

# Innovationspolitik – eine ordnungsökonomische Skizze

von Herbert Rebscher<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Wettbewerb soll Innovationen fördern.** Die moderne ökonomische Forschung zu Innovationen auf Wettbewerbsmärkten misst dabei der Rolle der Regulierung und der staatlichen Förderung eine wachsende Bedeutung zu. Eine ordnungsökonomische Beurteilung ist eine Voraussetzung, um kluge ordnungspolitische Entscheidungen zu treffen. Unter den spezifischen Bedingungen von Gesundheitsmärkten entsteht so ein differenziertes Bild von direkt staatlichen Aufgaben, regulatorischen Bedingungen und Regeln und vom Wert wettbewerblicher Suchprozesse. Die dazu notwendigen ordnungsökonomischen Bedingungen und Voraussetzungen werden diskutiert und insbesondere die Überwindung der Gefahr des ordnungspolitischen „Rollback“ thematisiert, der durch direkte staatliche Eingriffe und bürokratische institutionelle Settings (Innovationsfonds) geprägt ist. Konkret könnte die Einführung eines Budgets für Forschung und Entwicklung für Krankenkassen eine wettbewerbskonforme Alternative sein, die den Suchprozess Einzelner in den Dienst einer besseren Versorgung aller stellt.

**Schlüsselwörter:** Wettbewerb, Innovation, Ordnungspolitik, Ordnungsökonomie, Innovationsfonds

**The aim of competition is to stimulate innovation.** Economic research on innovation has lately attached more and more importance to regulation and public funding. Analysing regulatory economic constellations is a good precondition for intelligent regulatory policy decisions. Bearing in mind the specific framework of health markets, a differentiated picture emerges. It sheds a light on immediate public tasks, regulatory preconditions and rules, and on the value of competitive search processes. The article discusses the necessary economic preconditions and particularly how to avert the danger of a regulatory rollback, which is characterized by direct governmental interference and bureaucratic institutional settings, the innovation fund being one example. More precisely, the introduction of a research and development budget for health insurers might be an alternative that complies with the rules of competitive conduct and at the same time gears individual search processes towards a common goal, namely better medical treatment.

**Keywords:** competition, innovation, regulatory policy, regulatory economics, innovation fund

## 1 Märkte und Innovationen – kein Automatismus

Produkt- und Prozessinnovationen durch dezentrale Suchprozesse sind eine der zentralen Funktionen von wettbewerblich verfassten Märkten. Dieses Narrativ durchzieht auch die Debatte um Reformen im Gesundheitssystem. Den Wettbewerb auf dieses Ziel auszurichten, ist die zentrale ordnungspolitische Gestaltungsaufgabe des Staates. Unregulierte Märkte sind mit dieser Aufgabe überfordert – nicht nur in

Gesundheitssystemen. Die Hoffnung, dass Wettbewerb per se Innovationen hervorbringt, ist weder theoretisch evident noch empirisch belegbar. Joseph Stiglitz fasst die neuere ökonomische Forschung zu diesem Punkt wie folgt zusammen: „Es kann nicht angenommen werden, dass Märkte Wissen und Lernprozesse effizient erzeugen und verbreiten. Im Gegenteil: Es ist anzunehmen, dass Märkte nicht effizient sind.“ Und er fährt fort: „Die Mängel der Märkte (treten), insbesondere in Zusammenhang mit Innovationen, nicht zufällig auf, sondern sind vielmehr ein fester Bestandteil von Innovationsprozessen“ (Stiglitz 2015, 47 und 49).

<sup>1</sup> Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung · In den Wiesen 17 · 27404 Gyhum-Hesedorf  
E-Mail: herbert.rebscher@igv-reasearch.com · Telefon: 0172 260888

Mariana Mazzucato (*Mazzucato 2014*) zeigt konkret auf, in welchem hohen Maße bei grundlegenden Innovationen die sogenannten Innovatoren auf staatlich initiierten und finanzierten wissenschaftlichen Erkenntnissen und daraus entwickelten Produktinnovationen aufbauen konnten. Am Beispiel Apple zeigte sie, dass sich bei kontinuierlich zurückgehendem Anteil des Aufwandes für Forschung und Entwicklung (F&E) am Umsatz das Umsatzwachstum enorm beschleunigte, die Aktienkurse von acht Dollar auf in der Spitze 700 Dollar emporschnellen und die Barreserven des Unternehmens größer waren als der amerikanische Staatshaushalt (*Mazzucato 2014, 116 ff.*). Apple galt als das innovative Unternehmen schlechthin. Übersehen wurde bei dieser Erfolgsgeschichte, dass die zwölf wichtigsten Technologien der iPhone- und iPad-Linie allesamt aus staatlich finanzierten F&E-Prozessen resultierten und Apple selbst „seinen Erfindungsreichtum nicht auf die Entwicklung neuer Technologien und Bauteile richtet, sondern auf ihre Integration in eine innovative Architektur“ (*Mazzucato 2014, 121*). Apple ist nur ein Beispiel für den enormen Anteil staatlicher Finanzierung an F&E. In vielen anderen Märkten ist dieser Sachverhalt nachzuzeichnen, insbesondere auch auf den Gesundheitsmärkten. Er macht eine neue Sicht auf die Rolle zentraler (auch staatlicher) Innovationsimpulse notwendig.

Auch die wirtschaftspolitische Debatte rund um die Bundestagswahl 2017 kreiste um diese Problemskizze: mangelnde Innovationen auf Zukunftsmärkten (erneuerbare Energie, Elektromobilität, Digitalisierung), Umgehungsstrategien und Absprachen gegenüber regulatorischen, insbesondere umweltschonenden Auflagen (Abgasnormen) und vermeintlichen Innovationen auf den Finanzmärkten (synthetische Produkte). Überall stellt sich die Frage nach der Rolle des Staates als Zielsetzer, Ideengeber, Risikoträger, Forschungsfinanzier, Regulator, Regelsetzer und Ermöglicher. Die Forderung nach Deregulierung und Steuererleichterungen steht im evidenten Kontrast zu den Schäden, die durch die Marktdynamik auf nicht oder nicht gut regulierten Märkten entstanden sind und mit erheblichen Steuermitteln repariert werden müssen.

Dabei geht es nicht um ein Plädoyer für stärkere staatliche Planung, Regulierung und Finanzierung von Innovationen. Es geht darum, das Narrativ von der strukturellen Überlegenheit des Privaten über das Öffentliche zu relativieren. Es geht darum, die Entscheidungsfähigkeit, welches Allokationsinstrument in einer konkreten Situation angemessen ist, zu schärfen. Es geht darum, zu zeigen, dass Märkte der Regulierung bedürfen, um effizient zu sein. Märkte haben ein starkes Innovationspotenzial bei der nachfrageorientierten Produktentwicklung innerhalb bestehender struktureller und technologischer Arrangements.

In Zeiten technologischen Wandels, wenn die strukturellen Arrangements selbst auf dem Prüfstand stehen, wenn disruptive Technologien wie die Digitalisierung einziehen, wenn mittel- und langfristige Entwicklungen mit hohem investiven Auf-

wand verknüpft sind, immer dann haben Märkte ihre Schwächen. Sie sind strukturell blind gegenüber längeren Fristen, insbesondere deshalb, weil ihre ökonomischen Interessen auf dem Gegenwartsertrag des laufenden Quartals fußen. Die Perpetuierung der Gegenwart ist das eigentliche Ziel unternehmerischen Handelns auf Märkten. Die Schumpeter'sche „schöpferische Zerstörung“ wird eher als Drohszenario denn als marktwirtschaftliche Normalität wahrgenommen. Die alte Diskussion, ob der Wettbewerb um den Markt oder der Wettbewerb auf dem Markt innovationsintensiver und wohlfahrtsorientierter ist, wird gerade wieder neu geführt (*Stiglitz und Greenwald 2015, 152 ff.*).

Es geht also nicht darum, zu zeigen, dass der Staat „die gleichen Dinge besser oder schlechter ausführt“ als der Markt, sondern darum, dass der Staat „Dinge tut, die heute überhaupt nicht getan werden“ (*Keynes 2011/1926, 47*). Wenn allerdings der ordnungspolitische Rahmen stimmig instrumentiert ist, wenn die Anreize so gesetzt sind, dass gesellschaftspolitisch definierte Ziele im Fokus des Handelns stehen und der Regulator das tut, was nur er tun kann, dann wird Wettbewerb das effizienteste Suchverfahren zur Problemlösung im Sinne Hayeks (*Hayek 1969, 249 f.*) sein. Politik sollte den Mut haben, diesen Suchprozess aktiv zu fördern, durch liberale Vertragsmodelle zu ermöglichen, dabei ein Höchstmaß an Fehlertoleranz zu zeigen und den Prozess an seinen Ergebnissen zu bewerten. Dieser Nachweis ist durch eine verpflichtende, systematische Evaluation leicht zu erbringen. Dazu sind im Gesundheitssystem einige Nebenbedingungen zu beachten.

## 2 Gesundheit und Innovation – ein Blick auf Strukturen und Prozesse

Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen hat zum Ziel, dass Versicherer und Leistungserbringer in einem Wettbewerbsumfeld agieren können, „welches Prozess- und Produktinnovationen bei allen Vertragspartnern gleichermaßen belohnt beziehungsweise die Anreize so setzt, dass die Entwicklung von Effizienzvorteilen das zentrale Ziel des Handelns der Akteure ist“ (*Vauth und Greiner 2014, 205; Zerth 2010, 3 ff.*). Das normative Versprechen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zielt darauf, dass die Versicherten einen rechtlich einklagbaren Anspruch auf Versorgung im Leistungsrahmen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) haben. Der Anspruch der gleichartigen populationsorientierten Versorgung ist demnach nicht im Wettbewerb gestaltbar. Vorschläge zu verbindlichen Wahlтарифen (*Monopolkommission 2017, 65 f.*) sind deshalb rechtlich und faktisch problematisch.

Im Kern machen wettbewerbliche Suchprozesse dort ökonomisch und versorgungspolitisch Sinn, wo langwierige, teure,

komplexe Versorgungen in arbeitsteiligen Prozessen mehrerer Beteiligter organisiert werden müssen. Deshalb sind die anspruchsvollen Vertragsmodelle in der Regel an einer alternativen Problemlösung bei chronischen und bei schweren Verläufen orientiert (*Rebscher und Kaufmann 2010, IX ff.*). Für die Akzeptanz des selektiven Kontrahierens entstehen daraus wichtige Rahmenbedingungen: Patienten haben hohe Freiheitsgrade bezüglich der Wahl unterschiedlicher Akteure, Therapiekonzepte und örtlicher Präferenzen. Diese in ein strukturiertes Versorgungsmodell zu überführen, bedeutet, Hürden zu überwinden und – schon wegen der Stabilität und Evaluierbarkeit des Konzeptes – Freiheitsgrade einzuschränken.

Gesundheitsberufe haben regional informelle Netzwerke entwickelt, die im Selektivvertrag zur Disposition stehen. Die Veränderung für ein kleines Patientenkollektiv, etwa nur die Patienten einer Kasse, ist mit hohen Transaktionsproblemen belastet. Der Abschluss von Selektivverträgen ist unter den gegebenen Strukturen vor allem dann interessant, wenn diese für die Praxis ergebniswirksam sind, etwa zu höheren Erlösen beziehungsweise Honoraren führen. Mit diesem Konzept nachhaltig Einsparpotenziale für Kassen zu realisieren, ist deshalb kurzfristig illusorisch, mittel- und langfristig dagegen durchaus realistisch, insbesondere durch die Vermeidung vermeidbarer Eskalationen. Solange also der Kollektivvertrag – bei ausgelasteten Kapazitäten – eine auskömmliche Einnahmesituation garantiert, ist die ärztliche Motivation gegenüber selektiven Vertragsabschlüssen ziemlich begrenzt (*Monopolkommission 2017, 62*).

Krankenkassen erleben diese Struktur als Dilemma: Einerseits besteht der Anreiz, die mittel- und langfristige Gesamtkosteneffizienz zu verbessern, andererseits sind die dafür aufzuwendenden kurzfristigen Investitionen unmittelbar ergebniswirksam und belasten den Beitragssatz durch einen höheren Zusatzbeitrag. Die zeitliche Inkongruenz zwischen unmittelbaren Investitionen in eine optimierte Versorgung und der erst langfristigen Amortisation als Ergebnis der Innovation ist ein zentrales Hemmnis. Verstärkt wird dieser Effekt durch ein zweimonatiges Kündigungsrecht, das in der Regel junge und gesunde Versicherte ohne jeden Bezug zum Versorgungsangebot nutzen. Die notwendige Unterscheidung der Perspektiven und Interessen von Versicherten versus der von Patienten ist in der Wettbewerbsdebatte nicht hinreichend thematisiert. Deshalb gilt weiterhin: „... solange differenzierende Angebote im Kassenwettbewerb unter dem ‚Malus‘ von ökonomisch falsch verstandenen Zusatzbeiträgen stehen, wird eine Investition zwecks erhöhter Behandlungsqualität, die auch mit höheren Behandlungskosten einhergehen und gegebenenfalls auch zu höheren Zusatzbeiträgen führen kann, eher bestraft als befördert“ (*Cassel et al. 2014 b, 343*; dazu ausführlich *Rebscher 2010, 35 ff.* und *2011, 348 ff.*).

Weitgehender Konsens besteht bei den Leistungsbereichen, für die sich wettbewerbliche Suchprozesse ausschließen. Das ist

die Versorgung in schlecht- und unterversorgten Gebieten, die Notfallversorgung und die Rettungskette. Dazu zählen auch die Bereiche der Infrastrukturentwicklung und der Plattformtechnologien. Dazu gehören zum Beispiel die Telematik und die Digitalisierung. Ulrich verweist diesbezüglich auf die Besonderheiten und Pfadabhängigkeiten von Netzwerkexternalitäten: „Märkte mit Netzwerkexternalitäten sind deshalb durch Pfadabhängigkeiten gekennzeichnet: Der erste Standard kann sehr lange dominieren, da die Vorteile überwiegen, dazuzugehören. Hierbei kann der Markt versagen, da die Konsumenten in ineffizienten Netzen ‚gefangen‘ sind“ (*Ulrich 2017, 56 f.*).

Ordnungsökonomisch verwundert, dass der Gesetzgeber ausgerechnet im Bereich der Prävention weitgehend auf Wettbewerb setzt. Die ökonomischen Erträge und Vorteile der Prävention sind nur auf sehr lange Frist (wenn überhaupt) messbar. Die Prävention ist eine typische Gegenwartsinvestition mit ungewisser Amortisation in der Zukunft und die Zielgruppe ist durch Kassenwechsel kaum langfristig stabil und kalkulierbar. Im Übrigen handelt es sich bei Prävention insgesamt eher um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, insbesondere in Settingansätzen, als um eine individuelle Versicherungsoption. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Präventionsaktivitäten mehr unter vertrieblichen Motiven implementiert werden als unter Evidenzgesichtspunkten.

Ein ordnungspolitisches Konzept für die Gesundheitsversorgung muss solche Zusammenhänge aufnehmen und weiterentwickeln. Die Beobachtung, dass der seit 1993 entwickelte Ordnungsrahmen kein schlüssiges Konzept, sondern ein Konglomerat höchst widersprüchlicher Maßnahmen und Instrumente ist, prägt die wettbewerbspolitische Debatte und den wissenschaftlichen Konsens. Die enttäuschten Hoffnungen beruhen zum einen auf diesen Widersprüchen und zum anderen auf überzogenen oder falschen Erwartungen. Die Hoffnung auf einen vollständigen Ersatz des Kollektivvertrages und die Hoffnung auf schnell zu realisierende Einsparungen durch Selektivverträge oder gar unmittelbare Beitragssatzeffekte gehören in diese Kategorie. All dies verwundert, weil ein gesundheitsökonomisch fundiertes Ordnungskonzept seit 1993 Schritt für Schritt entwickelt und in den politischen Gestaltungsprozess eingebracht wurde.

### 3 Suchprozess für Innovationen – die solidarische Wettbewerbsordnung

Die solidarische Wettbewerbsordnung in der GKV (*Rebscher 1993, 39 f.*) hatte eine zentrale Zielsetzung: Die Akteure des Systems sollten motiviert und in die Lage versetzt werden, durch systematische Suchprozesse (selektive Vertragsmodelle) die Versorgung der Patienten stetig zu verbessern, die Prozesse der Versorgung zu beschleunigen, die Angebots-

strukturen am Versorgungsbedarf zu orientieren und die Qualität der Versorgung zu steigern (vergleiche *Cassel et al. 2014 b*). Das Ziel war also, Prozessinnovationen zu realisieren, die den Status quo der Versorgung systematisch verbessern sollten. Dieses Konzept wurde politisch nur zurückhaltend umgesetzt und insbesondere auf der Angebotsseite aus Rücksicht auf die Interessen der Akteure in ihren gewachsenen Strukturen der Leistungserbringung und der sozialrechtlich komplexen Einbettung der Sektoren weder konsequent verfolgt noch funktional hinreichend erreicht (*Cassel 2006, 55 ff.*; *Jacobs und Rebscher 2014, 45 ff.*).

Im Gegensatz dazu wurden auf dem Versicherungsmarkt durch die Elemente „Wahlfreiheit der Versicherten“ und „Risikostrukturausgleich“ wesentliche Voraussetzungen für ein wettbewerbliches GKV-System geschaffen. Insbesondere der Risikostrukturausgleich als „technischer Kern einer Solidarischen Wettbewerbsordnung“ (*Jacobs 1990, 122*) könnte die Voraussetzung schaffen (insbesondere als morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich), um die Versorgung der Patienten als zentrales inhaltliches Ziel der Wettbewerbsordnung zu fixieren. Sein alleiniges Ziel ist „die Sicherung der Vereinbarkeit von Solidarität und Wettbewerb durch die Simulation risikoäquivalenter Beiträge der Versicherten“ (*Jacobs 2017, 45*). Daran zu erinnern ist wichtig, weil die interessengeleitete Diskussion um eine Reform des Risikostrukturausgleichs diesen unter anderem für versorgungspolitische und wettbewerbspolitische Ziele instrumentalisieren will.

Ohne eine entsprechende Öffnung und Liberalisierung der Angebotsstrukturen und mit fragwürdigen Anreizen und Unvollkommenheiten in vorhandenen Instrumenten fand eine weitgehend einseitige Fokussierung auf den Wettbewerbsmarkt zwischen den Krankenversicherungsträgern statt. Reiner Preiswettbewerb, Vermeidung von Zusatzbeiträgen, eine enorm schnelle Marktkonzentration, eine subtile Risikoselektion durch zielgruppenbezogene Angebote für eine junge und gesunde Klientel, entsprechend selektive Vertriebsmodelle mit teilweise fragwürdigen und nicht evidenzbasierten Leistungsangeboten und versicherungsmathematisch unsinnigen Wahlтарifen zur Beitragsoptimierung durch Selbstselektion junger und gesunder Versicherter waren die erwartbaren Folgen einer ordnungspolitisch unausgereiften Politik.

Diese fehlsteuernde Grundstruktur ist die wahre Ursache, warum die Möglichkeiten selektiver Vertragsmodelle lange ungenutzt, dann dank Anschubfinanzierungen zwar zögerlich, aber nie konsequent umgesetzt wurden. Auch die fehlende Evaluation der Programme bremste die Dynamik. Dieser Umstand war nicht zuletzt Auslöser für die Etablierung des ordnungsökonomisch hoch problematischen Innovationsfonds, der als zentralisierte Instanz der Mittelvergabe höchst ungeeignet erscheint, die notwendigen wettbewerblichen Anreize zu setzen. Dabei sind Selektivverträge der zentrale ord-

nungspolitische Ansatz des Konzeptes einer solidarischen Wettbewerbsordnung, sozusagen ihr „ökonomischer Kern“ (*Oberender und Zerth 2014, 173*). Erst selektive Vertragsmodelle eröffnen ein Suchverfahren nach der besseren Versorgungslösung für Patienten (*Jacobs 2008, 133 f.*). Sie waren ebenfalls der Kern der zeitgleichen angelsächsischen Debatte, die dort unter den Begriffen *managed competition* beziehungsweise *regulated competition* die gleichen Sachverhalte thematisierte (*Enthoven 1993, 24 ff.*).

Beim Wettbewerb lassen sich grundsätzlich drei Ebenen unterscheiden: die Ebene eines Kassenwettbewerbs (Versicherungsmarkt), die Ebene des Vertragswettbewerbs um Preise und Leistungsangebote (Leistungsmarkt) und die Ebene des Wettbewerbs um patientenorientierte Leistungsprozesse, Qualitäten und die Wirtschaftlichkeit des Outcomes (Behandlungsmarkt) (Tabelle 1). Der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt dreht sich um Beiträge beziehungsweise Zusatzbeiträge der Kassen, Wahlтарifen, Satzungsleistungen, Serviceaspekte und Beratungskonzepte. Das Innovationspotenzial auf dieser Ebene ist sehr begrenzt. Der Preiswettbewerb auf Leistungsseite zeigt sich prototypisch bei Ausschreibungen im Generikamarkt oder bei Hilfsmitteln. Er verfolgt eine Kostensenkung bei homogenen Gütern. Innovationen folgen daraus nicht oder bestenfalls selten.

Die gesundheitsökonomisch interessanteste Ebene ist die der wettbewerblichen Gestaltung der Versorgungs- und Leistungsprozesse, insbesondere der differenzierten Organisation der Patientenführung und des Managements komplexer Versorgungsabläufe. Auf ihr wird eine dynamische Effizienz angestrebt. Über die genannten politischen und ordnungsökonomischen Restriktionen des Modells selektiven Kontrahierens hinaus wirkt sich negativ aus, dass die Beteiligten die methodischen und praktischen Voraussetzungen für eine zielgerichtete Handhabung des Konzeptes gemeinhin unterschätzen. Die Mittelverwendung in einem öffentlich-rechtlich gebundenen System ist zwingend an den Nachweis des damit erzielten Nutzens zu knüpfen. Dieser kann in der Reduktion der Kosten, aber auch in der Steigerung der Versorgungsqualität für Patienten, im Vermeiden vermeidbarer Eskalationen der Krankheit, in besserer Patientenführung, in einem zweckmäßigen Management komplexer Versorgungsabläufe und in mittel- bis langfristigen Effekten für Krankheitslast und Kostenstrukturen liegen.

Diese inhaltliche Orientierung stellt hohe Analyse- und Evaluationsanforderungen. Begriffe wie Effizienzmessung, Risikoadjustierung, Qualitätsindikatoren, Evaluation komplexer Interventionen, Versorgungsforschung etc. müssen methodisch und durch geeignete Datenanalytik in das Handlungskonzept der Beteiligten eingebettet werden. Dies bedarf erheblicher logistischer und technischer Vorbereitungen und datenschutzrechtlicher Klärungen. Ohne die Analyse der Er-

TABELLE 1

## Die drei Wettbewerbsebenen und ihr Innovationspotenzial

Märkte	Ziel	Instrumente	Innovationspotenzial
Versicherung	attraktive Beiträge	Kostensenkung, Wahltarife, Service	gering, hat nur Effekt auf die Binnenorganisation
Vertrag über bestimmte Leistungen	niedrigere Kosten	Verhandlungen, Ausschreibungen	gering, hat teilweise unerwünschte Nebeneffekte und eine statische Effizienz
Vertrag über eine bestimmte Versorgung	Effizienz	Kooperation, Kommunikation, Koordination, Steuerung	hoch, bringt Prozessinnovationen und dynamische Effizienz

Wettbewerb kann auf drei Ebenen stattfinden. Den größten Effekt hat der Wettbewerb um eine bestimmte Versorgungsqualität. Der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen und der Wettbewerb im Zusammenhang mit bestimmten Leistungen bewirken erheblich weniger.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+C Wissenschaft 2017

gebnisse verschiedener Versorgungsalternativen oder Vertragskonzepte bleibt das Konzept der selektiven Vertragsgestaltung allerdings inhaltsleer. Es würde seine zentrale ordnungsökonomische Funktion, die eines systematischen Suchverfahrens und eines Benchmarkings für alternative Problemlösungen, nicht erfüllen können. Selektive Vertragsmodelle würden sonst gerade nicht die Regelversorgung befruchten und sie auf ein höheres qualitatives Niveau heben.

#### 4 Innovationsfonds und Alternativen – ja, es gibt ordnungskonforme Lösungen

Wenn man den Wettbewerb auf die Förderung von Innovationen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung richten will, liegen also genügend empirische Hinweise vor, welche Faktoren diese Strategie begünstigen oder hemmen. Der Gesetzgeber hat darauf auf seine Weise reagiert. Mit Verweis auf die enttäuschenden Ergebnisse des selektiven Vertragskonzeptes wurde ab 2016 der Innovationsfonds (Abbildung 1) eingeführt (Hecken 2016; Amelung et al. 2017): ein aus Beitragsmitteln der GKV via Kassen und Gesundheitsfonds gespeister Topf von 300 Millionen Euro pro Jahr, von denen vier Jahre lang (2016 bis 2019) je 225 Millionen Euro für „innovative, insbesondere sektorübergreifende Versorgungsformen“ (Prozessinnovationen) und je 75 Millionen Euro für „patientennahe Versorgungsforschung“ bereitgestellt werden. Jährliche Antragsverfahren mit methodisch aufwendigem Design werden in einem

mehrstufigen Prozess (wissenschaftlicher Expertenbeirat) vom Innovationsausschuss beraten, der die Fördermittel verteilt. Die institutionelle Struktur ist ein Ausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA): der Innovationsausschuss mit eigenständiger Geschäftsstelle und ausgelagertem Projektträger. Der Vorsitz obliegt dem Vorsitzenden des GBA. Seine Mitglieder sind:

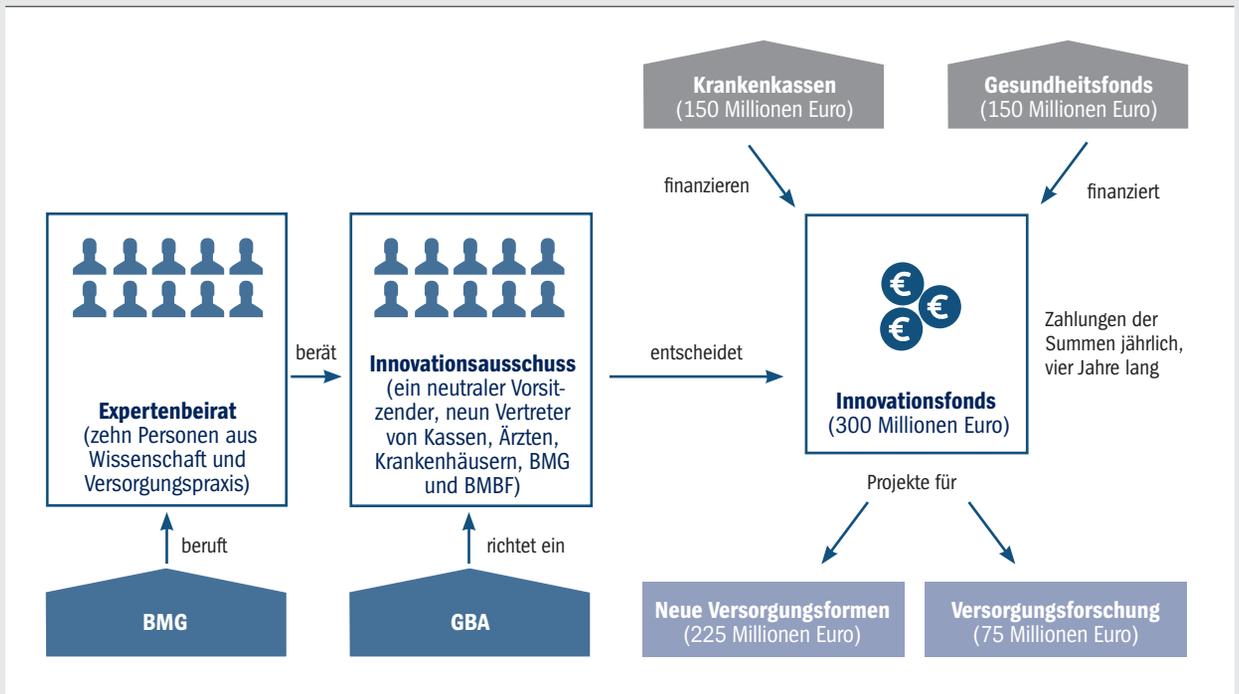
- drei Vertreter der Leistungserbringer (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft),
- drei Vertreter der Kassenseite (GKV-Spitzenverband) und
- drei Vertreter von Ministerien (zwei vom Bundesgesundheitsministerium, einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung).

Schon in den ersten Förderrunden war der Fonds wie zu erwarten mehrfach überzeichnet.

Dieser Ansatz zeigt das ganze Dilemma der fehlgeleiteten Wettbewerbsdiskussion auf: Der Gesetzgeber scheut sich nicht, das ordnungspolitische Versagen umzumünzen und einen Rückfall in bürokratische, staatsnahe und etatistische Steuerungsgremien zu vollziehen. Die im Vorfeld geäußerte Kritik an diesem „ordnungsökonomischen Irrläufer“ (Jacobs 2010, aber auch von vielen anderen, beispielsweise Greß 2010, SVR-G 2012, Jaeckel und Ulrich 2015, Rebscher 2016 b, Cassel und Jacobs 2015 und 2017 u.a.) fokussiert auf die Regelungsstruktur (Governance), insbesondere aber auf die fehlenden wettbewerblichen Suchprozesse. Der Gesetzgeber bricht mehrere Tabus: Er bindet erhebliche Beitragsmittel und entzieht diese der Verfügbarkeit

ABBILDUNG 1

## Der Innovationsfonds vergibt Fördermittel



Insgesamt 1,2 Milliarden Euro stellt der Innovationsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 für Projekte zu Versorgungsformen und Versorgungsforschung zur Verfügung. Gefördert werden sollen insbesondere Projekte zu Versorgungsformen, die dazu geeignet sind, in die Regelversorgung übernommen zu werden.

Quelle: Techniker Krankenkasse/eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

der Kassen im Wettbewerb; er überträgt die Mittelvergabe an ein Gremium, das selbst keinerlei konkrete Versorgungsverantwortung trägt; er überträgt die Zielsetzung der sektorübergreifenden Versorgung zu einem erheblichen Maße an Vertreter, die für die Perpetuierung dieser sektoralen Trennung stehen; er lässt zu, dass Beitragsmittel der GKV konkret und einzelfallbezogen durch Vertreter zweier Ministerien – also den Staat selbst – verwendet werden.

Diese ordnungsökonomische Kritik gilt den 225 Millionen Euro, die für innovative Versorgungsformen bereitgestellt werden. Die Fondsmittel für Versorgungsforschung (75 Millionen Euro), die weithin öffentlichen Gutscharakter hat, sind tatsächlich anders zu bewerten. Hier ist eine kassenübergreifende, auf die populationsorientierte Versorgung zielende Forschung und entsprechende Finanzierung – vorzugsweise aus öffentlichen Budgets – notwendig (Cassel und Jacobs 2017, 40 f.).

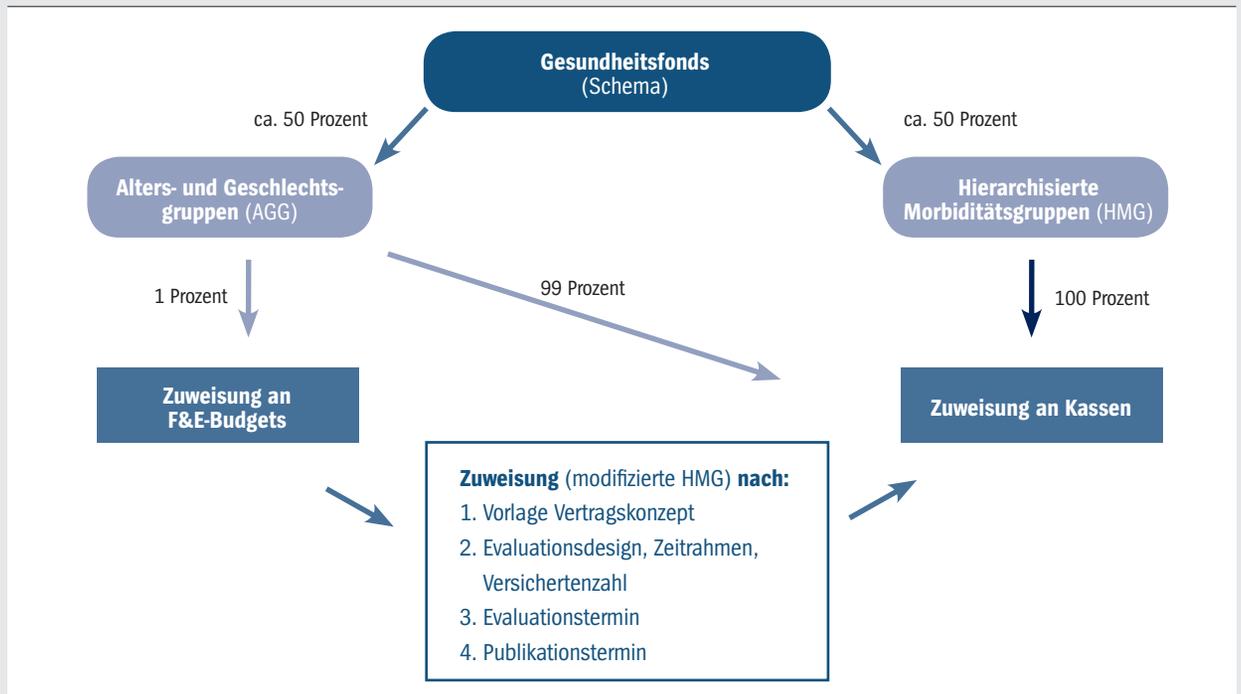
Was wäre eine wettbewerbskonforme Alternative für innovative Versorgungsformen? Um die vielfachen Hemmnisse und Akzeptanzprobleme zu lösen, sind neben den genannten Rah-

menbedingungen zwei Faktoren entscheidend: erstens die Ängste zu nehmen beziehungsweise Akzeptanz zu schaffen und zweitens Investitionsfähigkeit bei Kassen zu verbessern. Ersteres kann durch Betonung des „temporären Suchprozesses“ selektiver Vertragsmodelle erreicht werden. Dies entspricht dem Versorgungsversprechen der GKV insgesamt und lässt die Akzeptanz für temporäre Ungleichheiten wachsen. Wenn hinreichend seriös kommuniziert wird, dass dieser Suchprozess der Qualität und Effizienz der Versorgung insgesamt dient, ist dies vermittelbar. Konkret heißt das, das Konzept ergänzt den basissichernden Kollektivvertrag mit ergänzender Selektivität und ersetzt ihn nicht (Albrecht et al. 2015, 25). Dem zweiten Faktor kann ordnungsökonomisch konsequent durch ein F&E-Budget jeder einzelnen Kasse begegnet werden. Dazu liegen verschiedene Konzepte vor (Albrecht et al. 2015, Rebscher 2016 a).

Zielführend wäre ein F&E-Budget, das jeder Kasse zur Verfügung steht und über dessen Verwendung sie unmittelbar selbst entscheidet. Finanziert würde dieses Budget durch Mittel aus dem Gesundheitsfonds, indem die Alters- und Geschlechtszuweisungen (das sind ungefähr 50 Prozent aller Zu-

## ABBILDUNG 2

## Zuweisungssystem bei einem F&amp;E-Budget



Wenn die Krankenkassen eigene Innovationsbudgets erhielten, könnten von den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zum Beispiel nur noch 99,5 Prozent auf dem üblichen Weg an die Kassen gehen und 0,5 Prozent an das jeweilige neue F&E-Budget. F&E-Budgets würden den Innovationsfonds überflüssig machen.

Quelle: eigene Darstellung. Grafik: G+G Wissenschaft 2017

weisungen) linear um zum Beispiel ein Prozent gekürzt und zu diesem Zweck zunächst einbehalten werden. Diese Mittel würden dann nach Maßgabe der (modifizierten) Morbiditätszuschläge für die in den innovativen Verträgen eingeschriebenen Versicherten auf die Kassen verteilt. Dies bedeutet, dass Kassen mit größerer Krankheitslast dadurch auch größere Ansprüche auf F&E-Mittel hätten. Über die Verwendung der Mittel des F&E-Budgets würden die einzelnen Kassen selbst gemäß den von ihr kontrahierten wettbewerblichen Selektivverträgen entscheiden. Die Verwendung der Mittel wäre verpflichtend an Selektivverträge insbesondere zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen, gerade auch im sektorübergreifenden Setting, gebunden. Die Finanzierung folgte dem Grundsatz, dass für die projektbeziehungsweise vertragsbezogene Evaluation immer derjenige verantwortlich ist, der ein konkretes Versorgungskonzept entwickelt, kontrahiert und die entsprechenden Prozesse gestaltet (Rebscher 2013, 8) (Abbildung 2).

Von zentraler Bedeutung ist eine Evaluations- und Publikationspflicht der Ergebnisse der Modelle. Dies war der entschei-

dende Mangel der bisherigen rechtlichen Grundlagen ab 2004. Obwohl die Anschubfinanzierung zwischen 2004 und 2010 rund die vierfache Summe des Innovationsfonds bereitgestellt hat und diese Mittel auch in konkrete Projekte flossen, wissen wir mangels Publikation der entsprechenden Berichte so gut wie nichts über die Outcomes. Das ist nicht verwunderlich, denn es besteht eine doppelte Anreizproblematik bei der Publikation von Evaluationsergebnissen: Erstens will kein Unternehmen erfolgreiche Modelle gegenüber den Wettbewerbern transparent machen und zweitens besteht die Befürchtung, gerade für versicherungsmathematisch schlechte Risiken attraktiv zu werden. Hier fußt die allgemeine Kritik, sie kann durch eine Verpflichtung der beteiligten Akteure leicht behoben werden. Auch und gerade unter der Bedingung einer Evaluations- und Publikationspflicht werden sich starke Innovationsanreize entfalten, denn die First-Mover-Vorteile bleiben voll erhalten, mindestens bis zur Vorlage der Berichte. Zudem ist die nachgehende Imitation innovativer Versorgungsprozesse mit erheblichem (auch zeitlichem) Ressourcenaufwand verbunden. Die Abfolge inventiver Aktivitäten (Ideenwettbewerb), innovativer Implementierungen und imitativer Diffusionen bil-

den wettbewerbstheoretisch eine Einheit und finden auf Märkten simultan statt (*Oberender 1973, 33 ff.*).

Innovative Ansätze verbreiten sich also im Rahmen des selektivvertraglichen Innovations- und Imitationswettbewerbs. Daran haben nicht zuletzt die Patienten und die beteiligten Leistungserbringer größtes Interesse. Dies wird schneller und nachhaltiger alte Strukturen überwinden als die gegenwärtigen Konfliktszenarien. Eine normative Überführung in die Regelversorgung geschieht allenfalls nachrangig, ist aber ausdrücklich mit dem Konzept kompatibel. Ob sich innovative Ansätze für die Diffusion im Versorgungssystem eignen oder nicht, entscheidet sich im wettbewerblichen Suchprozess und nicht in Gremien regulatorischer Instanzen.

## 5 Ordnungsökonomische Implikationen

Wettbewerb in der GKV ist kein Selbstzweck. Gut geordnet und instrumentiert dient er der Suche nach Prozessinnovationen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Patientenversorgung. Er ist daher vor allem ein Vertrags- und Qualitätswettbewerb und kein Preiswettbewerb. Er ist deshalb nicht auf Exklusivität gerichtet, sondern nutzt partielle und zeitlich befristete Ungleichheiten für Patienten zur Verbesserung der populationsorientierten Versorgung. Wettbewerb um die Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz benötigt vor allem Anreize für Kassen, deren Versicherte überproportional von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Behinderungen betroffen sind, denn in deren Versorgung liegt das Potenzial. Er kann zielführend durch ein kassenindividuelles F&E-Budget initiiert werden. Damit könnte das quasi-staatliche Modell des Innovationsfonds abgelöst werden.

Wettbewerbliche Suchprozesse im Rahmen des so geförderten selektiven Kontrahierens haben einem Dreiklang aus Konzepteinreichung und -hinterlegung (statt Genehmigung) bei der wettbewerbsneutralen einheitlichen Aufsicht, der seriösen Evaluation der angestrebten Effekte während der Vertragslaufzeit und der Publikation der erzielten Versorgungsergebnisse zu folgen. Dieser Dreiklang würde ein strikt versorgungsorientiertes Engagement der Akteure bewirken, auf ernsthafte Problemstellungen der Versorgung fokussieren, eine Kultur der Evaluation schaffen und die Ergebnisse transparent machen. Nur auf diesem Weg würde der wettbewerbliche Suchprozess Einzelner für die populationsorientierte Versorgung aller nutzbar.

### Literatur

**Albrecht M, Neumann K, Nolting HD (2015):** IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rebscher H (Hrsg.): Update: Solidarische

Wettbewerbsordnung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 11. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 14–54

**Amelung V et al. (Hrsg.) (2017):** Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

**Cassel D (2006):** Risikostrukturausgleich und solidarische Wettbewerbsordnung. Zur Irenik von Solidarität und Wettbewerb in der GKV. In: Göppfart D, Gress S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe, 55–93

**Cassel D, Jacobs, K (2015):** Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds. In: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 21, Heft 3, 55–68

**Cassel D, Jacobs, K (2017):** Innovationsfonds: Fördermittel ausgeben – Mission erfüllt? In: Pundt, J. (Hrsg.): Vernetzte Versorgung. Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft? Bremen: Apollon University Press, 33–58

**Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.) (2014 a):** Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag

**Cassel D et al. (2014 b):** Perspektiven. Solidarische Wettbewerbsordnung: ein bleibender Reformtorso? Handlungsbedarf, Umsetzungsprobleme und Realisierungshemmnisse. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 339–350

**Enthoven AC (1993):** The History and Principles of Managed Competition. In: Health Affairs, Vol. 12, No. 12, 24–48

**Greß S (2010):** Innovationsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen. In: WISO-Diskurs, Dezember 2010, 1–15

**Hayek FA von (1969):** Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. In: Hayek FA von: Freiburger Studien. Gesammelte Aufsätze. Tübingen: Mohr Siebeck, 249–265

**Hecken J (2016):** Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. In: Wille E (Hrsg.): Entwicklung und Wandel in der Gesundheitspolitik. Allokation im marktwirtschaftlichen System, Bd. 72. Frankfurt: Peter Lang GmbH, 47–67

**Hermann C (2015):** Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Ausschussdrucksache 18(14)0091(34) vom 23. März 2015, 1–15

**Jacobs K (1990):** Anforderungen an die gesetzliche Krankenversicherung zur Verbesserung der regionalen Angebots- und Nachfragesteuerung im Gesundheitswesen. In: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Zur regionalen Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Informationen zur Raumentwicklung, Heft 2–3, 119–127

**Jacobs K (2008):** Der Morbiditätsbezug des RSA als Voraussetzung für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb. In: Göppfart D,

- Gress S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch für Risikostrukturausgleich 2008. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe 2008, 133–152
- Jacobs K (2010):** Der Innovationsfonds – ein ordnungsökonomischer Irrläufer. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Jg. 15, Heft 2, 67–69
- Jacobs K (2017):** Risikostrukturausgleich: Konzentration auf die Kernfunktion im Wettbewerb der Krankenkassen. In: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 23, Heft 2, 43–51
- Jacobs K, Rebscher H (2014):** Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 45–73
- Jaeckel R, Ulrich V (2015):** Der Innovationsfonds als neues Finanzierungsinstrument zur Förderung neuer Versorgungsformen und von Versorgungsforschung. In: IMPLICONplus – Gesundheitspolitische Analysen, Heft 1, 1–13
- Keynes JM (2011):** Das Ende des Laissez-Faire. Ideen zur Verbindung von Privat- und Gemeinwirtschaft (Original 1926). Berlin: Duncker & Humblot, 47
- Mazzucato M (2014):** Das Kapital des Staates. Eine andere Geschichte von Innovation und Fortschritt. München: Verlag Antje Kunstmann
- Monopolkommission (2017):** Sondergutachten 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Baden-Baden: Nomos
- Oberender P (1973):** Industrielle Forschung und Entwicklung. Eine theoretische und empirische Analyse bei oligopolistischen Marktprozessen. Bern: Haupt Verlag
- Oberender P, Zerth J (2014):** Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 173–198
- Rebscher H (1993):** Skizze einer Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 47, Heft 5/6, 39–43
- Rebscher H (2010):** „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ im Gesundheitswesen. In: Oberender P (Hrsg.): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 327. Berlin: Duncker & Humblot, 35–58
- Rebscher H (2011):** Perspektivenwechsel – Bewertungskategorien selektiven Vertragshandelns. In: Rüter G, Da-Cruz P, Schwegel P (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik. Stuttgart: Lucius & Lucius, 348–362
- Rebscher H (2013):** Innovationsfähigkeit heißt Investitionsfähigkeit. In: Monitor Versorgungsforschung, Jg. 6, Heft 2, 6–10
- Rebscher H (2016 a):** Die Idee der solidarischen Wettbewerbsordnung – Ausgangspunkt und Entwicklung. In: Wille E (Hrsg.): Entwicklung und Wandel in der Gesundheitspolitik. Allokation im marktwirtschaftlichen System, Bd. 72. Frankfurt: Peter Lang GmbH, 47–67
- Rebscher H (2016 b):** Sommermärchen 2016: Von der Innovationskultur zum Innovationsfonds – degeneriert hier eine gute Idee? In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Jg. 21, Heft 4, 170
- Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg.) (2010):** Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei Verlag
- Rebscher H, Walzik E (2015):** Solidarische Wettbewerbsordnung. In: Rebscher H (Hrsg.): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 11. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 1–11
- Stiglitz J, Greenwald B (2015):** Die innovative Gesellschaft. Wie Fortschritt gelingt und warum grenzenloser Freihandel die Wirtschaft bremst. Berlin: Econ
- SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Göttingen: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber
- Ulrich V (2017):** Ökonomische Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen. In: Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg.): Digitalisierungsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 47–64
- Vauth C, Greiner W (2014):** Preis- und Leistungswettbewerb in der ambulanten, stationären und integrierten Versorgung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 199–224
- Zerth J (2010):** Dimensionen von Innovationen: ökonomische Aspekte im Kassenwettbewerb. In: Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg.): Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 3–18
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 19. September 2017)

## DER AUTOR



### Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher,

Jahrgang 1954, studierte Wirtschafts- und Organisationswissenschaften an der Universität der Bundeswehr in München. Er war von 1987 bis 1992 Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der GKV (MDS), von 1992 Geschäftsführer und ab 2004 Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen. Von 2004 bis 2017 war Rebscher Vorstandsvorsitzender der DAK Gesundheit. Seit 2017 leitet er das Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Rebscher ist Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth.