

Das deutsche Gesundheitssystem am Scheideweg

Erfordernis und Kennzeichen einer wettbewerblich geprägten Gesundheitsversorgung

Von Bettina Brennecke

Einführung

Wie mit keinem anderen Reformgesetz zuvor geht mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ein ordnungspolitischer Richtungsstreit einher, der die gesundheitspolitischen Akteure in zwei Lager spaltet:

(1) in eine Gruppe von Befürwortern eines konsequent zentral-staatlich gelenkten Gesundheitswesens und

(2) in die große Schar der Wettbewerbsbefürworter, die in dem Prinzip des selektiven Kontrahierens einen Optimierungsansatz zur Ressourcenallokation sehen mittels Einsatz von dezentralen Vertragsvereinbarungen.

Ohne Übertreibung kann gegenwärtig dem deutschen Gesundheitssystem attestiert werden, dass es einem ordnungspolitischen Scheideweg zusteuert, ohne heute genau zu wissen, welches der beiden Ordnungsprinzipien sich letztlich durchsetzen wird. Noch nie waren die letzten zwanzig bis dreißig Reformjahre von solchen drastischen Veränderungen geprägt, wie sie Reformdeutschland im Gesundheitswesen gegenwärtig durchlebt, insbesondere was die Finanzierungsgrundlagen und die Festlegung des medizinischen Versorgungsbedarfs betrifft.

Auch die ab 2009 mittels Gesundheitsfonds vorgenommene finanzpolitische Weichenstellung wird an der Notwendigkeit einer solchen Richtungsentscheidung nicht vorbeiführen, wenngleich die parallel zum Gesundheitsfonds beschlossene Einführung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes durchaus das rationale Kalkül einer vorweggenommenen Grundsatzentscheidung im Sinne eines staatlich gemanagten Gesundheitswesens birgt.

Der Status quo

Trotz der zahlreichen Reformbemühungen in den vergangenen drei Jahrzehnten ist es nicht gelungen, die Finanzierung und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf ein langfristig solides Fundament ohne gesetzgeberische Dauerinterven-

tion zu stellen. Daraus haben sich zwischenzeitlich systemimmanente Unzulänglichkeiten entwickelt, die zu folgenden Ergebnissen geführt haben:

- Die mittlerweile unausweichliche Realität einer „verdeckten Rationierung“, ausgelöst durch Budgetierungszwänge, engt die Ärzteschaft in ihren Entscheidungen ein. Hierüber klagen nicht nur Industrie oder Patienten, sondern auch die Ärzte selbst, die der ärztlichen Therapiefreiheit mit einem limitierten Verordnungsbudget begegnen müssen.

- Es gibt eine massive Überregulierung in Form von Gesetzen und Verordnungen, die auf eine Steuerung der Arzneimittelausgaben abzielen mit entsprechenden Konsequenzen für Patienten und Hersteller. Dies geschieht mittels bundesweiter als auch regionaler Vorgaben. Dafür stehen zwischenzeitlich etwa 40 Einzelbestimmungen zur Verfügung, die zu einer heftigen Bürokratiezunahme geführt haben und in Teilen auch Widersprüchlichkeiten aufweisen. (Hierzu gehören insbesondere das national auszuübende Instrument der Nutzen/Kosten-Nutzenbewertung, die Anwendung von Leitlinien für regionale Arzneimittelbudgets, die regionalen Arzneimittelvereinbarungen zur Deckelung der Arzneimittelausgaben in Form von Generikaquoten, Listen für empfohlene Medikamente und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Verschreibung von Arzneimitteln.)

- Die Auswirkungen von solchen widersprüchlichen Vorschriften machen sich für die Patienten beim Einsatz innovativer Behandlungsformen bemerkbar. So beträgt bei vergleichbaren Industrienationen wie Großbritannien oder Frankreich der Marktanteil für neu zugelassene Medikamente in den letzten 5 Jahren 14,6 Prozent bzw. 14,9 Prozent, während in Deutschland der Verordnungsanteil patentgeschützter und neuer Arzneimittel sich nur auf 6,3 Prozent beläuft¹.

¹ Vgl. VFA Statistics 2007, neue Wirkstoffe im europäischen Vergleich, S. 42, Download unter <http://www.vfa.de/de/presse/publikationen/>

● Die mit dem GKV-WSG verfolgte Absicht, eine stabile und langfristig wirkende Finanzierungsbasis des Systems zu erreichen, dürfte auch durch die Vorgaben des Gesundheitsfonds nicht zu realisieren sein. Der bisher von den Krankenkassen ausgeübte Beitragssatzwettbewerb soll einem Leistungswettbewerb zur besseren Patientenversorgung weichen. Dies lässt sich jedoch nicht mit den Vorgaben eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes und schon gar nicht mit einer Deckelung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages verwirklichen. Der Übergang von einer verdeckten zu einer offenen Rationierung dürfte daher zwangsläufig die Folge sein.

Parallel zu dieser gesamten Entwicklung sind in den letzten Jahren sukzessive wettbewerblich geprägte Strukturen in das Gesundheitssystem implementiert worden. Allen voran wurde mit dem Konzept der „integrierten Versorgung“ das Primat des Kollektivvertragssystems im Ansatz durchbrochen und durch einzelvertragliche Regelungen überwiegend ergänzt oder auch im geringen Umfang ersetzt. In Relation zu der einprozentigen Anschubfinanzierungsregelung durchaus eine bemerkenswerte Entwicklung.

Das Prinzip der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung hatte auf der Basis von kassenspezifischen Einzelverträgen plötzlich seine Daseinsberechtigung, nachdem viele Jahre des politischen Apells an die gemeinsame Selbstverwaltung ergebnislos verstrichen waren, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu Gunsten einer effektiveren, aber auch effizienteren Patientenversorgung zu öffnen.

● Im Ergebnis hat der aufkommende Vertragswettbewerb zu diesem erforderlichen Strukturwandel beigetragen. Bei konsequenter Fortsetzung dieses Gedankens werden wir eine allmähliche Umgestaltung von bisher regional einheitlichen Verträgen in Richtung kassenindividuelle Versorgungsverträge erfahren, wie es sich zurzeit bei den regionalen Hausarztverträgen ankündigt. Die Auflösung der etablierten Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird das langfristige Resultat dieses Veränderungsprozesses sein.

● Im Arzneimittelsektor wurde mit dem Konstrukt der Rabattverträge zusätzlich zu den bereits bestehenden zentralen, aber auch regionalen Steuerungsinstrumenten der Preiswettbewerb im Bereich der Generika erfolgreich eingeführt. Es verwundert jedoch nicht, dass das zu erwartende Sparpotenzial bisher deutlich geringer ausfiel als allgemein erwartet

wurde². Allerdings erfordert ein solcher Wettbewerb immer klare ordnungspolitische Rahmenbedingungen, wie sie im Bereich der Arzneimittelversorgung bisher noch nicht in ausreichender und wirksamer Form existieren.

Thesen zur Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems

Von einer Arbeitsgruppe forschender Pharmaunternehmen wurde im April 2008 ein Zukunftspapier³ verabschiedet, welches auf dem Gedanken eines wettbewerblich organisierten und innovationsoffenen Gesundheitsmarktes fußt und sich auch am steigenden Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft orientiert. Staatliche und zentrale Entscheidungsstrukturen blieben bei diesem Konzept außen vor.

Im Kern handelt es sich dabei um folgende Eckpunkte, auf die dieses Zukunftskonzept aufbaut:

1. Patienten und Versicherte stehen im Zentrum der Gesundheitsversorgung. Die Ausübung von Eigenverantwortung setzt jedoch Wahlfreiheiten voraus, die es ermöglichen, Qualität als Entscheidungskriterium mit einzubeziehen.

2. Mehr Wettbewerb auf allen Ebenen des Systems ist notwendig, da dies zu einer effizienteren Allokation der Ressourcen führt – und so die Bürger in die Lage versetzt werden, mehr Verantwortung zu übernehmen und auch zwischen alternativen Möglichkeiten entscheiden zu können.

3. Krankenkassen sollten mehr Spielraum für Wettbewerb erhalten – sowohl in Bezug auf den finanziellen Rahmen als auch für differenziertere Leistungsangebote. Grundlage hierfür ist die Vorgabe eines Basis- und ergänzenden Leistungskataloges.

4. Differenziertere Vertragsgestaltungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern in der Gesundheitsversorgung – die pharmazeutische Industrie mit einbegriffen – sind die Grundvoraussetzungen für Wettbewerb. Zwingende Voraussetzung hierfür ist jedoch die uneingeschränkte Anwendung des Kartell- und Wettbewerbsrechtes.

2 Vgl. hierzu den aktuellen Bericht des BMG zu den Auswirkungen von Rabattverträgen für Arzneimittel, insbesondere auf die Wirksamkeit der Festbetragsregelung vom 27. Mai 2008, Download verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/092/1609284.pdf>

3 Das Zukunftspapier „Thesen zur Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems“ ist verfügbar unter <http://www.glaxosmithkline.de/docs-pdf/gesundheitspolitik/zukunftspapier/0520-AHEZukunftspapier210208.pdf>

5. Im Bereich der Arzneimittelversorgung sollten die derzeitigen Regulierungen wie die gesetzlich geregelten Rabatte, die durch Festbetrag geregelten Arzneimittelpreise oder die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Ärzten etc. durch das Prinzip des vertraglich selektiven Kontrahierens ersetzt werden.

6. Den Krankenkassen steht ein großes Repertoire von Möglichkeiten zur Verfügung, den Arzneimittelverbrauch effektiv zu steuern. Ärzte und Apotheker sollten die Verantwortung für die Qualität der Arzneimittelversorgung übernehmen; den Krankenkassen sollte die alleinige ökonomische Verantwortung übertragen werden.

7. Informationen und Anreizsysteme für Patienten sollten verbessert werden. Den Patienten sollte es erlaubt sein, Informationen über Arzneimittel und Impfstoffe direkt beim Hersteller nachzufragen. Die Qualität dieser Informationen muss dabei einer strengen Kontrolle unterliegen.

Die Selbstbestimmung von Versicherten und Patienten einerseits und der Wettbewerb andererseits sind der zentrale Mechanismus, mit dem sich Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung tatsächlich auch erreichen lassen. Es ist in diesem Zusammenhang auch völlig unstrittig, dass es sich bei dieser Zielvorstellung nicht um eine neo-liberale Neuaufgabe handelt.

Das Gesundheitswesen unterscheidet sich nun einmal von anderen Sektoren oder Industrien – daher sehen wir einen großen Bedarf für einen transparenten und stringenten ordnungspolitischen Rahmen im Sinne eines „Managed Competition“, also eines gesteuerten Wettbewerbs.

Realisierungschancen

Die Kluft zwischen erforderlichem Reformbedarf und tatsächlichem Reformwillen steigt kontinuierlich. Der in Deutschland auch kulturell fest verankerte Grundsatz des Solidarprinzips stellt die konsequente Einführung eines wettbewerblich durchdachten Gesundheitskonzeptes natürlich auf eine harte Bewährungsprobe. Damit soll aber nicht einer „Amerikanisierung“ des deutschen Gesundheitswesens das Wort geredet werden. Letzten Endes wird es die Politik selbst richten müssen, wo sie das gesellschaftliche Pareto-Optimum im Gesundheitswesen zwischen Versorgungsbedarf und Finanzierbarkeit ansetzen wird.

Nach all den Erfahrungen der letzten Jahre werden wir wohl noch mehrere Jahre mit verschiedenen Teil-

welten im Gesundheitswesen konfrontiert werden, ehe eine klar definierte Richtungsentscheidung zwischen staatlich-zentraler Lenkung und wettbewerblich-dezentralisierter Steuerung erfolgen wird. Zwischenzeitlich dürften die sich inhaltlich klar widersprechenden und im Zunehmen begriffenen Regelungen im Blickpunkt der gesundheitspolitischen Reformdebatten stehen.

Als Industrievertreter stellt die Forderung nach einer mehr marktorientierten und wettbewerblich geprägten Gesundheitsversorgung in Deutschland wahrlich kein Überraschungsmoment dar. Dennoch gibt es einige berechtigte Anliegen, die zur Realisierung eines wettbewerblichen Ordnungsrahmens vorab einer angemessenen Lösung bedürfen:

(1) Die Definition des Grundkataloges sowie des ergänzenden Leistungskataloges stellt eine politische Aufgabe dar, für die es zurzeit keine erkennbaren Mehrheiten gibt. Der Weg zur offenen Rationierung ist zwar der ehrlichere Weg, das politische Handeln folgt jedoch dem rationalen Prinzip der verdeckten Rationierung, da es weniger Akzeptanzprobleme bereitet.

(2) Der neue Gesundheitsfonds wird einen reinen Kostenwettbewerb unter den Krankenkassen befördern. Ein Wettbewerb um Qualität und Innovation ist bei der gegenwärtigen Konstellation kaum vorstellbar.

(3) Verhandlungen mit den gegenwärtig rund 200 Krankenkassen auf gleicher Augenhöhe wird es aufgrund zahlreicher zentralistischer Regelungsvorschriften ohne weiteres nicht geben.

(4) Die Implementierung eines wettbewerblichen Ordnungsrahmens erfordert vor allem den Mut zur Deregulierung. Kein leichtes Unterfangen, wenn man bedenkt, dass die Zunahme an Bürokratie im Gesundheitswesen durchaus mit einem gewissen Gewöhnungseffekt einhergeht. Das Ausmaß an gesetzlichen Regelungen spiegelt jedoch nicht die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems wider.

(5) Bei einem echten Wettbewerbsmodell muss das Problem der „Transaktionskosten“ beachtet werden. Das Aushandeln, Vereinbaren und Prüfen von mehreren Einzelverträgen gegenüber einem einzigen Kollektivvertrag erfordert natürlich einen höheren Gesamtaufwand.

(6) Das Recht auf Zugang zu Patienteninformationen (nicht im Sinne von Werbung) ist ein ideologisch belastetes Thema und deshalb schwierig im Konsens zu implementieren, obwohl auf EU-Ebene mittlerweile ein berechtigtes Interesse besteht.

Ausblick

In Deutschland herrscht der Eindruck, dass das Gesundheitssystem sich in einer längeren Phase des Trial-and-Error befindet und sich in nur sehr inkrementellen Schritten einem ordnungspolitischen Wettbewerbsrahmen nähert. Erforderlich ist jedoch eine eindeutige politische Positionierung nach dem Prinzip des „Managed Competition“, und zwar auf allen Ebenen der Versorgung. Speziell aus Sicht der forschenden Arzneimittelindustrie wird der Ruf nach innova-

tionsfreundlicheren Rahmenbedingungen nicht verhallen, denn dadurch wird erst die erforderliche Planungssicherheit geschaffen, die der Forschungsstandort Deutschland so dringend benötigt. Das vorgestellte Zukunftspapier soll hierzu ein erster Aufschlag sein, die forschende Arzneimittelindustrie als Teil der Lösung zu präsentieren und nicht wie bisher nur als Teil des Problems einseitig diskreditiert zu werden.

© gpk