



Gibt es einen solidarverträglichen Wettbewerb im Gesundheitswesen ?

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

AOK im Dialog-Veranstaltung „Solidarität bewahren - durch mehr Wettbewerb?“

Berlin, 15. November 2011



Agenda



1. Wettbewerb – ein pflegebedürftiges Nutzwesen
2. Mehr oder weniger oder andere Regulierung?
3. Ausgewählte Wettbewerbsfelder
4. Schlussbemerkungen

Wettbewerb sorgt für gute Marktversorgung



- Angebot gemäß den Konsumentenpräferenzen (Steuerungsfunktion)
- Größtmögliche Effizienz des Faktoreinsatzes (Allokationsfunktion)
- Förderung des technischen Fortschrittes (Innovationsfunktion)
- Schnelle Reaktion der Produktion bei Änderung der Rahmenbedingungen (Anpassungsfunktion)
- Leistungsgerechte Einkommensverteilung (Verteilungsfunktion)
- Begrenzung und Kontrolle wirtschaftlicher Macht (Kontrollfunktion)

➤ **Ökonomische Funktionen des Wettbewerbs**

Wettbewerb sorgt für Handlungs- und Wahlfreiheiten



- Ressourcen können von den Unternehmen eigenverantwortlich eingesetzt werden
- Verbraucher haben die Wahl zwischen verschiedenen Alternativen
- Arbeitnehmer haben die Chance zum Wechsel des Arbeitsplatzes

➤ **Gesellschaftspolitische Funktionen des Wettbewerbs**

Grenzen des Wettbewerbs



- Wettbewerbsergebnisse entsprechen nicht immer den gesellschaftlichen Erfordernissen
- Wettbewerb kann durch übergroße Marktmacht verzerrt sein
- Wettbewerb hat wenig Sinn für die Unterstützung schwacher Marktteilnehmer

➤ **Zum Wettbewerb gehört immer auch die Wettbewerbsregulierung**

In welchem Verhältnis stehen Solidarität und Wettbewerb?



- **Wettbewerb** Effizienz steigend, aber um den Preis, dass Schwache nicht mithalten können
 - **Solidarität** als Grundidee einer umfassenden Krankenversicherung für alle, aber um den Preis, dass wettbewerbliche Freiheit beschnitten wird.
- Ziel: „**Solidarische Wettbewerbsordnung**“
Wettbewerbssystem als Ausgangspunkt einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung mit klaren sozialen Zielvorgaben

Das mehrdimensionale Zielsystem im Gesundheitswesen



- Vermeidung von Verschwendung (= effizienter Ressourceneinsatz, technische Effizienz)
 - Orientierung an Patienten- und Versichertenpräferenzen (allokative Effizienz)
 - Hohes Qualitätsniveau
 - Flächendeckende Versorgung (Gesundheitsgüter als konstitutive Elemente der gesellschaftlichen Teilhabe)
 - Umfassende Krankenversicherungsdichte
- Gesucht: hybride Regulierungsansätze

Auswahl etablierter Wettbewerbsbereiche im Gesundheitswesen



- Arzneimittel: Rabattverträge
ungelöst: Innovative Medikamente
 - Zahnersatz
 - Zweiter Gesundheitsmarkt
 - IGeL-Leistungen
 - Pflegeleistungen
 - Wahlleistungen im Krankenhaus
 - Wahltarife der GKV
- Leistungsmarkt
- } Behandlungsmarkt
- } Versicherungsmarkt

Voraussetzungen für Wettbewerb



Rechtliche Voraussetzungen:

- Gewerbefreiheit
- Vertragsfreiheit
- Funktionsfähiges Währungssystem
- Schutz vor Wettbewerbsbeschränkungen
(insbesondere vor Marktzugangsbeschränkungen und marktbeherrschenden Unternehmen)

Gesellschaftliche Voraussetzungen:

- Flexibilität der Nachfrage
- „Spirit of competition“
- Markttransparenz / Konsumentensouveränität

Kann der Versicherte/Patient Kunde sein?




