

Mehr Freiheit für Krankenkassen und Krankenhäuser – wie Wettbewerb den Versicherten nutzen kann

Wettbewerb im Krankenhausbereich

26. November 2012

Dr. Boris Augurzky

AGENDA

Bestandsaufnahme

Herausforderungen

Fazit

Krankenhausleistungen von Kollektivvertrag geprägt

Krankenhausplanung der Länder entscheidet über Zulassung von Krankenhausleistungen

Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan zieht **Kontrahierungszwang** der Krankenkassen nach sich und ermöglicht die Beantragung von **Investitionsfördermittel** bei den Ländern

Leistungen des Krankenhauses werden dann zu einem bundesweit einheitlichen Vergütungssystem abgerechnet (**Kollektivvertrag**)

Sektorenübergreifende Leistungen sind in diesem Vergütungssystem praktisch nicht enthalten; es existieren zwei **parallele Vergütungssysteme** für den stationären und den ambulanten Bereich

Daher nur eingeschränkter Wettbewerb um Patienten

Es gibt **keinen Wettbewerb um das günstigste Angebot**

Innovative Versorgungsformen haben es schwer

Aktuelle Situation des Gesundheitsfonds **schwächt außerdem die Innovationsfreude** der Krankenkassen

Es findet ein leichter **Wettbewerb über die Qualität** der medizinischen Leistungen sowie über die **Serviceleistungen** der Krankenhäuser statt

Allerdings ist die **Qualitätstransparenz derzeit noch rudimentär** ausgeprägt (wenn auch wachsend)

Es existieren außerdem **Wettbewerbsverzerrungen** wegen

- Investitionsförderung der Länder
- Defizitfinanzierung von öffentlich-rechtlichen Trägern

Mangelnder Wettbewerb führt zu einer Erstarrung der Krankenhauslandschaft

Hohe Krankenhausedichte in Deutschland generell und besonders in einigen Regionen; dort auch viele kleine Kliniken

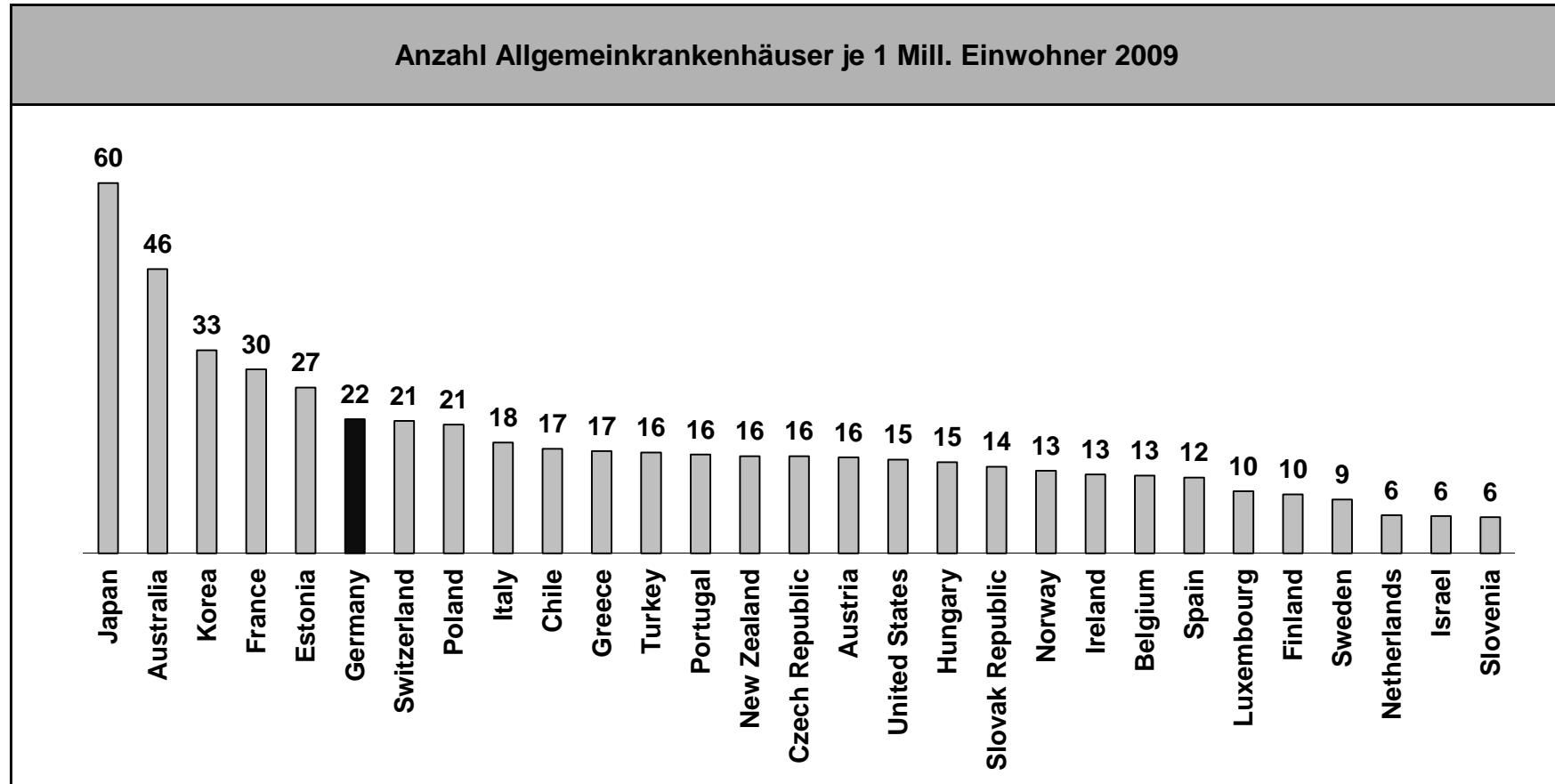
Gleichzeitig große **wirtschaftliche Probleme der Krankenhäuser** in solchen Regionen

Öffentlich-rechtliche Träger (Kreise, Kommunen) in diesen Regionen stützen ihre Krankenhäuser durch **Defizitausgleich**

Erstarrung der Krankenhauslandschaft, die nur langsam aufgebrochen wird

Mehr Wettbewerb würde das Aufbrechen der Erstarrung beschleunigen und die Versorgung rascher effizienter gestalten

In Deutschland generell hohe Zahl an Krankenhäusern je Einwohner

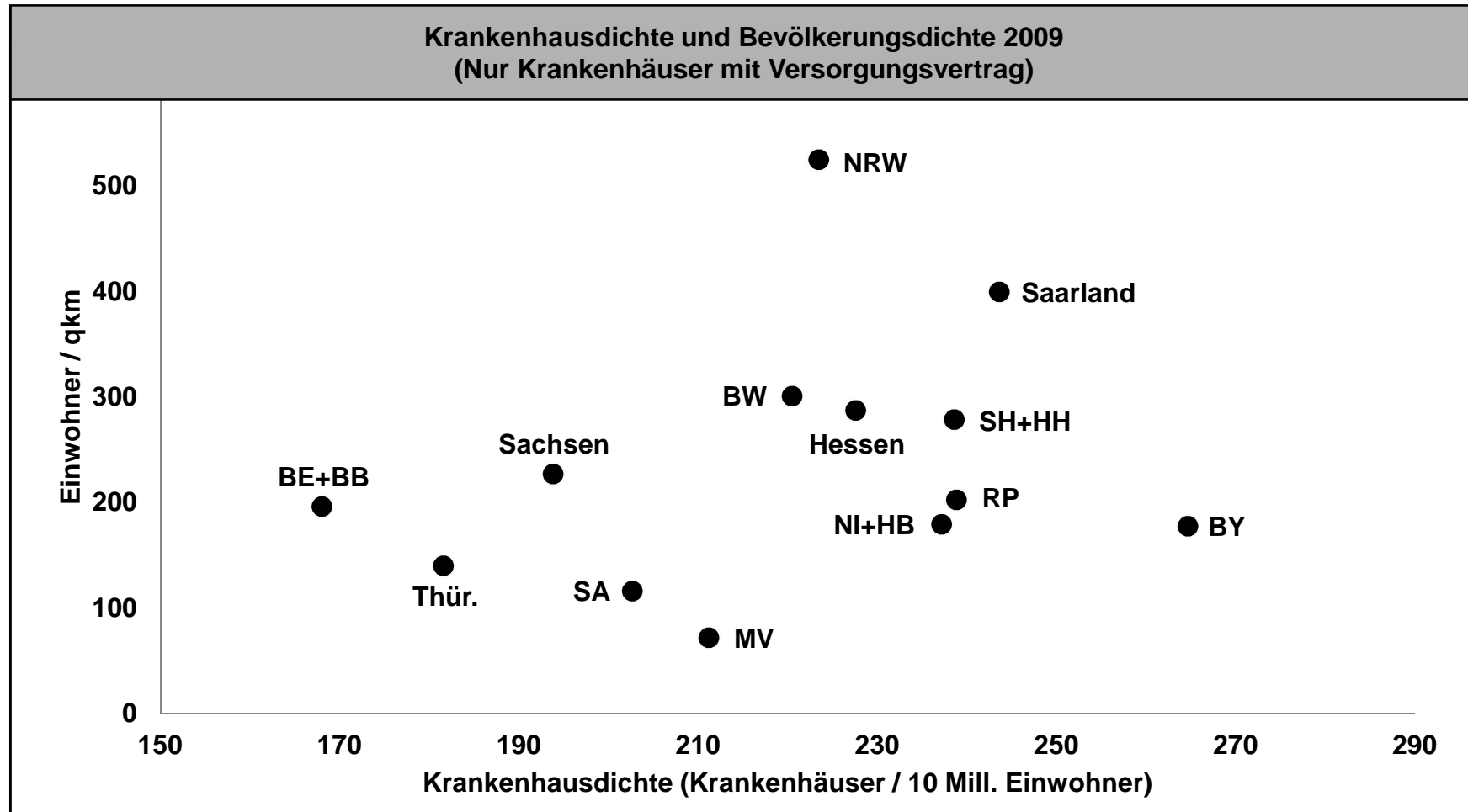


Anmerkung: Daten Norwegen aus 2000, Schweden aus 2003

Quelle: OECD 2012

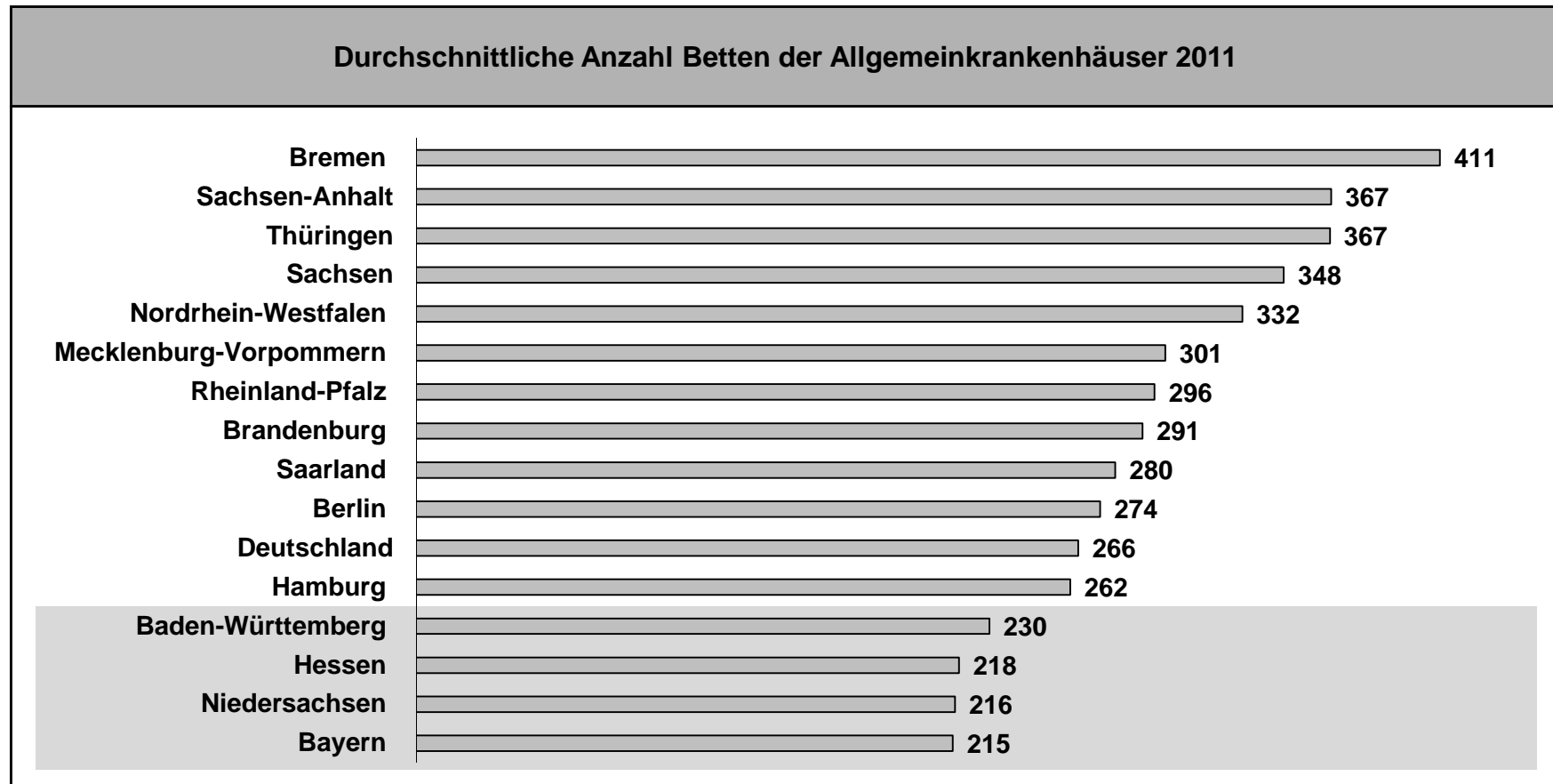
Econwatch Krankenkassen und Krankenhäuser

Krankenhausdichte mit großen Unterschieden zwischen den Bundesländern: hohe Dichte in West-D, geringe in Ost-D

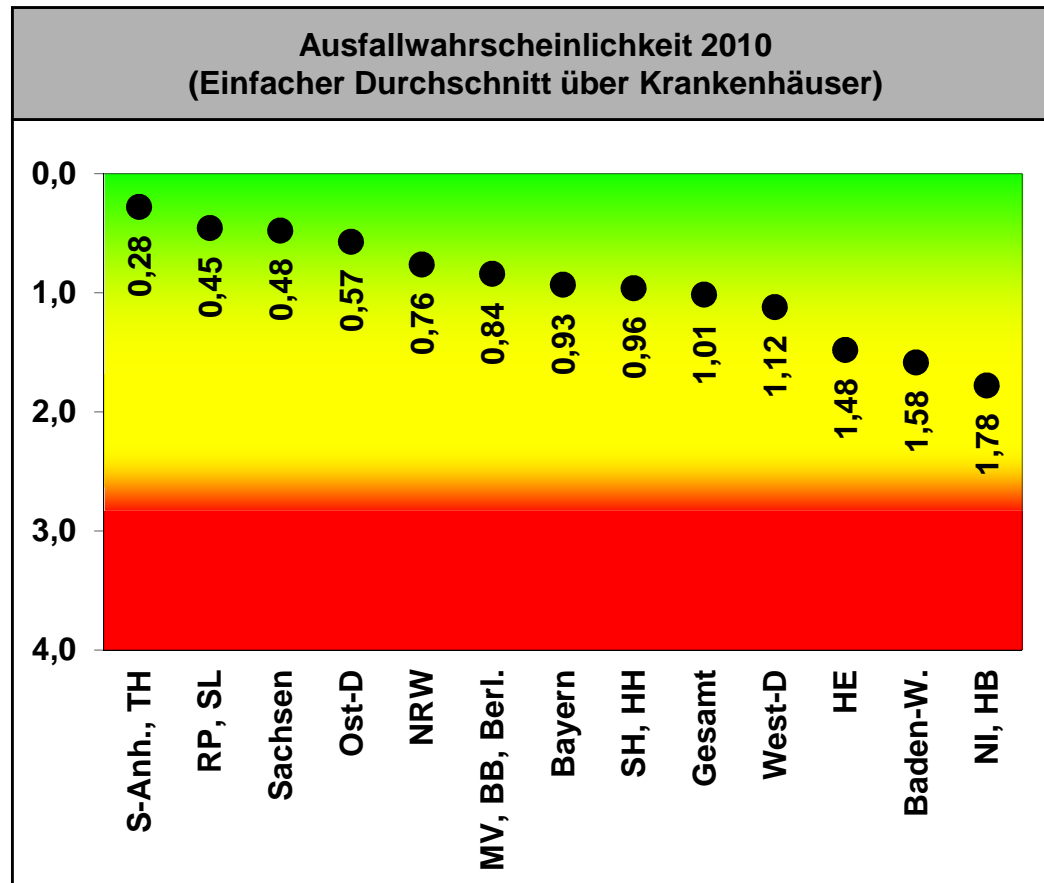


Anmerkung: Es handelt sich hier um Hochschulkliniken/Universitätsklinika, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2012 (Accenture, HCB, RWI); Statistisches Bundesamt (2011a); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012)

In Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen im Durchschnitt kleine Krankenhäuser

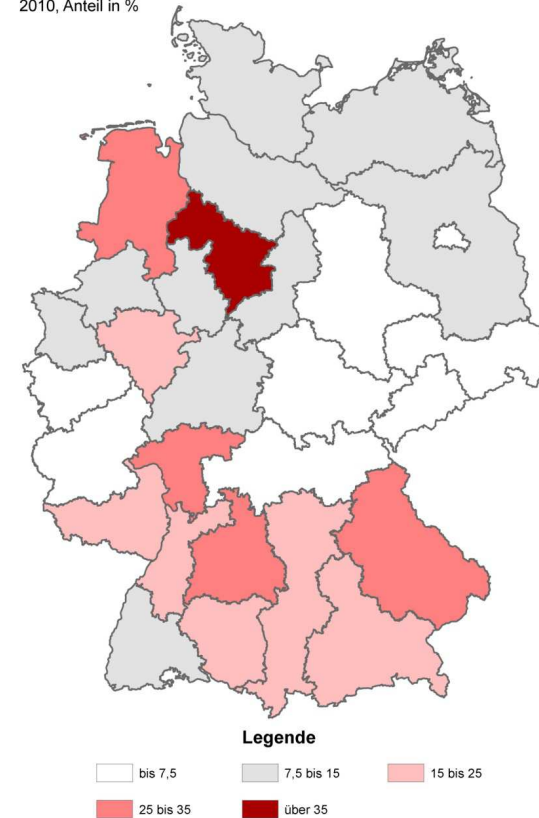


Wirtschaftliche Lage in Südhessen, Baden-Württemberg, in Teilen Niedersachsens und Bayerns schwierig



