

Tagungsbericht

Wie gesund ist mehr Wettbewerb? Das Gesundheitssystem und der Markt

Eine Tagung der Stiftung Marktwirtschaft
am 15. Mai 2018 in Berlin



Inhaltsverzeichnis

- 2 **Begrüßung**
Prof. Dr. Michael Eilfort
Vorstand Stiftung Marktwirtschaft

- 3 **Wettbewerb, Kosteneffizienz und Patientenorientierung im Gesundheitssystem – Herausforderungen und Handlungsoptionen in der 19. Legislaturperiode**
Jens Spahn MdB
Bundesminister für Gesundheit

- 4 **Wettbewerb als Fitnessprogramm für bessere Versorgungsstrukturen?**
Prof. Dr. Berthold U. Wigger
Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Mitglied im Kronberger Kreis

- 5 **Reformoptionen für den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen**
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt

- 6 **(Bestandskunden-)Wettbewerb als Innovationstreiber in der PKV: Das Potential von übertragbaren, risikoadjustierten Altersrückstellungen**
Prof. Achim Wambach Ph.D.
Präsident des ZEW Mannheim, Vorsitzender der Monopolkommission

- 7 **Podiumsdiskussion mit Impulsstatements**
Karin Maag MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Dr. Edgar Franke MdB
Stellvertretender gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB
FDP-Bundestagsfraktion, Obmann im Ausschuss für Gesundheit

Maria Klein-Schmeink MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

- Moderation der Veranstaltung**
Peter Thelen
Handelsblatt

Begrüßung

Prof. Dr. Michael Eilfort
Vorstand Stiftung Marktwirtschaft



„Die Stiftung Marktwirtschaft versteht sich selbst ein Stück weit als Frühwarnsystem“, betonte Stiftungsvorstand Prof. Dr. Michael Eilfort in seiner Begrüßung der Tagungsteilnehmer. Daher sehe er es mit großer Sorge, wenn die derzeit gute gesamtwirtschaftliche Momentaufnahme die Politik zu dauerhaften strukturellen

Mehrausgaben verleite. Schließlich werde die durch niedrige Zinsen künstlich angekurbelte Konjunktur nicht ewig brummen und auch ohne neue politische „Wohltaten“ sei mit steigenden Staatsausgaben zu rechnen. Vor allem aber werde ab dem Jahr 2020 der demographische Wandel stärker zu Buche schlagen, da dann die Generation der Babyboomer allmählich in den Ruhestand wechsele.

„Diese Veränderungen werden auch im Gesundheitssystem beträchtliche Spuren in Form steigender Kosten hinterlassen“, mahnte Eilfort. Umso wichtiger sei es, bereits heute – auch wenn der Handlungsdruck noch nicht direkt spürbar sei – die richtigen Weichenstellungen vorzunehmen und die Effizienzreserven in der medizinischen Versorgung besser auszuschöpfen. Internationale Vergleiche zeigten, dass das deutsche Gesundheitswesen aufgrund eines hohen „Aktivitätsniveaus“ vergleichsweise teuer sei, gleichzeitig aber nur eine durchschnittliche Ergebnisqualität liefere. Gelänge es, die Potentiale des Wettbewerbs besser zu nutzen, ließe sich in Sachen Effizienz noch viel für die Patienten erreichen, zeigte sich Eilfort überzeugt.

Dabei plädierte er für einen evolutorischen Veränderungsprozess und warnte vor emotional aufgeladenen, am Ende aber lähmenden Grundsatzdiskussionen – etwa über eine Bürgerversicherung. Angesichts zahlreicher Partikularinteressen stellten bereits kleine Verbesserungen am Wettbewerbsrahmen das sprichwörtliche „Bohren dicker Bretter“ dar.

Impressum

Stiftung Marktwirtschaft
Charlottenstraße 60, 10117 Berlin
Tel.: (030) 20 60 57-0, www.stiftung-marktwirtschaft.de

Ansprechpartner/Text: **Dr. Guido Raddatz**
raddatz@stiftung-marktwirtschaft.de

Fotos: Kay Herschelmann

Wettbewerb, Kosteneffizienz und Patientenorientierung im Gesundheitssystem – Herausforderungen und Handlungsoptionen in der 19. Legislaturperiode

Jens Spahn *MdB*
Bundesminister für Gesundheit



3

„Gesundheitspolitik ist in jeder Hinsicht Gesellschaftspolitik und mithin eines der spannendsten Politikfelder, die es gibt“, formulierte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB zu Beginn seines Vortrags und verwies auf die enorme Bedeutung des Gesundheitssystems für die Menschen als Dienstleister sowie als Arbeitgeber. Darüber hinaus sei es ein Bereich, der in besonderem Maße durch Innovationen und Digitalisierungsprozesse, aber auch durch soziale und ethische Grundsatzfragen geprägt sei.

Der Minister erinnerte daran, dass die finanziellen Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik selten so gut wie heute waren. Während traditionell Finanzierungsengpässe dominierten und – beispielsweise im Jahr 2004 – schmerzhaftige Strukturreformen notwendig machten, gebe es derzeit angesichts von Überschüssen und Rücklagen positive Gestaltungsspielräume. Gleichzeitig mahnte er, die Politik dürfe sich jetzt nicht selbstzufrieden zurücklehnen, sondern müsse die guten Zeiten für Reformen nutzen, um auch weiterhin allen Bürgern Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung garantieren zu können. Dabei müsse man dem demographischen Wandel besonderes Augenmerk schenken. Dies gelte auch für andere umlagefinanzierte soziale Sicherungssysteme wie die Rentenversicherung. Darüber hinaus sehe man sich in der Gesundheitspolitik mit dem medizinisch-technischen Fortschritt noch einer weiteren, tendenziell eher kostentreibend wirkenden Herausforderung gegenüber.

Vor diesem Hintergrund komme dem Wettbewerb eine wichtige Rolle zu, um begrenzte Ressourcen effizient einzusetzen und eine gute Versorgungsqualität aufrecht zu erhalten, betonte Spahn und ergänzte: „Wettbewerb ist dabei stets Mittel zum Zweck und kein Selbstzweck.“ Eingebettet in die richtige Rahmenordnung bringe Wettbewerb einen großen Mehrwert für alle. Kein Verständnis zeigte der Minister daher für populistisch anmutende Positionen, die Markt und Wettbewerb grundsätzlich verteufelten. Wer so argumentiere vergesse, dass zahlreiche Errungenschaften,

die unser heutiges Leben prägten, ohne den marktlichen Wettbewerbsprozess nie das Licht der Welt erblickt hätten.

Vor diesem Hintergrund sprach sich Spahn erstens für einen funktionierenden Preiswettbewerb im Gesundheitswesen aus, insbesondere auch zwischen den Krankenkassen. Nur wenn die Versicherten zwischen unterschiedlichen Krankenkassen wechseln könnten, müssten diese auf eine effiziente Verwendung der Beitragsmittel achten und würden die ihnen zur Verfügung stehenden Wettbewerbsinstrumente wie Arzneimittelrabattverträge oder Ausschreibungen auch nutzen. Eine Einheitskasse sei hingegen der falsche Weg und würde zu erheblichen Effizienzverlusten führen, zeigte sich Spahn überzeugt. Allerdings müsse die Politik für eine geeignete Rahmenordnung sorgen, um Verwerfungen im Wettbewerbsprozess zu vermeiden und den Kassen faire Startchancen zu geben. Wenn notwendig, werde man daher auch den Risikostrukturausgleich nachjustieren. Gleichzeitig räumte er ein, dass die Wiedereinführung der Parität bei den Zusatzbeiträgen den Preiswettbewerb zwischen den Kassen abschwäche. Umso wichtiger sei es, dass die Kassen überschüssige Mittel über Beitragssatzsenkungen wieder an die Versicherten zurückgeben.

Neben dem Preiswettbewerb komme es zweitens entscheidend auf einen funktionierenden Vertrags- und Qualitätswettbewerb zwischen den Kassen an. Allerdings würden bei weitem noch nicht alle vorhandenen Spielräume für einen Versorgungswettbewerb im Interesse der Patienten ausgeschöpft, bedauerte Spahn und sprach sich für eine zielorientierte Weiterentwicklung des Status quo aus. Als weitere Punkte thematisierte der Minister den Wettbewerb an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Unter den richtigen Rahmenbedingungen könne Letzterer den Innovationsdruck erhöhen und Lernprozesse zwischen den Systemen ermöglichen. Spahn schloss seinen Vortrag mit dem Fazit: „Richtig gemachter Wettbewerb dient der guten Versorgung der Patienten.“



An den Anfang seiner Ausführungen über Möglichkeiten und Herausforderungen bei der Implementierung eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Gesundheitswesen stellte Prof. Dr. Berthold U. Wigger die These, dass Wettbewerb – angesichts knapper Ressourcen – allgegenwärtig sei. Die gesundheitspolitisch relevante Frage sei daher nicht, ob man mehr oder weniger Wettbewerb haben wolle, sondern wie der Wettbewerbsprozess ausgestaltet werden sollte, damit gute Ergebnisse zum Wohle der Menschen erzielt würden.

Als Ausgangspunkt seiner Betrachtung skizzierte er ein fiktives, rein marktwirtschaftlich organisiertes System der Gesundheitsversorgung, in dem sowohl die Anbieter medizinischer Leistungen als auch die Krankenversicherungen jeweils untereinander im Wettbewerb stünden und um Kunden bzw. Patienten konkurrierten. Allerdings gebe es zahlreiche „Störungen“, die Fehlanreize generierten und verhinderten, dass solch ein „naives“ Konzept ohne besondere Regulierung gut funktionieren könne. Ein wichtiges Problem seien Informationsasymmetrien zwischen Versicherten, medizinischen Leistungserbringern und Versicherungen. Zudem sei ein Nebeneffekt jeder Krankenversicherung, dass sich die Versicherten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Gütern nicht mehr den tatsächlichen Preisen gegenüber sähen. All das eröffne Spielräume für ein „opportunistisches“ Verhalten auf Seiten der Marktteilnehmer, erläuterte Wigger und verwies auf Anreize zur Über- und Fehlversorgung auf Seiten der medizinischen Leistungserbringer, eine übermäßige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund von Moral-Hazard-Verhalten bei den Versicherten bzw. Patienten sowie Risikoselektion bei den Versicherungen. Ein weiteres Problem sei, dass sich manche Menschen – aus Kurzsichtigkeit oder strategischen Überlegungen – nicht ausreichend versichern wollen.

Mit dem gegenwärtigen System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werde zwar versucht, einige dieser Probleme wie etwa eine im Einzelfall nicht ausreichende Ri-

sikoabsicherung zu vermeiden. Dafür würden andere Probleme verschärft oder sogar erst neu generiert, erläuterte der Finanzwissenschaftler und verwies auf zahlreiche – teils regulierungsinduzierte – Anreizprobleme im System der GKV. Als besonders problematisch erachtete Wigger dabei die Überlagerung des Preismechanismus mit Verteilungszielen sowie zahlreiche Einschränkungen und Verzerrungen des Wettbewerbs – sowohl auf der Versichertenseite, zwischen den medizinischen Leistungserbringern, aber auch zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Vorschläge, wie man den Wettbewerb im Gesundheitssystem verbessern könne, habe es in der Vergangenheit schon mehrfach gegeben. Eine prominente Idee sei beispielsweise die Abschaffung der Kopplung zwischen Beiträgen und Lohneinkommen und der Übergang hin zu pauschalen Gesundheitsprämien. Eine solche Reform würde Kostenunterschiede zwischen den Kassen transparenter machen und den Preismechanismus stärken. Wigger betonte, dass man auch weiterhin einen Sozialausgleich herstellen könne, allerdings nicht mehr innerhalb der GKV, sondern über das allgemeine Steuer- und Transfersystem. Es sei schließlich nicht das Wesen der Sozialen Marktwirtschaft, Verteilungsgerechtigkeit über das Preissystem herzustellen.

Wolle man noch einen Schritt weiter gehen, könne man auf ein Konzept zurückgreifen, das der Kronberger Kreis, wissenschaftlicher Beirat der Stiftung Marktwirtschaft, entwickelt habe, erläuterte Wigger. Dieses zeichne sich u.a. dadurch aus, dass es die gesetzliche und private Krankenversicherung zusammenlege und übertragbare, am individuellen Risiko orientierte Altersrückstellungen beinhalte.

Abschließend zeigte sich Wigger davon überzeugt, dass das traditionelle Arzt-Patienten-Verhältnis vor großen Veränderungen stehe, die auch Auswirkungen auf den Wettbewerb haben könnten. Dank der Digitalisierung gebe es eine Tendenz vom „uninformierten Patienten hin zum informierten Kunden“, da die Versicherten immer leichter Zugang zu Expertenwissen erhielten.

Reformoptionen für den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg-Essen,

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt



5

Prof. Dr. Jürgen Wasem diskutierte Reformoptionen für den Risikostrukturausgleich (RSA) anhand von fünf Thesen. Er wies eingangs darauf hin, dass der Kassenwettbewerb zwar vordergründig nur den Versicherungsmarkt betreffe, man damit aber letztlich den Wettbewerb zwischen den medizinischen Leistungserbringern stärken wolle: „Die Krankenkassen sollen zu effizienten und effektiven Einkäufern von Gesundheitsleistungen werden“, erläuterte der Gesundheitsökonom. Allerdings sei Wettbewerb im System der solidarischen Krankenversicherung ein extrem fragiles Konzept, da er zugleich mit erheblichen Risiken und unerwünschten Nebenwirkungen – beispielsweise Anreizen zur Risikoselektion seitens der Kassen – einhergehen könne. Wasem stimmte seinem Vorredner darin zu, dass es auf dem Leistungsmarkt angesichts des Kontrahierungszwangs der Kassen noch zu wenige Wettbewerbsparameter gebe. Zugleich warf er die Frage auf, ob sich der Aufwand, Wettbewerb zu implementieren, angesichts der damit verbundenen beträchtlichen Risiken überhaupt lohne. Wenn man allerdings Wettbewerb wolle, dann sei in einem umlagefinanzierten Krankenversicherungssystem ein möglichst gut funktionierender Risikostrukturausgleich eine zwingende Voraussetzung, um unerwünschte Nebenwirkungen zu neutralisieren. Zwar wäre auch der von Wigger skizzierte Vorschlag des Kronberger Kreises mit portablen, risikoadjustierten Altersrückstellungen in einem Kapitaldeckungsverfahren eine gangbare Alternative; er stehe derzeit aber nicht auf der politischen Agenda. „Wir brauchen im gegebenen Rahmen einen RSA“, war daher Wasems Fazit zu seiner ersten These.

Allerdings dürfe man den RSA nicht mit wirtschaftspolitischen Zielen überfrachten, warnte Wasem als zweite These. Er sei das geeignete Instrument für die bestmögliche Vermeidung von Risikoselektion durch die Krankenkassen und sollte diesbezüglich optimiert werden. Würde man mit dem RSA noch weitere Ziele anstreben – etwa die Förderung der Prävention oder Umverteilungsziele zwischen den Kassen –, konterkarieren das in erheblichem Maße seine Leis-

tungsfähigkeit, ein Level playing Field für die Krankenkassen zu schaffen und Anreize für Risikoselektion zu vermeiden. Die auf Jan Tinbergen zurückgehende wirtschaftspolitische Grundregel „ein Instrument – ein Ziel“ sei ein vernünftiger Gedanke. Andere Ziele sollten daher außerhalb des RSA verfolgt werden, betonte der Gesundheitsökonom.

Da der bestehende RSA eine ganze Reihe von Defiziten habe, plädierte Wasem im Rahmen seiner dritten These dafür, die Verbesserungspotentiale im Zuweisungsalgorithmus des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zügig anzugehen. Dies betreffe beispielsweise den sachgerechten Umgang mit Multimorbidität, wo es gegenwärtig – je nach Altersgruppe – zu einer systematischen Über- bzw. Unterdeckung der tatsächlichen Kosten von multimorbiden Versicherten komme. Darüber hinaus sollten zum einen (These 4) die Möglichkeiten der Krankenkassen verringert werden, Einfluss auf die Diagnosekodierung von Ärzten zu nehmen. Dafür gebe es eine ganze Reihe von konkreten Vorschlägen – angefangen von stringenten Kodierrichtlinien bis hin zum Verbot von kassenspezifischen Modulen in der Praxissoftware von Ärzten. Zum anderen (These 5) plädierte der Gesundheitsökonom dafür, bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA auch die bestehenden regionalen Verzerrungen im Kassenwettbewerb zu verringern. Dies könne entweder über eine stärkere Regionalisierung der Zuweisungen im RSA oder der Zusatzbeiträge geschehen.

Aus aktuellem Anlass beendete Wasem seinen Vortrag mit zwei Hinweisen. Zum einen sei es richtig, dass Kassen Zuweisungen aus dem RSA, die sie für „Karteileichen“ erhalten hätten, wieder zurückzahlen müssten. Zum anderen warnte er, dass im Status quo eine Verpflichtung für Krankenkassen mit hohen Rücklagen, diese durch eine deutliche Senkung des Zusatzbeitrages rasch abzubauen, eine sich selbst verstärkende Dynamik zu Lasten von Kassen ohne Rücklagen auslösen könnte – bis hin zum Zusammenbruch von Kassen.

6

(Bestandskunden-)Wettbewerb als Innovationstreiber in der PKV: Das Potential von übertragbaren, risiko-adjustierten Altersrückstellungen

Prof. Achim Wambach Ph.D.

*Präsident des ZEW Mannheim,
Vorsitzender der Monopolkommission*



Prof. Achim Wambach Ph.D. konzentrierte sich in seinem Vortrag auf die Wettbewerbsdefizite der privaten Krankenversicherung (PKV), die daraus resultierenden Probleme sowie sinnvolle Reformmaßnahmen, mit denen der Wettbewerb im Interesse der Versicherten gestärkt werden könnte.

Um die positiven, häufig aber nur abstrakt dargestellten Auswirkungen von Wettbewerb greifbar zu machen, begann Wambach mit einem kurzen Exkurs in den Telekommunikationsmarkt. Dort habe die Einführung von Wettbewerb wahre Wunder bewirkt. Während man zu Zeiten des Monopols der Deutschen Bundespost praktisch keine Wahlmöglichkeiten – abgesehen von drei Farben für das Telefon – gehabt hätte, sei seitdem ein dynamischer und innovativer Wettbewerbsmarkt mit vielen unterschiedlichen Angeboten für die Kunden entstanden. Wambach ergänzte, dass diese Entwicklung nur mit staatlicher Regulierung möglich war: „Märkte brauchen klare Regeln“. In Expertengruppen habe man sich längst von der „naiven“ Vorstellung verabschiedet, dass Wettbewerb per se etwas Gutes sei: „Jeder Markt ist besonders und jeder Markt braucht besondere Regeln“. Dabei seien Ausschreibungen ein geeignetes Instrument mit viel Potential, um Wettbewerb und Regulierung zu verbinden. Man müsse es nur richtig nutzen.

„In der privaten Krankenversicherung erinnert manches allerdings noch an das ‚grüne Telefon‘ aus alten Zeiten“, kritisierte Wambach die unzureichenden Wechselmöglichkeiten in der PKV für Bestandskunden. Langfristig sei man als Versicherter jeweils von einem Anbieter abhängig, da man die im Zeitablauf angesparten Altersrückstellungen bei einem Wechsel nur sehr eingeschränkt mitnehmen könne. Damit aber werde ein Versicherungsverwechsel nach wenigen Jahren finanziell unattraktiv. Das habe erhebliche negative Konsequenzen für den Markt, unter denen vor allem die Kunden zu leiden hätten – sowohl auf der Preis- als auch der Qualitätsebene.

Zum einen hätten sie hier – anders als in den meisten Märkten – keine Möglichkeit, mit den Füßen abzustimmen

und unwirtschaftlich agierende Versicherer zu verlassen. Prämienanstiegen seien sie mehr oder weniger wehrlos ausgeliefert. Zum anderen sei ihnen auch die Möglichkeit verwehrt, zu anderen Versicherern zu wechseln, wenn diese bessere Leistungs- und Serviceangebote hätten. Für die Versicherungen bestünden daher nur geringe Anreize, sich an den Wünschen ihrer Kunden zu orientieren und sich zu Service-Providern bzw. Playern auf dem Leistungsmarkt weiterzuentwickeln. Ein Weiteres komme hinzu: Während üblicherweise ein Großteil der Dynamik und Innovationskraft auf Märkten – insbesondere auch Digitalmärkten – durch neu in den Markt kommende Unternehmen ausgelöst werde, verschleße der fehlende Bestandskundenwettbewerb diesen Kanal, da er Markteintritte neuer Anbieter praktisch ausschließe. Der fehlende Bestandskundenwettbewerb in der PKV sei daher einer der Gründe, weshalb das Gesundheitswesen bei der Digitalisierung so stark im Hintertreffen sei, während private Unternehmen in anderen Bereichen die Speerspitze der Digitalisierung darstellten, betonte Wambach.

Dabei könne man das Problem der fehlenden Übertragbarkeit von Altersrückstellungen sehr wohl lösen und damit auch den Bestandskundenmarkt für Wettbewerb öffnen. Erforderlich sei es dafür, bei einem Wechsel der Versicherung risikobasierte Altersrückstellungen zu übertragen: „Gute Risiken“ nähmen eine geringe, „schlechte Risiken“ hingegen eine hohe risikobasierte Altersrückstellung mit. Den Einwand, die Höhe der risikobasierten Altersrückstellungen ließe sich nicht ermitteln, ließ Wambach nicht gelten und verwies auf entsprechende Überlegungen der Monopolkommission: „Technisch ist das alles machbar“. Angesichts der Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt und der in anderen Bereichen zu beobachtenden Dynamik durch die Digitalisierung der Wirtschaft müsse man auch in der PKV die Potentiale des Wettbewerbs besser ausschöpfen und endlich die „Handbremse lösen“, schloss Wambach seinen Vortrag.

Podiumsdiskussion mit Impulsstatements



Karin Maag MdB, Dr. Edgar Franke MdB, Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB und Maria Klein-Schmeink MdB (v.li.).

Karin Maag MdB

*Gesundheitspolitische Sprecherin
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion*

„Gesundheit ist keine Ware und deshalb können und wollen wir in unserem Gesundheitswesen auch kein komplett wettbewerbliches System abbilden“, formulierte Karin Maag MdB zu Beginn ihres Impulsstatements. Sie ergänzte, dass wettbewerbliche Elemente allerdings dann sinnvoll seien, wenn sie eine effiziente Leistungserbringung förderten und bessere gesundheitliche Ergebnisse generierten. Die im bestehenden Gesundheitssystem formulierten sozialpolitischen Ansprüche – etwa der gleiche Zugang für alle Bürger zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung – machten den Einsatz von Wettbewerb allerdings häufig schwierig. Daher müsse die Politik – in Ermangelung eines funktionierenden Preismechanismus – in erheblichem Umfang regulatorisch eingreifen. Exemplarisch verwies die CDU-Politikerin darauf, dass man wesentliche Regulierungsentscheidungen – etwa was die Arzneimittelpreise betreffe – an den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen habe.

Hinsichtlich des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen betonte sie zum einen das Ziel einer guten und qualitativ hochwertigen Versorgung, welche die Kassen durch entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern sicherstellen sollten. Zum anderen müsse die gesetzliche Krankenversicherung in ihrer Gesamtheit eine Solidargemeinschaft sein. Zu den wesentlichen Aufgaben des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) gehörten daher die Schaffung gleicher Anfangsbedingungen sowie die Eliminierung von Anreizen für Risikoselektion. Die notwendigen Reformen zu seiner Optimierung sollten schnell umgesetzt werden.

Darüber hinaus sei auch die PKV angesichts unzureichender Wechselmöglichkeiten der Versicherten, unrealistisch niedriger Eingangstarife und stark steigender Prämien im Zeitablauf in erheblichem Maße reformbedürftig. Der

Zusammenlegung beider Systeme zu einer Bürgerversicherung erteilte Maag hingegen eine Absage.

Dr. Edgar Franke MdB

*Stellvertretender gesundheitspolitischer Sprecher
der SPD-Bundestagsfraktion*

Dr. Edgar Franke MdB warb in seinen Diskussionsbeiträgen dezidiert für mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem. Er sei sich zwar bewusst, dass Wettbewerb als Instrument der Gesundheitsversorgung zur Zeit keine Konjunktur habe und man den Ergebnissen wettbewerblicher Prozesse – gerade im Gesundheitsbereich – zunehmend misstrauere, halte diese Position aber für falsch und ideologisch gefärbt. „Wir sollten Wettbewerb erst einmal nicht so negativ sehen“, formulierte der SPD-Politiker und ergänzte: „Eine gute Versorgung für alle Menschen und ökonomisches Handeln sind keine Gegensätze.“ Man müsse daher – auch politisch – immer wieder auf das Wirtschaftlichkeitsgebot in den gesetzlichen Bestimmungen für das Gesundheitssystem hinweisen. Entscheidend für einen funktionierenden und qualitätsfördernden Wettbewerb sei allerdings, dass die Rahmenbedingungen stimmten.

Vor diesem Hintergrund plädierte Franke für eine Wettbewerbsordnung, die, erstens, den Krankenkassen ausreichend Spielräume für eigenständiges Handeln – auch jenseits von Satzungsleistungen – gibt. Seiner Meinung nach sei es beispielsweise falsch, die Kassen zu verpflichten, „gemeinsam und einheitlich“ zu handeln. Allerdings gebe es auch einige Bereiche, wo es schwierig sei, einen funktionierenden Wettbewerb zu implementieren, räumte der Gesundheitspolitiker unter Verweis auf die inzwischen aus dem Wettbewerb herausgenommenen Impfstoffe ein. Zweitens sprach er sich für eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA aus, damit ein fairer Wettbewerb zwischen den Kassen überhaupt erst möglich werde. Eine entsprechende Reform müsse politische Priorität haben. Schließlich forderte

Franke eine Harmonisierung der Aufsichtsstrukturen zwischen Bund und Ländern für die gesetzlichen Krankenkassen, um bestehende Wettbewerbsverzerrungen durch eine unterschiedlich strenge Aufsicht zu beseitigen.

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB

FDP-Bundestagsfraktion,
Obmann im Ausschuss für Gesundheit

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB teilte die Einschätzung, dass Gesundheitsversorgung keine Ware im klassischen Sinn darstelle, sondern ein besonderes Gut sei, das einen besonderen Regulierungsrahmen benötige. Dieser müsse in gewissem Umfang Wettbewerb zulassen, da nur dann eine effektive und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu erwarten sei, zeigte sich der FDP-Politiker überzeugt. Dabei müsse die Politik dafür Sorge tragen, dass der Wettbewerb – gerade auch zwischen den Krankenkassen – nicht nur über den Preis, sondern auch über die Qualität der Versorgung ausgetragen werde. „Billiger ist nicht immer das Bessere“, formulierte Ullmann und warnte vor Fehlentwicklungen in Teilbereichen der Arzneimittelversorgung. Außerdem stellte er die „Waffengleichheit“ der Wettbewerber sowie die Kompetenz der Patienten und Versicherten als Voraussetzungen für gute Ergebnisse heraus.

Kritisch äußerte sich Ullmann zum Plan der Großen Koalition, die Zusatzbeiträge in der GKV paritätisch zu finanzieren. Das werde den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen schwächen. Stattdessen plädierte der FDP-Politiker dafür, Präventionsmaßnahmen attraktiver zu machen und dafür perspektivisch auch den Morbi-RSA – über die kurzfristig notwendigen Reformen hinaus – entsprechend anzupassen. Was den Wettbewerb in der PKV betrifft, unterstützte er die Forderung nach einer Übertragbarkeit der Altersrückstellungen. „Es wäre gut, wenn wir da eine entsprechende Möglichkeit schaffen könnten.“

Er schloss mit dem Hinweis, dass es Teilbereiche im Gesundheitssystem gebe – etwa die an Bedeutung gewinnende personalisierte Medizin oder seltene Krankheiten –,

in denen Wettbewerb keine überzeugenden Ergebnisse hervorbringe, die aber aufgrund eines hohen Kostendrucks durchaus staatlich reguliert werden müssten.

Maria Klein-Schmeink MdB

Gesundheitspolitische Sprecherin
der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

Maria Klein-Schmeink MdB betonte in der Diskussion, dass die Gesundheitsversorgung eine zentrale, nach dem Solidarprinzip ausgestaltete Säule der sozialen Absicherung sei, zu der alle Bürger diskriminierungsfrei Zugang haben müssten. „Die solidarische Gesundheitsversorgung ist ein hohes Gut.“ Dies würde auch von der großen Mehrheit der Bevölkerung so gesehen. Es könne daher nicht darum gehen, Wettbewerb im Gesundheitssystem als abstraktes Prinzip hochzuhalten, sondern bei allen Maßnahmen müsse stets die Einbettung in eine solidarische Gesundheitsversorgung gewährleistet sein.

Hinsichtlich der Finanzierungsseite forderte sie zum einen – anknüpfend an die Ausführungen von Wasem – eine gerechtere und bessere Ausgestaltung des Morbi-RSA. Zum anderen kritisierte sie vehement das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, das zahlreiche Verlierer produziere. Insbesondere die Versichertengemeinschaft in der GKV werde dadurch geschädigt, dass die finanziell Wohlhabenden aus der solidarischen Finanzierung ausscheren könnten. Aber auch innerhalb der PKV gebe es Gruppen, die unter der Zweiteilung und den hohen Tarifen in der PKV zu leiden hätten – etwa kleine Beamte, Selbständige mit niedrigen Alterseinkünften oder Familien mit vielen Kindern. Als Lösung plädierte sie dafür, die gesetzliche und private Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung mit einheitlichem Leistungskatalog und einkommensabhängiger Finanzierungsstruktur zusammenzulegen. Eine solche Reform könne allerdings nicht von heute auf morgen, sondern nur schrittweise umgesetzt werden, räumte Klein-Schmeink ein und plädierte dafür, als ersten Schritt Beamten ein faires Wahlrecht zu geben, sich in der GKV zu versichern.