- Mangelnde Kenntnisse
- Mangelnde Urteilsfähigkeit
- Mangelnde Anreize bei Vollversicherung
- Mangelnde Transparenz
- Mangelnder Wunsch zur Selbstverantwortung

Folgen:

- Angebotsinduzierte Nachfrage zu Lasten Dritter
- Doppelrolle der Leistungsanbieter: Agent und Unternehmer


Aber:

- Einschränkungen gelten nicht für alle Patienten
- Für marktliche Wirkungen reicht die Reaktionsbereitschaft eines Teils der Patienten.
- Etablierung belastbarer Sachwalterbeziehungen für vulnerable Gruppen.

Agenda 

1. Wettbewerb – ein pflegebedürftiges Nutzwesen
2. **Mehr oder weniger oder andere Regulierung?**
3. Ausgewählte Wettbewerbsfelder
4. Schlussbemerkungen

Universität Bielefeld | Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement Folie 11

Welche Regulierung braucht selektives Kontrahieren? 

Versicherer und Anbieter einigen sich (zeitlich befristet) über

- medizinische Qualitätsstandards
- Servicestandards (z.B. Mehrbettzimmer)
- Preise (ggf. qualitätsabhängig) und Mengen
- Garantien


Die Rolle des Staats dabei ist,

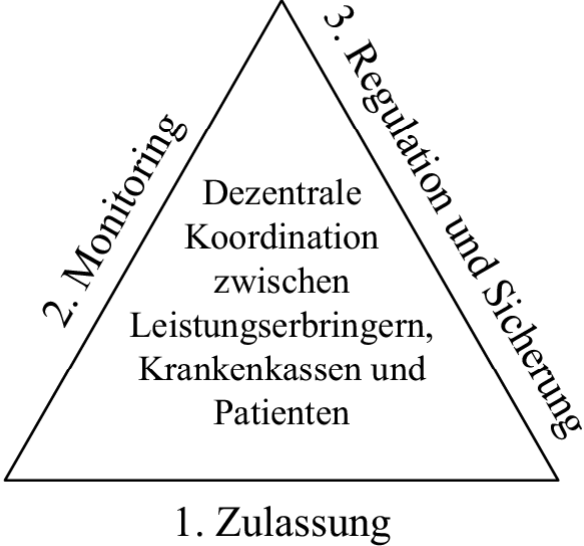
- die Rechtsaufsicht über die Anbieter auszuüben
- die Mindestversorgungsdichte zu überprüfen
- bei Unterversorgung für Abhilfe zu sorgen (Ausschreibungen, eigene Angebote)
- die Notfall-Versorgung sicherzustellen

➤ **Gewährleistungsstaat** (Überwachung der Rahmenbedingungen)

Universität Bielefeld | Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement Folie 12

Konzept des Gewährleistungsstaates





2. Monitoring

3. Regulation und Sicherung


Dezentrale
Koordination
zwischen
Leistungserbringern,
Krankenkassen und
Patienten

1. Zulassung

Quelle: SVR 2007

Universität Bielefeld | Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement Folie 13

Agenda



1. Wettbewerb – ein pflegebedürftiges Nutzwesen
2. Mehr oder weniger oder andere Regulierung?
3. **Ausgewählte Wettbewerbsfelder**
4. Schlussbemerkungen

Universität Bielefeld | Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement Folie 14