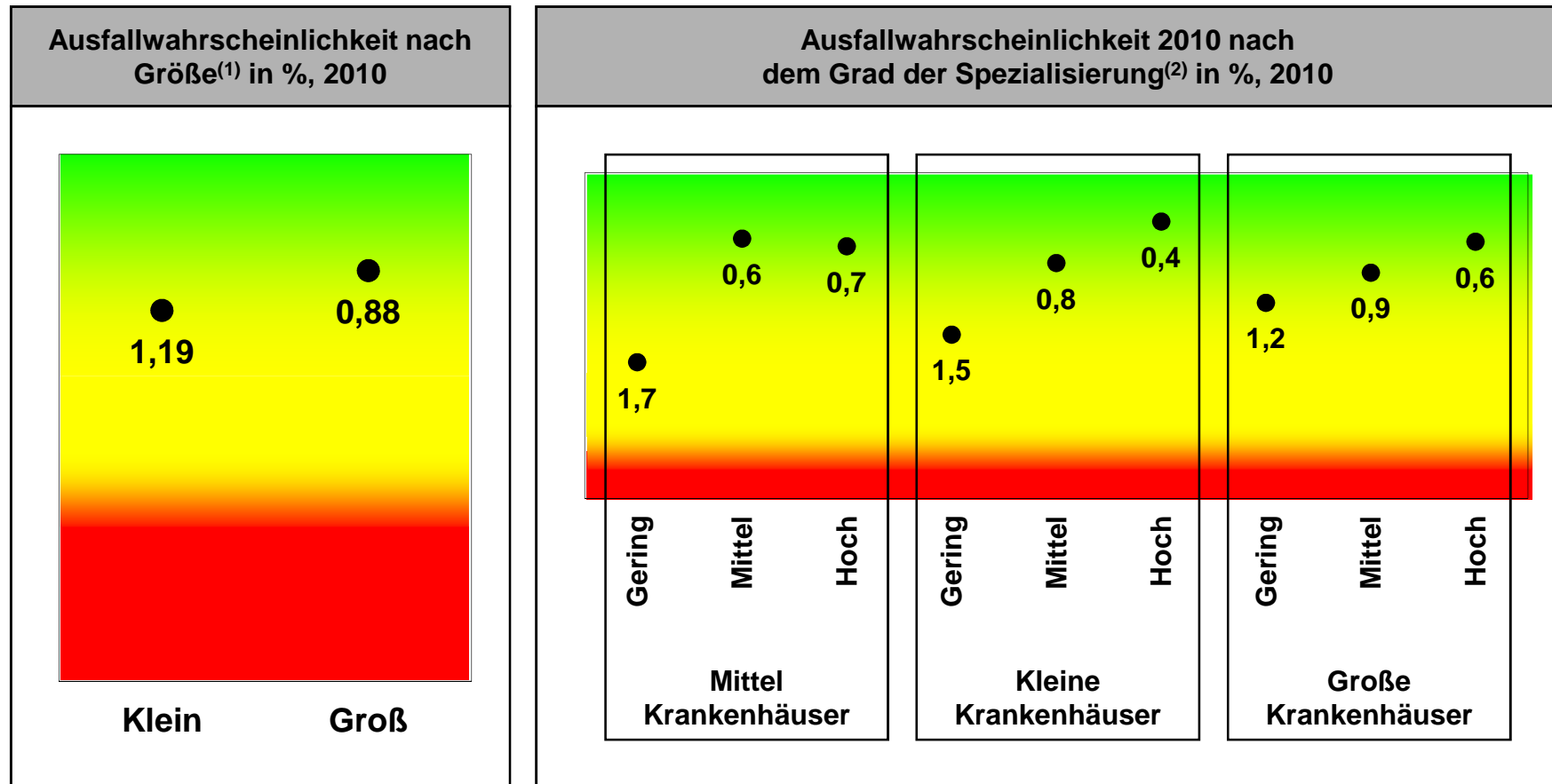
Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen

2010, Anteil in %



Quelle: Accenture / HCB / RWI

Kleine Krankenhäuser und solche mit einem geringen Spezialisierungsgrad schneiden schlechter ab



(1) „Klein“ = bis 200 Betten

(2) klein: weniger als 150 Betten, mittelgroß: 150-400 Betten, groß: über 400 Betten. Spezialisierung definiert über die Abweichung der krankenhausspezifischen Verteilung der Betten auf die Fachabteilungen von der bundesweit durchschnittlichen Verteilung der Betten auf die Fachabteilungen, gemessen über „Information Theory Index“

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2012

Zielkonflikt zwischen Wohnortnähe einerseits und Qualität und Wirtschaftlichkeit andererseits

Kleine und wenig spezialisierte Krankenhäuser schneiden wirtschaftlich schlechter ab als größere und stärker spezialisierte

Sind kleine Krankenhäuser mit einem breiten Leistungsangebot notwendig? **Ja, in sehr ländlich geprägten Regionen**

Aber: ab wann beginnt die Notwendigkeit genau?

- Warum benötigen z.B. Bayern bei gleicher Bevölkerungsdichte wie Ostdeutschland 40% mehr Krankenhausstandorte?
- Warum werden in Deutschland mehr Krankenhäuser je Einwohner benötigt als in Skandinavien oder in den USA?

Vorteile einer hohen Krankenhausdichte

- Für Patienten **geringe Distanzen**
- **Attraktiv für Zuzug von Arbeitskräften** in die Region

Nachteile einer hohen Krankenhausdichte

- Für den Beitragszahler **hohe Kosten**
- **Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Ärzten** in ländlichen Regionen
- Schwierigkeiten bei der Mindestbesetzung mit Personal, möglicherweise **geringere medizinische Qualität** bei kleinen Einheiten

Sind Bedarfsplanung und Kollektivvertrag überhaupt notwendig?

Auf freien Märkten ohne Planung

- Lokaler Bedarf schafft sich entsprechendes Angebot
- Lokal zur Verfügung stehende Ressourcen restringieren das Niveau des Angebots
- **Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage kann per se nicht entstehen**

Besonderheiten im Gesundheitswesen erlauben aber nicht das völlig freie Spiel der Marktkräfte

- Zugang soll unabhängig von Einkommen und Gesundheitsrisiko sein
- Daher nur eine geringe Eigenbeteiligung des Patienten möglich
- Ferner hohe Informationsasymmetrie zwischen Nachfrage und Angebot

Folge: „Übernachfrage“ seitens der Patienten und angebotsinduzierte Nachfrage seitens der Anbieter möglich

Ziele der Bedarfsplanung

- **Beschränkung des Angebots**
- **Herstellung von bundesweit gleichwertigen Versorgungsverhältnissen**

Kollektivvertrag ermöglicht freie Krankenhauswahl

AGENDA

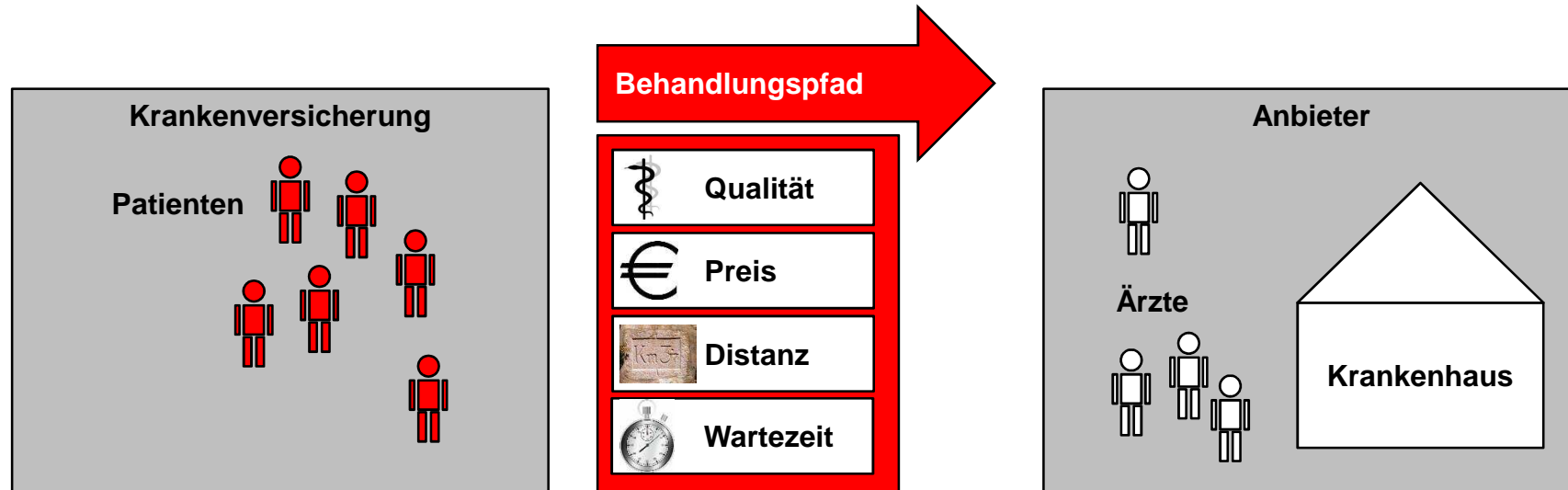
Bestandsaufnahme

Herausforderungen

Fazit

Wäre mehr Markt möglich?

Angebot von und Nachfrage nach Behandlungspfaden



Nachfrage kauft nötigen Bedarf ein: **Bündelung der Nachfrage über Krankenversicherungen**

Anbieter bieten passende Produkte an

- **Produkte sind Behandlungspfade**, die sektorenübergreifend sein können, aber nicht müssen
- Preise und Mengen über langlaufende Rahmenverträge oder täglich schwankend (in Abhängigkeit der Kapazitäten) oder beides – Art und Weise letztendlich offen

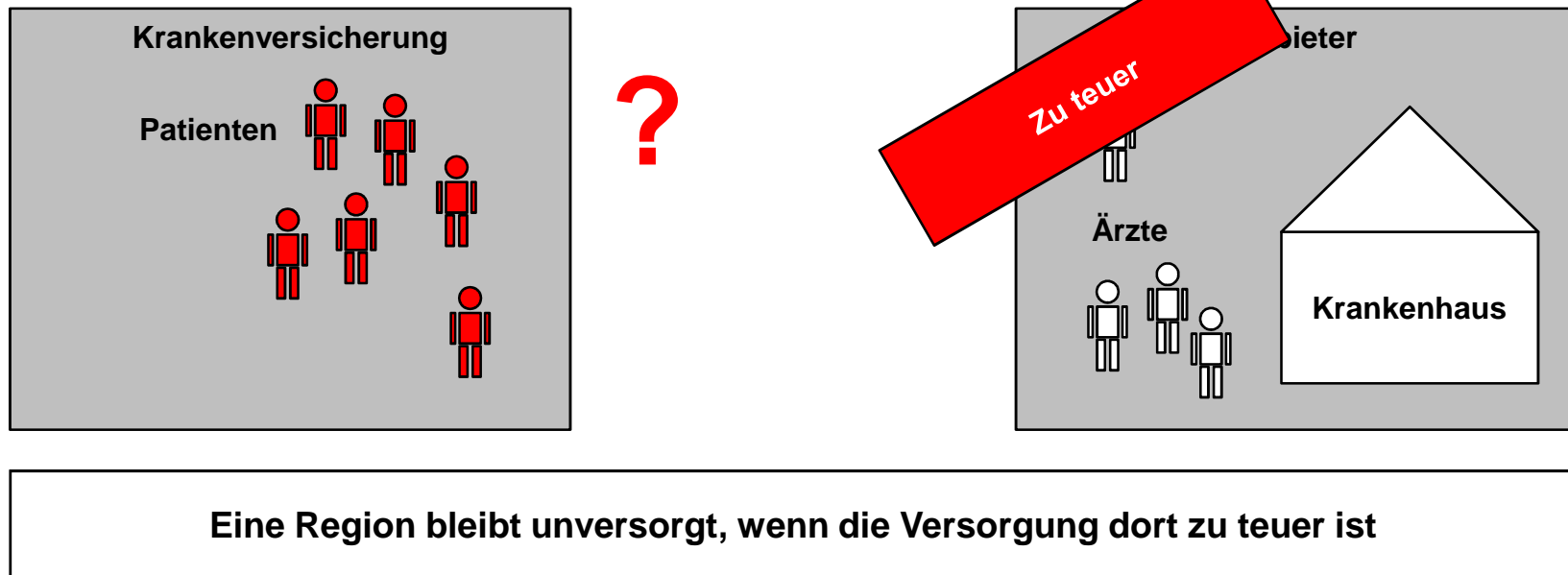
Problem: Es können unterversorgte Regionen entstehen

Wenn Anbieter in einer Region zu teuer sind (z.B. wegen geringer Auslastung und hoher Vorhaltekosten), **zieht sich Krankenkasse zurück**

Die **Kasse steht aber im Wettbewerb** mit anderen und wird daher Versicherte aus dieser Region an Wettbewerber verlieren

Im Kalkül dieser Kasse kann dies dennoch vorteilhaft sein, wenn die entgangenen Einnahmen (durch Verlust von Versicherten) geringer sind als die Behandlungskosten, die durch Kontrahierung entstanden wären

Sollte dieses Kalkül auf alle Kassen in gleichem Maße zutreffen, wird eine komplette Region unversorgt bleiben



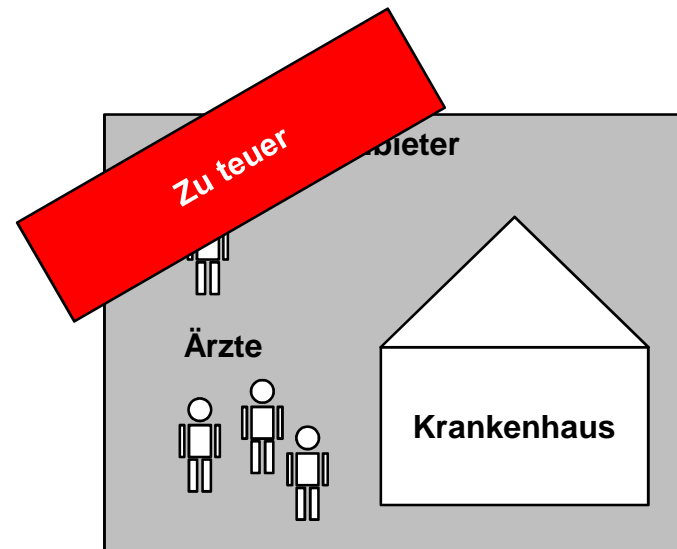
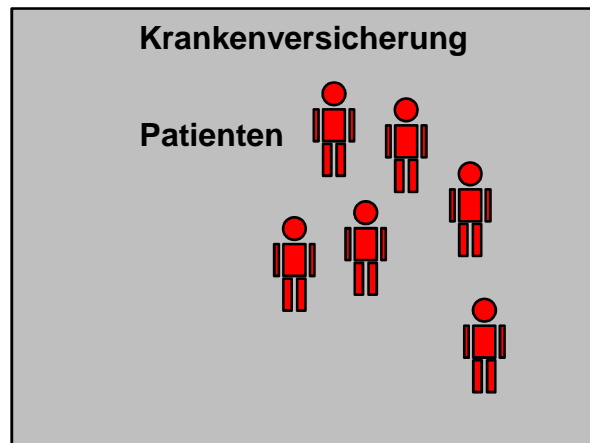
Lokale Zusatzbeiträge erheben?

In diesem Fall **finanziert die Bevölkerung in der betroffenen Region die dort teurere Gesundheitsversorgung**

Die Krankenkassen haben wieder einen Anreiz, in der Region Verträge zu schließen

Problem: Es kann zu erheblichen Zusatzbeiträgen kommen; es sollen aber gleichwertige Verhältnisse innerhalb Deutschland bestehen und keine **sozialen Schieflagen** entstehen

→ Lokale Zusatzbeiträge nicht sinnvoll⁽¹⁾



(1) Lokale Zusatzbeiträge aber dann sinnvoll, wenn Gesundheitsversorgung in der Region überdurchschnittlich großzügig ist; in diesem Fall sollte die lokale Bevölkerung die übermäßige Großzügigkeit finanzieren

Quelle: RWI

Econwatch Krankenkassen und Krankenhäuser

Irgendjemand muss das „teuer“ in der betroffenen Region aber finanzieren

Dafür zu definieren, in welchen Fällen das „teuer“ finanziert werden muss und in welchen nicht:

- **Vorgaben zur maximalen Distanz und maximalen Wartezeit sowie zur Mindestqualität** in der Medizin nötig
- Vorgaben sind **zwingend bundeseinheitlich** zu regeln, z.B. über den GBA, um Trittbrettfahrer zu vermeiden⁽¹⁾

Zu beachten: das Problem kann nur auftreten, wenn gar keine Kasse in der betroffenen Region kontrahieren möchte; solange es eine Kasse gibt, können die Versicherten dorthin wechseln⁽²⁾

Fall 1: Mindestvorgaben können bei Wegfall eines Anbieters trotzdem eingehalten werden

→ Kein Handlungsbedarf

Fall 2: **Mindestvorgaben können bei Wegfall eines Anbieters nicht mehr eingehalten werden**

→ **Handlungsbedarf: Zusatzkosten (höhere Preise) müssen finanziert werden**

Zu klären ist von wem?

- Bundesland (Steuermittel)
- Versichertengemeinschaft
- ~~Versicherte vor Ort~~

(1) Wer indessen lokal großzügiger regelt, muss den dadurch entstandenen Zusatznutzen selbst finanzieren und darf ihn nicht der bundesweiten Versichertengemeinschaft aufbürden, z.B. über lokale Zusatzbeiträge oder Zuschüsse der Kommune oder des Kreises

(2) Außer die einzige kontrahierende Kasse ist nur lokal in der betroffenen Region tätig und verlangt infolgedessen einen exorbitant hohen Zusatzbeitrag

Quelle: RWI

Bundesland und Versichertengemeinschaft teilen sich höhere Preise, um Anbieter in betroffener Region zu halten

Bundesland alleine?

- Das Bundesland würde dann dafür „bestraft“, dass es eine ungünstige ländliche Struktur hat und Mindestvorgaben deswegen nicht einhalten kann

Versichertengemeinschaft?

- Wenn es um die Erfüllung der Mindestvorgaben geht, sollte die Versichertengemeinschaft als Ganzes die Finanzierung übernehmen
- ABER: Wenn das Bundesland die Einhaltung der Mindestvorgaben kontrolliert und über Handlungsmaßnahmen entscheidet, hat es einen Anreiz, die Vorgaben zu streng auszulegen, um eine möglichst großzügige Versorgung für seine Bürger zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu erhalten

Vorschlag: Finanzierung der höheren lokalen Preise je hälftig von Bundesland und von Versichertengemeinschaft

Der Finanzierungsanteil der Versichertengemeinschaft sollte über eine entsprechende **Lokalkomponente im Morbi-RSA** aufgebracht werden, ansonsten besteht wieder kein Anreiz der einzelnen Kasse zu kontrahieren

Bundesland kontrolliert die Einhaltung der Mindestvorgaben

Mögliche **Datengrundlagen** zur Durchführung der Kontrollen

- **Abrechnungsdaten der Krankenhäuser** (DRG-Daten)⁽¹⁾
- Patientenbefragungen
- Wartezeiten
- Bettenauslastungen
- Abweichung des erwarteten Bedarfs einer Region (auf Basis der Bevölkerungsstruktur) vom vorliegenden Angebot

Messung der medizinischen Qualität

- Langfristig Messung der Ergebnisqualität und Vorgabe eines Mindestmaßes je Indikation
- Bis dahin wie im Status quo, d.h. Prüfung von Struktur- und Prozessvorgaben

(1) Nach §21 KHEntG

Quelle: RWI

Econwatch Krankenkassen und Krankenhäuser

AGENDA

Aktuelle Situation

Herausforderungen

Fazit

Fazit

Krankenhausleistungen geprägt durch **Kollektivvertrag**

Parallele Vergütungssysteme für ambulanten und stationären Bereich

Wettbewerb um Patienten derzeit nur eingeschränkt, **kein Preiswettbewerb, kein Wettbewerb um innovative Versorgungsformen**

Außerdem **Wettbewerbsverzerrungen** wegen Investitionsförderung der Länder und wegen Defizitausgleich von manchen öffentlich-rechtlichen Trägern

Mangelnder Wettbewerb führt zu einer **Erstarrung der Krankenhauslandschaft**

- Hohe Krankenhausdichte
- Viele kleine Krankenhäuser
- Wirtschaftliche Probleme der Krankenhäuser

Mehr Wettbewerb wäre möglich: **Vertragswettbewerb, selektives Kontrahieren**

Rahmenbedingungen sind jedoch so zu setzen, dass es zu keiner regionalen Unterversorgung kommen kann

- Definition von konkreten **Mindestvorgaben** zur Gesundheitsversorgung, **bundesweit einheitlich**

Unterversorgung am besten über Preismechanismus begegnen statt mit Sanktionen

- Lokal höhere Preise, wenn Mindestvorgaben nicht erreicht werden
- Höhere Preise teilen sich Bundesländer und Krankenversicherungen
- Dazu Lokalkomponente in den Morbi-RSA, um einzelne Kasse nicht zu benachteiligen