



Kassenwettbewerb in der GKV – was lehrt uns die Geschichte?

Friedrich Breyer
Universität Konstanz und DIW Berlin

Mehr Freiheit für Krankenkassen und Krankenhäuser
- wie Wettbewerb den Versicherten nutzen kann
ECONWATCH-Meeting am 26.11.2012 in Berlin



Gliederung

1. Wie kam es zum Kassenwettbewerb?
2. Ökonomisches Modell des Kassenwettbewerbs
3. Modell und Realität
4. Gesundheitsfonds und Wettbewerb: Theorie
5. Zusatzbeiträge und Wettbewerb
6. Das Ende des Wettbewerbs (2012)
7. Schlussfolgerungen



1. Wie kam es zum Kassenwettbewerb?

1992 Lahnsteiner Kompromiss mit zwei Bestandteilen:

- 1) Einführung eines Risikostrukturausgleichs ab 1994 mit dem Ziel der Begrenzung der Beitragsspanne in der GKV (6 – 17%)

Ausgleichsparameter: Alter, Geschlecht, Erwerbsunfähigkeit

- 2) Einführung der Kassenwahlfreiheit für alle GKV-Versicherten ab 1996 (Forderung der SPD)



2. *Ökonomisches Modell des Kassenwettbewerbs*

- 1) Staat erlässt Wettbewerbsordnung
 - Einheitlicher Leistungskatalog
 - Diskriminierungsverbot (keine Risikoprämien)
 - Kontrahierungszwang (Kasse muss jeden nehmen)
 - **Risikostrukturausgleich** (gegen Risikoselektion)
- 2) Versicherte wechseln zu Kassen mit niedrigen Beiträgen (**Preiswettbewerb**) und gutem Service
- 3) Kassen versuchen Leistungen kostengünstig einzukaufen:
 - **selektives Kontrahieren**
 - **innovative Versorgungs-** und **Vergütungsmodelle**
 - evtl. Ausnutzung von Marktmacht zum Abschluss von **Rabattverträgen**
 - bzw. durch sonstiges **Kostenmanagement**



3. Modell und Realität (I)

1. *Risikostrukturausgleich*: wurde mehrfach verfeinert
 - 2002 Einführung „Risikopool“
(in Wahrheit: partieller Ausgabenausgleich),
 - 2009 Morbiditätsorientierung (80 teure Krankheiten)

2. *Preiswettbewerb*:
 - Beitragssatzspanne blieb groß (2004: 10,2 – 15,7%),
 - teure Kassen mussten jedoch schließen oder fusionieren
 - Bürger haben auf Beitragsdifferenzen reagiert:
Tamm u.a. (2007, *HE*) schätzen kurzfristige Elastizität des Marktanteils bzgl. des Beitragssatzes auf -1



Modell und Realität (II)

3. *Selektives Kontrahieren:*

- nur im Rahmen der Integrierten Versorgung verbreitet,
- im ambulanten ärztlichen Bereich möglich, aber hohe Hürden (KV muss Herausnahme aus der Gesamtvergütung zustimmen),
- im stationären Bereich möglich, aber Kollektivvertrag gilt fort (Augurzky-Vortrag)

4. *Innovative Vergütungsmodelle:*

- Vergütungsform vom Gesetzgeber bis ins Detail geregelt
- Experimentierklausel lässt gewissen Spielraum,
- bisher nur wenig ausgenutzt

Zwischenfazit: Es fehlen weitere Wettbewerbsparameter!



Modell und Realität (III)

Häufigste Wettbewerbsparameter der Kassen:

(Quelle: SVRiG, Sondergutachten 2012)

1. *Prüfung* von Krankenhausrechnungen
2. *Rabattverträge* mit Pharma-Unternehmen
3. *Reduzierung* von Krankengeldansprüchen
4. *Prüfungen* bei ambulanten Ärzten
5. *Case Management*
6. *Verträge* mit Hilfsmittelherstellern
7. *Prüfung* von Heilmittelverordnungen
8. *Effizienzsteigerungen* in der Verwaltung
9. *Management der Leistungspflicht anderer Träger*
10. *Gestaltung* der hausarztzentrierten Versorgung

Zwischenfazit: Mehr Kostenverlagerung als echte Gestaltung



4. Gesundheitsfonds und Wettbewerb: Theorie

2006: Wolfram Richter erfindet „Gesundheitsfonds“ als „Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale“

- Staat setzt einheitlichen Beitragssatz für alle GKV-Mitglieder
- Mittel fließen nicht mehr an Kasse, sondern an Fonds
- (Vorteil: Staat kann Bundeszuschuss einspeisen)
- Fonds weist „Finanzbedarf“ an Kassen zu
- Kassen erheben Zusatzbeiträge **oder schütten Geld an Versicherte aus**
- Vorteil: daran partizipiert der Arbeitgeber nicht, folglich mehr Anreiz zum Kassenwechsel
- Unterschiede in Euro statt in Prozentsätzen sind sichtbarer



5. Zusatzbeiträge und Wettbewerb

Entwicklung des allgemeinen Beitragssatzes und des Bundeszuschusses seit 2009:

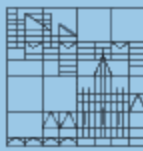
Ab 1.1.2009: 15,5%, geplanter Bundeszuschuss: 4 Mrd. Euro

Ab 1.7.2009: 14,9%, Bundeszuschuss 2009: 7,2 Mrd. Euro,
2010: 15,7 Mrd. Euro

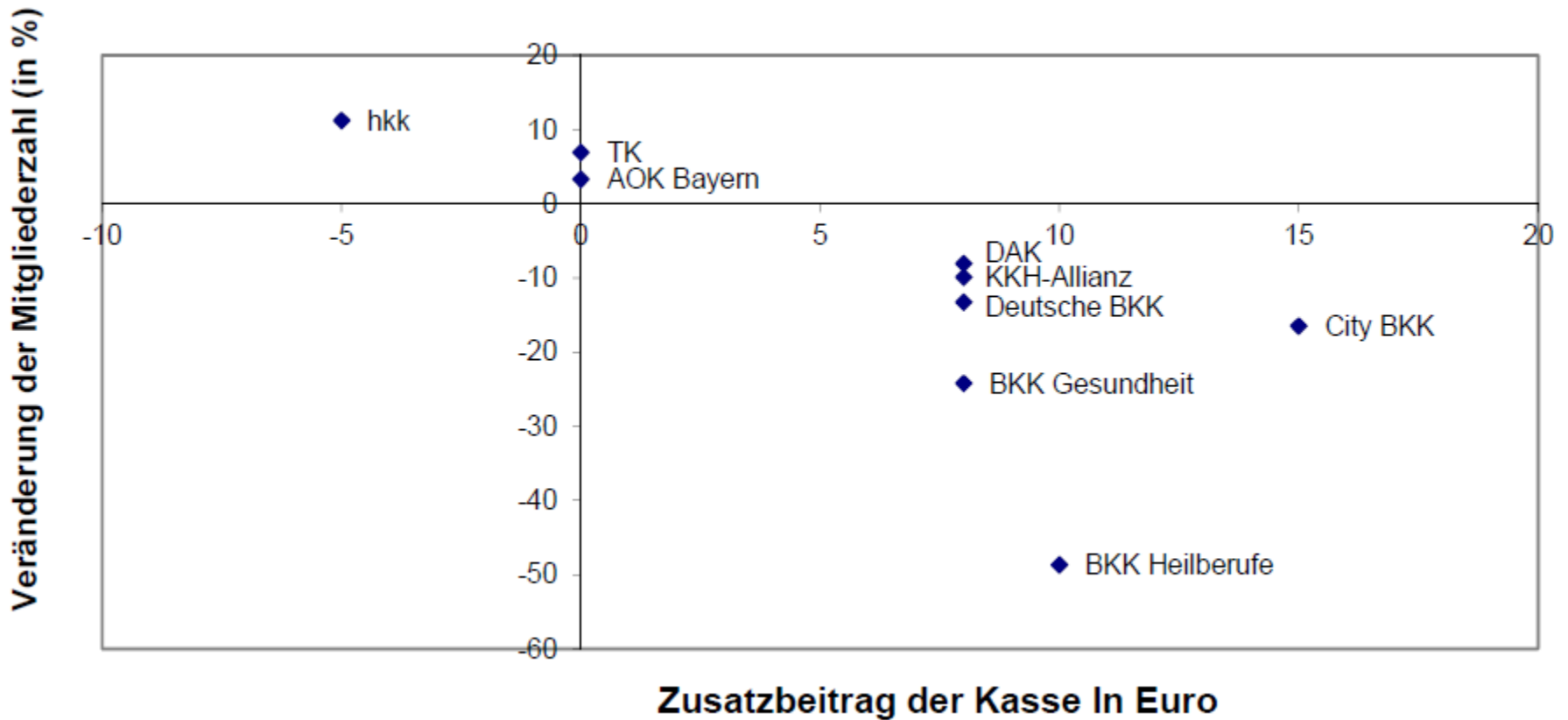
Ab 1.1.2011: 15,5%, Bundeszuschuss 2011: 15,3 Mrd. Euro
2012: 14 Mrd. Euro

Ab 2010 mussten einige Kassen Zusatzbeiträge einführen

Prompt setzte größere Wechselwelle ein: Schmitz/Ziebarth
(2011) finden 6-mal höhere Wechselrate als zuvor



Zusatzbeitrag der Kassen und Mitgliederentwicklung 2010-11





6. *Das Ende des Wettbewerbs (2012)*

Durch gute Einnahmeentwicklung steigen die Reserven bei den Kassen auf über 12 Mrd. Euro an

- nur eine große Kasse (TK) und einige kleine schütten Geld an Versicherte aus
- Regierung beschließt Wahlgeschenke (Abschaffung der Praxisgebühr)
- Kassen werden großzügiger bei Preisverhandlungen
- Kassen zahlen mehr für umstrittene Behandlungen



7. Schlussfolgerungen

1. Wettbewerb in der GKV könnte die Effizienz der Leistungen steigern, wenn folgende Bedingungen erfüllt wären:
 - a) Kassen müssten mehr Handlungsparameter zur Vertragsgestaltung erhalten (kein „gemeinsam und einheitlich“ mehr)
 - b) Da der Preiswettbewerb nur über den (positiven) Zusatzbeitrag läuft, nicht über Ausschüttungen, darf der allgemeine Beitragssatz nicht kostendeckend sein.
2. Die Politik hat eine große Chance verspielt, durch Beitragssenkung den Kassenwettbewerb anzukurbeln. Die Regierung hat den Zweck der Zusatzbeiträge nicht verstanden und fürchtet sie als „unpopulär“.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

