

# **Wettbewerb im Gesundheitswesen: Voraussetzungen, Chancen und Risiken**

**Vortrag im Rahmen des Gesundheitspolitisches Kolloquium  
„Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld von Wettbewerb  
und Solidarität“  
am 7. Mai 2008 in Bremen**

Prof. Dr. Heinz Rothgang  
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

---

- I. Wettbewerb und Solidarität: Zur Begriffsbestimmung
- II. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Besonderheiten und Wettbewerbsebenen
- III. Kassenwettbewerb
- IV. Vertragswettbewerb
- V. Anbieterwettbewerb
- VI. Fazit: Voraussetzungen, Chancen und Risiken einer solidarischen Wettbewerbsordnung

# I. Wettbewerb und Solidarität: Zur Begriffsbestimmung

1. Solidarität
2. Wettbewerb und Wettbewerbstheorien
3. Das Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität

## II. Wettbewerb im Gesundheitswesen

## III. Kassenwettbewerb

## IV. Vertragswettbewerb

## V. Anbieterwettbewerb

## VI. Fazit

## I.1 Was heißt „Solidarität“?

---

### ... im Allgemeinen?

- Solidarität bezeichnet das gegenseitige füreinander Eintreten in einer Gemeinschaft.
- Das ist aber auch in der Privatversicherung gegeben.

### ... im Gesundheitswesen?

- Umfassender Schutz für die *gesamte* Bevölkerung:  
Keine Exklusion von Personengruppen (Negativbeispiel: USA)
- Ausreichendes Absicherungsniveau (Negativbeispiel: USA)

### ... in einer Sozialversicherung

- Ex ante Umverteilung zugunsten sozial Schwacher
- Seit Diskussion um Kopfprämienmodelle zur GKV-Finanzierung nicht mehr unumstritten.

## I.2 Was ist Wettbewerb?

---

... im Allgemeinen:

- Nationalökonomie hat keine einheitliche und geschlossene Wettbewerbstheorie, sondern eine Vielzahl von Wettbewerbskonzepten.
- Wettbewerb = Rivalität zwischen verschiedenen Akteure, die etwas haben wollen, was nicht alle gleichzeitig haben können (Stiegler)
- Wettbewerbsfunktionen
  - gesellschaftlich: Schaffung von Freiheitsräumen
  - ökonomisch: Sicherstellung einer „guten Versorgung“ (qualitativ und quantitativ) zu vernünftigen Preisen

... im Gesundheitswesen: Sicherstellung von

- Wahlfreiheit sowie
- effektiven und effizienten Versorgungsstrukturen
  - das Richtige tun → Über-, Unter- und Fehlversorgung
  - das Richtige richtig tun → effiziente Leistungserbringung

## I.2 Wettbewerbstheorien

---

- Neoklassisches Modell der „vollkommenen Konkurrenz“
  - Ideal: Märkte mit vielen Anbietern und Nachfragern sowie homogenen Gütern
  - Ergebnis: statisch: effiziente Lösung, aber dynamisch: keine Entwicklung
- Funktionsfähiger Wettbewerb (Clark, Kantzenbach)
  - Ideal: „weites Oligopol“ mit mäßiger Produktdifferenzierung
  - Zielt ab auf dynamische Effizienz
  - GKV: Kassenfusionen zur Erreichung eines weiten Oligopols
- Marktprozessstheorie (Hayek, Schumpeter, Hoppmann)
  - Ideal: offene Märkte ohne Marktzugangsbarrieren. Marktform ist irrelevant
  - Wettbewerb als „Such- und Entdeckungsverfahren“
  - GKV: Handlungsfreiheit für Kassen für selektive Verträge

## I.3 In welchem Verhältnis stehen Solidarität und Wettbewerb?

---

- Gesetzgeber trennt beide Konzepte
    - 1998: Gesetz zur Stärkung der **Solidarität** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-**Solidaritätsstärkungsgesetz**)
    - 2007: Gesetz zur Stärkung des **Wettbewerbs** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-**Wettbewerbsstärkungsgesetz**)
  - Wettbewerb zielt darauf ab, Marktteilnehmer der gleichen Marktseite gegeneinander auszuspielen  
→ Wettbewerb wirkt entsolidarisierend.
  - Wettbewerb zielt auf effektivere und effizientere Versorgung  
→ Solidaritätsstärkende Wirkung ist möglich
- ⇒ Es geht um Schaffung einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“, die sicherstellt, dass „unsolidarischer“ Wettbewerb die solidarische Krankenversicherung stärkt

# Inhalt

---

I. Wettbewerb und Solidarität: Zur Begriffsbestimmung

**II. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Besonderheiten und Wettbewerbsebenen**

1. Systemwettbewerb und Wettbewerb in der GKV
2. Besonderheiten des Wettbewerbs im Gesundheitswesen
3. Zwei- und dreiseitiger Wettbewerb

III. Kassenwettbewerb

IV. Vertragswettbewerb

V. Anbieterwettbewerb

VI. Fazit



## II.1 Welcher Wettbewerb?

---

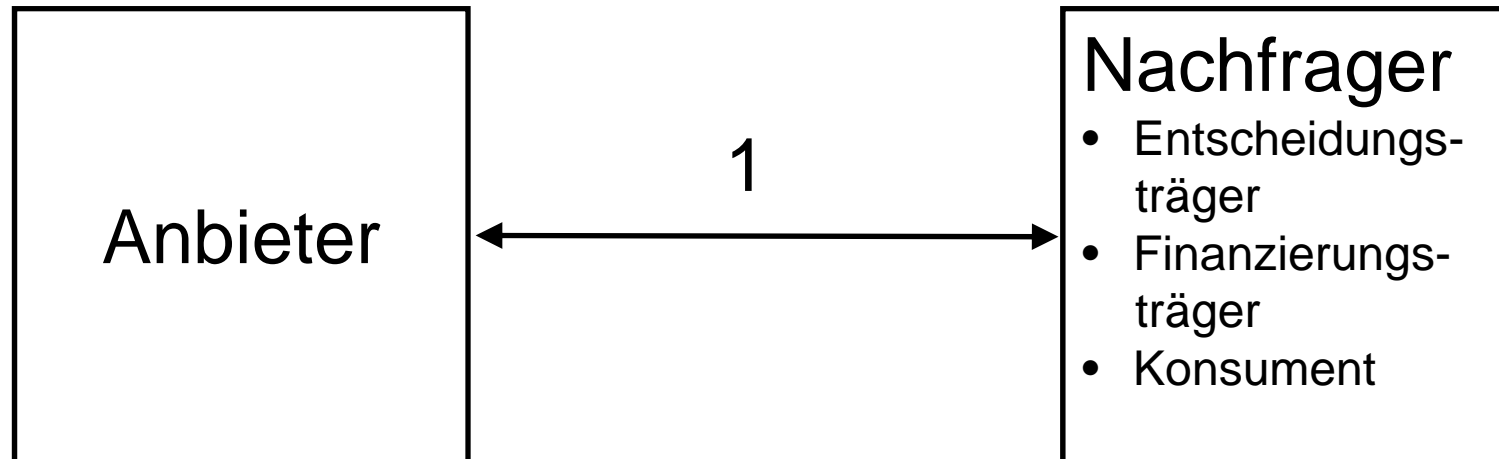
- Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV
  - Es gibt keinen nennenswerten Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV. Personengruppen werden vielmehr überwiegend einem der Systeme zugeordnet.
  - Allerdings: die Existenz eines anderen Systems wirkt wie der Stachel im Fleisch.
- Wettbewerbliche Weiterentwicklungen in der GKV
  - Seit 1992 Dauerthema
  - Thema auch der zukünftigen Gesundheitspolitik
  - Thema der nachfolgenden Ausführungen

## II.2 Besonderheiten des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

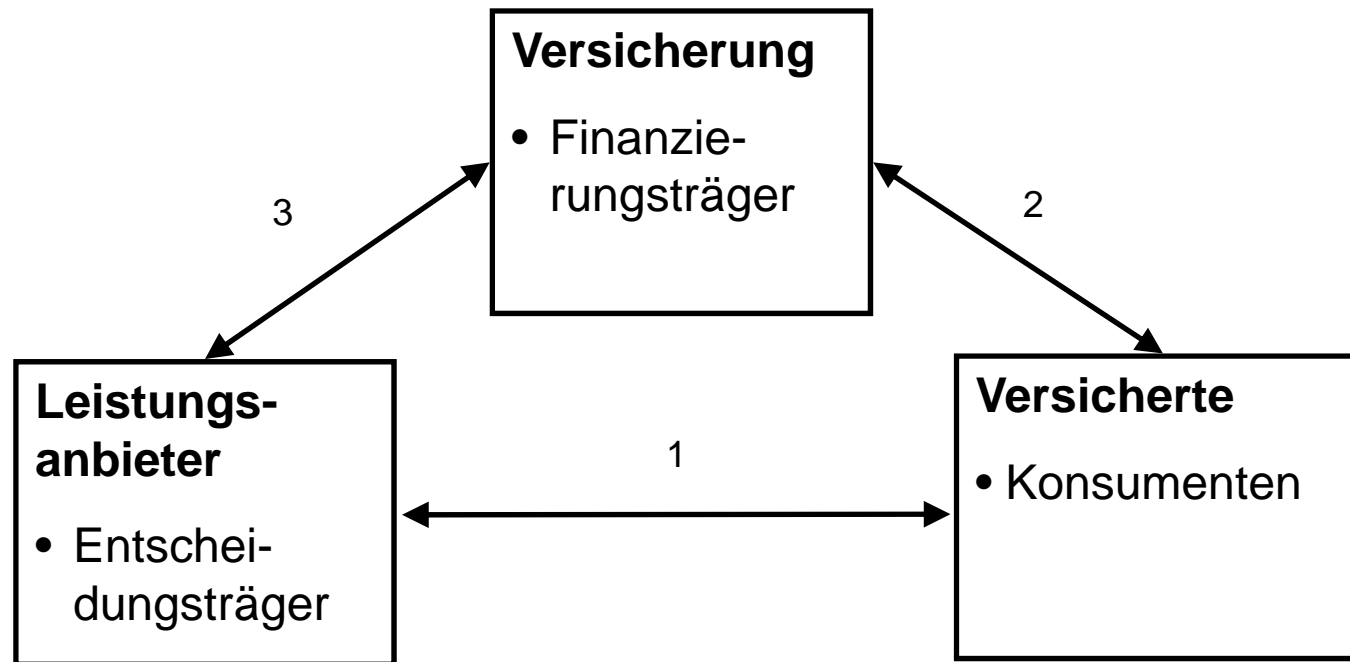
---

- Asymmetrische Information: Gesundheitsleistungen als Erfahrungs- oder Vertrauensgut
  - Qualität ist schwer von Konsumenten beurteilbar
    - qualitätssichernde Wettbewerbsfunktion erschwert
    - das gilt letztlich aber für alle personennahen Dienstleistungen
- Gesundheit ist ein Gut von überragender Bedeutung
  - Wettbewerb als bester Allokationsmechanismus erst recht geeignet
- Unsicherheit über zukünftige Gesundheitszustände und prohibitive Kosten im Schadensfall
  - Krankenversicherung !
  - „Third party payer“ verändert Situation

### Zweiseitiger Markt



# Dreiseitiger Markt



## II.3 Wettbewerbsebenen im Gesundheitswesen

---

- Unterscheidung von Wettbewerbsebenen
  - Ebene 1: Anbieterwettbewerb: Leistungsanbieter konkurrieren direkt miteinander um Konsumenten
  - Ebene 2: Kassenwettbewerb: Finanzierungsträger konkurrieren um Versicherungsverträge mit Versicherten
  - Ebene 3: Vertragswettbewerb: Leistungserbringer konkurrieren um Verträge mit Finanzierungsträgern (Krankenkassen )
- Nachfolgend: Für jede Wettbewerbsebene
  - Bestandsaufnahme: Inwiefern gibt es Wettbewerb auf dieser Ebene?
  - Normative Kriterien für „solidarische Wettbewerbsordnung“
  - Bewertung von Handlungsoptionen

# Inhalt

---

I. Wettbewerb und Solidarität: Zur Begriffsbestimmung

II. Wettbewerb im Gesundheitswesen

III. Kassenwettbewerb

1. Kassenwettbewerb im Gesundheitssystem
2. Anforderungen an solidarische Wettbewerbsordnung
3. Empirie zur Wechselbereitschaft der Versicherten
4. Risikostrukturausgleich
5. Reformoptionen

IV. Vertragswettbewerb

V. Anbieterwettbewerb

VI. Fazit

### III.1 Kassenwettbewerb im Gesundheitswesen

---

- Wettbewerb wurde 1992 in Deutschland als Kassenwettbewerb eingeführt.
- Gleichzeitig: Vertragsgeschäft „gemeinsam und einheitlich“
  - „halbierter Wettbewerb“, keine sinnvollen Wettbewerbsparameter
    - Service- und Marketingwettbewerb
    - „Rosinenpicken“ zur Optimierung der Versichertenstruktur
    - Kein Wettbewerb durch effektive und effiziente Versorgungsmodelle
  - seitdem: Forderung nach Ergänzung um Vertragswettbewerb, denn: „halbierter Wettbewerb“ ist sinnlos

### **Funktionsbedingungen für Wettbewerbsmechanismus**

1. Hinreichende Wechselbereitschaft der Versicherten  
→ gegeben: [s. nachfolgende Ausführungen](#)
2. Hinreichender Informationsstand der Versicherten und Markttransparenz  
→ noch nicht gegeben: [s. nachfolgend Ausführungen](#)
3. Interesse an Versicherung aller Personengruppen  
→ noch nicht gegeben: [Reform des RSA](#)
4. Kein Einfluss Dritter auf Kassenwahl der Versicherten  
→ noch nicht gegeben wg. Arbeitgeberanteil, aber gegeben nach Einführung des Gesundheitsfonds



### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (1/11)

---

- **Literaturanalyse**
  - 20-50% der Versicherten hat in den letzten 10 Jahren die Kasse gewechselt; jährliche Quote: 4-6%, Tendenz steigend
  - Bewertung: Bei Kfz-Versicherung: ähnliche Größenordnungen, aber im Ausland teilweise deutlich höhere.
  - Zentrale Prädiktoren: Lebensalter und Gesundheitszustand
- **Eigene Erhebung (2006): 900 Befragte, 731 Fragebögen\***
  - 27% der Befragten haben in den letzten 10 Jahren die Kasse gewechselt
  - Prädiktoren (bivariat): Alter, Gesundheitsstatus (jeweils hoch), Einkommen und Bildungsniveau (moderat), Versichertenstatus
  - Allein verbleibender Prädiktor in multivariater Analyse: Lebensalter
- \* HBS-gefördertes Projekt unter Leitung von Bernard Braun, Stefan Greß, Heinz Rothgang und Jürgen Wasem

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (2/11)

---

- Indikatoren für Wechselneigung
  - Wechselabsicht in diesem Jahr (bestimmt/vermutlich): 6%
  - Wechselabsicht in den letzten 3 Jahren: 16%
  - Wechselabsicht bei besserem Angebot (abstrakt): 48%
  - Wechselabsicht zu fiktiver Kasse (konkret = DCE) 62%
- Potentielle Wechselbereitschaft ist bedeutend höher als der Anteil der tatsächlichen Wechsler vermuten lässt
- Bei Stärkung der Wechselanreize und Abbau von Wechselbarrieren kann die Reichweite des Mechanismus noch deutlich ausgebaut werden
- Allerdings sind nicht alle Versicherten wechselbereit.  
Frage: Sind identifizierbare Gruppen wechselresistent?

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (3/11)

Wechselindikatoren nach Alter und chronischer Erkrankung (Wechselgeneigte bzw. Wechsler in %)				
Alter und Selbsteinstufung des Gesundheitszustands	Kassen- wechsel seit 1996	Aktuelle Wechsel- neigung	Wechsel bei besserem Angebot	Wechsel in fiktive Kasse
18-39, nicht chron. krank	47	45	69	76
18-39, chron. krank	44	44	56	69
40-59, nicht chron. krank	30	39	53	73
40-59, chron. krank	28	38	50	63
Ab 60, nicht chron. krank	13	15	27	45
Ab 60, chron. krank	12	18	34	47

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (4/11)

---

- Kenntnis neuer Versorgungsformen/Tarifmodelle
    - Bonusregelungen: hoch (70%)
    - Alle anderen Formen: eher niedrig
      - Beitragsrückerstattung: 39%
      - DMPs: 30%
      - Kostenerstattung 28%
      - Selbstbehalte 22%
  - Kenntnis unterscheidet sich nicht für Wechselinteressierte und nicht Interessierte
  - Neue Tarifmodelle/Versorgungsformen gelten (noch) nicht als wichtiges Unterscheidungsmerkmale der Kassen
- ⇒ In Bezug auf Versorgungsformen wird Funktionsbedingung „attraktive Angebote“ (noch) verletzt.

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (5/11)

- Kenntnisse über eigenen Beitragssatz erstaunlich hoch
  - Rd.  $\frac{3}{4}$  der Versicherten geben Werte an von 10,6 bis 14,6
  - Abweichungen um max. 0,5 Beitragssatzpunkte: 52%
  - Abweichungen um max. 1 Beitragssatzpunkt: 82%

			Häufigkeit	Gültige Prozente
	Gültig	Überschätzung um mehr als 2,0 Punkte	24	4,1
		Überschätzung um 1,1 - 2,0 Punkte	51	8,6
		Überschätzung um 0,6 - 1,0 Punkte	112	19,0
		Überschätzung um 0,1 - 0,5 Punkte	70	11,8
		exakte Schätzung	170	28,8
		Unterschätzung um 0,1 - 0,5 Punkte	65	11,0
		Unterschätzung um 0,6 - 1,0 Punkte	47	8,0
		Unterschätzung um 1,1 - 2,0 Punkte	23	3,9
		Unterschätzung um mehr als 2,0 Punkte	29	4,9
		Gesamt	591	100,0
	Fehlend	System	151	
	Gesamt		742	

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (6/11)

---

- Einsparmöglichkeiten durch Wechsel werden z.T. deutlich unterschätzt
  - Keine Angaben: 24%
  - Keine Einsparungen: 8%
  - 1 bis 10 Euro: 21%
  
  - 11 bis 40 Euro: 32%
  - 41 bis 80 Euro: 13%
  - Über 80 Euro: 3%

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (7/11)

---

- Erheblicher Anteil vermutet nicht existente negative Folgen von Kassenwechsel in Bezug auf
  - Verlust angesparter Beiträge bei Kassenwechsel (41% richtige A.)
  - Mehrleistungen für langjährige Versicherte (74% richtige Antworten)
  - Nach Alter differenzierte Beiträge (71% richtige Antworten)
  - Fehlenden Kontrahierungszwang der Kassen bei Wechsel (50%)
- Zahl der richtigen Antworten („PISA-Test“)
  - 0: 24%
  - 1-2: 40%
  - 3: 15%
  - 4: 20%
- Falsche Befürchtungen über negative Wechselfolgen sind somit eine erhebliche Wechselbarriere

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (8/11): Discrete Choice Experiment

	Teilnutzenwert in Beitragssatzpunkten
Geschäftsstelle in Wohnortnähe	1.60
Besonderer Informationsservice	0.73
Zusätzliche Versorgungsangebote	1.07
Freie Arzt- und Klinikwahl	2.34
Finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen	0.62

- Teilnutzenwerte werden in Beitragssatzpunkten und nicht in Euro angegeben, weil
  - a) Angaben zum Bruttoeinkommen fehlen
  - b) Im derzeitigen deutschen System einkommensabhängiger Beiträge die Preise in Beitragssatzpunkten und nicht in Euro angegeben werden
- Insbesondere freie Arztwahl ist den Versicherten sehr teuer.



### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (9/11): Discrete Choice Experiment

#### Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale – Vergleich mit eigener Kasse

	Teilnutzenwert in Beitragssatzpunkten
Geschäftsstelle in Wohnortnähe	1.01
Besonderer Informationsservice	0.79
Zusätzliche Versorgungsangebote	1.17
Freie Arzt- und Klinikwahl	2.48
Finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen	1.12
Allgemeine Wechselabneigung, Loyalität etc.	5.09

- Grundidee: Vergleich fiktiver Kasse mit eigener Kasse. Allgemeine Wechselabneigung, Loyalität etc. werden so erfassbar.
- Im Ergebnis zeigt sich, dass die Vorteile sehr einer neuen Kasse sehr hoch sein müssen, ehe gewechselt wird. Im Durchschnitt muss die neue Kasse um 5 Beitragssatzpunkte günstiger sein, ehe gewechselt wird.

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (10/11): Zusammenfassung der Defizite

---

- Diagnose

- Tatsächliche Wechselquote ist zu insgesamt eher niedrig und bei spezifischen Gruppen (Alte und Kranke) zu niedrig
- Potentielle Wechselbereitschaft ist deutlich höher als tatsächliche Wechselquoten; potentielle Wechselbereitschaft ist auch bei „wechselresistenten Gruppen“ hinreichend hoch!
- Wechselanreize: Versicherte reagieren derzeit überwiegend auf Beitragssatzdifferenzen, unterschiedliche Versorgungsformen sind vergleichsweise irrelevant
- Wechselbarrieren:
  - Spezifisch: Falsche Befürchtungen über negative Folgen eines Wechsels sind gravierende Wechselbarriere,
  - Spezifisch: hohe Informationskosten sind nicht ausschlaggebend
  - Unspezifisch: „Loyalität“ zur Kasse ist hoch

### III.3 Empirie zum Kassenwechsel (11/11): Zusammenfassung der Optionen

---

- „Therapie“
  - Hohe Wechselneigung zeigt Potential für Erhöhung der Wechselquoten an – durch Abbau von Wechselbarrieren und Erhöhung der Wechselanreize
  - Wechselanreize:
    - Bislang: nur Beitragssatzdifferenzen, teilweise noch Unterschätzung der Einsparmöglichkeiten
    - In Zukunft: Stärkere Differenzierung des Versorgungsangebots bei Orientierung an Versicherteninteressen.
  - Wechselbarrieren:
    - Abbau falscher Vorstellungen über negative Folgen des Kassenwechsels
    - „Loyalität“ als Wechselbarriere bleibt bestehen. Eine gewisse Trägheit ist aber durchaus funktional.

### III.4 Risikostrukturausgleich

---

- Derzeit werden Morbiditätsunterschiede für Versicherte nur unzureichend erfasst
    - Es ist für Kassen attraktiver die Versichertenstruktur zu optimieren als die Versorgungsstruktur zu optimieren
  - Umbau des RSA zum Morbi-RSA ist geplant, bisher aber noch nicht realisiert.
  - Problem dabei:
    - In Bezug auf Wettbewerb (im Querschnitt): alle Morbiditätsunterschiede sollten ausgeglichen werden
    - In Bezug auf Prävention (im Längsschnitt): präventable Morbidität sollte nicht ausgeglichen werden
- ⇒ Zielkonflikt, für den es bisher noch keine überzeugende Lösung gibt

## III.5 Reformoptionen

---

- **Notwendig / sinnvoll:**
  - Mehr selektive Verträge, insbesondere Ausbau der IV-Verträge
  - Verfeinerung des RSA, um alle Versicherten attraktiv für Kassen zu machen
  - Maßnahmen zur Beseitigung von Fehlinformationen über Kassenwechsel
  - Denkbar: Übergang des Sicherstellungsauftrags an die Kassen
- **Nicht sinnvoll:**
  - Zu- und Abwahlmodelle, Selbstbeteiligung (inkl. Beitragsrückerstattung)
    - führen zur Entsolidarisierung, da Gesunde (und einkommensstarke) Versicherte den Leistungskatalog minimieren

# Inhalt

---

I. Wettbewerb und Solidarität: Zur Begriffsbestimmung

II. Wettbewerb im Gesundheitswesen

III. Kassenwettbewerb

**IV. Vertragswettbewerb**

1. Vertragswettbewerb im Gesundheitssystem
2. Erweiterung durch GMG und GKV-WSG
3. Anforderungen an solidarische Wettbewerbsordnung
4. Reformoptionen

V. Anbieterwettbewerb

VI. Fazit

## IV.1 Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen

---

- Vertragswettbewerb ohne Kassenwettbewerb ist möglich, aber nicht sinnvoll. Beispiel: britischer NHS 1991
    - Einführung von purchaser-provider split und internal markets, aber
    - kein funktionierendes Preissystem und
    - keine Rückbindung der Gesundheitsbehörden an Wünsche der Bevölkerung durch Wahl- oder Wettbewerbsmechanismus→ Experiment ist gescheitert
  - In Deutschland bei Einführung des Kassenwettbewerb:
    - Dominanz von „gemeinsam und einheitlich“ im Vertragsgeschäft.→ Auch diese Form des halbierten Wettbewerbs ist nicht sinnvoll
- ⇒ Notwendigkeit des Ausbaus von Vertragswettbewerb. Ansätze hierzu vor allem in GMG und WSG
- Je nach Vergütungssystem kann der Wettbewerb die Form von Preis- und/oder Qualitätswettbewerb haben. In Deutschland bislang: keine qualitätsabhängige Vergütung → Qualitätswettbewerb

## IV.2 Veränderungen im Vertragswettbewerb

---

... im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004):

– **Hausarztmodelle**

- müssen jetzt von Kassen angeboten werden
- aber: können auch mit KV geschlossen werden  
→ kein Vertragswettbewerb

– **Disease Management Programme**

- können mit KVen oder selektiv geschlossen werden
- derzeit: ersteres überwiegt

– **Integrierte Versorgung (eingeführt 2000)**

- Kernstück der Strukturreform im GMG: Hemmnisse der integrierten Versorgung werden beseitigt:
  - Veto-Position der KV ist aufgehoben
  - jetzt „Patentschutz“: Beitritt Dritter nur bei Zustimmung aller Beteiligten
  - Anschubfinanzierung durch Kassen
- Verbleibende Hindernisse
  - Fehlende Bereinigungsregeln
  - Enteignung von Morbiditätsverbesserungen optimierter Versorgung im M-RSA?



## IV.2 Veränderungen im Vertragswettbewerb

---

... im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007)

- Mehr Vertragswettbewerb
  - Festlegung der Rahmenbedingungen durch Spitzenverband Bund
  - Bei separaten Verträgen in der ambulanten Versorgung: Bereinigung der Gesamtvergütung verhandelbar mit KV
  - Hausarztzentrierte Versorgung muss verpflichtend von allen Kassen angeboten werden.
  - Ausschreibung bei Hilfsmitteln
  - Ausbau der integrierten Versorgung durch Einbeziehung der Pflegeversicherung
- Größere Sichtbarkeit des Zusatzbeitrags im Vergleich zur Beitragssatzdifferenz?
- Förderung der Kassenfusion in Richtung weites Oligopol

## IV.3 Anforderungen an Vertragswettbewerb und Handlungsoptionen

---

- Wettbewerb muss sich richten auf
    - Optimierung der Versorgungsstruktur
    - Selektion der besten Anbieter
  - Der Leistungskatalog muss für alle Versicherten gleich sein. Zu- und Abwahlrechte führen direkt zur Entsolidarisierung
- ⇒ Mehr Wahlrechte für Versicherte (WSG) sind ein Irrweg
- ⇒ Selektivverträge müssen Kollektivverträge zunehmend ersetzen.
- ⇒ Selektivverträge dürfen nicht mit allen Anbietern geschlossen werden. D.h. Verträge mit KV und / oder Hausarztverband sind mittel- und langfristig nicht zielführend

## Inhalt

---

I. Wettbewerb und Solidarität: Zur Begriffsbestimmung

II. Wettbewerb im Gesundheitswesen

III. Kassenwettbewerb

IV. Vertragswettbewerb

**V. Anbieterwettbewerb**

1. Anbieterwettbewerb im Gesundheitssystem
2. Anforderungen an solidarische Wettbewerbsordnung
3. Reformoptionen

VI. Fazit

## V.1 Anbieterwettbewerb im Gesundheitssystem

---

- Auf zweiseitigen Märkten
    - Konsument trägt gleichzeitig Kosten der Konsumtion
    - Bei Nachfrageentscheidung geht Nutzen der Konsumtion und Qualität der Leistung in die Entscheidung mit ein
  - Bei Vollversicherung auf dreiseitigen Märkten:
    - Kosten der Inanspruchnahme für den Einzelnen sind Null
    - Rational ist Nachfrage bis zur Sättigungsmenge → moral hazard- Problem
- ⇒ Entweder Steuerung des Leistungsgeschehens erfolgt über den Finanzierungsträger (so in der GKV) oder hohe Selbstbeteiligung ist notwendig (so in der Pflegeversicherung)
- In der Pflegeversicherung: nur rund 50% der Bedarfe werden gedeckt.  
→ Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen um Versicherte
  - In der GKV
    - „nur“ Service- und Qualitätswettbewerb, aber bei unvollständiger Information
    - oder: dramatische Anhebung der Selbstbeteiligung

## V.2 Anforderung an eine solidarische Wettbewerbsordnung

---

- Hohe Selbstbeteiligungen sind mit dem Solidargedanken nicht vereinbar
  - Steuerung des Leistungsgeschehens kann nicht auf der Ebene Patient – Leistungsanbieter erfolgen
- Wettbewerb auf dieser Ebene kann nur ergänzenden Charakter haben und auf Qualitätswettbewerb abzielen
- Hierzu insbesondere notwendig
  - Markttransparenz und Information der Patienten
  - D.h. Ausbau von Informationssystemen
    - Krankenhausvergleiche
    - Veröffentlichung von Qualitätsberichten (aktuell: Pflegeversicherung)
    - etc.

