zu der jeweiligen Krankenkasse. Kassenpatienten und Leistungserbringer stehen in keinem direkten Rechtsverhältnis zueinander. Der einzelne Leistungserbringer ist über Kollektiv- und Selektivverträge verpflichtet, die gesetzlich versicherten Patienten zu behandeln. Für Privatversicherte gelten abweichende Regelungen.

Der derzeitige Schwerpunkt im Vertragsmarkt liegt auf der kollektivvertraglichen Versorgung der gesetzlich Versicherten (vgl. Abbildung 4). Durch den staatlichen Zwang auf die Krankenkassen, Hausarztverträge für die Versicherten anzubieten und diese mit den Leistungserbringern selektivvertraglich zu regeln, konnten sich Direktverträge zwischen Krankenkassen und Verbänden von Leistungserbringern bundesweit etablieren. Doch gibt es weder für Ärzte noch für Versicherte eine Pflicht zur Teilnahme.

5.2 Entwicklung konkreter wettbewerblicher Reformschritte

Zukünftig ist eine Neuordnung des Vertragsmarktes vorzunehmen. Kollektivvertragliche Regelungen sollten vor allem die Rahmenbedingungen für dringliche Leistungen (Notfälle, etc.) sowie die generelle Sicherstellung der Versorgung festlegen. Patienten kann nicht zugemutet werden, in Notfällen eine informierte Entscheidung über die Wahl der Arztpraxis oder des Krankenhauses zu treffen. Zudem liegen die Schwerpunkte der Entscheidungsfindung bei akuten Fällen anders als bei geplanten Leistungen.

Dagegen sollten planbare Krankenhausleistungen – soweit möglich – selektiv geregelt werden. Selektivverträge der Krankenkassen können unterschiedlich ausgestaltet sein, so dass sich diese im Wettbewerb um Versicherte zwischen den Krankenkassen zu entscheidenden Faktoren entwickeln können. Das KHSG öffnet hier den Krankenkassen neue Handlungsspielräume.

Da bei Selektivverträgen Gruppen oder Verbände der Leistungserbringer und einzelne, teilweise marktmächtige Krankenkassen aufeinandertreffen, muss hier das Wettbewerbsrecht Anwendung finden. Die Inanspruchnahme der Selektivverträge der Krankenkassen ist für die Versicherten grundsätzlich freiwillig. Doch können von den Krankenversicherungen spezielle Wahltarife angeboten werden, die die Arztwahl auf die

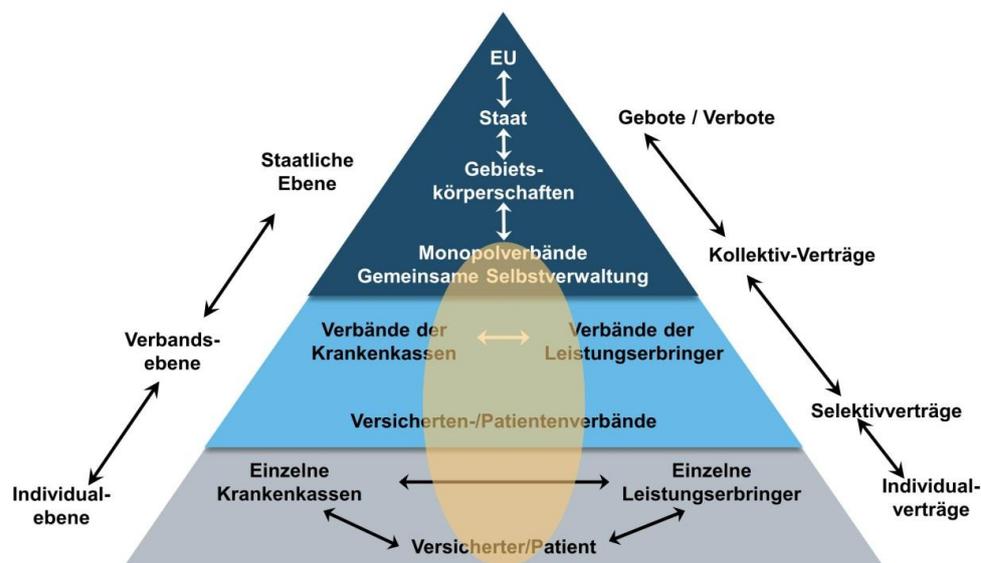
Selektivvertragspartner begrenzen, dafür aber andere Vorteile wie beispielsweise strukturierte Behandlungsabläufe bieten.

