

Qualitätswettbewerb braucht Preiswettbewerb

Gleiche Preise sollten nicht auf Scheinmogenität beruhen

von Martin Albrecht¹

ABSTRACT

In der GKV ist gegenwärtig eine Tendenz zur Vereinheitlichung von Preisen zu beobachten. An die Stelle des Beitragswettbewerbs soll zwischen den Krankenkassen ein Qualitätswettbewerb treten. Für die Vergütungssysteme lautet das Leitbild „gleicher Preis für gleiche Leistung“. Doch gerade im Gesundheitsbereich, in dem die Leistungsqualität oft nicht transparent ist, sollte der Preis ein gestaltbarer Wettbewerbsparameter sein. Das bedeutet aber nicht, dass man zu den Beitrags- und Preisunterschieden der Zeit vor den jüngsten Reformen zurückkehren sollte. Vielmehr schafften die Reformen vielfach erst die Voraussetzungen für mehr Preiswettbewerb.

Schlüsselwörter: Gesundheitsreform, Preiswettbewerb, Kostenwettbewerb, Beitragswettbewerb, Qualitätswettbewerb, Vertragswettbewerb, Kassenwettbewerb, Vergütung, Zusatzbeiträge, gesetzliche Krankenversicherung

In the German SHI, there is currently a tendency to standardize prices. Sickness funds are now supposed to compete for quality instead of contribution rates. The guiding principle for remuneration systems is "equal price for equal performance." But in the health care sector where service quality is often not transparent, prices should be a shapeable parameter. This does not mean one should return to the different contribution rates and prices of the time before the recent health care reforms. Rather, the reforms laid the foundation for a price competition in many areas.

Keywords: health care reform, competition of price, competition of cost, competition of contribution rates, competition of quality, competition of sickness funds, remuneration, additional contributions, SHI

1 Einleitung

Im Gesundheitswesen spiegeln Preise das Verhältnis von Entgelt und Versicherungs- oder Behandlungsleistung. Anders als Marktpreise, die zwischen Anbietern und Nachfragern ausgehandelt werden, resultieren Preise in der GKV häufig aus kollektivvertraglichen Vereinbarungen und sind zum Teil gesetzlich administriert.

Mit den jüngsten Reformgesetzen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich ein Trend zu einheitlichen Preisen etabliert (Tabelle 1).

- Auf dem Versicherungsmarkt wurden mit der Einführung des Gesundheitsfonds zu Beginn des Jahres 2009 die kassenindividuellen Beitragssätze durch einen für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatz abgelöst.
- Auch in der Vergütung von Behandlungsleistungen werden die Preise einander angeglichen: Mit der Honorarreform in der ambulanten Versorgung wurden – ebenfalls

zum 1.1.2009 – die bislang regional divergierenden Punktwerte vereinheitlicht. Es wird nun ein bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert festgelegt, der die Grundlage für regionale Punktwertvereinbarungen bildet. Die Kriterien, nach denen regional davon abgewichen werden darf, sind ebenfalls bundeseinheitlich und vergleichsweise spezifisch vorgegeben (Paragraf 87 Absatz 2f Sozialgesetzbuch [SGB] V). Bislang wurden keine regional abweichenden Punktwerte vereinbart.

- Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde kürzlich beschlossen, dass – im Anschluss an die nach mehrjähriger Konvergenzphase nahezu abgeschlossene Vereinheitlichung der Basisfallwerte auf Landesebene – in den nächsten Jahren eine weitgehende Annäherung an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert stattfinden wird.

Ist dieser Trend Ausdruck eines allgemeinen Misstrauens gegenüber den potenziellen Effizienzwirkungen von Preiswettbewerb? Für den GKV-Versicherungsmarkt scheint dies der Fall

¹ Dr. rer. pol. Martin Albrecht, IGES Institut GmbH · Friedrichstraße 180 · 10117 Berlin
Telefon: 030 230809-0 · Telefax: 030 230809-11 · E-Mail: martin.albrecht@iges.de

zu sein. Die Bundesregierung hat die Umstellung auf einen einheitlichen Beitragssatz mit der Formel garniert, nun werde der „unfaire“ Wettbewerb um den niedrigsten Beitragssatz durch einen „fairen“ Wettbewerb um Service und Leistungen ersetzt (BMG 2009b; BMG 2008). Frei übersetzt heißt das: endlich Qualitäts- anstatt Preiswettbewerb. Mit Blick auf die Vergütung von Behandlungsleistungen geht der Anspruch nicht ganz so weit: Die Vereinheitlichung wird vor allem damit begründet, dass die zum Teil erheblichen Preisunterschiede der Vergangenheit kaum rational erklärbar waren – wenn man es denn überhaupt bewerkstelligte, Preise vergleichbar zu machen. Diese nicht erklärbaren Preisunterschiede wurden für inakzeptable Versorgungsunterschiede verantwortlich gemacht, insbesondere im ambulanten Bereich etwa in den neuen Bundesländern.

Ist also die gesetzlich bewirkte Nivellierung von Preisunterschieden notwendig, um den Wettbewerb in der GKV sozusagen gerechter beziehungsweise fairer, zumindest aber transparenter zu machen? Der Gesundheitsmarkt, speziell in der Ausprägung der GKV, ist eben kein „normaler“ Markt. Und bekanntlich bringt Preiswettbewerb auch auf anderen Märkten nicht immer effiziente Ergebnisse hervor. Dass aber eine Stärkung des Wettbewerbs – und eine solche ist erklärtes gesundheitspolitisches Ziel – nur unter weitgehender Ausschaltung des Preises als gestaltbarer Wettbewerbsparameter zu erreichen wäre, ist eine starke These und sollte kritisch hinterfragt werden.