## V.3 Reformoptionen

---

- Einige Regelungen des WSG zu Wahlrechten der Versicherten (Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen, Bonus-Malus-Regelungen) wirken entsolidarisierend – ohne zu einer besseren wettbewerblichen Steuerung beizutragen.
- Reformanstrengungen sollten stattdessen auf den Auf- und Ausbau von Patienteninformationssystemen gelenkt werden

## Inhalt

---

I. Wettbewerb und Solidarität: Zur Begriffsbestimmung

II. Wettbewerb im Gesundheitswesen

III. Kassenwettbewerb

IV. Vertragswettbewerb

V. Anbieterwettbewerb

VI. Fazit

1. Wie solidaritätskompatibel sind weitere Wettbewerbselemente?
2. Veränderte Rahmenbedingungen durch GMG und GKV-WSG
3. Anforderungen an solidarische Wettbewerbsordnung
4. Reformoptionen

## VI. Wie solidaritätskompatibel sind weiterer Wettbewerbs? (1/4)

---

... in Relation 1 (Versicherte - Leistungsanbieter):

- Einführung/Erhöhung von Selbstbeteiligung / Beitragsrückerstattung zur Reduktion von moral hazard
  - (höhere) Selbstbeteiligungen sind notwendig, wenn das Leistungsgeschehen direkt durch den Versicherten gesteuert werden soll (Bsp. Pflegeversicherung), aber
  - Selbstbeteiligungen höhlen den Solidargedanken aus:
    - Umverteilung von reich nach arm wird reduziert.
    - Umverteilung von Gesunden zu Kranken wird reduziert.
  - Selbstbeteiligungen verringern den Versicherungsschutz und damit den wohlfahrtsfördernden Einkommensausgleich bei Schadens- und Nicht-Schadensfall.



## VI. Wie solidaritätskompatibel sind weiterer Wettbewerbs? (2/4)?

---

... in Relation 2 (Kassen - Versicherte):

- Weiterentwicklung des RSA zum Morbi-RSA
  - notwendig, um
    - Rosinenpicken zu verhindern und
    - Anreize für Kassen zu schaffen, sich um chronisch Kranke zu kümmern.
- Einführung von Grund- und Wahlleistungen.
  - mehr Wahlfreiheit für Versicherte, aber hohe Transaktionskosten
  - Anreize für bessere Risiken/besser Verdienende, den Versicherungsumfang zu reduzieren
    - Verringerung der Umverteilung zwischen arm und reich.
    - Verringerung der Umverteilung zwischen niedrigem und hohem Risiko.

## VI. Wie solidaritätskompatibel sind weiterer Wettbewerbs? (3/4)?

---

... in Relation 3 (Kassen - Leistungsanbieter):

- Übergang des Sicherstellungsauftrags an Kassen/  
Aufhebung der Monopolstellung der KVen
  - verpflichtet Kassen zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung
  - ist Voraussetzung für selektives Kontrahieren.
- Selektive Verträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern
  - lenken Wettbewerbsenergien auf sinnvolle Felder (Versorgung)
  - schaffen erstmals sinnvolle Wettbewerbsparameter für die Kassen.
- Ausbau der Möglichkeiten der integrierten Versorgung
  - bezieht sich auf einen Hauptdefizitbereich des deutschen Systems.

## VI. Wie solidaritätskompatibel sind weiterer Wettbewerbs? (4/4)?

Maßnahme	Bewertung	
	Positiv	Negativ
Relation 1 (Versicherte - Leistungsanbieter)		
Mehr Selbstbeteiligung		x
Relation 2 (Kasse - Versicherte)		
Weiterentwicklung des RSA	x	
Einführung von Grund- und Wahlleistungen		x
Relation 3 (Kasse - Leistungsanbieter)		
Sicherstellungsauftrag an Kassen	x	
Selektive Verträge der Kassen mit Leistungsanbietern	x	
Ausbau der integrierten Versorgung	x	

## VI. Fazit

---

- Weitere Wettbewerbselemente können auf verschiedenen Ebenen eingeführt werden
- Mehr Selbstbeteiligung und Versorgungssteuerung durch Versicherte konfligiert mit dem Solidargedanken.
- Grund- / Wahlleistungen sind ebenfalls solidaritätsmindernd und für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung unnötig.
- Ein solidaritätskonformer Ausbau wettbewerblicher Elemente („solidarische Wettbewerbsordnung“) muss sich beziehen auf:
  - Ausbau des selektiven Kontrahierens
  - Aufbau eines Morbi-RSA
  - Abbau von Hemmnissen für Kassenwechsel
  - evtl. Übergang des Sicherstellungsauftrags an die Kassen.