

# Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum 18. Hauptgutachten der Monopolkommission 2008/2009 (gem. § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB vom 13. Juli 2010)

Berlin, 15. Sept. 2010

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer Herbert-Lewin-Platz 1 10623 Berlin

# Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer beschränkt sich bei ihren Anmerkungen zum Gutachten der Monopolkommission "Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen" vom 13.07.2010 auf wesentliche Aspekte des Kapitels VI Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Angesichts der laufenden Debatte zum Diskussionsentwurf der Bundesregierung zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) werden einige Aspekte dieses Kapitels nicht kommentiert. Dies betrifft u.a. die Diskussion zur weiteren Handhabung und Ausgestaltung eines einkommensunabhängigen Beitragsanteils/Zusatzbeitrages, die Kostenbeteiligung der Patienten, aber auch z.B. mögliche Bereinigungsmechanismen. Die Bundesärztekammer behält sich eine ergänzende Stellungnahme im Weiteren vor.

Die Bundesärztekammer begrüßt das Bemühen der Monopolkommission, sich mit den Rahmenbedingungen des Wettbewerbes im Gesundheitswesens sowie der Steigerung der Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung auseinanderzusetzen. Die aktuelle Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen erfordert aus Sicht der Bundesärztekammer nicht zuletzt in der Relation des Sozial- und Wettbewerbsrechtes erheblichen Diskussions- und Klärungsbedarf.

Die generelle Einschätzung der Monopolkommission, dass in den letzten Jahren eine Fülle von Grundlagen für das aktive Wettbewerbsgeschehen im deutschen Gesundheitswesen geschaffen wurden, wird geteilt. Dies umfasst u.a. auch die gesetzliche Krankenversicherung und somit die in ihr organisierten Krankenkassen, die, wie auch die anderen Beteiligten im Gesundheitswesen, schon derzeit einem erheblichen Wettbewerbsdruck unterliegen. Die Reduktion von 216 auf 163 Kassen in den letzten 2 Jahren sowie die durch Wettbewerbselemente forcierte Wanderbewegung von Versicherten zwischen den Kassen, zuletzt ca. 590.000 Versicherten allein im 1. Halbjahr 2010, sind Ausdruck dieses Wettbewerbs. ("...sei ein brutaler Preiswettbewerb entstanden..."; Handelsblatt 16.08.2010). Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass schon jetzt viele der u.a. wettbewerbsbedingten Fusionen gesetzlicher Krankenversicherungen nicht dem Ziel einer medizinischen oder ökonomischen Effizienz entsprechen, sondern eher in die Richtung "too big to fail" tendieren.

Die Dynamik der wettbewerbsbedingten Umbrüche hat in Verbindung mit der Debatte zu möglichen Insolvenzen gesetzlicher Krankenkassen und den zu Abwehrmaßnahmen eine Dimension erreicht, die einerseits Versicherte und Patienten massiv beunruhigt und gleichzeitig ad-hoc-Massnahmen der Bundesregierung erfordert hat. Eine weitere Steigerung des Wettbewerbs und die Übernahme der kartellrechtlichen Vorgaben im Bereich der GKV ohne eine klare und verlässliche Abschätzung der Folgewirkungen für alle Beteiligten, eine eindeutige Klärung der Zuständigkeiten sowie der und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen wird Bundesärztekammer abgelehnt. Dies umfasst z.B. auch die Frage, inwiefern die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss durch die Einführung des Kartellrechtes tangiert würden. Derzeit gilt es lediglich als juristische Lehrmeinung, dass der G-BA als untergesetzlicher Normgeber einzuschätzen ist.

Aus Sicht der Bundesärztekammer handelt es sich beim deutschen Gesundheitswesen (Regelungsbereich des SGB V) im Gegensatz zu den Einschätzungen der Monopolkommission um keinen "klassischen" Markt, wie er beispielsweise für den Bereich Telekommunikation oder die Energiewirtschaft postuliert wird.

Die den Forderungen der Monopolkommission impliziten Ansätze einer Übertragung der wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen aus den klassischen Märkten auf das Gesundheitswesen werden daher unter den aktuellen Rahmenbedingungen und massiven Unausgewogenheiten zwischen Sozial- und Kartellrecht abgelehnt.

Die Versicherten und Patienten befinden sich im Vergleich zu "Märkten" in einer deutlich anderen Ausgangsposition. Weder der Umfang des in Zukunft zu erwartenden persönlichen, medizinischen Leistungsbedarfes noch die Entscheidung über den in der akuten Situation angemessenen Handlungs- und Betreuungsbedarf sind (insbesondere im Notfall) oder bei Einwilligungsunfähigen mit der Konsumentenrolle eines Verbrauchers im Bereich der klassischen Märkte vergleichbar.

Zudem verfügt der Versicherte bzw. der Patient derzeit bei der Auswahl seiner gesetzlichen Krankenkasse, des behandelnden Arztes oder des betreuenden Krankenhauses über einen hohen Grad an Wahlfreiheit, der in der Bevölkerung sehr geschätzt wird. Die mit den Forderungen der Monopolkommission verbundene massive Zurückdrängung der Kollektivverträge würde in vielen Fällen mit einer deutlichen Einschränkung dieser Wahlfreiheit verbunden sein.

Die unterstellte Steigerung möglicher Optionen für den Versicherten durch eine weitere Forcierung des Wettbewerbes im Sinne einer massiven Ausweitung der Handlungsoptionen der Krankenhassen ist angesichts der langjährigen Erfahrungen in verschiedenen "Märkten" kritisch zu hinterfragen. Weiterhin ist offen, ob die Versicherten eine nominelle Zunahme von potentiellen Wechseloptionen der Relation der aktuell etablierten Wahlfreiheit und Planungssicherheit im Krankheitsfall vorziehen.

Aktuelle Studienergebnisse des Infas-Institutes Bonn deuten ein bis zwei Jahrzehnte nach Liberalisierung der Strom-, Gas- und Telekommunikationsmärkte selbst auf den klassischen "Märkten" in eine andere Richtung. Nur ein geringer Teil der Bevölkerung nutzt faktisch die Fülle der nominellen Wahlmöglichkeiten: "Die große Mehrheit bleibt – allen möglichen Einsparungen zum Trotz – bei ihrem angestammten Anbieter" (Infas-Institut, Bonn, 2.8.2010). Hintergrund sind u.a. der mit einem Wechsel verbundene erhebliche Aufwand, die vielfach geringe Kostenersparnis sowie die Sorge, nach einem Wechsel bedingt durch Pannen ggf. ohne Versorgung dazustehen. Selbst unter der rein theoretischen Annahme einer Übertragbarkeit der Marktmechanismen auf das deutsche Gesundheitswesen wäre eine langfristig anhaltende Wechselbereitschaft mehr als fraglich.

Die durch die Monopolkommission eingeforderte Anwendung des Kartellrechtes auf das Gesundheitswesen und im Besonderen auf die gesetzlichen Krankenkassen wird unter den aktuellen Rahmenbedingungen als nicht zielführend eingeschätzt. Angesichts der begrenzten Ressourcen und der demografischen Herausforderung ist bei dem schon derzeit gegebenen Wettbewerb eine Konsolidierung der Planungssicherheit für alle Beteiligten anzustreben. Dies zeigt nicht zuletzt die lebhafte Debatte zu möglichen Sicherungsmechanismen gegen die Insolvenz einzelner Krankenkassen. Zudem ist einer Zersplitterung des schon aktuell mehr als komplexen Sozialrechtes vorzubeugen.

Der mit der Einführung des Kartellrechts verbundene Wechsel der Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen vom Bundesversicherungsamt auf das Bundeskartellamt würde zu einer Überlagerung des Sozialrechtes durch das Wettbewerbsrecht und zu einer Fülle von Rechtsunsicherheiten führen. Viele der in beiden Rechtsgebieten unbestimmten Rechtsbegriffe müssten tlw. gleichzeitig Anwendung finden. Ein entsprechender Zuständigkeitsstreit zwischen den Sozial- und Zivilgerichten ist absehbar.

Zudem sind auch die Handlungsoptionen des Bundeskartellamtes schon in den klassischen Märkten tlw. eingeschränkt und nur bedingt abschätzbar. Trotz einer Untersagung einer Übernahme eines der 5 Unternehmen durch das Bundeskartellamt, die ca. 85 % des

Tankstellenmarktes kontrollieren, wurde z.B. durch den 1. Kartellsenat des Oberlandesgerichts Düsseldorf am 4.8.2010 die Entscheidung des Bundeskartellamtes aufgehoben. Die noch ausstehende abschließende Klärung könnte weitreichende Konsequenzen auf die Handlungsfähigkeit des Bundeskartellamtes haben

Ebenso ungeklärt ist die direkte und indirekte Auswirkung des europäischen Kartellrechtes auf das deutsche Gesundheitswesen und z.B. den deutschen Leistungskatalog.

Die Monopolkommission fordert zudem eine Stärkung der Befugnisse zur Versorgungssteuerung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Es wird insbesondere auf die Überantwortung der Abrechnung der erbrachten Leistungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Richtung der gesetzlichen Krankenkassen abgehoben. Aus Sicht der Bundesärztekammer erfüllen die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine unverzichtbare Funktion im Kontext der kollektivvertraglichen Abrechnungen und Bereinigungen. Eine Abschaffung bzw. Einschränkung dieser Funktionen, auch im Zusammenhang der Sicherstellung der Versorgung wäre ineffizient und wird abgelehnt. Gerade angesichts der aktuellen Bestrebung einer zunehmend sektorübergreifenden Versorgungsausrichtung und Stärkung der Kooperation aller Beteiligten im Gesundheitswesen sollte eher eine verstärkte Integration z.B. über den Ausbau von innovativen Integrationsverträgen, die Ausgestaltung der Versorgung erfolgen.

Die Bundesärztekammer weist zudem darauf hin, dass es schon in den Beratungen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum GKVV-WSG und GKW-OrgWG deutlich wurde, dass auf kollektivvertragliche Regelungen das Wettbewerbsrecht keine Anwendung finden soll (siehe BT-Drs. 16/4247).

Die durch die Monopolkommission eingeforderte Stärkung des Wettbewerbes im Kontext der integrierten Versorgung gemäß § 140 ff SGB V wird begrüßt, die grundsätzliche Einschätzung, "Im Innovationspotenzial von Integrationsverträgen liegt eine vielversprechende Chance, die Versorgung qualitativ zu verbessern und/oder Kosten zu senken," wird geteilt.

Die generelle Forderung, dass "jede Form der Kooperation von Vertragspartnern nur im Rahmen der geltenden kartellrechtlichen Regelungen zulässig" sein soll, wird nicht geteilt. Die aktuellen Möglichkeiten der §§ 140 ff SGB V sind weitreichend genug und bieten den Beteiligten im Gesundheitswesen eine Fülle an Optionen, Vereinbarungen zu neuen Versorgungsmodellen, Prozessen, aber auch Vergütungen zu treffen. Dies zeigen nicht zuletzt die ca. 7.500 geschlossenen Integrationsverträge. Um das resultierende Innovationsund Wettbewerbspotential besser verfügbar machen zu können, sollten aus Sicht der Bundesärztekammer die Bemühungen zu einer umfassenden Qualitätssicherung und einer Auswertung der Vertragsergebnisse im Sinne einer Versorgungsforschung intensiviert werden. Die Prämisse der Kommission, "dass der Preis ein unverzichtbarer Wettbewerbsparameter ist, der den Kassen für das Angebot ihrer Versicherungsleistungen vollumfänglich zur Verfügung stehen muss", ist daher durch eine qualitätsfokussierte Ausrichtung zu ersetzen.

Die Forderungen der Monopolkommission nach einer Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen, die Relativierung des § 69 SGB V sowie die Aufhebung der Kooperationspflichten der Krankenkassen gem. § 4 Abs. 3 SGB V werden seitens der Bundesärztekammer kritisch gewertet und es wird erheblicher Diskussionsbedarf gesehen.

In der Begründung zu dem am 30.06.2010 durch das Bundeskabinett beschlossenen Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) zu Nummer 9 (§ 69 SGB V) wird deutlich, dass Krankenkassen bei Abschluss von Einzelverträgen eine rein soziale Aufgabe wahrnehmen und daher nach der europäischen Rechtssprechung zum Unternehmensbegriff nicht als Unternehmen anzusehen sind. Die Bundesärztekammer hält auch in diesem Kontext eine detaillierte Erörterung der möglichen Vor- und Nachteile in Kombination mit den seit Jahren etablierten Vorgaben und Verfahrensweisen gemäß SGB V für dringend geboten, um den Stand der medizinischen Versorgung und den Grad der Daseinsvorsorge des deutschen Gesundheitswesens nicht zu gefährden.

Zudem gilt es, die notwendigen und wünschenswerten Regelungen zur Begrenzung der "Marktmacht" und der Einflussnahme der gesetzlichen Krankenkassen zu erörtern. Ggf. kann dies auch durch eine stringente ergänzende Regelung im SGB V erreicht werden. Die Bundesärztekammer teilt jedoch die prinzipielle Intention der Monopolkommission, einer übersteigerten "Marktmacht" bis hin zu einer Marktbeherrschung einzelner Krankenkassen in einer Region oder dem Bundesgebiet vorbeugen zu wollen.

Generell sieht die Bundesärztekammer eher die Gefahr, dass neben einer fehlenden prinzipiellen Klärung, wie weit kartellrechtliche Belange im deutschen Gesundheitswesen sinnvoll eingeführt werden sollten, eine zu schnelle und zu weitreichende Einführung zu erheblichen Verwerfungen für alle Beteiligten und für die Sicherstellung der Patientenversorgung führt. Dies wäre umso mehr bedauerlich, als das deutsche Gesundheitswesen neben seinem guten Ruf bezüglich der medizinischen Qualität und dem zeitnahen Zugang zur Versorgung 2010 mit einem Anteil von ca. 10,4 % am Bruttoinlandsprodukt und 4.5 Millionen Erwerbstätigen auch zunehmend eine sehr relevante volkswirtschaftliche Bedeutung einnimmt. Die Bundesärztekammer hat in diesem Kontext die Initiativen des Kanzleramtes, des Bundesministeriums für Gesundheit sowie des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie zur Stärkung des Gesundheitswesens und zur Vermeidung eines zukünftigen Fachkräftemangels begrüßt und unterstützt.

Diese Ziele können jedoch aus Sicht der Bundesärztekammer gemeinsam nur erreicht werden, wenn die elementaren Unterschiede zwischen dem am Gemeinwohl ausgerichteten und der Daseinsvorsorge verpflichteten Gesundheitswesen (Regelungsbereich des SGB V) und den klassischen Märkten wie der Automobilindustrie etc. Berücksichtigung finden. Es empfiehlt sich daher eine eingehende Diskussion und eine klare Trennung zwischen dem Regelungsbereich des SGB V und dem 2. Gesundheitsmarkt.

Grundsätzlichen Diskussionsbedarf sieht die Bundesärztekammer zum Verständnis der Monopolkommission im Hinblick auf "Effizienz". Hier gilt es aus Sicht der Bundesärztekammer deutlich mehr die medizinischen und qualitativen Aspekte sowie die Besonderheiten der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

Die Bundesärztekammer steht zu diesem Dialog gerne bereit. Die nachfolgenden Positionen zu einzelnen Passagen des Gutachtens sind im Sinne dieses notwendigen Dialoges zu verstehen.

#### Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer im Einzelnen:

# Kapitel VI: "Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung

(S.433 - 501)

#### 1.1. Finanzierungsprobleme in deutschen Gesundheitswesen

"1039: Sowohl Ineffizienzen in der Leistungserstellung als auch Mängel in der bedarfsgerechten Verteilung der Gesundheitsleistungen im deutschen Gesundheitswesen sind empirisch nur schwierig zu untersuchen und damit eindeutig zu belegen.

Um dennoch Anhaltspunkte über die Effizienz des Gesundheitssystems zu sammeln, wird häufig auf Systemvergleiche mit anderen Gesundheitssystemen auf der Basis von OECD-Daten zurückgegriffen. Weil diese Daten zum Teil unterschiedlich abgegrenzt und damit anders erfasst werden, sind die Indikatoren für Ländervergleiche nur unter großer Vorsicht zu interpretieren."

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung der Monopolkommission. Nicht zuletzt hat diese Sachlage dazu geführt, dass die deutsche Ärzteschaft aus eigenen Mitteln eine Initiative zur Versorgungsforschung ins Leben gerufen hat. Viele plakative Behauptungen über Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen sind angesichts methodisch zweifelhafter Vergleiche oder fehlender Daten irreführend, Subsummierungen über Qualität und Effizienzen vielfach für die weitere Systementwicklung nicht verwertbar. Neben einem sorgsameren Umgang mit den Daten und Vergleichen sollte daher ein Ausbau der Versorgungsforschung angestrebt werden.

"1042: So zählte Deutschland im Durchschnitt 7,5 Arztbesuche pro Kopf 2007, 7,3 Arztbesuche in 2003 und 7,5 in 2005"

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die beschriebene Quantität des Arzt-Patientenkontaktes, aber auch die Verfügbarkeit von ca. 5,7 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner dürfte sich in einer demografieadaptierten Relation bewegen. Bei der Interpretation der Auslastungsquoten sollte zudem einerseits die zunehmende Neuorientierung in der Krankenhausplanung der Bundesländer (Tendenz von "bettenzentrierten" in Richtung einer Krankenhaushausplanung), als auch die Notwendigkeit der Vorhaltung von Kapazitäten zur Kompensation von außerordentlichen Schadensereignissen (Großveranstaltungen , Katastrophenschutz, Pandemien etc) im Sinne der unverzichtbaren Daseinsvorsorge Berücksichtigung finden.

"1043: Der Monopolkommission sind die Probleme bewusst, auf der Grundlage weniger Indikatoren eine Aussage über die Effizienz eines Gesundheitssystems zu treffen. Die referierten Daten deuten aber zumindest darauf hin, das Deutschland mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben für das Gesundheitssystem, überdurchschnittlich vielen Arztbesuchen und überdurchschnittlich vielen Krankenhaustagen keine in gleicher Weise überdurchschnittliche Ergebnisqualität aufweist."

Die Feststellung der Monopolkommission, dass die Datengrundlage sehr bedingt gegeben ist und daher nur Andeutungen möglich sind, sollte eher dazu führen, weniger den schwer zu führenden Vergleich mit ausländischen Gesundheitswesen, als die zeitnahe Anpassung der Strukturen an den zukünftigen Versorgungsbedarf einer älter werdenden

Bevölkerung zu suchen. Im gleichen Kapitel stellt die Monopolkommission fest: "Hinsichtlich der Verfügbarkeit moderner medizinsicher Geräte schneidet Deutschland relativ schlecht ab" Dies zeigt u.a., dass derzeit Diskussionen zur Erfassung des zukünftigen Versorgungsbedarfes unter der Prämisse des SGB V "ausreichend. zweckmäßig und notwendig" zur Sicherung einer zukünftigen Versorgung und Planungssicherheit aller Beteiligten des Gesundheitswesens zielführend sind. Die Bundesärztekammer unterstützt die Bemühungen der Gesundheitsministerkonferenz und weiterer Beteiligter, eine moderne, sektorübergreifende und dem regionalen Bedarf gerecht werdende Versorgungsplanung zu implementieren.

Datengrundlagen über die verbesserungsbedürftigen Die Forderung nach Versorgungsqualität (insbesondere der Ergebnisqualität) wird geteilt. Diesem Erfordernis sollte insofern Rechnung getragen werden, dass die Bemühungen in Richtung einer transparenten, auf klaren Kriterien basierenden Qualitätssicherung im Gegensatz zu einer selektivvertragsbezogenen "Kleinstaaterei" von Qualitätssicherungsansätzen, die jegliche Vergleiche verhindern, unterstützt werden. Die Erfahrungen der Uneinheitlichkeit der Qualitätssicherungsansätze in den ca. 7500 Verträgen im Bereich der integrierten Versorgung gemäß §§ 140 ff SGBV sind relativ eindeutig. Leider liegt bis heute keine belastbare Begleitforschung zu diesen Selektivvertragsansätzen vor, um entsprechende Schlüsse für zukünftige Konzepte ziehen zu können.

"1047: Die genauen Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf den Beitragssatz hängen von den verschiedenen dargestellten und teils gegenläufigen Faktoren ab und sind a priori nur sehr grob abzuschätzen. Sie stehen zudem in einem Zusammenhang mit einem weiteren Kostentreiber, der die Nachhaltigkeit des gesetzlichen Versicherungssystems beeinträchtigt: den medizinisch-technologischen Fortschritt erfährt das Gesundheitssystem in erster Linie in Form von Produktinnovationen."

Die Bundesärztekammer verweist in diesem Zusammenhang auf die durch den 112. Deutschen Ärztetag 2009 intensiv eingeforderte Notwendigkeit einer Debatte zu Priorisierungen medizinsicher Leistungen sowie auf die Studienergebnisse des Fritz-Beske-Institutes für Gesundheitssystemforschung, Kiel (2007-2010). Auch wenn die Steigerungen der zukünftigen Beitragssätze nur bedingt eingeschätzt werden können, sollte die Notwendigkeit einer Priorisierungsdebatte unter Einbindung gesundheitssystemrelevanter Kräfte (siehe Vorschlag "Gesundheitsrat") wahrgenommen werden.

### 2. Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung

"1053: Solidarisch bedingte Verteilungswirkungen, die nicht mit dem Prinzip der Individualäquivalenz vereinbar sind, stehen auf den ersten Blick im Widerspruch zu bekannten Mechanismen von Effizienz und Wettbewerb in anderen Märkten. ...Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist deshalb nicht unmittelbar mit den bestehenden Anforderungen aus dem Solidarprinzip kompatibel. Eine Kompatibilität kann nur hergestellt werden, indem über die genannten Verteilungswirkungen hinaus verschiedene Voraussetzungen für einen unverzerrten Leistungswettbewerb hergestellt werden. In diesem Zusammenhang sind Aspekte der Gesundheitspolitik wie "Kontrahierungszwang", "einheitlicher Leistungskatalog" und "Risikostrukturausgleich" ebenso notwendige Bedingung wie der "Schutz vor Wettbewerbsbeschränkungen" sowie "Handlungsspielräume der Kassen im Preis-Leistungsbereich."

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einschätzung der Monopolkommission, dass der Erhalt des Kontrahierungszwanges und des einheitlichen Leistungskataloges wesentliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Systems ist.

#### 3. Wettbewerbsfelder im deutschen Gesundheitswesen

#### 3.2. Das Verhältnis zwischen Wettbewerb und Regulierung

"1058: Durch die Wahl des Versicherungsangebotes einer Kasse steuert der Patient auf diese Weise die Leistungsverträge indirekt, da die Kassen einen Anreiz haben, solche Konditionen zu erzielen, mit denen sie auf dem Versicherungsmarkt Versicherte attrahieren können. Aufseiten der Leistungserbringer besteht der Anreiz, dem Patienten auf dem Behandlungsmarkt eine hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, da sie dies im Wettbewerb um lukrative Verträge auf dem Leistungsmarkt für sich nutzen zu können."

Diese Annahme setzt theoretisch voraus, dass seitens des Patienten eine ungefähre Bedarfsabschätzung (tlw. über Jahrzehnte) möglich ist und er kontinuierlich logischen Argumenten bei seiner Entscheidung folgen kann. Trotz aller verfügbaren Informationen und eines Nichtvorliegens eines Entscheidungsdrucks, z. B. in einer medizinischen Notlage, haben die rational vorliegenden Beitragssatzdifferenzen eine Vielzahl von Versichten über Jahre nicht zu einem Wechsel ihrer Krankenkassen bewogen. Zum Zeitpunkt der Einführung von geringen Zusatzbeiträgen in Höhe von 8 Euro / Monat 2010 ist jedoch ein Wechsel von nahezu 570.000 Versicherten innerhalb der ersten 6 Monaten zu verzeichnen.

Im Vergleich zu den offensichtlichen Differenzbeträgen machen zudem die Vergleiche der unterschiedlichen medizinischen und vertraglichen Angebote einzelner Krankenkassen sowohl Versicherten und Ärzten auch als professionellen Verbraucherschutzinstitutionen erhebliche Probleme.

" 1059: Individuelles Handeln im Wettbewerb der Akteure wird im deutschen Gesundheitssektor vielfach durch sog. korporatistische Elemente oder normative Vereinheitlichungen ersetzt. Die korporatistische Steuerung bezeichnet ein prägendes Merkmal des deutschen Gesundheitswesens. Der Staat hat dabei die unmitttelbare Gestaltung und administrative Steuerung an selbstverwaltete Körperschaften und deren Verbände delegiert….

"1060: Effizienzdefizite des korporatistischen Handelns treten insbesondere dadurch auf, dass diese eine kartellähnliche Wirkung entfaltet. Gemeinsames Handeln der Krankenkassen schränkt den individuellen Handlungsspielraum jeder einzelnen Krankenkasse stark ein. Dies induziert fehlende Differenzierungsmöglichkeiten, sodass die Kassen auf dem Versicherungsmarkt mit einem weitgehend ähnlichen Angebot in Leistungsumfang und Qualität auftreten und den Versicherten die Chance genommen wird, sich für das preislich und qualitativ prferierte Angebot zu entscheiden"

"1061: Nach Auffassung der Monopolkommission sind korporatistische Steuerungsmechanismen aus den vorstehenden Gründen grundsätzlich nicht geeignet, um das Versorgungsangebot effizient zu steuern."

Die Bundesärztekammer widerspricht dieser Einschätzung der Monopolkommission. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte und der aktuell gute Ruf des deutschen Gesundheitswesens im In- und Ausland zeigen, dass über den Schritt der Zusammenarbeit zwischen Staat und Selbstverwaltung ein innovationsfähiges Gesundheitswesen ermöglicht werden konnte. Zudem wird den Versicherten die freie Wahl des Arztes, der gesetzlichen Krankenkassen und des betreuenden Krankenhauses in einer Form ermöglicht, die weltweit einzigartig ist. Die spezifische Aufgabenübernahme und -erfüllung durch die Selbstverwaltungspartner in die Nähe von Kartellen zu rücken, entspricht einem überalterten Klischee und wird abgelehnt. Viele entscheidende Entwicklungen z.B. im Bereich der Qualitätssicherung wären ohne ein gemeinsames Vorgehen der Selbstverwaltungspartner undenkbar gewesen und dienen heute anderen Gesundheitssystemen als Vorbild (z.B. KTQ oder das mittlerweile von der Institution n. § 137a SGB V von der BQS übernommene Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung).

"1062: Aus den dreiseitigen Marktbeziehungen im Gesundheitswesen wird jedoch deutlich, dass der Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt, isoliert betrachtet, nur geringe Auswirkungen auf die Effizienz des Gesundheitssystems haben kann. Vielmehr sind die Interdependenzen zwischen den Märkten zu beachten. Nur soweit die Kassen auch das Leistungsangebot selbstständig kontrollieren, können sich Anreize, die vom Wettbewerb um Patienten ausgehen, auf die Effizienz der Leistungserbringung übertragen."

Infolge der Gesundheitsreformen der letzten Jahre hat sich sowohl zwischen den Krankenkassen als auch den Kliniken und den weiteren Teilnehmern des Gesundheitswesens ein lebhafter Wettbewerb entwickelt. Nicht zuletzt der aktuelle Umsetzungs- und Entscheidungstatbestand nach Einführung des § 116 b SGBV ("hochspezialisierte Leistungen") oder auch die Verträge gem. §§ 140 ff SGB V zeigen, dass z.B. die Krankenkassen schon jetzt einen sehr ausgeprägten Spielraum haben, um Unterschiede in ihrem Leistungs- und Qualitätsangebot zu ermöglichen. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass u.a. die Regelungen zum § 116 b SGB V zu erheblichen Verwerfungen zwischen den Beteiligten geführt und einen nicht unerheblichen rechtlichen Klärungsbedarf nach sich gezogen haben ( 2010 ca. 1000 anhängige Schiedsverfahren).

Die derzeit im Sinne der Effizienz von allen Seiten eingeforderte Bereitschaft zu einem reibungslosen Übergang in Richtung sektorübergreifender Versorgung ist damit unnötig erschwert worden. Die durch die Monopolkommission geforderte "selbständige Kontrolle des Leistungsangebotes" durch die Krankenkassen ist daher eher kontraproduktiv.

# 4. Die Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Versorgung

#### 4.1.Ökonomische Anforderungen an die Steuerung des Leistungsangebots

#### 4.1.1 Das Steuerungsproblem in der Versorgung

"1066: Ein grundsätzliches Problem eines jeden Krankenversicherungssystems liegt in der Schwierigkeit, die "notwendigen" oder "richtigen" Leistungen zur Linderung oder Heilung einer Krankheit eindeutig zu bestimmen. Der durch die GKV versicherte Gesundheitsschaden ist im Vergleich zu anderen Versicherungsmärkten nur eingeschränkt monetär messbar, woraus sich grundsätzliche Probleme für die Erstellung und Verteilung von Versorgungsleistungen ergeben."

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung, dass die Relation zwischen Gesundheit/"Gesundheitsschaden" und ökonomischer Messbarkeit nur sehr bedingt herstellbar ist und auch sein wird.

Die Einschätzung, welche Leistungen zur Linderung und Heilung einer Krankheit notwendig und richtig sind, sollte nach wie vor zunächst dem individuellen Patienten-Arzt-Verhältnis unter den Vorgaben des SBG V vorbehalten sein. Die weitere Ausgestaltung der Prämisse "notwendig" sollte dann durch die gemeinsame Selbstverwaltung und ggf. im Rahmen eines Gesundheitsrates erfolgen. Eine Definition durch die Krankenkassen wird abgelehnt.

"1068: ... können Versicherte der GKV gemäß § 76 SGB V im Krankheitsfall ihren behandelnden Arzt frei wählen, sodass die Voraussetzungen für den Wettbewerb gegeben sind."

Die Einschätzung der Monopolkommission wird durch die Bundesärztekammer geteilt. Das Primat der uneingeschränkten Wahlfreiheit des Arztes ist ein hohes Gut des deutschen Gesundheitswesens und muss daher auch zukünftig beibehalten werden.

#### 4.1.2 Mögliche Effizienzprobleme durch angebotsinduzierte Nachfrage

"1071: Auf dem Leistungsmarkt liegt es im Interesse der Krankenkassen, das Angebot der Leistungserbringer so zu definieren, dass diese ihren vertraglichen Pflichten möglichst effizient nachkommen. Weil die effiziente Durchführung der Versorgungsaufgaben jedoch nur bedingt vertraglich zu regeln ist, entstehen automatisch Kontrollprobleme.

Sofern die Versorgungsleistungen ohne Einschränkung durch die Kasse finanziert werden, haben Ärzte und Krankenhäuser nur schwache Anreize, ihr Angebot auf ein medizinisch vertretbares Maß einzuschränken.

1073: Es zeigt sich, dass ein Gesundheitssystem berücksichtigen muss, dass die Leistungserbringung in der Versorgung stets entsprechend dem individuellen Nutzen der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser optimiert wird."

Die durch die Monopolkommission andiskutierte angebotsinduzierte Nachfrage wird zu einseitig diskutiert. Zudem wird negiert, dass gerade Ärztinnen und Ärzte zunehmend in den Konflikt zwischen den für den einzelnen Patienten medizinisch erforderlichen Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung sowie den ökonomischen Anforderungen und Die Bundesärztekammer Restriktionen durch die Vergütungssystematiken kommen. verweist darüber hinaus auf den Sachverhalt (siehe Fußnote 13 auf S. 446), dass es derzeit völlig offen ist, ob und in welcher Dimension eine angebotsinduzierte Nachfrage im deutschen Gesundheitssystem vorliegt.

Zugleich wird in der Darlegung übersehen, dass Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis schon seit langem eine Vielzahl von unbezahlten Leistungen und Überstunden erbringen, um an 365 Tagen eine durchgehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu ermöglichen. Aktuelle Studien und Befragungen zeigen, dass gerade dieser Umstand einer der entscheidenden Gründe dafür ist, dass gut und teuer ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zunehmend das Land verlassen und sich der Ärztemangel zu Lasten der Sicherstellung potenziert. Der notwendige Korrekturbedarf liegt daher nicht - wie von der Monopolkommission gefordert - im Bereich der Ausweitung der Restriktionsmöglichkeiten der Krankenkassen, sondern in der zeitnahen Adaptierung der Vergütungssystematiken (GOÄ; DRG und EBM), an die aktuellen Erfordernisse einer immer älter werdenden Bevölkerung. Daher teilt die Bundesärztekammer die nachfolgende Einschätzung der

9

Monopolkommission:

#### "4.1.3 Effizienzeffekte von Vergütungsmechanismen

Erhält der Arzt für jede erbrachte Leistung eine Vergütung, so entspricht dies einem für den Patienten adäquaten Vergütungssystem. Der Arzt hat auf diese Weise keinen Anreiz, dem Patienten eine Leistung vorzuenthalten."

#### Capitation

"1067: ..... das Konzept einer Pauschalprämie zur Vergütung der Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, die auch unter dem Begriff "Capitation" bekannt ist.....Durch eine Pauschalprämie entfällt jeder Anreiz für einen Arzt, zusätzliche Leistungen zu erbringen, da er sich durch weitere Leistungen bei einem Patienten nicht mehr besserstellen kann... Der negative Effekt der Pauschalprämie kann theoretisch damit abgefedert werden, dass der Arzt die Kosten einer Unterversorgung selbst zu tragen hat, er also etwa die aufgrund einer Unterversorgung notwendigen Nachbehandlungen selbst ohne zusätzliche Vergütungen vornehmen muss."

Aus Sicht der Bundesärztekammer liegen derzeit keine ausreichenden nationalen und internationalen Ergebnisse vor, die entsprechend eindeutige Schlussfolgerungen zu den angedeuteten Auswirkungen dieses relativ neuen Ansatzes zulassen. Selbst in internationalen Gesundheitssystemen, die seit längerer Zeit mit den entsprechenden Modellen Erfahrungen sammeln, sind die Aussagen dazu widersprüchlich. Zudem sollte der Anteil an Overheadkosten für Organisation, Controlling nicht unterschätzt werden. Die Bundesärztekammer spricht sich für die Erprobung einzelner Modelle dieses Ansatzes im Kontext der auch durch die Monopolkommission empfohlenen Verträge gemäß § 140 SGB V mit einer entsprechenden Analyse der medizinischen und ökonomischen Vor- und Nachteile für Patient, Arzt und Krankenkasse im Sinne einer unabhängigen Versorgungsforschung aus.

# 4.2. Normative Anforderungen an die Steuerung des Leistungsangebotes

"1079: Eine besondere Rolle bei der Definition des Leistungskatalogs nimmt zudem der Gemeinsame Bundesausschuss als oberstes Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen ein. Der Ausschuss wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer gemeinsam gestellt."

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einschätzung der Monopolkommission, den G-BA als zentrales Gremium der Selbstverwaltung wahrzunehmen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber der Bundesärztekammer eine als Interessenvertretung der deutschen Ärzteschaft unzureichende Position im G-BA zugewiesen hat.

"1082: Eine Einschränkung des Leistungskatalogs als Reaktion auf Kostensteigerungen wäre gleichbedeutend mit einer zunehmenden Privatisierung von Krankheitsrisiken, da auf diese Weise nach und nach auch evidenzbasierte nutzenstiftende Behandlungen oder Therapien nicht mehr durch den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt wären. Mit einer Begrenzung der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden deshalb grundsätzliche ethische und moralische Fragen der Gesellschaft berührt.

..... Die Monopolkommission sieht es jedoch für wichtig an, am Prinzip der Vollversicherung im Grundsatz festzuhalten und die Konzentration zunächst auf die Ausschöpfung anderer Effizienzreserven zu lenken."

Die Bundesärztekammer begrüßt das Bekenntnis der Monopolkommission zum Grundsatz der Vollversicherung. Die Bundesärztekammer weist ergänzend darauf hin, dass das Potential zur Ausschöpfung möglicher Effizienzreserven angesichts der Personal- und Finanzressourcen, aber auch des steigenden Behandlungsbedarfes nicht überschätzt und daher rechtzeitig die Debatte zu einer Priorisierung gesamtgesellschaftlich angegangen werden sollte.

#### 4.3.2 Kollektivvertragliches Vergütungssystem im ambulanten Sektor

#### 4.3.2.1

"1102: Kam der Arzt über die Quartalsgrenze, dann fielen sämtliche monetären Anreize weg, zusätzliche Patienten zu behandeln. Dieser Mechanismus war nur teilweise wirksam, um ineffiziente Leistungsausweitungen einzugrenzen, da nur Anreize bei solchen Ärzten wegfielen, die auch die Grenze überschritten.... Zudem bestand invers auch ein Qualitätsproblem, da die Ärzte ihren Vertragsverpflichtungen zur Behandlung von Patienten nach Erreichen der Grenze de facto ohne Bezahlung nachkommen mussten"

"Zusammenfassend ist festzustellen, dass empirisch nicht eindeutig geklärt ist, wie umfangreich die Möglichkeiten sind, die zur ineffizienten Ausweitung der Nachfrage im neuen Vergütungssystem verbleiben. Die Monopolkommission weist deshalb darauf hin, dass das Vergütungssystem in seiner heutigen Form vor allem daraufhin überprüft werden muss, ob der quartalsweise Zeitraum für die Festsetzung des Regelleistungsvolumens zu einer Erhöhung der Behandlungsfälle führt."

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte insbesondere wegen der fehlenden Evidenz zu einer möglichen angebotsinduzierten Nachfrageausweitung zurückhaltend mit der Behauptung in diese Richtung umgegangen werden. Auch wenn ein Missbrauch im Einzelfall nicht auszuschließen ist, wird die implizite Unterstellung sowie die plakative Einschätzung eines Qualitätsproblems abgelehnt. Im Gegenteil ist eher darauf hinzuweisen, dass über Jahre Ärztinnen und Ärzte gerade zum Ende des Abrechnungsquartals unentgeltlich Leistungen erbracht haben, um einem Qualitätsdefizit in der Versorgung vorzubeugen.

"1107: Die Kenntnis über die durch den Arzt abgerechneten Leistungen kann zum Ziel haben, das Bewusstsein der Patienten über die Kosten einer Behandlung zu verbessern. Vor allem aber kann durch das Wissen des Patienten über die abgerechneten Leistungen dem Abrechnungsbetrug effektiv vorgebeugt werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Kenntnis des Patienten über die Kosten und die damit verbundene Kostensensibilität ein wichtiger Schritt hin zu einer verbesserten Transparenz. Dennoch sollten die Erfahrungen aus den Modellversuchen zur Patientenquittung/Rechnung sowie aus den extrem bürokratielastigen und kostenaufwändigen Rechnungsprüfungen der Krankenhausrechungen durch die Medizinischen Dienste berücksichtigt werden. (siehe 1110 " da die Kontrolle der Abrechnungsdaten für den Patienten keinen direkten Nutzen stiftet, … ist keine hohe Bereitschaft der Patienten zu erwarten")

Die durch Prüfverfahren resultierende hohe Personalbindung auf Seiten der Kliniken, der Krankenkassen und der MDKs sollte dazu führen, dass die Art und Weise einer Rechnungsprüfung so unkompliziert wie möglich gehandhabt wird. Zudem muss sichergestellt sein, dass es durch laufende Prüfverfahren zu keinen massiven Verzögerungen kommt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen im ambulanten Sektor nach wie vor über eine hohe Kompetenz zur Thematik – eine Verlagerung in Richtung der gesetzlichen Krankenkasse wird abgelehnt.

#### 4.3.3 Kollektivvertragliches Vergütungssystem im stationären Sektor

"1114 Durch die Pauschalierung des fallspezifischen Abrechnungsbetrages sind die Anreize für die Krankenhäuser reduziert worden, mehr Leistungen als medizinisch notwendig zu erbringen......Um unerwünschte Wirkungen des Kostendrucks auf die Behandlungsqualität zu vermeiden, wurden Mindestliegezeiten festgelegt, bei deren Unterschreitung Abschläge auf den Abrechnungsbetrag fällig werden."

Die fünf Jahre nach Einführung der G-DRG-Fallpauschalen vorgelegten Ergebnisse einer gesetzlich geforderten Begleitforschung zu Auswirkungen des Finanzierungssystems stützen nur sehr bedingt die getroffenen Aussagen. Zudem wird aus Sicht der Bundesärztekammer darauf hingewiesen. dass die Mindestliegezeiten alleine nach ökonomischen Maßgaben festgelegt wurden und somit in keiner Weise sichergestellt ist, dass es zu einer Sicherung der Behandlungsqualität kommt. Die gerade zur Thematik Quantität zunehmenden Auseinandersetzungen zwischen den Kliniken und den Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfungen zur sogenannten "unteren Grenzverweildauer" sowie die Rückmeldungen aus dem ambulanten Sektor über eine Zunahme des Behandlungsaufwandes für die schneller entlassenen Patienten deuten in eine andere Richtung. Daher gilt es insbesondere bei der weiteren Ausgestaltung der Prüfungen im Bereich der ambulanten und stationären Rechnungsstellung die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung mit zu berücksichtigen. Das grundsätzliche Prinzip der Rechnungsstellung wird als ein Baustein zur Verbesserung der Transparenz und des Kostenbewusstseins des Patienten begrüßt.

"1117: ....kann durch eine enge Kooperation auch die Versorgung qualitativ verbessert und je Versorgungsfall durch geringeren Ressourceneinsatz organisiert werden. Für eine effiziente Kooperation von Versorgungsträgern sind jedoch Regeln und geeignete Anreizstrukturen erforderlich, die in den bestehenden kollektiven Versorgungsstrukturen nur bedingt vorliegen."

Das aktuelle Ausmaß des Wettbewerbs zwischen den Kliniken in Deutschland sollte seitens der Monopolkommission nicht unterschätzt werden. Zudem befinden sich die Kliniken durch die verstärkte ambulante Öffnung in einem wachsenden, wenn auch noch ungleichgewichtigem Wettbewerb. Daher gilt es aus Sicht der Bundesärztekammer weniger Änderungen im Bereich der kollektivvertraglichen Regelungen, sondern die Nutzung der Optionen zur Teilnahme an verschiedenen Versorgungsformen bei wettbewerblicher Gleichstellung der Beteiligten (" gleich lange Spieße") zu ermöglichen. Gerade die eingeforderte enge Kooperation stellt eine wesentliche Grundlage für die intendierte Effizienzsteigerung dar.

"1119: Durch Kooperationen können Fehl- und Doppeluntersuchungen, eventuell auch sich widersprechende Therapien, vermieden… werden.

. . .

Dies lässt sich am Beispiel von Doppeluntersuchungen zeigen. Im gegenwärtigen Vergütungssystem bestehen kaum monetäre Anreize, solche Ineffizienzen durch mehrere Ärzte zu vermeiden.

Es ist daher davon auszugehen, dass durch mangelnde Kooperationsanreize im kollektivvertraglichen System ein erhebliches Synergiepotential ungenutzt bleibt."

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte bei der Debatte berücksichtigt werden, dass einige Untersuchungen aus forensischen Gründen unumgänglich sind und nicht zuletzt die Einführung der G-DRG-Fallpauschalen und der integrierten Versorgung längst zu einer Analyse und Implementierung von verbesserten Prozessketten im Sinne von z.B. klinischen Pfaden geführt haben. Zudem wird das Einsparpotential deutlich überschätzt: "Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es Einsparpotentiale durch Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen gibt, diese Einsparpotentiale aber stark überschätzt werden." (Gutachten "Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung", IGES Institut, B. Rürup et al 2007)

### 4.4. Steuerung durch selektive Versorgungsverträge

#### 4.4.1 Mehr Wettbewerb durch selektivvertragliches Kontrahieren

"1122: Während die Kassen im Rahmen der kollektivvertraglichen Beschaffung kaum die Möglichkeit haben, durch den geschickten Einkauf von Leistungen Vorteile im Wettbewerb selektive Verträge Versicherte erzielen. stellen eben zu Differenzierungspotenziale zur Verfügung. Durch Selektivverträge haben die Kassen ein Instrument, um im Wettbewerb zueinander neue, effizientere und qualitativ bessere Versorgungsstrukturen zu etablieren. Sie können dabei solche Leistungserbringer unter die nach ihrer Auffassung geeignet sind, die angestrebten Vertrag nehmen, Versorgungsstrukturen effizient umzusetzen. Durch ihren individuellen Weg, die durch das SGB V geforderte Versorgung zu organisieren, stehen die Kassen in einem besonderen Preis- und Innovationswettbewerb."

