

## **Thesepapier zum Pressehintergrundgespräch**

Gesundheitspolitik zwischen staatlicher Steuerung, Solidarität und Eigenverantwortung

**Prof. Dr. Ingwer Ebsen**

**Institut für europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht**

A. Wettbewerb im System der Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV findet– mit unterschiedlichen Problemen – auf drei Märkten statt:

1. Auf dem *Versicherungsmarkt* der Krankenkassen untereinander kann die Gefahr einer Risikoselektion und damit Zerstörung der Grundlagen solidarischer Sozialversicherung nur mit großem regulativem und administrativem Aufwand eingedämmt werden (insbes. Risikostrukturausgleich).

Auf der anderen Seite bietet Wettbewerb – wenn auch nur im Kontext einer wettbewerblichen Gestaltung auch der anderen Seiten des „Dreiecks der GKV-Sachleistung“ – Chancen für die Verbesserung von Effizienz und Qualität, welche allerdings wohl eine Fortsetzung des Konzentrationsprozesses zu immer weniger Krankenkassen voraussetzen.

Die Veränderungen der Bedingungen des „Preiswettbewerbs“ der Kassen durch den vorgesehenen Gesundheitsfonds und dessen Ausgestaltung mindert die Chancen für ein differenziertes, unterschiedliche Kundeninteressen abdeckendes Angebot.

2. Auf dem *Leistungsmarkt* im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern konkurrieren derzeit zwei Modelle: a) das traditionelle Modell kollektiver Verhandlung und Koordinierung der Verbände als Kartelle („gemeinsame Selbstverwaltung“) mit sektoraler Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, b) das zunehmend durch die Gesetzgebung geförderte Modell des „Vertragswettbewerbs“ mit erhöhter Vertragsfreiheit der Kassen und Leistungserbringer und Auflösung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (am deutlichsten in der „integrierten Versorgung“).

Während Modell a) in Jahrzehnten seine Effizienzdefizite erwiesen hat, ist Modell b) noch seine Bewährung schuldig. Seine Ausweitung wird vermutlich die Strukturen bei den Leistungserbringern erheblich verändern.

3. Auf dem *Leistungsmarkt* der Leistungserbringer untereinander herrscht grundsätzlich schon seit langem ein – durch Bedarfsplanung und Zuteilung von Sektoren der Leistungserbringung stark relativierter – Wettbewerb. Dieser wird durch eine Ausweitung des Vertragswettbewerbs einerseits verschärft. Zum anderen ist mit – schon jetzt im Krankenhaussektor erkennbaren – Konzentrationsprozessen zu rechnen, welche zu großen, das Leistungsspektrum weitgehend abdeckenden Anbietern führen.

B. Die durch die Wettbewerbsdynamik ausgelöste und zu erwartende Entwicklung erfordert – insbesondere im Interesse der Versicherten, deren heute gegebene Wahlfreiheit unter Kassen und Leistungserbringern prekär werden kann, aber auch im Interesse einer flächendeckenden angemessenen Versorgung – ein spezifisches Wettbewerbsrecht der GKV und ergänzende Regulierungen zur Wahrung der Gewährleistungsverantwortung des Staates.

**Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**  
**Institut für Medizinische Soziologie**

1. Die Krankenversorgung in Deutschland weist im internationalen Vergleich deutliche Effizienzmängel auf. Zu den wichtigsten Gründen zählt die Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche.
2. Gesundheitspolitik orientiert sich stark am Ziel der Kostendämpfung und versucht dieses Ziel vor allem durch mehr wirtschaftlichen Wettbewerb und durch eine Kostenverlagerung auf die Versicherten zu erreichen. Beide Instrumente werden die an sie gerichteten Erwartungen nicht erfüllen können und eher kontraproduktive Wirkungen mit sich bringen.
3. Der wirtschaftliche Wettbewerb begünstigt eine Selektion guter Risiken und eine Ausweitung bürokratischer Kontrolle im Gesundheitswesen. Überdies ist er für erhebliche Teile des Versorgungsgeschehens nicht praktikabel, weil es an einer ausreichenden Zahl konkurrierender Leistungsanbieter mangelt.
4. Die Privatisierung von Krankheitskosten ist gleichbedeutend mit einer Aushöhlung des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das damit verbundene Ziel, Krankheit durch „mehr Eigenverantwortung“ zu vermeiden, wird auf diesem Wege nicht erreicht werden.
5. Zu den gravierendsten Problemen in Gesundheitswesen und Gesellschaft zählt die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen. Sozial Schwache sind häufiger und ernster (chronisch) krank und haben eine kürzere Lebenserwartung. Die Verminderung dieser Ungleichheit ist eine der wichtigsten Aufgaben der Gesundheitspolitik und zugleich ein wichtiger Beitrag zur Bewältigung der Folgen des demographischen Wandels.

**Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH**  
**Institut für Allgemeinmedizin**

1. Qualität soll sich lohnen. Soweit es Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen gibt oder geben soll, stellt sich die Frage nach den Erfolgsparametern. Die bisher vorherrschende Mengensteuerung (das Einkommen steigt mit der Zahl der erbrachten Leistungen) sollte durch eine qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung ersetzt werden. Dabei soll die Allokation von Ressourcen – soweit nötig und möglich – der erbrachten Qualität folgen.
2. Eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem resultiert aus einer stark zunehmenden Zahl chronisch Kranker. Unser Gesundheitssystem ist derzeit unzureichend auf die Langzeitbetreuung chronisch Kranker ausgerichtet. Erfolgversprechende Strategien zur optimalen Betreuung existieren, müssen aber noch erprobt und umgesetzt werden.

**Dr. Gerd Zimmermann**  
**Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

1. Wie viel Wettbewerb verträgt das Gesundheitswesen?  
Wettbewerb in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem und einem vordefinierten Leistungskatalog (Regelversorgung) wird es in seiner Reinform nie geben. Insbesondere der Gesundheitsfond schafft durch die Vereinheitlichung wenig Anreize, effizientere Strukturen zu schaffen. Vielmehr muss die sektorale Abgrenzung durchbrochen werden, um Effizienzpotentiale aufspüren und nutzen zu können.
2. Durch die sektorale Trennung (ambulant/stationär/Pflegedienste etc.) sowie die unterschiedliche Finanzierung (Kopfpauschalen, DRG's, duale Finanzierung usw.) gibt es zum Teil Fehlanreize, die Effizienzpotentiale in sich bergen. Insofern ist der Gedanke der sektorübergreifenden integrierten Versorgung positiv zu bewerten. Fraglich ist nur, warum die KV als ein wichtiger Partner im Gesundheitswesen nicht aktiv mitwirken darf. Hier verträgt das System noch mehr Wettbewerb.

3. staatliche Steuerung versus Eigenverantwortung (z.B. Tabakverbot in Gaststätten, höhere Kassenbeiträge für Raucher und Übergewichtige) Die ambulante Versorgung ist seit längerer Zeit stark budgetiert, reguliert und wird aufgrund von einzuhaltenen Qualitätssicherungsmaßnahmen stark kontrolliert. Insofern sind weitere Kostendämpfungsgesetze nur auf dem Rücken der Wählerschaft möglich – in denen die „Eigenverantwortung“ also die Eigenbeteiligungen analog der 10 Euro-Praxisgebühr ausgebaut werden. Durch diese Maßnahmen werden selbstverständlich alle Menschen – insbesondere aber sozial Schwächere - vor die Wahl gestellt, ob sie sich zukünftig noch Gesundheitsleistungen leisten können bzw. wollen. Hier muss die Ethikfrage an die Politik zurückgespiegelt werden.
4. Rolle der Prävention  
Präventionsleistungen (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.) helfen, teure Folgekosten zu vermeiden. Die sich hier anschließende Ethikdiskussion, dass durch den medizinischen Fortschritt eine immer längere Lebenserwartung erreicht wird und insofern höhere Ausgaben für Leistungen die Folge sind, steht erst am Anfang.
5. Sofern das Geld der Leistung folgt, sind Zusatzbeiträge für bewusst in Kauf genommene Risiken, z.B. durch das Rauchen, aus Sicht der Ärzte zu begrüßen. Die Definition dieser Risiken ist jedoch ein gesellschaftspolitisches Problem.
6. Warum sozial Schwache vergleichsweise weniger Präventionsleistungen in Anspruch nehmen, liegt zum Teil auch an einer mangelhaften Aufklärung oder Werbung.
7. Vergleich zu anderen EU-Ländern, Stichwort: Orientierung an Gesundheitszielen  
Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der Besten der Welt. Eine so umfangreiche Absicherung der verschiedensten Risiken, flächendeckend und hochgradig qualitätsgesichert, gibt es kein zweites Mal. Problematisch ist die Finanzierung – wir haben kein Ausgabeproblem, sondern ein Einnahmeproblem. Insofern ist die Politik gefragt, die Einnahmeseite in Form von Schaffung neuer sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze zu beheben.
8. Strukturierte Behandlungspfade gibt es bereits, bei denen definierte Ziele (also die Einstellung des Patienten) durch eine aktive Einbindung erreicht werden sollen. Die durch den Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten für innovative Vertragsgestaltungen können hilfreich sein, durch Anreize eine Mitwirkung der Patienten zu erreichen und insofern eine relativ gesündere Gesellschaft zu schaffen.