

Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

-

Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz

Abschlusspräsentation am 09.11.15 in Berlin

Timo Blenk, Nora Knötig, Thomas Wüstrich

- I. Einführung**
- II. Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen**
- III. Gesundheitssystem Schweiz**
- IV. Gesundheitssystem Niederlande**
- V. Fazit**

- I. **Einführung**
- II. Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen
- III. Gesundheitssystem Schweiz
- IV. Gesundheitssystem Niederlande
- V. Fazit

Studienziele und Studiendesign

- 1 Most Similar Case Design: Deutschland, Niederlande, Schweiz**
 - Ähnliche Versichertenstruktur und Versorgungsniveaus
 - Ähnliche Anforderungsprofile an die Leistungsanbieter
 - Ähnliche gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen

→ *Unterscheidungsmerkmal*: Ausprägung von Wettbewerb

„Ausprägung wettbewerblicher Elemente“

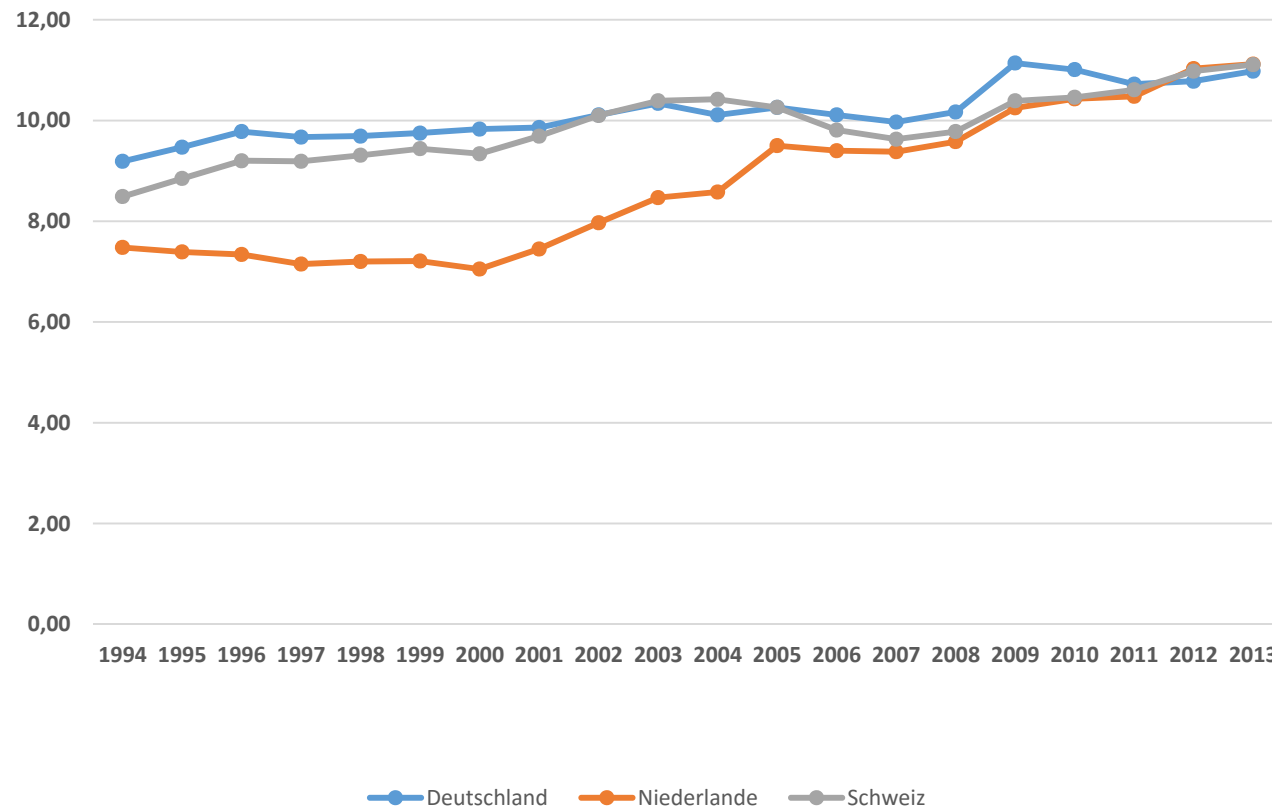


- 2 Identifikation erfolgreicher Wettbewerbsfelder/-parameter:**
 - Auf welchen Feldern ist Wettbewerb besonders erfolgreich?
 - Wo entstehen Verbesserungen z.B. in der Prävention, Versorgung etc.?
 - Welche Voraussetzungen müssen hierfür erfüllt sein?

