

**AOK im Dialog**  
**„Zukunft der GKV: Solidarität bewahren – durch mehr Wettbewerb“**  
**Berlin, 15. November 2011**

**Wie muss Wettbewerb  
weiter ausgestaltet werden?**

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-  
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement  
Universität Duisburg-Essen



## Überblick: 1, 2

- A. Voraussetzungen für funktionsfähigen Wettbewerb in sozialen Krankenversicherungssystemen
- B. Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem
- C. Schlussfolgerungen

Fußnoten:

- <sup>1</sup> Der Verfasser dankt den Professoren W. van de Ven und F.T. Schut (Rotterdam), E. Schokkaert (Leuven), A. Shmueli (Tel Aviv), F. Buchner (Kärnten) und K. Beck (Zürich) für die intensiven Diskussionen und gemeinsamen Forschungen zur Thematik des Vortrages.
- <sup>2</sup> Der Referent weist ausdrücklich darauf hin, dass aus Positionen, die er als Gesundheitsökonom in konzeptionellen Debatten vertritt, keine Schlussfolgerungen für seine Einschätzungen und Entscheidungen im Kontext von Schlichtungsaufgaben im GKV-System im Rahmen des geltenden Rechts gezogen werden können.



## A. Voraussetzungen für funktionsfähigen Wettbewerb in sozialen Krankenversicherungssystemen

- ▼ Die Tendenz zu Marktversagen im Gesundheitswesen und vorherrschende gesellschaftliche Gerechtigkeitsüberlegungen verbieten die unreflektierte Übertragung des Markt- und Wettbewerbs-Konzeptes auf die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- ▼ Auf der anderen Seite ist es nicht erforderlich oder sinnvoll, auf das Wettbewerbskonzept per se zu verzichten – es kommt darauf an, es adäquat zu adaptieren
- » Konzept der „regulated Competition“ oder „managed competition“ (Enthoven), ein deutscher (teilweiser, unzureichender) Versuch etwa „Solidarische Wettbewerbsordnung“

## Ziele von regulated competition

- ▼ Effizienz, Qualität und Präferenzgerechtigkeit der Versorgung sichern bzw. erhöhen
- ▼ Gesamtgesellschaftliche und individuelle Finanzierbarkeit sichern



# Zehn Voraussetzungen für funktionsfähigen Wettbewerb im Überblick

1. Freie Wahl der Krankenkasse durch die Versicherten
2. Information und Markttransparenz für die Konsumenten
3. Preis- und Kostensensitivität von Anbietern und Nachfragern nach Versicherungsschutz und Gesundheitsleistungen
4. Bestreitbare Versicherungs- und Gesundheitsmärkte
5. Vertragsfreiheit für einzelne Kassen und Leistungserbringer
6. Effektive Wettbewerbsregulierung bezüglich Krankenversicherern und Leistungserbringern
7. Risiko- und Einkommenssolidarität ohne Anreize zur Risikoselektion
8. Keine Anreize für Versicherte/Patienten zum Trittbrettfahren
9. Effektive Qualitätssicherungspolitik
10. Garantierter Zugang zur Gesundheitsversorgung

zielt insbesondere auf Effizienz

zielt insbesondere auf Finanzierbarkeit



# 1. Freie Wahl der Krankenkasse durch die Versicherten

- ▼ Abstimmung der einzelnen Versicherten mit den Füßen muss möglich sein
  - Präferenzorientierung mit Blick auf Qualität und Preis muss durch Wahlentscheidungen umsetzbar sein
- ▼ regelmäßige Wechselmöglichkeit ohne hohe Transaktions- und weitere Wechselkosten
- ▼ Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot
- ▼ Bindefrist darf weder zu lang sein (Beeinträchtigung der Sanktionsdrohung) noch zu kurz (Einladung zu kurzfristiger Optimierung; keine Kalkulationsmöglichkeiten für Versicherer)
- ▼ Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Policen auch bei den Kassen; Diskussion, inwieweit dies den *Umfang* des Leistungskataloges flexibilisieren sollte, ist unter den Gesundheitsökonomern nicht abgeschlossen



## 2. Information und Markttransparenz für die Konsumenten

- ▼ Für Preis- und Qualitätswettbewerb müssen die Konsumenten hinreichend
  - relevante
  - gültige
  - verlässliche und
  - verständlicheInformationen über die Versicherungsangebote und die medizinischen Dienstleistungen und Waren haben
- ▼ Zu viel Wahlfreiheit kann zu Intransparenz führen, so dass Zielkonflikte ausbalanciert werden müssen

### 3. Preis- und Kosten-Sensitivität von Anbietern und Nachfragern nach Versicherungs- und Gesundheitsleistungen

Beispielhaft:

- ▼ Beiträge sowie ein ggfs. flankierender Sozialausgleich müssen preissensitiv ausgestaltet sein
- ▼ Krankenkassen müssen finanzielle Konsequenzen ihres individuellen Vertragshandelns tragen, d.h. zum Beispiel:
  - Keine Ausgabenausgleiche für Krankenkassen bzw. hinreichend hohe Interessenquote
- ▼ Leistungserbringer müssen die finanziellen Konsequenzen von erhöhtem Ressourceneinsatz selber tragen bzw. in ihren Preisen weitergeben
  - Keine verzerrten Preissignale durch Subventionen
  - Problem der Externalisierbarkeit an unbeteiligte Dritte



## 4. Bestreitbare Versicherungs- und Gesundheitsmärkte

- ▼ Unnötige Ein- und Austrittsbarrieren in die Krankenversicherungs- und Gesundheitsmärkte wie etwa
  - Verbot/Hindernisse, neue Krankenkassen zu errichten
  - Beschränkung des Zuganges durch Kapazitätsplanung
  - Beschränkung/Verlangsamung des Marktaustritts durch Querfinanzierungen/Subventionen an ineffiziente Leistungserbringersind zu vermeiden



## 5. Vertragsfreiheit für einzelne Kassen und Leistungserbringer

- ▼ Einzelne Krankenkassen und einzelne Leistungserbringer müssen hinreichende Freiheiten zum selektiven Kontrahieren haben in Bezug auf Menge, Preise und Qualitäten
- ▼ Dies kann auch die Möglichkeit für die Krankenkassen einschließen, Versorgungsleistungen in Eigeneinrichtungen selbst zu erbringen
- ▼ Geringes Gewicht kollektivwirtschaftlicher Regelungsregime, Sicherstellungsaufträge liegen bei den einzelnen Krankenkassen für jeweils ihre Versicherten

## 6. Effektive Wettbewerbsregulierung bezüglich Krankenversicherern und Leistungserbringern

- ▼ Gesetzgeber muss Krankenversicherungs- und Gesundheitsleistungsbereiche dem Wettbewerbsrecht unterstellen
- ▼ Wettbewerbsaufsicht muss wettbewerbsfeindliche Fusionen, Kartelle und die missbräuchliche Ausübung von Marktmacht unterbinden
  - bei den Krankenkassen und
  - bei den Leistungserbringern
- ▼ Dazu sind differenzierte Abgrenzungen der jeweils relevanten Versicherungs- und Gesundheitsleistungsmärkte erforderlich



## 7. Risiko- und Einkommenssolidarität ohne Anreize zur Risikoselektion

- ▼ Es sind Umverteilungsbeiträge (Solidarbeiträge) zugunsten kranker und geringverdienender Versicherter erforderlich
- ▼ Diese müssen organisiert werden, ohne dass für die Krankenkassen Anreize zur Risikoselektion entstehen
- ▼ Die Anreize zur Wirtschaftlichkeit müssen zugleich für die Krankenkassen erhalten bleiben
- » Zielkonflikte müssen austariert werden

## 8. Keine Anreize zum Trittbrettfahren

- ▼ Es darf sich nicht finanziell lohnen, sich der Verpflichtung, Quersubventionen zu leisten durch Nicht-Versicherung zu entziehen
- ▼ Auch Nicht-Zahlung von Beiträgen darf sich nicht lohnen



## 9. Effektive Qualitätssicherungspolitik

- ▼ Patienten sind vor nicht qualitätsgesicherten Leistungen zu schützen
- ▼ Mindestqualitätsstandards sind verbindlich für alle Marktteilnehmer vorzuschreiben, zu überprüfen und den Patienten gegenüber transparent zu machen













## 10. Garantierter Zugang zur Gesundheitsversorgung

- ▼ Leistungen müssen in verträglicher Entfernung und in akzeptabler Zeit tatsächlich realisiert werden können
- ▼ Interventionsmöglichkeiten für den Staat bei Gefährdung des Zuganges, z.B. bei regionaler Unterversorgung (also Nicht-Erfüllung der Sicherstellungs-Verpflichtung)



## B. Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem

-  1. Freie Wahl der Krankenkasse durch die Versicherten
-  2. Information und Markttransparenz für die Konsumenten
-  3. Preis- und Kostensensitivität von Anbietern und Nachfragern nach Versicherungsschutz und Gesundheitsleistungen
-  4. Bestreitbare Versicherungs- und Gesundheitsmärkte
-  5. Vertragsfreiheit für einzelne Kassen und Leistungserbringer
-  6. Effektive Wettbewerbsregulierung bezüglich Krankenversicherern und Leistungserbringern
-  7. Risiko- und Einkommenssolidarität ohne Anreize zur Risikoselektion
-  8. Keine Anreize für Versicherte/Patienten zum Trittbrettfahren
-  9. Effektive Qualitätssicherungspolitik
-  10. Garantierter Zugang zur Gesundheitsversorgung

Zumindest überwiegend erfüllt

teils-teils erfüllt

Eher nicht erfüllt





## C. Schlussfolgerungen /1

- ▼ Während ein Teil der Voraussetzungen für funktionsfähigen Kassenwettbewerb überwiegend erfüllt ist, sind andere – zum Teil: zentrale – Voraussetzungen bestenfalls teilweise oder eher überwiegend nicht erfüllt.
- ▼ „Ein bisschen Wettbewerb“ im Krankenversicherungssystem kann leicht dazu führen, dass die negativen Begleiterscheinungen von Wettbewerb sichtbar werden, ohne dass wir von den positiven Effekten profitieren können.
- ▼ Das deutsche GKV-System hat „ein bisschen Wettbewerb“ (und einen überwiegend dysfunktionalen Systemwettbewerb mit der PKV) – dass die Ergebnisse nach Einschätzung auch vieler Politiker zu wünschen übrig lassen, kann eigentlich nicht überraschen.



## C. Schlussfolgerungen /2

- ▼ „Es ist notwendig, bei den anstehenden Vorhaben grundsätzlich das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag in der medizinischen Versorgung in Deutschland zu bestimmen. Derzeit gibt es eine Vielzahl von zum Teil widersprüchlichen, jedenfalls nicht immer eindeutigen Regelungen, bei denen einerseits mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit propagiert wird, andererseits aber Zwangsmechanismen greifen, ohne die Frage der dauerhaften Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertrag zufriedenstellend zu beantworten.“ (CDU/CSU-Fraktion, 22.02.2011)
- ▼ Schade, dass „bei den anstehenden Vorhaben“ diese „Notwendigkeit“ ganz offensichtlich nicht in entsprechendes Handeln umgesetzt wurde.



**Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf eine anregende Diskussion**

**Kontakt:**

**Prof. Dr. Jürgen Wasem  
Universität Duisburg-Essen**

**[juergen.wasem@medman.uni-due.de](mailto:juergen.wasem@medman.uni-due.de)  
Tel.: 0201 183 -4072 (Skr.) /-4537 (pers. Ass.)  
Fax: 0201 183 -4073  
[www.mm.wiwi.uni-due.de](http://www.mm.wiwi.uni-due.de)**

