

Der Ordnungspolitische Kommentar

Nr. 02/2010

2. Februar 2010

Gesundheitspolitik: Wo bleibt der Klient Patient?

Von Ines Läufer

In der Gesundheitspolitik lassen sich nur wenige Punkte finden, die zu Einigkeit zwischen allen Beteiligten führen. Man mag wohl darin übereinstimmen, dass Gesundheit wichtig ist und die Krankenversorgung möglichst gut sein sollte. Wie letzteres dagegen erreicht werden soll, ist regelmäßig Gegenstand angeregter Diskussionen.

Grundsätzlich verlangt gerade der hohe Stellenwert der Gesundheitsversorgung, vorhandene, knappe Ressourcen so effizient wie möglich einzusetzen. Dies kann am besten durch wettbewerblich organisierte Märkte erreicht werden. Die Wettbewerbsordnung zwingt die Leistungserbringer, sich an den Interessen der Patienten zu orientieren. Die Patienten bestimmen über ihre Wertschätzung die Entlohnung der Leistungserbringer und zwingen diese zu einer verschwendungsfreien Produktion. In einem wettbewerblichen Gesundheitssystem wird das Handeln der Leistungserbringer folglich zum Wohle der Patienten koordiniert. Selbstverständlich bedarf es stetiger (politischer) Arbeit, um diese Ordnung zu implementieren und zu erhalten. Eine Gesundheitspolitik, die jedoch wettbewerbliche Konkurrenz explizit verhindert oder nur halbherzig und unsystematisch ermöglicht, agiert zulasten der Patienten und macht das Gesundheitssystem krank. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Entwicklungen der letzten Wochen erscheint eine Stippvisite am gesundheitspolitischen Krankenbett angebracht.

Diagnose: Klientelpolitik auf Kosten der Patienten

Derzeit dürfen sich insbesondere niedergelassene Ärzte und Apotheker besonderer politischer Zuwendung erfreuen. So sollen laut Koalitionsvertrag medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Zukunft nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden, weil diese eine Konkurrenz zu Einzelpraxen darstellen. MVZ können durch eine fachübergreifende Kooperation von Ärzten helfen, teure Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Gerade aufgrund der Möglichkeiten, personelle und materielle Ressourcen zu bündeln und kostengünstiger zu nutzen, könnten derartige Versorgungsformen im Interesse der Patienten sein. Sie sollten jedoch weder ge-

setzlich vorgeschrieben noch verboten werden. Letztlich muss der Markttest zeigen, welche Form der Leistungserbringung am besten geeignet ist, die Wünsche der Patienten zu erfüllen. Eine Einschränkung ist im Zusammenhang mit der Zulassung von MVZ allerdings zu machen. Sofern Krankenhäuser als Betreiber auftreten, sind Wettbewerbsverzerrungen zulasten der zugelassenen Ärzte nicht auszuschließen, da die Krankenhäuser im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung mit Investitionszuschüssen von den Bundesländern bedacht werden, sofern das Krankenhaus im Krankenhausplan enthalten ist.

Im Rahmen eines aktiven Versorgungsmanagements der Krankenversicherungen könnten auch Hausärzte unter Vertrag genommen werden, um eine Lotsenfunktion für die Patienten zu übernehmen. Die bestehende Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, eine „hausarztzentrierte Versorgung“ anzubieten, ist jedoch nicht zielführend. Sie impliziert de facto eine Stärkung der Hausarztverbände, die in den meisten Fällen aufgrund der gesetzlichen Vorschriften als alleinige Vertragspartner in Frage kommen. Damit werden bereits bestehende Kartellstrukturen zementiert. Unter diesen Bedingungen ist es den Kassen nicht möglich, individuelle Verträge abzuschließen und es erscheint fraglich, ob die Hausarztverträge tatsächlich die Kosten senken bzw. die Versorgung verbessern können. Derzeit sorgen die Hausarztverträge in erster Linie für Konkurrenzkämpfe zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Hausärzterverbänden (FAZ, 13.01.2010).

Aber auch für die Apotheker hält der Koalitionsvertrag nur angenehme Medizin bereit. Sie müssen die Konkurrenz fortan noch weniger fürchten: Künftig soll nur Apotheken der Vertrieb von Arzneimitteln gestattet werden, nicht aber Drogerien oder Supermärkte. Es ist jedoch nicht nachzuvollziehen, weshalb Arzneimittel nur von Apotheken vertrieben werden sollen. Die Rezeptpflicht gewisser Medikamente würde durch den Verkauf von Arzneimitteln im Supermarkt nicht entfallen. Apotheker werfen oftmals ihre Beratungsfunktion als Argument in die Waagschale. Als Begründung von Wettbewerbsbeschränkungen kann das Argument jedoch nicht herangezogen werden. Sollten die vermeintlich oder tatsächlich erbrachten Beratungsleistungen der Apotheken für die Patienten den unterstellten Nutzen haben, müssten die

Apotheken den Wettbewerb nicht fürchten. Derzeit müssen jedoch alle Beitragszahler die Mehrkosten für die Privilegien der Apotheker tragen.

Diagnose: nur vermeintlicher Wettbewerb

Nun ist es soweit, die ersten Krankenkassen haben angekündigt, Zusatzbeiträge von ihren Versicherten zu erheben. Die Bedingungen, unter denen die Krankenkassen Zusatzbeiträge verlangen können, sind jedoch nicht für alle Versicherungen gleich: Die sogenannte Überforderungsklausel schreibt vor, dass Zusatzbeiträge, die über den pauschalen Betrag von acht Euro monatlich hinausgehen, bis zu ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens betragen dürfen. Diese Regelung impliziert, dass Versicherungen mit vielen gering verdienenden oder beitragsfrei mitversicherten Mitgliedern einen Wettbewerbsnachteil erleiden, wenn die Beiträge um mehr als acht Euro angehoben werden müssen: Diese Krankenkassen müssen von ihren wenigen gut verdienenden Mitgliedern höhere Zusatzbeiträge verlangen als andere Kassen, um die geringen Zusatzbeiträge der einkommensschwachen Mitglieder auszugleichen. Dies führt tendenziell dazu, dass die gut Verdienenden diese Kasse verlassen werden und die Krankenkasse im Extremfall aus dem Markt ausscheiden muss, obwohl sie möglicherweise nicht ineffizient gearbeitet hat, sondern nur eine ungünstige Versichertenstruktur besaß.

Dann aber findet kein sinnvoller Beitragswettbewerb statt, sondern es werden Anreize zur Risikoselektion nach den Kriterien Einkommen und Familienstand gesetzt. Hinzu kommt, dass Wettbewerbsbedingungen solange nicht entstehen können, wie noch einkommensabhängige Beiträge und unvollständige Risikoausgleichsmechanismen vorhanden sind.

Diagnose: „Soziale“ Unterstützung im falschen System – weder sozial noch effizient!

In der Diskussion um die Kosten der Umstellung von lohnbezogenen Beiträgen auf Kopfpauschalen ist derzeit in erster Linie von den hohen Kosten der Umstellung die Rede, da der Sozialausgleich nun über Steuern finanziert werden muss und Steuererhöhungen unvermeidlich erscheinen. Tatsächlich wird jedoch vergessen, dass die derzeitige unsystematische Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl eine hohe Belastung für die Nettozahler als auch eine ungerechtfertigte Unterstützung von Versicherten impliziert. Eine Umstellung von lohnbezogenen Beiträgen auf eine Gesundheitspauschale würde die Kosten offenlegen, die heute von den Versicherten innerhalb des Krankenkassensys-

tems bezahlt werden. Es wird regelmäßig vergessen oder verdrängt, dass diese Kosten schon heute im System vorhanden sind, allerdings erfolgt die Finanzierung nicht streng nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, da die lohnorientierten Beiträge nur zufällig die tatsächliche Leistungsfähigkeit widerspiegeln. Im Steuer-Transfer-System wird dagegen die Leistungsfähigkeit voll erfasst und die Unterstützung nach der tatsächlichen Bedürftigkeit bemessen. Hier gibt es klare Kriterien für die Leistungsfähigkeit auf der einen und die Bedürftigkeit auf der anderen Seite, die eine effiziente Umverteilung gewährleisten. Die Ausgliederung der Umverteilung aus der Krankenversicherung würde zudem das Umverteilungsvolumen verringern, da ein Teil der Versicherten derzeit aufgrund der Orientierung an Lohneinkommen zu Unrecht von der Umverteilung profitiert.

Eine tatsächlich soziale Politik sollte sich um eine sinnvolle Ausgestaltung des Steuer-Transfer-Systems kümmern, ohne die Effizienz des Gesundheitssystems zu beeinträchtigen.

Die Therapie: zielorientierte Prinzipien statt prinzipieller Zielvorgaben

Eine Gesundheitspolitik, die eine finanzierbare und qualitativ hochwertige Versorgung für alle erreichen will, muss die Rahmenbedingungen systematisch und konsistent gestalten und für die unterschiedlichen Akteure Anreize schaffen, sich für ihre jeweiligen Klienten einzusetzen. Die Versorgungsstruktur und die Vergütungssystematik würden sich im Wettbewerb entwickeln und die Politik von der unlösbaren Aufgabe entlasten, in einem derart von Lobbyinteressen und marktferner Ausgestaltung geprägten System die „richtige“ Vergütung und Finanzierung vorzugeben. Dass allen Bürgern unabhängig vom Einkommen eine gute Gesundheitsversorgung ermöglicht werden soll, steht hierzu keineswegs im Widerspruch. Im Gegenteil: Der Sozialausgleich kann wesentlich passgenauer im Steuer-Transfer-System vollzogen werden.

Die derzeitige Klientelpolitik und das starre Festhalten an der Umverteilung innerhalb des Systems verhindern jedoch genau dieses erwünschte Streben nach Leistung im Sinne der Patienten und Versicherten. Dabei sind es doch gerade die Versicherten, denen die Leistungen des Gesundheitssystems zugutekommen sollten.

Zeichen: 8.799

Dieser Ordnungspolitische Kommentar reflektiert die Meinung der Autorin, nicht notwendigerweise die des Instituts für Wirtschaftspolitik oder des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung. Der Inhalt kann vollständig oder auszugsweise bei Erwähnung der Autorin zu Publikationszwecken verwendet werden. Für weitere Informationen und Rückfragen zum Inhalt wenden Sie sich bitte direkt an die Autorin.

Dipl.-Volksw.‘in Ines Läufer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln. **Kontakt:** Tel. 0221-470 5354 oder E-Mail: laeuffer@wiso.uni-koeln.de