→ Identifikation von **Best Practices**

- 3 Überprüfen der Übertragbarkeit auf D:**
 - Welche Kriterien müssen für eine erfolgreiche Implementierung von Best Practices aus NL / CH in Deutschland erfüllt werden?
 - Inwiefern sind die Erfolgsbeispiele auf Deutschland übertragbar?

Entwicklung der Gesundheitsausgaben



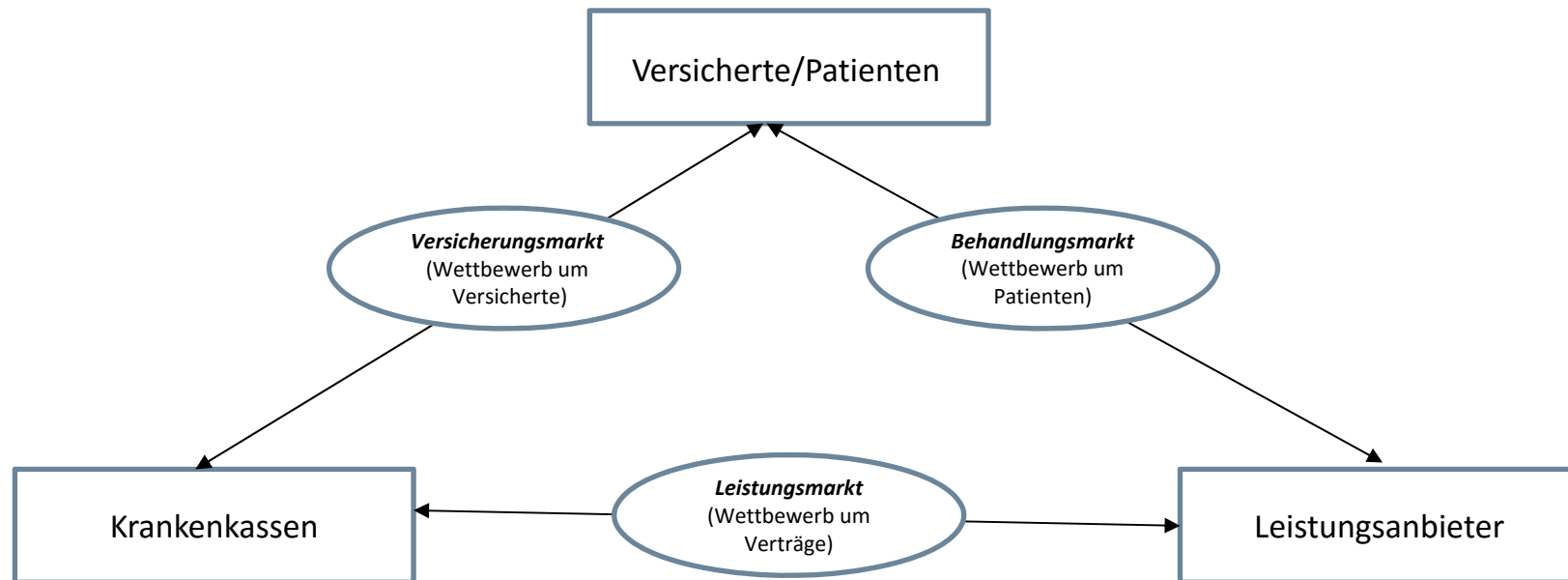
Quelle: OECD 2015

- I. Einführung
- II. **Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen**
- III. Gesundheitssystem Schweiz
- IV. Gesundheitssystem Niederlande
- V. Fazit

Funktionsvoraussetzungen wettbewerblicher Steuerung

- Vorhandensein von Alternativ- und Substitutionsmöglichkeiten (-> Marktstruktur)
- Keine über die Rivalität hinausgehende Behinderung
- Freier Marktzutritt (no barriers to entry; contestable markets)
- Vorhandensein geeigneter Wettbewerbsfelder/Wettbewerbsparameter und Ressourcen
- Transparenz/Vergleichbarkeit durch Qualitätsindikatoren (-> Marktergebnis)
- Wille zu wettbewerblichem Verhalten aller Akteure auf der Angebots- **und** Nachfrageseite (-> Marktverhalten/“spirit of competition“)

Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Behandlungsmarkt: Leistungsanbieter <-> Patienten

Leistungsanbieter konkurrieren um die Gunst der Patienten. Derzeit findet dieser Wettbewerb fast ausschließlich auf dem Markt privat finanzierter Gesundheitsdienstleistungen statt.

