

Michael Coenen | Justus Haucap [Hrsg.]

Wettbewerb in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Beispiele Onkologie, Neurologie
und Psychiatrie



Nomos

Die Reihe „Wettbewerb und Regulierung von Märkten und Unternehmen“ wird herausgegeben von

Prof. Dr. Justus Haucap, Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Prof. Dr. Gregor Krämer, Alanus Hochschule für
Kunst und Gesellschaft, Alfter

Prof. Dr. Jürgen Kühling, Universität Regensburg

Prof. Dr. Gerd Waschbusch, Universität des Saarlandes,
Saarbrücken

Band 40

Michael Coenen | Justus Haucap [Hrsg.]

Wettbewerb in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Beispiele Onkologie, Neurologie
und Psychiatrie



Nomos

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

ISBN 978-3-8487-5682-7 (Print)

ISBN 978-3-8452-9823-8 (ePDF)

1. Auflage 2019

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2019. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung – Analyse und Reformansätze

Studie im Auftrag des Berufsverbandes der Niedergelassenen
Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.

Michael Coenen, Justus Haucap, Moritz Hottenrott

Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	13
Executive Summary	15
1 Hintergrund und Ziele der Untersuchung	17
1.1 Hintergrund	17
1.2 Ziel und Aufbau des Gutachtens	17
2 Struktureller Marktüberblick	20
2.1 Zum Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik	20
2.2 Wettbewerb als Instrument der Gesundheitspolitik	23
2.3 Bedarfsplanung	27
2.4 Vergütung	34
2.5 Investitionen	38
Zwischenfazit	40
3 Onkologische Versorgung	42
3.1 Stationäre onkologische Versorgung	42
3.2 Ambulante onkologische Versorgung im niedergelassenen Bereich	44
3.3 Zur Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	49
Zwischenfazit	57
4 Analyse der Wettbewerbsbedingungen in der onkologischen Versorgung	60
4.1 Wettbewerbsvorteile von Krankenhäusern durch vollständige Internalisierung der Behandlungskette	60
4.1.1 Strategische Ausrichtung des Versorgungsangebots von Krankenhausunternehmen	60

4.1.2	Relative und absolute Profitabilität der Versorgung im Krankenhaus – Quersubventionierung in vertikal und horizontal integrierten Krankenhausunternehmen	64
4.1.3	Vertikale Integration der Krankenhausapotheke	68
4.2	Anreize zur Überversorgung in Krankenhäusern mit großer Angebotsbreite und -tiefe	73
4.2.1	Angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen	75
4.2.2	Anreiz zur Überversorgung im Krankenhaus	77
4.3	Patientendiskriminierung im Krankenhaus zur Erlösmaximierung	80
4.4	Patientenlenkung im Krankenhaus zur Erlösmaximierung	84
	Zwischenfazit	89
5	Bewertung	93
5.1	Status Quo	93
5.2	Ausblick	97
6	Handlungsempfehlungen	103
6.1	Zielprobleme	103
6.2	Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke	105
6.3	Diskussion	110
7	Zusammenfassung	114
	Literaturverzeichnis	119

