

Gesundheit und Qualität der Arbeit

Martin Albrecht | Hans-Holger Bleß
Ariane Hörer | Stefan Loos
Guido Schiffhorst | Carsten Scholz

Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung

Martin Albrecht | Hans-Holger Bleß | Ariane Höer
Stefan Loos | Guido Schiffhorst | Carsten Scholz

Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung

Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen
an den zukünftigen regulatorischen Rahmen

Martin Albrecht | Hans-Holger Bleß
Ariane Hörer | Stefan Loos
Guido Schiffhorst | Carsten Scholz

Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung

Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung
und Anforderungen an den
zukünftigen regulatorischen Rahmen



Dr. Martin Albrecht ist am IGES Institut Mitglied der Geschäftsführung und verantwortlich für den Bereich Gesundheitspolitik. Er ist seit 2004 für das Institut tätig. Martin Albrecht studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier und der Clark University in Worcester (USA). Nach Abschluss des Studiums im Jahr 1997 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Arbeit und Soziales an der Universität Trier. Im Zeitraum von 2001 bis 2003 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.

Hans-Holger Bleß ist Apotheker und arbeitet seit 2009 beim IGES Institut im Geschäftsbereich Consulting Krankenversicherungen (CKV). Er studierte Pharmazie an der FU Berlin, arbeitete anschließend in einer öffentlichen Apotheke. Danach war er zunächst als Pharmakotherapieberater und später als Apotheker für Grundsatzfragen bei der AOK Brandenburg tätig. Zuletzt leitete er dort den Fachbereich Grundlagen und Verträge Arzneimittel. Er verfügt über umfangreiche Erfahrungen in den Bereichen Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zum Kostenmanagement in der GKV, Weiterentwicklung und Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V, Pharmakologische und pharmaökonomische Therapie-Bewertung.

Dr. Ariane Höer, Ärztin für Pharmakologie und Toxikologie ist – nach langjähriger Forschungs- und Lehrtätigkeit an der Freien Universität Berlin – seit 2001 für das IGES Institut tätig und stellv. Bereichsleiterin Arzneimittel-Markt. Frau Höer ist Ansprechpartnerin für alle Fragen bezüglich Arzneimittel. Sie befasst sich insbesondere mit pharmakoepidemiologischen und pharmakoökonomischen Untersuchungen sowie mit Analysen und Prognosen des Arzneimittelmarkts, insbesondere des GKV-Markts. Weitere Arbeitsgebiete sind Arzneimittelsicherheit, Arzneimittelbewertung sowie ATC-Klassifikation und DDD-System. Darüber hinaus befasst sich Frau Höer mit Studien zur Versorgungsforschung zu Fragen der Arzneimittelversorgung.

Dr. Stefan Loos ist Projektleiter im Bereich Gesundheitspolitik. Herr Loos studierte Verwaltungswissenschaften an der Universität Konstanz und schloss sein Studium 1998 als Diplom-Verwaltungswissenschaftler ab. Im Anschluss arbeitete er als Junior Researcher am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspo-

litik und Sozialforschung in Wien und promovierte zwischen 1999 und 2002 im Rahmen eines Graduiertenkollegs in Berlin zum Thema „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“. Im Anschluss war er am Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen in Neuherberg tätig. Seit dem Jahr 2003 arbeitet er für das IGES Institut insbesondere auf den Gebieten Versorgungsforschung, Bedarfsplanung, Politikanalyse und Qualitätssicherung. Als Verwaltungswissenschaftler betreut er besonders Projekte aus dem Bereich der Öffentlichen Verwaltung.

Dipl.-Psych. Guido Schiffhorst ist seit 1999 Mitarbeiter des IGES und Leiter des Bereichs Statistik & Biometrie. Herr Schiffhorst hat Physik an den Universitäten Münster und Bonn, neugriechische Philologie an der Universität Athen sowie Psychologie an der Universität Bonn studiert. Vor seiner Tätigkeit im IGES war Herr Schiffhorst als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Forschungsmethoden und Evaluation des Psychologischen Instituts der Universität Bonn sowie am Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie der Universität Mannheim beschäftigt. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Statistik im Gesundheitswesen, bspw. Mikrosimulation von Vergütungseffekten und Finanzierungsreformen im Gesundheitswesen, Entwicklung und Anwendung standardisierter Erhebungsinstrumente im Kontext der Ergebnisevaluation sowie die Weiterentwicklung quantitativer Methoden (Simulationstechniken, Langzeitprognosen, Risikoadjustierung).

Dr. Carsten Scholz, Apotheker, ist wissenschaftlicher Angestellter im Bereich Arzneimittel-Markt und seit 2008 für das IGES tätig. Nach seinem Studium der Pharmazie arbeitete Carsten Scholz als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Pharmakognosie und Analytische Phytochemie der Universität des Saarlandes in Saarbrücken. Im Jahr 2005 promovierte Herr Scholz als Dr. rer. nat. Im Anschluss an seine Forschungstätigkeit übernahm er eine Stelle als Apotheker.

Für die Analyse möglicher Auswirkungen von Selektivverträgen in der Arzneimittelversorgung wurden von der Fa. **Insight Health** freundlicherweise die Nationale Verordnungsinformation (NVI) für das Jahr 2008 zur Verfügung gestellt. Die Autoren danken an dieser Stelle der Fa. Insight Health für ihre Unterstützung.

© Copyright 2010 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf
Printed in Germany 2010
ISBN: 978-3-86593-146-7
Bestellnummer: 13252

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrages,
der Rundfunksendung, der Fernsehausstrahlung,
der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Zusammenfassung | 11 |
| 1 Gesellschafts- und gesundheitspolitischer Kontext | 17 |
| 1.1 Wachstumsdynamik und Solidarprinzipien im Zielkonflikt | 17 |
| 1.2 Wettbewerbsstärkung als Lösungsansatz | 18 |
| 1.3 Gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung des Leistungswettbewerbs durch Selektivverträge | 21 |
| 2 Fragestellung und Ziel der Untersuchung | 25 |
| 3 Versicherungsmarktbezogene Ex ante-Wirkungsanalyse selektivvertraglicher Versorgung | 31 |
| 3.1 Rahmenbedingungen des Krankenkassenwettbewerbs | 31 |
| 3.2 Verdeckte Leistungsbeschränkungen und Qualitätsabsenkungen | 35 |
| 3.3 Risikoselektion | 42 |
| 3.4 Fazit | 46 |
| 4 Analyse möglicher Auswirkungen von Selektivverträgen in der Krankenhausversorgung | 49 |
| 4.1 Gegenwärtige Rahmenbedingungen für Selektivverträge in der Krankenhausversorgung | 50 |
| 4.2 Perspektiven einer Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung im Krankenhausbereich | 53 |
| 4.3 Methodisches Vorgehen | 56 |
| 4.3.1 Datengrundlagen | 56 |
| 4.3.2 Auswahl von Regionen für die Szenarien-Analyse | 57 |
| 4.3.3 Auswahl selektivvertraglicher Leistungsbereiche | 59 |
| 4.3.4 Szenarien selektivvertraglicher Auswahlprozesse | 61 |
| 4.3.5 Ermittlung der Auswirkungen auf die Erreichbarkeit und auf die Krankenhäuser | 65 |
| 4.4 Ergebnisse der Szenario-Analysen | 66 |
| 4.4.1 Veränderungen der Erreichbarkeit | 66 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.4.2 | Rangfolgen der Krankenhäuser für die Auswahl zur Teilnahme an selektivvertraglicher Versorgung | 80 |
| 4.5 | Leitlinien für eine zukünftige Regulierung | 85 |
| 5 | Analyse möglicher Auswirkungen von Selektivverträgen in der Arzneimittelversorgung | 91 |
| 5.1 | Gegenwärtige Rahmenbedingungen und Perspektiven einer selektivvertraglichen Arzneimittelversorgung | 91 |
| 5.1.1 | Rechtliche Grundlagen einer Beeinflussung der Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkassen | 92 |
| 5.1.2 | Beurteilung der gegenwärtigen Möglichkeiten der Krankenkassen zur Arzneimittelsubstitution | 94 |
| 5.1.3 | Perspektiven einer selektivvertraglichen Arzneimittelversorgung | 96 |
| 5.1.4 | Ansatzpunkte der folgenden Untersuchung | 100 |
| 5.2 | Methodisches Vorgehen | 102 |
| 5.2.1 | Übergeordnete Begrenzung selektivvertraglicher Auswahlmöglichkeiten: Indikationsbezug vs. ATC-Klassifikation | 103 |
| 5.2.2 | Auswahl der untersuchten Wirkstoffgruppen | 107 |
| 5.2.3 | Berücksichtigung der Marktrelevanz der ausgewählten Wirkstoffgruppen | 109 |
| 5.2.4 | Kriterien zur Beurteilung von Substitutionsbeziehungen | 111 |
| 5.2.5 | Anwendung der Kriterien auf die ausgewählten Wirkstoffgruppen | 115 |
| 5.3 | Substitutions- und Risikoselektionspotenziale der untersuchten Arzneimittelgruppen | 118 |
| 5.4 | Leitlinien für eine zukünftige Regulierung | 136 |
| 6 | Schlussbetrachtung der Regulierungsanforderungen | 143 |
| | Literaturverzeichnis | 149 |
| | Über die Hans-Böckler-Stiftung | 155 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|--|----|
| Abbildung 1: | Wettbewerbsfelder in der Gesundheitsversorgung | 20 |
| Abbildung 2: | Nutzung erweiterter Möglichkeiten für Selektivverträge durch Krankenkassen | 34 |
| Abbildung 3: | Siedlungsstrukturelle Kreistypen der ausgewählten Bundesländer | 58 |
| Abbildung 4: | Erreichbarkeit in Abhängigkeit von der Anzahl an selektivvertraglicher Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser am Beispiel des Leistungsbereichs Geburt in Thüringen, differenziert nach Regionstyp | 74 |
| Abbildung 5: | Erreichbarkeit in Abhängigkeit von der Anzahl an selektivvertraglicher Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser am Beispiel des Leistungsbereichs Geburt in Bayern, differenziert nach Regionstyp | 74 |
| Abbildung 6: | Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Bayern, Leistungsbereich Geburt | 76 |
| Abbildung 7: | Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Bayern, Leistungsbereich Hernien | 78 |
| Abbildung 8: | Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Thüringen, Leistungsbereich Geburt | 79 |
| Abbildung 9: | Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Thüringen, Leistungsbereich Hernien | 79 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabelle 1: | Kennzahlen der ausgewählten Bundesländer | 59 |
| Tabelle 2: | Ausgewählte Leistungsbereiche für Szenario-Analyse | 61 |
| Tabelle 3: | Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung bei 50 %-Teilnahme der Krankenhäuser am Beispiel Thüringens | 67 |
| Tabelle 4: | Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung bei 50 %-Teilnahme der Krankenhäuser am Beispiel Bayerns | 69 |
| Tabelle 5: | Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung am Beispiel des Leistungsbereichs Prostata im Bundesland Thüringen | 71 |
| Tabelle 6: | Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung am Beispiel des Leistungsbereichs Prostata im Bundesland Bayern | 72 |
| Tabelle 7: | Erforderliche Anzahl (Anteil) der Krankenhäuser für Maximalentfernung von 25 km nach Realisierungsanteil in Bevölkerung | 80 |
| Tabelle 8: | Reihenfolge der Auswahl von Krankenhäusern für Selektivverträge am Beispiel des Leistungsbereichs Prostata im Bundesland Thüringen | 82 |
| Tabelle 9: | Reihenfolge der Auswahl von Krankenhäusern für Selektivverträge am Beispiel des Leistungsbereichs HNO im Bundesland Thüringen | 83 |
| Tabelle 10: | Anteil der nach mindestens einem Kriterium ausgewählten Krankenhäuser bei selektivvertraglicher Angebotsbeschränkung auf 50 %, Bundesländer Thüringen und Bayern, differenziert nach Leistungsbereichen | 85 |
| Tabelle 11: | Ebenen der ATC-Klassifikation und Verwendung im Arzneimittel-Atlas | 104 |
| Tabelle 12: | Beispiel Indikationsbereich „Arterielle Hypertonie“ | 105 |
| Tabelle 13: | Auswahl der untersuchten Indikations- bzw. Teil-Indikationsgruppen | 108 |
| Tabelle 14: | Substitutionspotenziale innerhalb der untersuchten Wirkstoffgruppen | 121 |
| Tabelle 15: | Einteilung der Wirkstoffgruppen nach Eignung für Selektivvertrags-Wettbewerb | 130 |

Zusammenfassung

Die Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen hat zum Ziel, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Auf diese Weise sollen die Konflikte zwischen steigenden Ansprüchen an Leistungsumfang und Qualität einerseits und begrenzten Finanzierungsspielräumen andererseits entschärft werden.

Mit den jüngsten Gesundheitsreformen wurden die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert, als Alternative zur bislang dominierenden kollektivvertraglichen Versorgung mit Anbietern von Gesundheitsleistungen individuelle („selektive“) Verträge abzuschließen. Damit soll der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern intensiviert werden. Gleichzeitig soll es einen erweiterten Wettbewerb unter den Krankenkassen geben, der sich nicht nur auf den Preis (Beitragshöhe), sondern auch auf die Qualität des Versorgungsmanagements bezieht.

An Selektivverträge richtet sich die gesundheitspolitische Erwartung, dass Krankenkassen diese Möglichkeit nutzen, die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten wirtschaftlicher und qualitativ besser zu gestalten, um hieraus Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Gleichzeitig werden in Selektivverträgen Risiken für die Versorgung gesehen: Krankenkassen könnten durch Vergütungsvereinbarungen mit Leistungsanbietern gemeinsame finanzielle Interessen zu Lasten von Patienten erzeugen. Mangelnde Qualitätstransparenz und ein nur eingeschränkt funktionsfähiger Kassenwettbewerb könnten dazu führen, dass Leistungsangebote und Qualität reduziert werden oder Risikoselektion stattfindet.

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde analysiert, welche *potenziellen* Wirkungen von einer stärker selektivvertraglichen Organisation auf die Gesundheitsversorgung ausgehen. Im Mittelpunkt steht hierbei die Frage, in welchem Ausmaß die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen infolge einer Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung eingeschränkt werden könnte: im Hinblick auf den regionalen Zugang zu Versorgungsangeboten in der Krankenhausversorgung und im Hinblick auf den Zugang zu unterschiedlichen Arzneimitteltherapien. Auf der Basis dieser Wirkungsanalyse wurden Anforderungen an den regulatorischen Rahmen entwickelt. Leitendes Ziel dabei war es, dass systematisch effizienzmindernde Wirkungen einer Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung weitgehend ausgeschlossen werden können.

Für den Bereich der **Krankenhausversorgung** wurde im Rahmen von Szenario-Analysen ermittelt, wie sich die Erreichbarkeit der Krankenhäuser im Durch-

schnitt der Bevölkerung verändert, wenn im Rahmen einer selektivvertraglichen Versorgung der Zugang auf eine begrenzte Auswahl der Kliniken beschränkt würde.

- Die Szenario-Analysen wurden für die Bundesländer Bayern und Thüringen durchgeführt.
- Es wurden sieben selektivvertragliche Leistungsbereiche ausgewählt: Geburt, Hüft- und Knie-Endoprothetik, Hernien, Prostata-Resektion (gutartig), Bypass und HNO.
- Darüber hinaus unterscheiden sich die Szenarien hinsichtlich der Kriterien, nach denen die Krankenhäuser für Selektivverträge ausgewählt werden. Untersucht wurde eine Auswahl nach Prozessqualität (Indikator Fallzahl), nach Strukturqualität (Indikator Facharztquote), nach Kostenniveau (Indikator Basisfallwert) und nach dem Kosten-Qualitäts-Verhältnis (Index aus den drei vorgenannten Indikatoren).

Ergebnis der Szenario-Analysen ist, dass sich für Patienten in den betrachteten Bundesländern die Entfernung zum nächsten Krankenhaus – im Durchschnitt der ausgewählten Leistungsbereiche und Auswahlkriterien – um das 1,7- bis 1,8-fache erhöhen würde, wenn sie im Rahmen von Selektivverträgen nur noch Zugang zur Hälfte der Krankenhäuser hätten. Dabei variiert die Veränderung der Entfernungen teilweise erkennbar in Abhängigkeit vom Auswahlkriterium. Darüber hinaus verteilen sich die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit ungleichmäßig auf die verschiedenen Regionen eines Bundeslandes, weil diese unterschiedlich dicht bevölkert sind. Grundsätzlich haben die Bewohner von Kernstädten einen Entfernungsvorteil gegenüber den Bewohnern verdichteter oder ländlicher Kreise. In Einzelfällen – d. h. für bestimmte Kombinationen aus Leistungsbereich, Auswahlkriterium und Auswahlquote – weichen die Ergebnisse jedoch hiervon ab und die Erreichbarkeit verringert sich für die Bewohner ländlicher Kreise teilweise weniger stark als für die Bewohner von Kernstädten oder verdichteten Kreisen.

Aus Sicht der Krankenhäuser werden die Auswirkungen von Selektivverträgen anhand ihrer Positionierung bei der Auswahl durch die Krankenkassen dargestellt. Hier variieren die Ergebnisse teilweise noch stärker in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Auswahlkriterien: Dieselben Krankenhäuser, die nach einem der Auswahlkriterien einen Spitzenplatz belegen, rangieren nach einem anderen Auswahlkriterium auf den letzten Plätzen. Würde die Hälfte der Krankenhäuser ausgewählt, käme der überwiegende Teil von ihnen nach wenigstens einem der betrachteten Auswahlkriterien als Selektivvertragspartner in Frage. Gerade die

Vielzahl möglicher Bewertungs- und Auswahlkriterien spricht dafür, dass Gewinner und Verlierer eines Selektivvertragswettbewerbs überwiegend nicht a priori feststehen.

Würde die Krankenhausversorgung zukünftig stärker selektivvertraglich organisiert, sollte der regulatorische Rahmen die Auswahl auf der Basis von Prozessqualität und von Preisen bzw. Kosten weitestgehend den Krankenkassen überlassen. Hinsichtlich der Strukturqualität erscheinen hingegen regulatorische Vorgaben im Sinne von Mindestanforderungen sinnvoll, zumindest solange keine allgemein anerkannten Kriterien zur Messung von Ergebnisqualität verfügbar sind. Mit Blick auf die Versorgungssicherheit von Patienten sollte es – differenziert nach Versorgungsstufen – regulatorische Vorgaben für maximale Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus geben, die jeweils für den Großteil der Bevölkerung (z. B. 90 %) realisiert sein müssten.

Sobald ein selektivvertragliches Versorgungssegment im Krankenhausbereich eine signifikante Größe erreichen würde, wären grundlegende Modifikationen der Krankenhausplanung unumgänglich. Perspektivisch würde die bereits heute erkennbare Tendenz zur Verringerung der Planungstiefe konsequent fortgesetzt und der Ansatz krankenhausesindividueller Versorgungsaufträge aufgegeben. Stattdessen wären Versorgungsaufträge mit Bezug auf Regionen zu formulieren und den Krankenkassen hierfür den Sicherstellungsauftrag zu erteilen. Den Bundesländern sollte dann eine Aufsichtsfunktion verbleiben, die auch mit Interventionsmöglichkeiten versehen sein müsste. In letzter Konsequenz funktioniert ein solcher Ansatz jedoch nur, wenn gleichzeitig die duale auf eine monistische Finanzierung umgestellt wird.

Eine substanzielle Ausweitung von selektivvertraglichem Wettbewerb in der **Arzneimittelversorgung** liefe darauf hinaus, den Erstattungszwang bzw. die allgemeine Leistungspflicht der Krankenkassen zu lockern. Damit würden auch wirkstoffverschiedene Arzneimittel als prinzipiell gegeneinander substituierbar angesehen werden. Der Einzelvertragswettbewerb könnte dann auch verstärkt patentgeschützte Arzneimittel umfassen. Ansatzpunkt der Untersuchung ist die Befürchtung, eine solche Ausweitung von selektivvertraglichem Wettbewerb könnte den Zugang zu medikamentösen Therapiemöglichkeiten einschränken und von Krankenkassen zu Risikoselektionszwecken eingesetzt werden.

Um zu beurteilen, inwiefern sich diese Befürchtungen substantiieren lassen, wurden die Risikoselektionspotenziale bestimmt, die eine stärker selektivvertragliche Arzneimittelversorgung mit sich brächte. Hierzu wurden anhand des Grades

der Homogenität bzw. der Heterogenität von Wirkstoffgruppen die Substitutionsbeziehungen zwischen Arzneimitteln analysiert. Dabei wurden

- rechtlich relevante Unterschiede (Zulassungsbestimmungen),
- medizinisch-therapeutische Unterschiede (Evidenz der Wirksamkeit, Einnahmekomfort, Pharmakodynamik/-kinetik, Wechselwirkungen),
- Unterschiede in der öffentlichen Wahrnehmung und Präferenzunterschiede betrachtet.

Sind diese Unterschiede in einer Wirkstoffgruppe stark ausgeprägt und könnte eine Krankenkasse im Rahmen einer selektivvertraglichen Arzneimittelpolitik ihre Erstattungspflicht innerhalb dieser Wirkstoffgruppe dennoch einschränken, sind Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität möglich. Damit ergäben sich Ansatzpunkte für Risikoselektion.

Für die Untersuchung wurden 16 Indikations- bzw. Teilindikationsgruppen ausgewählt, die jeweils knapp die Hälfte des Gesamtumsatzes und der abgesetzten Mengen auf dem Arzneimittelmarkt repräsentieren. Realistische Substitutionsmöglichkeiten ergaben sich nur unterhalb der 3-Steller-Ebene der ATC-Gruppen, so dass insgesamt 38 Wirkstoffgruppen analysiert wurden.

- Für die untersuchten Wirkstoffgruppen zeigt sich, dass Segmente des Arzneimittelmarktes mit einem spürbar hohem Anteil am Umsatz (17,5 %), allerdings nur vergleichsweise geringem Anteil an den verordneten Mengen (5,6 %), uneingeschränkt für einen selektivvertraglichen Wettbewerb geeignet sind, weil sie insbesondere in den medizinischen Kriterien als sehr homogen eingestuft wurden.
- Für weitere Segmente mit einem Umsatzanteil von rd. 37 % der untersuchten Wirkstoffgruppen lässt sich eine bedingte Eignung feststellen. Diese Segmente könnten nach den dieser Analyse zugrunde liegenden Kriterien zumindest teilweise selektivvertraglichem Wettbewerb zugänglich gemacht werden, wenn durch zusätzliche spezifischere Regulierungsmaßnahmen die Erstattungsauswahl für die Krankenkassen eingeschränkt wird, um eventuelle Risikoselektionspotenziale zu beseitigen.
- Die Wirkstoffgruppen, bei denen Selektivverträge – aufgrund eines hohen Grades an Heterogenität vor allem in Bezug auf die medizinischen Kriterien – nicht empfohlen werden können, sind in der Regel problemlos identifizierbar. Auf sie entfiel mit einem Anteil von 45,4 % etwas weniger als die Hälfte des Umsatzes der untersuchten Wirkstoffgruppen, jedoch nur ein gutes Zehntel der verordneten Mengen.

Die Regulierung eines intensivierten selektivvertraglichen Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung sollte primär darauf abzielen, die Möglichkeiten der Krankenkassen, ihre Erstattungspflicht einzuschränken, auf medizinisch-therapeutisch weitgehend homogene Wirkstoffgruppen zu begrenzen. Die Auswahl der Krankenkassen, welche Arzneimittel sie (voll) erstatten, sollte durch Regulierung vor allem beschränkt werden, solange spürbare Unterschiede hinsichtlich Neben- und Wechselwirkungen, aber auch bei chronisch oder schwerkranken Patienten hinsichtlich dem Einnahmekomfort bestehen. Innerhalb der in dieser Hinsicht homogenen Gruppen können Arzneimittel dennoch heterogen sein, insbesondere hinsichtlich der anderen Kriterien (z. B. Präferenzen), und somit Risikoselektionspotenziale enthalten. Dies sollte aber keineswegs zwangsläufig dazu führen, einen selektivvertraglichen Wettbewerb für die entsprechenden Wirkstoffbereiche auszuschließen. Nicht alle prinzipiellen Ansatzpunkte für Risikoselektion dürften in der Praxis tatsächlich negative Effizienzwirkungen entfalten. Dafür spricht beispielsweise ein „korrigierender“ Reputationswettbewerb zwischen den Krankenkassen. Außerdem ist davon auszugehen, dass Krankenkassen eine vorhandene Heterogenität von Arzneimitteln nicht immer in praktikable Risikoselektionsstrategien umsetzen können. Eine Regulierung muss daher nicht in jedem Fall eine Intervention vorsehen, sondern kann sich u. U. zunächst auf eine Beobachtung des Wettbewerbs beschränken.

Ein größerer Bereich von Wirkstoffgruppen erscheint nur eingeschränkt geeignet, für einen intensiveren selektivvertraglichen Wettbewerb geöffnet zu werden. Die in ihnen liegenden Wettbewerbspotenziale dennoch auszuschöpfen, ohne dass es zu negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder zu Risikoselektion kommt, würde zusätzlichen Regulierungsaufwand bis hin zu Einzelfallentscheidungen erfordern. Der Regulierungsrahmen würde hierdurch komplexer und weniger berechenbar. Als alternativer, pragmatischer Regulierungsansatz bietet sich daher eine Quotenregelung an. Demnach könnten Ärzte einen bestimmten Anteil ihrer Verordnungen abweichend von selektivvertraglichen Erstattungsregelungen der Krankenkassen gestalten (z. B. bei allergischen Reaktionen einzelner Patienten). Die Höhe der Quote könnte für „problematischere“ Wirkstoffgruppen entsprechend höher angesetzt werden.

Sowohl in der Krankenhaus- als auch in der Arzneimittelversorgung sollten die gegenwärtigen wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden, wenn der Anteil selektivvertraglich organisierter Gesundheitsversorgung ausgeweitet wird.

1 Gesellschafts- und gesundheitspolitischer Kontext

1.1 Wachstumsdynamik und Solidarprinzipien im Zielkonflikt

Das Gesundheitswesen ist für die deutsche Volkswirtschaft von großer Bedeutung: Mit etwa 250 Mrd. Euro entsprechen die Gesundheitsausgaben rund einem Zehntel der gesamtwirtschaftlichen Leistung. Die Gesundheitswirtschaft beschäftigt rund 4,4 Mio. Personen bzw. bietet (rechnerisch) ca. 3,3 Mio. Vollzeitstellen (Statistisches Bundesamt 2009). Angesichts der steigenden Lebenserwartung und Alterung der Bevölkerung in Kombination mit dem medizintechnischen Fortschritt wird für die Zukunft mit einem überproportionalen Wachstum des Gesundheitsbereichs in Deutschland gerechnet. Gemäß einer aktuell für das Bundeswirtschaftsministerium vorgelegten Prognose wird sich bis zum Jahr 2030 der Anteil der Gesundheitswirtschaft an der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung von derzeit etwa 10 % auf rd. 13 % erhöhen, der Anteil der Erwerbstätigen von derzeit ca. 14 % auf fast 21 % steigen (Henke et al. 2009, S. 142).

Die dem Gesundheitsbereich eigene Wachstumsdynamik stellt die Politik vor große Herausforderungen. Ein großer Teil der Gesundheitsversorgung findet im Rahmen eines z. T. sehr weitgehend staatlich regulierten Systems statt und unterliegt sozialpolitischen Prinzipien. Dieses System, dessen Kern die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist, hat zum Ziel, allen Personen einen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig von ihrer individuellen Einkommensposition zu gewährleisten. Folglich ist die Finanzierung der GKV durch Umverteilungselemente gekennzeichnet, die deutlich über das für eine Krankenversicherung i. e. S. typische Maß hinausgehen. In einem „solidarischen System“ wie der GKV stößt aber die Finanzierung von Ausgabenzuwächsen auf andersartige Probleme als in marktwirtschaftlich organisierten Wirtschaftsbereichen. So wirkt gegenwärtig die einkommensabhängige, ganz überwiegend an lohnbezogene Einkommen gekoppelte Beitragsgestaltung der GKV tendenziell wachstumsdämpfend. Aufgrund dieser Kopplung erhöht sich durch steigende Gesundheitsausgaben bzw. infolge steigender Beitragssätze der „Abgabenkeil“ zwischen Arbeitnehmerentgelt und Nettolohn. Steigende Beitragssätze verteuern damit nicht nur den Arbeitseinsatz, sie verringern auch die Arbeitsanreize in finanzieller Hinsicht. Bei starker Ausweitung des Finanzvolumens stößt die einkommensabhängige Beitragsge-

staltung zunehmend an Legitimitäts- und Akzeptanzprobleme, denn Bürger empfinden Zwangsabgaben als um so belastender, je schwächer der Zusammenhang zwischen Beitrag und Leistung ist (Beitragsäquivalenz).¹

Die in dieser Hinsicht begrenzten Finanzierungsspielräume im Gesundheitssystem lassen sich immer weniger mit den fortwährend steigenden Ansprüchen an die Gesundheitsversorgung in Einklang bringen. Dabei besteht ein breiter politischer Konsens darüber, dass auch in einer alternden Bevölkerung jeder Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung haben soll, deren Qualität dem medizinischen Fortschritt entspricht. Alle drei Ziele – „umfassender Leistungsanspruch“, „hohe Leistungsqualität“ und „Zugang für alle“ – lassen sich bei steigenden Ansprüchen und begrenzten Ressourcen nicht widerspruchsfrei miteinander vereinbaren.

1.2 Wettbewerbsstärkung als Lösungsansatz

Die Gesundheitspolitik hat in den vergangenen Jahrzehnten mehrfach versucht, diesen grundlegenden Konflikt zwischen Ausgabendynamik und Solidarprinzipien im Gesundheitsbereich zu entschärfen. Im Vordergrund standen hierbei Maßnahmen, mit denen unmittelbar in die Entwicklung der Ausgaben und der Einnahmen eingegriffen wurde. Dazu zählten die zahlreichen Maßnahmen der „Kostendämpfung“ (z. B. Budgetierungen, Preismoratorien), Beschränkungen des Leistungsanspruchs von Versicherten der GKV (Erstattungsbegrenzungen oder -ausschlüsse) sowie Maßnahmen zur Erhöhung der Einnahmen (Anhebung des Beitragssatzes und der Entgeltgrenzen).

Vor dem Hintergrund der teilweise ernüchternden Erfahrungen der begrenzten Wirksamkeit der regulatorischen Eingriffe in den Gesundheitsbereich, die unmittelbar auf „Kostendämpfung“ ausgerichtet sind, trat zunehmend das Ziel einer stärkeren Orientierung der Gesundheitspolitik an Wettbewerbsprinzipien in den Vordergrund. An einen funktionsfähigen Wettbewerb knüpfen sich Erwartungen einer größeren Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Leistungserbringung, aber auch einer größeren Innovationsdynamik in der Gesundheitsversorgung durch

1 Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV ist Ausdruck eines rudimentären Äquivalenzgedankens. Bezeichnenderweise gelten für die Gesetzliche Renten- und Arbeitslosenversicherung, in denen die Höhe der Leistungen in einem stärkeren Zusammenhang mit der Höhe der Beitragszahlungen stehen, höhere Beitragsbemessungsgrenzen.

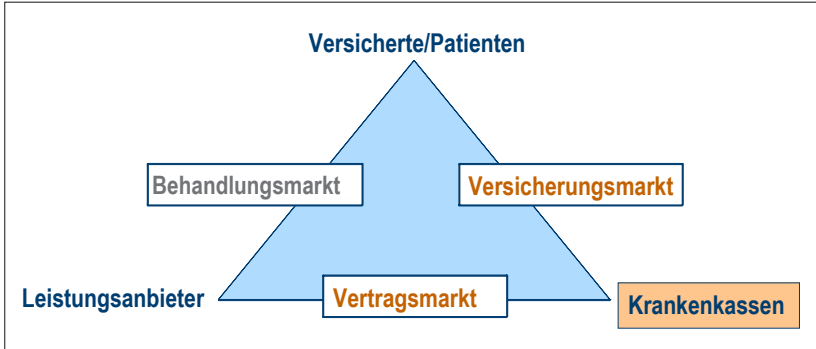
dezentrale Entscheidungsprozesse. Mit mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen sollen die Ziel- und Ressourcenkonflikte vor allem durch Effizienzsteigerungen entschärft werden, d. h., Einsparungen ohne Qualitätseinbußen oder Qualitäts- und Leistungssteigerungen bei unverändertem Ressourcenaufwand.

Effizienzsteigerungen in der Gesundheitsversorgung durch mehr Wettbewerb zu erzielen, wird allerdings durch die wettbewerbswidrigen Rahmenbedingungen auf Gesundheitsmärkten erschwert. Neben ausgeprägten Informationsasymmetrien und Qualitätsunsicherheit zählt hierzu vor allem die Aufspaltung der Nachfrage in die Leistungsanspruchnahme durch Versicherte bzw. Patienten einerseits und der Zahlung für diese Leistungsanspruchnahme durch die Krankenkassen andererseits. In der GKV wird diese Aufspaltung durch das Sachleistungsprinzip in besonderer Weise akzentuiert, weil es eine nahezu vollständig unentgeltliche Inanspruchnahme ermöglicht, denn die Versicherten haben Anspruch auf Erstattungen, ohne Vorauszahlungen leisten zu müssen.

Diese Aufspaltung der Nachfrageseite führt in der Gesundheitsversorgung dazu, dass Angebot und Nachfrage auf drei verschiedenen Märkten zu koordinieren sind. Entsprechend sind auch drei verschiedene Wettbewerbsfelder zu unterscheiden (Abbildung 1):

- Auf dem Behandlungsmarkt konkurrieren die Anbieter von Gesundheitsleistungen um Patienten, die zwischen Ärzten und Krankenhäusern faktisch frei wählen können.
- Auf dem Versicherungsmarkt konkurrieren Krankenkassen um Versicherungsnehmer.
- Auf dem Vertragsmarkt konkurrieren Krankenkassen und Leistungsanbieter untereinander und gegenseitig um Versorgungsverträge. Krankenkassen sind bemüht, unter den Leistungsanbietern Vertragspartner zu finden, mit denen sie ihre Versicherungsleistungen zu möglichst geringen Kosten und/oder hoher Qualität erbringen können. Leistungsanbieter konkurrieren untereinander um möglichst günstige Vertragskonditionen mit Krankenkassen, insbesondere mit Blick auf die Vergütung.

Abbildung 1: Wettbewerbsfelder in der Gesundheitsversorgung



Quelle: IGES

Die gesetzlichen Maßnahmen zur Wettbewerbsstärkung im Gesundheitswesen konzentrierten sich in den vergangenen Jahren auf den Versicherungs- und den Vertragsmarkt. Ein erster großer Schritt wurde mit der Einführung der freien Wahl der Krankenkasse im Jahr 1996 vollzogen. Der Vertragsmarkt blieb zunächst weitgehend ausgeklammert bzw. kollektivvertraglich organisiert. Dies führte dazu, dass sich der Kassenwettbewerb überwiegend nur auf einen kleinen Teil des Leistungsgeschehens, vor allem Verwaltungskosten und Satzungsleistungen, beschränkte, aber auf die wesentlichen Gesundheitsleistungen kaum Einfluss hatte. Infolge eines unvollständigen Risikostrukturausgleichs kam es dennoch zu einem teilweise intensiven Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen.

Mit der Intensivierung des Kassenwettbewerbs wurde relativ schnell deutlich, dass die in ihm liegenden Effizienzpotenziale nur unvollständig erschlossen werden können, solange der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt nicht durch Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt ergänzt wird. Daher konzentrierten sich die jüngsten Reformbemühungen darauf, der Wettbewerbsorientierung auch auf dem Vertragsmarkt Nachdruck zu verleihen. Damit sollte die Rolle der Krankenkassen in der Gesundheitsversorgung als „Scharnier“ zwischen Versicherten bzw. Patienten einerseits und Leistungsanbietern andererseits gestärkt werden. Dieser Ansatz setzt zwei funktionsfähige Wettbewerbssysteme voraus: Der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt muss gewährleisten, dass Krankenkassen effektive Anreize haben, ihre Sachwalterfunktion gegenüber ihren Versicherten zu erfüllen; der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt eröffnet den Krankenkassen die hierfür erforderlichen Möglichkeiten und Instrumente (Abbildung 1).

1.3 Gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung des Leistungswettbewerbs durch Selektivverträge

Die Schaffung von Konkurrenz für die bislang dominierende kollektivvertragliche Organisation der Gesundheitsversorgung („gemeinsam und einheitlich“) bzw. die Lockerung des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen soll den Wettbewerb unter den Leistungserbringern intensivieren. Zu diesem Zweck erhalten die Krankenkassen mehr Möglichkeiten zum selektiven Kontrahieren mit Leistungsanbietern. Damit soll gleichzeitig das Versorgungsmanagement zu einem zentralen Wettbewerbsparameter der Krankenkassen werden.

Die Bemühungen der Gesundheitspolitik, wettbewerbliche Organisationsprinzipien auch auf dem Vertragsmarkt zu implementieren, setzten bereits kurz nach Einführung der Kassenwahlfreiheit ein. Schon mit dem GKV-Neuordnungsgesetz 1997 wurden auf dem Vertragsmarkt erstmals Möglichkeiten für selektive Vereinbarungen geschaffen. Die Krankenkassen können seitdem im Rahmen von zeitlich befristeten Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung weiterentwickeln. Die Modellvorhaben sind nicht Teil der Kollektivverträge, mussten aber von den Kassen bislang faktisch zusätzlich finanziert werden.

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die Integrierte Versorgung als Bestandteil der Regelversorgung eingeführt (§§ 140a-d SGB V). Diese neue Versorgungsform sollte dabei ausdrücklich außerhalb der Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen stattfinden, speziell auch bezüglich der Vergütung – ein Novum in wettbewerblicher Hinsicht. Allerdings hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen anfangs faktisch eine Veto-Position, so dass die Entwicklung der Integrierten Versorgung zunächst deutlich hinter den Erwartungen zurückblieb.

Erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das mit Beginn des Jahres 2004 in Kraft trat, gelang der Durchbruch für die Verträge zur Integrierten Versorgung. Das Gesetz beseitigte die Pflicht zu einer Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, so dass die Krankenkassen nun Direktverträge mit einzelnen Vertrags(zahn)ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und medizinischen Versorgungszentren ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen schließen können. Entsprechend wurde der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die Integrierte Versorgung eingeschränkt. Auch die finanziellen Rahmenbedingungen wurden verbessert: An die Stelle von wenig

praktikablen Vorgaben für eine Budgetbereinigung trat eine sogenannte Anschubfinanzierung, die einen pauschalen Abzug von bis zu 1 % der Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung zur Finanzierung Integrierten Versorgungsformen vorsah. Nach Verlängerung galt die Anschubfinanzierung bis Jahresende 2008.

Neu eingeführt wurde mit dem GMG die Möglichkeit für Krankenkassen, Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) abzuschließen. Doch auch hier erfüllten sich die Erwartungen zunächst nicht: Zwar konnten die Krankenkassen ihre Vertragspartner frei wählen, aber die Vertragsinhalte wurden kollektivvertraglich bestimmt. Außerdem mussten die Krankenkassen zusätzliche selektivvertragliche Leistungen i.d.R. zusätzlich finanzieren. Die Ergebnisse der Evaluation fielen überwiegend ernüchternd aus.

Eine weitere Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen erhielten die Krankenkassen mit dem GMG für den Bereich ambulanter Behandlungen im Krankenhaus (§ 116b SGB V). Allerdings waren auch hier die Vertragsinhalte per Gesetz festgelegt, so dass die grundsätzliche Bewertung, ob Behandlungen stationär oder ambulant wirtschaftlicher sind, nicht dem wettbewerblichen Suchprozess übertragen wurde. Die Wahl der Vertragspartner, Höhe und Form der Vergütung war hingegen frei vereinbar. Nicht nur eine fehlende Budgetbereinigung, sondern vermutlich auch Befürchtungen der Krankenkassen, mit solchen Verträgen „schlechte“ Risiken zu attrahieren, führten dazu, dass diese Vertragsoption nur wenig genutzt wurde.

Ähnlich wie für die Integrierte Versorgung erst mit dem GMG ein Durchbruch erzielt wurde, brachte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) im Jahr 2007 eine spürbare Wettbewerbsintensivierung für die ambulante ärztliche Versorgung sowie für den Arzneimittelbereich. Ursächlich war hierfür die Entkopplung der Hausarztverträge nach § 73b SGB V von kollektivvertraglichen Vorgaben zur Vergütung. Hinzu kam die Schaffung eines weiteren Selektivvertragstyps zur „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“, mit dem nun auch fachärztliche Leistungen einzelvertraglich organisiert werden können (§ 73c SGB V). Überdies wurden die Vertragspartner zur Budgetbereinigung verpflichtet.

Flankierend zu den neuen bzw. erweiterten Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens verpflichtet das WSG die Krankenkassen dazu, ihren Versicherten spezielle Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (Modellvorhaben, Integrierte Versorgung, hausarztzentrierter oder besondere ambulante ärztliche Versorgung) anzubieten. Versicherte können sich freiwillig für einen

solchen Tarif entscheiden. Die Krankenkassen können die Entscheidung für einen Wahltarif mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen honorieren.

Das WSG schaffte weiterhin die Voraussetzungen, dass die Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern individuelle Rabattverträge auf der Grundlage von § 130a Abs. 8 SGB V aushandelten. Die Möglichkeit für Krankenkassen, Arzneimittelrabattverträge abzuschließen, gibt es bereits seit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) aus dem Jahr 2002. Da sich aber die Krankenkassen nicht in der Lage sahen, gegenüber den Arzneimittelherstellern verlässlichen Zusagen über Absatzmengen zu machen, spielten die Arzneimittelrabattverträge außerhalb der Integrierten Versorgung praktisch keine Rolle. Hieran änderte auch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) aus dem Jahr 2006, das Beteiligungen Dritter am Abschluss von Rabattverträgen ermöglichte, nichts Wesentliches. Durch das WSG wurden die Apotheker dazu verpflichtet, im Rahmen der Aut-idem-Substitution rabattierte Arzneimittel abzugeben. Flankiert wurde diese Maßnahme durch Anreize für Ärzte und Patienten, rabattierte Arzneimittel zu bevorzugen (Berücksichtigung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Zuzahlungsbefreiung).

Die jüngsten Reformgesetze enthielten jedoch auch Maßnahmen, mit denen die selektivvertraglichen Spielräume der Krankenkassen wieder eingeschränkt wurden. So wurden mit dem WSG die Selektivverträge zur ambulanten Behandlung in Krankenhäusern (§ 116b SGB V) weitgehend abgeschafft. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), das zum 1.1.2009 in Kraft trat, wurde die Krankenkassen nicht nur zum Abschluss von Hausarztverträgen per Ultimatum verpflichtet, die Hausarztverbände erhielten zudem eine Quasi-Monopolstellung. Ein ähnlicher Rückschritt in der Wettbewerbsorientierung wurde mit dem GKV-OrgWG für Verträge der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung vollzogen.

2 Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Ausgangspunkt der folgenden Untersuchungen ist die Annahme, dass für den gesamten Gesundheitsmarkt selektive, wettbewerbliche Vertragslösungen gegenüber zentralen Regulierungen und kollektivvertraglichen Regelungen an Bedeutung gewinnen werden. Hieran knüpft die Frage, wie eine damit verbundene Neujustierung von zentralregulatorischen und wettbewerblichen Steuerungselementen in der Gesundheitsversorgung aussehen sollte. Die Frage, inwiefern eine Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung sinnvoll ist bzw. gesundheitsökonomisch begründet werden kann, ist dagegen nicht Gegenstand der Untersuchung, sondern dieser vor- bzw. nachgelagert.²

Von den erweiterten Möglichkeiten zu selektiven Verträgen erhofft sich der Gesetzgeber eine wirtschaftlichere und günstigere Gesundheitsversorgung und folglich eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen, gleichzeitig aber auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Für die Versicherten und/oder Patienten scheint eine Ausweitung des selektiven Kontrahierens der Krankenkassen zunächst vor allem mit Vorteilen verbunden zu sein. Solange die Krankenkassen im Interesse ihrer Versicherten handeln, können sie ihre wesentlich größere „Einkaufsmacht“ dafür einsetzen, in Verhandlungen mit Leistungsanbietern die Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten günstiger und/oder qualitativ besser zu machen. Zudem kann auf Ebene von Krankenkassen ein Informationsgleichgewicht mit den Leistungsanbietern über Fragen der Angemessenheit medizinischer Behandlungen erreicht werden, das für einzelne Versicherte im Regelfall außer Reichweite liegt.

Zwar ist die „Einkaufsmacht“ auf der Kassenseite am größten, wenn alle Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Leistungsanbietern „gemeinsam und einheitlich“ auftreten, wie dies im gegenwärtig dominierenden kollektivvertraglichen System der Fall ist; allerdings fehlt in diesem System die wettbewerbliche Effizienzkontrolle des Verhandlungsergebnisses, weil die in der GKV Pflichtversicherten keine Ausweichmöglichkeit haben. Eine selektivvertraglich organisierte Versorgung könnte dagegen prinzipiell eine „Abstimmung mit den Füßen“

2 Darüber hinaus ist es ebenfalls nicht Gegenstand der Untersuchung, im Sinne einer Machbarkeitsstudie ein umfassendes Szenario oder ein detailliertes Modell der selektivvertraglichen Versorgung zu entwickeln. Auch die gegenwärtig offenen Fragen zum Zusammenspiel der kollektivvertraglichen Regelversorgung und eines zunehmenden selektivvertraglichen Versorgungssegments bleiben hier ausgeklammert.

ermöglichen, durch die diejenigen Verhandlungsergebnisse belohnt werden, die den Bedürfnissen und Präferenzen der Versicherten stärker entsprechen.

Die Etablierung und Ausweitung eines stärker dezentral-wettbewerblich organisierten Segments der Gesundheitsversorgung führt aber nicht zwangsläufig zu Effizienzsteigerungen. So könnten die mit einem ausdifferenzierten Einzelvertragssystem verbundenen Transaktionskosten ein Ausmaß erreichen, das das Ziel einer wirtschaftlicheren und günstigeren Gesundheitsversorgung in Frage stellt.

Den erwarteten positiven Effekten stehen vor allem aber Befürchtungen gegenüber, dass ein dezentraler Vertragswettbewerb aufgrund der Besonderheiten im Gesundheitsbereich zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führt. Zu diesen Besonderheiten zählen vor allem die Maßgabe einer flächendeckenden und gleichzeitig hochwertigen Versorgung für die gesamte Bevölkerung (im Sinne der verfassungsrechtlich gebotenen Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse). Selektivverträge könnten bewirken, dass die Versorgungsangebote hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit und ihrer räumlichen Erreichbarkeit ungleichmäßiger verteilt sind.

Eine weitere, erschwerende Bedingung im Gesundheitsbereich ist die häufig mangelnde Transparenz über die Leistungsqualität. Selektivverträge eröffnen den Krankenkassen nun Spielräume, sich gegenüber den Versicherungsnachfragern nicht nur über die Beitragshöhe, sondern zunehmend auch über die „Produktgestaltung“ zu profilieren. Die Produktgestaltungsspielräume werden sich dabei vor allem auf die Art des Versorgungsmanagements konzentrieren, denn das SGB V lässt gegenwärtig – auch bei Wahltarifen – Variationen des versicherten Leistungspakets nur sehr begrenzt zu. Mit den Selektivverträgen sollen Krankenkassen also verstärkt aktiv Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen. Fehlende Qualitätstransparenz ermöglicht es den Krankenkassen, von den Versicherten weitgehend unbemerkt die Versorgungsqualität abzusenken, um dadurch ihre finanzielle Situation zu verbessern.

Schließlich könnten Selektivverträge von Krankenkassen auch als Instrument zur Risikoselektion missbraucht werden. Zu diesem Zweck könnten Krankenkassen die erweiterten Möglichkeiten zur Gestaltung des Versorgungsmanagements nutzen, um die Entscheidung für eine Krankenkasse für bestimmte Versicherten- bzw. Risikogruppen besonders attraktiv oder besonders unattraktiv zu machen. So bieten Selektivverträge zum Versorgungsmanagement vielfach Ansatzpunkte, die Verfügbarkeit und den (räumlichen) Zugang zu Leistungsangeboten indikationsspezifisch zu variieren.

Mit der vorliegenden Untersuchung wird analysiert, welche *potenziellen* Wirkungen von einer stärker selektivvertraglichen Organisation auf die Gesundheitsversorgung ausgehen. Auf der Basis dieser Wirkungsanalyse werden Anforderungen an einen regulatorischen Rahmen mit dem Ziel entwickelt, dass zukünftig erweiterte Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss und zur Gestaltung von selektiven Versorgungsverträgen nicht in effizienzmindernder Weise genutzt werden.

Die Analyse potenzieller Wirkungen und hieran orientierter Regulierungsanforderungen trifft keine Aussagen darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit Krankenkassen und Leistungsanbieter selektive Vertragsmöglichkeiten in einer effizienzmindernenden Weise nutzen würden. Eine Reihe von Einflussfaktoren würden – teilweise regulierungsunabhängig – einer solchen effizienzmindernenden Nutzung selektiver Vertragsformen entgegenwirken. Hierzu zählen beispielsweise Verbesserungen der Qualitätstransparenz und die Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Auch sind Leistungseinschränkungen nicht in jedem Fall mit Qualitätsabsenkungen gleichzusetzen, insbesondere wenn gegenwärtig Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung vermutet werden. Ungeachtet dessen ist eine Anforderung an den regulatorischen Rahmen, dass seine Gestaltung auch den “worst case” mit einbezieht. Dabei konzentriert sich die Untersuchung auf die Frage, wie durch die Gestaltung von Selektivverträgen die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen bzw. der regionale Zugang zu ihnen eingeschränkt werden kann und welche Risikoselektionspotenziale mit dieser Gestaltungsoption verbunden sind.

Eine solche Untersuchung bildet nicht nur die Voraussetzung für eine fundierte gesundheitspolitische Entscheidung über die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, insbesondere über eine weitergehende Förderung selektivvertraglicher Versorgungsansätze. Darüber hinaus können die Ergebnisse einer solchen Analyse aufzeigen, wo und welche flankierenden Regulierungen notwendig sind, damit Selektivverträge die in sie gesetzten Erwartungen mit höherer Wahrscheinlichkeit erfüllen können. Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse werden daher Leitlinien und erste Empfehlungen für den regulatorischen Rahmen einer stärker einzelvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung erarbeitet. Die Perspektive liegt hierbei auf neuartigen regulatorischen Elementen, die erforderlich sind, um eine Nutzung von Selektivverträgen durch die Krankenkassen zu vermeiden, die zu systematischen Verschlechterungen der Gesundheitsversorgung führen – ins-

besondere im Hinblick auf die Kriterien Verfügbarkeit, regionaler Zugang und Risikopooling.

Die Untersuchung wird vertiefend für zwei Versorgungsbereiche durchgeführt: den Krankenhaussektor und die Arzneimittelversorgung. Dabei stehen für den Krankenhausbereich insbesondere mögliche Auswirkungen auf den regionalen Zugang zu Gesundheitsleistungen im Vordergrund, weil hier die Wohnortnähe und die räumliche Erreichbarkeit einen zentralen Versorgungsfaktor darstellen. Für die Verfügbarkeit von Arzneimitteln hingegen ist der räumliche Bezug im Vergleich zur stationären Versorgung von geringerer Bedeutung. Allerdings könnten in der Gestaltung von Einzelverträgen für die Arzneimittelversorgung die kassenindividuellen Spielräume für Risikoselektion zunehmen.

Für den Krankenhausbereich ist vor diesem Hintergrund abzuschätzen, in welchem Ausmaß Zielkonflikte zwischen einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einerseits und Wirtschaftlichkeits- sowie Qualitätssteigerungen andererseits durch Selektivverträge verschärft werden. Dabei wird unterstellt, dass die Krankenkassen mit Selektivverträgen in der stationären Versorgung das Ziel verfolgen, sowohl die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu erhöhen als auch die Leistungsqualität zu steigern. Insbesondere Qualitätsverbesserungen setzen häufig Spezialisierungen voraus, die mit räumlichen Konzentrationsprozessen einhergehen und insofern das Ziel der flächendeckenden Versorgung konterkarieren können.

Unter der Annahme, dass Krankenkassen zukünftig erweiterte Spielräume haben, individuell bestimmte Arzneimittel von der Erstattung auszunehmen, stellt sich die Frage, in welchen Bereichen der Arzneimittelversorgung sich die größten Potenziale befinden, diese Spielräume zum Zweck der Risikoselektion zu nutzen. Angesichts der unterschiedlichen Dimensionen der Substitutionsbeziehungen zwischen medikamentösen Therapien ist hierfür eine differenzierte Analyse erforderlich. Die Untersuchung hat zum Ziel, die Risikoselektionspotenziale, die mit einer Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen in der Arzneimittelversorgung im obigen Sinne verbunden wären, näher zu bestimmen. Nicht Gegenstand der vertieften Analyse ist hingegen eine Prognose darüber, ob und wie stark Krankenkassen tatsächlich von diesen Selektionspotenzialen Gebrauch machen.

Die folgende Untersuchung gliedert sich in vier Abschnitte: Als erster Schritt werden auf der Grundlage der institutionellen Rahmenbedingungen sowie der Anreizstrukturen auf dem Versicherungsmarkt theoretisch mögliche generelle

Wirkungen einer selektivvertraglichen Versorgung analysiert (Kapitel 3). Diese Analyse wird nachfolgend vertieft a) durch die Fokussierung auf einzelne Versorgungsbereiche und b) indem empirische Daten hinzugezogen werden. Die möglichen Auswirkungen einer Verbreitung von Selektivverträgen auf die Gesundheitsversorgung werden zunächst für den Krankenhausbereich analysiert (Kapitel 4). Dies geschieht im Rahmen von Szenario-Analysen am Beispiel von zwei Bundesländern. Anschließend werden mögliche Auswirkungen einer Verbreitung von Selektivverträgen auf die Gesundheitsversorgung für den Arzneimittelbereich analysiert (Kapitel 5). Hierzu werden für eine umfassende Auswahl von Wirkstoffgruppen Substitutions- und Risikoselektionspotenziale anhand eines differenzierten Kriterienrasters bestimmt.

Die Analyse beschränkt sich auf den Bereich der GKV, da sich die zuvor beschriebenen rechtlichen Rahmenbedingungen und gesetzlichen (Reform-) Maßnahmen zur Förderung von Selektivverträgen auf das öffentliche Krankenversicherungssystem beziehen, dem rd. 90 % der Krankenversicherten angehören.

3 Versicherungsmarktbezogene Ex ante-Wirkungsanalyse selektivvertraglicher Versorgung

Die Gesetzgebung hat die Möglichkeiten der Krankenkassen, in individuellen Modellen bzw. Verträgen mit Leistungsanbietern die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten stärker selbst zu organisieren, bereits seit mehreren Jahren erweitert. Dennoch ist der Anteil selektivvertraglicher Versorgung bislang gering, es dominiert nach wie vor die kollektivvertragliche Versorgung. Mit den beiden jüngsten größeren Reformgesetzen (GMG 2004, WSG 2007) wurden jedoch Maßnahmen zur Beseitigung der hemmenden Faktoren ergriffen, die maßgeblich für die zurückhaltende Nutzung selektivvertraglicher Optionen verantwortlich gemacht wurden (vgl. Kapitel 1.3).

Aus den Rahmenbedingungen des GKV-Versicherungsmarktes bzw. des Kas senwettbewerbs lassen sich einige Anhaltspunkte bezüglich der Frage gewinnen, in welcher Weise die Möglichkeiten zur selektivvertraglichen Organisation der Gesundheitsversorgung von Krankenkassen, Leistungsanbietern und Versicherten zukünftig genutzt werden.

3.1 Rahmenbedingungen des Krankenkassenwettbewerbs

Das übergeordnete Ziel der Krankenkassen ist es, im Wettbewerb erfolgreich zu sein. Da die gesetzlichen Krankenkassen keine gewinnorientierten Unternehmen sind, kann als Mindestziel im Wettbewerb die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz unterstellt werden, also die Vermeidung eines (dauerhaften) Finanzierungsdefizits. Darüber hinaus kann auch die Sicherung oder die Steigerung des Marktanteils unter den Versicherten Wettbewerbsziel der Krankenkassen sein. In jedem Fall ist die finanzielle Situation einer Krankenkasse von zentraler Bedeutung für ihren Wettbewerbserfolg. Je günstiger die finanzielle Situation einer Krankenkasse ist, desto besser ist ihre Position im Beitragswettbewerb³ und je

3 Beitragswettbewerb findet auch unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds statt, durch den seit dem Jahr 2009 die zuvor kassenindividuellen Beitragssätze vereinheitlicht wurden. Der Beitragswettbewerb verlagert sich hierdurch auf evtl. Zusatzbeiträge oder Rückerstattungen bzw. die Vermeidung derselben.

mehr Spielräume hat sie für Investitionen in attraktive Versorgungsangebote an die Versicherten.

Wie können Krankenkassen Finanzierungsdefizite vermeiden bzw. ihre finanzielle Situation verbessern? Seit der Umstellung auf das neue Verfahren des Risikostrukturausgleichs (RSA) zum 1.1.2009 infolge des GKV-WSG können die Krankenkassen ihre Finanzierungssituation nicht mehr einnahmeseitig beeinflussen, solange sie keine Zusatzbeiträge erheben (müssen). Durch die Neuregelung wurde der Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen vervollständigt und erstreckt sich nun auch auf Ausgaben für Verwaltung und Satzungsleistungen. Infolgedessen können Krankenkassen keine unmittelbaren finanziellen Vorteile mehr dadurch erlangen, dass sie überdurchschnittlich viele Versicherte mit hohem Einkommen haben bzw. als Mitglieder gewinnen.

Die finanzielle Situation einer Krankenkasse entscheidet sich also auf der Ausgabe­seite. Für die Sicherung ihrer wirtschaftlichen Existenz muss eine Krankenkasse sicherstellen, dass die finanziellen und risikoadjustierten Zuweisungen, die sie für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhält, ihre Ausgaben decken. Will die Krankenkasse darüber hinaus im Wettbewerb um Marktanteile erfolgreich sein, sollten ihre Ausgaben möglichst die Zuweisungen unterschreiten. Dabei orientieren sich die Zuweisungen seit Jahresbeginn 2009 erstmals auch an unmittelbaren Morbiditätsindikatoren. Dies führt dazu, dass Krankenkassen für Versicherte, die “insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf” haben (§ 268 Abs. 1 SGB V), entsprechend höhere Zuweisungen erhalten.

Die Neuregelung des RSA stehen im Zusammenhang mit den gesetzlichen Maßnahmen zur Erweiterung selektivvertraglicher Optionen in der Gesundheitsversorgung. Vor Inkrafttreten der Neuregelungen wurde vielfach die “Unvollständigkeit” des RSA kritisiert, die dazu führte, dass Krankenkassen im Wettbewerb erfolgreicher waren, wenn sie (zufällig) überproportional viele Versicherte mit geringer Morbidität und/oder hohem Einkommen hatten. Diese Krankenkassen konnten mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen Versicherte hinzugewinnen, und da es sich bei Kassenwechslern vor allem um “gute Risiken” handelte, verstärkte sich ihre Wettbewerbsposition quasi von selbst.⁴ Infolge dieser Bedingungen waren die Anreize für die Krankenkassen erheblich gemindert, sich gezielt um die Versorgung von Versicherten mit erhöhter Morbidität zu bemühen.

4 Zur Empirie des Kassenwettbewerbs in der GKV vor der RSA-Reform vgl. Knaus/Nuscheler (2005) und Andersen/Grabka (2006).

Unabhängig von fehlenden Anreizen mangelte es ihnen hierzu allerdings auch an Möglichkeiten auf dem Vertragsmarkt (vgl. Kapitel 1.3). Bis zur Umstellung auf den morbiditätsorientierten RSA wurde versucht, durch die Berücksichtigung von Disease Management-Programmen im RSA und die Einführung eines Hochrisikopools ab dem Jahr 2002 die kritisierten Mängel im Kassenwettbewerb zu verringern.

Mit den jüngsten Reformen wurden nun beide grundlegenden Mängel angegangen: Erweiterte Möglichkeiten der Krankenkassen, durch selektive Verträge unmittelbar Einfluss auf die Organisation der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten zu nehmen, und die Vervollständigung sowie Morbiditätsorientierung des RSA komplementieren sich gegenseitig, auch wenn dies zeitlich nicht vollkommen synchron geschah.⁵ Die damalige Bundesregierung beabsichtigte mit diesen Reformen eine grundlegende Veränderung des Kassenwettbewerbs, die das aktive Bemühen der Krankenkassen um eine hohe Versorgungsqualität insbesondere der chronisch kranken Versicherten zum entscheidenden Faktor des Wettbewerbserfolges macht.

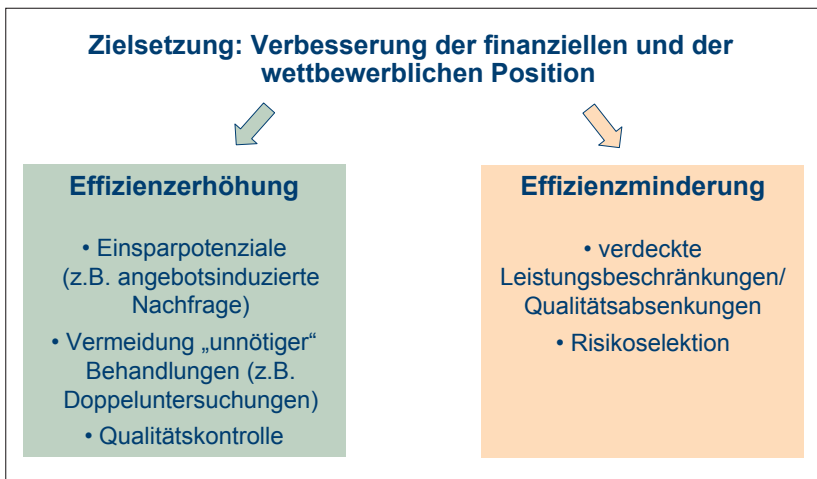
Gemäß der Intention der Reform sollen durch die höheren Zuweisungen des Gesundheitsfonds für (chronisch) Kranke zunächst die Fehlanreize beseitigt – zumindest deutlich gemindert – werden, die zuvor daraus entstanden, dass Versicherte mit hoher Morbidität ihre Krankenkassen im Beitragswettbewerb belasteten. Da die erhöhten Zuweisungen nur Durchschnittswerte in der jeweiligen Morbiditätsgruppe darstellen, sollen die Krankenkassen dennoch Anreize haben, die Gesundheitsversorgung der besonders kranken Versicherten überdurchschnittlich effizient zu gestalten. Die Krankenkassen sollen also auch und gerade bei “teuren” Patienten darauf achten, dass die finanziellen Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt werden. Nicht der Versicherte mit hoher Morbidität soll ein Nachteil im Kassenwettbewerb sein, sondern seine unwirtschaftliche Versorgung.

Mit den erweiterten Möglichkeiten, die Versorgung ihrer Versicherten selektivvertraglich zu organisieren, verfügen die Krankenkassen nun über Handlungsspielräume, unmittelbar Einfluss auf Kosten und Qualität der Gesundheitsleistungen zu nehmen. Die Gesundheitspolitik sieht damit auch die Verantwortung verstärkt bei

5 Gerade in Verbindung mit erweiterten Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens wurde in der wissenschaftlichen und in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder und nachdrücklich auf die Notwendigkeit eines verbesserten Risikostrukturausgleichs verwiesen. Siehe hierzu auch die Begründung zum GKV-WSG vom 24.10.2006 (BT-Drucksache 16/3100), S. 204, und exemplarisch die Stellungnahme zum GKV-WSG der Verbraucherzentrale Bundesverband vom 2.11.2006, S. 2.

den Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu erhöhen und hierdurch deren Finanzierbarkeit sicherzustellen. Auch soll die Versorgungsqualität zum dominierenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen werden. Von den Krankenkassen wird also erwartet, dass sie verstärkt in ein effizientes Versorgungsmanagement investieren. Im Sinne der Gesetzgebung könnte dies bedeuten, dass die Krankenkassen speziell die Behandlung von chronisch Kranken im Rahmen selektivvertraglicher Versorgungsmodelle so weit optimieren, dass bei gleichem Behandlungsergebnis der tatsächliche Aufwand im Verhältnis zum Zuweisungsbetrag des Gesundheitsfonds sinkt oder – bei verbessertem Behandlungsergebnis – zumindest gleich bleibt.

Abbildung 2: Nutzung erweiterter Möglichkeiten für Selektivverträge durch Krankenkassen



Quelle: IGES

Ihre erweiterten Wettbewerbsmöglichkeiten auf der Leistungsseite könnten die Krankenkassen aber auch in einer effizienzmindernden Weise nutzen (Abbildung 2). Dabei würden sie an dem Ziel festhalten, den tatsächlichen durchschnittlichen Aufwand für die Versorgung ihrer Versicherten unterhalb der normierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (bzw. dem Beitragsbedarf, der im RSA zugrunde gelegt wird) zu halten. Allerdings könnten sie Selektivverträge dazu nutzen, Einsparungen über verdeckte Leistungsbeschränkungen bzw. Qualitätsab-

senkungen zu erreichen oder gezielter Risikoselektion zu betreiben. Krankenkassen könnten sich zu einer solchen Verwendung von selektivvertraglicher Versorgung genötigt sehen, wenn die Fonds-Zuweisungen die tatsächlichen Aufwendungen für ihre Versicherten nicht decken und sich ihnen kurzfristig keine alternativen Möglichkeiten eröffnen, durch Effizienzsteigerungen ihre finanzielle Situation zu verbessern.

Wie sich die Rahmenbedingungen für die zwei genannten Formen einer effizienzmindernden Nutzung von Selektivverträgen im einzelnen darstellen, wird im Folgenden analysiert.

3.2 Verdeckte Leistungsbeschränkungen und Qualitätsabsenkungen

Im Rahmen von Selektivverträgen können Krankenkassen individuell mit Leistungsanbietern die Organisation der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten vereinbaren. Dabei stehen die Leistungsansprüche der Versicherten, wie sie im SGB V gesetzlich verankert sind, nicht zur Disposition. Allerdings bietet die meist abstrakte Formulierung dieser Leistungsansprüche z. T. ausgeprägte Spielräume für Ausmaß, Art und Weise, wie diese Ansprüche in tatsächliche Leistungserbringung umgesetzt werden. Wie diese Spielräume genutzt werden, bestimmen primär die behandelnden und verordnenden Ärzte. Eine unbegrenzte Therapiefreiheit gab es dabei für sie noch nie. Die Spielräume werden nicht nur durch berufsständische und berufsrechtliche Verhaltensmaßregeln begrenzt, sondern in der GKV (also für „Vertragsärzte“) seit Jahren durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen zur „Kostendämpfung“, die i. d. R. durch die Selbstverwaltung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbänden kollektiv umgesetzt wurden.

Durch die neuen Rahmenbedingungen für Selektivverträge eröffnet sich erstmals für einzelne Krankenkassen die Möglichkeit, jenseits der kollektivvertraglichen Regelungen auf die ärztlichen Entscheidungsspielräume bei der Erfüllung von Leistungsansprüchen der Versicherten maßgeblich Einfluss zu nehmen. Von zentraler Bedeutung hierfür ist die Vergütung ärztlicher Leistungen, die in Selektivverträgen zwischen einzelnen Krankenkassen und individuellen (Gruppen von) Leistungsanbietern frei vereinbart werden kann. Damit erhalten die Krankenkassen einen Hebel, mit dessen Hilfe sie Interessenharmonie zwischen sich

und den Leistungsanbietern herstellen können: Ärzte werden finanziell an Effizienzgewinnen beteiligt, so dass beide Seiten gleichgerichtete wirtschaftliche Ziele verfolgen.

Krankenkassen verfügen somit über neuartige Möglichkeiten, durch Vergütungsanreize in Selektivverträgen die Verbesserung der finanziellen Situation bzw. der Wettbewerbsposition einer Krankenkasse implizit zu einem Handlungsziel von Ärzten zu machen. Für die Krankenkasse lohnt sich ein solcher Selektivvertrag immer dann, wenn die Bemühungen der Ärzte die finanzielle Situation der Krankenkasse in einem größeren Ausmaß verbessern, als die hierfür erforderlichen Vergütungsanreize an zusätzlichen Kosten verursachen, oder alternativ formuliert: wenn die Ärzte nur teilweise an einer durch sie ermöglichten Verbesserung der Kassenfinanzen beteiligt werden (“Win-win-Situation”).

Ein reales Beispiel für eine solche Zielsetzung sind die ersten Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, die zwischen den AOK’en in Baden-Württemberg und Bayern mit den dortigen Hausärzteverbänden abgeschlossen wurden. Bei Unterschieden in Details ist beiden Verträgen gemein, dass sie beanspruchen, den teilnehmenden Ärzten attraktivere Vergütungsbedingungen zu bieten, sowohl im Hinblick auf die Höhe der Vergütung als auch durch starke Vereinfachung der Abrechnung. Die AOK’en erhoffen sich als „Gegenleistung“ Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben für die teilnehmenden Versicherten, insbesondere durch eine konsequentere Verordnung preisgünstiger (rabattierter) Arzneimittel, aber auch durch ein besser koordiniertes Versorgungsmanagement, mit dem unnötige Doppeluntersuchungen oder unnötige Krankenhauseinweisungen stärker vermieden werden.⁶ Ob diese Hausarztverträge insgesamt die finanzielle Situation der beiden Krankenkassen verbessern oder verschlechtern, ist derzeit noch offen.

Aus der Perspektive der Krankenkassen stellt eine solche Interessenharmonisierung mit den Leistungsanbietern prinzipiell eine versicherungsökonomische Lösung der Prinzipal-Agent-Problematik bei asymmetrischer Informationsverteilung dar. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips der GKV beauftragen die Krankenkassen (Prinzipale) die Ärzte (Agenten), die gesetzlichen und von ihnen

6 Im Fall des Bayerischen Hausärzteverbandes ging die Interessenharmonisierung zwischen Leistungsanbietern und Krankenkasse soweit, dass die Ärzte von ihrer Verbandsspitze schriftlich dazu aufgerufen wurden, die RSA-relevanten Diagnosecodierungen ihrer AOK-Patienten gezielt darauf zu überprüfen, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die AOK ihre maximal mögliche Höhe erreichen können. In der Öffentlichkeit wurde dies teilweise sehr kritisch als Aufruf zum „Upcoding“ bzw. zur Manipulation der Morbiditätsdokumentation kritisiert.

zu finanzierenden Leistungsansprüche ihrer Versicherten zu erfüllen. Herkömmlicherweise bestehen gegenläufige Interessen: Die Krankenkasse möchte eine möglichst kostengünstige Erfüllung der Leistungsansprüche, die Leistungsanbieter streben primär nach einer qualitativ hochwertigen Behandlung und verfolgen zudem eigene Einkommensinteressen. Die Krankenkassen können häufig nicht oder nur mit zusätzlichem Aufwand kontrollieren, ob eine kostengünstigere Behandlung bei gleichem medizinischen Ergebnis möglich gewesen wäre. Gelingt es der Krankenkasse, im Rahmen selektiver Vereinbarungen Interessenharmonie mit den Leistungsanbietern herzustellen, kann sie wesentliche Anreizprobleme verringern, nämlich Mehrausgaben infolge einer „angebotsinduzierten Nachfrageausweitung“ sowie die Bevorzugung kostenintensiver Maßnahmen ohne ersichtlichen medizinischen Mehrnutzen.

Aus Sicht der Versicherten und Patienten ist allerdings eine solche Interessenharmonisierung zwischen ihrer Krankenkasse und den Leistungsanbietern nicht notwendigerweise vorteilhaft. Ein Selektivvertrag zwischen Krankenkasse und Leistungsanbietern mit dem Ziel, die finanzielle Situation der Krankenkasse zu verbessern, könnte zu einem Geschäft zu Lasten Dritter, nämlich der Patienten, werden. Denn das gemeinsame Vertragsziel lässt sich prinzipiell auch durch Leistungsbeschränkungen oder durch Abstriche in der Versorgungsqualität erreichen. Dafür, dass solche Einschränkungen in der Versorgung nicht ausgeschlossen werden können, spricht bereits der Umstand, dass sich häufig nur schwer objektiv feststellen lässt, welche Leistungen in welchem Ausmaß im individuellen Behandlungsfall medizinisch notwendig bzw. „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12 SGB V) sind.⁷ Darüber hinaus ist häufig die Versorgungsqualität nicht umfassend oder zuverlässig messbar, so dass sie für die Versicherten intransparent bzw. unsicher bleibt. Viele Gesundheitsleistungen haben Erfahrungsgut- oder sogar Vertrauensgutcharakter.

Zwar kann, wie eingangs erwähnt, die Teilnahme an einer selektivvertraglichen Versorgungsform für die teilnehmenden Versicherten nicht zu einer Kürzung ihrer gesetzlichen Leistungsansprüche führen. Gegenstand von Selektivverträgen können aber strengere Regelungen für den Zugang zu bestimmten

7 Das gleiche gilt hinsichtlich möglicher Qualitätsstandards in Versorgungsmodellen. So gibt es beispielsweise kein objektives, wissenschaftlich oder ökonomisch begründbares Maß für die optimale Arztkontaktrate oder für die optimale Arztdichte. Auch ist es bislang nicht gelungen nachzuweisen, dass Wiederholungsuntersuchungen in großem Umfang »eingespart« werden könnten, wie es implizit in der Diskussion über Hausarztmodelle häufig unterstellt wird (vgl. hierzu Albrecht et al. 2008, S. 75 ff.).

Leistungen sein (z. B. so genannte Gate-Keeping-Modelle). Je ausgeprägter die Informationsnachteile der Versicherten sind, desto mehr könnten Krankenkassen Einzelverträge dazu nutzen, Gesundheitsleistungen zu rationieren und dies, anstatt mit finanzierungsseitigen Motiven, allein medizinisch zu begründen.⁸ Derartige Rationierungen können sich sowohl auf die generelle Verfügbarkeit als auch auf den regionalen Zugang zu bestimmten (teuren) Leistungen beziehen. Fehlende Objektivierbarkeit und mangelnde Qualitätstransparenz eröffnen den Selektivvertragspartnern Spielräume, Leistungsbeschränkungen und Qualitätsabsenkungen verdeckt, also weitgehend unbemerkt von den Patienten, vorzunehmen oder die Motive hierfür nicht (vollständig) offen zu legen. Zu den typischen Erscheinungsformen von Leistungsbeschränkungen durch Selektivverträge zählen folgende:

- In den bisherigen Selektivverträgen zur ärztlichen Versorgung spielt die IT-Vernetzung der Teilnehmer eine wichtige Rolle. Hierüber wird nicht nur der Datenfluss zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen organisiert, sondern es können auch Behandlungsleitlinien bzw. -empfehlungen implementiert werden, deren Einhaltung wiederum über den Datenfluss kontrollierbar ist. Krankenkassen erhalten hierdurch deutlich weitergehende Möglichkeiten, in das Behandlungsgeschehen einzugreifen und beispielsweise darauf hinzuwirken, dass nur noch preisgünstige (rabattierte) Arzneimittel verordnet werden oder die Vergütung bestimmter teurer Behandlungsleistungen ein vertragsinternes Genehmigungsverfahren voraussetzt.
- Ein typischer Bestandteil von Selektivverträgen – das zeigen auch internationale Erfahrungen – ist das Management der Überweisungen zwischen Haus- und Fachärzten sowie zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, die mit Einschränkungen der freien Arztwahl einhergehen. Wirtschaftliches Ziel des Überweisungsmanagements ist es, die i. d. R. teureren Behandlungen beim Spezialisten bzw. im Krankenhaus möglichst zu vermeiden.
- Typischerweise schließen Krankenkassen Selektivverträge nur mit einer Auswahl an Leistungsanbietern. Für Versicherte, die an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmen, bedeutet dies ebenfalls eine Einschränkung der freien Anbieterwahl. Insbesondere im stationären Sektor, aber auch in der ambulanten Versorgung durch Spezialisten oder in ländlichen Gebieten können

8 Rationierungen von Gesundheitsleistungen sind immer dann unumgänglich, wenn bei beschränktem Ressourcenangebot und Nachfrage nicht durch Preismechanismen zum Ausgleich gebracht werden können. Sobald Leistungen gekürzt werden, deren Patientennutzen über den (gesamtwirtschaftlichen, aber nicht notwendigerweise einzelwirtschaftlichen) Kosten liegt, verschlechtert sich die Gesundheitsversorgung.

infolgedessen die Versorgungsangebote regional “ausgedünnt” werden, so dass eine “wohnortnahe” Versorgung nicht mehr durchgängig gewährleistet werden kann.

Von Beschränkungen des regionalen Zugangs wären vor allem immobile bzw. ältere Patienten, die auf wohnortnahe Versorgungsangebote relativ stärker angewiesen sind. Die Verbesserung der finanziellen Situation durch verdeckte Qualitätsabsenkungen setzt Informationsnachteile auf Seiten der Versicherten voraus, entsprechende Einschränkungen in der Versorgungsqualität treffen daher tendenziell Patienten stärker, die weniger über ihre Krankheitseigenschaften und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind.

Allerdings führen, wie oben bereits angedeutet, derartige Leistungseinschränkungen nicht zwangsläufig zu medizinisch messbaren Verschlechterungen des Behandlungsergebnisses. So dürfte eine Begrenzung der freien Arztwahl den Präferenzen vieler Versicherter entgegenstehen, sie hat für sich genommen jedoch keinen eindeutigen Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Sogar gegenläufige Wirkungen sind vorstellbar: In der ambulanten Behandlung durch Spezialisten und insbesondere im stationären Sektor ermöglicht eine zunehmende Spezialisierung Verbesserungen in der Versorgungsqualität. Die damit verbundene stärkere Arbeitsteilung setzt vielfach regionale bzw. lokale Konzentrationsprozesse voraus. Mit Selektivverträgen in der stationären Versorgung könnten Krankenkassen gerade darauf abzielen, ihre Versicherten nicht nur aus Kosten-, sondern auch aus Qualitätsgründen bevorzugt in stark spezialisierten Kliniken behandeln zu lassen. Aus Sicht der Patienten könnte der Vorteil des Zugangs zu qualitativ höherwertigen Leistungen den Nachteil einer größeren Entfernung mehr als ausgleichen.

Ob Krankenkassen mit Selektivverträgen im Wettbewerb erfolgreich wären, die primär über Leistungs- bzw. Zugangsbeschränkungen zu einer Verbesserung der finanziellen Situation führen sollen, hängt von mehreren Faktoren ab.

- Eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung ist die Fähigkeit einer Krankenkasse, ihre Versicherten zu den selektivvertraglichen Versorgungsangeboten zu steuern. Nach gegenwärtiger Rechtslage ist das Angebot besonderer Versorgungsformen für die Krankenkassen teilweise verpflichtend, für jedes Angebot müssen die Krankenkassen ihren Versicherten auch spezielle Tarife anbieten (§ 53 Abs. 3 SGB V). Die Teilnahme der Versicherten ist in jedem Fall freiwillig. Als Instrument zur Steuerung ihrer Versicherten können die Krankenkassen für die Wahl dieser Tarife Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

- Negative Auswirkungen der Leistungsbeschränkungen auf die Versorgungsqualität dürfen nicht eindeutig (öffentlich) erkennbar und messbar auf medizinische Behandlungsergebnisse durchschlagen. Medizinisch weniger gravierenden Verschlechterungen von Behandlungsergebnissen müssen zumindest entsprechend hohe finanzielle Vorteile für Versicherte gegenüberstehen.
- Finanzielle Vorteile der Krankenkassen durch Leistungs- bzw. Zugangsbeschränkungen dürfen sich nicht durch resultierende hohe Folgekosten (z. B. infolge unzureichend behandelter Krankheiten) in finanzielle Nachteile wandeln.
- Die Implementierung selektivvertraglicher Versorgungsformen verursacht den Krankenkassen vielfältige Kosten: für die Entwicklung und Konzeptualisierung, für die Suche nach geeigneten Vertragspartnern, für Verhandlung und Vereinbarung der Verträge, für die Umsetzung der Verträge inklusive der “Vermarktung” unter den Versicherten, für laufende Kontrollen und Bewertungen etc. Gerade in Phasen des Aufbaus neuer selektivvertraglicher Versorgungsformen können diese Transaktionskosten mögliche finanzielle Vorteile, die in der eigentlichen Gesundheitsversorgung ermöglicht werden, überkompensieren.

Grundsätzlich ist der Wettbewerbserfolg selektivvertraglicher Versorgung von der Funktionsfähigkeit des Krankenkassenwettbewerbs abhängig. Unter Effizienzgesichtspunkten sind Einsparungen der Krankenkassen durch Minderqualität immer dann problematisch, wenn Versicherte ihre Funktion, durch einen Wechsel der Leistungsanbieter bzw. der Krankenkasse ein aus ihrer Sicht ungünstiges Beitrags-Qualitäts-Verhältnis negativ zu sanktionieren, nur begrenzt erfüllen können. Im Extremfall kann dies zu Marktversagen führen, wenn sich ein besseres Kosten-Qualitäts-Verhältnis im Wettbewerb aufgrund von Informationsdefiziten nicht durchzusetzen vermag.

Ob sich selektive Versorgungsformen aufgrund einer höheren Effizienz und Präferenzgerechtigkeit aus Patientensicht im Wettbewerb durchsetzen oder ob Krankenkassen erfolgreich sind, die Selektivverträge primär als Instrument zur stärkeren Rationierung von Leistungen und zur verdeckten Qualitätsabsenkung nutzen, wird entscheidend durch die Wettbewerbsintensität auf dem Krankenkassenmarkt bestimmt. Dieser Wettbewerb führt mit größerer Wahrscheinlichkeit zu effizienten Ergebnissen, je mehr Transparenz bezüglich der Qualität selektivvertraglicher Versorgungsformen besteht und je geringer die Wechselkosten

für Versicherte sind. Mit Blick auf beide Faktoren – Qualitätstransparenz und Wechselkosten – sind Einschränkungen festzustellen.

Der Wettbewerbslogik folgend dürfte es keine Pflicht der Krankenkassen geben, Inhalte und Vereinbarungen der Selektivverträge im Detail publik zu machen, denn schließlich sind diese wettbewerbsrelevant. Für erfolgreiche Vertragsinnovationen und neue Ansätze im Versorgungsmanagement sollen Krankenkassen ja gerade “Pioniergewinne” erzielen können. Allerdings gilt für Selektivverträge in der ambulanten Versorgung derzeit die allgemeine Vorschrift, dass die Krankenkassen ihre Versicherten “in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele” der selektivvertraglichen Versorgungsformen zu informieren haben (§ 73b Abs. 6 und § 73c Abs. 5 SGB V).⁹ Darüber hinaus gehende Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz, wie z. B. die obligatorischen wissenschaftlichen Evaluationen von Modellvorhaben (§ 65 SGB V), sind für die neuen Formen von Selektivverträgen nicht vorgesehen.

Auch die Wechselkosten könnten sich als effizienzmindernd in einem Kassenwettbewerb erweisen, der verstärkt über selektivvertragliche Versorgungsformen geführt wird. Grundsätzlich gilt die freie Kassenwahl, bei Beitragserhöhungen (bzw. erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrags) gilt ein Sonderkündigungsrecht (§ 175 Abs. 4 SGB V). Dass in der Vergangenheit die Kassenwechsler überwiegend “gute Risiken” waren, deutet auf hohe Wechselkosten “schlechter Risiken” hin (vgl. Knaus/Nuscheler 2005). Es sind aber gerade diese Versichertengruppen (vor allem chronisch Kranke), die durch häufige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen relativ besser über die Qualität der Versorgung bzw. einer Krankenkasse informiert sind. Bei einem Kassenwechsel könnten sie dieses Wissen verlieren (vgl. Nuscheler 2003, S. 38). Bei einer stärker selektivvertraglich organisierten Versorgung würde zudem ein Kassenwechsel mit höherer Wahrscheinlichkeit auch zu einem Wechsel der behandelnden Ärzte führen. Dies kann insbesondere für chronisch Kranke ein entscheidendes Hemmnis für einen Wechsel darstellen, insoweit hierdurch die Behandlungskontinuität beeinträchtigt würde. Andererseits könnten sich aus der Aussicht auf andere Leistungsanbieter gerade auch zusätzliche Wechselmotive ergeben – mit wettbewerbsfördernder Wirkung. Ein solcher Effekt würde jedoch dadurch gemindert, dass ein Kassenwechsel stets vollständig vollzogen wird, d. h., Versicherte können immer nur “Komplettange-

9 So sind beispielsweise die Vertragstexte der Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband und verschiedenen Krankenkassen online verfügbar.

bote” über das gesamte Leistungsspektrum wählen. Dieser Umstand senkt tendenziell die Wechselbereitschaft und mindert den Wettbewerbsdruck für einzelne Versorgungsformen. Versicherte haben nur sehr eingeschränkt die Möglichkeit, differenziert “mit den Füßen abzustimmen”, wenn sie beispielsweise mit ihrer Krankenkasse grundsätzlich zufrieden sind und nur in einem, für sie jedoch relevanten Versorgungsbereich die selektivvertraglichen Versorgungsangebote einer anderen Krankenkasse präferieren.

3.3 Risikoselektion

Risikoselektion bezeichnet die Strategie eines Versicherungsunternehmens, allein durch eine Verbesserung der Risikostruktur des Versichertenbestands, also einen überdurchschnittlich hohen Anteil “guter Risiken”, Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Risikoselektion verursacht Wettbewerbsverzerrungen und mindert die Effizienz von Versicherungsmärkten, zudem steht sie im Widerspruch zu den Zielen der Sozialversicherung. Anreize zur Risikoselektion entstehen auf Versicherungsmärkten stets dann, wenn die Versicherungsbeiträge nicht risikoäquivalent kalkuliert werden können (infolge einer asymmetrischen Informationsverteilung) oder dürfen (aufgrund gesetzlicher Bestimmungen). In der GKV dürfen Beiträge nicht nach dem individuellen Risiko der Versicherten differenziert werden, stattdessen ist ihre Höhe einkommensabhängig. Aus diesem Grund sind weitreichende Regulierungen erforderlich, um Risikoselektion im Kassenwettbewerb zu verhindern. An erster Stelle steht der generelle Erstattungszwang für einen einheitlichen Katalog gesetzlicher Versicherungsleistungen. Damit bleibt für die Krankenkassen kaum noch Raum für eine aktive Risikoselektion.

Da jedoch hiermit die Anreize zur Risikoselektion nicht beseitigt würden und “gute Risiken” als solche relativ einfach zu identifizieren wären, wurde mit Beginn des Kassenwettbewerbs zusätzlich der RSA eingeführt, der zum Ziel hat, Risikostrukturunterschiede zwischen den Kassen finanziell auszugleichen. Damit sollen auch die Anreize zur Risikoselektion verschwinden. Grundsätzlich stellt die Gestaltung eines RSA eine komplexe Optimierungsaufgabe dar, weil sich nicht einfach voneinander trennen lässt, welche finanziellen Vorteile einer Krankenkasse aus Risikoselektionseffekten resultieren und welche finanziellen Vorteile das Ergebnis eines guten Versorgungsmanagements und höherer Kosteneffizienz einer

Krankenkasse sind.¹⁰ Der Finanzausgleich zwischen den Kassen sollte überdies so gestaltet sein, dass Effizianzanreize erhalten bleiben, d. h., Kosten- und Ausgabenunterschiede werden nicht vollständig ausgeglichen.

Vor der Reform durch das WSG bewirkte die fehlende Morbiditätsorientierung des RSA, dass Versicherte mit hohem Einkommen und gemessen an ihrem Alter überdurchschnittlicher Gesundheit eindeutig “gute Risiken” darstellten und ihren Krankenkassen finanzielle Vorteile brachten. Allerdings verfügten die Krankenkassen nur über begrenzte, teilweise subtile Möglichkeiten, aktive Risikoselektion zu betreiben (vgl. Höppner et al. 2005, S. 37 ff.). Dass es sich bei Kassenwechslern in der Vergangenheit dennoch überwiegend um “gute Risiken” handelte, war überwiegend das Resultat von Selbstselektion der Versicherten anstatt von aktiver Risikoselektion durch die Krankenkassen. Diese Selbstselektion wurde einerseits durch die Beitragssatzunterschiede infolge eines “unvollständigen” RSA ausgelöst, andererseits durch die vermutlich geringeren Wechselkosten “guter Risiken” (vgl. Knaus/Nuscheler 2005).

Mit den erweiterten Selektivvertragsoptionen vergrößern sich jedoch die Spielräume der Krankenkassen, aktive Risikoselektion zu betreiben. So könnten sie unmittelbar darauf hinwirken, dass die im vorigen Kapitel 3.2 dargestellten Möglichkeiten zur Leistungseinschränkung und Qualitätsabsenkung in selektivvertraglichen Versorgungsformen gezielt (und erkennbarer) im Hinblick auf die Patienten genutzt werden, die als “schlechte Risiken” identifizierbar sind. Umgekehrt verfügt eine Krankenkasse mit den erweiterten Selektivvertragsoptionen auch über deutlich mehr Möglichkeiten, sich durch differenzierte Versorgungsangebote gezielt für “gute Risiken” attraktiv zu machen. Dies betrifft insbesondere die Auswahl der Vertragspartner bzw. der Behandlungsgebiete, für die besondere Versorgungsformen angeboten werden.