Voraussetzungen:

- freie Wahl der Leistungsanbieter
- Honorar abhängig von Fallzahl und Qualität => keine Budgetierung
- Maßnahmen zur Förderung von Markttransparenz/Abbau von Informationsasymmetrien

Derzeitige Wettbewerbsparameter:

- Hausärzteverträge, Netzwerke, Integrierte Versorgung, Spezialisierung, Qualität, Vertrauen, Service

Folgen:

Tendenz zu „**Qualitätswettbewerb**“; Preiswettbewerb nachrangig, da Leistungsempfänger i.d.R nicht Kostenträger; Gefahr von doppeltem „*moral hazard*“

Leistungsmarkt: Krankenkassen <-> Leistungsanbieter

Leistungsanbieter konkurrieren um Vertragsabschlüsse mit den Kassen.

Voraussetzungen:

- Selektives Kontrahieren anstelle kollektivvertraglicher Regelungen
- Sicherstellungsauftrag an Kassen (flächendeckende Versorgung)
- Kein Kontrahierungszwang
- Wettbewerbsrechtliche Kontrolle zur Begrenzung von Marktmacht

Derzeitige Wettbewerbsparameter:

- Hausärzteverträge
- Kollektivverträge

Folgen:

Tendenz zu „**Qualitätswettbewerb**“ schwach ausgeprägt

Versicherungsmarkt: Krankenkassen <-> Versicherte

Gesetzliche Krankenkassen konkurrieren untereinander und ggf. mit den PKV um Versicherte.

Voraussetzungen:

- Freie Kassenwahl
- Diskriminierungsverbot, Kontrahierungszwang
- Risikostrukturausgleich,
- wettbewerbliche Handlungsspielräume für die KK einschließlich (Zusatz-)Beitragssatzautonomie

Derzeitige Wettbewerbsparameter:

- Primär: „*Zusatzbeitragssatzvermeidungswettbewerb*“
- Freiwillige Satzungsleistungen
- Modellversuche
- Bonusleistungen/Wahltarife/Prävention/häusliche Versorgung
- Private Zusatzversicherungen

Folgen:

Tendenz zu „**Preiswettbewerb**“, da Leistungskatalog weitgehend gesetzlich normiert und gesunde Versicherte primär an niedrigen Beitragssätzen interessiert => **Qualitätswettbewerb nachrangig**.

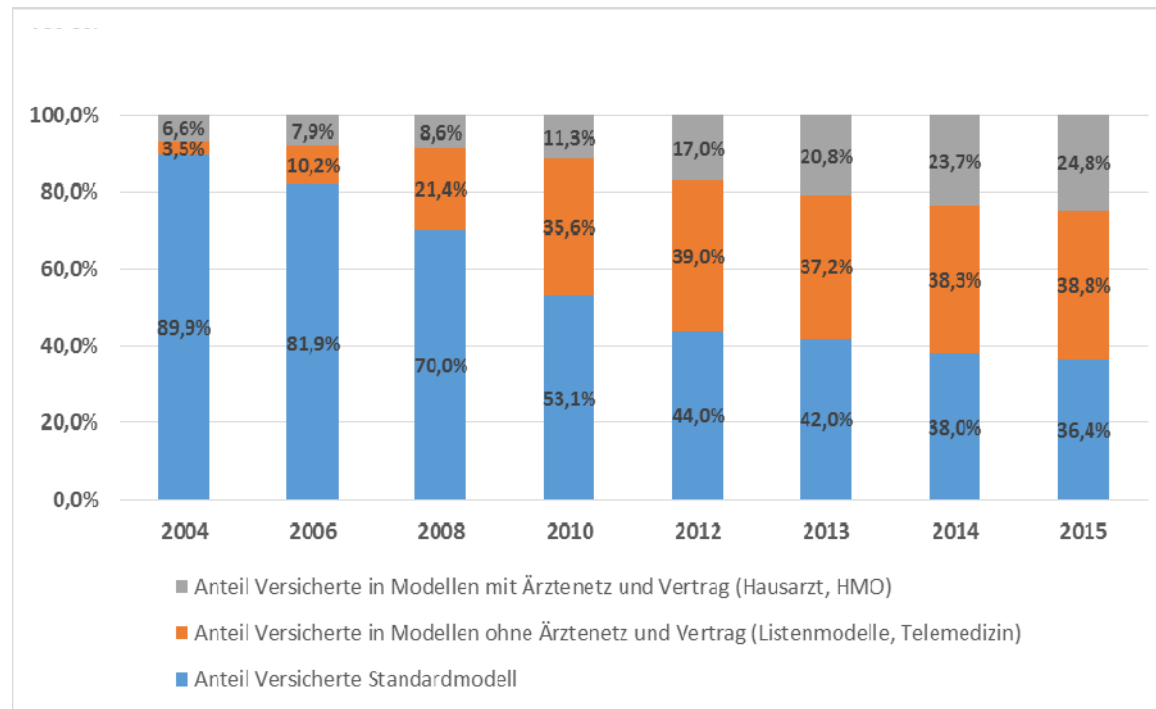
- I. Einführung
- II. Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen
- III. Gesundheitssystem Schweiz**
- IV. Gesundheitssystem Niederlande
- V. Fazit

Ausgangssituation in der Schweiz

- Hohes Niveau der gesundheitlichen Versorgung: umfassender Leistungskatalog, gute medizinische Infrastruktur und geringe Wartezeiten
- Implementierung von Wettbewerbselementen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes 1996 (KVG): jede Person wird einzeln versichert, keine Mitversicherung von Angehörigen
- Unterteilung des Gesundheitsmarktes in den Basistarif (gesetzlich regulierter Wettbewerb) und den privaten Zusatzversicherungsmarkt (freier Wettbewerb); im Basistarif dürfen durch die Krankenkassen keine Gewinne erwirtschaftet werden
- Selbstbeteiligung der Versicherten an den Gesundheitsausgaben: Wahltarife im Basistarif unterscheiden sich in der Höhe der monatlichen Prämie und Franchise
- Vergleichsweise hohe Eigenverantwortung der Versicherten
- Starke föderale Ungleichgewichte zwischen den Kantonen
- Sozialpolitische Herausforderung: Übermäßig starke Belastung für geringe und mittlere Einkommen (v.a. Familien mit Kindern, kantonsabhängig)
- Wachsende Bedeutung von Managed Care Modellen

Managed Care

Wachsender Marktanteil innovativer Managed Care Modelle: 2015 schlossen ca. 63% der Versicherten einen Vertrag ab, der in irgendeiner Form die freie Arztwahl beschränkt und im Gegenzug zu einer Vergünstigung der Beitragszahlungen führt.



Wettbewerbsvoraussetzungen

In der Schweiz werden die Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb deutlich umfassender erfüllt als in den Vergleichsländern.

Stärken:

- Freie Kassenwahl, Versicherungspflicht und Obergrenze der Kostenbeteiligung
- Freier Marktzutritt von Versicherern und Leistungsanbietern
- Scheitern der Marktakteure möglich
- Umfassender Grundversicherungskatalog (Ausnahmen: Zahnmedizin, Psychotherapie)
- Selektivvertragliche Gestaltungsfreiheit im Rahmen von Managed Care Modellen
- Hohe Transparenz bei Versicherungsmodellen und -beiträgen

Schwächen:

- Unzureichender Risikostrukturausgleich → Gefahr der Risikoselektion
- Geringe Transparenz hinsichtlich der Behandlungsqualität
- Keine Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitswesen

Behandlungsmarkt

In der Schweiz findet Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt vor allem im ambulanten Bereich statt. Leistungsanbieter stehen untereinander im Wettbewerb um Patienten.

Wettbewerbsparameter und Folgen:

- Steigende Servicequalität der Leistungserbringer (z.B. Abendsprechstunden, Telefonsprechstunden, sofortige Terminvergabe, Telemedizin)
- Zunehmende Spezialisierung der Fachärzte
- Erhöhte Produktvielfalt bei angebotenen Leistungen (v.a. Zusatzversicherungsmarkt, z.B. Homöopathie)
- Trend zu Gemeinschaftspraxen und somit verbesserter Versorgungsqualität durch bessere Kooperation der Ärzte untereinander
- Ausscheiden einzelner Marktakteure
- Konzentration von Ärzten in Ballungsräumen

Leistungsmarkt

In der Schweiz findet Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt vor allem zwischen Krankenkassen um bestmögliche Leistungsanbieter im Rahmen von Managed Care Modellen statt.

Wettbewerbsparameter und Folgen:

- Hohe Marktdynamik im Bereich Managed Care: hohes Maß an gesundheitsökonomischen Innovationen
- Bildung neuer Versicherungsverbände und Vertragsorganisationen zur Verhandlung von Verträgen mit Anbietern → Verhandlungen des „Kartells“ der Versicherer mit dem „Kartell“ der Ärzte wurde aufgebrochen (Beispiel *Curafutura*)
- Stärkere Marktdifferenzierung für Zusatzversicherte seitens der Leistungsanbieter und Versicherer

Versicherungsmarkt

In der Schweiz findet auf dem Versicherungsmarkt ein starker Wettbewerb der Kassen um Versicherte statt. Versicherte können mindestens einmal zum Ende jeden Jahres ihren Vertrag wechseln.

Wettbewerbsparameter und Folgen:

- Wichtigster Wettbewerbsparameter ist die monatliche Beitragshöhe
- Weitere Parameter sind die Servicequalität der Kassen, telemedizinische Leistungen, Marketing und Zusatzprogramme der Kassen
- Wettbewerb verschiedener Versicherungsmodelle in der Grundversorgung (verschiedene Ausprägungen von Managed Care, freie Arztwahl etc.)
- Konzentrationsprozess von Versicherern und mögliche Gefahr der Oligopolisierung
- Teilweise versuchte (nicht erlaubte) Risikoselektion für Zusatzversicherungen auf Grundlage von Kundendaten des Basistarifs

Reformoptionen für Deutschland

- Einführung einer verbindlichen und solidarischen Basisversicherung für alle in Deutschland ansässigen Personen sowie eines ausdifferenzierten privaten Zusatzversicherungsmarktes zur Deckung zusätzlicher individueller Bedarfe
- Stärkung der Eigenverantwortung von Versicherten durch mögliche Wahl- und Gestaltungsoptionen bei Verträgen in der Grundversicherung
- Öffnung des Gesundheitsmarktes für innovative Versicherungsmodelle, insbesondere für unterschiedliche Varianten von Managed Care Modellen
- Umfassendere Erfüllung der Funktionsvoraussetzungen für Wettbewerb im Gesundheitswesen für alle Marktakteure
- Nebenbedingung: Beibehaltung einer solidarischen einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung in Deutschland

- I. Einführung
- II. Wettbewerb im Gesundheitswesen
- III. Gesundheitssystem Schweiz
- IV. Gesundheitssystem Niederlande**
- V. Fazit

Ausgangslage in den Niederlanden

Grundlegender Reformprozess und Strukturwandel seit dem Jahr 2006

Wesentliche Reforminhalte:

- Überwindung der Dualität von staatlichen und privaten Krankenversicherungsträgern
- Versicherungspflicht für alle Einwohner
- Einführung eines einheitlichen Basis-Leistungspaketes
- Einkommensunabhängige Finanzierung

Ziele:

- Hebung von Wirtschaftlichkeits- und Effizienzpotentialen durch mehr Wettbewerb (managed competition)
- Zurückdrängung des staatlichen Einflusses und Bürokratieabbau
- Mehr Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung der individuellen Krankenversicherung
- Kostendämpfung und Qualitätsverbesserung
- Beibehaltung des bewährten Solidarprinzips

Wettbewerbsvoraussetzungen

In den Niederlanden werden die Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb umfassender als in Deutschland jedoch geringer als in der Schweiz erfüllt.

