

IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –



08 / 2014

Das zähe Leben des Korporatismus

20 Jahre Wettbewerb in der GKV – eine ernüchternde Bilanz

von Helmut Laschet

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin
Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet
Gestaltung: roman und braun medienproduktionen
Umschlaggestaltung: Robert Roman
Internet: www.implicon.de
ISSN: 2199-4986

Das zähe Leben des Korporatismus

20 Jahre Wettbewerb in der GKV – eine ernüchternde Bilanz

von Helmut Laschet

Vor gut 20 Jahren, mit dem 1992 beschlossenen und 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde ein Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen eingeläutet: Galt bis dahin Wettbewerb als unvereinbar mit einem solidarischen Gesundheitssystem, so wurden nun wettbewerbliche Elemente wie Wahlfreiheit und teilweise Abkehr vom einheitlichen Kollektivvertragssystem und dem für Deutschland typischen Korporatismus eingeführt. Erstmals wurde Anfang der 1990er Jahre der Wettbewerb auch als ein für die Gesundheitsversorgung geeignetes Entdeckungsverfahren für eine effiziente Allokation von Gütern und Leistungen und deren Finanzierung anerkannt. Zahlreiche Folge-reformen haben darauf aufgebaut. 17 Ökonomen und Juristen haben nun in einem kürzlich von den Professoren Cassel, Jacobs, Vauth und Zerth herausgegebenen Buch „Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ Bilanz gezogen. Und die fällt ernüchternd aus: Es mangelt vor allem an einer Vorstellung für einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen, es ist weitgehend bei einer korporatistischen Steuerung geblieben, viele detaillistische gesetzliche Regelungen zeugen von mangelndem Zutrauen in das Verantwortungsbewusstsein von Kassen und Leistungserbringern, und auch die letzte Koalitionsvereinbarung zeuge von „ordnungspolitischer Orientierungslosigkeit“ in der Gesundheitspolitik. „Das Postulat einer stringenten, verstärkt wettbewerblichen Ausrichtung auch und gerade im Gesundheitswesen bleibt somit auch weiterhin aktuell.“

Der Startschuss für Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen fiel im Sommer 1991 vor dem Hintergrund bis dahin einmalig hoher Kostensteigerungen und Defizite bei allen gesetzlichen Krankenkassen – nachdem nur zweieinhalb Jahre zuvor das Gesundheitsreformgesetz mit einer Reihe kostendämpfender Maßnahmen in Kraft getreten und seine Wirksamkeit binnen kürzester Zeit verpufft war. Neben einer konsequenten Budgetierung der Ausgaben für die wesentlichen Leistungsbereiche – ambulante und stationäre Versorgung, Arznei- und Heilmittel – enthielt die Reform einen nicht mehr umkehrbaren Beschluss: Kassenwahlfreiheit für die Versicherten mit Wirkung ab 1997. Dieser Schritt war aus zwei Gründen folgerichtig: Denn im gegliederten System der GKV hatten sich diskriminierende Wahlmöglichkeiten für Versicherte je nach Status und Vorhandensein von Krankenkassen entwickelt. Keine Wahlmöglichkeiten hatten

Versicherte im Arbeiterstatus, deren Betrieb keine Betriebskrankenkasse hatte oder kein Handwerk war; sie waren automatisch und ausschließlich bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihrer Region versichert. Die größten Wahlmöglichkeiten hatten Angestellte in einem Unternehmen mit einer Betriebskrankenkasse: neben der AOK standen ihnen die BKK und darüber hinaus die verschiedenen Ersatzkassen offen. Die Öffnung der Kassen (bei den BKKen optional) verursachten einen erheblichen Mitgliederwechsel, vor allem in Richtung Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen, wobei letztere ihren Marktanteil verdoppeln konnten. Eines der wichtigsten Entscheidungskriterien war der Beitragssatz. Damit wurde der zweite Grund der Reform erfüllt: Preiswettbewerb auf dem GKV-Versicherungsmarkt.