Wichtig ist es, die Versicherten- und Patientenmitwirkung auf der Individualebene zu stärken. Die Steuerung der Versicherten und Patienten wird derzeit nach dem Top-Down-Prinzip durchgeführt. Dass dies nicht immer zum Wohle der Patientenversorgung geschieht, wurde bereits deutlich gemacht. Auf Individualebene interagiert der Versicherte / Patient mit der jeweiligen Krankenkasse und dem jeweiligen Arzt. Eine direkte Vertragspartnerschaft zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten ist für gesetzlich Versicherte bisher nur über einen Wahltarif mit Kostenerstattung möglich, was von den Versicherten nur zögerlich genutzt wird.

Dadurch soll sich der Schwerpunkt des Vertragsmarktes von den Kollektivverträgen in Richtung Individualverträge verlagern. Die kollektivvertraglichen Regelungen werden durch Selektiv- und Individualverträge substituiert. Leitprinzip für die Verlagerung des Schwerpunktes ist das Subsidiaritätsprinzip. Es besagt, dass nur diejenigen Entscheidungen und Verantwortlichkeiten von Individuen abgezogen und an höhere Instanzen weitergegeben werden sollen, die nicht von den Individuen selbst geleistet werden können oder gewollt werden. In der Gesundheitsversorgung sind die Individuen unterschiedlich kompetent, weswegen Vertragsoptionen angeboten werden sollten. Dies wird durch die Ellipse in Abbildung 5 veranschaulicht.

Abbildung 5

Neugewichtung der Steuerungsverantwortung nach dem Subsidiaritätsprinzip



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik

5.2.1 Kurzfristige Neuausrichtung

Kurzfristig ist die direkte Patientenmitwirkung bei der Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Patienten sollen aktiv am Entscheidungsprozess für die beste Versorgung teilnehmen können und in die Verbesserung der Versorgung und deren Kosten eingebunden werden. Dies kann durch den vermehrten Einsatz von Individualverträgen erreicht werden.

Die Steuerung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe der Versicherten und Patienten auf der Individualebene hat den Vorteil, dass Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit von den Betroffenen direkt bewertet werden. Die Patienten erhalten durch Informationen zu Leistungsangebot, Qualität und Preisen der Leistungserbringer, die von unabhängigen Stellen im Internet zu veröffentlichten sind, die Basis zur Entscheidungsfindung, welchen Leistungserbringer sie aufsuchen wollen. Die Steuerung der medizinischen Versorgung nach dem Bottom-Up-Prinzip erhält durch die 70 Millionen GKV-Versicherten eine breite Legitimation.

Zudem bietet sich die Möglichkeit, die Versicherten direkt in versorgungspolitische Entscheidungen einzubinden. Dies betrifft beispielsweise die aktive Einforderung von Präventionsangeboten von Krankenkassen durch die Versicherten, aber auch die Finanzierung von Versorgungseinrichtungen. Viele Krankenhäuser in ländlichen Bereichen haben Schwierigkeiten, sich zu finanzieren. Vielen droht eine Schließung. Die Möglichkeit, die Preise ihrer Leistungen anzuheben, besteht jedoch bisher nicht. Dieses Dilemma könnte durch eine Stärkung der Patientenmitwirkung gelöst werden. Krankenhäuser ist bei akuten Defizitproblemen ein Aufschlag auf den Landesbasisfallwert zu erlauben (vgl. Abschnitt 4.4.2), der von den Patienten zu tragen ist. So könnten viele kommunale Krankenhäuser dann erhalten werden, wenn die Patienten den Aufpreis akzeptieren. Die Patienten ihrerseits könnten sich durch eine Zusatzversicherung gegen die finanzielle Belastung absichern.