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen	25
Abbildung 2: Anteile der ab 60-jährigen an der jeweils weiblichen und männlichen Bevölkerung für die Jahre 2008 und 2020 auf Landkreisebene	31
Abbildung 3: An der ambulanten onkologischen Versorgung teilnehmende Hämatologen und internistische Onkologen sowie Prognose der zusätzlich benötigten Ärzte von 2008 auf 2020	32
Abbildung 4: Ambulante Betätigungsfelder von Krankenhäusern	49
Abbildung 5: Leistungsausgaben der GKV für ambulante Behandlungen im Krankenhaus nach § 116b SGB V (in Mio. Euro)	50
Abbildung 6: Ambulant-stationärer Grenzbereich in der onkologischen Versorgung	58
Abbildung 7: Anfallende Vergütungserlöse und Medikamentengewinne bei einer Auswahl an Therapiemöglichkeiten bei einem kolorektalen Karzinom (1 Zyklus)	71
Abbildung 8: Anfallende Vergütungserlöse nach Abzug der Medikamentenkosten mit und ohne Zusatzentgelte in der stationären Versorgung bei einer Auswahl an Therapiemöglichkeiten bei einem kolorektalen Karzinom (1 Zyklus)	85
Abbildung 9: Erlöse einer Auswahl an Therapien ohne Zusatzentgelte bei einem kolorektalen Karzinom in der ambulanten und stationären Versorgung (1 Zyklus)	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 10: Erlöse einer Auswahl an Therapien mit Zusatzentgelten bei einem kolorektalen Karzinom in der ambulanten und stationären Versorgung (1 Zyklus)	88
Abbildung 11: Aufteilung der Patienten zwischen Krankenhausunternehmen und niedergelassenen Onkologen nach wirtschaftlichem Potenzial und Notwendigkeit stationärer Behandlung	100
Abbildung 12: Wettbewerb von Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gesetzesentwicklung seit der GKV-Gesundheitsreform	21
Tabelle 2:	Potenzialschätzungen Echokardiographie am Beispiel Mamma-Karzinom: Prätherapeutische und Verlaufs-Echokardiographie vor Trastuzumab/Anthrazykline	63

Abkürzungsverzeichnis

AMNOG	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BSG	Bundessozialgericht
BV	Besondere Versorgung
BWR	Bewertungsrelation
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HS	Hochschule
IBF	Investitionsbasisfallwert
IFW	Investitionsfallwert
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz
KHEntgG	Krankenhaus-Entgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungs- und Reformgesetz
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung

Abkürzungsverzeichnis

LBK Hamburg	Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PKV	Private Krankenversicherung
QZV	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen
RSV	Regionale Spezialfachärztliche Versorgungsnetzwerke
RLV	Regelleistungsvolumen
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
VÄndG	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz

Executive Summary

Seit 15 Jahren betreibt die Politik systematisch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser. 2015 wurden die Regelungen hierzu mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erneut reformiert und vertieft. Krankenhäuser und Vertragsärzte agieren im Hinblick auf Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionsfinanzierung unter ungleichen Bedingungen und sind dennoch auf demselben Markt tätig. Das Gutachten untersucht die wettbewerblichen Konsequenzen dieser Entwicklung und kommt zu den folgenden Ergebnissen:

- *Quersubventionierungsmöglichkeiten in Krankenhäusern schaden dem intermodalen Wettbewerb und führen zu Verschwendung und Ineffizienz in der Versorgung.* Krankenhäuser sind die vertikal und horizontal integrierten Anbieter der gesamten Versorgungskette eines Krankheitsfalles. Zwar kann auch ein niedergelassener Arzt integrierte Behandlungsangebote im Sinne eines behandlungsführenden Arztes organisieren, jedoch kann er hierfür nicht gesondert an der Gesamtvergütung des Behandlungsfalls teilhaben. Krankenhäuser können Vorleistungen internalisieren und gegebenenfalls defizitäre Leistungsbereiche aus anderen Leistungsbereichen, beispielsweise aus der Krankenhausapotheke, zum Nachteil konkurrierender niedergelassener Ärzte quersubventionieren. Quersubventionierung äußert sich im Krankenhaus anders als auf Märkten für „normale“ Güter nicht in künstlich niedrigen Konsumentenpreisen zur Verdrängung eines unliebsamen Wettbewerbers. Sie fließt stattdessen zum einen in Überversorgung im ambulanten Angebot des Krankenhauses (*zu hohe Qualität*) und zum anderen in eine ineffiziente Versorgung (*Qualität an falscher Stelle*).
- *Krankenhäuser verlagern stationäre Ressourcen aus wirtschaftlichen Motiven in den ambulanten Bereich.* Bestehende Strukturen der stationären Versorgung lassen sich von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung abermals nutzen und deckungsbeitragswirksam abermals einsetzen. Den niedergelassenen Fachärzten entstehen Wettbewerbsnachteile aus dem Einsatz von Stationspersonal oder dem Einsatz eines für den stationären Bereich im Krankenhaus bereits refinanzierten medizinisch-technischen Gerätes im ambulanten Angebot des Krankenhauses.
- *Patientenlenkung und Patientendiskriminierung nach Wirtschaftlichkeit gehen nicht notwendigerweise in dieselbe Richtung wie das Versorgungsinter-*

se. Starke Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung verstärken den im Krankenhaus bestehenden Anreiz, Behandlungen nach Wirtschaftlichkeit vorzunehmen.

- *Imperfekte Qualitätstransparenz und mangelhafte Reputationsmechanismen geben Krankenhäusern Möglichkeiten zur unsachgemäßen Leistungsausweitung.* Möglichkeiten zur unsachgemäßen Leistungsausweitung sind im Beispiel der onkologischen Versorgung durch das komplexe und gravierende Krankheitsbild im Krankenhaus besonders ausgeprägt. Sie erstrecken sich auf den großen Bereich der Diagnostik ebenso wie auf die Behandlung von Begleiterkrankungen.
- *Absehbare Folge ungleicher Wettbewerbsbedingungen wird die Ausdünnung der ambulanten Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten sein.* Der Verdrängungswettbewerb durch Krankenhäuser birgt eine Gefahr für die Versorgung in kritischen Facharztdisziplinen. Beispielsweise können in der ambulanten onkologischen Versorgung lokal monopolistische Strukturen folgen, die zu einer schleichenden Qualitätsverschlechterung für die Patientinnen und Patienten führen. Würden schließlich von den Krankenhäusern die weniger lukrativen ambulanten Leistungsbereiche vernachlässigt oder ganz abgebaut, so wäre die flächendeckende Versorgung in Gefahr.
- *Mit einem wettbewerbsorientierten Reformkonzept lassen sich die Wettbewerbsprobleme angehen und die ambulante Versorgung verbessern.* Konstitutiv hierfür sind die folgenden Elemente: (1) der Ausbau von Versorgungsnetzwerken um Verbundvorteile, Skalen- und Synergieeffekte zu vergrößern, (2) die Schaffung wirtschaftlicher Kooperationsmöglichkeiten zur Stärkung des intermodalen Wettbewerbs, (3) eine weitreichende wirtschaftliche Autonomie für die Mitglieder von Versorgungsnetzwerken bei der Vertragsgestaltung, die insbesondere die Möglichkeit einschließen soll, dass die Mitglieder eines Versorgungsnetzwerks frei über die Aufteilung der Gesamtbehandlungserlöse im Netzwerk entscheiden und (4) der Erhalt mittelständischer Strukturen mit selbstständigen niedergelassenen Ärzten in der ambulanten Versorgung; hierdurch wird der intermodale Wettbewerb gestärkt, dem insbesondere im Hinblick auf Fortschritte bei der Organisation und den Prozessen von Versorgung Bedeutung zukommt. Eine mögliche Konkretisierung dieses Konzepts besteht in der Erweiterung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zu Regionalen Spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerken (RSV).

1 Hintergrund und Ziele der Untersuchung

1.1 Hintergrund

Seit ca. 15 Jahren führt ein Paradigmenwechsel in der Gesetzgebung zur medizinischen Versorgung dazu, dass die ehemals klare Trennung der stationären Versorgung durch die Krankenhäuser von der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte stetig verschwindet. Von der Politik wird die Tätigkeit der Krankenhäuser zunehmend in den ambulanten Bereich gelenkt. Zahlreiche Gesetzesänderungen haben zu dieser Entwicklung beigetragen. Zuletzt wurde 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) der Zugang zur ASV einheitlich geregelt und ein dritter Sektor neben dem rein stationären Bereich und dem rein ambulanten Bereich geschaffen. 2015 wurden die Regelungen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) reformiert und vertieft.

Durch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser werden Vertragsärzte zunehmend in eine Wettbewerbsbeziehung mit diesen gesetzt. Wegen ungleicher Wettbewerbsbedingungen ist der Eintritt der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich aus wettbewerbspolitischer Perspektive jedoch kritisch zu hinterfragen.

1.2 Ziel und Aufbau des Gutachtens

Das vorliegende Gutachten untersucht die derzeitige Wettbewerbssituation in der ambulanten Versorgung am Beispiel der ambulanten onkologischen Versorgung und bietet einen Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen.

Kapitel 2 nimmt hierzu zunächst die für die ambulante Versorgung relevante jüngere Gesetzesentwicklung und ihre Auswirkungen in den Fokus. Es wird zunächst die Entwicklung seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 nachvollzogen. Danach wird die Rolle von Wettbewerb im Gesundheitswesen hinterfragt. Schließlich wird ein Überblick über die relevanten Unterschiede im Hinblick auf Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionen zwischen Krankenhäusern und dem Bereich der niedergelassenen Ärzte gegeben.

In Kapitel 3 werden die Möglichkeiten der onkologischen Versorgung vorgestellt, die Vertragsärzten und Krankenhäusern offen stehen. Zunächst werden sowohl die stationäre als auch die teilstationäre Versorgung in Krankenhäusern dargestellt. Anschließend folgen die verschiedenen Möglichkeiten der Betätigung von Vertragsärzten – von der Einzelpraxis bis zu Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Für Krankenhäuser wurden durch das GKV-Modernisierungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Regelungen zur Gründung eines MVZ und Regelungen zur Teilnahme an der ASV weitreichende Möglichkeiten geschaffen, sich im ambulanten Bereich weiter auszubreiten.

Kapitel 4 analysiert grundlegende Aspekte des neuen Wettbewerbsgefüges in der ambulanten Versorgung am besonderen Beispiel der onkologischen Versorgung. Die vertikale Integration von Vorleistungen der Versorgung ist ein Wettbewerbsvorteil, aus dem Krankenhäusern außerordentliche Erlöspotenziale erwachsen, die ohne Regularien zu Fehlanreizen führen. Anhand von Fallbeispielen wird die Bedeutung dieser Erlöse in der onkologischen Versorgung durch Krankenhäuser aufgezeigt. Außerdem werden die stark unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung beschrieben. Abschließend werden die möglichen Anreize für Krankenhäuser, Patienten im Zuge einer wirtschaftlichen Optimierung gezielt ambulant oder stationär zu versorgen, untersucht.

Kapitel 5 bewertet die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel. Das Kapitel schließt mit einem Ausblick auf mögliche zukünftige Marktentwicklungen unter Beibehaltung der heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

In Kapitel 6 werden aus wettbewerbsökonomischer Sicht Handlungsempfehlungen formuliert, die geeignet sind, einige der aufgezeigten Probleme zu beheben. Zunächst werden die wesentlichen Wettbewerbsmängel aufgegriffen und abstrahierend Richtungen beschrieben, in die Reformvorschläge gehen müssen, um die Fehlanreize in der ambulanten Versorgung zu reduzieren. Zwei konkrete Konzepte werden am Beispiel der onkologischen Versorgung skizziert und diskutiert, über die Wettbewerb in der ambulanten Versorgung ein nachhaltig kostengünstiges und qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot sicherstellt.

Kapitel 2 betrachtet die für die ambulante Versorgung relevante jüngere Gesetzesentwicklung und ihre Auswirkungen. In Abschnitt 2.1 wird zunächst die Entwicklung seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 nachvollzogen. Sie ist durch einen Paradigmenwechsel gekennzeichnet, der Krankenhäuser sukzessive von der rein stationären Versorgung in den ambulanten

Versorgungsbereich vordringen lässt. Die Grenze zwischen stationärem und ambulantem Bereich verwischt zusehends. Mit der ASV wurde zuletzt ein *dritter Sektor* generiert, zu dem auch weite Teile der ambulanten onkologischen Versorgung zählen.

