

# Wettbewerb im Gesundheitswesen

(Stand: 25.10.2006)

## Im Alltag ein bewährtes Prinzip

In der politischen Diskussion um die Modernisierung unseres Gesundheitswesens nimmt der Begriff des Wettbewerbs eine immer wichtigere Rolle ein. Was aber heißt "Wettbewerb" im Kontext des Gesundheitssystems?

Zunächst einmal ist Wettbewerb ja ein uns aus dem Alltag vertrautes ökonomisches Prinzip, ein Instrument, das möglichst gute Leistungen bzw. Leistungen zu einem möglichst günstigen Preis hervorbringen soll. Als Verbraucher profitieren wir in der Regel vom Wettbewerb. Wir wählen den Anbieter, der uns ein für uns passendes Produkt oder eine Dienstleistung zu vorteilhaften Konditionen und zu vertretbaren Preisen anbieten kann.

## Kein Markt wie jeder andere

Auch auf dem „Gesundheitsmarkt“ wollen wir gute Leistungen und günstige Preise: Als Patientinnen und Patienten haben wir vor allem das Interesse, im Krankheitsfall in den Genuss einer optimalen Behandlung zu kommen. Und als Versicherte und Beitragszahler interessiert uns vor allem, dass uns Leistungen möglichst kostengünstig zur Verfügung stehen.

Nun bildet unser Gesundheitswesen aber aus vielen Gründen keinen Markt, der mit anderen – Waren- und Dienstleistungsmärkten – vergleichbar wäre. So ist Gesundheit keine frei konsumierbare Ware, sondern für jeden Einzelnen ein existenzielles Gut. Der Kranke ist kein "Kunde". Er sucht und benötigt ganz einfach "Hilfe" – im Zweifel, um zu überleben. Wir haben in Deutschland ein soziales Krankenversicherungssystem, das dem Grundsatz folgt: Jede und jeder erhält die medizinische Versorgung, die sie oder er benötigt, unabhängig von Alter oder Einkommen und auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Ermöglicht wird das durch die solidarische Finanzierung: Wer weniger verdient, zahlt weniger Beiträge, wer mehr verdient, zahlt mehr.

So kommen diejenigen mit mehr Einkommen für diejenigen mit weniger Einkommen auf, die Jungen für die Alten und Alleinstehende für Familien mit Kindern.

### **Ein fortlaufender Prozess**

Wir brauchen im Gesundheitswesen also einen fairen Wettbewerb, der klaren Spielregeln folgt. Wir brauchen ihn zur Stärkung der wirtschaftlichen Mittelverwendung, wenn wir das Versprechen, dass jede und jeder die notwendige medizinische Versorgung bekommt, auch in Zukunft halten wollen. Angesichts der Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem auch langfristig steht – dem demographischen Wandel, dem medizinischen Fortschritt, der Zunahme von chronischen Krankheiten – haben wir gar keine andere Wahl. Natürlich lässt sich umfassender Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht von heute auf morgen einführen – zumal in einem historisch gewachsenen System, das über Generationen hinweg eher auf Gesundheitsverwaltung denn auf Gesundheitsmanagement ausgerichtet war. Die Einführung von Wettbewerb im Gesundheitswesen ist vielmehr ein fortlaufender Prozess, in dem immer wieder nachgesteuert werden muss. Aber nur wettbewerbliche Strukturen, mit Augenmaß eingesetzt und an den richtigen Punkten, sind als Hebel ausreichend stark, um das zu erreichen, was wir im Gesundheitssystem brauchen: eine bessere und wirtschaftlichere Versorgung.

- Wir brauchen informierte und selbstbewusste Patienten, die zwischen verschiedenen Angeboten wählen und ihre Mitverantwortung in der Behandlung auch wahrnehmen können.
- Wir brauchen motivierte Ärzte und leistungsfähige Krankenhäuser, die ihren Patienten auf Augenhöhe begegnen und den Wettstreit um die beste Versorgungsleistung nicht scheuen.
- Wir brauchen Arzneimittelhersteller, die nach besseren Therapien forschen, weil sie wissen, dass Innovationen sich für sie rechnen. Oder die sich bemühen, altbewährte Präparate besonders günstig anzubieten, weil sie auch davon profitieren.

- Wir brauchen leistungsfähige Krankenkassen, die professionell, flexibel und serviceorientiert arbeiten. Und die vor allem in der Lage sind, ihren Versicherten gute Versorgungsqualität zum günstigen Preis anzubieten.

## Gesundheitspolitischer Reformpfad

Die längste Zeit ihres über hundertjährigen Bestehens kannte die gesetzliche Krankenversicherung kaum Wettbewerb. Dies änderte sich fundamental mit dem **Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992**. Mit dem Gesetz wurde der Weg zu mehr Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb eingeschlagen. Das für die Versicherten spürbarste und wichtigste Ergebnis war die Einführung der weitgehend freien Wahl der Krankenkasse ab 1996. Erstmals konnte damit zum Beispiel auch ein Arbeiter Mitglied der Techniker Krankenkasse werden. Das neue Kassenwahlrecht wurde 1997 um ein Sonderkündigungsrecht für Versicherte im Fall von Beitragssatzerhöhungen ihrer Kasse ergänzt.

Um die mit der freien Kassenwahl verbundene qualitative Differenzierung der Kassen, also den im Interesse der Patienten notwendigen Wettbewerb um die besten Versorgungsangebote, zu forcieren, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen insbesondere im Rahmen der **Gesundheitsreform 2000** erweiterte Möglichkeiten der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern eingeräumt. Diese wurden mit dem **GKV-Modernisierungsgesetz 2004** weiterentwickelt und nochmals erheblich ausgeweitet – von der Anschubfinanzierung für Verträge zur Integrierten Versorgung über die Zulassung medizinischer Versorgungszentren bis hin zu Rabattverträgen mit der pharmazeutischen Industrie.

## Wettbewerb im Gesundheitswesen – Ein Blick in die Praxis

In vielen Bereichen, die einen unmittelbaren Einfluss auf die gesundheitliche Versorgung der Versicherten haben, knüpft die anstehende Gesundheitsreform an das GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 an. Die neue Reform setzt Wettbewerbsimpulse, die noch einmal deutlich über die bisherigen Möglichkeiten hinaus gehen und den Akteuren im Gesundheitswesen neue Handlungsspielräume eröffnen.

## **1. Wettbewerb im Krankenkassenmarkt**

### **Praxisbeispiel „Integrierte Versorgung“:**

#### **Vom Erfolgsmodell zum Zukunftsmodell**

Wettbewerb bedeutet, dass die Krankenkassen ihre Vertragsmöglichkeiten zum Vorteil der Versicherten nutzen und sich über die Qualität ihrer Versorgungsangebote im Markt profilieren.

Ein wichtiger Schlüssel für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung liegt in der besseren Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Arztpraxen. Schon seit der Gesundheitsreform 2000 können Krankenkassen mit Ärzten und Kliniken Verträge zur Integrierten Versorgung schließen. Es bedurfte jedoch erst weiterer Wettbewerbsimpulse, um den Stein tatsächlich ins Rollen zu bringen. Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde den Akteuren eine Anschubfinanzierung von jährlich rund 700 Millionen Euro für die Entwicklung der Integrierten Versorgung zur Verfügung gestellt. Seither haben die Krankenkassen in über 2.500 Einzelverträgen (Stand: 30. Juni 2006) Verträge mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten geschlossen. Diese Verträge sind in der Regel regional begrenzt und beziehen sich zumeist auf bestimmte Indikationen – zum Beispiel bei Hüft- und Kniegelenkimplantationen, bei rheumatischen Erkrankungen oder bei der Behandlung des diabetischen Fußes.

Patienten, die an einem integrierten Versorgungsprojekt ihrer Krankenkasse teilnehmen, profitieren von einer deutlich besseren Behandlungsqualität. Denn im Rahmen der Integrierten Versorgung arbeiten alle, die an der Behandlung von Anfang bis Ende mitwirken, koordiniert zusammen. Sie reden miteinander und stimmen sich ab:

Der Hausarzt mit dem Orthopäden, der Orthopäde mit dem Krankenhaus, das den Eingriff vornimmt, das Krankenhaus mit der Reha-Klinik. Und der behandelnde Facharzt wie auch der Hausarzt bleiben stets über den Behandlungsverlauf informiert, sodass auch die Nachbehandlung bis zur vollständigen Genesung des Patienten zielgenau erfolgen kann.

Einige Krankenkassen haben sich bislang erfolgreich als Vorreiter in diesem Versorgungswettbewerb profiliert und konnten ihre Marktposition sichern oder ausbauen. Und umgekehrt heißt das: Kassen, die sich diesem Wettbewerb nicht stellen, werden zukünftig Versicherte verlieren.

Integrierte Versorgungsverträge können ihr qualitatives und ökonomisches Potenzial allerdings erst dann wirklich entfalten, wenn sie möglichst flächendeckend und auch für die Behandlung der großen Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Bandscheibenerkrankungen zur Verfügung stehen. Um diese – aus Sicht der Patienten und aus gesundheitspolitischer Perspektive wünschenswerte – Entwicklung zu beschleunigen, sieht die anstehende Gesundheitsreform eine Verlängerung der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge vor. Darüber hinaus kann zukünftig auch die Pflegeversicherung inhaltlich und finanziell an solchen Integrationsverträgen beteiligt werden. Ziel ist es, Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Das hilft nicht nur den Patienten. Die Einbeziehung der Pflegeversicherung ist auch ökonomisch von Vorteil – für die gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegeversicherung gleichermaßen.

***Praxisbeispiel „Angebote und Tarife“:***

***Was wollen die Versicherten und Patienten?***

Wettbewerb bedeutet, dass die Krankenkassen ihre Angebots- und Tarifgestaltung stärker an den unterschiedlichen Bedürfnissen ihrer Versicherten orientieren.

Über 70 Millionen GKV-Versicherte – dahinter verbergen sich unterschiedliche Lebensumstände, individuelle Krankheitsgeschichten, die den Blick auf die eigene Krankenversicherung jeweils anders bestimmen. Es ist deshalb eines der nahe liegenden Wettbewerbsinstrumente, wenn sich die Krankenkassen in ihrer Angebots- und Tarifgestaltung den unterschiedlichen Bedürfnissen ihrer Versicherten anpassen.

Zum Beispiel bieten heute schon viele Krankenkassen ihren chronisch kranken Versicherten spezielle, auf die Erkrankung ausgerichtete „strukturierte Behandlungsprogramme“ an: für Diabetes mellitus, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

Entlang eines individuellen Therapieplans arbeiten Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und andere Beteiligte eng zusammen und die Patienten lernen in Schulungen, mit ihrer Krankheit besser umzugehen. Und sie haben etwas davon: ihre Lebensqualität ist besser, Folgeschäden und akute Verschlechterungen der Krankheit können verhindert werden.

Die Gesundheitsreform gibt den Krankenkassen nicht nur deutlich erweiterte Vertragsmöglichkeiten für besondere Versorgungsangebote an die Hand. Sie sieht darüber hinaus auch weitgehende Gestaltungsfreiheit bei den Tarifen vor. Die Krankenkassen werden eine Vielfalt von Angeboten entwickeln. Dazu gehören spezielle Hausarzttarife für Versicherte, die sich verpflichten, im Krankheitsfall immer erst den Hausarzt aufzusuchen. Oder spezielle Tarife für Versicherte, die an strukturierten Behandlungsprogrammen oder Integrierter Versorgung teilnehmen. Dazu gehören aber auch Kostenerstattungs- oder Selbstbehalt-Tarife.

Die Wahl eines Selbstbehalt-Tarifs zum Beispiel war bisher den freiwillig GKV-Versicherten vorbehalten und sie war an die Wahl der Kostenerstattung geknüpft. Zukünftig sind diese Einschränkungen aufgehoben. Jede und jeder Versicherte einer Krankenkasse hat dann die Chance, sich für ein solches Angebot zu entscheiden (wichtige Ausnahme: Versicherte, die ihren Krankenkassenbeitrag nicht selbst zahlen, zum Beispiel Arbeitslosengeldbezieher, können keine Selbstbehalttarife etc. wählen). Das bedeutet, die Krankenkasse gewährt ihm einen gegenüber anderen Versicherten günstigeren Tarif oder eine Bonuszahlung, im Gegenzug verpflichtet er sich, bei Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen einen bestimmten Betrag aus eigener Tasche zu zahlen.

**Praxisbeispiel: „Heil- und Hilfsmittel“:**

**Bessere Versorgung zu günstigeren Preisen**

Wettbewerb bedeutet, dass die Krankenkassen ihre Vertragsspielräume nutzen, um eine wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten, die auch in Zukunft bezahlbar bleibt.

Die Versorgung der Versicherten mit Heil- und Hilfsmitteln ist eine wichtige Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu Heilmitteln zählen zum Beispiel Krankengymnastik, Massage, Bewegungstherapie etc; zu Hilfsmitteln zum Beispiel Hörhilfen, Körperersatzstücke, Rollstühle oder Gehhilfen. Knapp 6 Prozent der GKV-Gesamtausgaben im Jahr 2005 entfielen auf die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

Das entspricht einem Gesamtvolumen von über 8 Milliarden Euro. Davon entfallen etwa 4,5 Milliarden Euro auf die Hilfsmittelversorgung – ein Markt, der nach Einschätzung von Krankenkassen, aber auch von Herstellern und Leistungserbringern Wirtschaftlichkeitsreserven enthält, die über einen intensivierten Wettbewerb erschlossen werden können.

Die Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung fördern einen verstärkten Vertrags- und Preiswettbewerb bei gleichzeitigem Erhalt der Versorgungsqualität. Nach einer Übergangsfrist wird die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen.

Den Krankenkassen werden erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Die Versorgung mit Hilfsmitteln soll künftig auch über Ausschreibungen erfolgen. Hat eine Kasse zum Beispiel einen absehbaren Bedarf an Rollstühlen, um ihre Versicherten angemessen zu versorgen, kann sie die erforderliche Menge unter Vorgabe klarer Qualitätsstandards öffentlich ausschreiben. Der dadurch in Gang gesetzte Preiswettbewerb ist ausdrücklich gewünscht.

Im Heilmittelbereich wird das heute in weiten Teilen sehr starre Vertragssystem durch die anstehende Gesundheitsreform erheblich flexibilisiert. Konkret können künftig auch einzelne Kassen mit Leistungserbringern Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln abschließen oder in Arbeitsgemeinschaften als Vertragspartner auftreten.

Die Krankenkassen können dadurch genauer auf den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten eingehen, und werden – deutlich mehr als heute – auch darum konkurrieren, ihren Versicherten eine hohe Qualität zu möglichst günstigen Preisen anzubieten.

## **2. Wettbewerb im Arzneimittelmarkt**

### ***Praxisbeispiel „Arzneimittelpreise“:***

#### ***Immer mehr Medikamente ohne Zuzahlung***

Wettbewerb bedeutet, dass sich die Hersteller von Arzneimitteln in ihrer Preisgestaltung an den Anforderungen des Marktes ausrichten, konkret an der Wahlfreiheit der Patienten, sich für ein preiswertes Medikament zu entscheiden.

Allein im Jahr 2005 sind die Ausgaben für Arzneimittel um 16 Prozent – das sind über drei Milliarden Euro – gestiegen. Mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, hat der Gesetzgeber durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) einen Wettbewerb um günstige Arzneimittelpreise in Gang gesetzt:

Das Gesetz sieht u. a. vor, dass Arzneimittel, deren Preis um 30 Prozent unterhalb der Festbeträge – jener Höchstbeträge, die von den Krankenkassen für einzelne Arzneimittel gezahlt werden – liegt, von der Zuzahlung befreit werden können. Das hat dazu geführt, dass die Hersteller seit Inkrafttreten der neuen Regelung am 1. Juli 2006 ihre Preise auf breiter Front abgesenkt haben. Schon heute (Stand: Oktober 2006) sind mehr als 2.600 Präparate für die Patienten zuzahlungsfrei erhältlich. Dies ist ein sicheres Indiz dafür, dass Wettbewerb „arbeitet“, wenn man die richtigen Voraussetzungen schafft. Er arbeitet zugunsten der Patientinnen und Patienten. Für immer mehr Medikamente müssen keine Zuzahlungen mehr geleistet werden. Im Ergebnis ist der Ausgabenanstieg in der GKV für Arzneimittel seit Juli 2006 stark rückläufig.



***Praxisbeispiel „Rabattverträge“:***

***Wer gut verhandelt, entlastet die Versicherten.***

Wettbewerb bedeutet, dass Krankenkassen und Arzneimittelhersteller Preisverhandlungen führen mit dem Ziel, die Versicherten finanziell zu entlasten.

Bereits seit der Gesundheitsreform 2004 haben Krankenkassen die Möglichkeit, mit den Arzneimittelherstellern Rabattverträge auszuhandeln. Als große Abnehmer verhandeln sie über ein Milliardenvolumen und sind grundsätzlich in der Lage, im Interesse ihrer Versicherten gute Bedingungen herauszuholen. Einige Krankenkassen haben gezeigt, wie es gehen kann.

Ein aktuelles Beispiel: Nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses dürfen die gesetzlichen Krankenkassen seit Oktober 2006 die Kosten für so genannte kurzfristig wirksame Insulinanaloga zur Behandlung von Typ 2-Diabetikern in der Regel nur noch dann übernehmen, wenn sie im Vergleich zu kurzwirksamen Humaninsulinen keine Mehrkosten verursachen. Um ihren Versicherten auch zukünftig die gewohnte Therapie ohne erhebliche Zusatzkosten zu ermöglichen, haben bereits einige Kassen entsprechende Rabattverträge mit den Herstellern von Insulinanaloga abgeschlossen.

### ***3. Wettbewerb im Anbietermarkt***

***Praxisbeispiel „Medizinische Versorgungszentren“:***

***Bessere Behandlung durch bessere Koordination***

Wettbewerb bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte in einen Wettstreit um die beste Behandlung und die beste Organisation ihrer Leistungen eintreten.

Seit der Gesundheitsreform 2004 können in ganz Deutschland medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen werden, und ihre Einführung geschieht mit großem Erfolg: 491 Zulassungen (Stand: 30.6.2006) wurden bislang erteilt. Attraktiv sind die medizinischen Versorgungszentren für Patienten und Ärzte gleichermaßen.

Unter einem Dach arbeiten hier Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen Hand in Hand. Krankheitsverläufe, Behandlungsziele und Therapien werden untereinander abgestimmt. Den Patienten bleiben umständliche Wege und doppelte Untersuchungen durch unterschiedliche Ärzte erspart, sie profitieren von einer koordinierten Behandlung. Medizinische Versorgungszentren setzen neue Maßstäbe im Hinblick auf die Versorgungsqualität und -effizienz, und damit stehen sie – dort, wo sie an den Start gehen – im unmittelbaren Wettbewerb zur ärztlichen Einzelpraxis. Medizinische Versorgungszentren sind aber auch für Ärztinnen und Ärzte selbst attraktiv.

Hier haben sie die Chance, ambulant tätig zu sein, ohne das ökonomische Risiko einer Niederlassung auf sich nehmen zu müssen, und auch Teilzeitbeschäftigung ist möglich. 1.934 Ärzte sind heute in MVZ tätig, von ihnen arbeiten 1.172 im Angestelltenverhältnis (Stand: 30.6.2006).

***Praxisbeispiel „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“:***

***Spitzenmedizin für Schwerstkranke***

Wettbewerb bedeutet, dass Krankenhäuser die Chance haben, ihre medizinischen Spezialleistungen auch ambulant anzubieten.

Schon seit der Gesundheitsreform 2004 hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Behandlung von Patienten mit seltenen und schweren Erkrankungen zu schließen. Davon haben sie allerdings bislang fast keinen Gebrauch gemacht. Das Ziel ist, den Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel an Aids, Mukoviszidose oder Krebs erkrankt sind, ständige Arztwechsel zu ersparen und die in entsprechend spezialisierten Kliniken gesammelte Kompetenz besser zu nutzen. Um diese wichtige Verbesserung der medizinischen Versorgung voranzubringen, werden deshalb künftig neue Möglichkeiten eröffnet. Künftig können die Krankenhäuser selbst darüber entscheiden, ob sie sich für die ambulante Versorgung dieser Menschen öffnen. Eine entsprechende Zulassung können sie bei den zuständigen Landesbehörden beantragen.

Darüber hinaus können die Kliniken von der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung (IV) profitieren, wenn sie mit Krankenkassen entsprechende Verträge für hochspezialisierte Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung schließen. Dadurch werden zusätzlich Wettbewerbsanreize gesetzt, und die Patienten entscheiden selbst, wo sie behandelt werden wollen.

## **Fazit**

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist notwendig, und er ist möglich. Er ist notwendig, weil es darum geht, die gesundheitliche Versorgung von 82 Millionen Menschen auf hohem Niveau zu sichern. Er ist möglich, weil die gesetzlichen Voraussetzungen für eine stärkere Wettbewerbsorientierung bereits vorhanden sind und weiter ausgebaut werden. Es liegt in der Verantwortung der Akteure – Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker – sie auch umzusetzen.

Die Aufgabe von Gesundheitspolitik ist es, für einen fairen Wettbewerbsrahmen zu sorgen, in dem klare Spielregeln gelten, der sozial verantwortlich und patientenorientiert gestaltet ist.