

# Priorisierung, Rationierung – Erschließung von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen

PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH, UNIVERSITÄT BAYREUTH



**D**as deutsche Gesundheitssystem sieht sich mit schwierigen Herausforderungen konfrontiert: einerseits findet sich in vielen Publikationen der Begriff von der Krise des Gesundheitswesens, andererseits werden Einspar- und Rationalisierungsreserven in Milliardenhöhe erwähnt, die suggerieren, dass das System noch viel Luft besitzt. Auf der Outcome-Seite zeigen Statistiken, dass die Lebenserwartung weiter ansteigt, das gilt allerdings für alle entwickelten Volkswirtschaften. In jüngster Zeit fokussiert die Gesundheitspolitik stärker auf chronisch kranke Menschen, für die spezielle Programme aufgelegt werden. Mit der so genannten personalisierten Medizin könnten eine präzisere Abstimmung der Therapie und eine bessere Kontrolle von Krankheiten mit Hilfe neuer molekularer Erkenntnisse sowie molekular-diagnostischer Tests möglich werden.

## Zum Verhältnis von Reformen der Einnahmen- und Ausgabenseite

In der öffentlichen Diskussion hat sich folgende einfache Metapher von der Unwirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitssystems verfestigt: Man bezahlt einen teuren Sportwagen und fährt lediglich einen lahmen Kleinwagen. Als „Belege“ werden die im internationalen Vergleich hohe Quote der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt (so genannte Gesundheitsquote) einerseits und die nur mittlere Lebenserwartung in Deutschland andererseits gegenübergestellt. Als zentrale Ursache für die Ineffizienzen werden sowohl Unzulänglichkeiten auf der Finanzierungsseite (Fehlen eines nachhaltigen Finanzierungskonzepts) als auch Probleme einer nach wie vor zu stark sektoral ausgerichteten Leistungsseite genannt (insbesondere die Vernachlässigung von Vernetzung und Integration).

Eine stärker effizienzorientierte Modernisierung bzw. Ausrichtung des Gesundheitswesens bleibt somit eine Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik, um Qualität und Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen auch langfristig sicherzustellen. Bisher fehlt insbesondere eine solidarische Wettbewerbsordnung für die Krankenversicherung, durch die alle beteiligten Akteure wie Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte zukünftig mehr Anreize erhalten, sich so zu verhalten, dass Qualitäts- und Leistungsziele des Gesundheitssystems erreicht werden können.

Auch wenn gegenwärtig der Fokus der Diskussion auf der Finanzierungsseite liegt, gilt es zu beachten, dass zwischen den Reformen auf der Finanzierungs- und der Leistungsseite Wechselwirkungen bestehen. Das Ziel, die Einnahmehasis nachhaltig zu reformieren, darf nicht da-

zu führen, dass der Reformdruck auf der Ausgabenseite verringert wird und Finanzierungsmittel in ineffiziente Leistungsstrukturen fließen. Die Beseitigung bestehender Ineffizienzen bzw. die Ausschöpfung existierender Einsparpotentiale sollten idealiter einem Einsatz zusätzlicher finanzieller Mittel im Gesundheitsbereich vorausgehen, zumindest aber sollten sie eine Finanzierungsreform begleiten. Aus dieser Sichtweise kann es in der gesundheitspolitischen Diskussion nur darum gehen, zunächst solche Einsparmöglichkeiten zu nutzen, die aus Ineffizienzen resultieren und damit ohne Einbußen in der Versorgungsqualität realisierbar sind, bevor zusätzliches Geld in das beitragsfinanzierte Gesundheitssystem fließt oder Leistungsansprüche gekürzt werden.

### **Fragen zu Rationalisierungsreserven**

Überlegungen zu möglichen Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen setzen dabei insbesondere an folgenden Fragen an:

- Gibt es wissenschaftliche und empirische Belege über das Vorliegen und die Höhe von Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem?
- Sind tatsächlich Einsparungen ohne Qualitätsverluste möglich?
- Wo im Gesundheitssystem sind diese potenziellen Ineffizienzen zu lokalisieren? Welche Größenordnungen finden sich für diese Ineffizienzen?

Die Standardreferenz für Ineffizienzen bzw. Rationalisierungsreserven im deutschen Versorgungssystem bildet das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr

2000/2001 zum Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Der Sachverständigenrat befragte 300 wissenschaftliche Organisationen, Körperschaften und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens und kam in seiner Expertise zu dem Ergebnis, dass bezogen auf das gesamte deutsche Gesundheitssystem Einsparpotenziale in der Größenordnung zwischen 10 und 40 Milliarden Euro vorliegen.

Nur für Teilbereiche des Gesundheitssystems existieren genauere und methodisch stärker unterfütterte Angaben zu Effizienzreserven. Hierzu zählt der Bereich der Arzneimittelverordnungen. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) kommt in seinem jährlichen Arzneiverordnungsreport (AVR) zu Einsparpotentialen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von mindestens drei Milliarden Euro und empfiehlt, diese insbesondere durch einen verstärkten Einsatz preisgünstiger Generika bzw. durch den Verzicht auf umstrittene Arzneimittel zu realisieren.

Auf Seiten der gesundheitsökonomischen Theorie finden sich in der Literatur vor allem folgende Gründe für bestehende Ineffizienzen im Gesundheitswesen:

- Gesundheitsleistungen sind hochkomplexe Dienstleistungen, deren Qualität sich nicht einfach feststellen lässt. Des Weiteren sind Gesundheitsleistungen Erfahrungs- oder Vertrauensgüter. In der ökonomischen Haushaltstheorie werden damit Güter bezeichnet, deren Qualität selbst nach dem Kauf durch einen Haushalt nicht sicher festgestellt werden kann. Medikamente oder ärztliche Therapien sind hierfür Beispiele.
- Das Leistungsangebot und die Nachfrageentscheidungen entsprechen nicht immer den tatsächlichen Be-

dürfnissen und Präferenzen der Versicherten/Patienten.

- Die Effizienz auf den Märkten für Gesundheitsleistungen wird beeinträchtigt durch die vorherrschende asymmetrische Informationsverteilung, die zu einem Moral Hazard-Verhalten des Versicherten und zu adverse Selektions-Problemen auf dem Versicherungsmarkt führen.
- Die These der anbieterinduzierten Nachfrage setzt an Prinzipal-Agenten-Problemen zwischen Leistungserbringern und Patienten an und betont den diskretionären Handlungsspielraum, den der Arzt besitzt und den er überwiegend zur Erreichung eigener Einkommensziele nutzt, um mehr Leistungen abzurechnen als medizinisch unbedingt erforderlich wären.

In diesem Kontext wird auch immer wieder diskutiert, wie stark ein umfangreicher Versicherungsschutz zur Ressourcenverschwendung beiträgt. Bereits 1968 kam der amerikanische Gesundheitsökonom Mark Pauly zu dem Ergebnis, dass Vollversicherungssysteme die Menschen dazu verleiten, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen. Da die einzelnen Versicherten die Gegenleistungen für ihre Steuer- oder Beitragszahlungen nicht abschätzen können und ihre Beiträge unabhängig von der individuellen Leistungsanspruchnahme sind, ist ein Versicherter bestrebt, so viele Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen. Ein solches Verhalten ist aus ökonomischer Perspektive allerdings nicht unmoralisch, sondern rational, da der Versicherte sich ökonomisch vernünftig verhält, wenn er zusätzliche Leistungen in Anspruch nimmt, die ihm keine Zusatzkosten verursachen.

Zur Gegensteuerung müssen die Anreize für die Versicherten angepasst werden, etwa durch bestimmte Formen von Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Internationale Studien zeigen, dass dabei darauf zu achten ist, dass mehr Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung die medizinisch erforderlichen Arztkontakte nicht verzögern oder behindern, wodurch der gesamte Behandlungsaufwand auch vergrößert werden kann. Desweiteren muss für eine mögliche Risikoselektion kontrolliert werden, d.h. es sollte verhindert werden, dass sich vor allem einkommensstarke Gesunde in günstige Selbstbehaltstarife einschreiben.

Da jeder Volkswirtschaft Ressourcen aber nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen, bedarf es Entscheidungen über die Aufteilung dieser Mittel. Das ökonomische Prinzip beinhaltet die fundamentale Annahme,

dass die Wirtschaftssubjekte die eingesetzten Mittel und das Ergebnis miteinander bewerten. Sie treffen entsprechend ihren persönlichen Präferenzen optimale Entscheidungen (Nutzenmaximierung bei Haushalten, Gewinnmaximierung, Umsatzsteigerung oder Vergrößerung der Marktanteile bei Unternehmen). Das ökonomische Prinzip zielt daher darauf ab, mit den gegebenen Ressourcen (Inputs) ein Höchstmaß an gesellschaftlicher Wohlfahrt (Outcome) zu erzielen (Maximalprinzip). Unter dieser Prämisse hängt die Leistungsfähigkeit eines Wirtschaftssektors konkret davon ab, wie diese Outcome-Input-Relation ausfällt. Dabei gilt es zu beachten, dass die Wohlfahrtsmessung selbst üblicherweise nur anhand von Indikatoren erfolgen kann. Im Gesundheitswesen gelten Lebenserwartung und Lebensqualität als geeignete Outcome-, die Gesundheitsausgaben als Input-Indikatoren. Während es sich bei der Lebenserwartung und den Gesundheitsausgaben um objektiv-messbare Indikatoren handelt, kann die Erfassung der Lebensqualität nicht auf die Erhebung individueller Wahrnehmungen und Beurteilungen verzichten. Abgrenzungs- und Messprobleme erschweren eine valide Erfassung der Lebensqualität – weshalb internationale Vergleiche meist die Lebenserwartung als alleinigen Outcome-Indikator heranziehen.

Die Beurteilung der Angemessenheit des Verhältnisses von Ressourceneinsatz und Leistungsergebnis erfordert somit einen Referenzmaßstab. Relative Vergleichsgrößen ergeben sich im Allgemeinen durch internationale oder intertemporale Vergleiche. Internationale Vergleiche, die sich zwar nach wie vor der Gefahr aussetzen, dass sie Äpfel mit Birnen vergleichen, liefern dennoch in vielen Fällen Hinweise auf vorhandene Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems und damit auch auf vorhandene Rationalisierungsreserven.

Im Folgenden geht es daher zunächst darum, im Sinne einer deskriptiven Analyse einige Korrelationen zwischen den Gesundheitsaufwendungen und den Ergebnissen im internationalen Vergleich aufzuzeigen. Sicherlich ist das nicht ausreichend im Sinne einer kausalen Analyse, bei der gegebenen Datenlage aber ein sinnvoller erster Schritt zur Analyse von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitssystem.

Aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit werden die jeweiligen Gesundheitsausgaben entweder als Gesundheitsquoten, d.h. als Anteile am jeweiligen Bruttoinlandsprodukt (BIP), oder als kaufkraftbereinigte Pro-

## Gesundheitsquote und Gesundheitsausgaben Pro-Kopf im internationalen Vergleich (2008)

	Gesundheitsquote		Pro-Kopf-Ausgaben (US-\$-KKP)		Pro-Kopf-BIP (US-\$-KKP)	
1	USA	16,0	USA	7.538	Luxemburg	62.119
2	Frankreich	11,2	Norwegen	5.003	Norwegen	58.596
3	Schweiz	10,7	Schweiz	4.627	USA	47.193
4	Österreich	10,5	Luxemburg	4.210	Irland	43.381
5	<b>Deutschland</b>	<b>10,5</b>	Kanada	4.079	Schweiz	43.131
6	Kanada	10,4	Niederlande	4.063	Niederlande	41.189
7	Belgien	10,2	Österreich	3.970	Australien	39.439
8	Niederlande	9,9	Irland	3.793	Kanada	39.288
9	Portugal	9,9	<b>Deutschland</b>	<b>3.737</b>	Österreich	37.873
10	Neuseeland	9,8	Frankreich	3.696	Island	36.994
11	Dänemark	9,7	Belgien	3.677	Schweden	36.946
12	Griechenland	9,7	Dänemark	3.540	Dänemark	36.828
13	Schweden	9,4	Schweden	3.470	Großbritannien	36.128
14	Island	9,1	Island	3.359	Belgien	35.930
15	Italien	9,1	Australien	3.353	Finnland	35.853
16	Spanien	9,0	Großbritannien	3.129	<b>Deutschland</b>	<b>35.436</b>
17	Irland	8,7	Finnland	3.008	Japan	34.132
18	Großbritannien	8,7	Spanien	2.902	Frankreich	33.134
19	Australien	8,5	Italien	2.870	Spanien	32.366
20	Norwegen	8,5	Japan	2.729	Italien	31.709
21	Finnland	8,4	Griechenland	2.687	Griechenland	28.946
22	Japan	8,1	Neuseeland	2.683	Neuseeland	27.245
23	Luxemburg	7,2	Portugal	2.151	Portugal	23.289
24	Türkei	6,0	Türkei	0.767	Türkei	13.270
	<b>OECD-24</b>	<b>9,6</b>		<b>3.543</b>		<b>37.101</b>

Australien, Dänemark, Griechenland, Japan, Türkei: Quote und Ausgaben aus 2007; Luxemburg, Portugal aus 2006.  
Quelle: OECD Health Data 2010.



**Gemessen am Bruttoinlandsprodukt weist Deutschland beim Vergleich der Gesundheitsausgaben zusammen mit Österreich den vierthöchsten Wert auf.**

Kopf-Ausgaben ausgewiesen. Die Gesundheitsquote eines Landes zeigt die relative Position der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Ausgaben für andere Güter und Dienste an.

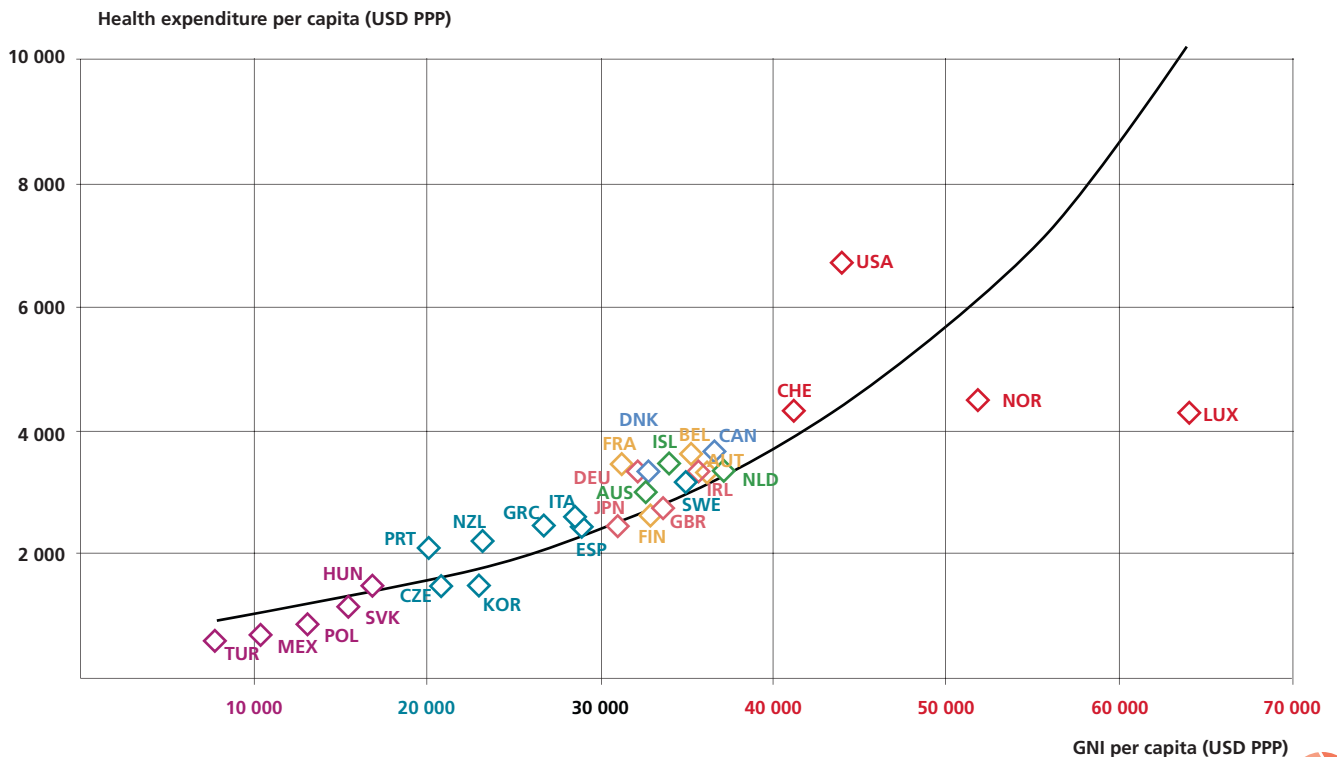
Sie informiert somit implizit über die Wertschätzung eines Landes für Gesundheitsleistungen, denn der Anteil des BIP, der ins Gesundheitswesen fließt, steht nicht mehr für alternative Verwendungen zur Verfügung, weshalb eine hohe Gesundheitsquote eine hohe Wertschätzung eines Landes bzw. seiner Bürger hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ausdrückt. Bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben handelt es um monetäre Input-Indikatoren auf individueller Ebene: Sie informieren über die absoluten monetären Ressourcen, die pro Bürger in das Gesundheitswesen fließen.

### Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsausgaben sind in Deutschland vergleichsweise hoch (vgl. Tabelle S.17). Gemessen am BIP geben nur die USA, Frankreich und die Schweiz mehr Geld für Gesundheit aus. Auch die Gesundheitsausgaben Pro-Kopf liegen kaufkraftbereinigt über dem OECD-Durchschnitt. Für diese Entwicklung zeichnet sich auch die Wiedervereinigung verantwortlich, da sich die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den neuen Bundesländern schneller an das westdeutsche Niveau annäherten als das Pro-Kopf-BIP.

Da kein anderes OECD-Land vergleichbaren exogenen Einflussfaktoren unterlag, erscheint es in einer vergleichenden Betrachtung angemessen, die deutsche Gesundheitsquote um Wiedervereinigungseffekte zu bereinigen. Bereits bei einer Bereinigung der Gesundheitsquote um

## Gesundheitsausgaben Pro-Kopf und Bruttonationaleinkommen Pro-Kopf (2006)



Quelle: OECD (2009b), *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Paris, S. 26.



**Misst man den Zusammenhang zwischen den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und dem Bruttonationaleinkommen pro Kopf, so liegt Deutschland unter den OECD-Ländern im Mittelfeld.**

einen Prozentpunkt rutscht Deutschland im internationalen Vergleich auf den achten Platz.

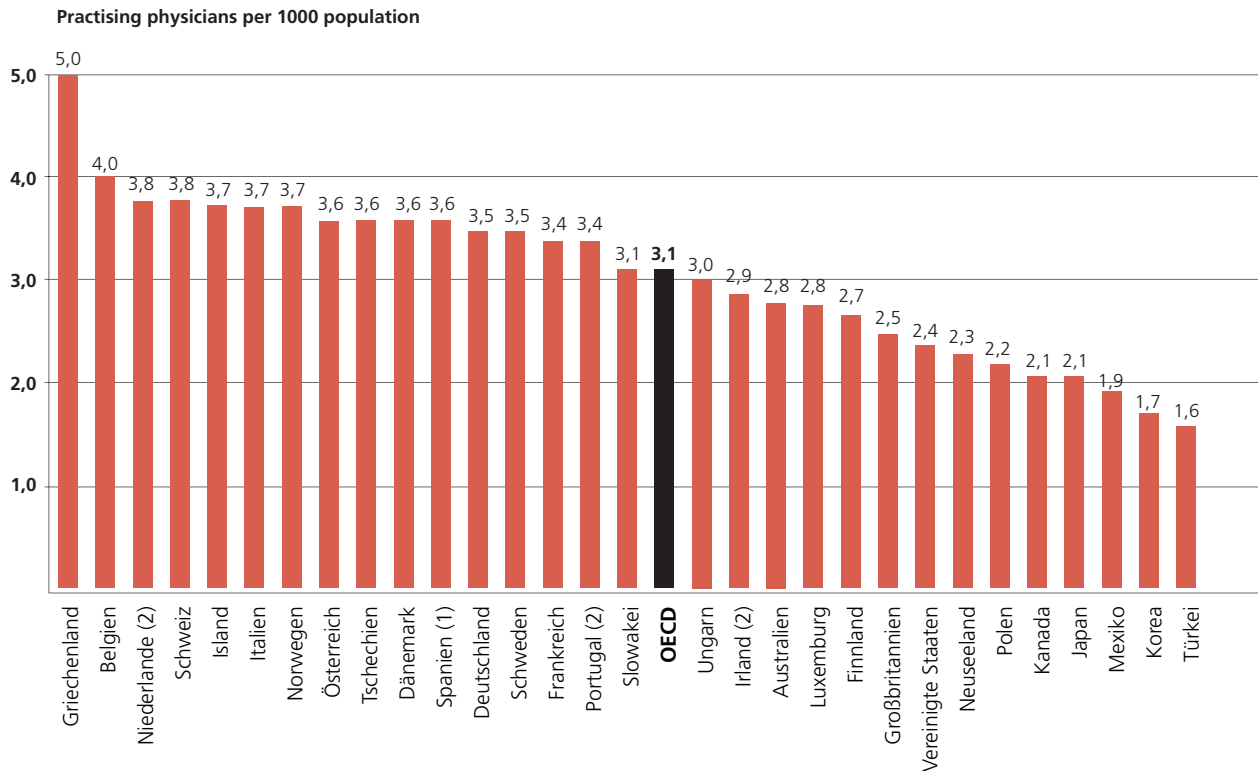
Zielt ein internationaler Vergleich auf eine Gegenüberstellung der ins Gesundheitswesen geflossenen Mittel und den mit ihnen erzielten Ergebnissen (hier: Lebenserwartung), bietet sich ein Rückgriff auf kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben an. Da die Lebenserwartung über das Ergebnis auf individueller Ebene informiert, besitzt ein Input-Indikator, der ebenfalls auf individueller Ebene angesiedelt ist (Pro-Kopf-Ausgaben), eine höhere Aussagefähigkeit. Ein Blick auf die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zeigt, dass Deutschland im Jahr 2008 nur den 9. Platz des OECD-Rankings belegt. Während die USA und die Schweiz auch im Hinblick auf die Gesundheitsquote im Jahr 2008 vor Deutschland lagen, wiesen Norwegen, Luxemburg, Kanada, Österreich, Irland und die Niederlande zwar höhere Pro-Kopf-Ausgaben, jedoch niedrigere Gesundheitsquoten als Deutschland auf. Das impliziert, dass diese Länder im Jahr 2008 ein höheres Pro-Kopf-BIP

besaßen. Im Jahre 2008 verzeichnete Deutschland lediglich ein unterdurchschnittliches Pro-Kopf-BIP, mit dem es im OECD-Länder-Vergleich auf die 16. Stelle zurückfiel.

Welche gesundheitlichen Outcomes die jeweiligen Länder mit den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und den mit ihnen finanzierten sächlichen Kapazitäten erzielen, hängt von Effizienz und Effektivität der nationalen Gesundheitsversorgung sowie von exogenen Einflussfaktoren ab, denen die jeweilige Bevölkerung ausgesetzt sind. Länder mit hohen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nehmen deshalb nicht zwangsläufig auch auf der Outcome-Ebene Spitzenpositionen ein. So liegt die USA 2006 bezüglich ihrer Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben an erster, hinsichtlich der Lebenserwartung (bei der Geburt) von Frauen bzw. Männern jedoch jeweils an letzter Stelle von 14 ausgewählten OECD-Ländern.

In den meisten entwickelten Ländern hat der Anteil des Bruttonationaleinkommens, der für Gesundheit aufgewendet wird, in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen.

## Arztdichten im internationalen Vergleich (2006)



Quelle: OECD (2009b), Achieving Better Value for Money in Health Care, Paris, S. 38.



**Kommen im OECD-Durchschnitt 3,1 Ärzte auf 1000 Einwohner, so sind es in Deutschland 3,6.**

Für 24 OECD-Länder, für die vergleichbare Daten vorliegen, stieg die Gesundheitsquote von 6,6 % im Jahr 1980 auf 9,3 % in 2006. Dieser Anteil streut aber beachtlich zwischen den Ländern.

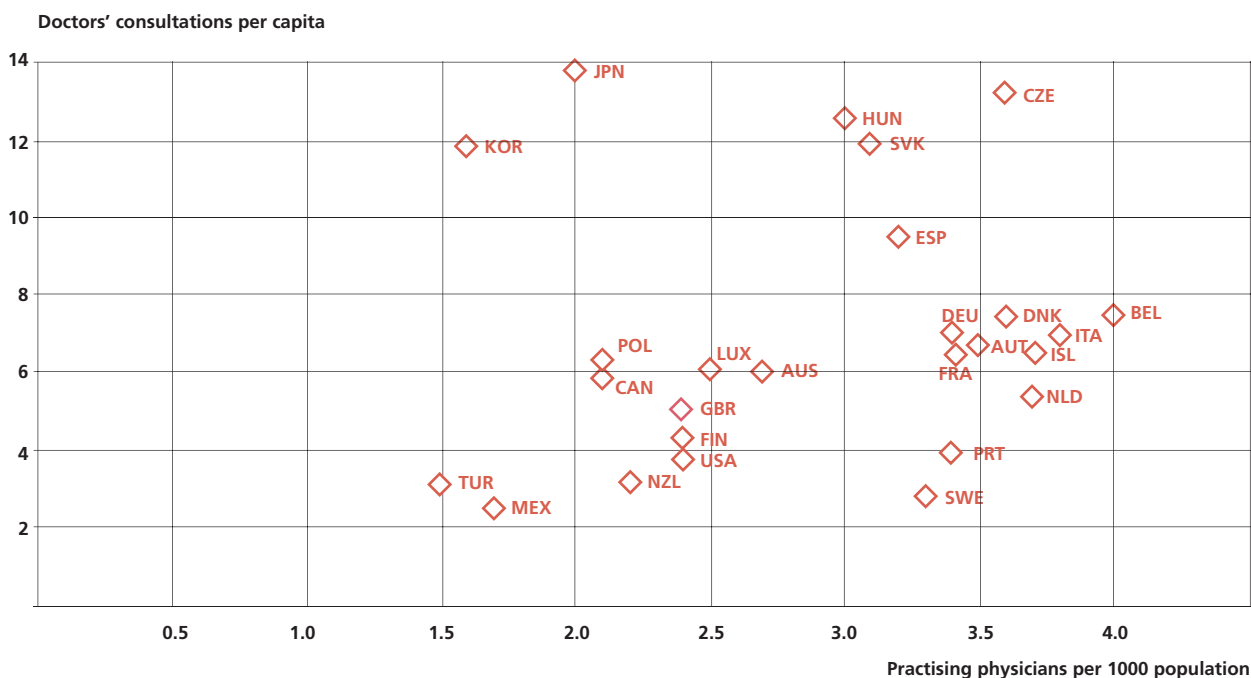
Vor allem die USA gaben seit 1980 das meiste Geld (relativ zum Nationaleinkommen) für Gesundheitsgüter und Dienstleistungen aus. Von 30 untersuchten OECD-Ländern weist die Hälfte der Länder eine Gesundheitsquote oberhalb des OECD-Durchschnitts in Höhe von 8,9 % (2006) auf, wobei 8 Länder sogar bei einer Quote von über 10 % liegen. Die Abbildung S.18 zeigt den Zusammenhang zwischen den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und dem Bruttonationaleinkommen Pro-Kopf in den Ländern der OECD. Die Abbildung zeigt den bekannten positiven Zusammenhang zwischen dem Nationaleinkommen eines Landes und den Gesundheitsausgaben (jeweils Pro-Kopf). Reichere Länder geben mehr Geld für ihre Gesundheitssysteme aus im Vergleich zu ärmeren Ländern. Da wir hier keine Kausalitäten untersuchen, lässt sich die Abbildung aber auch so

interpretieren, dass Investitionen in das Gesundheitssystem auf mittlere bis lange Sicht den Wohlstand von Ländern positiv beeinflussen bzw. ihn unterstützen. Man erkennt aus der Abbildung S.18 aber auch, dass es substantielle Unterschiede in den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gibt für Länder, die über ein vergleichbares Nationaleinkommen verfügen, d.h. nachdem Einkommensunterschiede korrigiert wurden.

Die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte ist in den vergangenen 30 Jahren in allen OECD-Ländern signifikant gestiegen. Diese zunächst absolute Ausweitung der eingesetzten Produktionsfaktoren bedingt ihrerseits einen Anstieg der absoluten Gesundheitsausgaben. Falls das Gesundheitspersonal zudem Nachfrage „schaffen“ oder „induzieren“ kann, fallen die Ausgabeneffekte höher aus. Über das Ausmaß einer künstlichen Nachfrageschaffung gibt es sehr unterschiedliche empirische Ergebnisse. Die vorhandene Evidenzlage zur Existenz einer angebotsinduzierten Nachfrage und zu Doppel- und Mehrfachuntersuchungen ist



## Arztdichte und Häufigkeit von Arztkontakten (Pro-Kopf der Bevölkerung) 2006



Quelle: OECD (2009b), Achieving Better Value for Money in Health Care, Paris, S. 31.



**In Ländern mit vergleichbarer Arztdichte gibt es deutliche Unterschiede bei der Häufigkeit der Arztkontakte von Patienten.**

nach wie vor unzureichend, zeigt aber in der Tendenz auf ein Missverhältnis zur Häufigkeit des Vorwurfs der Unwirtschaftlichkeit. Auf Grundlage empirisch ermittelter Häufigkeiten für wiederholte Röntgenuntersuchungen und CT/MRT-Diagnostik kamen IGES und Rürup zu dem Ergebnis, dass ein Einsparvolumen zwischen 100 und 300 Millionen Euro realisierbar wäre. Diese Kostengröße entspricht einem Anteil in Höhe von etwa 1 % an den Gesamtausgaben der GKV für ärztliche Leistungen bzw. von 0,05 % bis 0,2 % am dem Gesamtausgaben der GKV für alle Leistungen.

Die Abbildung S.19 zeigt die so genannte Arztdichte (praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner) in den OECD-Ländern im Jahr 2006. Die Werte streuen zwischen 5,0 (Griechenland) und 1,6 (Türkei). Der Durchschnitt der betrachteten OECD-Länder liegt bei 3,1 Ärzten je 1.000 Einwohnern.

In Deutschland beläuft sich die Arztdichte auf den Wert 3,6. Interessanterweise scheint es aber keinen einfachen linearen Zusammenhang zwischen der Arztdichte und den jeweiligen Gesundheitsausgaben zu geben. Insbesondere in Ländern, die eine hohe Gesundheitsquote aufweisen (Japan, Kanada, USA), findet sich lediglich eine

unterdurchschnittliche Kennziffer für die Arztdichte. In den USA beläuft sich die Arztdichte auf 2,4, in Kanada und in Japan auf 2,1. Viele weitere Faktoren determinieren somit die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, etwa Zulassungsbeschränkungen beim Medizinstudium, die Vergütung ärztlicher Leistungen, die Organisationsform des ambulanten Bereichs, gesetzliche Eingriffe, regionale Charakteristika etc.

Die Abbildung S.20 konfrontiert die Arztdichte mit der Häufigkeit von Arztkontakten in den Ländern der OECD. Sicherlich erkennt man eine schwache Korrelation zwischen der Arztdichte und der Zahl der Kontakte. Interessanterweise bestehen aber signifikante Unterschiede bei der Zahl an Arztkontakten auch in Ländern mit vergleichbarer Arztdichte. Japan und Korea weisen niedrige Arztdichten aber hohe Kontaktzahlen auf. In Ungarn, Tschechien und der Slowakei finden sich vergleichbare Kontaktzahlen, allerdings bei vergleichsweise hoher Ärztedichte.

Mögliche Ursachen für diese Unterschiede können kultureller oder organisatorischer Natur sein, etwa Zeitunterschiede für die Behandlung von Patienten oder Unterschiede bei der Einbindung der Ärzte in administrative

Aufgaben. Immerhin zeigen diese Ergebnisse, dass Unterschiede in der Verfügbarkeit von niedergelassenen Ärzten nicht notwendigerweise den Zugang zur medizinischen Versorgung beschränken.

Auch im stationären Sektor zeigen sich im internationalen Vergleich interessante Unterschiede. Nach einer explorativen Studie in zehn OECD-Ländern für sieben ausgewählte Krankheitsgruppen bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Stückkosten („unit costs“ approximiert anhand der DRGs). Die Abbildung S.21 zeigt das Kostensenkungspotenzial für die ausgewählten sieben Eingriffe als Abweichung von den durchschnittlichen Stückkosten. Falls man als Benchmark jeweils die niedrigsten Stückkosten in einem Land wählt, besteht in den ausgewählten Ländern ein Kostensenkungspotenzial in zwischen 5 % und 48 % bei den sieben Eingriffen.

Auch wenn der Vergleich auf die homogenere Gruppe der nordischen Länder beschränkt bleibt, bestehen immer noch Kostensenkungspotenziale bis zu 44 %. Wenn man diese Überlegungen auf die Situation zwischen Krankenhäusern innerhalb eines Landes überträgt, besteht auch hier sicherlich Spielraum für Effizienzsteigerungen, die man neben dem Rationalisierungsdruck, der von Fallpauschalen ausgeht, auch über einen verstärkten Wettbewerbsdruck durch Selektivverträge umsetzen könnte, d.h. durch ein System mit stärker krankenhausespezifischen Preisen zumindest für Elektivleistungen.

Allerdings sollte man mit Blick auf Deutschland hinzufügen, dass die Daten aus dem Jahr 2006 in Deutschland noch die Konvergenzphase der Einführung des DRG-Systems betreffen und damit in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind. Mit dem DRG-System, das im Jahr 2003 erstmals auf freiwilliger Basis von den Krankenhäusern angewendet werden konnte, wurden die Weichen auf ein dezidiert wettbewerbliches System der Vergütung stationärer Leistungen gestellt. Der Leistungswettbewerb ist ein originärer Bestandteil des DRG-Systems. Er basiert auf dem so genannten Yardstick-Competition, der als Maßstab für die Höhe der Vergütung unabhängig von den Kosten des einzelnen Anbieters dient. Dieser Maßstab orientiert sich an der Höhe der durchschnittlich anfallenden Kosten aller erfassten Krankenhäuser. Damit hängt der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses von seinen Kosten- und Leistungsstrukturen in Relation zu den anderen Leistungserbringern ab. Mit diesem Maßstab werden Anreize zu einer Steigerung der Effizienz gesetzt: Wenn die Kosten eines

Krankenhauses unterhalb der Durchschnittskosten liegen, wird ein Überschuss erwirtschaftet, im umgekehrten Fall entsteht ein Verlust, der durch den Krankenhausträger in irgendeiner Form ausgeglichen werden muss.

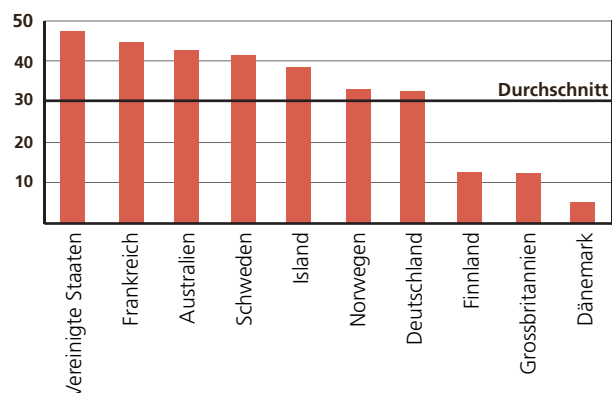
Erfolgt dies nicht, drohen langfristig Schließung oder Übernahme des Krankenhauses. Für die Krankenhäuser bestehen bei der Umsetzung des Selektivvertragssystems aber auch Risiken. Neben zusätzlichen Kosten infolge ihrer Teilnahme an den Leistungsausschreibungen der Krankenkassen ist dabei insbesondere auf die zusätzlich entstehenden Kosten für die Koordination der kassenindividuellen Einzelverträge hinzuweisen, die angesichts von über 1.000 DRGs und derzeit rund 160 Krankenkassen sowie vermutlich unterschiedlichen Laufzeiten der Verträge nicht zu vernachlässigen sind.

Schließt ein Krankenhaus dagegen zu wenige Selektivverträge ab, werden einzelne Abteilungen bzw. Leistungen kaum noch wirtschaftlich zu führen oder zu erstellen sein, womit Investitionsrisiken einhergehen. Das genaue Neben- und Miteinander des DRG-Systems mit dem System der Selektivverträge erfordert daher ein sorgfältiges Abwägen.

Bei den Ausgaben für Arzneimittel haben sich in den vergangenen Jahren in den Ländern der OECD Ausgabenzuwächse ergeben, die sich, zumindest partiell, auf die Diffusion neuer Medikamente und den demografischen

### Kostensenkungspotenziale bei sieben ausgewählten stationären Eingriffen (2006)

Potential for reduction in unit costs (%)



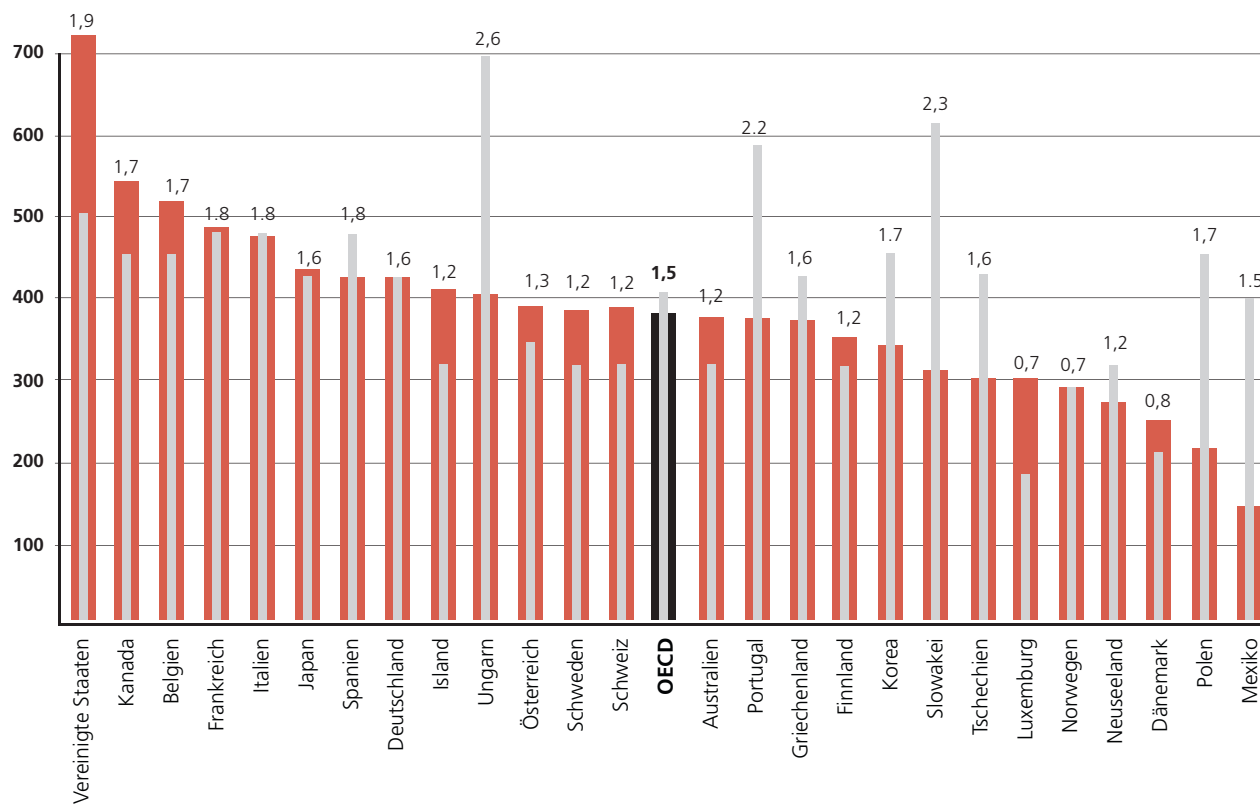
Quelle: Quelle: Erlandsen, E. (2007), Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance, OECD Economic Department, Working Paper No. 555, Paris, S.10.