2 Struktureller Marktüberblick

In Abschnitt 2.2 werden die Möglichkeiten für Wettbewerb im Gesundheitswesen hinterfragt. Gesundheitsmärkte lassen sich aufgrund ihrer Spezifika nicht als klassische Gütermärkte mit einer Angebots- und einer Nachfrageseite definieren. Stattdessen lässt sich das Gesundheitswesen als ein System dreier indirekt miteinander verbundener Märkte beschreiben, auf denen die Wettbewerbsbeziehungen der Akteure durch spezifische Regelungen gestaltet sind. In der Gesundheitspolitik spielt Wettbewerb bislang überwiegend dann eine Rolle, wenn seine Kostensenkungsfunktion erwünscht ist. Sein Potenzial zur Schaffung von Innovation und bei der Gestaltung von Angeboten wird auf Gesundheitsmärkten nicht ausgeschöpft.

Die Abschnitte 2.3, 2.4. und 2.5 geben einen Überblick über die relevanten Unterschiede zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Hinblick auf Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionen.

2.1 Zum Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Seit etwa 15 Jahren führt ein Paradigmenwechsel in der Gesetzgebung zur medizinischen Versorgung dazu, dass die ehemals eindeutige Grenze zwischen dem stationären Sektor in den Krankenhäusern und der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte stetig verschwimmt. Erste Ansätze für diese Entwicklung erfolgten bereits 1993 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) durch die Zulassung von ambulanten Operationen und der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115a und § 115b SGB V). Von der Entwicklung ist die onkologische Versorgung in besonderer Weise betroffen. In Tabelle 1 wird ein kursorischer Überblick über die wesentlichen Stationen dieser Gesetzesentwicklung gegeben.

Tabelle 1: Gesetzesentwicklung seit der GKV-Gesundheitsreform

1.1.2000	GKV-Gesundheitsreform
<p>Der Gesetzgeber legt die Rahmenbedingungen für den Aufbau der Integrierten Versorgung (IV) fest. Krankenkassen dürfen Verträge mit einzelnen oder mehreren Leistungserbringern und Krankenhäusern abschließen, die integrierte Versorgungsformen anbieten.</p> <p>Es erfolgt eine funktionelle Aufgliederung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung und Förderung der hausärztlichen Tätigkeit. Die Gesamtvergütung wird in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil getrennt. Der Hausarzt vermittelt Patienten durch Überweisungen an den spezialfachärztlichen Bereich und übernimmt somit eine Lotsenfunktion. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können.</p> <p>Ambulante Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern, insbesondere ambulantes Operieren, werden ausgeweitet, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden.</p>	
1.1.2003	Krankenhaus-Entgeltgesetz
<p>Das System der Krankenhausvergütung aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen, Sonderentgelten und Krankenhausbudgets wird auf eine leistungsorientierte Vergütung auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRG) umgestellt. Für jede Krankheit, Krankheitsart und durchgeführte Behandlung werden Pauschalen festgelegt, die die Krankenhäuser mit den Krankenkassen abrechnen. Die Fallpauschalen sind in einer Übergangsphase spezifisch und sollen 2005 und 2006 schrittweise vereinheitlicht werden. Ab 2007 sollen die Krankenkassen landesweit einheitliche Preise für stationäre Krankenhausleistungen bezahlen.</p>	
1.1.2004	Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)
<p>Die Errichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) wird möglich. Im ambulanten Bereich besteht dadurch nun die Möglichkeit, mit angestellten Ärzten als Heilkundengesellschaft vertragsärztliche Leistungen anzubieten.</p> <p>Zusätzlich dürfen Krankenkassen mit einzelnen oder mehreren Leistungsanbietern direkte Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Integrierten Versorgung (Selektivverträge) abschließen.</p>	
1.1.2007	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG)
<p>Vertragsärzte dürfen Zweigpraxen eröffnen, wenn diese die Versorgung am Ort der Zweitpraxis verbessern. Zusammenschlüsse von Medizinern über Orts-, Praxis- und Fachgrenzen hinaus werden erlaubt. Krankenhausärzte erhalten die Möglichkeit, nebenberuflich in einer Praxis tätig zu werden. Vertragsärzte erhalten die Möglichkeit, nebenberuflich im Krankenhaus tätig zu werden. Durch diese Honorararztregelung wird das bestehende Belegarzt-System de facto ausgehebelt.</p>	
1.4.2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)
<p>Krankenhäuser werden für die ambulante Behandlung von Menschen, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden (§ 116b SGB V), geöffnet. Eine erste Fassung des § 116b SGB V war bereits 2003 eingeführt worden, damals jedoch in zwingender Verbindung mit Leistungsverträgen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, die wenig Anklang fanden. Mit der neuen Regelung erhalten Krankenhäuser nun die Möglichkeit, für hochspezialisierte ambulante Leistungen durch das zuständige Bundesland auf Antrag zugelassen zu werden. Krankenkassen und Kliniken können zusätzlich direkte Versorgungsverträge abschließen, ohne dass ein niedergelassener Arzt einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringen müsste.</p> <p>Verträge zwischen Krankenkassen und einzelnen oder mehreren Ärzten dürfen in erweitertem Umfang geschlossen werden. In dem Zuge werden Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten für besondere Versorgungsformen, wie etwa hausarztzentrierte Versorgung oder IV, spezielle Tarifgestaltungen anzubieten.</p>	

2 Struktureller Marktüberblick

1.1.2009	Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG)
Die Finanzierung der Länder von Investitionen, die mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 eingeführt worden ist, wird auf optionale leistungsbezogene Investitionspauschalen umgestellt. Dazu wird ein Orientierungswert eingeführt und die Anbindung an die Grundlohnsomme abgelöst. Der Orientierungswert berücksichtigt die Kostenstrukturen der Krankenhäuser.	
1.1.2011	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)
Die pharmazeutische Industrie und die Hersteller von Medizinprodukten dürfen sich an Projekten zur Integrierten Versorgung beteiligen. Zur Gründung eines MVZ sind Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller allerdings nicht berechtigt.	
1.1.2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
<p>Nur noch zugelassene Ärzte, Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder gemeinnützige Träger dürfen MVZ gründen. Reine Kapitalinvestoren sind zur Gründung eines MVZ nicht länger berechtigt. Zu den zulässigen Rechtsformen (Personengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung) kommt die der Genossenschaft hinzu. Der ärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein.</p> <p>In Gebieten mit Überversorgung entscheidet künftig der Zulassungsausschuss der Kassen und Kassenärzte, ob eine Nachbesetzung erfolgen soll. Wird der Antrag auf Nachbesetzung abgelehnt, hat die KV dem Vertragsarzt oder seinen Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes zu zahlen. Das bisherige Vorkaufrecht der KV im Nachbesetzungsverfahren entfällt.</p> <p>Die Zulassungsausschüsse können neben bereits zugelassenen Vertragsärzten weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ermächtigen, um eine Unterversorgung abzuwenden.</p> <p>Die ASV (§ 116b SGB V) regelt die bisherige ambulante Versorgung im Krankenhaus neu. Unter die ASV fallen Diagnostik und Behandlung seltener Erkrankungen, schwerer Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (hierunter auch Krebserkrankungen) sowie hochspezialisierte Leistungen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Für Krankenhäuser und niedergelassene Leistungserbringer in der ASV gelten einheitliche Bedingungen und die gleichen Zugangs- und Qualifikationsanforderungen. Patienten benötigen für die Teilnahme an dieser Versorgung eine vertragsärztliche Überweisung. Erbrachte Leistungen können direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Niedergelassene Ärzte können auch ihre KV mit der Abrechnung beauftragen, die Gesamtvergütungen der KVen werden entsprechend bereinigt.</p>	
8.4.2013	Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetz (KFRG)
Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erhält den Auftrag, den Kliniken Empfehlungen zum Ausschluss leistungsbezogener Boni für leitende Ärzte zu geben. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, in ihren Qualitätsberichten anzugeben, ob sie sich an diese Empfehlungen halten. Ist dies nicht der Fall, müssen sie angeben für welche Leistungen Bonusvereinbarungen getroffen wurden.	

Quelle: AOK-Bundesverband: Reformdatenbank.

Die GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 folgte erstmals dem Ziel, den ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung für Krankenhäuser zu öffnen und mithin den niedergelassenen Bereich mit Krankenhäusern, zunächst in einem eng begrenzten Maße, in eine Wettbewerbsbeziehung zu setzen. Diese Öffnung des ambulanten Bereiches wurde über die Jahre weiter vorangetrieben. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 setzte die Neuordnung der fachärztlichen Versorgung ein. Der ambulante

Sektor wurde durch MVZ ergänzt, die IV sollte die ambulante Behandlung bestimmter Krankheitsbilder sektorübergreifend verbessern. Weitere Schritte folgten durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007. Mit § 116 b SGB V wurde die ambulante Versorgung neu geregelt und Krankenhäusern auf Antrag beim Land gestattet, hoch spezialisierte Leistungen, beispielsweise auch der Onkologie, ambulant anzubieten. Das Land ist gehalten, bei seiner Genehmigung die vertragsärztliche Versorgungssituation zu berücksichtigen. 2012 wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Zugang zur ASV einheitlich geregelt und ein *dritter Sektor* neben dem rein stationären Bereich und dem rein ambulanten Bereich etabliert. Weitere Reformschritte sind im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erfolgt.

2.2 Wettbewerb als Instrument der Gesundheitspolitik

Die Kosten des deutschen Gesundheitssystems werden von den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenkassen, von den Versicherten der privaten Krankenversicherungen sowie vom Steuerzahler getragen. Da die Kosten also sozialisiert werden, sollte das Gesundheitssystem in einer Weise nachhaltig ausgestaltet werden, dass die Präferenzen der Bürger bestmöglich getroffen werden. Aus ökonomischer Sicht folgt hieraus vor allen Dingen, dass verfügbare Ressourcen effizient alloziert werden sollen. Bei *normalen* Gütern bietet der Markt den Mechanismus, um hohe Qualität zu günstigen Preisen zu erwirken. Auch im Gesundheitsbereich existiert eine Vielzahl *normaler* Güter und Dienstleistungen, für die Markt und Wettbewerb als Mittel zur Ermittlung der effizienten Allokation eingesetzt werden können. Zielgröße hierbei ist die bestmögliche Erfüllung der Präferenzen der Bürger im Hinblick auf Kosten und Qualität.¹

Zielsetzung kurzfristig orientierter Gesundheitspolitik ist indessen häufig ein gesetztes Niveau an Versorgungsqualität zu möglichst günstigen Kosten. Im Vordergrund gesundheitspolitischer Bemühungen stehen immer auch die fiskal- und arbeitsmarktpolitisch wirksamen Forderungen nach einer Beitragsatzstabilität für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und einer Begrenzung der Lohnnebenkosten der Arbeitgeber durch die Gesundheitsversicherung. Reformen dienen hauptsächlich dem Zweck einer kurzfristigen Kostendämpfung unter Nebenbedingungen wie

1 Vgl. für einen kursorischen Überblick über die Aufgaben und Reichweite von Wettbewerb im Gesundheitswesen: Sachverständigenrat (2012), insb. Teil I.

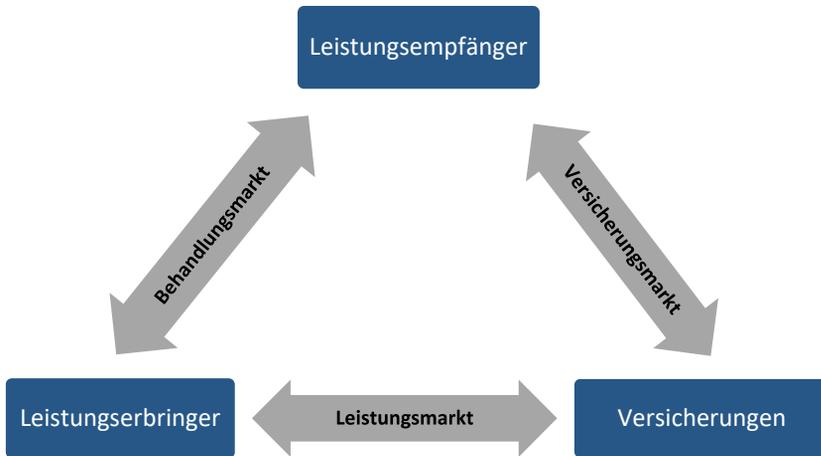
dem weitreichenden Erhalt von Patientenrechten, etwa der freien Arztwahl oder dem Gesundheitskostenvollversicherungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wettbewerbliche Mechanismen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen können beispielsweise Selektivverträge, der Einsatz von Generika oder Rabattverträge sein. Wettbewerb scheint in der Gesundheitspolitik insbesondere dann ein opportunes Instrument zu sein, wenn er als Mechanismus zur Kostenreduktion eingesetzt werden kann. Wesentlicher Treiber der deutschen Gesundheitspolitik ist dabei die Frage, wie sich das Gesundheitswesen vor dem Hintergrund einer stetig alternden Gesellschaft und den kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten in Folge des technischen Fortschritts mit den vorhandenen knappen Mitteln finanzieren lässt.² Zum einen kann der demographische Wandel für die Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden, zum anderen hat der stetige medizinisch-technische Fortschritt starke Auswirkungen auf die Gesundheitskosten.³

Allerdings ist das Gesundheitswesen durch die Krankenversicherung als Finanzierungsintermediär nicht auf einen rein wettbewerblichen Gütermarkt mit bilateralen Geld- und Leistungstransfers beschränkt. Das in Deutschland weitgehend bestehende Prinzip der Krankheitskostenvollversicherung schränkt Anreize beim Leistungsempfänger zur Informationsbeschaffung ein, insbesondere im Hinblick auf die mit einer Therapie verbundenen Kosten. Patienten werden also nicht zwingend eine gleichwertige, aber günstigere Behandlung bevorzugen. Gegebenenfalls kann die Umverteilung der Gesundheitskosten sogar dazu führen, dass sich das Gesetz der Nachfrage umkehrt, eine Therapie also häufiger nachgefragt werden würde, wenn ihr Preis steigt. Weiterhin herrscht auf dem Gesundheitsmarkt eine große Informationsasymmetrie zwischen Ärzten auf der einen und Patienten auf der anderen Seite. Sie erlaubt es den Patienten gegebenenfalls nicht, die Qualität der vom Arzt erbrachten Leistung adäquat zu bewerten. Mithin kann deshalb auf Gesundheitsmärkten eine elementare Voraussetzung für funktionierenden Qualitätswettbewerb fehlen.

2 Vgl. Monopolkommission (2010).

3 Vgl. beispielsweise Repschläger (2012).

Abbildung 1: Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wasem und Höfinghoff (2013).

Aus den genannten Gründen sind Gesundheitsmärkte nicht als normale Gütermärkte zu betrachten.⁴ Vielmehr spalten sie sich in drei Teilmärkte, die miteinander teilweise indirekt verbunden sind (vgl. Abbildung 1). Der erste Teilmarkt ist der Behandlungsmarkt, in dem Leistungserbringer im Wettbewerb um Leistungsempfänger (Patienten) stehen. Der Behandlungsmarkt gliedert sich wiederum in einen kollektiven Bereich, an dem Mitglieder der Krankenkassen und Versicherungsnehmer partizipieren, und einen privaten Bereich, in dem Privatpersonen agieren. In letzterem werden Leistungen direkt und ohne Zwischenschaltung einer Versicherung privat vergütet. Es handelt sich daher nur im Selbstzahlermarkt um eine Wettbewerbsbeziehung, wie sie in einem klassischen Gütermodell vorliegt. Anders stellt sich die Situation im kollektiven Bereich dar. In diesem Teil des Behandlungsmarktes ist der Leistungsempfänger gleichzeitig nicht der Leistungsfinanzier, wodurch kein Preiswettbewerb zwischen den Leistungserbringern zustande kommt. Leistungsempfänger haben hier keinen Anreiz eine günstigere Leistung vorzuziehen oder den Leistungsbezug einzuschränken. Versicherungsnehmer können sich zwar aus Eigeninitiative über Unterschiede in den Preisen ärztlicher Leistungen und von Medikamenten informieren, jedoch existiert hierbei kein universeller Qualitäts-

4 Vgl. hierzu und im Weiteren Wasem und Höfinghoff (2013).