
Wettbewerb und Gesundheitswirtschaft – Die Perspektive der GKV

Christoph Straub

1. Wachsendes Angebot, mehr Möglichkeiten, höhere Bedürfnisse

„Das Problem der modernen Medizin sind in erster Linie ihre Möglichkeiten. [...] Der Bedarf an Ressourcen ist auf diesem Feld nach oben unbegrenzt“, so äußerte sich der Vorstandsvorsitzende der Charité in einem FAZ-Interview vom 11. Januar 2009. Und in der Tat stellen das wachsende Angebot an Gesundheitsdienstleistungen sowie die höheren Bedürfnisse der Versicherten, die in dieser schnelllebigen Zeit ein stärkeres und kritisches Konsumentenbewusstsein aufweisen als in der Vergangenheit, eine Herausforderung für die Krankenkassen dar.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als solidarisches Versicherungssystem und als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge steht in dem Spannungsfeld, einerseits eine umfassende gesundheitliche Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (einschließlich des medizinischen Fortschritts) garantieren zu müssen (§ 2 SGB V) und andererseits nur über begrenzte finanzielle Ressourcen zu verfügen.

Dieses Leistungsversprechen lässt sich nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erreichen. Demnach müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Aber auch die Krankenkassen selbst sind von dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht ausgenommen. Auch sie müssen als Sachwalter von Zwangsbeiträgen wirt-

schaftlich und effizient mit den ihnen anvertrauten finanziellen Mitteln umgehen.

Wirtschaftlichkeit entsteht jedoch nicht von allein – per gesetzlicher Vorgabe –, und insbesondere staatliche oder halbstaatliche Institutionen neigen von Haus aus nicht zu einem wirtschaftlichen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen – sonst hätten wir derzeit auch in den europäischen Staaten durchweg nicht derartig große Haushaltsprobleme. Vor diesem Hintergrund hat sich die allgemein anerkannte Vorstellung durchgesetzt, dass Wettbewerb im Gesundheitssystem dazu beitragen kann, die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen. Gleichwohl ist den Verantwortlichen klar, dass die reine Marktsteuerung mittels des „freien Spiels der Kräfte“ im Gesundheitssystem keine Lösung sein kann. Zu viele Menschen bleiben dann – wie in den USA – unversichert auf der Strecke oder erhalten eine ineffiziente Versorgung. Im „Gesundheitsmarkt“ ist eine alternative, indirekte Steuerung notwendig.

2. Wirtschaftswachstum als „Abfallprodukt“ der Gesundheitspolitik

Auch wenn sich in Deutschland eine wettbewerbliche Steuerung des Gesundheitswesens mit staatlicher Rahmensezung durchgesetzt hat, darf man die Gesundheitspolitik nicht als verlängerten Arm der Wirtschaftspolitik verstehen. Der Wirtschaftswissenschaftler Bert Rürup weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass die Aufgabe der Gesundheitspolitik nicht darin besteht, Wirtschaftswachstum zu generieren, sondern dass das Wachstum nur als „Abfallprodukt“ der Gesundheitspolitik anfällt. Insofern sind den Hoffnungen, Erwartungen und Begehrlichkeiten, die mit dem Begriff „Gesundheitswirtschaft“ verknüpft werden, vonseiten der GKV Grenzen gesetzt. Zweifelsohne gibt es in der Gesundheitswirtschaft – wie vielfach von Leistungs-

erbringern und Strategieberatern öffentlich proklamiert – noch große Potenziale, die es aus Sicht der Befürworter „zu heben“ gilt. Bereits heute arbeiten rund 4,3 Millionen Menschen im Gesundheitswesen und damit deutlich mehr als in der Automobilindustrie. Es ist abzusehen, dass durch den demografischen Wandel die Anzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Gesundheitsbranche noch zunehmen wird, da es sich dabei vielfach um besonders personalintensive Dienstleistungen handelt, die zudem standortgebunden sind. Die Gesundheitswirtschaft ist damit zweifellos einer der wesentlichen Treiber der gesamten deutschen Wirtschaft. Die Finanzierung durch die GKV muss sich jedoch im Bereich des Wirtschaftlichen und medizinisch Notwendigen bewegen. Darüber hinausgehende Leistungen und Ansprüche unterliegen dem Subsidiaritätsgebot. Gesundheitsdienstleistungen, Therapien und Medizinprodukte, deren medizinische Wirksamkeit nicht eindeutig erwiesen ist, dürfen demnach auch weiterhin nicht von der Solidargemeinschaft getragen werden. Damit fällt der gesamte sogenannte zweite Gesundheitsmarkt in die Eigenverantwortung der Versicherten.

3. Wettbewerb als Treiber von Veränderung

Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Der Wettbewerb im Gesundheitssystem muss in erster Linie den Patientinnen und Patienten und den Versicherten dienen. Entscheidend dabei ist es, den Wettbewerb zwischen den Akteuren als Treiber für die Veränderung von Strukturen und Prozessen – beispielweise zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung – zu nutzen. Durch die systematische Integration von innovativen Behandlungspfaden über Sektorengrenzen hinweg wird die Teilhabe der Patienten am medizinischen Fortschritt gesichert und das vielfach beschworene Rationalisierungspotenzial im Gesundheitssystem

tem realisiert. Kostenträger und Leistungserbringer müssen jedoch ein noch stärkeres Interesse entwickeln, gemeinsam zum Wohle der Patienten an der Verbesserung der Effektivität und Effizienz zu arbeiten. Die Differenzierung des Versorgungsangebots stellt im Kassenwettbewerb einen entscheidenden Parameter dar, um sich von der Konkurrenz abzugrenzen. Der gesetzliche Rahmen für die GKV bedarf jedoch im Vertragsbereich, der die Strukturen und Prozesse in den Fokus nimmt, einer Weiterentwicklung. Die derzeit noch vorherrschenden kollektivvertraglichen Strukturen widersprechen dem Wettbewerbsgedanken, der sich in der GKV vielfach durchgesetzt hat und auf den Wettbewerb um die bessere Versorgung abzielt. Ohne mehr Vertragsfreiheit wird sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stets auf einen Preiswettbewerb reduzieren, da eine Leistungsdifferenzierung bei einem Leistungskatalog, der zu rund 95 % gesetzlich kodifiziert wird, stark eingeschränkt ist.

4. Im Spannungsfeld zwischen „sozialem Unternehmensauftrag“ und privater Gewinnerwartung

Ziel der einzelnen Krankenkasse muss es sein, die Vertragsfreiheit für die Implementierung einer effektiven und effizienten Versorgung zu nutzen und im Wettbewerb Skalenerträge zu erzielen. Die einzelvertraglichen Optionen wirken dann strukturierend im Sinne von Qualität und Wirtschaftlichkeit auf die in der Regel privatwirtschaftlich organisierten Leistungserbringer. Dabei sind die Krankenkassen an folgende Parameter gebunden, die auf einzelvertragliche Versorgungsangebote wirken:

1. *Wirtschaftlichkeit*: Nach § 12 SGB V unterstehen die Krankenkassen als Sachwalter von Versicherungsgeldern in ihrem Handeln grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Dies schließt das einzelvertragliche Handeln der Kassen mit

ein. Eine solide Kosten-Nutzen-Bewertung ist somit unerlässlich, um finanzielle Effekte von Einzelverträgen nicht nur kurzfristig, sondern auch mittel- und langfristig beurteilen zu können.

2. *Versorgungsqualität*: Entscheidend für die Bewertung von Selektivverträgen ist die Verbesserung der Versorgungsqualität für die Versicherten. Die Versorgungsqualität muss der kollektivvertraglichen Lösung überlegen und auch für die Versicherten wahrnehmbar sein.

3. *Strategische Gründe*: Neben den finanziellen und qualitativen Aspekten gibt es weitere erfolgsrelevante Zielkriterien, die eher unternehmenspolitischer Natur sind. So kann die Imagewirkung bestimmter Verträge auf die Krankenkasse oder der bestehende Wettbewerbsdruck durch Angebote der Konkurrenz für die Entscheidung über Einzelverträge von Interesse sein.

Damit wird deutlich, dass die Krankenkassen ebenso wie die Leistungserbringer den wirtschaftlichen Erfolg brauchen. Die GKV als Ganzes ist zugleich an einen „sozialen Unternehmensauftrag“ gebunden. Dazu gehört es auch, sich dem Angebotsdruck nicht wirtschaftlicher Leistungsausweitungen zu widersetzen.

5. Der Auftrag der Krankenkassen zur Mitgestaltung der Versorgungsstrukturen

Die Krankenkassen sind somit gefordert, dabei mitzuwirken, berechnete Partikularinteressen der Leistungserbringer mit ihrem sozialen Auftrag in Einklang zu bringen. Der entscheidende Fokus dabei kann jedoch nur lauten: Effektivität und Effizienz. So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) bereits in seinem Gutachten von 2000/2001 darauf hingewiesen, dass es im deutschen Gesundheitswesen das Phänomen der gleichzeitigen Über-, Unter- und

Fehlversorgung gibt. Nach meiner Einschätzung hat sich seitdem an dieser Situation noch nichts grundlegend verändert. So beschreibt der SVR Gesundheit folgende Defizite:

„Das gegenwärtige System ist im Wesentlichen geprägt durch die Dominanz einer auf akute, episodenhafte und ‚eindimensionale‘ Krankheitsformen ausgerichteten kurativen Versorgung, einschließlich eines entsprechenden ‚strukturellen Überversorgungsgrades‘.

„Somatische Fixierung‘ des Gesundheitssystems: Die sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biografischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

„Aktiv-/Passiv-Problematik‘: Der chronisch Kranke wird als passiver Empfänger von medizinischen Leistungen betrachtet. Im Zentrum der passiven Behandlung stehen dementsprechend ‚Reparatur, Kur und Schonung‘. Unzureichende Information, Schulung und Partizipation des Patienten und seiner wichtigsten Bezugspersonen.

Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen.

Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung.

Inadäquate Anreizsysteme, die chronisch Kranke für die Krankenkassen und Leistungserbringer zu einem ‚schlechten Risiko‘ machen.

Unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker in der Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe.“¹

Der Rat kommt zu dem Ergebnis, dass ein nachhaltiger Abbau von Über-, Unter- und damit verbundener Fehlversorgung eine grundlegende Veränderung von Strukturen und Anreizen, von Wissen und Werten, von Verantwortlichkeit

ten und Arbeitsstilen der Akteure im Gesundheitswesen verlangt. Der Schlüssel zum Erfolg liegt – meiner Ansicht nach – darin, den Krankenkassen mehr Möglichkeiten im Vertragswettbewerb einzuräumen und diese konsequent beizubehalten. So ist der kleine, aber vielversprechende Schritt der Anschubfinanzierung für eine integrierte Versorgung von 2004 bis 2008, durch den viele positive Entwicklungen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -prozesse angestoßen wurden, vom Gesetzgeber nicht über das Jahr 2008 hinaus verlängert worden. In der Folge ist die gemeinsame Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen durch die Krankenkassen und ihre Vertragspartner weitgehend wieder „eingeschlafen“.

6. „Vorfeldsteuerung“ für Innovationen erforderlich

Die Frage, wie Innovationen zukünftig den Weg in den Leistungskatalog der GKV finden, hat der Gesetzgeber – zumindest für den Arzneimittelbereich – im Rahmen der Preisgestaltung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) beantwortet. Gerade im Bereich der Innovationen ist jedoch eine alternative sowohl kollektivvertragliche als auch eine kassenindividuelle Weiterentwicklung denkbar: So könnten die GKV oder einzelne Krankenkassen eine Art „Vorfeldsteuerung“ für Innovationen entwickeln, wie sie bereits im Ausland mit Erfolg praktiziert wird. Das Konzept einer „Vorfeldsteuerung“ wird bereits in den USA, England und Australien verwendet. Trotz unterschiedlicher Begriffe („conditional coverage“, „coverage with evidence development“ (CED), „only in research“ oder „interim funding“) ist das zugrunde liegende Prinzip identisch: Die Kostenerstattung für neue Technologien und Therapien wird mit der Bedingung weiterer Evidenzgenerierung verbunden.

Denkbare Anwendungsgebiete für die „Vorfeldsteuerung“:

- neuartige, erfolversprechende Technologien ohne ausreichende Datenlage, deren verzögerte Bereitstellung sich im Sinne von Opportunitätskosten als nachteilig erweisen könnte;
- bereits in Gebrauch befindliche Technologien ohne ausreichenden wissenschaftlichen Nachweis, über deren Wirksamkeit und Sicherheit zunehmend Zweifel entstehen;
- vorhandene, aber im klinischen Gebrauch vernachlässigte Technologien, für deren Evaluierung keine marktwirtschaftlichen Interessen bestehen.

Ziel dabei muss es sein, die Strukturen und Prozesse der „gängigen Praxis“ im Rahmen der Integration von Innovationen positiv zu beeinflussen und zugleich Einfluss auf die Finanzierung der Innovationen nehmen, die bislang stets als „Add-on-Leistungen“ betrachtet werden.

Die CED wird in den USA nur ausnahmsweise und nur dann, wenn keine andere Form der Kostenübernahme gerechtfertigt ist, angewendet. In einem transparenten Prozess und unter Einbeziehung der Öffentlichkeit werden fehlende bzw. ergänzende Daten gesammelt, um die Effektivität und Evidenz einer Behandlung zu prüfen.

Mit der CED haben die Kostenträger die Möglichkeit, Einfluss auf die wissenschaftlichen Studien zu nehmen und Informationen zu erheben, die auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten abgestimmt sind, ohne dabei den Patientinnen und Patienten den Zugang zu Innovationen zu verwehren.

Vor der Implementierung einer derartigen „Vorfeldsteuerung“ in Deutschland sind jedoch Widerstände zu erwarten: So muss die (Medizin-)Industrie dafür gewonnen werden, Kostenträger an der Erforschung teilhaben zu lassen, die bei negativer Evidenz Preisrestriktionen durchsetzen wollen. Zudem kann durch die „Vorfeldsteuerung“ der Anreiz für die (Medizin-)Industrie entstehen, sich aus der Forschung zurückzuziehen. Andererseits entstehen auch bei

den Kostenträgern Risiken: Möglicherweise beteiligen sich die Krankenkassen dann an der Erforschung von Therapien und Medizinprodukten, die sich im Nachhinein als unwirksam erweisen.

7. Fazit

Wenn die Krankenkassen stärker als Player im Gesundheitssystem auftreten sollen, um stärker die Strukturen und Prozesse zu gestalten und insofern Verantwortung zu übernehmen, müssen ihnen hierfür tragfähige Optionen eingeräumt werden. Ohne Änderung der Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber ist das nicht möglich. Allein der Gesetzgeber ist in der Lage, die Türen weiter für einen innovativen Wettbewerb zu öffnen, der „das Ringen um Fortschritt“ zwischen den einzelnen Kassen deutlich forcieren würde. Eine solche Intervention würde den Krankenkassen noch deutlich mehr Schubkraft verleihen, als selbständig agierende Akteure den Vertragswettbewerb als „Suchprozess und Entdeckungsverfahren“ im Wettbewerb um die beste Versorgung für ihre Versicherten zu nutzen. Das Recht muss den Rahmen setzen, in dem sich nach ethischen Maßstäben – und dies sind aus Gerechtigkeits-erwägungen eben auch Effizienzanforderungen – Medizin als Teil der Daseinsfürsorge weiterentwickeln kann.

Anmerkung

¹ *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Gutachten 2000/2001), Band 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Berlin 2001 (hier: ausführliche Zusammenfassung).*