
Wettbewerb als neuer Ordnungsrahmen

Konkurrenz belebt das Geschäft, auch in der Krankenversicherung

Klaus-Dirk Henke

1. Die Bevölkerung profitiert von mehr Vielfalt im Gesundheitswesen vor allem in der Leistungserbringung. Auf der Grundlage einer Mindest- oder Grundsicherungspflicht für alle bei individuellen Wahlmöglichkeiten und sozialem Ausgleich (wie bisher auch) werden durch die Konkurrenz verkrustete Strukturen in der GKV aufgebrochen. Bisher gibt es die Gesundheitsleistungen der GKV überwiegend „gemeinsam und einheitlich“ für die gesamte Bevölkerung. Das hat dazu geführt, dass bei mangelnder Wirtschaftlichkeit alle Bürger weniger bekommen, als sie mit ihren überteuerten Beiträgen bezahlt haben. Oder mit anderen Worten: ein Mehr an Leistungen und Qualität wäre möglich, wenn die Effizienzreserven durch Wettbewerb dauerhaft mobilisiert worden wären. Vor allem muss akzeptiert werden, dass die Bedürfnisse in der Bevölkerung unterschiedlich sind und dass somit eine hohe Qualität nur in einem ausdifferenzierten Gesundheitssystem mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten erreicht werden kann.

Da diese Grundaussage über die Vorteilhaftigkeit von mehr Wettbewerb oft bezweifelt wird, sei sie hier noch einmal kurz skizziert: Der Wettbewerb soll die Freiheit des Einzelnen gegenüber politischer und wirtschaftlicher Übermacht schützen und damit zur Entfaltung der Persön-

lichkeit und zu mehr Mündigkeit beitragen. Auf diesem Wege kommt es zu mehr Wachstum und Wohlstand durch sinkende Kosten und Preise. Als Entdeckungsverfahren (F. A. von Hayek) und als schöpferische Zerstörung (J. Schumpeter) ist der Wettbewerb, initiiert durch Pionierunternehmer, die Erfolgsformel der ordoliberalen Marktwirtschaft, wie sie in den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts durch die Freiburger Schule entwickelt wurde. Der Wettbewerb dient mit seinen Ergebnissen der Allgemeinheit, d. h. seine Früchte werden durch den Abbau der Pioniergewinne zugunsten der Verbraucher sozialisiert. „Wohlstand für alle“ hieß es plakativ in der Sozialen Marktwirtschaft nach dem Zweiten Weltkrieg.

Der Wettbewerb koordiniert die individuellen Interessen dezentral über Märkte und verarbeitet damit vorhandene Informationen besser, als es eine zentrale Planung je könnte. Zu diesem Zweck braucht der Wettbewerb Spielregeln, d. h. eine Rechtsordnung und eine Missbrauchsaufsicht; durch sie wird die Wettbewerbsfreiheit (z. B. freier Marktzugang) für neue Ideen, neue Produkte und Dienstleistungen, neue Verfahren und mehr Qualität garantiert.

Wettbewerbs- und Sozialordnung sind Zwillinge; Wettbewerb und Solidarität lassen sich durchaus miteinander verbinden, was insbesondere im Gesundheitswesen unabdingbar ist.

2. Die bestehenden rund 240 gesetzlichen Krankenkassen (Zahl für 2007) mit ihrem Spitzenverband (Bund der Krankenkassen), der gemeinsam und einheitlich über Erstattungsfragen und vor allem auch die Höhe der Erstattung entscheidet, sind in ihrer monopolistischen Struktur nicht zukunftstauglich, da es bisher keine Nachfrageorientierung des Leistungsangebots gibt. Ein freiheitliches Gesundheitswesen verlangt mehr Autonomie und Eigenverantwortung und weniger Gängelung der Anbieter von Versicherungsleis-

tungen durch die Sozialgesetzgebung. Wettbewerb sorgt für innovative Gesundheitstechnologien in Form neuer Versicherungsprodukte und Verfahrensabläufe bei der Behandlung von Patienten. Der Wettbewerb wird gleichermaßen zu Konzentrationsprozessen führen, da das selektive Kontrahieren im Allgemeinen und die Integrierte Versorgung (IV) im Speziellen eine gewisse Einkaufsmacht voraussetzen. Eine populationsorientierte Integrierte Versorgung beispielsweise benötigt zu ihrer Umsetzung einen höheren Marktanteil der einzelnen Kassen und damit nicht mehr als 200 gesetzliche Krankenkassen.

Angesichts der Gefahren durch „Vermachtung“ braucht der Wettbewerb eine Ordnung. Wettbewerb ist keine „Naturpflanze“, sondern bedarf der Pflege wie eine „Kulturpflanze“. Vernünftige Rahmenbedingungen und Anreizsysteme verhindern die ruinöse Konkurrenz und sorgen dafür, dass die Komplexität mit den steigenden Transaktions- und Informationskosten nicht ins Unüberschaubare wächst. Die Tatsache der unvollständigen bzw. asymmetrischen Information bedarf einer Milderung durch Aufklärung, Verbraucherschutz und mehr Mündigkeit („empowerment“, „enabling“) der gesunden und kranken Bevölkerung. Unlautere Wettbewerbsmethoden und mangelnde Fairness müssen mit zivilrechtlichen und auch mit strafrechtlichen Mitteln sanktioniert werden.

Ein regulierter Wettbewerb, in dem die Parameter des Preises, der Qualität, des Service, des Zugangs zu Innovationen, der Wartezeiten u. a. relevant sind, erfordert ein Kartellverbot, eine Fusionskontrolle, eine Missbrauchsaufsicht und die Bekämpfung staatlicher Wettbewerbsbeschränkungen (z. B. im Hinblick auf den Marktzugang, durch staatliche Monopole oder durch Protektionismus). Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und das europäische Wettbewerbsrecht sind daher unverzichtbar.

3. Eine Integrierte Versorgung mit einer darauf abgestimmten Organisation ist effizienter als die noch immer vorherrschende segmentierte Versorgung mit ihrer zersplitterten Finanzierung und Vergütung (gesetzliche oder evtl. private Krankenversicherung, Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung bei Rehabilitationsleistungen, gesetzliche Unfallversicherung). Der kontinuierliche Anstieg der Zahl älterer Mitbürger mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen (in den USA haben 82 % der über 65-jährigen eine, 65 % mehr als eine chronische Erkrankung) wird ein abgestimmtes Versorgungsmanagement erfordern. Die Wirtschaftlichkeitsreserven sind und bleiben innerhalb der erstattungsfähigen Leistungen der GKV immens und werden vor dem Hintergrund der Anforderungen an die Versorgung chronisch Kranker tendenziell steigen, da hier eine fragmentierte Versorgung besonders ineffizient ist. Dazu bedarf es aber einer individuellen Nachfrage, die über die Verwendung eines Gesundheitsguthabens (Prämien) artikuliert werden könnte. Die unterschiedlichen Präferenzen führen im Wettbewerb unter den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu durchaus unterschiedlichen Preisen in der Grundsicherung. Das Standardpaket einer Grundsicherung muss also keinen „einheitlichen und gemeinsamen“ Preis haben, da im Wettbewerb die Herausforderungen in der Leistungserbringung liegen.

4. Die Schaffung einer Grundsicherung für alle ist im Status quo bereits Realität in der bestehenden GKV. Es ist jedoch kontraproduktiv, wenn Innovationen wie im Arzneimittelmarkt durch die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich bewertet und von allen Krankenkassen nur noch bis zu einem Höchstbetrag erstattet werden dürfen. Diese Regelung erlaubt keinen Wettbewerb der Krankenkassen auf dem Feld der (immer neuen) Innovationen: Es ist vorstellbar, dass eine einzelne Krankenkasse den Wert einer

bestimmten Innovation für ihre Mitglieder und potenzielle Neukunden anders (höher) einschätzt als die Verbände der Krankenkassen insgesamt. Nach § 31 Abs. 2a SGB V ist es dieser Kasse in einem solchen Fall jedoch derzeit nicht erlaubt, einen höheren Höchstbetrag der Erstattung anzubieten als den, der zuvor gemeinsam und einheitlich von den Verbänden beschlossen wurde.

5. Ausgestattet mit einem Gesundheitsguthaben könnte jeder prüfen, welche Krankenversicherung besonders günstig und seinen individuellen Bedürfnissen entsprechend ist. Wo zahle ich drauf, wo bekomme ich etwas zurück? Diese Fragen bilden die Grundlage für neue Formen des Versicherungsschutzes. Die Versicherungen werden billiger und ziehen dadurch mehr Mitglieder an, oder sie bieten zu einem gegebenen Beitrag bessere Leistungen an. Die weitreichenden Reformen in den Niederlanden haben dazu geführt, dass mehr als 20 % der Niederländer ihre Krankenversicherung gewechselt haben. Die Gründe hierfür waren – wie zu erwarten – sehr unterschiedlich. Der in Deutschland einzuführende Fonds, der in seiner Form einen politischen Kompromiss darstellt, eröffnet auf der Leistungsseite in Ansätzen den erwünschten Wettbewerb in der Leistungserbringung.

6. Gut wäre es in diesem Zusammenhang, wenn die Familienleistungen der GKV – ohnehin versicherungsfremde Leistungen – über das Steuersystem finanziert würden. Dann sanken die Beitragssätze in der GKV, das Äquivalenzprinzip würde gestärkt, und die Nachfrage würde sich auf die reine Versicherungsleistung konzentrieren. Der Besteuerung und dem Familienlastenausgleich läge dann das aus der Besteuerung bekannte Leistungsfähigkeitsprinzip zugrunde. Diese Regelung ist in Grundzügen mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) umgesetzt worden, allerdings ohne Einbeziehung der PKV – und aufgrund der Tatsache,

dass die Umstellung nur sukzessive erfolgen soll, auch ohne sichtbaren Rückgang des Beitragssatzes.

7. Das bestehende Sozialgesetzbuch V hat mit der Gesundheitsreform von Januar 2004 und April 2007 Schritte in die richtige Richtung ermöglicht. Dennoch stehen die Versorgungszentren und die Formen einer Integrierten Versorgung noch ganz am Anfang. Unternehmerisches Handeln entwickelt sich nur zögerlich und noch immer fast ohne Einfluss der Nachfrageseite bzw. der Präferenzen der Bevölkerung (vgl. Abb. 1 zum Stand der Umsetzung). Damit die Integrierte Versorgung langfristig zu einer Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft mit zunehmender Anzahl chronischer Erkrankungen führt, müssen vor allem verlässliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Investitionen in neue Versorgungsformen werden nur dann getätigt, wenn Vertrauen in eine dauerhafte gesundheitspolitische Grundausrichtung besteht.

Quartal	Anzahl der Verträge (in Mio. €)	Anzahl Versicherte (in Mio.)	Vergütungsvolumen
1/2005	613	2,07	237,38
2/2005	841	2,18	278,18
3/2005	1346	2,51	347,44
4/2005	1913	3,16	446,20
1/2006	2109	3,26	478,36
2/2006	2469	3,38	498,78
3/2006	2901	3,54	521,64
4/2006	3309	3,59	570,71
1/2007	3498	4,07	610,77
2/2007	4044	5,22	663,48

Abb. 1: Integrierte Versorgung: Stand der Umsetzung
Quelle: BQS.

8. Zu den weiteren Modellen einer Abweichung von der noch immer vorherrschenden „gemeinsamen und einheitlichen Regelversorgung“ gehören strukturierte Behandlungsprogramme, hausarztzentrierte Versorgungsformen, Versorgungsnetzwerke, Kompetenzzentren sowie Tageskliniken. Diese Versorgungsformen gehören jedoch auch und vor allem auf die Seite der Nachfrage nach Versicherungsschutz und nicht allein in den unübersichtlichen und intransparenten Vertragswettbewerb zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und den etwa 240 Krankenkassen, die bislang alle das Gleiche (mit Ausnahme wirklich geringfügiger Satzungsleistungen) anbieten. Nur in der ambulant-ärztlichen Versorgung gibt es Ansätze, das „gemeinsame und einheitliche Vertragsgeschäft“ zu verlassen (ein Beispiel ist das Medizinische Versorgungszentrum Polikum Berlin – www.polikum.de).

9. Im idealtypischen Wettbewerb kauft der Bürger mit seiner Prämie bzw. seinem Gesundheitsguthaben den Krankenversicherungsschutz in der GKV, wie er es bei anderen Gütern und Dienstleistungen, z. B. in Einkaufszentren oder der Kraftfahrzeugversicherung, auch tut. Auf der Grundlage einer Grundsicherung wählt er dabei zwischen unterschiedlichen Formen bzw. Tarifen, z. B.:

- mit Akupunktur oder ohne,
- mit Altersrückstellung oder ohne,
- mit einer umfassenderen oder einer weniger umfassenden zahnmedizinischen Versorgung (bei Stärkung der eigenen Prophylaxe),
- mit oder ohne Direktzugang zu Versorgungsnetzwerken oder Kompetenzzentren,
- mit oder ohne Kostenerstattung,
- mit oder ohne Selbstbehalt und Beitragserstattung bei Nichtinanspruchnahme.