Mit der Auswahl von Vertragspartnern wird dem Problem des Kollektivsystems entgegengewirkt, in dessen Rahmen die Bedarfsplanung heute weitgehend unabhängig von Qualitäts- und Preiskriterien der Leistungserbringer erfolgt."

Die Bundesärztekammer verweist auf die schon derzeit umfänglich verfügbaren Vertragsoptionen gemäß §§ 63, 64, 73b, 73c, 125, 130 und 140 a-d SGB V hin. Einerseits haben diese Optionen eine Fülle an neuen Vertrags- und Versorgungskonzepten und darüber hinaus auch die durch die Monopolkommission eingeforderte Verbesserung der Einkaufsoptionen (Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel) zur Folge gehabt. Weniger ein Mangel an Optionen, als ein Mangel an Vergleichbarkeit, gleichen Wettbewerbsausgangspositionen und insbesondere einer Fokussierung auf Innovationen im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität ist aus Sicht der Bundesärztekammer zu fordern. Andererseits haben viele fehlende Definitionen klarer Rahmenbedingungen zu einer massiven Steigerung des rechtlichen Klärungsbedarfes geführt. Dies führt zu einer erheblichen Verunsicherung bei Entscheidungen über weitere strategische Schritte und Zukunftsinvestitionen bei allen Beteiligten.

Daher sollten aus Sicht der Bundesärztekammer die aktuellen Optionen (insbesondere im Rahmen der §§ 140 ff SGB V) mehr unter der Prämisse der Qualitätsverbesserung und weniger im Sinne eines Preiswettbewerbes bis hin zum Dumping genutzt werden.

13

. . .

"1126 Effizienzvorteile kann das Konzept der Selektivverträge nur dann ausspielen, wenn die Verträge Wettbewerb sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern zulassen.

...

Dies ist vor allem dann nicht gegeben, wenn die Normen eine ungeregelte, wettbewerbsbeschränkende Vermachtung durch den Zusammenschluss von Kassen oder Leistungserbringern ausdrücklich erlauben."

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung der Monopolkommission, dass einer massiven Dominanz einzelner Krankenkassen bzw. auch von Klinikgruppen jeglicher Trägerschaft vorgebeugt werden muss. Der Deutsche Ärztetag hat sich nicht zuletzt aus diesem Grund mehrfach für den Schutz der Trägerpluralität eingesetzt. Angesichts der lebhaften Fusionen der Krankenkassen und der schon derzeitigen Präsenz von mehr als 50% der Versicherten in den Top 10 der gesetzlichen Krankenkassen sind Schutzmassnahmen erforderlich.

"1127: Die Monopolkommission weist darauf hin, dass die selektivvertraglichen Möglichkeiten, , die das SGB V heute vorsieht, zum weit überwiegenden Teil nicht wettbewerbsadäquat sind, da sie in vielen Fällen eine gemeinschaftliche Kooperation der Vertragspartner auf beiden Seiten ausdrücklich zulassen oder sogar vorsehen."

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Einschätzung der Monopolkommission im Vergleich mit den klassischen Märkten zwar theoretisch nachvollziehbar. Die im SGB V enthaltenen Vorgaben zur Kooperation dienen aber nicht zuletzt dazu, den spezifischen Erfordernissen des Gesundheitswesens und der besonderen Form der Daseinsvorsorge Rechnung zu tragen. Eine kongruente Übertragung der wettbewerblichen Ansprüche aus den klassischen Märkten wird abgelehnt.

Daher ist aus Sicht der Bundesärztekammer auch ein anderes, umfassenderes Verständnis von "Effizienz" der Debatte zur weiteren Ausrichtung des Gesundheitswesens zugrunde zu legen.

#### 4.4.3. Integrationsvertrag als Archetyp des Selektivvertrages

"1130: In der deutschen Gesundheitspolitik wird vor allem im Konzept der integrierten Versorgung im Sinne der §§ 140a-d SGB V ein besonders vielversprechendes Substitut zur kollektiv organisierten Regelversorgung gesehen. Der diesem Konzept zugrunde liegende Integrationsvertrag gilt entsprechend als Musterbegriff eines Selektivvertrages."

-..

"1132: Der Gestaltungsspielraum für die Wahl von Vertragspartnerkombinationen, Organisationsformen und Vergütungen ist groß, sodass auch auf vertraglicher Seite Anreize zur Innovation erhalten bleiben"

. .

"1134 Die Effizienz— und Qualitätspotentiale der integrierten Versorgung basieren auf Innovation und bedürfen zunehmender Erfahrung im Umgang mit dem neuen Versorgungskonzept. Der Wettbewerb um möglichst geeignete Versorgungsverträge stellt deshalb ein geeignetes Verfahren dar, um die Potentiale des Konzeptes zu erkunden und dem Versicherten der GKV präferenzorientierte Angebote zu machen."

Die Bundesärztekammer teilt diese Einschätzung, soweit die Optionen der §§ 140 ff SGB V unter der Prämisse der Qualität und nicht alleine des Preises genutzt werden. Insbesondere die nächste Generation der Verträge mit einem definierten Populationsbezug sollte deutlich mehr Berücksichtigung finden. (siehe auch: "1158 Es zeigt sich, dass der Anteil der Vollversorgung im Rahmen der Integrationsversorgung bisher noch relativ gering ist")

# 4.4.4 Dualität von Kollektiv- und Selektivverträgen in der ärztlichen Versorgung durch Wahltarife

"1136: Die Dualität von kollektivvertraglicher Regelversorgung und besonderen Versorgungsformen steht im Gegensatz zu einem vollständigen Systemwechsel hin zu einer selektivvertraglichen Versorgung. Es stellt sich somit die Frage, ob ein vollständiger Systemwechsel zu Selektivverträgen unmittelbar zu begrüßen wäre…

Im Vergleich zum Kollektivsystem fallen bei der Versorgung durch Selektivverträge parallel zur Zunahme der notwendigen Leistungsverträge auch zusätzliche Transaktionskosten an, die bei der effizienten Ausgestaltung eines Selektivvertragssystems zu beachten sind."

Eine Komplettumstellung im Sinne der Auflösung des Kollektivvertrages wird durch die Bundesärztekammer abgelehnt. Die kritischen Einschätzungen zu den erheblichen Transaktionsaufwendungen werden geteilt. Nach Auslaufen der Anschubfinanzierung im Kontext der integrierten Versorgung wurden durch eine überwiegende Zahl beteiligter Krankenkassen eine Fülle von Verträgen eben wegen dieser hohen Organisations- und Verwaltungskosten storniert bzw. nicht verlängert.

"1136: Zu beachten ist weiterhin, dass Selektivverträge immer dann scheitern müssen, wenn der gewünschte Leistungsumfang der GKV durch den Markt nicht ausreichend bereitgestellt wird, z.B. weil gewisse sozialpolitische Anforderungen bestehen. Dies ist beispielsweise im Hinblick auf die flächendeckende Versorgung und auch im Hinblick auf die Notfallversorgung der Fall".

Die Einschätzung wird geteilt. Unter Berücksichtigung der demografischen Herausforderung und der schon jetzt bestehenden Probleme, eine wohnortnahe ärztliche Versorgung in einige Flächenregionen gewährleisten zu können (siehe Diskussion Maßnahmen gegen den Ärztemangel), kann daher eine Forcierung des selektiven Kontrahierens letztlich nur zu Lasten einer bundesweit möglichst ausgewogenen Gesundheitsversorgung gehen.

"1139: Ärzte, Krankenhäuser und weitere Leistungserbringer stehen damit analog zu anderen Wirtschaftsbereichen erstmals unter einem individuellen Leistungsdruck, um sich durch Selektivverträge neue Ertragsquellen zu erschließen.

Die Feststellung ist Ausdruck der wiederholten Bemühung der Monopolkommisson, eine Analogie der Wettbewerbsrahmenbedingungen zwischen z.B. der Automobilindustrie ("andere Wirtschaftsbereiche") und dem Gesundheitswesen als zielführend darzustellen.

Die Bundesärztekammer teilt diese Einschätzung nicht. Zudem wird die Prämisse des Abschlusses von Selektivverträgen zur Erschließung neuer Ertragsquellen abgelehnt. (Erschließung z.B. von neuen Ertragsquellen im Bereich der gesundheitspolitisch wiederholt eingeforderten verbesserten Palliativversorgung?)

# 4.4.6 Bestandsaufnahme des Selektivvertrages am Beispiel der integrierten Versorgung

"1156: Aktuell verfügbar sind jedoch verschiedene Daten aus dem Bericht der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V, auf die nachfolgend zurückgegriffen wird. Aufgrund von Erhebungsunsicherheiten eignen sich diese Daten jedoch nur zu einer vorsichtigen Interpretation."

Die Bundesärztekammer teilt die Feststellung der Monopolkommission, dass die bisher im Rahmen der integrierten Versorgung erfassten Informationen nur sehr bedingt belastbar sind. Zudem sind keine wirklichen Aussagen zur Qualität der Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung möglich.

dem Versicherungsmarkt Vertragswettbewerb auf "1157: Dass von einem Konzentrationsanreize ausgehen, zeigen vorliegende Daten über die Vertragspartner... Die Angaben des Berichts zu den Leistungserbringern integrierter Versorgungsverträge sind nur sehr ungenau."

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte eine nicht zielgerichtete, weitere Konzentration von Krankenversicherungen nicht noch durch die Förderung des selektiven Kontrahierens beschleunigt werden. Schon jetzt dominieren in einigen Regionen Krankenkassen mit einem Versichertenanteil von bis zu 50 %.

#### 5. Die Preisseite der gesetzlichen Krankenversicherung

### 5.1 Preiswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt

"1161: Aus Statistiken der Krankenkassen selbst stehen keinerlei Daten über die Quote der Versicherten zur Verfügung, die in der Phase kassenindividueller Beiträge einen Kassenwechsel vollzogen haben. Jedoch kann aus Befragungen abgeleitet werden, dass in den ersten 10 Jahren nach 1996 etwa jeder vierte bis fünfte Versicherte mindestens einmal die Krankenkasse gewechselt hat.

"1169: Die Monopolkommission begrüßt preisliche Differenzierungsmöglichkeiten durch Wahltarife. Allerdings ist deren Ausgestaltung im SGB V unterschiedlich zu beurteilen. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass insbesondere die Einführung von Wahltarifen gemäß § 53 Abs.3 SGB V für die Teilnahme an Versorgungsformen einen äußerst wichtigen Schritt darstellt, um dem Wettbewerb um Verträge auf dem Leistungsmarkt einen preislichen Reaktionskanal auf dem Versichertenmarkt zu ermöglichen."

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die Transparenz über den Versichertenwechsel zwischen den Krankenkassen unter Bezug auf die Feststellung der Monopolkommission verbesserungsbedürftig ist. Eine Diskussion zu der Forderung nach mehr Wettbewerb und implizit nach einer Steigerung des Wechsels von Versicherten zwischen den Krankenkassen sollte auf Basis solider Daten zum Wettbewerb erfolgen.

In den zehn Jahren zwischen 1996 und 2006 haben schon 20 % der Versicherten einen Kassenwechsel vollzogen. Es gilt daher zu diskutieren, wie weit eine Intensivierung der Anreize zum Kassenwechsel aus Perspektive des Gesundheitswesens einen Benefit darstellt. Rückmeldungen nach der Gesundheitsreform der Niederlande 2006 zeigen, dass die primär hohe (und dann abflachende) Versichertenwechselquote durchaus mit erheblichen organisatorischen und bürokratischen Belastungen verbunden war.

Im Rahmen der Wahltarife gilt es zu berücksichtigen, dass die Versicherten derzeit mit Wahl einer Option für mindestens drei Jahre an ihre Krankenkasse gebunden sind und daher die Wahlfreiheit erheblich eingeschränkt wird. Zudem scheint sich im Gegensatz zu den Einschätzung der Monopolkommission die faktische Nachfrage und somit der Bedarf in eine andere Richtung zu entwickeln. Auch wenn tlw. bis zu 600 Euro mit Hilfe eines Wahltarifes gespart werden können, haben bisher nur 65.000 Versicherte bei verfügbaren 390 000 Optionen Wahltarifverträge abgeschlossen. (< 1 % der GKV-Versicherten, Stand Juli 2010)

Deutlicher Verbesserungsbedarf ist aus Sicht der Bundesärztekammer im Kontext der Transparenz und Vergleichbarkeit der Versicherungsbedingungen für die beteiligten Versicherten und Ärzte gegeben.

#### 5.3.1 Preiswettbewerb versus Qualitätswettbewerb

"1182: Die Kassen sollten die (risikoadjustierten) einheitlichen Einnahmen pro Versichertem aus dem Fonds dazu einsetzen, den Versicherten eine möglichst hohe Qualität zu garantieren. Darauf aufsetzend sollten die Versicherten ihre Krankenkasse künftig verstärkt nach Qualitätsaspekten auswählen. Hinsichtlich dieser Konzeption eines Qualitätswettbewerbs ist allerdings kritisch anzumerken, dass die Kassen nur geringfügige Möglichkeiten besitzen, individuell in Versorgungsqualität zu investieren.

Selbst unter der Annahme, dass den Kassen ausreichend Handlungsspielräume gewährt werden, erscheint plausibel, dass der Qualitätswettbewerb kein ausreichendes Potenzial besitzt, die Kassen und Leistungserbringer einem Wettbewerbsdruck auszusetzen, der diese stets zu einen effizienten Verhalten zwingt. Grund dafür ist, dass bestimmte Qualitätsvorteile in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen dem Versicherten aufgrund nicht ausräumbarer Informationsdefizite nicht ausreichend transparent sind und aus ihnen nur eingeschränkte Wechselreize hervorgehen können."

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass Versicherte zukünftig die Möglichkeit der Wahl nach Qualitätsparametern vermehrt eröffnet werden soll. Dies setzt eine Vergleichbarkeit und Transparenz der unterschiedlichen Angebote voraus.

Bezüglich der Handlungsoptionen der gesetzlichen Krankenkassen kommt die Bundesärztekammer zu einer gegenteiligen Einschätzung. Alleine die ca. 7500 Verträge im Kontext der sektorübergreifenden Versorgung sowie die Entwicklung neuer populationsbezogenen Versorgungsmodelle im Sinne einer neuen Generation von Integrationsverträgen zeigen, dass es eher eine Frage der Investition und der gemeinsamen Erarbeitung von Vertragskonzepten und nicht der fehlenden Handlungsoptionen der gesetzlichen Krankenkassen ist.

# 6. Zulässigkeit von Wettbewerbsbeschränkungen durch die gesetzlichen Krankenkassen

#### 6.1. Erfordernis einer kartellrechtlichen Kontrolle der gesetzlichen Krankenkassen

"1193: Die zunehmende Möglichkeit der Kassen, im Rahmen dieses Leistungsaustauschs individuell zu handeln, hat einen sich sukzessiv verstärkenden Wettbewerbs- und Leistungsdruck zur Folge, durch den Effizienzpotentiale im Gesundheitswesen erschlossen werden sollen. Allerdings nimmt dabei auch der Anreiz für die Kassen zu, sich durch individuell oder kollektiv wettbewerbsbeschränkendes Verhalten Vorteile am Markt zu verschaffen. Wohlfahrtsökonomisch ist dieses Verhalten nachteilig und untergräbt die Effizienzziele, die mit dem Wettbewerb im Gesundheitswesen verbunden werden. Auf gewöhnlichen Märkten wird wettbewerbsbeschränkendes Verhalten aus diesem Grund durch das allgemeine Wettbewerbsrecht aufgegriffen."

"1195: Mit der sukzessiven Einführung von Wettbewerbselementen in das Gesundheitswesen hat sich das Erfordernis, gegen wettbewerbsbeschränkende Verhaltensweisen vorzugehen, deutlich verschärft."

"Dieser Schutzbedarf betrifft sowohl die Rolle der Krankenkassen im Vertikalverhältnis zu ihren Mitgliedern auf dem Versicherungsmarkt als auch zu den Listungserbringern auf dem Leistungsmarkt. Weiterhin ist das Verhältnis der Krankenkassen untereinander zu prüfen, da eine zunehmende Konzentration der Kassen ebenfalls den Wettbewerb stören kann."

Die Bundesärztekammer konstatiert infolge der aktuellen Entwicklungen und der Forderungen der Monopolkommissionen einen weitergehenden Diskussionsbedarf zur Thematik. Die implizite Forderung einer Übertragung des Kartellrechtes auf den Wirkbereich der gesetzlichen Krankenversicherung betrifft eine Fülle von Rechts-, Aufsichts- und weiterer Regelungskreise, deren einzelne direkte und indirekte Auswirkungen gerade im komplexen deutschen Gesundheitswesen sorgfältig analysiert und abgewogen werden müssen. Nicht zuletzt die indirekt mit einem solchen Schritt verbundenen Folgen einer möglichen, zukünftigen Einflussnahme des europäischen Kartellrechtes auf das deutsche Gesundheitswesen und dessen Besonderheiten gilt es genau abzuwägen.

Die Intention eine zu starke Konzentration von Krankenkassen begrenzen zu wollen wird begrüßt. Allerdings gilt es aus Sicht der Bundesärztekammer zu berücksichtigen, wieweit Lösungsoptionen durch eine Adaptierung des SGB V zum gleichen Ziel führen könnten.

## 6.2 Hindernisse beim Schutz von Wettbewerbsbeschränkungen

"1199: Hinsichtlich der Anwendbarkeit des deutschen und europäischen Wettbewerbsrechts sind eine ganze Reihe von Fragen ungeklärt. Zunächst ist nicht eindeutig, ob überhaupt von einer Anwendbarkeit des europäischen Wettbewerbsrechts auf gesetzliche Krankenkassen Vorliegen ist insbesondere das kann. Strittig ausgegangen werden Tatbestandsvoraussetzung der als Unternehmereigenschaft von Krankenkassen einschlägigen Normen zum Kartellverbot und zur Missbrauchsaufsicht gemäß Art. 101 und 102 AEUV. Die europäische Fusionskontrollverordnung stellt ebenfalls auf Unternehmen ab.

Fraglich bleibt, inwieweit das europäische Wettbewerbsrecht Raum zur Anwendung des deutschen GWB lässt. Zu klären ist, wie Einschränkungen, die aus der Auslegung des europäischen Wettbewerbsrechts folgen, auch auf die Anwendbarkeit der deutschen Kartellrechtsnormen wirken. Schließlich wird der Anwendungsbereich des deutschen Kartellrechts durch die Vorschrift des § 69 SGB V beschränkt.

.. Mit diesen Fragen verbunden ist auch eine Diskussion darüber, bei welcher Behörde die Zuständigkeit für die Prüfung kartellrechtlicher Vorgaben liegt und welcher Rechtsweg zugewiesen wurde."

In den nachfolgenden Passagen beginnt die Monopolkommission einen ersten Teil der offenen Fragen und erste mögliche Lösungsoptionen aufzuzeigen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Fülle des Diskussions-, Klärungs- und Regelungebedarfs so umfänglich, dass eine Einführung des Kartellrechtes unter diesen Rahmenbedingungen zwangsläufig zu einer Welle von langwierigem, rechtlichem Klärungsbedarf zu Lasten aller Beteiligten im Gesundheitswesen führen wird. Dieses Procedere käme einer Einführung des Paradigmenwechsels in Richtung Kartellrecht nach dem Prinzip " Trial and Error" gleich (s. Anlage 1).

Während sich der Großteil der in Gesundheitswesen Verantwortung Tragenden für die Verbesserung der Bedingungen im Sinne einer verbesserten sektorübergreifenden Kooperation einsetzen, würde der wiederholte rechtliche Klärungsbedarf zu einer Lähmung im Sinne des "wait and see" führen.

Ebenso dürfte eine nicht unerhebliche Gefährdung der Versorgung resultieren, da die Zeiträume bis zur Klärung strittiger Fragen vor den Sozial- oder Handelsgerichten nicht mit den Handlungsoptionen (z.B. Vertragsabschlüsse, Laufzeiten, Liquidität, Planungssicherheit etc.) vieler Beteiligter im Gesundheitswesen in Einklang zu bringen sind. Viele Kliniken könnten z.B. umfängliche Zahlungsaufschübe seitens einer gesetzlichen Krankenkasse längerfristig nicht überbrücken. Im Fall der Insolvenz müssten ggf. die Bundesländer kompensatorisch eingreifen. Zeitgleich ist es nach wie vor offen, wieweit die mögliche Insolvenz einer größeren gesetzlichen Krankenkasse ohne Schaden der anderen Beteiligten im Gesundheitswesen kompensiert werden kann.

Die Bundesärztekammer sieht daher die Forderungen der Monopolkommission und die potentiellen Vorschläge zur Umsetzung insgesamt als Ausdruck des bestehenden Diskussions- und Klärungsbedarfs, bei dem noch eine Fülle an Besonderheiten des Gesundheitswesens zu berücksichtigen sind.

#### ANLAGE 1

#### WETTBERWERB AM BESPIEL DES STATIONÄREN WETTBEWERBS

Die aktuellen Entwicklungen im stationären Sektor sind eines von vielen Indizien für den anstehenden Diskussions- und Klärungsbedarf.

Mit der Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Kliniken haben auch die Fragen im Kontext Kartell- und Beihilferecht signifikant zugenommen. Eine breite Diskussion spannt sich um die Anwendbarkeit der Wettbewerbsregeln trotz der (zumindest seit 2005) formalen Zuständigkeit des Bundeskartellamtes. Da das europäische Wettbewerbsrecht nur auf Unternehmen anwendbar ist, stand die Debatte zum Unternehmensbegriff bei Kliniken im Fokus. Eine klare Vorgabe zum Unternehmensbegriff ist im EG-Vertrag an keiner Stelle zu finden.

Auf Basis der Rechtssprechung des EuGH sind kennzeichnend für ein Unternehmen alle wirtschaftliche Tätigkeiten ausübende Einheiten. Die Art der Rechtsform oder der Finanzierung spielen in diesem Zusammenhang zunächst keine Rolle. Wirtschaftliche Tätigkeit umfasst das Angebot von Gütern und Dienstleistungen auf einem bestimmten Markt. Keine Relevanz spielt die Gewinnerzielungsabsicht.

Der Wettbewerb zwischen den deutschen Kliniken findet derzeit schon als

- Qualitätswettbewerb
- Leistungswettbewerb
- Kostenwettbewerb
- Investitionswettbewerb

statt. Durch die staatliche Krankenhausplanung wird aus juristischer Sicht der Wettbewerb nicht ausgeschlossen. (Sondergutachten der Monopolkommission zum Zusammenschluss Rhön-Grabfeld, S. 116ff)

Die Art dieser Wettbewerbsdimensionen wird auch durch das Bundeskartellamt geteilt (u.a. BKartA zu Rhön-Grabfeld). Zudem ist (im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen) zwischen den Kliniken kein Kosten- und Risikoausgleich implementiert.

Durch den forcierten Wettbewerb in der stationären Versorgung haben Fusionen zwischen den Kliniken massiv zugenommen. Leider war es bis vor einigen Jahren nicht klar, wieweit das Bundeskartellamt zuständig ist. Erst 2005 konnten Präzisierungen erreicht werden.

Offen ist aber nach wie vor, wie z.B. eine belastbare und sinnvolle Marktabgrenzung vorgenommen werden soll. Ist die Spezialisierung, die Art der Fachabteilung und der Versorgungsauftrag zu berücksichtigen? Wieweit findet eine Berücksichtigung der Versorgungstiefe oder der unterschiedlichen Versorgungsanforderungen in Ballungsgebieten versus Flächenregionen statt? Mit der zunehmenden politisch intendierten sektorübergreifenden Ausrichtung dürfte sich im Falle der Berücksichtigung die Abgrenzung der Fachgebiete und Versorgungsstufe deutlich verkomplizieren. Zudem bleibt die ambulante Betätigung von Kliniken (trotz eines massiven Ausbaus) bisher weitgehend unberücksichtigt.

Dies dürfte schon jetzt zu erheblichen Verwerfungen der Wettbewerbsbedingungen für Teilnehmer im ambulanten und stationären Sektor nach sich ziehen. Eine langwierige rechtliche Klärung vor den einschlägigen Gerichten können sich viele Einzelbeteiligte aus finanziellen oder zeitlichen Gründen (Dauer bis zur endgültigen Entscheidung) nicht erlauben. Trotz Anwendung des Kartellrechtes im stationären Sektor hat daher die Planungsund Rechtssicherheit der Beteiligten nicht real zugenommen.

Ergänzend gibt es erhebliche Konflikte und rechtlichen Klärungsbedarf zur Frage des Beihilferechtes. Derzeit sind bei der Europäischen Kommission Beschwerden gegen Deutschland wegen unzulässiger Beihilfen an Kliniken anhängig. (geschätztes jährliches Volumen: 3.2 Mrd.Euro). Bei ca. 649 öffentlich-rechtlichen Kliniken in Deutschland könnte eine weitreichende Grundsatzentscheidung durchaus eine schnelle Destabilisierung dieser 31 % der deutschen Kliniken ausmachenden Häuser nach sich ziehen. Die Option, dies durch einen Trägerwechsel kompensieren zu können, trägt nicht, da eine nicht unerhebliche Zahl dieser Kliniken für eine potentielle Akquise durch andere Träger nicht von Interesse sind. Die Kompensation der Ausfälle in der Versorgung im Sinne der Sicherung der Daseinsvorsorge müsste dann theoretisch durch die Bundesländer erfolgen.

Subsumierend muss daher alleine für den Bereich der stationären Versorgung festgestellt werden, dass sich eine Fülle an weitreichendem Klärungsbedarf und Verunsicherung <u>nach</u> der Einführung der Anwendbarkeit des GWB ergeben hat und daher eine Klärung wesentlicher Rechtsfragen bis hin zur Schaffung klarer ordnungspolitischer Vorgaben vor Einführung weiterer Schritte mehr als geboten wäre.