Der holprige Weg zum GKV-Wettbewerb

Gesundheitsstrukturgesetz 1992:

- Freie Kassenwahl ab 1996
- Risikostrukturausgleich ab 1994, erweitert ab 2001 um Sonderaufschläge für Disease-Management-Programme, Schaffung von Risikopools für extrem teure Krankheiten; 2009 morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich mit standardisierten Kosten für 80 Krankheiten, Entfall der Sonderzuschläge für DMP; Ersatz durch Programmkosten-Zuschlag von 15 Euro je teilnehmendem Versicherten

GKV-Neuordnungsgesetze 1997:

- Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen
- Koppelung von Beitragssatzerhöhungen und Zuzahlungen
- Generelle Erhöhung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln, Heilmitteln und Fahrtkosten sowie Krankenhausaufenthalten
- Verringerung der Zuschüsse für Zahnersatz
- Kostenerstattung bei Zahnersatz
- Beitragsrückerstattung
- Kassenindividuelle Selbstbehaltmodelle
- Modellvorhaben und Strukturverträge mit Evaluationspflicht

Gesundheitsreform 2000:

- Einführung der Integrierten Versorgung und Diagnosis Related Groups ab 2003

Gesundheitssystemmodernisierungs-Gesetz 2004:

- Einführung der Praxisgebühr
- Hausarztzentrierte Versorgung und besondere ambulante Versorgung
- Medizinische Versorgungszentren
- Vereinfachung der Bedingungen für Integrierte Versorgung, Anschubfinanzierung
- Nutzenbewertung für Arzneimittel
- Bildung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG)

Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz 2007:

- Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen
- Teilzulassung von Vertragsärzten
- Zweigpraxen
- Fachübergreifende und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Wettbewerbsstärkungs-Gesetz

- Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
- Gesetzlich festgelegter Beitragssatz in Kombination mit kassenindividuellem nicht einkommensabhängigem Zusatzbeitrag
- Morbiditätsorientierung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung
- Schaffung des GKV-Spitzenverbandes
- Scharfstellung der Substitutionsverpflichtung für Apotheker bei Abgabe rabattierter Arzneimittel

Arzneimittelmarktneuordnungs-Gesetz 2011

- Schaffung der frühen Nutzenbewertung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen
- Erstattungsbeträge durch Verhandlungen und Schiedsspruch

Um eine unerwünschte Selektion guter und schlechter Risiken zu vermeiden, wurde ein Risikostrukturausgleich eingeführt, der im ersten Schritt die Risiken Alter, Geschlecht, Familienkoeffizient (Zahl der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen) und beitragspflichtiges Einkommen egalisierte. Als Folge der Gesundheitsreform von 2000 wurde der RSA ab 2001 um einen Risikopool für teure Krankheiten (ab 40.000 Euro) und Sonderzahlungen für in Disease-Management-Programme eingeschriebene Versicherte erweitert. Mit dem Wettbewerbsstärkungs-Gesetz von 2007 wurde eine Morbiditätsorientierung eingeführt, bei der standardisierte Sollkosten für 80 schwere chronische Krankheiten neben den Kriterien Alter und Geschlecht die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bestimmen. Nicht durchgesetzt haben sich Prämienmodelle, wie sie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung empfohlen wurden. Politisch ist die Entscheidung eindeutig und wohl für lange Zeit zugunsten eines Modells der einkommensabhängigen Beiträge gefallen, nicht zuletzt aufgrund der Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags zugunsten eines kassenspezifischen prozentualen Aufschlags auf den gesetzlich definierten Beitragssatz.

