
Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen

Erfahrungen der Niederlande und der Schweiz – Vorbild für Deutschland

Peter Marx, Anke Rahmel

Einleitung

Die Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen steigen aufgrund der zunehmenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einer im Durchschnitt alternden Bevölkerung, einer intensivierten Behandlung der wachsenden Zahl chronisch Kranker und der Einführung innovativer und gleichzeitig teurer Diagnose- und Behandlungsverfahren an. Die begrenzten Möglichkeiten zur Steigerung der Arbeitsproduktivität führen dazu, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung des Landes seit Jahrzehnten kontinuierlich wächst. Viele industrialisierte Länder mit einer ähnlichen Ausgabenentwicklung öffnen ihr Gesundheitssystem mehr und mehr für wettbewerbliche Elemente. Dabei sind sich diese Regierungen und Entscheidungsträger der Tatsache wohl bewusst, dass – aufgrund einer Vielzahl von Aspekten – im Bereich des Gesundheitswesens die freien Wettbewerbskräfte allein weder unter wirtschaftlichen noch unter sozialen Gesichtspunkten die angestrebten Ergebnisse erzielen können. Die überwiegende Mehrheit der Experten ist vielmehr der Ansicht, dass das Risiko eines Marktversagens ein Eingreifen des Staates oder entsprechender Or-

gane in diesem Bereich erforderlich macht. Inzwischen wird aber zunehmend erkannt, dass andererseits eine staatliche Über- und Detailregulierung die drohende Gefahr des Staatsversagens in sich birgt. Damit ein Gesundheitssystem den Ansprüchen einer modernen Gesellschaft an die Versorgungsqualität gerecht wird und dabei nachhaltig finanzierbar bleibt, gilt es die Vorzüge beider Systemalternativen optimal zu verbinden.

Die Einführung von marktorientierten Reformansätzen wird von verschiedenen Gruppen grundsätzlich – oft unter Hinweis auf unerwünschte Entwicklungen im US-amerikanischen Gesundheitssystem – abgelehnt. Aus wissenschaftlicher Perspektive gilt jedoch: Sofern allgemeingültige, wirkungsvolle Regulierungsmechanismen in Form klar umrissener und vom Staat festgelegter Grenzen existieren, kann eine wettbewerbliche Ausrichtung zur Steigerung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems beitragen. Ein derartiger Wechsel des Paradigmas fand in den vergangenen Jahren in den Gesundheitssystemen der Niederlande und der Schweiz statt. In diesem Beitrag wollen wir uns der Frage widmen: Welche Implikationen ergeben sich aus den bekannten theoretischen Erkenntnissen und den tatsächlichen Praxiserfahrungen unserer Nachbarn für die Reformpolitik in Deutschland?

Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Die Effektivität und Effizienz eines Gesundheitssystems kann durch die Einführung von Wettbewerb und angemessenen Anreizen für alle Beteiligten gesteigert werden.¹ Dabei bedeutet die Effektivität des Systems dessen jeweilige Fähigkeit, ein Bündel an Gesundheitsleistungen mit kostenminimalem Einsatz der Inputfaktoren (wie Personal, Sachmittel, Wissen usw.) bereitzustellen. Demgegenüber

geht es bei der Frage nach der Effizienz darum, ein gesellschaftlich optimales oder die Wohlfahrt maximierendes Niveau an Gesundheitsleistungen kostenminimal bereitzustellen. Der Preismechanismus eines Wettbewerbssystems sorgt dafür, dass die Akteure im Gesundheitswesen nach individuellen Präferenzen und nach ihrer Zahlungsfähigkeit handeln sowie angemessene Leistungen zu adäquaten Preisen anbieten bzw. nachfragen; Rationalisierungsprozesse und eine verbesserte Mittelverwendung sind die Konsequenzen. Wettbewerb dient jedoch nicht nur der Optimierung der Preisdimension, sondern verfügt auch über eine qualitative Komponente. Unter bestimmten Prämissen – wie einem ausreichenden Informationsgrad auf der Nachfrageseite – verbessert der Wettbewerb die Versorgungsqualität.

Auch wenn das theoretische Modell eines vollkommenen Wettbewerbs zur Analyse von Marktsystemen herangezogen wird, darf nicht übersehen werden, dass seine Ergebnisse und Implikationen auf einer Vielzahl von kaum erfüllbaren Annahmen beruhen, die auch im Gesundheitswesen nicht zutreffen. Denn aufgrund einer Vielzahl von Eigenschaften der Gesundheitsgüter, von Wirkungsmechanismen und Informationsbedingungen stellt die Idee des vollkommenen Wettbewerbs im Grunde einen unangemessenen Analyserahmen dar. Zudem würde er zu unerwünschten Allokationseffekten und Ineffizienzen führen: So spielen etwa externe Effekte (z. B. infolge der Kollektivguteigenschaften von bestimmten Gesundheitsleistungen wie Impfungen), Verteilungsprobleme (z. B. Unterkonsum bei niedrigen Einkommensgruppen oder chronisch Kranken) oder die Unsicherheit über den zukünftigen Gesundheitszustand (z. B. darüber, ob und wann Gesundheitsleistungen erforderlich sind und welche Auswirkungen sie auf den Einzelnen haben) eine Rolle. Ferner tragen die eingeschränkte Konsumentensouveränität und die Informationsasymmetrien zwischen Patient

und Arzt dazu bei, dass Letzterer die Nachfrage lenkt, indem er mehr und/oder teurere Leistungen anbietet, als dies in einem funktionierenden Markt möglich wäre (sog. moralisches Risiko der Produzenten).

Moralische Risiken bestehen auch aufseiten der Krankenversicherungen. Das Angebot einer Versicherung birgt die Gefahr, dass Menschen ungesunde Lebensweisen annehmen – derartigen Verhaltensänderungen entgegenzuwirken (z. B. durch entsprechende Bonus-Malus-Systeme) ist im Allgemeinen schwierig. Zudem führt vollständiger Wettbewerb im Gesundheitswesen unter den gegebenen Bedingungen konsequent zu einer Unterversicherung. Bestimmte Risiken werden (wie man auch am Beispiel des privaten Versicherungsmarktes in Deutschland sehen kann) nicht abgedeckt, weil sie nicht kostenadäquat kalkuliert werden können (z. B. Pflege für körperlich oder geistig Behinderte).

Es ist hinlänglich bekannt, dass sich die Verteilungsergebnisse in freien Marktsystemen aus den Allokationsprozessen des Preismechanismus ableiten. Dabei kann es zu gesellschaftlich nicht akzeptablen Ergebnissen und sozialen Ungerechtigkeiten kommen, die staatliches Eingreifen erfordern. Daher kann an dieser Stelle ganz allgemein festgehalten werden, dass in real existierenden wettbewerblichen Systemen regulierende Maßnahmen einen notwendigen Bestandteil einer Wettbewerbsordnung darstellen, da ein freier Wettbewerb keine optimalen Ergebnisse hervorbringen kann. Dies gilt insbesondere im Gesundheitswesen.

Regulierter Wettbewerb als Leitmotiv

Über mehrere Jahrzehnte wurden die Erkenntnisse über das Marktversagen im Gesundheitswesen – aber auch in anderen Politikfeldern – als Begründung für zunehmende staatliche Interventionen herangezogen. Auch verschiedene Inte-

ressengruppen schlugen selbst neue Eingriffe und Regulierungen vor, um sich Verteilungsanteile zu sichern oder neue Vorteile im Sinne des „rent-seeking“ zu gewinnen. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist ein dichtes Netz von kaum durchschaubaren Einzelregulierungen, die – nicht selten auch aufgrund der Auswirkungen vorangegangener Eingriffe – in ihren Einzelwirkungen im Gesamtsystem kaum zu verfolgen sind. Erst als es immer offensichtlicher wurde, dass zwar die befürchteten Folgen des Marktversagens verhindert wurden, aber stattdessen ein Staatsversagen drohte, und sich zunehmend die Einsicht durchsetzte, dass für die Weiterentwicklung einer modernen Gesellschaft ein gewisses Maß an Wettbewerbsdynamik erforderlich ist, wurde ein Paradigmenwandel eingeleitet, der inzwischen auch die Reformen der Gesundheitssysteme prägt. In den vergangenen Jahren hat sich zunehmend der regulierte Wettbewerb als Leitidee für die Gestaltung eines effizienten und leistungsfähigen Gesundheitssystems etabliert. Hierbei sollen die positiv wirkenden Elemente der beiden Systemvarianten verknüpft werden. Wettbewerbliche Marktelemente werden hierbei durch ein zu definierendes Maß staatlicher Eingriffe flankiert.

Eine allgemeingültige Aussage darüber, in welcher Weise der Staat am besten eingreifen soll und welche Aufgaben dem Markt überlassen werden können, steht trotz zahlreicher konzeptioneller Arbeiten jedoch bis heute aus. Typische regulative Möglichkeiten des Staates reichen von Markteintrittsbeschränkungen für kommerzielle Anbieter von Gesundheitsleistungen über Zulassungsverfahren, Lizenzvergaben, Verbraucherschutzvorschriften sowie Werbeverbote bis hin zu Qualitätsprüfungen und Zertifizierungspflichten. Regulierter Wettbewerb verfolgt das Ziel, die wünschenswerten Seiten des Wettbewerbs auf den Märkten (z. B. Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen) mit den positiven Seiten normati-

ven staatlichen Eingreifens (z. B. Gerechtigkeit der Verteilung) zu verbinden. Staatliche Regulierung und Wettbewerb sind somit nicht als unvereinbare Gegensätze zu verstehen.

Wichtig hierbei ist es, durch einen geeigneten Wettbewerbsrahmen ein gesellschaftlich akzeptiertes Gleichgewicht zwischen Wettbewerb und Regulierung zu erreichen. Ein Zuviel an Wettbewerb kann zu Fehlentwicklungen und Skepsis führen, aber auch ein Übermaß an staatlicher Aktivität und bürokratischen Vorgaben erzeugt aus gesellschaftlicher Perspektive keine optimalen Ergebnisse. Staatliche Eingriffe müssen einem transparenten und planbaren Regulierungsrahmen folgen, der Marktunsicherheiten ausgleicht und die gegenseitige Beeinflussung der Regulierungsinstrumente ausschließt. Neben dem Ziel eines funktionierenden Wettbewerbs können idealerweise auch Innovationsförderung und Wohlfahrtssteigerung gleichzeitig realisiert werden.

Richtet man den Blick auf die gesundheitspolitischen Entwicklungen in Europa, zeigt sich, dass zahlreiche Länder mittels staatlicher Planung und Finanzierung von Einrichtungen und Dienstleistungen des Gesundheitswesens gegenwärtig noch zu viel Einfluss ausüben. Unausgewogene Zulassungsverfahren, wenig transparente Budgetierungsprinzipien und eine strenge Preiskontrolle bzw. -regulierung sind die Auswüchse einer staatlichen Überregulierung. Schritte in Richtung einer Deregulierung werden nur zögerlich unternommen, weil sie auch mit einem veränderten Rollenverständnis des Staates im Gesundheitswesen einhergehen müssen, nämlich in dem Sinne, dass der Staat sich aus Detailplanungen der einzelnen Akteure herausnimmt und auf das Einhalten des Rahmens achtet, innerhalb dessen sich der Wettbewerb vollziehen soll.

Gestaltungsoptionen eines regulierten Wettbewerbs

1. Erfahrungen in den Niederlanden

In den Niederlanden hat es mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes, das nach einer mehrjährigen Vorbereitungsphase im Jahr 2006 in Kraft trat, eine fundamentale Reform des Gesundheitswesens stattgefunden. Man war sich mehrheitlich darüber einig, dass der Wettbewerb eine zentrale Funktion im Versorgungssystem übernehmen müsse.² Das vorrangige Ziel der Reform war, einen staatlich regulierten Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt einzuführen. Die Rolle des Staates hat sich somit grundsätzlich geändert: Er setzt seither mithilfe regulativer Eingriffe die Regeln zur Förderung eines fairen Wettbewerbs, anstatt die Aufgaben der Planung und Preisgestaltung zu erfüllen.

Untereinander konkurrierende Krankenversicherungen sind seit der Reform für die Gewährleistung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung verantwortlich, indem sie im Namen ihrer Versicherten Gesundheitsgüter bei konkurrierenden Leistungserbringern, die entsprechend qualifiziert bzw. registriert sind, einkaufen. Den Krankenversicherungen steht es dabei frei, nur mit solchen Leistungserbringern Verträge auszuhandeln und abzuschließen, die ein adäquates Kosten-Nutzen-Verhältnis anbieten. Die Gestaltung der Preise ist ohne Eingriffe des Staates möglich. Um den Missbrauch der gewährten marktlichen Freiheiten zu verhindern, fungiert der Staat als Überwachungsorgan, u. a. durch die Einrichtung einer Kartellbehörde mit entsprechenden Befugnissen im Gesundheitswesen. Im Ergebnis entwickelt sich ein starker Anreiz für die Leistungserbringer, qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen wirtschaftlich anzubieten, da sie sonst Gefahr laufen, ihre Verträge und damit ihre Kunden zu verlieren.

Gleichzeitig wird für die Krankenversicherungen eine Anreizstruktur geschaffen, die dazu führt, dass sie als Käufer von Gesundheitsgütern agieren. Ursächlich hierfür ist die Möglichkeit für die Versicherten, jedes Jahr ihre Versicherung zu wechseln. Die Konsequenz ist ein staatlich reguliertes System, das für die Krankenversicherungen eine Aufnahmepflicht ohne eine vorhergehende Gesundheitsprüfung beinhaltet.

Ferner tragen im niederländischen System die Krankenversicherungen die finanziellen Risiken ihrer Entscheidungen. Der daraus resultierenden Gefahr der Risikoselektion, d. h. einer Auswahl derjenigen Versicherten, die für die Versicherung vergleichsweise „gute Risiken“ darstellen, wird durch staatliche Eingriffe im Rahmen des regulierten Wettbewerbs entgegengesteuert.³ Dies geschieht durch eine Zweiteilung des Budgets der Versicherungsgesellschaften: Zum einen erhalten sie einen beträchtlichen Versicherungsbeitrag direkt von den Versicherten, der etwa die Hälfte ihres Budgets deckt. Dieser Anteil ist für alle Versicherten in Abhängigkeit von der gewählten Versicherungspolice identisch. Die zweite Hälfte des Budgets wird über einen einkommensabhängigen Beitrag erhoben, der teilweise von den Arbeitgebern getragen und in einem zentralen Fonds gesammelt wird. Aus diesen zentral eingezogenen Mitteln erhalten die Versicherungen auf der Grundlage des Risikoprofils ihrer Versicherten eine Zahlung zum Ausgleich der individuellen Risiken. Der aktuelle Risikoausgleichsplan der Niederlande gehört zu den differenziertesten der Welt und berücksichtigt Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, Arbeitsstatus, Region, frühere Arzneimittelaufwendungen und Angaben zur Diagnostik.⁴ Der Plan soll sicherstellen, dass die Versicherungen einen angemessenen Ausgleich für das von ihnen getragene finanzielle Risiko erhalten. Dieser dient somit als flankierendes Instrument zur vorgeschriebenen Aufnahmepflicht

und der einheitlichen Versicherungsprämie, die unabhängig von Risikoprofilen zu erheben ist.

Das niederländische System kombiniert Vorteile des Marktes (Wettbewerb unter allen Akteuren als Anreiz, ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis bei ihren Leistungen anzubieten) mit den Vorzügen staatlicher Regulierung (Solidarität bei den Versicherungsbeiträgen und freier Zugang zum Krankenversicherungs- und Gesundheitsmarkt). Die dynamisch wirkenden Marktkräfte machen das Gesundheitswesen dabei konkurrenzfähiger, wirtschaftlicher und nachfrageorientierter, während der Staat Qualität und Gerechtigkeit garantiert. Folglich kann ein regulierter Wettbewerb, wie er zurzeit in den Niederlanden stattfindet, als Ausgangspunkt einer Suche nach Möglichkeiten für eine adäquate Umgestaltung des Gesundheitssystems in anderen europäischen Ländern dienen. Für ein Erfolg versprechendes Vorgehen ist es dabei wichtig, negative Erfahrungen zu berücksichtigen sowie länderspezifische Besonderheiten anzuerkennen und zu beachten.

2. Erfahrungen in der Schweiz

Das schweizerische Gesundheitssystem ist ein anderes Beispiel für einen regulierten Wettbewerb. Wie das niederländische System basiert es auf Marktelementen im Bereich des Krankenversicherungsmarktes. Die Schweiz schaffte bereits 1996 mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz einen ersten großen Reformschritt. Obgleich diese Reform den Zugang zu einer breiten Palette an Gesundheitsdiensten für die gesamte Bevölkerung verbesserte, verfehlte sie jedoch das Ziel, die Ausgaben für das Gesundheitswesen zu senken.

Der Versicherungsmarkt in der Schweiz zeichnet sich insbesondere durch die folgenden Eckpunkte aus:

- konkurrierende und überwiegend private Versicherungsgesellschaften,

- eine für die gesamte Bevölkerung obligatorische Basis-Krankenversicherung,
- festgelegte Versicherungsbeiträge verbunden mit Risikoausgleich und Prämiensubventionen für Familien mit niedrigem Einkommen,
- ein recht umfassendes Leistungspaket sowie
- einen offenen Zugang.⁵

Der Staat spielt eine vergleichsweise große Rolle, insbesondere aufgrund der föderalen Struktur des Landes. Viele Einrichtungen sind in öffentlicher Trägerschaft, was insbesondere für die Akutversorgung im Krankenhaus gilt. Im Vergleich zum niederländischen System überträgt das schweizerische System den Krankenversicherungen sowohl hinsichtlich der Finanzierung als auch hinsichtlich ihrer Funktion als Einkäufer auf dem Gesundheitsmarkt weniger Verantwortung. So dürfen Krankenversicherungsgesellschaften in der Schweiz beispielsweise nicht auf Gewinnbasis arbeiten (mit Ausnahme der Zusatzversicherungen).

Von zentraler Bedeutung ist zudem, dass die Ausgestaltung des Risikoausgleichs in der Schweiz noch unzulänglich ist und – wie bisher in Deutschland – im Wesentlichen nur Alter und Geschlecht berücksichtigt. Die Folge davon sind heterogene Risikoklassen, was wiederum die Risikoselektion zu einer attraktiven Option für die Versicherungen werden lässt.⁶ Zudem setzt der Risikoausgleich insofern unerwünschte Anreize, als Kosteneinsparungen durch eine Versicherungsgesellschaft – sei es im Verwaltungs- oder im Leistungsbereich – mit niedrigeren Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds bestraft werden, wogegen ein ineffizientes Management sogar noch mit höheren Subventionen belohnt wird. Die sich ergebenden Folgen sind umso gravierender, je größer die Marktanteile der Gesellschaften sind, da eine geringe Wirtschaftlichkeit einer großen Versicherung zu erheblichen Kostensteigerungen für alle führt. Weiterhin

steht der Risikoausgleich aufgrund der rückwirkend stattfindenden Budgetausgleichszahlungen in der Kritik.

Gegenwärtig scheint die Liberalisierung im Krankenversicherungsmarkt weniger konsequent umgesetzt worden zu sein als in den Niederlanden. Neben den Schwächen bei der Ausgestaltung des Risikoausgleichs ist hierfür u. a. die äußerst komplexe Verwaltungsstruktur des schweizerischen Systems ursächlich. Ein Ansatzpunkt für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung des Systems stellt die Öffnung des Systems für selektive Vertragsabschlüsse dar. Hier könnte das niederländische System als Modell dienen, wo selektiv Verträge für die ambulante Versorgung und für einen immer größer werdenden Teil der stationären Versorgung hinsichtlich Preisen, Quantität und Qualität ausgehandelt werden können.

Mittlerweile herrscht in der Bevölkerung weitgehend Übereinstimmung darüber, dass das Krankenversicherungsgesetz der Schweiz einer Novellierung bedarf; dagegen herrscht jedoch noch Uneinigkeit, wie diese Änderungen ausgestaltet werden sollen. Soll dem Wettbewerb mehr Raum gegeben werden, oder soll die Rolle des öffentlichen Sektors weiter gestärkt und die Regulierung wieder verschärft werden? An diesem Scheideweg steht das schweizerische Gesundheitssystem im Augenblick.

Inwiefern die Erfahrungen der beschriebenen Systeme der Niederlande und der Schweiz eine Orientierungshilfe für das deutsche Gesundheitswesen bieten, soll im folgenden Abschnitt erörtert werden.

Implikationen für das deutsche Gesundheitssystem

Der Versicherungsmarkt in Deutschland lässt sich, ebenso wie derjenige in der Schweiz und in den Niederlanden, auf das Bismarck'sche System der Sozialversicherung zurück-

führen, was auch die umfangreichen Parallelen zwischen den Systemen erklärt. Auch die Reformbemühungen in jüngerer Vergangenheit weisen zahlreiche Ähnlichkeiten auf. So wurde beispielsweise auch in Deutschland im Jahr 1996 die Möglichkeit einer freien Wahl zwischen konkurrierenden gesetzlichen Krankenversicherungen eingeführt.⁷ Als Konsequenz kam es zu zahlreichen Fusionen im Krankenkassensektor und somit zu vergleichbaren Tendenzen, wie sie in den vergangenen Jahrzehnten auch in den Niederlanden zu beobachten waren. Auch der zuvor eingerichtete Risikoausgleich zielte darauf ab, die Ausgangsbedingungen der Krankenversicherungen auf diesem Wettbewerbsmarkt anzugleichen.

Bei genauer Betrachtung des deutschen Gesundheitswesens lassen sich weitere Ähnlichkeiten mit dem niederländischen und schweizerischen System feststellen. So wurde beispielsweise 2002 eine Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen eingeführt. Wie in der Schweiz dürfen auch in Deutschland weder die Anbieter von Gesundheitsleistungen frei ausgewählt noch die Preise mit einzelnen Leistungserbringern frei verhandelt werden. Dabei sind gerade diese Handlungsfreiräume ein wesentliches Element des Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt. Dies ist bedenklich, da die wettbewerblichen Anreizmechanismen auf dem Gesundheitsmarkt weitaus mehr Effizienzreserven aktivieren könnten, als es durch den Wettbewerb allein auf dem Krankenversicherungsmarkt möglich ist.

Darüber hinaus besitzt das deutsche System jedoch einige Elemente, die es von den beschriebenen Systemen der Niederlande und der Schweiz unterscheiden. Eine Besonderheit besteht darin, dass Personen mit einem höheren Einkommen, Selbstständige und Beamte die Möglichkeit haben, aus der Sozialversicherung auszutreten und sich privat zu versichern. Es liegt auf der Hand, dass dies nicht zur sozialen Gerechtigkeit des Systems beiträgt. Ein weiteres

Merkmal des deutschen Systems ist die Berechnung des individuellen Versicherungsbeitrags in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe (bis zur Beitragsbemessungsgrenze). In den Niederlanden und der Schweiz besteht zumindest ein Teil der Prämie aus einem einkommensunabhängigen Pauschalbetrag.

Im Folgenden sollen mögliche Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem herausgestellt werden, wobei die Niederlande und die Schweiz als Bezugspunkte dienen und das Hauptaugenmerk auf die Einführung von mehr Wettbewerb gelegt wird.

Notwendigkeit einer langfristigen Vision für den Gesundheitssektor

Die Einführung eines regulierten Wettbewerbs benötigt lange Zeiträume. Die Umstrukturierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eines Gesundheitssystems ist ein Prozess, der breite Unterstützung, politischen Umsetzungswillen und ein gutes Timing voraussetzt. In den Niederlanden hält die Diskussion über einen regulierten Wettbewerb seit Mitte der Achtzigerjahre an und die Regierungen setzten schrittweise Maßnahmen zur Förderung des Wettbewerbs um. In der Schweiz gestaltet sich eine wettbewerbsorientierte Reform des Gesundheitswesens schleppender, da hier die Befürworter und Gegner des Wettbewerbs politisch etwa gleich stark sind.⁸ Langfristig ist es für eine erfolgreiche Einführung des regulierten Wettbewerbs notwendig, eine ausgewogene und realistische Sicht des Wettbewerbs und seiner potenziellen Vor- und Nachteile zu entwickeln sowie einen Konsens über das gewünschte Ausmaß an Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen zu erzielen.

Anpassung der Wettbewerbskontrolle

Eine Umgestaltung des Gesundheitswesens erfordert eine Anpassung der Überwachungsinstrumente und -organe des Systems. Aus diesem Grund wurden in den Niederlanden neue Organisationen zur Wettbewerbskontrolle wie die Gesundheitsbehörde geschaffen und an bestehende Einrichtungen wie die Überwachungsbehörde für das Gesundheitswesen oder die Wettbewerbsbehörde neue Aufgaben übertragen, um die Prozesse und Ergebnisse auf dem Gesundheitsmarkt engheriger zu prüfen. Bei der Anpassung der Wettbewerbskontrolle sollte auch das europäische Recht nicht unberücksichtigt bleiben, das grundsätzlich mit einer marktorientierten Sozialversicherungspolitik kompatibel und generell wettbewerbsfreundlich ist.

Mehr Wahlfreiheit für die Verbraucher erfordert Transparenz

Ein Grundsatz der Reform des niederländischen und des schweizerischen Systems, der auch bei den Reformen in Deutschland eine wichtige Rolle spielt, besteht in größeren Wahlfreiheiten für die Verbraucher, beispielsweise bei der Auswahl des Versicherungsanbieters oder des Leistungsumfangs. Durch solche Entwicklungen können nachfragegesteuerte Systeme an Bedeutung gewinnen, und dadurch kann mehr Wirtschaftlichkeit erreicht werden. Wenn der Wettbewerb zunimmt und selektive Vertragsabschlüsse zugelassen werden, die die Leistungsqualität beeinflussen, benötigen die Verbraucher verlässliche Informationen über die Leistungen konkurrierender Versicherungen (und deren Vertragspartner), um eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Dies setzt voraus, dass umfangreiche Informationen über deren Leistungsangebot systematisch erfasst und bereitgestellt werden. Erleichtert wird dies durch den Einsatz von Leistungs- und Qualitätsindikatoren, die bei-

spielsweise auch unterschiedliche Patientenmerkmale berücksichtigen. Sowohl in den Niederlanden als auch in der Schweiz gewinnen solche Leistungsindikatoren immer mehr an Bedeutung. Sie können den Verbrauchern beispielsweise durch die Veröffentlichung von Krankenhausranglisten zur Verfügung gestellt werden. In Deutschland sind Systeme mit Leistungs- und Qualitätsdaten in der Entwicklung.

Ein differenzierter Risikoausgleichsplan ist von grundlegender Bedeutung

Die Einführung von wettbewerblichen Elementen erfordert einen differenzierten Risikoausgleichsplan, damit den Versicherungen keine Anreize zur Risikoselektion gegeben werden. Bisher wird die freie Versicherungswahl in Deutschland vorrangig von jungen und relativ gesunden Mitgliedern in Anspruch genommen, weshalb der gegenwärtige Risikoausgleich nach den Kriterien Alter und Geschlecht nicht adäquat erscheint.⁹ Gerade die differenzierte Risikoausgleichspolitik der Niederlande mit zusätzlichen Risikofaktoren wie beispielsweise Arbeitsstatus, Region, frühere Arzneimittelaufwendungen und Angaben zur Diagnostik kann für das deutsche System interessante Aspekte für die Reformierung des Risikostrukturausgleichs liefern.¹⁰

Die solidarische Absicherung einer Grundversorgung ist notwendig

Umfang und Ausgestaltung eines Basisleistungspakets, in dem festgelegt wird, welche Versicherungsleistungen zur Grundversorgung gehören, werden auch im deutschen System an Bedeutung gewinnen. Gründe hierfür sind die ansteigenden Gesundheitsausgaben, begrenzte Mittel und der damit verbundene Druck auf die Budgets der Versiche-

rungen. Daher können medizinische Kriterien nicht mehr allein als Entscheidungsgrundlage für die Zusammensetzung des Basisleistungspakets dienen.¹¹ Notwendigkeit, Wirksamkeit und Kosteneffizienz sind die zukünftigen Kriterien einer angemessenen Grundversorgung der Patienten. Die genaue Definition des Basisleistungspakets muss den medizinischen Leistungserbringern dabei als Richtlinie dienen. Die Rationalisierung spielt in einem System des regulierten Wettbewerbs eine bedeutende Rolle, denn sie stellt eine bevorzugte Methode zur Ausgabenkontrolle dar. Die Tatsache, dass die Entscheidung über die Kosten erstattung bei den Versicherungen liegt, und die Bindung der Leistungsanbieter an deren Vorgaben stellen für Deutschland eine Herausforderung dar.¹²

Kontingentierung der Nachfrage als wesentlicher Faktor

In jedem Gesundheitssystem ist die Notwendigkeit der Kontingentierung unbestritten. Zur Förderung des Wettbewerbs ist es jedoch notwendig, die traditionelle Kontingentierung der Leistungsanbieter schrittweise in eine Kontingentierung auf der Nachfrageseite zu überführen. Dies kann durch Einschränkung des Umfangs eines Basisleistungspakets oder durch die Einführung von Selbstbehalten geschehen. So werden die Niederlande ab 2008 einen obligatorischen Selbstbehalt als Kontingentierungsinstrument einführen. In der Schweiz gibt es bereits einen relativ hohen obligatorischen jährlichen Selbstbehalt, der für alle medizinischen Leistungen gilt, die aufgrund einer Krankheit in Anspruch genommen werden, d. h. für Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche und Medikamente. Aus den Erfahrungen in der Schweiz geht hervor, dass nur eine erhebliche Kostenbeteiligung eine signifikante Wirkung auf die Inanspruchnahme von Leistungen und den Verbrauch hat (Senkung des moralischen Risikos). Dies stellt einen

wichtigen Denkanstoß für die Weiterentwicklung des deutschen Systems dar.¹³

Fazit

Das deutsche Gesundheitswesen kann sicherlich aus den Reformenerfahrungen des niederländischen und des schweizerischen Systems einige interessante Lehren ziehen, wenn es darum geht, einen regulierten Wettbewerb einzuführen. Dabei sorgen marktliche Elemente für mehr Nachfrageorientierung und Wirtschaftlichkeit, und die staatliche Regulierung gewährleistet Qualität und soziale Gerechtigkeit. Die Effizienz des Gesundheitswesens hängt ganz entscheidend davon ab, ob ausreichend wettbewerbliche Anreizmechanismen auf dem Versicherungsmarkt eingeführt werden können und ob sich zukünftig auch auf dem Gesundheitsmarkt zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven aktivieren lassen.

Literatur

Cutler, D.: Equality, efficiency, and market fundamentals – the dynamics of international medical-care reform. In: *Journal of Economic Literature* 60 (2002), 881–906.

Enthoven, A. C.: Consumer-choice health plan – a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. In: *New England Journal of Medicine* 298 (1978), 709–720.

Graf von der Schulenburg, J.-M.: German health care system in transition – the difficult way to balance cost containment and solidarity. In: *The European Journal of Health Economics* 6 (2005), 183–187.

Leu, R. E. / Rutten, F. F. H. / Brouwer, W. B. F. / Matter, P. / Rütschi, C.: A tale of two systems – the Swiss and the Dutch health care systems compared (Workingpaper, University of Bern, 2007).

Rutten, F. F. H. / Brouwer, W. B. F. / Niessen, L. W.: Catching the

third wave: value for money (bisher unveröffentlichtes Manuskript, 2008).

Rutten, F. F. H. / Brouwer, W. B. F. / Niessen, L. W.: Competition in the health care sector: regulation is the key (bisher unveröffentlichtes Manuskript, 2008).

Rutten, F. F. H. / Brouwer, W. B. F. / Niessen, L. W.: Practice guidelines based on clinical and economic evidence – indispensable tools in future market oriented health care. In: *European Journal of Health Economics* 6 (2005), 91–93.

Schut, F. T. / Gress, S. / Wasem, J.: Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands. In: *International Journal of Health Care Finance and Economics* 3 (2003), 117–138.

Stolk, E. A. / Rutten, F. F. H.: The „Health Benefit Basket“ in the Netherlands. In: *European Journal of Health Economics* 6 (2005) (Supplement 1), 53–57.

Van de Ven, W. P. M. M. / Beck, K. / van de Voorde, C. / Wasem, J. / Zmora, I.: Risk adjustment and risk selection in Europe – 6 years later. In: *Health Policy* 83 (2007), 162–179.

Van de Ven, W. P. M. M. / Ellis, R. P.: Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Culyer, A. J. / Newhouse, J. P. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam 2000.

Anmerkungen

¹ Vgl. Cutler 2002.

² Vgl. Enthoven 1978.

³ Vgl. van de Ven und Ellis 2000.

⁴ Vgl. van de Ven et al. 2007.

⁵ Vgl. Leu et al. 2007.

⁶ Vgl. van de Ven et al. 2007.

⁷ Vgl. Graf von der Schulenburg 2005.

⁸ Vgl. Leu et al. 2007.

⁹ Vgl. Schut et al. 2003.

¹⁰ Vgl. van de Ven et al. 2007.

¹¹ Vgl. Stolk und Rutten 2005.

¹² Vgl. Rutten et al. 2005.

¹³ Vgl. Leu et al. 2007.