Durch Selektivverträge mit Arzneimittelherstellern lässt sich eine kassenspezifische Ausrichtung der Arzneimittelversorgung auf bestimmte Versicherten- bzw. Patientengruppen erreichen. So könnten Krankenkassen selektive Arzneimittelverträge bevorzugt für möglichst preisgünstige Medikamente (unabhängig vom Hersteller) abschließen, sie könnten sich aber mit diesen Verträgen auch auf Me-

10 Angesichts der lange Zeit nur begrenzten Möglichkeiten der Krankenkassen, sich abseits der Kollektivverträge durch effizientes Versorgungsmanagement im Wettbewerb zu profilieren, standen die finanziellen Vorteile von Krankenkassen vor allem im Zusammenhang mit verbleibenden Risikostrukturunterschieden infolge des »unvollständigen« RSA. Nur in den Bereichen Verwaltung und Satzungsleistungen konnten Krankenkassen unmittelbar selbst ihre Position im Kostenwettbewerb beeinflussen.

dikamente bekannter Hersteller (im Sinne eines “Markennamens”) konzentrieren. Tatsächlich ist der Arzneimittelmarkt “Vorreiter” bei Einzelverträgen in der GKV.¹¹ Da sich die mit dem WSG eingeführte Verpflichtung der Apotheker auf die Substitution wirkstoffgleicher Arzneimittel bezieht, haben sich die Neuregelungen unmittelbar zunächst nur auf den generikafähigen Markt ausgewirkt, dort aber zu einer deutlich stärkeren Marktdynamik geführt. Im Wesentlichen kristallisierten sich zwei Vertragstypen heraus: Wirkstoffverträge, bei denen ein oder mehrere Arzneimittelhersteller den Zuschlag für die preisgünstigste Belieferung mit jeweils einem Wirkstoff erhalten, und Sortimentsverträge, bei denen mit Arzneimittelherstellern Rabatte für die Belieferung großer Teile des verordnungsfähigen Arzneimittelsegments vereinbart werden.

Die Substitution selbst wirkstoffgleicher Arzneimittel kann negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. Dies kann zum einen auf insgesamt allenfalls geringe, im individuellen Fall aber u. U. therapierelevante Unterschiede zwischen wirkstoffgleichen Arzneimitteln, vor allem in der Bioverfügbarkeit, zurück zu führen sein. Zum anderen kann ein Produktwechsel die Therapietreue eines Patienten negativ beeinflussen. Letzteres lässt sich zwar prinzipiell vermeiden, erfordert aber zumindest zusätzliche (zeitliche/ärztliche) Ressourcen, die die Effizienzgewinne mindern. In der Masse erscheinen die Qualitätsunterschiede aber als so gering bzw. unsystematisch, dass die Krankenkassen diese kaum für gezielte Risikoselektionen unter den Versicherten nutzen könnten. Die gegenwärtig gewählten Vertragsformen (Wirkstoff- und Sortimentsverträge) wären als Instrument für eine aktive Risikoselektion zu unspezifisch.

Die Umstellung von Patienten auf andere Arzneimittel, die mit selektiven Arzneimittelverträgen der Kassen verbunden sind, dürfte die Versorgungsqualität stärker tangieren, wenn – wie derzeit in der gesundheitspolitischen Diskussion gefordert – auch zunehmend patentgeschützte bzw. Originalprodukte ohne Generikakonzurrenz Gegenstand von Rabattverträgen werden. Gleichzeitig werden in Zukunft vermutlich zunehmend häufiger Arzneimittel mit dem Ziel einer noch stärker individualisierten Arzneimitteltherapie entwickelt. Zukünftig dürfte also die Entscheidung über die Austauschbarkeit von Arzneimitteln im Rahmen eines gewünschten Preis- bzw. Rabattwettbewerbs zunehmend komplexer werden. Unter

11 Eine Erklärung für diese »Vorreiterrolle« ist, dass sich bei den Selektivverträgen mit Arzneimittelherstellern im Gegensatz zu den Selektivverträgen über ärztliche Versorgung nicht das Problem der »Budgetbereinigung« stellt, mit der Doppelfinanzierungen durch die Krankenkassen in der kollektiv- und der selektivvertraglichen Versorgung vermieden werden sollen.

solchen Umständen wären die Krankenkassen eher in der Lage, durch die Auswahl ihrer Vertragspartner die Versorgungsqualität gezielter und spürbarer für spezifische Versichertengruppen zu variieren und dies zu Zwecken der Risikoselektion zu nutzen.

Der Nutzung der zumindest perspektivisch erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen, Selektivverträge für aktive Risikoselektion einzusetzen, steht allerdings eine Reihe von Einflüssen entgegen. Hierzu zählt an erster Stelle die Umstellung des RSA auf eine direkte Morbiditätsorientierung zu Jahresbeginn 2009. Wegen der Begrenzung der Morbiditätsorientierung auf 80 Krankheiten bzw. 106 Hierarchisierte Morbiditätsgruppen ist auch dieser RSA nicht „vollständig“, dennoch ist es im Vergleich zum alten RSA deutlich schwieriger geworden, „gute Risiken“ unter den Versicherten zu identifizieren. Das Merkmal „hohes Einkommen“ verliert weitgehend seine Eigenschaft als Indikator eines „guten Risikos“ ebenso wie das Merkmal „chronisch krank“. Vereinfacht ausgedrückt sind es nun die relativ „gesunden Kranken“, die für Krankenkassen aus finanzieller Sicht attraktiv sind. Gesundheitspolitisch erwünscht ist, dass die Krankenkassen durch ihr Versorgungsmanagement selbst darauf hinwirken, dass kranke Versicherte relativ „gesunde Kranke“ werden bzw. bleiben, anstatt die relativ „gesunden Kranken“ zum Ziel einer verfeinerten Risikoselektion zu machen.

Doch auch wenn es der gegenwärtige morbiditätsorientierte RSA nicht vermag, die Anreize zur Risikoselektion umfassend zu beseitigen, so werden sich diese Anreize nicht vollständig im Handeln der Krankenkassen manifestieren. Eine effektive Risikoselektion ist für die Krankenkassen nicht kostenlos zu haben.

- Die Identifizierung „guter Risiken“ verursacht Aufwand im Datenmanagement und erfordert statistisches Know-how, denn schließlich sind fundierte Prognosen über die Morbiditätsentwicklung der einzelnen Versicherten notwendig, die stets mit Unsicherheit behaftet sind.
- Unabhängig von Schwierigkeiten der eindeutigen Identifizierbarkeit „guter“ bzw. „schlechter“ Risiken sind Versorgungs- und Tarifmodelle zu entwickeln, mit denen sich die unterschiedlichen Risikogruppen gezielt ansprechen lassen. Die Zusammenhänge sind diesbezüglich oft weniger eindeutig, als sie auf den ersten Blick erscheinen.¹²

12 Gerade bei längerfristiger Betrachtung kann bezweifelt werden, ob durch spezielle Angebote für Sportmedizin oder für alternative Behandlungsmethoden (Homöopathie) systematisch »gute Risiken« selektiert werden können. Alternative Behandlungsmethoden werden beispielsweise häufig komplementär in der Behandlung von Krebspatienten eingesetzt.

Außerdem setzen Selektivverträge, die auf Risikoselektion abzielen, eine effektive Patientensteuerung voraus, weil für Versicherte die Einschreibung in Tarife für spezielle Versorgungsformen freiwillig ist. Für die Selektivverträge in der Arzneimittelversorgung gilt dies nur mittelbar, weil es hier (noch) letztlich die verordnenden Ärzte sind, die im Rahmen der Aut-idem-Regulierung über die Umsetzung selektivvertraglicher Vereinbarungen entscheiden (s. a. Kapitel 5.1).

Schließlich sprechen empirische Befunde für relativ hohe Wechselkosten "schlechter Risiken" (vgl. Kapitel 3.2). Insbesondere chronisch kranken Versicherten dürften Wechselhemmnisse daraus entstehen, dass für sie bei einer stärker selektivvertraglich organisierten Versorgung ein Kassenwechsel mit höherer Wahrscheinlichkeit auch zu einem Wechsel der behandelnden Ärzte führte und dadurch die Behandlungskontinuität beeinträchtigt würde. Diese Versicherten stellen aber gerade eine mögliche Hauptzielgruppe dar, auf die sich unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten RSA Risikoselektionsbemühungen von Krankenkassen (s. o. "gesunde Kranke") richten könnten.

3.4 Fazit

Die Krankenkassen werden ihre erweiterten Möglichkeiten zur selektivvertraglichen Organisation der Gesundheitsversorgung vor allem unter wirtschaftlichen Aspekten nutzen. Dies entspricht grundsätzlich auch der gesundheitspolitischen Zielsetzung, durch Wettbewerbsintensivierung auf der Leistungsseite die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und damit die Finanzierung der GKV zu stabilisieren.

Aus der Perspektive der einzelnen Krankenkasse kann der wirtschaftliche und der wettbewerbliche Druck allerdings auch dazu führen, dass die Selektivvertragsoptionen in effizienzmindernder Weise genutzt werden und dass sich damit durchaus – zumindest kurzfristig – eine Verbesserung der finanziellen und der wettbewerblichen Position erzielen lässt.

Eine solche effizienzmindernde Nutzung von Selektivverträgen wird durch eine Reihe von Faktoren begünstigt:

- Krankenkassen können in Selektivverträgen Vergütungsformen mit den Leistungsanbietern vereinbaren, die eine weitgehende Interessenharmonie zu Lasten Dritter (der Patienten) herstellt.

- Fehlende Objektivierbarkeit des “medizinisch Notwendigen” und mangelnde Qualitätstransparenz eröffnen den Selektivvertragspartnern Spielräume, für Dritte nur begrenzt erkennbar, den Zugang besonders zu teuren Leistungen zu beschränken und die Versorgungsqualität abzusenken.
- Durch die differenzierte Gestaltung selektivvertraglicher Versorgung – insbesondere durch die Auswahl der Vertragspartner und der selektivvertraglichen Leistungen (Behandlungsgebiete, Arzneimittelsegmente) – lassen sich gezielter spezifische Versichertengruppen mit unterschiedlichen Risikostrukturen adressieren. Damit eignen sich Selektivverträge prinzipiell als Instrument für aktive Risikoselektion.

Betroffen wären von einer derartigen Nutzung der Selektivverträge vor allem immobile Versicherte (durch Beschränkungen im regionalen Zugang), weniger informierte Versicherte (durch “verdeckte” Leistungs- und Qualitätsbeschränkungen) und Versicherte, die zu identifizierbaren und abgrenzbaren Gruppen “schlechter Risiken” zählen.

Andererseits ergab die versicherungsmarktbezogene Ex ante-Wirkungsanalyse keine eindeutige Voraussage zum Ausmaß, in dem diese Faktoren zukünftig zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität beitragen.

- Veränderungen der Versorgungsqualität führen nicht zwangsläufig zu Verschlechterungen der medizinisch messbaren Behandlungsergebnisse, insbesondere wenn die Versorgung im Status Quo durch Ineffizienzen gekennzeichnet ist. Allein schon die teilweise großen Evidenzlücken über Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung erschweren eine Ex ante-Wirkungsanalyse der Selektivverträge hinsichtlich der Versorgungsqualität.
- Beschränkungen im regionalen Zugang zu Versorgungsangeboten können die Voraussetzungen für Verbesserungen in der Versorgungsqualität sein, wenn sie im Zusammenhang mit einer stärkeren Spezialisierung und Arbeitsteilung stehen.
- Selektivverträge in effizienzmindernder Weise zu nutzen, ist für Krankenkassen nicht “bequemer”, sondern ebenfalls mit Aufwand und Risiken verbunden: Aufgrund der freiwilligen Teilnahme an selektivvertraglicher Versorgung müssen Versicherte und Patienten effektiv gesteuert und zieladäquate Versorgungs- und Tarifmodelle entwickelt werden. Der morbiditätsorientierte RSA erschwert aktive Risikoselektion. Dass Krankenkassen mit ineffizienten Angeboten im Wettbewerb erfolgreich sind, setzt Einschränkungen der Funkti-

onsfähigkeit des Versicherungsmarktes (fehlende Transparenz, asymmetrische Wechselkosten) voraus, die sich ändern können.

Um angesichts dieses ambivalenten Ergebnisses zu konkreteren Aussagen darüber zu gelangen, wie sich eine Ausweitung von Selektivverträgen auf die Versorgungsqualität auswirkt, wird die Fragestellung im Folgenden für zwei große Versorgungsbereiche fokussiert und vertieft.

- Für die stationäre Versorgung (Kapitel 4) wird der Aspekt möglicher Beschränkungen im regionalen Zugang zu Versorgungsangeboten als Folge von Selektivverträgen betrachtet. Derartige Einschränkungen wirken tendenziell patientengruppenunspezifisch.
- Die Arzneimittelversorgung (Kapitel 5) eignet sich im Unterschied hierzu, um patientengruppenspezifische Einschränkungen des Leistungsspektrums zu untersuchen, die auf Risikoselektionspotenziale hindeuten.

4 Analyse möglicher Auswirkungen von Selektivverträgen in der Krankenhausversorgung

In der Krankenhausversorgung sind die Möglichkeiten der Krankenkassen stark eingeschränkt, Selektivverträge mit einzelnen Leistungsanbietern abzuschließen. Damit unterscheidet sich die Situation von der im Arzneimittelbereich und in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die stationäre Versorgung ist in der GKV mit einem Anteil von zuletzt 33 % (1.-3. Quartal 2009) der größte sektorale Ausgabenposten. Trotz einer über die letzten Jahre sehr starken Erhöhung der Produktivität von Krankenhäusern, die sich in steigenden Fallzahlen bei verringerter Bettenzahl und sinkender Verweildauer äußerte, sind die Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich nach wie vor überdurchschnittlich hoch. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird daher regelmäßig gefordert, insbesondere von Seiten der Krankenkassen, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern durch Einzelverträge zu intensivieren und dadurch Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.¹³

Der Bereich der Krankenhausversorgung eignet sich für die Analyse möglicher Auswirkungen von Selektivverträgen vor allem deshalb, weil hier die Konflikte besonders stark hervortreten, die sich zwischen dem Ziel einer möglichst “flächendeckenden” Versorgung im Sinne regional gleichwertiger Lebensverhältnisse einerseits und dem Ziel einer höheren Effizienz durch selektivvertraglichen Wettbewerb andererseits ergeben. Die Suche nach wirtschaftlicheren bzw. qualitativ überlegeneren Versorgungsformen durch differenzierte Angebote sowie Wahlalternativen sind elementare Bestandteile eines solchen Wettbewerbs, verursachen aber geradezu zwangsläufig Ungleichheiten in der Versorgung. Mit der folgenden Analyse soll u. a. das Ausmaß solcher Ungleichheiten, die sich aus einer Ausweitung von Selektivverträgen im Krankenhausbereich ergeben könnten, in Form von Szenarien abgeschätzt werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Aspekt des regionalen Zugangs zu stationären Versorgungsangeboten.

13 Vgl. z. B. jüngst eine entsprechende Forderung der Vorsitzenden des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (F.A.Z. vom 23.1.2010, S. 11). Vgl. auch Rürup et al. (2009), S. 84 ff., sowie Albrecht et al. (2009), S. 16 ff., 87 ff.

4.1 Gegenwärtige Rahmenbedingungen für Selektivverträge in der Krankenhausversorgung

In der GKV gibt es derzeit keine Möglichkeiten für die Krankenkassen, mit einzelnen Krankenhäusern sektorspezifische Selektivverträge abzuschließen. Als Teil der Integrierten Versorgung können Krankenhausleistungen jedoch seit Inkrafttreten des GMG im Jahr 2004 Bestandteil selektivvertraglicher Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern sein. Im Zeitraum 2004 bis 2008 wurden insgesamt 6.407 Verträge zur integrierten Versorgung (IV) mit geschätzt 4,04 Mio. teilnehmenden Versicherten und einem geschätzten Vergütungsvolumen von 811 Mio. Euro gemeldet. Von diesen IV-Verträgen wurde für 3.079 (48 %) eine Beteiligung von Krankenhäusern als Leistungserbringer berichtet (BQS 2009, S. 15 ff.). IV-Verträge wurden z. B. im Bereich der Endoprothetik abgeschlossen, Vertragsinhalte waren vor allem elektive operative Leistungen wie Hüft-TEPs etc.

Die Möglichkeit der Krankenkassen, Selektivverträge zur ambulanten Behandlung in Krankenhäusern zu schließen, wurde mit dem GKV-WSG weitgehend wieder abgeschafft (§ 116b SGB V) (vgl. Kapitel 1.3). Diese ursprünglich mit dem GMG geschaffene Selektivvertragsoption war ohnehin nur "hälftig" wettbewerblich gestaltet, denn die möglichen Vertragsinhalte – hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen – sind per Gesetz festgelegt, und es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, diesen Katalog weiter zu entwickeln. Die Bewertung, ob eine Behandlung wirtschaftlicher im Krankenhaus oder in einer Vertragsarztpraxis erbracht werden kann, soll nicht Gegenstand eines wettbewerblichen Suchprozesses sein, sondern obliegt explizit dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Das GMG öffnete zumindest einen wettbewerblichen Gestaltungsspielraum in der Art, dass Krankenkassen frei entscheiden konnten, ob sie mit Krankenhäusern Selektivverträge nach § 116b abschließen und welche Versorgungsinhalte sie hierfür aus dem gesetzlichen Katalog auswählen.¹⁴

Dass die Krankenkassen von dieser Option nur wenig Gebrauch machten, ist z. T. auf nachteilhafte Rahmenbedingungen zurückzuführen, von denen jedoch die wesentlichen – fehlende Budgetbereinigung und unzureichender Ausgleich

14 Darüber hinaus können Krankenkassen mit Krankenhäusern Selektivverträge zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) abschließen (§ 116b Abs. 1 SGB V).

von Morbiditätsrisiken durch den RSA – mit dem GKV-WSG zumindest perspektivisch entschärft wurden. Auf dieser Grundlage hätte nun auch die “zweite Hälfte” der Vertragsgestaltung – nämlich die Gestaltung der Vertragsinhalte und die ihr zugrunde liegenden Bewertungen – perspektivisch den Krankenkassen überantwortet werden können. Das GKV-WSG zielte aber in die entgegengesetzte Richtung und beseitigte den vorhandenen, ohnehin schon beschränkten wettbewerblichen Gestaltungsspielraum der Krankenkassen restlos. Der neuformulierte Absatz 2 des § 116b SGB V sieht nun vor, dass die Bundesländer im Rahmen ihrer Krankenhausplanung bestimmen, ob und inwieweit ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung berechtigt ist.

In der öffentlichen Diskussion wurden ungeachtet dessen, vor allem von Seiten der Krankenkassen, weitergehende Reformen für mehr Vertragswettbewerb im stationären Sektor gefordert. Gemäß einem Reformkonzept aus dem Jahr 2007 sollen sich die Krankenkassen zukünftig ihre Vertragspartner für elektive, also zeitlich planbare, Behandlungen im Krankenhaus selbst aussuchen können (vgl. Leber/Malzahn/Wolff 2007). Um Risikoselektion zu vermeiden, sieht der Vorschlag vor, dass für Krankenkassen einheitliche Vorgaben über die zu vereinbarenden Leistungsmengen je Versorgungsregion gelten würden. Innerhalb dieser Vorgaben hätten die Krankenkassen dann die elektiven Krankenhausleistungen durch Einzelverträge mit Krankenhäusern – im Rahmen transparenter Ausschreibungen – sicherzustellen. Eine Wettbewerbsintensivierung käme nach diesem Konzept nicht nur durch die freie Wahl der Vertragspartner (je Versorgungsregion) zustande, sondern auch durch die Möglichkeit, individuelle Preis-Mengen-Vereinbarungen zu treffen. Damit könnten Krankenkassen und Krankenhäuser von den einheitlichen DRG-bezogenen Preisen abweichen.¹⁵

Die Grundidee des Reformvorschlags “Elektiv wird selektiv” findet sich im Eckpunkte-Entwurf zur Reform der Krankenhausfinanzierung des BMG vom Juni 2008. Dort nannte das BMG als Ziel neben der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser auch eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausversorgung (BMG 2008). Um dieses Ziel zu erreichen, sollten die Kran-

15 Nach dem Reformkonzept von Leber/Malzahn/Wolff sollten Abweichungen von den einheitlichen Preisen allerdings nur „nach unten“ möglich sein, der Landesbasisfallwert würde als Höchstpreis gelten. Der Vorschlag zielte damit primär auf einen Rabattwettbewerb ähnlich wie auf dem Arzneimittelmarkt: „Ein effizientes Krankenhaus muss die Möglichkeit haben, seine Leistungen günstiger anzubieten und mit den Kassen größere Leistungsmengen vertraglich zu vereinbaren.“ (Leber/Malzahn/Wolff 2007, S. 28). Für ein alternatives Konzept mit Preiswettbewerb „in beide Richtungen“ vgl. Rürup et al. (2009), S. 84 ff.

kenkassen Einzelverträge abschließen können, die Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen sollten sich jedoch auf einen gesetzlich vorgegebenen Katalog von "geeigneten planbaren Leistungen" beschränken. Dieser Katalog sollte von den DRG-Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene bis zur Jahresmitte 2009 vereinbart werden. Falls keine Einigung zustande gekommen wäre, hätte die Bundesschiedsstelle entschieden. Gegenstand der vom BMG beabsichtigten Einzelverträge hätten Qualität und Preis der Leistungen sein sollen; Abweichungen von den einheitlichen Landesbasisfallwerten wären ermöglicht worden. Die Teilnahme von Versicherten an selektivvertraglichen Formen der stationären Versorgung wäre freiwillig gewesen. Zunächst waren Modellversuche bis zum Jahr 2012 vorgesehen, die einer "gemeinsamen Evaluierung" unterzogen worden wären.

Aufgrund des Widerstands der Landesgesundheitsminister enthielt das schließlich am 17. März 2009 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) keine Regelungen zu sektorspezifischen Selektivverträgen. Die Position der Bundesländer ist, dass die Gewährleistung einer flächendeckenden und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung einen Kontrahierungszwang für alle Kostenträger voraussetzt. Damit bleiben gegenwärtig die Verträge zur Integrierten Versorgung sowie die Verträge zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus mit DMP-Bezug die einzigen Möglichkeiten für selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Der Widerstand der Bundesländer gegen eine weitergehende Öffnung des Krankenhausbereichs für selektivvertragliche Versorgungsformen wiegt insofern schwer, da sowohl die Krankenhausplanung als auch die steuerfinanzierte Förderung von Krankenhausinvestitionen in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Eine Ausweitung von Selektivverträgen in der stationären Versorgung setzte zwangsläufig Modifikationen in der Krankenhausplanung voraus. Schließlich erhalten Krankenhäuser, die in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden, einen Versorgungsauftrag. Durch den Versorgungsauftrag ist geregelt, welche Leistungen (abgesehen von Notfällen) Krankenhäuser erbringen dürfen. Für Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrages besteht in der Regel kein Anspruch auf Vergütung durch die GKV. Selektivverträge der Krankenkassen hätten nun gerade zum Ziel, Patientenströme zugunsten der ausgewählten Vertragspartner umzusteuern. Dadurch könnten sich Auslastung und Rentabilität von Krankenhäusern bzw. von Krankenhausabteilungen so stark verändern, dass bestimmte Leistungsangebote nicht mehr im Einklang mit den Versorgungsaufträgen der Krankenhausplanung stünden.

Andererseits gestalten die Bundesländer ihre Krankenhausplanungen recht unterschiedlich. Teilweise gibt es unter ihnen Ansätze, sich aus einer detaillierten Planung zurückzuziehen. So hat beispielsweise das Bundesland Nordrhein-Westfalen die bisherigen Schwerpunktfestlegungen abgeschafft. Zukünftig soll die Krankenhausplanung nur Rahmenvorgaben (Kapazitätsvorgaben für die einzelnen Fachgebiete) und regionale Planungskonzepte (die von den Vertragspartnern vor Ort verhandelt werden) umfassen. Ziel der Landesregierung ist es, dass die Krankenhäuser die Rahmenvorgaben in Absprachen mit den Krankenkassen eigenverantwortlich ausfüllen.

Bei der Investitionsförderung ist ein kontinuierlicher Rückgang des Engagements der Bundesländer seit Jahren zu beobachten, so dass bereits von einer „schleichenden Monistik“ in der Finanzierung gesprochen wird (vgl. Albrecht et al. 2009, S. 88 f.). Krankenkassen beklagen teilweise, dass dringende Investitionen in den Krankenhäusern – entgegen der dualen Finanzierungsordnung – zunehmend aus Beitragsmitteln finanziert würden und damit die Krankenversicherungen die Haushalte der Bundesländer quasi quersubventionierten. Der Einstieg in eine explizit monistische Investitionsfinanzierung, wie sie vom BMG favorisiert wurde, ist – auch hier aufgrund des Widerstands der Bundesländer – mit dem KHRG nur rudimentär gelungen (vgl. Rürup et al. 2009, S. 119 f.). Doch mit jedem Schritt in Richtung monistischer Krankenhausfinanzierung vergrößert sich die Notwendigkeit, die Rolle der Bundesländer bei der Krankenhausplanung anzupassen (vgl. Rürup et al. 2008, S. 13 f.).

4.2 Perspektiven einer Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung im Krankenhausbereich

Auch die jüngsten gesetzgeberischen Anläufe vermochten es gegen den Widerstand der Bundesländer nicht, den Krankenkassen erweiterte selektivvertragliche Spielräume in der Krankenhausversorgung zu eröffnen. Vor dem Hintergrund

- des fortgesetzten Ausgaben- und Finanzierungsdrucks in der stationären Versorgung,
- des fehlenden Preiswettbewerbs zwischen Krankenhäusern,
- einer „schleichenden Monistik“ in der Investitionsfinanzierung sowie
- des Umstands, dass der Ansatz einer möglichst detaillierten Krankenhausplanung durch die Bundesländer zunehmend zur Disposition gestellt wird,

bleibt die Forderung nach mehr Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern auf der gesundheitspolitischen Agenda.

Unabhängig von einer konkreten Umsetzung werden mit der Perspektive eines selektivvertraglichen Wettbewerbs in der Krankenhausversorgung, wie sie für die folgenden Untersuchung gewählt wird, grundlegende Entwicklungstendenzen im stationären Bereich adressiert. Zu diesen Entwicklungstendenzen zählen zunehmend spezifischere Behandlungsmöglichkeiten infolge des medizinischen Fortschritts. Hieraus resultiert die Notwendigkeit einer fortschreitenden Spezialisierung und Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern. Gegenwärtig ist jedoch jedes einzelne Krankenhaus tendenziell bestrebt, ein möglichst umfassendes Leistungsspektrum anzubieten. Krankenhausübergreifend sind daher systematische Spezialisierungsprozesse zur Zeit wenig erkennbar. Andererseits gab und gibt es immer wieder Ansätze, solche Prozesse durch Regulierung zu fördern. Das Ziel einer „flächendeckend“ weitestgehend gleichmäßigen und gleichwertigen Versorgung ist vor diesem Hintergrund zu relativieren. Gegenwärtig wird mit wachsendem Aufwand versucht, Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern kenntlich zu machen (z. B. durch Verpflichtung der Krankenhäuser zur regelmäßigen Veröffentlichung strukturierter Qualitätsberichte nach den Vorgaben des GBA gemäß § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V) und angesichts qualitativer Unterschiede eine Umsteuerung von Ressourcen und Patienten in Form von Mindestmengenregelungen (gemäß § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V) und in Form der Zentrenbildung vorzunehmen.

Durch Selektivverträge würden diese Entwicklungen stärker dezentralisiert und maßgeblich im Rahmen des Krankenkassenwettbewerbs vorangetrieben. Aus wettbewerbsökonomischer Sicht richtet sich an eine Ausweitung von Selektivverträgen die Erwartung, dass sie diese Entwicklungen beschleunigt und die Ressourcenallokation in der stationären Versorgung hinsichtlich der Kosten- und Qualitätsunterschiede optimiert. Die im Folgenden thematisierten Veränderungen auf den regionalen Zugang zu stationären Leistungsangeboten sind also von genereller, über die Selektivvertragsoptionen hinausgehender Relevanz. Allerdings sind die Rahmenbedingungen für derartige Veränderungen in einem selektivvertraglichen Wettbewerb ganz andere als in einem maßgeblich über gesetzliche Vorgaben bzw. durch die Selbstverwaltungen gesteuerten Prozess.

Aus Sicht der Beteiligten in der stationären Versorgung sind diese wettbewerblichen Rahmenbedingungen einer stärkeren Differenzierung der Angebotsstrukturen vor allem unter folgenden Aspekten zu bewerten:

- aus Sicht der Patienten
 - Einschränkungen der freien Wahl des Krankenhauses
 - Auswirkungen auf die zeitliche Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen
 - Veränderungen im regionalen Zugang zu Krankenhäusern (Erreichbarkeit)
 - Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung
- aus Sicht der Krankenhäuser
 - Auswirkungen auf die wirtschaftliche Planbarkeit (abhängig von Vertragslaufzeiten)
 - Auswirkungen auf die Kapazitätsauslastung und mittelbar auf Rentabilität und Arbeitsplätze im Krankenhaus
 - veränderte Investitionserfordernisse
- aus Sicht der Krankenkassen
 - Herausforderungen und Aufwand in neuartigem Vertragsgeschäft (Transaktionskosten)
 - Notwendigkeit einer gezielten Patientensteuerung durch (finanzielle bzw. tarifliche) Anreize
 - Erfordernisse an die Qualitätstransparenz bezüglich des Leistungsangebots
- aus Sicht der staatlichen Regulierung
 - Wahrnehmung der Sicherstellung der Krankenhausversorgung
 - Angebots- und Qualitätsmonitoring
 - Wettbewerbsaufsicht

Ansatzpunkte der folgenden Untersuchung ist ein Szenario, in dem Krankenkassen die Möglichkeit haben, für bestimmte Indikationen selektiv mit Krankenhäusern Behandlungsverträge zu schließen. Es wird angenommen, dass es den Krankenkassen gelingt, ihre Versicherten in die Krankenhäuser zu steuern, mit denen Selektivverträge abgeschlossen wurden. Die quantitativen Analysen konzentrieren sich auf die Patientenperspektive, insbesondere die Auswirkungen auf ihre Möglichkeiten der Krankenhauswahl sowie die Veränderungen des regionalen Zugangs zu stationären Leistungen (Erreichbarkeit).

4.3 Methodisches Vorgehen

Gegenstand der Analyse sind die Auswirkungen einer Ausweitung von Selektivverträgen in der Krankenhausversorgung auf

- den regionalen Zugang zu stationären Versorgungsangeboten bzw. auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern für Versicherte und Patienten,
- die wirtschaftliche und wettbewerbliche Situation von Krankenhäusern.

Auf dieser Grundlage werden Empfehlungen für einen möglichen Regulierungsrahmen eines erweiterten selektivvertraglichen Wettbewerbs in der Krankenhausversorgung abgeleitet.

Die Analyse gliedert sich in fünf methodische Abschnitte:

1. Auswahl von Regionen für die Szenarien-Analyse
2. Auswahl selektivvertraglicher Leistungsbereiche
3. Szenarien selektivvertraglicher Auswahlprozesse
4. Ermittlung der Auswirkungen auf die Erreichbarkeit und auf die Krankenhäuser
5. Diskussion der Ergebnisse

Die einzelnen Schritte werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert; zunächst werden die verfügbaren Datengrundlagen kurz dargestellt.

4.3.1 Datengrundlagen

Die Daten und Informationen über das Krankenhausangebot der untersuchten Regionen können im Wesentlichen aus den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser (gemäß § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V) gewonnen werden. Diese Qualitätsberichte sind alle zwei Jahre von den Krankenhäusern zu veröffentlichen und liegen aktuell für das Jahr 2008 vor. Für die Analyse wurden die Berichte im verfügbaren Datenbankformat verwandt. Insbesondere wurden hieraus folgende Daten für die einzelnen Krankenhäuser der untersuchten Regionen entnommen:

- Fallzahlen für Prozeduren
- Adresse (zur Lokalisierung)
- Anzahl der Fachärzte
- Rechtsform

Darüber hinaus sollten die BQS-Indikatoren zur Qualität der Krankenhausversorgung einbezogen werden. Die entsprechenden Daten waren jedoch zum Zeitpunkt der Bearbeitung (Stand: Ende Januar 2010) noch nicht verfügbar.

Daten zu den Fallzahlen der Krankenhäuser auf Abteilungsebene können für einige Bundesländer aus deren Krankenhausplänen entnommen werden. Eine krankenhausbegleitende Zusammenstellung der vereinbarten Basisfallwerte wird durch den AOK-Bundesverband veröffentlicht.¹⁶

Einschränkend gilt es zu berücksichtigen, dass die Krankenhausdaten aus den Qualitätsberichten sowie ggf. den Krankenhausplänen der Länder meist nicht auf Standortebezug vorliegen.

Die Ermittlung der Erreichbarkeit von Krankenhäusern stützt sich nachfrageorientiert auf die regionalen Einwohnerzahlen auf Gemeindeebene, die von den Statistischen Landesämtern bezogen werden können. Geodaten zu Gemarkungen bzw. den Gemeinden sind bei den Landesvermessungsämtern verfügbar.

Da detaillierte Krankenhausdaten nach § 21 KHEntgG im Rahmen dieses Projekts nicht zur Verfügung stehen, ist eine Geokodierung von Patienten nicht möglich. Der tatsächliche Einzugsbereich eines Krankenhauses kann daher – im Unterschied beispielsweise zu Friedrich/Beivers (2009) – nicht modelliert werden.

4.3.2 Auswahl von Regionen für die Szenarien-Analyse

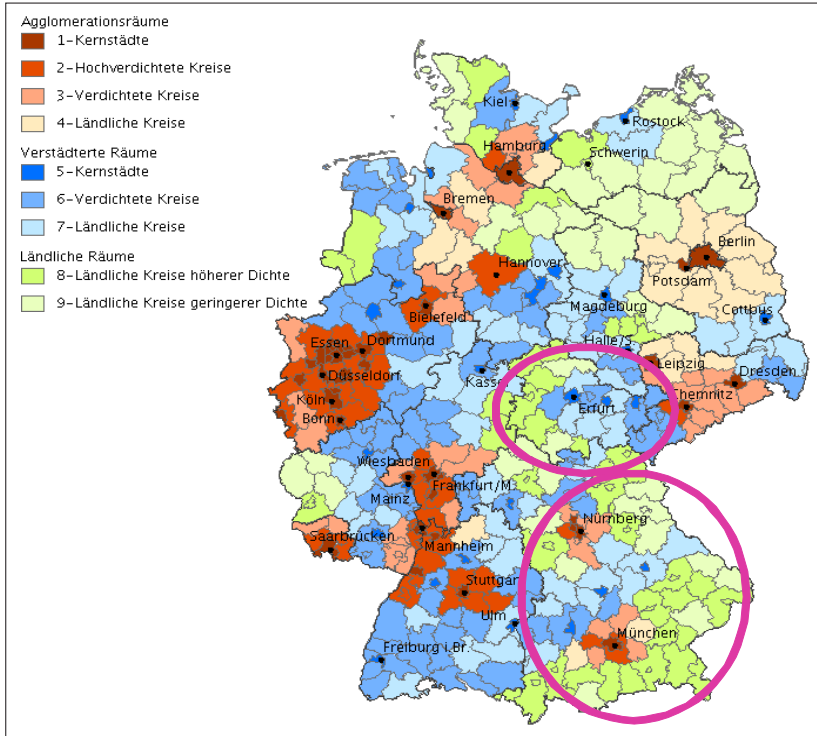
Das wesentliche Kriterium für die Auswahl einer Beispielregion, für die die Szenarien-Analyse durchgeführt wird, sind hinreichend deutliche Unterschiede in der Siedlungsstruktur und in der Krankenhausedichte.

Für die Szenarien-Analyse wurden hinsichtlich dieses Kriteriums die Bundesländer Bayern und Thüringen ausgewählt (vgl. Abbildung 3):

- Das Bundesland Bayern eignet sich in besonderer Weise für die Analyse, weil es dort sämtliche siedlungsstrukturelle Kreistypen (gemäß der Definition des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung BBSR) gibt.
- Thüringen wurde als Beispiel für ein ostdeutsches Bundesland mit einer stärker (aber nicht überwiegend) ländlich geprägten Siedlungsstruktur gewählt.

16 Download: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/budgetverhandlung/basisfallwerte/>

Abbildung 3: Siedlungsstrukturelle Kreistypen der ausgewählten Bundesländer



Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

Die Auswahl eines west- und eines ostdeutschen Bundesland wurde auch im Hinblick auf Unterschiede in den Krankenhausstrukturen getroffen. Wesentliche Kennzahlen der beiden Bundesländer zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Kennzahlen der ausgewählten Bundesländer

| | Bayern | Thüringen |
|----------------------------------|---|--|
| Bevölkerung gesamt (2008) | 12.519.728 | 2.267.763 |
| Einwohner je km ² | 177 | 140 |
| Siedlungsstrukturelle Kreistypen | Agglomerationsräume (Kernstädte, hochverdichtete und verdichtete Kreise, ländliche Kreise), Verstädterte Räume (Kernstädte, verdichtete und ländliche Kreise), Ländliche Kreise (höhere und geringere Dichte) | Verstädterte Räume (Kernstädte, verdichtete und ländliche Kreise), Ländliche Kreise (höhere und geringere Dichte) |
| Aufgestellte Betten | 75.374 | 15.954 |
| Anzahl Krankenhäuser | 373 | 43 |
| Fallzahl (Anzahl) | 2.745.865 | 562.158 |

Quelle: IGES; Statistische Landesämter Thüringen, Bayern 2008; Statistisches Bundesamt; Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

4.3.3 Auswahl selektivvertraglicher Leistungsbereiche

Die Auswahl der Leistungsbereiche, für die eine Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung analysiert werden soll, orientiert sich an diesbezüglichen Vorschlägen, die von unterschiedlichen Seiten in der öffentlichen Diskussion vorgebracht wurden.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen schlug als ersten Ausgangspunkt für das auf der individuellen Ebene zu verhandelnde elektive Leistungsspektrum die elektiven Leistungen des Fallpauschalenkatalogs der Bundespflegesatzverordnung 1995 vor (SVR 2007, S. 59). Das BMG bezog sich mit seinen (gescheiterten) Vorstößen zur Schaffung von Möglichkeiten für Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld des KHRG auf planbare und hochstandardisierbare Leistungen. Von Seiten der Krankenkassen wurde ein möglichst umfassender Katalog elektiver Leistungen als Gegenstand einer Selektivvertragsoption gefordert (vgl. Platzer 2008). Genannt wurden neben den üblicherweise vorgeschlagenen Bereichen Hüft- und Kniegelenksprothesen, Arthroskopien der Schulter, Ellenbogen und Knie sowie Bandscheibeneingriffe folgende Leistungen:

- Prostataresektion
- Glaukom-Kataraktoperationen
- Operative Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen
- Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln
- Behandlung von Schlafapnoe
- Entbindungen und Versorgung von Neugeborenen

Für die Spezifizierung des Abgrenzungskriteriums “Elektivität” für Leistungen mit Eignung für selektivvertraglichen Wettbewerb existiert eine Reihe von Ansätzen. Im Mittelpunkt steht dabei die Abgrenzung von Leistungen mit Notfallcharakter. Eine solche Abgrenzung kann beispielsweise nach folgenden Kriterien vorgenommen werden:

- Unterscheidung zwischen Tag- und Nachtaufnahmen
- Zugang eines Patienten in das Krankenhaus: selbständig oder per Rettungswagen
- “Nähe” von Leistungen zum Todesfall
- Abrechnungsposition im DRG-System: Einteilung von DRG-Positionen danach, ob diese immer / nie / bedingt (bei Nutzung eines Rettungswagens) als Notfall gelten (vgl. Leber/Malzahn/Wolff 2007, S. 30).

Darüber hinaus sollten u. U. solche Leistungen von Selektivverträgen ausgenommen werden, die mit größeren Risikoselektionspotenzialen verbunden sind.

Eine umfassende Definition elektiver Krankenhausleistungen, die eine eindeutige Kategorisierung aller Krankenhausleistungen ermöglicht, existiert demnach nicht. Für die Szenario-Analyse ist zudem relevant, dass Krankenkassen ein Interesse daran unterstellt werden kann, besonders häufige bzw. überdurchschnittlich teure Leistungen zum Gegenstand von Selektivverträgen zu machen, die eine hohe Bedeutung für die Ausgabenentwicklung haben. Aus methodischer Sicht sollte die Szenario-Analyse schließlich auch Leistungen aus unterschiedlichen Fachabteilungen umfassen.

Auf Grundlage dieser Aspekte wurden sieben Leistungsbereiche der stationären Versorgung aus unterschiedlichen Fachabteilungen für die Analyse ausgewählt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausgewählte Leistungsbereiche für Szenario-Analyse

| | Geburt | Hüft-Endo | Knie-Endo | Hernien | Prostata-Resektion gutartig | Bypass | HNO |
|------------------|---------------|---------------------|---------------------|---|------------------------------------|----------------|---|
| OPS | 9-260 | 5-820 5-821 | 5-822 5-823 | 5-530 5-531 5-534 5-535 5-536 | 5-601 | 5-361 5-362 | 5-200 5-201 5-220 5-221 5-223 5-224 5-281 5-282 5-285 |
| Elektivcharakter | teilw. hoch | hoch | sehr hoch | hoch | hoch | hoch | sehr hoch |
| Fallzahlen | sehr hoch | mittel | hoch | hoch | mittel | mittel | hoch |
| Fallkosten / RG | niedrig | mittel | mittel | niedrig | mittel | mittelhoch | niedrigmittel |
| Fachabteilung | Gyn/ Geb | Ortho/ Chirurgie | Ortho/ Chirurgie | Chirurgie | Urologie | Herzchirurgie | HNO |

Quelle: IGES

Da sich die Analyse auf die Daten der Strukturierten Qualitätsberichte stützt und keine Daten nach § 21 KHEntG zur Verfügung standen, lassen sich die relevanten Fallzahlen nicht über ergänzende Diagnoseangaben einschränken. Dadurch wird der Anteil elektiver Leistungen tendenziell überschätzt. So sind beispielsweise Krankenhausleistungen im Zusammenhang mit Hüft-Endoprothesen i.d.R. elektiv, wenn es sich um Arthrose als Diagnose handelt, sie können aber auch nach einem Unfall (Sturz) erbracht werden und wären dann als nicht-elektiv einzustufen.

4.3.4 Szenarien selektivvertraglicher Auswahlprozesse

Die untersuchten Szenarien unterscheiden sich nach zwei Merkmalen: dem Leistungsbereich (s. o. Kapitel 4.3.3) und dem Kriterium, nach dem Krankenkassen unter den Krankenhäusern ihre Selektivvertragspartner auswählen. Dabei werden vier Auswahlkriterien und damit vier Typen von Auswahlverfahren gebildet:

■ **Prozessqualität**

Der Logik der Mindestmengen-Regelungen folgend wird als Indikator für die Prozessqualität die leistungsbezogene Fallzahl der Krankenhäuser als Aus-

wahlkriterium herangezogen. Da die selektivvertraglichen Leistungen i.d.R. plan- und standardisierbar sein sollen, gilt eine höhere Fallzahl als Indikator für eine höhere Prozessqualität. Somit wird das Krankenhaus an erster Stelle ausgewählt, das die höchste Fallzahl in diesem Leistungsbereich aufweist, gefolgt von dem Krankenhaus mit der zweithöchsten Anzahl usw.

■ Strukturqualität

Als Parameter für die Strukturqualität wird das Verhältnis von Fachärzten eines Krankenhauses zur Anzahl der dort behandelten Fälle verwandt.¹⁷ Die Reihenfolge der Auswahl von Selektivvertragspartnern orientiert sich an dieser Relation: Je mehr Fachärzte im Verhältnis zu den Behandlungsfällen in einem Krankenhaus tätig sind, desto höher wird die Strukturqualität eingestuft.

■ Kosten bzw. Preis

Über die krankenhausesindividuellen Kosten der einzelnen Prozeduren sind keine Daten verfügbar. Daher wird der krankenhausesindividuelle Basisfallwert als Indikator für das Kostenniveau eines Krankenhauses bzw. für die preisliche Wettbewerbsfähigkeit herangezogen. Die Auswahl der potenziellen Vertragspartner beginnt dementsprechend mit dem Krankenhaus, das den niedrigsten Basisfallwert aufweist, gefolgt von demjenigen mit dem zweitniedrigsten Basisfallwert usw.

■ Kosten-Qualitäts-Verhältnis (Index)

Das vierte Auswahlverfahren beruht auf einer Kombination aus den Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität sowie des Kostenniveaus (als Indikator für das Kosten-Qualitäts-Verhältnis). Jedes der in Frage kommenden Krankenhäuser erhält einen Indexwert, der über den jeweiligen Rang gemäß den ersten drei Verfahren gebildet wird ($\text{Index} = \text{Prozessqualität} * \text{Strukturqualität} / \text{Preis}$). Ein höherer Indexwert bedeutet demnach eine günstigeres Kosten-Qualitäts-Verhältnis. Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgt in der Reihenfolge der sukzessive sinkenden Indexwerte.

17 Da die für die Szenario-Analysen ausgewählten Leistungsbereiche (vgl. Tabelle 2) – mit Ausnahme des Bereichs Geburt – als relativ stark »arztlastig« einzustufen sind, erscheint die Facharztichte als alleiniger Indikator für die Strukturqualität vertretbar. Geeigneter als Indikator der Strukturqualität wäre das Verhältnis von Fachärzten auf der Ebene der indikationsrelevanten Fachabteilungen. Die Krankenhausebene wurde stattdessen gewählt, weil zum gegenwärtigen Stand die verwendeten Daten der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser noch relativ häufig fehlerhafte bzw. nicht vergleichbare Angaben zur Anzahl der Fachärzte auf Abteilungsebene enthalten.

Aus den unterschiedlichen Kombinationen der sieben ausgewählten Leistungsbereiche und der vier typisierten Auswahlverfahren ergeben sich somit für die Untersuchung 28 verschiedene Szenarien.

Um eine qualitätsorientierte Auswahl von Selektivvertragspartnern unter den Krankenhäusern zu treffen, kann eine Vielzahl von Indikatoren herangezogen werden. Grundsätzlich geeignete Indikatoren wären beispielsweise auch die krankenhausspezifische Investitionsquote, die Einsatzquote von Pflegekräften je Fachabteilung oder je DRG oder Befragungsergebnisse zur Patientenzufriedenheit. Allerdings sind für viele alternative Qualitätsindikatoren nur eingeschränkt Daten verfügbar. Diese Restriktion gilt nicht nur für die vorliegende Untersuchung, sondern auch teilweise in der Realität, wenn Krankenkassen eine selektivvertragliche Auswahl trafen. Insofern wurde für die Szenario-Analysen der Ansatz gewählt, die Krankenauswahl vornehmlich auf der Basis allgemein und öffentlich verfügbarer Daten zu modellieren. Dadurch wird die vorhandene fehlende Transparenz zur Krankenhausqualität bzw. deren eingeschränkte Messbarkeit implizit in die Szenarien einbezogen.

Die untersuchten Szenarien sind invariant gegenüber Annahmen zu unterschiedlichen Anteilen an den Versicherten, die an selektivvertraglicher Versorgung teilnehmen. Dass die Szenarien nicht zusätzlich auch unterschiedliche Teilnahmeraten auf Seiten der Versicherten berücksichtigen, z. B. in Abhängigkeit von Marktanteilen bestimmter Krankenkassen(arten) in der untersuchten Region, hat zwei Gründe:

- Ohne Zugriff auf Krankenkassendaten sind keine detaillierten Informationen verfügbar, wie sich die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen regional verteilen. Daher wird in den Szenarien eine Gleichverteilung der Versicherten sowohl hinsichtlich ihrer Kassenzugehörigkeit als auch hinsichtlich ihrer Teilnahme an einer selektivvertraglichen Versorgung unterstellt. Die Berechnungsergebnisse zu den Veränderungen der Erreichbarkeit werden dann nachfrageseitig allein durch die Verteilung der Bevölkerung in der Region bestimmt, unabhängig von der Kassenzugehörigkeit.
- Im Rahmen dieser Untersuchung kann nur ein vereinfachter Ansatz gewählt werden, der keine Kapazitäts- und Zweitrundeneffekte umfasst. Erst durch die zusätzliche Modellierung von kurz- und längerfristigen Kapazitätseffekten können die Szenarien um die Dimension variierender Teilnahmeraten unter den Versicherten erweitert werden.

Erweiterungen des Szenarien-Modells, die teilweise andere Datengrundlagen voraussetzen, wären in folgender Hinsicht möglich:

- Szenarien lassen sich hinsichtlich einer unterschiedlichen Aufteilung des Selektivvertragmarktes auf die Krankenkassen(arten) variieren (z. B. Dominanz einer Kassenart). Voraussetzung hierfür sind Informationen über Unterschiede der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen(arten), insbesondere im Hinblick auf die Indikationen, die eindeutig mit den untersuchten Leistungsbereichen assoziierbar sind.
- Anstatt der Annahme einer regionalen Gleichverteilung der Versicherten könnten Szenarien entwickelt werden, die kassenspezifisch, regional und indikationsbezogen verschiedene Quoten für die Teilnahme an der selektivvertraglichen Versorgung annehmen. Damit ließe sich beispielsweise modellieren, wie sich die Erreichbarkeit verändert, wenn eine Krankenkasse einen Selektivvertrag nur für ihre älteren männlichen Versicherten in ländlichen Regionen abschließt (z. B. Prostata-Resektion).
- Insoweit für die ausgewählten Leistungsbereiche eine spezifische Altersstruktur der Patienten unterstellt werden kann (z. B. bei Geburten, Hüft-Endo) und zwischen den betrachteten Regionstypen ausgeprägte Unterschiede in der Altersstruktur bestehen, lassen sich die Ergebnisse der Szenario-Analysen weitergehend differenzieren. Veränderungen in der Erreichbarkeit wären dann entsprechend stärker (oder schwächer) zu gewichten, wenn in der betrachteten Region die für den Leistungsbereich typische Altersgruppe der Patienten überrepräsentiert (oder unterrepräsentiert) ist.
- Szenarien, die zu unterschiedlichen Ergebnissen zur Veränderung der Erreichbarkeit in Abhängigkeit von der Teilnahmequote unter den Versicherten führen, lassen sich unter Berücksichtigung von Kapazitäts- und Zweitrundeneffekten modellieren. In einem solchen Szenario würde beispielsweise eine steigende Teilnahmerate ab einem bestimmten (modellendogen zu ermittelnden) Wert zu Kapazitätsengpässen bei den an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern führen. Bleibt deren Anzahl konstant, bedeutet dies in einem ersten Schritt, dass einige der an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmenden Versicherten auf andere Selektivvertrags-Krankenhäuser ausweichen müssen, die noch nicht voll ausgelastet sind. Hierdurch verändern sich die Erreichbarkeitswerte. Wird eine längerfristige Perspektive gewählt, könnten als Zweitrundeneffekte auch Kapazitätseffekte des Gesamtangebots modelliert werden. Dies kann bedeuten, dass Krankenhäuser, die nicht

für die selektivvertragliche Versorgung ausgewählt wurden, bei steigenden Teilnahmequoten einzelne Abteilungen infolge von Auslastungsproblemen schließen müssen oder ihren Betrieb sogar vollständig aufgeben. Andererseits können Zweitrundeneffekte auch darin bestehen, dass erfolgreich an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser in Kapazitätserweiterungen investieren. Für derartige Szenarien empfehlen sich komplexere methodische Ansätze.

- Weitere Aspekte einer Analyse längerfristiger Wirkungen wären mögliche, sich selbst verstärkende Tendenzen einer Monopolisierung im Krankenhausangebot sowie eine Veränderung selektivvertraglicher Auswahlprozesse durch “Komplettangebote”, insbesondere durch Krankenhausketten. Eine Untersuchung dieser Aspekte erfordert eine andere methodische Herangehensweise als die hier gewählte.

4.3.5 Ermittlung der Auswirkungen auf die Erreichbarkeit und auf die Krankenhäuser

Unter der Annahme der Gleichverteilung der Versicherten hinsichtlich ihrer Kassenzugehörigkeit und ihrer Teilnahme an selektivvertraglicher Versorgung werden Veränderungen der Erreichbarkeit allein durch zwei Faktoren bestimmt:

- angebotsseitig durch die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser (je nach untersuchtem Leistungsbereich),
- nachfrageseitig durch die Verteilung der Bevölkerung auf die unterschiedlichen Gemeinden (Kreise) der untersuchten Bundesländer.¹⁸

Für jeden Leistungsbereich wird als Referenzwert die Entfernung (Fahrstrecke in Kilometer) ermittelt, die sich im Durchschnitt über die gesamte Bevölkerung des Bundeslandes zum jeweils nächstgelegenen Krankenhaus ergibt, das diese Leistungen anbietet. Dabei werden nicht nur die Krankenhäuser des betreffenden Bundeslandes, sondern auch alle Krankenhäuser in anderen Bundesländern in einem Umkreis von 50 km einbezogen.

Anschließend werden die Veränderungen dieses Wertes berechnet, wenn für die Versorgung in diesem Leistungsbereich nur noch Zugang zu den für Selektivverträge ausgewählten Krankenhäusern besteht. Für die schrittweise Erhöhung der Anzahl der ausgewählten Krankenhäuser – gemäß den vier dargestellten Aus-

18 Innerhalb der Gemeinden als geo-kodierte Gemarkungsgebiete gilt ebenfalls die Annahme der Gleichverteilung der zugehörigen Bevölkerung.

wahlverfahren (vgl. Kapitel 4.3.4) – werden jeweils die dazugehörigen Werte ermittelt.

Der Vergleich der Durchschnittswerte für das Referenzszenario einerseits und die unterschiedlichen selektivvertraglichen Szenarien andererseits gibt einen ersten Anhaltspunkt für die quantitative Dimension der Veränderung des regionalen Zugangs. Allerdings sind die Durchschnittswerte nur begrenzt aussagekräftig, weil sich hinter ihnen u. U. sehr ungleichmäßige Verteilungen verbergen. Um die unterschiedliche Betroffenheit innerhalb der Bevölkerung präzise kenntlich zu machen, benötigte man Daten zu regionalen Prävalenzen bezüglich der untersuchten Leistungsbereiche. Diese Daten stehen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht zur Verfügung. Um jedoch trotzdem die Aussagekraft der Szenarienergebnisse zu erhöhen, werden die Durchschnittswerte zumindest noch zusätzlich nach Regionstyp (städtisch – ländlich) differenziert. Als Regionstyp wurde die Stadt-Umland-Typologie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) verwendet.

Die Auswirkungen auf die Krankenhäuser werden anhand der Ergebnisse der vier Auswahlverfahren untersucht. Es wird gezeigt, ob und wie stark sich die Position eines Krankenhauses in Abhängigkeit vom gewählten Auswahlverfahren bzw. vom gewählten Auswahlkriterium (Prozess-, Strukturqualität, Kostenniveau, Kosten-Qualitäts-Verhältnis) verschiebt. Darüber hinaus wird untersucht, ob systematische Zusammenhänge zwischen möglichen Unterschieden der Positionierung bestehen, beispielsweise ob Qualitäts- und Kostenindikatoren häufig in einem negativen Zusammenhang zueinander stehen.

4.4 Ergebnisse der Szenario-Analysen

4.4.1 Veränderungen der Erreichbarkeit

Einen ersten Überblick über die Ergebnisse für die unterschiedlichen Leistungsbereiche und selektivvertraglichen Szenarien (Auswahlkriterien) geben Tabelle 3 (für Thüringen) und Tabelle 4 (für Bayern). Dargestellt werden für jeden Leistungsbereich die Anzahl der potenziellen Selektivvertragspartner unter den Krankenhäusern des Bundeslandes sowie die durchschnittliche Entfernung für die Einwohner des Bundeslandes zum nächstgelegenen Krankenhaus (im Status Quo inklusive der Krankenhäuser in den angrenzenden Bundesländern in einem Umkreis von 50 km zur Landesgrenze).

Tabelle 3: Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung bei 50 %-Teilnahme der Krankenhäuser am Beispiel Thüringens

| Leistungsbereich | Anzahl pot. Vertragspartner | durchschnittl. Entfernung im Status Quo (km) | durchschnittl. Entfernung bei 50%-Teilnahme der Krankenhäuser des Bundeslandes (km und im Verhältnis zum Status Quo) | | | |
|------------------|-----------------------------|--|--|------------------|---------------|-----------------------------|
| | | | Auswahl nach | | | |
| | | | Prozessqualität | Strukturqualität | Kostenniveau | Kosten-Qualitäts-Verhältnis |
| Prostata | 16 | 15,2 | 24,8 (1,6) | 24,0 (1,6) | 27,8 (1,8) | 28,2 (1,8) |
| Hüft-Endo | 33 | 10,4 | 18,2 (1,7) | 19,1 (1,8) | 21,4 (2,0) | 18,5 (1,8) |
| Knie-Endo | 31 | 11,1 | 18,8 (1,7) | 19,9 (1,8) | 21,4 (1,9) | 19,2 (1,7) |
| HNO | 18 | 14,2 | 23,8 (1,7) | 22,2 (1,6) | 27,6 (1,9) | 23,5 (1,7) |
| Hernie | 31 | 10,5 | 17,4 (1,6) | 19,6 (1,9) | 21,9 (2,1) | 18,1 (1,7) |
| Geburt | 22 | 12,6 | 27,6 (2,2) | 22,0 (1,7) | 26,1 (2,1) | 24,0 (1,9) |
| Bypass | 2 | 43,8 | 61,8 (1,4) | 68,1 (1,6) | 68,1 (1,6) | 68,1 (1,6) |

Quelle: IGES

Anmerkung: Es wurde eine maximal 50 %-Teilnahme unterstellt, d. h., bei einer ungeraden Anzahl potenzieller Vertragspartner wurde abgerundet.

In Thüringen liegt die durchschnittliche Entfernung – unter zusätzlichem Einbezug angrenzender Krankenhäuser – in Leistungsbereichen mit mindestens 30 anbietenden Krankenhäusern gegenwärtig bei 10 bis 11 km, bei weniger als 20 Krankenhäusern bei etwa 15 km (Tabelle 3). Wird nun unterstellt, dass Krankenkassen von allen im Bundesland anbietenden Krankenhäusern in jedem der betrachteten Leistungsbereiche nur die Hälfte für eine selektivvertragliche Versorgung auswählen, erhöht sich für Versicherte, die an dieser selektivvertraglichen Versorgung teilnehmen, die Entfernung zum nächstmöglichen Krankenhaus im Durchschnitt aller Leistungsbereiche und aller Auswahlkriterien um das 1,8-fache. Am stärksten verringert sich die Erreichbarkeit im Leistungsbereich Geburt (im Durchschnitt

aller Auswahlkriterien um das 2,0-fache), am wenigsten im Leistungsbereich Bypass (durchschnittlich um das 1,5-fache), wobei die geringe Anzahl potenzieller Vertragspartner im letztgenannten Bereich zu berücksichtigen ist.

Die Veränderung der Erreichbarkeit variiert teilweise erkennbar in Abhängigkeit vom gewählten Auswahlkriterium. Relativ betrachtet schwankt das Verhältnis der durchschnittlichen Entfernung in den Selektivvertrags-Szenarien zum Status Quo am stärksten in den Leistungsbereichen Hernie und Geburt (jeweils um mehr als 0,4). Absolut betrachtet ist die Schwankungsbreite in den Leistungsbereichen HNO, Geburt und Bypass am höchsten (jeweils mehr als 5 km). Dabei verringert sich die Erreichbarkeit durchschnittlich weniger stark, wenn nach dem Kriterium der Prozessqualität (Fallzahlen) ausgewählt wird (Ausnahme: Geburt). Die Auswahl nach dem Kostenniveau erhöht die durchschnittliche Entfernung meist am stärksten.

In Bayern liegt die durchschnittliche Entfernung – unter zusätzlichem Einbezug von Krankenhäusern in den angrenzenden Bundesländern – in Leistungsbereichen mit mehr als 150 anbietenden Krankenhäusern gegenwärtig bei maximal 8 km, bei weniger als 100 Krankenhäusern bei über 10 km (Tabelle 4). Damit liegen die durchschnittlichen Entfernungen in Bayern absolut deutlich niedriger als die in Thüringen (im Status Quo über alle betrachteten Leistungsbereiche im Durchschnitt um ca. 28 %). Wird analog eine 50 %-Auswahl aus allen anbietenden bayerischen Krankenhäusern in den jeweiligen Leistungsbereichen für die selektivvertragliche Versorgung unterstellt, erhöht sich für die Versicherten in der selektivvertraglichen Versorgung die Entfernung zum nächstmöglichen Krankenhaus im Durchschnitt aller Leistungsbereiche und aller Auswahlkriterien um das 1,7-fache. Die relative Veränderung der durchschnittlichen Entfernung unterscheidet sich somit kaum von der für Thüringen. Zwischen den Leistungsbereichen variieren die Veränderungen der Erreichbarkeit für Bayern weniger stark als für Thüringen: Relativ am stärksten würde sich die durchschnittliche Entfernung im Leistungsbereich HNO erhöhen (im Durchschnitt aller Auswahlkriterien um das 1,9-fache gegenüber dem Status Quo), am wenigsten im Leistungsbereich Prostata (um das 1,7-fache).

Tabelle 4: Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung bei 50 %-Teilnahme der Krankenhäuser am Beispiel Bayerns

| Leistungs- bereich | Anzahl pot. Vertrags- partner | durch- schnittl. Entfer- nung im Status Quo (km) | durchschnittl. Entfernung bei 50%-Teilnahme der Krankenhäuser des Bundeslandes (km und im Verhältnis zum Status Quo) | | | |
|-----------------------|--|---|--|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|
| | | | Auswahl nach | | | |
| | | | Prozess- qualität | Struktur- qualität | Kosten- niveau | Kosten- Qualitäts- Verhältnis |
| Prostata | 86 | 11,4 | 17,7 (1,6) | 20,4 (1,8) | 19,7 (1,7) | 17,7 (1,6) |
| Hüft-Endo | 183 | 7,5 | 11,8 (1,6) | 13,3 (1,8) | 13,7 (1,8) | 12,9 (1,7) |
| Knie-Endo | 169 | 8,0 | 12,7 (1,6) | 13,9 (1,7) | 14,3 (1,8) | 13,8 (1,7) |
| HNO | 145 | 8,6 | 14,8 (1,7) | 15,5 (1,8) | 18,6 (2,2) | 14,7 (1,7) |
| Hernie | 189 | 7,7 | 12,3 (1,6) | 13,3 (1,7) | 13,9 (1,8) | 12,4 (1,6) |
| Geburt | 126 | 8,9 | 15,3 (1,7) | 16,0 (1,8) | 17,7 (2,0) | 14,9 (1,7) |
| Bypass | 13 | 32,3 | 51,3 (1,6) | 51,7 (1,6) | 83,4 (2,6) | 51,7 (1,6) |

Quelle: IGES

Anmerkung: Es wurde eine maximal 50 %-Teilnahme unterstellt, d. h., bei einer ungeraden Anzahl potenzieller Vertragspartner wurde abgerundet.

Die Veränderungen der Erreichbarkeit unterscheiden sich jedoch teilweise deutlich in Abhängigkeit vom gewählten Auswahlkriterium. Relativ betrachtet ist die Schwankung am stärksten im Leistungsbereich Bypass: Hier weicht die geringste Veränderung der durchschnittlichen Entfernung (Auswahl nach Prozessqualität) um das 1,0-fache von der größten Veränderung (Auswahl nach Kostenniveau) ab, gefolgt vom Leistungsbereich HNO (Unterschied: knapp 0,5-fach). Absolut betrachtet übertrifft die Schwankungsbreite im Leistungsbereich Bypass mit über 32 km (Entfernungsunterschied zwischen Auswahl nach Prozessqualität und nach Kostenniveau) alle anderen. Abgesehen hiervon sind in sämtlichen Leistungsbe-
reichen die absoluten Entfernungsunterschiede zwischen den unterschiedlichen

Auswahlkriterien weniger groß als in Thüringen (am höchsten im Leistungsbereich HNO mit 3,9 km). Ähnlich wie in Thüringen verringert sich die Erreichbarkeit durchschnittlich weniger stark, wenn nach dem Kriterium der Prozessqualität (Fallzahlen) ausgewählt wird. Die Auswahl nach dem Kostenniveau erhöht die durchschnittliche Entfernung meist am stärksten.

Am Beispiel des Leistungsbereichs Prostata werden die Ergebnisse im Folgenden zunächst für Thüringen detailliert dargestellt. Erkennbar ist, wie sich die durchschnittliche Erreichbarkeit verändert, wenn sich die Anzahl der Krankenhäuser, die für die selektivvertragliche Versorgung ausgewählt werden, schrittweise erhöht (Tabelle 5). Wird z. B. nur ein Viertel der im Bundesland für diesen Leistungsbereich anbietenden Krankenhäuser ausgewählt, so beträgt die durchschnittliche Entfernung – je nach Auswahlkriterium – zwischen dem 2,3-fachen (nach Kosten-Qualitäts-Verhältnis) und dem 2,6-fachen (nach Strukturqualität) der durchschnittlichen Entfernung im Status Quo. Nehmen dagegen 75 % der anbietenden Krankenhäuser an der selektivvertraglichen Versorgung teil, so sinkt dieser Verhältniswert auf einen Bereich zwischen 1,3 (Auswahl nach Kosten-Qualitäts-Verhältnis) und 1,6 (Auswahl nach Kostenniveau). Absolut betrachtet bedeutet dies eine Verringerung der durchschnittlichen Entfernung von mehr als 15 km (im Mittel über die verschiedenen Auswahlverfahren).¹⁹ Darüber hinaus wird deutlich, dass sich nicht durchgehend die durchschnittliche Entfernung am stärksten erhöht, wenn nach dem Kostenkriterium ausgewählt wird.

19 Da in den Selektivvertrags-Szenarien die Krankenhäuser in den angrenzenden Bundesländern – im Gegensatz zum Referenzszenario – nicht berücksichtigt werden, wird selbst bei Auswahl sämtlicher Krankenhäuser nicht dieselbe durchschnittliche Entfernung wie im Status Quo erreicht.

**Tabelle 5: Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung am
Beispiel des Leistungsbereichs Prostata im Bundesland Thüringen**

| Anzahl der Krankenhäuser im Selektivvertrag | durchschnittl. Entfernung im Status Quo (km) | durchschnittl. Entfernung in selektivvertraglicher Versorgung (km und im Verhältnis zum Status Quo) | | | |
|---|--|---|------------------|---------------|-----------------------------|
| | | Auswahl nach | | | |
| | | Prozessqualität | Strukturqualität | Kostenniveau | Kosten-Qualitäts-Verhältnis |
| 1 | 15,2 | 90,3 (5,9) | 58,7 (3,9) | 57,9 (3,8) | 58,7 (3,9) |
| 2 | 15,2 | 45,8 (3,0) | 52,6 (3,5) | 49,5 (3,3) | 52,6 (3,5) |
| 3 | 15,2 | 41,7 (2,7) | 43,7 (2,9) | 46,8 (3,1) | 43,7 (2,9) |
| 4 | 15,2 | 35,9 (2,4) | 39,2 (2,6) | 36,9 (2,4) | 35,7 (2,3) |
| 5 | 15,2 | 34,5 (2,3) | 34,2 (2,2) | 33,0 (2,2) | 34,2 (2,2) |
| 6 | 15,2 | 27,4 (1,8) | 30,6 (2,0) | 31,7 (2,1) | 30,6 (2,0) |
| 7 | 15,2 | 25,0 (1,6) | 28,2 (1,9) | 28,9 (1,9) | 28,2 (1,9) |
| 8 | 15,2 | 24,8 (1,6) | 24,0 (1,6) | 27,8 (1,8) | 28,2 (1,8) |
| 9 | 15,2 | 24,2 (1,6) | 22,7 (1,5) | 27,6 (1,8) | 27,1 (1,8) |
| 10 | 15,2 | 23,5 (1,5) | 21,6 (1,4) | 27,3 (1,8) | 22,8 (1,5) |
| 11 | 15,2 | 21,1 (1,4) | 20,9 (1,4) | 26,4 (1,7) | 20,6 (1,4) |
| 12 | 15,2 | 20,8 (1,4) | 20,9 (1,4) | 24,1 (1,6) | 20,0 (1,3) |
| 13 | 15,2 | 19,4 (1,3) | 19,5 (1,3) | 23,4 (1,5) | 19,4 (1,3) |
| 14 | 15,2 | 18,9 (1,2) | 18,9 (1,2) | 18,6 (1,2) | 18,9 (1,2) |
| 15 | 15,2 | 17,5 (1,1) | 18,1 (1,2) | 18,0 (1,2) | 17,5 (1,1) |
| 16 | 15,2 | 16,6 (1,1) | 16,6 (1,1) | 16,6 (1,1) | 16,6 (1,1) |

Quelle: IGES

Tabelle 6: Veränderung der Erreichbarkeit in selektivvertraglicher Versorgung am Beispiel des Leistungsbereichs Prostata im Bundesland Bayern

| Anzahl der Krankenhäuser im Selektivvertrag | durchschnittl. Entfernung im Status Quo (km) | durchschnittl. Entfernung in selektivvertraglicher Versorgung (km und im Verhältnis zum Status Quo) | | | | |
|---|--|---|------------------|-----------------|-----------------------------|---------------|
| | | Auswahl nach | | | | |
| | | Prozessqualität | Strukturqualität | Kostenniveau | Kosten-Qualitäts-Verhältnis | |
| 1 | 11,4 | 132,5 (11,7) | 176,3 (15,5) | 160,8 (14,1) | 131,7 (11,6) | |
| 10 | 11,4 | 40,7 (3,6) | 52,8 (4,7) | 40,7 (3,6) | 49,6 (4,4) | |
| 11 | 11,4 | 37,8 (3,3) | 48,8 (4,3) | 40,1 (3,5) | 41,1 (3,6) | |
| 21 | (25%) | 11,4 | 25,6 (2,3) | 29,7 (2,6) | 28,6 (2,5) | 31,3 (2,8) |
| 22 | | 11,4 | 25,2 (2,2) | 29,5 (2,6) | 27,4 (2,4) | 29,0 (2,6) |
| 32 | 11,4 | 20,5 (1,8) | 24,7 (2,2) | 23,6 (2,1) | 20,9 (1,8) | |
| 33 | 11,4 | 20,3 (1,8) | 24,3 (2,1) | 23,5 (2,1) | 20,7 (1,8) | |
| 43 | (50%) | 11,4 | 17,7 (1,6) | 20,4 (1,8) | 19,7 (1,7) | 17,7 (1,6) |
| 53 | 11,4 | 15,6 (1,4) | 17,0 (1,5) | 16,4 (1,4) | 15,4 (1,4) | |
| 54 | 11,4 | 15,2 (1,3) | 16,8 (1,5) | 16,4 (1,4) | 15,2 (1,3) | |
| 64 | (75%) | 11,4 | 13,3 (1,2) | 14,5 (1,3) | 14,1 (1,2) | 14,0 (1,2) |
| 65 | | 11,4 | 13,2 (1,2) | 14,5 (1,3) | 14,0 (1,2) | 13,9 (1,2) |
| 75 | 11,4 | 12,3 (1,1) | 13,2 (1,2) | 12,5 (1,1) | 12,4 (1,1) | |
| 76 | 11,4 | 12,1 (1,1) | 13,1 (1,2) | 12,5 (1,1) | 12,2 (1,1) | |
| 86 | 11,4 | 11,5 (1,0) | 11,5 (1,0) | 11,5 (1,0) | 11,5 (1,0) | |

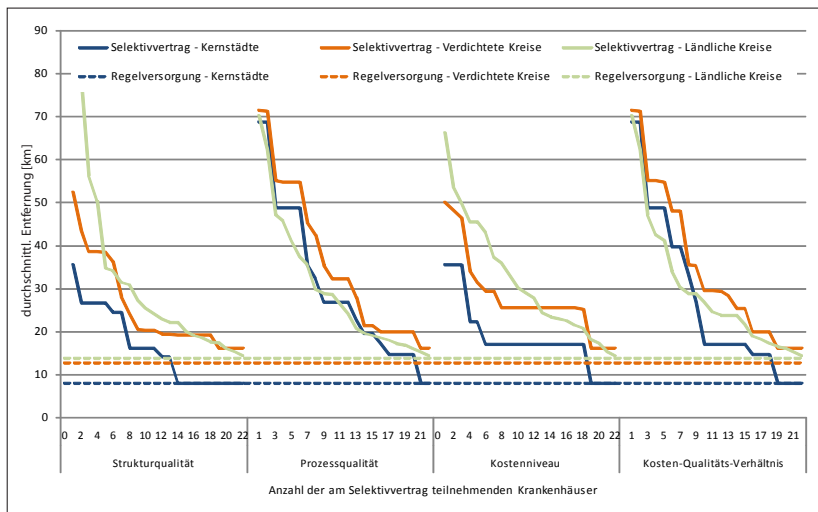
Quelle: IGES

Aufgrund der höheren Anzahl anbietender Krankenhäuser im Leistungsbereich Prostata wird die Veränderung der Erreichbarkeit für Bayern nur für einen Teil der möglichen Anzahl der Krankenhäuser im Selektivvertrag gezeigt (Tabelle 6). Im Vergleich zu Thüringen erhöht sich die durchschnittliche Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus bei einer 25 %-Auswahl relativ zum Status Quo ähnlich stark, jedoch mit einer etwas höheren Variabilität zwischen den unterschiedlichen Auswahlkriterien (2,2- bis 2,8-fache). Die Auswahl von 75 % der anbietenden Krankenhäuser würde dagegen in Bayern die durchschnittliche Erreichbarkeit gegenüber dem Status Quo tendenziell weniger stark einschränken als in Thüringen (Erhöhung der durchschnittlichen Entfernung um das 1,2- bis 1,3-fache gegenüber 1,3- bis 1,6-fache). Infolge der bereits im Status Quo günstigeren Erreichbarkeit fällt die Veränderung der Erreichbarkeit zwischen der 25 %- und der 75 %-Auswahl in Bayern absolut betrachtet geringer aus (durchschnittlich 8,4 km im Durchschnitt aller Auswahlverfahren gegenüber rd. 15 km in Thüringen).

Der Durchschnitt der Veränderungen der Erreichbarkeit stellt allerdings nur einen unzureichenden Erwartungswert für die tatsächlichen Veränderungen aus Sicht der Versicherten dar. Die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit verteilen sich nämlich ungleichmäßig auf die verschiedenen Regionen des Bundeslandes, weil diese unterschiedlich dicht bevölkert sind. Abbildung 4 zeigt für den Leistungsbe- reich Geburt in Thüringen die Unterschiede der Veränderungen der Erreichbarkeit nach den vier Auswahlkriterien und differenziert nach den drei Regionstypen: "Kernstädte", "verdichtete Kreise" und "ländliche Kreise".

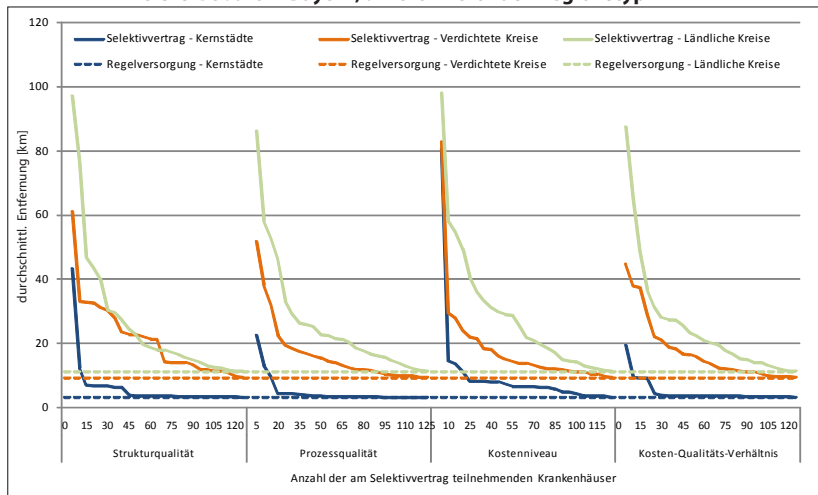
Die waagerechten (gestrichelten) Linien zeigen die durchschnittlichen Entfernungen im Status Quo. Für die Bewohner von Kernstädten ist demnach die Erreichbarkeit mit durchschnittlich 8,0 km zum nächstgelegenen Krankenhaus am günstigsten. Bewohner von verdichteten und ländlichen Kreisen müssen mit 12,7 km bzw. 13,9 km durchschnittlich größere Entfernungen zurücklegen; dies entspricht einem Entfernungszuwachs um fast 60 % bzw. über 70 %. Dagegen fällt der Entfernungsnachteil der Bewohner ländlicher Kreise gegenüber denen in verdichteten Kreisen relativ gering aus (unter 10 %). Die Kurven stellen für beide Regionstypen die Veränderungen der durchschnittlichen Entfernungen mit sukzessiver Erhöhung der Anzahl der am Selektivvertrag teilnehmenden Krankenhäuser dar. Je höher die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser, desto stärker konvergieren die Kurven in Richtung Status-Quo-Werte. Unterschiede zeigen sich zunächst in zweierlei Hinsicht: zwischen den Regionstypen und zwischen den unterschiedlichen Auswahlkriterien.

Abbildung 4: Erreichbarkeit in Abhängigkeit von der Anzahl an selektivvertraglicher Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser am Beispiel des Leistungsbeereichs Geburt in Thüringen, differenziert nach Regionstyp



Quelle: IGES

Abbildung 5: Erreichbarkeit in Abhängigkeit von der Anzahl an selektivvertraglicher Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser am Beispiel des Leistungsbeereichs Geburt in Bayern, differenziert nach Regionstyp



Quelle: IGES

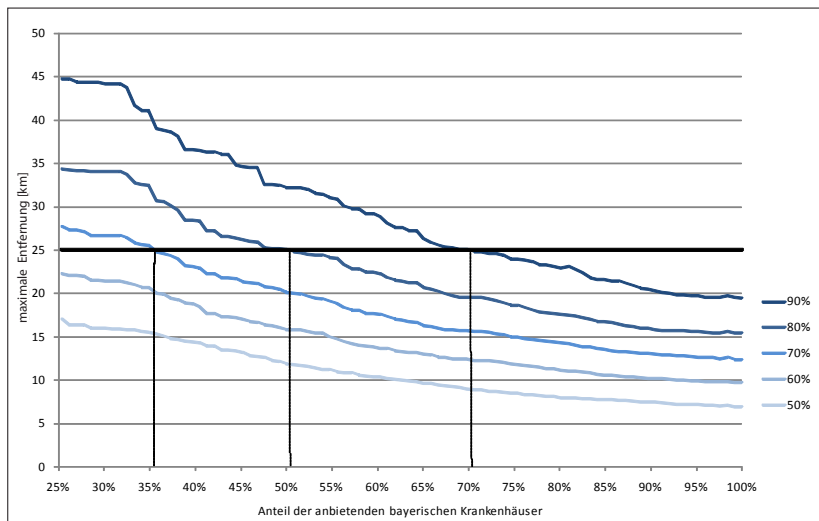
Bemerkenswerterweise sind es in Thüringen nicht in jedem Fall die Bewohner ländlicher Kreise, die in Selektivverträgen eine höhere durchschnittliche Entfernung hinzunehmen hätten. Werden die Selektivvertragspartner für den Leistungsbereich Geburt nach dem Kriterium Prozessqualität oder nach dem Kosten-Qualitäts-Verhältnis ausgewählt, führt die Veränderung der Erreichbarkeit für Bewohner ländlicher Kreise fast durchweg zu einem geringeren Anstieg der durchschnittlichen Entfernung im Vergleich zu den Bewohnern verdichteter Kreise und teilweise auch im Vergleich zu den Bewohnern der Kernstädte. Würde hingegen nach den Kriterien Strukturqualität oder Kostenniveau ausgewählt, hätten im Selektivvertrag die Bewohner von Kernstädten durchgehend Erreichbarkeitsvorteile gegenüber den Bewohnern verdichteter und ländlicher Kreise; diese Vorteile wären insbesondere bei nur wenigen teilnehmenden Krankenhäusern im Selektivvertrag besonders stark ausgeprägt.

Die nach Regionstypen differenzierte Betrachtung führt für Bayern zu etwas anderen Ergebnissen (Abbildung 5). Dort sind bereits im Status Quo die Unterschiede zwischen den Regionstypen größer: Während Bewohner von Kernstädten für stationäre Behandlungen im Leistungsbereich Geburt durchschnittlich nur 3,2 km zurücklegen müssen, sind es in verdichteten und ländlichen Kreisen 9,2 km bzw. 11,2 km. Dieser Entfernungsvorteil für Bewohner von Kernstädten bleibt in den selektivvertraglichen Szenarien unabhängig vom Auswahlkriterium erhalten. Die Bewohner ländlicher Kreise hätten bei einer selektivvertraglichen Beschränkung des Krankenhausangebots im Leistungsbereich Geburt fast durchweg die größten Entfernungs Nachteile. Lediglich nach dem Auswahlkriterium Strukturqualität ist die Veränderung der Erreichbarkeit ab einer Teilnahme von mehr als 25 Krankenhäusern ähnlich wie für die Bewohner verdichteter Kreise.

Die Differenzierung nach Regionstypen ermöglicht eine erste Einschätzung darüber, wie (un-)gleichmäßig sich die durchschnittliche Veränderung der Erreichbarkeit auf die Bevölkerung verteilt. Ein darüber hinaus gehender Ansatz besteht darin, die Anteile an der Gesamtbevölkerung zu ermitteln, für die bei einer Reduzierung der Anzahl anbietender Krankenhäuser bestimmte vorgegebene Maximalentfernungen noch realisiert werden. Eine solche Betrachtungsweise ist insbesondere für Planungs- und Regulierungszwecke geeignet. So lässt sich beispielsweise ermitteln, bei welcher Anzahl anbietender Krankenhäuser für 80 % der Bevölkerung das nächstgelegene Krankenhaus nicht mehr als 25 km entfernt ist.

Im Folgenden ist dieser Ansatz für die beiden Leistungsbereiche dargestellt, für die – von allen hier untersuchten – am ehesten ein wohnortnahes Angebot als notwendig angesehen wird: Geburt und Hernien. Als maximale Entfernung wurde ein Wert von 25 km gewählt.²⁰ Es wurde für Bayern und Thüringen ermittelt, welcher Anteil der heutigen Krankenhäuser mindestens für eine selektivvertragliche Versorgung ausgewählt werden müsste, damit größere Teile der Bevölkerung (50 %, 60 % etc. bis 90 %) eine Entfernung von maximal 25 km bis zum nächstgelegenen Krankenhaus hätten. Für die Auswahl der Krankenhäuser (bzw. die Reihenfolge, in der die Anzahl der Krankenhäuser unter Berücksichtigung ihrer geographischen Lage variiert wird) wurde einheitlich das Kriterium des Kosten-Qualitäts-Verhältnisses angewandt.

Abbildung 6: Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Bayern, Leistungsbereich Geburt



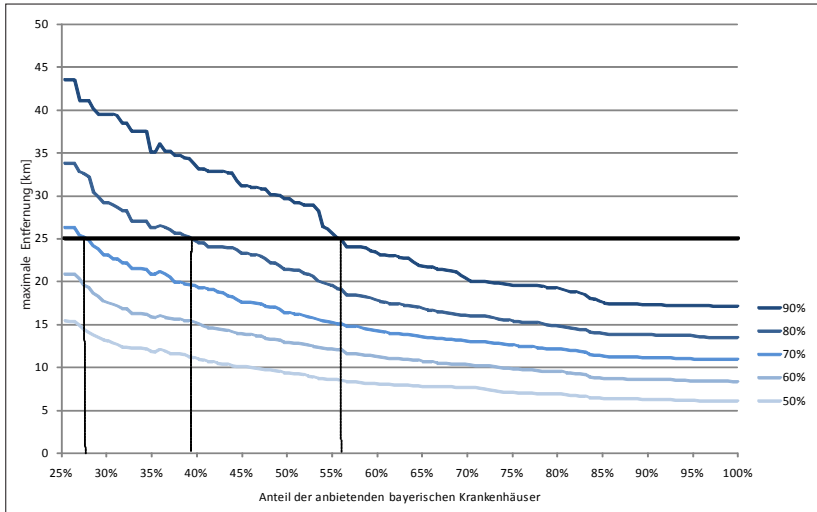
Quelle: IGES

20 Tatsächlich gibt es keine allgemeingültige Definition von »Wohnortnähe« für das Angebot von Krankenhausleistungen. In den Bundesländern werden diesbezüglich, wenn überhaupt, unterschiedliche Indikatoren und Werte herangezogen (Erreichbarkeit in Zeiteinheiten oder Entfernungsmaßen). Gemäß der Definition in den Rahmenvorgaben des Krankenhausplans des Landes Nordrhein-Westfalen 2001 z. B. gelten Krankenhausangebote bei einer Entfernung von 15 bis 20 km als wohnortnah (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2002, S. 15).

So zeigt sich für Bayern, dass im Leistungsbereich Geburt für eine selektivvertragliche Versorgung etwa 70 % der zur Zeit 126 anbietenden Krankenhäuser gemäß dem Kosten-Qualitäts-Verhältnis ausgewählt werden müssten, damit 90 % der Bevölkerung nicht mehr als 25 km zum nächstgelegenen Krankenhaus zurückzulegen hätten (Abbildung 6). Soll diese Maximalentfernung hingegen nur für 80 % der Bevölkerung realisiert werden, wäre eine Auswahl von etwa der Hälfte (51 %) der anbietenden Krankenhäuser ausreichend. Ein wohnortnahes Angebot im Leistungsbereich Geburt für nur 60 % oder 50 % der Bevölkerung würde bereits bei einer Teilnahme von weniger als einem Viertel der anbietenden Krankenhäuser erreicht.

Im Leistungsbereich Hernien gibt es in Bayern mehr anbietende Krankenhäuser als im Bereich Geburt (189 gegenüber 126 Kliniken im Jahr 2008). Daher würde in einer selektivvertraglichen Versorgung eine Maximalentfernung von 25 km für 90 % der Bevölkerung bereits realisiert, wenn nur rd. 56 % der anbietenden Krankenhäuser ausgewählt würden (Abbildung 7). Für eine entsprechende Versorgung von lediglich 80 % der Bevölkerung wäre eine Auswahl von knapp 40 % der Krankenhäuser ausreichend.

Abbildung 7: Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Bayern, Leistungsbereich Hernien

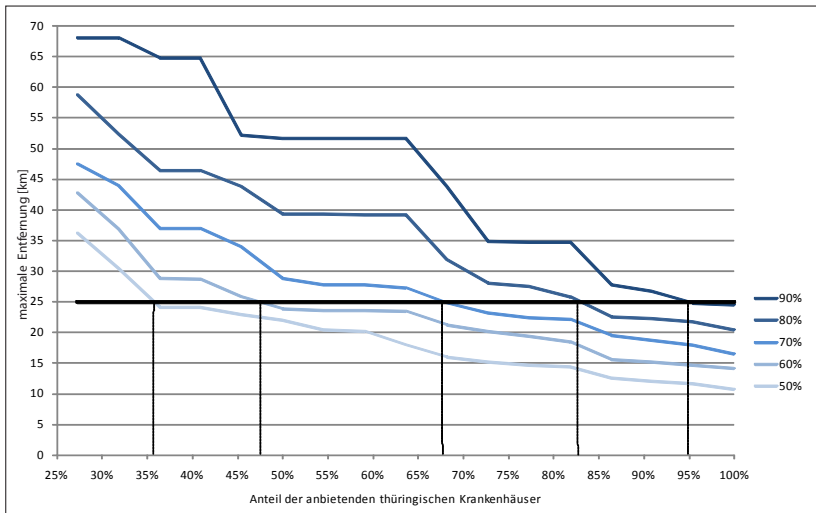


Quelle: IGES

Für Thüringen ergeben sich andere Verhältnisse: Auf die Einwohnerzahl bezogen gibt es dort zwar relativ mehr aufgestellte Betten als in Bayern, im Verhältnis zur Fläche des Bundeslandes ist aber die Bettenzahl, vor allem aber die Anzahl der Krankenhäuser geringer.²¹ Damit eine Maximalentfernung von 25 km für 90 % der Bevölkerung gilt, müssten in Thüringen im Leistungsbereich Geburt fast sämtliche Krankenhäuser an einer selektivvertraglichen Versorgung teilnehmen, im Leistungsbereich Hernien immerhin noch rd. 80 % der Krankenhäuser (Abbildung 8 und Abbildung 9).

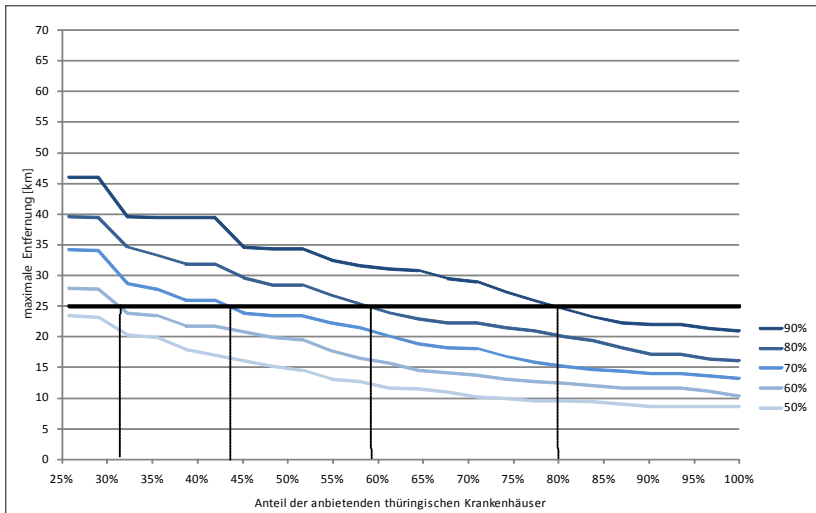
21 Im Jahr 2008 gab es in Thüringen je 100.000 Einwohner 700 aufgestellte Krankenhausbetten gegenüber 603 in Bayern. Auf einen Quadratkilometer der Bundeslandfläche kamen in Thüringen jedoch nur knapp 99 Betten und (rechnerisch) 0,27 Krankenhäuser gegenüber 107 Betten bzw. 0,54 Krankenhäusern in Bayern. (Quellen: Statistisches Bundesamt 2009a, http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp, eigene Berechnungen)

Abbildung 8: Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Thüringen, Leistungsbereich Geburt



Quelle: IGES

Abbildung 9: Maximale Entfernung zum nächsten Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil anbietender Krankenhäuser differenziert nach relevantem Bevölkerungsanteil, Thüringen, Leistungsbereich Hernien



Quelle: IGES

Für eine maximale Entfernung von 25 km sind die Ergebnisse in Tabelle 7 zusammengestellt.

Tabelle 7: Erforderliche Anzahl (Anteil) der Krankenhäuser für Maximalentfernung von 25 km nach Realisierungsanteil in Bevölkerung

| Anteil der Bevölkerung | Anzahl (Anteil) der Krankenhäuser | | | |
|------------------------|-----------------------------------|----------------|-----------------|----------------|
| | Geburt | | Hernien | |
| | Bayern | Thüringen | Bayern | Thüringen |
| 50 % | 20 (15,9 %) | 8 (36,4 %) | 25 (13,2 %) | 8 (25,8 %) |
| 60 % | 25 (19,8 %) | 11 (50,0 %) | 34 (18,0 %) | 10 (32,3 %) |
| 70 % | 45 (35,7 %) | 15 (68,2 %) | 53 (28,0 %) | 14 (45,2 %) |
| 80 % | 64 (50,8 %) | 19 (86,4 %) | 75 (39,7 %) | 19 (61,3 %) |
| 90 % | 89 (70,6 %) | 21 (95,5 %) | 106 (56,1 %) | 25 (80,6 %) |

Quelle: IGES

Dargestellt ist für die Leistungsbereiche Geburt und Hernien in den beiden Bundesländern Bayern und Thüringen die jeweils erforderliche Anzahl der Krankenhäuser, die von den anbietenden Kliniken an der Versorgung teilnehmen müssten, damit die gewählte Maximalentfernung für die angegebenen Bevölkerungsanteile realisiert würde. Infolge der geringeren flächenbezogenen Krankenhausdichte liegt der erforderliche Anteil der Krankenhäuser, zu denen für die relevanten Bevölkerungsanteile Zugang bestehen müsste, um das Entfernungskriterium zu erfüllen, in Thüringen durchgehend höher als in Bayern.

4.4.2 Rangfolgen der Krankenhäuser für die Auswahl zur Teilnahme an selektivvertraglicher Versorgung

Aus Sicht der Krankenhäuser werden die Auswirkungen von Selektivverträgen anhand ihrer Positionierung bei der Auswahl durch die Krankenkassen dargestellt. Hier zeigen sich teilweise noch deutlich stärker differierende Ergebnisse in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Auswahlkriterien. Dies wird zunächst am Beispiel der Thüringer Krankenhäuser im Leistungsbereich Prostata dargestellt

(Tabelle 8). Ein großer Teil der Krankenhäuser erhalte dort für diesen Leistungsbereich sehr unterschiedliche Positionen in der Reihenfolge je nach Auswahlkriterium.

- Das St. Georg Klinikum Eisenach würde bei einer Auswahl, die strikt nach dem Kostenniveau getroffen würde, bereits an zweiter Stelle für die selektivvertragliche Versorgung ausgewählt. Bei einer allein an der Strukturqualität orientierten Auswahl rangiert dasselbe Haus dagegen auf der letzten Position, auf der Basis des Kosten-Qualitäts-Verhältnisses an vorletzter Stelle.
- Das SRH Wald-Klinikum Gera erreicht nach dem Kriterium Kostenniveau nur den 14. Rang, nach dem Kriterium Prozessqualität hätte es jedoch den Spitzenplatz und wäre erster Kandidat für einen Selektivvertrag.

Bei acht von sechzehn Krankenhäusern beträgt die Standardabweichung über die unterschiedlichen Positionen mehr als 3,5, bei fünf Krankenhäusern liegt sie sogar über 5. Nur bei zwei Krankenhäusern liegt die Standardabweichung bei weniger als 1,5. Hierzu zählt das Klinikum Meiningen, dessen Auswahlposition nach allen Kriterien zwischen dem 5. und dem 7. Platz liegt.

Tabelle 8: Reihenfolge der Auswahl von Krankenhäusern für Selektivverträge am Beispiel des Leistungsbereichs Prostata im Bundesland Thüringen

| Nr. | Krankenhaus | Prozess- qualität | Struktur- qualität | Kosten- niveau | Kosten- Qua- litäts- Verhält- nis |
|------------|---|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|
| 1 | Universitätsklinikum Jena | 7 | 4 | 4 | 5 |
| 2 | Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" Saalfeld-Rudolstadt GmbH | 3 | 7 | 5 | 7 |
| 3 | Klinikum Meiningen GmbH | 5 | 6 | 7 | 6 |
| 4 | HELIOS Klinikum Gotha | 11 | 2 | 6 | 2 |
| 5 | Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt | 2 | 12 | 1 | 8 |
| 6 | SRH Wald-Klinikum Gera GmbH | 1 | 5 | 14 | 4 |
| 7 | HELIOS Klinik Blankenhain | 8 | 3 | 10 | 3 |
| 8 | HELIOS Klinikum Erfurt | 12 | 1 | 9 | 1 |
| 9 | SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH | 4 | 10 | 8 | 9 |
| 10 | Hufeland Klinikum GmbH | 14 | 9 | 3 | 14 |
| 11 | Südharz-Krankenhaus Nordhausen gGmbH | 13 | 8 | 12 | 10 |
| 12 | Eichsfeld Klinikum gGmbH | 6 | 13 | 16 | 11 |
| 13 | St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH | 15 | 16 | 2 | 15 |
| 14 | Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH Standort Ilmenau | 10 | 11 | 13 | 12 |
| 15 | Kreiskrankenhaus Greiz GmbH | 9 | 14 | 15 | 13 |
| 16 | DRK Krankenhaus Sömmerda | 16 | 15 | 11 | 16 |

Quelle: IGES

Unter der Annahme, dass eine Krankenkasse für ihre selektivvertragliche Versorgung im Bereich Prostata die Hälfte der anbietenden Krankenhäuser auswählt, würden drei der insgesamt 16 Krankenhäuser (19 %) in jedem Fall – d. h. nach jedem der herangezogenen Auswahlkriterien – einen Zuschlag erhalten (Nr. 1 bis Nr. 3 in Tabelle 8). Weitere vier Krankenhäuser (Nr. 4 bis Nr. 7) kämen nach drei von vier Kriterien in die Auswahl. Drei Krankenhäuser (Nr. 14 bis Nr. 16) würden bei einer 50 %-Auswahl in keinem der vier möglichen Auswahlverfahren zum Zuge kommen.

Tabelle 9: Reihenfolge der Auswahl von Krankenhäusern für Selektivverträge am Beispiel des Leistungsbereichs HNO im Bundesland Thüringen

| Nr. | Krankenhaus | Prozess- qualität | Struktur- qualität | Kosten- niveau | Kosten- Qual- itäts-Ver- hältnis |
|------------|--|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|
| 1 | Universitätsklinikum Jena | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 2 | HELIOS Klinikum Erfurt | 1 | 1 | 9 | 1 |
| 3 | Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH | 6 | 8 | 2 | 9 |
| 4 | Klinikum Meiningen GmbH | 8 | 5 | 7 | 7 |
| 5 | HELIOS Klinikum Gotha | 12 | 2 | 6 | 2 |
| 6 | Südharz-Krankenhaus Nordhausen gGmbH | 2 | 7 | 14 | 4 |
| 7 | SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH | 5 | 10 | 8 | 6 |
| 8 | SRH Wald-Klinikum Gera GmbH | 7 | 4 | 16 | 5 |
| 9 | Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" Saalfeld-Rudolstadt GmbH | 10 | 6 | 5 | 11 |
| 10 | Hufeland Klinikum GmbH | 13 | 9 | 1 | 13 |
| 11 | Klinikum Bad Salzungen GmbH | 4 | 17 | 10 | 8 |
| 12 | Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH Standort Arnstadt Hauptsitz | 9 | 12 | 15 | 10 |
| 13 | MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg GmbH | 16 | 11 | 4 | 16 |
| 14 | Eichsfeld Klinikum gGmbH | 11 | 14 | 18 | 12 |
| 15 | Henneberg-Kliniken-Betriebsgesell- schaft mbH | 15 | 16 | 13 | 15 |
| 16 | DRK Krankenhaus Sondershausen gGmbH | 18 | 13 | 11 | 17 |
| 17 | Kreiskrankenhaus Greiz GmbH | 14 | 15 | 17 | 14 |
| 18 | DRK-Manniske-Krankenhaus | 17 | 18 | 12 | 18 |

Quelle: IGES

Zum Vergleich zeigt Tabelle 9 die unterschiedlichen Positionierungen der Krankenhäuser Thüringens im Leistungsbereich HNO.²² Über alle Auswahlkriterien hinweg hätte hier das Universitätsklinikum Jena die vordersten Platzierungen (jeweils Rang 3). Das Helios Klinikum Erfurt würde nach den Kriterien Prozess- und Strukturqualität sowie Kosten-Qualitäts-Verhältnis an erster Stelle ausgewählt, belegt aber beim Kostenniveau lediglich den mittleren Platz 9 (von 18 anbietenden Krankenhäusern). Dagegen weist das Hufeland Klinikum das geringste Kostenniveau auf, erreicht aber bei Prozessqualität und Kosten-Qualitäts-Verhältnis nur jeweils den 13. Rang.

Unter der Annahme, dass eine Krankenkasse für ihre selektivvertragliche Versorgung im Bereich HNO die Hälfte der anbietenden Krankenhäuser in Thüringen auswählt, würden vier der insgesamt 18 Krankenhäuser (22 %) in jedem Fall – d. h. nach jedem der herangezogenen Auswahlkriterien – einen Zuschlag erhalten (Nr. 1 bis Nr. 4 in Tabelle 9). Weitere vier Krankenhäuser (Nr. 5 bis Nr. 8) kämen nach drei von vier Kriterien in die Auswahl. Fünf Krankenhäuser (Nr. 14 bis Nr. 18) würden bei einer 50 %-Auswahl in keinem der vier möglichen Auswahlverfahren zum Zuge kommen.

Auch unter den Krankenhäusern in Bayern variiert die Positionierung bei der Auswahl je nach Kriterium teilweise beträchtlich. So liegen bei 36 der anbietenden Krankenhäuser im Leistungsbereich Prostata zwischen der höchsten und der niedrigsten Position mehr als 43 Plätze. Ein extremes Beispiel ist die Sana Klinik Pegnitz GmbH, die nach dem Kriterium Kostenniveau Rang 1 erreicht, nach allen anderen Kriterien aber jeweils nur unter die vier letztplatzierten gelangt; "diako - die stadtklinik" rangiert nach den Kriterien Strukturqualität sowie Kosten-Qualitäts-Verhältnis jeweils auf dem letzten Platz, nach den Kriterien Prozessqualität und Kostenniveau hingegen auf Rang 2 bzw. Rang 3. Wird analog unterstellt, dass eine Krankenkasse für ihre selektivvertragliche Versorgung im Bereich Prostata die Hälfte der anbietenden Krankenhäuser auswählt, würden elf der insgesamt 86 Krankenhäuser (etwa 13 %) in jedem Fall – d. h. nach jedem der herangezogenen Auswahlkriterien – einen Zuschlag erhalten, weitere rd. 29 %

22 Da sich die Auswahlkriterien Strukturqualität und Kostenniveau jeweils auf die Ebene des Krankenhauses beziehen, ergeben sich diesbezüglich keine Veränderungen, wenn unterschiedliche Leistungsbereiche betrachtet werden. Die Positionierungen der einzelnen Krankenhäuser verändern sich dennoch in Abhängigkeit vom Leistungsbereich aufgrund des Kriteriums Prozessqualität, dem die leistungsbereichsspezifische Fallzahl als Indikator zugrunde liegt, und infolgedessen auch aufgrund des Kriteriums Kosten-Qualitäts-Verhältnis. Außerdem unterscheiden sich zwischen den Leistungsbereichen auch die Grundgesamtheit der anbietenden Krankenhäuser.

nach drei der vier Kriterien. Eine Gruppe von 14 (ca. 16 %) der Krankenhäuser würden bei einer 50 %-Auswahl in keinem der vier möglichen Auswahlverfahren zum Zuge kommen.

Insgesamt über alle Leistungsbereiche ergibt die Auswertung, dass bei einer 50 %-Auswahl zwischen 72 % (HNO in Thüringen) und 88 % (HNO in Bayern) der jeweils anbietenden Krankenhäuser nach mindestens einem Auswahlkriterium einen Zuschlag erhalten könnten (Tabelle 10). In Bayern mit der generell höheren Anzahl anbietender Krankenhäuser zeigt sich, dass in allen Leistungsbereichen zwischen 80 % und 90 % der Krankenhäuser selbst bei einer drastischen Einschränkung des Angebots um die Hälfte nach zumindest einem der betrachteten Wettbewerbsfaktoren Chancen hätten, Vertragspartner der Krankenkasse(n) zu werden.

Tabelle 10: Anteil der nach mindestens einem Kriterium ausgewählten Krankenhäuser bei selektivvertraglicher Angebotsbeschränkung auf 50 %, Bundesländer Thüringen und Bayern, differenziert nach Leistungsbereichen

| Leistungsbereich | Thüringen | | Bayern | |
|------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|
| | Anzahl pot. Vertragspartner | Anteil ausgewählter Anbieter nach mind. 1 Kriterium | Anzahl pot. Vertragspartner | Anteil ausgewählter Anbieter nach mind. 1 Kriterium |
| Prostata | 16 | 81 % | 86 | 84 % |
| Hüft-Endo | 33 | 73 % | 183 | 83 % |
| Knie-Endo | 31 | 74 % | 169 | 83 % |
| HNO | 18 | 72 % | 145 | 88 % |
| Hernie | 31 | 71 % | 189 | 85 % |
| Geburt | 22 | 82 % | 126 | 86 % |
| Bypass | 2 | ./. | 13 | 85 % |

Quelle: IGES

4.5 Leitlinien für eine zukünftige Regulierung

Im Unterschied zur ambulanten ärztlichen Versorgung, aber auch zur Arzneimittelindustrie ist die Krankenhausinfrastruktur durch eine substanziell geringere Flexibilität gekennzeichnet: Krankenhäuser sind – im Unterschied zur Pharmaindustrie – überwiegend auf lokale Märkte ausgerichtet. Im Vergleich zur am-

bulanten ärztlichen Versorgung ist nicht nur der für Errichtung und Erhalt der Infrastruktur erforderliche Investitionsaufwand höher, sondern die Investitionen haben auch einen höheren Spezifitätsgrad. Dadurch entstehen höhere versunkene Kosten bzw. höhere ökonomische Risiken. Darüber hinaus werden an die Krankenhäuser wesentlich weitreichendere Anforderungen im Hinblick auf die Notfallversorgung und das Vorhalten von Behandlungskapazitäten gerichtet, die auch in den gesetzlichen Grundlagen ihren Ausdruck finden.

Mit diesen Rahmenbedingungen lässt sich begründen, warum die Modelle und Vorschläge für mehr Wettbewerb in der stationären Versorgung auf ein relativ behutsames Vorgehen hinauslaufen. Forderungen nach Möglichkeiten für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern werden daher üblicherweise auf "elektive" Leistungen beschränkt. Eine solche Beschränkung ist erforderlich, wenn auch unzureichend, um nicht mit den Anforderungen der Notfallversorgung in Konflikt zu geraten. Notwendig sind solche Beschränkungen auch deshalb, weil nur für solche Leistungen eine effiziente Steuerung durch (hinreichend souveräne) Nachfrager überhaupt erwartet werden kann.

Bestandteil des regulatorischen Rahmens muss folglich die für alle potenziellen Selektivvertragspartner einheitliche Definition bzw. Vorgabe elektiver Leistungen sein, die zum Gegenstand von Einzelverträgen werden können. Die Abgrenzungskriterien lassen sich auf abstrakter Ebene klar benennen, für eine Operationalisierung sind allerdings Schwierigkeiten zu erwarten. Diese Schwierigkeiten sind jedoch nicht von so grundlegender Bedeutung, dass sie die Schaffung von Selektivvertragsoptionen vollständig in Frage stellen.

Eine Öffnung der Krankenhausversorgung für selektive Verträge setzt die Bereitschaft voraus, sich noch stärker vom Ziel einer möglichst detaillierten Planung der Angebotskapazitäten zu lösen und prinzipiell ergebnisoffene Wettbewerbsprozesse – zumindest im selektivvertraglichen Bereich – zu akzeptieren. Die Abkehr von detaillierten Planungen zugunsten von Rahmenvorgaben in einigen Bundesländern zeigt, dass eine solche Entwicklung bereits teilweise angestoßen wurde. Als ein wesentliches Element der vorliegenden Untersuchung konnte diese Ergebnisoffenheit in ihren Dimensionen auf empirischer Basis konkretisiert werden. Sie findet ihren Ausdruck in der Variabilität der Krankenhausauswahl je nach angewandtem Selektionskriterium.

Die Ergebnisoffenheit resultiert damit vor allem aus dem Mangel an eindeutigen objektiven Kriterien und Maßstäben, mit denen die Eignung eines Krankenhauses für die selektivvertragliche Versorgung bewertet werden kann. Vor diesem

Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass ein Selektivvertragswettbewerb keine "Einbahnstraße" für die Krankenhäuser darstellen würde. Dies illustrieren die Ergebnisse der Szenario-Analyse recht deutlich: Aus Sicht der Krankenhäuser käme der überwiegende Teil von ihnen nach wenigstens einem der hier betrachteten Auswahlkriterien als Selektivvertragspartner in Frage, wenn der Selektivvertrag z. B. die Hälfte der Anbieter umfassen soll.

Hiermit lassen sich grundsätzliche Argumente für einen Selektivvertragswettbewerb stützen: Gerade die Vielzahl möglicher Bewertungs- und Auswahlkriterien spricht dafür, dass Gewinner und Verlierer eines Selektivvertragswettbewerbs überwiegend nicht a priori feststehen. Stattdessen eröffnen sich hieraus Wettbewerbschancen und Entwicklungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser. Eine entsprechend hohe Wettbewerbsdynamik wäre zu erwarten, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass keine (faktischen) Bewertungsmonopole entstehen.

Ein Interesse an objektiven, einheitlich anwendbaren Bewertungsmaßstäben besteht jedoch gerade auf Seiten der Krankenkassen und auch der Versicherten, insoweit sie über Wahlmöglichkeiten verfügen und zu verhindern suchen, dass Qualitätsintransparenz zu ineffizienten Allokationsentscheidungen führt. Eine hohe Wettbewerbsdynamik, die zudem maßgeblich auf der Heterogenität von Bewertungsprozessen besteht, bedeutet gleichzeitig auch eine geringere Planbarkeit (befristete Laufzeiten von Selektivverträgen) und Kontinuität der Entwicklung der stationären Versorgungsinfrastruktur aus Sicht der Aufsichtsbehörden bzw. Bundesländer.

Für die Regulierungsverantwortlichen empfiehlt es sich, diesen ambivalenten Implikationen eines Selektivvertragswettbewerbs mit pragmatischen Kompromisslösungen zu begegnen. Im Hinblick auf die Vielzahl potenzieller Bewertungs- und Auswahlprozesse sollte den Krankenkassen möglichst viel Spielraum innerhalb des selektivvertraglichen Leistungsspektrums belassen werden, um einen intensiven und offenen Wettbewerb zu ermöglichen. Von den in den Szenarien betrachteten Kriterien sollte etwa die Auswahl auf der Basis von Prozessqualität (hier in Form der Fallzahl) und der Preise bzw. Kosten weitestgehend den Krankenkassen überlassen sein. Hinsichtlich der Strukturqualität erscheinen hingegen regulatorische Vorgaben im Sinne von Mindestanforderungen sinnvoll, zumindest solange keine allgemein anerkannten Kriterien zur Messung von Ergebnisqualität verfügbar sind.

Weitere Einschränkungen der Auswahlprozesse durch den regulatorischen Rahmen sind erforderlich, um negative Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu vermeiden. Dies betrifft primär den regionalen Zugang bzw. die Erreichbarkeit stationärer Versorgungsangebote. Diesbezüglich sind Vorgaben für maximale Entfernungen notwendig, die allerdings nicht – auch das haben die Szenario-Analysen an konkreten Beispielen verdeutlicht – als undifferenzierte Durchschnitte gesetzt werden sollten. Zu empfehlen sind stattdessen Entfernungsvorgaben, die

- nach Versorgungsstufen differenziert werden (z. B. 15 bis 25 km für "wohnortnahe" Bereiche wie große Teile der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe; für überregionale Versorgungsstufen könnten die maximalen Entfernungen z. T. deutlich höher liegen, in einigen Fällen ganz entfallen),
- die heterogene Siedlungsstrukturen und Bevölkerungsdichte implizit mit berücksichtigen (z. B. durch die Vorgabe, dass die Maximalentfernung für mindestens 80 % oder 90 % der Bevölkerung realisiert sein muss).

Bereits einleitend angesprochen wurden mögliche Widersprüche, die sich aus einem Selektivvertragswettbewerb hinsichtlich der Versorgungsaufträge einzelner Krankenhäuser gemäß der Krankenhausplanung der Bundesländer ergeben könnten (vgl. Kapitel 4.1). So könnten Krankenhäuser, die nicht an Selektivverträgen teilnehmen, jedoch Behandlungsfälle an die selektivvertragliche Versorgung verlieren, in die Situation geraten, dass sie ihren Betrieb ganz oder abteilungsweise einstellen müssen und damit ihrem Versorgungsauftrag nicht mehr nachkommen können (vgl. Zweitrundeneffekte, Kapitel 4.3.4). Denn selbst wenn der Begriff elektiver Leistungen eng definiert wird, können hierunter fallzahl- und damit umsatzstarke Leistungsbereiche fallen. Faktisch würden selektivvertragliche Versorgungsbereiche schrittweise einer detaillierten Krankenhausplanung entzogen, so dass der Sicherstellungsauftrag für diese Bereiche auf die Krankenkassen übergehen müsste. Den Bundesländern als Planungsbehörde sollte dann aber eine Aufsichtsfunktion verbleiben, die auch mit Interventionsmöglichkeiten versehen werden sollte. Ein solches Eingriffsrecht wäre z. B. für Situationen erforderlich, in denen Nachfrageverschiebungen in den selektivvertraglichen Bereichen die Aufrechterhaltung von Behandlungskapazitäten in den nicht-selektivvertraglichen Bereichen gefährden.

Für den Fall, dass ein über Selektivverträge organisiertes Versorgungssegment eine signifikante Größe erreicht, sind grundlegende Modifikationen der Kran-

kenhausplanung unumgänglich. Perspektivisch würde die bereits heute erkennbare Tendenz zur Verringerung der Planungstiefe konsequent fortgesetzt und der Ansatz krankenhausindividueller Versorgungsaufträge aufgegeben. Stattdessen wären Versorgungsaufträge mit Bezug auf Regionen zu formulieren und den Krankenkassen hierfür den Sicherstellungsauftrag zu erteilen. In letzter Konsequenz funktioniert ein solcher Ansatz jedoch nur, wenn gleichzeitig die duale auf eine monistische Finanzierung umgestellt wird. Wenn Krankenkassen ihre Patienten in großem Ausmaß zu ausgewählten Selektivvertragspartnern umsteuern, so dass dort zusätzliche Investitionen für Kapazitätserweiterungen notwendig werden, sollte die Investitionsfinanzierung nicht mehr beim Bundesland liegen.

5 Analyse möglicher Auswirkungen von Selektivverträgen in der Arzneimittelversorgung

Der Arzneimittelbereich weist in zweierlei Hinsicht besondere Relevanz für eine Analyse der möglichen Auswirkungen von Selektivverträgen auf die Versorgungsqualität auf:

- Es ist der Leistungssektor, in dem Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Anbietern von Gesundheitsgütern bislang die stärkste Verbreitung gefunden haben, weil hier die Friktionen zum Bereich der kassenübergreifend geregelten Versorgung deutlich weniger gravierend sind als in der ärztlichen Versorgung.
- In der Arzneimittelversorgung weist die Differenzierung des Leistungsangebots durch kassenspezifische Selektivverträge andere Eigenschaften auf als in der ärztlichen Versorgung. Die Differenzierung erfolgt durch eine Auswahl unter verschiedenen, nach Indikationsgebieten und auch physisch voneinander abgrenzbaren Sachgütern. Die Angebotsdifferenzierung durch Selektivverträge in der ärztlichen Versorgung bezieht sich dagegen auf Dienstleistungen (vor allem eine unterschiedliche Organisation von Behandlungsprozessen). Für kassenindividuelle Erstattungsregeln hinsichtlich von Arzneimitteln spielt zudem der regionale Zugang keine Rolle.²³

Die Arzneimittelversorgung wird im Folgenden als Bereich gewählt, anhand dessen die Risikoselektionspotenziale untersucht werden, die sich Krankenkassen mit einer Ausweitung von Selektivverträgen eröffnen.

5.1 Gegenwärtige Rahmenbedingungen und Perspektiven einer selektivvertraglichen Arzneimittelversorgung

Die gegenwärtigen Spielräume der Krankenkassen, Einfluss auf die Arzneimittelverordnungen zu nehmen, stützen sich auf eine Kombination von Regelungen, die im Laufe der letzten Jahre und in mehreren gesetzgeberischen Reformschritten entstanden sind. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Spielräume auch

23 Die gilt nicht notwendigerweise im Hinblick auf die Arzneimitteldistribution.

künftig weiter verändern. Hierfür sprechen derzeit offene rechtliche Fragen sowie weitergehende Reformabsichten der Gesundheitspolitik.

5.1.1 Rechtliche Grundlagen einer Beeinflussung der Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkassen

Der Arzneimittelmarkt ist in den vergangenen Jahren in deutlich spürbarer Weise von Wettbewerbselementen geprägt worden. Mit der durch das GKV-WSG erfolgten Neuregelung des § 129 SGB V wurden die Apotheker verpflichtet, anstelle der verordneten Arzneimittel wirkstoffgleiche Präparate abzugeben, wenn die Krankenkasse des Patienten hierfür einen Rabattvertrag abgeschlossen hat und der Arzt dieses nicht explizit ausschließt. Diese Regelung hatte durchgreifende Wirkung auf das Marktsegment der patentfreien Arzneimittel. Zwar waren Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen bereits seit dem Inkrafttreten des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BSSichG) am 1.1.2003 möglich. Aber da Krankenkassen das Verordnungsgeschehen kaum beeinflussen konnten, waren sie außerstande, den Herstellern einen Mehrumsatz rabattierter Präparate zuzusichern, was einen sehr zögerlichen Umgang mit den Verträgen zur Folge hatte.

Die Verpflichtung der Apotheken hat eine zentrale "Wirkungslücke" hinsichtlich der Nutzung von Rabattverträgen geschlossen. Eine weitere potenzielle Wirkungslücke sind die verordnenden Ärzte. Die Rabattvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern sowie die Verpflichtung der Apotheken greifen nämlich nur, solange Ärzte bei ihren Verordnungen die Aut-idem-Option nicht explizit ausschließen. Um auch diese potenzielle Wirkungslücke zu schließen, wurden flankierende gesetzliche Regelungen getroffen: Rabattierte Arzneimittel sind sowohl von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen, falls die Ärzte den entsprechenden Rabattverträgen "beigetreten" sind (§ 106 Abs. 2 SGB V),²⁴ also auch von den kollektiven Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 SGB V. Außerdem kann eine Krankenkasse für Arzneimittel, für die sie Rabatte vereinbart hat, ihren Versicherten die Zuzahlungen ganz oder teilweise erlassen.

Darüber hinaus können auch die Krankenkassen selbst flankierende Maßnahmen zur Schließung potenzieller "Wirkungslücken" bei den Ärzten ergreifen.

24 De facto besteht allerdings keine Möglichkeit für Ärzte, den Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern beizutreten. Gemäß § 106 Abs. 5c sind jedoch Rabatte nach § 130a Abs. 8 auf Grund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, als pauschalierte Beträge von evtl. Regressforderungen der Krankenkassen gegenüber Ärzten, die sich aus einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung ergeben, abzuziehen.

So lassen sich die verordnenden Ärzte durch Selektivverträge zur ärztlichen Versorgung einbinden (vgl. Kapitel 3.2). Allerdings erfordert diese Strategie eine parallele Einbindung der Versicherten über Wahltarife, denn deren Teilnahme an den selektivvertraglichen Versorgungsformen ist freiwillig. Trotz der gesetzlichen Pflicht zur Substitution wurde in einem Bundesland sogar von einer Krankenkasse freiwillig ein "Compliance-Bonus" je abgegebener Packung rabattierter Arzneimittel an die Apotheken gezahlt, dessen Höhe von der erreichten Umsetzungsquote abhängt. Hierdurch sollte der Beratungsaufwand der Apotheker bei der Medikationsumstellung von Patienten zusätzlich honoriert werden, aber auch eine höhere Substitutionsquote erzielt werden.²⁵ Zusätzlich existieren repressive Verfahren, wie die (relativ aufwändige) Retaxation nicht substituierter Verordnungen oder die Androhung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gegenüber Aut idem-ausschließenden Ärzten.

Auch mit Blick auf die Marktsegmente patentgeschützter Arzneimittel eröffnet die bestehende Rechtsgrundlage den Krankenkassen verschiedene Möglichkeiten, das Verordnungsgeschehen und die Preise zu beeinflussen, ohne jedoch die Stringenz der Rabattverträge im patentfreien Bereich zu erreichen. Dabei können die Krankenkassen die folgenden Einflussmöglichkeiten überwiegend nur im Kollektiv nutzen.

- Die Festbetragsbildung nach § 35 SGB V, bei der Erstattungshöchstbeträge für definierte Arzneimittelgruppen festgelegt werden, kann sich neben wirkstoffgleichen Präparaten auch auf Gruppen mit *pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren* Wirkstoffen (sog. Analogpräparate) beziehen und sogar lediglich therapeutisch vergleichbare Arzneimittel umfassen, die sich von ihrem Wirkprinzip durchaus voneinander unterscheiden können. Patentgeschützte Arzneimittel können dabei ausdrücklich mit einbezogen werden („Jumbo-Gruppen“).
- In der durch die Selbstverwaltung vorgenommenen Weiterentwicklung der Bonus-Malus-Regelung nach § 84 Abs. 7a SGB V werden in den jährlich zu vereinbarenden Rahmenvorgaben sog. Leitsubstanzen für bestimmte Wirkstoffgruppen festgelegt, für die in den einzelnen KV-Regionen Quoten zu erfüllen sind. Auch hier findet eine Gruppenbildung von therapeutisch gleichwertig erachteten Arzneimitteln statt, mit denen auch (und gerade) sog. patentgeschützte Analogpräparate („Me too“-Produkte) erfasst werden sollen,

25 Vgl. Pharmazeutische Zeitung online vom 18.5.2009 (<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=29844>).

so dass eine vorrangig ökonomisch getriebene Wirkstoffauswahl vereinbart wird.

- In regionalen Zielvereinbarungen nach § 84 SGB V oder auch in Selektivverträgen nach § 73b SGB V, werden sogenannte Me-too-Listen vereinbart, die teils sanktionsbewehrt Quoten für den Austausch patentgeschützter Arzneimittel gegen für gleichwertig erachtete patentfreie Präparate beinhalten und über die Praxissoftware abgebildet werden.
- Im Fall der Analoginsuline löste erstmals die Feststellung, dass Krankenkassen bei Verordnung dieser Arzneimittel Mehrkosten gegenüber einem nach erfolgter Nutzenbewertung für gleichwertig erachteten Referenzpräparat entstehen, einen Verordnungsausschluss aus. Die Krankenkassen konnten jedoch durch Abschluss von Rabattverträgen die Erstattungsfähigkeit wieder herstellen und somit direkten Einfluss auf das Verordnungsgeschehen nehmen.

Die Ausgestaltung von selektiven Rabattverträgen zwischen einzelnen Krankenkassen und Pharmaunternehmen für patentgeschützte Arzneimittel befindet sich noch im Anfangsstadium. So hat sich zwar das Versorgungsmanagement durch Selektivverträge als Wettbewerbs- und Differenzierungsmerkmal für Krankenkassen entwickelt und beinhaltet teilweise auch die Einbeziehung rabattierter patentgeschützter Arzneimittel. Im Vergleich zu den im generikafähigen Bereich dominierenden Wirkstoff- und Sortimentsverträgen werden im Hinblick auf die höherpreisigen patentgeschützten Arzneimittel auch komplexere und innovative Vertragsformen diskutiert und in Einzelfällen bereits erprobt. Diese Verträge umfassen beispielsweise neuartige Elemente der Risikoteilung zwischen Krankenkasse und Hersteller in Bezug auf die Ausgabenentwicklung, aber auch in Bezug auf die Wirksamkeit der Arzneimittel. Eine vergleichbar durchgreifende Einflussmöglichkeit auf das Verordnungsgeschehen wie im generischen Bereich hat eine einzelne Krankenkasse für den Bereich patentgeschützter Medikamente nicht, weil sich die gesetzgeberische „Durchsetzungshilfe“ für Einzelverträge auf die Verpflichtung der Apotheken zum Austausch auf wirkstoffgleiche Medikamente beschränkt.

5.1.2 Beurteilung der gegenwärtigen Möglichkeiten der Krankenkassen zur Arzneimittelsubstitution

Durch die Apothekenverpflichtung im WSG sowie die flankierenden Maßnahmen wurden Arzneimittelrabattverträge für die Krankenkassen erstmals zu einem Steuerungsinstrument, das es ihnen ermöglichte, direkten Einfluss darauf zu nehmen, mit welchem Medikament ihre Versicherten versorgt werden. Dieser Einfluss

beschränkt sich allerdings auf die Wahl des Herstellers und beinhaltet keinen Einfluss auf Wirkstoff, Dosierung und Menge des Arzneimittels. Auch ist der allgemeine Erstattungsanspruch in Bezug auf sämtliche zugelassene, nicht von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossene Arzneimittel nicht grundsätzlich aufgehoben worden, da dem Arzt in Einzelfällen die Möglichkeit verblieb, den Austausch zu untersagen.

Der Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel durch die Apotheker (aut idem) wurde bereits im Jahr 2002 mit dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz (AABG) zum Regelfall, nachdem zuvor ein Austausch nur erlaubt war, wenn der Arzt ihn ausdrücklich genehmigt hatte. Als notwendige Voraussetzung für den Austausch wurde Wirkstoffgleichheit, identische Wirkstärke und Packungsgröße, vergleichbare Darreichungsform sowie eine Zulassung im "gleichen Indikationsbereich" bestimmt (§ 129 Abs. 1 SGB V). Der unbestimmte Rechtsbegriff des gleichen Indikationsbereiches wurde bereits mit Inkrafttreten des AABG intensiv diskutiert: Der Austausch gegen ein Präparat, das gegenüber dem verordneten eine abweichende Zulassung besitzt, führt – da dem Apotheker die zu behandelnde Erkrankung i. d. R. nicht bekannt ist – u. U. zu einer Anwendung außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use). Hieraus resultieren haftungsrechtliche Fragestellungen, denn die Gefährdungshaftung für unerwünschte Arzneimittelwirkungen nach § 84 Abs. 1 AMG bezieht sich nur auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels.

Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seine im Jahr 2002 vertretene Position zur Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs zwischenzeitlich geändert hat – ohne diesen Rechtsbegriff allerdings mit der im Jahr 2007 erfolgten Neufassung des § 129 SGB V zu konkretisieren –, existieren auch zwei widersprüchliche Rechtsgutachten zu der Thematik, so dass die abschließende rechtliche Klärung derzeit noch aussteht. Gemäß einer engen Auslegung, wie sie von Seiten einiger Generikahersteller vertreten wird, ist es erforderlich, dass sämtliche Indikationen, für die die Arzneimittel zugelassen sind, übereinstimmen, damit ein Austausch zwischen ihnen zulässig ist. Nach gegenwärtiger Auffassung des BMG reicht die Schnittmenge mindestens einer gemeinsamen Indikation bei der Zulassung aus, um Arzneimittel gegeneinander zu substituieren.²⁶

Für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel wurde im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V klargestellt, dass sog. "Bio-

similars" nicht grundsätzlich als "wirkstoffgleich" gelten und daher im Rahmen der Aut-idem-Regelung nur unter bestimmten Voraussetzungen ausgetauscht werden können. Für Apotheken wurde derzeit für kein Präparat eine Substitutionspflicht festgelegt. Nur solche Präparate gelten als "bioidentisch", die auf das biologische Referenzarzneimittel Bezug nehmend zugelassen sind und sich in Ausgangsstoffen und Herstellungsprozess nicht von diesem unterscheiden.

Ein Ansatz, die Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen auf einer rechtssicheren Basis prinzipiell zu erhöhen, könnte darin bestehen, dass bei bezugnehmenden Zulassungen nachträgliche Veränderungen automatisch auf alle wirkstoffgleichen Arzneimittel übertragen werden (vgl. auch Ehlers 2009, S. 54). Kritisch wird gegen diesen Ansatz vorgebracht, dass er Anreize für die Forschung nach Patentablauf beseitigen würde.²⁷

5.1.3 Perspektiven einer selektivvertraglichen Arzneimittelversorgung

Die herkömmlichen regulatorischen Maßnahmen zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich der GKV hatten die in sie gesetzten Erwartungen nicht vollständig erfüllt. Kritisiert wurde insbesondere ein fehlender Preiswettbewerb unterhalb von Festbeträgen, teilweise hohe Preise von Generika sowie das stetig anwachsende „Regulierungsdickicht“ mit z. T. widersprüchlichen Wirkungen. Mit den bisher überwiegend auf den generikafähigen Bereich bezogenen selektiven Rabattverträgen der Krankenkassen gelang es, den Preiswettbewerb auch unterhalb der Festbeträge zu intensivieren sowie das Preisniveau für Generika deutlich zu senken.

Die Potenziale dieses bislang primär auf Preisreduzierungen von Generika gerichteten Vertragswettbewerbs dürften mittlerweile zu einem bedeutenden Teil erschlossen sein. Die einseitige Ausrichtung der Verträge auf den reinen Preiswettbewerb bedeutet außerdem, dass qualitative Elemente – von ersten bescheidenden Ansätzen abgesehen – noch weitgehend ausgeklammert bleiben. Weitergehende Effizienzpotenziale sind vor allem für die Bereiche zu vermuten, in denen wirkstoffverschiedene Arzneimittel als prinzipiell gegenseitig substituierbar angesehen werden können. Die Annahme, dass Krankenkassen zukünftig erweiterte Spiel-

27 Vgl. hierzu jedoch Ehlers (2009), S. 47: » Gemäß § 24b Abs. 6 AMG wird zusätzlich zu den Bestimmungen des Absatzes 1 eine nicht kumulierbare Ausschließlichkeitsfrist von einem Jahr für Daten gewährt, die aufgrund bedeutender vorklinischer oder klinischer Studien im Zusammenhang mit einem neuen Anwendungsgebiet gewonnen werden.«

räume erhalten, das Verordnungsgeschehen zu beeinflussen, tangiert somit auch, aber nicht nur den Bereich patentgeschützter Arzneimittel.

Wenn jedoch bereits bei ansonsten identischen Produkten unterschiedliche Zulassungen zu einer intensiven juristischen Kontroverse geführt haben, ist zu erwarten, dass arzneimittelrechtliche Fragestellungen im patentgeschützten Markt eine noch weit größere Relevanz entfalten werden.²⁸ Die konkreten rechtlichen Folgen uneinheitlicher Zulassungen bei ansonsten substituierbaren Arzneimitteln können nur in Abhängigkeit von den zukünftigen Rahmenbedingungen geklärt werden. Ausgangspunkt für die Gestaltung der zukünftigen Rahmenbedingungen ist die Erkenntnis, dass das Potenzial "niedrigschwelliger" Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich der Arzneimittelsubstitution im patentgeschützten Bereich weitgehend ausgeschöpft erscheint. "Niedrigschwellig" bezieht sich in diesem Zusammenhang auf Steuerungsinstrumente unterhalb einer Aufhebung des allgemeinen Erstattungszwangs. So wär beispielsweise die Bildung zusätzlicher Gruppen der Festbetragsstufe 3 ausschließlich mit patentgeschützten Arzneimitteln vorstellbar, ihre Bildung hätte aber voraussichtlich nur geringe Auswirkungen auf die Preise, die üblicherweise mit Festbeträgen erreicht werden sollen.²⁹ Auch Therapiehinweise nach § 92 SGB V (Anlage IV der AMR) zählen zu den "niedrigschwiligen" Steuerungsansätzen. In der Vergangenheit waren sie überwiegend wenig effektiv, da die Nichteinhaltung de facto keine Sanktion auslöst (auch wenn es gem. § 106 Abs. 5b SGB V zumindest im Rahmen der Richtgrößenprüfung eigentlich vorgesehen ist).

Auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen von erheblichen Preisnachlässen im generischen Segment stellt daher die Realisierung weiterer Effizienzreserven durch gebündelten Einkauf gekoppelt mit stringenten Steuerungsmöglichkeiten bis hin zu kassenindividuellen Positivlisten³⁰ eine realistische Weiterentwicklung dar. Dabei wird zu klären sein, ob und inwieweit der Erstattungszwang bzw. die allgemeine Leistungspflicht der Krankenkassen gelockert wird, wie es der Ansatz

28 Im Folgenden wird daher bei der indikationsbezogenen Betrachtung auf den Grad der Zulassungsunterschiede hingewiesen, um die Relevanz der Thematik insgesamt zu verdeutlichen.

29 Bei anderen »niedrigschwiligen« Steuerungsinstrumenten im Bereich patentgeschützter Arzneimittel ist eher ein Umsetzungsdefizit als ein ausgeschöpftes Potenzial festzustellen, so z. B. bei den Erstattungshöchstbeträgen gemäß § 31 Abs. 2a SGB V. Allerdings zielt dieses Instrument auf den Preis, während sich die vorliegende Untersuchung auf Steuerungsinstrumente konzentrieren, die sich auf die Wirkstoff- bzw. Arzneimittelsubstitution beziehen.

30 Vgl. hierzu das Konzept in IGES/Cassel/Wille/WidO (2006), Teil 3, sowie in überarbeiteter und ergänzter Form in Cassel/Wille (2008).

kassenindividueller Positivlisten voraussetzt, und inwiefern Ärzte über die Möglichkeit von Einzelfallentscheidungen verfügen.

Im Vergleich zum Status Quo ergäben sich im Zuge einer solchen Entwicklung drei wesentliche Erweiterungen:

- Die Krankenkassen könnten eine verbindliche Vorauswahl von Arzneimitteln treffen, auf die sie den Erstattungsanspruch ihrer Versicherten beschränkten. Alternativ formuliert: Der allgemeine Erstattungszwang der Krankenkassen mit Blick auf zugelassene Arzneimittel würde gelockert bzw. – im Rahmen bestimmter Substitutionsgrenzen – aufgehoben.
- Substitutionsmöglichkeiten zwischen Arzneimitteln kann es nicht nur bei Wirkstoffgleichheit (aut idem), sondern auch im Fall unterschiedlicher Wirkstoffe geben.
- Die Auswahl des Wirkstoffs ginge damit von den Ärzten zumindest teilweise auf die Krankenkassen über, die infolgedessen einen deutlich größeren Einfluss auf die Qualität der medikamentösen Versorgung erhielten.

Die gegenwärtigen Rabattverträge können als eine Vorstufe von kassenindividuellen Positivlisten betrachtet werden. Momentan erhält das Pharmaunternehmen als Vertragspartner nur eine bevorzugte Behandlung in der Apotheke, die Ärzte haben aber weiterhin die Möglichkeit, im Rahmen der Aut-Idem-Regelung das Produkt des von ihnen bevorzugten Herstellers zu wählen. Auch ein Austausch zwischen analogen Wirkstoffen ist nicht möglich. Somit haben einzelne Krankenkassen gegenwärtig – im Unterschied zu kassenindividuellen Positiv- oder Arzneimittellisten – nicht die Möglichkeit, bestimmte Medikamente direkt und verbindlich von der Erstattung auszuschließen und damit ihren Vertragspartnern einen höheren Grad an Exklusivität zu gewährleisten. Vielmehr gilt das Prinzip des einheitlichen Leistungskatalogs für alle Krankenkassen gleichermaßen. Erhielten die Krankenkassen die Möglichkeit hierzu, nähmen sie erstmals direkten Einfluss auf die bislang ärztlich verantwortete Wirkstoffauswahl, indem sie die Erstattung von Medikamentenkosten entsprechend auf ein bewusst gestaltetes Arzneimittelspektrum begrenzen würden.

Im Vergleich zur heutigen Situation wäre es für die Krankenkassen einfacher, den Herstellern im Gegenzug für eingeräumte Rabatte exklusiv zusätzliche Nachfrage in Aussicht zu stellen. Diese sicheren Absatzperspektiven sind eine zentrale Voraussetzung für selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern. Gibt es keine Möglichkeit zur Beschränkung der Anzahl zu erstattender Arzneimittel, müssen die Krankenkassen mit finanziellem und

organisatorischem Aufwand Ärzte, Apotheker und Patienten einbinden, um Arzneimittelherstellern ein glaubhaftes Exklusivitätsversprechen geben zu können.³¹ Für den Bereich der substituierbaren wirkstoffgleichen Arzneimittel geschieht dies derzeit, wie dargestellt, mit weitreichender gesetzlicher Unterstützung (vgl. Kapitel 5.1.1). Wäre es für Krankenkassen andererseits möglich, die Anzahl der von ihr zu erstattenden Arzneimittel auf direktem Wege zu beschränken, könnten die flankierenden gesetzlichen Regulierungen zur Begünstigung rabattierter Arzneimittel entfallen, zumal diese wiederum die Wirkung anderer Regulierungsinstrumente beeinträchtigen.

Gegenwärtig zeichnet sich noch nicht ab, ob sich die Rahmenbedingungen für Selektivverträge in der Arzneimittelversorgung in eine solche Richtung weiterentwickeln werden. Konkrete politische Forderungen zu Neuregelungen in der Arzneimittelversorgung, wie sie aktuell von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgebracht wurden, sind – im Gegenteil – nicht wettbewerbsorientiert und sehen entsprechend auch keine stärkere Rolle von Selektivverträgen vor. Nach den Vorstellungen der KBV sollen Ärzte künftig ausschließlich für die Indikation, Wirkstoffauswahl, Dosierung und Dauer der Arzneimitteltherapie zuständig sein, aber für die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen keine Verantwortung mehr übernehmen. Im generischen Bereich ist diese Forderung durch die Rabattverträge und die Berücksichtigung der Rabatte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V bereits weitgehend realisiert. Da allerdings im patentgeschützten Marktsegment die Wirkstoffauswahl identisch ist mit der Auswahl des Markenproduktes, blieben in dem Modell der KBV sämtliche Wirtschaftlichkeitsreserven ungenutzt, die sich aus Substitutionsmöglichkeiten zwischen dem patentgeschützten und dem generischen Markt ergeben.

Wirtschaftlichkeitsreserven im patentgeschützten Markt sollen nach dem Modell der KBV durch Preisverhandlungen zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung (durch den Spitzenverband) und den pharmazeutischen Herstellern erschlossen werden. Vergleichbar der ursprünglichen Situation im generischen Markt werden Preisvorteile aber erst dann zu erzielen sein, wenn den Herstellern im Gegenzug ein mengenmäßiger Umsatzzuwachs zugesichert werden kann, was wiederum erst dann möglich ist, wenn die Krankenkassen nicht sämtliche konkurrierenden Präparate prinzipiell erstatten müssen.

31 Vgl. zur Einbeziehung von Ärzten Schlingensiefen (2009).

5.1.4 Ansatzpunkte der folgenden Untersuchung

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der zukünftigen Rahmenbedingungen auf dem Arzneimittelmarkt der GKV besteht der nächste entscheidende Schritt zur Intensivierung des Vertragswettbewerbs darin, die grundsätzliche Pflicht der Krankenkassen zur Erstattung zugelassener Arzneimittel einzuschränken. Exklusivitätszusagen, die Krankenkassen gegenüber Arzneimittelherstellern in Vertragsverhandlungen treffen können, erhielten hierdurch eine hohe Zuverlässigkeit und erforderten keine flankierenden (gesetzlichen) Maßnahmen zur Einbindung von verordnenden Ärzten, Apotheken und Patienten. Weitergehende Effizienzpotenziale dürften sich durch einen auf diese Weise intensivierten Vertragswettbewerb nur dann eröffnen, wenn diese erweiterten Spielräume der Krankenkassen auch die patentgeschützten Arzneimittel einschließen, die bislang nur wenig vom Vertragswettbewerb berührt waren.

Zentral für die Untersuchung der Frage, wie sich Einschränkungen des allgemeinen Erstattungszwangs der Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen auf die Arzneimittelversorgung auswirken, ist die Analyse und Bewertung der Verordnungsalternativen, die das mögliche Spektrum der Einflussnahme der Krankenkassen auf die Versorgungsqualität kennzeichnen. Gegenwärtig existieren in der GKV zwei Herangehensweisen, nach denen Verordnungsalternativen voneinander abgegrenzt bzw. eingeschränkt werden:

- eine zentralisierte wissenschaftlich orientierte, die repräsentiert wird durch Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Fragen der Erstattungsfähigkeit (generelle Erstattungssauschlüsse), die wiederum teilweise auf der Grundlage von Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) getroffen werden;
- eine zentralisierte finanzierungs- bzw. kostenorientierte, die sich im kassenübergreifenden Festbetragssystem manifestiert und sich bei grundsätzlicher Substitutionsfähigkeit auf die Frage der Erstattungshöhe beschränkt. Die Abgrenzung bzw. Begrenzung von (erstattungsfähigen) Verordnungsalternativen orientiert sich vorrangig an dem Ziel, Preisabsenkungen der Hersteller zu bewirken (Kostendämpfung).

Auf der Grundlage der dargestellten Perspektiven zur Weiterentwicklung der Wettbewerbsbedingungen auf dem Arzneimittelmarkt würde im Unterschied zu diesen zwei Ansätzen die Entscheidung darüber, welche Verordnungsalternativen für Ärzte und Patienten im Rahmen der Erstattung zur Verfügung stehen, teilweise dezentralisiert, d. h. an die einzelnen Krankenkassen delegiert. Gemäß den ak-

tuellen Modellkonzepten (vgl. IGES/Cassel/ Wille/WIdO 2006 und Cassel/Wille 2008) soll sich die Dezentralisierung auf die Kosten-Nutzen-Bewertung, also die Beurteilung der Kosteneffektivität, beziehen. Die Ergebnisse dieser kassenindividuellen Beurteilungen fließen dann in die Verhandlungen von Selektivverträgen mit den Arzneimittelherstellern ein. Sowohl die (rein medizinische) Nutzenbewertung als auch die Festlegung einer Mindestauswahl an Arzneimitteln durch die Krankenkassen sollen hingegen auf zentraler Ebene, d. h. kasseneinheitlich, geregelt werden.

Würde man die Krankenkassen nämlich völlig frei über Verordnungsalternativen entscheiden lassen, so bestünde Missbrauchsgefahr. Die Krankenkassen könnten dann die Auswahl der Arzneimittel, die sie ihren Versicherten (voll) erstattet, in einer Weise einschränken, die Risikoselektion fördert. Bestimmten Versicherten – die versicherungstechnisch ein schlechtes Risiko darstellen – könnten die Krankenkassen in der Versorgung mit medikamentösen Therapien gezielt suboptimale Angebote offerieren oder gar von der Versorgung mit bestimmten medikamentösen Therapien ausschließen. Ebenso könnten Krankenkassen versuchen, Patientengruppen, die aus ihrer Sicht versicherungstechnisch gute Risiken darstellen, durch gezielten Zuschnitt ihrer Arzneimittelersetzungsregeln bevorzugt anzusprechen. Mit der folgenden Analyse werden die Missbrauchs- bzw. Risikoselektionspotenziale in Verbindung mit einzelvertraglicher Arzneimittelversorgung aufgezeigt und nach unterschiedlichen Kriterien bewertet. Hieraus werden Anforderungen an eine zukünftige Regulierung und Empfehlungen mit Blick auf das Ziel abgeleitet, dass negative Wirkungen auf die Effizienz eines erweiterten Vertragswettbewerbs infolge von Risikoselektion vermieden werden.

Damit wird für die folgende Untersuchung eine neuartige Perspektive gewählt, die Verordnungsalternativen primär versicherungsökonomisch mit Blick auf die Funktionsfähigkeit des Kassen- bzw. Vertragswettbewerbs analysiert. Die Wahl dieser Perspektive macht es erforderlich, Verordnungsalternativen breiter zu diskutieren, als dies gemäß den etablierten Herangehensweisen geschieht, weil für Risikoselektionspotenziale Kriterien relevant sein können (insbesondere die Präferenzen von Patienten und Ärzten), die bei einer Festbetragseinstufung oder einer Bewertung durch G-BA/IQWiG keine Berücksichtigung finden.

5.2 Methodisches Vorgehen

Die folgende Analyse konzentriert sich auf den möglichen „Missbrauch“ erweiterter wettbewerblicher Spielräume auf dem Vertragsmarkt durch die Krankenkassen mit dem Ziel der Risikoselektion. Zur Beurteilung des Ausmaßes einer derartigen Missbrauchsgefahr werden die Risikoselektionspotenziale im Bereich der Arzneimittelversorgung näher bestimmt. Operationalisiert werden die Risikoselektionspotenziale anhand des Grades der Homogenität bzw. der Heterogenität, die zwischen Wirkstoffen bzw. Arzneimitteln besteht.

Zentrales Element des methodischen Vorgehens ist die Analyse von Substitutionsbeziehungen zwischen Arzneimitteln. Dabei bedeutet ein hoher Grad an Substituierbarkeit, dass eine Umstellung zwischen verschiedenen medikamentösen Therapien aus Patientenperspektive unproblematisch ist und eine Krankenkasse entsprechend nur über geringe Möglichkeiten verfügt, über den Erstattungs-ausschluss einzelner Medikamente Risikoselektion zu betreiben. Der Grad der Substituierbarkeit kann hierbei nach unterschiedlichen Kriterien beurteilt werden (s. hierzu im Folgenden Kapitel 5.2.4).

- Je homogener die Eigenschaften von Arzneimitteln im Hinblick auf die herangezogenen Kriterien sind, desto größer ist das Potenzial für – unter dem patientenrelevanten Gesichtspunkt der Versorgungsqualität unbedenkliche – Substitutionen und desto geringer ist das Risikoselektionspotenzial für Krankenkassen.
- Dagegen existieren für Arzneimittel mit heterogenen Eigenschaften größere Risikoselektionspotenziale, eine Austauschbarkeit zwischen ihnen ist unter dem patientenrelevanten Gesichtspunkt der Versorgungsqualität nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen steht die Frage, für welche Gruppen von Arzneimitteln eher Substitutionspotenziale (Homogenität) und für welche eher Risikoselektionspotenziale (Heterogenität) festgestellt werden können. Überwiegen Substitutionspotenziale, gibt es im Hinblick auf die Versorgungsqualität keine schwerwiegenden Einwände gegen eine weitergehende Öffnung der entsprechenden Arzneimittelsegmente für eine Ausweitung von Selektivverträgen bzw. einer Intensivierung des Vertragswettbewerbs zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern. Im Fall von ausgeprägter Heterogenität wird beurteilt, inwiefern aus den festgestellten Unterschieden zwischen den Arzneimittelmerkmalen Risikoselektionspotenziale resultieren.

Da die Analyse der Risikoselektionspotenziale in Empfehlungen für Regu-
lierungsleitlinien münden soll, lässt sich die Fragestellung alternativ auch so
formulieren: Auf welcher Ebene bzw. wie „kleinteilig“ müssen Arzneimittel als
Gruppen abgegrenzt werden, damit man innerhalb dieser Gruppen den Kran-
kenkassen selektivvertragliche Auswahlentscheidungen bzw. Erstattungsbegren-
zungen erlauben kann, ohne Risikoselektion zu provozieren? Gesucht wird also
der optimale Differenzierungsgrad bei der Subgruppenbildung, damit weitgehende
Homogenität im Sinne einer annähernd versorgungsneutralen Austauschbarkeit
erreicht wird.

Methodisch soll es bei der Bearbeitung dieser Fragestellung nicht darum
gehen, einen neuartigen Ansatz zur Bildung (risikoselektionsresistenter) Arznei-
mittelgruppierungen zu entwickeln. Statt dessen sollen die Substitutionspoten-
ziale innerhalb von Arzneimittelgruppen beurteilt werden, die möglichst auf der
Basis existierender Kategorisierungs- bzw. Gruppierungsverfahren gebildet wer-
den. Damit wäre implizit schon ein erster Schritt der Regulierung des selektiven
Vertragswettbewerbs vollzogen, denn das Auswahlpektrum der Krankenkassen
würde hierdurch bereits in einem ersten Schritt beschränkt.

Im Ergebnis soll die Untersuchung eine Abschätzung darüber erlauben, in
welcher Größenordnung Wettbewerbspotenziale durch erweiterte Gestaltungs-
möglichkeiten der Krankenkassen bei Arzneimitteln existieren. Entscheidend
dabei ist die Nebenbedingung, dass diese Wettbewerbspotenziale weitgehend ohne
negative Effekte auf die Versorgungsqualität erschlossen werden können. Darüber
hinaus sollen Anhaltspunkte dafür gewonnen werden, durch welche Art der Re-
gulierung ausgeschlossen werden kann, dass ein erweiterter Vertragswettbewerb
im Arzneimittelbereich zu Risikoselektion führt oder negative Wirkungen auf die
Versorgungsqualität hat. Bezugspunkt sind hierbei Risikoselektionspotenziale.
Die Untersuchung befasst sich dagegen nicht mit der Frage, ob und in welchem
Umfang Risikoselektion unter welchen weiteren Rahmenbedingungen tatsächlich
stattfände.

5.2.1 Übergeordnete Begrenzung selektivvertraglicher Auswahl- möglichkeiten: Indikationsbezug vs. ATC-Klassifikation

Für die Analyse der Risikoselektionspotenziale wird davon ausgegangen, dass
die Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen bereits auf einer übergeordneten
Ebene beschränkt sind: Ausgangspunkt ist nicht ein (unrealistischer) Zustand
einer völlig freien Auswahl unter allen Arzneimitteln, sondern eine bereits vorbe-

schränkte Auswahl innerhalb nach medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten abgegrenzter Arzneimittelgruppen. Damit wird bereits ein Regulierungsschritt vorweggenommen, der verhindert, dass Krankenkassen bei ihrer Arzneimittelerstattung komplette Behandlungsbereiche (z. B. Krebserkrankungen) ausschließen.

Für diesen ersten Schritt zur Begrenzung von Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen ist zu entscheiden, nach welchem Verfahren die Arzneimittelgruppen in medizinisch-therapeutischer Hinsicht voneinander abgegrenzt werden, zwischen denen keine Substituierbarkeit bestehen soll. Hier ist die grundsätzliche Entscheidung zu treffen, ob die Arzneimittelgruppen strikt nach Indikationsbezug gebildet werden sollen oder auf der Basis bereits vorhandener Klassifikationen.

Die Autoren haben sich dafür entschieden, die Arzneimittelgruppen entsprechend der Indikations- und Teil-Indikationsgruppen zu bilden, wie sie im Arzneimittel-Atlas verwendet werden (vgl. Häussler et al. 2009). Diese Indikations- und Teil-Indikationsgruppen orientieren sich sehr eng an der ATC(Anatomisch-chemisch-therapeutischen)-Klassifikation (vgl. Fricke et al. 2009). Es handelt sich dabei um ein international anerkanntes Klassifikationssystem, das auch die Grundlage der amtlichen deutschen Version dieser Klassifikation ist (vgl. DIMDI 2009). Arzneimittel werden gemäß dieser Systematik auf fünf Ebenen klassifiziert, die in der folgenden Tabelle dargestellt sind:

Tabelle 11: Ebenen der ATC-Klassifikation und Verwendung im Arzneimittel-Atlas

| Ebene | Bezeichnung | Beispiel für Kode | Bedeutung des Kodes | Verwendung im Arzneimittel-Atlas |
|--------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|
| 1 | Anatomische Hauptgruppe | A | Alimentäres System und Stoffwechsel | Wird nicht berücksichtigt |
| 2 | Therapeutische Untergruppe | A10 | Antidiabetika | Definiert die Indikationsgruppe |
| 3 | Pharmakologische Untergruppe | A10A | Insuline und Analoga | Definiert ggf. Teil-Indikationsgruppe |
| 4 | Chemische Untergruppe | A10AB | Insuline und Analoga, schnell wirkend | Definiert in der Regel Subgruppen von ähnlichen Wirkstoffen |
| 5 | Chemische Substanz | A10AB01 | Insulin (human) | Definiert einzelne Wirkstoffe |

Quelle: IGES nach der amtlichen ATC-Klassifikation für Deutschland, hrsg. vom DIMDI

Dieses Vorgehen trägt dem Umstand Rechnung, dass in vielen Indikationsgebieten mehrere Wirkstoffgruppen zur Behandlung eingesetzt werden können, die aus medizinischer Sicht eindeutig als nicht gegeneinander substituierbar angesehen werden müssen. Am Beispiel der Medikamente, die zur Therapie bei Bluthochdruck eingesetzt werden können, wird dies im Folgenden erläutert (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Beispiel Indikationsbereich „Arterielle Hypertonie“

| Nicht substituierbare therapeutische Untergruppen (ATC -3-Steller) | Wichtigste nicht oder nur bedingt substituierbare Untergruppen (ohne Berücksichtigung von Fixkombis) |
|---|---|
| C02 Antihypertensiva | Antiadrenergika, zentral Antiadrenergika, peripher |
| C03 Diuretika | Low-Ceiling Diuretika High-Ceiling Diuretika Kaliumsparende Diuretika |
| C07 Betablocker | Selektive Betablocker |
| C08 Calciumkanalblocker | Dihydropyridinderivate (Phenylalkylamine: Verapamil) |
| C09 Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System | ACE-Hemmer AT II-Antagonisten (Sartane) Renin-Inhibitoren |

Quelle: IGES

Zur Therapie des Bluthochdrucks können prinzipiell alle in der Tabelle 12 genannten Wirkstoffgruppen eingesetzt werden, die in der linken Spalte als therapeutische Untergruppen der ATC-Klassifikation genannt sind (Antihypertensiva, Diuretika, Betablocker, Calciumkanalblocker, Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System). Wirkstoffe aus der Gruppe der "Antihypertensiva" werden heute bei der Neueinstellung als Erstlinien-Therapie praktisch nicht mehr verordnet. Zur Senkung des Blutdrucks sind die Wirkstoffe aller übrigen therapeutischen Untergruppen geeignet.³² Trotzdem ist es aus verschiedenen Gründen wenig sinnvoll, diese übrigen therapeutischen Untergruppen zusammenzufassen und auf eine mögliche Substituierbarkeit hin zu überprüfen:

- Bei der Mehrzahl der Patienten mit arterieller Hypertonie ist es erforderlich zwei oder drei Wirkstoffe aus verschiedenen der genannten Wirkstoffgrup-

32 Siehe bspw. die aktuelle Leitlinie der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL und der Deutschen Hypertoniegesellschaft vom Juni 2008.

pen zu kombinieren, um eine ausreichende Senkung des Blutdrucks zu erreichen.

- Die Wirkstoffgruppen sind durch unterschiedliche Wirk- und Nebenwirkungsprofile charakterisiert, so dass sie nicht als substituierbar angesehen werden können. Beispielsweise führen Beta-Blocker oft zu einer Senkung der Herzschlagfrequenz, was bei manchen Patienten durchaus erwünscht sein kann, bei anderen jedoch nicht.

Diese a priori bekannte Nicht-Substituierbarkeit zwischen Wirkstoffgruppen, die bei der gleichen Indikation eingesetzt werden können, gilt für weite Bereiche der verfügbaren Arzneimittel. Daher wurde in dem vorliegenden Gutachten darauf verzichtet, für die betrachteten Indikationen umfangreiche Gruppen von allen für die Therapie in Frage kommenden Wirkstoffen zu bilden, da lediglich hätte festgestellt werden können, dass diese auf Indikationen bezogenen Gruppen zunächst in Subgruppen unterteilt werden müssten, bevor überhaupt eine Aussage zur Substituierbarkeit möglich ist.

Diese Vorgehensweise scheint zunächst im Gegensatz zu den strikt indikationsbezogenen Arzneimittelvergleichsgruppen (AVG) in dem von Cassel und Wille vorgelegten Gutachten zur Weiterentwicklung des Arzneimittelmarktes zu stehen (Cassel/Wille 2008). Cassel und Wille erläutern das Konzept am Beispiel der Arzneimittel zur Behandlung der Osteoporose. Hier werden zunächst alle Wirkstoffe genannt, die zur Behandlung der Osteoporose prinzipiell in Frage kommen, nämlich Bisphosphonate, der Östrogenmodulator Raloxifen, der Wirkstoff Strontiumranelat, Parathormone sowie weitere Wirkstoffe (Östrogene, Fluoride, Calcitonin, Vitamin D, Anabolika). Letztlich reduziert sich diese umfangreiche Auswahl jedoch auf zwei AVG, nämlich die der oralen Bisphosphonate sowie eine zweite Gruppe, die zwei Bisphosphonate für die parenterale Anwendung und das Strontiumranelat umfasst.

Gemäß dem hier gewählten Vorgehen wäre zunächst die therapeutische Untergruppe "M03" der ATC-Klassifikation (Mittel zur Behandlung von Knochenkrankungen) ausgewählt worden.³³ Bei der Untersuchung von Substitutionspotenzialen wäre rasch erkennbar geworden, dass diese therapeutische Untergruppe in weitere Subgruppen unterteilt werden müsste, nämlich die der Bisphosphonate, die der Bisphosphonat-Kombinationen, die der knochenmorphogenen Proteine und die der "anderen Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und die

33 Tatsächlich wurde diese therapeutische Untergruppe in dem vorliegenden Gutachten nicht im Detail betrachtet. Vgl. zur Auswahl der untersuchten Gruppen Kapitel 5.2.2.

Mineralisation" mit dem derzeit einzigen Vertreter Strontiumranelat. Für die Subgruppe der Bisphosphonate lautete die Beurteilung des Substitutionspotenzials sehr wahrscheinlich "eingeschränkt" (d. h.: eine freie Auswahl wäre unter Auflagen möglich) oder "teilweise" (d. h.: eine freie Auswahl wäre nach Bildung einer weiteren Subgruppe möglich).

Darüber hinaus gewährleistet auch die ATC-Klassifikation durch die anatomisch-therapeutische Klassifikation – je nach Wirkstoffgruppe mehr oder weniger – einen Indikationsbezug. Durch die bereits vorliegende Gruppenbildung ist auch gewährleistet, dass die als substituierbar eingestuften Wirkstoffe in aller Regel auf einer Ebene der ATC-Klassifikation zu finden sind: Im Allgemeinen ist dies die vierte Ebene der chemischen Untergruppe, seltener die dritte Ebene der pharmakologischen Untergruppe.

Aus rein pragmatischer Sicht spricht die größere Übersichtlichkeit der ATC-Kategorisierung im Vergleich zur ICD-Klassifikation für den hier gewählten Ansatz. Schließlich sind auch rechtliche Gründe zu berücksichtigen: Ein wesentliches Kriterium der Austauschbarkeit sind Unterschiede der Zulassungsbestimmungen, die sich wiederum primär auf Wirkstoffe beziehen und erst in zweiter Linie auf Indikationen.

5.2.2 Auswahl der untersuchten Wirkstoffgruppen

Ein wesentliches Kriterium für die Auswahl der Arzneimittelgruppen war, dass diese eine gewisse Repräsentativität für den deutschen Arzneimittelmarkt haben. Diese wurde anhand des Umsatzes bewertet: Eine Vorauswahl bildeten die entsprechend dem Arzneimittel-Atlas gebildeten 25 Indikations- bzw. ggf. Teilindikationsgruppen mit den höchsten Umsätzen (in Apothekenverkaufspreisen) im Jahr 2008 mit einem Umsatz von insgesamt 19,1 Mrd. Euro (rund 65 % des GKV-Fertigarzneimittel-Umsatzes). Da das vorliegende Gutachten vom Umfang her lediglich prinzipiell für einen repräsentativen Teil des Arzneimittelmarktes, aber nicht für den gesamten Markt Substitutions- und Risikoselektionspotenziale untersuchen soll, wurde von den 25 Indikations- bzw. Teilindikationsgruppen der Vorauswahl die folgenden nicht berücksichtigt:

- Gruppen, bei denen ein relativ hohes Substitutionspotenzial zu erwarten ist, das an anderen Gruppen vom Prinzip her gut dargestellt werden kann:
 - Mittel zur Behandlung von Asthma und COPD (zur therapeutischen Untergruppe R03 gehörig)
 - Betablocker (therapeutische Untergruppe C07)

- Diuretika (therapeutische Untergruppe C03)
 - Calciumkanalblocker (therapeutische Untergruppe C08)
- Glucose-Teststreifen (zur therapeutischen Untergruppe V04 gehörig), in der lediglich die Auswahl von Präparaten möglich ist, aber nicht von Wirkstoffen.

Tabelle 13: Auswahl der untersuchten Indikations- bzw. Teil-Indikationsgruppen

| Indikations- bzw. Teil-Indikationsgruppe | Therapeutische Untergruppe | Umsatz 2008 (AVP) (Mio €) | Verbrauch 2008 (DDD) | Anteil am Gesamtumsatz (%) | Anteil am Gesamtverbrauch (%) |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensinsystem | C09 | 1.899,2 | 6.219,9 | 6,4 | 16,9 |
| Opioide, Analgetika, Antipyretika | N02(*) | 1.368,3 | 563,3 | 4,6 | 1,5 |
| Insulinpflichtiger Diabetes mellitus | A10(*) | 1.161,5 | 802,1 | 3,9 | 2,2 |
| Säurebedingte Erkrankungen | A02 | 1.149,9 | 1.828,4 | 3,9 | 5,0 |
| Neuroleptika, Antipsychotika | N05(*) | 916,2 | 290,0 | 3,1 | 0,8 |
| Erhöhte Thrombozytenaggregationsneigung | B01(*) | 899,1 | 1.171,6 | 3,0 | 3,2 |
| Bakterielle Infektionen | J01 | 850,2 | 390,9 | 2,9 | 1,1 |
| Verschiedene Krebserkrankungen | L01 | 810,5 | 16,1 | 2,7 | 0,0 |
| Rheumatoide Arthritis und andere Systemerkrankungen | L04(*) | 794,0 | 25,0 | 2,7 | 0,1 |
| Antidepressiva | N06(*) | 757,3 | 996,6 | 2,6 | 2,7 |
| Lipidsenker | C10 | 738,7 | 2.727,0 | 2,5 | 7,4 |
| Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) | M01 | 582,7 | 1.031,1 | 2,0 | 2,8 |
| Mittel zur Behandlung von HIV/AIDS | J05(*) | 540,9 | 24,2 | 1,8 | 0,1 |
| Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus | A10(*) | 539,1 | 1.172,7 | 1,8 | 3,2 |
| Parkinsonsyndrome | N04 | 503,4 | 141,1 | 1,7 | 0,4 |
| Epilepsie | N03 | 370,8 | 218,5 | 1,3 | 0,6 |
| Gesamt | | 13.881,8 | 17.618,5 | 47,0 | 47,8 |

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health)

Anmerkung: Indikations- bzw. Teil-Indikationsgruppen entsprechend Definition des Arzneimittelatlas; Umsatz und Verbrauch bezogen auf Verordnungen in GKV. (*) Die genannte Indikationsgruppe ist Teil der therapeutischen Untergruppe.

- Mittel zur Behandlung der Multiplen Sklerose (zur therapeutischen Untergruppe L03 gehörig), die insgesamt nur drei Wirkstoffe umfasst, von denen zwei als untereinander substituierbar angesehen werden können (Interferon beta-1a und Interferon beta-1b).
- Mittel zur Behandlung der Osteoporose (zur therapeutischen Untergruppe M05 gehörig), da diese bereits im Gutachten von Cassel und Wille diskutiert worden sind.

Die Tabelle 13 zeigt die Indikations- bzw. Teil-Indikationsgruppen, für die im Detail Substitutions- und Risikoselektionspotenziale untersucht wurden. Der Umsatz der ausgewählten Gruppen belief sich auf 13,9 Mrd. Euro; dies entspricht 47 % des Gesamtumsatzes für Fertigarzneimittel im GKV-Markt. Die ausgewählten Gruppen entsprachen im Jahr 2008 einem Verbrauch von 17,6 Mrd. definierten Tagesdosen (DDD), dies waren fast 50 % des Verbrauchs aller Fertigarzneimittel, die zu Lasten der GKV verordnet wurden.

5.2.3 Berücksichtigung der Marktrelevanz der ausgewählten Wirkstoffgruppen

Selektivverträge in der Arzneimittelversorgung sind für die Krankenkassen unter zwei Aspekten interessant: einerseits in Bezug auf die qualitativen Aspekte der ausgewählten Wirkstoffe, andererseits unter Kostengesichtspunkten. Die Analyse der Risikoselektionsmöglichkeiten beruht vor allem auf den qualitativen Unterschieden zwischen Arzneimitteln. Die Entscheidung darüber, innerhalb welcher Arzneimittelgruppen vorhandene Substitutions- und u. U. auch Risikoselektionsmöglichkeiten von den Krankenkassen im Wettbewerb genutzt würden, dürfte maßgeblich durch die Marktrelevanz der Arzneimittel bestimmt werden, also im Hinblick auf mögliche Potenziale zur Kosten- bzw. Ausgabendämpfung. Aus diesem Grund wird die qualitative Analyse zu Substitutions- und Risikoselektionspotenzialen durch Informationen zur Anzahl der Hersteller und der Preise je DDD ergänzt.

Grundlage dieser Informationen ist die Nationale Verordnungsinformation (NVI) für das Jahr 2008, die von der Fa. Insight Health zur Verfügung gestellt wurde. Auf Grundlage der Anzahl der Verordnungen, wie sie in der NVI angegeben sind, wurde je Wirkstoff der Verbrauch in DDD berechnet.³⁴

34 Details zur Methodik der DDD-Berechnung sind im Arzneimittel-Atlas beschrieben. Vgl. Häussler et al. (2009).

Anzahl der Hersteller

Informationen zur Anzahl der Hersteller ermöglichen es einzuschätzen, welche Auswahlmöglichkeiten für den Kostenträger über die Wirkstoffalternativen hinaus bestehen. Für die im Anhang dargestellten Indikations- bzw. Teil-Indikationsgruppen, für die ggf. betrachteten Subgruppen und für die dargestellten Wirkstoffe wurde die Anzahl der Hersteller ermittelt, die diese im Jahr 2008 angeboten haben und von denen Produkte im Jahr 2008 zu Lasten der GKV verordnet wurden.

Ist bspw. für die Gruppe der Protonenpumpeninhibitoren (PPI) angegeben, dass es $n=45$ Hersteller gibt, so bedeutet das: Im Jahr 2008 entfielen Verordnungen der fünf Wirkstoffe, die den PPI zuzurechnen sind, auf insgesamt $n=45$ Hersteller bzw. Anbieter. Die Summe der Hersteller der einzelnen PPI-Wirkstoffe ist mit $n=65$ erheblich größer. Dies ist unter anderem darin bedingt, dass die generischen PPI z. T. von den gleichen Generika-Anbietern auf den Markt gebracht werden. Bei Betrachtung der einzelnen Wirkstoffe werden diese Anbieter je Wirkstoff gezählt, bei Betrachtung der Gruppe der PPI jedoch nur einmal für die gesamte Gruppe.

Für zahlreiche Arzneimittel, insbesondere solche, die unter Patentschutz stehen, sind sogenannte Reimporte erhältlich. Diese werden von zahlreichen Anbietern auf den Markt gebracht. Würden diese Anbieter ohne Bereinigung gezählt, könnte der Eindruck entstehen, dass für Arzneimittel, bei denen die Abgabe von Reimporten üblich ist, sehr viel mehr Hersteller existieren als es tatsächlich der Fall ist. Daher erhielten alle Anbieter von Import-Arzneimittel für diese Analyse den Namen "Import", so dass alle Import-Arzneimittel einer Gruppe oder eines Wirkstoffs als ein Hersteller zählen. Ob es Import-Arzneimittel in einer Gruppe oder für einen Wirkstoff gibt, wird in der tabellarischen Darstellung nicht angegeben.

Preise je DDD im Jahr 2008

Angaben zu den Preisen je DDD erlauben die Einschätzung der Attraktivität von Wirkstoffen unter Kostengesichtspunkten. Auf dieser Grundlage lassen sich mögliche Einsparpotenziale abschätzen. Die Preise je DDD, wie sie aus den zugrundeliegenden Daten ermittelbar sind, können allerdings aus verschiedenen Gründen nur relativ grobe Anhaltspunkte für ein Szenario mit intensivem selektivvertraglichen Wettbewerb darstellen. So resultieren die ermittelten Preise insbesondere im generischen und festbetragsgeregelten Markt aus den derzeitigen Regulierungen. Unter anderen Marktbedingungen würden sie möglicherweise deutlich von den

ermittelten Werten abweichen. Bei den dargestellten Preisen handelt es sich zudem um Apothekenverkaufspreise. Eventuelle Rabattierungen durch die Anbieter müssen also zusätzlich berücksichtigt werden.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die DDD als Maß für Arzneimittelverbräuche aus mehreren Gründen nicht in jedem Fall geeignet ist. In einigen Wirkstoffgruppen schwanken die tatsächlich verabreichten Wirkstoffdosen beträchtlich aufgrund von abweichenden Dosierungsempfehlungen für unterschiedliche Patientengruppen. Die mit der DDD festgelegte mittlere Dosierung kann sich in der Praxis als ungeeignet erweisen, wird aber nur in Ausnahmefällen angepasst.³⁵ Als Verbrauchsmaß ist die DDD nur für Vergleiche von Arzneimitteln mit demselben Wirkstoff konzipiert, beispielsweise für internationale Vergleiche oder um die Verbräuche von Generika zu vergleichen.

Für alle im Anhang dargestellten Wirkstoffe wurden folgende Angaben für die Apothekenverkaufspreise je DDD berechnet:

Verordnungsgewichteter mittlerer Preis je DDD eines Wirkstoffs.

Dazu wurden je Wirkstoff folgende Berechnung durchgeführt:

Mittlerer Preis je DDD = Umsatz / Anzahl der verordneten DDD.

Minimaler und maximaler Preis je DDD (Preisspanne).

Für jeden Wirkstoff wurden auf Ebene der PZN (also für alle im Jahr 2008 verordneten und durch eine PZN definierten Zubereitungen) die Preise je DDD berechnet. Von diesen sind je Wirkstoff der minimale und der maximale Preis angegeben.

5.2.4 Kriterien zur Beurteilung von Substitutionsbeziehungen

Die in der GKV-Arzneimittelversorgung gegenwärtig existierenden Systeme, mit denen über die Vergleichbarkeit und Substituierbarkeit von Arzneimitteln entschieden wird, sind für diese Untersuchung unzureichend. Die Aut idem-Regelung beruht auf der Wirkstoffgleichheit, die Festbetragsgruppen umfassen neben Arzneimitteln mit identischen Wirkstoffen auch solche mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und therapeutisch vergleichbaren Wirkungen. Beide Systeme dienen dem Ziel, innerhalb der jeweiligen Gruppen Druck auf die Preise der überdurchschnittlich teuren Präparate zu erzeugen.

35 Das WHOCC als international festlegende Behörde ist äußerst zurückhaltend mit der Änderung von festgelegten DDD, um eine langjährige Kontinuität in der Vergleichbarkeit sicherzustellen (http://www.whooc.no/atc_ddd_methodology/purpose_of_the_atc_ddd_system/).

Für die hier zugrunde liegende Perspektive einer Ausweitung der selektivvertraglichen Arzneimittelversorgung greifen diese Ansätze zu kurz. An die Verbreitung von Selektivverträgen richtet sich die Erwartung einer Wettbewerbsintensivierung, die sowohl die Preise als auch Qualitätsaspekte erfasst. Ein intensiver Preis- und Produktwettbewerb setzt ein möglichst hohes Maß an Substituierbarkeit voraus. Soll im Vergleich zur gegenwärtigen Situation der Vertragswettbewerb intensiviert werden, müssten Austauschmöglichkeiten genutzt werden, die über das Kriterium der Wirkstoffidentität hinausgehen. Die Festbetragsstufe 3 (therapeutisch vergleichbare Wirkung³⁶) entspricht zwar dieser Anforderung, dennoch eignen sich die auf dieser Stufe gebildeten Arzneimittelgruppen nicht ohne Weiteres als Grundlage für selektivvertragliche Auswahlentscheidungen der Krankenkassen. Denn es ist davon auszugehen, dass mit der Bedingung "therapeutisch vergleichbarer Wirkung" allein Risikoselektion nicht ausgeschlossen werden kann. Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung können sich hinsichtlich einer Reihe weiterer therapierelevanter Merkmale unterscheiden, die wiederum Ansatzpunkte für Risikoselektion bieten.

Aus diesem Grund werden die Substitutionsmöglichkeiten innerhalb der ausgewählten Arzneimittelgruppen im Folgenden anhand mehrerer Kriterien untersucht, mit denen therapierelevante Unterschiede – und damit mögliche Ansatzpunkte für Risikoselektion – umfassender beschrieben werden können. Die für die Analyse der Substitutionsmöglichkeiten verwendeten Kriterien sind die Wirkstoffunterschiede bezüglich:

1. Zulassungsbestimmungen
2. Evidenzlage
3. Einnahmekomfort (inklusive Darreichungsformen)
4. Pharmakokinetik, Neben-/Wechselwirkungen
5. Öffentlichkeitswirksamkeit (einer Erstattungsbeschränkung)
6. Präferenzen von Ärzten und Patienten

Die Kriterien führen im Vergleich zum heutigen Festbetragssystem zu einer anderen, stärker differenzierten Beurteilung der Vergleichbarkeit, auf deren Grundlage selektivvertragliche Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen festgelegt werden könnten, weil weitere therapierelevante Merkmale (wie z. B. Einnahmekomfort und Präferenzen) berücksichtigt werden.

36 Gruppen fixer Kombinationen von Arzneimitteln gehören ebenfalls immer der Festbetragsstufe 3 an, obwohl die jeweiligen Einzelwirkstoffe der fixen Kombinationen oft in Festbetragsgruppen der Stufe 2 zusammen gefasst werden könnten.

Die sechs Kriterien lassen sich wie folgt charakterisieren:

- Kriterium 1 bezieht sich vor allem auf **rechtlich** relevante Unterschiede: Auch bei Arzneimitteln mit identischen oder sehr ähnlichen Wirkstoffen kann es sein, dass sich das Spektrum der Indikationen, für die sie zugelassen sind, unterscheidet. Aus rechtlicher Sicht ist daher ein uneingeschränkter Austausch dieser Arzneimittel problematisch (Gefährdungshaftung, "Off label-Use"), wie auch die aktuelle Diskussion zeigt (vgl. Kapitel 5.1.2). Vor diesem Hintergrund stellen Zulassungsunterschiede ein übergeordnetes Kriterium dar. Aus medizinischer Sicht – und diese ist im Hinblick auf Risikoselektionspotenziale relevanter – können Zulassungsunterschiede u. U. weniger bedeutsam sein als aus rechtlicher Sicht.
- Kriterien 2 bis 4 beschreiben **medizinisch-therapeutische** Unterschiede: Unterschiede in der Evidenz der Wirksamkeit, im Einnahmekomfort und hinsichtlich der Pharmakodynamik/-kinetik sowie Wechselwirkungen entscheiden über das Substitutionspotenzial aus der medizinisch-therapeutischen Perspektive.
- Kriterien 5 und 6 beziehen sich auf Unterschiede in der öffentlichen **Wahrnehmung und Präferenzunterschiede**: Medizinisch vergleichbare Einschränkungen der Auswahl zwischen Arzneimittel, die eine Krankenkasse (voll) erstattet, können – je nach Indikationsgebiet und Patientengruppe – zu unterschiedlich starken (negativen) Reaktionen in der Öffentlichkeit führen. Eine negative Öffentlichkeitswirksamkeit wäre ebenfalls vorstellbar, wenn Erstattungsausschlüsse in der selektivvertraglichen Versorgung im Widerspruch zu Vorgaben existierender Behandlungsleitlinien stünden³⁷ oder wenn hiervon Standardwirkstoffe, die sich als "Mittel der Wahl" etabliert haben, betroffen wären. Ebenso haben Ärzte und Patienten teilweise – trotz nach objektiven Maßstäben medizinischer Gleichwertigkeit – Präferenzen gegenüber bestimmten Arzneimitteln.³⁸ Hierbei handelt es sich um "weiche" Kriterien, da sich die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den Arzneimitteln nur unzureichend operationalisieren und objektivieren lassen. Dennoch können

37 Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass medizinisch gleich zu bewertende Ausschlüsse auf eine diesbezüglich unterschiedliche öffentliche Wirkung treffen könnten, wenn in dem einen Fall eine Behandlungsleitlinie existiert, im anderen Fall hingegen nicht.

38 Präferenzen können beispielsweise gegenüber bestimmten Herstellern bestehen. Für Ärzte spielen auch die »Begleitumstände« einer Verordnung eine Rolle, beispielsweise Unterschiede im Zeitaufwand zwischen ärztlich (bspw. als Infusion) und durch den Patienten selbst zu verabreichende medikamentöse Therapien (bspw. als Fertigspritze).

sich gerade aus diesen Unterschieden sehr wirksame Ansatzpunkte für Risikoselektion ergeben.

Zur Beurteilung der Substitutionspotenziale innerhalb der ausgewählten Wirkstoffgruppen werden die Unterschiede zwischen den Wirkstoffen für jedes der sechs Kriterien bestimmt (Vorgehen im einzelnen s. folgendes Kapitel 5.2.5). Das Ausmaß der Unterschiede wird dann anhand von drei Kategorien gekennzeichnet:

- ausgeprägte Heterogenität ("rot")
- schwache Heterogenität ("gelb")
- weitgehende Homogenität ("grün")

Für Risikoselektion bestünden beispielsweise "idealtypische" Voraussetzungen, wenn nach den rechtlichen und medizinisch-therapeutischen Kriterien 1 bis 4 eine weitgehende Homogenität feststellbar ist, für die Kriterien 5 und 6, also die öffentliche Wahrnehmung und die Präferenzen von Ärzten und Patienten, dagegen eine ausgeprägte Heterogenität. Unter diesen Umständen wäre aus medizinischer Sicht eine Einschränkung der Verordnungsalternativen, für die ein (voller) Erstattungsanspruch besteht, unproblematisch und eine solche Einschränkung würde auch auf keine rechtlichen Hürden stoßen. Gleichzeitig würde sich die Wertigkeit bestimmter (ausgeschlossener) Alternativen in den Augen der Öffentlichkeit bzw. bei Ärzten und Patienten spürbar unterscheiden. Decken sich solche Wahrnehmungs- und Präferenzunterschiede mit Unterschieden zwischen Patientengruppen, die wiederum für unterschiedliche versicherungstechnische Risikotypen stehen, ergeben sich Ansatzpunkte für eine effektive Risikoselektion.

Derartige Ansatzpunkte können in beide Richtungen genutzt werden, also nicht nur zur "Aussteuerung schlechter Risiken", sondern auch zur gezielten Attrahierung "guter Risiken". Wird beispielsweise ein Arzneimittel durch den G-BA vom Erstattungsanspruch in der GKV-Regelversorgung ausgeschlossen, weil es günstigere und medizinisch völlig gleichwertige Alternativen gibt, könnte eine Krankenkasse im Rahmen eines Selektivvertrags die Erstattung dieses Arzneimittels für ihre Versicherten weiter vorsehen. Dies kann sie mit dem Ziel der Risikoselektion verbinden, wenn es vor allem "gute Risiken" sind, die eine Präferenz

für dieses Arzneimittel haben.³⁹ Eine solche Strategie wäre um so erfolgreicher, je stärker zuvor eine negative Reaktion auf die Begrenzung des Erstattungsanspruchs in der Öffentlichkeit war.

5.2.5 Anwendung der Kriterien auf die ausgewählten Wirkstoffgruppen

Die *Zulassungsbestimmungen* wurden anhand der Fachinformationen ermittelt. Hierzu wurde das orale, nicht in der Freisetzung veränderte Standardpräparat in einer mittleren Dosierung bzw. in entsprechender Zubereitung, soweit verfügbar, für das Präparat des Originalherstellers ausgewertet und, soweit im Handel befindlich, eines Generikaherstellers. Die Anwendungsgebiete und Kontraindikationen der untersuchten Präparate wurden für die einzelnen Wirkstoffe zusammengefasst, innerhalb der Untergruppen gegenüber gestellt und so miteinander verglichen. Die Unterschiede wurden anhand der Anzahl voneinander abweichender Indikationen und deren Relevanz beurteilt. Zusätzliche Teilindikationen einzelner Wirkstoffe waren dabei weniger ausschlaggebend für den zugewiesenen Grad der Heterogenität als zusätzliche Hauptindikationen. Naturgemäß steigt die Zahl der Unterschiede mit zunehmender Anzahl an Wirkstoffen in einer Gruppe, so dass bei großen Gruppen kaum eine Einstufung als weitgehend homogen ("grün") realistisch ist, entsprechend unterschiedlich sind daher auch heterogenere Bewertungen in Gruppen mit wenigen und mit mehr Wirkstoffen zu beurteilen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass manche Hersteller die Zulassung in unterschiedlichen Anwendungsgebieten bzw. in einer oder mehreren Zusatzindikationen vorrangig aus Wettbewerbsgründen bewirkt haben, um sich gegenüber vergleichbaren Anbietern abzugrenzen und um Alleinstellungsmerkmale zu schaffen. Die "therapeutische Berechtigung" von zulassungsrechtlichen Wirkstoff- bzw. Arzneimittelunterschieden kann daher in einigen Fällen kontrovers diskutiert werden. In diesen Fällen kann eine Einstufung der Zulassungsbestimmungen als heterogen hauptsächlich

39 Der Fall der Insulinanaloga hat gezeigt, dass bereits heute Erstattungsausschlüsse in der Regelversorgung im Rahmen von Selektivverträgen faktisch wieder aufgehoben werden können. So beurteilte der G-BA im Jahr 2008 eine Verordnung von Insulinanaloga zu Preisen oberhalb derjenigen für Humaninsulin als »unwirtschaftlich«, so dass diese Präparate in der GKV nicht zu diesen Preisen erstattet werden dürfen (vgl. Pressemitteilung des G-BA vom 22.2.2008). In Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Herstellern wurden daraufhin niedrigere Preise vereinbart, so dass Verordnungen der Insulinanaloga wieder dem Erfordernis der Wirtschaftlichkeit entsprachen und von den Krankenkassen erstattet werden konnten. Im Unterschied zu dem oben beschriebenen Szenario wurden die Selektivverträge von den Herstellern initiiert und dienten nicht dem Ziel einer Risikoselektion unter den Versicherten.

einer rechtlichen und weniger einer medizinischen Betrachtung geschuldet sein. Hierbei gilt allerdings die Einschränkung, dass selbst bei aus medizinischer Sicht gleichwertigen (wirkstoffgleichen) Arzneimitteln therapierelevante Unterschiede auftreten können. Denn trotz Gleichwertigkeit bestehende Zulassungsunterschiede resultieren in voneinander abweichenden Gebrauchsinformationen. Dies kann dazu führen, dass Patienten "ihre" Erkrankung dort nicht wiederfinden, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit von Compliance-Problemen und Einnahmefehlern erhöht.

Zur Lage der *Evidenz der Wirksamkeit* wurden Literaturrecherchen in jeder Wirkstoffgruppe durchgeführt. Hierzu wurde zum einen ein aktuelles Lehrbuch der Pharmakologie (Aktories et al. 2009) verwendet, ergänzt durch die Wirkstoff- und Gruppenbewertungen der Onlineausgabe der allgemein als unabhängig angesehenen Zeitschrift *arznei-telegramm* (<http://www.arznei-telegramm.de/>), sowie der einschlägigen Leitlinien der Fachgesellschaften (<http://www.leitlinien.net/>). Ergänzende Recherchen wurden punktuell internetbasiert durchgeführt. In der Zusammenschau der Berichte im Hinblick auf vergleichbare Wirksamkeit und Nutzbarkeit der Wirkstoffe bei den verschiedenen Indikationen wurde der Grad an Vergleichbarkeit beurteilt. Dabei wurden Ergebnisse aus Vergleichen und Studien auch anhand ihrer Qualität und damit der Aussagekraft der Berichte gewichtet. Die Lage der Evidenz wurde so entsprechend der praktischen Vergleichbarkeit der Wirkstoffe beurteilt.

Mit Blick auf das Kriterium *Einnahmekomfort (inklusive Darreichungsformen)* wurden anhand der Fachinformationen die Dosierungsangaben zu den einzelnen Präparaten ausgewertet (Auswahl der jeweils herangezogenen Fachinformationen wie bei Zulassungsbestimmungen). Hierbei wurde in erster Linie darauf geachtet, ob eine einmal tägliche Anwendung ausreichend ist oder ob die Einnahme mehrmals täglich erfolgen kann oder muss bzw. ob ein gänzlich anderes Dosierschema erforderlich ist. Bei einigen Wirkstoffgruppen wurde auch die übliche Anwendungsdauer berücksichtigt. Ein zusätzlicher Faktor zur Bewertung dieses Kriteriums ist die Verfügbarkeit mehrerer unterschiedlicher Darreichungs- und Zubereitungsformen. Homogenität liegt innerhalb einer Wirkstoffgruppe vor, wenn zu möglichst vielen der Präparate vergleichbare Dosierungsempfehlungen gegeben werden oder möglich sind und vergleichbare Anwendungsformen existieren.

Für das Kriterium *Pharmakokinetik, Neben-/Wechselwirkungen* wurden mehrere Angaben aus den Fachinformationen herangezogen (Auswahl der jeweils herangezogenen Fachinformationen wie oben). Die in den Fachinformationen

aufgeführten häufigen und sehr häufigen Nebenwirkungen der Substanzen wurden für die Präparate zusammengefasst und innerhalb der Gruppe wirkstoffbezogen gegenüber gestellt und miteinander verglichen. In einigen Wirkstoffgruppen wurde zudem anhand der verfügbaren Literatur (vergleiche Abschnitt Evidenzlage) verglichen, ob für die Nebenwirkungen der Wirkstoffe unterschiedliche Häufigkeiten bzw. zusätzliche schwerwiegende Nebenwirkungen berichtet werden. Die Kinetik der Substanzen wurde zum einen anhand der Vergleichbarkeit der Parameter Zeit bis zur maximalen Plasmakonzentration, Plasmaproteinbindung, Anteil der renalen Elimination und Eliminationshalbwertszeit beurteilt. Zum anderen wurde die Metabolisierung der Wirksubstanz verglichen, insbesondere die unterschiedlichen dabei beteiligten Cytochrom P450-Enzyme, und ob die Substanzen Inhibitoren oder Induktoren solcher Enzymsysteme sind. Die sich aus den untersuchten Eigenschaften ergebenden Wechselwirkungen mit anderen Arzneistoffen wurden ebenso gegenüber gestellt und beurteilt, sowie anhand des Grades der Enzymbeteiligung ein Interaktionspotenzial der Wirkstoffe geschätzt. Eine homogene Bewertung wurde für eine Gruppe vergeben, für deren Wirkstoffe sich keine gravierenden Unterschiede in den Nebenwirkungen sowie ein vergleichbares Interaktionspotenzial zeigen.

Die *Öffentlichkeitswirksamkeit* von Einschränkungen der Erstattung wurde anhand der Frage beurteilt, ob die Wirkstoffe nur bei kleineren Patientengruppen mit definierten Indikationen eingesetzt werden oder, wie zum Beispiel Mittel zur Behandlung des Bluthochdrucks, eine breite Anwendung erfahren. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Reaktionen der Öffentlichkeit umso deutlicher ausfallen würden, je größer die Anwendungsbreite ist, allerdings auch umso intensiver, je schwerer die Erkrankung der behandelten Patienten bzw. je stärker allgemein die Bindung der Patienten an ihr jeweiliges Medikament ist. Es wurde auch berücksichtigt, ob organisierte Patientenverbände bestehen. Sind deutliche oder zahlreiche negative Reaktionen in der Öffentlichkeit bei einer Erstattungs-einschränkung zu erwarten, wurde die Substituierbarkeit als gering bzw. die Wirkstoffgruppe in dieser Hinsicht als heterogen eingestuft.

Bestehen ausgeprägte *Präferenzen von Ärzten und Patienten* für spezielle Wirkstoffe, sei es aus Gründen des Einnahmekomforts, einer allgemein als besser erachteten Verträglichkeit oder anderer möglicher Gründe, so wurde die Wirkstoff- bzw. Arzneimittelgruppe bei diesem Kriterium als heterogen eingestuft.

In der Gesamtbetrachtung der Wirkstoffgruppen wurde an geeigneten Stellen geprüft, ob auch gruppenübergreifend Substitutionspotenziale bestehen, um in-

dikationsbezogen unterschiedliche Wirkstoffgruppen zusammenzufassen. Dort, wo dies möglich ist, würde sich für die Krankenkassen das Auswahlpektrum vergrößern – mit wettbewerbsintensivierender Wirkung. Unter Berücksichtigung der in Kapitel 5.2.1 bereits diskutierten Annahmen ergab diese Prüfung aber, dass ein indikationsbezogener wirkstoffgruppenübergreifender Austausch eine seltene Ausnahme darstellt. Die Wirkstoffgruppen sind in der Regel schon in der ATC-Klassifikation so angelegt, dass die Unterschiede zwischen den beschriebenen Einteilungen ein zu heterogenes Bild bezüglich mindestens eines der angelegten Kriterien ergeben, um eine derartige Zusammenführung möglich erscheinen zu lassen. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass Austauschmöglichkeiten mit Wirkstoffgruppen existieren, die in der vorliegenden Analyse nicht näher untersucht wurden.

5.3 Substitutions- und Risikoselektionspotenziale der untersuchten Arzneimittelgruppen

Für die ausgewählten 16 Indikations- bzw. Teilindikationsgebiete (Tabelle 13) wurden gemäß der in Kapitel 5.2 beschriebenen Methodik Substitutions- bzw. Risikoselektionspotenziale anhand der sechs Kriterien (Kapitel 5.2.4) mit jeweils drei Einstufungsmöglichkeiten ermittelt. Auf der 3-Steller-Ebene der ATC-Gruppen (therapeutische Untergruppen), die den Ausgangspunkt der Analyse bildete, war in der Regel die Heterogenität der Wirkstoffe so stark ausgeprägt, dass sich nahezu keine und nur sehr eingeschränkte Substitutionsmöglichkeiten gemäß der hier angewandten Kriterien ergeben hätten. Um zu einer realistischen Einschätzung von Risikoselektionspotenzialen zu gelangen, wurden daher in diesen Fällen die Wirkstoffgruppierungen sukzessive so weit verfeinert, bis sich – zumindest für einige Teilgruppen – erste Substitutionsmöglichkeiten gemäß den Analysekr Kriterien eröffneten. Dieses Vorgehen führte dazu, dass die Analyse schließlich für insgesamt 38 Wirkstoffgruppen durchgeführt wurde.

Die Ergebnisse der Analysen sind detailliert im Anhang zu diesem Ergebnisbericht dargestellt. Im Folgenden werden die Hauptergebnisse zunächst tabellarisch im Überblick dargestellt (Tabelle 14) sowie in Form eines Kurzfazits für jede der 38 Wirkstoffgruppen.

Protonenpumpenhemmer (A02BC)

Zahlreiche Unterschiede bei Zulassung (z. B. Kinder), die aber medizinisch niedriger zu bewerten sind.

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial vorhanden.

In der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten sind wenig Unterschiede vorhanden, hieraus ergibt sich nur ein geringes Risikoselektionspotenzial.

Antidiabetika: Insuline (A10A)

Keine ausgeprägten Unterschiede in der Zulassung.

Medizinisch bewertet ist das Substitutionspotenzial hoch (im Vergleich Humaninsulin / Analoga).

Ausgeprägte Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten vorhanden, hieraus ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial.

α -Glucosidasehemmer (A10BF)

Keine Unterschiede in der Zulassung, medizinisch betrachtet besteht ein hohes Substitutionspotenzial. Vergleichsweise kleine Patientengruppe, daher nur geringes Risikoselektionspotenzial.

Sulfonylharnstoffe (A10BB)

Keine ausgeprägten Unterschiede in der Zulassung, medizinisch betrachtet besteht ein hohes Substitutionspotential.

Vergleichbare Anwendung und keine Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten vorhanden, daher ergibt sich kein Risikoselektionspotential.

Glinide (A10BX)

Keine ausgeprägten Unterschiede in der Zulassung, medizinisch betrachtet besteht ein hohes Substitutionspotential.

Vergleichbare Anwendung und keine Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten vorhanden, daher ergibt sich kein Risikoselektionspotential.

Bei Zusammenfassen der Gruppen sind die prinzipiell unterschiedliche Anwendung und vorhandene Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten und ein sich daraus ergebendes Risikoselektionspotenzial zu beachten.

Thiazolidindione / Glitazone (A10BG)

Keine Unterschiede in der Zulassung, medizinisch betrachtet besteht ein hohes Substitutionspotenzial.

Kaum Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten vorhanden, daher ergibt sich kein Risikoselektionspotenzial.

DPP-IV_Wirkstoffe (A10BH/A10BX)

Keine ausgeprägten Unterschiede in der Zulassung, medizinisch betrachtet ist ein Substitutionspotenzial vorhanden trotz prinzipiell unterschiedlicher Anwendung. Keine abschließende Bewertung möglich, da relativ neue Substanzen.

Auch Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten zwischen Gliptinen und GLP-1-Agonisten vorhanden, daher ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial.

Thrombozytenaggregationshemmer (Thrombozytenaggregationshemmer), exkl. Heparin (B01AC)

Teilweise eingeschränkte Anwendungsgebiete

Medizinisch betrachtet ist ein Substitutionspotential vorhanden, Unterschiede bestehen hauptsächlich hinsichtlich der Nebenwirkungen. Negative Reaktionen sind zu erwarten, Risikoselektionspotenzial vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten.

Tabelle 14: Substitutionspotenziale innerhalb der untersuchten Wirkstoffgruppen

| ATC-Kode | Bezeichnung | Substitutionspotenzial | Subgruppen mit Austauschbarkeit | Substitutionspotenzial für weitere Subgruppen |
|----------|--|--|--|--|
| A02 | Säure bedingte Erkrankungen | ja | PPI | nicht untersucht |
| B03 | Antianämika | ja | Erythropoietine | nicht untersucht |
| C09 | Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensinsystem | ja | ACE-Hemmer, Sartane | keine weiteren Subgruppen (*) |
| C10 | Lipidsenker | ja | Statine | nicht untersucht |
| N04 | Parkinsonmittel | ja | Anticholinergika, Dopaminagonisten (Ergot/Non-Ergot), L-Dopa-Kombinationen | nicht untersucht |
| A10 | Antidiabetika | teilweise | Insuline, Alpha-Glukosidasehemmer, Sulfonylharnstoffe, Glinide, Thiazolidindione (Glitazone) | nein (Mittel mit Wirkung auf Inkretine) |
| M01 | Antiphlogistika und Antirheumatika | teilweise | Coxibe | NSAR (eingeschränkt), weitere nicht untersucht |
| N02 | Analgetika | teilweise | Opiode (eingeschränkt) | nein (Andere Analgetika und Antipyretika) bzw. nicht untersucht |
| B01 | Antithrombotische Mittel | eingeschränkt | Vitamin K-Antagonisten, Heparingruppe, TAH | nicht untersucht |
| J01 | Systemische Antibiotika | eingeschränkt | Chinolone, Makrolide, Lincosamide, Tetrazykline, Penicilline, Cephalosporine | nein (Andere Antibiotika) bzw. nicht untersucht |
| L04 | Immunsuppressiva | eingeschränkt | TNF- α -Inhibitoren | nicht untersucht |
| N05 | Psycholeptika | eingeschränkt | Antipsychotika: konventionell niedrig- bis mittelpotent, hochpotent; atypisch | nicht untersucht |
| N06 | Psychoanaleptika | eingeschränkt | SSRI | nein (Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer, andere Antidepressiva) bzw. nicht untersucht |
| J05 | Systemische antivirale Mittel | nein | | |
| L01 XE | Antineoplastische Mittel, Proteinkinaseinhibitoren | nein | | nicht untersucht |
| N03 | Antiepileptika | nein (Carboxamide, Fettsäurederivate, Andere Anti-epileptika) | | |

Quelle: IGES

Anmerkung: "nicht untersucht" überwiegend aufgrund geringer Marktrelevanz der Wirkstoffe; andere Gründe: s. ausführlich Annex. (*) Subgruppen wurden nur dann als Subgruppen bewertet, wenn sie mindestens zwei Wirkstoffe umfassen. So ist bspw. für die Gruppe "CO9" in der Spalte "Substitutionspotenzial für weitere Wirkstoffgruppen" angegeben "keine weiteren Subgruppen", weil die Subgruppe der Renininhibitoren derzeit nur einen Wirkstoff umfasst.

Vitamin-K-Antagonisten (B01AA)

Keine ausgeprägten Unterschiede in der Zulassung.

Medizinisch betrachtet ist ein großes Substitutionspotenzial vorhanden.

Kaum Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten, daher mit derzeitigen Alternativen kaum Risikoselektionspotenzial.

Heparin-Gruppe (B01AB)

Keine ausgeprägten Unterschiede in der Zulassung.

Medizinisch betrachtet ist ein eingeschränktes Substitutionspotenzial vorhanden. Außer bei UFH existieren kaum Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten, meist nur kurzfristige Anwendung, daher nur sehr geringes Risikoselektionspotenzial.

Antianämika, Erythropoetine (B03XA)

Keine großen Unterschiede in der Zulassung.

Medizinisch betrachtet ist ein großes Substitutionspotenzial vorhanden. Nur kleiner Patientenkreis, wenig Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten, daher kaum Risikoselektionspotenzial.

ACE-Hemmer (C09AA)

Eingeschränkte Vergleichbarkeit in der Zulassung.

Medizinisch betrachtet ist ein großes Substitutionspotenzial vorhanden

Wirkstoffe gelten als Standardbehandlung, breite Anwendung, daher Risikoselektionspotenzial möglich, medizinische Kriterien bei Lenkung sind jedoch fraglich

Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten (Sartane) (C09CA)

Unterschiede in der Zulassung sind vorhanden

Medizinisch betrachtet ist bei den Sartanen ein großes Substitutionspotenzial vorhanden. Kaum Unterschiede in der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten, aber breite Anwendung. Kaum Risikoselektionspotenzial, medizinische Kriterien bei Lenkung sind jedoch fraglich

Lipidsenker: Statine (C10AA)

Teilweise eingeschränkte Anwendungsgebiete

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial größtenteils vorhanden
Breite Anwendung, negative Reaktionen sind zu erwarten. Ein Risikoselektionspotenzial ist vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten.

Tetracycline (J01A)

Kaum Unterschiede in den Zulassungen.

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial vorhanden. Endgültige Bewertung durch Expertengremium.

Wenige Substanzen, breite Anwendung für meist nur kurze Dauer bei akuten Erkrankungen. Geringes Risikoselektionspotenzial.

Penicilline (J01C)

Nur teilweise eingeschränkte Anwendungsgebiete, zum Teil unterschiedliche Anwendungsformen.

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial innerhalb der definierten Gruppen vorhanden. Endgültige Bewertung durch Expertengremium.

Breite Anwendung für meist nur kurze Dauer bei akuten Erkrankungen. Negative Reaktionen zu erwarten, kein Risikoselektionspotenzial vorhanden.

Cephalosporine (J01D)

Teilweise eingeschränkte Anwendungsgebiete

Medizinisch bewertet ist größtenteils ein Substitutionspotenzial vorhanden. Endgültige Bewertung durch Expertengremium.

Breite Anwendung für meist nur kurze Dauer bei akuten Erkrankungen. Zahlreiche Wirkstoffe, daher sind negative Reaktionen kaum zu erwarten, Risikoselektionspotential kaum vorhanden.

Sulfonamide und Andere Antibiotika (J01E/J01X)

Große Heterogenität der Wirkstoffe in Zulassung und Wirksamkeit, medizinisch betrachtet kein Substitutionspotenzial.

Breite Anwendung für meist nur kurze Dauer bei akuten Erkrankungen. Negative Reaktionen sind zu erwarten. Risikoselektionspotenzial ist prinzipiell vorhanden, das aber kaum nutzbar sein dürfte.

Makrolide, Ketolide und Lincosamide (J01F)

Zahlreiche Unterschiede bei den Zulassungen.

Medizinisch bewertet ist ein eingeschränktes Substitutionspotenzial vorhanden. Endgültige Bewertung durch Expertengremium.

Breite Anwendung für meist nur kurze Dauer bei akuten Erkrankungen. Negative Reaktionen sind kaum zu erwarten, kein Risikoselektionspotenzial vorhanden.

Chinolone (J01M)

Teilweise eingeschränkte Anwendungsgebiete

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial vorhanden, geringere Unterschiede hauptsächlich hinsichtlich Nebenwirkungen. Endgültige Bewertung durch Expertengremium.

Breite Anwendung für meist nur kurze Dauer bei akuten Erkrankungen. Negative Reaktionen sind nicht zu erwarten, kein Risikoselektionspotenzial vorhanden.

Antivirale Mittel (J05)

Große Heterogenität der Wirkstoffe in Zulassung und Wirksamkeit, medizinisch betrachtet besteht kein Substitutionspotenzial.

Vergleichsweise kleiner Patientenkreis in der Spezialversorgung.

Starke negative Reaktionen sind zu erwarten. Ein großes und vermutlich effektives Risikoselektionspotenzial ist prinzipiell vorhanden, das aber kaum nutzbar sein dürfte.

Proteinkinaseinhibitoren (L01XE)

Große Heterogenität der Wirkstoffe bezüglich Zulassung und Wirksamkeit, medizinisch betrachtet kein Substitutionspotenzial.

Vergleichsweise kleiner Patientenkreis in der Spezialversorgung.

Starke negative Reaktionen sind zu erwarten. Ein großes und vermutlich effektives Risikoselektionspotenzial ist prinzipiell vorhanden, das aber kaum nutzbar sein dürfte.

TNF-alpha-Inhibitoren (L04AB)

Deutliche Unterschiede bei den Zulassungen, die aber medizinisch niedriger zu bewerten sind. Einsatz z.T. als Off-label-Gebrauch bei anderen als den zugelassenen Indikationen.

Medizinisch bewertet ist ein geringes Substitutionspotenzial vorhanden.

In der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten sind Unterschiede vorhanden. Negative Reaktionen sind zu erwarten, hieraus ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial, dessen Nutzbarkeit jedoch fraglich ist.

Konventionelle NSAR (M01AA-M01AG)

Kaum Unterschiede in den Zulassungen der zahlreichen Wirkstoffe.

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial vorhanden. Unterschiede bestehen hauptsächlich hinsichtlich der Galenik und der Häufigkeit von Nebenwirkungen.

Breite Anwendung. Viele negative Reaktionen sind zu erwarten, Risikoselektionspotenzial insgesamt vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten.

Selektive COX2-Inhibitoren / Coxibe (M01AH)

Kaum Unterschiede in den Zulassungen. Medizinisch bewertet ist ein hohes Substitutionspotenzial vorhanden.

In der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten sind kaum Unterschiede präsent, hieraus ergibt sich nur ein geringes Risikoselektionspotenzial. Nur bei Verzicht auf gesamte Wirkstoffgruppe sind negative Reaktionen und ein größeres Risikoselektionspotenzial wahrscheinlich.

Opioide (N02A)

Kaum Unterschiede in den Zulassungen. Unterschiede hauptsächlich in der Wirkstärke und damit auch in Anwendungsgebieten.

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial auch innerhalb der Gruppen mit vergleichbarer Wirkstärke nur bedingt vorhanden.

In der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten sind deutliche Unterschiede präsent, negative Reaktionen sind zu erwarten. Hieraus ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial, dessen Nutzbarkeit jedoch fraglich ist.

Andere Analgetika und Antipyretika (N02B)

Deutliche Unterschiede bei den Zulassungen, die auch medizinische Implikationen haben, kaum Substitutionspotenzial vorhanden. Uneinheitliche Wirkstoffgruppe.

Breite Anwendung, daher sind starke negative Reaktionen zu erwarten. Risikoselektionspotenzial ist prinzipiell vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten, die Nutzbarkeit ist jedoch fraglich.

Carboxamide (N03AF)

Deutliche Unterschiede bei den Zulassungen, auch medizinisch bewertet kaum Substitutionspotenzial vorhanden.

Negative Reaktionen sind zu erwarten. Hieraus ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial, dessen Nutzbarkeit jedoch fraglich ist.

Fettsäurederivate (N03AG)

Deutliche Unterschiede bei den Zulassungen, auch medizinisch bewertet kein Substitutionspotenzial vorhanden.

Sehr heterogene Wirkstoffgruppe, negative Reaktionen sind zu erwarten. Hieraus ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial, dessen Nutzbarkeit jedoch fraglich ist.

Andere Antiepileptika (N03AX)

Deutliche Unterschiede bei den Zulassungen, auch medizinisch bewertet kein Substitutionspotenzial vorhanden.

Sehr heterogene Wirkstoffgruppe, negative Reaktionen sind zu erwarten. Hieraus ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial, dessen Nutzbarkeit jedoch fraglich ist.

Anticholinergika (N04AA)

Kaum Unterschiede in den Zulassungen.

Medizinisch betrachtet sind sich die Wirkstoffe ähnlich, daher ist ein Substitutionspotenzial vorhanden.

Vergleichsweise kleinere Patientengruppe. Mit Reaktionen ist nur bedingt zu rechnen. Hieraus ergibt sich nur ein geringes Risikoselektionspotenzial.

Dopaminagonisten (N04BC)

Teilweise abweichende Anwendungsgebiete

Medizinisch bewertet ist ein Substitutionspotenzial in den weiteren Untergruppen vorhanden, Unterschiede bestehen hauptsächlich hinsichtlich der Neben- und Wechselwirkungen.

Negative Reaktionen sind zu erwarten, großes Risikoselektionspotenzial vorhanden und wahrscheinlich effektiv.

L-Dopa-Kombinationen (N04BA)

Keine Unterschiede in den Zulassungen. Medizinisch bewertet ist ein hohes Substitutionspotenzial bei den Zweifachkombinationen vorhanden.

In der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten sind wenig Unterschiede präsent und negative Reaktionen sind kaum zu erwarten, daher kein Risikoselektionspotenzial.

Antipsychotika, Konventionell, niedrig–mittel potent (N05A)

Teilweise zusätzliche Anwendungsgebiete, die auch medizinische Implikationen haben, nur eingeschränktes Substitutionspotenzial vorhanden.

Negative Reaktionen sind zu erwarten, Risikoselektionspotenzial ist vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten, die Nutzbarkeit ist jedoch fraglich.

Antipsychotika, Konventionell, hoch potent (N05A)

Teilweise zusätzliche Anwendungsgebiete, die auch medizinische Implikationen haben, nur eingeschränktes Substitutionspotenzial vorhanden.

Negative Reaktionen sind zu erwarten, Risikoselektionspotenzial ist vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten, die Nutzbarkeit ist jedoch fraglich.

Antipsychotika, Atypisch (N05A)

Teilweise bestehen Unterschiede bei den Zulassungen, die auch medizinische Implikationen haben, nur eingeschränktes Substitutionspotenzial vorhanden.

Negative Reaktionen sind zu erwarten, Risikoselektionspotenzial ist vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten, die Nutzbarkeit ist jedoch fraglich.

Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (NSMRI) (N06AA)

Zahlreiche Unterschiede in den Zulassungen, die auch medizinische Implikationen haben, kaum Substitutionspotenzial vorhanden.

In der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten sind diese Unterschiede präsent, deutliche negative Reaktionen sind zu erwarten. Hieraus ergibt sich ein großes Risikoselektionspotenzial, das aber kaum nutzbar sein dürfte.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) (N06AB)

Teilweise eingeschränkte Anwendungsgebiete

Medizinisch bewertet ist Substitutionspotenzial vorhanden, Unterschiede bestehen hauptsächlich hinsichtlich der Kinetik und der Häufigkeit von Nebenwirkungen.

Negative Reaktionen sind zu erwarten, Risikoselektionspotenzial vorhanden und als wahrscheinlich effektiv zu bewerten.

Andere Antidepressiva (N06AX)

Uneinheitliche Wirkstoffgruppe mit zahlreichen Unterschieden bei den Zulassungen. Medizinisch bewertet ist kaum Substitutionspotenzial vorhanden. In der Wahrnehmung bei Ärzten und Patienten sind große Unterschiede vorhanden, starke negative Reaktionen sind zu erwarten. Hieraus ergibt sich ein Risikoselektionspotenzial, das aber kaum nutzbar sein dürfte.

Auf der Grundlage der Einzelergebnisse lassen sich die 38 Wirkstoffgruppen im Hinblick auf ihre Eignung für einen Selektivvertrags-Wettbewerb typisieren. Dabei werden vier Eignungsstufen unterschieden:

- *Uneingeschränkt* geeignet sind Wirkstoffgruppen, in denen die Zulassungsunterschiede gering sind, das Substitutionspotenzial aus medizinisch-therapeutischer Sicht groß und das Risikoselektionspotenzial (öffentliche Wahrnehmung, Ärzte- und Patientenpräferenzen) gering.
- *Eingeschränkt* geeignet sind Wirkstoffgruppen, in denen die Zulassungsbestimmungen unterschiedlich sind, das Substitutionspotenzial aus medizinisch-therapeutischer Sicht jedoch hoch und das Risikoselektionspotenzial (öffentliche Wahrnehmung, Ärzte- und Patientenpräferenzen) gering ist. Da teilweise die Zulassungsunterschiede primär rechtliche, aber weniger medizinische Probleme für einen Austausch verursachen würden, wird die Eignung für Vertragswettbewerb in diesen Fällen nicht prinzipiell negiert. Auch bezüglich anderer Kriterien sind Einschränkungen möglich, die teilweise durch Aufteilung in therapeutische Subgruppen wieder aufgehoben werden können.
- *Stark eingeschränkt* ist die Eignung für Vertragswettbewerb, wenn sowohl das Substitutionspotenzial aus medizinisch-therapeutischer Sicht als auch das Ri-

sikoselektionspotenzial (öffentliche Wahrnehmung, Ärzte- und Patientenpräferenzen) groß sind. Hierdurch entstünde eine Konstellation, in der einerseits aus medizinisch-therapeutischer Sicht umfangreiche Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen bezüglich der Produktauswahl bestehen, andererseits sich diese Spielräume aufgrund von Präferenzunterschieden und öffentlicher Wahrnehmung besonders eignen, für Risikoselektionszwecke instrumentalisiert zu werden. In diesen Fällen ist die Eignung selbst dann stark eingeschränkt, wenn die Zulassungsbestimmungen kaum Unterschiede aufweisen.

- *Nicht geeignet* sind Wirkstoffgruppen, bei denen kein Substitutionspotenzial aus medizinisch-therapeutischer Sicht vorhanden ist, was dann auch typischerweise in Zulassungsunterschieden reflektiert wird. In diesen Fällen sind die Wirkstoffgruppen auch dann ungeeignet, wenn das Risikoselektionspotenzial gering ist, beispielsweise, weil medizinische Heterogenität der Wirkstoffe aus praktischen Gründen nicht zum Zweck der Risikoselektion instrumentalisierbar ist.

Die Einstufung als „stark eingeschränkt geeignet“ grenzt sich dadurch von der Einstufung als „nicht geeignet“ ab, dass bei einigen Wirkstoffgruppen das Risikoselektionspotenzial durch zusätzliche Regulierungen deutlich gemindert werden kann. Solche Regulierungen müssten zum Ziel haben, mögliche negative Auswirkungen einer allgemein hohen Substituierbarkeit – wie Unverträglichkeiten bei bestimmten Patienten(gruppen) – zu begrenzen, indem generelle Erstattungseinschränkungen gemäß Selektivvertrag unter vorab definierten Bedingungen keine Anwendung finden.

In der folgenden Tabelle 15 sind die vier Eignungsstufen dargestellt; dabei steht „+“ für ausgeprägte Zulassungsunterschiede und große Substitutions- bzw. Risikoselektionspotenziale, „-“ entsprechend für geringe Zulassungsunterschiede und geringe Substitutions- bzw. Risikoselektionspotenziale. Die 38 untersuchten Wirkstoffgruppen werden diesen vier Eignungsstufen zugeordnet. Wirkstoffe, die in Klammern aufgeführt sind, sind durch geringfügige Einschränkungen charakterisiert, die eine eindeutige Zuordnung erschweren. Ein Beispiel hierfür sind Zulassungsunterschiede, die aus medizinischer Sicht als nicht gravierend eingestuft wurden und daher nur aufgrund der gegenwärtig nicht geklärten Rechtslage die Eignung beschränken (z. B. A02BC). Die konkreten Gründe für eine Klammerung können den obigen Kurzzusammenfassungen der Hauptergebnisse aus dem Anhang entnommen werden.

Tabelle 15: Einteilung der Wirkstoffgruppen nach Eignung für Selektivvertrags-Wettbewerb

| Eignung für Selektivvertrags-Wettbewerb | Zulassungsunterschiede | Substitutions-potenzial (medizinisch) | Risiko-selektions-potenzial | Wirkstoffgruppen | Marktpotenzial (Umsatz € 2008) | Marktpotenzial (DDD 2008) |
|---|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---|---|--|
| uneingeschränkt | - | + | - | (A02BC) A10BF A10BG A10BH B01AA (B01AB) B03XA J01A) M01AH N04AA N04BA | 1.076.922.598 25.502.237 75.854.790 68.331.447 349.752.726 293.243.593 43.893.241 94.241.452 13.166.150 155.451.236 Σ 2.196.359.470 | 4.496.240 17.437.797 41.017.565 331.576.450 106.621.462 24.044.163 64.546.841 74.654.412 16.229.301 58.842.316 Σ 739.466.547 |
| eingeschränkt | + | + | - | C09C/X (J01M) (J01F) (J01C) J01D | 349.231.621 160.037.611 179.130.933 199.705.652 137.031.470 Σ 1.025.137.287 | 1.060.855.617 39.131.103 73.845.838 125.096.951 49.081.735 Σ 1.348.011.244 |
| stark eingeschränkt | +/- | + | + | A10A A10BE/X (A10BH/X) B01AC (C09AA) C10AA C10AA (N06AB) M01AA-AG N04BC | 1.161.306.341 147.647.370 59.860.997 452.548.991 361.290.684 465.421.356 222.845.470 483.607.062 286.325.092 Σ 3.640.883.313 | 802.092.679 531.458.687 25.410.123 727.555.317 3.667.576.472 2.462.597.703 434.793.643 951.095.790 31.993.303 Σ 9.634.523.717 |
| nicht geeignet | + | - | - | N06AX | 364.976.832 | 232.943.268 |
| | +/- | - | + | N06AA J01E/X J05 L01XE L04AB (N02A) N02B N03AF N03AG N03AX N05A konv/niedr. N05A konv/hoch N05A atyp. | 149.801.910 78.228.076 674.449.963 835.636.006 734.064.623 1.104.194.292 263.188.557 69.848.100 53.737.589 503.309.387 98.127.915 47.628.808 723.957.078 Σ 5.701.171.136 | 293.655.750 31.399.486 32.114.455 21.516.677 13.093.951 364.958.359 197.756.670 77.228.160 57.845.211 127.772.958 64.549.924 130.852.553 Σ 1.477.311.326 |
| | | | | Auswahl insgesamt | 12.563.551.206 | 13.199.312.834 |

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health)

Für die Erschließung weitergehender Effizienzpotenziale durch eine Ausweitung des selektivvertraglichen Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung ergibt sich damit auf der Basis der vorangegangenen Analyse folgende Situation:

- Von den insgesamt 38 untersuchten Wirkstoffgruppen können 10 Wirkstoffgruppen als uneingeschränkt geeignet für einen intensivierten selektivvertraglichen Wettbewerb eingestuft werden. Auf diese zehn Gruppen entfiel im Jahr 2008 mit knapp 2,2 Mrd. Euro ein Anteil von 17,5 % des Umsatzes aller untersuchten Wirkstoffgruppen (bzw. 7,5 % des Umsatzes des GKV-Gesamtmarktes). Mit 739 Mio. Tagesdosen hatten diese 10 Wirkstoffgruppen einen – gemessen am Umsatz unterproportionalen – Anteil von 5,6 % an der gesamten verordneten Menge aller untersuchten Wirkstoffgruppen (bzw. 2,0 % an den Mengen des GKV-Gesamtmarktes).

Die Wirkstoffe in den uneingeschränkt geeigneten Gruppen zeichnen sich allgemein dadurch aus, dass sie insbesondere in den medizinischen Kriterien als sehr homogen eingestuft wurden. In den meisten dieser Gruppen ist ein hoher Anteil an Analog-Wirkstoffen zu verzeichnen, die sich in ihrem Wirkungs-, Nebenwirkungs- und Interaktionsprofil nur wenig unterscheiden. Dadurch ergeben sich in der Regel auch größere Substitutionspotenziale bei gleichzeitig nur geringen Risikoselektionspotenzialen.

- Insgesamt 14 der untersuchten Wirkstoffgruppen sind nur eingeschränkt, überwiegend sogar stark eingeschränkt für einen selektivvertraglichen Wettbewerb geeignet. Auf diese 14 Gruppen entfiel im Jahr 2008 mit knapp 4,7 Mrd. Euro ein Anteil von 37,1 % des Umsatzes aller untersuchten Wirkstoffgruppen (bzw. 16,0 % des Umsatzes des GKV-Gesamtmarktes). Mit fast 11 Mrd. Tagesdosen hatten diese 14 Wirkstoffgruppen einen – gemessen am Umsatz deutlich überproportionalen – Anteil von 83,2 % an der gesamten verordneten Menge aller untersuchten Wirkstoffgruppen (bzw. 29,8 % an den Mengen des GKV-Gesamtmarktes).

In den eingeschränkt geeigneten Gruppen finden sich allgemein Wirkstoffe mit größeren Unterschieden bezüglich der medizinischen Kriterien bzw. sowohl verhältnismäßig ähnliche Wirkstoffe als auch einzelne, die sich in ihrer Wirksamkeit und den zugelassenen Anwendungsgebieten stärker von den anderen unterscheiden. Bei den stark eingeschränkt geeigneten Gruppen ist häufig die Bildung weiterer Untergruppen erforderlich, wodurch sich ein höherer Grad an Homogenität und damit Eignung für selektivvertragliche Regelungen ergibt. Die Bildung derartiger Untergruppen ist allerdings nicht immer möglich oder

sinnvoll, da unter Umständen zu wenig Wirkstoffe erfasst werden, um eine sinnvolle Auswahl zu ermöglichen.

- Die übrigen 14 der untersuchten Wirkstoffgruppen eignen sich gemessen an den in der vorigen Analyse zugrunde gelegten Kriterien gar nicht für einen selektivvertraglichen Wettbewerb. Auf diese 14 Gruppen entfiel im Jahr 2008 mit 5,7 Mrd. Euro ein Anteil von 45,4 % des Umsatzes aller untersuchten Wirkstoffgruppen (bzw. 19,5 % des Umsatzes des GKV-Gesamtmarktes). Mit knapp 1,5 Mrd. Tagesdosen hatten diese 14 Wirkstoffgruppen einen – gemessen am Umsatz deutlich unterproportionalen – Anteil von 11,2 % an der gesamten verordneten Menge aller untersuchten Wirkstoffgruppen (bzw. 4,6 % an den Mengen des GKV-Gesamtmarktes).

Die nicht geeigneten Gruppen zeichnen sich durch einen hohen Grad an Heterogenität der enthaltenen Wirkstoffe aus, vor allem in Bezug auf die medizinischen Kriterien. Die häufig in der ATC-Systematik als "Andere Mittel" in der entsprechenden Indikation bezeichneten Gruppen stellen oftmals eine Art Sammelbecken für einzelne Wirkstoffe dar, die ansonsten keine Zuordnung zu einer definierten Gruppe erlauben und in der Regel nur selten vergleichbare Wirkmechanismen besitzen. So eignen sich die Wirkstoffgruppen, die bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden, im Allgemeinen nicht für selektivvertragliche Regulierungen, hauptsächlich aufgrund ihrer heterogenen Wirksamkeit und zusätzlichen Wirkkomponenten und damit verbundenen Nebenwirkungen. Zu den nicht für selektivvertraglichen Wettbewerb geeigneten Wirkstoffgruppen zählen weiterhin die Wirkstoffgruppen der Spezialversorgung. Bei ihnen ist ein oftmals sehr spezielles Wirkprinzip gegeben, das aus medizinischer Sicht keine Substitution zulässt. Bei Erstattungseinschränkungen ergäben sich hier sehr schnell medizinisch-ethische Bedenken.

Für die untersuchten Wirkstoffgruppen zeigt sich insgesamt, dass Segmente des Arzneimittelmarktes mit einem spürbar hohem Anteil am Umsatz (17,5 %), allerdings nur vergleichsweise geringem Anteil an den verordneten Mengen (5,6 %), uneingeschränkt für einen selektivvertraglichen Wettbewerb geeignet sind. Für weitere Segmente mit einem Umsatzanteil von rd. 37 % der untersuchten Wirkstoffgruppen lässt sich eine bedingte Eignung feststellen. Diese Segmente könnten nach den dieser Analyse zugrunde liegenden Kriterien zumindest teilweise selektivvertraglichem Wettbewerb zugänglich gemacht werden, wenn durch zusätzliche spezifischere Regulierungsmaßnahmen die Erstattungsauswahl für die

Krankenkassen eingeschränkt wird, um eventuelle Risikoselektionspotenziale zu beseitigen.

Die Wirkstoffgruppen, bei denen Selektivverträge im Sinne dieser Analyse nicht empfohlen werden können, sind in der Regel problemlos identifizierbar. Auf sie entfiel mit einem Anteil von 45,4 % etwas weniger als die Hälfte des Umsatzes der untersuchten Wirkstoffgruppen, jedoch nur ein gutes Zehntel der verordneten Mengen.

Die untersuchten Wirkstoffgruppen stellen in etwa die Hälfte des Gesamtmarktes dar. Ob sich die ermittelten Anteilswerte, die sich auf diese Auswahl beziehen, auf den GKV-Gesamtmarkt übertragen lassen, muss an dieser Stelle offen bleiben. A priori lässt sich aber nicht sagen, dass die Anteilswerte für die nicht untersuchten Wirkstoffgruppen in jedem Fall über oder unter den ermittelten Anteilswerten liegen. Zwar ist für einige der nicht in die Untersuchungsauswahl einbezogenen Wirkstoffgruppen offensichtlich, dass nur sehr geringe Substitutionspotenziale vorhanden sind. Andererseits befinden sich unter den nicht untersuchten Wirkstoffgruppen auch einige mit vermutlich erheblichem Substitutionspotenzial (insbesondere z. B. bei den verschiedenen Gruppen der Blutdruck senkenden Mittel).

Verfolgt die Gesundheitspolitik zukünftig das Ziel, möglichst große Teile der nur beschränkt geeigneten Wirkstoffgruppen einem intensiveren selektivvertraglichen Wettbewerb zugänglich zu machen, ohne dem Wettbewerb gleichzeitig durch eine hohe Anzahl flankierender spezifischer Regulierungen seine Dynamik zu nehmen, könnte sich die Regulierung darauf beschränken, die medizinisch-therapeutische Homogenität der Auswahlmöglichkeiten zu gewährleisten, ohne (zunächst) weitere Maßnahmen zur Eindämmung von Risikoselektionspotenzialen zu ergreifen. Dabei könnte sie sich auf zwei Charakteristika von Risikoselektionspotenzialen stützen, die mit der vorigen Analyse für eine Reihe von Wirkstoffgruppen festgestellt werden konnten:

- In einigen Fällen ergeben sich Risikoselektionsanreize primär durch eine breite Anwendung einer Wirkstoffgruppe und damit assoziierte Kostendämpfungspotenziale. Gleichzeitig können Patientengruppen, die versicherungstechnisch gute Risiken darstellen, kaum gezielt durch Erstattungsbeschränkungen adressiert werden, so dass Risikoselektionspotenziale nicht effektiv nutzbar sind.
- Bei der Einstufung als „eingeschränkt geeignet“ resultieren Risikoselektionspotenziale i. d. R. im Hinblick auf die öffentliche Wahrnehmung und Präferenzunterschiede bei Ärzten und Patienten. Die Zusammenhänge und

Wirkungsrichtungen sind diesbezüglich aber nicht immer eindeutig. Gerade diese Faktoren können nämlich auch die Möglichkeiten der Krankenkassen begrenzen, durch Erstattungsausschlüsse i. V. m. Selektivverträgen Wettbewerbsvorteile zu erzielen. In jedem Fall ist unter diesen Umständen eine Risikoselektionsstrategie für die Krankenkassen selbst nicht risikolos.

Ausgeprägte Präferenzunterschiede bestehen im Hinblick auf den Einnahmekomfort und die Kinetik. In der Vergangenheit zeigte dies exemplarisch die intensive öffentliche Diskussion über GKV-weite Erstattungseinschränkungen bei Insulinen. Bei der bisherigen zentralisierten Entscheidung über das Erstattungsmaß spielen die Präferenzen bezüglich des Einnahmekomforts für sich genommen keine Rolle, solange sie in keinem nachweisbaren Zusammenhang zu „medizinischen Endpunkten“ (z. B. via Beeinflussung der Compliance) stehen. In einem Selektivvertrags-Wettbewerb kann sich also eine Krankenkasse durch die fehlende Berücksichtigung solcher Präferenzen beim Einnahmekomfort gezielt für einen Teil der Patienten unattraktiv machen. Ob damit aber eine „erfolgreiche“ Risikoselektion gelingt, ist fraglich. Konkurrierende Krankenkassen könnten beispielsweise Wettbewerbsvorteile gerade dadurch erlangen, dass sie ihre selektivvertragliche Erstattungspolitik gezielt auf die bestehenden Präferenzunterschiede ausrichtet. Eine Reihe weiterer Einflussfaktoren ist hierbei zu berücksichtigen; hierzu zählt die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten RSA (vgl. Kapitel 3.3), aber auch möglicherweise positive Compliance-Effekte und – was sich ähnlich bereits in der Vergangenheit abgespielt hat – die Bereitschaft der Hersteller, bei fehlender Evidenz einer überlegenen Wirksamkeit Preiszugeständnisse zu machen.

Folgende Beispiele illustrieren, dass sich Risikoselektionspotenziale aus sehr unterschiedlichen Konstellationen ergeben können:

- Das Risikoselektionspotenzial ergibt sich nur mittelbar aus den Arzneimittleigenschaften und primär aus den „Begleitumständen“ der Verordnung. So können Verordnungsalternativen für Ärzte mit unterschiedlichem Zeitaufwand und einer unterschiedlichen Vergütung verbunden sein (Bsp.: TNF- α -Inhibitoren, z. B. Infliximab: Infusionsaufwand wird nicht adäquat vergütet, während Alternativpräparate zur Selbstinjektion durch den Patienten zur Verfügung stehen).
- Die Austauschbarkeit von Opioiden ist bereits aus medizinischen Gründen stark eingeschränkt. Allerdings ließe sich durch eine Homogenisierung allein der Wirkstärken, auf deren Varianz ein großer Teil der Zulassungsunterschiede beruht, eine höhere Substituierbarkeit erzielen. Risikoselektionspotenziale

ergäben sich dennoch in Bezug auf Unterschiede der Darreichungsformen, vor allem aber auch in Bezug auf Präferenzunterschiede („Stigmatisierung“ von Morphin). Stark ausgeprägt sind derartige Präferenzunterschiede auch bei Psycholeptika und Psychoanaleptika (Patientenpräferenzen bzgl. Nebenwirkungsprofile).

Insgesamt zeigt die Analyse der Substitutions- und Risikoselektionspotenziale, dass das Ziel, den Wettbewerb durch erweiterte Auswahl- bzw. Substitutionsmöglichkeiten zu intensivieren, und das Ziel, mögliche negative Wirkungen auf die Versorgungsqualität auszuschließen, miteinander im Konflikt stehen können. Bezogen auf die untersuchten Arzneimittelgruppen wären diese Konflikte für etwas weniger als die Hälfte (gemessen am Umsatz) bzw. für nur rund ein Zehntel (gemessen an der Menge) so groß, dass für diese kein Wettbewerbspotenzial festgestellt werden konnte. Dagegen kommt die Analyse zu dem Ergebnis, dass für – umsatzbezogen – etwa ein Viertel der untersuchten Wirkstoffgruppen uneingeschränkt oder zumindest ohne prohibitive Einschränkungen einem erweiterten Selektivvertragswettbewerb zugänglich wären. Weitere knapp 30 % der untersuchten Wirkstoffgruppen (Umsatzanteil) könnten demnach auf Basis zusätzlicher regulatorischer Einschränkungen zumindest teilweise ebenfalls für einen erweiterten Selektivvertragswettbewerb geöffnet werden.

Die Frage, welche Effizienzwirkungen und insbesondere welche Effekte ein solcher Wettbewerb auf die Arzneimittelausgaben hätte, ist nicht Gegenstand der Analyse. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich, dass sich die im Rahmen der Untersuchung betrachteten potenziellen Substitutions-Gruppen häufig gemischt aus patentfreien und patentgeschützten Arzneimitteln zusammensetzen, so dass ein Teil des Wirtschaftlichkeitspotenzials über die bestehenden Rabattverträge bereits realisiert ist. Über das genaue Ausmaß damit bereits erzielter Ausgabendämpfungen gibt es derzeit nur Schätzungen, weil die Vertragsinhalte nicht öffentlich sind (vgl. Häussler et al. 2009, S. 67 ff.), oder unvollständige Angaben.⁴⁰ Auch für die Analogpräparate, die einen überwiegenden Teil der als uneingeschränkt für Selektivvertragswettbewerb geeigneten Wirkstoffgruppen ausmachen, ist die Höhe zukünftiger Einsparpotenziale ungewiss.

40 Die KJ 1-Statistik über die Rechnungsergebnisse der GKV enthält aggregierte Angaben zu den Einsparungen durch Rabattverträge (differenziert nach Kassenarten), allerdings umfassen diese Angaben aktuell nur das 2. Halbjahr 2008.

5.4 Leitlinien für eine zukünftige Regulierung

Auf der Grundlage der vorigen Analyse lassen sich Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen für einen intensivierten selektivvertraglichen Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung formulieren. Darüber hinaus lassen sich konkrete Ansatzpunkte für einen zukünftigen regulatorischen Rahmen gewinnen. Mit Blick auf die Innovationsdynamik auf dem Arzneimittelmarkt sollte es Ziel sein, Leitlinien für die zukünftige Regulierung hinreichend abstrakt zu formulieren, damit sie ihre Funktion auch bei sich verändernden Marktbedingungen möglichst weitgehend erfüllen können.

Die in der Analyse der Substitutions- bzw. Risikoselektionspotenziale angewandten Kriterien haben sich als hinreichend operationalisierbar und aussagekräftig erwiesen. Eine Regulierung, die hinsichtlich der Ziele Versorgungsqualität und Effizienz das Spektrum der Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen zu optimieren sucht, sollte sich daher an diesen Kriterien orientieren. Dabei sind die sechs Kriterien nicht alle gleich zu gewichten. Im Folgenden wird daher kurz ausgeführt, aufgrund welcher Überlegungen die Kriterien gewichtet und priorisiert werden können.

- *Zulassungsunterschiede* sind allein schon aus rechtlichen Gründen ein prioritäres Kriterium für eine Regulierung des Vertragswettbewerbs. Arzneimittelhersteller können eine "strategische Zulassungspolitik" mit dem Ziel betreiben, potenzieller Substitutionskonkurrenz auszuweichen. Eine Intensivierung des Vertragswettbewerbs könnte im Extremfall daran scheitern, würde eine solche Zulassungspolitik der Hersteller zur dominierenden Wettbewerbsstrategie. Dagegen spricht allerdings, dass Arzneimittelhersteller bei bedeutenderen Indikationen bzw. größeren Umsatzpotenzialen kaum auf eine mögliche Zulassung verzichten werden, nur um Substitutionskonkurrenz zu vermeiden. Umgekehrt sind auch Zulassungserweiterungen Grenzen gesetzt, allein schon aufgrund der Kosten von Zulassungsstudien. Schließlich könnte eine Klärung der Rechtslage dazu beitragen, Substitutionspotenziale zu erweitern. So könnte die Austauschbarkeit zumindest für alle die Indikationen als zulässig erklärt werden, für die keine Zulassungsunterschiede bestehen. Das hieße in der Konsequenz, dass eine kassenspezifische Erstattungseinschränkung infolge von Selektivverträgen u. U. nur für bestimmte Indikationen gilt, für andere

hingegen nicht.⁴¹ Ein mit weniger Prüfungsaufwand verbundener Ansatz wäre, für die Zulassung übergeordnete Indikationsbereiche zu definieren, innerhalb derer eine grundsätzliche Austauschbarkeit gilt. Eine automatische Ausdehnung von Zulassungserweiterungen auf alle wirkstoffgleichen Produkte stellt hingegen keinen Lösungsansatz dar, solange ein dann zu erwartendes "Trittbrettfahrerverhalten" hinsichtlich der Kosten der Zulassungen nicht verhindert werden kann.

- Die Beurteilung einer heterogenen *Evidenzlage*, die sich etwa aus einer unterschiedlichen Anzahl und Qualität von Studien zur Wirksamkeit von Arzneimitteln ergibt, sollte dann nicht wesentlicher Gegenstand einer zentralen Regulierung sein, wenn eine Stärkung des Vertragswettbewerbs darauf abzielt, die Beurteilung der Kosteneffektivität zu dezentralisieren und stärker der Einschätzung der einzelnen Krankenkassen zu überlassen (vgl. Kapitel 5.1.4). Jenseits von Mindestanforderungen an die Evidenz könnte stattdessen die Bewertung von unterschiedlichen Evidenzgraden in Kombination mit Preis- bzw. Kostenunterschieden verstärkt den Krankenkassen überlassen werden. Ein pragmatischer Ansatz zur Festlegung von Mindestanforderungen wäre beispielsweise, dass für Arzneimittel, die von den Krankenkassen individuell für die Erstattung ausgewählt werden, Markt- bzw. Versorgungserfahrung für einen Mindestzeitraum (z. B. fünf Jahre) existiert. Außerdem sollte gewährleistet sein, dass leitliniengerechte Medikationen nicht ausgeschlossen werden können.⁴²
- Unterschiede im *Einnahmekomfort (inklusive Darreichungsformen)* können bei bestimmten Indikationen und in einzelnen Behandlungsfällen eine hohe Relevanz für die Versorgungsqualität haben.⁴³ Solche Unterschiede können nicht nur größeren Einfluss auf die Therapietreue von Patienten ("Compliance") haben, sondern auch spürbar auf unterschiedliche Präferenzen treffen. Unterschiede im Einnahmekomfort und Darreichungsformen lassen sich daher u. U. auch mit dem Zweck der Risikoselektion instrumentalisieren. Eine Regu-

41 Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfte in diesen Fällen das Rezept nur die Information enthalten, ob die Einschränkung greift oder nicht. Das Rezept dürfte hingegen nicht die Information enthalten, welche der einschränkungsrelevanten Indikationen im konkreten Fall vorliegt, diese Information ist ausschließlich Gegenstand des Arzt-Patient-Verhältnisses.

42 Mit dem in der Analyse gewählten Vorgehen bzw. den hierfür angewandten Kriterien ist ein Ausschluss leitliniengerechter Medikation ausgeschlossen.

43 Vgl. hierzu die Unterscheidung von oralen und parenteralen Bisphosphonaten bei Cassel/Wille (2008), S. 132.

lierung, die negative Auswirkungen eines Selektivvertragswettbewerbs auf die Versorgungsqualität vollständig verhindert, die aus derartigen Unterschieden resultieren, dürfte kaum zu erreichen sein. So gibt es kaum fundierte Studien über die Auswirkungen von Unterschieden des Einnahmekomforts und der Darreichungsformen auf die Compliance. Abstrakte Regeln lassen sich diesbezüglich kaum formulieren. Eine generelle Regulierungsleitlinie könnte allerdings sein, dass solche Unterschiede nur dann als Grundlage für eine Beschränkung der Auswahlmöglichkeiten aufgegriffen werden sollten, wenn hiervon chronisch oder schwerkranke Patienten betroffen wären. Bei Arzneimitteln, die primär im Fall akuter Erkrankungen eingesetzt werden (z. B. Antibiotika), erscheinen Einschränkungen im Einnahmekomfort aufgrund der kurzen Einnahmedauer medizinisch eher vertretbar.

- Unterschiede bei *Neben- und Wechselwirkungen* sind aus medizinischer Sicht ein prioritäres Kriterium für regulative Beschränkungen der Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen bei Ausweitung der selektivvertraglichen Versorgung. Ausgeprägte Unterschiede könnten in einem solchen Szenario sowohl zu spürbaren Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität führen als auch zum Zweck der Risikoselektion eingesetzt werden. Eine Regulierung, die solche Beeinträchtigungen weitgehend verhindert, erscheint jedoch möglich und ließe sich voraussichtlich auch ausreichend abstrakt gestalten. So könnten beispielsweise bestimmte Häufigkeits-Schwellenwerte für Nebenwirkungen vorgegeben werden, die mindestens ein Präparat der Auswahl im Selektivvertrag nicht überschreiten darf. Derartige Angaben werden bereits heute im Rahmen der Zulassung erhoben und sind in den Fachinformationen enthalten. Alternativ oder komplementär könnten auch bestimmte Formen und Schweregrade von Nebenwirkungen oder Nebenwirkungen bei bestimmten Patientengruppen allgemein von einer Substituierbarkeit ausgeschlossen werden.
- Unterschiede in der *Öffentlichkeitswirksamkeit* beeinflussen die Versorgungsqualität bei Ausweitung der selektivvertraglichen Versorgung nicht unmittelbar. Solche Unterschiede können eher als Begleitumstand evtl. Risikoselektionsbemühungen der Krankenkassen unterstützen, aber die Krankenkassen auch ebenso von derartigen Bemühungen abhalten. Diesbezüglich sind nicht immer systematische bzw. eindeutige Wirkungen zu erwarten. Daher sollten Unterschiede in der öffentlichen Wahrnehmung nicht per se ein Kriterium sein, das bei Ausweitung der selektivvertraglichen Versorgung regulatorische Interventionen nach sich zieht. Darüber hinaus fehlt es häufig an eindeutigen Zusam-

menhängen zwischen Präferenzunterschieden und der Effektivität von Risiko-selektionsbemühungen einer Krankenkasse, die sich auf diese Unterschiede stützen. Letztlich müssen die Krankenkassen darüber entscheiden, ob und welche negativen Reaktionen ihrer Versicherten sie bereit sind hinzunehmen, wenn sie ihre Arzneimittelerrstattungen einschränken. Risikoselektionspotenziale, die sich im Zusammenhang mit Unterschieden in der öffentlichen Wahrnehmung und in den Präferenzen ergeben, sollten auf Seiten der Regulierung "unter Beobachtung" stehen, aber nicht zwangsläufig Interventionen auslösen.

Die Analyse hat darüber hinaus ergeben, dass ein größerer Bereich von Wirkstoffgruppen nur mehr oder weniger eingeschränkt geeignet ist, für einen intensiveren selektivvertraglichen Wettbewerb geöffnet zu werden. Um die in ihnen liegenden Wettbewerbspotenziale möglichst weitgehend auszuschöpfen, ohne dass es zu negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder zu Effizienzmindierungen durch Risikoselektion kommt, würde zusätzlichen Regulierungsaufwand bis hin zu Einzelfallentscheidungen erfordern. Der Regulierungsrahmen würde hierdurch komplexer und weniger berechenbar. Als alternativer, pragmatischer Regulierungsansatz bietet sich daher eine Quotenregelung an.

Eine solche Regelung liefe darauf hinaus, dass Ärzte gewisse Spielräume erhalten, von selektivvertraglichen Erstattungs- und damit Verordnungseinschränkungen abzuweichen. So könnte beispielsweise allgemein festgelegt werden, dass Ärzte mindestens zu 80 % selektivvertrags-konform verordnen müssen, in maximal 20 % der Verordnungen können sie hingegen abweichende Einzelfallentscheidungen treffen, ohne dies begründen zu müssen. Durch eine solche Regelung würde vermieden, dass sich Ärzte zu einem – auch rechtlich problematischen – Off-label-Use genötigt sähen. Auch könnten über eine solche Quote z. B. Behandlungsfälle abgedeckt werden, in denen Patienten auf diejenigen Medikamente, auf die sich die Erstattung der Krankenkasse beschränkt, mit Unverträglichkeiten reagieren und Ärzte daher nicht selektivvertrags-konform verordnen.

Die Verantwortung zur Umsetzung der Selektivverträge könnte jedoch – im Gegensatz zur heutigen Situation – nicht bei den Apotheken liegen. Die Apotheken können nicht darauf verpflichtet werden sicherzustellen, dass die Patienten Arzneimittel gemäß der selektivvertraglichen Auswahl ihrer Krankenkasse erhalten, sobald hierfür ein Aut-simile-Austausch erforderlich wäre. Eine in solchen Fällen notwendige Entscheidung über die Wirkstoffwahl müsste allein von den Ärzten getroffen werden, denn nur der Arzt kennt die genaue Indikation beim Patienten. Darüber hinaus kann Substituierbarkeit auch beinhalten, dass ein Patient nach

einer ärztlich beaufsichtigten Umstellung ein therapeutisch gleichwertiges Medikament erhält; dies ist nicht gleichzusetzen mit einer unbeschränkten Austauschbarkeit im Sinne des Aut-simile in Apotheken.

Eine Quotenregelung würde das Exklusivitätsversprechen der Krankenkassen gegenüber den Herstellern schwächen und daher einen Kompromiss zwischen dem Ziel einer Intensivierung des Vertragswettbewerbs einerseits und der regulierungstechnischen Handhabbarkeit einer solchen Intensivierung andererseits darstellen. Zur weiteren Optimierung eines solchen Kompromisses sind auch differenzierte Quoten vorstellbar. Z. B. könnte für den Anteil der nicht selektivvertragskonformen Verordnungen für bestimmte Wirkstoffgruppen mit ausgeprägtem Risikoselektionspotenzial ein höherer Wert festgelegt werden.

Ein weiteres Regulierungselement wäre die Festlegung einer bestimmten Mindestanzahl zu erstattender Wirkstoffe bzw. Arzneimittel innerhalb der Substitutionsgruppen. Auch hierdurch würde allerdings das Exklusivitätsversprechen der Krankenkassen gegenüber den Herstellern geschwächt.

Die zukünftige Gestaltung des regulatorischen Rahmens für eine Ausweitung von Selektivverträgen in der Arzneimittelversorgung sollte schließlich auch wettbewerbsrechtliche Fragen einbeziehen. Gerade bei einer Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Versorgung auf den Bereich patentgeschützter Arzneimittel dürfte die begrenzte Eignung des Vergaberechts, dem die Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber unterliegen, deutlich werden, Wettbewerb "künstlich" zu erzeugen. Insbesondere könnten Qualitätsaspekte bei Ausschreibungen nach Vergaberecht nur unzureichend berücksichtigt werden. Eine enge Auslegung des Grundsatzes, dass das "wirtschaftlichste" Angebot den Zuschlag erhält (§ 97 Abs. 5 GWB), führt zu einer Fokussierung auf Preis- bzw. Kostenunterschiede, die der Schaffung von Scheinmogenität zwischen den Angebotsalternativen Vorschub leistet. Die Grenze zwischen rein ausgabentreibenden "ineffizienten" Produktdifferenzierungen einerseits und möglichen Vorteilen einer Produktdifferenzierung lässt sich aber häufig nicht objektiv feststellen – dies ist ja gerade eine Begründung für die Ausweitung selektivvertraglichen Wettbewerbs. Die engen vergaberechtlichen Vorgaben verhindern darüber hinaus mögliche effizienzsteigernde Vertragsformen, in denen beispielsweise das "Qualitätsrisiko" zwischen Krankenkassen und Herstellern aufgeteilt wird. Mit zunehmender Komplexität von Selektivverträgen in der Arzneimittelversorgung würde daher die weitere

strikte Anwendung des Vergaberechts voraussichtlich zu Effizienzverlusten führen und einem Qualitätswettbewerb im Wege stehen.⁴⁴

44 Vgl. hierzu Rürup et al. (2009), S. 211 f., 226 f. sowie Mühlhausen/Kimmel (2008).

6 Schlussbetrachtung der Regulierungsanforderungen

Die Analyse der Szenarien und Rahmenbedingungen einer Ausweitung von Selektivverträgen in der Gesundheitsversorgung hat gezeigt, welche Anforderungen an den künftigen regulatorischen Rahmen zu stellen sind. Darin spiegeln sich grundlegende Gestaltungsprobleme, die auch bei einer nicht-wettbewerblichen Organisation der Gesundheitsversorgung zu lösen wären:

- In der Krankenhausversorgung bildet sich infolge einer zunehmenden medizinischen Spezialisierung ein immer differenzierteres Leistungsangebot heraus. Das Prinzip der flächendeckend gleichwertigen Versorgung lässt sich – bei begrenzten Finanzierungsmitteln – zukünftig immer weniger aufrecht erhalten. Das bedeutet, dass Angebotsbeschränkungen hinsichtlich des regionalen Zugangs längerfristig unvermeidbar werden. Dies ist zukünftig sowohl in der Krankenhausplanung als auch in der Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der stationären Versorgung zu thematisieren. Eine Ausweitung von Selektivverträgen in der Krankenhausversorgung würde die Entscheidungen hierüber stärker dem Krankenkassenwettbewerb überlassen – verbunden mit dem Ziel einer beschleunigten und effizienten Anpassung der Angebotsstrukturen, das aber mit dem Ziel der Planbarkeit in Konflikt gerät.
- In der Arzneimittelversorgung geht es um das grundlegende Gestaltungsproblem, nach welchen Kriterien die Substituierbarkeit von Arzneimitteln bestimmt werden kann, um Erstattungsansprüche (bei unterschiedlichen Preisen der Hersteller) zu begrenzen. Angesichts begrenzter Finanzierungsmittel für notwendig erachtete Angebotsbeschränkungen beziehen sich hier auf die Angebotsvielfalt. Eine Ausweitung von Selektivverträgen in der Arzneimittelversorgung zielt darauf ab, die Entscheidungen hierüber keinem Beurteilungsmonopol zu überlassen, birgt aber u. U. Missbrauchs- bzw. Risikoselektionspotenziale im Krankenkassenwettbewerb.

Für beide Bereiche gilt, dass sich durch eine Ausweitung von Selektivverträgen die Gesundheitsversorgung stärker von Krankenkasse zu Krankenkasse unterscheiden kann: weniger in Bezug auf die expliziten Leistungsansprüche (die nach wie vor durch das SGB V geregelt wären), aber im Hinblick auf die Art und Organisation der Einlösung dieser (häufig eher abstrakt formulierten) Leistungsansprüche.

Solange die Versicherten bzw. Patienten die entstehenden kassenspezifischen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung erkennen können und über Wahlmöglichkeiten verfügen, wäre eine zunehmende Heterogenität der Leistungsangebote mit dem Effizienzziel einer stärkeren Wettbewerbsorientierung vereinbar.

Zu diskutieren ist, ob mit zunehmender Heterogenität von Produkten bzw. Leistungsangeboten die Intensität des Regulierungsrahmens zunehmen sollte, insbesondere wenn die Heterogenität mit Qualitätsintransparenz einhergeht. Zwischen Arzneimitteln mit der Einstufung „begrenzt homogen“ und Krankenhausleistungen mit der Einstufung „heterogen“ ergäbe sich demgemäß ein Gefälle in der notwendigen Regulierungsintensität. Allerdings sind auch auf Märkten mit einer ausgeprägten Homogenität der Produkte (z. B. Strommarkt) stärkere regulatorische Eingriffe notwendig, um Wettbewerbsprozesse in Gang zu bringen. Dies spricht gegen einen allgemeingültigen Zusammenhang zwischen Angebotsheterogenität und anzustrebender Regulierungsintensität.

Die Ergebnisse der Untersuchung werfen aber auch die Frage nach der Bedeutung von Homogenität der Produkte bzw. Leistungen für den Wettbewerb auf. Gemäß der Wettbewerbstheorie wirkt Preiswettbewerb um so stärker, je homogener das Güterangebot ist. Bislang war der Einzelvertragswettbewerb, der hauptsächlich auf den generischen und somit homogenen Arzneimittelmärkten stattfand, stark preisfokussiert („Rabattverträge“). Auch im Krankenhausbereich werden Selektivverträge derzeit besonders unter dem Aspekt diskutiert, dass Krankenkassen die Möglichkeiten erhalten sollten, auf die derzeit einheitlichen Fallpauschalen Rabatte mit einzelnen Anbietern auszuhandeln. Insoweit jedoch Qualitätsunterschiede bestehen und solche nur schwer messbar bzw. feststellbar sind, könnten Selektiv- bzw. Rabattverträge zwar zu einem stärkeren Preiswettbewerb führen; ein solcher würde aber zumindest teilweise auf einer regulierungsbedingten „Scheinhomogenität“ beruhen. Auf diese Weise erzielte Ausgabendämpfungen wären voraussichtlich auch mit effizienzmindernden Auswirkungen auf die Qualität verbunden.

Andererseits können Krankenkassen, die Vertragspartner unter den Leistungsanbietern für Selektivverträge suchen, über ihre Leistungsbeschreibungen bzw. Leistungsanforderungen Einfluss auf die Homogenität der unmittelbar miteinander konkurrierenden Leistungsangebote nehmen. Hieran schließt sich die Frage nach dem wettbewerbsrechtlichen Rahmen des Vertragsmarktes bzw. der selektiven Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. Gegenwärtig kommen

für Selektivverträge unterschiedliche Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in Frage (vgl. Rürup et al. 2009, S. 184 ff.).

- Das Kartellvergaberecht (§§ 97 ff. GWB) ist grundsätzlich immer dann anzuwenden, wenn der Vertragsgegenstand einen öffentlichen Auftrag darstellt. Bei den Krankenkassen ist dies in jedem Einzelfall zu prüfen. Als Orientierungskriterium gilt, ob die Entscheidung über den Leistungsabruf im einzelnen Versorgungsfall bei der Krankenkasse oder beim Versicherten liegt. Arzneimittelrabattverträge lassen sich aufgrund der Abgabeverpflichtung der Apotheken als öffentliche Aufträge einstufen. Selektivverträgen müssen demnach Ausschreibungen zugrunde liegen, die den im GWB festgelegten vergaberechtlichen Verfahren entsprechen. Allerdings gilt für die GKV die Sonderregelung, dass Rechtsstreitigkeiten über Vergabeentscheidungen den Sozialgerichten zugewiesen werden (§ 116 Abs. 3 GWB). Dadurch soll gewährleistet sein, dass die besondere Aufgabenstellung der GKV beachtet wird, insbesondere das Erfordernis flächendeckender Versorgungsstrukturen und die Praktikabilität einer Vielzahl von Einzelverträgen.⁴⁵
- Dagegen sind Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung (nach § 73b bzw. § 73c SGB V) sowie für die Integrierte Versorgung (nach § 140a SGB V) in der Regel nicht als öffentliche Aufträge einzustufen, weil hier die Versicherten über den Leistungsabruf entscheiden.⁴⁶ Schließen die Krankenkassen solche Selektivverträge ab, gilt für sie das Verbot der missbräuchlichen Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung bzw. wettbewerbsbeschränkenden Verhaltens (gemäß § 19-21 GWB), allerdings auch hier mit der Einschränkung, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen

45 Vgl. Beschlussempfehlung des und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), Bundestag Drucksache Nr. 16/10609, S. 53. Das Bundeskartellamt hat in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf vom 8.10.2008 die Berücksichtigung des Versorgungsauftrags der GKV bei der Anwendung kartellrechtlicher Normen als systemfremdes Prüfkriterium und den Rechtsweg zu den Landessozialgerichten als deutlichen Systembruch kritisiert. Gemäß den Eckpunkten der Regierungskoalition zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für die Arzneimittelversorgung vom März 2010 soll die Zuständigkeit der Zivilgerichtsbarkeit für das Vergaberecht hergestellt werden.

46 Diese Einstufung entspricht der Begründung zum GKV-OrgWG (vgl. Bundestag Drucksache Nr. 16/10609, S. 52), wobei auch hier die Vorgabe der Einzelfallprüfung gilt. Allerdings steht diese Einstufung teilweise im Widerspruch zum Gesetzestext. So sind §73b-Verträge nach Abs. 4 Satz 4 bzw. Satz 5 auszuschreiben, wenn Krankenkassen für den Vertragsabschluss keine Gemeinschaften finden, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Verträge nach §73c SGB V sind nach Abs. 3 Satz 3 grundsätzlich öffentlich auszuschreiben.

besonders zu berücksichtigen ist (§ 69 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Dagegen unterliegen die Krankenkassen beim Abschluss von Selektivverträgen nicht dem Kartellverbot (§ 1 GWB).

Mit einer Ausweitung des Anteils selektivvertraglich organisierter Gesundheitsversorgung wären die gegenwärtigen wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen zu überprüfen. Sie werden bereits heute vielfach kritisiert: einerseits als zu weitgehend, andererseits als nicht weitgehend genug. Im Kern der Auseinandersetzungen geht es um die Frage, wie frei Krankenkassen in der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern sein sollen. Die Anwendung des Kartellvergaberechts für Selektivverträge kann dahingehend gedeutet werden, dass eine grundsätzliche Vertragsabschlussfreiheit für die Krankenkassen nicht besteht und deshalb (ersatzweise) ein sonst nicht vorhandener Wettbewerb simuliert werden soll (vgl. Mühlhausen/Kimmel 2008, S. 34 f.).

Andererseits bringen die GWB-Vorschriften zur Vergabe öffentlicher Aufträge einige grundlegende Probleme in der Anwendung mit sich. Hierzu zählt beispielsweise das Erfordernis eindeutiger Mengenangaben in der Leistungsbeschreibung durch die ausschreibende Krankenkasse; die tatsächlichen Leistungsmengen werden aber primär durch das Krankheitsgeschehen und ärztliches Ordnungsverhalten bestimmt, die eine Krankenkasse nur prospektiv schätzen kann. Schwerwiegender erscheint, dass es gemäß Vergaberecht i. d. R. den Zuschlag nur für den einen Bieter mit dem wirtschaftlichsten Angebot geben kann. Sollen aus Gründen z. B. erweiterter Wahlmöglichkeiten mehrere Bieter einen Zuschlag erhalten können, müsste die Krankenkasse die prospektiven Absatzmengen auf die verschiedenen Vertragspartner verteilen. Eine solche Aufteilung wäre kaum praktikabel.⁴⁷

Perspektivisch ist daher zu diskutieren, ob im selektivvertraglichen Bereich das Kartellverbot (§ 1 GWB) uneingeschränkt sowohl für Krankenkassen als auch für alle Leistungsanbieter gelten soll und – im Gegenzug – das Kartellvergaberecht (§§ 97 ff. GWB) keine Anwendung mehr fände (vgl. Rürup et al. 2009, S. 225 f.).

47 Vgl. hierzu und zu weiteren Anwendungsproblemen Mühlhausen/Kimmel (2008). In seinem Urteil vom 3.9.2009 hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschieden, dass gesetzliche Krankenkassen Arzneimittelrabattverträge auch mit drei Vertragspartnern gleichzeitig schließen können. Bedenken, dass hierdurch der Wettbewerb massiv beeinträchtigt werde, weil der Anreiz zur Abgabe eines wirtschaftlichen Angebots in Spekulation auf Zweit- und Drittzuschläge sänke, sah das Gericht durch die Berücksichtigung weiterer Kriterien nicht. Zu diesen zusätzlichen Beurteilungskriterien zählte es neben Lieferfähigkeit und Verfügbarkeit auch die Einräumung von Auswahlmöglichkeiten, die Akzeptanz eines Arzneimittels durch die Versicherten oder die Verfügbarkeit (Az. L 21 KR 51/09 SFB).

Dadurch bekäme der Bereich der Selektivverträge einen "echten" wettbewerblichen Rechtsrahmen. Dann träfe innerhalb der GKV ein explizit und gewollt kartellartig organisierter Bereich kollektiver Verträge, in dem die Krankenkassen "gemeinsam und einheitlich" auftreten, auf einen neuen, konsequent wettbewerbsorientierten selektivvertraglichen Bereich. Hieraus ergäbe sich voraussichtlich eine Reihe neuer Regelungsnotwendigkeiten, die sich auf das wechselseitige Verhältnis dieser beiden Bereiche beziehen.

Auch die grundsätzliche Frage, inwiefern "Besonderheiten" des Gesundheitswesens bei der Anwendung des Wettbewerbsrechts berücksichtigt werden sollten, wird sich im Zuge einer Ausweitung von Selektivverträgen weiterhin stellen.

Dies betrifft insbesondere die Frage nach der Abgrenzung relevanter Märkte, wenn das Ausmaß von Marktmacht auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungsanbieter festzustellen ist. Anhand der beiden für die Untersuchung gewählten Versorgungsbereiche wird deutlich, dass diesbezüglich die Verhältnisse innerhalb des Gesundheitsbereichs sehr stark variieren können: Während es sich in der Krankenhausversorgung überwiegend um lokal begrenzte Märkte handelt, ist beim Arzneimittelangebot prinzipiell von einem bundesweiten Markt auszugehen. Marktabgrenzungen für Arzneimittelhersteller werden innerhalb der GKV nicht regional vorgenommen, sondern nach Indikationsbereichen. Entsprechend unterschiedlich kann sich die "Marktmacht" einer Krankenkasse darstellen. Große bundesweite Krankenkassen mit einem relativ hohen Versichertenanteil in der GKV können auf lokalen Märkten gegenüber lokalen Anbietern ärztlicher Versorgung durchaus wesentlich geringere Verhandlungsmacht haben als eine örtliche Betriebskrankenkasse. Auf dem Vertragsmarkt für Arzneimittel gestaltet sich die Marktkonzentration teilweise völlig anders.

Darüber hinaus ist zu klären, inwiefern gesundheitspolitischen Zielsetzungen wie etwa einer stärkeren (vertikalen) Vernetzung von Leistungen aus unterschiedlichen Versorgungssegmenten oder die Integrierte Versorgung durch Freistellungen vom Kartellverbot (gemäß § 2 und § 3 GWB) Rechnung getragen werden kann.

Literaturverzeichnis

- Aktories, K., Förstermann, U., Hofmann, F.B., Starke, K. (Hrsg.): (2009) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie: Begründet von W. Forth, D. Henschler und W. Rummel. Elsevier GmbH, München.
- Albrecht, M., Freytag, A., Gottberg, A., Storz, P. unter Mitarbeit von Rürup, B. (2008): Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. IGES, Berlin.
- Albrecht, M., Häussler, B., Sander, M., Schliwen, A., Wolfschütz, A. (2009): Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem, Annex zum Forschungsvorhaben für das BMF (s. Rürup et al. 2009).
- Andersen, H. H., Grabka, M. M. (2006): Kassenwechsel in der GKV 1997 – 2004, Profile – Trends – Perspektiven, in: Göppfarth, D. u. a. (Hg): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, St. Augustin, 145-189.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) / Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung, Datenbank-Stand: 19.10.2009.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008): Entwurf zu Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009, Stand: 27. Juni 2008.
- Cassel, D., Wille, E. (2008): Weiterentwicklung des Arzneimittelmarktes, Kernelemente eines Reformkonzepts zur wettbewerblichen Steuerung der GKV-Arzneimittelversorgung, in: Wille E, Cassel D, Ulrich V: Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. vom 24. Oktober 2008.
- DIMDI (Hrsg.) (2009): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahr 2009

- Ehlers, P.F., Rybak, C., Bitter, H. (2009): Gutachten zur Frage der Auslegung des Begriffs „gleicher Indikationsbereich“ im Rahmen der Substitutionsregelung gemäß § 129 Abs. 1 S. 2 SGB V vom 26.08.2009, München, Berlin.
- Fricke, et al. (2009): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD-Angaben. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK, Bonn
- Friedrich, J., Beivers, A. (2009): Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfalleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2008/2009, Stuttgart / New York, S. 155-181.
- Häussler, B., Höer, A., Hempel, E., Klein, S. (2009): Arzneimittel-Atlas 2009. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. München: Urban und Vogel
- Henke, K.-D. et al. (2009): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Abschlussbericht 30. November 2009.
- Höppner, K. et al. (2005): Grenzen und Dysfunktionalitäten des Kassenwettbewerbs in der GKV: Theorie und Empirie der Risikoselektion in Deutschland, ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2005.
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES), Cassel D, Wille E, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2006): Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin (= Forschungsbericht des Bundesministers für Gesundheit, Gesundheitsforschung, Bd. 006).
- Knaus, T., Nuscheler, R. (2005): Risk Selection in the German Public Health Insurance System, in: Health Economics 14(12), S. 1253-1271.
- Laschet, H. (2009): AOK reizt die Spielregeln bei Aut idem aus, in: Ärztezeitung vom 29.6.2009, S. 5.
- Leber, W.-D., Malzahn, J., Wolff, J. (2007): Neuer Rahmen für die Kliniken, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 7-8/07, 10. Jg., S. 27-32.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2002): Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen, Rahmenvorgaben.

- Mühlhausen, K.-H., Kimmel, F.-P. (2008): Die gesetzliche Krankenversicherung zwischen Sozialrecht, Vergaberecht und Kartellrecht, G+S, 4/2008, S. 30-35.
- Nuscheler, R. (2003): Mehr Wettbewerb wagen, in: WZB-Mitteilungen, Heft 102, S. 36-40.
- Platzer, H. (2008): Zukünftige Vergütungsstrukturen der Krankenhäuser, Rede auf der Expertentagung "Innovative Versorgungsstrukturen für Gesundheitsregionen" am 8.5.2008 in Bayreuth.
- Rürup, B., IGES Institut, DIW Berlin, DIW econ, Wille, E. (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen, Abschlussbericht.
- Rürup, B., Albrecht, M., Igel, C., Häussler, B. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007 (Kurzfassung).
- Schlingensiepen, I. (2009): Rabattverträge – Ärzte sollen mit an Bord sein, in: Ärzte-Zeitung vom 6.7.2009, S. 6.
- Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheit Personal 1998 bis 2007, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Grunddaten der Krankenhäuser 2008, Wiesbaden.

edition der Hans-Böckler-Stiftung
Bisher erschienene Reihentitel ab Band 215

| | Bestellnr. | ISBN | Preis/€ |
|--|------------|-------------------|---------|
| Oliver Pfirrmann Stand und Perspektiven der Beschäftigung in der Nanotechnologie in Deutschland | 13215 | 978-3-86593-097-2 | 10,00 |
| Ulrich Zachert Verfahren und Kosten von Betriebsverlagerungen in ausgewählten Europäischen Ländern | 13216 | 978-3-86593-098-9 | 10,00 |
| Hans-Joachim Voth Transparency and Fairness in The European Capital Market | 13217 | 978-3-86593-099-6 | 12,00 |
| Klaus Maack, Judith Beile, Stefan Schott, Eckhard Voß Zukunft der Süßwarenindustrie | 13218 | 978-3-86593-100-9 | 15,00 |
| Wolfgang Schroeder, Dorothea Keudel Strategische Akteure in drei Welten. Die deutschen Gewerkschaften im Spiegel der neueren Forschung | 13219 | 978-3-86593-107-8 | 12,00 |
| Ralf-Peter Hayen, Manuela Maschke (Hsg.) Boombranche Zeitarbeit – Neue Herausforderungen für betriebliche Akteure | 13220 | 978-3-86593-106-1 | 10,00 |
| Peter Thomas Ein Bündnis für Arbeit und Umwelt zur integralen energetischen Gebäudemodernisierung | 13221 | 978-3-86593-108-5 | 15,00 |
| Wolfgang Schroeder Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Kasseler Konzept | 13222 | 978-3-86593-109-2 | 12,00 |
| Rolf Dobischat, Marcell Fischell, Anna Rosendahl Auswirkungen der Studienreform durch die Einführung des Bachelorabschlusses auf das Berufsbildungssystem | 13223 | 978-3-86593-110-8 | 15,00 |
| Lutz Bellmann, Alexander Kühl Expansion der Leiharbeit Matthias Kemm, Christian Sandig, Judith Schuberth Fallstudien zu Leiharbeit in deutschen Betrieben | 13224 | 978-3-86593-113-9 | 20,00 |
| Henry Schäfer, Beate Frank Derivate Finanzinstrumente im Jahresabschluss nach HGB und IFRS | 13225 | 978-3-86593-114-6 | 18,00 |
| Tobias Wolters Leiharbeit – Arbeitnehmer-Überlassungsgesetz (AÜG) | 13226 | 978-3-86593-110-8 | 15,00 |
| Klaus Löbbecke Die Chemiefaserindustrie am Standort Deutschland | 13227 | 978-3-86593-116-0 | 30,00 |

| | Bestellnr. | ISBN | Preis/€ |
|---|------------|-------------------|---------|
| Siegfried Roth Innovationsfähigkeit im globalen Hyperwettbewerb – Zum Bedarf strategischer Neuausrichtung der Automobilzulieferindustrie | 13229 | 978-3-86593-118-4 | 18,00 |
| Hans-Erich Müller Autozulieferer: Partner auch in der Krise? | 13230 | 978-3-86593-120-7 | 10,00 |
| Judith Beile, Ina Drescher-Bonny, Klaus Maack Zukunft des Backgewerbes | 13231 | 978-3-86593-121-4 | 15,00 |
| Ulrich Zachert Demografischer Wandel und Beschäftigungssicherung im Betrieb und Unternehmen | 13232 | 978-3-86593-122-1 | 12,00 |
| Gerd Busse, Hartmut Seifert Tarifliche und betriebliche Regelungen zur beruflichen Weiterbildung | 13233 | 978-3-86593-123-8 | 15,00 |
| Wolfgang Böttcher, Heinz-Hermann Krüger Evaluation der Qualität der Promotionskollegs der Hans-Böckler-Stiftung | 13234 | 978-3-86593-124-5 | 25,00 |
| Winfried Heidemann, Michaela Kuhnhenne (Hrsg.) Zukunft der Berufsausbildung | 13235 | 978-3-86593-125-2 | 18,00 |
| Werner Voß, Norbert in der Weide Beschäftigungsentwicklung der DAX-30- Unternehmen in den Jahren 2000 – 2006 | 13236 | 978-3-86593-126-9 | 22,00 |
| Markus Sendel-Müller Aktienrückkäufe und Effizienz der Aufsichtsratsarbeit | 13237 | 978-3-86593-128-3 | 29,00 |
| Sedik Bibouche, Josef Held, Gudrun Merkle Rechtspopulismus in der Arbeitswelt | 13238 | 978-3-86593-130-6 | 20,00 |
| Svenja Pfahl, Stefan Reuyß Das neue Elterngeld | 13239 | 978-3-86593-132-0 | 28,00 |
| Arno Prangenberg, Martin Stahl Steuerliche Grundlagen der Umwandlung von Unternehmen | 13240 | 978-3-86593-133-7 | 15,00 |
| Samuel Greef, Viktoria Kalass Wolfgang Schroeder (Hrsg.) Gewerkschaften und die Politik der Erneuerung – Und sie bewegen sich doch | 13241 | 978-3-86593-134-4 | 28,00 |
| Anne Ames Ursachen und Auswirkungen von Sanktionen nach § 31 SGB II | 13242 | 978-3-86593-135-1 | 23,00 |

| | Bestellnr. | ISBN | Preis/€ |
|---|------------|-------------------|---------|
| Ulrich Zachert Tarifeinheit durch Satzungsrecht der Gewerkschaften | 13243 | 978-3-86593-136-8 | 10,00 |
| Mathias Knut, Gernot Mühge Von der Kurz-Arbeit zur langfristigen Sicherung von Erwerbsverläufen | 13244 | 978-3-86593-137-5 | 15,00 |

Ihre Bestellungen senden Sie bitte unter Angabe der Bestellnummern an den Setzkasten oder unter Angabe der ISBN an Ihre Buchhandlung. Ausführliche Informationen zu den einzelnen Bänden können Sie dem aktuellen Gesamtverzeichnis der Buchreihe **edition** entnehmen.

Setzkasten GmbH
Kreuzbergstraße 56
40489 Düsseldorf
Telefax 0211-408 00 90 40
E-Mail mail@setzkasten.de

Über die Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39 Telefon: 02 11/77 78-0
40476 Düsseldorf Telefax: 02 11/77 78-225

➔ www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Mit der vorliegenden Studie wurde analysiert, welche *potenziellen* Wirkungen eine stärker selektivvertragliche Organisation auf die Gesundheitsversorgung hat. Im Mittelpunkt steht hierbei die Frage, in welchem Ausmaß die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen infolge einer Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung eingeschränkt werden könnte: im Hinblick auf den regionalen Zugang zu Versorgungsangeboten in der Krankenhausversorgung und im Hinblick auf den Zugang zu unterschiedlichen Arzneimitteltherapien. Aus dieser Wirkungsanalyse wurden Anforderungen an den regulatorischen Rahmen entwickelt.

Für die Krankenhausversorgung zeigen Szenario-Analysen, dass die Auswirkungen auf Patienten und Krankenhäuser teilweise sehr stark dadurch bestimmt werden, nach welchem Kriterium Krankenhäuser für Selektivverträge ausgewählt werden. Eine Analyse der Substitutionspotenziale von ausgewählten Arzneimittelwirkstoffen ergab, dass hiervon knapp 55 % gemessen am Umsatz und fast 89 % gemessen an den verordneten Mengen zumindest bedingt Gegenstand von selektivvertraglichem Wettbewerb werden könnten, ohne dass gravierende Versorgungslücken entstünden – allerdings wären hierfür teilweise komplexe Regulierungen erforderlich.



ISBN 978-3-86593-146-7
€ 23,00