**Die Möglichkeit, Kosten bei bestimmten Eingriffen zu senken, fallen je nach Land sehr unterschiedlich aus.**



## Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel und Arzneimittelausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt



1. Nur verschreibungspflichtige Medikamente. 2. 2004. 3. 2004/05.  
 Quelle: OECD (2009b), Achieving Better Value for Money in Health Care, Paris, S.43.

■ USD PPP 2000    ■ % of BIP



Im Vergleich von OECD-Ländern liegt Deutschland bei den Arzneimittelausgaben mit etwas über 400 US-Dollar pro Kopf auf Platz 8.

Wandel zurückführen lassen. Der Effekt auf die Gesamtausgaben ist damit aber nicht bestimmt, vermeidet die medikamentöse Therapie in vielen Fällen die kostspieligen Alternativen Krankenhaus oder chirurgischer Eingriff. Die Abbildung S.22 zeigt die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel und Arzneimittelausgabenanteil am BIP für das Jahr 2006 im internationalen Vergleich.

Die USA geben mit rund 800 US-Dollar Pro-Kopf für Arzneimittel doppelt so viel wie der OECD-Durchschnitt aus und stehen damit an der Spitze. Im Durchschnitt der betrachteten Länder sind es knapp 400 US-Dollar. Deutschland liegt mit etwas mehr als 400 US-Dollar auf Platz acht.

Der Arzneimittelanteil beträgt im Durchschnitt 1,5 % des BIP und liegt in den OECD-Ländern zwischen 0,7 % und 2,6 %. Pro-Kopf betrachtet schwanken die Arzneimittelausgaben deutlich weniger als die Gesundheitsausgaben insgesamt. Die Unterschiede spiegeln Konsummuster, Preisdifferenzen, Strukturaspekte sowie nationale Regulierungsansätze wider.

### Vergleich unter Outcome-Aspekten

Die Lebenserwartung unterliegt zwar auch gewichtigen Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitswesens, dennoch vermag ein internationaler Vergleich wenn auch begrenzte, jedoch erste Hinweise auf dessen Leistungsfähigkeit zu liefern. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung liegt gemäß nationaler und internationaler Studien zwischen 10 % und 40 %.

Unter Outcome-Aspekten besitzt der Zugewinn an Lebenserwartung über einen gewissen Zeitraum eine höhere Aussagefähigkeit. Ein im Vergleich zu anderen Ländern niedriger absoluter Wert kann dennoch mit einer überproportionalen durchschnittlichen Wachstumsrate einhergehen, ein relativ hoher absoluter Wert mit einer nur moderaten durchschnittlichen Wachstumsrate.

Im Hinblick auf die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung erzielt Deutschland im internationalen Benchmarking überdurchschnittliche Werte und liegt

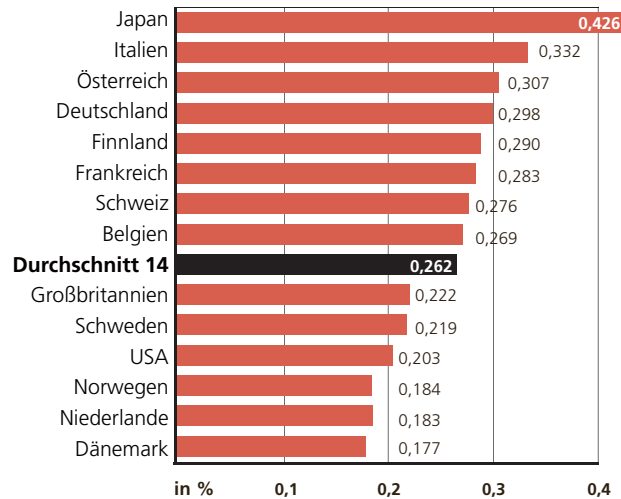
für Männer und Frauen jeweils an vierter Stelle – und dies, obwohl sich Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg in einer im internationalen Vergleich ungünstigen Ausgangssituation befand (vgl. Abbildungen S.23). In Anbetracht der bereits erwähnten empirischen Studien, die den Erklärungsgehalt des Gesundheitssystems im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung zwischen 10 % bis 40 % quantifizieren, deutet dies zumindest nicht auf eine unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit der deutschen Gesundheitsversorgung hin.

In diesem Kontext gilt es noch einmal zu betonen, dass methodische Probleme den Vergleich von Inputs und Outcomes von Gesundheitssystemen erheblich erschweren. Diese Diskussion geht zurück auf die WHO-Studie aus dem Jahr 2000 „The World Health Report aus dem Jahr 2000 – Health Systems: Improving Performance“, der aus heutiger Sicht nur eine sehr eingeschränkte Aussagekraft zukommt.

Die Tabelle S.24 zeigt, dass in der WHO-Studie das Gesundheitswesen in Deutschland als relativ wenig leistungsfähig eingestuft wurde. Deutschland wurde als eines der Systeme dargestellt, das für Gesundheit hohe Ausgaben aufwendet, dabei aber nur mäßige Resultate erzielt. Dem WHO-Bericht kommt dennoch das Verdienst zu, eine Grundsatzdiskussion um die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in Gang gebracht zu haben.

Die WHO vergleicht Gesundheitssysteme, indem sie Ergebnis-Indikatoren wie zum Beispiel Mortalität oder die Zahl beschwerdefreier Lebensjahre in ein Verhältnis zu den aufgewendeten Kosten setzt. Dabei wird ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mitteleinsatz und Ergebnis unterstellt. Ländern mit niedriger Mortalität der Bevölkerung und gleichzeitig niedrigem Mitteleinsatz für Gesundheitsbelange wird von der WHO eine höhere Effizienz und Effektivität bescheinigt als Ländern mit höherer Mortalität beziehungsweise höherem Mitteleinsatz. Diese Vorstellung vernachlässigt aber die Tatsache, dass die Gesundheitssysteme länderspezifisch jeweils unterschiedliche Ausgangsbedingungen vorfinden. Das betrifft vor allem das Risikopotenzial für Erkrankungen, das Niveau der zu versorgenden Morbidität oder das Niveau der Ausgangslebenserwartung. Es wird nicht berücksichtigt, dass das Mortalitätsniveau relativ stark von exogenen Faktoren abhängig ist zum Beispiel der Altersstruktur oder von Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Rauchen und Trinken. Diese exogenen Risiken kann ein Gesundheitssystem, wenn überhaupt, nur langfristig und nur in gewissen Grenzen

### Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen, 1960-2008

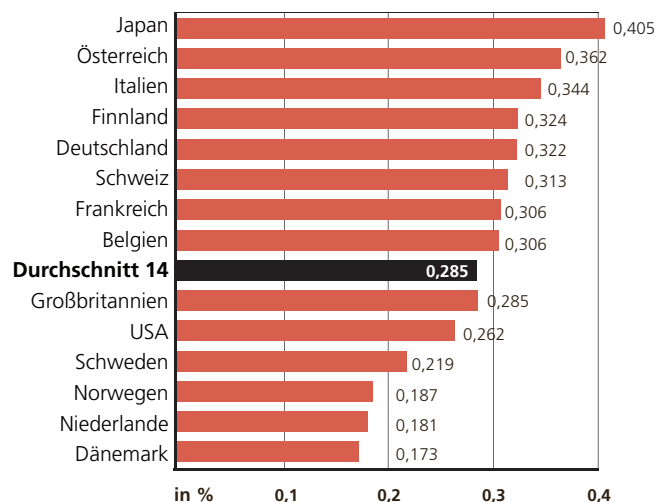


Belgien, Großbritannien, USA: 1960-2007; Italien: 1961-2007.  
Quelle: Wille und Ulrich (2009), Wille und Erdmann (2010), OECD Health Data (2010).



**Beim Wachstum der Lebenserwartung von Frauen nimmt Deutschland einen der vorderen Plätze ein.**

### Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Männern, 1960-2008



Belgien, Großbritannien, USA: 1960-2007; Italien: 1961-2007.  
Quelle: Wille und Ulrich (2009), Wille und Erdmann (2010), OECD Health Data (2010).



**Die deutliche Zunahme der Lebenserwartung deutet auf eine zumindest nicht unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens hin.**

mithilfe der Gesundheitsförderung und Prävention beeinflussen. Beim Teilsystem Prävention, ebenso wie beim Teilsystem Rehabilitation handelt es sich aber, zumindest unter dem Aspekt des erforderlichen Finanzbedarfs, um nachgeordnete Bereiche.

Kernaufgabenbereich von Gesundheitssystemen, die den größten Teil der Finanzierungsmittel binden, ist in allen Ländern nach wie vor die Versorgung der jeweils aktuell Kranken. Das Teilsystem Krankenversorgung hat primär die Aufgabe, auf die Morbidität der Bevölkerung zu reagieren. Wegen der unterschiedlichen Morbiditätslasten, die in einzelnen Bevölkerungsgruppen zu versorgen sind, ist der Finanzbedarf einzelner Gesundheitssysteme unterschiedlich. Die OECD-Studie von 2001 „Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries“ und die neueste Ausgabe von 2009 „Health at a Glance“ sind methodisch anspruchsvoller und machen darüber hinaus die bestehenden Messprobleme transparenter als die WHO-Studie. Beim OECD-Vergleich der Gesundheitssysteme erreicht Deutschland in den meisten Kategorien zwar auch keinen Spitzenplatz, dennoch erzielt das deutsche Gesundheitssystem gute Bewertungen (vgl. Tabelle 24). Da die OECD-Gesundheitsdaten aber auf nationalen Statistiken basieren, deren Erstellung nach verschiedenen Methoden erfolgt, sind auch hier ihrer Vergleichbarkeit Grenzen gesetzt.

Die neueste Patientenbefragung des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2009 zeigt, dass deutsche Patienten insbesondere geringe Wartezeiten und den freien Zugang zu medizinischen Leistungen schätzen. In der Befragung wird aber auch deutlich, dass die deutschen Patienten mit der Verzahnung im Gesundheitswesen, mit der Einführung und Umsetzung von e-Health oder mit zentralen Aspekten zur Gleichbehandlung im Gesundheitswesen unzufrieden sind.

Die Ursachen für das Vorliegen nennenswerter Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem sind sicherlich vielfältig. Die betroffenen Patienten nehmen die mangelnde Kooperation und eine unzureichende sektorenübergreifende Versorgung als Problem in der gesundheitlichen Versorgung wahr. Auch die Dominanz akutmedizinischer Versorgung, die Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation oder die nach wie vor dominierende kollektivvertragliche Steuerung sind potenzielle Ursachen für bestehende Rationalisierungsreserven.

## WHO-Ranking: Bewertung des deutschen Gesundheitssystems

	Rang
Gesundheitszustand der Bevölkerung	22
Verteilung des Gesundheitszustands	20
Patientensouveränität	5
Soziale Gerechtigkeit (mit 37 weiteren Staaten)	3
Fairness der Finanzierung (mit Irland)	6
<b>Gesamtleistung</b>	<b>14</b>

### Beim OECD-Vergleich erreicht Deutschland

	Rang
5-Jahres-Überlebensrate nach Brustkrebs	14 von 19
5-Jahres-Überlebensrate nach Darmkrebs	12 von 19
Sterblichkeitsrate nach Asthma	15 von 21
Todesfälle 30 Tage nach Herzinfarkt	12 von 20

Quelle: Greß, Maas und Wasem 2006, Böckler Impuls 18/2006, S. 4.



**In der methodisch umstrittenen WHO-Studie hat das deutsche Gesundheitswesen im Jahr 2000 schlecht abgeschnitten.**

### Zwischenfazit zur Evidenz von internationalen Rankings

Wird die Gesundheitsquote für das Ranking herangezogen, so lässt sich für Deutschland nur bei Nichtberücksichtigung der Wiedervereinigung ein überdurchschnittlicher Wert für das Gesundheitswesen konstatieren. In keinem Fall lässt sich jedoch von der Gesundheitsquote auf einen überdurchschnittlichen Mitteleinsatz Pro-Kopf schließen.

Für Aussagen bezüglich der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems bietet sich die Lebenserwartung als objektiv messbarer Outcome-Indikator an. Hinsichtlich der Veränderungsraten der Lebenserwartung erzielt Deutschland inzwischen einen Spitzenplatz innerhalb der OECD-Länder.

Internationale Vergleiche des personellen und sächlichen Ressourceneinsatzes liefern keine eindeutigen Hinweise auf eine überdurchschnittliche Ineffizienz des deutschen Gesundheitswesens:

- Eine angebotsinduzierte Nachfrage lässt sich zumindest für die GKV weder bei Allgemein-, noch bei Fachärzten nachweisen.
- Die Arztdichte liegt im Durchschnitt vergleichbarer Länder und verzeichnet ab den 1990er Jahren eher eine unterdurchschnittliche Entwicklung.

- Den hohen Arztbesuchen Pro-Kopf stehen vergleichsweise niedrige Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen gegenüber.
- Bei Krankenhausbetten und der durchschnittlichen Verweildauer rangiert Deutschland allerdings mit an der Spitze.
- Die Ausgaben für Arzneimittel ohne Patentschutz sind stabil (Festbeträge, Rabattverträge), dagegen steigen die Ausgaben für Arzneimittel mit Patentschutz, die nicht in Festbetragsgruppen sind, mit hoher Dynamik. Der Ausgabenanteil für Arzneimittel am BIP liegt aber relativ nahe am Durchschnitt der OECD-Länder.

### **Ausblick: Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz**

Benötigt wird im Gesundheitswesen ein kontrollierter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, den Versicherten und den Leistungsanbietern. Eine sozial flankierte Stärkung marktwirtschaftlicher Strukturen führt zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt und erhöht die Qualität der Versorgung für die Patienten. Wettbewerb ist dabei kein Selbstzweck, sondern muss durchschlagen auf die Leistungsseite: verbesserte, weil patientengerechtere Angebote, kürzere Wartezeiten, ein freundlicherer Umgangston oder eine verbesserte Qualität sind konkrete Ergebnisse des Wettbewerbs. Trotz aller Reformanstrengungen existiert bislang jedoch kein in sich geschlossenes Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen. Stattdessen wurden durch immer neue Regulierungen Fehlanreize gesetzt, die Qualitätsmängel und Ineffizienzen gefördert haben und weiterhin erhalten. Ein funktionierender Wettbewerb könnte dagegen unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen beseitigen helfen. Er ist zugleich auch ein Motor für Innovationen. Er trägt dazu bei, dass sich Krankenkassen und Leistungsanbieter immer wieder aufs Neue um Qualitätsverbesserungen bemühen und den Versicherten innovative Produkte und Dienstleistungen anbieten.

Gegenwärtig lassen sich mögliche Ursachen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen im Kern in zwei Gruppen einteilen. Die erste Gruppe enthält die institutionellen Grundbedingungen des gegenwärtigen Organisationssystems des Gesundheitswesens, von denen ineffiziente Anreize für alle Akteure ausgehen. Dazu rechnen die mangelnde Kooperation und die in vielen Fällen unzurei-

chende sektorenübergreifende Versorgung, die Dominanz akutmedizinischer Versorgung, die Vernachlässigung der Prävention, die unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse älterer, chronisch Kranker und der Mangel an flexiblen an internationalen Standards ausgerichteter Versorgungskonzepte.

Die zweite Gruppe enthält die Determinanten der langfristigen Entwicklung der Leistungsausgaben im Gesundheitswesen. Neben der prognostizierten demographischen Entwicklung, die durch eine zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung bei einer gleichzeitig rückläufigen Geburtenrate gekennzeichnet ist, bestimmt der medizinisch-technische Fortschritt die zukünftige Ausgabenentwicklung. Die moderne Medizin kann zwar immer mehr, wird aber auch immer teurer. Im Gesundheitswesen dominieren die so genannten Produktinnovationen, die weitgehend additiv zum bestehenden Stand der Technik hinzukommen, während kostengünstige Prozessinnovationen eher seltener vorkommen. Die Jahrestherapiekosten moderner Krebsmedikamente, in der Transplantationsmedizin oder bei der Behandlung der Hämophilie belaufen sich aktuell auf 50.000 Euro und mehr.

Erforderlich ist eine durchgängige Wettbewerbskonzeption in der Gesundheitspolitik, welche die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens erhält und gleichzeitig die Finanzierungswege überprüft bzw. sofern erforderlich verändert. Die Notwendigkeit, Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund dieser Rahmenbedingungen auch langfristig zu sichern, erfordert zwingend eine schrittweise Anpassung und Weiterentwicklung der gegenwärtig vorhandenen Versorgungsstrukturen innerhalb einer solidarischen Wettbewerbsordnung. Als Referenzperspektive kann das Beziehungsdreieck von Märkten und Akteuren im Gesundheitswesen in der Abbildung S.26 dienen.

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte auf dem Versicherungsmarkt ist grundsätzlich zwar vorhanden, der Einfluss einer Krankenkasse bleibt bisher aber weitgehend auf die Verwaltungskosten und die Betreuung der Versicherten beschränkt. Das Leistungsangebot ist dagegen nach wie vor überwiegend einheitlich vorgegeben, mit Ausnahme der Wahl- und Satzungsleistungen. Insgesamt beeinflusst eine Krankenkasse mit ihren Handlungen daher die Effizienz des Gesamtsystems eher marginal. Auf dem Leistungsmarkt zeigen sich insbesondere die Effizienzdefizite des korporativen Handelns.

Sektorspezifische Budgets und kollektivvertragliche Steuerung lassen wenig Spielraum für die Realisierung von Effizienzreserven. Dabei ist Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt am ehesten erreichbar durch einen verstärkten Vertragswettbewerb.

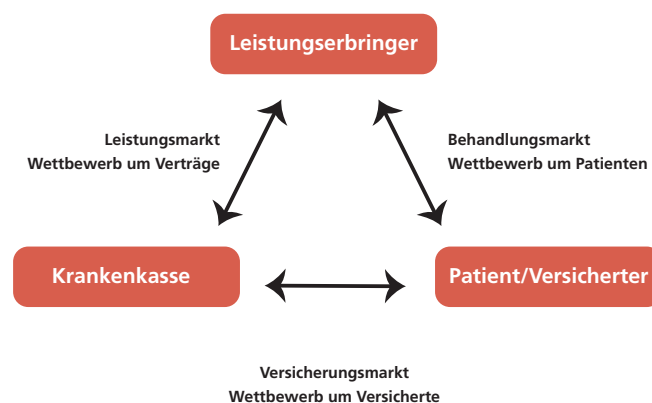
Unterschiedliche Rahmenbedingungen innerhalb der Sektoren behindern bisher einen funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Nur einheitliche Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung ermöglichen eine effiziente sektorübergreifende Versorgung, vor allem bei Leistungsdefinitionen, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Genehmigungsverfahren sowie Vergütungen einschließlich der Investitionsfinanzierung.

Die Rahmenbedingungen, insbesondere an der Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, müssen so ausgestaltet werden, dass weiterhin eine flächendeckende ambulante Versorgung gewährleistet wird. Das schließt auch gleiche Wettbewerbsbedingungen für unternehmerisch Selbstständige und Angestellte sowie für niedergelassene Praxen und Krankenhäuser ein. Wesentlich für gleiche Wettbewerbschancen ist die Einheitlichkeit der Finanzierungssysteme. Investitionsmittel der Bundesländer dürfen nicht dazu genutzt werden, Konkurrenzangebote von Krankenhäusern zum Nachteil der niedergelassenen Ärzte zu schaffen, die ihre Investitionen selbst finanzieren müssen. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin, der Ausbau der Informationstechnologie und der hohe Kapitalbedarf für Medizintechnik werden allerdings dazu führen, dass hoch spezialisierte Versorgung zunehmend multidisziplinäre Zentren übernehmen, so dass der Teamarzt an Bedeutung gewinnen wird.

Aus dieser Perspektive erscheint ein funktionsfähiger Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich unverzichtbar. Hierzu bedarf es aber auch gesetzlicher Regelungen, welche für diese Arbeitsprozesse geeignete verwaltungs- und honorartechnische Grundlagen legen.

Weiterhin bestehen erhebliche Wettbewerbsdefizite innerhalb der Sektoren, insbesondere innerhalb des Krankenhaussektors und des Arzneimittelbereichs. Zudem fehlt bisher ein Konzept über das Verhältnis von kollektiv- und selektivvertraglich organisierter Gesundheitsversorgung. Hinzu tritt nach wie vor die Furcht der Krankenkassen vor Zusatzbeiträgen, welche potenzielle innovative Vorhaben

## Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cassel u. Jacobs 2006, S. 285 und Monopolkommission 2008, S.445.



**Der Wettbewerb im Beziehungsdreieck der Akteure ist durch viele Faktoren eingeschränkt.**

verdrängt. Dadurch dominieren Finanzierungsaspekte die grundsätzlich erwünschte Ziel- und Qualitätsorientierung.

Der Gesetzgeber hat mit den jüngsten Gesundheitsreformen vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren geschaffen, die aber bisher eher einen Flickenteppich an vertraglichen Möglichkeiten darstellen, der mangels vorliegender Evaluationen noch keine Basis für weitere Lerneffekte bilden kann. Von den besonderen Versorgungsformen beinhalten die Strukturverträge nach § 73 a SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, sie beinhalten aber keine sektorübergreifende Koordination. Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglicht vom Ansatz nur die Modellvorhaben nach §§ 63-65, die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g SGB V.

Neue Konzepte und Ideen können nicht umgesetzt werden, wenn den Krankenkassen private Verbände als Monopolisten gegenüberstehen, die auf diese Weise ihre Honorarforderungen realisieren wollen. Mit Blick auf die besonderen Versorgungsformen sollen alle Varianten gleiche Chancen besitzen, d.h. es darf keinen gesetzlichen Zwang zum Angebot einer speziellen Variante geben. So widerspricht die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren



Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, sowohl einem ergebnisoffenen Wettbewerb der verschiedenen Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung.

Die Hausarztverträge werden durch die Gesetzesänderung im GKV-Finanzierungsgesetz modifiziert. Künftig soll bei neuen Hausarztverträgen die Vergütung auf das im KV-System übliche Niveau gesenkt werden. Höhere Vergütungen müssen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen an anderer Stelle, etwa durch sinkende Arzneikosten oder weniger Überweisungen, kompensiert werden. In Bayern kündigte die AOK Bayern im Dezember 2010 den Hausarztvertrag. Die AOK kündigte den Hausarztvertrag nachdem der Bayerische Hausarztverband seine Mitglieder zu einer kollektiven Kassenzulassung aufgerufen hatte. Allerdings wurde bei diesem Versuch nicht die zuvor festgelegte Mehrheit von 60 Prozent erreicht. Damit steht für AOK-Versicherte zurzeit kein Hausarztmodell zur Verfügung.

Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt dürfte am schwierigsten zu erreichen sein. Die zahlreichen asymmetrischen Informationsbeziehungen im Gesundheitswesen (Moral Hazard-Verhalten der Versicherten, adverse Selektionsprobleme auf dem Markt für Krankenversicherungsschutz) prägen insbesondere die Beziehungen zwischen Arzt, Patient und Krankenversicherung.

Eine wettbewerbliche Steuerung kann hier am ehesten indirekt über den Leistungs- und den Versicherungsmarkt erfolgen. Steht es den Krankenkassen frei, auf dem Leistungsmarkt individuell ausgehandelte Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern zu schließen, dann hat eine Krankenkasse die Möglichkeit auf dem Versicherungsmarkt individuelle Versicherungsangebote zu machen. Durch die Wahl des Versicherungsangebots einer Krankenkasse steuert der Patient auf diese Weise die Leistungsverträge indirekt.

Auf Seiten der Leistungserbringer besteht der Anreiz, dem Patienten auf dem Behandlungsmarkt eine hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, da sie dies im Wettbewerb um Verträge auf dem Leistungsmarkt für sich nutzen können. Effizianzanreize auf dem Versicherungsmarkt übertragen sich auf diese Weise auf den Leistungs- und Behandlungsmarkt.

Literatur beim Verfasser

Kontakt: volker.ulrich@uni-bayreuth.de

.....

**PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH**

.....



*lehrt seit 2002 Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. 2011 ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ).*

