

Zusatznutzen durch Wettbewerb? Die Liste nicht eingelöster Versprechen ist lang

GU DRUN SCHAICH-WALCH, STAATSSSEKRETÄRIN A.D. | DR. JÜRGEN BAUSCH



Wettbewerb entsteht, wenn Waren oder Dienstleistungen Ansprüche befriedigen. Dieser wird bei einer ausreichenden Zahl von Anbietern umso intensiver, je größer die Zahlungsbereitschaft und die Zahlungsfähigkeit des Kunden ist. Und er gewinnt an Fahrt, wenn der Kunde unter den Leistungsangeboten wählen darf. Da wird der „Billigfluglinie“ vor den Linienflügen der Vorrang gegeben, selbst wenn die Rahmenbedingungen bezüglich Zeit und Ort miserabel sind.

Mit Wucht hat diese Sucht nach dem ultimativen Billigangebot in Deutschland längst auch das Gesundheitswesen erreicht. Ein System, das seit Bismarck „konservativ“ in Kassenarten für die jeweiligen Beschäftigungsgruppen gegliedert war und das die Ärzte in einen Kollektivertrag mit den Kassen eingebunden hat. Da hat sich manches geändert.

Versicherte wechseln bedenkenlos die Kasse, wenn irgendwo ein niedrigeres Beitragsangebot auf den Tisch des Hauses flattert. Kliniken selektieren ohne Skrupel ihr Leistungsangebot nach Ertragslage und Profit. Und Ärzte suchen ihre Kundschaft, wo immer es möglich ist, nach dem Prinzip der besseren Zahlungsbereitschaft, indem Privatzahler und IGEL-Angebote gegenüber Kassenpatienten privilegiert werden.

Im Internet-Apothekenmarkt entstehen wunderliche Bezugsströme für Arzneien aus billigen Quellen, die bis in den hintersten Vogelsberg sprudeln. Und der Wettbewerb um Generika-Rabattverträge mit den Kassen zwingt zum Einkauf von Billigstware aus Bangladesch, Indien und Vietnam. Viele überlebensnotwenige generische Wirkstoffe gegen häufige chronische Krankheiten werden fast ausschließlich in Asien hergestellt.

Dieser Tage hat die Europäische Arzneimittelagentur über 500 Generika indischer Provenienz vom Markt genommen. Der Grund: gefälschte Zulassungsstudien. Der Rabattwettbewerb hat die ehemalige „Apotheke der Welt“ in Lieferabhängigkeiten von weit entfernten Weltregionen gebracht. Eine Konsequenz, die wie so viele Folgen der wettbewerblichen Umstrukturierung des Gesundheitswesens bezüglich ihres klinisch relevanten Nutzens nicht systematisch untersucht wird. Immerhin bringen diese Rabatte pro Jahr inzwischen mehr als drei Milliarden Euro Ersparnis für die GKV.

Seit dem Jahr 1996 können alle Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Kasse frei wählen. Die Wahlfreiheit beseitigte die herkömmlichen Unterschiede in der Kassenzugehörigkeit zwischen Arbeitern und wahlberechtigten Angestellten. Es war eine Zeit, in der vom Wettbewerb viel erwartet wurde. Er würde

schon Kräfte frei setzen und zurechtrücken, was zurecht gerückt werden sollte – so die Hoffnung. Die Erwartungen der Politik an einen sich entwickelnden Wettbewerb waren hoch, und die richtigen Rahmenbedingungen für einen ganz besonderen Wettbewerb in einem solidarischen Krankenversicherungssystem mit einem einheitlichen Leistungskatalog waren schwer zu setzen.

Dessen ungeachtet waren die Ziele ehrgeizig: Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte ein entscheidendes Instrument zur Erreichung von Zielen sein. Qualität und Effizienz in der Versorgung sollten verbessert, Transparenz und Service erhöht werden.

Bekommen haben wir das eine oder andere Leuchtturmprojekt, aber keine für alle Versicherten bessere Versorgung, keine gesteigerte Qualität oder deutlich mehr Transparenz im System. Ein Wettbewerb der Kassen um Kranke ist jedoch ausgeblieben. Wir haben allerdings eine durchgängig verbesserte Servicequalität der Kassen, aber leider nach wie vor zu viel Preiswettbewerb, der durch neuere Gesetzgebung verschärft wurde und Fortschritt eher behindert.

Im Kern liegen die Gründe darin, dass wir zum einen zu strenge Regulierungen bei der Genehmigung der Verträge haben, und zum anderen zu geringe Anforderungen an die Transparenz und die wissenschaftliche Evaluation gestellt wurden. Kassen nutzen Selektivverträge im Wettbewerb, um neue Behandlungsmöglichkeiten zu erproben. Die Ergebnisse bleiben jedoch weitgehend unbekannt und sind damit für die allgemeine Versorgung von geringer Relevanz. Dort sollte vorsichtig regulierend eingegriffen werden, um dem Wettbewerb um eine bessere Krankenversorgung eine größere Chance zu geben. Ein Allheilmittel wird der Wettbewerb nie sein können.

In einem wichtigen Bereich aber versagt die wettbewerbliche Ausrichtung des Systems. Das ist der gesamte

Pflegesektor. Einerseits, weil die Zahlungsfähigkeit die vielen Alten und chronisch Kranken samt ihrer Pflegekassen überfordert. Andererseits, weil es an genügend geeigneten jungen Frauen und Männern, die für Pflegeberufe in Frage kommen, massiv mangelt. Hinzu kommt, dass die Aussteigerquote aus den Pflegeberufen dramatisch hoch ist. Das einzige Wettbewerbselement, welches hier „funktioniert“, besteht darin, dass wir das Pflegepersonal aus östlichen Grenznationen mit schwächerer Wirtschaftskraft abwerben. Sie fehlen in ihren Heimatländern für die Versorgung. Und in der Hauskrankenpflege greifen wir ohnehin auf zum Teil ungeschultes Personal aus Polen, den baltischen Staaten und anderen Anrainern zurück. Eine grenzübergreifende Evaluation dieser für Deutschland unverzichtbaren systemstabilisierenden Pflegewelt ist überfällig.

Ohne Zweifel haben viele Wettbewerbselemente im deutschen Gesundheitswesen zu Anpassungen an den allgemeinen Trend unserer Wirtschaftsordnung geführt. Das Rad der Geschichte wird nicht mehr zurückgedreht auf ein monopolistisches Kollektivvertragssystem für Ärzte und ein Arzneiversorgungssystem mit reiner Herstellerdominanz, um zwei Beispiele zu nennen. Aber viele der neuen Wege sind auf den Prüfstand zu stellen, man kann sie ergebnisorientiert ausbauen oder auch verlassen.

Denn die Menschen, die durch Krankheit und Alter in die Vollabhängigkeit von unserem Gesundheits- und Pflegesystem gelangen, erfahren nach wie vor eine zu hohe Dosis systemimmanenter Unzulänglichkeit. Was mit wachen Augen jeder beobachten kann, der Angehörige auf einer Pflegestation eines Versorgungskrankenhauses oder im Altersheim besuchen muss.

Kontakt:

**Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. |
Mozartstraße 5 | 63452 Hanau |
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de
<http://frankfurterforum-diskurse.de>**