

WISO

Dezember 2010

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik



Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft

Bewertung unterschiedlicher
Optionen



Gesprächskreis
Sozialpolitik

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und
Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft

Bewertung unterschiedlicher
Optionen

Stefan Greß

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Vorbemerkung | 3 |
| 1. Einleitung | 4 |
| 2. Rahmenbedingungen | 5 |
| 3. Bewertungskriterien | 6 |
| 4. Finanzierungsmodelle zur Investitionsförderung | 7 |
| 4.1 Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung | 7 |
| 4.2 Förderung von Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen | 8 |
| 4.3 Aufbau einer konsistenten Wettbewerbsordnung | 11 |
| 5. Abschließende Empfehlungen | 12 |
| Literaturverzeichnis | 13 |
| Der Autor | 15 |

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Vorbemerkung

Entwickeln sich innovative medizinische und nicht-medizinische Versorgungsstrukturen quasi automatisch oder bedürfen sie einer Investitionsförderung? Eine Investitionsförderung würde bedeuten, dass zusätzliche finanzielle Mittel in das Gesundheitssystem fließen würden. Die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Friedrich-Ebert-Stiftung haben Prof. Dr. Stefan Greß von der Hochschule Fulda damit beauftragt, dieser Frage aus mikroökonomischer Perspektive nachzugehen.

Die Fragestellung wurde in dem noch laufenden Projekt zum Thema Soziale Gesundheitswirtschaft entwickelt. In diesem Projekt wird auf den Zusammenhang von Gesundheit und Wirtschaft/Beschäftigung/Qualifizierung eingegangen. Diesen Zusammenhang hat es schon immer gegeben und er wird hier nicht neu erfunden. Allerdings werden Wachstum der Industrie und der Dienstleister dem Bedarf des Patienten untergeordnet und so die politische und gewerkschaftliche Perspektive neu akzentuiert.

Am Ende dieses Projektes soll ein Konzept vorgestellt werden, das aufzeigt, welche Strategie sowohl zu einer qualitativ höherwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung führt als auch gute Arbeit und verbesserte Qualifizierung ermöglicht. Ein solches Konzept grenzt sich von denen ab, die z.B. ausschließlich Wachstum oder einseitige Einkommenserhöhungen bzw. Umsatzsteigerungen der Leistungsanbieter im Focus haben und davon abhängig definieren, was zukünftige

medizinische Bedarfe sind und wie darauf einzugehen ist.

Zentral sind in unserem Projekt vielmehr folgende konzeptionellen Überlegungen:

Auszugehen ist von dem gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf an Dienstleistungen für Gesundheit und Pflege.

Alle Angebote müssen patientenzentriert sein und dabei die Arbeitssituation der Beschäftigten im Gesundheitssystem verbessern und lebenslanges Lernen ermöglichen.

Innovationen müssen auf vernetzte Versorgungsstrukturen abstellen, wie z.B. integrierte Versorgung.

Diese Strukturen werden durch einen innovationsfördernden ordnungspolitischen Rahmen mit regionalen bevölkerungsbezogenen Verträgen gefestigt.

Weitere Überlegungen sind auf die Finanzierung ausgerichtet. Hierzu gehören mikro- und makroökonomische Fragestellungen.¹ Die vorliegende Studie von Stefan Greß mit mikroökonomischer Ausrichtung beschreibt nicht nur bestehende innovative Versorgungsstrukturen und deren Förderung, sondern stellt nach deren kritischen Beurteilung eigene Handlungsoptionen für eine zielgenauere und damit wirksamere Investitionsförderung vor. Damit wurden neue Diskussionsanstöße geliefert, die in die weiteren Überlegungen einfließen. Wir bedanken uns bei dem Autor für seine wichtigen Ausführungen und die konstruktive Zusammenarbeit.

Herbert Weisbrod-Frey

Bereichsleiter Gesundheitspolitik
ver.di Bundesvorstand, Berlin

Peter König

Leiter Gesprächskreis Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

¹ Zu einer makroökonomischen Beurteilung zusätzlicher finanzieller Mittel durch Beitrags- und/oder Lohnerhöhungen vgl. Rudolf Zwiener, 2010: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben-Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung, WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung. Außerhalb dieses Projektes zu Finanzierungsfragen aus makroökonomischer Perspektive vgl. Stefan Greß und Heinz Rothgang, 2010: Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland – Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale, WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung.

1. Einleitung

Im Mittelpunkt dieses Papiers steht die Frage, wie aus ökonomischer Sicht die Innovationsfähigkeit einer sozialen Gesundheitswirtschaft verbessert werden kann. Hier wird weniger eine makro- als eine mikroökonomische Perspektive eingenommen. Es geht demnach in erster Linie darum, wie die finanziellen Anreize für Kostenträger und Leistungserbringer zur Investition in Prozess- und Produktinnovationen in der gesundheitlichen Versorgung neu justiert werden können. Zu Beginn des Papiers werden zunächst die Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung einer sozialen Gesundheitswirtschaft zusammengefasst

(Abschnitt 2). In Abschnitt 3 werden Bewertungskriterien für die Beurteilung unterschiedlicher Finanzierungsoptionen abgeleitet. Zu diesen Finanzierungsoptionen zählen verschiedene Varianten eines Innovationsfonds sowie die Wiedereinführung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung, die im Abschnitt 4 bewertet werden. Außerdem wird diskutiert, inwieweit durch die Schaffung einer konsistenten Wettbewerbsordnung bestehende Finanzierungsmöglichkeiten effektiver genutzt werden können. Im abschließenden Fazit werden die zentralen Empfehlungen zusammengefasst.

2. Rahmenbedingungen

Gesundheitsausgaben wurden in der Vergangenheit vorrangig als Kostenfaktor und damit als nachteilig für die Beschäftigungsentwicklung angesehen. Derzeit findet ein allmählicher Paradigmenwechsel statt, der auch das Innovations- und Beschäftigungspotenzial der Gesundheitswirtschaft selbst anerkennt. Steigende Gesundheitsausgaben führen per saldo nicht zwingend zu Beschäftigungseinbußen – es sind je nach Verwendung der zusätzlichen Ausgaben sogar Beschäftigungsgewinne möglich.²

Das Konzept einer sozialen Gesundheitswirtschaft unterstützt diesen Paradigmenwechsel, setzt aber gleichzeitig zentrale Rahmenbedingungen für dessen Operationalisierung. Erstens deutet die Begrifflichkeit „soziale“ Gesundheitswirtschaft bereits auf eine solidarische Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen hin. Die Finanzierung einer Gesundheitswirtschaft durch die Ausweitung von privaten Zusatzversicherungen oder Eigenleistungen ist nicht im Sinne dieses Konzeptes. Soziale Gesundheitswirtschaft impliziert daher eine Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen durch Sozialversicherungsbeiträge oder Steuermittel.

Die öffentliche Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen impliziert dann zweitens, dass die Förderung einer sozialen Gesundheitswirtschaft ausschließlich zur Gesundheitswirtschafts- und Beschäftigungsförderung nicht angemessen im Sinne einer wirtschaftlichen Mittelverwendung ist. Der Anstieg von öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben ist nur dann zur rechtfertigen, wenn die zusätzlichen Mittel effizient verwendet werden. Mit anderen Worten: „Nur eine Gesundheitswirtschaft, die auf nachgewiesene wirksame Innovationen setzt und für deren flächendeckende Umsetzung sorgt, kann

mittel- und langfristig politisch und wirtschaftlich erfolgreich sein (Hilbert/Evans 2009: 6).“

Während die Rahmenbedingungen für die solidarische Finanzierung einer sozialen Gesundheitswirtschaft auf der Makroebene – durch den Gesetzgeber – festzulegen sind, ist drittens die Entwicklung und Förderung innovativer Angebote vor allem eine Aufgabe auf der Mikro- und Regionalebene. Eine zentrale Festlegung regional zu definierender Versorgungsbedarfe ist zum Scheitern verurteilt. Besonders viel versprechend ist in diesem Zusammenhang die regionale und lokale Orientierung integrierter Versorgungskonzepte – unter Einbeziehung auch sozialer und pflegerischer Angebote: „Es werden stimmige Versorgungspakete benötigt, in denen neben explizit medizinischen auch soziale und pflegerische Angebote enthalten sind. Entsprechend der örtlichen Zuständigkeit und Gesamtverantwortung der Kommunen für die gesundheitliche Daseinsfürsorge lassen sich derartige Lösungen am besten auf kommunaler Ebene realisieren (Bormann et al. 2009: 11)“

Zentrale Motivation für die in diesem Papier durchgeführte Analyse ist viertens die Erkenntnis, dass die Entwicklung, Erprobung und Diffusion innovativer Angebote beschleunigt werden muss (Hilbert/Evans 2009: 13). Es bestehen im System der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Hindernisse für die Umsetzung von Versorgungsinnovationen. Aus ökonomischer Perspektive bestehen diese Hindernisse vor allem aus den hohen Investitionskosten bei der Entwicklung von Versorgungsinnovationen, verbunden – und dies ist kritisch – mit der extrem hohen Unsicherheit über die Refinanzierung von Investitionskosten (Bundesverband Managed Care 2010; Hildebrandt et al. 2008).

2 Vgl. hierzu die Berechnungen von Rudolf Zwiener in seinem parallelen Papier.

3. Bewertungskriterien

Die in diesem Papier vorgestellten Optionen zur Investitionsförderung werden im Hinblick auf drei Kriterien bewertet. Erstens müssen sich die verschiedenen Optionen natürlich daran messen lassen, inwieweit sie die Anreize zur Entwicklung, Erprobung und Diffusion innovativer Angebote verstärken. Es ist allerdings nicht daran gedacht, die oben angesprochenen Unsicherheiten bei der Refinanzierung von Investitionen vollständig zu beseitigen. Risikofreie Investitionen führen wiederum zu neuen Fehlanreizen.

Zweitens müssen die Maßnahmen zur Förderung von Produkt- und vor allem Prozessinnovationen so ausgestaltet sein, dass Mitnahmeeffekte möglichst weitgehend vermieden werden. Kostenträger und Leistungserbringer dürfen die zur Verfü-

gung gestellten Fördermittel nicht als „Spielgeld“ interpretieren. Anders formuliert müssen die Fördermechanismen demnach so ausgestaltet sein, dass beide Seiten Anreize für einen verantwortungsvollen Umgang mit den Fördermitteln haben.

Drittens ist die Verteilung der Fördermittel mit möglichst geringem bürokratischem Aufwand durchzuführen. Es wäre wenig angemessen, wenn für die Administration der Fördermittel aufwändige Genehmigungsverfahren durch neu zu gründende Gremien eingeführt werden müssten. Im Sinne eines verantwortungsvollen Umgangs mit öffentlich finanzierten Fördermitteln ist jedoch gleichzeitig ein Mindestmaß an Verantwortlichkeit und Transparenz über die Verwendung der Fördermittel notwendig.

4. Finanzierungsmodelle zur Investitionsförderung

Die bereits angesprochene Erkenntnis – es bestehen erhebliche Hindernisse für Investitionen zur Umsetzung von Versorgungsinnovationen – ist vergleichsweise neu. Der Gesetzgeber hat im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 vor dem Hintergrund der schleppenden Umsetzung der integrierten Versorgung seit deren Einführung im Jahr 2000 erstmals eine Anschubfinanzierung eingeführt. Die Anschubfinanzierung war ein erstes Feldexperiment zur Investitionsförderung und wird in Abschnitt 4.1 bewertet.

Das Auslaufen der Anschubfinanzierung am Ende des Jahres 2008 hat eine Diskussion über Nachfolgeregelungen verursacht, die vom Gesetzgeber jedoch bisher nicht aufgenommen wurde. Die von verschiedenen Akteuren vorgeschlagenen Modelle werden im Abschnitt 4.2 dargestellt und im Hinblick auf die in Kapitel 3 entwickelten Bewertungskriterien analysiert.

Keines der vorgestellten Modelle – soviel lässt sich schon vorab sagen – ist ordnungspolitisch einwandfrei. Für die Entwicklung, Erprobung und Diffusion innovativer Angebote reicht eine Investitionsförderung alleine nicht aus. Dieses Argument wird in Abschnitt 4.3 genauer ausgeführt.

4.1 Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung

Mit Beginn des Jahres 2004 hat der Gesetzgeber die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung eingeführt. Diese Anschubfinanzierung wurde aus einem einprozentigen Abschlag auf die Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche Versorgung und die Krankenhausrechnungen ge-

speist. Das entsprach einem Gesamtvolumen von etwa 1,7 Milliarden Euro (BQS 2009). Die Krankenkassen konnten diese Mittel zunächst für sämtliche integrierten Versorgungsprojekte verwenden. Mit Implementierung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) am 1. April 2007 wurde die Verwendung der Anschubfinanzierung für neue Versorgungsverträge auf Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen und Krankenhausleistungen beschränkt. Im Zeitraum von drei Jahren nicht für integrierte Versorgungsverträge verwendete Mittel mussten von den Krankenkassen zurückgezahlt werden. Die Dauer der Anschubfinanzierung wurde zunächst bis zum 31.12.2006 befristet und einmalig bis zum 31.12.2008 verlängert. Zum letztgenannten Zeitpunkt ist die Anschubfinanzierung ausgelaufen.

Seitdem wurde von verschiedenen Seiten gefordert, die Anschubfinanzierung zeitlich unbefristet zu verlängern (Cassel et al. 2008) bzw. wieder einzuführen (Bormann et al. 2009), um dauerhafte finanzielle Anreize für den Abschluss von Verträgen in der integrierten Versorgung zu schaffen. Außerdem wurde vorgeschlagen, das Volumen der Anschubfinanzierung auf zwei Prozent der Kollektivverträge zu verdoppeln (Bormann et al. 2009; Cassel et al. 2008). Diesen Vorschlägen ist die Politik bisher nicht gefolgt.

Es ist unbestritten, dass die Einführung der Anschubfinanzierung zu einer bis dahin nicht bekannten Dynamik beim Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen geführt hat. Während der Laufzeit der Anschubfinanzierung wurden nach der Auswertung der zuständigen Registrierungsstelle jährlich 1.500 neue Verträge abgeschlossen. Im Jahr 2008 nahmen danach rund vier Millionen Versicherte an integrierten Versor-

gungsverträgen mit einem Vergütungsvolumen von etwa 800 Millionen Euro teil. Nur etwa 20 Prozent der Krankenkassen gaben an, die Mittel der Anschubfinanzierung nicht vollständig für integrierte Versorgungsverträge verwendet zu haben (BQS 2009).

Die angesprochene Dynamik ist ein Indiz dafür, dass die Anschubfinanzierung die Anreize zur Entwicklung und Erprobung innovativer integrativer Versorgungskonzepte erheblich verstärkt hat. In letzter Konsequenz kann dies jedoch nicht belegt werden. Es gibt wenige Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz der geschlossenen Verträge. Die Vertragspartner sind weder zur Evaluation verpflichtet noch müssen sie vorliegende Evaluationsergebnisse veröffentlichen. Letzteres ist vor dem Hintergrund der Generierung von Innovationsvorsprüngen aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive heraus verständlich, erschwert aber die Beurteilung des Erfolgs der integrierten Versorgung aus einer Systemperspektive.

Hinzu kommt, dass die Regelungen der Anschubfinanzierungen einige wichtige Einschränkungen beinhaltet haben. Die kurze Laufzeit – jeweils maximal zwei Jahre – hat die Investitionsicherheit deutlich eingeschränkt. Nachhaltige Investitionsentscheidungen bedürfen eines deutlich längeren Planungshorizonts. Die Einschränkung der Mittelverwendung seit April 2007 fokussiert die integrierte Versorgung auf ambulante ärztliche Leistungen und Krankenhausleistungen unter Vernachlässigung anderer Versorgungssektoren. So resümiert die Registrierungsstelle, dass die vom Gesetzgeber im GKV-WSG beabsichtigte Einbindung von Pflegeleistungen in die integrierte Versorgung nicht gelungen sei (BQS 2009).

Es ist außerdem davon auszugehen, dass der hohe Ausschöpfungsgrad der Anschubfinanzierung – 80 Prozent der Krankenkassen geben an, keine Rückzahlungen leisten zu müssen – auch eine Konsequenz von Mitnahmeeffekten gewesen ist. Die Entscheidung über den Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen aus Mitteln der Anschubfinanzierung hatte für die Kranken-

kassen letztlich keine direkten finanziellen Konsequenzen. Die Verwendung für andere Zwecke war ausgeschlossen – eine Nichtverwendung führte nach drei Jahren zur Rückzahlung an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser. Wie hoch der Anteil von Verträgen ist, die vor allem zur wettbewerblichen Profilierung mittels nicht nachhaltig ausgestalteter Versorgungsverträge geschlossen wurde, lässt sich naturgemäß nicht sagen.

Positiv schneidet die Anschubfinanzierung hinsichtlich der Administrierung ab. Abgesehen von dem vertretbaren Aufwand für die Registrierung der Verträge hält sich der administrative Aufwand in Grenzen. Es mussten – wiederum abgesehen von der schon angesprochenen Registrierungsstelle – keine neuen Gremien zur Abwicklung von aufwändigen Genehmigungsverfahren gebildet werden. Die Entscheidung über den Abschluss und damit letztlich über die Finanzierung von integrierten Versorgungsverträgen lag ausschließlich bei den Krankenkassen auf der Mikroebene.

4.2 Förderung von Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen

Alternativ zur Verlängerung bzw. zur Wiedereinführung der Anschubfinanzierung haben verschiedene Akteure – der Bundesverband Managed Care (BMC), die Hildebrandt GesundheitsConsult (HGC) und der Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung – Konzepte vorgelegt, um Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten im Gesundheitswesen zu fördern. In der Grundaussage sind die Konzepte ähnlich und werden daher gemeinsam analysiert.

Die HGC hat ihr „White Paper“ (Anreize für Forschung und Entwicklung für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen) bereits im Sommer 2008 vor Auslaufen der Anschubfinanzierung vorgelegt. Vorgeschlagen wird ein Maßnahmenbündel, in dessen Zentrum die

Einführung eines „F+E-Anschubbudgets“ als Teil des Gesundheitsfonds steht. Die Krankenkassen sollten für einen Teil der Ausgleichbeträge des Gesundheitsfonds – die Rede ist zwischen einem und drei Prozent – einen Nachweis über die Investitionen in Versorgungs- und Systeminnovationen führen. Bei Nichtverwendung falle dieser Anteil im Folgejahr wieder an den Gesundheitsfonds zurück (Hildebrandt et al. 2008).

Ergänzend wird ein auf zehn Jahre begrenzter Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmensformen im Bereich von Versorgungsinnovationen vorgeschlagen. Während das Anschubbudget aus laufenden Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert wird und daher nicht rückzahlbar ist, soll der Kapitalfonds die Aufnahme und Tilgung rückzahlbarer Kredite erleichtern. Investitionen könnten durch anteilige Sicherungsverzichte und begünstigte Zinssätze erleichtert werden. Die Abwicklung könnte über die Kreditanstalt für Wiederaufbau erfolgen. Vorgeschlagen wird eine begleitende Evaluationsverpflichtung, um eine Veröffentlichung unabhängiger Kosten-Nutzen-Analysen mit einer Karenzzeit von drei bis fünf Jahren zu erreichen. Eine positive Ergebnisevaluation könnte mit einem teilweisen Rückzahlungsverzicht verbunden werden (Hildebrandt et al. 2008).

Der BMC sieht auf der einen Seite die Auswirkungen der Gesundheitsfonds in einer innovationshemmenden „Zusatzbeitragsverhinderungspolitik“ der Krankenkassen. Auf der anderen Seite seien die Leistungserbringer nicht in der Lage, die Ressourcen für Investition in Versorgungsinnovationen aufzubringen. Ein Ausweg aus dieser Situation könnte in einer zeitlich begrenzten Anschub- oder Überbrückungsfinanzierung im Rahmen eines „Innovationsfonds“ bestehen. Gefördert werden sollen ausschließlich Prozessinnovationen wie Chronic-Care-Modelle und verschiedene Formen integrierter Versorgung. Das Hauptaugenmerk läge auf der Realisierung von Einsparungen, aber auch auf der Verbesserung von Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Die Mittel-

vergabe ist gebunden an eine umfassende Evaluation der geförderten Projekte. Grundsätzlich könnten alle Akteure „in und um das Gesundheitswesen“ Mittel beantragen.

Zu finanzieren seien die entsprechenden Mittel als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ unter Einbeziehung der privaten Versicherungswirtschaft. Gemeint ist hier wohl eine Steuerfinanzierung. Auszugehen sei von einem Finanzbedarf von zwei Prozent des derzeitigen Finanzvolumens des Gesundheitsfonds. Das ist ein ähnliches Volumen wie beim Anschubbudget. Die zeitliche Befristung wird nicht genauer operationalisiert. Ein Kuratorium mit Vertretern verschiedener Ministerien (Gesundheit, Wirtschaft und Technologie, Arbeit und Soziales, Verbraucherschutz, Familie) sowie gesellschaftlich anerkannter Persönlichkeiten solle über die Mittelvergabe entscheiden. Akteure des Gesundheitswesens seien in die Entscheidung über die Vergabe nicht einzubinden. Die Mittel könnten als klassische Anschubfinanzierung oder auch als zinsfreies, „im Erfolgsfall rückzahlbares Überbrückungsdarlehen“ gewährt werden. Die zweite Variante werde das Interesse am wirtschaftlichen Erfolg des geförderten Projekts deutlich steigern, ein „blindes Experimentieren“ werde verhindert (Bundesverband Managed Care 2010).

Ein ähnliches – weniger genau spezifiziertes Modell – wurde auch vom Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung vorgelegt. Hier wurde bemängelt, dass bislang kaum praxisnahe Forschung und Entwicklung zur Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsstrukturen in der GKV stattfänden. Dies gelte insbesondere für die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an einer alternden Gesellschaft mit einem zunehmenden Anteil multimorbider Versicherter. Vorgeschlagen wird daher, dass die Krankenkassen einen Zuschlag zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Durchführung von Entwicklungsprojekten erhalten können. Der Gemeinsame Bundesausschuss solle eine Richtlinie zu den Standards solcher Entwicklungsprojekte erarbei-

ten. Die Projekte seien durch Versorgungsforschung wissenschaftlich zu begleiten und die Ergebnisse zu veröffentlichen (Bormann et al. 2009: 7).

Die vorgestellten Modelle sind zunächst im Hinblick darauf zu beurteilen, inwieweit sie die Anreize zur Entwicklung, Erprobung und Diffusion innovativer Angebote verstärken. Sowohl das F+E-Anschubbudget (HGC) als auch der Innovationsfonds (BMC) würden erhebliche Finanzmittel zu diesem Zweck zur Verfügung stellen. Ein Prozent des Ausgleichsvolumens des Gesundheitsfonds machen einen Betrag von derzeit 1,7 Milliarden Euro aus. Die Krankenkassen hätten die Möglichkeit, massiv in Versorgungsinnovationen zu investieren. Dies gilt umso mehr, je weniger Beschränkungen für die Mittelverwendung gelten. Eine Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds bzw. als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln hätte außerdem den Vorteil, dass nicht nur Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser zur Finanzierung von Versorgungsinnovationen herangezogen werden. Ein Verzicht auf zeitliche Befristungen würde darüber hinaus den beteiligten Vertragspartnern eine ausreichende Planungssicherheit geben. Die Kopplung an eine Evaluationsverpflichtung – mit einer zeitlich verzögerten Publikationspflicht zur Wahrung von wettbewerblich relevanten Innovationsvorsprüngen – würde das öffentliche Erkenntnisinteresse an Erfolgsfaktoren für Versorgungsinnovationen wahren.

Ordnungspolitisch sind sowohl das F+E-Anschubbudget (HGC) als auch der Innovationsfonds (BMC) als problematisch zu bewerten. Es war durchaus sachgerecht, im Rahmen der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung auf die kollektivvertraglich finanzierten Budgets zurückzugreifen. Weder durch das Anschubbudget noch den Innovationsfonds wird der Innovationsdruck auf die Kollektivversorgung verschärft. Es handelt sich zumindest beim Innovationsfonds um eine „Add-On“-Finanzierung. In einem funktionierenden Wettbewerbssystem wäre es auch im Interesse der Leistungserbringer, ihre

Marktposition durch ständige Investitionen zu verbessern. Die mangelnde Investitionsbereitschaft der Leistungserbringer hat offensichtlich auch mit der Sicherheit im sektoralen Zulassungssystem zu tun, das „zumindest in der ambulanten Versorgung selbst bei wenig effizienten Organisationsstrukturen wie der klassischen Einzelarztpraxis für eine auskömmliche Leistungsvergütung sorgt (Jacobs 2010: 68).“

Als problematisch sind bei beiden Finanzierungsoptionen darüber hinaus die zu erwartenden Mitnahmeeffekte und die entstehenden Bürokratiekosten zu bewerten. Die Anreize für die Krankenkassen unterscheiden sich beim F+E-Anschubbudget nicht grundsätzlich von denen der Anschubfinanzierung. Das Budget verfällt, wenn es nicht in Anspruch genommen wird. Mit anderen Worten: Die Entscheidung über die Finanzierung von Forschungs- und Entwicklungsaufgaben aus Mitteln der Anschubfinanzierung hat für die Krankenkassen keine direkten finanziellen Konsequenzen. Darüber hinaus ist eine – wahrscheinlich auch nicht abschließend zu führende – Diskussion absehbar, welche Aufwendungen als Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten deklarierbar sind und welche nicht. Zumindest in Stichproben müssten die zuständigen Aufsichtsbehörden dann die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel überprüfen. Geradezu dramatisch wäre der Aufwand für die Administration des Innovationsfonds. Letztlich müssten Ausgaben in Höhe von mindestens 1,7 Milliarden Euro pro Jahr durch das vom BMC vorgeschlagene Kuratorium – ein neu einzurichtendes Gremium mit zweifelhafter Legitimation – genehmigt werden.

Positiver fällt die Bewertung eines von der HGC und vom BMC vorgeschlagenen Kapitalfonds aus. Ein solcher Kapitalfonds könnte über bestehende Institutionen wie die Kreditanstalt für Wiederaufbau nach klar definierten Verwendungskriterien administriert werden. Der Kapitalfonds könnte den Zugang zu Investitionskapital erleichtern bzw. subventionieren und würde gleichzeitig einen erheblichen Teil des Investitionsrisikos beim Investierenden belassen.

4.3 Aufbau einer konsistenten Wettbewerbsordnung

Neben den oben diskutierten Sonderregelungen zur Investitionsfinanzierung ist die Setzung von konsistenten Anreizen im Nebeneinander von Kollektivverträgen auf der einen Seite und Selektivverträgen auf der anderen Seite anzustreben. Die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung war im Grundsatz eine Pauschalbereinigung der Vergütungen im Kollektivvertragssystem zur Finanzierung von Versorgungsleistungen im Selektivvertragssystem. Zentrales Ziel eines solchen Bereinigungsverfahrens ist die Vermeidung von Doppelfinanzierungen von Leistungen, die nur in einem der beiden Vertragsbereiche erbracht werden (Graf 2009). Dieser Bereinigungsmechanismus wird – schon aus Gründen der Handhabbarkeit – nicht ganz ohne pauschale Berechnungsverfahren auskommen (Rieser 2010). Ein funktionierendes Bereinigungsverfahren ist eine ganz zentrale Voraussetzung für die Förderung innovativer Versorgungskonzepte und die langfristige Investitionsbereitschaft der Kranken-

kassen und kann nicht durch andere Innovationstöpfe – sei es ein Anschubbudget oder Innovationsfonds – ersetzt werden (Jacobs 2010).

Die Bereinigung von Kollektivvergütungen zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Beseitigung von Investitionshemmnissen und die Freisetzung wettbewerblich induzierter Innovationsdynamik. Erforderlich ist weiterhin die schrittweise Lockerung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen gegenüber allen zugelassenen Leistungsanbietern und die Etablierung eines konsequent selektivvertraglich organisierten Versorgungsregimes (Jacobs 2010).³ Dazu gehört auch, dass Investitionsbeschränkungen für investitionsfähige und investitionsbereite Akteure abgebaut bzw. nicht weiter erhöht werden. Bestehende Investitionsbeschränkungen betreffen zum Beispiel das Fremd- und Mehrbesitzverbot in der Arzneimitteldistribution. Darüber hinaus plant die Bundesregierung Einschränkungen etwa bei Investitionen für die Gründung und den Betrieb von medizinischen Versorgungszentren (Greß 2010).

3 Zu weiteren Voraussetzungen für einen effizient organisierten Vertragswettbewerb vgl. (Ebsen et al. 2003) und (Cassel et al. 2008).

5. Abschließende Empfehlungen

Es ist unbestritten, dass die Investitionsbereitschaft von Krankenkassen und Leistungserbringern derzeit auf eine Reihe von Hindernissen stößt, die insbesondere die langfristige Planungssicherheit der potenziellen Investoren behindern. Zur Förderung der Investitionsbereitschaft wird daher ein Maßnahmenbündel empfohlen, das gleichzeitig die Investitionsbereitschaft erhöhen und mögliche Mitnahmeeffekte und die mit der Förderung verbundenen Bürokratiekosten minimieren soll.

Erstens sind Anreize und Instrumente für einen die Innovationsentwicklung fördernden Vertragswettbewerb kontinuierlich und konsequent auszubauen. Zu diesen Anreizen und Instrumenten gehören in erster Linie die Entwicklung und Implementierung funktionierender Bereinigungsverfahren zur Vermeidung von Doppelfinanzierung von Leistungen, die schrittweise Überwindung des Kontrahierungszwangs gegenüber allen zugelassenen Leistungserbringern und der Abbau bzw. die Verhinderung eines weiteren Aufbaus von Investitionshindernissen.

Zweitens sollte den Akteuren der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Zugang zu Investitionskapital erleichtert werden. Bestehende Förderinstrumente etwa der Kreditanstalt für Wiederaufbau könnten hierzu genutzt und adaptiert werden. Verpflichten sich die Antragsteller zur Evaluation der Investitionsvorhaben und stimmen einer zeitverzögerten Publikation der Evaluationsergebnisse zu, könnten diese Investitionen durch Sicherungsverzicht und subventionierte Zinssätze besonders unterstützt werden. Unter Umständen könnten nachgewiesene erfolgreiche Projekte auch durch einen teilweisen Rückzahlungsverzicht besonders gefördert werden.

Wegen ordnungspolitischer Bedenken, die mit diesen Maßnahmen verbundenen Bürokratiekosten und der abzusehenden Mitnahmeeffekte ist die Einrichtung eines steuerfinanzierten Innovationsfonds oder aus Beitragsmitteln finanzierten Anschubbudgets abzulehnen. Es wäre allenfalls zu erwägen, pauschale Bereinigungsverfahren – ähnlich der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung – für einen Übergangszeitraum so lange wieder einzuführen, bis reguläre Verfahren zur Bereinigung der Kollektivvergütungen implementiert sind.

Literaturverzeichnis

- Bormann, R.; Fiedler, E.; Hermann, C.; Knieps, F.; König, P.; Lang, A.; Naegele, G.; Reichert, M.; Rothgang, H.; Schaeffer, D. 2009: Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Bonn, WISO Diskurs. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- BQS 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, Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V.
- Bundesverband Managed Care 2010: „BMC entwickelt Konzept für einen Innovationsfonds im Gesundheitswesen.“ Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 15: 5-6.
- Cassel, D.; Ebsen, I.; Greß, S.; Jacobs, K.; Schulze, S.; Wasem, J. 2008: Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Cassel, D.; Ebsen, I.; Greß, S.; Jacobs, K.; Schulze, S.; Wasem, J. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK: 9-149.
- Ebsen, I.; Greß, S.; Jacobs, K.; Szecsenyi, J.; Wasem, J. 2003: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn, AOK-Bundesverband – AOK im Dialog (Band 13).
- Graf, J. 2009: „Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln.“ Monitor Versorgungsforschung 2(6): 36-38.
- Greß, S. 2010: Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen. Aushöhlung des Solidaritätsprinzips – Einseitige Belastung der Versicherten – Noch mehr Klientelpolitik. WISO Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn, Expertise im Auftrag des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hilbert, J.; Evans, M. 2009: Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten. Bonn, Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen. WISO Diskurs. Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hildebrandt, H.; Kolzau, T.; Bischoff-Everding, C.; Stüve, M.; Saade, P.; Weyler, E.-J. 2008: White Paper: Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungsinnovationen im Gesundheitswesen, Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH.
- Jacobs, K. 2010: „Der Innovationsfonds – Ein ordnungspolitischer Irrläufer.“ Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 15(2): 67-69.
- Rieser, S. 2010: „Honorarbereinigung bei Selektivverträgen.“ Deutsches Ärzteblatt 107 (1-2): A16.

Der Autor

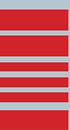
Prof. Dr. Stefan Greß

Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

stefan.gress@hs-fulda.de



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Finanzkrise kostet jeden Deutschen im Schnitt mehr als 9.000 Euro

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Nach der Krise ist vor der Krise
Haben wir die richtigen Lehren gezogen,
und was bleibt zu tun?**

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Rente mit 67: Zwischen Demographie und
Arbeitsmarkt**

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Eine Energiepolitik für die Zukunft

WISO direkt

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Europas unterschätzte Ungleichheit

WISO direkt

Steuerpolitik

**Welche Steuerpolitik gehört zum
„sozialdemokratischen Modell“?**

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

**Mitarbeiterkapitalbeteiligungsgesetz –
Förderungsgesetz für KMU?**

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Was die Verbraucherpolitik wissen sollte –
Handlungsfelder der Verbraucherforschung**

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Neuordnung der Finanzierung des
Öffentlichen Personennahverkehrs
Bündelung, Subsidiarität und Anreize
für ein zukunftsfähiges Angebot**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

**Das Programm Soziale Stadt
Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der
Städte**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Finanzierungsreform der Krankenversicherung
in Deutschland – Vorschläge für ein
Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Finanzierungsalternativen für zusätzliche
Gesundheitsausgaben – Auswirkungen auf
Wachstum und Beschäftigung**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**In Qualifizierung investieren –
ein Weiterbildungsfonds für Deutschland**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Gute Arbeit und lebenslanges Lernen –
das Versagen der Weiterbildung in Deutschland**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Perspektiven der Erwerbsarbeit:
Facharbeit in Deutschland**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**Die Mitbestimmung im Kontext europäischer
Herausforderungen**

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Arbeitsplatz Hochschule
Zum Wandel von Arbeit und Beschäftigung
in der „unternehmerischen Universität“**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Integrationspolitik der Europäischen Union

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

**Wem werden Konjunkturprogramme gerecht?
Eine budgetorientierte Gender-Analyse der
Konjunkturpakete I und II**

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso