

(In)Effizienz und Wettbewerb – Überlegungen und Stand nach der Gesundheitsreform 2007

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

FG Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin (WHO Collaborating Centre for Health
Systems Research and Management) &
European Observatory on Health Systems and Policies





Das Glossar zur Gesundheitsreform

[A](#) | [B](#) | [C](#) | [D](#) | [E](#) | [F](#) | [G](#) | [H](#) | [I](#) | [J](#) | [K](#) | [L](#) | [M](#) | [N](#) | [O](#) | [P](#) | [Q](#) | [R](#) | [S](#) | [T](#) | [U](#) | [V](#) | [W](#) | [X](#) | [Y](#) | [Z](#) |

Wettbewerb (im Gesundheitswesen)

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen bringt vor allem mehr Bedarfsgerechtigkeit, eine bessere [Qualität](#), mehr [Effizienz](#), geringere Kosten sowie [weniger Bürokratie](#).

Dazu muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den [Krankenkassen](#), zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den [Leistungserbringern](#) - Ärzten und Krankenhäusern. In einem gesunden Wettbewerb konkurrieren die gesetzlichen Krankenkassen darum, wer seinen Mitgliedern die beste Angebotsqualität zum bestmöglichen Preis machen kann. Die Kassen haben vielfältige Möglichkeiten, die Qualität ihrer Angebote - über den gesetzlichen [Leistungskatalog](#) hinaus - zu steigern. Zum Beispiel im Rahmen von [Integrierten Versorgungsformen](#) oder mit dem Angebot von Wahltarifen.





Das Glossar zur Gesundheitsreform

[A](#) | [B](#) | [C](#) | [D](#) | [E](#) | [F](#) | [G](#) | [H](#) | [I](#) | [J](#) | [K](#) | [L](#) | [M](#) | [N](#) | [O](#) | [P](#) | [Q](#) | [R](#) | [S](#) | [T](#) | [U](#) | [V](#) | [W](#) | [X](#) | [Y](#) | [Z](#) |

Wettbewerb (im Gesundheitswesen)

**Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen bringt vor allem
Bedarfsgerechtigkeit, eine bessere [\[Qualität\]](#), mehr
geringere Kosten sowie [\[weniger Bürokratie\]](#)**

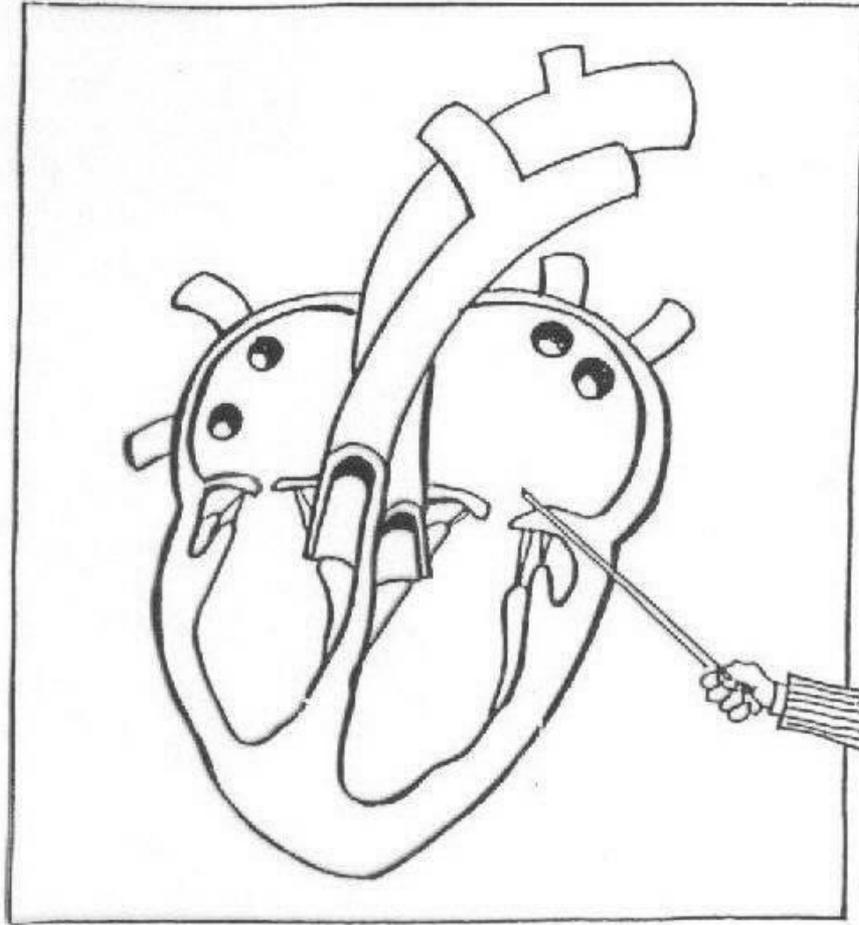
Dazu muss sich der Wettbewerbsgedanke im
Gesundheitswesens stärker durchsetzen
zwischen den Anbietern medizinischer
Krankenkassen zu den [\[Leistungen\]](#) und dem Verhältnis der
In einem gesunden Wettbewerb
Krankenkassen die gesetzliche
zum bestmöglichen
Möglichkeiten
Angebote - über den gesetzlichen
- zu steigern. Zum Beispiel im
[\[alternativen Versorgungsformen\]](#) oder mit dem
Wahlтарifen.

**Stimmt das? Gibt es empirische Belege?
Und: hilft das Gutachten?**



Jetzige Strukturen -> (mehr) Wettbewerb?

WHEN TREASURY FINALLY GETS AROUND TO RESTRUCTURING THE HUMAN HEART...



WE CONSIDER THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEFT AND RIGHT VENTRICLES IS FAR TOO COSY...
- OUR PROPOSAL WOULD SEPARATE THE HEART INTO FOUR ISOLATED CHAMBERS LOCATED IN DIFFERENT PARTS OF THE CHEST, THEY WOULD THEN TENDER INDEPENDENTLY FOR THE RIGHT TO PUMP BLOOD TO PARTICULAR PARTS OF THE BODY.

COMPETITION SHOULD IMPROVE THE OVER ALL COST EFFICIENCY OF THE BLOOD VASCULAR SYSTEM.



Figure 1. Hierarchy of research designs to base health policy decisions upon (based mainly on internal validity)

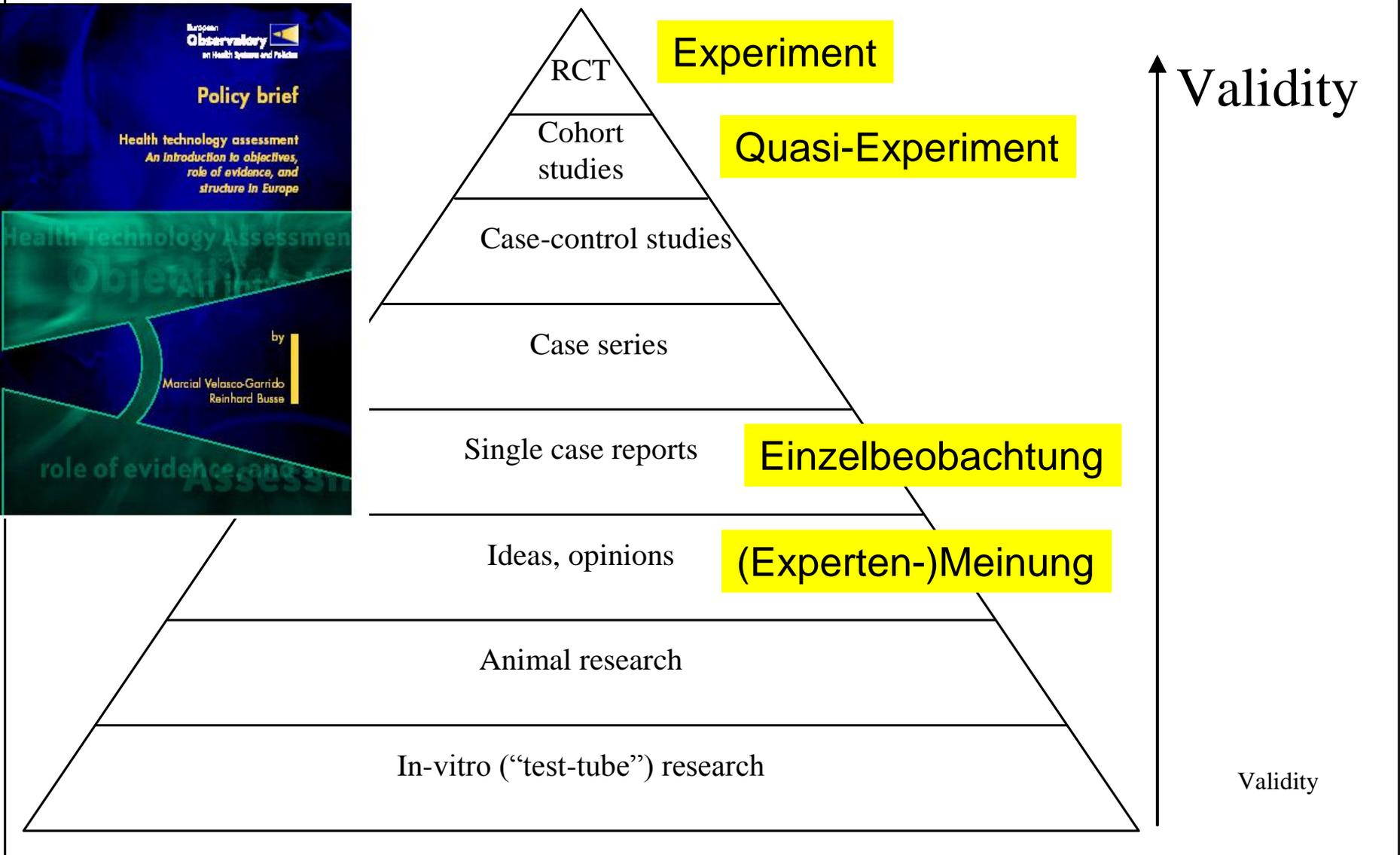
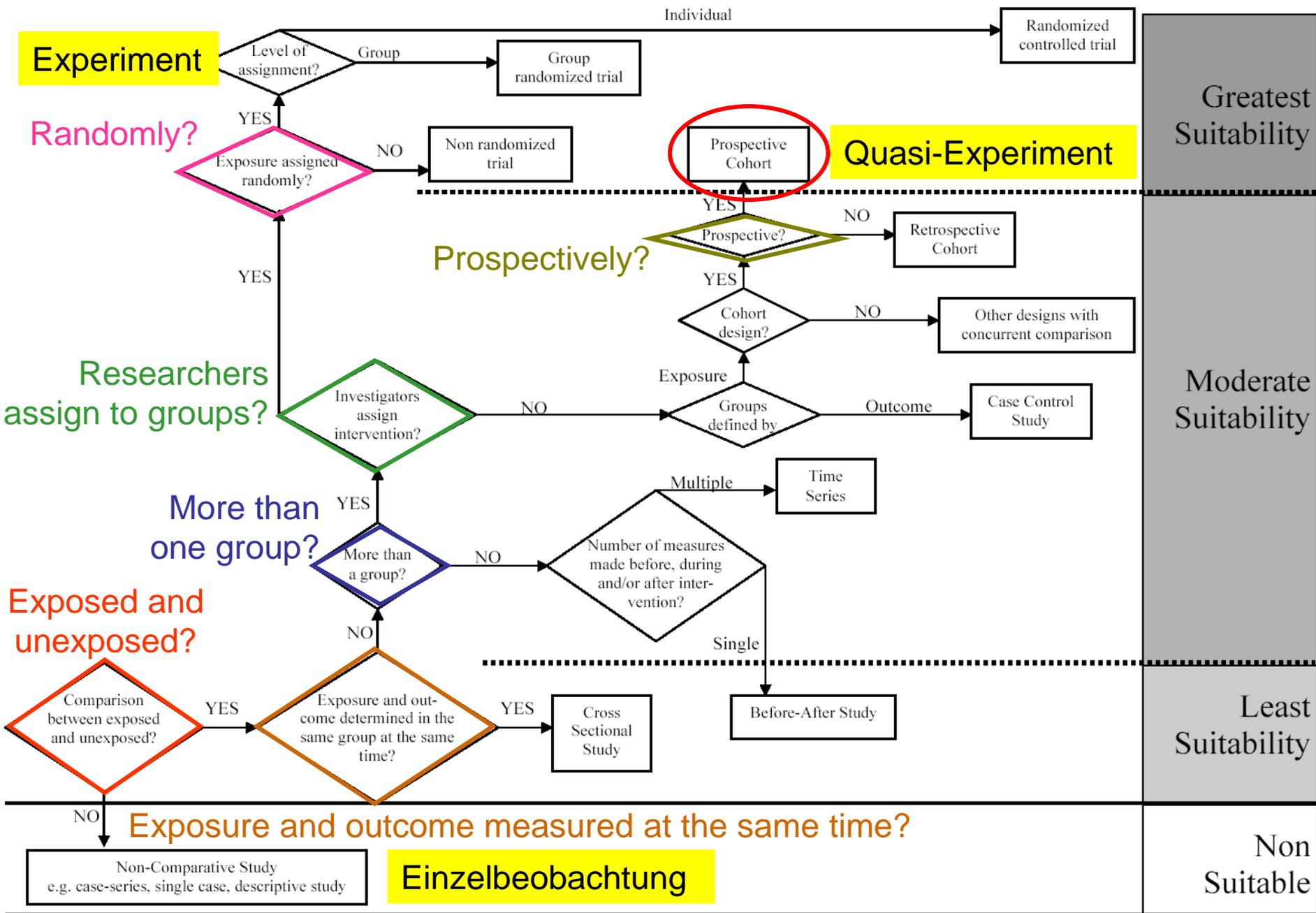


Figure 2. Algorithm of Study Design and Levels of Suitability (adapted from Briss et al 2000)



„Third-party“-Zahler

**Wettbewerb
um Versicherte**

**Wettbewerb um
Leistungserbringer
einerseits und
Verträge mit
Zahlern
andererseits**

Regulierung

**Versicherte/
Patienten**

Arztpraxen

IV

**Kranken-
häuser**

**Pharma-
hersteller/
Apotheken**

**Leistungs-
erbringer**

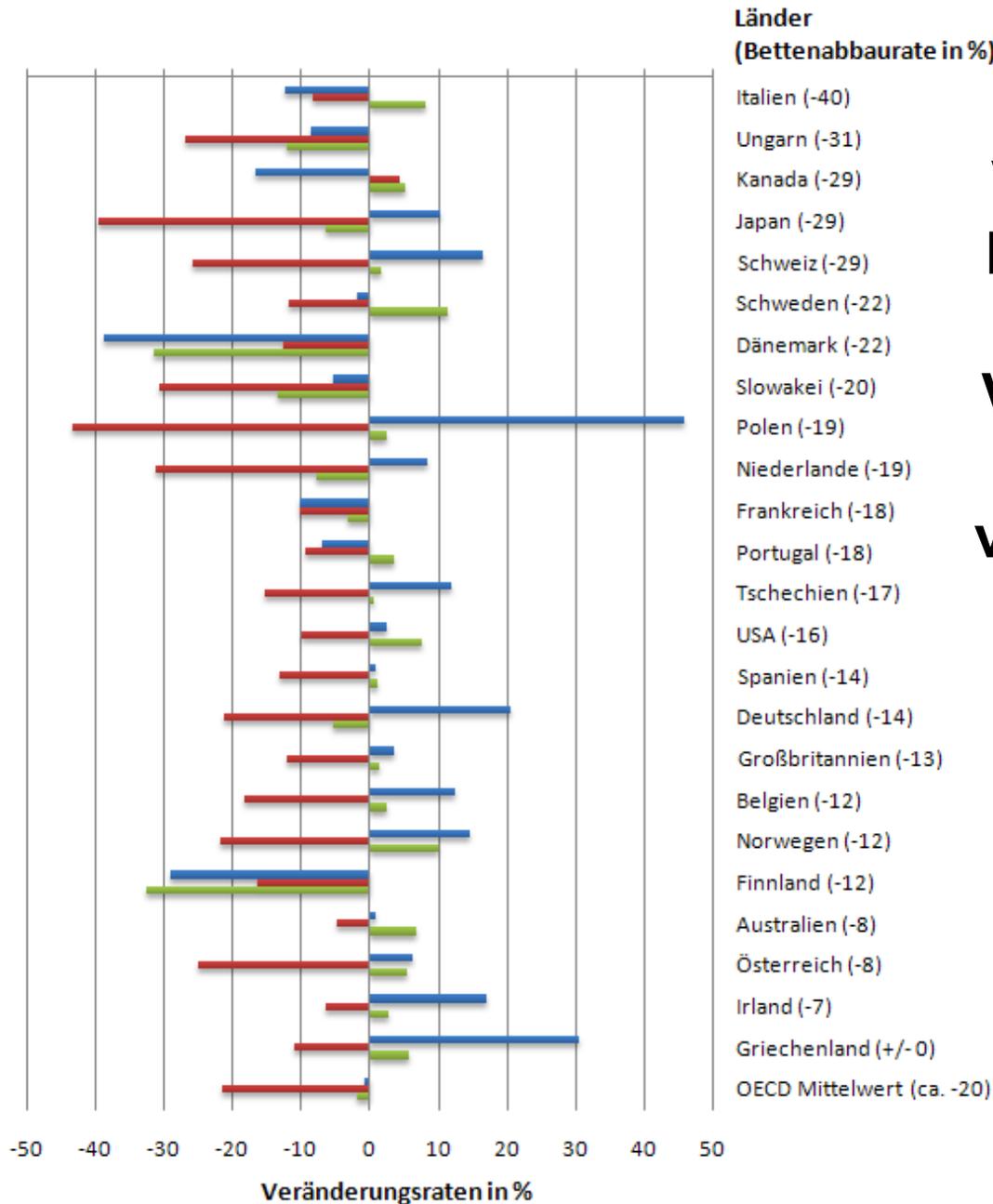
Wettbewerb um Patienten

Indicators for inpatient care and physicians, 1999 or latest available year

	Total inpatient care beds per 1000 population	Physicians per 1000 population	Inpatient admissions per 100 population	Inpatient average length of stay (days)	Inpatient occupancy in % available beds	Inpatient care bed days per capita	Expenditure for inpatient care per capita, (US\$ PPP)	Expenditure per inpatient day (US\$ PPP)	Expenditure per inpatient admission (US\$ PPP)
United States	3.6	2.2	12.5	7.0	65.9	0.9	1 461	1 660	11 684
Canada	3.9 ¹	2.1	11.0 ¹	11.4 ¹	87.4 ¹	1.3 ¹	1 139	904	10 356
Switzerland	10.8	3.4	15.4	16.8	65.8	2.6	1 525	589	9 904
Netherlands	5.4	3.1	10.0	13.7	69.6	1.4	881	643	8 814
Luxembourg	10.3	2.5	18.0	14.4	69.2	2.6	1 504	578	8 354
Japan	14.9	1.9 ¹	11.6	39.8	84.6	4.6	812	176	6 996
Ireland	4.7	2.3	14.3	10.3	86.8	1.5	965	652	6 750
Spain	4.1	2.9	10.0	11.0	73.3	1.1	668	607	6 680
Australia	4.1 ¹	2.4	15.9 ¹	6.6 ¹	69.1 ¹	1.1 ¹	944	899	5 935
Portugal	3.8 ¹	3.1	12.0 ¹	8.9 ¹	77.0 ¹	1.1 ¹	665	622	5 546
Italy	5.5 ¹	4.2	17.9 ¹	8.1 ¹	72.9 ¹	1.5 ¹	963	659	5 378
Denmark	4.5 ¹	2.8	21.2 ¹	6.7 ¹	85.4 ¹	1.4 ¹	1 107	780	5 224
United Kingdom	4.1	1.9	17.4	7.0	81.8	1.2	883	723	5 073
Belgium	7.1 ¹	3.8	19.4 ³	11.1 ³	83.2 ¹	2.2 ¹	959	444	4 943
Sweden	3.0	3.0	16.4 ¹	5.8 ¹	84.6 ¹	1.0 ¹	744	783	4 538
France	8.4	3.3	24.4	9.8	78.0	2.4	1 087	455	4 455
Germany	9.2	3.2	22.1	12.0	79.4	2.7	964	361	4 362
Austria	8.5	3.1	28.7	9.0	82.9	2.6	1 111	431	3 872
Greece	4.9	4.2	14.5	8.3	66.4	1.2	489	407	3 372
Finland	8.8	2.5	24.5	10.6	80.9	2.6	809	312	3 302
Korea	7.1	1.3	9.2 ²	13.5	48.6	1.2	241	194	2 620
SHI-based countries average	9.1	2.8	17.6	15.6	73.5	2.5	1 009	430	6 036
Tax-financed countries average	4.7	2.7	16.1	8.6	79.9	1.4	889	694	5 878

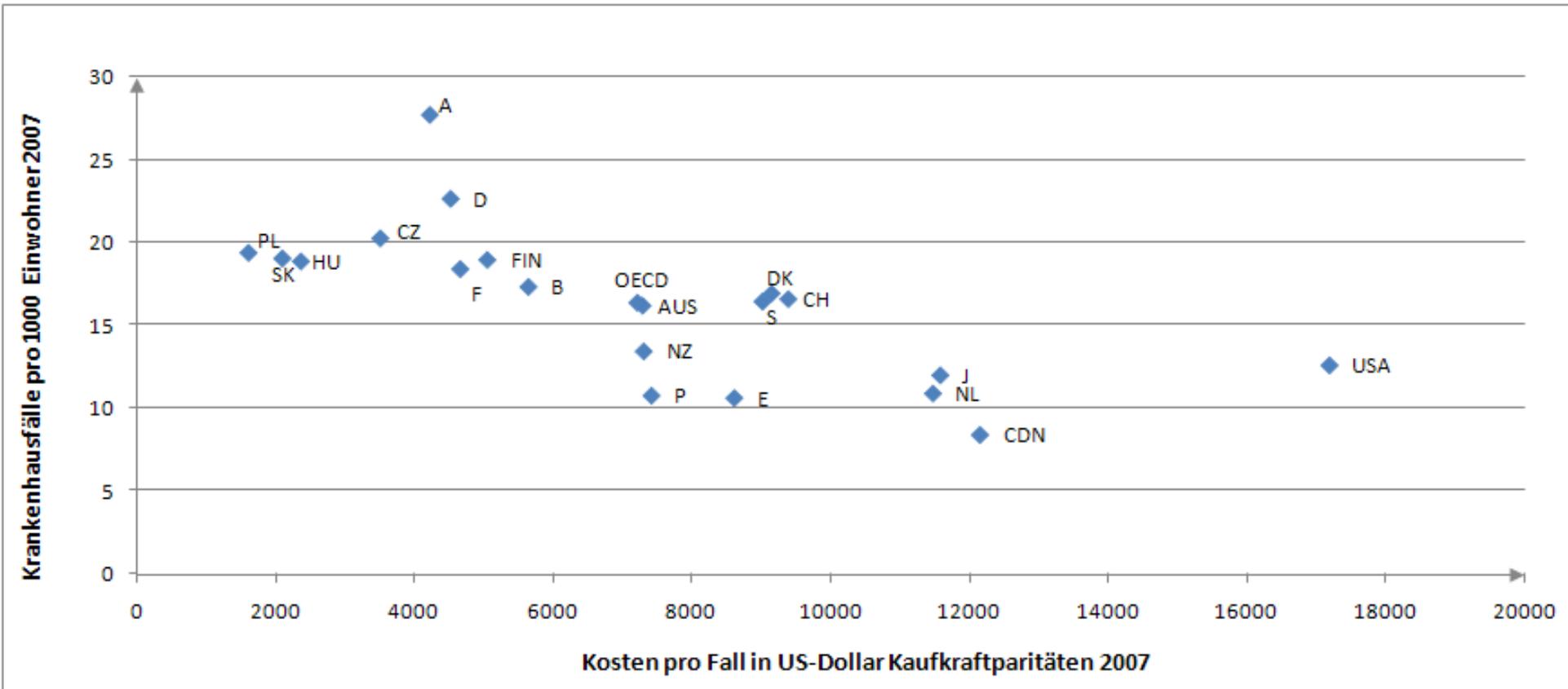
Veränderung der Bettenzahl sowie Fallzahl, Verweildauer und Belegungsrate von 1997 bis 2007

■ Krankenhausfälle
■ durchschnittliche
Verweildauer
■ Belegungsrate



Anmerkungen: teilweise nur bis 2006
(AUS, CDN, E, GR, US), bei UK 2000-
2007; bei F: Fallzahlen korrigiert
Quelle: OECD 2009, teilweise
nachberechnet, eigene Darstellung

Anzahl der Krankenhausfälle im Verhältnis zu Fallkosten (2007)



„Third-party“-Zahler

**Wettbewerb
um Versicherte**

Wettbewerb
auf welcher Basis?
Preis, Qualität,
Zugang ...

Versicherte/
Patienten

Arztpraxen

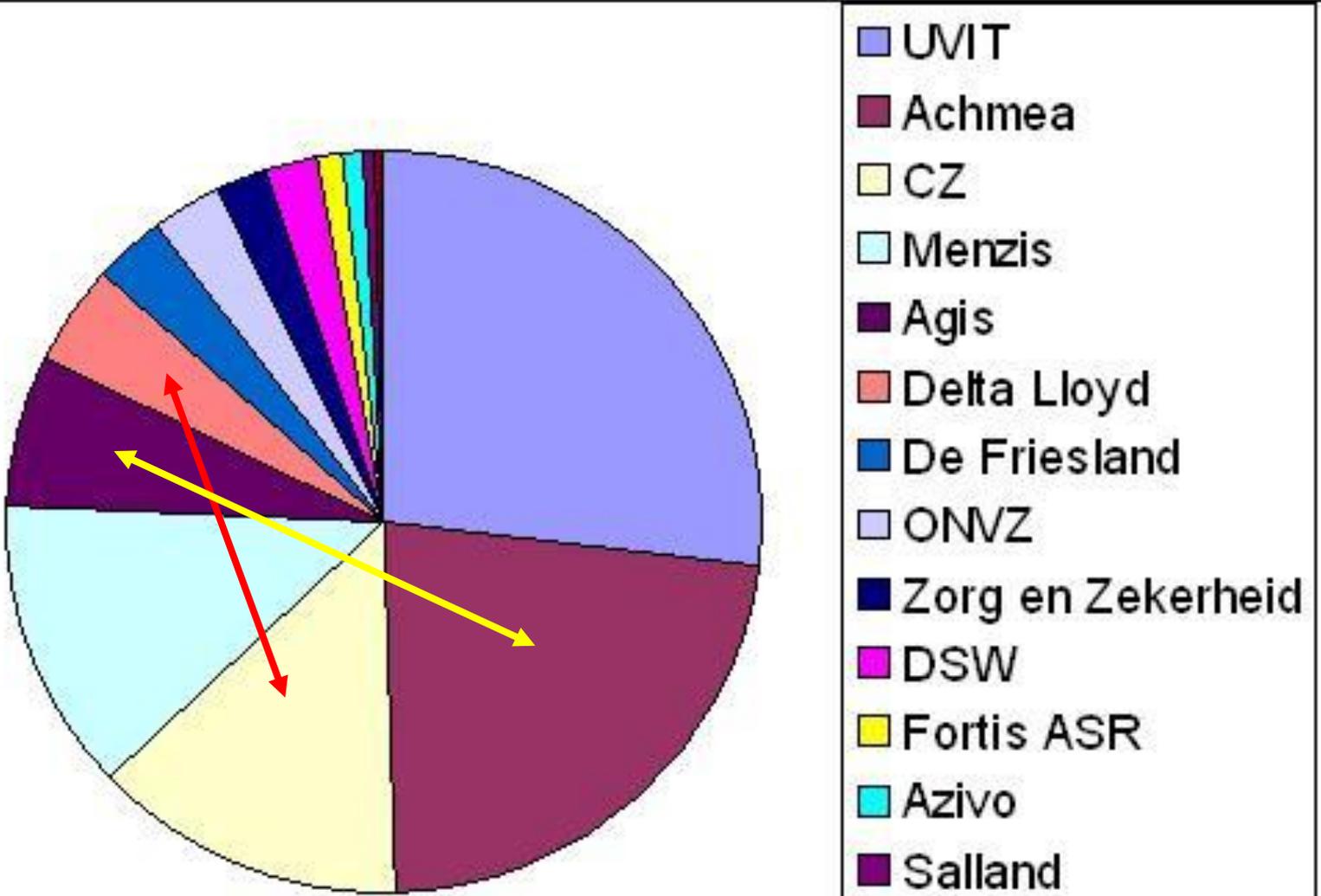
IV

Kranken-
häuser

Pharma-
hersteller/
Apotheken

Leistungs-
erbringer

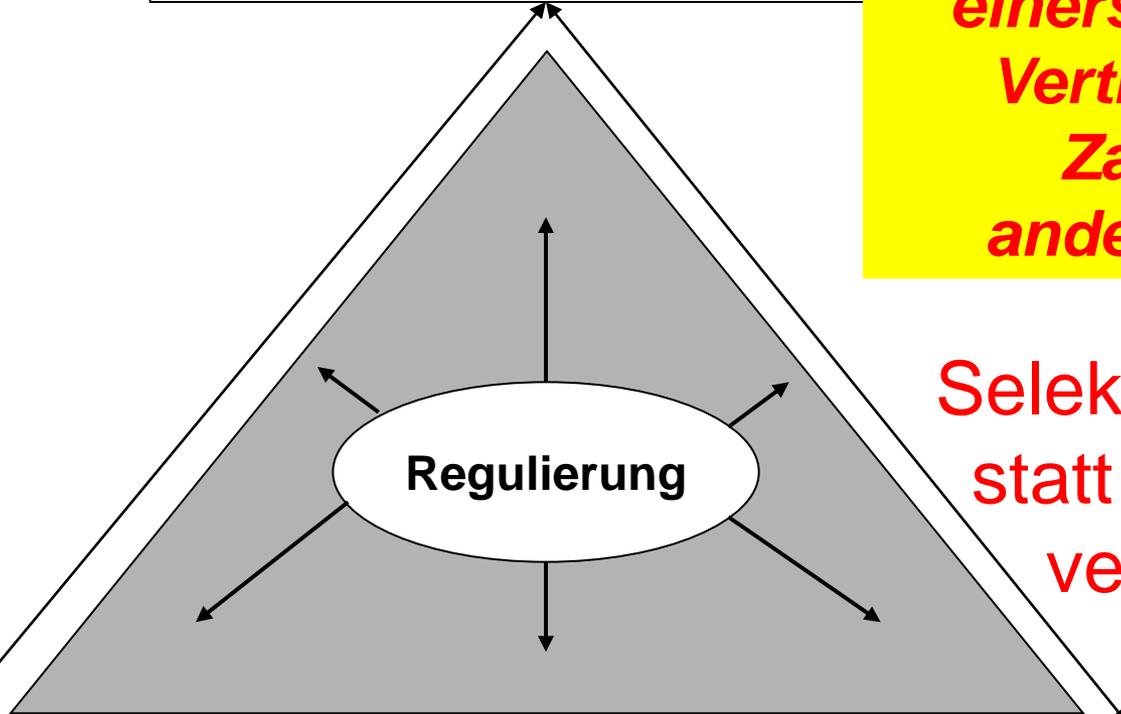
Marktanteile Krankenversicherer 2007



Anfang 2009 waren de facto nur noch 4 Versicherer übrig: Wettbewerb?

„Third-party“-Zahler

Wettbewerb um Leistungserbringer einerseits und Verträge mit Zahlern andererseits



Selektivverträge statt Kollektivverträge?

Versicherte/
Patienten

Mit Lenkung des Zugangs?

Arztpraxen

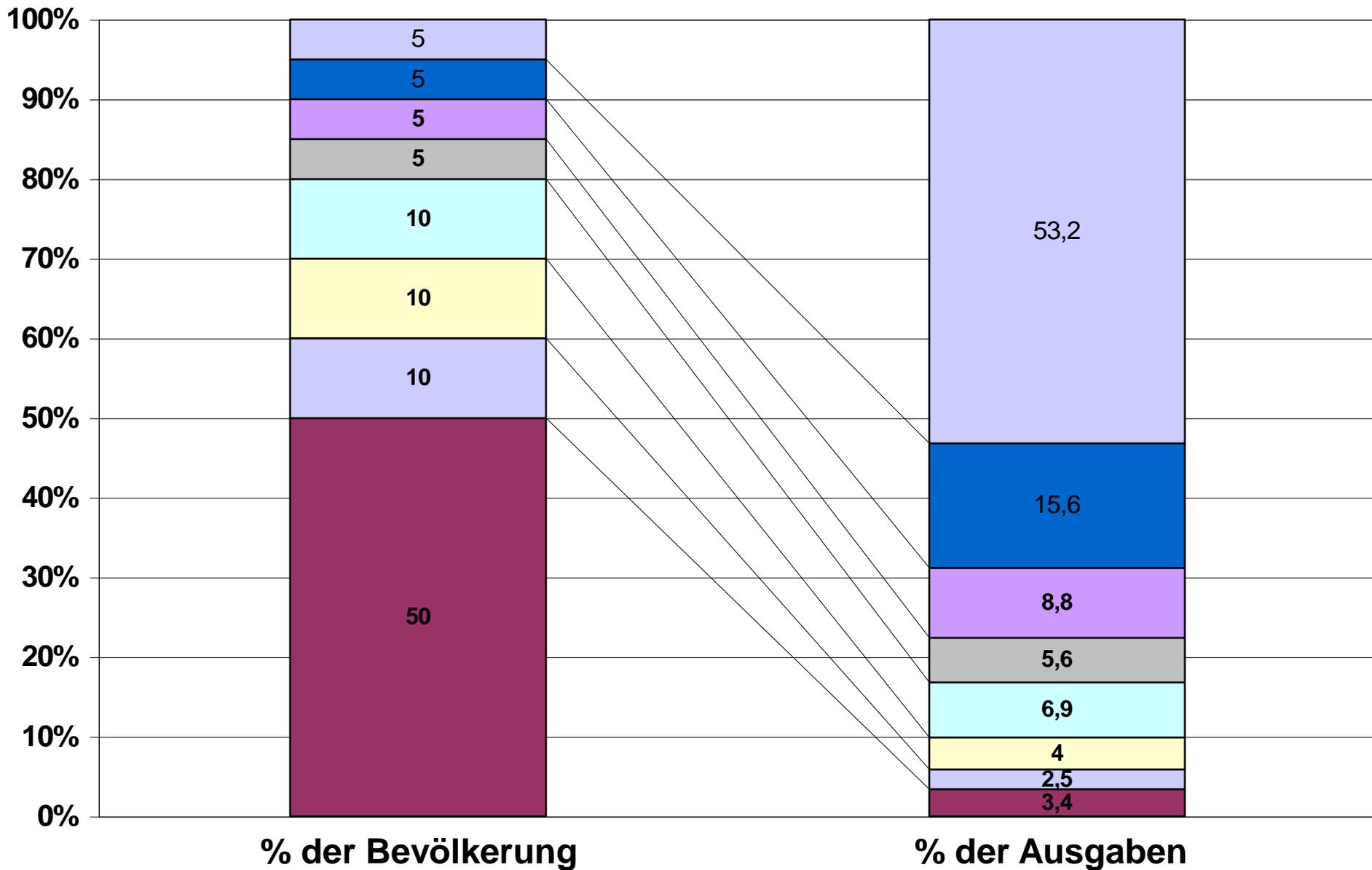
IV

Krankenhäuser

Pharmahersteller/
Apotheken

Leistungserbringer

Die Verteilung von Leistungsausgaben auf Versicherte ist extrem konzentriert

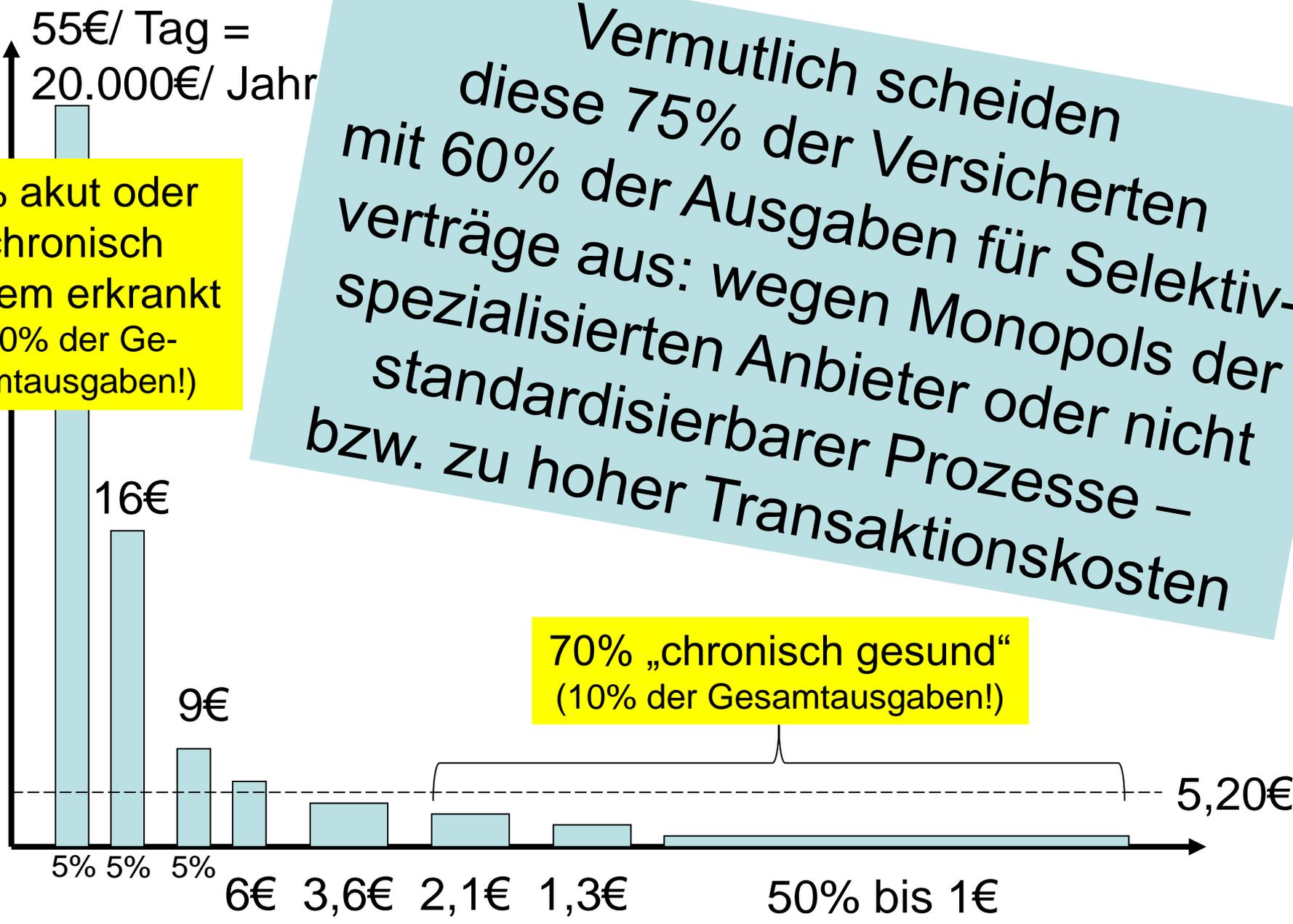


55€/ Tag =
20.000€/ Jahr

5% akut oder
chronisch
extrem erkrankt
(50% der Ge-
samtausgaben!)

Vermutlich scheiden
diese 75% der Versicherten
mit 60% der Ausgaben für Selektiv-
verträge aus: wegen Monopols der
spezialisierten Anbieter oder nicht
standardisierbarer Prozesse –
bzw. zu hoher Transaktionskosten

70% „chronisch gesund“
(10% der Gesamtausgaben!)



80% der Versicherten haben *unter*-durchschnittliche Ausgaben!

Zahler

K1 K2 K3 K4

Supervisions-
agentur für
Kranken-
versicherer

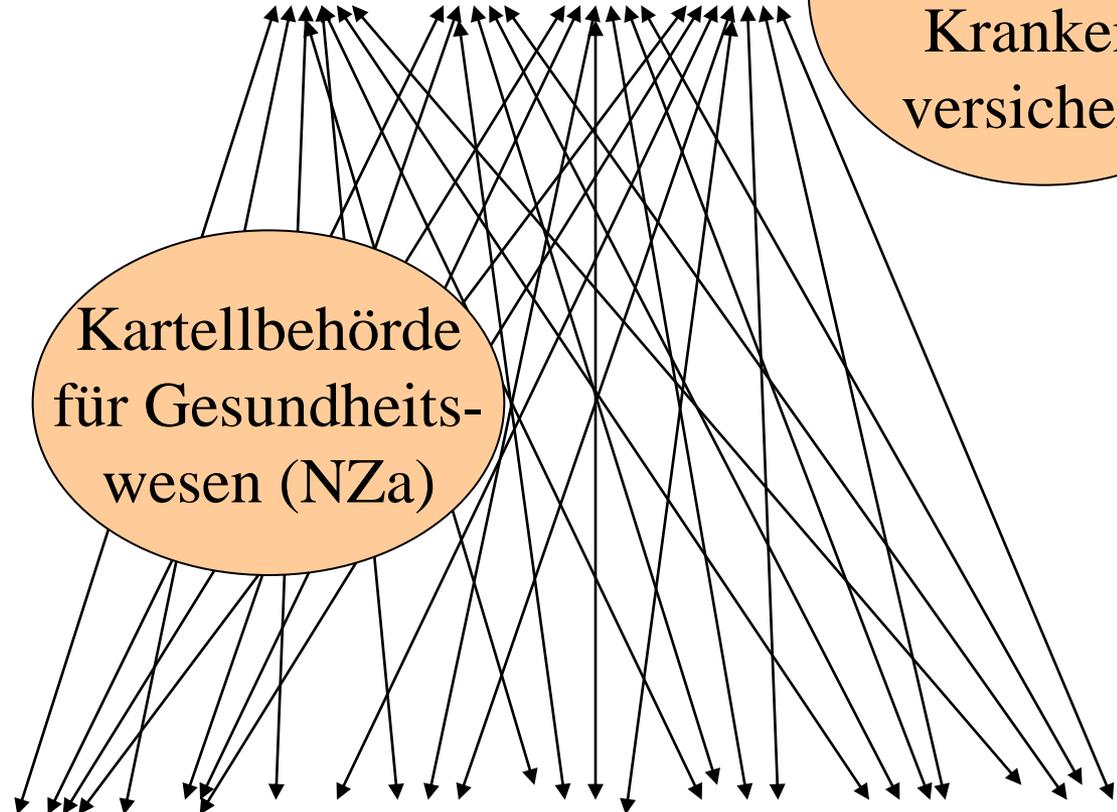
Selektivverträge
sind aufwändig
und bedürfen der
(staatlichen)
Supervision –
hier am Bsp. der
Niederlande ...

Kartellbehörde
für Gesundheits-
wesen (NZa)

A1 A2 A3 A4 Kh1 Kh2 Kh3 Kh4

**Leistungs-
erbringer**

Inspektorat
für Leistungs-
erbringer

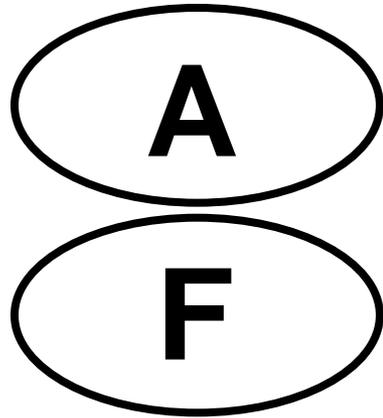


Versicherte in der Schweiz in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in % aller Versicherten (2004)

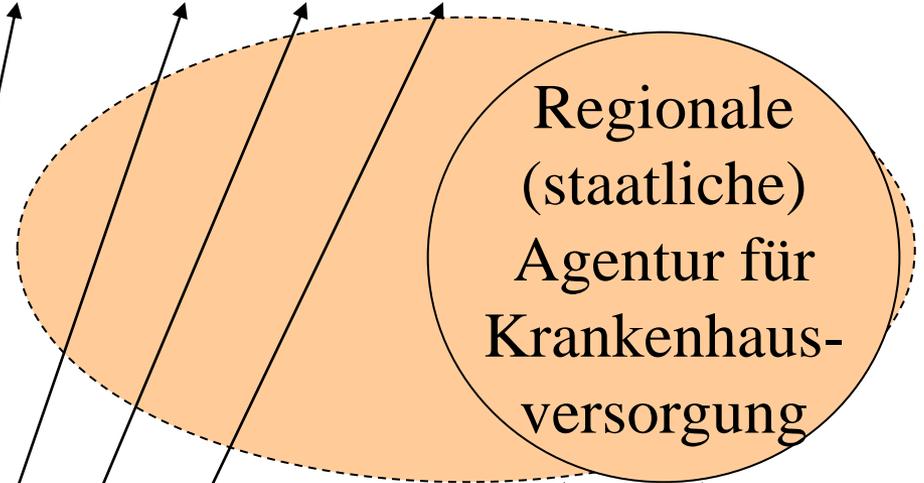
... und Lenkung der Versicherten unbeliebt

	Versicherte in Hausarztmodellen	Versicherte in HMOs	Summe: Versicherte in diesen Formen
Aargau	13,6	0,5	14,1
Appenzell-Innerrhoden und Ausserrhoden	3,4	-	3,4
Bern	3,3	1,2	4,5
Basel-Land	4,5	-	4,5
Basel-Stadt	7,9	6,5	14,4
Fribourg	0,9	-	0,9
Genf	5,8	0,6	6,4
Graubünden	10,1	-	10,1
Luzern	0,9	3,5	4,4
St.Gallen	13,7	4,2	17,9
Schaffhausen	15,6	-	15,6
Schwyz	1,0	-	1,0
Thurgau	25,4	-	25,4
Vaud	3,4	-	3,4
Zug	-	2,5	2,5
Zürich	4,4	2,8	7,2
Insgesamt 7 Kantone	-	-	-
Schweiz gesamt	5,4	1,3	6,7

Zahler



K1 K2 K3 K4



Leistungs- erbringer

Ärzteverbände Kh1 Kh2 Kh3 Kh4
A1 A2 A3 A4

Der Blick in Nicht-Wettbewerbs-GKV-Länder zeigt, dass dort andere Entwicklungen verfolgt werden, indem dort die Vertragsmacht gegenüber den Krankenkassen regional gebündelt wird (und eine Ausweitung auf andere Sektoren diskutiert wird).



Präsentation, Literatur
zum Thema etc. auf:
www.mig.tu-berlin.de

Email: mig@tu-berlin.de