5.2.2 Mittelfristige Neuausrichtung

Um Versorgungsleistungen aus dem Kollektivvertrag verstärkt in den Selektivvertrag zu verlagern, ist zu diskutieren, wie Teile des Leistungskatalogs optional über Selektivverträge geregelt werden können. Dies würde sich vor allem bei planbaren Leistungen anbieten, bei denen der Patient durch die vorgegebene Wartezeit, der Standardisierung vieler Leistungen (z. B. Hüftoperationen) sowie die eigene Mobilitätsbereitschaft auch alternative Arztpraxen oder Krankenhäuser für den Eingriff aufzusuchen, eine überlegte Entscheidung treffen kann.

Die Einführung von persönlichen Budgets sollte ebenfalls erprobt werden. Jeder Versicherte erhält ein Guthaben für die medizinische Versorgung während des Jahres. Die Finanzierung erfolgt durch eine finanzielle Rückstellung, die den durchschnittlichen Kosten der letzten drei Jahre entspricht. So könnten gerade chronisch Erkrankte an einer wirtschaftlichen Versorgung mitwirken. Besteht am Ende des Jahres noch ein Restguthaben, erhält der Versicherte dieses komplett oder anteilig ausbezahlt. Dies

schaftt einen Anreiz für einen bedarfsgerechten Umgang mit den Beiträgen seiner Versicherung.

Sowohl die Weiterentwicklung der Patientenmitwirkung durch den verstärkten Einsatz von Individualverträgen als auch die Verlagerung der elektiven Leistungen in den Selektivvertragsmarkt führen zu einer Reduktion des Umfangs der kollektivvertraglichen und damit staatlich regulierten Versorgung (vgl. Abbildung 5) und erweitern im Gegenzug die Mitverantwortung und Mitwirkung von Versicherten und Patienten.

6 Fazit

Zusammenfassung und Ausblick

Das Gesundheitssystem bedarf angesichts der bestehenden und zukünftigen Herausforderungen einer Neuausrichtung in allen drei Teilmärkten: Finanzierungs-, Leistungs- und Vertragsmarkt. Um diese notwendigen Reformen nachhaltig zu gestalten, sind sie an den bewährten Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft auszurichten: Die SMW stellt durch nachhaltigen Wettbewerb eine effiziente Leistungserstellung sicher. Das Sozialprinzip verpflichtet den Staat jeden Versicherten Zugang zur Versorgung zu gewähren.

Für den Finanzierungsmarkt beschreibt das Konzept des *Regionalen Gesundheits-Kombis* (RGK) eine zukunftsfähige Ausrichtung: Eine kassenspezifische, regionalisierte Gesundheitsprämie erweitert die unternehmerischen Gestaltungsräume der Krankenkassen. Der steuerfinanzierte Sozialausgleich erfolgt zielgenauer. Die Reduktion und Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds stärken den Krankenkassenwettbewerb. Darüber hinaus sollten die Krankenkassen privatrechtlich organisiert und steuerfinanzierte Gesundheitssparkonten für Kinder einrichten, sowie eine zielgerichtete Weiterentwicklung der PKV erfolgen.

Die wichtigsten Werkzeuge für eine an den Prinzipien der SMW ausgerichtete Neuordnung der Leistungsmärkte sind flexibilisierte Preise für die Leistungsersteller und mittelfristig eine konsequente prozentuale Kostenbeteiligung der Patienten bei verbesserter Preis-Leistungs-Transparenz auf den Leistungsmärkten. In diesem Rahmen ist die Patientenmitwirkung zu stärken. Wenn eine direkte Mitsteuerung von den Versicherten und Patienten selbst ausgeht, ist eine patientengerechte, effiziente Gesundheitsversorgung zielgenauer zu erreichen.

Auf dem Vertragsmarkt dominieren mittelbare und unmittelbare staatliche Vorgaben nach dem Top-Down-Prinzip. Diese politikgeleitete medizinische Versorgung der GKV-Patienten kann durch punktuelle Reformen innerhalb des bestehenden Regulierungssystems nur begrenzt verbessert werden. Daher sollte die Patientenmitwirkung durch den vermehrten Einsatz von Individual- und Selektivverträgen gestärkt werden. Gemäß Subsidiaritätsprinzip ist die Steuerungsverantwortung bottom-up zu gestalten. Das heißt aber: Individualverträge haben Vorrang vor Selektivverträgen, diese wiederum gehen Kollektivverträgen vor. Schließlich muss auch die Gemeinsame Selbstverwaltung, wo immer möglich, staatliche Vorschriften ersetzen oder zumindest umsetzen.

Im Rahmen eines auf die SMW ausgerichteten Gesundheitswesens bildet der Sozialausgleich einen elementaren Bestandteil. Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist dieser über Steuern zu finanzieren. Die Gewährung von Leistungen des Sozialausgleichs ist dann an den gesamten Einkünften eines Privathaushalts zu bemessen. Damit kann gewährleistet werden, dass sich alle Versicherten bei der Wahl des Versicherungs-

schutzes sowie bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Position eines Nachfragers als souverän – soweit als möglich – nähern.

Durch die Umsetzung der vorgeschlagenen Schritte zur Neuausrichtung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems lässt sich ein Teil des unstrittig vorhandenen Effizienzpotentials heben. Eine höhere Effizienz der Gesundheitsversorgung führt zu einer verbesserten Versorgungsqualität und einer höheren Versorgungswirtschaftlichkeit.

Durch die Neuausrichtung des Finanzierungsmarktes nach dem RGK, insbesondere durch die breitere und gerechtere Beitragserhebung, ist eine Reduktion der Beiträge um rund einen Prozentpunkt respektive eine Absenkung der monatlichen Gesundheitsprämie um 15 bis 20 Euro möglich. Weiterhin ist davon auszugehen, dass durch die Umsetzung der Vorschläge zur Neuausrichtung der ambulant-vertragsärztlichen, der akut-stationären Versorgung, des Arzneimittelbereichs sowie des Verwaltungsapparats der GKV mittelfristig ein Effizienzpotential von zehn Prozent der jährlichen GKV-Ausgaben ausgeschöpft werden kann. Das entspricht einem geschätzten Volumen für das Jahr 2016 von etwa 22 Milliarden Euro.

Das Effizienzpotential, das durch die Neuausrichtung der drei Teilmärkte über mehrere Jahre vollständig mobilisiert werden kann, schlägt sich vor allem in einer Dämpfung des Ausgabenanstiegs nieder. Dies führt sowohl zu Entlastungen der Beitragszahler als auch zu einer besseren Versorgung der Patienten, welche Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen.

Ansprechpartner

Franz Niedermaier

Abteilung Sozial- und Gesellschaftspolitik

Telefon 089-551 78-224

Telefax 089-551 78-91-224

Franz.niedermaier@vbw-bayern.de

Impressum

Alle Angaben dieser Publikation beziehen sich grundsätzlich sowohl auf die weibliche als auch auf die männliche Form. Zur besseren Lesbarkeit wurde meist auf die zusätzliche Bezeichnung in weiblicher Form verzichtet.

Herausgeber:

vbw

Vereinigung der Bayerischen
Wirtschaft e. V.

Max-Joseph-Straße 5
80333 München

www.vbw-bayern.de

© vbw April 2017

Weiterer Beteiligter:

IfG

Institut für Gesundheits-
ökonomik

Direktor
Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

089-605198

www.ifg-muenchen.com