So ergibt sich eine innovative Vielfalt. Oder, um noch weitere Alternativen zu nennen: Die Versicherten schließen z. B. einen Versicherungsschutz ab, der nur ausgewählte Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken etc. umfasst, und erhalten dafür einen besseren Preis. Wer darüber hinaus einen präventiven Lebensstil dokumentiert, erhält weitere Preisabschläge. Diese Wahlmöglichkeiten führen zu einer Vielfalt, die die Grundlage von mehr Qualität darstellt. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Wahlmöglichkeiten zu Informationskosten führen und den Bürger deutlich stärker fordern. Damit ein derartiger Wettbewerb um unterschiedliche Versorgungspakete funktionieren kann, ist Transparenz eine wesentliche Voraussetzung. In den USA haben private Stiftungen wie das National Committee for Quality Assurance (NCQA) einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Leistungstransparenz geleistet.

10. Die beschriebene Situation einer Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch mehr Vielfalt hat es nachweislich in den USA bei der Einführung unterschiedlicher Versicherungs- und Versorgungspläne gegeben, z. B. in den Jahren zwischen 1992 und 2000 (vgl. Abb. 2). Dort gibt es vonseiten der Krankenversicherungen vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern, die sicherstellen, dass den Mitgliedern dieser Kassen ein umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung steht und dass die Vernetzung der Behandlungseinrichtungen durch entsprechende finanzielle Anreize und Rahmenbedingungen gefördert wird. Die Qualität, die sich mit der Einführung dieses Systems insgesamt eher verbessert als verschlechtert hat, gehört zu den Hauptparametern des Wettbewerbs unter den Kassen. Wie aus Abb. 2 zu ersehen ist, haben sich mit der Einführung der Managed-Care-Programme deutliche Ausgabensenkungen ergeben.

11. Es bleibt abzuwarten, ob die deutsche Variante des Managed Care (also die Integrierte Versorgung) hinsichtlich einer Kostendämpfung ebenso erfolgreich sein wird. Ziele, Strategien und Instrumente des Wettbewerbs unterscheiden sich in den Wohlfahrtsstaaten Europas natürlich erheblich von den Gegebenheiten in den USA, und insofern können diese nur begrenzt als Vorbild angesehen werden. Die freie Wahl der Krankenversicherungen (GKV, PKV) mit Voll- und Zusatzversicherungen gehört genauso zum Wettbewerb wie die freie Wahl der Leistungsanbieter einschließlich der Akzeptanz einer selektiven Kontrahierung (Preferred-Provider-Modelle) sowie die freie Wahl der Behandlung.

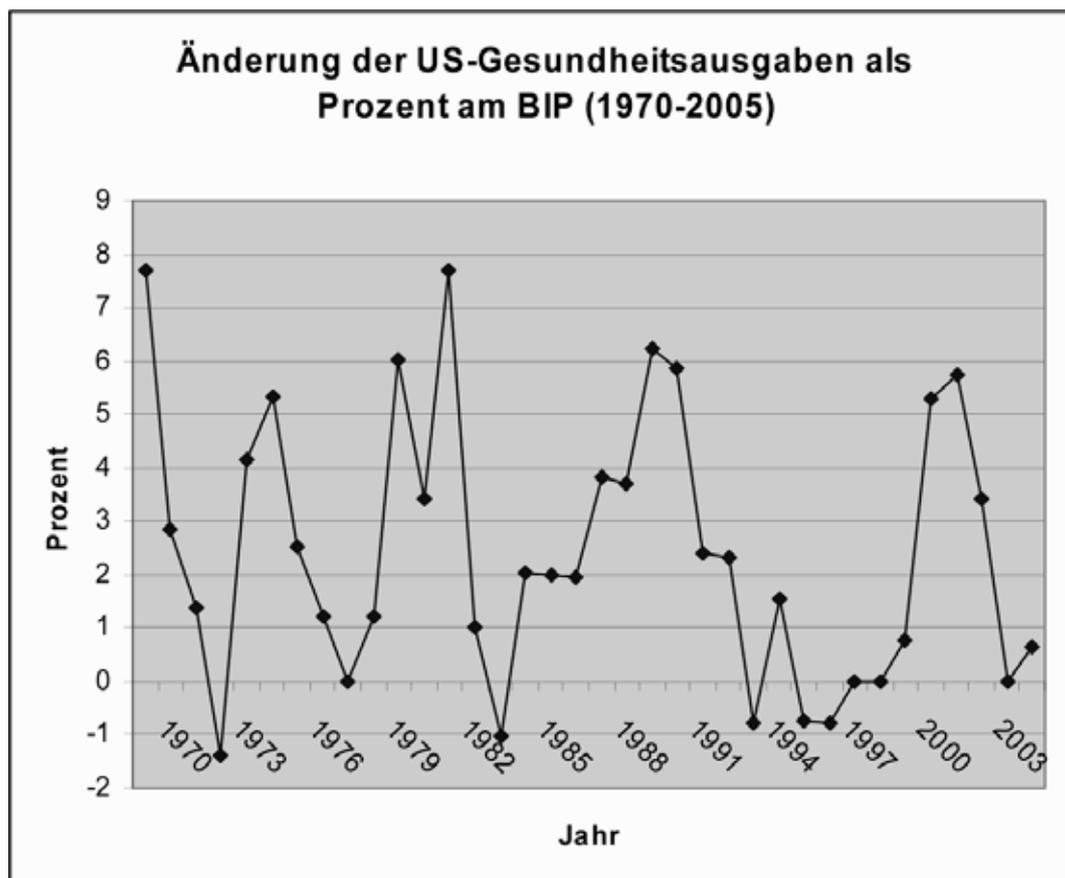


Abb. 2

Quelle: OECD Health Data 2007.

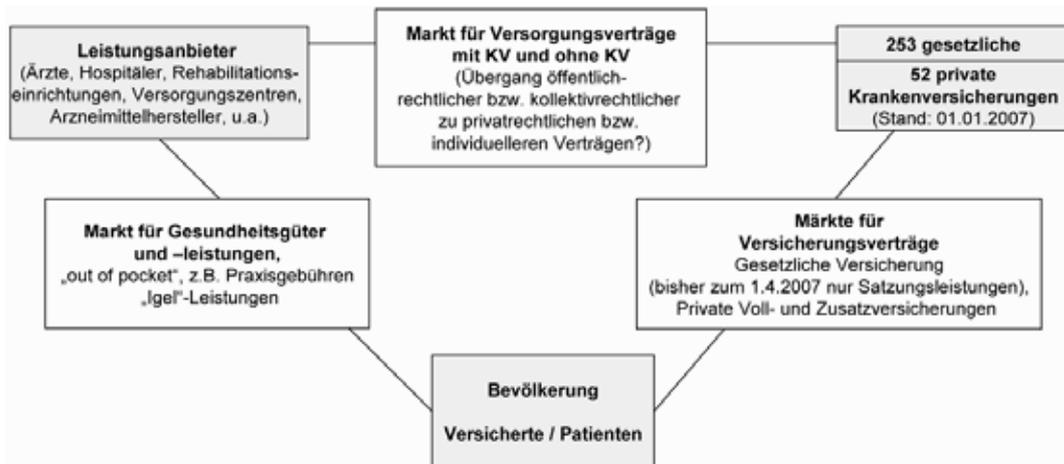


Abb. 3: Drei Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen, auch nach Einführung des Fonds
Quelle: Eigene Darstellung.

12. Die drei Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen lassen sich in dem Dreieck aus Leistungsanbietern, privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen und der Bevölkerung in Abb. 3 entnehmen. Dort wird gezeigt, dass der Markt für die Nachfrage nach und das Angebot von Versicherungsverträgen noch immer unterentwickelt ist. Im Vordergrund steht auf absehbare Zeit der Markt für Versorgungsverträge mit den oder ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier ist ein Abrücken von kollektivvertraglichen öffentlich-rechtlichen Vereinbarungen zu mehr privatrechtlichen, individuelleren Verträgen zu beobachten.

13. Obwohl Abb. 3 mit den drei Wettbewerbsfeldern im Gesundheitswesen eine gewisse Komplexität aufweist, ist sie natürlich unvollständig, denn sie zeigt weder den Wettbewerb unter den Pharmaunternehmen, noch den zwischen den Herstellern der medizintechnischen Produkte, den innerhalb des Sanitätsfachhandels oder den Wettbewerb zwischen Klinikketten und Krankenhäusern. Es mangelt vor diesem Gesamthintergrund auch an einer wettbewerblichen Rahmenordnung nicht nur für die GKV mit all ihren Akteuren, sondern ganz generell für die an Bedeutung ge-

winnende Gesundheitswirtschaft. Die zunehmende Bedeutung des europäischen Binnenmarktes mit seinen Grundfreiheiten (z. B. Wanderarbeitnehmer, Erasmus-Studenten, Touristen, Personen mit zweitem Wohnsitz in einem EU-Staat, Euregios) gehört ebenfalls in dieses Bild eines sich entwickelnden Wettbewerbskonzepts für das Gesundheitswesen.

14. In Abb. 4 wird gezeigt, wie im Wettbewerb nach den Parametern Qualität und Kosten im Gesundheitswesen Managementgesellschaften auftreten, um in einem transsektoralen Versorgungsnetz für bestimmte Indikationen bzw. Krankheitsbilder die Versorgung von den Krankenkassen zu übernehmen. Eingeschriebene Patienten werden leitlinienorientiert behandelt, und zwar mit Unterstützung einer Krankenschwester mit einem neuen Berufsbild, die sich u. a. um die Compliance chronisch kranker Menschen kümmert. Über eine regionale und indikationsbezogene Patientenakte könnten dann im Netz wichtige Daten ge-

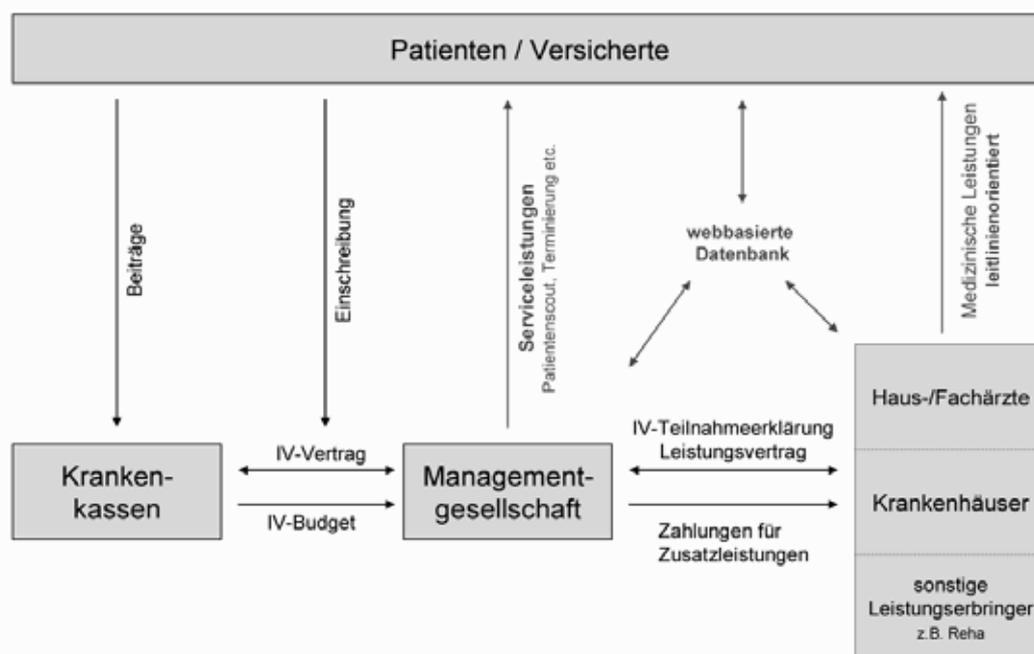


Abb. 4: Transsektorales Versorgungsnetz.
Quelle: Eigene Darstellung.

zielt genutzt werden, um die jeweils gewünschte ambulante und stationäre Betreuung zu ermöglichen. Welche Akteure Managementgesellschaften oder Versorgungszentren gründen und in welcher Rechtsform, kann dem Wettbewerb überlassen werden.

Fazit

15. Mehr Wettbewerb führt in der GKV zu einer bedarfsgerechteren und kostengünstigeren Krankenversorgung bzw. gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Der Überkonsum von Gesundheitsleistungen, insbesondere im stationären Bereich, wird abgebaut und führt zu erheblichen Einsparungen. Neue Trägerstrukturen innerhalb und zwischen den Leistungsanbietern, mehr Politikferne und weniger Einfluss der Verbände mobilisieren in einer vernetzten Versorgungslandschaft die Wirtschaftlichkeitsreserven.

16. Die vorgeschlagene wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungsschutzes verlangt einerseits einen neuen Sicherstellungsauftrag, der nicht mehr nach stationärer und ambulanter Versorgung unterscheidet. Andererseits ist eine neue Versicherungsaufsicht erforderlich, die mit einer Verstärkung der marktlichen Kräfte die Aufsicht und Kontrolle übernimmt und eine Grundsicherung für alle sicherstellt. Eine kontrollierte Öffnung des Gesundheitsmarktes lautet die Devise für eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung.

17. Die Schaffung eines Wettbewerbsrahmens in der GKV und die Förderung der Integrierten Versorgung sind nicht nur Instrumente, um kurzfristig Ausgaben einzusparen, sondern Investitionen in ein zukunftsfähiges und nachhal-

tig prosperierendes Gesundheitssystem. Deshalb ist eine langfristige Ausrichtung und eine entsprechende Kommunikationsstrategie (*managing expectations*) von entscheidender Bedeutung.

18. Eine besondere Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Medien, die in aller Regel alle Neuerungen zunächst einmal schlechter darstellen, als sie sind (Abb. 5).

Die Aufnahme der Gesundheitsreform in den Medien

Seit 1977 berichten die Medien stereotyp von:

- der Zweiklassenmedizin,
- den verpassten grundlegenden Strukturreformen,
- der Flickschusterei,
- den schamlos zur Kasse gebetenen Kranken sowie
- dem Volk von Versagern, unfähig zum Fortschritt, regiert von Stümpfern.

Meine Arbeitshypothese:

Gesundheitsreformen sind grundsätzlich besser als ihre Darstellung in den Medien uns glauben macht.

Abb. 5
Quelle: Eigene Darstellung.

Literatur

Bungenstock, J.: Gesundheitsreform: Mehr Wettbewerb auf dem Markt für Arzneimittel? In: *Wirtschaftsdienst* 87 (2007), 679–686.

Gethmann, C. F. et. al.: *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Berlin 2004.

Göpffarth, D. / Henke, K.-D.: *Finanzierungsreform und Risiko-*

- strukturausgleich. Was bleibt vom Ausgleichsverfahren?. In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 227 (2007), 27–48.
- von Hayek, F.-A.: *Freiburger Studien. Gesammelte Aufsätze*. Tübingen 1969.
- Henke, K.-D.: *Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von GKV und PKV (Diskussionspapier 2007/6, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, TU Berlin)*.
- Henke, K.-D.: *Der Gesundheitsfonds. Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument (Diskussionspapier 2007/1, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, TU Berlin)*.
- Henke, K.-D.: *The Funding and Purchasing of Health Care. A Book with Seven Seals*. In: *Journal of Public Health* 14 (2006), 385–390.
- Kerber, W.: *Wettbewerbspolitik*. In: *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik*, Bd. 2. München⁹2007.
- Korzilius, H.: *Gesundheitsreform in den Niederlanden: Ein Jahr nach dem „großen Knall“*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (2007), A314–316.
- Lisac, M. / Reimers, L. / Henke, K.-D. / Schlette, S.: *Access, Choice, and Guidance in German Health Care: An account of health policy reforms since 2004 (Diskussionspapier 2007/3, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, TU Berlin)*.
- von Maydell, B. / Borchardt, K. / Henke, K.-D. / Leitner, R. / Muffels, R. / Quante, M. / Rauhala, P.-L. K. / Verschraegen, G. / Zukowski, M.: *Enabling Social Europe*. Berlin 2006.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Health Insurance in the Netherlands. The New Health Insurance System from 2006*. Den Haag 2005.
- Reimers, L.: *Die Gesundheitsreform 2006 aus wirtschaftspolitischer Sicht*. In: *Wirtschaftsdienst* 86 (2006), 588–594.
- Schumpeter, J. A.: *Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie*. München 1972.
- Zimmermann, H. / Henke, K.-D.: *Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft*. München⁹2005.