2 Besteht ein grundsätzlicher Konflikt zwischen Preis- beziehungsweise Kosten- und Qualitätswettbewerb?

Die gesundheitspolitische Diskussion ergibt derzeit ein etwas unklares Bild. Zum einen wird der Eindruck erweckt, in der Vergangenheit habe eine Beitragsfixierung des Kassenwettbewerbs die notwendige Konzentration auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität verhindert. Zum anderen wird insbesondere vonseiten der Krankenkassen beklagt, der Gesundheitsfonds mit seinem einheitlichen Beitragssatz führe zu einer Fixierung auf Kostensenkungen und verhindere Investitionen in qualitätssteigernde Versorgungsmodelle.

Auf funktionierenden Märkten sollte gelten, dass – für sich genommen – eine Steigerung der Leistungsqualität die Wettbewerbsposition verbessert, während höhere Kosten die Wettbewerbsposition verschlechtern. Zwischen den Wettbewerbsparametern Qualität einerseits und Kosten oder Preis andererseits besteht kein grundsätzlicher Zielkonflikt. Nachfrageentscheidungen beruhen darauf, dass die Kosten oder die Preise von Gütern im jeweiligen Verhältnis zur Güterqualität betrachtet und miteinander verglichen werden. Nur bei vollkommen homogenen (also im Hinblick auf ihre Qualität gleichartigen) Gütern sollte allein der Preis die Kaufentscheidung bestimmen. Nur dann sind höhere

TABELLE 1

Preisparameter und ihre gesetzliche Regulierung in der GKV

GKV-Bereich	Preisparameter	gesetzliche Vorgaben	
Krankenkassen	Beitrag	(1) Bundesregierung legt für alle Krankenkassen allgemeinen Beitragssatz fest	§ 241 SGB V
		(2) wenn Fondszuweisungen < Finanzbedarf, muss Kasse individuellen Zusatzbeitrag erheben mit Begrenzung auf 1% der beitragspflichtigen Einnahmen (wenn ≤ 8 Euro monatlich)	§ 242 SGB V
		(3) wenn Fondszuweisungen > Finanzbedarf, kann Kasse Prämien auszahlen	
ambulante Versorgung (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen)	Punktwerte	bundeseinheitlich als Orientierungswerte in Euro im EBM festzulegen (für Regelfälle)	§ 87 Abs. 2e SGB V
stationäre Versorgung (Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen)	Basisfallwerte	schrittweise Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder (einheitlicher Basisfallwertkorridor)	§ 10 Abs. 8 KHentG

Quelle: Albrecht 2009

Kosten per se ein Wettbewerbsnachteil. Bei heterogenen Gütern wird in der Regel für eine höhere Qualität ein höherer Preis gezahlt und das Kosten-Qualitäts-Verhältnis würde im Idealfall unverändert bleiben. Aus höheren Kosten lässt sich per se weder auf Vor- noch auf Nachteile im Wettbewerb schließen. Erfahrungsgemäß versuchen Anbieter einen reinen Preiswettbewerb möglichst zu vermeiden, weil er als sehr harter Wettbewerb empfunden wird. Das unternehmerische Streben ist daher auf Produktdifferenzierung und die Schaffung von Heterogenität („Alleinstellungsmerkmalen“) gerichtet – verbunden mit der Hoffnung, dass hierdurch größere Preissetzungsspielräume entstehen.

Der Gesundheitsmarkt ist vor allem deshalb kein normaler Markt, weil die Nachfrage in Leistungsfinanzierung (Krankenversicherung) und Leistungsanspruchnahme (versicherte Patienten) aufgespalten ist. In der GKV wird diese Aufspaltung in Form des Sachleistungsprinzips besonders offensichtlich. Hinzu kommen ausgeprägte Informationsasymmetrien und eine daraus resultierende Qualitätsunsicherheit, die die Markteffizienz beeinträchtigen. Die Aufspaltung der Nachfrage bringt es mit sich, dass auf dem Gesundheitsmarkt drei Teilmärkte zu unterscheiden sind: Vertrags-, Behandlungs- und Versicherungsmarkt (Abbildung 1).

In der GKV gab es auf keinem dieser drei Teilmärkte bislang einen Wettbewerb, in dem Wahl- und Nachfrageentscheidungen durch das Abwägen unterschiedlicher Kosten-Qualitäts-Verhältnisse getroffen wurden:

- Auf dem Behandlungsmarkt ist das Kosten-Qualitäts-Verhältnis für die Patienten als Nachfrager weitgehend irrelevant. Es gibt zwar Qualitätsunterschiede, und Patienten können die Anbieter in der Regel frei wählen, aber die mit dieser Wahl verbundenen Kosten oder Preise spüren sie infolge des Sachleistungsprinzips nicht. Auch in einem Kostenerstattungssystem tragen sie letztlich nicht die finanziellen Konsequenzen ihrer Wahlentscheidungen.
- Nahezu spiegelbildlich hierzu verhielt es sich vor dem Start des Gesundheitsfonds auf dem Versicherungsmarkt: In der GKV existierten zwischen den Kassen zwar Preisunterschiede in Form von Beitragssatzdifferenzen, an denen Versicherte ihre ebenfalls freie Anbieterwahl orientieren konnten. Aber die Versicherungsangebote in der GKV gelten ganz überwiegend als gleichwertig: Etwa 93 Prozent der Leistungen sind schließlich gesetzlich vorgegeben. Demnach kann der GKV-Versicherungsschutz als nahezu homogenes Gut angesehen werden, sodass überwiegend Beitragsunterschiede die Wahlentscheidungen bestimmen dürften. Qualitätsunterschiede spielen daher bislang eher in Randbereichen (zum Beispiel Service, Satzungsleistungen) eine Rolle.
- Auf dem Vertragsmarkt gab es lange Zeit überhaupt keinen Wettbewerb. Das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern wird immer noch überwiegend kollektivvertraglich geregelt.

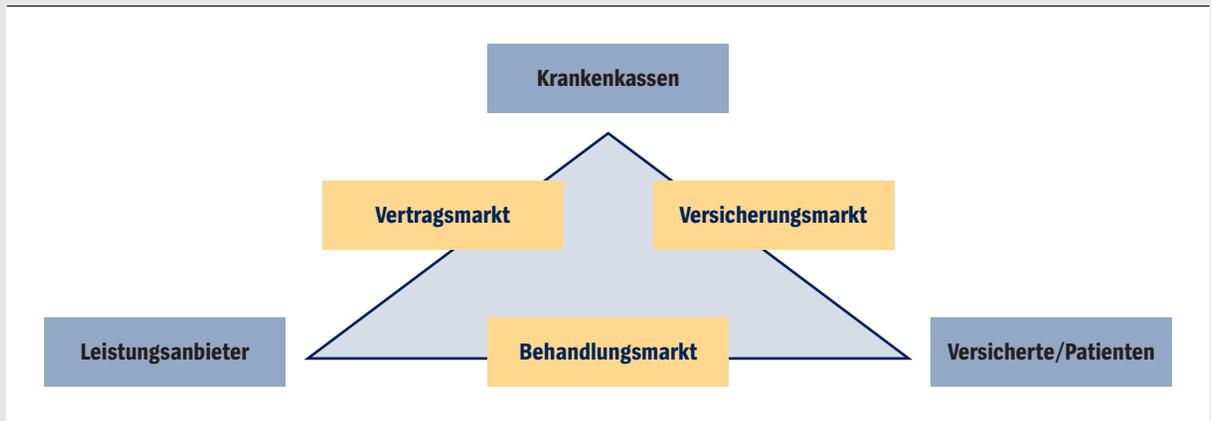
Kollektivverträge schließen aber gerade die Möglichkeit aus, Anbieter oder Leistungen gezielt nach Unterschieden in den Kosten-Qualitäts-Verhältnissen auszuwählen. Die Kosten und Preise sind zentral administriert (zum Beispiel Festbeträge als Erstattungshöchstpreise in der Arzneimittelversorgung) oder werden in kollektiven Verhandlungen vereinbart. Häufig wird auch beides kombiniert wie in der Vergütung vertragsärztlicher oder stationärer Leistungen. Dort werden mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der ambulanten Vergütung und den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) in der stationären Vergütung bundeseinheitliche Preisrelationen festgelegt. Die jeweiligen Preisniveaus hierzu wurden bis Ende des Jahres 2008 vertraglich vereinbart: unmittelbar als KV-spezifische Punktwerte im ambulanten Bereich, mittelbar über Erlösbudgets im stationären Bereich, aus denen sich krankenhausesindividuelle Basisfallwerte errechneten. Über die Qualität der Leistungen wird meist in vorgelagerten Bereichen entschieden, etwa im Rahmen der Zulassung als Vertragsarzt oder der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Bundeslandes.

Durch die jüngsten Gesundheitsreformen wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass der Wettbewerb in der GKV zukünftig stärker durch Nachfrageentscheidungen auf der Basis erweiterter Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Kosten-Qualitäts-Verhältnissen gesteuert wird. Im Mittelpunkt steht hierbei, dass für die Krankenkassen Spielräume geschaffen wurden, direkt mit Leistungsanbietern und abweichend von kollektivvertraglichen Regelungen selektive Vereinbarungen über Preise, Mengen und Qualitäten zu treffen. Seit einigen Jahren wird schrittweise ein Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt initiiert (*Ebsen et al. 2003; Cassel et al. 2006*). Weitgehend ausgenommen von dieser Entwicklung ist der Krankenhausbereich. Für mehr Vertragswettbewerb in der stationären Versorgung gibt es bislang lediglich Modellvorschläge (*Leber et al. 2008*). Die Krankenkassen können über selektive Verträge mit Leistungsanbietern ihren Versicherten wiederum mehr Auswahl zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen und -qualitäten bieten. Die jüngste Gesundheitsreform ermöglichte zudem, Wahltarife anzubieten. Damit hat sich der Spielraum für Angebotsdifferenzierung auf dem GKV-Versicherungsmarkt erhöht.

Die größere Unterscheidbarkeit der Versicherungsangebote wird mit der Einführung des Gesundheitsfonds dadurch flankiert, dass nun Beitragsunterschiede sichtbarer und spürbarer für die Versicherten werden können. Nach der Umstellung auf einen einheitlichen Beitragssatz äußern sich Preisunterschiede zukünftig darin, dass Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben (müssen) oder Prämien ausschütten (können). Werden diese Zusatzbeiträge oder Prämien nicht in Prozent des Einkommens, sondern unabhängig vom Einkommen als Pauschale und ohne Teilung mit Arbeitgebern, Rentenver-

ABBILDUNG 1

Teilmärkte des GKV-Gesundheitsmarktes



Quelle: in Anlehnung an Casselet et al. 2008, S. 37

sicherungsträgern oder anderen erhoben oder ausgezahlt, erhöhen sich nicht nur die Preistransparenz und Vergleichbarkeit. Bedeutender noch ist, dass sich die Wechselanreize für einkommensschwache und daher besonders preissensitive Versichertengruppen verstärken, die im Wettbewerb bisher gemieden wurden (Rürup und Albrecht 2008, 133).

Die jüngsten Gesundheitsreformen könnten also insgesamt dazu beitragen, dass sich der GKV-Gesundheitsmarkt den Bedingungen „normaler Märkte“ insofern annähert, als die Nachfrage auf dem Versicherungs- und dem Vertragsmarkt zunehmend durch die Wahl zwischen unterschiedlichen Preis- beziehungsweise Kosten-Qualitäts-Verhältnissen bestimmt wird. Wie erklärt sich aber dann der eingangs erwähnte Trend zur Ausschaltung des Preises als gestaltbarer Wettbewerbsparameter? Die Umstände, die hierzu führen, sind für den Versicherungsmarkt andere als für den Vertragsmarkt, auf dem die Leistungsvergütungen geregelt werden.

3 Preiswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung

Das negative Urteil über den Preis- oder Beitragswettbewerb als „unfair“ wird damit begründet, dass Kassen mit vielen jungen und gesunden Mitgliedern billiger gewesen wären als Kassen mit vielen Älteren, Kränkeren und Geringverdienern – und dies, obwohl alle Versicherten zu denselben Ärzten und in dieselben Krankenhäuser gingen sowie dieselben Medika-

mente nähmen. Diese Begründung kann nicht überzeugen. Die Art des Risikostrukturausgleichs (RSA) war ursächlich dafür, dass inakzeptable Beitragsvorteile durch Risikoselektion junger, gesunder und einkommensstarker Versicherter entstehen konnten. Um diese Mängel zu beseitigen, wurde beschlossen, den RSA stärker auf der Basis direkter Morbiditätsmerkmale durchzuführen und den in ihm enthaltenen Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen zu vervollständigen. Die Vereinheitlichung des Beitragssatzes hat damit nichts zu tun und wäre hierfür auch gar nicht notwendig gewesen.

Die Begründung der Bundesregierung negiert außerdem jegliche Qualitätsunterschiede zwischen den Gesundheitsleistungen beziehungsweise den Leistungsanbietern. Dies entspricht zwar dem gesundheitspolitischen Anspruch eines flächendeckend gleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Andererseits steht dies im Widerspruch zum Ziel eines stärkeren Vertragswettbewerbs, der ja gerade auf unterschiedlichen Qualitäten der Leistungsangebote und der Gesundheitsversorgung aufsetzt. Soll der unterschiedliche Erfolg von Kassen im Vertragswettbewerb um bessere Leistungsqualität für die Kassenwahl der Versicherten etwa keine Rolle spielen? Betont wird stattdessen die Bedeutung der Unterschiede bei Serviceleistungen und Zusatzleistungen zwischen den Krankenkassen. Diese Unterschiede eignen sich zweifellos gut für Marketingzwecke, sie betreffen aber, gemessen an den Kernleistungen der Gesundheitsversorgung, lediglich Randbereiche.

Vor diesem Hintergrund liegt die Schlussfolgerung nahe, dass der Preiswettbewerb auf dem GKV-Versicherungsmarkt nach der Reform nicht nur besser funktionieren, sondern auch notwendiger würde:

- besser funktionieren, insoweit der neue, stärker morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich aus Risikoselektion resultierende – und damit die Effizienz des Versicherungswettbewerbs mindernde – Beitragsunterschiede weitgehend beseitigt;
- notwendiger, insoweit sich der Wettbewerbserfolg einer Krankenkasse zunehmend auf dem Vertragsmarkt entscheidet und die Kassen die Möglichkeit haben sollten, ihre dort erlangten Wettbewerbsvorteile den Versicherten durch klar erkennbare Preissignale zu vermitteln.

Die geringe Transparenz über Unterschiede in der Versorgungsqualität sowie über die Wirkungen, die eine unterschiedliche Organisation von Versorgungsprozessen auf die Qualität der Versorgung hat, spricht dafür, dass der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt auch in Beitragsunterschieden auf dem Versicherungsmarkt zum Ausdruck kommen sollte. Mit ihrer Beitragshöhe gibt eine Krankenkasse eine klare und vergleichbare Information darüber, wie ihr Versorgungsangebot im Marktvergleich positioniert ist. Schließlich vergrößern sich die Spielräume, Investitionen in Qualitätsverbesserungen und in die Entwicklung neuer Versorgungsformen zu finanzieren, wenn der Preis ein für die Kassen gestaltbarer Wettbewerbsparameter ist.

Das ursprüngliche Konzept des Gesundheitsfonds sah keineswegs vor, den Beitragswettbewerb durch einen einheitlichen Beitragssatz zu beseitigen. Stattdessen sollte „das einnahmeseitige Instrument der Beitragssatzdifferenzierung genommen und durch das Instrument der mengenmarginalen Prämiendifferenzierung ersetzt“ werden (Richter 2008, 634). Angesprochen sind damit die Zusatzbeiträge und Prämien, von denen eine Transparenz- und wettbewerbsintensivierende Wirkung erwartet werden kann (Richter 2008, 634). Doch schon mit der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz deutete sich ein eindimensionales Verständnis der Zusatzbeiträge an: nämlich allein als Kennzeichnung von Unwirtschaftlichkeit. In der Regierungsinformation zur Einführung des Gesundheitsfonds heißt es, dass Kassen, die wirtschaftlich arbeiteten, in der Regel mit dem Geld aus dem Fonds (auf der Grundlage des einheitlichen Beitragssatzes) auskommen. Der Beitragswettbewerb würde gemäß diesem Verständnis zu einem reinen Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb degenerieren. Erst kürzlich haben mehrere Politiker gefordert, „dass der Gesundheitsfonds auch ohne Zusatzbeiträge funktionsfähig bleibt“. Zu diesem Zweck wurde vorgeschlagen, den einheitlichen Beitragssatz bereits dann zu erhöhen, wenn die Beitragseinnahmen 98 Prozent (anstatt 95 Prozent) der voraussichtlichen Ausgaben unterschreiten. Alternativ könnten auch drohende Defizite im Gesundheitsfonds über einen Steuerzuschuss finanziert werden. Dass Kassen stattdessen „auf breiter Front“ Zusatzbeiträge einführen müssten, sei „verantwortungslos“ (Handelsblatt 2009a; Handelsblatt 2009b).

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Wirtschaftlichkeit und Zusatzbeitrag einer Kasse ist aber bereits konzeptionell äußerst fraglich. Ein solcher Zusammenhang setzt notwendigerweise voraus, dass es keine Qualitätsunterschiede in den Versicherungsleistungen geben kann, die einen Beitragsaufschlag rechtfertigen. Was man in der Vergütung von Behandlungsleistungen grundsätzlich anstrebt – bessere Qualität soll auch höher bezahlt werden („pay for performance“) –, soll auf dem Versicherungsmarkt nicht gelten, obwohl die Krankenkassen mit den jüngsten Reformen in den Wettbewerb um höhere Qualität im Versorgungsmanagement geschickt wurden. Der postulierte Zusammenhang ist vor allem auch deshalb fraglich, weil die dysfunktionale Ein-Prozent-Belastungsgrenze – wie an anderer Stelle ausführlich dargelegt (Rürup und Albrecht 2008, 135 f.; SVR 2006, 219 ff.; SVR 2006, 223ff.) – dazu führt, dass die Höhe von Zusatzbeiträgen maßgeblich von der für die Kassen nicht unmittelbar beeinflussbaren Einkommensstruktur ihrer Mitglieder abhängt.

Der gesundheitspolitischen Rhetorik folgend und um die unter Umständen verheerenden Wirkungen der Ein-Prozent-Grenze zu vermeiden, sind die Anstrengungen der Kassen gegenwärtig tatsächlich stark darauf gerichtet, keine Zusatzbeiträge zu erheben. Auf der anderen Seite wird aber auch bislang kaum Gebrauch von der Möglichkeit gemacht, Prämien an die Versicherten auszuzahlen. Diese Zurückhaltung ist nicht nur auf eine allgemeine Verunsicherung im Zuge der Umstellung auf den neuen Finanzausgleich und mit Blick auf mögliche Auswirkungen der wirtschaftlichen Rezession zurückzuführen. Vermutet wird auch, dass Kassen vermeiden wollen, mit Prämien „schlechte Risiken“ zu attrahieren. Beitragsunterschiede entstehen somit nicht. Davon unberührt existieren für die Kassen Wirtschaftlichkeitsanreize. Sie sind um Kostensenkungen bemüht, um möglichst hohe Überschüsse aus den Fondszuweisungen zu erzielen. Wenn die Kassen jedoch weder von Zusatzbeiträgen noch von Prämienauszahlungen Gebrauch machen, besteht die Gefahr, dass sinnvolle Investitionen zum Beispiel zur Qualitätsverbesserung unterbleiben oder dass erzielte Überschüsse eher in zweifelhafte Maßnahmen fließen, als dass sie den Versicherten in Form einer verringerten Beitragsbelastung zugute kommen.

Die Zurückhaltung der Kassen mit Blick auf den Beitragswettbewerb gründet auch auf der These, wonach Zusatzbeiträge wegen des Sonderkündigungsrechts der Versicherten nicht ohne eine erhebliche Gefährdung der Marktposition durchsetzbar seien. Demnach drohe derjenigen Kasse eine massive Mitgliederabwanderung, die als erste die Erhebung von Zusatzbeiträgen wage. Erst mittelfristig, wenn alle Kassen Zusatzbeiträge erheben müssten, habe auch der Qualitätswettbewerb wieder eine Chance. Die verfügbaren empirischen Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Preis-

elastizität auf dem Versicherungsmarkt der GKV bislang überschätzt wurde (*Andersen et al. 2007*). Zudem haben sich die Kassenwahlmotive mit der Zeit verändert (*Andersen und Grabka 2006*). So waren in den ersten Jahren der Kassenwahlfreiheit die Wechselmotive vergleichsweise heterogen. Gewichtiger als der Beitragssatz waren damals das Image einer Kasse oder vermutete Leistungsunterschiede. Bevorzugte Ziele waren die Ersatzkassen. Vom Ende der 1990er Jahre bis ungefähr 2003 dominierte die Suche nach der „billigsten“ Kasse. Der Wettbewerb konzentrierte sich nahezu ausschließlich auf den Beitragssatz. Gewinner waren vor allem „virtuelle Betriebskrankenkassen“. Seitdem hatte der Beitragssatz seine überragende Bedeutung als Wechselmotiv tendenziell verloren. Die Wechselbereitschaft der Versicherten orientierte sich immer mehr an Qualitäts- und Versorgungsaspekten. Die These, die Erhebung eines Zusatzbeitrags führe zu sofortigen und massiven Marktanteilsverlusten, ist demnach durch die bisherigen Erfahrungen mit dem Kassenwechselverhalten nicht gedeckt.

4 Preiswettbewerb in der Leistungsvergütung auf dem Vertragsmarkt

„Gleicher Preis für gleiche Leistung“ ist das gesundheitspolitische Leitbild für die Gestaltung und Reform der Vergütungssysteme in der GKV. Die bislang bestehenden, zum Teil sehr ausgeprägten Preisunterschiede werden zunehmend beseitigt – sowohl zwischen den einzelnen Krankenhäusern (Basisfallwerte) als auch zwischen den Bundesländern (beziehungsweise KV-Regionen) in der ambulanten Versorgung (Punktwerte).

Zum Jahresende 2009 gelten für alle Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes gleiche Preise für stationäre Behandlungsleistungen. Die Preise unterscheiden sich nach der Fallschwere und gegebenenfalls nach Art der Behandlung (diagnoseorientierte Fallpauschalen), aber nicht nach Angebot und Nachfrage in räumlicher, zeitlicher und qualitativer Hinsicht. Abgesehen von Randbereichen wie zum Beispiel Wahlleistungen findet in der stationären Versorgung gegenwärtig kein Preiswettbewerb statt (*Monopolkommission 2008, 371*). Die Preisunterschiede zwischen den Bundesländern sollen im Verlauf der nächsten Jahre reduziert werden.

Auch ein solches einheitliches Preissystem übt Effizienzdruck auf Anbieter mit überdurchschnittlichen Kosten aus. Analog zum unterdrückten Beitragswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt entsteht aber auch hier das Problem, dass Anbieter mit unterdurchschnittlichen Kosten ihre überdurchschnittliche Wirtschaftlichkeit nicht in Form von Preissenkungen transparent machen und damit Vorteile im Wettbe-

werb erzielen können. Auch kommen den Nachfragern (das heißt den Kassen) diese Kostenvorteile nicht in Form von Preissenkungen zugute. Andererseits können Anbieter mit überdurchschnittlichen Kosten keine höheren Preise verlangen, selbst wenn diese aufgrund regionaler oder qualitativer Präferenzen auf eine höhere Zahlungsbereitschaft träfen.

Stellt der Preis für die Krankenhäuser keinen gestaltbaren Wettbewerbsparameter dar, wird die Behandlungsqualität zum zentralen Faktor, um bei gegebenen Preisen optimale Fallzahlen und -strukturen zu erreichen. Trotz jüngster Fortschritte zur Erhöhung der Qualitätstransparenz im Krankenhausbereich bleiben Qualitätsmessung und -vergleiche in der stationären Versorgung kompliziert. Im Vergleich zu einem Wettbewerb, der (auch) durch klar erkennbare Preisunterschiede bestimmt wird, wirkt ein reiner Qualitätswettbewerb wesentlich schwächer. Wie auch im Kassenwettbewerb sind außerdem größere Investitionen etwa in Qualitätsverbesserungen oft nur dann wirtschaftlich durchführbar, wenn für höhere Qualität auch ein höherer Preis verlangt werden kann.

Mit der Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems verband sich das Ziel, durch gleiche Preise für gleiche Leistungen den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu fördern. Würde eine stärker wettbewerbliche Preisbildung mit möglicherweise größeren Preisunterschieden diesem Ziel widersprechen? Die Antwort hängt davon ab, ob solche Preisunterschiede auf Dauer bestehen und – falls ja – aus welchen Gründen. Auf funktionsfähigen Märkten bewirkt gerade der Wettbewerb, dass für gleiche Leistungen nicht dauerhaft unterschiedliche Preise gelten können. Sind dauerhafte Preisunterschiede zu beobachten, macht es unter Effizienzgesichtspunkten einen Unterschied, worauf diese zurückzuführen sind.

- Von einem dysfunktionalen Preiswettbewerb ist auszugehen, wenn der Grund hierfür eine Monopolsituation, fehlende Arbitragemöglichkeiten, unzureichende Markttransparenz über bestehende Preisunterschiede oder der Umstand ist, dass Leistungen nicht vergleichbar sind.
- Mit Markteffizienz vereinbar sind hingegen dauerhafte Preisunterschiede für heterogene Leistungen, die nicht (vollständig) gleich sind.

Vor Einführung des Fallpauschalensystems waren die Bedingungen für einen dysfunktionalen Preiswettbewerb weitgehend erfüllt, denn Krankenhäuser verfügen häufig lokal über monopolistische Spielräume. Außerdem können Krankenhausbehandlungen nicht weiterverkauft werden. Vor allem aber waren Preise und Leistungen kaum vergleichbar. Die Etablierung diagnoseorientierter Fallgruppen (DRG) als Grundlage für die Vergütung von Krankenhausleistungen hatte daher primär den Zweck, Leistungen vergleichbar und damit bestehende Preis- beziehungsweise Kostenunter-

schiede sichtbar zu machen. Das DRG-System hat tatsächlich die Transparenz der Kostenstrukturen in der stationären Versorgung deutlich vergrößert und damit den Wettbewerb sowie den Effizienzdruck verstärkt.

Die einheitlichen Leistungsdefinitionen im DRG-System schaffen jedoch lediglich eine Scheinhomogenität. So sind Unterschiede in der Behandlungsqualität unbestreitbar vorhanden. Das der Vergütung zugrunde liegende Klassifikationssystem berücksichtigt diese Unterschiede aber nicht. Auch dürften Behandlungsleistungen mit identischer Qualität bei den Nachfragern (Kassen und Patienten) auf unterschiedliche zeitliche und räumliche Präferenzen treffen (*Neubauer und Pfister 2007, 628 f.*). Das einheitliche Preissystem verdeckt somit eine tatsächlich vorhandene Leistungsheterogenität. Unter Anreiz- und Effizienzgesichtspunkten kann es daher durchaus vorteilhaft sein, unterschiedliche Preise für Krankenhausleistungen mit identischer DRG-Zuordnung zuzulassen.

Aus der Argumentation geht aber auch hervor, dass die Situation vor Einführung des DRG-Systems der heutigen Situation mit einheitlichen Preisen keinesfalls vorzuziehen wäre. Preise im eigentlichen Sinne für einzelne Krankenhausleistungen gab es vor Einführung der Fallpauschalen nicht. Stattdessen wurden kostendeckende, tagesgleiche Pflegesätze vereinbart. Auf der Basis von Kosten- beziehungsweise Ausgabenunterschieden bei gleicher Fallzahl und -struktur ließ sich nur mittelbar auf Preisunterschiede rückschließen.

Doch auch wenn sich eine größere Preisdifferenzierung für die damalige Situation ableiten lässt, so kann diese nicht als Ausdruck einer höheren Effizienz gewertet werden. Denn diese Preisunterschiede waren nicht das Ergebnis von Wettbewerb, sondern resultierten aus historischen Budgetverhandlungen. Mit nachweisbaren Leistungs- und Qualitätsunterschieden waren sie nicht erklärbar. Auf die gegenwärtig existierenden Preisunterschiede zwischen den Bundesländern trifft im Übrigen dasselbe zu, denn Bundesländergrenzen sind ökonomisch kein sinnvolles preisliches Differenzierungskriterium.

Der Übergang zu einem System einheitlicher Preise für DRG-Leistungen in der Krankenhausvergütung sollte also keineswegs rückgängig gemacht werden. Auch die Konvergenz der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte ist ökonomisch sinnvoll. Doch sollte die Entwicklung des Preissystems damit nicht beendet sein. Vielmehr gilt es, die Effizienzpotenziale einer freieren, wettbewerblichen Preisbildung zu nutzen, die auf der mit dem DRG-System geschaffenen Transparenz aufbaut. Denn durch preisliche Differenzierungen lässt sich der Effizienznachteil der Scheinhomogenität von Leistungen überwinden, ohne dass die erreichte Vergleichbarkeit des Leistungsangebots wieder verloren geht.

In der ambulanten Versorgung wurde die Umstellung auf einheitliche Preise (Punktwerte) teilweise mit ganz ähnlichen Argumenten wie im Krankenhausbereich begründet. Ausgangspunkt bildeten ausgeprägte Preis- und Vergütungsunterschiede zwischen den KV-Regionen, die sich ökonomisch kaum rechtfertigen ließen. Das Vergütungssystem wurde als „Flickenteppich“ empfunden, „der von niemandem wirklich durchschaut werden konnte“ (BMG 2009a, 7). Die Preisvereinheitlichung zum Jahresbeginn 2009 ist immer noch Anlass für heftige Kontroversen. Im Unterschied zur Krankenhausvergütung gab es keine mehrjährige Konvergenzphase. Hinzu kommt, dass sich in der ambulanten Versorgung – viel stärker als bei Krankenhäusern – die effektiven Preise aus dem Zusammenspiel zwischen Nominalpreis (Punktwert) und Mengenregulierung (zum Beispiel Abstufung der Punktwerte bei Überschreitung der Regelleistungsvolumina) ergeben. Eine Ursache für die Umstellungsfriktionen liegt darin, dass Unterschiede in den Mengenregulierungen weit weniger umfassend zwischen den KV-Regionen beseitigt wurden.

Wie im Krankenhausbereich kann in der ambulanten Versorgung Preiswettbewerb zur Steigerung der Effizienz beitragen. Aber auch hier bedeutet dies nicht, dass eine Rückkehr zum vorigen System unterschiedlicher Preisniveaus in den Bundesländern beziehungsweise KV-Regionen vorteilhaft wäre. Schließlich unterscheiden sich die preisrelevanten Faktoren (zum Beispiel Kostenstrukturen) in der Regel innerhalb der Bundesländer deutlich stärker voneinander – etwa zwischen städtischer und ländlicher Region – als zwischen den Bundesländern. Im Unterschied zum Krankenhausbereich ist es weniger empfehlenswert, im Rahmen des kollektiven Vergütungssystems in der ambulanten Versorgung größere preiswettbewerbliche Spielräume zu schaffen. Denn dort existiert derzeit keine dem DRG-System vergleichbare transparente Grundlage für eine stärker wettbewerbliche Preisbildung beziehungsweise -differenzierung. Hinzu kommt, dass Mengenregulierungen in der Vergütung ambulanter Leistungen eine größere Rolle spielen. Die Steuerungswirksamkeit dieser mengenregulierenden Elemente würde spürbar beeinträchtigt, ließe man Abweichungen von den administrierten Preisen prinzipiell zu. Vor allem aber gibt es in der ambulanten Versorgung im Vergleich zum Krankenhausbereich wesentlich umfangreichere Möglichkeiten, Selektivverträge (auch sektorspezifisch) abzuschließen und in diesen Preise oder Leistungsvergütungen völlig frei zu vereinbaren.

5 Fazit

Zwischen Preis- beziehungsweise Kostenwettbewerb einerseits und Qualitätswettbewerb andererseits besteht kein grundsätzlicher Zielkonflikt. Sobald Güter und Leistungen nicht vollkommen homogen sind, werden auf Märkten Preis-

unterschiede im Verhältnis zu Qualitätsunterschieden betrachtet und umgekehrt. Auf dem GKV-Gesundheitsmarkt gibt es dennoch gegenwärtig Bestrebungen, den Preiswettbewerb weitgehend auszuschalten in der Hoffnung, man erreiche damit einen besseren, faireren Wettbewerb um Qualität. Ein funktionierender Qualitätswettbewerb braucht aber stets auch einen Preiswettbewerb, gerade wenn Qualitätsunterschiede nur eingeschränkt erkennbar beziehungsweise vermittelbar sind oder wenn es um die (Re-)Finanzierung von Qualitätsverbesserungen geht.

Auf dem GKV-Versicherungsmarkt sollte der Preis- beziehungsweise der Beitragswettbewerb dadurch gefördert werden, dass mögliche Einnahmeverluste aus den Belastungsgrenzen für Zusatzbeiträge in wettbewerbsneutraler Weise kassenübergreifend ausgeglichen werden. Die Fairness des Beitragswettbewerbs wird nicht durch die Vereinheitlichung des Beitragssatzes erreicht, sondern durch den Risikostrukturausgleich bestimmt. In der Vergütung stationärer Leistungen sollten auf der Grundlage des DRG-Systems zusätzliche preiswettbewerbliche Spielräume geschaffen werden. Durch die Möglichkeit, für einzelne Leistungen auf die (bundes-)einheitlichen Fallpauschalen Abschläge anzubieten oder Aufschläge zu fordern, würde der Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ letztlich konsequent umgesetzt. Hiermit könnten vorhandene Unterschiede in der Behandlungsqualität und in den örtlichen und zeitlichen Nachfragepräferenzen in der Leistungshonorierung stärker zur Geltung kommen. In der Vergütung ambulanter Leistungen bieten Selektivverträge weitreichende Möglichkeiten für eine wettbewerbliche Preisbildung.

Literatur

Andersen HH, Grabka MM (2006): Kassenwechsel in der GKV 1997–2004, Profile – Trends – Perspektiven. In: Göppfard D et al. (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. St. Augustin: Asgard, 145–189

Andersen HH, Grabka MM, Schwarze J (2007): Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform – Eine empirische Analyse. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Bd. 227/5+6, 429–450

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009a): Fragen und Antworten zur Honorarreform der niedergelassenen Ärzte. Stand: 26.03.2009

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009b): Ein Beitragssatz – Unterschiede bei Service und Leistungen. Pressemitteilung vom 13. Februar 2009

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008): Spitzenmedizin für alle, mehr Service für Sie. Informationsflyer zum Gesundheitsfonds (Druckschrift Bestell-Nr.: BMG-G-07064)

Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV, Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Bonn.

Cassel D, Ebsen I, Greß S et al (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes (Hrsg.). Bonn

Ebsen I, Greß S, Jacobs K et al. (2003): Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): AOK im Dialog, Band 13. Bonn, 145–307

Handelsblatt (2009): Betriebe sollen für Gesundheit mehr zahlen. 21.04.2009, Seite 4

Handelsblatt (2009): Der Gesundheitsfonds ist schon pleite. 28.04.2009, Seite 4

Leber WD, Malzahn J, Wolff J (2008): Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer, 81–106

Monopolkommission (2008): Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung, 17. Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB, 2006/2007

Neubauer G, Pfister F (2007): Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Band 227/5+6, Stuttgart: Lucius & Lucius, 621–635

Richter WF (2008): Countdown beim Gesundheitsfonds. Wirtschaftsdienst Nr. 10/2008, 631–636

Rürup B, Albrecht M (2008): Das deutsche Gesundheitswesen nach den Reformen von 2007. In: Merz F (Hrsg.). Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser, 122–147

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2006): Jahresgutachten 2006/07, Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen. Wiesbaden

DER AUTOR



Dr. Martin Albrecht, ist Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik und Mitglied der Geschäftsführung des IGES Instituts. Er studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier und an der Clark University in Worcester (USA). Nach Abschluss des Studiums war er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Arbeit und Soziales an der Universität Trier. Vor seiner Tätigkeit im IGES

Institut arbeitete er im wissenschaftlichen Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, in der Geschäftsstelle der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme sowie in der Volkswirtschaftlichen Abteilung der Deutschen Bundesbank.