

## **Vertragswettbewerb und Marktmacht – Wer gewinnt?**

Wissenschaftliches Symposium  
am 16. Januar 2009 in Leipzig

### **Inhaltsverzeichnis**

	Seite
<b>Wettbewerbsparameter der Gesetzlichen Krankenkassen im Lichte des Gesundheitsfonds</b>	
Franz Knieps	2
<b>Lösen Hausarzt- und Direktverträge die Kollektivverträge ab? Cui bono?</b>	
Dr. Klaus Heckemann	2
Cornelia Prüfer-Storks	2
<b>Arzneimittel-Rabattverträge versus Festbeträge</b>	
Dr. Stefan Plantör	3
Dr. Timm Volmer	
Dr. Christopher Hermann	4
<b>Vertragsfreiheit in der Stationären Versorgung nach Ende der Konvergenzphase?</b>	
Dieter Blaßkiewitz	
Prof. Dr. Günter Neubauer	

**Uns zur Verfügung gestellte Abstracts und Folien werden zusätzlich im Internet unter [www.grpg.de/Aktivitäten/Veranstaltungen](http://www.grpg.de/Aktivitäten/Veranstaltungen) veröffentlicht.**

## **Wettbewerbsparameter der Gesetzlichen Krankenkassen im Lichte des Gesundheitsfonds**

Franz Knieps

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 werden die Rahmenbedingungen für wettbewerbliches Handeln im Gesundheitswesen deutlich verändert. Während bisher der Wettbewerb zwischen Krankenkassen primär um den Beitragssatz, also um den Preis für ein weitgehend einheitliches Produkt geführt wurde, rücken nun Produktdifferenzierungen und Servicequalität in den Focus wettbewerblicher Differenzierungen.

Allerdings wird die Preiskomponente in Form von Ausschüttungen und Zusatzbeiträgen in den kommenden Monaten und Jahren wieder ein stärkeres Gewicht entfalten. Die Krankenkassen werden aber auf jeden Fall größere Gestaltungsspielräume gegenüber Versicherten und Leistungserbringern haben. Mit Hilfe von Wahlтарifen und besonderen Versorgungsangeboten werden sie in die Lage versetzt, besser den unterschiedlichen Bedarfslagen und Präferenzen ihrer Mitglieder zu entsprechen. Gleichzeitig wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich Anreize zu plumper Risikoselektion mindern und eigene Versorgungsaktivitäten der Krankenkassen insbesondere bei den großen Volkskrankheiten fördern. Dabei wird sich herausstellen, dass die apokalyptischen Vorstellungen, die im Laufe der Gesetzgebungsvorhaben an die Wand gemalt wurden, einer pragmatischen Kassenpolitik weichen werden. Die Kassen haben keine Alternative als zu gestalten. Wer nicht gestaltet, wird verlieren.

## **Lösen Hausarzt- und Direktverträge die Kollektivverträge ab? Cui bono?**

Dr. Klaus Heckemann

Es wird der Versuch einer Analyse unternommen, welche Absichten der neuen Gesetzgebung zugrunde gelegen haben könnten. Im Weiteren werden die heute schon vorhandenen Ergebnisse und perspektivisch absehbaren Auswirkungen dargestellt und bewertet. Dabei werden auch die Konsequenzen für die gesamte GKV beleuchtet und zum Abschluss ein alternativer Vorschlag vorgestellt.

## **Lösen Hausarzt- und Direktverträge die Kollektivverträge ab? Cui bono?**

Cornelia Prüfer-Storks

Neue Verträge müssen zu einer spürbaren Verbesserung der Versorgung im Vergleich zum bestehenden Kollektivsystem führen, die für den Patienten auch erlebbar ist. Keineswegs dürfen die vertragswettbewerblichen Optionen einen Selbstzweck erfüllen und lediglich zur Vergütungsaufbesserung der Ärzte bzw. als reines Marketinginstrument der Krankenkassen dienen.

Die AOK Rheinland/Hamburg steht hinter dem Grundgedanken der hausarztzentrierten Versorgung. Ein Kontrahierungszwang, wie ihn das GKV-Org-WG vorsieht, steht jedoch im

Widerspruch zu einem Vertragswettbewerb, welcher der Versorgungsoptimierung dient. Dennoch schätzen wir die Möglichkeit, hier echte selektivvertragliche Elemente in die Verträge einzubeziehen.

Verträge zur Integrierten Versorgung sind ein geeignetes Instrument, um Versorgung aktiv zu gestalten. Mit dem Ende der Anschubfinanzierung ist jedoch die weitere Umsetzung gefährdet. Es besteht die Gefahr, dass nur noch Projekte durch die Krankenkassen weiterfinanziert werden, die auch einen erkennbaren Kostenvorteil generieren. Dies darf jedoch nicht das einzige Kriterium sein, da Versorgungsverbesserung nicht zwangsläufig mit Kostenersparnissen einhergeht – schon gar nicht mit solchen, die kurzfristig messbar sind.

Fazit:

Die KVen sind als Interessenvertreter der niedergelassenen Ärzte und als Partner der Krankenkassen bei der Nutzung neuer vertragspolitischer Gestaltungsräume kein Auslaufmodell. Einem additiven Gebrauch der selektivvertraglichen Möglichkeiten steht die AOK Rheinland/Hamburg aufgeschlossen gegenüber. Die AOK Rheinland/Hamburg möchte einen Qualitätswettbewerb.

## **Arzneimittel-Rabattverträge versus Festbeträge**

Dr. Stefan Plantör

Das Thema Vertragswettbewerb und Marktmacht suggeriert eine ordnungspolitische Alternative – entweder Festbetrag (FB) oder Arzneimittel-Rabattverträge (AM-RV). Die Festbeträge stehen als ein Beispiel für die zahlreichen zentralen Regelungen in der AM-Ausgabensteuerung „von oben“ (Dirigismus), die Arzneimittelrabattverträge sind das Beispiel für eine dezentrale Regelung durch die Marktpartner.

Grundsätzlich sind Dirigismus und Wettbewerb zwei gegensätzliche und unvereinbare Steuerungsansätze. Im deutschen GKV-Arzneimittelmarkt finden wir jedoch beide Ansätze in paralleler Anwendung vor. Die Generikaindustrie muss ihre Preispolitik an den dirigistischen Vorgaben ausrichten und zusätzlich kassenindividuelle Aktivitäten im Preiswettbewerb entfalten.

Deutschland ist Dirigismusweltmeister und verfügt über sich widersprechende Steuerungsinstrumente. Ein Beispiel ist die Verschärfung der Festbetragsregelung durch die Zuzahlungsbefreiungsgrenze. Liegt der Arzneimittelverkaufspreis mehr als 30 Prozent unter dem Festbetrag, greift die Zuzahlungsbefreiung. Werden Festbeträge weiter abgesenkt, erreichen die Zuzahlungsbefreiungsgrenzen ein so niedriges Niveau, dass die Arzneimittelpreise nicht mehr angepasst werden können. Leidtragende dieser Fehlsteuerung sind die Patienten, wenn sie bei sinkenden Festbeträgen (wieder) höhere Zuzahlungen leisten müssen.

Der Abschluss von Rabattverträgen ist ein MUSS, keine souveräne und autonome Entscheidung der pharmazeutischen Unternehmer. Die Verknüpfung von Aut-idem-Regelung und Rabattvertrag öffnet den jeweiligen Krankenkassenmarkt oder riegelt ihn ab. Ohne Rabattvertrag gibt es kein Umsatz mit der jeweiligen Krankenkasse. Die Krankenkasse ist am längeren Hebel und profitiert vom dirigistischen Preiswettbewerb in Verbindung mit den kassen-individuellen Preiszugeständnissen der Rabattverträge. Die Wettbewerbssituation der Kassen untereinander (Vermeidung von Zusatzbeiträgen) erhöht den reinen Preisdruck

auf den Hersteller. Die Entwicklung neuer Galeniken, eines aufwändigeren, altersgerechtes Packungsdesign oder neuer Dosiermechanismen ist für die Zuschlagserteilung in einem Rabattvertrag nicht relevant. Qualitative Aspekte in der Arzneimittelversorgung haben keinen Einfluss auf die Rabattvertragsgestaltung.

Die Generikaindustrie fordert einen ordnungspolitischen Rahmen des Gesetzgebers für den Wettbewerb. Unsere Vision ist es, dass die Krankenkassen als Unternehmen Preisverhandlungen mit Pharmazeutischen Unternehmen führen. Und es dabei zur Anwendung des vollständigen Wettbewerbs- und Kartellrechts auf die Marktteilnehmer kommt.

## **Arzneimittel-Rabattverträge versus Festbeträge**

Dr. Christopher Hermann

Mit Einführung von Arzneimittelfestbeträgen im Jahr 1989 hat der Gesetzgeber erstmalig den Krankenkassen einheitlich die Möglichkeit eröffnet, gemeinsam mit Ärztevertretern Erstattungshöchstgrenzen für Arzneimittel festzusetzen. Hierbei standen die flächendeckende Senkung der Arzneimittelausgaben, nicht aber wettbewerbliche Aspekte im Vordergrund. Durch die ab 2003 möglichen und 2007 funktionsfähig ausgebauten Arzneimittelrabattverträge wurde ein im wesentlichen durch Wettbewerbselemente geprägtes Steuerungsinstrument etabliert, das auch bei festbetragsgeregelten Arzneimitteln ganz erhebliche Einsparungen zugunsten der GKV-Solidargemeinschaft generiert.

Insbesondere pharmazeutische Unternehmer fordern aufgrund einer vermeintlichen Kollision beider Instrumente die Abschaffung der Festbeträge. Nachdem das Zustandekommen von Festbeträgen und somit deren Wirksamkeit mittlerweile rechtssicher möglich ist - noch 1999 konnten pharmazeutische Unternehmen die Aufhebung von Festbetragsgruppen einklagen -, stellt sich die Situation für Rabattverträge anders dar. Selbst bei umfänglicher Umsetzung des Vergaberechts ist nicht sicher, dass eine (regelmäßig sozialrechtlich nicht vorgeprägte) Vergabekammer so zeitig über eine Ausschreibung entscheidet, dass unter Ausschöpfung des Rechtswegs die vergaberechtlich gebotene, kurze Angebotsbindefrist nicht überschritten wird. Hier würde nach Wegfall der Festbeträge kein Preisdämpfungsinstrument mehr wirken. Zudem ist die behauptete Kollision bzw. deren Negativwirkung auf pharmazeutische Unternehmer fraglich.

Für die ernsthafte Diskussion einer - ggf. auch teilweisen - Abschaffung der Festbeträge und die Ersetzung durch AM-Rabattverträge fehlen somit derzeit neben den rechtlichen auch valide wirtschaftliche Grundlagen. Eine Koexistenz beider Systeme mit der Perspektive eines bedingten Ruhens oder des Wegfalls von Festbeträgen im patentfreien Arzneimittelmarkt bei Einführung verbindlicher kassenindividueller Positivlisten bleibt derzeit erforderlich.