

# Wettbewerb im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

**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 [\[weniger Bürokratie\]](#).**

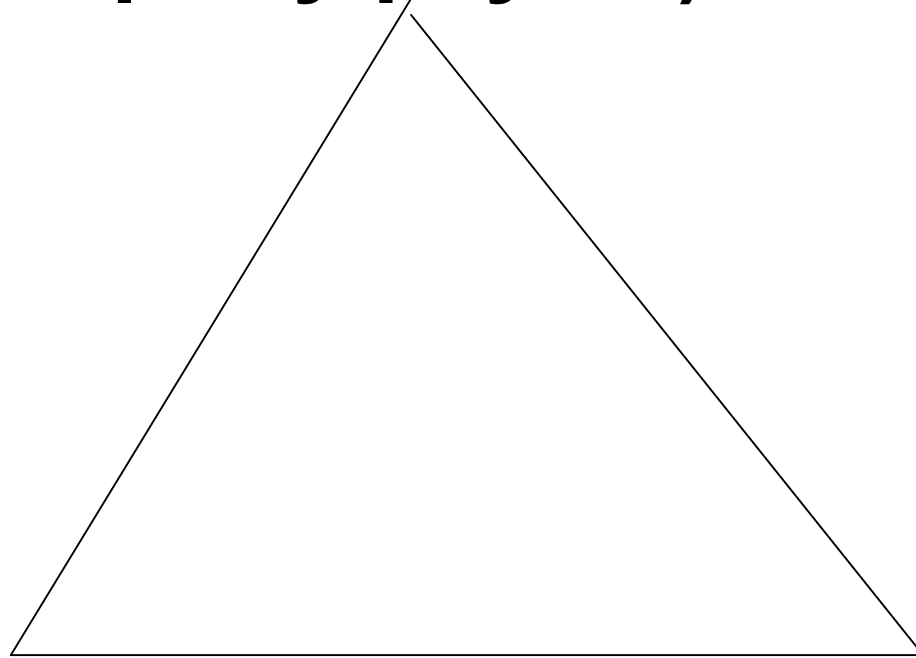
Dazu muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den [\[Krankenkassen\]](#), zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den [\[Leistungserbringern\]](#) - Ärzten und Krankenhäusern. In einem gesunden 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.

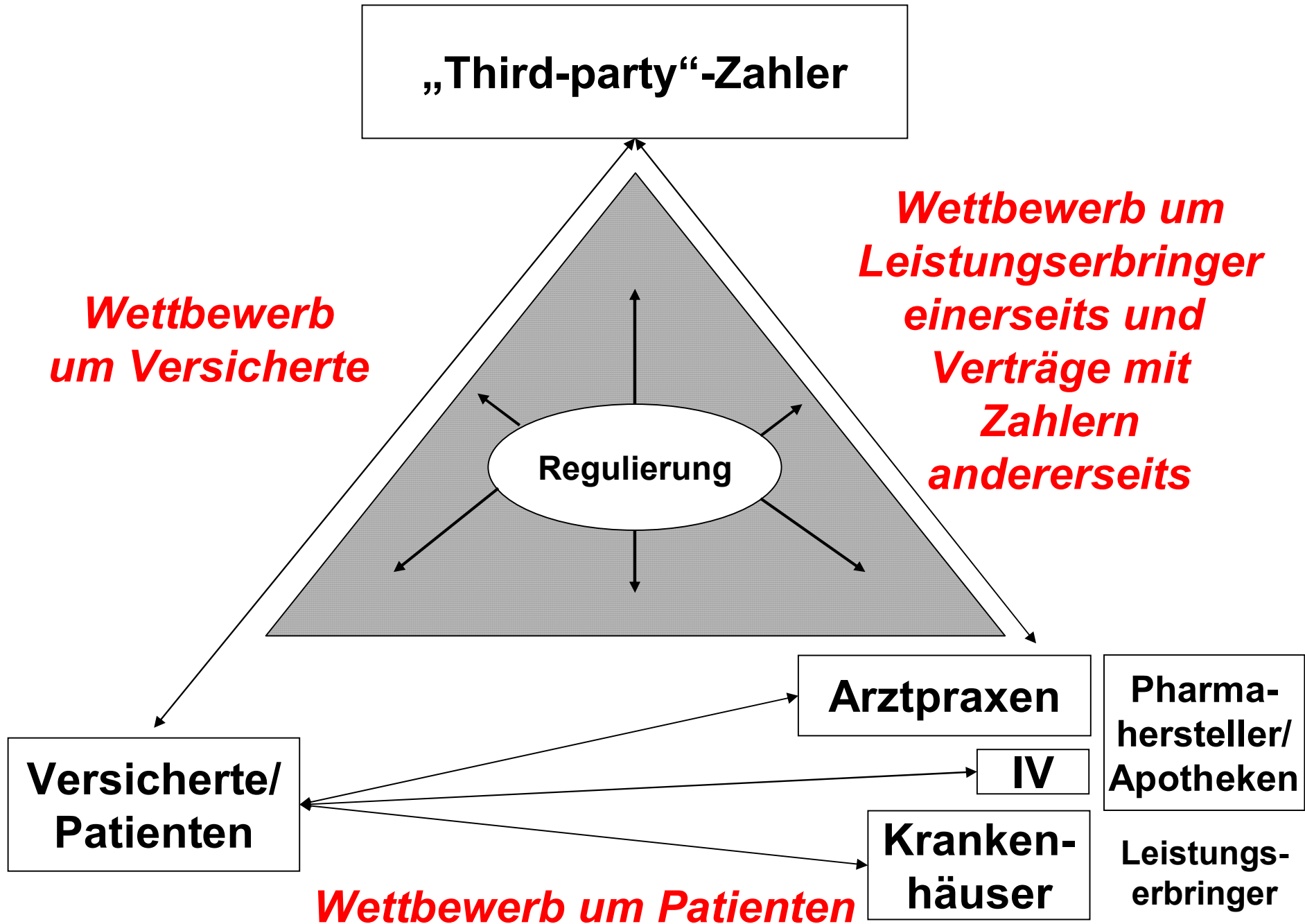


**Zahler (“Third-party payer”)**

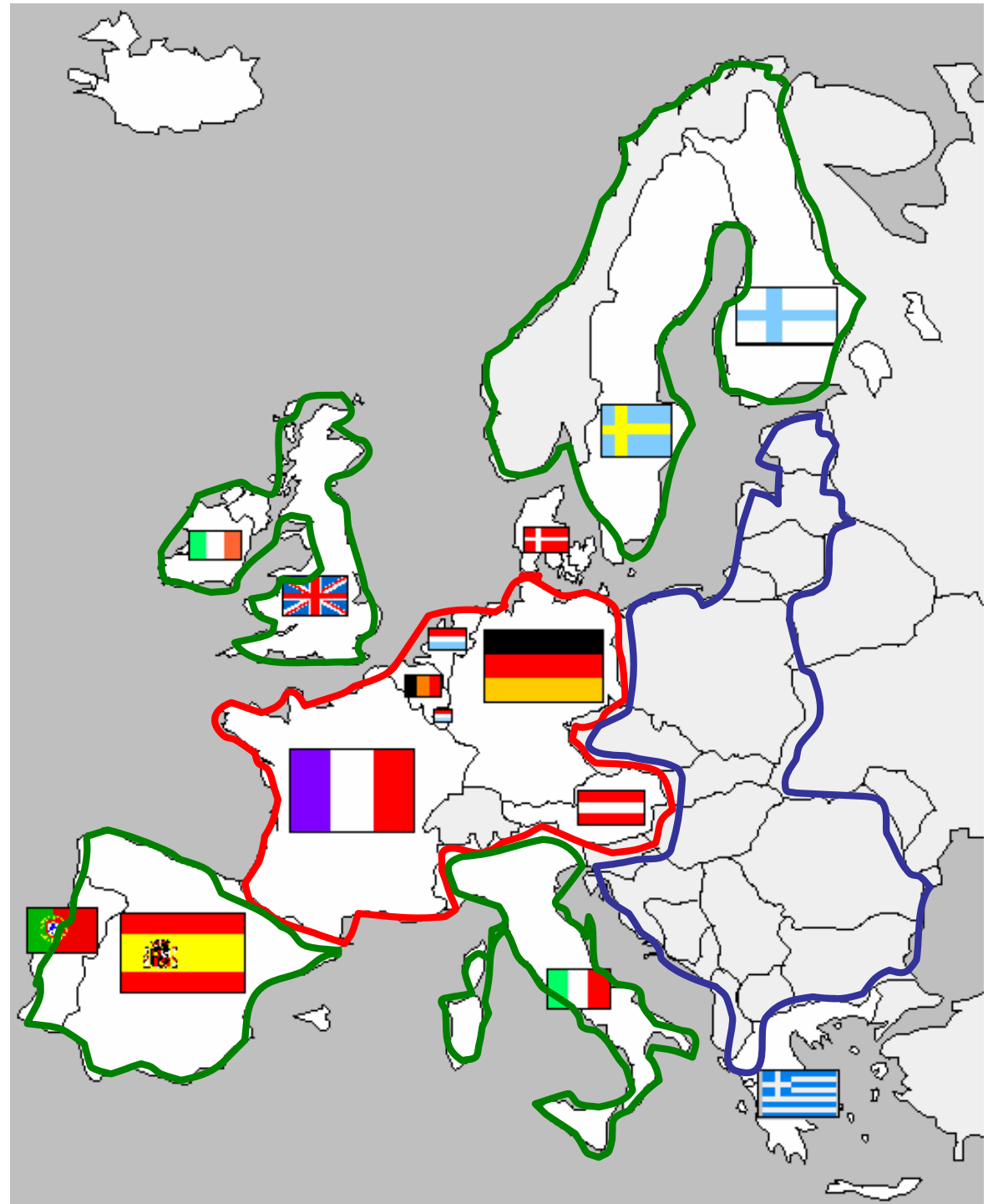
**Bevölkerung**

**Leistungs-  
erbringer**

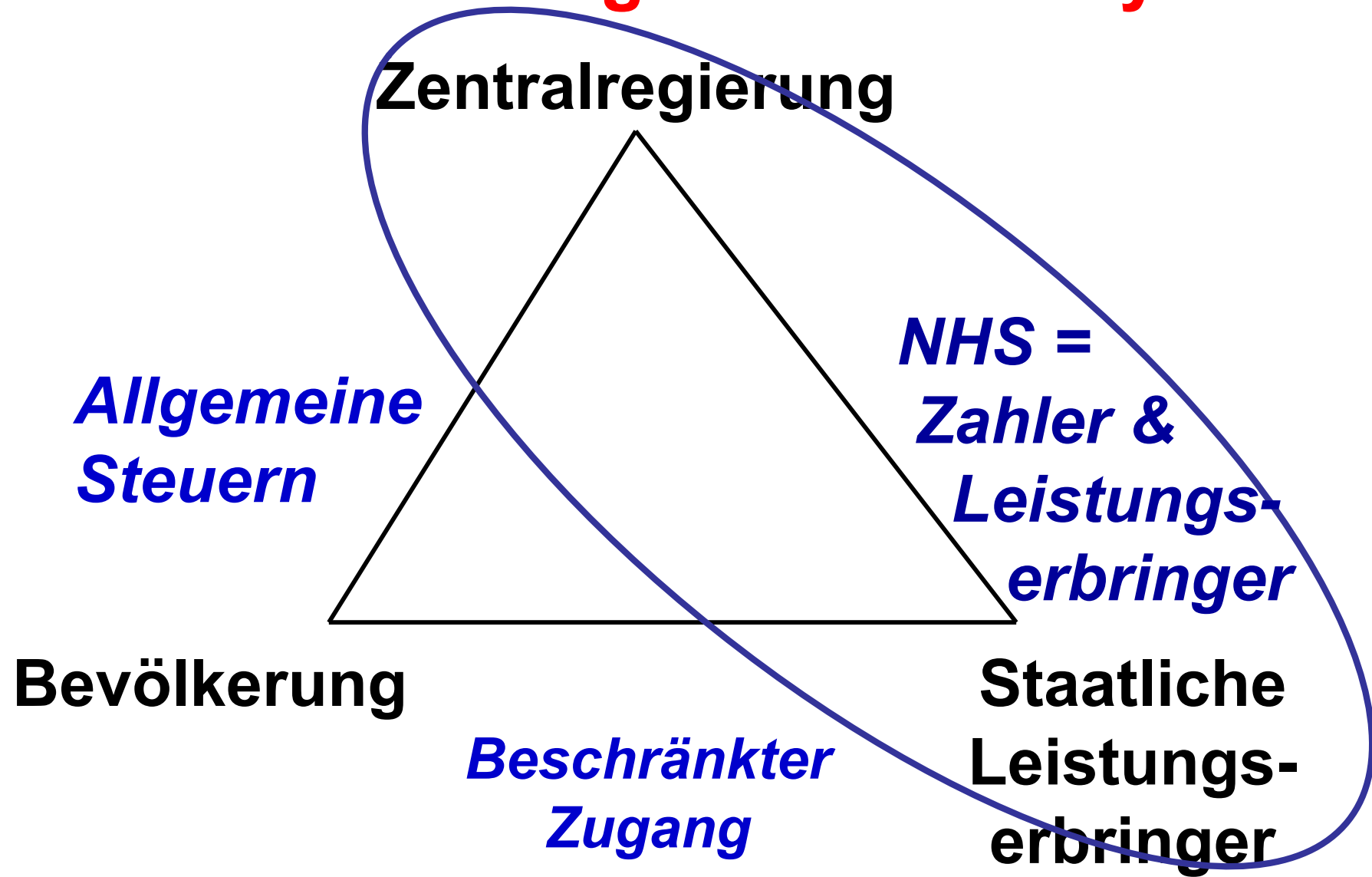




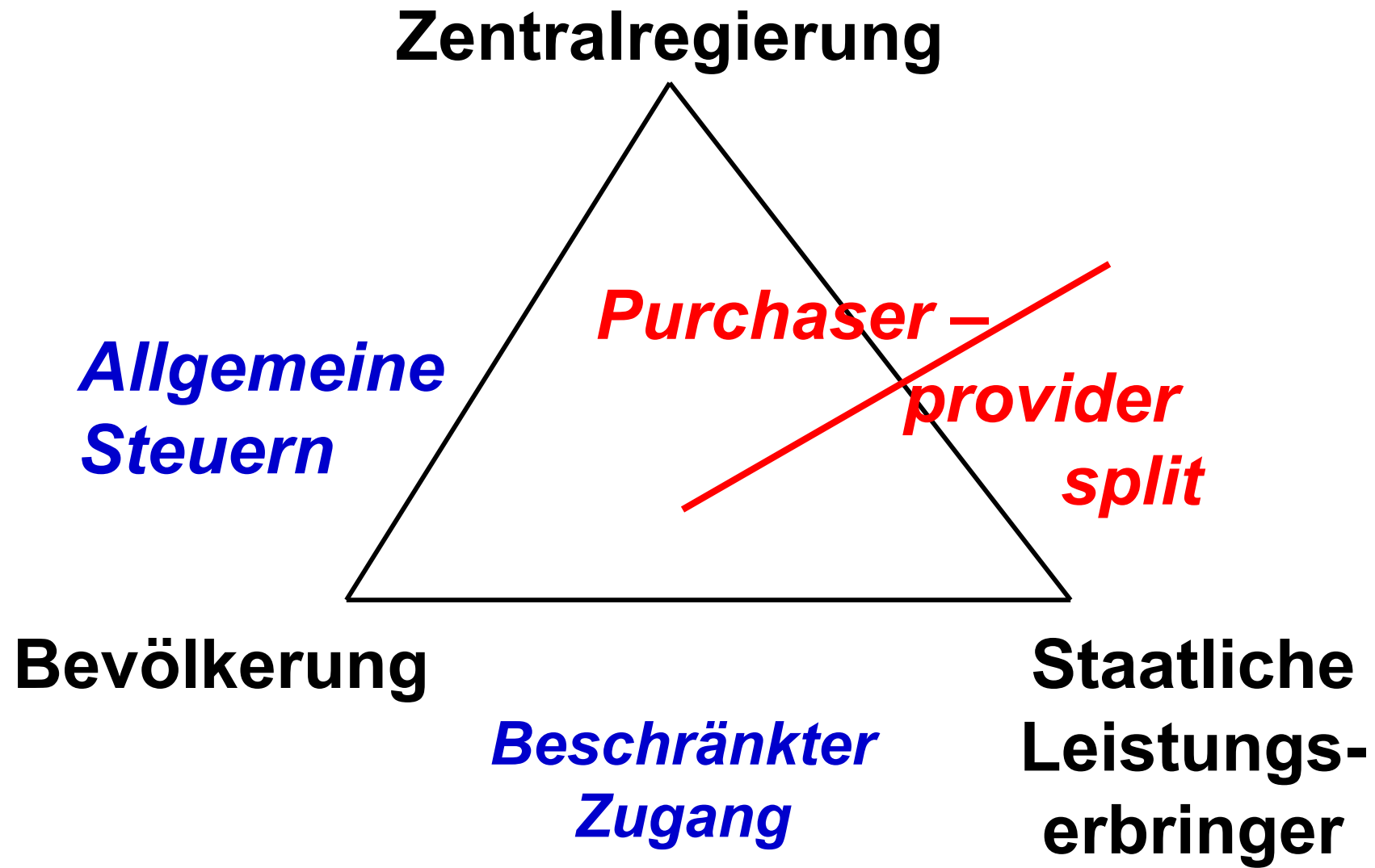
- Länder mit Sozialer/ gesetzl. Krankenversicherung in Westeuropa
- Mittel- und Osteuropa (von Semashko zu GKV)
- Steuer-basierte Systeme in Westeuropa



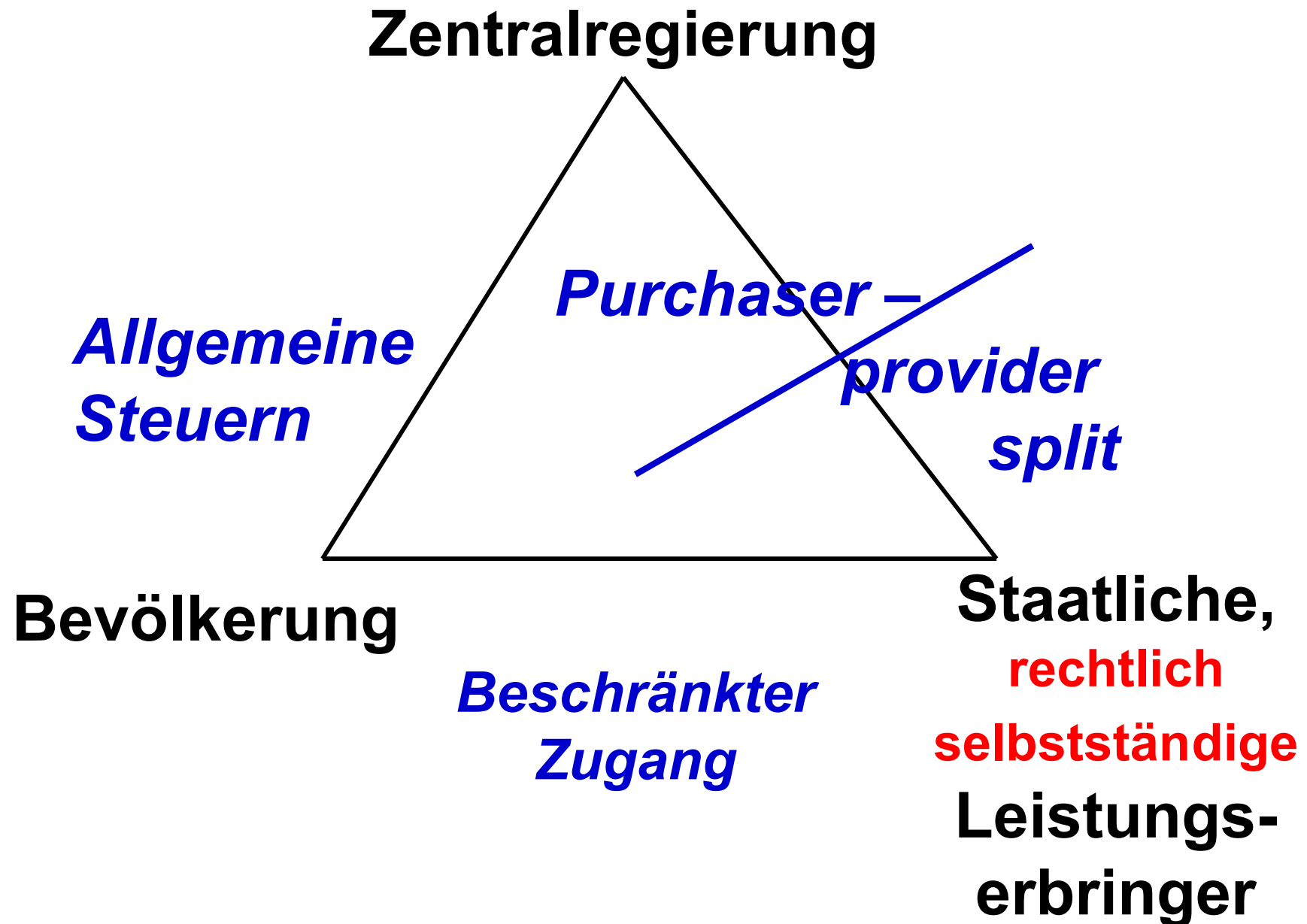
# Klassisches integriertes NHS-System



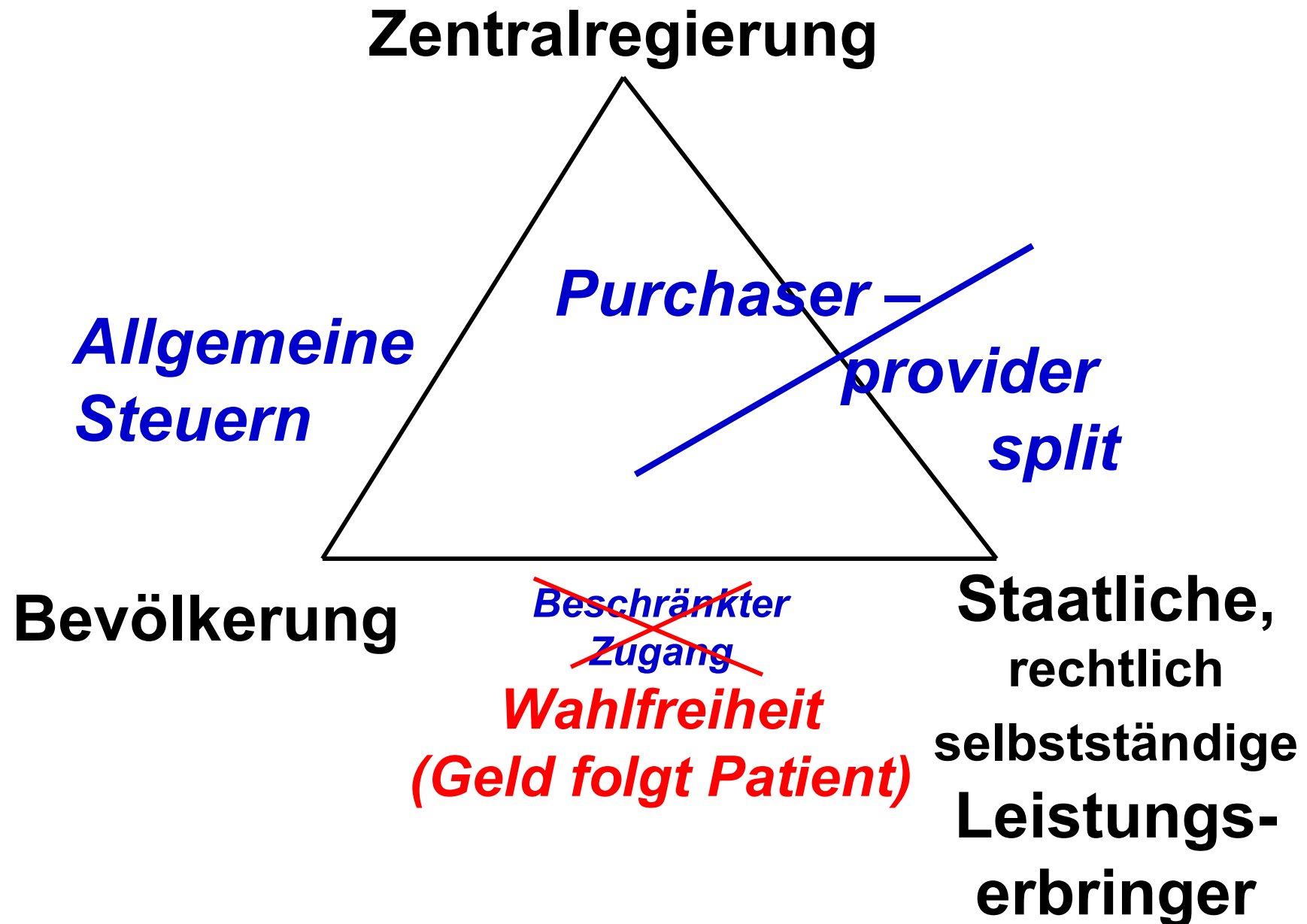
# Reformentwicklung 1



# Reformentwicklung 2

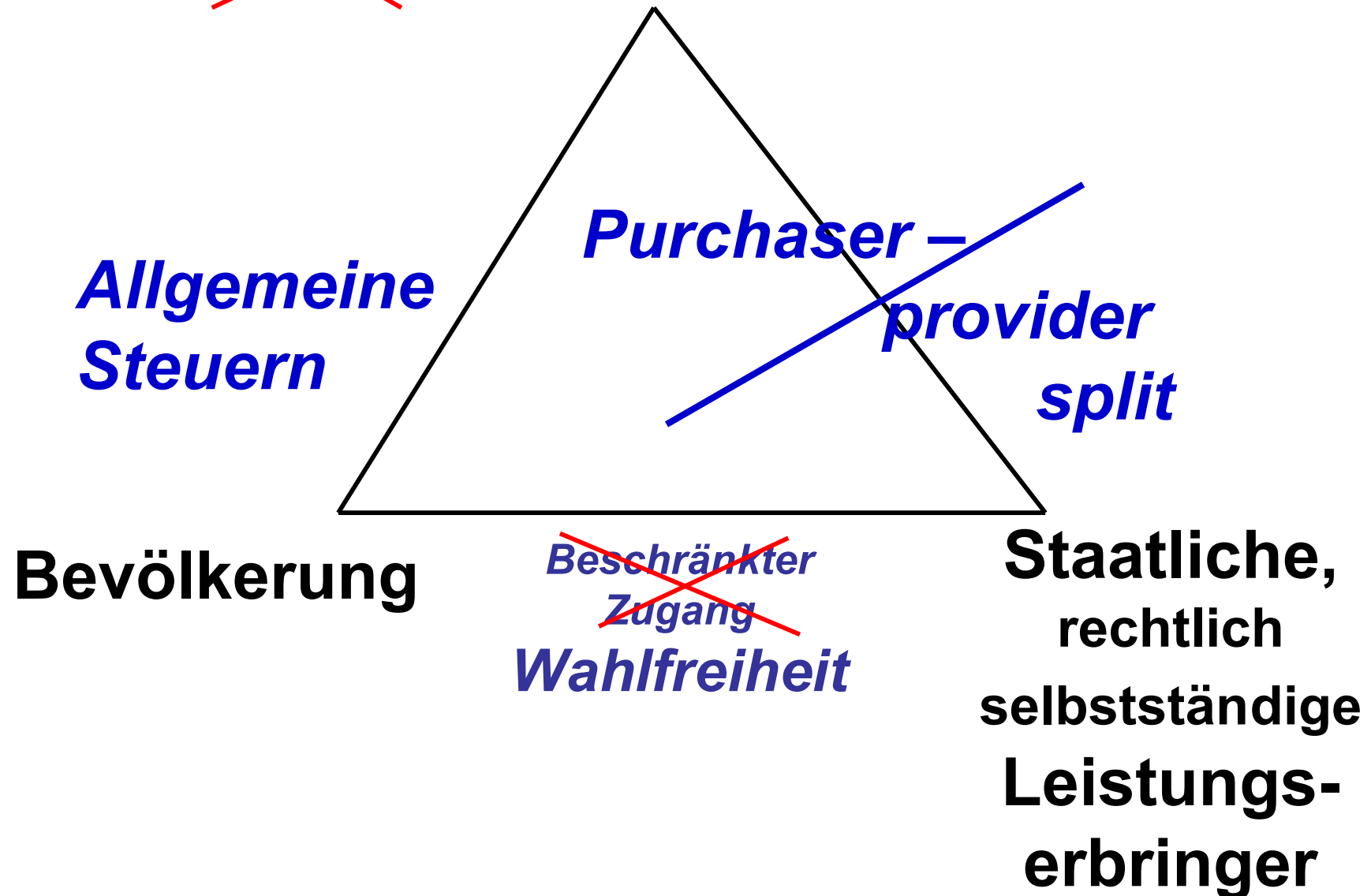


# Reformentwicklung 3

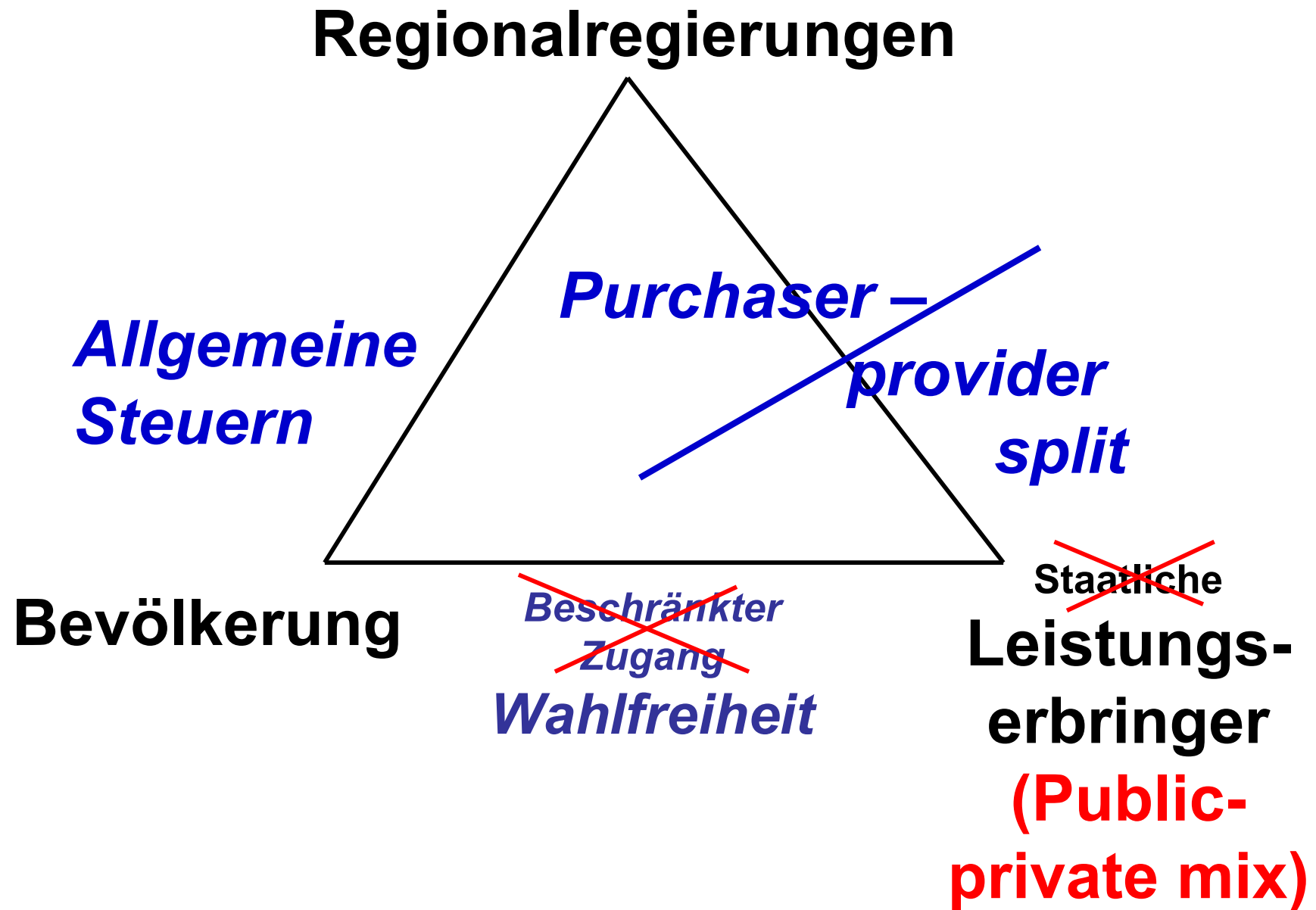


# Reformentwicklung 4

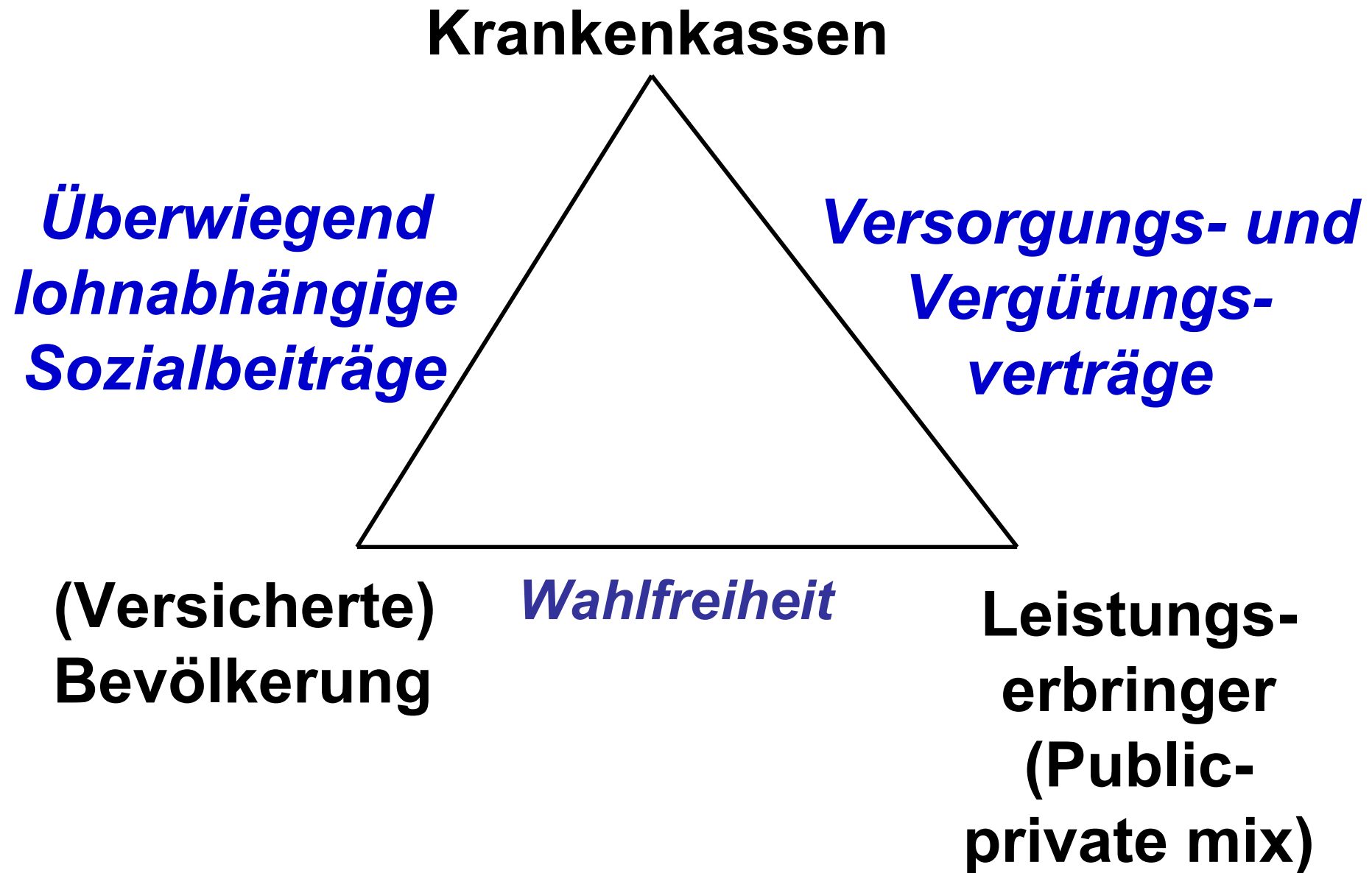
~~Zentral~~ **Regional**regierungen



# Reformentwicklung 5

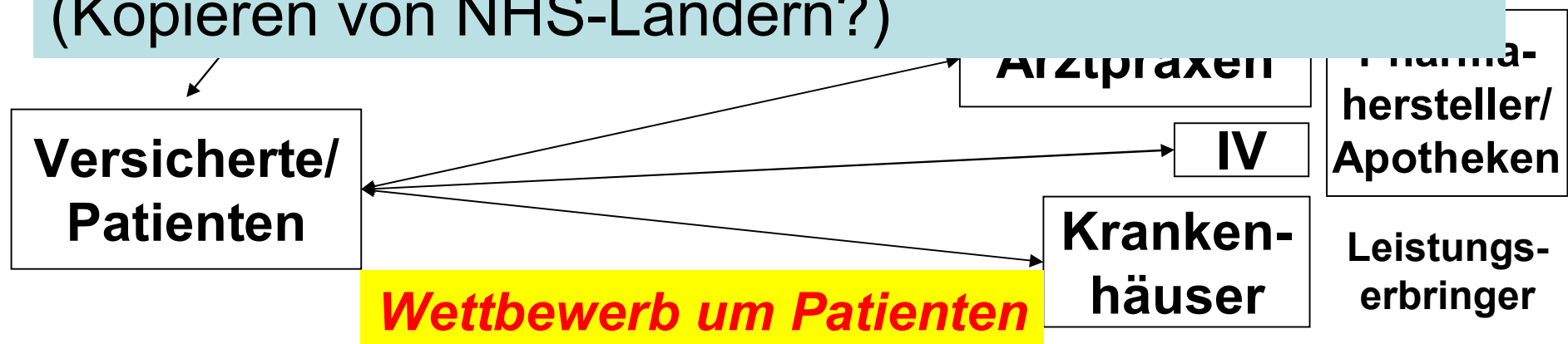


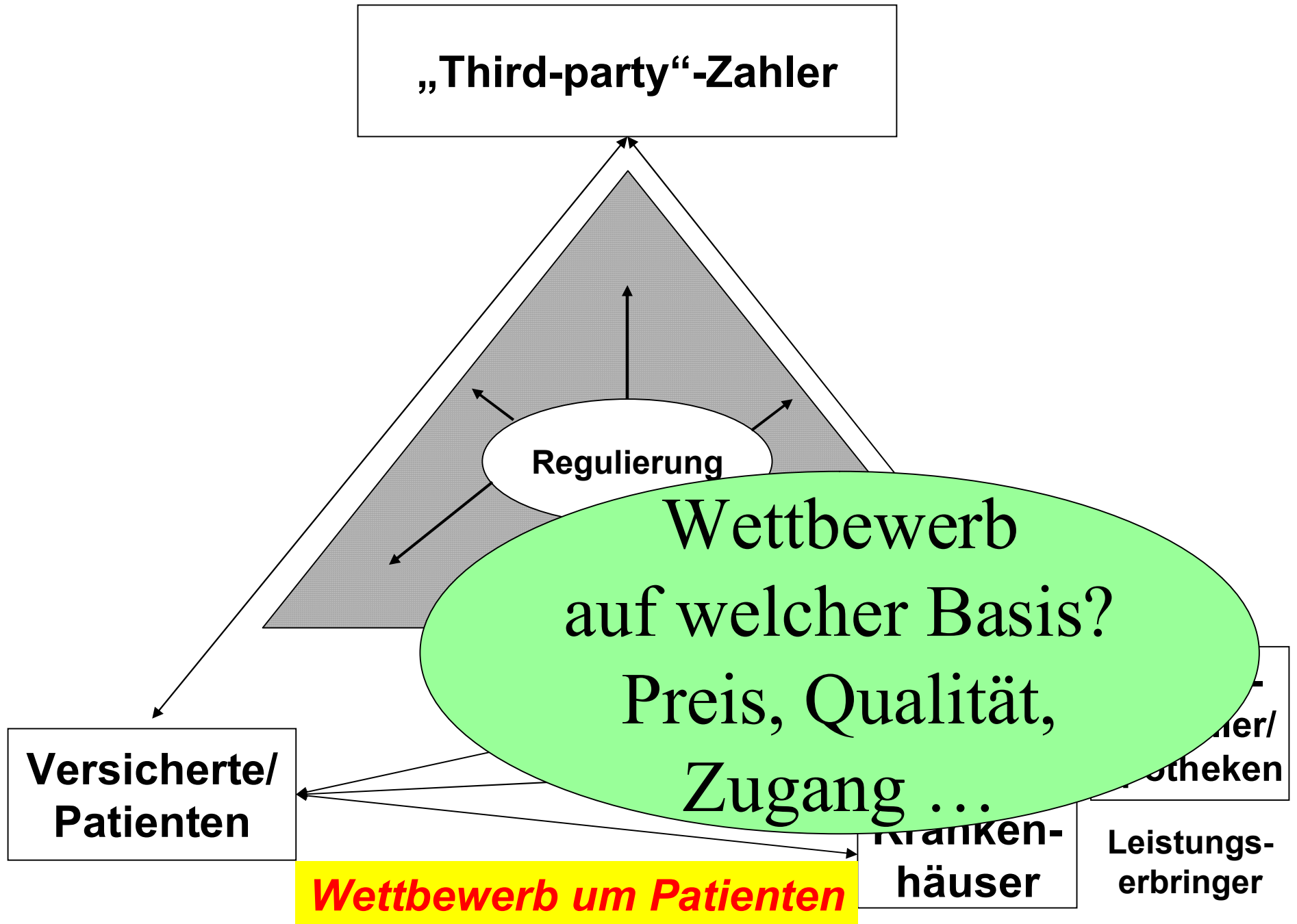
**Damit große strukturelle Ähnlichkeit mit GKV-Systemen!**



## „Third-party“-Zahler

- Zu einem gewissen Grad heute Bestandteil aller Systeme, z.T. aber nur bzgl. Hausarzt
- In Großbritannien besonders befördert: Patient muss 4 bis 5 geeignete Krankenhäuser angeboten bekommen (Kopieren von GKV-Ländern?)
- In GKV-Ländern eher Tendenz zur Einschränkung der Wahlmöglichkeiten, um Qualität zu sichern (Kopieren von NHS-Ländern?)





„Third-party“-Zahler

Regulierung

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

Versicherte/  
Patienten

Wettbewerb um Patienten

Kranken-  
häuser

Leistungs-  
erbringer

...er/  
...otheken

Wettbewerbsbefürworter verweisen auf  
Qualitätswettbewerb und gut informierte „Kunden“ ...

PUBLICATION AGREEMENT #40025240

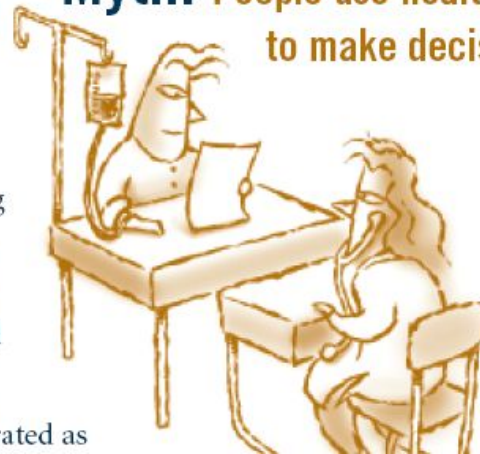
# Mythbusters

A series of essays giving the research evidence  
behind Canadian healthcare debates

*Myth Busted December 2003*

*Busted Again September 2006*

## Myth: People use health system report cards to make decisions about their healthcare



In a culture obsessed with ranking the Top 10 everything, it seems logical patients would want their hospitals and doctors to be rated as

In addition, a large study of Wisconsin hospitals that were included in a public report card showed no change in the number of people using each hospital after the report's release. Further, only 10 percent of people who were exposed to the report used it to recommend or choose a hospital within two years, and almost no one spoke with their doctors about it.<sup>v</sup>

Finally, report cards on bypass surgery, heart attack care, and spinal surgery in New York and California



# ***Clinton Surgery Puts Attention on Death Rate***

**Clinton hospital's death rate higher for  
bypass surgery** *(NY Times 9/6/2004)*

**Overall CABG death rate for New York State  
is 2.18%** *(nysdoh 2001)*

**Columbia Presbyterian Center of New York  
Presbyterian Hospital overall CABG death  
rate 3.93% - nearly double** *(nysdoh 2001)*

**„Third-party“-Zahler**

**Wettbewerb  
um Versicherte**

- (bisher?) nicht in NHS-Ländern  
- in Mittel-/Osteuropa nur in Tschechien und Slowakei  
- westliche GKV-Länder sind gespalten: JA in Deutschland, Niederlande, Schweiz und – ohne große Rhetorik – in Belgien, NEIN in Frankreich, Luxemburg, Österreich

**Versicherte/  
Patienten**

**IV**

**Apotheken**

**Kranken-  
häuser**

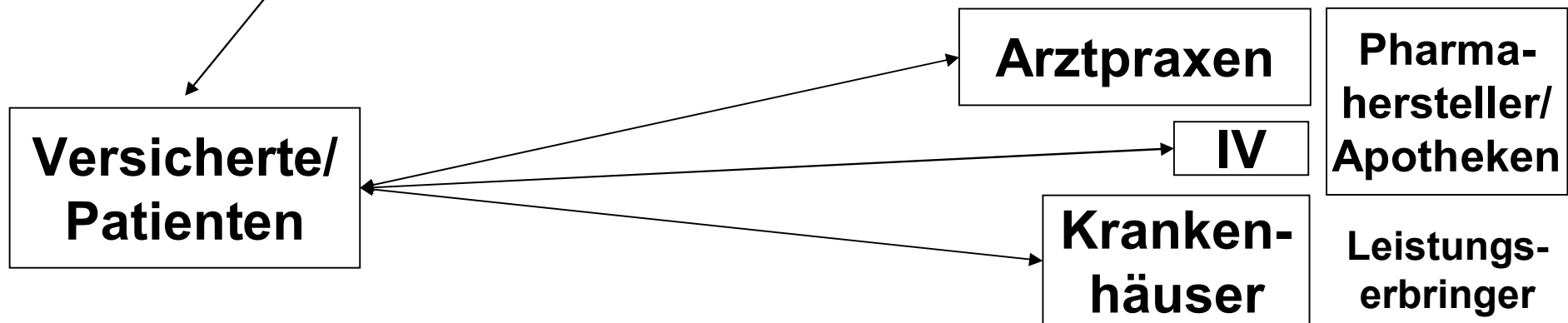
**Leistungs-  
erbringer**



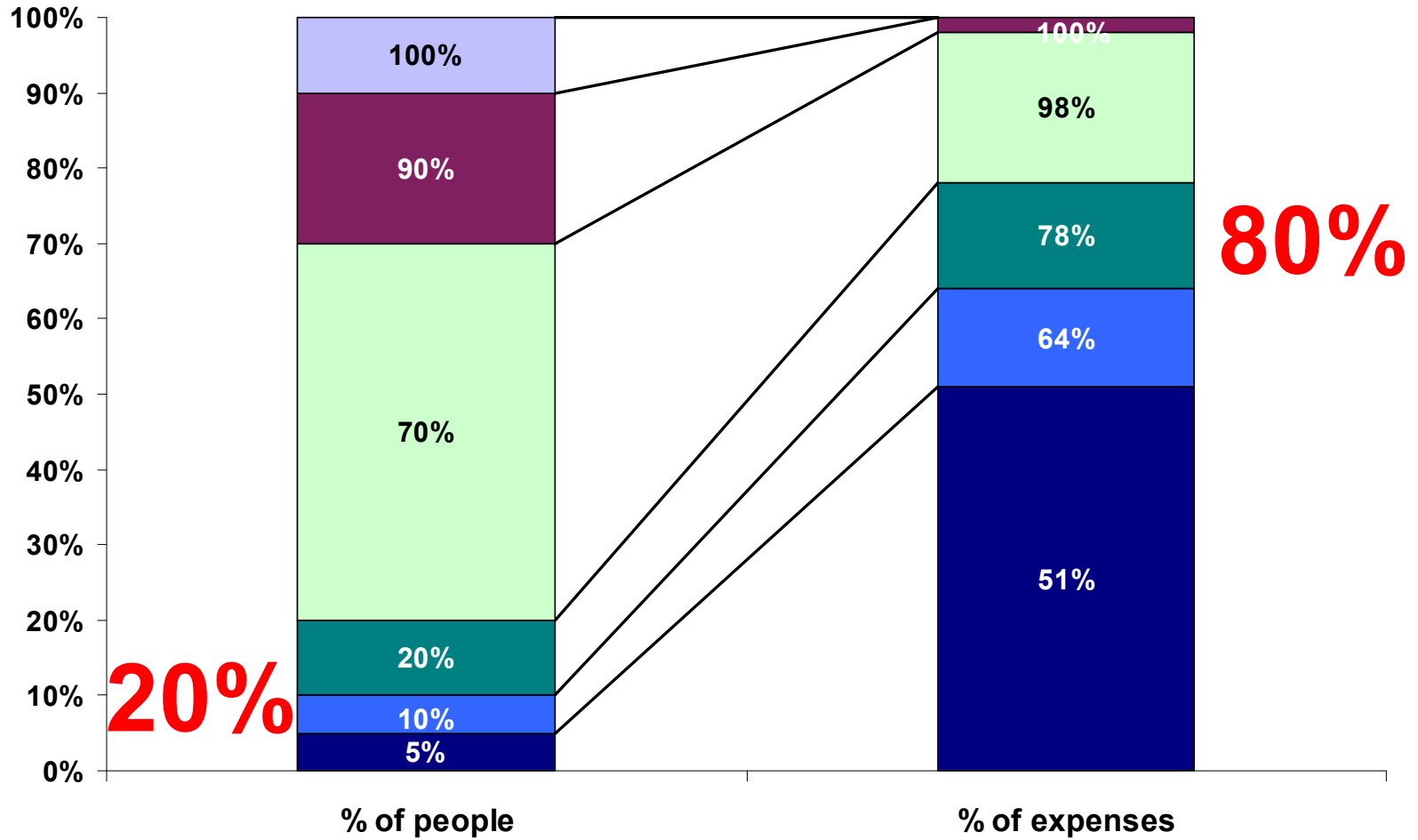
**„Third-party“-Zahler**

Größerer, kleinerer,  
maßgeschneiderter  
Leistungsumfang?

Rückzahlungen bei  
Nicht-Inanspruchnahme?

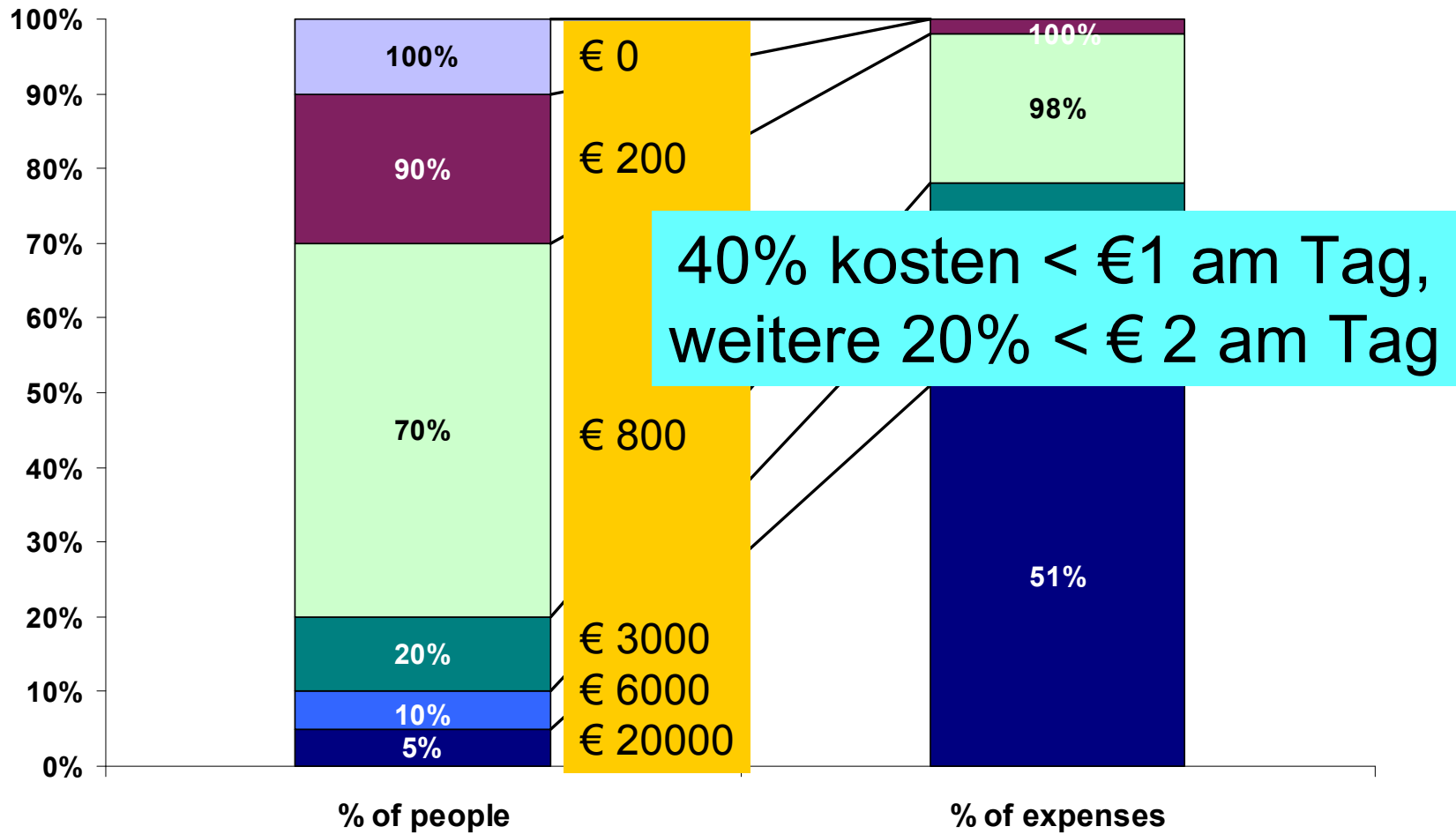


# Teure Gesundheitsversorgung braucht nur eine Minderheit (hier Frankreich 2001)



Source : CNAMTS/EPAS

# Für wen sollen die Krankenkassen maßgeschneiderte Angebote machen?

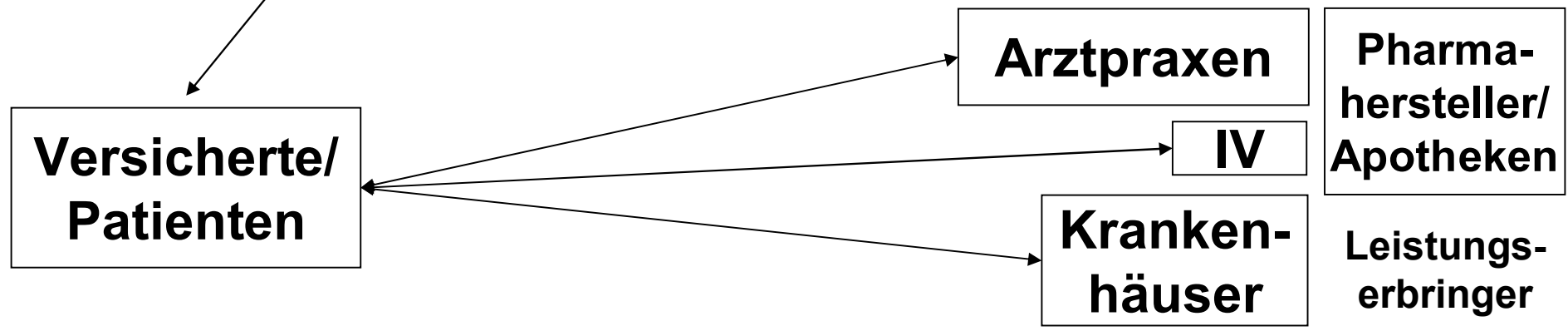


Source : CNAMTS/EPAS

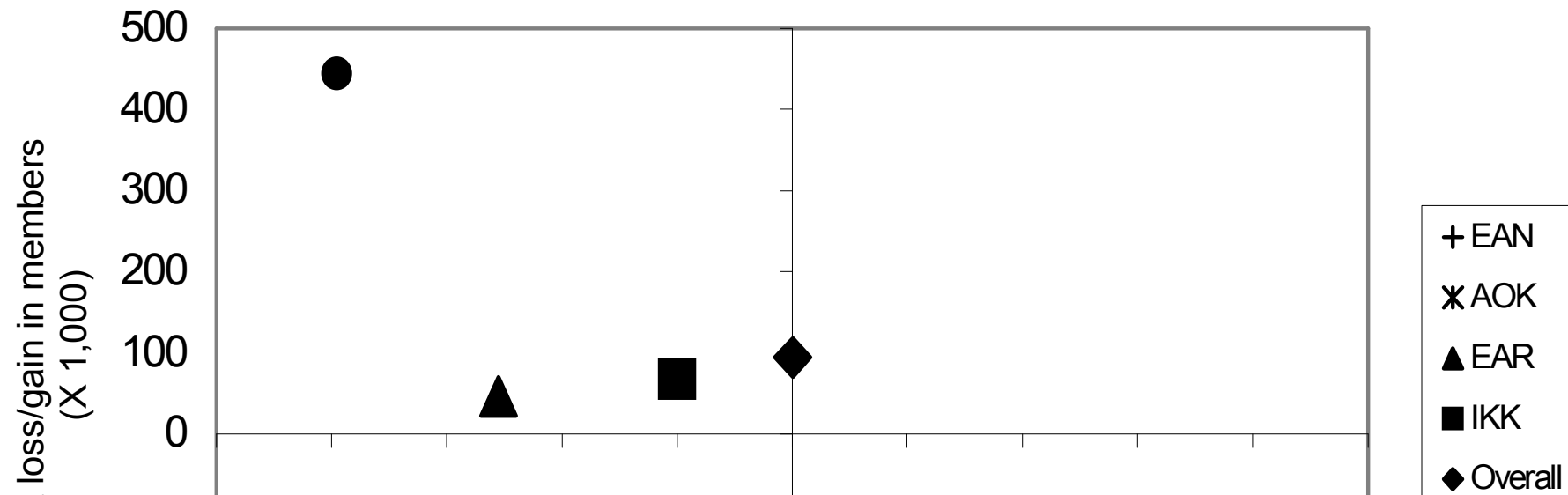
Durchschnitt: € 2000

**„Third-party“-Zahler**

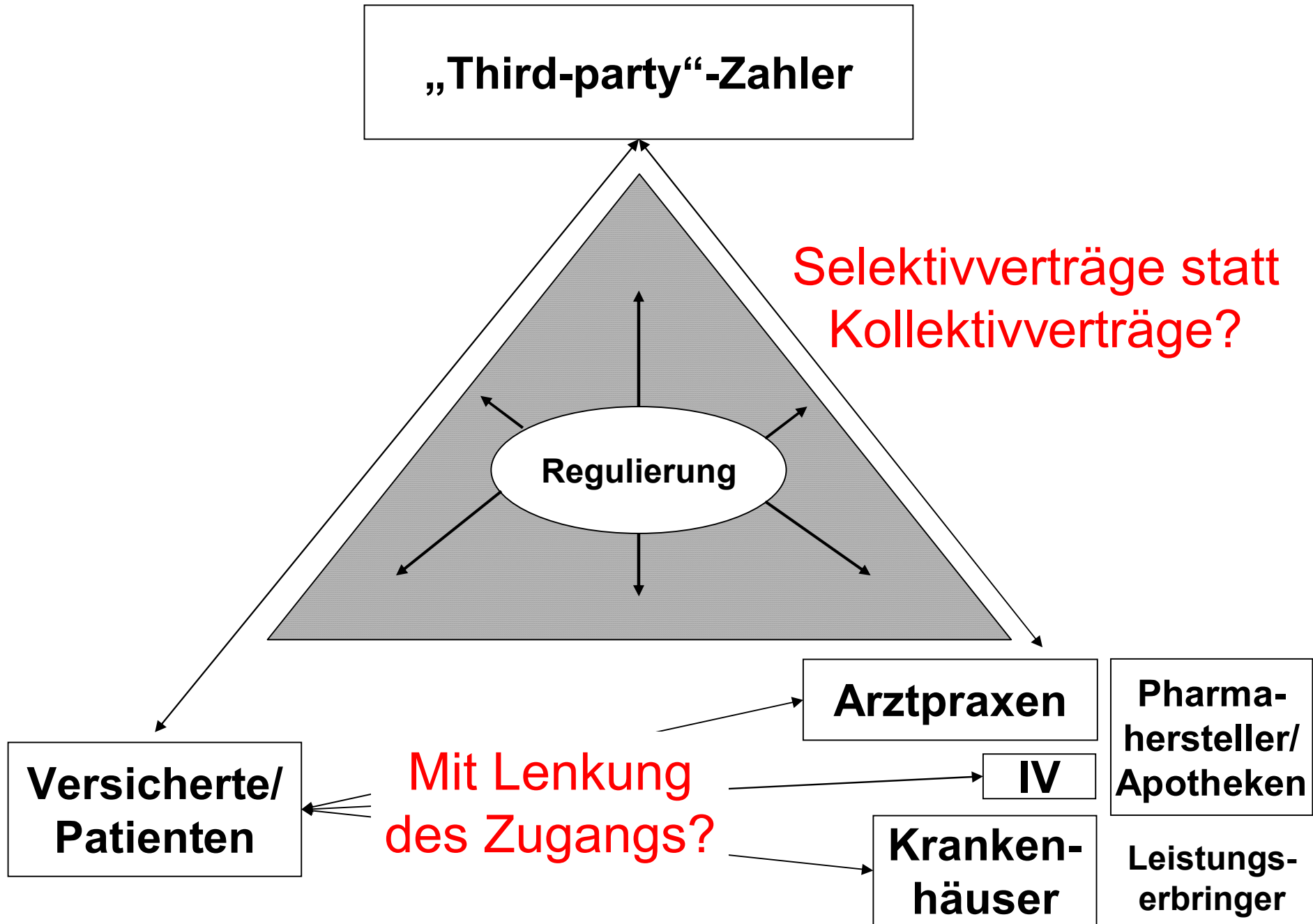
**Beitrag-/ Prämienunterschiede  
bei gleichem Leistungskatalog?**



## WEST 1.1.1998-1.1.1999



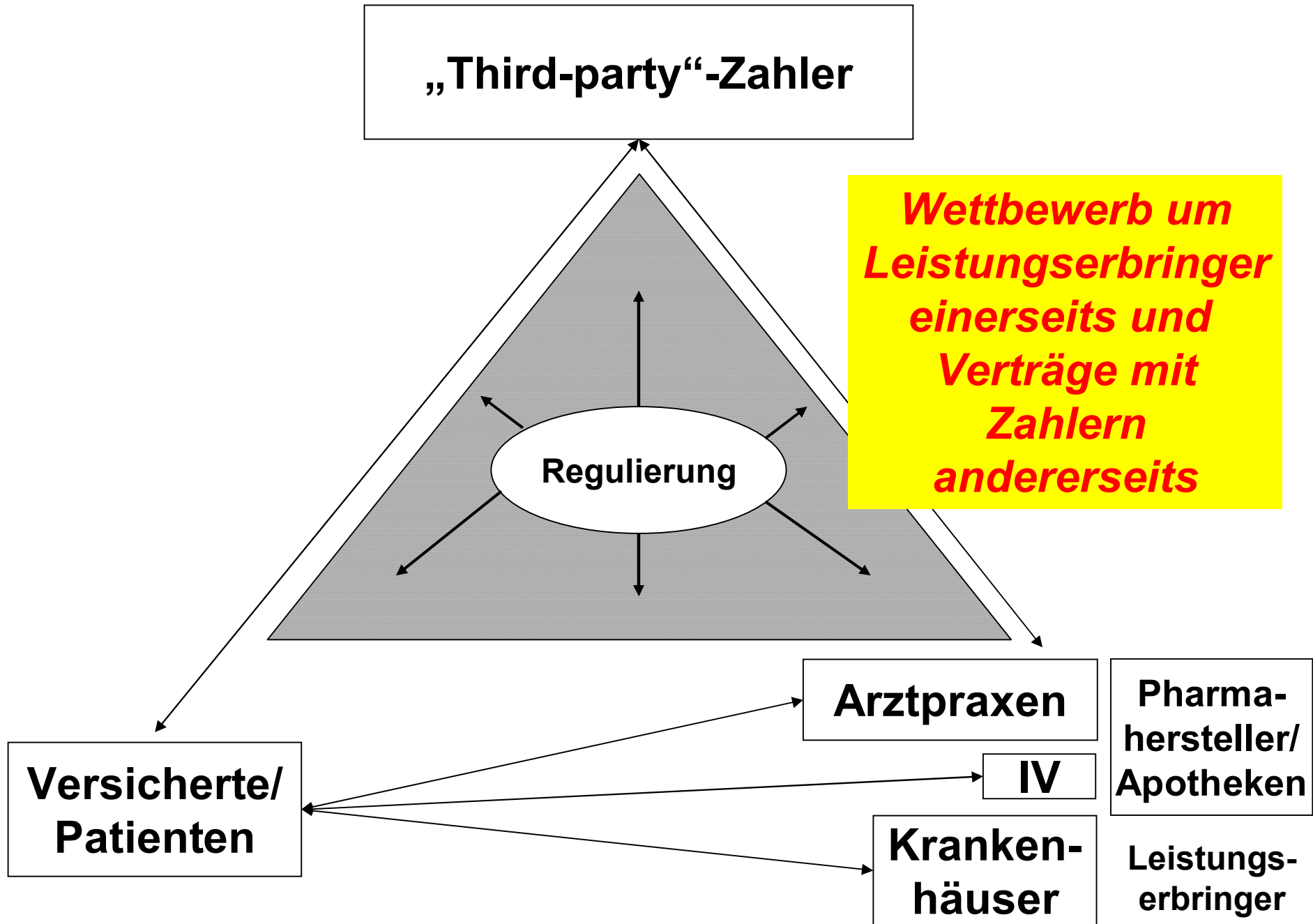
In den Niederlanden bis 2005 deutlich weniger Mitgliederbewegung (trotz „kleiner“ Prämie); zum Start des neuen Systems 2006 mit hälftiger Prämie und Unterschieden bis 15% einmalig ca. 25% Bewegung zwischen Kassen (auch durch Gruppenverträge mit chronisch Kranken - gute Allokation durch „RSA“!).



## Versicherte in der Schweiz in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (2004)

	Versicherte in Hausarztmodellen in %	Versicherte in HMOs in %	Versicherte in ...
Aargau	13,6	0,5	
Appenzell-Innerrhoden und Ausserrhoden	3,4		
Bern			
Basel-Land			
Basel-Stadt			
Fribourg			
Genf			0,4
Glarus			10,1
Lucerne			4,4
Nidwalden		4,2	17,9
Obwalden		-	15,6
Sankt Gallen	3,0	-	1,0
Schaffhausen	25,4	-	25,4
Solothurn	3,4	-	3,4
Thurgau		2,5	2,5
Tessin	4,4	2,8	7,2
Insgesamt 7 Kantone	-	-	-
<b>Schweiz gesamt</b>	<b>5,4</b>	<b>1,3</b>	<b>6,7</b>

Der Beweis, dass Wahlfreiheit zwischen Versicherern Qualität und Effizienz steigert, steht (noch) aus.  
 Die Diskussion zwischen „Choice“ und „Voice“ (= Beteiligung an Entscheidungen des Zahler) geht weiter.

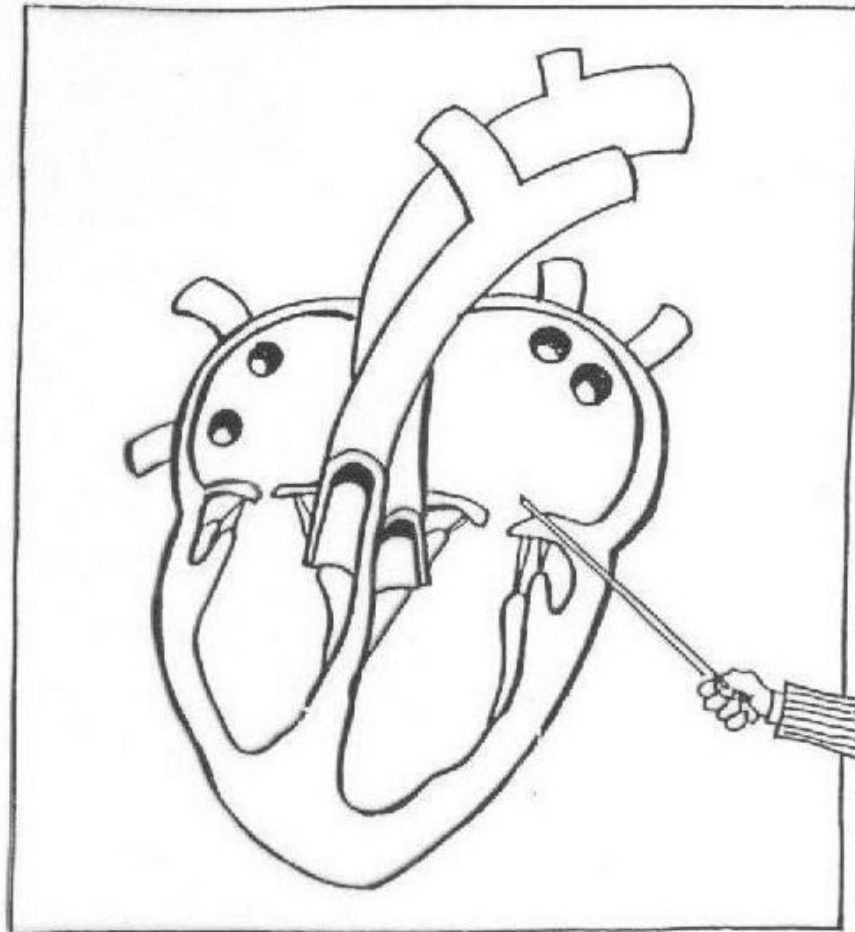


# Letztendlich bleibt wohl nur diese Lösung ...

- Zahler (Krankenkassen in GKV-Systemen, Primary Care Trusts in Großbritannien, regionale Behörden ...) verhandeln mit Leistungserbringern aufgrund des ermittelten Bedarfes der zu versorgenden Bevölkerung und der Versorgungsqualität
- Je nach Dringlichkeit/ Komplexität/ Qualitätsunterschieden/ Kosten mit Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Leistungserbringern für Patienten

Sollen wir „Netzwerk“-Strukturen zugunsten von Wettbewerb über Bord werfen?

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.



TOM SCOTT...



**Präsentation und weiteres  
Material zur Versorgungs-  
forschung ist verfügbar auf:  
<http://mig.tu-berlin.de>**

[www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)



Deutschsprachige Artikel  
zu Gesundheitssystemen  
international:

[www.healthcaresystems.de](http://www.healthcaresystems.de)