Schon heute vielfältige sektorübergreifende Versorgung

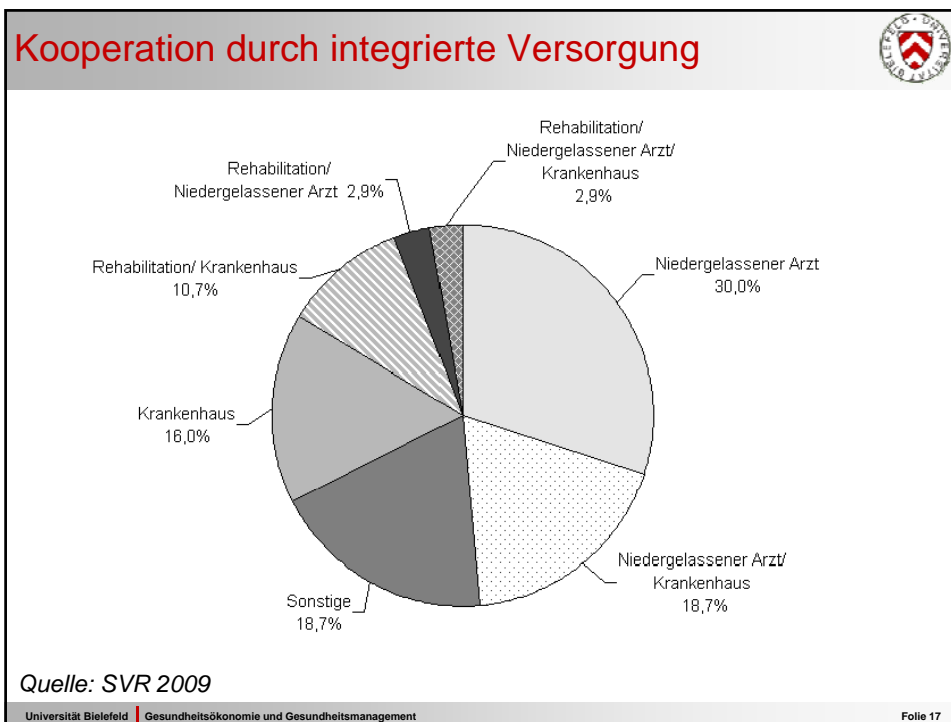


- Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V)
- Teilstationäre Behandlung (§ 39 SGB V)
- Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V)
- Behandlung von seltenen Krankheiten (§ 116b SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)
- Ermächtigungen (§ 116 ff. SGB V)
- Ambulante Versorgung bei Unterversorgung (§ 116 a SGB V)
- Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 SGB V)
- Disease Management Programme (§ 116 b SGB V)
- Integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V)

Verzerrungen an den Schnittstellen der Sektoren



- Unterschiedliche Preissysteme
- Unterschiedliche Mengenvorgaben
- Unterschiedliche Investitionsfinanzierung
- Unterschiedliche Aufsichtssysteme
- Unterschiedliche Marktmacht




Wettbewerb um optimale Kooperationsformen

- Wettbewerb der Ideen: **Versuchs- und Entdeckungsprozesse** führen zu verschiedensten Formen **vertikaler und horizontaler Kooperation** und Integration
- **Beispiel MVZ**: Übertragung von Konzepten zur Optimierung von Produktionsprozessen auf ambulante Leistungserbringung
- Suboptimale **Betriebsgrößen** stehen Prozessinnovationen im Wege
- **Beispiel Arzneimitteldistribution**: Wohlfahrtsgewinne durch Erfüllung von Nachfragerpräferenzen und Kostendegression in Mischsystemen von inhabergeführten und Kettenapotheken

Universität Bielefeld | Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Folie 18


Agenda



1. Wettbewerb – ein pflegebedürftiges Nutzwesen
2. Mehr oder weniger oder andere Regulierung?
3. Ausgewählte Wettbewerbsfelder
4. **Schlussbemerkungen**

Universität Bielefeld | Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement Folie 19

Politische und andere Kosten des Wettbewerbs



- Erhöhte Transaktionskosten
- Einschränkung der freien Arzt- und Krankenhauswahl
- Notwendigkeit der Definition von Unterversorgung
- Marktein- und –austritte sind kaum noch zentral steuerbar (markterzwungene Konsolidierung)
- Ausweichstrategien und Cream Scimming, wenn wettbewerbliche und kollektive Systeme nebeneinander bestehen

Universität Bielefeld | Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement Folie 20

Zusammenfassung



- **Idee der Subsidiarität der Steuerungsebenen**
 - Definition von wettbewerblichen Handlungsfeldern (inhaltlich und regional)
 - Stärkung der Nachfragerkompetenz („*Konsumentensouveränität*“) und vertrauenswürdiger Sachwalterbeziehungen
 - Weiterhin wichtige, aber veränderte Rolle des Staates („*Gewährleistungsstaat*“)
 - Evidence-based Health Policy (insbesondere durch laufende *Versorgungsforschung*)
- **Soziale Wettbewerbsordnung**
als Verbindung von Solidarität und Wettbewerb



Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit