

Boris Augurzky, Samuel Berhanu,
Silja Göhlmann, Sebastian Krolop,
Andreas Liehr-Griem, Christoph M. Schmidt,
Harald Tauchmann, Stefan Terkatz

Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen

Heft 8



Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),
Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Heinrich Frommknecht (Vorsitzender);
Eberhard Heinke, Dr. Dietmar Kuhnt, Dr. Henning Osthues-Albrecht
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Prof. Dr. Walter Eberhard,
Prof. Dr. Harald B. Giesel, Marianne Halstrick-Schwenk, Dr. Thomas Köster,
Hartmut Krebs, Rolf Hermann Nienaber, Heinz Putzhammer,
Dr. Günter Sandermann, Dr. Gerd Willamowski

Forschungsbeirat:

Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest, Prof. Dr. Walter Krämer,
Prof. Dr. Michael Lechner, Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.,
Prof. Dr. Harald Uhlig, Prof. Dr. Josef Zweimüller

RWI : Materialien Heft 8

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2004

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573 – ISBN 3-936454-17-5

Boris Augurzky, Samuel Berhanu,
Silja Göhlmann, Sebastian Krolop,
Andreas Liehr-Griem, Christoph M. Schmidt,
Harald Tauchmann, Stefan Terkatz

Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen

RWI : Materialien

Heft 8

Boris Augurzky, Samuel Berhanu,
Silja Göhlmann, Sebastian Krolop,
Andreas Liehr-Griem, Christoph M. Schmidt,
Harald Tauchmann, Stefan Terkatz

Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen



Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die vorliegende Studie ist das Ergebnis eines gemeinsamen Projektes der ADMED GmbH (Samuel Berhanu, Dr. Sebastian Krolop, Andreas Liehr- Griem, Dr. Stefan Terkatz) und des RWI (Dr. Boris Augurzky, Silja Göhlmann, Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Harald Tauchmann).

Die Autoren danken Dr. Bernd Fritzsche, Prof. Dr. med. Robert Schmidt und Joachim Schmidt für ihre wertvollen Kommentare und Anregungen sowie Dr. Sabine Griem und Dr. Thomas Wibmer für die engagierte Unterstützung bei der Bestimmung des ambulanten Potenzials. Außerdem danken sie dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) für die Bereitstellung von aggregierten Daten über Operationen in Krankenhäusern. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen vollständig die Autoren.

ISSN 1612-3573

ISBN 3-936454-17-5

Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung	7
1.	Einleitung – Hintergrund und Ziele der Studie	8
1.1	Vorgehensweise	10
1.2	Überblick über die untersuchten Einsparpotenziale	11
2.	Primärleistungen von Leistungserbringern	13
2.1	Portfoliostruktur der Krankenhäuser	13
2.2	Clinical Pathways	15
2.3	Integrierte Versorgung	18
3.	Sekundärleistungen von Leistungserbringern.	20
3.1	Serviceeinrichtungen im Krankenhaus	20
3.2	Verwaltung von Krankenkassen	21
4.	Systemregulierung	23
4.1	Anreizmechanismen	24
4.2	Anreize für kostenbewusste Nachfrage	25
4.3	Effiziente Strukturen bei den Leistungserbringern	30
4.3.1	Vertragsstrukturen zwischen Ärzten und Krankenkassen . . .	30
4.3.2	Vergütungssysteme der Leistungserbringer	34
5.	Potenziale weiterer Deregulierung.	35
6.	Fazit.	37
	Literatur	37

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	„Clinical Pathways“ setzt Standards für Behandlungsprozesse	16
Schaubild 2:	Einsparpotenzial durch „Clinical Pathways“ beläuft sich auf 1,4 bis 1,6 Mrd. €	17
Schaubild 3:	Nutzung des ambulanten Potenzials reduziert Kosten um 2,0 bis 2,2 Mrd. €	19
Schaubild 4:	Die Verwaltungskosten je Mitglied in der GKV sind von 1991 bis 2002 stärker als Inflation und Löhne gestiegen . .	21
Schaubild 5:	Benchmarking der Krankenkassen untereinander weist Einsparpotenzial von 0,7 bis 0,9 Mrd. € auf	22
Schaubild 6:	Quantifizierbare Maßnahmen führen zu einem Kostenreduktionspotenzial von 7,5 bis 10 Mrd. €	23
Schaubild 7:	Zwei Parameter bestimmen die Ausgestaltung des Selbstbehalts	27
Schaubild 8:	Der maximale Selbstbehalt ist einkommensabhängig . .	29
Schaubild 9:	Freie Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Kassen ist Voraussetzung für Effizienzgewinne	31
Schaubild 10:	Wahl eines Vergütungsmodells muss positive und negative Aspekte abwägen	34

Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ist das Ergebnis eines gemeinsamen Projektes der ADMED GmbH und des RWI. Ziel ist die Darstellung wesentlicher Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen. Zur Beurteilung ihrer Bedeutung erfolgt eine grobe Abschätzung der damit verbundenen Einsparpotenziale, wobei es sich um reine Wirtschaftlichkeitsreserven handelt, Investitionskosten werden nicht mit einbezogen. Die Berechnungen basieren entweder auf Fallererfahrung der ADMED GmbH oder auf aggregierten Daten auf volkswirtschaftlicher Ebene. Bei mangelhafter Datenlage wurden konservative Annahmen getroffen. Zur fundierten mikroökonomischen Verifikation der Abschätzungen sind weiter gehende Untersuchungen und insbesondere eine Verbesserung der Datenlage im Gesundheitswesen erforderlich.

Die untersuchten Kostensenkungsmaßnahmen beziehen sich nur auf folgende Felder: Primär- und Sekundärleistungen von Leistungserbringern und Fragen der Systemregulierung. Die Behebung von Ineffizienzen bei Leistungserbringern würde zu Einsparungen in der Größenordnung von mindestens 7,5 bis 10 Mrd. € pro Jahr führen, womit die GKV-Beiträge um bis zu 0,7 bis 0,9 %-Punkte gesenkt werden könnten. Zum Teil handelt es sich um Potenziale, die schon bei den heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen gehoben werden könnten. Hierzu bedarf es allerdings einer konsequenten Umsetzung einzelner Vorschläge. Andere Potenziale können erst in Betracht gezogen werden, wenn die Politik entsprechende Voraussetzungen dafür schafft. Die Umsetzung selbst ist nicht trivial und erfordert eine konsequente Umsetzungsplanung.

Über diese Überlegungen hinaus gehende Untersuchungen zu Fehlanreizen im System weisen auf ein weiteres, möglicherweise beachtliches Einsparpotenzial hin. Der Mangel an empirischen Untersuchungen hierzu verdeutlicht den dringend notwendigen Bedarf an fundierten wissenschaftlichen Evaluationsstudien auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie.

1. Einleitung – Hintergrund und Ziele der Studie

Das deutsche Gesundheitssystem steht derzeit im Kreuzfeuer der Kritik, vornehmlich die steigenden Ausgaben und die durch die hohe Arbeitslosigkeit verursachten geringeren Einnahmen. Trotz in regelmäßigen Abständen durchgeführter Reformen in den letzten 20 Jahren scheint das aktuelle Beitragsaufkommen der gesetzlichen Krankenkassen nicht ausreichend zu sein, um die Ausgaben zu finanzieren. Inzwischen verschafft das in 2003 verabschiedete Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) eine Atempause, indem es die Ausgaben kürzt und die Einnahmen erhöht. Gleichwohl wird es dem Anstieg der Ausgaben in den nächsten Jahren nicht nachhaltig entgegenwirken und die angestrebte Beitragssatzsenkung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2004 um 0,8 %-Punkte voraussichtlich nicht erreichen können. Die Notwendigkeit einer weiteren Reform wird nicht bestritten.

Aus diesem Grunde werden gegenwärtig Vorschläge zu einer grundsätzlichen Systemreform von allen Beteiligten heftig diskutiert. Die Vorschläge zielen in erster Linie darauf ab, die Einnahmenseite der GKV grundlegend zu ändern. Zwei wesentliche Gestaltungsparameter kristallisieren sich heraus: zum einen die Ausdehnung der gesetzlichen Pflichtversicherung auf alle Bürger, zum anderen die Gestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage. Beide verfolgen das Ziel der Ausweitung der Einnahmenseite. Bislang sind Beamte, Selbständige und abhängig Beschäftigte mit Einkommen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze von der Pflichtversicherung befreit. Als Beitragsbemessungsgrundlage dient im heutigen System das Lohneinkommen aus abhängiger Beschäftigung.

Zwei konkrete Vorschläge finden sich derzeit in der öffentlichen Diskussion, die Bürgerversicherung und die Gesundheitsprämie. Sie unterscheiden sich grundsätzlich in der Art und Weise, wie die soziale Umverteilung gestaltet werden soll. Die Gesundheitsprämie entkoppelt die Beiträge zur Krankenversicherung vom Lohneinkommen und sieht für alle Versicherten einen gleich hohen Beitrag vor. Die soziale Umverteilung von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen findet über das Steuersystem statt. Die Bürgerversicherung dehnt die Bemessungsgrundlage neben dem Lohneinkommen auf Kapitaleinkommen (Zinsen, Miete, Dividenden) weiter aus. Die soziale Umverteilung bleibt unverändert innerhalb der Krankenversicherung zu leisten. Ferner sieht die Bürgerversicherung die Pflichtversicherung in der GKV für alle Bürger vor. Weitere, weniger diskutierte Konzepte beziehen sich auf die Ausgestaltung der Gesundheitsprämie. Hier sind mehr oder weniger stark vom Risiko abhängige Prämien denkbar.

Alle Vorschläge haben wie gesagt gemein, dass sie eine Umgestaltung bzw. Ausweitung der Einnahmenseite der GKV anstreben. Die Diskussion um die

Finanzierung des Systems ist notwendig, vor allem in Hinblick darauf, die richtigen Anreize bei den Patienten im Umgang mit den Ressourcen zu setzen. Nach unserer Auffassung muss jedoch neben der Reformierung der Einnahmenseite eine konsequente Strukturreform auf der Ausgabenseite stehen. Profitieren würden dadurch gerade auch die Patienten; Qualitätseinbußen oder unnötig steigende Beiträge ließen sich so vermeiden.

Die Ausgaben des Gesundheitswesens werden durch drei zentrale Faktoren beeinflusst. Erstens bewirkt der sich in Deutschland vollziehende demografische Wandel einen Anstieg der Ausgaben. Dies ist unabhängig davon, ob ältere Menschen grundsätzlich eine größere Nachfrage nach Gesundheitsgütern entfalten oder ob die höhere Nachfrage besonders in den letzten Lebensjahren – unabhängig vom Alter der Person – entsteht. Zweitens führt der technische Fortschritt im Gesundheitswesen im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen tendenziell zu höheren als zu niedrigeren Ausgaben. Der technisch-medizinische Fortschritt erlaubt zunehmend eine Behandlung von bislang nicht oder nur schlecht behandelbaren Krankheiten. Zweifelsohne kann es im medizinischen Bereich auch zu Neuerungen kommen, die Behandlungskosten senken. Zentral erscheint jedoch, dass sich das Angebot an neuen Behandlungsmethoden unmittelbar seine Nachfrage schafft – im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen, wo auf das Angebot neuer Produkte eine preissensitive Nachfrage trifft.

Drittens führen zahlreiche, häufig durch falsche Regulierung des Gesundheitssystems verursachte Ineffizienzen zu unnötig hohen Ausgaben. So gibt es vorgegebene Vertragsstrukturen, die den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern be- oder gar verhindern. Die Vergütungssysteme für Leistungserbringer – z.B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken – setzen wenig Anreize, um mit Ressourcen sparsam umzugehen. Gleiches gilt für Versicherte. Durch das Sachleistungsprinzip wird dem Versicherten der Anreiz genommen, kostensparend Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die monopolistische Interessenvertretung auf Seiten der niedergelassenen Ärzte erschwert die Situation und führt zu einer wettbewerbsfeindlichen Intransparenz bei der Leistungserbringung. So besteht beispielsweise bei den Krankenkassen keine Transparenz über die tatsächlich erbrachten Leistungen der niedergelassenen Ärzte. Dies kann dazu führen, dass medizinisch nicht notwendige Leistungen erfolgen; Missbrauch ist nur schwer aufzudecken. Ebenso wenig besteht ausreichende Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistung, was den Qualitätswettbewerb stark erschwert. In wirtschaftlich prosperierenden Zeiten erschienen diese Effizienzverluste nicht als drängendes Problem. Heute indessen bildet deren Beseitigung gerade die Voraussetzung dafür, dass das Gesundheitswesen finanzierbar bleibt.

Der vorliegende Beitrag klammert den demografischen Wandel und den technischen Fortschritt bewusst aus und konzentriert sich auf heute bestehende

Ineffizienzen im Gesundheitssystem. Untersucht werden die Hauptakteure: (i) die Leistungserbringer: Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken, (ii) Intermediäre: gesetzliche Krankensversicherer, die kassenärztlichen Vereinigungen und (iii) die Patienten. Kosteneinsparpotenziale und Verbesserungsmöglichkeiten für Anreizmechanismen werden unter der Prämisse untersucht, dass keine Leistungseinschränkungen für Patienten erforderlich sind. Ferner soll im gegenwärtigen Stadium der Untersuchungen das existierende Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zunächst nicht in Frage gestellt werden¹.

1.1 Vorgehensweise

Grundlage der vorliegenden Quantifizierungen bilden stilisierte Modelle. Deren Daten basieren auf Fallforschung oder auf aggregierten volkswirtschaftlichen Daten. Es handelt sich daher nicht um Analysen auf mikroökonomischer Ebene mit hohen Fallzahlen – mit Ausnahme der Bestimmung des ambulanten Potenzials von Krankenhäusern. Die Modellannahmen werden unter konservativem Gesichtspunkt getroffen, sodass die berechneten Einsparpotenziale tendenziell eine Untergrenze darstellen. Bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse aus den Fallstudien können im Rahmen dieser Arbeit volkswirtschaftliche Rückkopplungseffekte in der Regel nicht berücksichtigt werden. Es ist jedoch nicht die genaue Abschätzung der quantitativen Effekte von Reformen, die im Vordergrund steht. Die Quantifizierungen dienen vielmehr der Darstellung der Größenordnung und damit der relativen Bedeutung der einzelnen Ineffizienzen.

In der Literatur finden sich Aussagen zu möglichen Einsparpotenzialen, die sich in drei Kategorien einteilen lassen:

- Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus der GKV,
- Nachfragedämpfung durch höhere Patientenzuzahlungen und
- Beseitigung von Ineffizienzen.

Das höchste Einsparpotenzial wird je nach der Definition von versicherungsfremden Leistungen häufig unter dem ersten Punkt gesehen. Einige Studien werden beispielhaft zitiert.

Der aktuelle Bericht der *Herzog-Kommission* spricht insgesamt von einem Einsparpotenzial in Höhe von 40 Mrd. €. Davon entfallen tatsächlich jedoch

¹ Die vorliegenden Ergebnisse fußen auf Untersuchungen der Health Care Unternehmensberatung ADMED GmbH und des RWI. Im Rahmen dieser Kooperation aus Wissenschaft und Praxis bringt die ADMED GmbH ihr Know-how aus dem Krankenhaus- und Krankenkassenmanagement, fundiertes medizinisches Fachwissen und umfangreiche Fallforschung ein, das RWI seine methodische Kompetenz bei ökonomischen Fragestellungen, bei der Ausgestaltung von Anreizsystemen und sein gesundheitsökonomisches Know-how.

nur 6,6 Mrd. € auf die Behebung von Ineffizienzen. Die *Kieler Alternative des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystemforschung* nennt ein Volumen von 12,6 Mrd. €, das sich jedoch ausschließlich auf die Herausnahme versicherungsfremder Leistungen bezieht. Schließlich beziffert der *Allianz Economic Trend Report 2003* das Einsparpotenzial auf 31 Mrd. €, wovon 8,5 Mrd. € auf Ineffizienzen zurückgeführt werden.

Die gesamten Ausgaben im Gesundheitssystem beliefen sich 2001 auf fast 226 Mrd. €. Davon entfallen ca. 38 % bzw. 87 Mrd. € auf den stationären Sektor (inklusive Pflege), ca. 25 % bzw. etwa 57 Mrd. € auf den ambulanten (inklusive Pflege), ca. 14 % bzw. knapp 31 Mrd. € auf Apotheken. Die Ausgaben der GKV belaufen sich davon auf knapp 130 Mrd. € (Statistisches Bundesamt 2003). Bei ca. 70 Mill. gesetzlich Versicherten betragen die Gesundheitskosten pro Versicherten daher ungefähr 1 800 € im Jahr.

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Beseitigung von bestehenden Ineffizienzen. Sie wird allerdings im Rahmen der Reduktion von Fehlanreizen auch die Neugestaltung der Patientenzahlungen untersuchen. Ziel ist es jedoch nicht, die Einsparpotenziale der genannten Studien zu verifizieren, sondern sich auf ein ausgewähltes Bündel wichtiger Maßnahmen zu konzentrieren. Zum Teil können einige vorgeschlagene Maßnahmen schon heute umgesetzt werden, da die gesetzlichen Grundlagen dafür bereits geschaffen wurden; andere erfordern zunächst neue Weichenstellungen in der Politik.

Die Einsparpotenziale stellen keine einmaligen, sondern jährliche Einsparungen dar. Im Allgemeinen kann ein Potenzial nicht in einem einzelnen Schritt realisiert werden, sondern erst nach Abfolge mehrerer Umsetzungsschritte. Die zeitliche Entwicklung wird hier jedoch nicht berücksichtigt. Schließlich werden Investitionskosten bei den Quantifizierungen nicht beachtet. Eine weitergehende Studie sollte bzw. eine konkrete Umsetzungsplanung muss diese Aspekte einbeziehen.

1.2 Überblick über die untersuchten Einsparpotenziale

Die Studie untersucht Einsparpotenziale durch die Beseitigung von Ineffizienzen auf den folgenden drei Gebieten:

- Primärleistungen,
- Sekundärleistungen von Leistungserbringern und Kostenträgern und
- Fragen der Systemregulierung.

Unter dem Stichpunkt Primärleistungen wird die Portfoliostruktur der Krankenhäuser im Hinblick darauf untersucht, inwieweit ein Krankenhaus durch Konzentration auf wesentliche Produkte Kosten einsparen kann. Zweitens wird das Konzept der *Clinical Pathways* diskutiert und drittens Effizienzstei-

gerungen durch Integrierte Versorgung aufgezeigt. Der Stichpunkt Sekundärleistungen umfasst die Serviceeinrichtungen im Krankenhaus und die Verwaltung der Krankenkassen. Unter dem Punkt Systemregulierung werden Fragen nach der Deregulierung von Gesundheitsmärkten und nach einer Umgestaltung der bestehenden Anreizmechanismen zur Minderung von Fehlansätzen behandelt.

Die untersuchten Maßnahmen ergeben in der Summe ein Einsparpotenzial in der Größenordnung von circa 7,5 bis 10 Mrd. €. Die quantifizierten Ineffizienzen beziehen sich neben den Ausgaben der gesetzlichen auch auf die der privaten Versicherungen. Bei dem genannten derzeitigen Ausgabevolumen der GKV in Höhe von circa 130 Mrd. € und der privaten Krankenversicherungen von etwa 19 Mrd. € jährlich ließe sich somit allein durch die Realisierung der erwähnten Einsparpotenziale der durchschnittliche Beitragssatz der GKV um 0,7 bis 0,9 %-Punkte senken.

Bereits heute schafft das GMG für einige dieser Punkte die notwendigen Voraussetzungen oder befürwortet ihre Umsetzung, wengleich konkrete Umsetzungsmaßnahmen oft nicht skizziert werden. So soll im Rahmen der *Clinical Pathways* die Entwicklung von Evidenz basierten Behandlungsleitlinien für die wichtigsten Volkskrankheiten durch Gründung eines *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* vorangetrieben werden. Die Integrierte Versorgung soll durch die Bereitstellung eines umfangreichen Budgets für entsprechende Projekte stärker gefördert, die Lotsenfunktion des Hausarztes gestärkt werden. Vorgesehen sind außerdem eine Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung sowie die Zulassung medizinischer Versorgungszentren nach dem Vorbild der Polikliniken in der ehemaligen DDR. Darüber hinaus wird eine Flexibilisierung der Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung angestrebt. Darunter fällt die Einführung von Komplexgebühren und Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen und ambulante Operationen sowie von Pauschalvergütungen für die Behandlung von Versicherten in Hausarztssystemen. Die Transparenz im Gesundheitswesen soll durch die Ausgabe einer Patientenquittung und die schrittweise Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte erhöht werden.

Das Gesetz verlangt darüber hinaus die Schaffung effizienter Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und geht einen kleinen Schritt hin zu mehr Liberalisierung im Arzneimittelmarkt. Schließlich sollen Anreize zum gesundheitsbewussten Verhalten für Versicherte durch Bonusmodelle bei Teilnahme an Präventionsprogrammen und Hausarztmodellen und durch höhere Zuzahlungen geschaffen werden. Ergänzt wird dies durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge.

Bei anderen zentralen Punkten fehlt dem Gesetz allerdings der Nachdruck, zum Beispiel bei der Einführung von *Clinical Pathways* und der Umsetzung

des ambulanten Potenzials. Es fehlen günstige Rahmenbedingungen für die effiziente Gestaltung des Produktportfolios der Krankenhäuser. Das Gesetz verlangt zwar die Schaffung effizienter Organisationsstrukturen bei Krankenkassen, macht jedoch keine Aussagen darüber, wie dieses Ziel nachgehalten und überprüft werden soll.

Hauptkritikpunkte am GMG indessen stellen erstens die äußerst bescheidenen Vorgaben bei dem Aufbau effizienter Vertragsstrukturen zwischen Leistungserbringern und den Krankenkassen dar. Zweitens bilden die Zuzahlungen der Patienten keinen wirkungsvollen Anreiz zum schonenden Umgang mit den vorhandenen Ressourcen, da die Zuzahlungen nur eine schwache Beziehung zu den tatsächlich verursachten Kosten aufweisen. Dies gilt sowohl für das pauschale Tagesgeld bei einem Krankenhausaufenthalt als auch für die pauschale Praxisgebühr. Bei Medikamenten existiert zwar eine Zuzahlung von 10% ihres Preises, jedoch mindestens 5 €. Da ein Großteil der Medikamente unter 50 € kostet, bleibt damit eine Lenkungswirkung auf die Nachfrage aus.

2. Primärleistungen von Leistungserbringern

Die Primärleistungen von Leistungserbringern umfassen jene Leistungen, die originär am Kunden erbracht werden. Bei Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten handelt es sich beispielsweise um Behandlungen, bei Apotheken um die Bereitstellung von Medikamenten. Untersucht werden im Folgenden nur die Primärleistungen von Krankenhäusern.

2.1 Portfoliostruktur der Krankenhäuser

Heute bietet jedes Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags in jeder seiner Fachrichtungen eine Vielzahl von Behandlungsarten an, auch solche mit äußerst geringer Fallzahl und geringen Erfahrungswerten. Dies hat zur Folge, dass ein Krankenhaus für die zuletzt genannten Behandlungen hohe Kosten je Fall zu tragen hat. Zum einen führen seltene Behandlungen, bei denen die operierenden Ärzte nur wenig Erfahrung besitzen, zu längeren Operationsdauern und zu einer höheren Komplikationsrate. Zum anderen können die mit einer Operationsart in Verbindung stehenden Fixkosten nur auf eine kleine Fallzahl verteilt werden. Eine Konzentration auf Behandlungen mit hoher Fallzahl ermöglicht den Aufbau und schließlich die Nutzung von Erfahrungswerten der operierenden Ärzte. Damit lassen sich die Operationsdauern merklich verkürzen.

Die externe Qualitätssicherung der *Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH* (BQS) stellt in ihren jährlichen Berichten zunehmend Zusammenhänge zwischen Qualitätskriterien und Fallzahlen je Krankenhaus dar. Ein

Beispiel ist das Einsetzen einer Hüft-Endoprothese. Eine schwerwiegende Komplikation dieses Eingriffes ist die Prothesenluxation. Der BQS-Bericht zeigt eine signifikante Abhängigkeit von der Zahl der Eingriffe, die pro Jahr in einem Krankenhaus vorgenommen werden, und dem Anteil der Patienten mit Prothesenluxation. So weisen Krankenhäuser, die eine bis neun Hüft-Endoprothesen im Jahr einsetzen, eine durchschnittliche Luxationsrate von 3,6 % auf, Krankenhäuser mit 100 und mehr Hüft-Endoprothesen eine Rate von 1,0 %. Weitere Zusammenhänge wurden bei Hüft-Endoprothesen-Wechsel, Knie-Endoprothesen und Herzschrittmacher-Implantationen (BQS-Qualitätsreport 2002) dargestellt. Die Auswertung anderer Operationen erfolgt bisher fallzahlunabhängig. Studien in den USA belegen einen Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Mortalitätsrate insbesondere bei kardiovaskulären, Tumor- und orthopädischen Operationen (Gandjour et al. 2003).

Ein stark vereinfachtes Modell zur Konzentration von Behandlungen soll dies illustrieren. Es gebe grundsätzlich drei Behandlungstypen innerhalb jeder Fachrichtung: *A-Behandlungen*, die heute in jedem Krankenhaus besonders häufig auftreten, *B-Behandlungen*, die eine mittlere Häufigkeit aufweisen und *C-Behandlungen*, unter die alle seltenen Behandlungsarten fallen. Heute bietet jedes Krankenhaus in allen seinen Fachrichtungen im Allgemeinen alle drei Typen an. Eine stärkere Konzentration auf einzelne Typen würde dazu führen, dass ein Großteil der Krankenhäuser nur A-Behandlungen durchführt, während sich eine kleinere Zahl entweder auf B-Behandlungen oder auf C-Behandlungen, ggf. ergänzt um B-Behandlungen, beschränkt.

Eine solche Konzentration ließe sich sowohl durch Kooperationen von Krankenhäusern einer Region in Absprache mit den Krankenkassen erreichen als auch durch die Nutzung von Wettbewerbsmechanismen. In vielen anderen Branchen unter Wettbewerbsbedingungen finden sich Konzentrationen auf Produkte. Als Ergebnis einer solchen Portfoliobereinigung ließen sich nach unseren Schätzungen etwa 3 % der Arbeitsstunden des ärztlichen und des Pflegedienstes einsparen. Bei Personalkosten für ärztlichen und Pflegedienst in Krankenhäusern über ca. 22 Mrd. € ergibt sich ein Einsparpotenzial von 0,6 bis 0,8 Mrd. €. Des Weiteren wird durch den Aufbau von Erfahrung die Behandlungsqualität gesteigert.

In ähnlicher Weise ließe sich darüber nachdenken, Bereitschaftsdienste der Krankenhäuser zur Aufnahme von Notfällen stärker zu bündeln, vor allem in Ballungsgebieten. Die Konzentration der Bereitschaftsdienste auf ein zentrales Krankenhaus würde zu einer nennenswerten Einsparung von Ressourcen führen, ohne dass die Versorgungsqualität spürbar eingeschränkt wird. Es sei angemerkt, dass durch diese Maßnahme nicht Bereitschaftsdienste auf der Station eingeschränkt würden, sondern ausschließlich die Dienste in den Am-

balanzen zur Aufnahme von Notfällen nach offiziellem Dienstschluss zusammengelegt würden.

2.2 Clinical Pathways

Aufgrund ihrer dezidierten naturwissenschaftlich begründeten erheblichen Forschungsanstrengungen und Erfolge versteht die moderne Medizin in einem atemberaubenden Tempo immer mehr über die Ursachen vieler Gesundheitsprobleme und über die Möglichkeiten ihrer Bekämpfung. Auch wenn die medizinische Praxis mit dieser Entwicklung im Prinzip mitwächst, kann sie diese im täglichen Betrieb nicht in allen Verästelungen durchdringen oder gar fortlaufend in die Arbeit integrieren. Die Wahl eines konkreten Behandlungspfades erfolgt daher in vielen Fällen aufgrund individueller Erfahrungen, nach der Ausbildungsrichtung bzw. nach der Schule des Arztes, dem Ausbildungszeitpunkt oder nach der Tradition des Hauses.

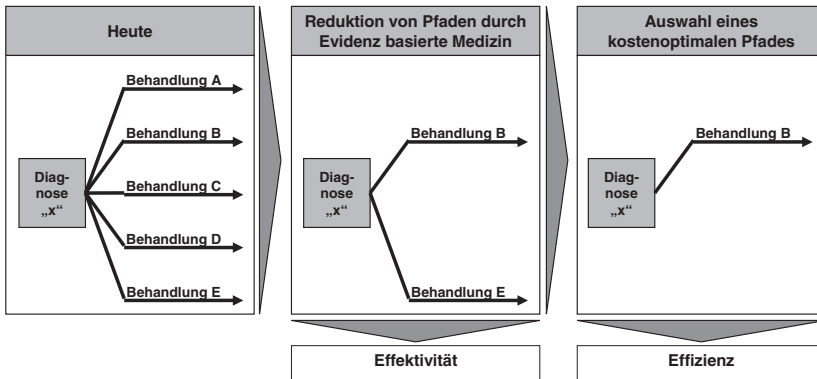
Genau hier setzt die Idee von Fortbildungsveranstaltungen für praktizierende Mediziner an. Aber auch diese werden niemals in der Lage sein, die gesamte Informationsfülle zu transportieren. Das medizinische Wissen verdoppelt sich in verhältnismäßig kurzer Zeit, sodass das Auffinden von wissenschaftlich relevanten Daten sowie ihre sinnvolle Filterung sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Dem praktizierenden Arzt ist es daher vielfach nur schwer möglich, die Wahl eines Behandlungspfades Schritt haltend nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Effektivität der Behandlungsmethode zu treffen. Außerdem bleiben bei der Wahl eines Pfades häufig wirtschaftliche Gesichtspunkte unberücksichtigt. Bei Behandlungspfaden mit ähnlicher Erfolgsquote spricht nichts dagegen, denjenigen zu wählen, der den geringsten Aufwand verursacht und somit sowohl den ärztlichen als auch den Pflegedienst entlastet und die Sachkosten reduziert.

Das Konzept der *Clinical Pathways* setzt sich mit dieser Situation auseinander und strebt im Grundsatz eine erhöhte Standardisierung der Behandlungspfade an. Grundlage sollen zum einen die wissenschaftliche Evidenz und zum anderen die wirtschaftliche Effizienz bilden. Ziel ist also die Erhöhung der Behandlungsqualität und der Ressourceneffizienz; letzteres gewinnt gerade vor dem Hintergrund der schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser an Bedeutung.

Die Schaffung und Berücksichtigung von wissenschaftlicher Evidenz hat unter dem Stichwort der *Evidenz basierten Medizin* (EbM) Eingang in die aktuelle Literatur gefunden (Sackett et al. 1996). Geäußert wird, dass nur ein geringer Anteil (häufig ist die Rede von 20 %) dessen, was in der Medizin an Diagnostik oder Therapie verordnet wird, Evidenz basiert, also möglichst durch randomisierte und kontrollierte Studien „abgesichert“, sei (z.B. Perleth, Raspe 2002).

Schaubild 1

„Clinical Pathways“ setzt Standards für Behandlungsprozesse



Quelle: ADMED-Analyse



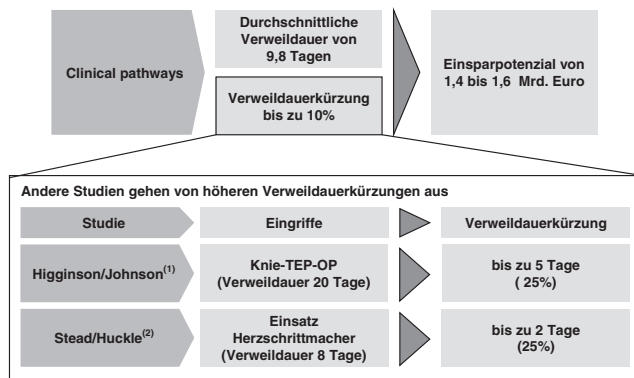
Im Rahmen der EbM werden klinische Behandlungspfade in Bezug auf ihre Erfolgswahrscheinlichkeiten experimentell oder gegebenenfalls mit Hilfe statistischer Methoden nicht-experimentell evaluiert (Benson, Hartz 2000). Nur jene Pfade, die zu einer signifikanten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten führen, werden in die engere Auswahl aufgenommen. Zu diesem Zweck müssen vorhandene Studien systematisch aufbereitet und die Ergebnisse dem praktizierenden Arzt so zur Verfügung gestellt werden, dass sie umgesetzt werden können.

Diese Aufbereitung erfordert erheblichen Aufwand und liegt in der Regel nicht im Interessenspektrum derjenigen Forscher, die die Grenzen wissenschaftlicher Erkenntnisse erweitern, denn wissenschaftliche Anerkennung lässt sich damit nicht gewinnen – hier zählen nur Publikationen in Fachzeitschriften. Im nächsten Schritt kann dann unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Effizienz die Auswahl eines optimalen Behandlungspfades unter Kostengesichtspunkten erfolgen. Der Pfad mit der besten Kosten-Nutzen-Relation wird als Standard definiert (Schaubild 1). Die Wirtschaftlichkeit wird demnach der medizinischen Qualität nachgeordnet.

Wesentliche Voraussetzung zur Anwendung des Konzeptes der *Clinical Pathways* ist einerseits die Schaffung von Transparenz über die Prozessstrukturen und -leistungen der Behandlungen im Krankenhaus und andererseits die Aufnahme von Daten über Behandlungserfolge mit Hilfe einer Behandlungs- und

Schaubild 2

Einsparpotenzial durch „Clinical Pathways“ beläuft sich auf 1,4 bis 1,6 Mrd. €



(1) Higginson/Johnson, Interdisziplinäre Versorgungspfade als Brücke zwischen Akutkrankenhaus und ambulanter Pflege. In: Johnson (Hrsg.) Interdisziplinäre Versorgungspfade - Pathway of care, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto, 2002, S. 105-124
 (2) Stead/Huckie, Interdisziplinäre Versorgungspfade in der Kardiologie. In: Johnson (Hrsg.), Interdisziplinäre Versorgungspfade -Pathways of care, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto, 2002, S. 87-102
 Quelle: Statistisches Bundesamt: Angabe der Verweildauer für 2001; ADMED-Analyse



einer passend gewählten Kontrollgruppe. Die so geschaffene Transparenz erlaubt schließlich sowohl die wissenschaftliche als auch die wirtschaftliche Evaluation der Effektivität der Behandlungen. Im Gegensatz zum so genannten *Gold Standard* medizinischer Forschung, dem kontrollierten Zufallsexperiment (*randomized controlled trial, RCT*), muss diese Evaluation unabdingbar mit Hilfe nicht-experimenteller Ansätze erfolgen. Hier bieten die moderne Statistik und Ökonometrie erhebliche Vorteile gegenüber der medizinischen Statistik und der Epidemiologie, sodass der Ausbau der EbM interdisziplinär angelegt sein muss.

Im Ergebnis kann die Vorgabe von Standards die Verweildauer im Krankenhaus senken, den Dokumentations- und Organisationsaufwand reduzieren und zu einer Optimierung der Logistik beitragen. Dadurch lässt sich eine gewisse Verbetrieblichung des Behandlungsprozesses erreichen. Das Konzept der *Clinical Pathways* kann so auch als Grundlage für die Entgeltverhandlung dienen. Wir gehen davon aus, dass sich durch konsequente Umsetzung dieses Konzepts die Verweildauer um etwa 10% reduzieren lässt. Andere Studien sehen bei gewissen Operationen zum Teil eine deutlich höhere Verkürzung (Schaubild 2). Bei einer Reduzierung von 10 % errechnet sich ein Einsparpotenzial in Höhe von 1,4 bis 1,6 Mrd. €.

2.3 Integrierte Versorgung

Das Konzept der Integrierten Versorgung befasst sich mit dem Abbau von Trennungen zwischen und innerhalb von Versorgungseinheiten. Die Versorgung gliedert sich in verschiedene Felder: die ambulante und stationäre Versorgung, Rehabilitation, Versorgung mit Arzneimitteln und andere. Durch Probleme sowohl an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsformen als auch innerhalb derselben kommt es regelmäßig zu Informations-, Wirkungs- und Qualitätsverlusten, zu Doppeluntersuchungen und schließlich zu Einbußen bei der Wirtschaftlichkeit.

Zur Vermeidung dieser Probleme wird eine stärkere Verzahnung an den Schnittstellen angestrebt. So plant das GMG die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und geht dabei von einem Einsparpotenzial in Höhe von 4,0 Mrd. € aus. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, des elektronischen Rezepts und der Arzneimitteldokumentation und die damit verbundene Schaffung von Transparenz führen nach anfänglichen Investitionsausgaben zu einem erwarteten Einsparvolumen von 1,0 Mrd. € (GMG 2003). Die genannten Zahlen fließen in unsere Studie jedoch nicht ein, da es sich zum Teil um überschneidende Maßnahmen handeln kann. Daneben fördert das GMG die Nutzung des ambulanten Potenzials der Krankenhäuser, erlaubt die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren und sucht eine stärkere Verankerung des Hausarztmodells bzw. des Primärarztprinzips.

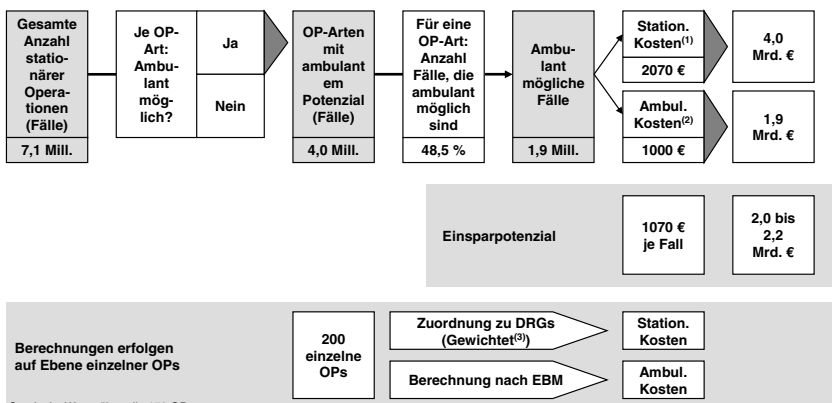
Zur Quantifizierung des ambulanten Potenzials der Krankenhäuser wurden basierend auf einer Datenquelle des *Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO)* ca. 200 häufige, stationär durchgeführte Operationen² einzeln untersucht. Es handelt sich dabei um 7,1 Mill. Fälle. Für jede dieser 200 Operationen erfolgt eine Beurteilung durch Mediziner, in welchem Maße sie prinzipiell ambulant durchgeführt werden können. Dies trifft auf etwa 4,0 Mill. Fälle zu. Von diesen können wiederum je nach Operationsart im Schnitt 49 % ambulant erfolgen. Berücksichtigt wird dabei bereits, in welchem Ausmaß die Operation schon heute ambulant durchgeführt wird. Damit ergeben sich etwa 1,9 Mill. stationäre Fälle, die ambulant durchgeführt werden könnten.

Differenzen in den Behandlungskosten zwischen stationärer und ambulanter Behandlung dienen schließlich zur Quantifizierung des Potenzials. Die stationären Kosten ergeben sich aus der Zuordnung der Behandlungen zu einer oder mehreren DRGs (*Diagnosis related groups*). Die ambulanten Kosten lassen sich über den EBM (*Einheitlichen Bewertungsmaßstab*) errechnen. Die so ermittelten ambulanten Kosten werden um bis zu 100 % erhöht. Dies dient der vorsichtigen Abschätzung, aber auch dazu, den Krankenhäusern einen Anreiz zu bieten, das Potenzial zu nutzen. Im Schnitt ergibt sich damit je Fall

² Kategorisiert nach dem Operationsschlüssel OPS.

Schaubild 3

Nutzung des ambulanten Potenzials reduziert Kosten um 2,0 bis 2,2 Mrd. €



(1) Gemittelte Werte über alle 170 OPs
 (2) Gemittelte Werte über die 10 wichtigsten OPs; die ambulanten Kosten wurden sehr großzügig bemessen
 (3) Ist eine Zuordnung zu mehreren DRGs möglich, erfolgt eine Durchschnittsbildung über die relevanten DRGs
 Quelle: ADMED Analyse; WIdO; Gandjour, A., Bannenberg, A., Lauterbach, K.W., Threshold Volumes Associated With Higher Survival in Health Care, A Systematic Review, in: Medical Care, Volume 41, No. 10, pp 1129-1141, 2003; BNC, Katalog ambulanter (stationsersetzender) Eingriffe nach § 115 b SGB V, 2003



ein Einsparpotenzial von über 1 000 €, in der Summe etwa 2,0 bis 2,2 Mrd. €. Schaubild 3 verdeutlicht die Vorgehensweise.

Die Nutzung des ambulanten Potenzials sollte nach unserer Ansicht jedoch vorwiegend von den Krankenhäusern selbst oder von neu zu gründenden Medizinischen Versorgungszentren erfolgen, für deren Zulassung das GMG die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen hat. Eine Verlagerung von Behandlungen in die Facharztpraxen wird nicht erwogen. Durch die Zusammenarbeit mehrerer Fachärzte unter einem Dach lassen sich zusätzlich zahlreiche Synergieeffekte realisieren, z.B. die gemeinsame Nutzung von teuren Behandlungsgeräten. Auch können sich Fachärzte ähnlich wie bei der Fokussierung der Portfoliostruktur bei Krankenhäusern stärker auf einzelne Behandlungen spezialisieren.

Neben der Nutzung des ambulanten Potenzials ist über die konsequente Einführung des Primärarztprinzips für alle Patienten nachzudenken. Die Vorteile des Primärarztes erwachsen aus folgenden zwei Aufgaben. Er reduziert erstens das medizinische Informationsdefizit des Patienten. Im Vergleich zu den meisten Patienten besitzt der Primärarzt einen Informationsvorsprung und kann daher besser als der Patient die nächsten Schritte beurteilen, insbesondere die Überweisung zu einem Facharzt. Zweitens dient er als „Gesundheitsmanager“. Bei ihm laufen alle Informationen über Behandlungen des Patienten zusammen. So lassen sich ggf. Abhängigkeiten zwischen Krankheiten er-

kennen. Die erfolgreiche Umsetzung des Primärarztprinzips dürfte eine spezifische Weiterbildung des Allgemeinarztes erforderlich machen. Als Primärarzt kommen der Hausarzt, aber auch der Kinderarzt, der Gynäkologe und der Augenarzt in Frage.

Erfahrungswerte privater Krankenkassen mit Primärarztmodellen lassen Einsparvolumina von bis zu 25 % erwarten (Deutsches Ärzteblatt 2003; Schmidt 1999). Bei dieser hohen Zahl kann jedoch eine gewisse positive Risikoselektion in die Primärarzttarife nicht ausgeschlossen werden. Vor allem relativ gesunde Kunden könnten bevorzugt den günstigeren Primärarzttarif gewählt haben, weil sie ohnehin nur selten einen Arzt aufsuchen. Nimmt man ein Einsparpotenzial von nur 2,5 % an, so könnte bei den heutigen Kosten im Bereich der niedergelassenen Ärzte (ohne Zahnärzte) von 24 Mrd. € etwa 0,6 bis 0,7 Mrd. € eingespart werden.

3. Sekundärleistungen von Leistungserbringern

Die Sekundärleistungen von Leistungserbringern umfassen jene Leistungen, die nicht-originär am Kunden erbracht werden, sondern die die Erstellung der Primärleistungen unterstützen. Bei Krankenhäusern handelt es sich beispielsweise um die Verwaltung, den Einkauf, die Wäscherei, die Küche und andere, bei Krankenkassen um die Verwaltung. Untersucht werden im Folgenden nur die Primärleistungen von Krankenhäusern und Krankenkassen.

3.1 Serviceeinrichtungen im Krankenhaus

Das GMG macht keine Aussagen zu Einsparungen bei den Serviceeinrichtungen im Krankenhaus. Gerade hier gehen wir jedoch von einem beachtlichen Einsparvolumen von 2,3 bis 3,3 Mrd. € aus. Durch die Professionalisierung der hausinternen Strukturen – Bündelung von Einkauf, Dienstleistungen und Wartungsverträgen –, vor allem aber durch die Ausgliederung und Zentralisierung von Diensten ließen sich deutlich merkbare Einsparungen realisieren.

In einem konkreten Fallbeispiel der ADMED GmbH ist es durch die Verbundbildung mehrerer kleinerer Krankenhäuser mit insgesamt 800 Betten gelungen, ein siebenstelliges Einsparpotenzial zu realisieren. Eine wichtige Maßnahme stellt die Ausgliederung oder gemeinsame Nutzung der Serviceeinrichtungen Logistik und Einkauf, Wäscherei, Catering, Labor, Facility Management und des Rechenzentrums dar. Besonders kleinere Krankenhäuser können durch die Nutzung der Skaleneffekte stark von dieser Maßnahme profitieren. Ein positiver Nebeneffekt ist die Schaffung von transparenten Verrechnungspreisen für Serviceleistungen als Grundlage für betriebswirtschaftliche Kalkulationen. Einer aktuellen Studie von *AT Kearney* und dem

Deutschen Krankenhausinstitut (DKI; 2003) zu Folge beträgt das Einsparpotenzial bei der Beschaffung in Krankenhäusern sogar 3,6 bis 4,5 Mrd. €.

Neben Kooperationen auf derselben Versorgungsebene bieten solche mit vor- und nachgelagerten Ebenen weitere Einsparpotenziale. Diese Form der Kooperation und somit die Integration verschiedener Versorgungsstufen eröffnen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale.

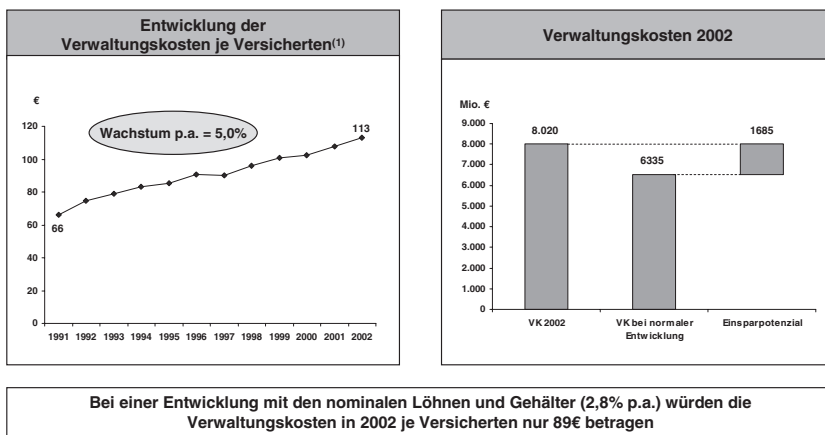
3.2 Verwaltung von Krankenkassen

Das GMG verlangt die Schaffung von effizienten Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen, ohne jedoch konkrete Vorschläge anzuführen. Unabhängig von konkreten Maßnahmen erlauben ein Blick auf die Verwaltungskosten je Versicherten (inklusive Familienmitversicherte) oder der Vergleich zwischen Krankenkassen eine grobe Abschätzung des Einsparpotenzials.

So betragen die Verwaltungskosten je Versicherten gemittelt über alle Krankenkassen 1991 66 €. 2002 beliefen sie sich bereits auf 113 €. Damit stiegen sie jährlich um 5,0 %. Im Vergleich dazu erhöhten sich die nominalen Löhne und Gehälter nur um 2,8 % jährlich. Hätten sich die Verwaltungskosten wie die Lohnkosten erhöht, würden sie heute nur 89 € betragen. Daraus errechnet sich ein Einsparvolumen von ungefähr 1,7 Mrd. € (Schaubild 4).

Schaubild 4

Die Verwaltungskosten je Mitglied in der GKV sind von 1991 bis 2002 stärker als Inflation und Löhne gestiegen

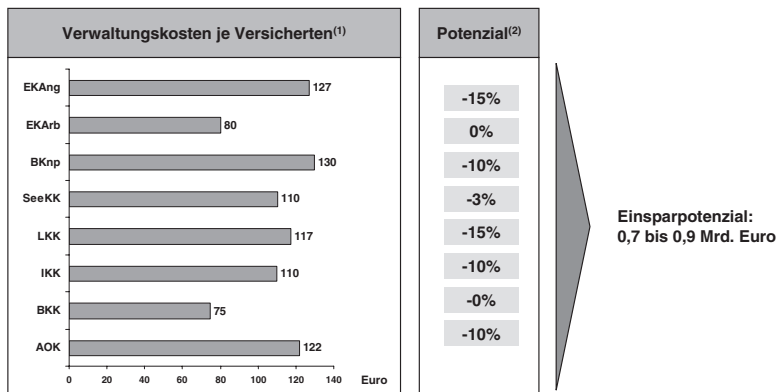


(1) Inklusive Familienmitversicherte
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2002; ADMED-Analyse



Schaubild 5

Benchmarking der Krankenkassen untereinander weist Einsparpotenzial von 0,7 bis 0,9 Mrd. € auf



(1) Beitragszahlende Mitglieder, inklusive Familienmitversicherte
(2) Schätzungen
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2002; ADMED-Analyse



Beim Vergleich verschiedener Krankenkassen, fallen deutliche Unterschiede auf. Günstige Kassen liegen 2002 bei 65 € je Versicherten, während teure schon auf mehr als den doppelten Betrag (135 €) kommen. Zwar mögen die Unterschiede stark von der Mitgliederstruktur abhängen, ob dies jedoch die alleinige Erklärung sein kann, ist zweifelhaft. Eine Senkung der Verwaltungskosten der teureren Kassen beispielsweise um 3 % bis 15 % – je nach Ausgangslage – würde ein Einsparpotenzial von 0,7 bis 0,9 Mrd. € bedeuten (Schaubild 5). Ein ähnliches Einsparpotenzial würde sich bei einem Krankenkassenvergleich ergeben, wenn statt der Verwaltungskosten je Versicherten die Anzahl betreuter Versicherter je Mitarbeiter zugrunde gelegt würde.

Für eine überdurchschnittliche Steigung der Verwaltungskosten und für Unterschiede zwischen den Krankenkassen mag es Gründe geben. Nichtsdestoweniger weisen sie auf Ineffizienzen in der Verwaltung der Krankenkassen hin. Auch die praktische Fallarbeit zeigt immer wieder nennenswerte Effizienzpotenziale auf. So steht die Professionalisierung der Strukturen noch am Anfang. Hier seien nur einige Beispiele genannt.

Neben verstärkter zentraler Abrechnung der Krankenkassen ist darüber nachzudenken, warum die Aufgaben der Kassen sich nicht grundsätzlich auf die Akquise und auf die Abrechnung beschränken sollten und inwieweit sich die Geschäftsabwicklung per Telefon oder Internet automatisieren ließe. Ferner leisten sich manche Krankenkassen ein außerordentlich dichtes Ge-

Schaubild 6

Quantifizierbare Maßnahmen führen zu einem Kostenreduktionspotenzial von 7,5 bis 10 Mrd. € ... und zu positiven Anreizen beim Umgang mit Ressourcen

	Wirkungsmechanismus	Potenzial in Mrd. €
Portfoliostruktur	Konzentration auf Behandlungen mit großen Mengen	0,6 bis 0,8
Clinical pathways	Standardisierung von Behandlungspfaden	1,4 bis 1,6
Integrierte Versorgung	Nutzung des ambulanten Potenzials Anbindung Fachärzte, Med. Versorgungszentren Primärarztprinzip	2,0 bis 2,2 Nicht quantifiziert 0,6 bis 0,7
Serviceleistungen Kliniken	Verbundbildung und Zentralisierung von Dienstleistungen	2,3 bis 3,3
Sekundärleistungen Kassen	Zentralisierung von Dienstleistungen	0,5 bis 1,7

(1) Die heutigen und die geplanten Zuzahlungen belaufen sich bereits auf circa 4,0 Mrd. Euro
Quelle: ADMED Analyse, RWI Analyse



schaftsstellennetz mit Geschäftsstellen in besten Lagen. Eine Straffung dieses Netzes würde zu niedrigeren Mietausgaben führen. Darüber hinaus würden Kooperationsmöglichkeiten auf natürliche Weise besser genutzt. Aber auch ohne eine solche Straffung bietet die gemeinsame Nutzung von Rechenzentren und Spezialisten Kosteneinsparmöglichkeiten. Bei konkreten Praxisfällen waren durch einige der oben genannten Maßnahmen Einsparungen in Höhe von 10,70 € je Versichertem möglich. In Summe würde sich ein Einsparpotenzial in der Größenordnung von 0,7 bis 0,8 Mrd. € ergeben.

Schaubild 6 fasst die diskutierten Einsparpotenziale im Bereich Primär- und Sekundärleistungen zusammen. Nicht berücksichtigt sind Zahlen, die das GMG für andere Maßnahmen bereits nennt. Aufgeführt sind nur solche Maßnahmen, die das GMG entweder nicht beziffert (Integrierte Versorgung und Sekundärleistungen der Kassen) oder überhaupt nicht berücksichtigt (Portfoliostruktur, *Clinical Pathways*, Serviceeinrichtungen der Kliniken). In der Summe ergibt sich ein Einsparpotenzial von 7,5 bis 10 Mrd. €.

4. Systemregulierung

Unter dem Begriff Systemregulierung sind sämtliche Regulierungen im Gesundheitswesen zu verstehen. Ihre Anreizwirkungen auf die Beteiligten – Leistungserbringer, Patienten, Verbände und andere – sind nicht zu vernachlässigen und häufig Ursache für einen sorglosen Umgang mit Ressourcen. Daher

werden im Weiteren Regulierungen, ihre Auswirkungen und mögliche Alternativen diskutiert. Ein Kostensenkungspotenzial lässt sich hier nicht unmittelbar abschätzen. Vielmehr besteht noch Forschungsbedarf hinsichtlich der konkreten Effekte veränderter Anreizmechanismen auf die Kostenseite.

4.1 Anreizmechanismen

Gesundheitsgüter unterscheiden sich in mehrerlei Hinsicht von „normalen“ Gütern des täglichen Lebens. So ist der Markt für Gesundheitsleistungen durch unvollkommene Information und große Informationsasymmetrien zwischen den Marktteilnehmern gekennzeichnet. Daneben kann es zu externen Effekten kommen, z.B. bei ansteckenden Krankheiten oder bei der Bereitstellung einer medizinischen Infrastruktur. All dies kann zu Marktunvollkommenheiten oder gar Marktversagen führen, die einen unregulierten Markt für Gesundheitsgüter aus theoretischer Sicht nicht wünschenswert erscheinen lassen.

In der öffentlichen Debatte wird allerdings häufig der „essenzielle“ Charakter von Gesundheit als deren entscheidende Besonderheit ins Zentrum der Betrachtung gerückt. D.h. das Gut Gesundheit sei von so herausragender Bedeutung, dass die Zahlungsbereitschaft für Gesundheit nur durch die Zahlungsfähigkeit eines Individuums beschränkt sei. Um zu verhindern, dass die Gesundheit eines Menschen – im Extremfall sein Überleben – von seinem „Geldbeutel“ abhängt, wird es daher häufig als angemessen betrachtet, Gesundheit nicht als ökonomisches Gut zu behandeln und Gesundheitsleistungen aus Perspektive der Patienten nicht mit Preisen zu versehen.

Eine solche Argumentation verkennt jedoch zwei zentrale Aspekte. Zum einen ist das Bild von Gesundheit als einem absolut essenziellen Gut für Notfallsituationen zwar berechtigt, trifft für viele andere Gesundheitsleistungen aber nicht zu. So gibt es Situationen, bei denen – Marktpreise vorausgesetzt – Patienten durchaus in der Lage und bereit wären, abzuwägen, ob (und wo) sie die entsprechende Leistung in Anspruch nehmen wollen. Zum anderen steht gesamtgesellschaftlich der ökonomische Charakter des Gutes Gesundheit völlig außer Frage. Ressourcen, die für Gesundheitsleistungen verbraucht werden, stehen für alternative Verwendungen nicht mehr zu Verfügung. Die Diskussion über eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen reflektiert gerade dessen ökonomischen Charakter.

Ein entscheidender Fehlanreiz des bestehenden Gesundheitssystems liegt daher darin, den Patienten den Eindruck zu vermitteln, Gesundheitsleistungen seien kein ökonomisches Gut, d.h. nicht knapp. Patienten werden dadurch zur Inanspruchnahme von Leistungen motiviert, die weit über das Maß hinausgehen, das sie zu konsumieren bereit wären, würde ihnen unmittelbar deutlich, dass durch die Inanspruchnahme auf andere Güter verzichtet werden muss.

Auf der anderen Seite soll das Argument ernst genommen, dass der Zugang zu essenziellen Gesundheitsleistungen nicht durch die Zahlungsfähigkeit der Patienten behindert werden soll. Um Patienten zu einem Kosten bewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen zu motivieren, schlagen wir daher ein System gedeckelter Selbstbehalte für Patienten vor.

Wettbewerb zwischen Leistungserbringern gilt generell – und damit auch auf dem Markt für Gesundheitsleistungen – als zentrale Voraussetzung für eine effiziente Allokation knapper Ressourcen. Allerdings sind im Gesundheitsbereich auf Seiten der Leistungsanbieter Wettbewerbsstrukturen nur äußerst rudimentär ausgebildet. Es handelt sich heute um ein zum Teil sehr wettbewerbsfeindliches Gebiet, auf dem Preise und Vertragsstrukturen häufig staatlich reguliert sind. So ist es den gesetzlichen Kassen aufgrund zentralisierter Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und von Kontrahierungszwängen kaum möglich, Wettbewerbsdruck – unter dem die Kassen selbst stehen – an die Erbringer von Gesundheitsleistungen weiter zu geben. Außerdem besteht keine Zulassungsfreiheit für Ärzte und Apotheker, was bei den verantwortlichen Zulassungsbehörden zu einer intransparenten und ineffizienten Vergabep Praxis bei den Zulassungen, in schwerem Fall zu Günstlingswirtschaft führen kann. Wir schlagen auch hier den Aufbau wettbewerbsfreundlicher Strukturen vor.

4.2 Anreize für kostenbewusste Nachfrage

Das GMG hat die Zuzahlungen bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten ab 2004 erhöht und eine Praxisgebühr von 10 € pro Quartal eingeführt. Für Arzneimittel ist ein Selbstkostenanteil von 10 % des Preises zu übernehmen, mindestens jedoch 5 €, maximal 10 €. Je Krankenhaustag sind 10 € vom Patienten zu tragen, maximal 280 €. Es wird erwartet, dass sich die Patientenzahlungen insgesamt um 3,2 Mrd. € im Jahr erhöhen. Begleitet werden diese Maßnahmen durch Bonusprogramme bei der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen.

Grundsätzlich sind Eigenbeteiligungen seitens der Patienten zu befürworten. Fragwürdig ist jedoch die Ausgestaltung der Zuzahlungen, wenn sie – wie im GMG – teilweise unabhängig von den Kosten der Gesundheitsleistungen sind. So führt z.B. die Mindestzuzahlung bei Arzneimitteln von 5 € dazu, dass der Patient bei Produkten mit einem Preis unter 50 € keinerlei Preisdifferenzen spürt und daher nicht nach kleinen Packungen fragt. Kosten steigernd dürfte auch der durch die Zuzahlungen verursachte Verwaltungsaufwand wirken – besonders im Hinblick auf die Feststellung der individuellen Obergrenzen der Zuzahlungen. Hier ließe sich durch geschickte Ausgestaltung der Regeln der Verwaltungsaufwand begrenzen.

Im Folgenden werden vier Gestaltungsparameter auf ihre Anreizwirkung hin untersucht. Dabei ist von folgenden Prämissen auszugehen: Die Beiträge zur

GKV sollen unabhängig vom persönlichen Krankheitsrisiko sein und Anreize zur Risikoselektion seitens der Krankenkassen verhindert werden. Die Anreizwirkung soll derart beschaffen sein, dass Patienten kostenbewusst Gesundheitsgüter nachfragen, einkommensschwache Patienten sich aber trotzdem Gesundheitsgüter leisten können. Schließlich soll das System einfach und verständlich gestaltet sein. Im Einzelnen:

- Beitragsrückerstattungen erhält der Patient, wenn er in einem Jahr keine Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat. Präventionsmaßnahmen werden davon häufig ausgenommen.
- Ex post-Rabatte bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen sind vergleichbar mit Schadensfreiheitsrabatten bei Kfz-Haftpflichtversicherungen. Die Höhe der Beiträge sinkt, wenn der Patient in einem Jahr keine Leistungen in Anspruch genommen hat.
- Bonusprogramme belohnen die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen.
- Bei Selbstbehalten trägt der Patient einen Teil seiner Gesundheitskosten selbst.

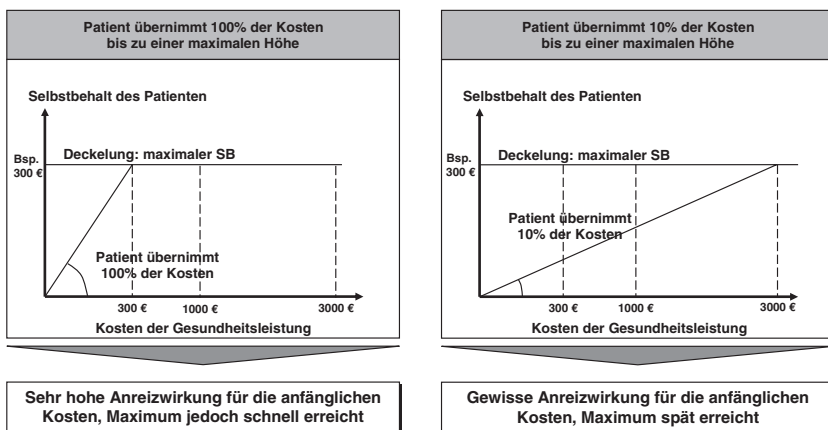
Bei Beitragsrückerstattungen bestimmt der Patient, ab welcher Höhe er sich seine Gesundheitskosten von der Krankenkasse erstatten lässt, um die Rückerstattung nicht zu verlieren. Damit ist die sie konzeptionell äquivalent zu den unten angesprochenen Selbstbehalten. Beide Instrumente ließen sich jeweils so ausgestalten, dass es ex post zu den gleichen Zahlungsströmen käme. Allerdings stellen Selbstbehalte die Verknüpfung von Leistungen und Kosten unmittelbarer her. Sie erscheinen daher als das geeignetere Instrument.

Ex post-Rabatte wirken wie Risikoprämien, wenn sie in Form dauerhaft gesenkter Beiträge ausgestaltet werden. Im Gegensatz zu Risikoprämien bei privaten Krankenversicherern, die auf Basis vergangener gesundheitlicher Beeinträchtigungen festgesetzt werden, würden die impliziten Risikoprämien aus Ex post-Rabatten aktuelle Krankheiten in die Kalkulation einbeziehen. Dies ist jedoch ein unerwünschter Effekt. Werden die Rabatte allerdings jährlich neu festgelegt, so können sie als Beitragsrückerstattung und somit ebenfalls als äquivalent zum Selbstbehalt angesehen werden.

Bonusprogramme erhöhen den Anreiz zur Teilnahme, der durch den verhaltenspsychologischen Effekt der Belohnung noch verstärkt wird. Sie leisten daher einen Beitrag zur Reduktion von Folgekosten und sind insofern grundsätzlich zu begrüßen. Krankenkassen sollten bei ihrer Gestaltung weitgehend freien Spielraum erhalten, da sich Bonusprogramme kaum als Instrument zur Risikoselektion eignen. Programmangebote, die offensichtlich doch diesem Zweck dienen – wie etwa Sportangebote, die nur von körperlich sehr leistungsfähigen Versicherten wahrgenommen werden könnten –, sind allerdings auszuschließen.

Schaubild 7

Zwei Parameter bestimmen die Ausgestaltung des Selbstbehalts
Maximaler SB und relativer Anteil an Kostenübernahme durch Patienten



Anmerkung: Durch Vermeidung von Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Behandlungen in der ersten Variante sind Folgekosten ggf. höher
 Quelle: RWI Analyse



Selbstbehalte stellen unter den oben genannten Prämissen grundsätzlich die beste Möglichkeit zur Anreizgestaltung dar. Zur Vermeidung von Risikoselektion müssen jedoch gleiche Regeln für alle Krankenkassen und für alle Pflichtversicherten gelten. Ansonsten könnten Krankenkassen durch das Angebot von Tarifen mit hohem Selbstbehalt versuchen, vor allem die guten Risiken an sich zu binden. Außerdem würden Patienten mit geringem Krankheitsrisiko einen hohen Selbstbehalt wählen und sich damit dem Grundgedanken der Versicherung, der Umverteilung zwischen Kranken und Gesunden, zum Teil entziehen. Im Folgenden soll ein Konzept vorgestellt werden, das durch eine konsequente Selbstbeteiligung der Patienten an ihren Gesundheitskosten den Anreiz zu einem Ressourcen schonenden Umgang erhöht. Das Konzept bezieht sich auf das bestehende System, könnte aber auch auf ein System mit Gesundheitsprämien angepasst werden.

Bei der Frage nach der Ausgestaltung eines Selbstbehalts spielen zwei Parameter eine Rolle: der prozentuale Anteil der Kostenübernahme durch den Patienten sowie die maximale Höhe des Selbstbehalts (Schaubild 7). Eine Kostenübernahme seitens des Patienten von 100 % unterhalb eines maximalen Selbstbehalts von beispielsweise 300 oder 500 € im Jahr, wie er häufig bei privaten Krankenversicherern zu finden ist, entfaltet insgesamt nur eine schwache Anreizwirkung. Die für die ersten 300 € zwar sehr starke Anreizwirkung würde bei Überschreiten dieser Schwelle vollkommen verloren gehen. Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben eines Versicherten der GKV belau-

fen sich gegenwärtig auf etwa 1 800 € im Jahr. Die meisten Versicherten würden bei diesem Modell keinerlei Änderungen in ihrem Verhalten vornehmen. Außerdem würden manche Patienten mit geringen Gesundheitsausgaben zur Vermeidung der vollen Kostenübernahme für die ersten 300 € auf Behandlungen völlig verzichten und dadurch tendenziell die Folgekosten erhöhen.

Die vorliegende Studie schlägt deshalb eine anteilige, aber gedeckelte Kostenübernahme vor. Mitunter werden Tarifelemente, die eine anteilige Kostenübernahme von weniger als 100 % vorsehen, nicht als Selbstbehalte, sondern als Zuzahlungen bezeichnet (z.B. Schellhorn 2002: 419). In dieser Terminologie sprechen wir uns für eine Zuzahlung und keinen absoluten Selbstbehalt aus. Wir schlagen einen anteiligen Selbstbehalt von 10 % der tatsächlich angefallenen Gesundheitskosten vor. Ab einer gewissen Höhe an Gesundheitskosten entfällt der Selbstbehalt. Diese Höhe bestimmt sich über den Jahresbeitrag, der an die Krankenkasse zu entrichten ist.

Es werden separate Selbstbehalte für Medikamente, ambulante und stationäre Leistungen gewählt, um für jede Behandlungsart die Anreizwirkung aufrecht zu erhalten, wenn der Selbstbehalt durch eine andere Behandlungsart sonst schon ausgeschöpft wäre. Die Kalibrierung der Parameter wird derart gewählt, dass die maximale Zuzahlung bei Krankenhausleistungen höher liegt als bei anderen. Dies spiegelt wieder, dass der Krankenhausbereich die höchsten Kosten im Gesundheitswesen verursacht.³

Für Arzneimittel schlagen wir einen maximalen Selbstbehalt von 6 % vom Jahresbeitrag zur Krankenkasse vor. Dieser variiert damit je nach Lohn Einkommen zwischen 0 und ca. 358 €⁴. Die entsprechende Schwelle an Gesamtjahreskosten, bis zu der bei Inanspruchnahme Zuzahlungen fällig werden, würde wegen des Selbstbezalts von 10 % somit zwischen 0 und 3 580 € liegen. Für ambulante Behandlungen schlagen wir ebenfalls 6 % vor; für stationäre Leistungen indessen 8 % des Jahresbeitrags, d.h. 0 bis 477 €, also eine Schwelle von 0 bis 4 770 €. Präventivmaßnahmen werden von Selbsthalten vollständig befreit. Da die Einkommensabhängigkeit des maximalen Selbstbezalts bereits soziale Härtefälle berücksichtigt, wird seine Abhängigkeit von der Art der Erkrankung nicht in Erwägung gezogen.

Der Jahresbeitrag zur Krankenkasse wurde als Grundlage für die Bestimmung der maximalen Zuzahlung gewählt, weil die Krankenkasse diese Infor-

³ Zwar sind stationäre Behandlungen häufig nicht vermeidbar, bei den wenigsten Fällen handelt es sich aber um Notfälle. Vielmehr geht einer Behandlung oftmals eine längere Phase der Entscheidungsfindung voraus. Der höhere maximale Selbstbehalt bei stationärer Behandlung soll gerade einen Anreiz setzen, in dieser Phase ein Krankenhaus mit günstigem Preis-Leistungsverhältnis zu suchen.

⁴ Dies entspricht 6 % des durch die Beitragsbemessungsgrenze vorgegeben Maximalbeitrags von 5 962 € (Stand 2003).

mation bereits besitzt und keinen zusätzlichen Verwaltungsaufwand durch Datenaustausch mit den Finanzämtern erforderlich macht. Derart gestaltete Selbstbehalte ließen sich damit einfach in das bestehende System der GKV integrieren. Die Höhe der maximalen Selbstbehalte kommt den bestehenden Regelungen im stationären Bereich und bei Medikamenten nahe; das GMG verlangt bei Medikamenten eine 10 %ige Zuzahlung ab 2004 und legt den maximalen Selbstbehalt bei 2 % des Einkommens fest. Durch die Deckelung des maximalen Selbstbehalts werden insbesondere auch bei chronisch Kranken soziale Aspekte berücksichtigt.

Durch das vorgeschlagene Konzept werden nach ersten Rechnungen Patienten insgesamt mit ungefähr 8 bis 9 Mrd. € jährlich belastet. Tatsächlich fällt die Zusatzbelastung jedoch deutlich geringer aus, da bereits heute existierende Eigenbeteiligungen der Patienten ersetzt statt erweitert werden. Nach Inkrafttreten des GMG 2004 ist mit einer gesamten Belastung in Höhe von 6,4 Mrd. € zu rechnen, sodass die Zusatzbelastung nur ungefähr 2 Mrd. € betragen würde. Gleichzeitig lassen sich aber die Beitragssätze zur GKV reduzieren. Zusammen mit der Beseitigung der oben genannten Ineffizienzen würde die Ausgabenseite um 9,5 bis 12 Mrd. € entlastet bzw. könnte der Beitragssatz um 0,9 bis 1,1 %-Punkte gesenkt werden. Schaubild 8 gibt einen Überblick über den maximalen Selbstbehalt und über die Entlastung bei den Beiträgen.

Schaubild 8

Der maximale Selbstbehalt ist einkommensabhängig Durch Beitragssatzsenkung fällt die Gesamtbelastung jedoch geringer aus

Jahres- einkommen in €	Jahres- beitrag ⁽¹⁾ in €	Maximaler Selbstbehalt in €				Beitrags- ersparnis ⁽³⁾ in €	
		Medikamente	Ambulant	Stationär	Gesamt ⁽²⁾		
8.280	1.192	72	72	95	238	17	83
16.560	2.385	143	143	191	477	33	166
24.840	3.577	215	215	286	715	50	248
33.120	4.769	286	286	382	954	66	331
41.400	5.962	358	358	477	1.192	83	414
Größer als 41.400	5.962	358	358	477	1.192	83	414

- (1) Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil; ohne Berücksichtigung der Reduktion des Jahresbeitrags bei Reduktion des Beitragssatzes
 (2) „Gesamt“ stellt maximale Obergrenze dar, kann deutlich unterschritten werden, wenn eine Behandlungsart nicht voll ausgeschöpft wird
 (3) Basierend auf Beitragsbemessungsgrenze in 2003 und durchschnittlichem Beitragssatz von 14,4%. Erste Spalte: Reduktion um 0,2 Prozentpunkte (ohne Beseitigung der Ineffizienzen); zweite Spalte: Reduktion um 1,0 Prozentpunkte (mit Beseitigung der Ineffizienzen)

Quelle: RWI Analyse



In den Berechnungen nicht enthalten sind Einsparungen, die durch die intendierten Anreize ausgelöst werden. Der Patient dürfte in stärkerem Maße als kostenbewusster Kunde für Gesundheitsleistungen auftreten und damit zu einem Ressourcen schonenden Umgang mit den Gesundheitsgütern beitragen. Derzeit gibt es nur wenige wissenschaftliche Studien, die Aussagen zu diesem Effekt machen können. Allerdings gibt es Hinweise auf einen signifikant positiven Effekt obligatorischer Selbstbehalte auf die Nachfrage von Gesundheitsleistungen (Werblow 2002). An dieser Stelle besteht jedoch weiterer Forschungsbedarf.

Für die Umsetzung des vorgeschlagenen Modells muss der Patient eine Rechnung über seine Gesundheitskosten erhalten. Sowohl im stationären Bereich als auch bei Arzneimitteln ist dies problemlos möglich. Im ambulanten Bereich hingegen kann im derzeitigen System für gesetzlich Versicherte keine exakte Kostenaufstellung durchgeführt werden, da niedergelassene Ärzte nach Punkten vergütet werden. Der Wert dieser Punkte bestimmt sich erst am Jahresende. Grundsätzlich sind zwei Vorgehensweisen denkbar: Der Patient erhält eine Rechnung basierend auf den realisierten Punktwerten des Vorjahres; werden am Ende des Jahres größere Abweichungen festgestellt, erfolgt eine Verrechnung mit nachfolgenden Zahlungen. Oder es wird ein gänzlich neues Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte etabliert. Letzteres ist im Rahmen des Aufbaus effizienter Strukturen ohnehin zu empfehlen und wird im nächsten Abschnitt behandelt.

4.3 Effiziente Strukturen bei den Leistungserbringern

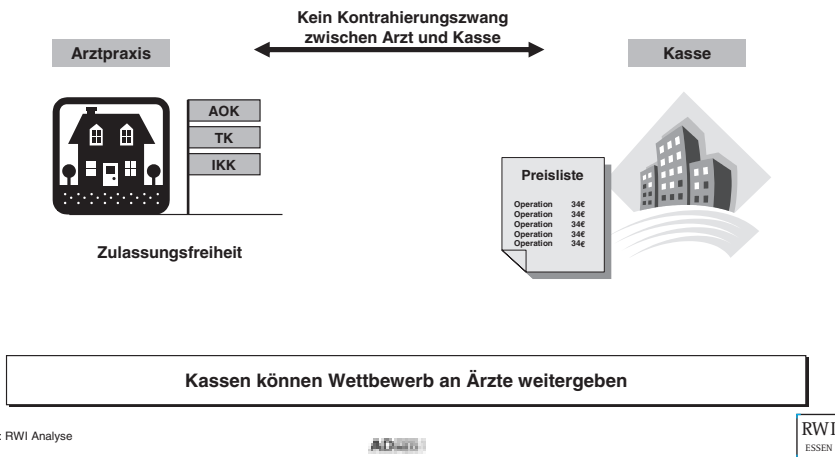
4.3.1 Vertragsstrukturen zwischen Ärzten und Krankenkassen

Um den Rahmen dieser Studie nicht zu sprengen, beschränkt sie sich auf die Vertragsstrukturen zwischen den niedergelassenen Ärzten als Leistungserbringern und den Krankenkassen. Diese Schnittstelle ist insofern von besonderer Bedeutung, als sich an ihr entscheidet, ob im Wettbewerb stehende Kassen den Wettbewerbsdruck an die Leistungserbringer weitergeben können. Im heutigen System ist dies nur sehr eingeschränkt möglich. So besteht keine Niederlassungsfreiheit für Ärzte. In nur wenigen anderen Branchen kennt man ähnliche Beschränkungen, beispielsweise in gewisser Weise bei Handwerkern. Ferner besteht auf Seiten der Ärzte durch die Pflichtmitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung ein Vertragsmonopol, das die Zulassungen für Arztpraxen regelt. Wie in jeder Planwirtschaft fördern diese Strukturen Günstlingswirtschaft bei der Vergabe von Zulassungen.

Ein derart stark regulierter Ordnungsrahmen bedarf grundsätzlich einer Rechtfertigung. Im Gesundheitswesen werden regelmäßig die erwähnten Besonderheiten des Gutes Gesundheit, zu dem ein Zugang sichergestellt werden müsse, als Begründung angeführt. Es bleibt allerdings zu fragen, ob eine zen-

Schaubild 9

Freie Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Kassen ist Voraussetzung für Effizienzgewinne



trale Instanz wie die Kassenärztliche Vereinigung – die die ärztliche Versorgung formal garantiert – notwendig oder auch nur besser in der Lage ist, die ärztliche Versorgung sicher zu stellen, als dies ein stärker marktwirtschaftlich orientierter Ordnungsrahmen könnte. Daher soll im Folgenden dem bestehenden System ein Modell entgegengesetzt werden, das durch Wettbewerb und weit gehende Vertragsfreiheit zwischen den beteiligten Parteien die Voraussetzungen für effizientes Wirtschaften schafft.

Das vorgeschlagene Modell erlaubt jedem Arzt die Gründung einer Praxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums, die Zulassungsbeschränkung ist aufgehoben. Die Krankenkassen bieten für die medizinische Grundversorgung, die für alle Kassen gleich definiert ist, Preise und ggf. auch Mengen an, die die Ärzte annehmen oder ablehnen können. A priori kann auch die Form der Vergütung – als Einzelleistungsvergütung, nach Fallpauschalen oder ähnliches – dem Wettbewerb überlassen werden. Dieser Punkt wird unten ausführlicher erörtert. Jeder Arzt entscheidet sich für diejenigen Krankenkassen, die seiner Meinung nach Kosten deckende Preise bieten (Schaubild 9). Die Kassenärztliche Vereinigung verlöre so ihre Funktion als hoheitlich sanktionierte, zentrale Verhandlungsführerin.

In diesem Modell wird nicht jede Arztpraxis alle Krankenkassen als Vertragspartner haben. Damit kann nicht jeder Versicherte jede beliebige Praxis aufsuchen. Durch den Wettbewerb zwischen den Kassen können sich jedoch Pa-

tienten auch gegen eine Kasse entscheiden, die nur wenige Vertragsärzte als Partner aufweist. Kassen können damit den Ärzten keine Knebelverträge bieten, da die Kassen dadurch ihre Kunden verlieren. Umgekehrt können Ärzte nicht nur hoch vergütete Verträge annehmen, da solche Kassen ihre Beiträge erhöhen müssten und damit Patienten verlieren würden.

Gegen dieses Modell könnten von vielen Seiten Einwände eingebracht werden. Im Folgenden seien einige vorweg genommen.

- Fehlende Praktikabilität aufgrund zu vieler Vertragspartner bei den Vertragsverhandlungen zwischen Ärzten und Kassen

Zunächst sei darauf hingewiesen, dass auch andere Märkte mit Millionen von Teilnehmern funktionieren, zum Beispiel der Telekommunikationsmarkt, aber auch Märkte für lebensnotwendige Güter wie der für Nahrungsmittel. Auf diesen Märkten machen die Anbieter der Produkte einen Preisvorschlag, den der Nachfrager annehmen oder ablehnen kann. Im positiven Falle kauft er das Produkt. Im Gesundheitswesen ist dies genauso denkbar. Die Krankenkassen machen Preis- und ggf. Mengenvorschläge, Ärzte wählen aus dem Angebot der Kassen aus.

- Patienten können nicht mehr jeden Arzt aufsuchen, sondern nur Vertragspartner ihrer Kasse

Dieser Punkt stellt ein entscheidendes Wettbewerbskriterium dar. So können Krankenkassen unter Wettbewerbsdruck kommen, ihre Preise möglichst derart zu gestalten, dass sie auf das Interesse vieler Ärzte stoßen. Gegebenenfalls ließe sich das Modell derart erweitern, dass Patienten zwar einen beliebigen Arzt aufsuchen können, die Differenz aus dem Behandlungspreis des Arztes und der Erstattung ihrer Kasse aber selbst tragen müssen. Schließlich muss allerdings in einem Notfall eine Behandlungspflicht für den Arzt gelten. Die Erstattung der Kosten würde sich dann nach den Preisrichtlinien der Krankenkassen des Notfallpatienten richten.

- Ärzte verlieren ihre „Gewerkschaft“, die Kassenärztliche Vereinigung

Zunächst sei darauf hingewiesen, dass eine Pflichtmitgliedschaft in einer Interessenvertretung gegen die persönliche Freiheit des Einzelnen verstößt. Flächentarifverträge erweisen sich auch in anderen Branchen heute als ein Hemmnis. Schließlich ist die Grundlage für die Einführung der Kassenärztlichen Vereinigung in den 1930er Jahren weggefallen. Damals wurde bemängelt, dass die Kassen durch ihre Marktmacht die Ärzte knebelten. Durch den Wettbewerb um Kunden auf Seiten der Krankenkassen kann davon heute nicht mehr ausgegangen werden. Außerdem besteht für jeden niedergelassenen Arzt die Möglichkeit – wie in allen anderen Branchen auch –, den Markt bei ungünstigen Rahmenbedingungen wieder zu verlassen, wodurch sich über die Patienten ein Druck auf die Kassen einstellt, ihre Konditionen gegenüber Ärzten zu verbessern. Auch hindert niemand die

Ärzte daran, eigene Gewerkschaften oder Interessensverbände auf freiwilliger Basis, eventuell auch große Medizinische Versorgungszentren, zu gründen und damit gegenüber den Kassen an Marktmacht zu gewinnen. Allerdings müssen Zusammenschlüsse und Absprachen sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch ggf. der Kassen den allgemeinen wettbewerbsrechtlichen Einschränkungen genügen, um das Entstehen von Kartellen zu verhindern.

- Die Krankenkassen betreiben in einem solchen Modell Risikoselektion, indem sie für mit schlechten Risiken korrelierte Behandlungen nur sehr geringe Vergütungen anbieten, so dass die Vertragsärzte dieser Kassen entsprechende Behandlungen nicht oder nur in geringen Maße anbieten und Risikopatienten zu anderen Kassen abwanderten

Grundsätzlich sieht das Modell vor, dass, sobald der Arzt den Vertrag einer Kasse angenommen hat, er automatisch einen Kontrahierungszwang für alle Patienten dieser Krankenkasse eingeht. Sollte diese Kasse eine schlechte Vergütung für kostenintensive Behandlungen aufweisen, kann er den Patienten nicht abweisen, er kann ihn jedoch schlechter behandeln als andere, was den Patienten zu einem Wechsel seiner Kasse veranlassen könnte. Sollte der Qualitätswettbewerb zwischen den Ärzten nicht ausreichen, so wäre ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen eine mögliche Lösung. Des Weiteren würde mit der Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigung der Versorgungsauftrag an die Krankenkassen übergehen, so dass diese nicht beliebig schlechte Honorare anbieten können. Eine dritte Möglichkeit wäre, relative Preise der Behandlungen vorzugeben, die Aushandlung absoluter Preise aber den Kassen frei zu stellen.

- Deckelung der Behandlungskosten im ambulanten Bereich ist nicht mehr möglich

Funktionierender Wettbewerb, an dem insbesondere auch die Patienten aktiv über ihren Selbstbehalt teilnehmen, wird sich dämpfend auf den Anstieg der Gesundheitskosten auswirken. Trotzdem bestehen weiterhin – z.B. durch die begrenzte Kostenbeteiligung der Leistungsempfänger – Anreize für eine ungerechtfertigt hohe Leistungsanspruchnahme und damit steigende Kosten. Daher können Krankenkassen dazu übergehen, wie im Falle von Krankenhäusern im Rahmen des DRG-Systems, neben Preisen auch Mengen auszuschreiben. Sollten sie ihren Vertragsärzten eine zu geringe Menge anbieten, könnte dies Patienten zu einem Kassenwechsel animieren.

Für das reibungslose Funktionieren des vorgeschlagenen Modells bildet der freie Kassenwechsel eine wesentliche Voraussetzung. Dieser muss daher möglichst kundenfreundlich gestaltet werden.

4.3.2 Vergütungssysteme der Leistungserbringer

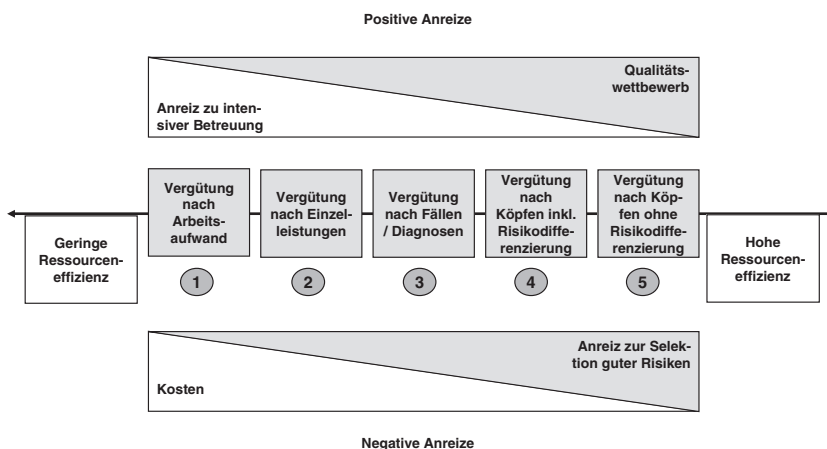
Die Ausgestaltung der Vergütungssysteme ist nicht trivial (z.B. Breyer et al. 2003: 390–392), da potenziell konkurrierende Ziele realisiert werden sollen. So sollen Ärzte Anreize sowohl zu einer kosteneffizienten als auch zu qualitativ guten und quantitativ „angemessenen“ Durchführung von Behandlungen erhalten und außerdem davon abgehalten werden, Patienten nach ihrem Gesundheitszustand oder der Schwere ihrer Erkrankung zu selektieren. Grundsätzlich wird jedes Vergütungsmodell sowohl positive als auch negative Aspekte aufweisen, und es gilt, Vor- und Nachteile abzuwägen (Schaubild 10). Dabei lassen sich zwei – in Hinblick auf das Maß der Kostenverantwortung, die der Arzt trägt – extreme Vergütungsformen vorstellen. Andere existierende oder vorgeschlagene Vergütungsformen liegen zwischen diesen Extremen.

Auf der einen Seite ist eine Vergütung exakt nach Arbeitsaufwand denkbar. Der Arzt rechnet sowohl die Zeit der Behandlung als auch die Sachleistungen exakt nach deren Kosten ab. Er trägt dann keine Kostenverantwortung für die Behandlung seines Patienten. Diese Variante würde zwar einen Anreiz zur intensiven Betreuung des Patienten setzen, aber auch eine geringe Ressourceneffizienz nach sich ziehen, da medizinisch nicht notwendige Behandlungen nicht unterbunden werden.

Das andere Extrem stellt eine Vergütungsvariante dar, die einen Arzt ausschließlich nach der Anzahl an Patienten entlohnt, die von ihm betreut wer-

Schaubild 10

Wahl eines Vergütungsmodells muss positive und negative Aspekte abwägen



den, unabhängig von der für den einzelnen Patienten erbrachten Leistung. Dies würde zwar eine hohe Ressourceneffizienz zur Folge haben, jedoch auch einen starken Anreiz zur Selektion guter Risiken seitens des Arztes setzen. Der Arzt trägt die volle Kostenverantwortung für die Behandlung seines Patienten. Eine Qualitätseinbuße bei der Behandlung ist jedoch nicht notwendigerweise zu erwarten, da Ärzte gerade in diesem System in einem besonders intensiven Qualitätswettbewerb um Kunden stehen würden.

Andere Modelle liegen zwischen diesen Extremen. So kann man sich eine Vergütung nach Köpfen mit einer Risikodifferenzierung vorstellen. Die Vergütung des Arztes hängt dann nicht nur von der Anzahl seiner Patienten ab, sondern auch von deren Risikostruktur. Auch eine Vergütung nach Fällen, wie sie im DRG System bei Krankenhäusern ab 2004 geplant ist, liegt zwischen beiden Extremen; die Vergütung nach Einzelleistungen, wie sie heute bei niedergelassenen Ärzten besteht, geht in die Richtung der ersten Variante. Eine Vergütung nach Fällen bzw. Diagnosen wäre als Mittelweg sicherlich prinzipiell zu begrüßen. Standardisierte Behandlungspfade können mit Hilfe von EbM definiert werden und damit die Behandlungsqualität in diesem Fall steuerbar machen. Eine Empfehlung kann diese Arbeit nicht geben. Das Vergütungsmodell selbst sollte vielmehr ein Wettbewerbselement zwischen Ärzten und Krankenkassen darstellen.

Heute gilt für die Vergütung von Ärzten ein Punktesystem: Die Vergütung erfolgt zwar nach Einzelleistungen, der Preis der Einzelleistung ist jedoch erst am Jahresende bekannt. Die Gesamtheit der Ärzte erhält ein vorgegebenes Budget, welches am Jahresende auf alle von den Arztpraxen erworbenen Punkte verteilt wird. Daraus bestimmt sich schließlich der Wert eines Punktes. Die Ärzteschaft als Ganzes trägt so die volle Kostenverantwortung für ihre Patienten. Dies gilt aber nicht für den einzelnen Arzt, der keinen Anreiz hat, zu Lasten seiner Patienten auf die Erbringung von Leistungen zu verzichten (z.B. Breyer et al. 2003: 391). Dieses System gewährleistet somit, dass im ambulanten Bereich die Kosten für Gesundheitsleistungen gedeckelt werden können, ohne dass dies zu einer Begrenzung oder Verringerung der erbrachten Einzelleistungen führt.⁵

5. Potenziale weiterer Deregulierung

Die Vertragsstrukturen zwischen Ärzten und Krankenkassen und die Art des Selbstbehalts von Patienten sind nur eine Facette des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Im Folgenden sollen kurz zwei weitere angesprochen wer-

⁵ So stiegen die Ausgaben für ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich von 1991 bis 2001 nominal um durchschnittlich 2,5 % p.a., absolut von 30,9 auf 39,3 Mrd. €. Dies entspricht der nominalen Steigerung der Löhne und Gehälter in der gesamten Volkswirtschaft.

den: Wettbewerb zwischen Apotheken und Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherern.

Es bedarf keiner weiteren Begründung, dass die heutigen Restriktionen im Bereich der Apotheken ineffizient sind. Es bestehen ein Fremdbesitz- und ein Mehrbesitzverbot, das heißt, dass eine Apotheke nur von einem Apotheker geführt werden darf und dass ein Apotheker nur eine Apotheke besitzen darf. Das GMG lockert das Mehrbesitzverbot, sodass eine Apotheke drei Filialen besitzen darf; dies ist begrüßenswert. Im nächsten Schritt müssen jedoch sämtliche Verbote aufgehoben werden. Unklar bleibt, welche Besonderheiten des Einzelhandels mit Medikamenten es rechtfertigen, dass Apotheken im Gegensatz zu anderen Branchen einer staatlich verordneten Preisordnung unterliegen. Wie zwischen Ärzten und Krankenkassen ist Vertragsfreiheit auch zwischen Apothekern und Krankenkassen vorstellbar. Der Patient würde aufgrund seiner Selbstbeteiligung einen Wettbewerbsdruck auf Apotheken ausüben.

Im Bereich der privaten Versicherungen gibt es derzeit praktisch nur Wettbewerb um Neukunden. Der Wettbewerb um Bestandskunden findet nicht statt, da der Wechsel einem Kunden unverhältnismäßig hohe Kosten aufbürdet. Hauptursache dahinter ist der Verlust der versicherungsintern gebildeten Altersrückstellungen, die bei einem Wechsel zu einer anderen Versicherung, beim Erstversicherer verbleiben und damit dem Kunden verloren gehen.

Um den Wettbewerb bei den Bestandskunden zu ermöglichen, muss die Portabilität der Altersrückstellungen gewährleistet werden. Wie Anreiz kompatible Wechselmodalitäten zu gestalten sind, die verhindern, aufgrund des Gesundheitsrisikos oder seiner Veränderung die Krankenkasse zu wechseln, ist im Grundsatz bekannt (z.B. Meyer 1992). In einem solchen Anreiz kompatiblen System spielen die bis zum Wechselzeitpunkt eingezahlten Prämien für die Berechnung der zu übertragenden Altersrückstellung keine Rolle. Wichtig sind nur die zukünftig zu erwartenden Prämien und Auszahlungen des Kunden.⁶

Kriterien im Wettbewerb um Bestandskunden sind unter diesen Bedingungen die konkrete Bewertung des Risikos des Einzelnen, die Serviceleistungen und im Allgemeinen das Preis-Leistungsverhältnis der Versicherer. Der Kunde selbst wird jedoch selbst bei einer Risikoverbesserung dies nicht in eine gerin-

⁶ Sind beim Erstversicherer zum Zeitpunkt des Wechsels die erwarteten Kosten des Versicherungsnehmers aufgrund eines verschlechterten – gegebenenfalls altersbedingten – Risikos in Zukunft höher als die Prämieinnahmen, so muss er dem neuen Versicherer die Differenz erstatten. Im umgekehrten Fall einer Risikoverbesserung heißt dies natürlich, dass der neue Versicherer dem Erstversicherer den Risikogewinn auszahlen muss. Notwendiger Bestandteil eines Anreiz kompatiblen System des Kassenwechsels ist ein erneuter Risikocheck zum Wechselzeitpunkt, dessen Ergebnis von beiden Kassen anerkannt werden muss.

gere Prämie umsetzen können, da sein neuer Versicherer diesen Risikogewinn an seinen alten Versicherer auszahlen müsste.

6. Fazit

Diese Arbeit hatte zum Ziel, einen Beitrag zur aktuellen Diskussion über Reformen im deutschen Gesundheitssystem zu leisten. Dabei ging es insbesondere darum, den Fokus der öffentlichen Debatte auf einen vergleichsweise wenig beachteten Aspekt zu lenken, die Ausgabenseite. Hier sind erhebliche Effizienzsteigerungen möglich, durch die die finanziell kritische Situation gelindert werden kann. Unter diesem Blickwinkel wurden insbesondere drei Bereiche – die Primärleistungen von Krankenhäusern und Ärzten, die Sekundärleistungen von Serviceeinrichtungen und Krankenkassen und schließlich Aspekte der Systemregulierung – betrachtet.

Auf Basis der zur Verfügung stehenden Informationen sind allein in den ersten beiden Bereichen jährliche Kostensenkungen von mindestens 7,5 bis 10 Mrd. € möglich. Diese könnten insbesondere durch eine Bereinigung der Portfoliostruktur der Krankenhäuser, die konsequente Umsetzung von Ansätzen „Evidenz basierter Medizin“, einer Stärkung der Integrierten Versorgung und Behebung von Ineffizienzen bei Sekundärleistungen von Krankenhäusern und bei den Verwaltungen der Krankenkassen realisiert werden. Über die Quantifizierung von Potenzialen anderer Effizienz steigernder Maßnahmen besteht dagegen Unsicherheit. Dies gilt besonders für die Wirkung von Anreizinstrumenten auf das Verhalten von Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen. Hierzu liegen bislang nur sehr begrenzt empirische Erkenntnisse für Deutschland vor. Weitere empirische Untersuchungen sind daher für eine rationale Umgestaltung des Gesundheitssystems notwendig.

Literatur

- Allianz AG (Hrsg.) (2003), Economic Trend Report, Gesundheitswesen – Reformbedarf und Handlungsoptionen, Allianz Group Research 2/2003. München.
- A.T. Kearney und DKI (Hrsg.) (2003), *Best Practice in der Beschaffung im Krankenhaus*. Internet: www.dki.de/PDF/Beschaffung_im_Krankenhaus.pdf.
- Benson K. and A.J. Hartz (2000), A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *New England Journal of Medicine* 342: 1878–1886.
- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kiefmann, M. (2003), *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (Hrsg.) (2002), *Qualität sichtbar machen – BQS-Qualitätsreport 2001*. Internet: www.bqs-online.de/download/Qualitaetsreport_2001.pdf.

- Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.) (2003), Kieler Alternative. Schriftenreihe 96. Kiel.
- Gandjour A., A. Bannenberg and K. Lauterbach K. (2003), Threshold Volumes Associated With Higher Survival in Health Care. *Medical Care* 41: 1129–1141.
- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) (2003), Internet: www.bmgs.bund.de/downloads/GKV_Modernisierungsgesetz.pdf.
- Higginson, A. und S. Johnson (2002), Interdisziplinäre Versorgungspfade als Brücke zwischen Akutkrankenhaus und ambulanter Pflege. In S. Johnson (Hrsg.), 105–124.
- Johnson, X. (Hrsg.) (2002), *Interdisziplinäre Versorgungspfade – Pathway of care*. Bern et al.: Hans Huber
- Kommission „Soziale Sicherheit“ (Hrsg.) (2003), *Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme*. Berlin.
- Meyer, U. (1992), Zwei überflüssige Wettbewerbshemmnisse in der privaten Krankenversicherung. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Sozialpolitik und Wissenschaft*. Positionen zur Theorie und Praxis der sozialen Hilfen. Frankfurt a.M.
- O.V. (2003), Hausarzttarife gefragt. *Deutsches Ärzteblatt* 100 (16): 74.
- Perleth, M. und H. Raspe (2002), Splitter 4: Levels of Evidence – Was sagen sie wirklich aus? Internet: www.ebm-netzwerk.de.
- Sackett, D.L. et al. (1996), Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312: 71–72.
- Schellhorn, M. (2002), Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 71(4): 411–426.
- Schmidt, H.E. (1999), Hausarzttarife in der PKV. In E. Wille und M. Albring (Hrsg.), *Rationalisierungsreserven im Deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Peter Lang, 207–217.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): *Gesundheit – Ausgaben und Personal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden. Internet: www.destatis.de.
- Stead, L. und S. Huckle (2002), Interdisziplinäre Versorgungspfade in der Kardiologie. In S. Johnson (Hrsg.), 87–102.
- Werblov, A. (2002), Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 71(4): 427–436.