

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsordnung: Wo bleiben Beitragszahler und Patienten?

DR. ILONA KÖSTER-STEINEBACH, REFERENTIN QUALITÄT UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN,
VERBRAUCHERZENRTALE BUNDESVERBAND



Beim Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen handelt es sich nicht um einen bilateralen, sondern um einen „triangulierten Markt“. Dort haben Patienten mittelbar, nämlich über die kollektive Vertretung von Patienteninteressen, begrenzten Einfluss auf die Verhandlungen von Krankenkassen und Leistungserbringern. Der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und der Kostendruck für die Krankenkassen haben massive Auswirkungen auf die Patienten. Dies zeigt sich einerseits in einem wachsenden Druck auf Patienten zur Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen, andererseits in einem Innovationsstau im Leistungskatalog der GKV, da die Akteure kein Interesse an seiner Ausweitung haben. Die strukturellen Rahmenbedingungen im Gemeinsamen Bundesausschuss verhindern indes, dass Patientenbeteiligung als ein effektiver Korrekturmechanismus wirken kann. Verstärkt wird dieser Umstand durch die fehlende Transparenz über Leistungs- und Servicequalität bei Ärzten und Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund muss auch die Vergabe der Patienten- und Verbraucherberatung an einen neuen Anbieter besonders kritisch gesehen werden.

1. Einleitung

In der neoklassischen Wirtschaftstheorie sind freier Markt und Wettbewerb quasi Garanten für optimale Ergebnisse und maximale Leistungsanreize. In dieser Tradition stehen auch verschiedene Rufe nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen sowie diverse Gesundheitsreformen, insbesondere die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2007 (Inkrafttreten) mit der Einführung/Ausweitung der sogenannten Selektivverträge. Nunmehr ist es an der Zeit, einen Blick darauf zu werfen, was der Wettbewerb bisher für die Patienten bzw. die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gebracht hat. Schließlich stehen sie erklärtermaßen im Mittelpunkt des Gesundheitswesens – ihre Versorgung ist einzige Daseinsberechtigung des gesamten Systems.

2. Themenkonkretisierung und Begriffsdefinitionen

2.1 Wettbewerb

Im neoliberalen Glaubensgebäude, in dem der vollkommene Markt an die Stelle der Realität tritt oder treten soll, werden dem Wettbewerb verschiedene Wirkungen zugeschrieben, darunter:

- **Allokationseffizienz** mit entsprechenden Leistungsanreizen und eine primäre Einkommensverteilung nach dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit.
- **Distributionseffizienz:** Es kommen diejenigen Nachfrager zum Zuge, die entsprechend ihrer Präferenzen bereit und in der Lage sind, den Marktpreis für das Gut zu zahlen.

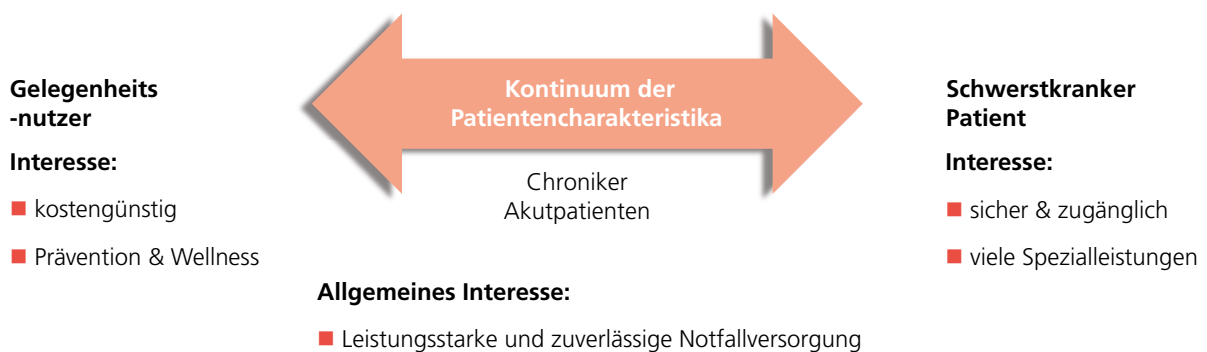
• Innovationsanreize

Was gerne aus dem Blick gerät sind die Voraussetzungen, damit der Wettbewerb diese segensreichen Funktionen entfalten kann. Dazu zählt insbesondere, dass es keine Markteintritts- und -austrittsschranken gibt. Eine weitere Voraussetzung ist die vollständige Markttransparenz, in der Produzenten wie Konsumenten vollständig u.a. über die Qualität der Güter, die Kosten ihrer Herstellung, ihre eigenen Präferenzen und die Zahl und Verteilung der Marktteilnehmer informiert sind.

Überhaupt ist das der einzige Zusammenhang, in dem Qualität im Modell der vollständigen Konkurrenz überhaupt auftritt, denn die einzige steuernde Information

auf dem Markt ist der Preis. Die Wirtschaftstheorie selbst hat sich in der Vergangenheit mit Situationen beschäftigt, in denen Wettbewerb in der beschriebenen Konstellation nicht funktioniert bzw. funktionieren kann (z.B. natürliche Monopole, beim Vorliegen von Transaktionskosten, bei asymmetrischer Wissensverteilung), aber diese Ansätze stellen im neoliberalen Mainstream eher Randerscheinungen dar. Ihnen ist aber zu verdanken, dass es sinnvoll und legitim ist, die Frage zu stellen, wie genau denn der Wettbewerb auf einem Markt stattfindet und wo seine Einschränkungen und möglicherweise dysfunktionalen Wirkungen sind. Zunächst einmal ist für diesen Artikel eine eigene Definition des Wettbewerbs festzuhalten:

Definition des Begriffs Patienten

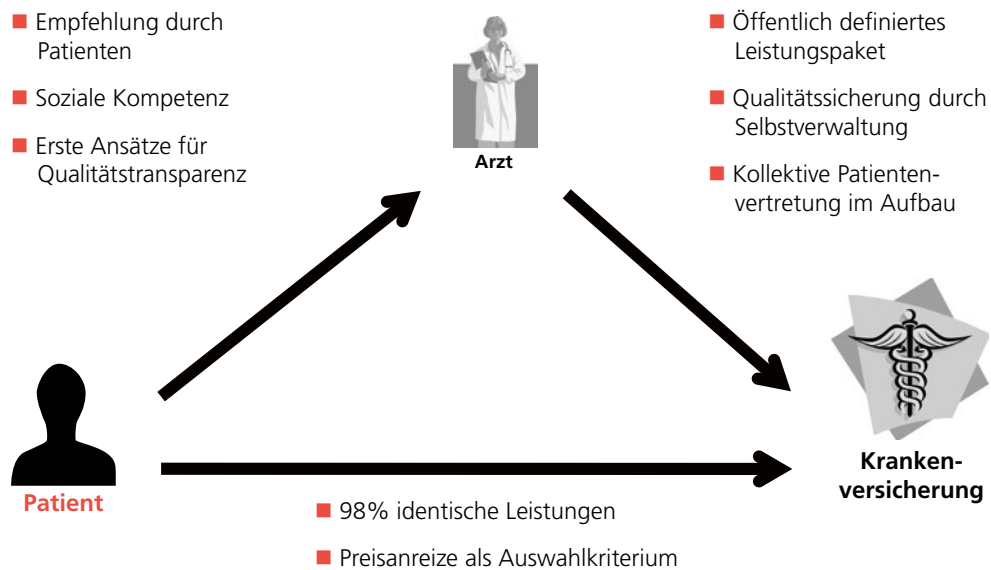


Quelle: Dr. Köster-Steinebach



Abbildung 1: Anstatt von einem statischen Begriff von Patienten ist es sinnvoll, von einem Kontinuum von Patientencharakteristika auszugehen. Diese reichen vom Akutpatienten bis hin zum Schwerstkranken.

Das Versorgungsprinzip in der alten GKV



Quelle: Dr. Köster-Steinebach



Abbildung 2: Das System der GKV unterscheidet sich von herkömmlichen bilateralen Märkten. Bei diesem durch staatliche Normsetzung geschaffenen korporatistischen System handelt es sich um einen „triangulierten Markt“ mit drei statt zwei Akteuren.

„Wettbewerb wird hier verstanden als das Streben des Einzelnen nach Maximierung des individuellen Nutzens angesichts alternativer Handlungsmöglichkeiten unter Konkurrenzbedingungen.“

2.2 Sozialstaatsgebot

Auch der Begriff „Sozialstaatsgebot“ ist keineswegs selbsterklärend. Tatsächlich findet sich dieser Begriff gar nicht im Grundgesetz. Dort wird nur ausgeführt:

- „Die Bundesrepublik ist ein demokratischer und **sozialer** Bundesstaat.“ (Art. 20)
- „Die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern muss den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und **sozialen** Rechtsstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen.“ (Art. 28)

Da weitere Festlegungen fehlen, bleibt nur, den materiellen Gehalt des Begriffes indirekt abzuleiten. Vor dem Hintergrund der Artikel 1-3 Grundgesetz soll der Begriff Sozialstaatsgebot wie folgt ausgelegt werden: „Alle Menschen in Deutschland haben unabhängig von Einkommen oder anderen Umständen das Recht auf eine Gesundheitsversorgung, die die individuelle Würde und das Recht auf körperliche Unversehrtheit schützt.“

2.3 Beitragszahler und Patienten

Beitragszahler sind dadurch definiert, dass ein Teil ihres Haushaltseinkommens als Zahlungsstrom an eine Krankenversicherung fließt. Im Sinne der oben getroffenen Definition von Wettbewerb ist ihr wesentliches Interesse damit, dass dieser Zahlungsstrom so gering wie möglich ist, um einen möglichst großen Anteil ihres Einkommens in anderweitigen Konsum investieren zu können (Nutzenmaximierung).

Abschließend ist noch der Blick auf den „Patienten“ zu richten. Dabei fällt schnell auf, dass es „den“ Patienten nicht gibt. Stattdessen muss man wohl realistisch von einem Kontinuum der Patientencharakteristika ausgehen, das von den überwiegend gesunden Gelegenheitsnutzern über Akutpatienten und Chroniker bis hin zu Schwerstkranken reicht, jeweils mit eigenen Interessenlagen (siehe Abbildung 1). Unabhängig von der jeweiligen Position auf dem Kontinuum darf davon ausgegangen werden, dass alle Patienten nur über ein sehr begrenztes Wissen verfügen. Da sie selbst keine medizinischen Experten sind, können sie sich nicht einmal im Sinne der Wirtschaftstheorie über ihre eigenen Präferenzen wirklich klar sein, noch können sie ex ante (und zum Teil auch ex post nur eingeschränkt) die ihnen angebotenen Leistungen hinsichtlich Inhalt, Preis

und Qualität beurteilen. Auch einen Marktüberblick haben sie im Regelfall nicht. Hinzu kommt, dass sie bereits aufgrund ihrer Gesundheitslage häufig nicht in der Position sind, als „mündige“ Verbraucher zu agieren: Wer akut erkrankt ist und medizinische Hilfe benötigt, hat kaum die Zeit und Muße, Anbieterrecherche zu betreiben etc.

Schon damit wird klar, dass ein „Gesundheitsmarkt“ im echten Sinne des Wortes Markt nur dort existiert, wo prinzipiell verzichtbare Leistungen angeboten werden (insbesondere IGeL, Wellness), der Wesenskern des Gesundheitswesens, also die Umsetzung des Rechts auf Würde und körperliche Unversehrtheit, sich aber prinzipiell vom Markt unterscheidet.

2.4. Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen

Der Grundgedanke eines Marktes ist der, dass autonom agierende Anbieter auf ebensolche Nachfrager treffen und sich in ihrem Zusammenspiel Preise bilden. Die Anbieter entscheiden darüber, welche Produkte sie zu welchem Preis anbieten und die Nachfrager darüber, welche sie zu welchem Preis konsumieren. Märkte sind also bilateral. Das System der GKV ist hiervon grundlegend verschieden (siehe Abbildung 2) und besteht aus einem sogenannten „triangulierten Markt“: Es gibt also drei statt zwei Akteure. In diesem durch staatliche Normsetzung geschaffenen korporatistischen System haben die Patienten nur (oder immerhin) mittelbar, durch die kollektive Vertretung von Patienteninteressen, begrenzten Einfluss auf die Verhandlungen von Krankenkassen und Leistungserbringern.

In das eher geruhsame korporatistische System der GKV wurden über verschiedene Reformen Elemente des Wettbewerbs eingeführt, die im Folgenden exemplarisch näher untersucht werden sollen:

- Wettbewerb der Leistungserbringer untereinander um Patienten
- Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte
- Selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

3. Wettbewerb der Leistungserbringer und seine Auswirkungen auf die Patienten

3.1 Elemente des Wettbewerbs der Leistungserbringer

Im Grunde befinden sich Ärzte in Deutschland in einer im Vergleich zu Unternehmern und vielen Freiberuflern

hoch privilegierten Situation. Die ärztliche Bedarfsplanung garantiert den niedergelassenen Ärzten nahezu Gebietsmonopole oder zumindest -oligopole, insbesondere dort, wo sie in ihrer Logik weit vom tatsächlichen Bedarf abweicht und Knappheit generiert. In Fachgebieten, wo der Bedarf erheblich untergedeckt ist, können sich Ärzte ihre Patienten regelrecht aussuchen, etwa indem sie die Zustimmung zu einer IGeL-Leistung im Zusammenhang mit normalen Untersuchungsterminen einfordern. Wenn hier Wettbewerb zwischen den Ärzten herrscht, dann eher um die Bindung attraktiver Patienten als um den Verbleib auf dem Markt: Insolvenzen von niedergelassenen Ärzten sind äußerst selten.

Anders ist die Konstellation im Krankenhaussektor. Die Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre hat immer wieder auch Kostendämpfung im stationären Bereich umfasst. Aus Patientensicht sind verschiedene Probleme rund um die „Wettbewerbsbedingungen“ der Krankenhäuser evident. Eines davon ist die unzureichende Investitionskostenfinanzierung, die Häuser dazu zwingt, notwendige Investitionen aus den für die Krankenversorgung bestimmten Vergütungen abzuzweigen oder eben darauf zu verzichten.

Die Gegenfinanzierung kann durch Personaleinsparungen geschehen, aber auch durch verdeckte Rationierung, wenn eigentlich nötige, aber nicht kostendeckende oder gar lukrative Leistungen nicht erbracht werden. Auch weist das DRG-System in seiner jetzigen Ausgestaltung tiefeschürfende ungelöste Probleme auf. Aus Patientensicht besonders bedeutsam erscheinen folgende:

- Aufgrund ihrer Charakteristika besonders aufwendig zu versorgende Patienten (z.B. Demenzpatienten, Menschen mit Behinderungen) sind in ihren besonderen Bedürfnissen im Vergütungssystem nicht erfasst. Gleiches gilt für Hochkostenpatienten aufgrund spezieller Erkrankungen und besonders anspruchsvolle Strukturen wie z.B. in Universitätskliniken.
- Die Kostenrelationen von Behandlungskategorien sind nicht realitätsgerecht. So scheinen insbesondere Notfallversorgung und pädiatrische Abteilungen Zuschussgeschäfte zu sein, während planbare Leistungen offensichtlich finanziell attraktiv sind.
- Die Logik, dass Einsparungen zu einer Reduktion der Basisfallwerte führen, bedingt einen Kellertreppeneffekt: Um schwarze Zahlen oder gar Gewinne ausweisen zu können, muss immer weiter rationalisiert werden, was insbesondere durch Personaleinsparungen (Pflege, the-

rapeutisches Personal, Outsourcing von Dienstleistungen) geschieht. Das wiederum reduziert die Fallwerte.

- Die Gestaltung und Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung erfordert die gezielte Ausbildung von Nachwuchsmedizinern in den Fachgebieten, in denen Mangel herrscht oder herrschen wird. Die Krankenhäuser decken diese Versorgungsgebiete unter der DRG-Logik kaum ab und bilden hier folglich auch nicht aus. Mit Blick auf die Politik fällt in der Krankenhauspolitik eine gewisse Paradoxie auf: Während durch Kostendruck auf Bundesebene angestrebt wird, den vorhandenen Angebotsüberschuss im Krankenhaussektor zu reduzieren, ergibt sich auf lokaler Ebene eine gänzlich andere Situation. In der Krankenhausplanung gibt es jedoch bisher (noch) keine Konzepte, um echte Bedarfsdefinition und -messung zur Grundlage wirksamer Steuerung zu machen.

3.2 Leistungserbringerwettbewerb und seine Konsequenzen für Patienten

Angesichts des Nebeneinanders von Unzulänglichkeiten der Krankenhausfinanzierung, Kostendruck und Abwesenheit adäquater planerischer Instrumente scheint die Konsequenz für den stationären Sektor unausweichlich: Es werden Versorgungsangebote (Krankenhäuser, Fachabteilungen) vom Markt gedrängt, die im Sinne des Sozialstaatsgebots bedeutsam sind, während diejenigen Leistungsanbieter, die sich im System unter finanziellen Aspekten optimal verhalten, prosperieren, auch wenn sie wenig zur echten Bedarfsdeckung beitragen. Die Patienten sind von fehlenden Angeboten, Patientenselektion, insbesondere Unterversorgung von vulnerablen Patientengruppen, und massiven Qualitätsdefiziten insbesondere aufgrund von Personaleinsparungen betroffen.

Beide Konstellationen, der Finanzdruck auf den Krankenhäusern mit der nachfolgenden Kommerzialisierung der Entscheidungen ebenso wie die komfortable Anbietersituation vieler niedergelassener Ärzte, sind ein hervorragender Nährboden für die Ausbreitung von Selbstzahlerleistungen. Patienten sehen sich einem wachsenden Druck zur Inanspruchnahme ausgesetzt, der wegen der Informationsasymmetrie, ungleicher (Markt-)Machtverhältnisse und unzureichender Ausgestaltung und Umsetzung von Patientenrechten oft nur äußerst schwer abzuwehren ist. Selbstzahlerleistungen haben auch weitreichende Konsequenzen für das System der gesetzlichen Krankenversicherung als solches: Die Ausgestaltung des Leistungs-

katalogs obliegt den Verhandlungen von Krankenkassen und Leistungserbringern im G-BA.

Dass die Krankenkassen unter Kostenaspekten kein Interesse an einer Ausweitung haben, überrascht wenig. Diese Haltung wurde vor der Einführung des „Wettbewerbselementes“ Selbstzahlerleistung vom Einnahmeninteresse der Leistungserbringer aufgewogen. Da es aber für die Leistungserbringer deutlich attraktiver ist, die Leistung weiter privat abzurechnen, fehlt eine treibende (stimmberichtigte) Kraft, die die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs vorantreibt. Es kommt zu einem Innovationsstau, und auch medizinisch sinnvolle und nutzenstiftende Methoden finden keinen Weg mehr in das Leistungspaket der GKV. Zugang haben dann nur noch Patienten, die über die entsprechende Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit verfügen, was dem o.g. Sozialstaatsgebot zuwiderläuft.

Steuerungsdefizite ergeben sich auch bei der Versorgungsqualität. Für die Krankenhäuser bestehen (zumindest kurzfristig) massive Anreize zur angebotsinduzierten Leistungsausweitung und insbesondere zur Personalreduktion. Dass darunter Indikations-, Pflege- und letztlich Ergebnisqualität der Behandlungen deutlich leiden, ist unmittelbar einsichtig. Allerdings bildet die gesetzliche Qualitätssicherung, die überwiegend im G-BA festgelegt wird, die bestehenden Qualitätsvarianzen und -probleme nicht adäquat ab.


Im Bereich der Krankenhäuser werden zwar in etwa 30 Verfahren sogenannte „Qualitätsdaten“ je Krankenhaus erhoben und teilweise auch veröffentlicht, aber patientenrelevante oder gar -verständliche Ergebnisse werden kaum produziert. Beispielsweise gibt kein Verfahren Auskunft über die Güte der Personalausstattung in einem Krankenhaus. Noch schlechter ist die Transparenz im ambulanten Sektor: Die gesetzliche Qualitätssicherung produziert für den ambulanten Sektor erst gar keine öffentlich zugänglichen und einzelnen Ärzten zugeordnete Daten über die Versorgungsqualität. In der Konsequenz bedeutet die Sachlage, ambulant wie stationär, dass Patienten nicht nur aufgrund ihrer inhärenten Charakteristika (vgl. 2.3), sondern auch aufgrund des Mangels an tragfähigen Qualitätsinformationen kaum zu qualitätsorientierten Wahlentscheidungen befähigt sind.

3.3 Patientenbeteiligung als Korrekturmechanismus?

Seit 2004 ist die Vertretung „der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen“ (Paragraf 140f SGB V) im G-BA gesetzlich etabliert.

Patientenbeteiligung und Leistungskatalog

- Grundlegender Zielkonflikt zwischen Interesse
 - an Leistungsgewährung und knappen Ressourcen im Gesundheitswesen ist präsent.
- Hürde 1: interne Ressourcenknappheit
 - Suche nach und Priorisierung von Themen erforderlich!
- Hürde 2: Vorhandensein von Studien
 - Studien konzentrieren sich auf ökonomisch Interessantes!
- Hürde 3: Rechtliche Rahmenbedingungen
 - Erfolgreiche oder von Industrie nicht aufgegriffene Anträge (§ 137e SGB V!) können Angebot verschlechtern!
- Hürde 4: Ökonomische Rahmenbedingungen
 - Beispiel Knochendichtemessung: Aufnahme in den Leistungskatalog bewirkt letztlich Verschlechterung vieler Patienten (vorher selektiv).

 **Unter den aktuellen Rahmenbedingungen kann Patientenbeteiligung nicht hinreichend für Aktualität des Leistungskatalogs sorgen.**

Quelle: Dr. Köster-Steinebach



Abbildung 3: Die Patientenbeteiligung ist bei der Durchsetzung ihrer Anliegen auf Unterstützung von Dritter Seite angewiesen.

Nun könnte man hoffen, dass durch diese Patientenbeteiligung ein hinreichender Einfluss auf die Entscheidungen der Selbstverwaltung ausgeübt wird, um perspektivisch gegen die Dysfunktionalitäten des Wettbewerbs vorzugehen.

Schon der Blick auf die strukturellen Rahmenbedingungen ist wenig ermutigend. So hat die Patientenvertretung zwar ein Antrags- und Mitberatungsrecht, aber kein eigenes Stimmrecht. Bei der Durchsetzung von Anliegen ist sie also auf die Unterstützung entweder der Leistungserbringer oder der Krankenkassen angewiesen. Wenn deren Interessen beide nicht mit dem der Patienten konform gehen, besteht keine Aussicht auf Durchsetzungserfolg. Wirksam wird die Patientenvertretung im Wesentlichen durch moralische Legitimation und gute Argumente. Im Konfliktfall wirken diese Faktoren aber nur in der öffentlichen Debatte. Mindestens 98 Prozent der Beratungen im G-BA sind aber nichtöffentlich und die Patientenvertreter zur Verschwiegenheit verpflichtet. Einschränkend wirkt auch die Beschränkung der Beteiligung: An der Festlegung

ambulanter oder stationärer Vergütungssysteme ist die Patientenvertretung nicht beteiligt; auch wichtige Vertragsverhandlungen (Bundesmantelvertrag, Selektivverträge, uvm.) finden ohne Beteiligung, nicht selten sogar ohne spätere Kenntnis der Inhalte statt. Damit fehlen wichtige Informations- und Handlungsmöglichkeiten, um Einfluss auf den Wettbewerb zu nehmen (siehe Abbildung 3).

Träger der Patientenvertretung sind nach der Patientenbeteiligungsverordnung vier sogenannte maßgebliche Organisationen mit vollständig unterschiedlicher Binnenstruktur und Anliegen, so dass die interne Einigung auf Positionen nicht immer konfliktfrei verlaufen kann. Wesentlich hinderlicher bezüglich einer effektiven Interessenvertretung ist aber die im Wesentlichen auf ehrenamtliches Engagement angewiesene Personalsituation. Die Verbände können auf dramatisch wachsende inhaltliche Anforderungen an den G-BA nicht mit klassischer Personaleinstellung reagieren.

Zwar gibt es eine (personell kleine) Stabsstelle unter Finanzkontrolle der Träger des G-BA (!) sowie Kostenübernahme für Sitzungsteilnahmen in Gremien des G-BA, aber die Arbeit der maßgeblichen Organisationen bei der Suche nach Patientenvertretern und bei der Positionsfindung ist komplett aus Eigenmitteln zu tragen. Damit ist es für die Verbände ökonomisch rational, sich möglichst wenig in der Patientenvertretung zu engagieren und ihr knappes hauptamtliches Personal lieber in andere Verwendungszwecke zu investieren. Insgesamt sind alle diese Rahmenbedingungen alles andere als hinreichend, um den im Interesse der Patienten erforderlichen Einfluss auf den G-BA sowie darüber hinaus und letztlich auf den „Wettbewerb“ der Leistungserbringer auszuüben.

4. Wettbewerb der Krankenkassen und seine Auswirkungen auf die Patienten

Unternehmen unterstellt man im Wettbewerb ein Gewinnerzielungsinteresse. Die gleiche Annahme kann man für Krankenkassen nicht treffen. Statt des Gewinnmotivs erscheint es plausibel, den handelnden Personen vor allem ein Interesse am Erhalt ihrer Positionen und Arbeitsplätze und mithin am Fortbestand ihrer Organisation zu unterstellen. Der Fortbestand einer Kasse wiederum hat durchaus eine ökonomische Komponente: Diese darf nicht (so weit) in die roten Zahlen geraten, dass sie in die Insolvenz gerät. Für einen ausgeglichenen Haushalt wiederum ist in erster Linie entscheidend, dass die Leistungsausgaben für die Ver-

sicherten plus die Verwaltungskosten die Einnahmen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht übersteigen. Positiver Gestaltungsspielraum lässt sich überdies für eine Kasse nur gewinnen, wenn sie die Ausgaben im Standardgeschäft spürbar unter die Erlöse senken kann.

4.1 Instrumente des Kassenwettbewerbs

Als Träger der mittelbaren Staatsgewalt unterliegen die Krankenkassen einer umfangreichen Regulierung und Einschränkung ihrer Handlungsmöglichkeiten. Als potenzielle Instrumente eines Wettbewerbs untereinander stehen ihnen im Wesentlichen drei Handlungsmöglichkeiten offen:

- **Zusatzbeitrag/Preis**
- **Selektivverträge**, die hier aus Gründen der logischen Systematik einengend verstanden werden als Ausgestaltung des bestehenden Leistungskatalogs durch organisatorische Innovationen und Auswahl von Leistungserbringern
- **Satzungsleistungen**, also die einseitige Ausweitung des Leistungskatalogs.

Mit allen drei Elementen lassen sich zunächst positive Erwartungen an den Wettbewerb verknüpfen: Preissignale sollen für eine effiziente Allokation auf dem Krankenversicherungsmarkt und damit eine Kostensenkung im Gesundheitswesen sorgen. Indem mittels Selektivverträgen nach neuen und besseren organisatorischen Lösungen gesucht wird, werden ein entsprechendes Entdeckungsverfahren erstmalig systematisch etabliert und langfristig organisatorische Innovationen in der GKV gefördert. Und die Satzungsleistungen ermöglichen Verbrauchern auch ein inhaltliches Wahlrecht bei zusätzlichen Leistungen.

So positiv diese Punkte auf den ersten Blick klingen, so ausgeprägt sind auch die Nachteile des derzeitigen Wettbewerbs in den genannten Feldern. Besonders ausgeprägt sind diese Nachteile beim Wettbewerb über den Preis. Es ist immer noch hochattraktiv, möglichst gesunde Versicherte (bzw. möglichst gesunde Kranke) zu versichern, so dass sich die Kassen in ihren Maßnahmen darauf konzentrieren, diese zu attrahieren (siehe Abbildung 4).

In der Regel sind gerade die jungen, gesunden Versicherten auch am ehesten wechselwillig. Kranke Menschen sind stattdessen so mit der Bewältigung ihrer Situation beschäftigt, dass sie keinen Krankenkassenwechsel wagen. Genau diese Versicherten sind aber eine finanzielle Last für ihre Krankenkasse, so dass immer wieder glaubhafte Berichte auftauchen, in denen Betroffene den Druck schildern, ihre Krankenkasse zu verlassen. Keinesfalls bestehen

Anreize, in eine für den teuren Patienten angemessene Versorgung zu investieren.

Der Preisdruck bei den Krankenkassen bewirkt auch, dass sie Innovationen im Leistungskatalog ausgesprochen kritisch gegenüberstehen. Damit sind wir mitten im Bereich der Satzungsleistungen. Insgesamt stellt sich die Frage, ob ein Wettbewerb mittels Satzungsleistungen überhaupt systemkonform sein kann: Soweit Leistungen nicht in den Bereich der medizinischen Notwendigkeit fallen, sollten sie im Interesse der Beitragszahler nicht aus den Zwangsbeiträgen der Sozialversicherung finanziert werden. Effektive und effiziente Leistungen wiederum sollten im Interesse des Sozialstaatsgebots baldmöglichst allen Bedürftigen zur Verfügung stehen.

Unter der gegebenen Anreizstruktur wäre es für eine Kasse in jedem Fall fatal, in Satzungsleistungen zu investieren, von denen teure kranke Patienten profitieren. Stattdessen werden freie Mittel in Leistungen gelenkt, die gut im Rahmen des Marketings der Kasse aufgegriffen werden können. Im Ergebnis bedeuten die beiden bisher behandelten Wettbewerbsinstrumente, dass ausschließlich Anreize geschaffen werden, die einer bedarfsgerechten Versorgung im Krankheitsfall entgegenstehen.

Wer sich einmal mit den komplexen und umfangreichen Tabellen des Produktfinders Krankenkassen bei der Stiftung Warentest auseinandergesetzt hat, dem ist auch der nächste Nachteil bewusst: der hohe Informationsaufwand, den Versicherte bei der Suche nach der „richtigen“ Krankenkasse betreiben müssen. Immerhin sind die Informationen zu den Satzungsleistungen noch vergleichsweise zugänglich. Komplet anders ist die Lage bei den Selektivverträgen. Diese werden als Geschäftsgeheimnis der Beteiligten behandelt. Damit Bürger eine qualitätsorientierte Wahlentscheidung unter Berücksichtigung der Selektivverträge treffen könnten, müsste über diese bekannt (und in vergleichender Form aufbereitet) sein,

- bei welchen Krankenkassen
- in welchen Regionen
- für welche Indikationen/Leistungen
- bei welchen teilnehmenden Ärzten und
- über welche Qualität

Verträge abgeschlossen wurden. Das ist nicht der Fall. Unter der jetzigen Rechtslage sind auch Verträge, die eine schlechtere Leistung als die im Kollektivvertrag (aber eben zu geringeren Kosten für die Krankenkasse) bieten, keineswegs ausgeschlossen. Einblick für die Öffentlichkeit

Wettbewerb der Krankenkassen

Instrument	Ziel/Vorteile	Nachteile für Patienten
Zusatzbeitrag/Preis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effiziente Allokation ■ Einsparungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Konzentration auf Versicherte mit positivem Deckungsbeitrag ■ Druck auf teure Versicherte ■ Preisdruck bei Leistungen und damit Qualitätsverfall ■ Innovationsstau bei Versorgung
Selektivverträge	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suche nach besten Lösungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intransparenz ■ Verträge zu Lasten der Patienten? ■ Keine Beteiligung/Korrektur ■ Zersplittertes Angebot ■ Informationskosten
Satzungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wahlmöglichkeit für Verbraucher 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lenkung der Mittel in Marketing ■ Zersplitterung/ Informationskosten

Quelle: Dr. Köster-Steinebach



Abbildung 4: Instrumente im derzeitigen Wettbewerbskonzept in der GKV und ihre Auswirkungen auf Patienten.

oder gar Einwirkungsmöglichkeiten für eine kollektive Patientenvertretung gibt es bei diesen „Wettbewerbsinstrumenten“ nicht.

Ohne Transparenz ist auch systematisch ausgeschlossen, dass der Kollektivvertrag von den in Selektivverträgen gefundenen Organisationsinnovationen profitiert. Darüber hinaus bedeuten Selektivverträge auch, dass sich nur solche Krankenkassen gestalterisch betätigen können, die über einen hohen Marktanteil verfügen. Nur bei einer hohen Marktdurchdringung lohnt es sich für die Leistungserbrin-

ger, für die im Selektivvertrag gebotenen Vergütungsanreize ihre Versorgungsabläufe umzugestalten. Damit bekommt der Kassenmarkt eine Tendenz zum natürlichen Monopol oder zumindest Oligopol. Nicht nur, dass damit die Wahlfreiheit für Patienten wieder eingeschränkt wird, Krankenkassen, die im Sinne von Selektivverträgen handlungsfähig sind, sind in jedem Fall auch „too big to fail“ und besitzen so übermäßiges politisches Machtpotenzial.

Evident ist unter diesen Wettbewerbsbedingungen auch, dass alle Beteiligten, Leistungserbringer, Krankenkassen und auch Patienten, zur Preissensibilität erzogen werden. Andere Informationen, vor allem Qualitätsaussagen, stehen ihnen nicht zur Verfügung. Destabilisierend wirkt vor allem der Bewusstseinswandel, der in den Führungsetagen der Krankenkassen initiiert wurde: Immer stärker versteht man sich nicht mehr als Träger mittelbarer Staatsgewalt, der dem Sozialstaatsgebot verpflichtet ist, sondern als Unternehmen, das seine eigenen Vorteile verfolgt.

Für Patienten ist das eine fatale Entwicklung, sind sie doch im Ernstfall von ihren Krankenversicherungen noch weitaus abhängiger als von einzelnen Leistungserbringern. Hochproblematisch ist die Intransparenz über die Leistungsqualität der Krankenkassen, z.B. die Güte ihrer Beratungsleistungen und insbesondere ihr Verhalten bei Leistungsanträgen.

4.2. Die Bedeutung der Unabhängigen Patientenberatung für das System der GKV

Indem die Krankenkassen in den Wettbewerb gestellt wurden, gilt es, auch sie unter der Fragestellung, welche Schutzmechanismen für Patienten notwendig sind, genau unter die Lupe zu nehmen. Versicherte benötigen nicht nur gegenüber Leistungserbringern, sondern auch gegenüber ihrer Krankenkasse Schutz, (Rechts-)Beratung und Beistand, um existenziell wichtige Anliegen durchsetzen zu können.

Diesem Gedanken trägt prinzipiell Paragraph 65b SGB V mit der Förderung der Verbraucher- und Patientenberatung Rechnung. Allerdings wird schon in der Anknüpfung dieser Aufgabe an den GKV-Spitzenverband ein grundlegender ordnungspolitischer Webfehler deutlich: Einrichtungen, die Patienten/Verbrauchern bei der Durchsetzung ihrer Interessen gegen zunehmend unternehmerisch agierende Krankenkassen unterstützen, sollten nicht von der Förderung und damit Auswahl und Beeinflussung durch den Spitzenverband eben jener Krankenkassen abhängen.

Im Jahr 2015 haben sich die Verantwortlichen im GKV-Spitzenverband und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung entschieden, die Vergabe des Auftrags zur Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen eines europaweiten Ausschreibungsverfahrens vorzunehmen und den Zuschlag nicht mehr an Organisationen der Patientenvertretung, sondern an ein privatwirtschaftliches Unternehmen zu erteilen. An dieser Stelle soll keine negative Aussage über diesen neuen Anbieter gemacht werden. Dennoch muss auf die negativen Wirkungen dieser Entscheidung insbesondere mit Blick auf den Kassenwettbewerb aufmerksam gemacht werden. Drei negative Auswirkungen sind besonders weitreichend:

- **Für die Patienten:** Die Ausschreibung legt ein hohes Gewicht auf die Kontaktzahl und die Erreichbarkeit. Sinnvoll sind Kontakte aber nur, wenn dabei auch die Probleme der Patienten/Versicherten gelöst werden. Dazu werden aber keine tragfähigen Vorgaben gemacht. Die geplante Struktur, die bezüglich des Personaleinsatzes ein absolutes Schwergewicht auf die Telefonberatung legt, spiegelt die Auftragsvorgaben des GKV-Spitzenverbands wieder. Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber, dass viele Beratungsanliegen komplexer Natur waren und intensive, oft auch persönliche Kontakte bis zur Lösung erfordern. Damit bleibt zu befürchten, dass zukünftig zwar hohe Kontaktzahl und gute Erreichbarkeit erzielt und öffentlich dokumentiert werden, aber die Anliegen der Patienten nicht zufriedenstellend gelöst werden. Hierzu bedarf es nicht der Unabhängigkeit des Anbieters im Sinne einer organisationalen Trennung von Stakeholdern, sondern der Auswahl von Trägern, die parteilich im Sinne der Patienten agieren. Das kann aber nicht über den freien Markt, sondern muss über gesetzliche Vorgaben sichergestellt werden.

- **Für die Entscheidungsqualität der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Politik:** Die Patientenbeteiligung im G-BA stellt derzeit eines der sehr wenigen Korrekturen für dysfunktionale Entscheidungen der Selbstverwaltung dar. Dazu benötigen die darin engagierten Verbände vor allem Personal sowie Informationen über Fehlentwicklungen in der Versorgung. Beides wurde in der Vergangenheit auch unter Rückgriff auf die upd gewonnen. Indem der Auftrag nicht mehr durch Verbände der Patientenbeteiligung nach Paragraph 140f SGB V ausgeführt wird, wird diese in einer ohnehin benachteiligten Situation weiter geschwächt. Wirksamkeit

Fatalitäten der upd-Entscheidung

Hintergrund: Der GKV-Spitzenverband und der Patientenbeauftragte Laumann haben entschieden, die upd an ein Privatunternehmen zu vergeben.

1.
 - Ausschreibung setzt allein auf Masse („Kontaktfrequenz, Erreichbarkeit“), nicht auf Qualität („Problemlösung des Nutzers“)
 - Nicht Unabhängigkeit, sondern Parteilichkeit für Patienten nötig
2.
 - Personal und Erfahrungen der upd fließen bisher in die Patientenbeteiligung ein => Schwächung der Patientenvertretung
 - Zugang zu Beschwerdedaten nur für Patientenbeauftragten
3.
 - Einzigartige Datenbasis zur Beurteilung der „harten“ Service- und Leistungsqualität der Kassen fällt unter Kontrolle der Kassen
 - Vergleiche zwischen Kassen nicht möglich

Die Vergabeentscheidungen hat ein mögliches Korrektiv des dysfunktionalen Kassenwettbewerbs eliminiert.

Quelle: Dr. Köster-Steinebach



Abbildung 5: Die Neuvergabe der upd ist angesichts fehlender Daten zur „harten“ Service- und Leistungsqualität kritisch zu werten.

entfalten die Patientenbeteiligungsverbände auch durch ihre politische Arbeit, die in der Vergangenheit auch auf Erkenntnissen aus der upd-Beratung basierte. Eindrucksvoll kann hier auf die Diskussion um die Krankengeld-Falle verwiesen werden. In Zukunft ist der Patientenbeauftragte der Bundesregierung die einzige politisch tätige Kraft, die noch Einfluss auf die Datenerhebung und -auswertung der Verbraucher- und Patientenberatung nach Paragraph 65b SGB V hat.

- **Für den Wettbewerb der Krankenkassen:** Wie oben dargelegt gibt es keinerlei tragfähige und vergleich-

chende Informationen über die „harte“ Service- und vor allem Leistungsqualität der Krankenkassen mit der Folge, dass diese im Wettbewerb eher hinderlich als förderlich ist. Die einzige Institution, die, bei allen Einschränkungen in der Repräsentativität, in der Lage wäre, bundesweite Daten über die relative Häufigkeit und den Inhalt von Verbraucherproblemen mit den Krankenkassen in aussagekräftigem Umfang zu liefern, wäre die upd. Unter der jetzigen Konstellation ist ausgeschlossen, dass diese Datenbasis in der angedeuteten Form zur Gewinnung von Qualitätsinformationen und damit als Korrektiv des fehlgesteuerten Krankenkassenwettbewerbs ausgebaut und genutzt wird.

Als Fazit bleibt, dass im Interesse des Schutzes der Patienten, aber auch der sozialen Ausrichtung des Gesundheitswesens als solchem die derzeitige Situation der Verbraucher- und Patientenberatung nicht zufriedenstellend ist. Diese gehört in die Hände einer zivilgesellschaftlichen Struktur, die unter ausgeprägter Parteilichkeit für die Patienten im Interesse einer bestmöglichen Lösung der individuellen wie kollektiven Anliegen agiert.

5. Fazit

Prinzipiell kann Wettbewerb ausgesprochen segensreiche Wirkungen bei der Steigerung von Effizienz und bei der permanenten Suche nach neuen Lösungen entfalten. Das gilt auch im Gesundheitswesen. Wettbewerb allein, ohne Einbettung in ein staatlich reglementiertes Gesamtsystem, ist jedoch der denkbar schlechteste Allokationsmechanismus in einer sozialen Gesellschaft, da er nur „Leistungsgerechtigkeit“, nicht aber Bedarfsgerechtigkeit im Sinne des Sozialstaatsgebots herzustellen im Stande ist. Angesichts der Bedeutung des unveräußerlichen und diskriminierungsfreien Rechts auf Würde, Leben und körperliche Unversehrtheit kann deshalb Wettbewerb nur Mittel zum Zweck sein für

- die Allokation der Versorgung auf die bestgeeigneten Leistungserbringer,
- die Gewährleistung von Wahlmöglichkeiten und Freiheitsrechten von Patienten und Beitragszahlern und
- die Suche nach neuen Versorgungsinhalten und besseren Organisationsformen.

Tatsächlich rufen die Rahmenbedingungen und Einsatzgebiete des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen derzeit größtenteils negative Auswirkungen für Patienten

hervor. Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, genau diese Rahmenbedingungen grundlegend zu reformieren.

Dabei ist die korporatistische Grundstruktur für diese Aufgabe gut geeignet, wenn sie behutsam durch Wettbewerbselemente ergänzt und vor allem wesentlich stärker als bisher durch eine gestärkte Interessenvertretung der Nutzer des Gesundheitswesens bestimmt wird. Schlüssel ist also die konsequente Ausrichtung des Gesamtsystems und auch der Einführung von Wettbewerbselementen am Patientennutzen. Damit dies gelingt, scheint ratsam, diese Aufgabe zusammen mit dem Auftrag der Patientenberatung wesentlich stärker als bisher in einer handlungs- und vor allem durchsetzungsfähigen Struktur zu verankern und sie mit weitreichenden Mitwirkungsrechten in der Gemeinsamen Selbstverwaltung und in der Politikberatung auszustatten.

E-Mail-Kontakt: Ilona.Koester-Steinebach@vzbv.de

DR. RER. POL. ILONA KÖSTER-STEINEBACH



Ilona Köster-Steinebach hat Japanologie und Volkswirtschaft an der Universität Marburg studiert und dort in VWL promoviert. Zwischen 2004 und 2010 ist sie Fachreferentin und später Teamleiterin in Stabsstellen der KV Bayerns gewesen. Seit 2010 arbeitet Frau Köster-Steinebach als Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beim Verbraucherzentrale Bundesverband in Berlin. Seit dem gleichen Jahr vertritt sie den Verband in der Patientenvertretung des G-BA mit dem Schwerpunkt Qualitätssicherung. Seit 2015 nimmt sie eine Gastdozentur an der Alice-Solomon-Hochschule Berlin wahr.