Stärken

- Freie Kassenwahl, Versicherungspflicht für alle ansässigen Bürger
- Einheitlicher Rechtsrahmen für alle Krankenversicherer
- Ausdifferenzierter Risikostrukturausgleich
- Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts
- Obligatorisches Hausarztmodell („Gatekeeping“)
- Selektivvertragliche Gestaltungsoptionen
- Transparenz für Versicherte und Patienten durch unabhängige Plattformen

Schwächen

- Konzentrationstendenz auf dem Versicherungsmarkt (=> Markteintrittsbarrieren für neue Krankenversicherer hoch)
- Starke Verhandlungsposition der Ärzte durch Ärztemangel

Behandlungsmarkt

Im Mittelpunkt der gesundheitsökonomischen Diskussion standen zunächst Verbesserungen auf dem Leistungs- und dem Versicherungsmarkt. Dadurch erhoffte man sich auch einen positiven Spill-over für den Behandlungsmarkt.

Derzeit:

- Wegen des verbreiteten Ärztemangels müssen Leistungsanbieter nicht um Patienten konkurrieren
- Selektivvertragliche Optionen sowie erhöhte Transparenz bedingen z. T. dennoch eine disziplinierende Leistungs- und Serviceorientierung der Leistungsanbieter
- Die Mobilisierung von Qualitäts- und Effizienzreserven auf dem Behandlungsmarkt ist unbefriedigend

Leistungsmarkt

In den Niederlanden findet auf dem Leistungsmarkt Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um gute Leistungsanbieter statt.

Derzeit:

- Flächendeckende Einführung von Selektivverträgen anstelle der bisherigen Kollektivverträge
- Beibehaltung der zentralen Rolle des Hausarzt als obligatorischem Gatekeeper (contracted care-, non contracted care-Optionen möglich)
- Facharztversorgung wird weiterhin weitgehend durch die Krankenhäuser geleistet, da ein flächendeckendes Netz an niedergelassenen Fachärzten fehlt
- Starke Verhandlungsposition der niedergelassenen Ärzte durch Ärztemangel
- Effizienz-, Service- und Qualitätserwartungen wurden bisher nur unzureichend erfüllt

Versicherungsmarkt

In den Niederlanden findet auf dem Versicherungsmarkt ein intensiver Wettbewerb der Kassen um Versicherte statt. Durch die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes wurde die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung überwunden.

Derzeit:

- Marktöffnung: ehemals regionale, staatlich regulierte Versicherer können unabhängig von ihrer Rechtsform auf nationaler Ebene konkurrieren
- Die Möglichkeit zum Abschluss von Gruppenverträgen eröffnen Alternativen zu individuellen Versicherungsoptionen
- Mehr Transparenz bei Versicherungsmodellen und -beiträgen durch unabhängige Plattformen
- Die ursprünglich hohe Wechselbereitschaft der Versicherten ist in den vergangenen Jahren deutlich abgeklungen

Reformoptionen für Deutschland

- Überwindung der Dualität von GKV und PKV
- Versicherungspflicht für alle ansässigen Bürger
- Selektivverträge anstelle kollektivvertraglicher Arrangements
- Gruppenverträge als Wettbewerbsparameter
- Öffnung des Gesundheitsmarktes für Managed Care Modelle (z. B. Hausarzt als obligatorischer Gatekeeper)
- Mehr Transparenz für Versicherte durch unabhängige Plattformen

- I. Einführung
- II. Wettbewerb im Gesundheitswesen
- III. Gesundheitssystem Schweiz
- IV. Gesundheitssystem Niederlande
- V. **Fazit**

Zusammenfassende Handlungsempfehlungen

- Konsequente Erfüllung notwendiger Wettbewerbsvoraussetzungen, einschließlich der Möglichkeit eines Scheiterns von Marktakteuren, verbesserter Transparenz und der Anwendbarkeit eines systemadäquaten Kartell- und Wettbewerbsrechts
- Verbesserte Kooperation von Leistungsanbietern, insbesondere im Rahmen der Integrierten Versorgung
- Überwindung der Dualität von GKV und PKV durch die Differenzierung des Versicherungsmarktes in eine allgemeine Basisversorgung und einen privaten Zusatzversicherungsmarkt bei gleichen Rahmenbedingungen für alle
- Stärkung der individuellen Wahl- und Gestaltungsoptionen bei Versicherungsverträgen in der Basisversorgung
- Ausweitung der selektivvertraglichen Gestaltungsoptionen
- Öffnung des Versicherungs- und Leistungsmarktes für innovative Versicherungsmodelle, insbesondere im Bereich Managed Care