

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/259137151>

Markt + Staat = Effizienz im Gesundheitswesen? Einige kritische Anmerkungen

Article *in* Public Health Forum · December 2013
DOI: 10.1016/j.phf.2013.09.015

CITATION
1

READS
22

1 author:



Kai Mosebach
University of Ludwigshafen on the Rhine
30 PUBLICATIONS 47 CITATIONS

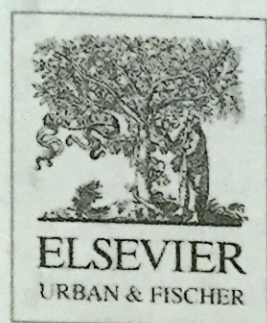
SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

- Project

Neomercantilism on the Rise? Political Economy of German Capitalism [View project](#)
- Project

Neoliberal Transformation of German Health Care [View project](#)



PUBLIC HEALTH

Forschung • Lehre • Praxis

Nr. 81 Dezember 2013

21. Jahrgang
ISSN 0944-5587**Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen**

Organ der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V., DGPH

Organ des Deutschen Verbandes für Gesundheitswissenschaften und Public Health e.V., DVGPH

Editorial

Die strukturelle Gestaltung des Gesundheitswesens ist von zentralem Public Health Interesse. Letztlich bestimmen die Strukturen, wer, d.h. welche Patienten mit welchen Krankheiten wie versorgt werden.

In der „Theorie der öffentlichen Güter“ wird die Gesundheitsversorgung in den Rang eines meritokratischen Gutes erhoben, d.h. die Gesundheitsversorgung soll nicht dem Markt überlassen werden, sondern der Staat soll in wohlverstandem Interesse der Bevölkerung eingreifen, damit es zu dem gesundheitspolitisch erwünschten Grad an Versorgung kommt. Lange Zeit war daher die staatliche, „planwirtschaftliche“ Regulierung des deutschen Gesundheitswesens unumstritten. Die politische Kehrtwende brachte der „Konsens von Lahnstein“, mit dem sich die großen Bundesparteien im Jahre 1992 darauf einigten, das Gesundheitssystem stärker auf Wettbewerb auszu-

richten, damit die knappen Ressourcen ökonomisch effizienter zum Einsatz kommen. In der Folge haben die Versicherten in der GKV mehr Wahlrechte bekommen – sowohl was die Versicherungs-, als auch die Versorgungsformen betrifft (z.B. Integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung, Wahltarife); in der ambulanten Versorgung wurde das Vertragsrecht zwischen Ärzten und Krankenkassen liberalisiert und nicht zuletzt wurde die Pflegeversicherung in einer Form eingeführt, die von Anfang an auf Vertrags- und Wahlfreiheit basierte. Komplementär zur Einführung wettbewerblicher Faktoren auf Seiten der Versicherer und Versorger sind die privaten Zuzahlungen im Gesundheitswesen ausgeweitet worden (insbes. beim Zahnersatz, der Krankenpflege und der Heilmittelversorgung). Abgesehen von der finanziellen Entlastung der Krankenkassen ist dies mit dem

Schwerpunktthema: Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen

Solidarität und Wettbewerb in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem	2
Wettbewerb als Steuerungsform im Gesundheitswesen	3
Markt + Staat = Effizienz im Gesundheitswesen? Einige kritische Anmerkungen	5
Integrierte Versorgungsverträge und Kassenwettbewerb	6
Wettbewerb in der GKV: Kein Allheilmittel, aber wirksames Instrument	8
Vergütungssysteme und Wettbewerb im Gesundheitssystem	9
20 Jahre RSA: der technische Kern der Wettbewerbsordnung in der GKV	11
Value-based Competition: the Role of Outcome Measurement	12
Lebensqualität als Wettbewerbsvorteil in der frühen Nutzenbewertung	14
Ein Blick auf den Produktionsprozess: Mehr Effizienz durch neue Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem? Beispiele aus der Physiotherapie	15
Patientenzentrierung im Rahmen neuer Versorgungsmodelle und Wettbewerb – verträgt sich das?	17
Coopetition: am Ergebnis orientierte Prozessplanung für die integrierte Versorgung	19
Die vier durch das BMBF geförderten gesundheitsökonomischen Zentren	21
Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin (Berlin HECOR)	22
Gesundheitsökonomische Forschung in Hannover – das Center for Health Economics Research Hannover (CHERH)	23
Competent in Competition and Health: Das gesundheitsökonomische Forschungszentrum CINCH	25
Hamburg Center for Health Economics	26
Soziale (Gesundheits-)Ökonomik	28
Der präventive Imperativ und die Ökonomisierung des Sozialen	29
Positionen zivilgesellschaftlicher Akteure und von Parteien zu Wettbewerb im Gesundheitswesen	31
Ökonomisierung oder Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung	33
Ethische Probleme wettbewerblicher Steuerung	35
Weiterführende Literatur, Related Links	37
Bücher, Tagungen	38



Beitragssatzes und des Bundeszuschusses zu berücksichtigen. Zum anderen müssen die Kassen deutlich mehr Handlungsparameter zur Vertragsgestaltung erhalten, insbesondere im stationären Bereich.

Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.

<http://journals.elsevier.de/pubhef/literatur>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.09.002>

Prof. Dr. Friedrich Breyer
Universität Konstanz
FB Wirtschaftswissenschaften
Fach 135
78457 Konstanz
Friedrich.Breyer@uni-konstanz.de

Markt + Staat = Effizienz im Gesundheitswesen? Einige kritische Anmerkungen

Kai Mosebach

Die hohen ökonomischen Effizienzerwartungen markt- und wettbewerbsbasierter Handlungskoordination beruhen auf dem neoklassischen Marktmodell des vollständigen Wettbewerbs (Fees-Dörr, 1992; Hajen et al., 2011). Die Produzenten richten sich an den Präferenzen der Konsumenten aus, die mit ihrer zahlungsfähigen Nachfrage das Angebot bestimmen. Doch Patienten sind als medizinische Laien in der ambulanten und stationären Krankenversorgung wesentlich auf die professionelle „Übersetzung“ ihrer Befindlichkeiten in medizinische Befunde und therapeutische Prozeduren angewiesen. Die Leistungserbringer haben somit einen erheblichen Einfluss auf die Konkretisierung der unspezifischen Nachfrage von Patienten. Omnipräsentes Marktversagen, hier: die mangelnde Konsumentensouveränität und die angebotsinduzierte Nachfrage, entziehen den Effizienzerwartungen von Markt- und Wettbewerbsbefürwortern im Gesundheitswesen ihre Grundlage (Light, 2000; Rice, 2004; Hajen et al., 2011). Lassen diese in der Folge von solchen ordnungspolitischen Forderungen ab? Merkwürdigerweise nicht. Die meisten Gesundheitsökonominnen sind überzeugt, dass sich mittels der politischen Steuerung

von Markt- und Wettbewerbsprozessen die im neoklassischen Modell versprochenen Effizienzerwartungen „simulieren“ ließen (Barr, 2012; Cassel, 2002; Rice, 2004). Doch das ist so sicher nicht. Denn die Simulation von Markt- und Wettbewerbsprozessen im Gesundheitswesen hat soziologische Grenzen und beschwört mitunter dysfunktionale Effekte herauf (Kuttner, 1999; Leys, 2003; Light, 2000).

Erstens gelingt es nicht, die Ursachen von Marktversagen im Gesundheitswesen zu beseitigen. Untersuchungen zeigen, dass die Informationsbeschränkungen von Patienten durch Informationsportale über Leistungen und Leistungsqualität nicht beseitigt werden (Geraedts, 2008; Mansky, 2011). Sie bleiben medizinische Laien und den wechselnden Spielregeln der Medizin-Experten ausgesetzt. Konsumentensouveränität für alle lässt sich auf marktallokativ ineffizienten Gesundheitsmärkten nicht herstellen (Mosebach, 2006). Auch der Versuch, die Angebotsmacht der Leistungserbringer über eine Standardisierung von Leistungen, Leitlinien und pauschalierten Vergütungssystemen zu brechen, ist von Steuerungsproblemen begleitet. Viele medizinische Therapieverfahren lassen sich nur begrenzt

standardisieren, so dass eine nachträgliche Leistungs- und Kostenkontrolle für Kostenträger bzw. andere regulative Instanzen außerordentlich herausfordernd ist. Zudem setzen diejenigen medizinischen Verfahren, die standardisierbar sind (z.B. Endoprothesen), durch Skaleneffekte ökonomische Anreize, die Fallzahlen insgesamt auszuweiten (Mosebach und Rakowitz, 2012).

Zweitens sollen sich Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser im politischen Marktmodell an ihrem ökonomischen Nutzen orientieren, der vermittelt Budgetierung, pauschalierter Vergütungssysteme und Standardisierungen zu einer kostengünstigen und qualitativ hochwertigen Krankenversorgung führe (Gerlinger und Mosebach, 2009). Hierdurch wird das betrieblich-organisatorische Kernziel der Krankenversorgung trägerübergreifend die Erzielung eines operativen Überschusses. Die Kommerzialisierung der Kranken(haus)versorgung droht (Mosebach, 2010a, 2010b). Während die Einführung des Gesundheitsfonds die problematische Risikoselektion durch Krankenkassen verringert hat, bleiben sowohl kosteninduzierte Rationierungen als auch Mengenausweitungen für Leistungserbringer



attraktiv (Kühn, 2004; Gerlinger und Mosebach, 2009). Dies zeigt sich - *drittens* - besonders in der dysfunktionalen Konkurrenz um die beste Wettbewerbsstrategie zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. So wollen viele Krankenkassen über die Ausweitung von Direktverträgen, wie bereits in der (kapitalintensiven) Arzneimittelversorgung über Rabattverträge realisiert, Einfluss gewinnen auf die personalintensive Leistungserstellung in Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen (Gerlinger und Mosebach, 2009). Auf den Kosten- und Wettbewerbsdruck der Kostenträger sowie die Einführung marktkompatibler Vergütungssysteme antworten die Leistungsträger (Ärzte, Krankenhäuser) mit einer problematischen Doppelstrategie. Sie reagieren zum einen mit Personalabbau und Flexibilisierung ihrer Organisationen, die die Qualität der Versorgung bedrohen (Simon, 2008). Zum anderen verfolgen sie eine Strategie der Mengenausweitung von Leistungen in medizinischen Grauzonen und von lukrativen Diagnostika und Therapien, die auch von

einer zunehmenden Leistungsprivatisierung begleitet sind (Gerlinger und Mosebach, 2009; Mosebach und Rakowitz, 2012).

Schließlich besteht in einer sich zunehmend kommerzialisierenden Krankenversorgung das Paradox, dass mit ihrer Ausbreitung die relevanten Daten bzw. Zugriffsrechte ebenfalls „privatisiert“ werden und damit eine – modellinhärent notwendige – nachträgliche Kontrolle von Marktergebnissen immer schwieriger wird (Kühn, 1997). Zahlreiche notwendige Daten über Patientenströme, Finanzierungsströme und Behandlungsfälle werden im Marktwettbewerb zu unternehmensrelevanten Daten und sind einer unabhängigen Überprüfung nicht leicht zugänglich. Damit sind die Effizienzversprechungen des Modells eines politisch gesteuerten Marktwettbewerbs im Gesundheitssystem allerdings in Frage gestellt, weil nicht überprüfbar. Vor dem Hintergrund dieser Steuerungsdefizite könnte selbst eine unabhängige Evaluation der Markt- und Wettbewerbseffekte durch staatliche Behörden nicht viel ausrichten. Denn

an den nicht-intendierten und dysfunktionalen Effekten von Markt- und Wettbewerbsprozessen im Gesundheitswesen ändert eine solche nichts. Was vielmehr Not tut, ist ein gesundheitspolitischer Kulturwandel: von der kommerzialisiert-desintegrierenden zur kooperativ-integrierenden Krankenversorgung in einem solidarischen Gesundheitssystem (Deppe, 2011; Hengsbach, 2006).

Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.

<http://journals.elsevier.de/pubhef/literatur>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.09.015>

Kai Mosebach, Dipl. Pol.
 Vertretungsprofessur für
 Gesundheitswissenschaften,
 Gesundheitspolitik und
 Gesundheitsökonomie
 Hochschule Ludwigshafen am Rhein
 Fachbereich Sozial- und
 Gesundheitswesen
 Ernst-Böhe-Straße 4
 67059 Ludwigshafen am Rhein
kai.mosebach@hs-lu.de