

Erbe, Susanne

Article — Published Version

Anbieterwettbewerb im Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Erbe, Susanne (2001) : Anbieterwettbewerb im Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 81, Iss. 7, pp. 368-

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/40879>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Acht Jahre lang war die staatliche Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen relativ erfolgreich: Die durchschnittlichen Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen stiegen seit 1993 nur um 0,1 Prozentpunkte auf 13,5%. Nun kündigen immer mehr Kassen Beitragserhöhungen an. Die derzeitige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt scheint diese Entwicklung eher zu fördern als sich ihr entgegenzustellen. Sie signalisiert gegenüber ihren Verhandlungspartnern eine Kompromissbereitschaft, die weitere Ausgabensteigerungen auf breiter Front befürchten lässt: So hat sie rückwirkend den Kollektivregress der Ärzte gekippt, und die Deckelung der Arzneimittelbudgets wird vom nächsten Jahr an aufgeweicht. Zudem wird die Vorlage einer Positivliste für verschreibungspflichtige Medikamente immer wieder verschoben, und die Festlegung eines Mindestbeitragssatzes, eine weitere ausgabentreibende Maßnahme, wurde nur aufgrund der Intervention des grünen Koalitionspartners verhindert.

Beitragssatzerhöhungen werden von allen Experten für die nächsten Jahrzehnte prognostiziert. Sie sind zur Finanzierung der Ausgabensteigerungen aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung erforderlich. Beitragssatzerhöhungen in der gegenwärtigen Situation sind den Versicherten aber kaum vermittelbar, wenn im System bestehende Effizienzreserven nicht ausgeschöpft werden. Dass solche Reserven vorhanden sind, zeigt schon allein ein Blick über die Grenzen: Deutschland gibt in Relation zum Bruttoinlandsprodukt mehr als jedes andere Industrieland außer den USA für Gesundheit aus.

Die Qualität des deutschen Gesundheitssystems ist aber gemessen an seinen Kosten eher bescheiden. So stellte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem letzten Gutachten dem deutschen System ein schlechtes Zeugnis aus,



Susanne Erbe

Anbieterwettbewerb im Gesundheitswesen

und in der Kosten-Nutzen-Welt-rangliste der Weltgesundheitsorganisation erreichte Deutschland gerade einmal Platz 25. Mehr Qualität lässt sich offenbar nicht einfach dadurch erreichen, dass mehr Geld ins Gesundheitswesen hineingepumpt wird.

Die Diskussion in Deutschland kreist vor allem darum, wie mögliche Beitragssatzerhöhungen durch Zuzahlungen der Patienten oder durch Streichung von Leistungen aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt werden können. Beide Maßnahmen haben eine geringe Lenkungswirkung, sie verlagern lediglich Kosten von der Gemeinschaft auf den einzelnen Patienten. Interessant ist, dass die Politik insbesondere Lösungen diskutiert, die die große und nicht organisierte Gruppe der Patienten belasten. Die wohlorganisierten Gruppen der Ärzte und der Pharmaindustrie, für die hohe Einkünfte auf dem Spiel stehen, können sich bei der Gesundheitsministerin derzeit dagegen besser durchsetzen. Eine solche Konstellation fügt sich sehr gut in die Erkenntnisse der Neuen Politischen Ökonomie über politische Entscheidungsprozesse und den Einfluss von Interessengruppen.

Sie erklärt auch, warum Vorschläge, die auf eine Stärkung des Anbieterwettbewerbs abzielen,

wenig Gehör finden. Auch in der Vergangenheit schon haben die Kassenärztlichen Vereinigungen zu verhindern gewusst, dass der Kontrahierungszwang für Versicherer und Leistungserbringer aufgehoben wurde. Gerade hier läge aber eine Chance, mehr Wettbewerb, Effizienz und Qualität in das Gesundheitswesen hineinzutragen.

Solange ein Krankenversicherer mit allen Ärzten eines Versorgungsgebietes einen Vertrag abschließen muss, gibt es für den einzelnen Leistungsanbieter keinen Grund, sich durch ein besonders günstiges Kosten-Leistungsverhältnis auszuzeichnen. Könnten die Krankenkassen aber einzelne Ärzte unter Vertrag nehmen, hätten sie die Möglichkeit, die Honorierung der Leistungen individuell zu verhandeln und eine direkte Qualitätskontrolle durchzuführen. Außerdem könnten sie auch neue Organisationsformen wie Ärztenetzwerke oder kasseneigene Polikliniken ausprobieren, deren Kostenvorteile durch gemeinsame Gerätenutzung sich in Wettbewerbsvorteilen niederschlagen würden.

Auch die Kassen könnten dann in einen echten Wettbewerb miteinander eintreten, und die Beitragszahler könnten Kosten und Qualität der bei der Kasse unter Vertrag stehenden Leistungserbringer vergleichen. Bisher beschränkte sich dieser Wettbewerb im Wesentlichen auf die Verwaltungsausgaben und Werbemaßnahmen bei der Jagd um junge und gesunde Mitglieder.

Von einer Intensivierung des Anbieterwettbewerbs wären Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen zu erwarten. Kürzungen im Leistungskatalog und Wahltarife der Versicherer wären damit nicht zwangsläufig verbunden. In einer Anfangsphase wäre es wegen mangelnder Markttransparenz sogar kontraproduktiv, wenn neben unterschiedlichen Vertragsärzten gleichzeitig unterschiedliche Tarife und Leistungskataloge eingeführt würden. Langfristig könnten solche Wahltarife allerdings den individuellen Präferenzen der Versicherten besser gerecht werden.