

Die Gesundheitsreform 2006 – Chancen für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?

Jürgen Wasem

Das der Gesundheitskompromiss der Regierungskoalition bei der Finanzierung der Krankenversicherung mit einer Einigung auf den kleinsten gemeinsamen Nenner weit hinter den Erwartungen – und Anforderungen – zurückbleibt, wurde bereits vielfach in den Medien diskutiert. Aber gelingt der Koalition wenigstens auf der Leistungsseite, bei den Versorgungsstrukturen, ein stimmiger Wurf? Das deutsche Gesundheitswesen weist nach Auffassung vieler – auch internationaler – Beobachter eine ungünstige Relation von eingesetzten Ressourcen zu erzielt Outcome auf. In den korporatistisch und vielfach noch ständisch ausgerichteten Strukturen insbesondere bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen wird eine der Ursachen gesehen. Das Eckpunktepapier der Koalition verspricht hier die „Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern“ und „größere Vertragsfreiheiten der Kassen“. Lösen die Eckpunkte diesen Anspruch auch ein?

Wesentlich für einen Schritt in Richtung mehr Qualität und Effizienz durch mehr Wettbewerb wäre eine doppelte Wettbewerbsstruktur: Leistungserbringer stehen in einem solchen Konzept des Vertragswettbewerbs untereinander im Wettstreit um Verträge mit den Krankenkassen; die Krankenkassen ihrerseits stehen unter Wettbewerbsdruck aufgrund des Kassenwahlrechts der Versicherten. Während der bereits heute bestehende Wettbewerbsdruck auf die Kassen mit der Reform noch ausgeweitet wird, wird der Wettbewerbsdruck auf die Leistungsanbieter allenfalls in homöopathischen Dosen erweitert.

Das geltende Recht kennt zwar bereits eine Reihe von Möglichkeiten für einzelvertragliche Vereinbarungen, diese sind jedoch zu meist für die Krankenkassen unattraktiv, weil sie zu Doppel- und Zusatzfinanzierung der gleichen Leistung im Einzel- und Kollektivvertrag führen. Wirklich mit Leben gefüllt wurden alleine die Regelungen zur Integrierten Versorgung. Dass es hierzu inzwischen knapp 2.000 Verträge gibt, liegt insbesondere daran, dass die Gesundheitsreform von 2003 zur Finanzierung für den Zeitraum bis Ende dieses Jahres die Möglichkeit einer Kürzung der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausbudgets um bis zu 1 % vorgesehen hatte.

Zwar soll diese Kürzungsmöglichkeit nach den Eckpunkten noch einmal verlängert werden. Allerdings verlässt die Politik offenbar selbst in diesem Bereich bereits der Mut, Wettbewerb als ein Entdeckungsverfahren einzusetzen. Denn beabsichtigt ist, eine Einigung der Integrierten Versorgung auf Projekte einer „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“. Damit wird der wettbewerbliche Gestaltungsspielraum der Akteure stark begrenzt. Auch muss eine Kasse gewährleisten können, dass ein Modell der Integrierten Versorgung bundesweit allen ihren Versicherten angeboten werden kann –

vielfach macht dies schon wegen regionaler Besonderheiten keinen Sinn.

Dieses Zaudern bei der Integrierten Versorgung ist charakteristisch für das gesamte Eckpunktepapier. So hätte man sich etwa vorstellen können, dass in der Arzneimittelversorgung kassenspezifische Positivlisten zur Steigerung des Wettbewerbs zwischen den Arzneimittelherstellern vorgesehen werden. In der Arzneimitteldistribution würde das Schleifen des Fremd- und Mehrbesitzverbotes von Apotheken in Verbindung mit entsprechenden Verhandlungsmandaten für die Krankenkassen zu effizienteren Strukturen durch mehr Wettbewerb führen. In der Krankenhausversorgung wären grundlegende Voraussetzungen für eine stärkere wettbewerbliche Orientierung eine Rückführung des Stellenwertes der Krankenhausplanung der Länder und der Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung, sodass die Krankenhausvergütungen – wie auch die Preise in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens – auch die Investitionskosten widerspiegeln.

In den Eckpunkten der Koalition findet sich jedoch zu all dem nichts. In der ambulanten ärztlichen Versorgung wird der Wettbewerb sogar komplett herausgenommen, indem bei der Neuordnung der Vergütung die Vertragskompetenzen auf den neu gegründeten Dachverband der Krankenkassen verlagert werden, der für alle Kassen eine einheitliche Vergütung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbaren soll. Die neue Gebührenordnung soll sich an den Kostenstrukturen einer ärztlichen Standardpraxis orientieren – damit wird die vermutlich vergleichsweise unwirtschaftliche Betriebsform der Einzelpraxis nicht dem Wettbewerb ausgesetzt.

Für den mangelnden Mut, wettbewerblichen Strukturen in der Leistungserbringung zum Durchbruch zu verhelfen, werden Versicherte und Patienten in der Zukunft noch zahlen müssen: Denn nur bei Ausschöpfen der Rationalisierungsreserven kann gewährleistet werden, dass medizinischer Fortschritt in der Breite auch bei einer deutlich alternden Bevölkerung zu finanzierbaren Beiträgen allen zur Verfügung gestellt werden kann. Der Gesundheitskompromiss bleibt auch bei der Reform der Strukturen der Leistungserbringung hinter den Erwartungen und Anforderungen zurück.

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystemvergleich, Krankenversicherung, ökonomische Evaluation medizinischer Verfahren, Versorgungsforschung.
e-mail: juergen.wasem@uni-due.de.