

Titel/Title: Von der Risiko- zur Anbieterselektion
Eigendynamiken wettbewerblicher Refomen in Gesundheitssystemen
des Sozialversicherungstyps

Autor*innen/Author(s): Heinz Rothgang, Ralf Götze und Mirella Gacace

Veröffentlichungsversion/Published version: Postprint

Zeitschriftenartikel/Journal article

Empfohlene Zitierung/Recommended citation:

Rothgang, Heimz et al., (2016): Von der Risiko- zur Anbieterselektion - Eigendynamiken wettbewerblicher Refomen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps. In: Zeitschrift für Sozialreform, 55 (2), 149-175

Verfügbar unter/Available at:

(wenn vorhanden, bitte den DOI angeben/please provide the DOI if available)

<https://doi.org/10.1515/zsr-2009-0204>

Zusätzliche Informationen/Additional information:

Von der Risiko- zur Anbieterselektion

Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps

Seit den 1990er Jahren lässt sich in mehreren OECD-Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps die Implementation wettbewerblicher Reformen beobachten. Ein Vergleich von Deutschland und den Niederlanden als zwei Vertretern dieses Typs zeigt, dass diese Reformen eine Eigendynamik entwickeln: Einmal in einem Teilsegment eingeführter Wettbewerb erfordert „mehr“ Wettbewerb und Re-Regulierung. Von der freien Kassenwahl gingen in beiden Staaten zunächst steigende Anreize zur Risikoselektion aus. Um dieser Fehlentwicklung Einhalt zu gebieten, verbesserte der Gesetzgeber die Risikoadjustierung und eröffnete Möglichkeiten zur Anbieterselektion. Als Konsequenz wird das korporatistische Steuerungsmodell sukzessive durch Marktwettbewerb und staatliche Hierarchie ergänzt oder sogar substituiert.

1. Einleitung

Seit dem Ende des „Goldenen Zeitalters des Wohlfahrtsstaates“ (Flora 1986: XXII) nach den Ölpreisschocks der 1970er Jahre sind die westlichen Gesundheitssysteme einem stetigen Problemdruck ausgesetzt. Einerseits erhöhen demografischer Wandel, medizinisch-technischer Fortschritt und veränderte Patientenansprüche die Anforderungen an das Gesundheitssystem und führen so zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben (Felder 2006; Fendrich/Hoffmann 2007; Henke/Reimers 2006; Zweifel et al. 2005), andererseits limitieren der internationale Standortwettbewerb und die europäischen Harmonisierungstendenzen die Möglichkeit der Nationalstaaten, zusätzliche öffentliche Mittel für die Gesundheitssysteme bereitzustellen (Delhy 2003; Drezner 2005; Greer 2006). Dieser Problemdruck führt je nach Gesundheitssystemtyp zu unterschiedlichen Reaktionen.

Die in diesem Beitrag behandelten Gesundheitssysteme des Sozialversicherungstyps zeichnen sich insbesondere durch eine beitragsfinanzierte Pflichtversicherung größerer Bevölkerungsteile und eine korporatistische Selbstverwaltung aus (vgl. Wendt et al. 2009). Als Reaktion auf den skizzierten Problemdruck ist in diesen Systemen spätestens seit Anfang der 1990er Jahre eine verstärkte wettbewerbsorientierte Neujustierung der Akteursbeziehungen

zwischen den Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Beitragszahlern/Patienten beobachtbar (Cacace et al. 2008). Während sich diese Reformen in einigen Sozialversicherungssystemen bisher auf die Instrumentenebene (z.B. Fallkostenpauschalen im stationären Bereich) beschränken, haben andere Gesundheitssysteme des Sozialversicherungstyps bereits wettbewerbliche Strukturreformen implementiert. Einmal angestoßen, so unsere These, entwickeln wettbewerbliche Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps eine Eigendynamik: die Einführung von Wettbewerb erfordert „mehr“ Wettbewerb und „mehr“ staatliche Re-Regulierung. Das korporatistische Modell der Selbstregulierung wird dadurch schrittweise durch wettbewerbliche Koordinierung ergänzt und teilweise auch ersetzt, was dann zu stärkeren staatlichen Interventionen führt.

Ausgehend von der ökonomischen Wettbewerbstheorie zeigen wir bei der Erklärung dieses Prozesses zunächst Funktion und Dysfunktion von Wettbewerb im Beziehungsdreieck zwischen Krankenversicherungen, Leistungserbringern und Beitragszahlern bzw. Patienten auf (Abschnitt 2). Von besonderer Relevanz ist dabei die institutionelle Ausgestaltung des auf korporatistischer Selbstverwaltung beruhenden Grundtypus des Sozialversicherungssystems. Aus der Wettbewerbestheorie leiten wir ab, dass Re-Regulierung erforderlich wird, weil die Nutzung von Wettbewerb ansonsten erhebliche negative Folgen für die Solidarität in Sozialversicherungssystemen hat.

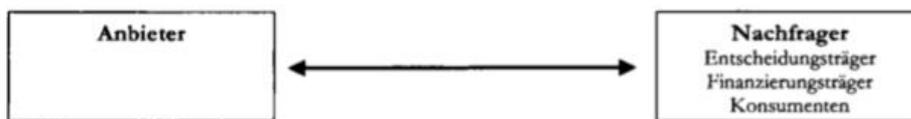
Zur Illustration unserer These betrachten wir die Entwicklung von zwei OECD-Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps, die eine wettbewerbliche Strukturreform implementiert haben: Deutschland (Abschnitt 3) und die Niederlande (Abschnitt 4). Beim Vergleich der beiden Länder (Abschnitt 5) lassen sich starke Parallelen erkennen. Eine zunächst verhaltene Einführung von Marktmechanismen im Verhältnis von Krankenkassen und Versicherten („Kassenwettbewerb“) führt über re-regulative staatliche Interventionen („Risikostrukturausgleich“) zu einer schrittweisen Ausweitung des Wettbewerbs auf das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern („Vertragswettbewerb“).

2. Wettbewerbstheoretische Grundlagen

Wettbewerb auf Märkten bezeichnet ein „rivalisierendes Streben mehrerer Wirtschaftssubjekte, als Anbieter oder Nachfrager auf konkreten Märkten durch bestimmte

Aktivitäten einen größeren Erfolg (...) als die Rivalen zu erzielen" (Ölten 1998: 14).¹ In diesem Sinne kann Wettbewerb der Wohlfahrtssteigerung einer Gesellschaft dienen, da er das Potenzial hat, die Wirtschaftssubjekte zu stärkeren Innovationsanstrengungen anzuregen und so die Effizienz zu verbessern. Unter bestimmten Voraussetzungen führt Wettbewerb auf Märkten zu einer pareto-optimalen² Ressourcen- allokation (Arrow/Debreu 1954). Zu diesen (hinreichenden, aber nicht notwendigen) Bedingungen gehört, dass Marktteilnehmer vollkommen rational handeln und unendlich schnell vollständig informierte und von konsistenten Präferenzen gesteuerte Entscheidungen treffen (Knight 1921: 76). Dabei finanziert und konsumiert auf der Nachfrageseite derjenige Akteur ein Gut oder eine Dienstleistung, der als „purchaser" auch die Kaufentscheidung trifft. Infolgedessen ist der Leistungsempfänger als Entscheidungsträger gezwungen, Kosten und Nutzen einer Kaufentscheidung gegeneinander abzuwägen (Abbildung 1), so dass alle Präferenzen berücksichtigt werden und es zur pareto-optimalen Allokation kommt.

Abbildung 1: Austausch von Gütern und Dienstleistungen auf zweiseitigen Märkten



Eigene Darstellung nach Rothgang (2003)

2.1 Wettbewerb in Gesundheitssystemen

In Gesundheitssystemen ist eine der Annahmen, die eine optimale Allokation durch Wettbewerbsmärkte garantieren, regelmäßig verletzt: es gibt erhebliche Informationsasymmetrien zwischen den Anbietern medizinischer Güter und Leistungen auf der einen

¹Markt und Wettbewerb können analytisch getrennt werden: „Markt" ist eine Ebene auf der sich Wettbewerb vollziehen kann. „Wettbewerb", allgemein definiert als Rivalität zwischen Individuen oder Gruppen, die dann auftritt, wenn mehr als eine Partei nach etwas strebt, das nicht alle gleichzeitig haben können (Stigler 1987: 531), ist dagegen ein Handlungs- prinzip, das auch außerhalb von Märkten stattfinden kann (Schneider 1994: 159).

² Als pareto-optimal wird eine Situation bezeichnet, in der es nicht möglich ist, ein Individuum besser zu stellen, ohne dass ein anderes schlechter gestellt wird. Der so genannte erste Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomie postuliert, dass Marktgleichgewichte unter bestimmten Bedingungen immer pareto-optimale Ergebnisse erzielen.

Seite sowie nachfragenden Patienten auf der anderen. Es ist daher fraglich, inwieweit Wettbewerb auf einem zweiseitigen Markt zu einer optimalen Allokation führen würde.

Entscheidender jedoch ist, dass kein Individuum im Vorhinein wissen kann, in welchem Umfang es in der Zukunft auf medizinische Versorgung angewiesen sein wird.³ Es ist dabei weder möglich, Behandlungskosten bei behandlungsintensiven Erkrankungen aus dem laufenden Einkommen zu zahlen, noch allein durch Sparprozesse vorzusorgen, da stets Unsicherheit über die eigenen zukünftigen Gesundheitszustände und die resultierenden Versorgungskosten herrscht. Die wohlfahrtstheoretisch überlegene Option besteht stattdessen im Abschluss einer Versicherung. In der Regel sind Gesundheitsmärkte daher Versicherungssysteme und damit *dreiseitig*. Hierbei tritt ein Krankenversicherer als weiterer Akteur hinzu.⁴ Dieser beeinflusst die Marktbeziehungen unter anderem, indem er anstelle des Patienten als Finanzierungsträger der in Anspruch genommenen medizinischen Güter und Leistungen agiert. Damit werden Funktionen, die in einem zweiseitigen Markt noch auf der Nachfrageseite konzentriert waren, nun auf verschiedene Akteure verteilt (Abbildung 2).

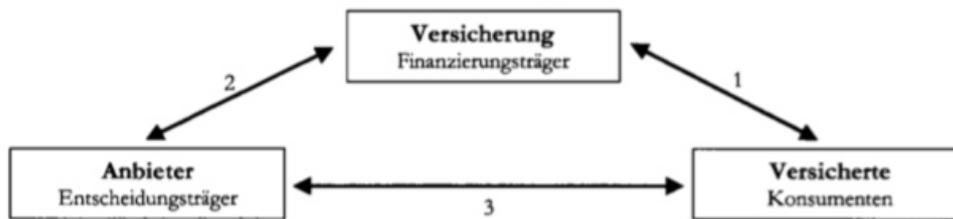
Diese dreiseitige Beziehung führt zu weiteren Informationsasymmetrien. So kann asymmetrische Information über den Gesundheitszustand der Anwärter für die Versicherung zu einer adversen Selektion auf dem Versicherungsmarkt⁵ und damit zu Marktversagen führen (Gravelle 1991; Rothschild/Stiglitz 1976). Vor allem aber - und das ist in diesem Zusammenhang zentral — ist der Konsument nicht mehr gezwungen, die Kosten einer Leistung gegen deren Nutzen abzuwägen. Er wird alle für ihn sinnvollen Leistungen nachfragen, so dass im Vergleich zum wohlfahrtstheoretischen Optimum eine unter dem Stichwort *moral hazard* diskutierte Übernachfrage resultiert (Arrow 1963, 1968; Pauly 1968).

³ Diese Unsicherheit ist von Kenneth Arrow (1963) in seinem richtungweisenden Aufsatz „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“, der als Gründungsdokument der Gesundheitsökonomie gelten kann, als das zentrale Element des Gesundheitsmarktes hervorgehoben worden.

⁴ In Systemen mit staatlichem Gesundheitsdienst übernimmt der Staat diese Funktion.

⁵ Können Versicherer den Gesundheitszustand der Anwärter nicht erkennen, werden sie eine am durchschnittlich erwarteten Schaden orientierte Prämie verlangen. Diese werden Anwärter mit relativ schlechtem Gesundheitszustand günstig finden, während gesunde Individuen abgeschreckt werden. Treten deshalb vorwiegend hohe Risiken in den Versichertenpool ein, wird der Versicherer in der Folgeperiode gezwungen sein, die Prämie zu erhöhen, wodurch er noch unattraktiver für gute Risiken wird. Dieser Prozess kann sich wiederholen, bis der Versicherer gezwungen ist, aus dem Markt auszuschneiden.

Abbildung 2: Dreiseitige Märkte in Gesundheitssystemen



Eigene Darstellung nach Rothgang (2003)

Das Entstehen dreiseitiger Märkte, das aufgrund der Unsicherheit über den eigenen zukünftigen Gesundheitszustand wohlfahrtsfördernd ist, führt somit dazu, dass eine wohlfahrtstheoretisch sinnvolle Steuerung des Leistungsgeschehens über einen einfachen Wettbewerb zwischen Anbietern und Konsumenten nicht mehr möglich ist. Vielmehr muss der Finanzierungsträger - in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps also die Krankenkassen - in die Steuerung des Leistungsgeschehens integriert werden. Wettbewerb kann dabei in allen drei Akteursbeziehungen (siehe Abbildung 2) eingesetzt werden: In der Beziehung

- zwischen *Krankenkassen* und *Versicherten* (Beziehung 1), indem entweder Krankenkassen um Mitglieder werben, bzw. vice versa Anwärter von Versicherungen danach streben, Verträge zu möglichst günstigen Konditionen zu erwerben,
- zwischen *Krankenkassen* und *Leistungserbringern* (Beziehung 2), und zwar in Form eines Vertragswettbewerbs um ausgewählte Leistungserbringer beziehungsweise in der Absicht, mit dem bevorzugten Versicherer zu kontrahieren, sowie
- zwischen *Leistungserbringern* und (versicherten) *Patienten* (Beziehung 3) als Wettbewerb um Patienten oder umgekehrt, um den Zugang zu bestimmten Leistungserbringern.

Bei Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps ist zudem noch zu beachten, dass derartige Systeme einer Logik folgen, die von Solidarität und Gerechtigkeitsvorstellungen geprägt ist. Bei der Frage danach, inwieweit Wettbewerb effektiv ist, kann es daher nicht nur um eine optimale Faktorallokation gehen, sondern müssen immer auch Verteilungsfragen mit berücksichtigt werden. Wettbewerbsprozesse, die etwa dazu führen, dass sich die Versorgung für einen Teil der Bevölkerung systematisch verschlechtert, sind daher in diesen Systemen eindeutig dysfunktional.

2.2 Wettbewerbsparameter

In jeder der drei Akteursbeziehungen kommen unterschiedliche Wettbewerbsstrategien und -instrumente zum Einsatz, die sich hinsichtlich ihrer Implementationsbedingungen unterscheiden.

Notwendige Voraussetzung für einen Wettbewerb in der *ersten Begehung* zwischen Krankenkassen um Versicherte bzw. Mitglieder ist zunächst *Wahlfreiheit* für die Versicherten (Greß 2004: 10). Weitere Freiheitsgrade müssen in der Gestaltung der Versicherungsverträge gegeben sein, so dass sich die Anbieter von Verträgen voneinander abheben und damit einen *Preis-* und/oder einen *Qualitätswettbewerb* initiieren können. Wie vielfältige Studien gezeigt haben (für einen Überblick: Braun et al. 2008), ist der Preis, d.h. für Deutschland der Beitragssatz, der dominante Wettbewerbsparameter gewesen. Mögliche Strategien der konkurrierenden Kassen zur Beeinflussung des Beitragssatzes (und zum Teil auch der Qualität) können sein:

- Unterschiedliche Versorgungsstrukturen bei identischem Leistungspaket,
- Differenzierte Leistungspakete oder
- Risikoselektion, d.h. Attrahierung guter und Abschreckung schlechter Risiken.

Von diesen Strategien ist nur die erste zielführend, wenn der Wettbewerb die Entstehung besserer Versorgungsstrukturen fördern soll und so als „Such- und Entdeckungsverfahren“ (Hayek 1968) genutzt wird, während insbesondere die Risikoselektion als dysfunktional angesehen werden muss.⁶ Für Kassen entstehen Anreize, Risikoselektion (oder „cream-skimming“) als Wettbewerbsstrategie zu wählen immer dann, wenn die Beitragseinnahmen für einen Versicherten keinen Bezug zu dessen individuellem Risiko haben (Becker/Uebelmesser 2007; Pauly 1984). Risikoselektion wird in Sozialversicherungssystemen zwar dadurch erschwert, dass ein Kontrahierungszwang den Krankenkassen verbietet, Anwärter abzulehnen, jedoch können subtilere Formen der Risikoselektion als eine direkte Ablehnung zur Anwendung kommen (Höppner et al. 2006). Diese Wettbewerbsstrategie ist allerdings aus

⁶ Da der Leistungskatalog in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps zu großen Teilen gesetzlich vorgegeben wird, ist die zweite Strategie auf der Ebene der Kassen zunächst keine Option. Die erste Strategie greift dabei die Interaktion zwischen Finanzierungsträger und Leistungserbringer (s. auch unten) auf.

Systemsicht unerwünscht, da sie genau wie die Differenzierung des Leistungspakets durch Risikoentmischung die Solidaritätsziele gefährdet (Gerlinger et al. 2007: 10; Greß 2004: 5). Um die wohlfahrtsschädlichen und entsolidarisierenden Strategien zu unterbinden, bedarf es eines effektiven *Risikostrukturausgleichs* (RSA). Dieser soll gewährleisten, dass die Versicherten für jeden Versicherten den Betrag erhalten, der dessen individuellem Risiko entspricht, auch wenn sich die Risikostruktur zwischen den Mitgliedern verschiedener Krankenkassen unterscheidet (Becker/Uebelmesser 2007; Greß 2004: 5). Erst ein funktionierender RSA schafft den Ordnungsrahmen, in dem auf dysfunktionale Selektionsstrategien verzichtet wird und stattdessen die Reduktion von Ineffizienzen in der Kassenverwaltung oder der Aufbau besserer Versorgungsstrukturen in den Mittelpunkt rückt (van de Ven et al. 2003: 76).

In der *zweiten Begehung* kann Wettbewerb dann eingesetzt werden, wenn Finanzierungsträger Verträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Anbieternetzwerken abschließen. Leistungserbringer haben ein Interesse, mit denjenigen Versicherern zu kontrahieren, die am ehesten eine Erfüllung ihrer eigenen Ziele versprechen. Ziele sind zum Beispiel ein hohes Zufriedenheitsniveau mit den Arbeitsbedingungen und/oder eine mindestens angemessene Vergütung. Als Wettbewerbsparameter stehen ihnen der Preis und die Qualität ihrer Leistungen zur Verfügung. Ein Qualitätswettbewerb ist jedoch nur möglich, wenn es dem Anbieter gelingt, Qualität transparent zu machen und zum Beispiel mittels Reputation glaubhaft zu signalisieren.

Je nach Marktstrategie haben auf der anderen Seite Versicherer ein Interesse, preisgünstige und/oder qualitativ hochwertige Leistungserbringer zu kontrahieren. Eine notwendige Voraussetzung für Wettbewerb in dieser Akteursbeziehung ist die Option, selektiv mit Leistungserbringern Kontrakte zu schließen (Greß 2004: 13). Hierbei ist die Marktstruktur entscheidend. Nur bei einer ausreichenden Anzahl von voneinander unabhängigen Leistungserbringern, sowohl regional gemessen als auch bezogen auf die Fach- bzw. Spezialisierungsrichtung, kann es zu einer hinreichenden Wettbewerbsintensität der Anbieter kommen. Um sein zunächst vorhandenes Informationsdefizit zu überwinden, kann der Versicherer versuchen, die Qualität von Leistungserbringern zu überwachen und zum Beispiel mittels Review-Verfahren zu kontrollieren und zu korrigieren, um so einen Qualitätswettbewerb zu fördern.

Potenzielle Wettbewerbsparameter in der *dritten Begehung* zwischen Leistungserbringern und Patienten sind ebenfalls Preis und Qualität von Leistungen. Wie bereits beschrieben, reagiert der Vollversicherte als Mitglied einer Versicherungsgemeinschaft jedoch vollkommen preisunelastisch (Breyer et al. 2003: 311). Damit ruft eine Preisänderung bei ihm keine Nachfrageänderung hervor. Ein Preiswettbewerb kann nur dann wirksam werden, wenn spürbare Zuzahlungen von den Versicherten verlangt werden. Angesichts der gegenwärtigen Selbstbeteiligungsmodelle (Alternativkonzept: Götze/Salomon 2009) besteht dabei allerdings die Gefahr, dass insbesondere die Bezieher niedriger Einkommen auf notwendige Leistungen verzichten (Hsiao 2007: 18; Newhouse 1996: 46). Aus gesundheitspolitischer Zielsetzung ist dies allerdings unerwünscht. Deshalb ist ein Preiswettbewerb entweder unwirksam, oder er hat negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Aber auch ein Qualitätswettbewerb ist nur eingeschränkt möglich, da der Patient kaum in der Lage ist, die Qualität medizinischer Leistungen zu beurteilen. Diese Informationsasymmetrie kann jedoch mit Hilfe des Versicherers zumindest teilweise überbrückt werden, indem dieser eine Vorauswahl unter den Leistungserbringern trifft, da er in der Regel einen besseren Zugang zu den relevanten Informationen und höhere Informationsverarbeitungskapazitäten als seine Mitglieder hat. Es bleibt aber bei einem allenfalls die Steuerung durch die Finanzierungsträger ergänzenden Wettbewerb auf dieser Ebene.

In Sozialversicherungssystemen sind Leistungserbringer in der Regel vertraglich gebunden, alle Krankenkassenmitglieder zu behandeln. Grundsätzlich besteht deshalb keine Wettbewerbsfreiheit in der Wahl der Patienten. Existieren jedoch neben den gesetzlichen Kassen weitere (private) Versicherungssysteme, kann ein Wettbewerbsparameter der Versicherungsstatus des Patienten sein. Patienten mit generöserem Versicherungsschutz werden dann bevorzugt behandelt, da auf diese Weise die Erzielung höherer Einkommen möglich ist. Von erheblicher Relevanz sind in dieser Akteursbeziehung auch die Anreize, die das institutionalisierte Vergütungssystem setzt. Erhält ein Leistungserbringer zum Beispiel eine Pauschale für die Behandlung eines Versicherten, hat er einen Anreiz, möglichst gesunde Patienten zu rekrutieren (Newbrander/Eichler 2001). Damit entsteht eine Form von Wettbewerb, die sich ebenfalls als Risikoselektion manifestiert. Wettbewerb auf dieser Seite der Marktrelation ist deshalb in der Regel ebenfalls dysfunktional.

3. Deutschland

Im folgenden Abschnitt soll die Eigendynamik wettbewerblicher Gesundheitsreformen für die deutsche Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufgezeigt werden. Ausgangspunkt für diese Entwicklung ist das am 21. Dezember 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz. Im wiedervereinigten Deutschland waren zu diesem Zeitpunkt 71,5 Mio. Bundesbürger (88,8 Prozent der Gesamtbevölkerung) Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (BMG 1993: 302). Zu den Pflichtmitgliedern zählten insbesondere abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze, Landwirte und Rentenbezieher. Zudem konnten sich Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze, Selbständige und Beamte freiwillig in der GKV versichern. Familienangehörige mit keinem oder einem geringem Einkommen wurden beitragsfrei mitversichert. Im Folgenden soll kurz die Ausgangssituation in der GKV vor der Einführung der wettbewerblichen Gesundheitsreform skizziert werden (Abschnitt 3.1). Die anschließende Entwicklung wird in zwei Phasen unterteilt, die den graduellen Übergang der wettbewerblichen Reform vom reinen Kassenzum Vertragswettbewerb repräsentieren. Die erste Phase (1996- 2001) zeichnet sich durch reinen Wettbewerb der Krankenkassen um die günstigste Risikostruktur aus (Abschnitt 3.2). Mit der Verbesserung des Risikostrukturausgleichs nehmen die Selektionsanreize seit 2002 kontinuierlich ab, während im Gegenzug vertragswettbewerbliche Möglichkeiten zunehmend geschaffen und von den Kassen verstärkt genutzt werden (Abschnitt 3.3).

3.1 Ausgangssituation vorderfreien Kassenwahl (bis 1996)

Vor der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 zeichnete sich die deutsche GKV durch eine Dominanz des korporatistischen Steuerungsmodells aus. In der Beziehung zwischen den Krankenkassen und Versicherten manifestierte sich dies im vorherrschenden Zuweisungssystem. Die GKV-Versicherten wurden zumeist auf Grundlage ihres Arbeitgebers, ihrer beruflichen Tätigkeit und ihres Wohnortes einer der 1.123 Krankenkassen zugewiesen (Döhler 1990: 118). Während sich das Leistungsspektrum zwischen den Krankenkassen nur minimal unterschied, differierten die Beitragssätze, die von den Kassen im Rahmen gesetzlicher Vorgaben für ihre Mitglieder festgelegt wurden, erheblich. Dies war - bei quasi identischem Leistungsumfang — insbesondere auf die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten in den verschiedenen Kassen(arten) zurückzuführen.

Allerdings hatten lediglich drei größere Versichertengruppen zumindest begrenzte Wahlmöglichkeiten. Die größte bildeten die Angestellten, die ungefähr ein Drittel der gesetzlich Versicherten ausmachten. Sie konnten zwischen sieben Angestellten-Ersatzkassen

und ihrer jeweiligen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) wählen. Zudem fungierten acht Arbeiter-Ersatzkassen für einige eng definierte industrielle oder handwerkliche Zielgruppen als Alternative zur zugewiesenen AOK, Innungs- (IKK) oder Betriebskrankenkasse (BKK). Die dritte Gruppe mit zumindest begrenzten Wahlmöglichkeiten waren die freiwillig Versicherten.⁷ Sie konnten sich entweder für ihre frühere, ihre aktuell zugewiesene Krankenkasse oder ihre jeweilige AOK entscheiden. Zusammengefasst hatte Anfang der 1990er Jahre weniger als die Hälfte der gesetzlichen Versicherten überhaupt die Möglichkeit, ihre Krankenkasse zu wechseln.

Auch in der Beziehung zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern dominierte in den beiden wichtigsten Sektoren - der ambulanten und der stationären Leistungserbringung — das korporatistische Steuerungsmodell. Im ambulanten Bereich wurden niedergelassene Ärzte automatisch Mitglieder ihrer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV), sobald sie ihre Kassenzulassung erhielten. Ein Praxisbetrieb ohne Kassenzulassung war in einem Gesundheitssystem, in dem 88,8 Prozent der Bevölkerung der GKV angehörten, nur für eine kleine Minderheit möglich (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 144). Die 23 KVen hatten das Vertragsmonopol und den Sicherstellungsauftrag für ambulante GKV-Leistungen. Ihr Verhandlungspartner waren die Spitzenverbände der acht Kassenarten, die entsprechend der gesetzlichen Rahmenordnung des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) nur „gemeinsam und einheitlich“ sowohl bezüglich der Höhe als auch der Art der Vergütung der Leistungserbringer agieren sollten. Durch die Dominanz der Verbandsverhandlungen war der ambulanzärztliche Sektor ein „Musterbeispiel eines korporatistischen Steuerungsmodells“ (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 142), das für wettbewerbliche Vertragsgestaltungen zwischen Einzelkassen und individuellen Leistungsanbietern keinen Spielraum ließ.

Im stationären Sektor war Anfang der 1990er der Marktzugang staatlichhierarchisch und die Vergütung korporatistisch geprägt. Sowohl die Krankenhausbedarfsplanung als auch die Finanzierung von Investitionen im stationären Bereich waren Ländersache. Die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung von GKV-Patienten erfolgte durch die zuständige Landesbehörde. Seit 1989 bedurfte es des Abschlusses eines Versorgungsvertrages mit den

⁷ Da ein größerer Teil der freiwillig Versicherten zur Beschäftigungsgruppe der Angestellten gehörten, hatten sie darüber hinaus sowieso die Möglichkeit, zwischen den Angestellten- Ersatzkassen zu wählen.

Kassen. Allerdings wurde ein solcher Vertrag durch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan „fingiert“, so dass jedes „Plankrankenhaus“ zu Lasten der zuständigen Krankenkasse GKV-Patienten behandeln konnte. Da die Spitzenverbände der Krankenkassen die Versorgungsverträge gemeinsam und einheitlich abschlossen, gab es keinen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Verträge mit den Einzelkassen (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 160-168).

3.2 Kassenwettbewerb um gute Risiken (1996 bis 2001)

Mit dem Inkrafttreten der freien Kassenwahl zum 1. Januar 1996 hatten fast alle GKV-Mitglieder das Recht, ihre Krankenkasse zu wechseln. Dazu bedurfte es einer Kündigung bis zum 30. September, um jeweils zum Beginn des darauffolgenden Kalenderjahres Mitglied der ausgewählten Kasse zu werden. Darüber hinaus gab es ein Sonderkündigungsrecht für den Fall, dass die bisherige Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöhte. Anfänglich standen den Versicherten zwar nur eine begrenzte Zahl von Krankenkassen zur Auswahl, da lediglich die am Wohn- oder Beschäftigungsort agierende Orts- oder Ersatzkrankenkasse per Gesetz für alle Pflichtversicherten geöffnet wurde (§ 173 SGB V i.d.F. v. 21.12.1992). Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Seekrankenkasse waren dagegen weiterhin nur bestimmten Berufsgruppen zugänglich. Krankenkassen des BKK- und IKK-Verbandes konnten sich per Satzungsänderung unwiderruflich regional oder bundesweit öffnen. Von dieser Option machten in der Folgezeit zahlreiche Betriebs- und Innungskassen Gebrauch. Bis zum Juni 2001 stieg die Zahl der geöffneten Krankenkassen auf 176 (test.de 1999-2008).

Da die Leistungsunterschiede zwischen den Krankenkassen aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterhin marginal blieben, beschränkten sich die Anreize zum Kassenwechsel bei der Einführung der freien Kassenwahl auf die Parameter Preis und Servicequalität. Insbesondere von den Beitragssatzunterschieden gingen starke Wechselanreize aus. 1996 betrug die Differenz in den alten Bundesländern 6,3 Prozentpunkte zwischen der teuersten und der günstigsten Kasse (VdAK 2007: 61). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass insbesondere das untere Ende weitgehend aus geschlossenen Betriebskrankenkassen bestand, so dass die Beitragsspanne der tatsächlich zur Auswahl stehenden Kassen geringer war. Ab 1999 liegen monatlich erhobene Daten der Stiftung Warentest für die geöffneten Krankenkassen vor, die ein realistischeres Bild der tatsächlich wählbaren Beitragssatzspanne wiedergeben. In den alten Bundesländern erhob zu diesem Zeitpunkt die günstigste geöffnete Krankenkasse 3,9 Beitragssatzpunkte weniger als die

teuerste. In den neuen Ländern betrug die Spanne sogar 4,1 Beitragssatzpunkte. Bis Juni 2001 stieg die Differenz in Westdeutschland auf den gleichen Wert an. In absoluten Beträgen betrug 2001 die Arbeitnehmeranteil-Ersparnis für einen Durchschnittsverdiener (Bruttojahreseinkommen: 28.231 Euro) bei einem Wechsel von der teuersten zur günstigsten Krankenkasse 579 Euro im Jahr. Selbst bei einem Wechsel von einer durchschnittlichen zur günstigen Krankenkasse ergab sich noch eine jährliche Ersparnis von 238 Euro (test.de 1999-2008, eigene Berechnung). Aufgrund der paritätischen Finanzierung profitierten die Arbeitgeber im gleichen Umfang von einem Kassenwechsel ihrer Beschäftigten. Angesichts dieses zusätzlichen Anreizes verwundert es nicht, dass in einer Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen die meisten Wechselnden angaben, ihr Arbeitgeber hätte die Krankenkassenwahl maßgeblich beeinflusst (WIdO 2005).

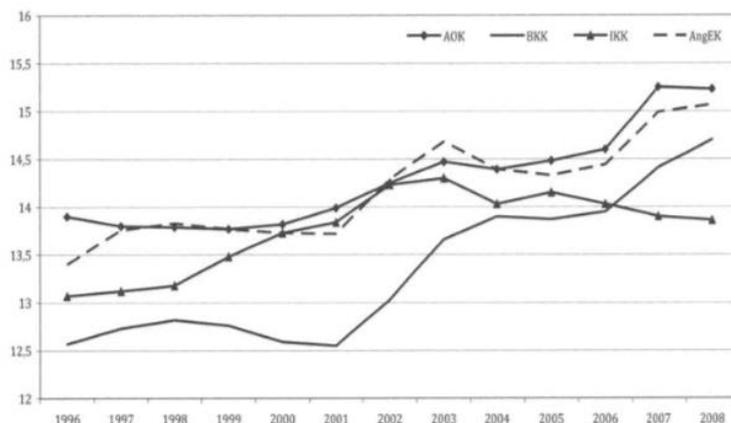
Das zunehmende Angebot durch die stetige Öffnung von Betriebs- und In-nungskrankenkassen sowie die anhaltende Spreizung der Beitragssätze führte dazu, dass sich der Anteil der Kassenwechsler zwischen 1997 und 2001 stetig erhöhte. Auf Grundlage des Sozio-oeconomischen Panels (SOEP) ergibt sich für diesen Zeitraum ein Anstieg der jährlichen Wechselquoten von 4,0 auf 5,8 Prozent. Insbesondere BKKen profitierten deutlich von den Wanderbewegungen. Bis Ende 2001 konnten sie 4,1 Mio. neue Mitglieder gewinnen, was einem 80-prozentigem Wachstum entspricht. Sämtliche anderen Kassenarten verloren dagegen Mitglieder (Andersen/Grabka 2006). Der Hauptgrund für dieses einseitige Wechselverhalten dürfte die Tatsache gewesen sein, dass die geöffneten Krankenkassen mit den niedrigsten Beitragssätzen 2001 zum BKK-Verband gehörten (test.de 1999-2008; Abbildung 3). Dies deckt sich mit dem Ergebnis, dass zwischen 1995 und 2001 die durchschnittlichen Beitragssätze einer Krankenkassenart stark negativ mit der Entwicklung der Mitgliederzahl korrelieren (Greß et al. 2002). Bei Befragungen von Kassenwechslern kristallisierte sich ebenfalls die Höhe des Beitragssatzes als Hauptmotiv für die Auswahl der neuen Krankenkasse heraus (Greß et al. 2002: 247-248; Braun et al. 2008).

Eine SOEP-Auswertung zeigte deutlich, dass Kassenwechsler im Schnitt jünger als Nichtwechsler waren und ihren Gesundheitszustand als besser einschätzten. Dieses spiegelte sich auch im der unterproportionalen Anteil Behinderter und einer geringeren Inanspruchnahme stationärer Leistungen wider. Zudem wiesen die Wechsler im Schnitt einen höheren formalen Bildungsstand und ein höheres Einkommen als Nichtwechsler auf (Schwarze/Andersen 2001), was ebenfalls sowohl mit gesundheitsbewussteren wie gesünderen

Lebensweisen verbunden ist (Nocon et al. 2007). Dementsprechend waren die tatsächlichen Gesundheitskosten der Kassenwechsler deutlich niedriger (Lauterbach/Wille 2001: 44; Werner et al. 2005: 163). Die BKKen konnten sich somit über eine stetige Verbesserung ihrer Risikostruktur freuen, während insbesondere die Ortskrankenkassen mit einem überproportionalen Versichertenanteil mit hohen Risiken konfrontiert wurden.

Als Korrektiv für diese Unterschiede in der Risikostruktur von Krankenkassen hatte der Gesetzgeber bereits vor der Einführung der freien Kassenwahl mehrere Adjustierungsparameter implementiert. Der so genannte Risikostrukturausgleich (RSA) unter der Federführung des staatlichen Bundesversicherungsamtes nahm 1994 seine Arbeit auf. Auf Grundlage der Parameter Alter, Geschlecht, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente sowie Krankengeldanspruch glich der RSA Lastenunterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen aus. Mehrere Untersuchungen kamen allerdings bisher zu dem Ergebnis, dass die demographischen Indikatoren alleine zusammen nur zwei bis drei Prozent der Varianz bei den individuellen Gesundheitsausgaben erklären können (Behrend et al. 2007; Lamers 1998; van Vliet/van de Ven 1992). Die Einbeziehung der Invaliditätsindikatoren Krankengeldanspruch sowie Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente verbesserte diese Prognosegüte nur auf 5,1 Prozent (Behrend et al. 2007: 35).

Abbildung 3: Durchschnittliche Beitragssätze nach Kassenart in Prozent



Quelle: BMG, KMI

Somit blieb für die Krankenkassen viel Spielraum für die einseitige Attrahierung attraktiver Untergruppen. Wenngleich die harte Form der Risikoselektion, die Nichtaufnahme schlechter Risiken, durch den Kontrahierungszwang unterbunden wurde, verblieben eine Vielzahl von

weichen Selektionsmöglichkeiten, wie Zielgruppenwerbung oder selektiver Service (Höppner et al. 2006). Zwischen 1996 und 2001 gewann somit ein selbstverstärkender Prozess der Risikoentmischung an Fahrt. Gute Risiken wanderten zu den geöffneten BKKen ab, die historisch bedingt günstigere Beitragssätze boten, wodurch aufgrund des ungenügenden RSAs die Beitragssatzunterschiede weiter anstiegen und weitere gute Risiken einen Wechselimpuls erhielten. Die auf den Kassenwettbewerb begrenzte Marktschaffung hatte infolge unzureichender Regulierung eine entsolidarisierende Eigendynamik entwickelt.

3.3 Von der Risiko- zur Anbieterselektion (seit 2002)

Der beschleunigten Risikoentmischung schob der Gesetzgeber einen kurzfristigen Riegel vor, indem er zum 1. Januar 2002 die Bindefrist der Krankenkassenwahl von zwölf auf 18 Monate verlängerte. Das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen blieb allerdings bestehen. Der Anteil der Kassenwechsler reduzierte sich daraufhin erstmals seit Einführung der Wahlfreiheit von 5,8 auf 4,3 Prozent (Andersen/Grabka 2006). Gleichzeitig wurde der unzureichend kompensierende Risikostrukturausgleich verbessert. 2002 trat der Risikopool in Kraft, der den Krankenkassen 60 Prozent ihrer Ausgaben für besonders kostenintensive Mitglieder ab dem Schwellenbetrag von 20.450 Euro erstattete. Ein Jahr darauf folgte die Einbeziehung von sechs strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme, DMP) in die Risikoadjustierung. Krankenkassen erhielten für DMP-Teilnehmer mit entsprechenden chronischen Krankheiten höhere Ausgleichszahlungen. Die DMPs markierten somit den Einstieg in eine stärkere Morbiditätsorientierung des RSAs (Müller de Cornejo 2005). Die Wirkung der verbesserten Risikoadjustierung zeigte sich in einer Konvergenzbewegung der Beitragssätze zwischen 2002 und 2006 (Abbildung 3).

Die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme markierte auch einen Wendepunkt in der Interaktion zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Vor der Einführung der DMPs zahlte sich für die Krankenkassen nur die einseitige Attrahierung guter Risiken aus, nach der Reform gab es erstmals Anreize zum Aufbau attraktiver Versorgungsstrukturen - zumindest für die sechs ausgewählten Krankheiten. Im Juni 2007 hatten die Krankenkassen bereits 13.983 DMP-Verträge abgeschlossen. Da theoretisch 24.072 Verträge (6 DMPs x 236 Kassen x 17 KV-Regionen) möglich waren, ergab sich daraus ein Abdeckungsgrad von 58 Prozent (BVA, eigene Berechnung).

Auch Selektiverträge gewannen in dieser Phase an Bedeutung. Dabei traten die ersten Möglichkeiten zum selektiven Kontrahieren bereits kurz nach der Einführung der freien Kassenwahl in Kraft. Seit 1997 hatten die Einzelkassen die Möglichkeit, über Modellvorhaben zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten (§ 64 SGB V) oder Strukturverträge zur besseren Förderung neuer Kooperationsformen wie Ärztenetzwerke (§ 73a SGB V) selektive Vergütungsformen mit den Leistungsanbietern abzuschließen. Doch von diesen einzelvertraglichen Möglichkeiten machten die Krankenkassen nur wenig Gebrauch.

Im Zuge der GKV-Gesundheitsreform von 2000 wurde zudem die Möglichkeit zur sektorübergreifenden Integrierten Versorgung (IV) eingeführt, bei denen die Anbieternetzwerke die finanzielle Verantwortung für ihre medizinischen Leistungen übernahmen (zunächst § 140a-h, inzwischen § 140a-d SGB V). Allerdings konnten einzelne Krankenkassen erst IV-Verträge mit ausgewählten Leistungsanbietern abschließen, nachdem sich die KVen und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf eine Rahmenvereinbarung geeinigt hatten. Diese Bedingung führte zu einer schleppenden Implementation, weshalb das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 den Einzelkassen den Abschluss von IV-Verträgen ohne eine Rahmenvereinbarung gestattete. Das GMG gewährte ferner eine Anschubfinanzierung in Höhe von einem Prozent der sektoralen Budgets für die Leistungserbringer für IV-Verträge, um sie finanziell attraktiver zu machen (Greß et al. 2005: 296-298). Während bei den DMPs Anreize für die Kassen den Ausschlag gaben, ging die Nachfrage nach Verträgen zur Integrierten Versorgung verstärkt von den Leistungserbringern aus, nachdem 2004 die Anschubfinanzierung in Kraft trat. Zwischen 2004 und 2008 nahm sowohl die Zahl der IV-Verträge als auch deren Volumen stetig zu (vgl. Tabelle 1).

Das GMG führte zudem Einzelverträge zur hausärztlichen Versorgung (§ 73a SGB V) und Direktverträge (§§ 140 a ff. SGB V) ein. Letztere ermöglichten es den Einzelkassen, ambulante Leistungsanbieter direkt, also ohne die Einbeziehung der KV, zu vergüten (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 148). Infolge des Gesetzes erhielten die Krankenkassen auch mehr Gestaltungsspielraum bei der Interaktion mit den Versicherten, indem sie Wahltarife (z.B. Selbstbehalt- oder Kostenerstattungsoptionen) anbieten konnten. Wenngleich es weiterhin Anreize zur Risikoselektion gab, die sich u. a. in einer erneuten Öffnung der Beitragssatzschere nach 2006 infolge günstiger IKK-Direktversicherer manifestierte (Abbildung 3, test.de 1999-2008), machten die Kassen in der Folgezeit verstärkt von den einzelvertraglichen Möglichkeiten Gebrauch.

Tabelle 1: Quartalswerte von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach Stichtagen

	30.6.2004	30.6.2005	30.6.2006	30.6.2007	30.6.2008
Verträge	100	841	2.465	4.044	5.583
Volumen (in Mio. €)	n.V.	296,5	498,8	663,5	783,6

Quelle: BQS

Insbesondere der Abschluss des ersten Direktvertrags im Juli 2008 markierte eine neue Dimension des Vertragswettbewerbs. Mit dem von der AOK Baden-Württemberg ausgehandelten Hausärztervertrag ging erstmals der Sicherstellungsauftrag für die primärärztliche Versorgung von einer KV auf eine Krankenkasse über. Die teilnehmenden Hausärzte müssen für AOK-Patienten spezielle Serviceangebote vorhalten (z.B. Abendsprechstunden) und werden mit drei pauschalisierten Leistungskomponenten vergütet. Auch die eng mit der Techniker Krankenkasse verknüpften medizinischen Versorgungszentren von ATRIO-MED in mehreren deutschen Großstädten sind ein Indiz dafür, dass sich die Kassen verstärkt über die ihren Versicherten zur Verfügung gestellten Versorgungsstrukturen voneinander abgrenzen.

Die verbleibenden Anreize zur Risikoselektion hob der Gesetzgeber mit dem am 1. Januar 2009 eingeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weitgehend auf. Die Einbeziehung von 80 Krankheiten hat die Leistungsfähigkeit der deutschen Risikoadjustierung deutlich verbessert. Das dem Morbi-RSA zugrunde liegende Adjustierungsmodell „RxGroups+IPHCC“ versprach eine viermal bessere Prognosefähigkeit (R^2 0,24 statt 0,06) und stieß damit in den derzeitigen Grenzbereich der prospektiv erklärbaren Varianz vor (Reschke/Sehlen 2005; van de Ven/Ellis 2000). Wenngleich es sich beim tatsächlich implementierten Morbi-RSA nur um eine „abgespeckte Version“ (Jahn et al. 2009: 53) der ursprünglichen Gutachterempfehlung (Reschke et al. 2004) handelt, erschwert die neue Berechnungsmethode stark die Identifizierung prospektiv guter Risiken und damit die Risikoselektion. Risikoselektion ist für Kassen auch mit Kosten verbunden. Selbst wenn Möglichkeiten der Risikoselektion verbleiben, bieten diese für die Kassen daher keine Anreize, wenn die „Erträge“ der Selektion hinter den Kosten zurückbleiben.

Durch die Einführung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes von 15,5 Prozent (ab 1. Juli 2009: 14,9 Prozent) ist zudem der Preiswettbewerb vorübergehend zum Erliegen gekommen.⁸ Darüber hinaus hat der einheitliche Beitragssatz tiefe Spuren im Selbstverständnis der Krankenkassen hinterlassen. Zum einen sehen die Selbstverwaltungsakteure im Verlust der eigenständigen Beitragsfestsetzung einen Rückgang korporatistischer Autonomie, der durch das Recht zur Einziehung bzw. Ausschüttung von Zusatzprämien nicht wettgemacht wird. Zum anderen endet mit dem Übergang zum externen Ausgleichssystem über Fondszuweisungen die emotional aufgeladene Unterteilung der GKV in Zahler- und Empfänger-Kassen (Jahn et al. 2009: 56). Im Zuge der Einführung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes lassen sich zudem verstärkte Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen erkennen. Besonders auffällig sind in diesem Zusammenhang die Fusionen mitgliederstarker Krankenkassen mit den kleinen Betriebskrankenkassen privater Krankenversicherer (z.B. KKH-Allianz oder Signal Iduna IKK), wobei die fusionierte Kasse anschließend als Vermittler für die jeweilige private Zusatzversicherung auftritt.

Zusammengefasst lässt sich bei der deutschen GKV erkennen, dass nach der Einführung der freien Kassenwahl eine sich beschleunigende Risikoentmischung einsetzte. Diese Entwicklung wurde durch ausreichend spürbare Preisunterschiede zwischen den Krankenkassen und einen unzureichenden RSA begünstigt. Dieser Risikoentmischung begegnete der Gesetzgeber ab 2002 mit einer Verbesserung des RSAs und mit einer Ausweitung vertragswettbewerblicher Möglichkeiten, von der die Krankenkassen in der Folgezeit sukzessive mehr Gebrauch machten. Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurden schließlich die verbleibenden Anreize zur Risikoselektion stark minimiert, wodurch der Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen für die Kassen deutlich an Bedeutung gewinnt.

4. Niederlande

Die Eigendynamik wettbewerblicher Gesundheitsreformen soll im folgenden Abschnitt am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung (Ziekenfondswet, ZFW) in den Niederlanden demonstriert werden. Ausgangspunkt ist die Einführung der freien Kassenwahl im Jahre 1992.

⁸ Mittel- und langfristig ist dagegen davon auszugehen, dass der Preiswettbewerb über differierende Zusatzprämien wieder an Bedeutung gewinnt.

Zu diesem Zeitpunkt waren rund 60 Prozent der Niederländer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Maarse/Okma 2004: 103). Zu den Pflichtversicherten zählten die abhängig Beschäftigten mit einem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze. Überschritt das Einkommen diese Grenze, bestand im Gegensatz zu Deutschland keine Option auf eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und somit blieb nur eine private Absicherung als Alternative. Darüber hinaus konnten Selbstständige mit geringem Einkommen und zuvor gesetzlich versicherte Rentenempfänger ebenfalls ZFW-Mitglieder werden. Familienangehörige wurden beitragsfrei mitversichert. Beamte gehörten speziellen Versorgungsinstitutionen an.

4.1 Ausgangssituation vorderfreien Kassenwahl (bis 1992)

Vor der Einführung der freien Kassenwahl zeichnete sich die Regulierung der ZFW durch eine Mischung aus korporatistischer Selbstverwaltung und staatlicher Hierarchie aus. Bei der Beziehung zwischen Krankenkassen mit den Versicherten dominierte der Grundsatz der festgelegten Kassenzuweisung. Diese orientiert sich zumeist am Wohn- bzw. Arbeitsort (Schut 1995: 617). Dadurch hatten in den Niederlanden lediglich Bewohner von ZFW-Grenzregionen die Möglichkeit, zwischen zwei bis maximal drei angrenzenden Krankenkassen zu wählen (Greß 2002: 94). Da allerdings sowohl das Leistungspaket als auch der Beitragssatz für alle Kassen einheitlich vom Gesundheitsministerium festgelegt wurde, gab es keinen Wettbewerbsparameter, mit dem sich die einzelnen ZFW-Kassen voneinander abgrenzen konnten (Schut 1995: 617).

Auch bei der Beziehung zwischen Krankenkassen und den Leistungsanbietern zeigte sich, dass vor der Einführung der freien Kassenwahl die korporatistische Selbstverwaltung von starker hierarchischer Steuerung flankiert wurde. Im ambulanten Bereich dominierten Kollektivvereinbarungen zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und Leistungsanbietern die Vertragsgestaltung. Anfang der 1990er Jahre gehörten in den Niederlanden über 90 Prozent der Allgemeinmediziner dem nationalen Hausärzteverband (Nederlands Huisartsen Genootschap) an, der mit der Vereinigung der niederländischen Krankenkassen (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, VNZ) die einheitliche Pauschalvergütung pro eingeschriebenen Patienten aushandelte (Schut 1995: 619). Die niederländischen Fachärzte, die im Gegensatz zu den Allgemeinmedizinern per Einzelleistungshonorar vergütet wurden, verhandelten ihre Vergütung über den nationalen Spezialistenverband (Landelijke Specialisten Vereniging) mit der VNZ (van Merode et al. 2004: 143).

Aufgrund gesetzlicher Restriktionen hatten die Krankenkassen weder die Möglichkeit noch einen Anreiz zum Abschluss selektiver Verträge, da sämtliche Kosten aus dem zentralen Fonds beglichen wurden (Rutten/Freens 1986: 315; Schut 1995: 617). Die Rolle des Staates bestand darin, die korporatistischen Vereinbarungen einer Genehmigung der Zentralstelle für die Tarife im Gesundheitswesen zu unterstellen (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, COTG). Damit konnte das Gesundheitsministerium die Honorarhöhen entscheidend beeinflussen (van Merode et al. 2004: 144).

Auch im stationären Bereich gab es Anfang der 1990er Jahre in den Niederlanden faktisch keinen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um lukrative Verträge mit einzelnen Krankenkassen. Stattdessen dominierte eine Mischung aus staatlich-hierarchischen und korporatistischen Regulierungsformen die Interaktion der Krankenhäuser mit den Finanzierungsträgern. Da sie gezwungen waren, mit allen Leistungserbringern Verträge abzuschließen, gab es für die niederländischen ZFW-Kassen keine Möglichkeit für selektive Verträge mit stationären Einrichtungen. Da obendrein die Ausgaben der Krankenkassen vollständig aus dem zentralen Fonds refinanziert wurden, bestand Anfang der 1990er auch kein Anreiz zu einzelvertraglichen Vereinbarungen (Maarse 1989: 258). Außerdem unterlag mit dem Krankenhausinfrastrukturgesetz (Wet Ziekenhuisvoorzieningen) von 1971 sowohl der Bau neuer als auch der Ausbau bestehender Krankenhäuser der staatlichen Genehmigungspflicht (Helderman et al. 2005:195).

4.2 Pseudo-kompetitiver Kassenwettbewerb (1992 bis 2000)

Seit dem 1. Januar 1992 hatten die gesetzlich Versicherten erstmals das Recht, eine der 24 ZFW-Kassen auszuwählen. Allerdings waren die Möglichkeiten zum Kassenwechsel zunächst begrenzt. Die Krankenkassen durften zwar keine wechselbereiten Anwärter ablehnen, aber die zweijährlichen Einschreibungszeiträume stellten anfänglich eine große Hürde dar. Dadurch konnten die Versicherten auf mögliche Wechselanreize nur mit erheblichen Zeitverzögerungen reagieren. 1997 wurde die Bindungsfrist daher auf ein Jahr halbiert (Helderman et al. 2005: 204).

Darüber hinaus gab es für die Versicherten bis 2000 kaum Anreize für einen Kassenwechsel. Das Leistungspaket und der einkommensabhängige Beitragssatz waren aufgrund staatlicher Vorgaben einheitlich. Als mögliche Wettbewerbsparameter verblieben damit lediglich Servicequalität und die 1989 eingeführte risiko- und einkommensunabhängige Zusatzprämie -

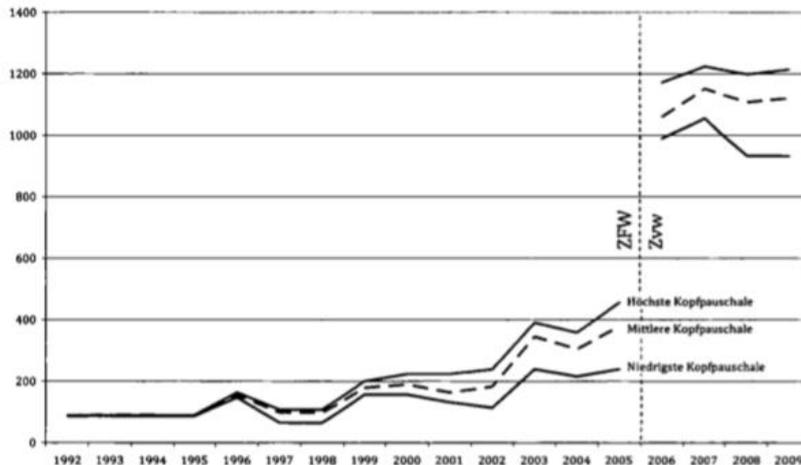
im folgenden Kopfpauschale genannt. Letztere konnte mit dem Inkrafttreten der freien Kassenwahl von den einzelnen Krankenkassen frei festgesetzt werden. Die Einzelkassen erhielten allerdings weiterhin eine nahezu vollständige Erstattung ihrer Ausgaben retrospektiv aus dem zentralen Fonds. Zwischen 1992 und 1995 begrenzte sich dadurch das Verlustrisiko einer Krankenkasse auf drei Prozent ihrer Gesamtausgaben. Da 23 der 24 ZFW-Kassen ihre Kopfpauschale auf 90 Euro pro Jahr festlegten und die Differenz zur einzigen günstigeren Krankenkasse lediglich 2,72 Euro im Jahr betrug, gab es in den Niederlanden in den ersten vier Jahren nach der Einführung der freien Kassenwahl faktisch keinen finanziellen Anreiz zum Kassenwechsel. Daher verwundert es auch nicht, dass pro Wechselperiode geschätzt nur ein Prozent der gesetzlich Versicherten von ihrem Wahlrecht Gebrauch machten (Greß et al. 2001: 15). Dies änderte sich auch nicht wesentlich gegen Ende der 1990er Jahre, denn trotz einer stärkeren Spreizung blieben die absoluten Preisunterschiede weiterhin überschaubar. Selbst bei einem Wechsel von der teuersten zur günstigsten Krankenkasse sparte ein gesetzlich Versicherter 1999 lediglich 43 Euro im Jahr (Abbildung 4).

Dies deckt sich mit einer 2000 durchgeführten repräsentativen Umfrage zu den Gründen der aktuellen Kassenmitgliedschaft, wobei rund 60 Prozent der Befragten Gründe aus der alten Zuweisungslogik (z.B. Tradition oder Region), 18,6 Prozent Service- und lediglich 3,5 Prozent Preisargumente anführten (Greß 2002: 123-127). Zudem zeigte sich bei den ZFW-Versicherten, die in den letzten fünf Jahren einen Kassenwechsel in Erwägung gezogen hatten, dass von dem Leistungsumfang und der Prämie der Zusatzversicherung einer Krankenkasse die größten Wechselimpulse ausgingen. Dies ist auf den ersten Blick erstaunlich, da ZFW-Kassen formalrechtlich keine Zusatzversicherungen anbieten durften. Allerdings kooperierten sie mit privaten Krankenkassen unter dem Dach einer gemeinsamen Versicherungsgruppe und konnten dadurch ihren Mitgliedern Koppelverträge anbieten (Greß 2002: 113-114). Die Ergebnisse der Befragung stehen im Einklang mit anderen empirischen Studien. Demnach nutzten die niederländischen Krankenkassen statt der kaum spürbaren Kopfpauschale den Zusatzversicherungsmarkt als Wettbewerbsparameter (Douven/Schut 2006; Greß et al. 2002; van Vliet 2006).

Mit der Einführung der freien Kassenwahl berechnete der Gesetzgeber die ZFW-Kassen, selektive Verträge mit den Leistungsanbietern abzuschließen. Ausgenommen waren allerdings fachärztliche und stationäre Leistungen. Die Selektivverträge mussten sowohl die von den korporatistischen Akteuren ausgehandelt als auch die von der zentralen Tarifbehörde COTG

einheitlich festgelegten Vergütungstarife unterbieten (Greß 2002: 97). Doch angesichts der geringen finanziellen Verantwortung der Krankenkassen für die Ausgaben ihrer Mitglieder machten sie während der 1990er von den neuen vertragswettbewerblichen Möglichkeiten kaum Gebrauch (Greß et al. 2001: 16; Helderma et al. 2005: 199; Schut 1995: 644).

Abbildung 4: Jährliche Kopfpauschalenhöhe der ZFW/Zvw-Versicherungen in €



Vor 2006 Ziekenfondswet (ZFW), nach 2006 Zorgverzekeringswet (Zvw) ohne Kollektivrabatte.

Quellen: Greß et al. (2002: 244), Douven & Schut (2006: 16), Greß et al. (2007: 39), Vektis (2007: 34-35), kiesbeter.nl.

Stattdessen dominierten weiterhin Kollektivvereinbarungen zwischen den Dachverbänden unter der staatlichen Preisaufsicht der COTG (Greß 2002: 139). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer für das Zentrum für Sozialpolitik durchgeführten repräsentativen Befragung niederländischer Hausärzte, wonach im Jahr 2000 kompetitives Verhalten kaum den Arbeitsalltag der Allgemeinmediziner prägte (Tabelle 2).

Tabelle 2: Einschätzung niederländischer Hausärzte des Einflusses von Wettbewerb...

	Sehr stark	Stark	Schwach	Nicht wahrnehmbar
...auf den eigenen Tätigkeitsbereich?	0,4 %	2,6 %	51,3 %	25,5 %
...im niederländischen Gesundheitswesen?	---	5,1 %	82,7 %	12,2 %

Quelle: Lukas-Nülle (2000)

Durch das insbesondere bis 1995 verschwindend niedrige finanzielle Risiko der Kassen gab es allerdings auch keine Anreize zur Risikoselektion. Mit dem moderaten Anstieg der Ausgabenverantwortung ab 1995 hätten die Anreize zur Risikoselektion steigen können.

Jedoch ging dieser Prozess mit einer stetigen Verbesserung der Risikoadjustierung einher. Während das 1993 eingeführte Modell nur die Parameter Alter und Geschlecht berücksichtigte, fügte der Gesetzgeber bis Ende der 1990er noch die Faktoren Behinderung und Sozialleistungsbezug hinzu. Außerdem glich ab 1997 parallel dazu ein Risikopool 90 Prozent der tatsächlichen Kosten eines Versicherten über einen festgelegten Jahresgrenzbetrag aus (1997: 2.000 Euro). Aufgrund der geringen Selektionsanreize und der niedrigen Wechselquoten war das niederländische Sozialversicherungssystem gegen Ende der 1990er Jahre noch mit einer vergleichsweise niedrigen Risikoentmischung konfrontiert.

4.3 Zwischen Risiko- und Anbieterselektion (seit 2001)

Ab 2001 erhöhte der Gesetzgeber schrittweise die Verantwortlichkeit der Krankenkassen für die Ausgaben ihrer Mitglieder. Die vorher kaum wahrnehmbaren Preisdifferenzen zwischen den ZFW-Kassen wurden dadurch deutlicher spürbar. Während ein gesetzlich Versicherter Ende der 1990er Jahr lediglich 43 Euro im Jahr beim Wechsel von der teuersten zur günstigsten Krankenkasse sparte, verfünffachte sich dieser Wert bis 2005 auf 216 Euro. Dadurch konnten die Kopfpauschalen hinsichtlich der Stärke des finanziellen Anreizes seit 2001 mit den Zusatzversicherungen gleichziehen. Dies spiegelte sich auch bei einer 2005 angelegten Befragung zu Gründen für die Wechselabsicht in den vergangenen fünf Jahren wider, bei der 68 Prozent der befragten ZFW-Versicherten finanzielle Überlegungen als Grund anführten, aber nur 35 Prozent die Zusatzversicherung (van den Berg et al. 2008: 2453). Analog zum schrittweisen Anstieg der Prämienunterschiede zwischen 2001 und 2005 stieg auch der Anteil der Kassenwechsler in der ZFW von 1,5 auf 3,4 Prozent (van Vliet 2006: 772; Vektis 2005: 8). Größere Preisunterschiede und erhöhtes Wechselverhalten implizierte allerdings auch die Gefahr einer Risikoentmischung. Mit dem Umbau des korporatistischen Krankenkassenrates zum ministerial ernannten Krankenversicherungskollegium (College voor zorgverzekeringen, CVZ) ging auch die größte RSA- Weiterentwicklung einher. Durch die Aufnahme der pharmazeutischen Kostengruppen (Pharmacy-based cost groups, PCG) in den RSA im Jahr 2002 und der Diagnosekostengruppen (Diagnostic cost groups, DCG) im Jahr 2004 verbesserte sich die Prognosefähigkeit der niederländischen Risikoadjustierung von sechs auf 17 Prozent (van de Ven et al. 2007: 165).

2005 wurde eine neue Vergütungsform für fachärztliche und stationäre Leistungen eingeführt: die Diagnosebehandlungsgruppen (Diagnose-behandelingcombinatie, DBC), eine niederländische DRG-Variante. Die DBCs verteilen sich dabei auf eine kollektiwerttragliche

A-Liste und eine selektiwerttragliche B-Liste, wobei sich die Bedeutung der letzteren im Zeitverlauf sukzessiv steigerte (Enthoven 2008: 198). Von diesen vertragswettbewerblichen Möglichkeiten machten die Krankenkassen insbesondere nach dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (Zorgverzekeringswet, Zvw) am 1. Januar 2006 Gebrauch. Durch die umfassende Strukturreform konkurrierten nunmehr erstmals die privatisierten Krankenkassen mit Privatversicherungen um Marktanteile im niederländischen Basis- und Zusatzversicherungsmarkt. Trotz ihrer privatrechtlichen Rechtsform entsprachen die Zvw-Versicherungen aufgrund regulativer Vorgaben für das Basisleistungspaket (Versicherungspflicht, Kontrahierungszwang, Verbot risikoäquivalenter Prämien oder vorvertraglicher Leistungsausschlüsse) eher einer funktionalen Sozialversicherung (Maarse/Bartholomee 2007: 81). Der Finanzierungsanteil der Kopfpauschale wurde auf 45 Prozent der Gesamtausgaben erhöht. Zusammen mit dem erhöhten Medieninteresse für die Strukturreform nahm der Preis der Krankenversicherung eine exponierte Stellung in der öffentlichen Aufmerksamkeit ein. Daher nahmen die Krankenversicherer sogar Verluste in Form von zu niedrig angesetzten Prämien in Kauf, um sich Marktanteile zu sichern (Agasi 2008; Douven/Schut 2006). Als weitere Unterscheidungsmöglichkeiten standen den Zvw-Versicherungen die Wahl zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip, die Ausgestaltung des Kundenservice (vom engmaschigen Geschäftsstellennetz bis zum reinen Internetsupport) sowie die Organisation des Versorgungsnetzes zur Verfügung.

2006 wechselten rund 19 Prozent der Niederländer ihre Versicherung, wobei insbesondere günstige Tarife gewählt wurden. Der Großteil der Kassenwechsler nutzte dabei so genannte Kollektivverträge, bei denen die Krankenversicherer ausgewählten Gruppen (Unternehmen, Gewerkschaften, Sportvereine oder Patientenverbände) einen bis zu zehnprozentigen Prämienrabatt für das Basispaket und günstigere Zusatzversicherungsoptionen einräumten. Auch viele Niederländer, die ihrer Versicherung treu blieben, wechselten in einen Gruppentarif, wodurch sich der Anteil der Kollektivversicherten innerhalb eines Jahres von 29 auf 52 Prozent erhöhte. Im Gegensatz zu den kalenderjährlich kündbaren Individualtarifen hatten die Kollektivverträge zumeist eine dreijährige Bindungsfrist, wodurch sich die Zahl der potenziell wechselfähigen Zvw-Mitglieder für die Folgejahre stark reduzierte. Trotz höherer Preisunterschiede sank daher die Wechselquote 2007 und 2008 auf 4,5 bzw. 3,5 Prozent. Zum Jahreswechsel 2008/09 machten erneut 3,5 Prozent der Niederländer von ihrem Wechselrecht Gebrauch (Vektis 2009).

In den Niederlanden hat durch den aggressiven Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen in Folge der umfassenden Systemreform von 2006 der Anreiz zur Nutzung selektiver Kontrakte deutlich zugenommen. Mit einem leistungsstarken RSA, der Ausweitung der selektiv kontrahierbaren B-Liste bei den DBCs und einem aggressiven Preiswettbewerb zwischen den Zvw-Kassen sind die Rahmenbedingungen für einen verstärkten Vertragswettbewerb in den Niederlanden seit der Systemreform von 2006 äußerst günstig. Insbesondere kleinere Direktversicherer wie Anderzorg nutzten die Gelegenheit, mit internetbasierter Beratung und selektiv kontrahierten Anbietern das günstigste Basisversicherungspaket anzubieten. Die viel beachtete Einführung der Zekur-Versicherung aus der Unive-Gruppe stellte 2008 eine neue Stufe des Vertragswettbewerbs dar. Der Zekur-Tarif markiert mit seiner rigiden Auswahl der Krankenhäuser und Ärzte sowie dem Betrieb einer eigenen Internetapotheke bereits den Einstieg in eine vertikale Integration von Leistungserbringung und Finanzierung (Agasi 2008: 298) und damit die Hinwendung zu engen Formen von managed care.

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich in den Niederlanden nach der Aufhebung der Kassenzuweisung in 1992 noch kein wettbewerbliches Verhalten zwischen den Krankenkassen einstellte, da deren finanzielle Verantwortlichkeit für die Ausgaben ihrer Mitglieder verschwindend gering war. Angesichts fehlender Anreize machten auch die Versicherten kaum von der freien Kassenwahl Gebrauch. Erste vertragswettbewerbliche Möglichkeiten blieben ungenutzt, weshalb die Phase bis zur Jahrtausendwende als pseudo-kompetitive Phase charakterisiert werden kann. Stattdessen verstärkte sich über Kooperationen mit Privatversicherern die Konkurrenz der Krankenkassen auf dem Zusatzversicherungsmarkt, obwohl ihre Betätigung in diesem Segment formal nicht zulässig war. Seit 2001 stiegen dagegen die Anreize zur Risikoselektion, ein Prozess, der aber von einer stetigen Verbesserung des RSAs flankiert wurde. Seitdem machen die Krankenkassen verstärkt von den vertragswettbewerblichen Möglichkeiten Gebrauch, wobei der aggressive Preiswettbewerb im Zuge der Strukturreform von 2006 diesen Prozess noch einmal beschleunigt hat.

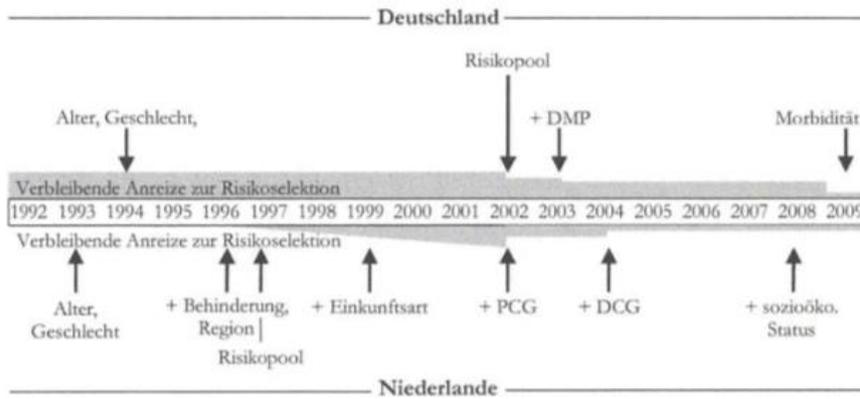
5. Eigendynamik wettbewerblicher Reformen im Vergleich

Beim Vergleich der Entwicklung des deutschen und des niederländischen Gesundheitssystems nach Einführung der freien Kassenwahl bleibt zunächst festzuhalten, dass in beiden Ländern unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen für den Kassenwettbewerb vorlagen. Während es in Deutschland traditionell Preisunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen gab, musste in den Niederlanden mit der Einführung

der Kopfpauschale überhaupt erst ein Preisparameter geschaffen werden. Auch die finanzielle Verantwortlichkeit der Krankenkassen für die Ausgaben ihrer Mitglieder unterschied sich zum Einführungszeitpunkt fundamental. Während die deutschen Kassen die volle Verantwortung trugen, was sich in spürbaren Beitragssatzdifferenzen äußerte, bekamen die niederländischen Kassen weiterhin nahezu sämtliche Kosten erstattet, so dass sich keine signifikanten Kopfpauschalensunterschiede einstellten. Trotz dieser verschiedenen institutionellen Ausgangslagen lassen sich im zeitlichen Verlauf aber sehr ähnliche Reaktionsmuster erkennen, die auf die Eigendynamik wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps verweisen: Ein zentrales Problem der freien Kassenwahl war in beiden Ländern der Anreiz zur Risikoselektion. In Deutschland setzte sofort mit der Einführung der freien Kassenwahl eine sich selbst beschleunigende Risikoentmischung ein. In den Niederlanden vollzog sich dieser Prozess aufgrund der anfänglich geringen Verantwortlichkeit der ZFW-Kassen langsamer, aber ebenfalls stetig. In beiden Staaten reagierte der Gesetzgeber auf diese mit dem solidarischen Grundprinzip eines Sozialversicherungssystems kollidierende Risikoentmischung mit einer Verbesserung des RSAs und gleichzeitig der Ausweitung vertragswettbewerblicher Möglichkeiten. Deutschland berücksichtigte mit der Einbeziehung der DMPs in 2003 erstmals morbiditätsorientierte Adjustierungsparameter und führte schließlich 2009 einen umfassenden Morbi-RSA ein. Die Niederlande implementierten 2002 und 2004 Morbiditätsindikatoren in ihre Risikoadjustierung (Abbildung 5).

Die bessere Orientierung der Risikoadjustierung an der tatsächlichen Morbidität der Versicherten ging in beiden Ländern mit einer intensiveren Nutzung der bereits vorhandenen selektivertraglichen Möglichkeiten einher. Erst mit der Reduktion der Anreize zur Risikoselektion wandten sich die Krankenkassen stärker der Anbieterselektion zu. Dieser Übergang zum Vertragswettbewerb vollzog sich in beiden Staaten inkrementell und ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschlossen. Allerdings finden sich sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden einzelne Krankenkassen, die bereits vergleichsweise weitgehende Konzepte zur Neuausrichtung ihrer Versorgungsstrukturen ausloten. Als Nebeneffekt vorübergehend fehlender Preisparameter auf dem eigentlichen Krankenkassenmarkt lässt sich zudem in beiden Ländern ein Ausweichverhalten auf den privaten Zusatzversicherungsmarkt beobachten. In den Niederlanden vollzog sich diese Entwicklung in der so genannten pseudo-kompetitiven Phase bis zur Jahrtausendwende. In Deutschland verstärkten dagegen Krankenkassen und Privatversicherungen ihre Kooperation im Zuge der Gesundheitsfondseinführung, die einen bundeseinheitlichen Beitragssatz implizierte.

Abbildung 5: Schematische RSA-Entwicklung in Deutschland und den Niederlanden



Eigene Darstellung auf Grundlage von Busse/Riesberg (2004: 64) und den Exter et al. (2004: 105), Deutschland bis 1996 gilt nur für den Wettbewerb der Angestellten-Ersatzkassen

In beiden Ländern hat der Staat dabei sowohl marktschaffend als auch marktkorrigierend gewirkt (vgl. Streeck 1995): Mit der Einführung von Kassenwettbewerb wurde der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt eingeführt und von vorne herein reguliert — insbesondere durch einen Risikostrukturausgleich. Als die Dysfunktionalität des Wettbewerbs deutlich wurde, reagierte der Staat in beiden Ländern mit einer Doppelstrategie: auf der einen Seite wurde der Risikostrukturausgleich verbessert. Es handelte sich somit um einen marktkorrigierenden Eingriff. Zum anderen aber wurde auch marktschaffend agiert, indem — in den Niederlanden — erst die Voraussetzung für einen Preiswettbewerb geschaffen wurde, und - in beiden Ländern — die Grundlagen für einen Vertragswettbewerb gelegt wurden. Beide Elemente, die Marktschaffung und die Marktkorrektur, greifen dabei Hand in Hand.

6. Fazit und Ausblick

Auf der Suche nach Effizienz steigernden Reformen haben Deutschland und die Niederlande, als Repräsentanten des Sozialversicherungstyps, seit Anfang der 1990er den Pfad einer stärker wettbewerbsorientierten Neuausgestaltung der Akteursbeziehungen zwischen Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Versicherten bzw. Patienten eingeschlagen. Ein Vergleich der beiden Staaten nach der Einführung der freien Kassenwahl zeigt, dass wettbewerbsliche Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps eine Eigendynamik entwickeln: Einmal eingeführt, fordert selbst ein auf ein Teilsegment begrenzter Wettbewerb „mehr“ Wettbewerb und „mehr“ staatliche Re-Regulierung. Als Konsequenz wird das den Systemtyp prägende korporatistische Steuerungsmodell sukzessive durch mehr Marktwettbewerb und staatliche Hierarchie ergänzt oder sogar substituiert.

Wettbewerb kann im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen als Koordinationsmechanismus eingesetzt werden. Dabei ist eine sinnvolle Steuerung des Leistungsgeschehens durch Wettbewerb in der Relation von Leistungsanbietern und Patienten bei Existenz einer (annähernden) Vollversicherung nicht möglich. In Sozialversicherungsländern wurde daher zunächst ein Kassenwettbewerb etabliert. Ein bloßes Verharren beim Kassenwettbewerb ist aber nicht möglich, da dieser Wettbewerbsparameter zu einer Risikoselektion führt. Ohne staatliche Re-Regulierung in Form eines leistungsstarken Risikostrukturausgleichs käme es somit zu einer entsolidarisierenden Risikoentmischung, wodurch der Pfad eines Sozialversicherungssystems verlassen würde. Im Zuge einer effektiveren Risikoadjustierung steigen somit die Anreize der Krankenkassen für erwünschte Wettbewerbsparameter wie effiziente Verwaltungs- und Versorgungsstrukturen. Dadurch springt die wettbewerbliche Interaktion zwischen Krankenkassen und Versicherten auf die Beziehung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über. Dies manifestiert sich in einer schrittweisen Durchdringung kollektiver Verbandsvereinbarungen durch Selektiverträge. Es bleibt zu überprüfen, ob dieser zunehmende Vertragswettbewerb ebenfalls einer staatlichen Re-Regulierung zur Bewertung und Kontrolle der Anbieterqualität bedarf.

Mit einem voll entfaltenen Kassen- und Vertragswettbewerb wird im dreiseitigen Gesundheitsmarkt die Verbindung zwischen dem nachfragenden Patienten und dem anbietenden Leistungserbringer mittelbar geschlossen. Während die direkte Verbindung der Leistungserbringer und Patienten durch hohe Informationsasymmetrien und dysfunktionale Anreize geprägt ist, zeichnet sich die indirekte Kopplung in Form eines re-regulierten Kassen- und Vertragswettbewerbs durch deutlich bessere Informationsmöglichkeiten und funktionale Anreize aus. Außerdem erlaubt lediglich der dreiseitige Gesundheitsmarkt die Absicherung der gesamten Bevölkerung gegen die Behandlungskosten schwerer Krankheiten, während bei der direkten Verbindung weite Teile finanziell überfordert wären.

Ein „halbierter Wettbewerb“, der entsteht, wenn nur Kassenwettbewerb in der Relation zwischen Versicherungsträger und Versicherten etabliert wird, ist also wettbewerbstheoretisch dysfunktional und bedarf — um die Ziele eines Gesundheitssystems des Sozialversicherungstyps erreichen zu können — der Ausdehnung auf den Vertragswettbewerb. Diese These lässt sich anhand der in diesem Beitrag skizzierten Reformprozesse in Deutschland und den Niederlanden bestätigen. Angesichts der dargestellten Eigendynamik einer zuerst begrenzten Marktschaffung ist davon auszugehen, dass der

Wettbewerb solange weiter ausgebaut wird, bis der Kassenwettbewerb durch ein ausreichendes Maß an Vertragswettbewerb ergänzt wurde.

Literaturverzeichnis

Agasi, Susanne (2008): „Die Krankenversicherung in den Niederlanden zwei Jahre nach der Reform — Finanzentwicklung und Markttrends“, *Zeitschrift für Sozialreform* 54: 279-303.

Andersen, Hanfried H.; Grabka, Markus (2006): „Kassenwechsel in der GKV 1997 - 2004. Profile — Trends - Perspektiven“, in: Dirk Göppfarth; Stefan Greß; Klaus Jacobs; Jürgen Wasem (Hg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006 - Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. Sankt Augustin: Asgard, 145-190.

Arrow, Kenneth J. (1963): „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“, *The American Economic Review* 53: 941 -973.

Arrow, Kenneth J. (1968): „The Economics of Moral Hazard: Further Comment“, *The American Economic Review* 58: 537-539.

Arrow, Kenneth J.; Debreu, Gerard (1954): „Existence of an Equilibrium for a Competitive Economy“, *Econometrica* 22: 265-290.

Becker, Bettina; Uebelmesser, Silke (2007) „Sickness Fund Competition in Germany: The Impact of Print Media Advertising on Public Health Insurance Switching“, Paper presented at the 'iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics', Philadelphia.

Behrend, Corinne; Buchner, Florian; Happich, Michael; Holle, Rolf; Reitmeir, Peter; Wasem, Jürgen (2007): „Risk-adjusted Capitation Payments: How Well Do Principal Inpatient Diagnosis-based Models Work in the German Situation? Results from a Large Data Set“, *The European Journal of Health Economics* 8: 31-39.

Braun, Bernard; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen (Hg.) (2008): *Einflussnehmen oder Aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der GKV*. Berlin: edition sigma.

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2003): *Gesundheitsökonomie*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Bundesministerium für Gesundheit (1993): *Daten des Gesundheitswesens*. Ausgabe 1993. Baden- Baden: Nomos.

Busse, Reinhard; Riesberg, Annette (2004): *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Cacace, Mirella; Götze, Ralf; Schmid, Achim; Rothgang, Heinz (2008): „Explaining Convergence and Common Trends in the Role of the State in OECD Healthcare Systems", *Harvard Health Policy Review* 9: 5-16.

Delhy, Jan (2003): „Europäische Integration, Modernisierung und Konvergenz", *berliner Journal für Soziologie* 13: 565-584.

den Exter, André; Hermans, Herbert; Dosljak, Milena; Busse, Reinhard (2004): *Health Care Systems in Transition: Netherlands*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Döhler, Marian (1990): *Gesundheitspolitik nach der ‚Wende‘. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: edition sigma.

Douven, Rudy; Schut, Erik (2006): Health Plan Pricing Behaviour and Managed. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, CPB Discussion Paper No. 61.

Drezner, Daniel W. (2005): „Globalization, Harmonization, and Competition: The Different Pathways to Policy Convergence", *Journal of European Public Policy* 12: 841-859.

Enthoven, Alain C. (2008): „A Living Model of Managed Competition: A Conversation with Dutch Health Minister Ab Klink", *Health Affairs - Web Exclusive*:196-203.

Felder, Stefan (2006): „Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie", *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 7: 49-73.

Fendrich, Konstanze; Hoffmann, Wolfgang (2007): „More than just Aging Societies: The Demographic Change Has an Impact on Actual Numbers of Patients", *Journal of Public Health* 15: 345-351.

Flora, Peter (1986): „Introduction", in: Peter Flora (Hg.): *Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II*. New York/Berlin: Walter de Gruyter, XI-XXXVI.

Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai; Schmucker, Rolf (2007): Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik. Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen. Institut für Medizinische Soziologie, Discussion Paper No. 1.

Greer, Scott L. (2006): „Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in Health Policy", *Journal of European Public Policy* 13: 134-152.

Götze, Ralf; Salomon, Tina (2009): „Fair Fee: Eine einkommens- und morbiditätsadjustierte Zuzahlung für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland", *Zeitschrift für Sozialmedizin* 55: 71-90.

Gravelle, Hugh (1991): „Insurance Law and Adverse Selection", *International Journal of Law and Economics* 11: 23-45.

Greß, Stefan (2002): *Krankenversicherung und Wettbewerb. Das Beispiel Niederlande*. Frankfurt/New York: Campus.

Greß, Stefan (2004): Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Diskussionbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen No. 135.

Greß, Stefan; Focke, Axel; Hessel, Franz; Wasem, Jürgen (2005): „Financial Incentives for Disease Management Programmes and Integrated Care in German Social Health Insurance“, *Health Polig* 78: 295-305.

Greß, Stefan; Groenewegen, Peter P.; Kerssens, Jan; Braun, Bernard; Wasem, Jürgen (2002): „Free Choice of Sickness Funds in Regulated Competition: Evidence from Germany and The Netherlands“, *Health Potty* 60: 235-254.

Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Wasem, Jürgen (2007): „Niederlande. Anatomie einer Reform“, *Gesundheit und Gesellschaft* 10: 37-40.

Greß, Stefan; Okma, Kieke; Hessel, Franz (2001): Managed Competition in Health Care in The Netherlands and Germany. Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions. Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement, Discussion Paper No. 4.

Hayek, Friedrich August v. (1968): „Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“, in: Erich Schneider (Hg.): *Kieler Vorträge. Neue Folge* 56. Tübingen: Mohr.

Helderman, Jan-Kees; Schut, Frederik T.; van der Grinten, Tom E.D.; van den Ven, Wynand P.M.M. (2005): „Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands“, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30: 189-209.

Henke, Klaus-Dirk; Reimers, Lutz (2006): Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie, ZIGprint No. 8.

Höppner, Karin; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen (2006): „Instrumente der Risikoselektion - Theorie und Empirie“, in: Dirk Göppfarth; Stefan Greß; Klaus Jacobs; Jürgen Wasem (Hg.): *Jahrbuch Risikostmkturausgleich 2006 — Zehn Jahre Kassenwechsel*. St.Augustin: Asgard, 119-144.

Hsiao, William C. (2007): „Why Is a Systemic View of Health Financing Necessary?“, *Health Affairs* 26: 950-961.

Jahn, Rebecca; Staudt, Susanne; Wasem, Jürgen (2009): „Verbesserung des Risikostrukturausgleichs als Instrument zur Sicherung der Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb“, in: Roman Böckmann (Hg.): *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*. Wiesbaden: VS: 43-61.

Knight, Frank H. (1921): *Risk, Uncertainty and Profit*. New York: Houghton Mifflin.
Lamers, Leida M. (1998): „Risk-adjusted Capitation Payments: Developing a Diagnostic Cost

Groups Classification for the Dutch Situation", *Health Policy* 45: 15-32.

Lauterbach, Karl W.; Wille, Eberhard (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich — Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung" unter Berücksichtigung der Morbidität, Köln, Mannheim: Gutachten im Auftrag des VdAK, des AEV, des AOK-Bundesverbandes und des IKK- Bundesverbandes.

Lukas-Nülle, Martina (2000): Die Wahrnehmung von Wettbewerbselementen und Veränderungen im Behandlungsprozess durch niederländische Hausärzte, Magisterarbeit, Universität Bremen.

Maarse, Hans; Bartholomee, Yvette (2007): A Public-private Analysis of the New Dutch Health Insurance", *The European Journal of Health Economics* 8: 77-82.

Maarse, Hans; Okma, Kieke (2004): „The Privatisation Paradox in Dutch Health Care", in: Hans Maarse (Hg.): *Privatisation in European Health Care. A Comparative Analysis in Eight Countries*. Maarssen: Elsevier, 97-116.

Maarse, Johannes A.M. (1989): „Hospital Budgeting in Holland: Aspects, Trends and Effects", *Health Policy* 11: 257-276.

Müller de Cornejo, Gabriele (2005): „Disease-Management-Programme in Deutschland", in: *Jahrbuch für Kritische Medizin*. Hamburg: Argument-Verlag, 21-37.

Newbrander, W.; Eichler, R. (2001): „Managed Care in the United States: Its History, Forms, and Future", in: Aviva Ron; Xenia Scheil-Adlung (Hg.): *Recent Health Policy Innovations in Social Security*. New Brunswick: Transaction, 83-106.

Newhouse, Joseph P. (1996): *Free for AIR Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press.

Nocon, Marc; Keil, Thomas; Willich, Stefan N. (2007): „Education, Income, Occupational Status and Health Risk Behaviour", *Journal of Public Health* 15: 401-405.

Ölten, Rainer (1998): *Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik*. Wien: Oldenbourg.
Pauly, Mark V. (1968): „The Economics of Moral Hazard: Comment", *The American Economic Review* 58: 531-537.

Pauly, Mark V. (1984): „Is Cream-skimming a Problem for the Competitive Medical Market?", *Journal of Health Economics* 3: 87-95.

Reschke, Peter; Lauterbach, Karl W.; Wasem, Jürgen (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen. Endbericht, Berlin: Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Reschke, Peter; Sehlen, Stephanie (2005): „Methoden der Morbiditätsadjustierung", *Gesundheits- und Sozialpolitik* 59: 10-19.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2006): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Hans Huber.

Rothgang, Heinz (2003): „Markt und Wettbewerb bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Die Finanzierung der Behindertenhilfe vor dem Hintergrund von Wettbewerb in Kranken- und Pflegeversicherung“, *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen* 52: 38-59.

Rothschild, Michael; Stiglitz, Joseph (1976): „Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information“, *The Quarterly Journal of Economics* 90: 629-649.

Rutten, Frans F. H.; Freens, René J. M. (1986): „Health Care Financing in the Netherlands: Recent Changes and Future Options“, *Health Policy* 6: 313-320.

Schneider, Werner (1994): *Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Berlin: Schmidt.

Schut, Frederik T. (1995): „Health Care Reform in The Netherlands: Balancing, Corporatism, Etatism and Market Mechanisms“, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20: 615-652.

Schwarze, Johannes; Andersen, Hanfried H. (2001): „Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?“ *Schmollers Jahrbuch* 121: 581-602.

Stigler, George Joseph (1987): „Competition“, in: John Eatwell; Murray Milgate; Peter Newman (Hg.): *The New Palgrave*. London: Macmillan.

Streeck, Wolfgang (1995): „From Market Making to State Building? Reflections on the Political Economy of European Social Policy“, in: Stephan Leibfried; Paul Pierson (Hg.): *European Social Policy. Between Fragmentation and Integration*, Washington DC: Brookings Institution, 389-431.

test.de (1999-2008): Beitragssätze und Rufnummern geöffneter Kassen. Berlin: Stiftung Warentest.

van de Ven, Wynand P.M.M.; Beck, Konstantin; Buchner, Florian; Chernichovsky, Dov; Gardiol, Lucien; Holly, Alberto; Lamers, Leida M.; Schokkaert, Erik; Shmueli, Amir; Spycher, Stephan; Van de Voorde, Carine; van Vliet, René C.J.A.; Wasem, Jürgen; Zmora, Irith (2003): „Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries“, *Health Polig* 65: 75-98.

van de Ven, Wynand P.M.M.; Beck, Konstantin; Van de Voorde, Carine; Wasem, Jürgen; Zmora, Irith (2007): „Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 Years later“, *Health Polig* 83: 162-179.

van de Ven, Wynand P.M.M.; Ellis, Randall (2000): „Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets“, in: Anthony J. Culyer; Joseph P. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 755-845.

van den Berg, Bernard; Van Dommelen, Paula; Stam, Piet; Laske-Aldershof, Trea; Buchmuel-
ler, Tom; Schut, Frederik T. (2008): „Preferences and Choices for Care and Health In-
surance", *Social Science & Mediane* 66: 2448-2459.

van Merode, Frits; Nieboer, Anna; Maarse, Hans; Lieverdink, Harm (2004): „Analyzing the
Dynamics in Multilateral Negotiations", *Sodai Networks* 26: 141-154.

van Vliet, René C. J. A. (2006): „Free Choice of Health Plan Combined with Risk-adjusted
Capitation Payments: Are Switchers and New Enrolees Good Risks?", *Health Economics* 15:
763-774.

van Vliet, René C.J.A.; van de Ven, Wynand P.M.M. (1992): „Towards a Capitation Formula
for Competing Health Insurers. An Empirical Analysis", *Social Science & Mediane* 34: 1035-
1048.

VdAK/AEV (2007): *Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2007*. Siegburg:
Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband.

Vektis (2005): *Zorgthermometer*. Juli 2005, Zeist: Vektis.
Vektis (2007): *Zorgthermometer*. Winternummer 2007, Zeist: Vektis. Vektis (2009):
Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag, Zeist: Vekds.

Verband der Angestellten-Krankenkassen; Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (2007):
Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2007. Siegburg: Verband der Angestellten-
Krankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen-Verband.

Wendt, Claus; Frisina, Lorraine; Rothgang, Heinz (2009): „Healthcare System Types: A Con-
ceptual Framework for Comparison", *Social Policy & Administration* 43:70-90.

Werner, A.; Reitmeir, Peter; John, J. (2005): „Kassenwechsel und Risikostrukturausgleich in
der gesetzlichen Krankenversicherung. Empirische Befunde der Kooperativen Ge-
sundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA)", *Das Gesundheitswesen* 67: 158- 166.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO) (2005): „Das Arzt-
Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr: Ergebnisse aus zwei
Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten", *WidO-Monitor* 2: 1-7.

Zweifel, Peter; Steinmann, Lukas; Eugster, Patrick (2005): „The Sisyphus Syndrome in Health
Revisited", *International Journal of Health Care Finance and Economics* 5: 127-145.

Korrespondenz und E-Mail

Ralf Götze

Sonderforschungsbereich 597

Linzer Straße 9a

28359 Bremen

E-Mail: ralf.goetze@sfb597.uni-bremen.de

Mirella Cacace

Sonderforschungsbereich 597

Linzer Straße 9a

28359 Bremen

E-Mail: mirella.cacace@sfb597.uni-bremen.de

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Zentrum für Sozialpolitik

Parkallee 39

28209 Bremen

E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de