Kassenwettbewerb: „Euphorie verflogen“

Das Fazit der Professoren Dieter Cassel und Jürgen Wasem zum Kassenwettbewerb fällt ernüchternd aus: „Hier hatte nach Freigabe der Kassenwahl durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) ab Mitte der 1990er Jahre ein intensiver Kassenwettbewerb eingesetzt, der durch die anfänglich hohen Beitragssatzdifferenzen getrieben war und millionenfach Kassenwechsel nach sich zog. Verstärkt durch einen zunächst noch unzureichenden Einkommens- und Morbiditätsausgleich im RSA, kam es dabei zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen und anhaltender Kassenkonzentration. Seit 2009 erhebt die GKV über den Gesundheitsfonds einen einheitlichen Beitragssatz, so dass es seitdem keinen „Beitragssatzwettbewerb“ mehr gibt. Preiswettbewerb mit kassenindividuellen Beiträgen ist allenfalls mittels „Zusatzbeiträgen“ oder Prämienausschüttungen möglich. Beide Wettbewerbsparameter bleiben jedoch praktisch ungenutzt... Inzwischen ist auch die anfängliche Euphorie verflogen, Versicherte im Kassenwettbewerb mittels versorgungsbezogener Wahltarife binden oder gewinnen zu können: Besondere Versorgungsprogramme erfordern nämlich beträchtliche Investitionen und erzwingen gegebenenfalls die Erhebung von Zusatzbeiträgen, ohne dass derartige Angebote von den 80 Prozent Gesunden der Versicherungsgemeinschaft sonderlich präferiert bzw. honoriert würden. Hinzu kommt, dass die Kassen in der ganzen Breite der ambulanten und stationären Regelversorgung gar keine selektivvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten haben... Auch deshalb bleibt der Kassenwettbewerb weit hinter seinen Möglichkeiten zurück, wodurch sich nicht präferenzgerechte Versorgungsangebote zu überhöhten Kosten am Markt halten können.“

Ähnlich fällt das Urteil der Professoren Volker Ulrich und Andreas Schmidt aus: „Bis heute wird der Zusatzbeitrag als Synonym für unwirtschaftliche Kassen wahrgenommen... Daher ist es kein Zufall, dass gegenwärtig keine gesetzliche Krankenkasse mehr einen pauschalen Zusatzbeitrag erhebt. Unter Versorgungsaspekten bedeuten die Zusatzbeiträge daher eher verlorene Jahre, da die Krankenkassen ... kein zusätzliches Versorgungsmanagement mehr angestoßen haben.“ Die bisherigen Finanzierungsreformen hätten gezeigt, dass die Beitragsgestaltung einen Balanceakt darstellt zwischen einem wahrnehmbaren Preissignal und einem Preissignal, das so stark ausfällt, dass extrem hohe Wechslerzahlen generiert werden, welche die Krankenkassenlandschaft radikal verändern.

Ganz ohne Gestaltungsmöglichkeiten beim Leistungswettbewerb sind die Kassen allerdings nicht. So könnten zum Beispiel Satzungs- und Wahlleistungen (Wahltarife) geeignete Instrumente sein, allerdings, so Christoph Vauth und Wolfgang Greiner, hänge ihre Wirksamkeit stark davon ab, welchen Zusatznutzen die Versicherten subjektiv damit verbinden und ob sie sich über Unterschiede im Leistungsangebot der verschiedenen Kassen überhaupt im Klaren sind. Tatsächlich hat nach Feststellung des Bundesversicherungsamtes bei den ihm unter Aufsicht stehenden Kassen das Volumen von Satzungs-

leistungen als Folge der guten Finanzlage zugenommen. Vauth und Greiner greifen aber die Kritik auf, dass Satzungsleistungen oft nicht evaluiert sind. Nur vom Bundesausschuss ausdrücklich ausgeschlossene Leistungen scheiden als Satzungsleistungen aus. Andererseits bestehen rechtliche Beschränkungen: So hat das Bundesversicherungsamt einigen Kassen verboten, kostenfreie Auslandskrankenversicherungen über Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen anzubieten, weil dies keine vom Gesetz zugelassene Aufgabe von Krankenkassen sei.

Selektivverträge setzen Investitionsbereitschaft voraus

Tabelle: Selektives Kontrahieren in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen	herkömmliche Versorgung	Modellvorhaben	Hausarztzentrierte Versorgung	Besondere ambulante Versorgung	Integrierte Versorgungsformen	Strukturierte Behandlungsprogramme
Elemente						
Rechtsgrundlagen im SGB V	SGB V	§§ 63-65	§§ 73b	§§ 73c	§ 140a-d	§ 137f-g
Freiwilligkeit des Angebotes		X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X		X	X	X
sektorenübergreifende Orientierung		X			X	X
selektives Kontrahieren möglich		X	X	X	X	
Verträge mit KVen möglich	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag			X	X	X	
besondere finanzielle Anreize					X ³⁾	X ³⁾
verpflichtende Evaluation		X				X
zeitliche Befristung		X				X
Capitation möglich		X	(X) ²⁾	(X) ²⁾	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

2) nicht eindeutig im Gesetz geregelt

3) bis Ende 2008

Quelle: SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2012

Mit der Gesundheitsreform 2000 und der Schaffung der Rechtsgrundlagen für die Integrierte Versorgung ist ein neues Wettbewerbselement für die Gesundheitsversorgung geschaffen worden: Vertragswettbewerb, der neben dem Preis- und Leistungs- auch Qualitätswettbewerb ermöglichen soll. Das Schlagwort heißt: selektives Kontrahieren.

Grundsätzlich, so Vauth und Greiner, müsse dabei zwischen zwei Ebenen unterschieden werden:

- der Akut- und Notfallversorgung, die kurzfristig und wohnortnah erreichbar sein müsse und daher für Selektivverträge meist nicht geeignet sei,
- die planbare Versorgung, bei der der Versorgungsbedarf vorhersehbar sei und die Anforderungskriterien Wohnortnähe und Dringlichkeit keine große Rolle spiele und die deshalb für selektive Verträge geeignet sei.

Neben der konventionellen Versorgung im Kollektivvertragssystem stehen für die ambulante und stationäre Versorgung fünf Vertragstypen zur Verfügung (siehe Tabelle). Alle Regelungen zu Modellvorhaben, hausarztzentrierter Versorgung, besonderer ambulanter Versorgung, integrierter Versorgung und Disease-Management-Programmen zielten eher auf eine strukturelle und/oder prozessuale Weiterentwicklung der Versorgung ab und weniger auf eine Preisoptimierung. Sie stehen damit, so Vauth/Greiner, für die innovatorische Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, selektiv gesteuert durch die vertragliche Kooperation einzelner Selbstverwaltungspartner.

Allerdings weisen diese neuen Vertragsmodelle diverse Schwächen auf:

- Sie unterliegen dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Für die hausarztzentrierte Versorgung nach Paragraph 73b gilt zudem derzeit noch, dass die Vergütung für die teilnehmenden Ärzte nicht die der konventionellen kollektivvertraglichen Versorgung übersteigen darf, eine Vorgabe, die demnächst allerdings abgeschafft werden soll.
- Für die hausarztzentrierte Versorgung, die besondere ambulante Versorgung und die Integrierte Versorgung besteht keine Verpflichtung zur Evaluation. In vielen Fällen weiß man nicht, ob die neue Versorgungsform effizienter ist, also ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis erzielt wird. In der Praxis wie beispielsweise in den 73b/73c-Verträgen der AOK Baden-Württemberg erfolgt systematisch eine freiwillige Evaluierung. Andererseits zeigen die Untersuchungen zu den Disease-Management-Programmen ein widersprüchliches Bild, und zwar in Abhängigkeit zur DMP-Affinität der einzelnen Krankenkassen.

- Die Investitionsbereitschaft von Krankenkassen in innovative Versorgungsmodelle ist eher gering ausgeprägt. „Aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit expliziten Zusatzbeiträgen unter den Bedingungen eines niemals perfekten Risikostrukturausgleichs steht zu befürchten, dass es zu unerwünschten Selektionseffekten von Seiten der Versicherten kommen wird, welche keinen aktuellen persönlichen Bedarf für diese zusätzlichen Leistungen haben“, so Vauth und Greiner.
- In der stationären Versorgung sind Selektivverträge unter den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen überhaupt nicht möglich.

Für diesen letzten Punkt schlagen die beiden Professoren zwei Optionen vor:

1. Die Krankenkassen können einzeln oder in Gruppen für planbare Behandlungen mit ausgewählten Krankenhäusern Verträge schließen, die auf Basis der DRG-Vergütung Rabatte vorsehen. Den Katalog planbarer Leistungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen. Bei Umsetzung des Modells sei zu erwarten, dass es mittelfristig zu einer Marktveränderung auf der Angebotsseite kommt. Für wenige vom Bundesausschuss festzulegende Leistungen sieht der Koalitionsvertrag eine modellhafte Erprobung auf mittlere Sicht vor.
2. Alternativ könnten die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich planbare Leistungen ausschreiben. Dieses Vorgehen folge der Logik der bisherigen korporatistischen Systematik. Der Nachteil dieses Modells ist es, dass ein Nachfrage-monopol entsteht und keine Differenzierungsmöglichkeit der Krankenkassen verbleibt.

Eine Option für mehr Qualität

Selektive Versorgungsverträge eröffnen die Möglichkeit, qualitative Standards zu vereinbaren, die über der kollektivvertraglichen Norm liegen. Am einfachsten und vielfach auch gebräuchlich sind Strukturindikatoren (beispielsweise in den Paragraph 73b und 73c-Verträgen der AOK Baden-Württemberg), etwa zur personellen und apparativen Ausstattung. Auch Mindestmengen können ein Anhaltspunkt für Qualität sein, wobei die Festlegung im Einzelfall äußerst strittig ist. Schwieriger ist die Berücksichtigung von Prozessindikatoren, insbesondere dann, wenn es um die Behandlung älterer multimorbider Patienten geht. Ursächlich dafür ist, dass Leitlinien der Fachgesellschaft sich durchweg auf die Optimierung der Behandlung nur einer Krankheit beziehen. Erst in Ansätzen ist ein System für die Ergebnisqualität entwickelt worden. Inzwischen erhebt das AQUA-Institut Göttingen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses rund 440

Qualitätsindikatoren im stationären Sektor, die im jährlichen Krankenhaus-Qualitätsreport berichtet werden. Allerdings ist daraus keine Krankenhaus-individuelle Qualität ersichtlich, so dass dieses Instrument derzeit als Grundlage für selektives Kontrahieren nicht nutzbar ist.

Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt

Der regulatorische Rahmen für die GKV-Arzneimittelversorgung ist seit 1989, dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG), davon geprägt, zunächst die Preiskomponente, schließlich die Mengenentwicklung und seit der zweiten Hälfte der 2000er Jahre die Strukturkomponente (bedingt durch neue Arzneimittel) in den Griff zu bekommen. Die Sensibilisierung der Endverbraucher im Rahmen eines möglichen Preiswettbewerbs über Selbstbeteiligungen spielte dabei meist eine untergeordnete Rolle. Lediglich bei der 2004 erfolgten nahezu vollständigen Ausgrenzung der rezeptfreien Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Kassen und der Preisfreigabe auch auf der Handelsebene wurde hier ein „normaler“ Markt geschaffen. Dominant ist ein korporatistisches Steuersystem.

Das gilt zum ersten für das System der Festbeträge, das 1989 eingeführt worden ist. Ursächlich war die Beobachtung, dass Ärzte auch nach Patentablauf und Herausbildung eines Generikamarktes weiterhin teurere Altoriginale verordneten. Mit der Festsetzung von Festbeträgen auf dem Preisniveau von Generika wird der Erstattungsbetrag begrenzt, jenseits dessen der Patient in voller Höhe eine Zuzahlung leisten muss. Dieses Instrument hat sich als außerordentlich wirksam erwiesen, weil bei Patienten keine Bereitschaft existiert, für eine näherungsweise gleiche Leistung einen höheren Preis zu zahlen. Unternehmen, die versuchten, den Preis ihres Altoriginals auf ursprünglichem Niveau zu halten, verloren nahezu vollständig ihren Absatzmarkt.

Allerdings führte das Festbetragssystem dazu, dass Generika-Anbieter kein besonderes Interesse daran hatten, den Absatz ihrer Produkte über Preissenkungen zu steigern. Die Folge war, dass sich die Preise auf oder leicht unter dem Festbetragsniveau stabilisierten, wobei internationale Preisvergleiche in Generikamärkten darauf hindeuteten, dass das deutsche Preisniveau für Generika relativ hoch war.

Rabattverträge: Das einzige relevante Selektivvertragsmodell

Um den Wettbewerb zu intensivieren, setzte der Gesetzgeber 2001 zunächst auf eine stärkere Rolle der Apotheker und gestand ihnen die konkrete Auswahl des generischen Arzneimittels zu (Aut-idem-Regelung). Dies führte jedoch zu unerwünschten Wirkungen: keine Preissenkungen der Hersteller, sondern ein Konditionenwettbewerb der Hersteller

mit Naturalrabatten, die den Apothekern gewährt wurde, die diese Rabatte allerdings nicht an die Krankenkassen weitergaben. Insofern blieben auch die selektivvertraglichen Rabattverträge der Krankenkassen mit einzelnen Generikaherstellern nach Paragraph 130a Absatz 8 zunächst weitgehend unwirksam. Erst das Verbot von Naturalrabatten in Kombination mit einer Aut-idem-Verpflichtung der Apotheker zugunsten von selektivvertraglich vereinbarten, rabattierten Generika führte zum Erfolg. So verzeichneten die Krankenkassen im Jahr 2011 ein Rabattvolumen von 1,63 Milliarden Euro. In den Jahren von 2006 stieg der Anteil der Generika-Verordnungen am Gesamtmarkt der GKV von 60 auf 72,9 Prozent, der Umsatzanteil der Generika ging jedoch von 35,9 auf 35,6 Prozent leicht zurück. Kontrovers wird allerdings diskutiert, ob mit dieser Entwicklung eine Marktkonzentration in Gang gesetzt worden ist, die schlussendlich sogar die Versorgung gefährden könnte. Eberhard Wille belässt es in seinem Beitrag bei einem nicht aufgelösten Widerspruch: Einerseits beruft er sich auf den baden-württembergischen AOK-Vorsitzenden Christopher Hermann (einen Protagonisten der selektivvertraglichen Rabattverträge) und zitiert: „Der Start der Rabattverträge löste keineswegs die befürchtete Marktkonzentration aus, vielmehr nahm die Zahl der Unternehmen, die nun mit einem Angebot zum Zuge kamen, zu.“ Andererseits zitiert Wille Autoren wie Franz Knieps, wonach die schrumpfenden Margen im Generikamarkt zu Produktionsverlagerungen nach China und Indien geführt hätten, wodurch es zu einer Verknappung auch lebenswichtiger Arzneimittel etwa in der Krankenhausversorgung gekommen sei. Tatsache ist: Lieferengpässe, die oft aus technischen Gründen oder aufgrund starker Nachfragesteigerungen von Schwellenländern entstanden sind, sind kein deutsches Phänomen, sondern Resultat bereits weltweit erfolgter Konzentration auf ganz wenige Vorlieferanten von Wirkstoffen.

Frühe Nutzenbewertung: Problematische Rolle des GKV-Spitzenverbandes

Ein Novum in der deutschen Arzneimittelversorgung stellt das Instrument der frühen Nutzenbewertung dar. Im Kern geht es darum, den zusätzlichen Nutzen eines neuen Wirkstoffs im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie zu ermitteln und auf dieser Basis einen Erstattungsbetrag zwischen Kassen und Hersteller zu vereinbaren. Ob die Nutzenbewertung als Innovationsbremse wirkt, wird – je nach Interessenlage – kontrovers diskutiert. Wille macht darauf aufmerksam, dass die Nutzendefinition in der Arzneimittelnutzenverordnung durch Beschränkung auf den patientenrelevanten Nutzen wohl zu eng gefasst ist, weil sie monetäre Effekte wie beispielsweise Einsparungen durch vermiedene Hospitalisierung, Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vernachlässigt. Um einen indikationenübergreifenden Vergleich zu gewährleisten, schlägt Wille Quality Adjusted Life Years zumindest als Informationsgrundlage für die Nutzenbewertung vor. Aber gerade dies ist von Patientenvertretern – und auch von der Politik – in Deutschland kategorisch abgelehnt worden.

Zwei Punkte im Verfahren der frühen Nutzenbewertung und der anschließenden Verhandlung über den Erstattungsbetrag wertet Wille kritisch: Die Festlegung der Vergleichstherapie, bei der es sich häufig um eine Behandlung mit generischen Arzneimitteln handelt. Deren Preise gelten dann als Referenz für die Festlegung des Erstattungsbetrages, und dies könne dazu führen, dass der Hersteller eines neuen Wirkstoffs seine Forschungs- und Entwicklungskosten nicht mehr amortisieren könne. „Da die Festlegung der Vergleichstherapie das weitere Procedere von der Bewertung des Zusatznutzens bis zur Findung des Erstattungsbetrages maßgeblich bestimmt, sollte der G-BA hier mit Augenmaß entscheiden“ empfiehlt Wille. Und er weist darauf hin, dass der G-BA in diesem Kontext kein unabhängiges Entscheidungsgremium darstellt, weil ihm fünf Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes, aber kein Vertreter der pharmazeutischen Industrie angehören. Es liege nahe, dass die Mitglieder der Krankenkassen in Verfolgung ihrer Interessen die fiskalischen Aspekte über die Wettbewerbsfähigkeit der forschenden Industrie stellten. Ein weiteres ordnungspolitisches Problem bestehe darin, dass der GKV-Spitzenverband als Monopolist mit den Unternehmen verhandelt.

Mit Ausnahme der kassenindividuellen Rabattverträge spielen Wettbewerb und Selektivverträge in der Arzneimittelversorgung eine völlig untergeordnete Rolle. Gesetzlich existiert zwar die Option nach Paragraph 130c, dass Arzneimittelhersteller nach einer Nutzenbewertung und Vereinbarung des Erstattungsbetrages einen Selektivvertrag etwa über Rabattstaffelungen oder Cost-Sharing abschließen. Im Falle einer anerkannten Arzneimittelinnovation mit testiertem Zusatznutzen dürfte der Hersteller laut Wille daran wenig Interesse haben. Anders bei Unternehmen, deren neuer Wirkstoff nur einen geringen Zusatznutzen bescheinigt wurde. Dies könnte Anlass für dezentrale Cost-Sharing-Verträge sein mit dem Ziel gemeinsamer Versorgungsforschung, deren Ergebnis ein höherer Zusatznutzen sein könnte als der zunächst vom Bundesausschuss anerkannte. Ferner existiert erst seit kurzem die Möglichkeit, dass pharmazeutische Unternehmen Partner in der Integrationsversorgung sind. Genutzt wird dies so gut wie gar nicht. Im Ergebnis konstatiert Wille, dass der Wettbewerb der Krankenkassen im Arzneimittelbereich auch nach 20 Jahren GSG noch ein zartes Pflänzchen darstellt, das der Pflege bedarf und eine aufbauende Reformspritze gut vertragen könnte.

Fazit

Welche Schlussfolgerungen ziehen die Herausgeber des Buchs? Dies lässt sich in einigen Kernsätzen aus dem letzten Kapitel zusammenfassen. Bei der wettbewerblichen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems habe sich ein häufig nicht abgestimmtes, kaum überschaubares Regulierungsgeflecht ergeben. Eine Richtungsentscheidung sei zwar vor mehr als 20 Jahren getroffen worden, gleichwohl seien die Reformschritte zu stark am Einzelfall orientiert worden. „So ist nicht zu übersehen, dass nach Inhalt und

Umfang eine Regulierungsintensität an den Tag gelegt wurde, die dem ökonomischen Verständnis von Wettbewerb als Entdeckungsverfahren nicht entspricht und keineswegs erforderlich ist.... Dagegen mangelt es an zusammenhängenden, in sich konsistenten Reformpaketen zur Ablösung der bisher prädominanten kollektiv-administrativen Steuerung des Versorgungsgeschehens, insbesondere zur Fortentwicklung der Selektivversorgung bei bestehendem Regelleistungskatalog.“ Der aktuelle Koalitionsvertrag biete dazu wenig. Im Gegenteil: Wettbewerb werde nur an wenigen Stellen und dann auch eher beiläufig erwähnt. Von konzeptionellem Gestaltungswillen sei überhaupt nichts zu spüren. Die von der Koalition geplanten Reformen – Überführung bewährter Selektivverträge in die Regelversorgung, die Rolle des Bundesausschusses bei der Vergabe von Mitteln aus dem geplanten Innovationsfonds oder auch bei der Konstruktion des neuen Qualitätsinstituts – liefe ordnungspolitisch auf eine Sicherung des korporatistischen „Bestandskartells“ hinaus.

Helmut Laschet
Springer Medizin
Ressort Gesundheitspolitik/Gesellschaft
Ressortleiter / Stellv. Chefredakteur

Literatur

Cassel/Jacobs/Vauth/Zerth (Hrsg.)

Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung
medhochzwei-Verlag, Heidelberg 214

Bitte besuchen Sie uns auch unter **www.implicon.de**. Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber

Dr. med. Manfred Albring
Tel.: 030/431 02 95

Redaktion

Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift

Warnauer Pfad 3
13503 Berlin

Layout

Robert Roman
Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrevorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Roger Jaeckel

Leiter Gesundheitspolitik, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen