

**F**ührt Wettbewerb im Gesundheitswesen zu einer Ausgrenzung von sozial und wirtschaftlich Schwachen? Birgt der Wettbewerb die Gefahr, daß Kranke als „schlechte Risiken“ angesehen werden und deshalb Nachteile erleiden? Oder ist ein „solidarischer Wettbewerb“ denkbar, der solche Fehlentwicklungen ausschließt, gleichzeitig aber Konkurrenz der Leistungserbringer und Krankenkassen untereinander zuläßt und damit eine dynamische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens möglich macht? Diese Fragen standen im Mittelpunkt des 3. Kolloquiums der Ärztekammer Nordrhein kürzlich in Düsseldorf, zu dem Experten aus Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen gekommen waren.

„Als Ärztinnen und Ärzte sind wir zunächst einmal Zweifler, ob der Wettbewerb im Gesundheitswesen funktionieren kann. Denn nicht alle Prämissen, die für den freien Wettbewerb im Wirtschaftsleben gelten, sind auch im Gesundheitswesen erfüllt“, sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Jörg Hoppe, in seiner Einführung. Er wies darauf hin, daß Patienten – anders als Konsumenten im Wirtschaftsleben – nicht souverän entscheiden können, ob sie Leistungen nachfragen möchten oder nicht. Hoppe: „Die Menschen sind einfach darauf angewiesen, nachzufragen.“

#### Solidarische Wettbewerbsordnung

Die kürzlich eingeführte freie Wahl der gesetzlichen Krankenkasse für alle Versicherten führe zu einer Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Kassen, stellte Dr. Doris Pfeiffer, Abteilungsleiterin beim Verband der Angestellten-Krankenkassen, in ihrem Referat fest. Hintergrund dieser Entwicklung ist nach ihren Worten eine Richtungsentscheidung: Nachdem die wiederholten Versuche gescheitert waren, die Probleme des Gesundheitswesens durch mehr Regulierung in den Griff zu bekommen, habe man auf Deregulie-

# Wettbewerb im Gesundheitswesen

*Das 3. Kolloquium der Ärztekammer Nordrhein beschäftigte sich mit der Frage, ob es eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ im Gesundheitswesen geben kann.*

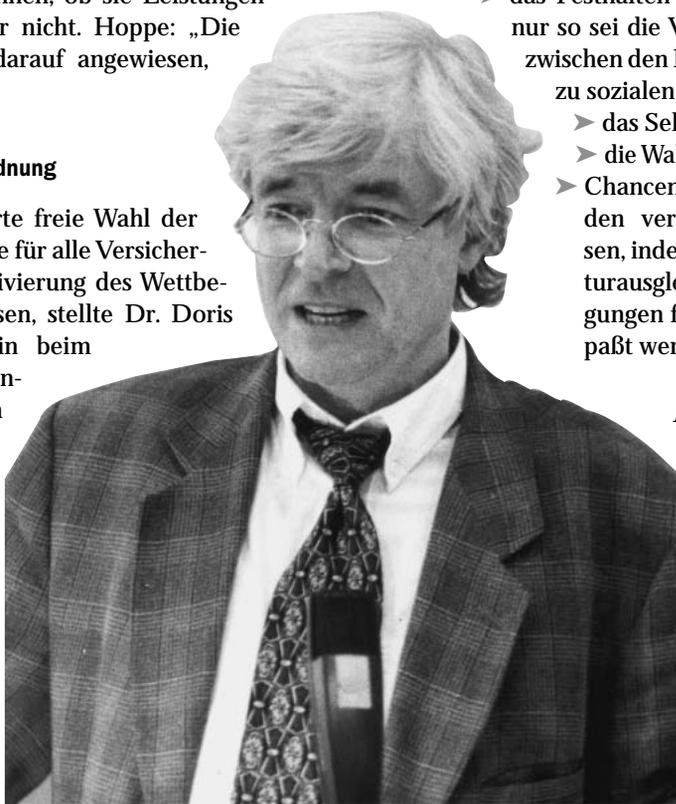
**von Horst Schumacher**

Andererseits soll durch bestimmte Rahmenbedingungen sichergestellt werden, daß die sozialen Bezüge in der Krankenversicherung erhalten bleiben. Pfeiffer: „Ziel ist es dabei, eine Optimierung der medizinischen Versorgung zu erreichen.“ Der Leistungskatalog soll nach dem Konzept der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ im Prinzip unverändert bleiben, also nicht dem Wettbewerb unterliegen. Als Grundlagen für einen „sinnvollen Wettbewerb“ nannte Pfeiffer:

- eine weiterhin solidarische Finanzierung der GKV; die Beiträge sollen auch künftig am Einkommen der Versicherten bemessen werden;
- das Festhalten am Sachleistungsprinzip; nur so sei die Versorgung über Verträge zwischen den Beteiligten zu steuern und zu sozialen Preisen erhältlich;
- das Selbstverwaltungsprinzip;
- die Wahlfreiheit der Versicherten;
- Chancengerechtigkeit zwischen den verschiedenen Krankenkassen, indem durch den Risikostrukturausgleich die Ausgangsbedingungen für den Wettbewerb angepaßt werden;

Der Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern sollten mehr Möglichkeiten gegeben werden, die Probleme – insbesondere die Finanzierungsprobleme – selbst zu lösen.

Darauf aufbauend sei das Konzept der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ entstanden. Die Grundidee: Einerseits wird im Vertragsbereich ein Wettbewerb zugelassen, der Innovationsdynamik erzeugt, überlegene Strukturen hervorbringt und unterlegene beseitigt und damit auch Wirtschaftlichkeitsreserven erschließt.



*Priv.-Doz. Dr. Hagen Kühn, Wissenschaftszentrum Berlin: Es gibt keinen Wettbewerb um die Gunst des Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern es gibt immer nur Wettbewerb um die Gunst des erwünschten Versicherten oder Patienten.*  
Foto: uma

## T H E M A

- ein einheitliches Leistungsspektrum; ansonsten bestehe die Gefahr der Risikoselektion;
- gleichgewichtige Vertragspartner; Pfeiffer: „Es ist nicht daran gedacht, die Kassenmacht zu stärken, es ist aber auch nicht daran gedacht, daß die Kassen einem einzigen Vertragspartner gegenüberstehen, der sich dann die einzelnen Partner auf Kassenseite aussuchen kann.“
- die Möglichkeit zur Pluralität der Versorgungsformen; dazu gehören zum Beispiel neue Modelle zur Überwindung der starren Trennung von ambulantem und stationärem Sektor.

Pfeiffer zeigte sich überzeugt, daß die GKV-Neuordnungsgesetze die Probleme des Gesundheitswesens nicht lösen werden. Positiv beurteilte sie jedoch die Möglichkeit, über Modellversuche und Strukturverträge neue Versorgungsformen zu installieren – wobei man sich nach ihren Worten „von Seiten der Kassen darüber hinausgehende Möglichkeiten hätte vorstellen können, die dann nicht nur Verträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung beinhaltet hätten, sondern auch mit Gruppen von Ärzten.“ Bei den Strukturverträgen gehe es in erster Linie um die Förderung der hausärztlichen Versorgung.

### Marktelemente wenig zielführend

Das Konzept der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ gehe davon aus, daß die vom Wettbewerb freigesetzte Energie in eine gesellschaftlich gewünschte Richtung gelenkt werden könne, sagte der zweite Referent des Kolloquiums, Priv.-Doz. Dr. Hagen Kühn vom Wissenschaftszentrum Berlin. Doch gerade die vom wirtschaftlichen Wettbewerb ausgelöste Dynamik mache diesen zu einem Problem für das Gesundheitswesen.

Nach Kühns Auffassung müssen sich marktähnliche Steuerungsmechanismen wie alle anderen Instrumente an folgenden, in den westlichen Industrieländern allgemein akzeptierten Zielen messen lassen:

- wirksame Gesundheitsversorgung, die wirtschaftlich erbracht und gerecht in der Bevölkerung nach Kriterien des Bedarfs verteilt wird;
- angemessene Bezahlung der Leistungserbringer;
- gerechte Verteilung der Beitragsbelastung nach der Zahlungsfähigkeit (und nicht nach dem Krankheitsrisiko);
- Einhaltung übergreifender finanzieller Grenzen, die dem entsprechen sollten, was die Bevölkerung zu zahlen bereit ist.

Nach Kühns Worten läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen mit wettbewerblichen Elementen bzw. „Quasi-Märkten“ im Gesundheitswesen im Vergleich mit öffentlich finanzierten und gesteuerten Systemen feststellen, daß wettbewerblich ausgerichtete Systeme in der



*Dr. Doris Pfeiffer, Verband der Angestellten-Krankenkassen: Soziale Bezüge der Krankenversicherung durch „solidarische Wettbewerbsordnung“ erhalten.  
Foto: VdaK*

Preiskontrolle und der Begrenzung des Leistungsangebots weniger erfolgreich waren. Es hätten sich beispielsweise in den USA deutliche Verteilungsvorteile für Ärzteschaft, pharmazeutische Industrie und private Krankenversicherungen eingestellt. Darüber hinaus habe sich gezeigt, daß Gesunde und Wohlhabende eher weniger zahlen, und daß wohlhabende Kranke besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen haben – das stehe im Gegensatz zum Solidaritätsprinzip. Auch in der Kostendämpfung seien solche Systeme erfolglos gewesen.

### Folgen wirtschaftlichen Wettbewerbs

In einigen Thesen faßte Kühn die nach seiner Beobachtung empirisch festzustellenden Auswirkungen wirtschaftlichen Wettbewerbs im Gesundheitswesen zusammen:

- Es gibt keinen Wettbewerb um die Gunst des Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern es gibt immer nur Wettbewerb um die Gunst des erwünschten Versicherten oder Patienten.

Nach drei Kriterien könne vorhergesagt werden, ob um bestimmte Personen konkurriert werde oder nicht: die Großzügigkeit des Versicherungsschutzes, das spezifische wirtschaftliche Risiko der Erkrankung für den Anbieter und das Ausmaß der Kontrolle durch die Versicherung. Daß ein hoher Anreiz für die Differenzierung in „erwünschte“ und „nicht erwünschte“ Versicherte besteht, unterstrich Kühn mit Zahlen aus Kanada: Dort (und in Deutschland soll dies ähnlich sein) entfallen auf ein Prozent der Versicherten mit den höchsten Ausgaben 30 Prozent der Leistungsausgaben, die „teuersten“ fünf Prozent der Versicherten verbrauchen fast 60 Prozent der Gesamtausgaben, und auf die „billigsten“ 50 Prozent der Versicherten entfallen drei Prozent der Ausgaben.

Kühn: „Das heißt, es gibt kaum eine Möglichkeit, durch Strukturverbesserungen, durch Verbesserung der Qualität, also durch wirtschaftlichere Erbringung, mehr Gewinne zu machen als durch nur geringfügige Verschiebungen in der Zusammensetzung entweder der Versicherten oder Patienten.“

- Die Allokation über den Wettbewerb lenkt die Ressourcen des Gesundheitswesens nicht auf die Gruppen, die den größten Bedarf haben, sondern in aller Regel auf die Gruppen mit den besten Einkommen, den besten Bildungsvoraussetzungen (die notwendig sind, um im Markt richtige Entscheidungen treffen zu können), mit der höchsten Konfliktfähigkeit (denn die Marktsituation ist auch zugleich ein potentieller Konflikt), und auf diejenigen, die über die funktionierendsten sozialen Netze verfügen. Genau diese Gruppe – und das sei „eine der wissenschaftlich am besten erarbeiteten Thesen“ – haben bezogen auf fast alle relevanten Krankheiten das geringste Krankheitsrisiko.

„Das heißt, wir haben ein Auseinanderdriften von Ressourcenverteilung und tatsächlichem gesundheitlichem Bedarf“, so Kühn.

➤ Wettbewerb im Gesundheitswesen muß nicht wirtschaftlicher sein und ist es auch nicht im gesamtwirtschaftlichen Maßstab.

Kühn: „Es fällt wesentlich leichter, Preise zu verändern, Mengen zu verändern, Marketing zu machen, um Marktanteile zu erobern, als die Produktivität so hochkomplexer Dienstleistungen mit den gleichen ökonomischen Effekten zu verbessern.“ Auch sei es einfacher, unrentable, aber damit nicht unnötige Angebote zu streichen und das Schwergewicht eher auf rentable, aber dadurch nicht unbedingt notwendige Angebote zu verlegen. Auch entstehen nach Kühns Worten eine Reihe von Kosten erst durch den Wettbewerb, vom Aufwand für Kapitalmanagement über höhere Verwaltungsaufwendungen bis hin zum Marketing. Auch Ärztinnen und Ärzte hätten zu Lasten des Patientenbezugs zusätzliche Managementaufgaben zu übernehmen.

➤ Konzepte von „funktionalem Wettbewerb“ wollen gewünschte Entwicklungen durch sogenannte ordnungspolitische Rahmenbedingungen sichern, sie unterschätzen jedoch die Eigendynamik, die in der ökonomischen Konkurrenz liegt. Diese erfordert einzelwirtschaftlich orientiertes, „unternehmerisches Handeln“. Indem das Handeln im Gesundheitswesen unternehmerisch wird, verhindert es die bedarfsorientierte politische Gestaltung des Gesundheitswesens.

„Wer ‚Wettbewerb‘ sagt, muß auch ‚unternehmerische Freiheit‘ sagen“, so Kühn, und damit sei gemeint, daß die Anbieter ihre Entscheidungen im Prinzip aus einzelwirtschaftlicher Sicht treffen. Dadurch werde die Gestaltung nach außerökonomischen Zielen wie Gesundheit und Solidarität enorm erschwert.

➤ Wettbewerbskonzepte können nur so funktionieren, daß medizinische Entscheidungen durch

Einkommensanreize, also nach nicht-gesundheitlichen Kriterien, getroffen werden.

Das Steuerungsprinzip ist nach Kühns Worten also nur wirksam, wenn Ärztinnen und Ärzte bereit sind, das medizinisch Notwendige dem Einkommensinteresse unterzuordnen. Kühn: „Wenn das nicht so wäre, wäre jedes Konzept der monetären Steuerung völlig sinnlos.“ Von daher sei zu prognostizieren, daß mit einem weiteren Weg der Medizin in den wirtschaftlichen Wettbewerb eine tiefe Vertrauenskrise in der Bevölkerung gegenüber der Ärzteschaft entstehen werde.

➤ Je mehr der Wettbewerb zunimmt, desto mehr verwandelt sich der praktizierte Inhalt des

Begriffes „Qualität“ in „Zufriedenheit“ – aber nur derjenigen Patientengruppen, um die auch konkurriert wird, und nicht um die Zufriedenheit etwa derjenigen, die die Versicherung belasten.

Kühn: „Qualitätssicherung dem Wettbewerb zu überlassen heißt also, die Bemühungen auf diejenigen Patienten zu konzentrieren, die die höchste Rentabilität versprechen und zugleich ihre Kundeninteressen am besten vertreten können.“

Entgegen einem verbreiteten Glauben gibt es laut Kühn bisher kein praktikables System öffentlicher, „externer“ Qualitätskontrolle, das in der Lage wäre, die beschriebenen Wirkungstendenzen zu neutralisieren.

---

#### KRANKENHAUSGESETZ NORDRHEIN-WESTFALEN

---

## Verhandlungsprinzip statt staatlicher Festsetzung

*Der Staat zieht sich im Krankenhauswesen auf eine Rahmenplanung zurück*

*von Wolfgang Klitzsch\**

Seit der 1969 beschlossenen Grundgesetzänderung, die dem Bund die Kompetenz zur Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung gab, und seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 (KHG) reklamierte der Staat wegen der besonderen Bedeutung der stationären Versorgung die Kompetenz für die Kapazitätsplanung der Krankenhäuser und damit die Sicherstellung der Krankenhausversorgung.

Den beiden Gesetzesänderungen war die Erfahrung vorausgegangen, daß das Prinzip der Ver-

tragsfreiheit zwischen Krankenhäusern und Gesetzlicher Krankenversicherung eine qualifizierte moderne Krankenhausversorgung nicht garantieren konnte. Die 1969 vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission kam in ihrem „Bericht über die Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland“ zu alarmierenden Feststellungen.

In dem Vierteljahrhundert seit 1972 hat die Versorgung in den deutschen Krankenhäusern einen beispiellosen Aufstieg genommen. In Deutschland und in Nordrhein-Westfalen steht der Bevölkerung ein leistungsfähiges, differenziertes

---

\* Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch ist Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein