

01 / 2016

Timo Blenk, Nora Knötig, Thomas Wüstrich

## **DIE ROLLE DES WETTBEWERBS IM GESUNDHEITSWESEN**

Erfahrungen aus Deutschland,  
den Niederlanden und der Schweiz

## **Die Friedrich-Ebert-Stiftung**

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch

- Politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft
- Politikberatung
- Internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern
- Begabtenförderung
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

## **Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung**

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

## **WISO Diskurs**

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

## **Über die Autor\_innen dieser Ausgabe**

### **Timo Blenk, M.A., M.IEP., B.A.**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Fakultät für Betriebswirtschaft, Universität der Bundeswehr München,  
Ph.D.-Candidate Doctoral School of International Affairs and Political Economy,  
Politikwissenschaftliches Departement, Universität St. Gallen,  
timo.blenk@unibw.de

### **Dr. rer. pol. Nora Knötig**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Fakultät für Betriebswirtschaft, Universität der Bundeswehr München,  
nora.knoetig@unibw.de  
[https://www.unibw.de/bw/institute/oekonomie\\_recht/oer\\_mitarbeiter/knoetig/index.html](https://www.unibw.de/bw/institute/oekonomie_recht/oer_mitarbeiter/knoetig/index.html)

### **Prof. Dr. rer. pol. Thomas Wüstrich**

Professor für Volkswirtschaftslehre

Fakultät für Betriebswirtschaft, Universität der Bundeswehr München  
thomas.wuestrich@unibw.de  
[www.unibw.de/bw/institute/oekonomie\\_recht/oer\\_professuren/wuestrich/index.html](http://www.unibw.de/bw/institute/oekonomie_recht/oer_professuren/wuestrich/index.html)

## **Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich**

**Severin Schmidt** ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

Timo Blenk, Nora Knötig, Thomas Wüstrich

# DIE ROLLE DES WETTBEWERBS IM GESUNDHEITSWESEN

Erfahrungen aus Deutschland,  
den Niederlanden und der Schweiz

2	<b>VORBEMERKUNG</b>
3	<b>1 EINLEITUNG</b>
5	<b>2 EXECUTIVE SUMMARY</b>
6	<b>3 WETTBEWERB IM SOLIDARISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM</b>
6	3.1 Motivation und Zielsetzung
7	3.2 Nebenbedingungen und Voraussetzungen
8	3.3 Wettbewerbsfelder
10	3.4 Wettbewerbsparameter
11	<b>4 WETTBEWERBSPOLITISCHE SITUATION IN DEUTSCHLAND</b>
11	4.1 Ausgangslage
11	4.2 Wettbewerbsvoraussetzungen
12	4.3 Behandlungsmarkt
12	4.4 Leistungsmarkt
13	4.5 Versicherungsmarkt
14	4.6 Wettbewerbspolitischer Reformbedarf
15	<b>5 DAS GESUNDHEITSSYSTEM DER SCHWEIZ</b>
15	5.1 Ausgangslage
17	5.2 Wettbewerbsvoraussetzungen
18	5.3 Behandlungsmarkt
18	5.4 Leistungsmarkt
19	5.5 Versicherungsmarkt
19	5.6 Reformoptionen für das deutsche Gesundheitswesen
21	<b>6 DAS GESUNDHEITSSYSTEM DER NIEDERLANDE</b>
21	6.1 Ausgangslage
22	6.2 Wettbewerbsvoraussetzungen
23	6.3 Behandlungsmarkt
23	6.4 Leistungsmarkt
24	6.5 Versicherungsmarkt
24	6.6 Reformoptionen für das deutsche Gesundheitswesen
26	<b>7 FAZIT</b>
28	Abbildungsverzeichnis
29	Abkürzungsverzeichnis
30	Literaturverzeichnis

# VORBEMERKUNG

Es ist kein neues Thema. Die Frage nach dem richtigen Maß des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ist ein Dauerbrenner der politischen Debatte. Wettbewerb wurde in der Vergangenheit ideologisch positiv überhöht oder sehr kritisch gesehen. Doch Wettbewerb ist ein reines Instrument, um bestimmte gesundheitspolitische Ziele zu erreichen. Fraglich erscheint indes, ob die Ziele immer richtig formuliert wurden. Soll mehr Qualität erreicht werden, besserer Zugang, mehr Patientenorientierung, gute Arbeitsbedingungen oder sollen schlicht Kosten gesenkt werden? Nicht immer waren diese Ziele in der Vergangenheit klar. Wer soll überhaupt im Wettbewerb stehen: Kassen, Leistungserbringer\_innen oder beide? Der „Elephant in the room“ in der gesundheitspolitischen Debatte ist allerdings die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und die Frage, ob diese Trennung überwunden werden muss. Vieles spricht dafür.

Um uns der Beantwortung dieser Fragen zu nähern, lohnt ein Blick über den Tellerrand, beispielsweise – wie in dieser Studie – in die Niederlande und die Schweiz. Die internationale Perspektive bietet keine exakten Blaupausen für das deutsche Gesundheitssystem. Allerdings können Denkanstöße gegeben und neue Ideen in die Arena der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung geworfen werden. Die Debatte um mehr oder weniger Wettbewerb ist nicht beendet, sondern ist eher ein Grundrauschen im gesundheitspolitischen Diskurs.

Die Autor\_innen werfen einen genauen Blick in diese Länder, zeichnen die politischen Entwicklungen ab und geben darauf aufbauend konkrete Empfehlungen für das deutsche Gesundheitssystem.

Diese Empfehlungen wurden am 9. November 2015 bei einer Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung in Berlin mit maßgeblichen Akteuren des deutschen Gesundheitswesens diskutiert. Es lohnt sich, die Präsentation der Studie und die anschließende Diskussion anzusehen. Sie finden die Videos

dazu unter der Seite [www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso) im Internet. Wir möchten die Gelegenheit nutzen, um uns bei den Autor\_innen der Studie sowie den Gästen der Diskussionsveranstaltung zu bedanken. Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre und freuen uns auf Ihr Feedback.

## SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik

## 1

# EINLEITUNG

Gesundheitssysteme unterliegen wie kaum ein anderes politisches Handlungsfeld einem beständigen Reformdruck. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in den meisten westlichen Industriestaaten, eines ausgabenintensiven medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Integration von Migrant\_innen in die bestehenden Wohlfahrtssysteme, stoßen sie in ihrer Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit häufig an Grenzen. So sind die politischen Entscheidungsträger\_innen gefordert, systemische Anpassungen im Gesundheitswesen vorzunehmen, um Antworten auf diese veränderten Rahmenbedingungen zu finden. Sie handeln dabei stets im Spannungsverhältnis zwischen einer solidarischen Gesundheitsversorgung für alle Versicherten und einer kosteneffizienten Nutzung medizinischer Ressourcen. Erschwerend kommt bei allen Reformbemühungen im Gesundheitswesen der Einfluss gut organisierter Verbände hinzu. Reformprozesse vollziehen sich im Gesundheitswesen daher im Regelfall nicht als einmalige, umfassende systemische Reformen, sondern evolutiv-inkrementell.

Um eine bestmögliche und nachhaltige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bei gleichzeitig kosteneffizienter Nutzung medizinischer Güter sicherzustellen, stehen sich aus ökonomischer Sicht zwei idealtypische Ordnungsmodelle gegenüber: marktwirtschaftliche oder staatliche Steuerung. Obwohl in allen westlichen Volkswirtschaften Elemente beider Steuerungsmodelle gefunden werden können, nehmen zunehmend wettbewerbliche Prinzipien eine wichtige Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen ein. Ziel ist dabei eine effizientere Allokation von Ressourcen.

Die vorliegende Studie greift diesen Aspekt auf und untersucht, inwiefern ein regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen bei Wahrung des Solidarprinzips zu einer effizienteren Allokation gesundheitsökonomischer Güter führen kann. Die Analyse differenziert Wettbewerb im Gesundheitswesen nach den drei Teilmärkten Behandlungs-, Leistungs- und Versicherungsmarkt. Während auf dem Behandlungsmarkt Leistungsanbieter um die Gunst der Patient\_innen konkurrieren, stehen auf dem Leistungsmarkt die Erbringer von Leistungen im Wettbewerb um Kassenverträge. Der Versicherungsmarkt umfasst hingegen den Wettbewerb der Krankenversicherungen um Vertragsabschlüsse mit den

Versicherten. Während sich in Deutschland die gesundheits- und verbandspolitische Diskussion primär auf den Versicherungsmarkt konzentriert, überwiegt in der Schweiz und in den Niederlanden eine integrative Gesamtbetrachtung der interdependent eng miteinander verflochtenen Teilmärkte.

Um politische Handlungsempfehlungen hinsichtlich der möglichen Stärkung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen ableiten zu können, vergleicht die vorliegende Studie im Rahmen eines Most Similar Case Designs das Gesundheitssystem Deutschlands mit denjenigen der Schweiz und der Niederlande. Alle drei Länder ähneln sich in einer Vielzahl von Variablen, u.a. der Versichertenstruktur, den Anforderungsprofilen an Leistungserbringer\_innen, einem vergleichbaren Versorgungsniveau und den politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Allerdings unterscheiden sich die Länder hinsichtlich der Ausprägung von Wettbewerb im Gesundheitswesen. Während in Deutschland diesbezüglich noch erhebliches Potenzial besteht, kommen in den Niederlanden, mehr noch in der Schweiz wettbewerbliche Steuerungsmechanismen bereits heute stärker zur Anwendung. Im Rahmen dieses Vergleichs konzentriert sich die vorliegende Studie auf die Ermittlung von Wettbewerbsfeldern und -parametern, die möglicherweise eine Vorbildfunktion für das deutsche Gesundheitswesen einnehmen (Best Practices). Darüber hinaus wird analysiert, welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen, um ihre Übernahme zu ermöglichen.

Die Operationalisierung erfolgt hauptsächlich anhand leitfadengestützter Expert\_inneninterviews. Alle Befragten zeichnen sich durch langjährige Erfahrungen und fundierte Kenntnisse in den Gesundheitssystemen der jeweiligen Länder aus. Die Interviewpartner\_innen repräsentieren dabei für die Studie relevante Bereiche des Gesundheitswesens: Gesundheitsexpert\_innen, Wissenschaftler\_innen und Vertreter\_innen von Verbänden und der Versicherungswirtschaft. Zusätzlich zu den geführten qualitativen Interviews stützt sich die vorliegende Studie auf OECD-Daten und eine Literaturanalyse.

Die wesentlichen Ergebnisse der Studie zeigen, dass in Deutschland noch ein erhebliches Potenzial für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen besteht. Die Erfahrungsbeispiele aus den Niederlanden und der Schweiz machen deutlich, dass

Wettbewerb zu einer verbesserten Allokation von Ressourcen und zu einer Verbesserung der Versorgung führen kann. Voraussetzungen hierfür sind eine freie Kassenwahl, ein ausdifferenzierter Risikostrukturausgleich, ein umfassender Mindestleistungskatalog und ein hohes Maß an Transparenz für alle Beteiligten. Darüber hinaus müssen selektive Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern sowie ein freier Marktzutritt- und Austritt für alle Marktakteure möglich sein. Anders als in der Schweiz und in den Niederlanden wird es für das deutsche Gesundheitssystem aus politischen Gründen unabdingbar sein, den bisherigen systemimmanenten Solidarausgleich über einkommensbezogene Beiträge beizubehalten.

Sowohl die Schweiz als auch die Niederlande haben erfolgreich die Dualität von gesetzlichen und privaten Krankenkassen überwunden und ihren Gesundheitsmarkt in eine umfassende allgemeine Grundversorgung mit darauf aufbauendem privatem Zusatzversicherungsmarkt überführt. Auch in dieser Hinsicht sind Reformoptionen für Deutschland erwägenswert. Des Weiteren zeigen die Niederlande und die Schweiz, dass sich die Öffnung des Gesundheitsmarktes für Managed Care Wahltarife<sup>1</sup>, spezielle Selektiv- und Gruppenverträge und eine größere Wahlfreiheit der Versicherten bei Prämientarifen als sinnvoll und innovationsfördernd erweisen. Letztlich können jedoch die Erfahrungswerte der Vergleichsländer nicht unreflektiert auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen werden.

Im Folgenden wird zunächst das gewählte Wettbewerbsmodell der Studie einschließlich seiner Differenzierung in den Behandlungs-, Leistungs- und Versicherungsmarkt vorgestellt. Das nachfolgende Kapitel analysiert die Wettbewerbssituation im deutschen Gesundheitswesen und weist auf bestehende Reformdefizite hin. Die anschließenden empirischen Untersuchungen des schweizerischen und niederländischen Gesundheitswesens enden in der Benennung von Best Practices der Vergleichsländer und zeigen damit mögliche Reformoptionen für Deutschland auf. Ein abschließendes Fazit reflektiert die wesentlichen Studienergebnisse und fasst mögliche politische Handlungsempfehlungen zusammen.

---

<sup>1</sup> Unter Managed Care wird im weitesten Sinne gesteuerte Versorgung verstanden. Dabei werden die freie Arztwahl und die Marktmechanismen zugunsten von geplanten, vertraglich geregelten Abläufen eingeschränkt.

## 2

# EXECUTIVE SUMMARY

Die vorliegende Vergleichsstudie untersucht, inwiefern Wettbewerb eine geeignete Steuerungsalternative im Gesundheitswesen ist. Ziel der Studie ist es, einen Beitrag zur aktuellen Debatte über die Reform des deutschen Gesundheitssystems zu leisten und politische Handlungsoptionen aufzuzeigen. In einem empirischen Vergleich werden Wettbewerbserfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz analysiert und auf ihre Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem geprüft. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine weitere Stärkung wettbewerblicher Elemente auch in Deutschland zu größerer Effizienz und besserer Versorgung im Gesundheitssystem beitragen kann. Bedingung dafür ist jedoch die Implementierung der hierfür notwendigen Wettbewerbsvoraussetzungen. Sowohl die Schweiz als auch die Niederlande haben die Dualität gesetzlicher und privater Krankenkassen überwunden und ihre Gesundheitssysteme in eine umfassende Basisversorgung mit einem privaten Zusatzversicherungsmarkt überführt. Darüber hinaus wird deutlich, dass sich die Öffnung des Gesundheitsmarktes für Managed Care Wahltarife, Gruppen- und Selektivverträge und eine größere Wahlfreiheit der Versicherten durch verschiedene Vertragsoptionen als innovationsfördernd erweist. Hinsichtlich der Finanzierung des Gesundheitswesens stellt es sich für Deutschland als sinnvoll heraus, den bestehenden Solidaritätsgleich über eine einkommensabhängige Beitragserhebung beizubehalten.

## 3

## WETTBEWERB IM SOLIDARISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

### 3.1 MOTIVATION UND ZIELSETZUNG

Die Reformversuche des deutschen Gesundheitswesens sind Legende. Seit dem ersten Kostendämpfungsgesetz 1977 versuchen Gesundheitspolitiker\_innen unterschiedlicher politischer Couleur, in immer dichter werdender Folge mit begrenztem Erfolg eine nachhaltige Reform des deutschen Gesundheitssystems zu verwirklichen. Die langfristige Sicherung und nachhaltige Finanzierung einer innovativen, qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten, ökonomisch effizienten Versorgung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen wurde bisher nicht erreicht. Trotz kurzfristiger Reformfolge und scheinbarer Systemstabilisierung steigen die Gesundheitsausgaben mit ungebremschter Dynamik schneller als die Einnahmen. Es scheint, als werde nur an den Symptomen kuriert, ohne dass sich der grundlegenden Ursachen der unübersehbaren Steuerungsdefizite angenommen wird. Der medizinisch-technische Fortschritt, die problematische demografische Entwicklung sowie die stetige Zunahme diskontinuierlicher Erwerbsbiographien mit zum Teil prekären Einkommensverhältnissen stellen Gesundheitspolitiker\_innen und -ökonom\_innen auch in Zukunft vor große Herausforderungen. Diese Entwicklung betrifft nicht nur Deutschland, sondern ist in nahezu allen westlichen Industrienationen zu beobachten (Marx/Rahmel 2008: 523; OECD 2015f.: 20).

Der begrenzte Erfolg der Gesundheitspolitik, das Gesundheitssystem langfristig finanziell zu stabilisieren, kann auf zwei Ursachen zurückgeführt werden. Zum einen gibt es kaum einen gesellschaftlichen Bereich, in dem es gut organisierten Interessensgruppen und Lobbyismen so erfolgreich gelingt, den Entscheidungsprozess im politisch und vor allem finanziell gewünschten eigenen Interesse zu beeinflussen. So verhindern in Verbänden organisierte Leistungsanbieter, Politiker\_innen, Industrievertreter\_innen, Patientenvertreter\_innen und Kassenfunktionär\_innen im Wettstreit konkurrierender Interessen die Umsetzung eines kohärenten ökonomischen Ordnungsrahmens. Zum anderen finden die zur Problemlösung häufig dogmatisch vorgetragene Vorschläge alternativer Ordnungsparadigmen, wie z. B. Markt oder Staat, ihre Grenzen in den besonderen Eigenschaften, sozialpoli-

tischen Notwendigkeiten und zahlreichen Rationalitätenfallen des „Gesundheitsmarktes“.<sup>2</sup>

Auch die in der jüngsten Vergangenheit als Erfolg bundesdeutscher Gesundheitspolitik gefeierten, derzeit aber bereits dahinschmelzenden Milliardenüberschüsse im Gesundheitsfonds können nur kurzfristig darüber hinwegtäuschen, dass mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) und dem aktuellsten Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV (GKV-VSG) die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens nach wie vor ungelöst bleiben. Keines der Gesetzeswerke ist geeignet, zu einer grundsätzlichen Lösung der gegenwärtigen und zukünftigen Probleme beizutragen. Allerdings wäre es angesichts der Komplexität der Herausforderungen auch vermessen zu glauben, die Strukturdefizite des Gesundheitssystems könnten in einem großen gesetzgeberischen Wurf gelöst werden: Gesundheitspolitische Reformen werden sich auch in Zukunft pfadabhängig in einem evolutiv-inkrementellen Prozess vollziehen und damit weiterhin die gesundheitspolitische und wissenschaftliche Diskussion begleiten.

Wenn jedoch die dringend gebotene „große“ Reform des Gesundheitswesens aufgrund der vielfältigen widerstreitenden Interessen und polit-ökonomischen Zwänge nicht zu erwarten ist, so müssen doch Wege und Lösungen gefunden werden, die das System neu ausrichten, ordnungs- und sozialpolitisch verträglich und zukunftsfest machen. Auch wenn Gesundheit in mehrfacher Hinsicht „unbezahlbar“ ist und sich das Denken in ökonomischen Kategorien daher eigentlich verbietet, so geht es letztlich doch immer um die Überwindung eines Knappheitsproblems: Einer begrenzten Anzahl der zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesund-

<sup>2</sup> Eine Rationalitätenfalle liegt vor, wenn die individuelle und die gesellschaftliche Rationalität einer Handlungsweise auseinanderfallen: So kann es individuell durchaus rational sein, im möglichst großen Umfang Gesundheitsleistungen zu „konsumieren“, für das zahlende Versichertenkollektiv ist diese Form der Leistungsanspruchnahme dagegen nicht vorteilhaft.

heit zur Verfügung stehenden Ressourcen steht eine unendliche Menge an gesundheitsbezogenen Bedürfnissen entgegen.

Vor einer unreflektierten Übernahme ökonomischer (Markt- und Wettbewerbs-)Paradigmen sei jedoch ebenso gewarnt wie vor dogmatischen Denkverboten, dass sich das Gesundheitswesen aus sozialpolitischen oder meritorischen Erwägungen grundsätzlich ökonomischen Kategorien entziehe. Viele Pharmaunternehmen sind durchaus ebenso wie große Krankenhäuser mit Industrieunternehmen vergleichbar. Dennoch sind sie, auch wenn der volkswirtschaftliche Anteil ihres Sektors in den vergangenen Jahren dynamisch gewachsen ist, für das Gesundheitswesen als Ganzes nur begrenzt aussagekräftig. In weiten Teilen können marktwirtschaftliche und industrieökonomische Prinzipien nur bedingt zum Tragen kommen.

Die zuletzt genannte Problemstellung, die Auswahl eines geeigneten Ordnungstyps, ist Gegenstand einer Vielzahl gesundheitsökonomischer Untersuchungen.<sup>3</sup> Angesichts der auch im Gesundheitswesen bestehenden Knappheit soll durch eine möglichst effiziente Allokation von Ressourcen eine qualitativ hochwertige, bedarfs- und präferenzgerechte, aber auch wirtschaftlich medizinische Versorgung sichergestellt werden. Zur Beantwortung der Fragen, welche Gesundheitsgüter wie produziert werden sollen und nach welchen Kriterien das Produktionsergebnis dann verteilt werden soll, stehen sich aus idealtypischer Perspektive zwei Ordnungstypen gegenüber: Markt und Staat. In ihrer realtypischen Ausprägung bewegen sich beide Ordnungsmodelle jedoch auf einem Kontinuum. So können in allen real existierenden Gesundheitssystemen je nach gesundheitspolitischer Ausrichtung und in Pfadabhängigkeit sowohl marktwirtschaftliche als auch staatliche Ordnungselemente im Sinne eines staatlich „regulierten Wettbewerbs“ oder „Managed Competition“ gefunden werden (Enthoven 1993: 24). Generell kann daher in allen westlichen Volkswirtschaften eine Konvergenz der Ordnungsmodelle beobachtet werden.

### 3.2 NEBENBEDINGUNGEN UND VORAUSSETZUNGEN

Die im Gesundheitswesen zahlreich vorhandenen wettbewerblichen Ausnahmereiche sind nicht nur sozial- und gesundheitspolitisch, sondern auch ökonomisch begründbar: Nach dem ersten Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomie kommt es auf Märkten nur dann zu einer pareto-optimalen Allokation, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt werden.<sup>4</sup> Hierzu gehören vollkommene Konkurrenz, die Abwesenheit öffentlicher Güter und externer Effekte sowie die Erfüllung der sogenannten Homogenitätsbedingungen.<sup>5</sup>

Ein kurzer Blick auf den „Gesundheitsmarkt“ zeigt, dass diese Voraussetzungen zur Herstellung allokativer Effizienz in weiten Teilen des Gesundheitssystems nicht oder nur zum Teil gegeben sind. So ist die Produktion von Gesundheitsgütern sehr oft mit externen Effekten, ruinöser Konkurrenz und zunehmenden Skalenerträgen verbunden. Ferner weisen viele Gesundheitsgüter Eigenschaften öffentlicher Güter auf (z. B. bei Schutzimpfungen und bei der Bereitstellung von Notfalleinrichtungen). Auch die Konsumentenautonomie ist im Krankheitsfall, nicht nur in lebensbedrohlichen Situationen, eingeschränkt. Patient\_innen wollen rasch wieder gesund werden und begeben sich daher in die Hände medizinischer Leistungsanbieter ihres Vertrauens. Ihnen selbst fehlen auch aufgrund des vorherrschenden *un-acti*-Prinzips – also dem Zusammenfallen von Produktion und Konsum einer Dienstleistung – die Möglichkeiten zur Erhebung von Stichproben zur Qualitätsbeurteilung. Zudem sind sie selbst kaum in der Lage, die Qualität einer medizinischen Dienstleistung oder Information sachgerecht zu bewerten. Im Vertrauen darauf, dass ihnen bedarfsgerecht geholfen wird, übertragen sie ihre Nachfrageentscheidungen nach medizinischen Dienstleistungen auf deren Anbieter (sog. angebotsinduzierte Nachfrage). Aus diesem institutionenökonomisch als *principal-agent*-Beziehung bezeichneten Verhältnis ergeben sich eine Reihe von Rationalitätenfallen und *moral hazards*<sup>6</sup>, und zwar sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfragerseite (Cassel/Wasem 2014: 22).

Auch auf den Krankenversicherungsmärkten gibt es eine Reihe wettbewerblicher Ausnahmetatbestände, die Steuerungsprobleme zur Folge haben können. So besteht bei fehlender Versicherungspflicht die Gefahr einer Unterversicherung breiter Bevölkerungskreise, da der/die Einzelne damit rechnet, im Krankheitsfall auf die Solidarität der Gesellschaft zählen zu können. Ferner sind die Informationen über den Gesundheitszustand zwischen Krankenversicherung und Versicherten asymmetrisch verteilt<sup>7</sup>, was bei fehlendem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot zur *adversen* Selektion und damit tendenziell zu einer Unterversicherung „guter“ Risiken führt. Auf diese Weise werden tendenziell „gute“ durch „schlechte“ Risiken verdrängt (Akerlof 1970: 488–500).

Es gibt also eine Reihe ökonomisch durchaus nachvollziehbarer Gründe dafür, dass eine Steuerung ökonomischer Ressourcen durch Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu suboptimalen Ergebnissen führen kann. Der bisher nur begrenzte Erfolg mit marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten zur nachhaltigen Überwindung von Dysfunktionalitäten im Gesundheitssystem bestätigt dies. Nichtsdestotrotz wirft dies die Frage auf, ob nicht doch trotz der vielen Besonderheiten eines auf solidarischen Prinzipien auf-

<sup>3</sup> Auf die Vor- und Nachteile verschiedener Ordnungstypen im Gesundheitswesen machten bereits Herder-Dorneich (1994) sowie Neubauer (1984) aufmerksam.

<sup>4</sup> Vgl. Befürworter einer marktwirtschaftlichen Steuerung im Gesundheitswesen Breyer et al. 2005: 175–204 sowie Blankart et al. 2009: 45.

<sup>5</sup> Zu den Homogenitätsbedingungen zählen das Fehlen sachlicher, persönlicher, räumlicher und zeitlicher Präferenzen sowie vollkommene Markttransparenz.

<sup>6</sup> Moralische Gefährdungen, moralische Risiken: Für einen Leistungsanbieter ist es rational, das Leistungsniveau über das medizinisch gebotene Maß hinaus auszudehnen, da er hierdurch seine Einkommenssituation verbessern kann. Da der/die Patient\_in/Versicherte nur indirekt, ggf. über Zusatzbeiträge, an den hieraus entstehenden Kosten beteiligt wird, hat auch er ein Interesse an einer möglichst umfangreichen Leistungsanspruchnahme, glaubt er doch meist, dass mehr Leistungen per se auch eine qualitativ hochwertigere medizinische Versorgung implizieren.

<sup>7</sup> Der Versicherte ist über seinen Gesundheitszustand i.d.R. besser informiert als seine Krankenversicherungen.

gebauten Gesundheitssystem, die Anwendung wettbewerblicher Steuerungsmechanismen zu einer Erhöhung der Systemeffizienz und Verbesserung der Qualität beitragen kann. Auch ein verbessertes Transparenz- und Informationsniveau für alle beteiligten Systemakteure sowie eine bessere Koordination der unüberschaubar vielen, individuell-dezentralen Pläne, Entscheidungen und Interessen aller Beteiligten ist gewollte Auswirkung einer möglichen Wettbewerbsreform. Die auf das Gesundheitsstrukturgesetz (1993) folgenden vielfältigen, teilweise aber wenig kohärenten Aktivitäten, mehr Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen zu implementieren, scheinen diesen Ansatz eindrucksvoll zu unterstreichen.

Das Spannungsfeld aus den Begriffen Wettbewerb und soziale Krankenversicherung ergibt sich aus der grundsätzlich anderen Semantik beider Begriffe. Wettbewerb ist ein Prozess, bei dem Marktparteien unabhängig voneinander und damit in Rivalität, in Konkurrenz untereinander, bestrebt sind, mit der Marktgegenseite zum Abschluss zu kommen. Das heißt, seine Wesensmerkmale sind antagonistisch: Rivalität, Konkurrenz und Leistungsgerechtigkeit sind seine tragenden Prinzipien. Konstituierend für eine soziale Krankenversicherung ist dagegen der soziale Ausgleich: Die Leistungsgewährung erfolgt einkommensunabhängig ausschließlich nach dem Bedarf der Versicherten/Patient\_innen und nicht nach deren Zahlungsbereitschaft bzw. -fähigkeit. Die Beitragsbemessung orientiert sich dagegen am Einkommen, als Indikator für die Leistungsfähigkeit des Beitragszahlers bzw. der Beitragszahlerin. Die Wesensmerkmale der sozialen Krankenversicherung sind also kooperativ: sozialer Ausgleich, Solidarität, Verteilungs- bzw. Bedarfsgerechtigkeit. Wird dieses systemimmanente Prinzip eines Solidarausgleichs aufgrund eines breiten gesellschafts- und gesundheitspolitischen Konsenses als „harte“ Nebenbedingung gesetzt, so hat dies zwangsläufig eine umfassende Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung zur Folge. Nur so kann verhindert werden, dass sich privilegierte, häufig einkommensstarke Teile der Bevölkerung diesem Solidarausgleich durch gesellschaftspolitisches „Rosinenpicken“ entziehen. Vor diesem Hintergrund ist die weltweit in dieser Form einmalige Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Deutschland im bisherigen Ordnungsrahmen diskussionswürdig.

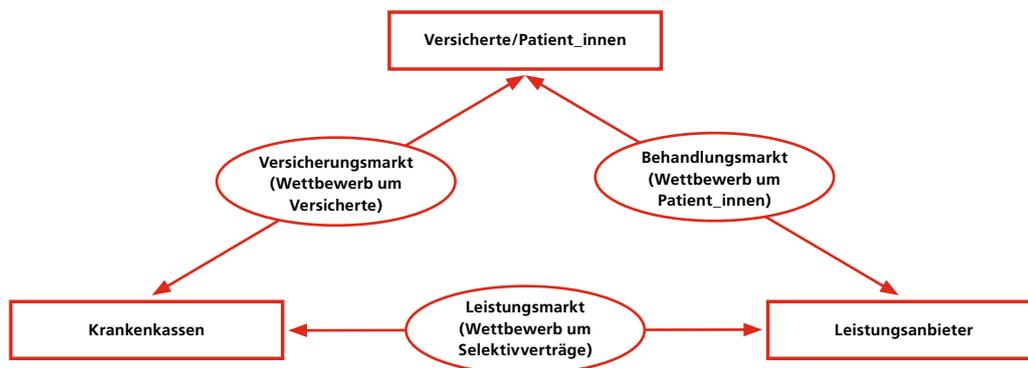
Zu den unbestrittenen Funktionsvoraussetzungen einer wettbewerblichen Steuerung zählen auch im Gesundheitswesen das Vorhandensein von Alternativ- und Substitutionsmöglichkeiten. Die 1996 erfolgte Abschaffung des Pflichtversicherungsprinzips zugunsten einer freien Kassenwahl für alle Versicherten war ein erster Schritt in diese Richtung. Ferner darf es trotz aller wettbewerbsimmanenten Rivalität zu keinen darüber hinausgehenden Behinderungen der Akteure kommen. Dies wirft die Frage nach einer systemadäquaten Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitswesen auf. Die Märkte sollten bestreitbar (contestable) im Sinne eines jederzeitigen freien Marktzutritts, aber auch Ausscheidens vom Markt sein. Soll der Wettbewerb ökonomisch relevant, also ein Wettstreit um die beste Lösung (Preis-Leistungsverhältnis) sein, müssen sowohl geeignete Wettbewerbsfelder, auf denen die Rivalität um die beste Lösung ausgetragen werden kann, als auch über den

Preis hinausgehende Wettbewerbsparameter/-instrumente ausgewiesen werden. Eine ausschließliche Fokussierung auf den niedrigsten Zusatzbeitragssatz als alleinigem Wettbewerbsparameter entspringt einer empirisch obsoleten, preistheoretischen Vorstellung der Neoklassik. Neben einem Mindestmaß an Homogenität der betrachteten Güter und Dienstleistungen, an Transparenz, Informiertheit der Akteure und Vergleichbarkeit muss unverzichtbar der unbedingte Wille alle Akteure zum Wettbewerb gegeben sein. Dabei darf sich der notwendige „spirit of competition“ allerdings nicht in der Forderung nach einem Wettbewerb für alle anderen Beteiligten erschöpfen, um gleichzeitig für sich selbst einen wettbewerbslichen „Naturschutzpark“ (Interview 2015a) einzufordern.

### 3.3 WETTBEWERBSFELDER

Ausgangspunkt der weiteren wettbewerblichen Überlegungen ist das nachfolgend dargestellte, einfache „Drei-Ebenen-Modell“ des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Soll sich der angestrebte Wettbewerb nicht in einem „Zusatzbeitragssatzvermeidungswettbewerb“ erschöpfen, sondern seine gesamte ihm zugeschriebene ökonomische Funktionalität eröffnen, so sind zunächst geeignete Wettbewerbsfelder auszuweisen. Zielführend ist diesbezüglich eine Differenzierung des Gesundheitsmarktes in die drei Teilmärkte: Behandlungsmarkt, Leistungsmarkt und Versicherungsmarkt. Die drei Teilbereiche stehen jedoch nicht unabhängig nebeneinander, sondern sind in einem interdependenten Zusammenhang zu betrachten.

Abbildung 1  
Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cassel/Wasem 2014: 25.

### Behandlungsmarkt/Versorgungsmarkt:

Auf dem Behandlungsmarkt konkurriert eine ausreichend große Zahl an Leistungsanbietern um die Gunst der Patient\_innen. Voraussetzung hierfür ist die freie Wahl des jeweiligen Leistungsanbieters (freie Arzt- und/oder Krankenhauswahl). Die Honorare werden nicht budgetiert, sondern hängen von der Fallzahl und der Qualität ab. Zur Stärkung der Konsumentenouveränität und zum Abbau von Informationsasymmetrien sind zumindest bei planbaren medizinischen Eingriffen geeignete Maßnahmen zur Förderung und Stärkung der Markttransparenz flankierend vorzusehen. Sie sollen es dem Patienten oder der Patientin ermöglichen, Qualitätsvergleiche anzustellen (wie z. B. das künftige Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; Gesundheits-TÜV, Internet-Rankings o. ä.).

Neben dem vorherrschenden Prinzip des niedergelassenen Arztes oder der Ärztin als Einzelunternehmer\_in ermöglichen andere Rechtsformen, eine gesteuerte Versorgung, sogenannte Managed-Care Modelle [Gatekeeping, Health Maintenance Organizations<sup>8</sup> (HMO), Preferred Provider Organizations<sup>9</sup> (PPO)], Netzwerke und Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Sie konkurrieren dann primär mit ihrer Qualität, mit Vertrauen und mit ihrem Service um die Gunst der Patient\_innen. Erwartet wird eine Tendenz zu „Qualitätswettbewerb“; der „Preiswettbewerb“ wird nachrangig, da der/die Leistungsempfänger\_in in der Regel nicht der Kostenträger ist. Dies birgt allerdings die Gefahr eines „doppelten“ moral hazards, da Leistungsanbieter und -empfänger\_innen in einem Boot sitzen. Wünscht Letztere\_r eine möglichst umfassende medizinische Versorgung zur Herstellung seiner/ihrer Gesundheit, so liegt dies auch im Interesse des Leistungsanbieters: Im Sinne einer typischen principal-agent-Beziehung ist er aufgrund seines Informationsvorsprungs in der Lage, durch eine angebotsinduzierte Nachfrage auch sein Einkommen zu maximieren.

### Leistungsmarkt/Vertragsmarkt:

Wird die wettbewerbliche Perspektive nicht primär auf den Preis (Zusatzbeitragssatz), sondern vor allem auf die Qualität und eine „gute“ Versorgung akzentuiert, so birgt der Leistungsmarkt derzeit das größte Wettbewerbspotenzial. Auf dem Leistungs- oder Vertragsmarkt konkurrieren die diversen Leistungsanbieter wie niedergelassene Ärzt\_innen, Zahnärzt\_innen, Psycho- und Physiotherapeut\_innen, Krankenhäuser, Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln u. ä. oder ihre Verbände um Vertragsabschlüsse mit den Krankenkassen. Ein Kontrahierungszwang besteht für diese nicht. Im Gegenteil – selektivvertragliches Kontrahieren ermöglicht es den Kassen im Sinne eines Einkaufsmodells, die jeweils besten Anbieter unter Vertrag zu nehmen und sich bei Nicht- oder Minderleistung auch wieder vom Vertragspartner zu lösen.

Selektivvertragliche Abschlüsse treten an die Stelle der im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung durch Gruppenverhandlungen geschlossenen Kollektivverträge. Die Verantwortung für eine flächendeckende Versorgung obliegt den Krankenkassen durch den ihnen übertragenen Sicherstellungsauftrag. Durch eine adäquate Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts wird eine allfällige Marktmacht mitgliederstarker Krankenkassen durch eine konsequente kartellrechtliche Missbrauchsaufsicht kontrolliert und ggf. begrenzt. Gegenstand des Wettbewerbs ist neben individuell ausgehandelten Preisen vor allem die Qualität der Gesundheitsdienstleistung. Der Perspektivenwechsel vom Versicherungsmarkt zum Leistungsmarkt fördert tendenziell den „Qualitätswettbewerb“; ruinöse Konkurrenz von Seiten vor allem kleinerer Leistungsanbieter mit geringer Marktmacht kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

### Versicherungsmarkt:

Auf dem Versicherungsmarkt konkurrieren die Krankenversicherer um Vertragsabschlüsse mit den Versicherten. Dieser Wettbewerb kann wie im dualen Krankenversicherungssystem Deutschlands einen Wettbewerb der gesetzlichen

<sup>8</sup> Siehe Seite 16.

<sup>9</sup> PPO: Verträge zwischen Kassen und bestimmten Leistungsanbietern, welche Leistungen zu reduzierten Preisen für Versicherte der Kasse erbringen.

Krankenversicherer untereinander, zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungsträgern oder ausschließlich zwischen privaten Krankenversicherern umfassen. Letzteres ist wegen der komplizierten Portabilität von Altersrückstellungen jedoch nur eingeschränkt möglich. Denkbar wäre ein Wettbewerb über den Preis und/oder alternative Versorgungskonzepte. Dieser kann sich zum einen auf Vollversicherungsverträge, zum anderen auf Zusatzleistungsangebote beziehen.

In Deutschland wurde dieser Wettbewerb mit der Freigabe der Kassenwahl und der Abschaffung des Pflichtversicherungsprinzips für alle gesetzlich Krankenversicherten 1996 eingeführt. Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot sollen verhindern, dass sich der Wettbewerb auf die Attrahierung „guter“ Risiken beschränkt. Damit Unterschiede in der Beitragshöhe der Kassen ihre unterschiedliche Effizienz und nicht deren Risikostruktur widerspiegeln, wurde zeitgleich ein flankierender und im Zeitablauf immer weiter ausdifferenzierter Risikostrukturausgleich eingeführt. Der Leistungskatalog ist untergesetzlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss weitgehend normiert; Wettbewerb in der GKV findet derzeit überwiegend über Unterschiede in der Servicequalität und der Höhe der Zusatzbeitragsätze statt. Über den Preiswettbewerb hinaus wäre eine Konkurrenz um unterschiedliche Versorgungsangebote bei gleichzeitiger Sicherstellung eines Mindestversicherungsumfangs geeignet, den Wettbewerb der Kassen zu intensivieren und dabei den Schwerpunkt vom Preiswettbewerb auf einen Qualitätswettbewerb zu verlagern. Dies setzte allerdings eine Akzentverschiebung vom Versicherungsmarkt auf den Leistungsmarkt voraus.

### 3.4 WETTBEWERBSPARAMETER

Wird vom neoklassischen Modell eines ausschließlichen Preiswettbewerbs um homogene Güter als Steuerungsmodus für die gesetzliche Krankenversicherung Abschied genommen, so setzt dies neben der autonomen Festlegung der Höhe des Zusatzbeitragssatzes durch die jeweilige Kasse auch die Freigabe weiterer Wettbewerbsparameter für Krankenkassen und Leistungsanbieter voraus. Erst dies ermöglichte es, dass sich neben dem zusatzbeitragssatzstabilisierenden Preiswettbewerb auch ein Qualitätswettbewerb um das beste Preis-Leistungsverhältnis entfalten kann. Eine durch selektivvertragliche Gestaltungsoptionen mögliche Differenzierung des Leistungsangebots könnte einen „echten“ Innovations- und Qualitätswettbewerb entfalten, der sich nicht auf dem Feld banaler Marketinggags oder fragwürdiger freiwilliger Zusatzleistungen erschöpft. Denkbar wären neben dem Service von Kassen und Leistungsanbietern unterschiedliche Qualitätsniveaus und Distributionskanäle sowie Managed-Care Modelle unterschiedlicher Ausprägung (Hausarztmodelle, Gatekeeping, HMO, PPO etc.).

# 4

## WETTBEWERBSPOLITISCHE SITUATION IN DEUTSCHLAND

### 4.1 AUSGANGSLAGE

Mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit 1996 stand zunächst der Versicherungsmarkt im Blickpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Die erhoffte effizienzsteigernde Wirkung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sollte nach den ernüchternden Ergebnissen früherer Reformversuche zunächst für Beitragssatzstabilität und Kostendämpfung im Gesundheitswesen sorgen. Erst nach und nach richtete sich der Blick auf die potenziell effizienz-, qualitätssteigernden und innovationsfördernden Wirkungen des Wettbewerbs auch auf den anderen Teilmärkten des Gesundheitswesens, insbesondere dem Leistungsmarkt. Während die Leistungsanbieter und ihre Interessenvertreter\_innen unter Wettbewerb vor allem eine Konkurrenz der Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt verstanden und für sie Wettbewerb allenfalls noch auf dem Behandlungsmarkt vorstellbar war, wiesen die Kassen und ihre Verbände bereits Mitte der 1990er Jahre auf das qualitätssteigernde Potenzial eines Vertragswettbewerbs auf dem Leistungsmarkt hin.

Abseits kollektivvertraglicher Zwänge sollte den Kassen durch selektivvertragliche Optionen mehr und mehr die Möglichkeit eingeräumt werden, ein an den Präferenzen ihrer Versicherten orientiertes, qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot zusammenzustellen und auf dem Versicherungsmarkt im Wettbewerb um die Gunst der Versicherten als profilbildenden Wettbewerbsparameter einzusetzen. Durch eine Reihe von Reformgesetzen haben sich die Voraussetzungen hierfür – wenn auch nur in überschaubaren Schritten – in den vergangenen Jahren verbessert: Gesundheitsreformgesetz (2000), Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004), GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007), GKV-Finanzierungsgesetz (2011), GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012).

Neben dem niedergelassenen Arzt oder der Ärztin als klassischem Einzelunternehmer sind inzwischen im ambulanten Bereich auch andere Rechts- und Organisationsformen, wie z. B. medizinische Versorgungszentren, Praxisnetze oder Filialpraxen möglich. Im stationären Bereich schuf die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG) die Voraussetzungen für selektivvertragliche Abschlüsse zwischen

Krankenhäusern und Kassen. Gleiches gilt auch für den Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich. Auch wenn die gesetzgeberischen Aktivitäten nicht immer stringent waren – manchmal erfolgten auf einen Schritt vorwärts zwei Schritte zurück – so ist der Wille des Gesetzgebers, den Qualitätswettbewerb auf den Leistungsmarkt durch selektivvertragliche Möglichkeiten zu stärken, unübersehbar (Cassel/Jakobs 2015: 56). Sowohl die Monopolkommission 2008/09 (Monopolkommission: 2010) als auch der Sachverständigenrat 2012 (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: 2012) haben sich in ihren Haupt- bzw. Sondergutachten mit Nachdruck für die Hebung dieses Effizienzpotenzials ausgesprochen.

Soll sich der Wettbewerb im Gesundheitswesen zukünftig nicht auf einen Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen beschränken, so wäre eine Integration der drei Teilmärkte, insbesondere aber des Versicherungsmarktes und des Leistungsmarktes wünschenswert. Ein probates Instrument hierfür ist die Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten, mit denen sich die Kassen über alternative, an den Präferenzen ihrer Versicherten orientierte Versorgungsangebote in einem Wettbewerb um die beste Qualität und Versorgung am Markt positionieren können. Voraussetzung hierfür sind eine umfassende Vertragsfreiheit für Kassen und Leistungsanbieter, ein systemadäquater wettbewerbsrechtlicher Rahmen sowie eine höhere Transparenz zur Verbesserung der Nutzerkompetenz der Versicherten (Wasem/Höffinghoff 2013: 10).

### 4.2 WETTBEWERBSVORAUSSETZUNGEN

Zu den Funktionsvoraussetzungen einer wettbewerblichen Steuerung gehört zunächst das Vorhandensein von Alternativ- und Substitutionsmöglichkeiten. Mit dem Angebot an derzeit noch 123 gesetzlichen Krankenversicherungsträgern (GKV-Spitzenverband 2015a)<sup>10</sup> – sieht man von den wenigen mitgliederbeschränkten geschlossenen Betriebskrankenkassen

<sup>10</sup> Stand 1.7.2015.

ab – verfügen die Versicherten im Rahmen der gewährten Kassenwahlfreiheit über eine ausreichend große Anzahl an Wahl- und Wechselmöglichkeiten. Die durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen 2010/11 induzierten Wanderungsbewegungen zwischen den Kassen unterstreichen eindrucksvoll, dass die Versicherten ausreichend preiselastisch sich ihrer Wechseloptionen nicht nur bewusst sind, sondern diese auch ausüben. Ferner darf es trotz aller wettbewerbsimmanenten Rivalität zu keinen darüber hinausgehenden Behinderungen der Akteure durch eine ungleiche Verteilung von Marktmacht kommen.

Dies wirft die Frage nach einer Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitswesen auf. Auch hier besteht in Deutschland noch gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Ferner sollten sowohl ein freier Marktzutritt ohne Markteintrittsbarrieren als auch ein unternehmerisches Scheitern und damit ein Ausscheiden vom Markt jederzeit möglich sein (Greiner/Hodek 2013: 202f.). Was die Kassen angeht, so hat seit der Einführung der freien Kassenwahl 1996 durch Fusionen, aber auch durch Kassenschließungen ein sich in jüngster Vergangenheit beschleunigender, markt-reinigender Konzentrationsprozess der Kassenlandschaft eingesetzt. Neugründungen von Kassen sind dagegen nicht mehr vorgesehen. Ähnliche Tendenzen sind auch im Bereich der stationären Versorgung durch Fusionen oder Schließung von Krankenhäusern beobachtbar. Was die Wettbewerbsparameter/-instrumente angeht, so besteht noch erhebliches Handlungspotenzial, das insbesondere im Bereich der möglichen selektivvertraglichen Gestaltungsoptionen noch nicht ausgeschöpft ist (Interview 2015a). Bisher beschränkt sich der Wettbewerb unter den Kassen primär auf die Vermeidung von Zusatzbeitragssätzen. Auch in Sachen Transparenz und Vergleichbarkeit medizinischer Leistungen, deren Qualität sowie der Förderung der Nutzerkompetenz besteht noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Auch der unbedingte Wille aller Akteure zum Wettbewerb lässt gerade im Bereich der niedergelassenen Ärzt\_innen, der Apotheker\_innen sowie ihrer Verbände noch zu wünschen übrig (Cassel/Wasem 2015: 66). Gerade hier sind die für die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung bestehenden Markteintrittsbarrieren durch die obligatorische, bedarfsabhängige Kassenzulassung sehr hoch. Marktaustritte bei mangelndem „unternehmerischem“ Erfolg der sich selbst als Freiberufler\_in verstehenden ambulanten Leistungserbringer\_in sind dagegen kaum zu beobachten.

### 4.3 BEHANDLUNGSMARKT

Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt findet in Deutschland vor allem auf dem „Gesundheitsmarkt“ für private, häufig durch private Zusatzversicherungen oder Eigenleistungen finanzierte Gesundheitsdienstleistungen statt. Dies ist insbesondere immer dann der Fall, wenn Leistungsanbieter und Nachfrager in einer direkten Beziehung zueinander stehen. Beispielhaft hierfür sind die individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL), nichtverschreibungspflichtige Medikamente oder Wahlleistungen im Krankenhaus. Die Nachfrage erfolgt nach individuellen Präferenzen und Nut-

zenkalkül, die Inanspruchnahme dieser Leistungen nach der individuellen Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit. Häufig kommt es allerdings zu asymmetrischer Informationsverteilung zwischen den Anbietern und Nachfragern solcher Leistungen hinsichtlich ihrer Qualität und medizinischen Zweckmäßigkeit (Greiner/Hodek 2013: 200). Ein über den „privat finanzierten“ Behandlungsmarkt hinausgehender Wettbewerb bleibt trotz freier Arztwahl nur schwach ausgeprägt: Häufig fehlt es Versicherten und Patient\_innen an ausreichenden Informationen über Qualität und Befähigung der Leistungsanbieter (Cassel/Wasem 2014: 25).

### 4.4 LEISTUNGSMARKT

Der seit 1996 durch die Kassenwahlfreiheit der Versicherten in Gang gesetzte Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt beschränkt sich nach wie vor auch wegen des weitgehend normierten Leistungskatalogs der GKV in erster Linie auf die Vermeidung von Zusatzbeitragssätzen. Den Kassen ist es nur in sehr engen Grenzen erlaubt, sich abseits kollektivvertraglicher Vereinbarungen durch den Abschluss von Selektivverträgen wettbewerbslich zu positionieren. Dies betrifft vor allem Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringer\_innen zur Verbesserung der Versorgungsqualität oder zur Erhebung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Verträge im Rahmen der besonderen Versorgungsformen. Selektivvertragliche Optionen können zwischen den Kassen und den Leistungserbringer\_innen oder Gruppen von Leistungserbringer\_innen im Rahmen von:

- Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V);
- hausarztzentrierter Versorgung (§ 73b SGB V);
- besonderer ambulanter ärztlicher Versorgung (§ 73c SGB V);
- Disease Management Programme (§ 137 f und g SGB V) sowie
- Verträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung (§§ 140a-d SGB V).

ausgeübt werden (Paquet 2011: 29f.; Pfister 2010: 162f.).

Die ambulanten Leistungserbringer oder ihre Verbände können ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge mit den Krankenkassen abschließen. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung geht der Sicherstellungsauftrag teilweise an die Kassen über. Im Bereich der stationären Versorgung können die Kassen mit Ausnahme der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung bzw. der ambulanten Versorgung im Krankenhaus<sup>11</sup> keine selektivvertraglichen Arrangements mit den Krankenhäusern treffen, sofern diese in die Bedarfspläne der Länder aufgenommen wurden.

Für die Versicherten erfolgt die Teilnahme im Rahmen von satzungsmäßigen Wahlтарifen ihrer Kasse freiwillig: Sie sind allerdings mindestens ein Jahr an den Tarif gebunden. In dieser Zeit dürfen sie nur die Ärzt\_innen wählen, mit denen ihre Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat.

<sup>11</sup> Bei seltenen oder Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderem Verlauf.

Ihre freie Arztwahl wird somit eingeschränkt. Bei der Hausarztzentrierten Versorgung entscheidet der Hausarzt als Lotse über eine allfällige weitergehende fachärztliche Behandlung. Der Vorteil einer Inanspruchnahme solcher Wahltarife besteht für den Versicherten nicht in einer finanziellen Vergünstigung, z. B. in Form eines geringeren Beitragssatzes oder einer Beitragsrückerstattung bzw. Prämie. Er erfolgt ausschließlich in dem Versprechen einer qualitätsgesicherten, auf evidenzbasierten Leitlinien beruhenden besseren Versorgung sowie einer obligatorischen Fortbildung der beteiligten Leistungserbringer\_innen.

Ferner sind Einzelverträge über Preise und Rabatte bei Arzneimitteln möglich, die die Patient\_innen von Zuzahlungen entlasten. Hilfsmittelverträge werden von den Kassen ausgeschrieben, sofern keine Festbeträge oder Preisobergrenzen festgelegt wurden. Hier profitieren die Versicherten durch geringere Festbeträge für Heil- und Hilfsmittel. Der darüber hinausgehende Einsatz von Wettbewerbsparametern beschränkt sich auf die Gewährung von Satzungs- und Ermessensleistungen und die Vermittlung privater Zusatzversicherungen. Letztere spielen im Gesamtkontext des gesamten Leistungskatalogs der Kassen jedoch nur eine nachgeordnete Rolle. Neben der Höhe des Zusatzbeitragssatzes haben die Kassen derzeit im Wesentlichen nur ihren Service, die Dichte ihres Geschäftsstellennetzes und ihre Corporate Identity („Gesundheitskasse“) als profilbildendes Alleinstellungsmerkmal im Wettbewerb. Ein „echter“ Qualitätswettbewerb, in dessen Rahmen die Kassen mit alternativen, innovativen, präferenzorientierten Versorgungsangeboten um die Versicherten konkurrieren, findet allenfalls ansatzweise in wenigen ausgewählten Bereichen statt.

## 4.5 VERSICHERUNGSMARKT

Der erste Schritt auf dem Weg zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen erfolgte 1996 mit der freien Kassenwahl für alle Versicherte. Die Versicherten können seither mit einer 18-monatigen Kündigungsfrist ihre Kasse wechseln; bei der Einführung/Änderung eines Zusatzbeitragssatzes besteht ein sofortiges Sonderkündigungsrecht. Damit wurde der Versicherungsmarkt, auf dem die gesetzlichen Krankenkassen untereinander und ggf. auch mit den privaten Krankenversicherungen um Versicherte konkurrieren, als erster wettbewerblicher Teilmarkt ausgewiesen. Damit sich der Wettbewerb der Kassen nicht in einem Wettlauf um die sogenannten „guten“ Risiken beschränkte, wurde gleichzeitig für die Kassen ein umfassender Kontrahierungszwang bei gleichzeitigem Diskriminierungsverbot für wechselbereite Versicherte festgelegt. Diese wird aber immer noch durch subtile Methoden einiger Krankenversicherer unterlaufen (Interview 2015b). Die Höhe des Beitragssatzes (heute: Zusatzbeitragssatz) soll die Leistungsfähigkeit einer Kasse widerspiegeln und nicht ihre möglicherweise „ungünstige“ Risikostruktur. Um deren Einflüsse zu eliminieren, wurde nach und nach ein umfassender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) angelegt.

Die wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenkassen beschränkten sich allerdings im Wesentlichen auf ihre (Zusatz-)Beitragssatzautonomie. Im geringen Um-

fang können sich die Kassen bis heute nur auf dem Feld der freiwilligen Satzungsleistungen, der Bonusleistungen, der Wahltarife (u. a. Selbstbeteiligung; Beitragsrückerstattung) sowie im Bereich von Prävention und betrieblichen Gesundheitsmanagement profilieren. Darüber hinaus ist ihnen im engen gesetzlichen Rahmen die Teilnahme an Modellversuchen sowie an Managed-Care-Modellen (z. B. Hausarztverträge) möglich. In diesem Rahmen können die Versicherten – wenn auch in begrenztem Umfang – Wahl- und Wechseloptionen ausüben. Da der Leistungskatalog durch den Gemeinsamen Bundesausschuss weitestgehend einheitlich normiert ist und gesunde Versicherte primär an niedrigen Beitragssätzen interessiert sind, besteht eine Tendenz zum „Preiswettbewerb“. Das Interesse der Kassen an und die Möglichkeiten zu einem umfassenden Qualitätswettbewerb zur Gewährleistung einer möglichst „guten“ und innovativen Versorgung sind derzeit noch nachrangig (Interview 2015c). Ein Qualitätswettbewerb in nennenswertem Umfang findet derzeit noch nicht statt.

Problematisch gestaltet sich derzeit noch der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie den PKV untereinander. Wettbewerb unter den PKV ist aufgrund der sehr begrenzten Portabilität der Altersrückstellungen sowie der zumeist wachsenden Morbidität der Versicherungsnehmer\_innen zwar de iure, aber nicht de facto möglich. Insofern findet ein Wettbewerb innerhalb der PKV, wenn überhaupt, nur um junge und gesunde Versicherte statt.

Auch zwischen der GKV und der PKV sind die Wahl- und Wechselmöglichkeiten sehr beschränkt. Rund 87 Prozent der Bevölkerung sind derzeit entweder als Versicherte selbst oder als beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige in der GKV versichert (GKV-Spitzenverband 2015b).<sup>12</sup> Eine Konkurrenz beider Systeme findet ebenfalls nur um junge, gesunde und gut verdienende Versicherte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze statt. Aus sozialpolitischen Erwägungen ist dieser Wettbewerb um „gute“ Risiken jedoch zweifelhaft, weil sich diese dem in der GKV konstituierend angelegten und gesellschaftlich erwünschten Solidarausgleich ebenso wie die beihilfefähigen Beamten sowie die Selbstständigen entziehen können.

Aber nicht nur unter sozialpolitischen, sondern auch unter konzeptionellen Aspekten ist die Dualität von GKV und PKV in zweifacher Hinsicht problematisch: Die mit dem Wettbewerb durch Wahl- und Wechseloptionen eröffneten Freiheitsgrade für PKV-Versicherte stehen de facto einem nur sehr kleinen, nicht versicherungspflichtigen und damit wahlberechtigten Bevölkerungskreis offen. Aber auch zum instrumentellen Charakter des Wettbewerbs, nämlich Wettbewerb als Mittel zur Förderung von Effizienz, Qualität und guter Versorgung, trägt der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV so gut wie nichts bei. Private Krankenversicherungen agieren nicht auf dem Leistungsmarkt, weil sie nur in Ausnahmefällen in einer direkten selektivvertraglichen Beziehung zu den Leistungsanbietern stehen (Jakobs 2013: 49f.).

<sup>12</sup> Stand 12.09.15.

## 4.6 WETTBEWERBSPOLITISCHER REFORMBEDARF

Der 1996 mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit intendierte Wettbewerb auf dem GKV-Versicherungsmarkt ist eingetreten und hat zu dem gewünschten Preis- und Service-wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen geführt. Dieser Prozess hatte ferner eine deutliche Marktberreinigung zur Folge: Die Anzahl der Kassen ging von über 1.200 auf heute 123 zurück. Dieser Konzentrationsprozess wird sich durch Fusionen und Kassenschließungen fortsetzen. Die in jüngster Vergangenheit beobachtbaren Wanderungsbewegungen wechselbereiter Versicherter zeigen darüber hinaus, dass die für einen Preiswettbewerb erforderliche Preiselastizität der Nachfrage gegeben ist.

Inwiefern dieser Wettbewerb tatsächlich zu einer Stabilisierung der (Zusatz-)Beitragssätze beigetragen hat ist nicht mit letzter Sicherheit festzustellen. Der mit der Einführung wettbewerblicher Elemente ebenfalls erhoffte Qualitäts-wettbewerb ist bisher allerdings – sieht man von der deutlich besseren Servicequalität der Kassen ab – nur in Ansätzen erkennbar. Zumindest hat die politisch erwünschte stärkere unternehmerische Ausrichtung der Kassen bei gleichzeitiger Schwächung der Selbstverwaltung ein neues Selbstverständnis der Kassen zwischen Markt und sozialem Ausgleich generiert – nicht immer zugunsten der Versicherten.

Die Entfaltung der dem Wettbewerb innewohnenden Effizienz, wirtschaftlichkeits- und qualitätsfördernde Wirkungen erfordert eine integrative Betrachtung der interdependenten Teilmärkte Behandlungsmarkt – Leistungsmarkt – Versicherungsmarkt. Insbesondere auf dem Leistungsmarkt steckt noch ein erhebliches wettbewerbspolitisches Potenzial zur Herstellung einer „guten“, präferenzorientierten Versorgung. Dies setzt allerdings voraus, dass den Kassen über die bloße Festlegung ihres Zusatzbeitragssatzes hinaus der Einsatz weiterer Wettbewerbsparameter ermöglicht wird. Was den Wettbewerbsparameter Versorgungsqualität angeht, so ist hier zunächst an eine Ausweitung der selektivvertraglichen Gestaltungsoptionen zulasten kollektivvertraglicher Vereinbarungen zu denken. Zur Stärkung des Solidarprinzips und zur Hebung weiterer Effizienzpotenziale ist eine Überwindung der bisherigen Dualität von PKV und GKV zu erwägen, die in einem kohärenten Ordnungsrahmen einer solidarischen Bürgerversicherung für ausnahmslos alle Bürger\_innen zusammengefasst werden könnte. Ein Blick über die Grenzen unserer Nachbarländer Schweiz und Niederlande kann dabei helfen.

## 5

## DAS GESUNDHEITSSYSTEM DER SCHWEIZ

## 5.1 AUSGANGSLAGE

Das schweizerische Gesundheitssystem ist ein interessanter Vergleichsfall im Hinblick auf die Implementierung wettbewerblicher Elemente im Gesundheitswesen. Darüber hinaus liefert das Gesundheitswesen der Schweiz im internationalen Vergleich regelmäßig Höchstwerte. So liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt gegenwärtig bei 82,9 Jahren und übertrifft damit Deutschland (80,9 Jahre) und die Niederlande (81,4 Jahre) (OECD 2015e)<sup>13</sup>. Auch die Krebssterblichkeit, die Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthalte und die Anzahl der Arztbesuche pro Jahr fallen in der Schweiz deutlich geringer aus als in den gewählten Vergleichsländern (OECD 2015a, 2015b, 2015d). Gleichzeitig schätzen 81,3 Prozent aller erwachsenen Schweizer\_innen ihren Gesundheitszustand als gut ein. Diesem Wert stehen 76,4 Prozent in den Niederlanden und 64,8 Prozent in Deutschland gegenüber (OECD 2013: 41)<sup>14</sup>. Insgesamt er-

folgt die gesundheitliche Versorgung in der Schweiz sowohl stationär als auch ambulant auf einem hohen medizinischen Niveau. Dies schließt den guten Zugang zu (Fach-)Ärzt\_innen und geringe Wartezeiten für Patient\_innen mit ein. Trotz dieses vergleichsweise hohen Versorgungsniveaus sind die Kosten der schweizerischen Gesundheitsversorgung mit einem Anteil von 11,1 Prozent am BIP auf einem ähnlich hohen Niveau wie in Deutschland (11 Prozent) und den Niederlanden (11,1 Prozent) (OECD 2015c)<sup>15</sup>.

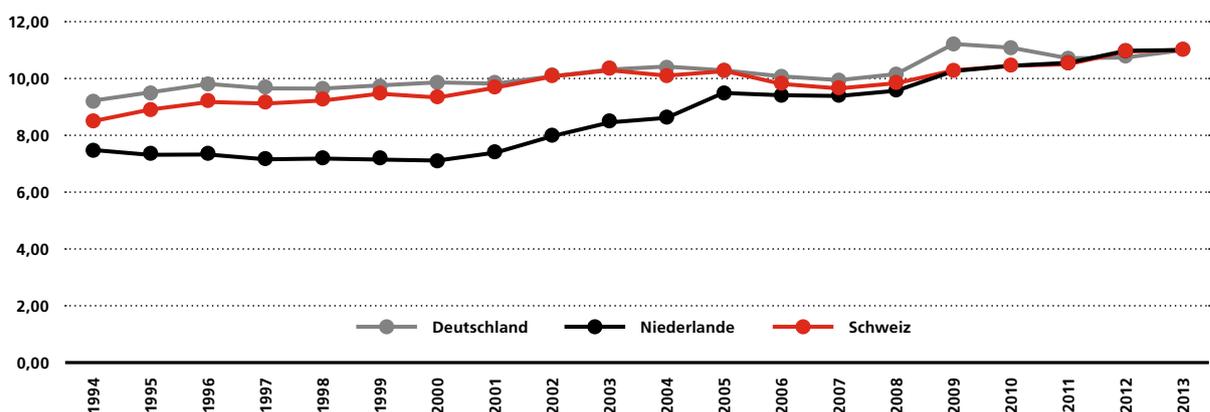
Anders als in Deutschland und den Niederlanden wird in der Schweiz der individuellen Eigenverantwortung der Versicherten im Bewusstsein der Bevölkerung ein höherer Stellenwert beigemessen. Der schweizerische Gesundheitsmarkt ist in zwei grundlegende Bereiche unterteilt: eine allgemeine gesetzlich vorgeschriebene Grundversorgung (Basistarif) und ein privater Zusatzversicherungsmarkt (Teisberg 2008: 26–32). Die Leistungen des Basistarifs müssen über alle Kantons Grenzen hinweg und von jedem Versiche-

<sup>13</sup> Daten von 2013.

<sup>14</sup> Daten von 2011.

<sup>15</sup> Daten von 2013.

Abbildung 2  
Entwicklung Gesundheitsausgaben (1994–2013, prozentualer Anteil BIP)



Quelle: OECD 2015c.

rer gewährleistet werden. Auf dem Zusatzversicherungsmarkt herrscht hingegen ein uneingeschränkter Wettbewerb. Gewinne dürfen die Krankenversicherungen ausschließlich auf dem Zusatzversicherungsmarkt erzielen. Im Basistarif können Versicherte in begrenztem Rahmen selbst über die Höhe des monatlichen Versicherungsbeitrages entscheiden. Abhängig von ihrem monatlichen Beitrag erhöht bzw. verringert sich die finanzielle Eigenbeteiligung im Behandlungsfall (Franchise). Die Höhe der Franchise reicht von mindestens 300 Schweizer Franken bis zu einem Maximalbetrag von 2.500 Schweizer Franken. Unabhängig von der gewählten Franchise tragen Versicherte in der Schweiz bis zu einem Maximalbetrag von 700 Schweizer Franken einen Selbstbehalt von zehn Prozent an den Behandlungskosten. Anders als in den Niederlanden und Deutschland sind Versicherte in der Schweiz somit finanziell stärker an ihren individuellen Behandlungskosten beteiligt.

Einkommensabhängige Beiträge gibt es in der schweizerischen Krankenversicherung nicht. Stattdessen werden staatliche Solidarbeiträge auf Versicherungsbeiträge gewährt. Allerdings unterscheiden sich die Höhe der Beihilfen und die jeweilige Bemessungsgrundlage deutlich von Kanton zu Kanton. Anders als in Deutschland und den Niederlanden entstehen dadurch hinsichtlich der zu zahlenden Krankenversicherungsprämien sozialpolitisch tolerierte Belastungsunterschiede innerhalb des Landes. Ein weiterer Unterschied zu den genannten Ländern liegt in der Einzelversicherung jedes Versicherten. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder Kindern nach deutschem Modell existiert nicht (Kirchgässner 2010: 1). Allerdings fallen in der Schweiz die monatliche Beitragshöhe, der Selbstbehalt und die Franchise für Kinder geringer aus als bei Erwachsenen.

Ein weiteres besonderes Merkmal des schweizerischen Gesundheitssystems liegt in dem stetig zunehmenden Marktanteil verschiedenartig ausdifferenzierter Managed Care (MC) Modelle in der Grundversicherung. 2015 entschieden sich insgesamt 63,6 Prozent der schweizerischen Versicherten für ein solches Versicherungsangebot (FMC 2015). MC Modelle bieten Versicherten einen günstigeren monatlichen Beitrag und beschränken im Gegenzug abhängig von der gewählten Vertragsform die freie Arztwahl. Verschiedene Grundmodelle von MC Tarifen können voneinander abgegrenzt werden (Beck 2013; Comparis 2015):

- HMO Modell (Health Maintenance Organization): Versicherte verpflichten sich im Krankheitsfall immer, das gewählte Gesundheitszentrum (Gruppenpraxis) aufzusuchen, in dem über den weiteren Behandlungsansatz entschieden wird;
- Hausarztmodell „Gatekeeping“: Versicherte sind verpflichtet, im Krankheitsfall zunächst ihren Hausarzt zu besuchen, der dann über weitere Behandlung entscheidet und eventuell an entsprechende Fachärzt\_innen weiterverweist. In Haushaltsmodellen besteht ein Vertrag zwischen ausgesuchten Leistungsanbietern und dem jeweiligen Versicherer;

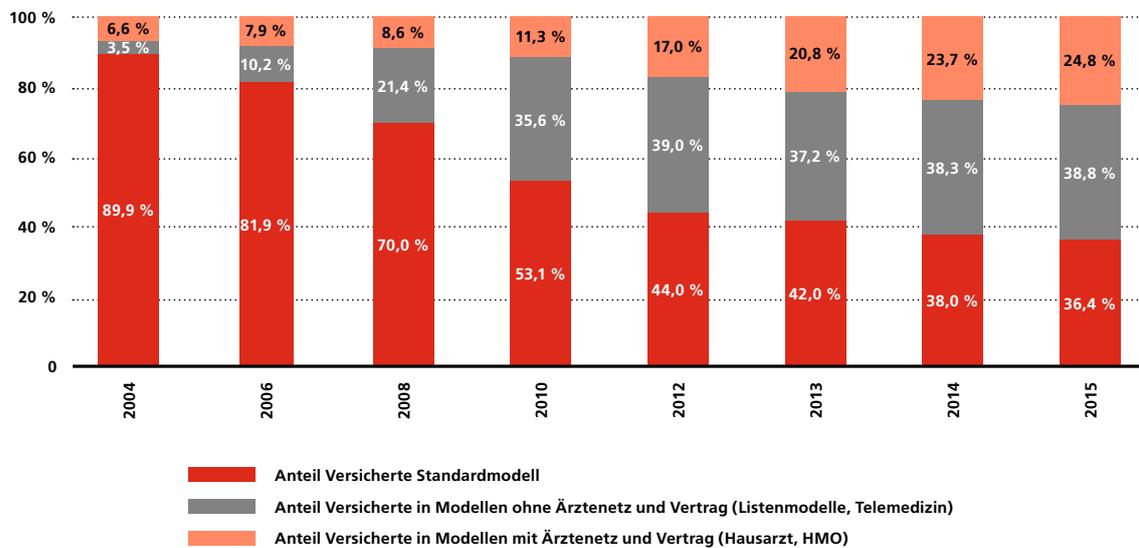
- Listenmodell: Ähnlich wie Hausarztmodelle, die Versicherer wählen die entsprechenden Leistungsanbieter jedoch einseitig aus, ein gesonderter Vertrag wird nicht geschlossen. Versicherte können sich aus der von den Versicherern vordefinierten Liste einen Hausarzt (Gatekeeper) wählen, der über den weiteren Behandlungsverlauf entscheidet;
- telemedizinische Modelle: Versicherte sind verpflichtet, bei jedem neuen medizinischen Problem zunächst per Telefon eine medizinische Auskunft einzuholen. Ärzt\_innen in einem Callcenter nehmen eine Ersteinschätzung vor und entscheiden über eine mögliche anschließende ärztliche Konsultation.

Es bestehen auch verschiedene Mischformen der unterschiedlichen MC Modelle. So kann beispielsweise bei einem telemedizinischen Modell die Arztwahl nach telefonischer Konsultation im Regelfall frei oder ähnlich wie im Listenmodell eingeschränkt sein. Die schweizerische Gesetzgebung zu MC Modellen ist grundsätzlich sehr liberal und lässt große Spielräume für innovative Ausgestaltungsformen zu. Vor diesem Hintergrund nehmen erfolgreiche MC Modelle in der Schweiz oftmals eine Vorreiterrolle im Gesundheitswesen wahr. Der Versuch des schweizerischen Gesetzgebers, MC Modelle stärker zu regulieren, wurde von der Bevölkerung 2012 mit einer überwältigenden Mehrheit von 76 Prozent abgelehnt (Schweizerische Bundeskanzlei 2012).

Während zu Beginn der Einführung von MC Modellen in den 1990er Jahren die Nachfrage zunächst deutlich geringer ausfiel als erwartet und auf einem sehr geringen Niveau stagnierte, setzte Mitte der 2000er Jahre eine Trendwende ein. In der Folgezeit verzeichneten die verschiedenen Ausprägungen von Managed Care Tarifen eine sprunghafte Nachfrage seitens der Versicherten. Hauptgründe für diesen Anstieg waren die 2005 eingeführte Möglichkeit der Kombination von MC Tarifen mit erhöhten Wahlfranchisen, die im Idealfall annähernd zu einer Reduktion der monatlichen Versicherungsprämien um 50 Prozent führen konnte. Darüber hinaus fand eine Konsolidierung des MC Marktes statt, die verschiedenen Ausprägungen von MC Tarifen etablierten sich und Einstellungen von MC Modellen fanden nur noch in geringem Maße statt (Beck 2013: 253). Dieser Wachstumstrend setzt sich bisher fort, auch wenn sich seit 2012 der Übergang in eine Sättigungsphase mit gleichbleibender Marktnachfrage abzeichnet. Inwiefern die zunehmende Ausdifferenzierung telemedizinischer MC Tarife den Wachstumstrend erneut verstärken kann, bleibt abzuwarten.

Obwohl der größte Wettbewerbsvorteil von Managed Care in den geringen monatlichen Beitragskosten für Versicherte liegt, werden von Teilen der Versicherten auch der einheitliche Versorgungsansatz und die Vorauswahl von Leistungserbringer\_innen geschätzt. Volkswirtschaftlich betrachtet führt MC darüber hinaus zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen (Beck 2013: 256–58; Beck et al. 2012: 31–33).

Abbildung 3  
Entwicklung von Managed Care Modellen in der Schweiz (2004-2015)



Quelle: Eigene Darstellung, Daten FMC 2015.

Wettbewerb im Gesundheitswesen erfordert die Erfüllung diverser Voraussetzungen. Wie im nachfolgenden Teilkapitel deutlich wird, ist die Umsetzung dieser Voraussetzungen in der Schweiz deutlich stärker verankert als in Deutschland und den Niederlanden. Dennoch steht auch die Schweiz vor diversen Herausforderungen. Eines der größten Wettbewerbshindernisse liegt dort in der äußerst starken Ausprägung föderaler Elemente (Sax 2008: 6).

## 5.2 WETTBEWERBSVORAUSSETZUNGEN

Hinsichtlich der notwendigen Wettbewerbsvoraussetzungen sind in der Schweiz viele Bedingungen zufriedenstellend erfüllt. Der freie Marktzutritt für Leistungserbringer\_innen und Versicherungen ist grundsätzlich möglich. Allerdings haben die Kantone die Möglichkeit, die Zulassungszahl für Leistungserbringer\_innen im Rahmen eines „Ärztstopps“ zu steuern, um eine Überversorgung zu verhindern. Krankenhäuser müssen auf einer Spitalliste erfasst werden, um zur Abrechnung stationärer Leistungen mit den Kassen berechtigt zu sein. Kann eine Versicherung oder ein\_e Leistungserbringer\_in im Wettbewerb nicht bestehen, ist in der Schweiz ein Scheitern von Marktteilnehmern möglich und kommt in der Praxis auch vor. Die stärkere Ausprägung des Wettbewerbsgedankens gegenüber den Vergleichsländern wird in dieser Hinsicht deutlich.

Mit Ausnahme der zahnärztlichen Versorgung und einiger psychotherapeutischer Maßnahmen sichert der Mindestleistungskatalog in der Schweiz nach übereinstimmender Expert\_innenmeinung eine gute und umfassende Gesundheitsversorgung. Ebenfalls gegeben sind eine allgemeine Versicherungspflicht für alle in der Schweiz ansässigen Personen und eine fixe Obergrenze der Kostenbeteiligung im Krankheitsfall (Leu/Matter 2009: 10f.). Auch die Voraussetzungen von risikounabhängigen Prämien in der

Grundversorgung und ein einkommensbezogener Solidarausgleich werden erfüllt. Letzterer erfolgt allerdings auf kantonaler Ebene (Teisberg 2008: 26).

Obwohl de iure für Versicherte in der Schweiz das Prinzip der freien Kassenwahl besteht, versuchen viele Versicherer in der Grundversorgung eine nicht erlaubte Risikoselektion zu betreiben (Interview 2015d, 2015e, 2015f). Einen Anreiz dazu bietet ihnen der in der Schweiz vergleichsweise gering ausdifferenzierte Risikoausgleich<sup>16</sup>, der deutlich weniger Variablen berücksichtigt als dies in Deutschland oder in den Niederlanden der Fall ist. Allerdings durchläuft der schweizerische Risikoausgleich einen kontinuierlichen Anpassungs- und Reformprozess. Eine stärkere Ausdifferenzierung in der Zukunft ist daher wahrscheinlich. So hat das reformfreundlichere Bundesamt für Gesundheit die Zuständigkeit für diesen Bereich vom Parlament übernommen.

Das Prinzip der Vertragsfreiheit ist in der Schweiz in der Grundversorgung nur eingeschränkt gegeben. Grundsätzlich muss jede Kasse mit jedem bzw. jeder zugelassenen Leistungserbringer\_in kontrahieren. Im Rahmen der zahlreichen Formen von MC Modellen besteht jedoch die Möglichkeit zu Selektivverträgen und speziell ausgehandelten Tarifen mit Teilen der Ärzteschaft und der Spitäler. Das Interesse der Ärzteschaft an gesondert ausgehandelten Tarifen mit den Kassen außerhalb von MC Modellen ist aufgrund der Verrechnungspflicht für Leistungen im Basistarif gering. Das Kartellrecht, insbesondere das Wettbewerbsrecht, findet im schweizerischen Gesundheitswesen keine Anwendung (Leu/Matter 2009: 12).

Das Erfordernis einer möglichst umfassenden Transparenz wird in der Schweiz ebenfalls nur teilweise erfüllt. Während bei Versicherungsprodukten und verschiedenen Tarifen insbesondere durch unabhängige Vergleichsportale ein hohes

<sup>16</sup> Begriffsklärung: In der Schweiz wird die Entsprechung zum deutschen bzw. niederländischen Risikostrukturausgleich als Risikoausgleich bezeichnet.

Transparenzniveau erreicht wird, sind Informationen über die Qualität von Spitälern und niedergelassenen Ärzt\_innen fast nicht vorhanden. So ist beispielsweise kaum ersichtlich, welche MC Modelle besonders hohe Qualitätskriterien erfüllen oder verbesserungswürdig sind. Unabhängige Vergleichsportale im Internet berücksichtigen allerdings individuelle Kundenbewertungen. Hinsichtlich der Dekonzentration von Entscheidungskompetenzen lässt sich für die Schweiz festhalten, dass sowohl Versicherte als auch Versicherer ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit innehaben (Studer 2010: 68–70). Da die überwiegende Mehrheit der schweizerischen Krankenhäuser in kantonaler Zuständigkeit liegt, werden Entscheidungen im Spitalbereich tendenziell auf kantonalstaatlicher Ebene getroffen.

Insgesamt sind die Voraussetzungen für einen funktionsorientierten Wettbewerb im Gesundheitswesen deutlich stärker als in den Niederlanden oder in Deutschland erfüllt. Die größte Herausforderung für die Schweiz liegt in einer stärkeren Ausdifferenzierung des RSA und einer verbesserten Erhebung der dafür notwendigen empirischen Datenlage. Die nachfolgenden Abschnitte analysieren die schweizerischen Wettbewerbserfahrungen differenziert nach Behandlungs-, Leistungs- und Versicherungsmarkt.

### 5.3 BEHANDLUNGSMARKT

Der Behandlungsmarkt betrachtet den Wettbewerb von Leistungserbringer\_innen (Kliniken, Ärzt\_innen, weitere Dienstleister\_innen) um Patient\_innen. Im ambulanten Bereich findet dieser Wettbewerb in der Schweiz verstärkt statt. Leistungserbringer\_innen haben ein hohes Interesse daran, ihre jeweiligen Patient\_innen als Praxiskund\_innen zu halten. Die Servicequalität der schweizerischen Arztpraxen hat sich nach Expert\_innenmeinung vor diesem Hintergrund verbessert. So ist beispielsweise die Sprechstundenzeit von Arztpraxen (inklusive 24-Stunden-Angebote) flexibler geworden, es werden verstärkt Telefonsprechstunden und telemedizinische Möglichkeiten angeboten und Wartezeiten, auch für Facharzttermine, sind gering. Durch ein verbessertes Zusammenspiel von Ärzt\_innen und ihren Patient\_innen, insbesondere im Rahmen von MC Modellen oder Gemeinschaftspraxen, erhöht sich im ambulanten Bereich ebenfalls die Versorgungsqualität (Interview 2015d). Gleiches gilt für die Notwendigkeit von Ärzt\_innen, ihre Praxen auf dem neuesten technischen Stand zu halten, um keine Patient\_innen zu verlieren (Interview 2015f).

Im stationären Bereich ist der Wettbewerb zwischen den Kliniken hingegen eingeschränkt. Im Regelfall gehen Patient\_innen in die örtlichen Spitäler und akzeptieren die dortigen Bedingungen. Allerdings besteht in der Schweiz seit 2012 in der allgemeinen Grundversorgung die Möglichkeit der freien Spitalwahl über Kantons Grenzen hinweg. Zuvor war dies ein Zusatzversicherungsprodukt. Dennoch wird von diesem Recht eher weniger Gebrauch gemacht. Nach wie vor scheint die räumliche Nähe zum Herkunftsort des Patienten oder der Patientin das entscheidende Auswahlkriterium. 2012 wurden auch in der Schweiz diagnosebezogene Fallpauschalen eingeführt.

Auf Seiten der schweizerischen Leistungsanbieter lässt sich festhalten, dass der Wettbewerb um Patient\_innen zu einer erhöhten Produktvielfalt und Versorgungsqualität geführt hat. Ärzt\_innen verschiedener Fachgruppen schließen sich zunehmend in Gemeinschaftspraxen zusammen, um ein breiteres Behandlungsspektrum abzubilden. Auch eine zunehmende Spezialisierung von Ärzt\_innen findet statt. Außerdem differenzieren Leistungserbringer\_innen ihre Angebote stärker und bieten unterschiedliche Behandlungsmethoden, z. B. homöopathische Verfahren, an. Insbesondere in urbanen Ballungsräumen findet eine zunehmende Konzentration von Ärzt\_innen statt. In kleineren ländlichen Gemeinden findet hingegen eine zumindest aus ökonomischer Sicht sinnvolle Marktberäumung vorhandener Überkapazitäten statt.

Reformbedarf auf dem schweizerischen Behandlungsmarkt besteht vor allem hinsichtlich einer verbesserten Transparenz für Patient\_innen. Insbesondere im stationären Bereich ist die Entscheidungsgrundlage für erkrankte Menschen unzureichend. Ein erhöhtes Transparenzniveau in diesem Bereich trägt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zu einer weiteren Qualitätssteigerung des schweizerischen Gesundheitswesens bei.

### 5.4 LEISTUNGSMARKT

Auf dem Leistungsmarkt konkurrieren Krankenkassen zur Erhöhung ihrer eigenen Attraktivität für Versicherte um bestmögliche Leistungsanbieter. Ferner konkurrieren auch Leistungsanbieter um Kassenverträge, um damit ihre Patient\_innenzahl im Rahmen von MC Modellen zu erhöhen. Ähnlich wie auf dem Behandlungsmarkt findet auch auf dem schweizerischen Leistungsmarkt Wettbewerb statt. Allerdings ist der Wettbewerb in diesem Bereich nahezu ausschließlich auf verschiedene MC Modelle beschränkt. Er weist in diesem speziellen Segment jedoch eine hohe Marktdynamik auf und stärkt gesundheitsökonomische Innovationen (Interview 2015f). Innerhalb weniger Jahre durchlief der MC Markt viele Veränderungen und es werden häufig neue Versicherungsprodukte angeboten. Beispiele sind telemedizinische Modelle, Diagnosen mit Hilfe eingeschickter Fotos oder die elektronische Überwachung individueller Gesundheitsparameter.

Darüber hinaus hat die Einführung von Wettbewerb auf dem schweizerischen Leistungsmarkt zu Konkurrenz unter den Krankenversicherungs- und Ärzt\_innenverbänden geführt. Während vor Einführung des Wettbewerbs ärztliche Leistungen in Einheitsverträgen zwischen den Dachverbänden der Ärzteschaft und Krankenversicherer kollektivvertraglich geregelt waren, haben sich nach der Einführung verschiedene Organisationen herausgebildet, die untereinander im Wettbewerb stehen. Erst 2013 haben die großen drei Versicherer CSS, Helsana und Sanitas den marktführenden Gesamtverband Santésuisse verlassen und den eigenen Verband *Curafutura* gegründet (Schäfer 2013). So fungieren verschiedene Verbände als Einkaufsorganisationen für kollektive Verträge mit Leistungserbringer\_innen. Auf Seite der Ärzteschaft treten verschiedene Dienstleister\_innen, Verbände und Ärztenetzwerke in die Verhandlungen mit Versicherern

ein. Insgesamt lässt sich feststellen, dass durch den Wettbewerb das Kartell der Ärzt\_innen und Krankenversicherer strukturell aufgebrochen wurde (Interview 2015e).

Eine weitere Auswirkung des Wettbewerbs auf dem Leistungsmarkt liegt in einer deutlich stärkeren Marktdifferenzierung für Zusatzversicherte seitens der Leistungserbringer\_innen und Versicherer. Negative Folgen entstehen unter Umständen im stationären Bereich durch die Einführung der DRG-Fallpauschalen in Verbindung mit einem fortschreitenden Privatisierungsprozess von schweizerischen Spitälern (Interview 2015d). Privatkliniken wird möglicherweise der Anreiz gesetzt, nur für sie besonders attraktive Patient\_innen anzuziehen, die nach stationären Aufenthalten schnell wieder gesund sind und die Klinik verlassen. Multimorbide Patient\_innen, die langsame Heilungsprozesse durchlaufen, würden in diesem Szenario hauptsächlich nur noch von staatlichen Einrichtungen behandelt werden. Dieser Gefahr eines stationären Zweiklassensystems gilt es im schweizerischen Gesundheitssystem frühzeitig entgegenzuwirken. Insgesamt befindet sich das schweizerische Gesundheitswesen im stationären Bereich aber auf einem qualitativ hohen Niveau.

Weitere Reformanreize bestehen im weiteren Ausbau der Qualitätssicherung und -steigerung (Interview 2015f). Insbesondere im MC Bereich bieten viele Modelle eine hohe Qualität, können sich jedoch aufgrund zu geringer nachprüfbarer Qualitätsindikatoren nicht ausreichend gegenüber Wettbewerbern mit geringeren Qualitätsstufen profilieren.

## 5.5 VERSICHERUNGSMARKT

Der Versicherungsmarkt umfasst den Wettbewerb von Krankenversicherungen um Versicherte. Da in der Schweiz Versicherte ihre Kasse mindestens einmal zum Ende jedes Jahres wechseln können, findet auf dem Versicherungsmarkt ein starker Wettbewerb der Kassen untereinander statt. In der Vergangenheit hatte dies zur Folge, dass ineffiziente Versicherer ihr Geschäft einstellen mussten. Der entscheidende Wettbewerbsparameter ist die monatliche Prämienhöhe (Interview 2015d, 2015e). Versicherte verhalten sich in dieser Hinsicht rational und haben ein Interesse daran, ihre finanziellen Beiträge zur Krankenversicherung möglichst gering zu halten (Interview 2015f). Analyst\_innen der schweizerischen Versicherer argumentieren, dass eine Versicherung zu den zehn günstigsten Anbietern gehören sollte, um auf Dauer keine Versicherungsnehmer\_in zu verlieren (Interview 2015e). In der Folge bietet die Mehrheit der Versicherer zumindest eine günstige Sparvariante im Basistarif mit hoher Selbstbeteiligung und geringen Beiträgen an.

Dennoch spielen bei der Auswahl der Kasse neben der Prämienhöhe auch weitere Wettbewerbsparameter eine wichtige Rolle. Insbesondere die Servicequalität der Kassen einschließlich der unkomplizierten und schnellen finanziellen Rückerstattung medizinischer Kosten sind in diesem Zusammenhang von hoher Wichtigkeit. Im Regelfall gehen Versicherte in der Schweiz im Behandlungsfall in finanzielle Vorleistung und bekommen ähnlich wie in der deutschen PKV die Kosten erst nachträglich erstattet. Einige Versicherungen versuchen durch diese Zahlungsmodalitäten, die ihnen obliegenden

Zahlungspflichten zu verzögern oder zu umgehen (Interview 2015d; Interview 2015e).

Darüber hinaus findet Wettbewerb zwischen den Kassen auch über die von ihnen angebotenen Managed Care Modelle statt. Viele Versicherte fragen gezielt telemedizinische Leistungen und weitere Formen gesteuerter Versorgung nach (Interview 2015f). Auch die von der jeweiligen Versicherung über das Basisangebot hinausgehenden Zusatzpakete und in geringerer Form die Marketingstrategien der einzelnen Unternehmen sind von Bedeutung. Da Versicherer in der allgemeinen Grundversorgung keine Gewinne erwirtschaften dürfen, konzentriert sich der Wettbewerb insbesondere auf den Zusatzversicherungsmarkt. Da die Mehrheit der Versicherten Zusatzpakete bei demselben Versicherer des Basis tarifs abschließt, bringt das bestehende System ein schwierig zu lösendes Problem mit sich. Obwohl nicht erlaubt, versuchen einige Versicherer die Daten ihrer Kund\_innen im Basistarif zur Risikoselektion für Zusatzversicherungen zu verwenden (Interview 2015d). Auch eine spätere Prämienhöhung ist bei Zusatzversicherungen möglich.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Einführung von Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt die Eigenverantwortung der Versicherten in der Schweiz gestärkt hat und zu einer Ausdifferenzierung der Produktvielfalt, z. B. in Form neuer Tarife, MC Modelle und Zusatzleistungen, geführt hat. Des Weiteren ist es zu einer verstärkten Kooperation von Leistungserbringer\_innen im Rahmen der angebotenen MC Modelle gekommen. Allerdings hat die Einführung des Wettbewerbs auf dem schweizerischen Versicherungsmarkt auch zu Problemen geführt, die bisher noch nicht vollständig gelöst werden konnten. So findet aufgrund des unzureichenden Risikoausgleichs in der Schweiz nach übereinstimmender Expert\_innenmeinung immer noch eine Risikoselektion von Versicherten durch einige Kassen zu Lasten des Solidargedankens statt. Erst mit einer weiteren Ausdifferenzierung des Risikoausgleichs kann diese Tendenz nachhaltig überwunden werden (Interview 2015e). Außerdem vollzieht sich auf dem Versicherungsmarkt ein Konzentrationsprozess. Sollte dieser Prozess über die nächsten Jahre andauern, besteht die Gefahr einer Oligopolisierung des Versichertenmarkts mit nur noch wenigen großen Versicherungsunternehmen (Interview 2015f). Abschließend liegt eine weitere Kernherausforderung des schweizerischen Gesundheitswesens darin, dass gesunde Versicherte zunächst oft in günstigeren Kassen mit geringerer Servicequalität versichert sind, aber im Krankheitsfall zu einer Kasse mit besserer Servicequalität wechseln. Um diesbezüglich keine entsolidarisierenden Ungerechtigkeiten entstehen zu lassen sind auch hier weitere Reformschritte in der Schweiz unausweichlich.

## 5.6 REFORMOPTIONEN FÜR DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN

In der Gesamtbetrachtung lässt sich festhalten, dass das schweizerische Gesundheitswesen in Teilbereichen durchaus einen Vorbildcharakter für die Bundesrepublik haben kann. Dennoch hat die Einführung von Wettbewerb im Gesundheitswesen der Schweiz auch Probleme aufgezeigt, die bei der Weiterentwicklung wettbewerblicher Strukturen

in Deutschland berücksichtigt werden sollten. Insgesamt wurden die ursprünglich beabsichtigten Kernziele der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes in der Schweiz 1996 nur teilweise erreicht (Bundesamt für Gesundheit 2012: 3). Zwar konnte einerseits der Zugang der Gesamtbevölkerung zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Grundversorgung sichergestellt und die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und zwischen wirtschaftlich stärkeren und wirtschaftlich schwächeren Versicherten verbessert werden. Andererseits wurde das Ziel nachhaltiger Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen bisher nur in beschränktem Maße verwirklicht.

Eine der größten Stärken des Gesundheitswesens in der Schweiz liegt in der durch einen einheitlichen Basistarif finanzierten allgemeinen Grundversorgung. Keine in der Schweiz ansässige Person kann sich dem allgemeinen Solidarausgleich in der Basisversorgung entziehen. Stattdessen werden Versicherte ermutigt, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Sie können sich je nach Bedarf und individuellen Präferenzen über die lebensnotwendigen Leistungen der Grundversorgung hinaus, auf dem Zusatzversicherungsmarkt absichern. Zusatzversicherungen umfassen beispielsweise den Bereich der Alternativmedizin, medizinische Versorgung im Ausland, Zahnbehandlung und Zahnstellungskorrekturen und Heilkuren.

Grundsätzlich schafft die schweizerische Differenzierung in Basis- und Zusatzversicherung die Voraussetzung für die Überwindung der Dualität von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen. Versicherte haben weiterhin die Möglichkeit zur Absicherung individueller zusätzlicher Bedarfe, es gibt jedoch keine privilegierten Gruppen mehr, die sich dem verpflichtenden Solidarausgleich in der Grundversorgung entziehen können. Kernvoraussetzung für die Funktionsfähigkeit dieses Modells ist jedoch, dass die allgemeine Grundversorgung für alle Versicherten eine qualitativ hohe medizinische Versorgung sicherstellt. In dieser Hinsicht hat die Überwindung der Dualität von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen auch für die Bundesrepublik einen Vorbildcharakter (Kirchgässner 2010: 12).

Darüber hinaus ist zumindest auf Grundlage der Wettbewerbserfahrungen der Schweiz auch in Deutschland die Einführung von Managed Care Wahlтарifen und Selektivverträgen erwägenswert. In der Schweiz haben MC Modelle zu einer starken Innovationsdynamik im Gesundheitsmarkt geführt und gewährleisten ferner tendenziell eine höhere Effizienz durch Kosteneinsparungen und bessere Versorgungsqualität (Beck et al. 2009: 1f., 5–7; Beck et al. 2011: 38f.; Interview 2015d, 2015f). Eine große Mehrheit der Schweizer\_innen hat sich bereits für ein solches Modell entschieden. Auch telemedizinische Innovationen stellen interessante Reformoptionen für deutsche Versicherungen dar und können zu einer besseren Versorgung führen. Zudem hat die Einführung wettbewerblicher Elemente auf dem Behandlungsmarkt in der Schweiz zumindest im ambulanten Bereich tendenziell zu einer verstärkten Serviceorientierung und hohen technischen Ausstattungsstandards von Leistungserbringer\_innen geführt. In Kombination mit der höheren Wahlfreiheit der schweizerischen Versicherten haben auch diese wettbewerblichen Maßnahmen einen gewissen Vorbildcharakter für die Bundesrepublik.

Des Weiteren zeigt das Beispiel Schweiz, dass es zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen bereits im Vorfeld unabdingbar ist, einheitliche Rahmenbedingungen für einen solidarischen Wettbewerb im Gesundheitswesen umfassend umzusetzen. Von größter Bedeutung ist hierbei ein ausdifferenzierter Risikostrukturausgleich. Diesbezüglich besteht zumindest in der Schweiz noch Verbesserungspotenzial. Um große föderale Unterschiede in der Verwirklichung des Solidarausgleichs zu verhindern, scheint es im Hinblick auf die Bundesrepublik ratsam, einkommensabhängige Beiträge beizubehalten. Eine weitere Kernvoraussetzung wettbewerblicher Reformen im Gesundheitswesen ist die Erhöhung von Transparenz über Qualitätsstandards im ambulanten und stationären Bereich. Dies schließt auch staatliche Qualitätskontrollen mit ein. Ebenfalls erwägenswert wäre eine stärkere Kostenkontrolle neuer pharmaindustrieller Arzneimittel (Interview 2015f). Wenig sinnvoll erweist sich die Einführung von Wettbewerb in Bereichen, in denen Marktversagen vorliegt (z. B. notärztliche Versorgung, Impfprävention etc.). Auch in der Schweiz handelt es sich hierbei um wettbewerbliche Ausnahmebereiche.

## 6

## DAS GESUNDHEITSSYSTEM DER NIEDERLANDE

### 6.1 AUSGANGSLAGE

Mit einem umfassenden Krankenversicherungsgesetz wurde 2006 in den Niederlanden ein grundlegender Reformprozess und Strukturwandel des Gesundheitswesens eingeleitet.<sup>17</sup> Im Zentrum standen eine Versicherungspflicht für alle Einwohner\_innen, eine Überwindung des bisherigen Nebeneinanders von staatlichen und privaten Krankenversicherungsträgern, ein einheitliches Basis-Leistungspaket sowie eine einkommensunabhängigere Finanzierung. Ähnlich wie in Deutschland und der Schweiz sollte durch mehr Wettbewerb und Markt der seit den 1970er Jahren beobachtbare dynamische Anstieg der Gesundheitsausgaben gedämpft sowie Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotenziale gehoben werden. Nicht zur Disposition standen die Beibehaltung des Solidarprinzips sowie des obligatorischen Hausarztmodells, das den niederländischen Hausärzt\_innen traditionell eine zentrale Steuerungs- und Lotsenfunktion im Gesundheitswesen zuweist.

Eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens wurde in den Niederlande bereits seit den achtziger Jahren diskutiert und stand immer wieder auf der politischen Agenda. Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung stand die Zurückdrängung des staatlichen Einflusses zugunsten eines „regulierten“ Wettbewerbs. Kern der Reform sollten frei ausgehandelte Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringer\_innen sein (Walser 2006: 78). Bereits 1987 wurden die zentralen Reformziele und -maßnahmen unter dem Titel „Bereitschaft zur Veränderung“<sup>18</sup> (sog. Dekker-Plan) umfassend diskutiert und in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht.<sup>19</sup> Der Dekker-Plan plädierte für eine nahezu einkommensunabhängige, einheitliche Basisversicherung, in die jeder Bürger oder jede Bürgerin verpflichtend einzahlt. Mehr Markt und Wettbewerb zwischen den

Krankenkassen, aber auch im Verhältnis zwischen Kassen und Leistungsanbietern sollten das System wirtschaftlicher und effizienter machen. Gleichzeitig sollte den Bürger\_innen mehr Wahlfreiheit bei der individuellen Gestaltung ihrer Krankenversicherung eingeräumt werden (Hartmann 2002: 137).

Von der Reform 2006 waren hauptsächlich der Versicherungs- und der Leistungsmarkt betroffen, wobei die Kernpunkte der Reform in der Überwindung der Dualität von GKV und PKV, in der Einführung eines umfassenden Basis-Leistungspaketes<sup>20</sup>, in mehr Wahlfreiheit für die Versicherten und mehr Verhandlungsspielraum für die Krankenversicherer bei der selektiven Vertragsgestaltung lag. Die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten konkretisieren sich nicht nur in der freien Wahl ihrer Krankenkasse, sondern auch in der Höhe ihres nominalen Beitrags, dem Umfang ihres Selbstbehalts und der Möglichkeit zum Abschluss diverser Zusatzversicherungen – häufig beim gleichen Krankenversicherungsträger. Gleichzeitig erhoffte man sich durch die Reform aber auch Verbesserungen auf dem Behandlungsmarkt, also eine bessere Versorgung der Versicherten. Keinesfalls sollte angesichts steigender Kosten der Zugang zu Gesundheitsleistungen eingeschränkt oder rationiert werden (Greß/Heinzelmann 2013: 263).

Jedoch zeigen die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass die Hinwendung zu mehr Wettbewerb und Markt ihre gewünschte Wirkung insbesondere im Hinblick auf Kostendämpfung und Qualitätsverbesserungen noch nicht voll entfaltet hat. So bleiben angesichts weiter steigender Kosten stabile Beiträge und eine dauerhaft nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens nach wie vor unsicher. Das Kostenproblem ist „trotz oder wegen der Gesundheitsreform 2006“ (Schulze-Ehring/Köster 2010: 30) nach wie vor evident.

<sup>17</sup> Für das handlungsleitende Konzept des regulierten Wettbewerbs siehe Victor et al.: 2012 sowie für eine detaillierte Erläuterung nicht nur der jüngst erfolgten Reformschritte sowie insbesondere des Basis-Leistungspaketes beispielsweise Brower/Rutten: 2005.

<sup>18</sup> „Willingness to change“.

<sup>19</sup> „Dekker-Kommission“ bzw. „Dekker-Plan“, nach dem ehemaligen Philips-Manager Wisse Dekker benannt.

<sup>20</sup> Dieses Basispaket entspricht in etwa dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, schließt allerdings Psycho- und Physiotherapie sowie Zahnersatz mit eingetretener Volljährigkeit aus. Der Leistungskatalog im Detail siehe: Schulze Ehring/Köster: 2010.

Ähnlich wie in Deutschland spielt auch in den Niederlanden der soziale Ausgleich eine zentrale Rolle für die Konzeption und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Dies wurde vor allem an jenen Maßnahmen der Reform deutlich, die auch nach der Einführung eines einheitlichen und umfassenden Basis-Leistungspakets weiterhin unabhängig vom Einkommen den Zugang aller Bürger\_innen zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung sicherstellen. Gleichzeitig wurden die einkommensunabhängigen Anteile der Finanzierung erhöht. Die Beitragserhebung erfolgt seit 2006 über eine „Fifty-Fifty-Regel“. Annähernd die Hälfte des Beitragsaufkommens wird aus einer einkommensunabhängigen einheitlichen Kopfpauschale für jeden Bürger oder jede Bürgerin erzielt. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden beitragsfrei mitversichert; Einkommensschwache erhalten einen staatlichen Zuschuss. Die Finanzierung hierfür erfolgt jeweils über den allgemeinen Staatshaushalt. Der verbleibende Anteil wird einkommensabhängig als prozentualer Satz vom Einkommen erhoben und von den Arbeitgeber\_innen getragen. Nehmen die Versicherten keine Krankenversicherungsleistungen in Anspruch, wird ihnen ein Teil des fixen Beitrags zurückerstattet. Die einkommensunabhängigen Beitragsbestandteile fließen direkt an die Versicherer, der Rest einschließlich der staatlichen Zuschüsse zunächst in einen zentralen Krankenversicherungsfonds. Von dort erhalten die Krankenversicherer, nach erfolgtem Risikostrukturausgleich, die zur Deckung ihrer Ausgaben erforderlichen Ausgleichsbeträge.

Mit der Überwindung der Dualität von PKV und GKV wurden gleichzeitig für alle Krankenversicherungsträger einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen. Die gleichzeitige Überführung aller Krankenversicherungsträger in private Rechtsformen leistete neben gleicher formaler Bedingungen für alle im Wettbewerb stehenden Krankenversicherungen auch einen Beitrag zum staatlichen Bürokratieabbau und zur Deregulierung.

Insgesamt erfreut sich das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden auch nach der Reform breiter gesellschaftlicher Akzeptanz. Das Urteil der Bevölkerung über das neue System fällt insgesamt positiv aus. Umfangreiche Wahl- und Wechselmöglichkeiten wurden anfangs rasch in Anspruch genommen und mit Leben gefüllt und haben das Vertrauen der Bürger\_innen in das Gesundheitssystem gestärkt. Flankiert wurde dieser Prozess durch vom Gesundheitsministerium und von Verbraucherverbänden geförderte Internetportale<sup>21</sup>, die zu einer maßgeblichen Erhöhung der Transparenz des hochkomplexen Systems beigetragen haben (Schulze-Ehring/Köster 2010: 24f.).

Ähnliche Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem, vergleichbare Versichertenstrukturen<sup>22</sup> sowie die zentrale gesellschaftliche Bedeutung des im Krankenversicherungssystems inhärent angelegten sozialen Ausgleichs in beiden Ländern legen die Frage nahe, ob die jüngsten gesundheitspolitischen Reformen der Niederlande nicht auch Vorbildcharakter für Deutschland haben können.<sup>23</sup>

## 6.2 WETTBEWERBSVORAUSSETZUNGEN

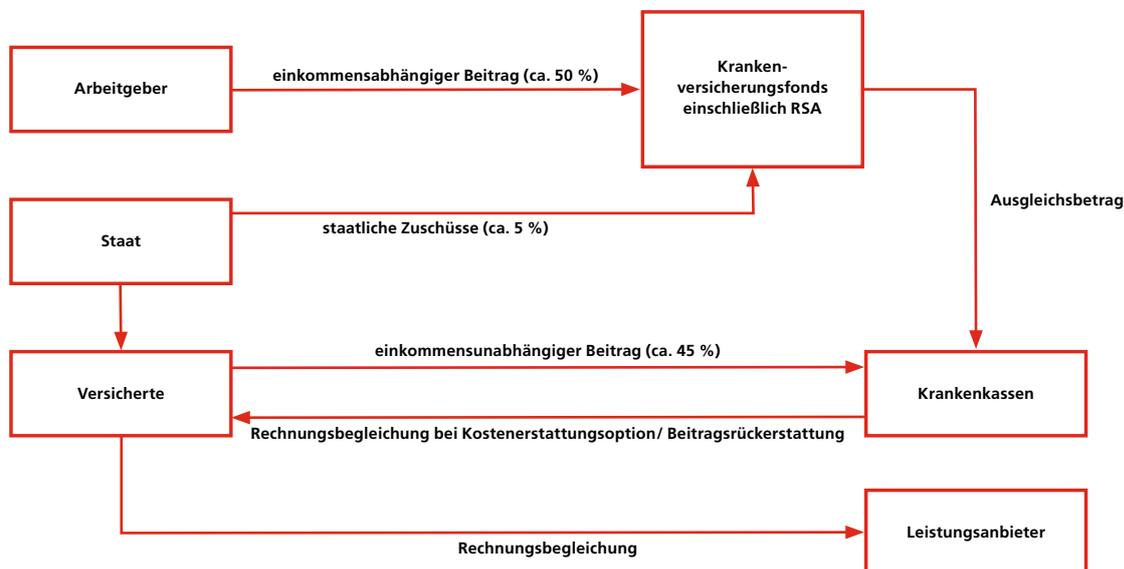
Geringe Markteintritts- und Austrittsbarrieren für Leistungsanbieter und Krankenversicherungen, ein allgemeiner, für alle beteiligten Akteure gleichermaßen verbindlicher Leistungskatalog, eine freie Kassenwahl für alle Versicherten sowie selektivvertraglicher Gestaltungspielraum bilden die wesentlichen Funktionsvoraussetzungen für einen funktions-

<sup>21</sup> Das größte Vergleichsportal: <https://www.independent.nl/> (19.8.2015).

<sup>22</sup> Tabellarische Übersicht über strukturelle Unterschiede der beiden Ländern siehe Brouwer/Rutten 2005: 27f.

<sup>23</sup> Die Gesundheitsreform der Niederlande kann für alle vergleichbaren Systeme „Bismarck’scher Prägung“ interessant sein.

Abbildung 4  
Finanzierung des niederländischen Gesundheitssystems



Quelle: In Anlehnung an Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport 2006: 17.

fähigen Wettbewerb. In den Niederlanden herrscht eine allgemeine sanktionsbewehrte Krankenversicherungspflicht für alle Einwohner\_innen. Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot gewährleisten nicht nur de iure, sondern auch de facto eine freie Kassenwahl für alle Bürger\_innen. Daneben schließt ein umfassender Risikostrukturausgleich einen Wettbewerb der Krankenversicherer um „gute“ Risiken weitgehend aus. Eine Überkompensation für chronisch Erkrankte setzt ferner sogar Anreize zu ihrer besseren Versorgung (Greß/Heinemann 2014: 20). Staatliche Zuschüsse für sozial Schwächere und eine Deckelung der Selbstbeteiligung tragen dafür Sorge, dass auch einkommensschwache Bevölkerungskreise in den Genuss eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes kommen. Solidarität bedeutet „Reiche für Arme und Gesunde für Kranke“ mit nur wenigen Möglichkeiten, „sich aus diesem System stehlen zu können“ (Interview 2015h).

Ein freier Marktzutritt für Krankenversicherer ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da derzeit vier große Kassen den Markt weitgehend beherrschen. Der Neueintritt einer Kasse sei nur für einen großen Anbieter realistisch (Interview 2015g). Insofern hat die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts in der Praxis bisher nur unzureichend gewirkt. Die Freiheit der Kassenwahl besteht durchaus, jedoch nehmen die Versicherten nach anfänglicher hoher Wechselbereitschaft diese Möglichkeit heute nur noch wenig wahr (Greß/Heinemann 2014:20). Die Wechselbereitschaft der Versicherten ist in Deutschland deutlich höher (Brouwer/Rutten 2005: 27). Nach Einschätzung der Expert\_innen sei aber allein die Möglichkeit zu wechseln für die Niederländer\_innen von hohem Wert: „Ein Recht, das nicht genutzt, aber gewertschätzt wird“<sup>24</sup> (Interview 2015i). Wenn überhaupt wird ein Wechsel ohnehin nur aus finanziellen Erwägungen von jungen und gesunden Versicherten vollzogen (Interview 2015i).<sup>25</sup> Dies legt den Schluss nahe, dass trotz eines umfassenden Risikostrukturausgleichs nach wie vor Risikoselektion praktiziert wird.

Auch die bessere Transparenz führt in Bezug auf die Patient\_innensouveränität, z. B. bei der Wahl eines Krankenhauses, noch nicht zu den gewünschten Effekten. Da handele es sich nach Meinung der Expert\_innen eher um einen „Prozess des Durchwurschtelns“<sup>26</sup> als um bewusste Wahl durch verbesserten Informationszugang. Ähnlich formuliert Victoor (2015): „Das Bild vom Patienten als selektiver Konsument von Gesundheitsdienstleistungen stimmt nicht vollständig mit der Realität überein“.<sup>27, 28</sup>

Mit der Reform von 2006 wurden den Krankenversicherern umfangreiche Möglichkeiten selektiven Kontrahierens mit den Ärzt\_innen und Krankenhäusern eingeräumt. Jedoch haben, so die Einschätzung der Expert\_innen, die Ärzte aufgrund des vorherrschenden Ärztemangels nach wie vor

eine starke Verhandlungsposition. Ähnlich sieht es auf dem Krankenhausmarkt aus: Letztlich „bieten die Versicherer doch allen Krankenhäusern Verträge an“ (Interview 2015g). Daher konnten die Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens bisher die erhofften ökonomischen Wirkungen noch nicht voll entfalten. Insgesamt, so die Expert\_innen, haben die niedergelassenen Ärzt\_innen und Krankenhäuser eine starke Machtposition, „Sie können ihre Nachfrage selbst schaffen. Ärzte haben in den Niederlanden das letzte Wort“<sup>29</sup> (Interview 2015h).

### 6.3 BEHANDLUNGSMARKT

In jüngster Vergangenheit hat in erster Linie der Wettbewerb auf dem Leistungs- und Versicherungsmarkt im Mittelpunkt des gesundheitsökonomischen Interesses gestanden. Über die Interdependenz aller Teilmärkte erhoffte man sich auch positive Übertagungseffekte für den Behandlungsmarkt. Auf dem Behandlungsmarkt verhalte es sich mit Blick auf den verbreiteten Ärztemangel in den Niederlanden nach Aussage der Expert\_innen aber eher so, dass die Leistungsanbieter nicht um Patient\_innen werben werden müssen. Auch so sind die Ärzt\_innen finanziell gut abgesichert und ihre Arztpraxen voll ausgelastet (Interview 2015g). Dies schränkt trotz freier Arzt- und Krankenhauswahl, mehr Transparenz und vielfältiger selektivvertraglicher Gestaltungsoptionen für die Kassen die Mobilisierung von Effizienz- und Qualitätsreserven auf dem Behandlungsmarkt erheblich ein.

### 6.4 LEISTUNGSMARKT

Ein Kernanliegen der Reform von 2006 war die konsequente Einführung und Umsetzung selektivvertraglicher Vertragsoptionen zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungsanbietern. Sie sollten an die Stelle der bisherigen kollektivvertraglichen Vertragsbeziehungen treten. Durch einen Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern erhoffte man sich, eine bessere Versorgung sowie mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit auf dem Leistungsmarkt. MC Modellen sollten hierbei eine zentrale Funktion zukommen. Hausärzt\_innen spielen im niederländischen Gesundheitssystem als Lotsen oder Gatekeeper schon immer eine herausragende Rolle: Alle Patient\_innen müssen im Krankheitsfall obligatorisch zunächst immer einen Hausarzt oder eine Hausärztin aufsuchen, der oder die dann über eine Überweisung an eine\_n der wenigen niedergelassenen Fachärzt\_innen oder über eine Einweisung in ein Krankenhaus entscheidet. Ein wie in Deutschland bestehendes Netz niedergelassener, ambulanter Fachärzt\_innen fehlt in den Niederlanden fast gänzlich. Die ambulante Facharztversorgung wird weitgehend von den Krankenhäusern sichergestellt.

Die Versicherten können zwischen alternativen Vertragsoptionen wählen: Es gibt sogenannte Contracted-Care-Verträge, die eine feste Liste von Leistungserbringer\_innen vor-

<sup>24</sup> „A right nobody uses, but a value.“

<sup>25</sup> Vgl. zu Wechselgründen und bevorzugten Tarifen: Niederlande. Anatomie einer Reform (Greß et al 2007: 30ff.).

<sup>26</sup> „Process of muddling through“.

<sup>27</sup> Victoor 2015: When deciding on a health care provider, patients choose the default option: <http://www.nivel.nl/en/news/when-deciding-health-care-provider-patients-choose-default-option> (21.8.2015).

<sup>28</sup> „The image of patients as selective health care consumers is not entirely consistent with reality.“

<sup>29</sup> „They can create their own demand, the doctors have the final say in the Netherlands.“

schreiben und Non-Contracted-Care Verträge, die den Versicherten nicht bei seiner Arztwahl einschränken. Es gibt Einzel- und Gruppenverträge, wobei aber der Beitragsvorteil bei Gruppenverträgen im Vergleich zu den Einzelverträgen auf maximal zehn Prozent beschränkt ist.<sup>30</sup> Seit der Reform gibt es für alle Krankenversicherungsverträge die Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung (Bonusoption) bei Schadensfreiheit.<sup>31</sup> Hiermit soll die Inanspruchnahme unnötiger medizinischer Leistungen zurückgedrängt werden.

Selektives Kontrahieren erlaubt Versicherern, nur jene Hausärzt\_innen unter Vertrag zu nehmen, die den Bedürfnissen und Präferenzen ihrer Versicherten am besten gerecht werden. Dazu können die Versicherer finanzielle Anreize für eine bessere Qualität und Versorgung ihrer Kund\_innen gewähren, d. h. die Leistungserbringer\_innen müssen sich, wollen sie in den Genuss eines Vertrages kommen, um eine gute Behandlungs- und Servicequalität bemühen. Gleichzeitig besteht aber auch für den Arzt oder für die Ärztin die Möglichkeit, mit einem bestimmten Krankenversicherer nicht zu kontrahieren. Insgesamt führten die veränderten Rahmenbedingungen zu einer höheren Leistungsfähigkeit des niederländischen Gesundheitswesens (Zweifel/Schoder 2007: 42). Bei unzureichender Qualität kann es auch zum Marktaustritt von Leistungsanbietern kommen.

Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge waren Ziel der Reform 2006 und sind nach empirischen Ergebnissen auch eingetreten, jedoch besteht, wie bei den Ausführungen über die Voraussetzungen für Wettbewerb schon angeklungen, „hier noch erheblicher Effizienz- und Qualitätsspielraum“ (Interview 2015i).<sup>32</sup>

Ein weiteres Kernstück der Reform ist das Basis-Leistungspaket. Es soll nicht nur den gleichen diskriminierungsfreien und einkommensunabhängigen Zugang aller Bürger\_innen zum Gesundheitssystem gewährleisten und jegliche Rationierung ausschließen, sondern auch für Transparenz und Vergleichbarkeit sorgen. Sie werden als Voraussetzung für einen fairen, effizienzsteigernden Wettbewerb gesehen (vgl. Walser 2006: 90). Zwar ist insgesamt der finanzielle Hebel im Werben um Versicherte für die Krankenkassen gering, aber manche junge, gesunde Versicherte wechseln dennoch, wie oben bereits angeklungen, auch wenn es nur um kleine Einsparungen geht. Das Basispaket funktioniert, weil alle Kassen das Gleiche anbieten müssen (Interview 2015g).

## 6.5 VERSICHERUNGSMARKT

Die wohl wichtigste Entscheidung der Reform von 2006 war neben der Freigabe der Kassenwahl die Überwindung der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes. Die Krankenkassen haben seit 2006 nicht mehr die Position regionaler, staatlich regulierter Monopolisten,

der Markt wurde geöffnet, d. h. alle Krankenversicherer – unabhängig von ihrer Rechtsform – können auch auf nationaler Ebene landesweit konkurrieren. Dies betrifft sowohl den Markt für das Basis-Leistungspaket als auch den Markt für Zusatzversicherungen. Sie sprechen vermehrt jüngere und gesunde Versicherte an, deren Kostenbewusstsein und Wechselbereitschaft hoch sind.

Eine zunehmend wichtige Rolle auf dem Versicherungsmarkt spielen dabei die sogenannten Gruppenverträge. Sie werden von Arbeitgeber\_innen, Gewerkschaften, Sportvereinen, Patient\_innenvereinigungen oder anderen Zusammenschlüssen für ihre Beschäftigten bzw. Mitglieder von Krankenversicherern angeboten (Greß et al. 2006: 23; 29). Waren es im Jahr 2006 erst rd. 53 Prozent aller Versicherten, die einen sogenannten flexiblen Gruppenvertrag abgeschlossen hatten, so waren es im Jahr 2010 bereits 64 Prozent (Schulze-Ehring/Köster 2010: 23). Deutlich wird, dass auch mehr und mehr die Arbeitgeber\_innen den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt beeinflussen: Knapp 80 Prozent der Gruppenverträge gehen auf die Initiative von Arbeitgeber\_innen zurück.<sup>33</sup> Insofern relativiert dieser Trend eine wichtige Funktionsvoraussetzung des regulierten Wettbewerbs, nämlich dass sich Individuen primär auf der Basis ihrer individuellen Präferenzen für eine Krankenversicherung entscheiden. Hauptmotiv für diese Wechselbereitschaft scheint vor allem ein niedriger Beitrag zu sein. Ferner ist erkennbar, dass die Versicherten bei der Wahl ihrer Krankenkassen ihre individuelle Entscheidungsoption gern an ein Kollektiv übertragen, das sie kennen und dem sie vertrauen (Greß/Heinemann 2014: 20f.). Dies steigert allerdings die Voice-Option der Versicherten zulasten der Exit-Option. Große Gruppen sind träge und neigen daher eher dazu, bestehende Verträge zu verhandeln, als mit dem gesamten Kollektiv zu einem anderen Anbieter wechseln (Greß/Heinemann 2014: 21). Dennoch besteht die Möglichkeit, dass jedes Mitglied einer solchen Gruppenversicherung, also zum Beispiel ein\_e Mitarbeiter\_in in einem Betrieb, jederzeit auch eine andere Versicherung oder einen anderen Gruppenvertrag wählen kann.

## 6.6 REFORMOPTIONEN FÜR DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN

Empfehlenswert für Deutschland könnte die Überwindung der Dualität von GKV und PKV, die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes, die Ausweitung der selektivvertraglichen Gestaltungsoptionen einschließlich des Angebots diverser MC Modelle zulasten kollektivvertraglicher Arrangements sowie die deutlichere Hinwendung zu mehr Prävention und Gesundheitsaufklärung (Interview 2015g) sein.

Allen Befürchtungen zum Trotz hat die Reform einschließlich ihrer Hinwendung zu mehr Wettbewerb und Markt den Solidarausgleich gestärkt. Mit Ausnahme der Doppelverdiener\_innen und Alleinstehenden ohne Kinder, welche zuvor

<sup>30</sup> Zu den Gruppenverträgen siehe Teilkapitel 5.5.

<sup>31</sup> Zu den Vertragsoptionen vgl. Zweifel/Schoder 2007: 33ff.

<sup>32</sup> Ausführlich über die Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge siehe: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012.

<sup>33</sup> Weniger ins Gewicht fallen Gruppenverträge mit Gewerkschaften (acht Prozent) oder Patient\_innenverbänden (zwei Prozent), der Rest sind Sonstige, siehe Greß et al. 2006: 29f.

privatversichert niedrigere Prämien zahlten, haben die meisten Privathaushalte durch geringere Krankenversicherungsbeiträge heute mehr Geld zur Verfügung.<sup>34</sup>

Managed Care in Form von hausärztlichem Gatekeeping wird in den Niederlanden zwar seit langem in der Regelversorgung praktiziert, jedoch fördern die im Zuge der Reform neu eingeräumten selektivvertraglichen Optionen den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringer\_innen, aber auch zwischen den Krankenkassen. Die Krankenkassen können ihre Angebote heute flexibler und versichertenorientierter gestalten, indem sie zum einen mit Blick auf Qualität in der Versorgung selbst entscheiden, mit welchen Ärzt\_innen und Spitälern sie Verträge abschließen. Daher scheint der weitere Ausbau selektivvertraglicher Möglichkeiten für Deutschland insbesondere auch deshalb ein probates Instrument für eine bessere Versorgung und zur Hebung von Effizienzpotenzialen zu sein, weil es dort trotz regionaler Ungleichgewichte tendenziell ein Überangebot an niedergelassenen Ärzt\_innen und Krankenhäusern gibt. Dieser Käufermarkt begünstigt die Kassen bei der Mobilisierung von Effizienzreserven auf dem Leistungsmarkt.

Im Zusammenhang mit selektivvertraglichen Möglichkeiten müssen auch die Gruppenverträge erwähnt werden. Da in erster Linie finanziell attraktive Gruppenverträge in den Niederlanden den häufigsten Wechselgrund für die Versicherten ausmachen, stellen sie ein wichtiges Wettbewerbsinstrument auf dem Versicherungsmarkt dar. Wenngleich diese Möglichkeit zwar die Wanderungsbereitschaft zwischen den Kassen fördert, erscheint jedoch die steigende Bedeutung der Kollektivverträge in den Niederlanden für Deutschland weniger übertragbar zu sein, da die Kassenwahl in Deutschland nach wie vor eine sehr individuelle Entscheidung ist (Greß/Heinemann 2014: 22). Es ist daher kaum wahrscheinlich, dass Versicherte diese Entscheidung an Arbeitgeber\_in oder Gewerkschaft abgeben werden.

Zudem hat sich die Transparenz für Versicherte in den Niederlanden verbessert. Sie ist notwendige Voraussetzung für die Ausübung von Wahl- und Wechseloptionen auf dem Versicherungs- und Behandlungsmarkt. Es gibt unabhängig kontrollierte Plattformen, welche Krankenkassen und ihre Leistungsprofile vergleicht sowie regelmäßige Rankings von Krankenhäusern in den Zeitungen. Der erleichterte Zugang zu Information veranlasst die Versicherten zwar nicht zwingend dazu, die Kasse oder das Krankenhaus zu wechseln, führt aber dennoch zu einer disziplinierenden Leistungs- und Serviceorientierung der Kassen und Leistungsanbieter. Auch hier gibt es in Deutschland erheblichen Nachholbedarf, da zentrale, unabhängige Plattformen bisher weitgehend fehlen.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Siehe Greß et al. 2007: 38.

<sup>35</sup> Das im Juli 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht die Gründung eines fachlich, unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen vor.

## 7

## FAZIT

Die vorliegende Vergleichsstudie hat die Gesundheitssysteme Deutschlands, der Schweiz und der Niederlande unter wettbewerblichen Aspekten betrachtet. Im Sinne einer Best-Practice-Analyse wurde untersucht, welche Ansätze der Nachbarländer auch in Deutschland für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vorteilhaft sein können und welche Voraussetzungen hierfür gegeben sein müssen.

Die Niederlande, die Schweiz und Deutschland versuchen angesichts ähnlicher gesundheitsökonomischer und demographischer Herausforderungen seit Mitte der neunziger Jahre, durch mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ihre Gesundheitssysteme zu reformieren und zukunftsfest zu machen. Verwirklicht werden soll für alle Bürger\_innen bei gleichem Zugang eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte, ökonomisch effiziente Versorgung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen.

Stand zunächst der Versicherungsmarkt mit freier Kassenwahl für alle Versicherten und das Ziel der Beitragssatzstabilisierung im Mittelpunkt der gesetzgeberischen Reformaktivitäten, so akzentuiert das gegenwärtige Interesse die wettbewerblichen Potenziale des Leistungs- und Behandlungsmarktes. Eine möglichst „gute“, an den Präferenzen der Versicherten orientierte Versorgung bei möglichst stabilen Beitragssätzen soll im Spannungsfeld von sozialem Ausgleich und Wettbewerb sichergestellt werden.

Im Vergleich scheinen die Niederlande und die Schweiz trotz aller pfadabhängigen Besonderheiten bei der Umsetzung und Entfaltung wettbewerblicher Potenziale mutiger und entschlossener zu sein als ihr deutscher Nachbar. In beiden Ländern wurde die ordnungspolitisch nicht kohärente Dualität gesetzlicher und privater Krankenversicherungsträger zugunsten eines einheitlichen Versicherungsmarktes mit gleichen Bedingungen für alle Versicherungsträger überwunden. Keinesfalls wird dadurch eine bestimmte Rechtsform präjudiziert: In der Schweiz konkurrieren private Krankenversicherungen in unterschiedlicher Rechtsform, in den Niederlanden häufig Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit oder privatrechtliche Stiftungen um die Gunst der Versicherten. Darüber hinaus findet ein Wettbewerb auf dem Markt für private Zusatzversicherungen statt,

die häufig vom gleichen Versicherungsträger angeboten werden. Es besteht unabhängig vom Einkommen eine Versicherungspflicht für alle Bürger\_innen. Der Sozialausgleich erfolgt über Zuschüsse an einkommensschwache Versicherte aus dem allgemeinen Staatshaushalt, in der Schweiz auf kantonaler Ebene.

Ein konsequenter Kontrahierungszwang verbunden mit einem Diskriminierungsverbot sollen dafür Sorge tragen, dass die Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten nicht nur *de iure*, sondern auch *de facto* besteht. Ein entsolidarisierender Wettbewerb um gute Risiken soll ähnlich wie in Deutschland durch einen mehr (Niederlande) oder weniger (Schweiz) ausdifferenzierten Risikostrukturausgleich ausgeschlossen werden. Insofern haben beide Länder den Schritt zu einer umfassenden, flächendeckenden Bürgerversicherung mit einer einheitlichen Basisversicherung bereits vollzogen, ohne dass dies zu sozialen Verwerfungen geführt hätte. Auch für Deutschland scheint die Einführung einer Bürgerversicherung auf mittlere Sicht empfehlenswert. In einem sozialen Krankenversicherungssystem sollte zur Vermeidung einer Zwei-Klassen-Medizin eine möglichst weitgefaste Basisversorgung private Zusatzversicherungen allerdings überflüssig werden lassen.

Soll sich der Wettbewerb nicht auf einen Zusatzbeitragsatzvermeidungswettbewerb beschränken, so müssen über den Beitragssatz hinaus weitere Wettbewerbsparameter ausgewiesen werden. Vergleiche mit den Niederlanden und der Schweiz unterstreichen, dass insbesondere auf dem Leistungsmarkt ein erhebliches, qualitätsförderndes Potenzial zu heben ist, das in Form einer guten Versorgung auch positiv auf den Behandlungsmarkt ausstrahlt. Voraussetzung hierfür ist eine nachhaltige Ausweitung der selektivvertraglichen Gestaltungsoptionen, die es den Krankenversicherungsunternehmen im Rahmen ihrer Vertragsautonomie erlauben, nur mit den besten Ärzt\_innen und Kliniken zu kontrahieren. Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz zeigen, dass dabei sowohl die Kassen als Einkäufer als auch die Leistungsanbieter als Verkäufer von Gesundheitsdienstleistungen ein finanzielles Risiko für ihre unternehmerischen Entscheidungen tragen müssen. Ferner müssen beide Seiten über ausreichende wettbewerbliche Handlungs-

spielräume auf funktionsfähigen Märkten verfügen (OECD 2015g: 251). In Deutschland besteht allerdings gegenwärtig ein Überangebot an Ärzt\_innen und Krankenhäusern, was den Kassen eine günstige Verhandlungsposition einräumen könnte.

Ein unternehmerischer Bestandsschutz in Form einer lebenslangen, qualitätsunabhängigen Kassenzulassung wie es sie in Deutschland gibt, ist weder mit dem freiberuflichen Selbstverständnis niedergelassener Ärzt\_innen noch mit wettbewerblichen Prinzipien vereinbar. Selbstverständlich setzt dies voraus, dass eine missbräuchliche Ausübung ungleich verteilter Macht zwischen großen Krankenversicherungsträgern und kleineren Leistungsanbietern durch einen adäquaten wettbewerblichen Ordnungsrahmen ausgeschlossen wird. Dies verlangt eine entsprechende Anpassung und Anwendung des Kartell- und Wettbewerbsrechts. Auch auf dem deutschen Leistungsmarkt könnte eine nachhaltige Ausweitung selektivvertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten ein wirksames Instrument zur Förderung einer qualitativ hochwertigen und innovativen medizinischen Versorgung sein.

Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden belegen ferner, dass Managed Care Wahlmodelle häufig in Verbindung mit selektivvertraglichen Optionen ein erhebliches Effizienz- und Kosteneinsparungspotenzial aufweisen. Die zentrale Rolle eines Gatekeepers als steuernder Lotse im hochkomplexen Gesundheitssystem, sei es in Gestalt von Hausärzt\_innen, Ärztenetzwerken oder telemedizinischen Anwendungen führt nicht nur zu Kosteneinsparungen durch unnötige Über- und Fehlbehandlungen, sondern fördert zugleich auch eine am Patient\_innen orientierte bedarfs- und präferenzgerechtere Versorgung. Der Besuch eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin als Gatekeeper muss dabei nicht wie in den Niederlanden obligatorisch sein und die grundsätzlich freie Arztwahl der Versicherten ein-

schränken. In der Schweiz können sich die Versicherten im Rahmen von Wahlтарifen für diverse MC Modelle entscheiden; sie müssen es aber nicht.

Für Deutschland bedeutet dies, dass die sozialpolitisch hart erkämpfte freie Arztwahl für alle Versicherten nicht zur Disposition stehen muss. MC Modelle eröffnen den Versicherten größere Wahlmöglichkeiten, die sich für sie in niedrigeren Beitragssätzen, besserer Qualität, mehr Service oder besserer Orientierung auszahlen können. Die deutschen Hausarztmodelle weisen im Vergleich zur Schweiz oder den Niederlanden in dieser Hinsicht noch ein erhebliches Verbesserungspotenzial auf, da für die eingeschriebenen Versicherten ihr einziger Vorteil derzeit in einem vagen Weiterbildungsversprechen der Hausärzt\_innen liegt.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Schweiz und die Niederlande im Vergleich zu Deutschland die wettbewerbliche Gestaltung insbesondere im Verhältnis zwischen Krankenversicherern und Leistungsanbietern entschlossener in Angriff nehmen. Hilfreich war in beiden Ländern die Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes, der die Dualität von PKV und GKV überwand. Die in dieser Studie herangezogenen Referenzländer zeigen den gesundheitspolitischen Entscheidungsträger\_innen in Deutschland, dass in den Bereichen selektivvertragliche Optionen, integrierte Versorgung und MC Modelle, ggf. einschließlich der Möglichkeit zum Abschluss von Kollektiv- bzw. Gruppenverträgen zwischen Arbeitgeber\_innen, Gewerkschaften und Krankenkassen, noch ein erhebliches wettbewerbliches Gestaltungspotenzial liegt. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie werden als Handlungsempfehlungen für den weiteren gesundheitspolitischen Diskurs in Deutschland in der nachfolgenden Abbildung abschließend zusammengefasst.

Abbildung 5

#### Zusammenfassende Handlungsempfehlungen

- **Konsequente Erfüllung notwendiger Wettbewerbsvoraussetzungen, einschließlich der Möglichkeit eines Scheiterns von Marktakteuren, verbesserter Transparenz und der Anwendbarkeit eines systemadäquaten Kartell- und Wettbewerbsrechts;**
- **Verbesserte Kooperation von Leistungsanbietern untereinander und von Leistungsanbietern mit Versicherern, insbesondere im Rahmen der Integrierten Versorgung;**
- **Überwindung der Dualität von GKV und PKV;**
- **Differenzierung des Versicherungsmarktes (allgemeine umfassende Grundversorgung und privater Zusatzversicherungsmarkt);**
- **Stärkung der individuellen Wahl- und Gestaltungsoptionen bei Versicherungsverträgen in der Grundversorgung;**
- **Öffnung des Gesundheitsmarktes für innovative Versicherungsmodelle, insbesondere im Bereich Managed Care;**
- **Ausweitung der selektivvertraglichen Gestaltungsoptionen.**

Quelle: Eigene Darstellung.

# Abbildungsverzeichnis

- 9 Abbildung 1  
**Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen**
- 15 Abbildung 2:  
**Entwicklung Gesundheitsausgaben  
(1994–2013, prozentualer Anteil BIP)**
- 17 Abbildung 3:  
**Entwicklung von Managed Care Modellen  
in der Schweiz (2004–2015)**
- 22 Abbildung 4:  
**Finanzierung des niederländischen  
Gesundheitssystems**
- 27 Abbildung 5:  
**Zusammenfassende Handlungsempfehlungen**

# Abkürzungsverzeichnis

AMNOG	Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes
CHF	Schweizer Franken
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
FMC	Forum Managed Care
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
HMO	Health Maintenance Organizations
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistungen
MC	Managed Care
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PKV	Private Krankenversicherung
PPO	Preferred Provider Organizations

# Literaturverzeichnis

- Akerlof, George 1970: The market for Lemons: Quantitative Uncertainty and Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics 84, Cambridge, MA/USA, S. 488–500.
- Beck, Konstantin 2013: Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz, in: Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine: Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin, S. 241–262.
- Beck, Konstantin; Käser, Urs; Trottmann, Maria; Rotz, Stefan von 2009: Effizienzsteigerung dank Managed Care?, in: Datamaster Edition 5, Oktober 2009, Luzern.
- Beck, Konstantin; Kunze, Ute; Buholzer, Monika 2012: Kostenbewusster Arzt trifft kostenbewussten Patienten – Weniger Ausgaben dank Managed Care: Antworten auf fünf kritische Hypothesen, in: Care Management 5 (1), S. 31–33.
- Beck, Konstantin; Kunze, Ute; Buholzer, Monika; Trottmann, Maria 2011: Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen?, in: Schriften des CSS-Instituts für empirische Gesundheitsökonomie, Luzern.
- Blankart, Charles; Fasten, Erik; Schwintowski, Hans-Peter 2009: Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit überwinden, Berlin.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias 2005: Gesundheitsökonomik. 5. Auflage, Berlin.
- Brouwer, Werner; Rutten, Frans 2005: Die Gesundheitsreform in Holland. Änderungen in Holland – kann Deutschland daraus lernen?, Karlsruhe.
- Bundesamt für Gesundheit 2012: Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG), Bern.
- Cassel, Dieter; Jakobs, Klaus 2015: Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Band 21 (3), S. 55–68.
- Cassel, Dieter; Wasem, Jürgen 2014: Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens, in: Cassel, Dieter u. a. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, S. 3–43.
- Comparis 2015: Managed Care Modelle, Zürich, <https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/managed-care.aspx> (22.10.2015).
- Enthoven, Alain 1993: The History and Principles of Managed Competition, in: Health Affairs 12/Supplement, S. 24–48.
- Enthoven, Alain 2008: A Living Model of Managed Competition: A Conversation with Dutch Health Minister Ab Klink, in: Health Affairs, 27 (3), S. 196–203.
- FMC 2013: Erhebung Ärztenetze in der Schweiz, Neuägeri, <http://fmc.ch/infotehke/erhebung-aerztenetze/> (2.9.2015).
- Geert Hamilton 2006: Die Niederländische Gesundheitsreform 2006 – ein Modell für Deutschland?, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen 12 (1), S. 3–13.
- GKV-Spitzenverband 2015a: Die gesetzlichen Krankenkassen, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/krankensversicherung\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/krankensversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp) (12.9.2015).
- GKV-Spitzenverband 2015b: Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, [www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv\\_kennzahlen/kennzahlen\\_gkv\\_2015\\_q1/GKV\\_Kennzahlen\\_Booklet\\_Q1-2015\\_300dpi\\_2015-06-29.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2015_q1/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q1-2015_300dpi_2015-06-29.pdf) (12.9.2015).
- Greiner, Wolfgang; Hodek, Jan-Marc 2013: Solidarverträgliche Wettbewerbsfelder am Beispiel der spezialärztlichen Versorgung, in: Jacobs, Klaus: Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin, S. 197–240.
- Greß, Stefan; Heinemann, Stephanie 2013: Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden – Eine Zwischenbilanz, in: Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine: Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin, S. 263–283.
- Greß, Stefan; Heinemann, Stephanie 2014: Die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Vorbild Niederlande?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 68 (1), S. 19–23.
- Greß, Stefan; Wasem, Jürgen; Maral, Manouguian 2007: Niederlande. Anatomie einer Reform, in: Gesundheit und Gesellschaft 10 (1), S. 37–40.
- Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Wasem, Jürgen 2006: Krankenversicherungsreform in den Niederlanden. Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?, Abschlussbericht, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Duisburg.
- Hartmann, Anja 2002: Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.
- Heinemann, Stephanie; Greß, Stefan 2013: Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden – Eine Zwischenbilanz, in: Jacobs, Klaus: Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin, S. 263–283.
- Herder-Dorneich, Philipp 1994: Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.
- Interview 2015a: Kassenvorstand einer großen deutschen Krankenkasse.
- Interview 2015b: Gewerkschaftsfunktionär\_in in Deutschland.
- Interview 2015c: Präsident\_in einer etablierten Bürgerinitiative zum Erhalt und Ausbau qualitativ hochwertiger Versorgung.
- Interview 2015d: Gesundheitsökonom\_in, langjährige Publikations- und Dozententätigkeit sowie Beratung von Gesundheitsinstitutionen, Schweiz.
- Interview 2015e: Präsident\_in eines Ärztekonglomerats, langjährige Tätigkeit als Unternehmensberater\_in im Gesundheitswesen und Verbandsvertreter\_in auf Versichererseite, Schweiz.
- Interview 2015f: Gesundheitsökonom\_in, langjährige Publikations- und Dozententätigkeit sowie Beratung von Gesundheitsinstitutionen, Leiter\_in einer versicherungsmathematischen Abteilung, Schweiz.
- Interview 2015g: Krankenversicherungsexpert\_in und Gesundheitspolitische\_r Berater\_in in den Niederlanden.
- Interview 2015h: Gesundheitsökonom\_in aus der Wissenschaft, Spezialist\_in in der wirtschaftlichen Bewertung von Gesundheitssystemen, Niederlande.
- Interview 2015i: Gesundheitspolitische\_r Berater\_in in den Niederlanden, spezialisiert auf Gesetzgebung im Gesundheitswesen.

- Jakobs, Klaus 2013: Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität, in: Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine: Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin, S. 47–74.
- Kirchgässner, Gebhard 2010: Die Schweiz als Vorbild? Bemerkungen zur Diskussion um eine Reform des deutschen Gesundheitswesens, Universität St. Gallen, Discussion Paper 2010–15, St. Gallen.
- Leu, Robert; Matter, Pius 2009: Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande – ein Vergleich, in: Die Volkswirtschaft – Das Magazin für Wirtschaftspolitik 11, S. 9–12.
- Marx, Peter; Rahmel, Anke 2008: Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen – Erfahrungen der Niederlande und der Schweiz als Vorbild für Deutschland, in: Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven, S. 523–542.
- Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport 2006: Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz, Den Haag.
- Monopolkommission 2010: Hauptgutachten der Monopolkommission 2008/2009, Baden-Baden.
- Neubauer, Günter 1984: Konkurrenz der Steuerungssysteme in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Herder-Dorneich, Philipp (Hrsg.): Überwindung der Sozialstaatskrise, Baden-Baden, S. 149–167.
- OECD 2013: Health at a Glance: OECD Indicators, Paris.
- OECD 2015a: Deaths from Cancer (indicator), Paris, <https://data.oecd.org/healthstat/deaths-from-cancer.htm> (2.9.2015).
- OECD 2015b: Doctors' Consultations (indicator), <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> (2.9.2015).
- OECD 2015c: Health Spending (indicator), <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (2.9.2015).
- OECD 2015d: Length of Hospital Stay (indicator), <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm> (2.9.2015).
- OECD 2015e: Life Expectancy at Birth (indicator), <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> (2.9.2015).
- OECD 2015f: Health Data Governance, Privacy, Monitoring and Research, OECD Health Policy Studies, Paris.
- OECD 2015g: Fiscal Sustainability of Health Systems, Briding Health and Finance Perspective, Paris.
- Paquet, Robert 2011: Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge, WISO Diskurs, Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Pfister, Michael 2010: Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WVG, Dissertation, Frankfurt am Main.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten, Baden-Baden.
- Sax, Anna 2008: Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz – Aufgabenverteilung, Stärken und Schwächen, Resultate im internationalen Vergleich, in: Oggier, Willy; Walter, Andreas; Reichlin, Serge; Egli, Michael (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch, S. 1–10.
- Schäfer, Fabian 2013: CSS, Helsana und Sanitas gründen Curafutura, in: Berner Zeitung, 27.4.2013, <http://www.bernerzeitung.ch/schweiz/standard/CSS-Helsana-und-Sanitas-gruenden-Curafutura-/story/12356745> (2.9.2015).
- Schulze-Ehring, Frank; Köster, Anne-Dorothee 2010: Gesundheitssysteme im Vergleich. Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und der Schweiz als Vorbild für Deutschland?, Köln.
- Schweizerische Bundeskanzlei 2012: Vorlage Nr. 562. Übersicht, Bern, <https://www.admin.ch/ch/d/pore/va/20120617/det562.html> (22.10.2015).
- Studer, Hans-Peter 2010: Gesundheitswesen als kosteneffizientes Solidarsystem mit Eigenverantwortung, in: Seidl, Irmi; Zahrt, Angelika (Hrsg.): Postwachstumsgesellschaft: Zukunftskonzepte, Marburg, S. 65–75.
- Teisberg, Elizabeth (2008): Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitssystem: Möglichkeiten und Chancen, Brugg.
- Victoor, Aafke 2015: (How) do Patients Choose a Healthcare Provider?, Tilburg.
- Victoor, Aafke; Friele Roland; Delnoij, Diana; Rademakers, Jany 2012: Free Choice of Healthcare Providers in the Netherlands is Both a Goal and a Precondition: Modeling the Policy Assumptions Underlying the Promotion of Patient Choice Through Documentary Analysis and Interviews, in: BMC Health Services Research 12 (441), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/441>.
- Walser, Christina 2006: Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden, in: Soziale Sicherheit 3/2006, S. 87–92.
- Wammes, Joost; Jeurissen, Patrick; Westert, Gert 2014: The Dutch Health Care System 2014, Radboud University Medical Center, Nijmegen.
- Wasem, Jürgen; Höfinghoff, Kristin 2013: Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – Potentiale, Ansatzpunkte, Fallstricke (Working Paper im Auftrag der Stiftung Marktwirtschaft), Duisburg-Essen.
- Zweifel, Peter; Schoder, Johannes 2007: Managed Care – ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz (Studie im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen für die Schweiz VIPS), Zürich.



Impressum:

© 2016

**Friedrich-Ebert-Stiftung**

Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik  
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn  
Fax 0228 883 9205, [www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)

Bestellungen/Kontakt: [wiso-news@fes.de](mailto:wiso-news@fes.de)

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

**ISBN: 978-3-95861-344-7**

Titelmotiv: © plainpicture/Westend61  
Gestaltungskonzept: [www.stetzer.net](http://www.stetzer.net)

Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen  
und Politikempfehlungen  
**Gute Gesellschaft – soziale Demokratie 2017 plus – 2015**

Zukunft der medizinischen Rehabilitation  
**WISO DISKURS – 17/2015**

Ein nordisches Erfolgsmodell im Wandel – Das System der betrieblichen  
Altersvorsorge in Schweden  
**WISO DIREKT – 30/2015**

All-inclusive-Pflege aus Polen in der Schattenzone: Ergebnisse von  
Interviews mit polnischen Pflegekräften, die in deutschen Privat-  
haushalten beschäftigt sind  
**WISO DIREKT – 2015**

Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflege-  
system: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland,  
2. aktualisierte und überarbeitete Auflage  
**WISO DISKURS – 2015**

Psychisch krank in der Pflege: psychische Belastungen durch den Beruf,  
Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation  
**WISO DIREKT – 2015**

Zwischen Transparenz und Geheimhaltung: was bedeutet TTIP für die  
Veröffentlichungspraxis klinischer Studien im Arzneimittelbereich?  
**WISO DIREKT – 2015**

Soziale Sicherung unter dem Brennglas: Altersarmut und Alterssicherung  
bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor  
**WISO DISKURS – 2015**

Between Transparency and Secrecy: How does TTIP Impact the Publication  
Policy of Clinical Studies in the Pharmaceuticals Field?  
**WISO DIREKT – 2014**

Kommunale Sozialpolitik: Handlungsoptionen bei engen Spielräumen  
**WISO DISKURS – 2014**

Wo, bitte, ist denn hier der Ausgang?: Ruhestandsoptionen für gesund-  
heitlich beeinträchtigte Beschäftigte und Langzeitarbeitslose – ein Beitrag  
zur Diskussion um die „Flexi-Rente“  
**WISO DISKURS – 2014**

Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit  
Pflegebedürftigkeit: 24 Stunden verfügbar – private Pflege in Deutschland  
**WISO DIREKT – 2014**