

# Mehr Effizienz durch mehr Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung?

Die Steigerung der Effizienz des Gesundheitswesens ist ein wichtiges Thema der gesundheitspolitischen Debatte. Erklärtes Ziel dabei ist, die Gesundheitskosten ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität zu reduzieren oder die Qualität bei gleichbleibenden Kosten zu verbessern. Als Mittel solcher Effizienzsteigerungen spielt in der Diskussion die Forderung nach mehr Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen eine wichtige Rolle. Dafür aber müssten den Krankenversicherungen mehr Wettbewerbsinstrumente zur Verfügung gestellt werden. Welche Folgen dies für Kosten und Qualität im Gesundheitswesen haben würde, ist Thema dieses Beitrages.<sup>●</sup>

INGMAR KUMPMANN

## 1. Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung

Im Gesundheitswesen wird seit einigen Jahrzehnten zunehmend auf Elemente der wettbewerblichen Steuerung gesetzt. Vom Wettbewerb versprechen sich viele einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen. Dabei kommt insbesondere dem Vorschlag, den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen zu steigern, eine große Bedeutung zu. Dieser Weg wurde bereits in einigen Ländern eingeschlagen und soll – so der Mainstream in den Debatten – verstärkt weiterverfolgt werden. Im vorliegenden Beitrag wird theoretisch diskutiert und empirisch getestet, welche Wirkungen Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen auf die Effizienz des Gesundheitswesens hat.

Ausgegangen wird von einem System der sozialen Krankenversicherung,<sup>●</sup> das den Zugang zur medizinischen Versorgung unabhängig vom Einkommen garantiert und in dem die Krankenversicherungsbeiträge unabhängig vom Gesundheitszustand erhoben werden. Für die folgende Diskussion wird eine soziale Krankenversicherung unterstellt, die diese Kriterien voll erfüllt. Die tatsächlich existierenden Gesundheitssysteme zeichnen sich allerdings stets durch Mischformen verschiedener Krankenversicherungstypen aus, da es immer die Möglichkeit ergänzender privater Krankenversicherungen gibt und auch die soziale Kranken-

versicherung, wie bspw. die Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland zeigt, durch Existenz von Zuzahlungen, Selbstbehalt-Tarifen u.a. häufig vom idealtypischen Modell abweicht. Um die Argumentation klar zu halten, wird vereinfachend von einer sozialen Krankenversicherung in Reinform ausgegangen.

Die soziale Krankenversicherung, wie sie in vielen europäischen Ländern dominiert, ist Gegenstand staatlicher Sozialpolitik und enthält traditionell *keinen* Wettbewerb zwischen Versicherungen. In den meisten Ländern fehlt der Versicherungswettbewerb, weil die Versicherten den Krankenversicherungen nach Wohnort oder Beruf zugeordnet werden oder weil es überhaupt nur eine Krankenversicherung gibt. Doch auch in Ländern, in denen die Versicherten die freie Wahl unter mehreren Krankenversicherungen ha-

● Für wertvolle Hinweise zu früheren Fassungen dieses Textes danke ich Gudrun Linne, Toralf Pusch und zwei anonymen Referees der WSI-Mitteilungen.

● Staatliche, steuerfinanzierte Gesundheitsdienste, wie es beispielsweise im Vereinigten Königreich gibt, werden in den theoretischen Betrachtungen, die sich auf den Versicherungswettbewerb konzentrieren, nicht explizit berücksichtigt. Sie lassen sich als Fälle einer in der Hand des Staates monopolisierten Krankenversicherungsfunktion deuten. Als solche fließen sie in die empirische Analyse im Abschnitt 4 ein.

ben (so in Belgien, Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, der Tschechischen Republik, der Slowakei oder Israel), ist der Wettbewerb staatlich stark reguliert und die Versicherungen haben nur wenige Wettbewerbsinstrumente zur Verfügung.

Die Einführung von Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen insbesondere in Deutschland und den Niederlanden gehört zu den zentralen Strategien, die darauf abzielen, die Effizienz des Gesundheitswesens zu steigern. Die freie Kassenwahl in der sozialen Krankenversicherung wurde in den Niederlanden 1992 und in Deutschland 1996 ermöglicht. Um Risikoselektion als Wettbewerbsverhalten zu verhindern, wurde parallel ein Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der (in Deutschland seit 2009) morbiditätsorientiert ausgestaltet ist. Um den Wettbewerb gehaltvoller zu machen, wurden in Deutschland mit den Gesundheitsreformen ab 2000 den Krankenkassen einige neue Möglichkeiten gegeben, mit Leistungserbringern selektiv Versorgungsverträge abzuschließen (sog. Neue Versorgungsformen). Trotzdem agieren die Krankenkassen in den meisten Bereichen noch gemeinsam und einheitlich, sodass ihnen Wettbewerbsinstrumente fehlen und die Reichweite des Wettbewerbs sehr beschränkt ist.

In der wissenschaftlichen Politikberatung wird vorgeschlagen, den Versicherungswettbewerb zu verstärken und den Krankenversicherungen mehr Wettbewerbsinstrumente an die Hand zu geben (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziff. 59–61; Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2006; Augurzky et al. 2009, S. 48ff.; Rürup et al. 2009). Debatten über eine sozial eingebettete „managed competition“ (Enthoven 1988, 1993) oder eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1994) begleiten diese politischen Vorschläge.

Der effizienzsteigernde Effekt des Wettbewerbs soll darin liegen, dass die Krankenversicherungen im Streben nach größeren Marktanteilen darum wetteifern, für die Versicherten preislich und qualitativ die besten Angebote zu machen, und auf diese Weise dazu beitragen, Kosten zu dämpfen und die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Wettbewerbsinstrumente, mit denen sie versuchen, für Versicherte attraktiver zu sein als ihre jeweiligen Konkurrenten, sind für Intensität und Ergebnisse des Wettbewerbs entscheidend. Ein intensiverer Wettbewerb der Krankenversicherungen setzt voraus, dass sie substanziell das Angebot gestalten und so das Gesundheitswesen immer effizienter und präferenzkonformer machen können. Ein solcher Wettbewerb ist in der sozialen Krankenversicherung vieler Länder bislang höchstens in Randbereichen in Gang gekommen.

## 2. Analyserahmen und Vorgehen

Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung erfordert eine Reihe von *Regulierungen*, die dafür sorgen, dass der Wettbewerb Anreize zur Effizienzsteigerung setzt und die sozialen Vorgaben nicht sprengt. So setzt die soziale Krankenversicherung eine Versicherungspflicht für den Bereich eines staatlich vorgegebenen Leistungskatalogs voraus, da anderenfalls durch Abwanderung von gesunden Versicherten oder Verlagerung von Leistungen in den nicht sozial regulierten Bereich das System ausgehöhlt werden könnte (Cassel 2005, S. 250f.). Durch Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot werden Krankenversicherungen dazu verpflichtet, alle berechtigten Personen unabhängig vom Gesundheitszustand zu denselben Bedingungen zu versichern. Der bereits erwähnte RSA transformiert *risiko-unabhängige* Beiträge der Versicherten in *risikoabhängige* Einnahmen der Krankenversicherungen und soll somit dafür sorgen, dass auch die Anwerbung „schlechter Risiken“ für die Krankenversicherungen attraktiv bleibt (Cassel/Janßen 1999; van de Ven/Ellis 2000).

Wettbewerbsstrategien und Wettbewerbsergebnisse hängen entscheidend von der Ausgestaltung der Regulierung ab. In der folgenden Diskussion werden vereinfachende Annahmen für die Regulierung getroffen, die sich im Wesentlichen an den in der Debatte verbreiteten Vorschlägen für einen stärkeren Versicherungswettbewerb in der sozialen Krankenversicherung orientieren. Insbesondere wird unterstellt, dass der Risikostrukturausgleich so gut funktioniert, dass Risikoselektion keine Wettbewerbsstrategie der Krankenversicherungen darstellt. Außerdem wird angenommen, dass die Krankenversicherungen und Leistungserbringer im Wettbewerb weitgehende Freiheiten haben, Versorgungsverträge abzuschließen (oder nicht abzuschließen) und deren Inhalte auszuhandeln. Die Bedeutung einzelner Regulierungen wird an einigen Stellen gesondert erwähnt.

Der Begriff der *Effizienz*, der hier verwendet wird, um daran die Ergebnisse des Wettbewerbs zu messen, orientiert sich an den Intentionen, die mit dem Vorschlag verstärkten Wettbewerbs verbunden sind. So definiert der wissenschaftliche Beirat beim Bundeswirtschaftsministerium Effizienz als die möglichst kostengünstige Erzeugung einer gegebenen Menge an Leistungen (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2006, Ziff. 3). Dadurch werden die Kosten mit der erbrachten Leistung in Beziehung gesetzt. Entsprechend wäre auch umgekehrt eine verbesserte Leistung zu gleichen Kosten als Effizienzsteigerung anzusehen. Der Begriff der „produktiven Effizienz“ nach *Palmer/Torgerson* (1999) setzt den gesundheitlichen Outcome mit den Kosten in Beziehung. Im Folgenden wird unter einer Effizienzsteigerung verstanden, dass bei zumindest gleichbleibender medizinischer Qualität die Kosten sinken oder dass bei zumindest nicht steigenden Kosten sich die Qualität der medizinischen Versor- ►

gung verbessert. Steigende Kosten bei konstanter oder sinkender Leistungsqualität gelten als Effizienzverlust.

In Abschnitt 3 werden die potenziellen Wettbewerbsinstrumente der Krankenversicherungen einzeln betrachtet und die Folgen ihrer Anwendung für die Effizienz und den Zugang zur medizinischen Versorgung diskutiert. Zentrale Ergebnisse der theoretisch-konzeptionell argumentierenden Analyse des Abschnitts 3 werden im nächsten Schritt empirisch getestet (4). Abschnitt 5 zieht ein Fazit, inwieweit der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen unter der Vorgabe einer sozialen Regulierung zur Effizienzsteigerung beitragen kann.

### 3. Wettbewerbsinstrumente

#### 3.1 Der Leistungskatalog

Ein Mindest-Leistungskatalog ist im Rahmen der sozialen Regulierung immer vom Staat vorgegeben. Für Leistungen außerhalb dieses staatlich gesetzten Leistungskatalogs besteht stets der Anreiz, eine Versicherung außerhalb der sozialen Regulierung mit risikoabhängigen Beiträgen anzubieten. Dies könnte entweder durch private Krankenversicherungen geschehen oder auch – soweit gesetzlich zugelassen – durch die Versicherungen der sozialen Krankenversicherung selbst als parallel zu führendes Geschäftsfeld. Da diese private Versicherung insbesondere Versicherte mit unterdurchschnittlichem Schadensrisiko (also die Nettozahler des Systems) abwerben würde, dürfte die Tendenz bestehen, alle Leistungen, die nicht zum gesetzlich vorgegebenen Pflicht-Leistungskatalog gehören, außerhalb der sozialen Regulierung zu versichern. Der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung dürfte deshalb auf den Umfang der gesetzlichen Pflicht-Leistungen herunterkonkurriert werden. Und nur in Bereichen, in denen es sich – beispielsweise aufgrund von Transaktionskosten – nicht lohnt, eine private Konkurrenz-Versicherung außerhalb der sozialen Regulierung anzubieten, könnten Leistungen über den Pflicht-Leistungskatalog hinaus in der sozialen Krankenversicherung als Wettbewerbsinstrument eingesetzt werden. Der Leistungskatalog kann somit als Wettbewerbsinstrument innerhalb der sozialen Krankenversicherung nur eine geringe Rolle spielen.

#### 3.2 Der Preis

Der Preis der sozialen Krankenversicherung kann als prozentual zum Lohn festgelegter Beitragssatz (so in Deutschland bis 2008) oder als Pauschalprämie (so in der Schweiz) oder als Mischung aus beidem (so in den Niederlanden oder seit 2009 in Deutschland) definiert sein. Ist Preiswettbewerb zugelassen, dann können die Krankenversicherungen ihren prozentualen Beitragssatz bzw. die Höhe der

Prämie bestimmen und als Wettbewerbsinstrument einsetzen.

#### 3.2.1 Preisunterschiede durch Unterschiede der Risikostruktur

Für die Höhe der Preise von Krankenversicherungen sind potenziell drei Einflussfaktoren wichtig. Ein erster Einflussfaktor ist die Risikostruktur der Krankenversicherung, also die Zusammensetzung der Versicherten in Bezug auf deren Gesundheitszustand. Mit der günstigen Risikostruktur einer Krankenversicherung korrespondiert notwendigerweise eine relativ ungünstige Risikostruktur anderer Krankenversicherungen. Somit stellt dies keine Quelle für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen insgesamt dar, sondern setzt für die Krankenversicherungen lediglich den Anreiz zur Risikoselektion. Der Risikostrukturausgleich (RSA) soll Risikoselektion als Wettbewerbsverhalten verhindern und die Krankenversicherungen dazu motivieren, stattdessen Kosteneinsparungen durch die Hebung von Effizienzreserven zu realisieren. Erfüllt der RSA diese Funktion, entfällt diese Ursache für Preisunterschiede.

#### 3.2.2 Preisunterschiede durch Vergütungsunterschiede der Leistungserbringer

Ein zweiter Einflussfaktor für Beitragsunterschiede könnte darin liegen, dass verschiedene Krankenversicherungen an die Leistungserbringer unterschiedliche Preise zahlen (vgl. Abschnitte 3.2.2 – 3.2.5). Oft wird dafür plädiert, die Krankenversicherungen sollten im Wettbewerb einzeln und selektiv mit Leistungserbringern über Vergütungen verhandeln und Versorgungsverträge abschließen, um damit den Preiswettbewerb auf die Leistungserbringer zu übertragen. Dadurch könnte der Preiswettbewerb zur Suche nach kostengünstigen Lösungen motivieren (Jacobs/Schulze 2004, S. 92).

Wenn die Krankenversicherungen einzeln mit Leistungserbringern über Vergütungen verhandeln, verursacht dies hohe Transaktionskosten. Ein Teil dieser Transaktionskosten lässt sich durch Standardisierung von Preissystemen zwar vermeiden, mit Ärzten einzeln zu führende Verhandlungen bleiben dennoch aufwändig. Um diese Transaktionskosten einzusparen, ist es üblich, dass sich die Ärzte und die Krankenhäuser zu Verbänden zusammenschließen, die diese Verhandlungen zentral und einheitlich führen. Die Ärzte- und Krankenhausverbände können praktisch als Anbieterkartelle auftreten. Miteinander konkurrierende Krankenversicherungen dürften ihnen gegenüber eine schwächere Verhandlungsposition besitzen als eine Einheitsversicherung oder ein Zusammenschluss der Krankenversicherungen (Hussey/Anderson 2003, S. 219f.). Wettbewerbspolitische Maßnahmen gegen solche Kartelle müssten abwägen zwischen den niedrigeren Transaktionskosten und den vermutlich eher höheren Vergütungen der Ärzte und Krankenhäuser, die solche Kartelle bewirken.

Doch selbst wenn solche Kartelle fehlen und konkurrierende Krankenversicherungen mit Leistungserbringern einzeln verhandeln würden, könnte dies zu vergleichsweise hohen Vergütungen führen. Denn im Gesundheitswesen verfügen viele Leistungserbringer auch ohne Kartellbildung über Marktmacht.<sup>③</sup>

### 3.2.3 Preise in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung haben die meisten Versicherten eine starke Präferenz für einen bestimmten Hausarzt, beispielsweise weil sie diesen schon lange Zeit kennen oder bewusst unter verschiedenen Ärzten ausgesucht haben. Die Leistungen verschiedener Ärzte sind nie perfekte Substitute. Sie sind stattdessen heterogene Güter, die von den individuellen Spezialisierungen und Eigenschaften der Ärzte und von der jeweiligen persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient bestimmt werden. Dabei kann das persönliche Vertrauensverhältnis als medizinisch bedeutsamer Qualitätsbestandteil wirken. Die Heterogenität ärztlicher Leistungen führt hier zur Marktform der monopolistischen Konkurrenz, wie sie mit Chamberlins Modell beschrieben werden kann (Chamberlin 1962). Wegen der besonderen Präferenz (und der damit verbundenen Zahlungsbereitschaft) der Versicherten für einen bestimmten Arzt können die Ärzte höhere Vergütungen realisieren als bei vollkommener Konkurrenz.

Dabei wirkt der Mechanismus monopolistischer Konkurrenz hier indirekter als auf anderen Märkten, da die Krankenversicherungen als Kostenträger zwischengeschaltet sind. Die starke Präferenz der Versicherten für jeweils bestimmte Ärzte stärkt deren Verhandlungsposition gegenüber den Krankenversicherungen. Würde beispielsweise zwischen einer Krankenversicherung und einem bestimmten Arzt ein Vertragsabschluss nicht zustande kommen, könnte dies dazu führen, dass die Krankenversicherung die Patienten dieses Arztes als Versicherte verliert. Haben die Patienten eine engere Bindung an ihren Arzt als an ihre Krankenversicherung, dann ist es wahrscheinlich, dass viele Versicherte eher auf Empfehlung ihres Arztes die Krankenversicherung wechseln würden als umgekehrt auf Empfehlung der Krankenversicherung den Arzt (Grefß et al. 2001, S. 20). Entsprechend ist damit zu rechnen, dass eine Krankenversicherung im Wettbewerb zur Zahlung höherer Ärzthonorare bereit ist, um einen Verlust von Versicherten an die Konkurrenz zu verhindern. Dies ist auch realisierbar, weil die Versicherten für den jeweiligen Arzt des Vertrauens eine spezielle Präferenz haben, sodass sie auch höhere Versicherungsbeiträge in Kauf nehmen, um bei diesem Arzt bleiben zu können (Kumpmann 2009). Im Ergebnis führt der Wettbewerb somit zu höheren Ärztevergütungen.

Aus Patientensicht liefern verschiedene Ärzte unterschiedlich gute medizinische Leistungen. Vermutlich werden beliebte Ärzte schneller an ihre Kapazitätsgrenze stoßen und daher in der Lage sein, gegenüber den Krankenversi-

cherungen höhere Preise zu erzielen als unbeliebte Ärzte. Wenn Krankenversicherungen frei entscheiden können, ob sie mit Ärzten Versorgungsverträge abschließen oder nicht, dann könnten die Unterschiede in der Beliebtheit der Ärzte dazu führen, dass sich der Krankenversicherungsmarkt segmentiert. Einige Krankenversicherungen haben dann ausschließlich preisgünstige und weniger beliebte Ärzte unter Vertrag und können dadurch ihren Versicherten niedrige Beiträge bei stark eingeschränkter Arztwahl bieten. Andere Krankenversicherungen dagegen schließen auch Verträge mit den teuren begehrten Ärzten ab und bieten ihren Versicherten bei höheren Beiträgen die freie Wahl unter allen Ärzten. Wer zur Zahlung höherer Beiträge bereit und in der Lage ist, hat nicht nur eine größere Auswahl an Ärzten, sondern auch Zugang zu den begehrteren Medizinnern. Insoweit die bei den Patienten begehrteren Ärzte auch die bessere medizinische Qualität liefern, ist dann die Versorgungsqualität von Zahlungsbereitschaft bzw. -fähigkeit abhängig. Dieses Wettbewerbsergebnis würde dem Solidaritätsziel der sozialen Krankenversicherung widersprechen.

Doch auch wenn die Krankenversicherungen keine Ärzte ausschließen, sondern mit allen Ärzten Versorgungsverträge abschließen und somit die freie Arztwahl nicht beschränken, kann der Vertragswettbewerb dem Solidaritätsziel entgegenstehen. In diesem Fall würden Ärzte für Versicherte aus verschiedenen Krankenversicherungen auch unterschiedliche Vergütungen erhalten. Versicherte aus Billig-Krankenversicherungen wären beim Arzt weniger willkommen als Patienten aus Nobel-Krankenversicherungen. Das Solidaritätsziel der sozialen Krankenversicherung würde auch in diesem Fall verletzt. Werden individuelle Versorgungsverträge möglich, dann lässt sich nicht ausschließen, dass die Suche nach kostengünstigen Lösungen misslingt und durch Marktsegmentierungen entlang der Grenzen der Zahlungsbereitschaft überlagert wird.

Entsprechend den unterschiedlichen Folgen des Preiswettbewerbs übt dieser in unterschiedlichem Maße Druck auf die Ärzte aus, Effizienzreserven zu erschließen. Gelingt es den Ärzten gegenüber Krankenversicherungen, aufgrund ihrer starken Verhandlungsposition Gewinne zu erzielen, könnte dies den Druck zur Erschließung von Effizienzreserven verringern. Möglich wäre aber auch, dass bei offenen Märkten die höheren Vergütungen anziehend auf zusätzliche Anbieter wirken. In diesem Fall würde der Effizienzdruck auf die Leistungserbringer nicht schwinden, da mit den höheren Vergütungen zugleich eine Zunahme des Konkurrenzdrucks einhergeht. Grundsätzlich besteht jedoch in jedem System, in dem die Vergütung sich an den behandelten Fällen oder Patienten orientiert und nicht einfach die tatsächlich auftretenden Kosten der Leistungserbringer erstattet werden, ein Sparanreiz. ►

<sup>③</sup> Zur theoretischen Fundierung der folgenden Argumente vgl. Kumpmann 2009.

### 3.2.4 Preise in der stationären Versorgung

Auch im Bereich der stationären Versorgung können Selektivverträge kostensteigernd wirken. In vielen Regionen haben die örtlichen Krankenhäuser praktisch Monopol- oder Oligopolstellungen. Monopolstellungen bestehen auch oft für spezialisierte Kliniken. Krankenhäuser sind vielfach als natürliche Monopolisten aufzufassen, die technische Größenvorteile realisieren. Daraus ergibt sich auch hier eine starke Marktposition der Leistungserbringer gegenüber den Krankenversicherungen, wenn Letztere miteinander konkurrieren. Eng begrenzt sind für Krankenversicherungen die Spielräume für Selektivverträge. Es ist beispielsweise kaum vorstellbar, dass eine Krankenversicherung im Wettbewerb bestehen könnte, wenn sie ihren Versicherten den Zugang zu einem regional führenden Universitätsklinikum verweigern würde. Entsprechend stark wäre die Verhandlungsposition dieses Universitätsklinikums gegenüber den Krankenversicherungen in Bezug auf die Vergütungen. Unter diesen Umständen ist nicht zu erwarten, dass die Krankenhäuser im Wettbewerb zu Preissenkungen gezwungen wären. Stattdessen dürfte auch im stationären Sektor der Wettbewerb der Krankenversicherungen deren Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern schwächen und eher kostentreibend wirken. Würde man versuchen, mit wettbewerbspolitischen Mitteln monopolistische Marktstellungen von Krankenhäusern aufzulösen, besteht die Gefahr, dass dadurch bei der Leistungserbringung Kosteneinsparungen aus Größenvorteilen verloren gehen.

### 3.2.5 Preise bei Arzneimitteln

Bei Arzneimitteln sind Preisunterschiede differenziert zu bewerten. Bei innovativen und patentgeschützten Präparaten haben die Pharmaunternehmen temporär ein politisch gewolltes Monopol, das ihnen ermöglichen soll, die hohen Kosten der Forschung und Entwicklung zu decken. Um hier Missbrauch zu vermeiden, erscheint weniger Wettbewerb der Kostenträger als vielmehr ein Patentschutz, der die Abwägung zwischen dem Anreiz zur Innovation und der Kostenbegrenzung in zweckmäßiger Weise vornimmt, erforderlich. Nach Ablauf des Patentschutzes stellen Arzneimittel innerhalb derselben Wirkstoffgruppe homogene Güter dar. Dann kommt es im Wettbewerb der GenerikaHersteller zu Preissenkungen. Möglicherweise wächst in diesem Bereich der Druck zu Preissenkungen, wenn die Krankenversicherungen ebenfalls im Wettbewerb stehen. Immerhin entfallen hier die Überlegungen, die aufgrund der Heterogenität ärztlicher Leistungen bei niedergelassenen Ärzten wichtig sind: Persönliche Bindungen von Patienten an bestimmte Arzneimittelhersteller bzw. deren Präparate erscheinen – anders als im Falle ärztlicher Betreuung – einer realen Basis zu entbehren. Die Einschränkung der Auswahl an Präparaten desselben Wirkstoffs durch die Krankenversicherung erscheint verantwortbar.

### 3.2.6 Preisunterschiede durch unterschiedliche Verwaltungskosten

Ein dritter Einflussfaktor für Preisunterschiede zwischen Krankenversicherungen sind Unterschiede hinsichtlich der Effizienz der Verwaltung. Preiswettbewerb kann ein Anreiz sein, Verwaltungskosten zu senken. Andererseits kann der Versicherungswettbewerb selbst neue Verwaltungskosten verursachen. Dazu zählen Marketingkosten, die Kosten mehrerer paralleler Verwaltungsstrukturen zur Beitragserhebung, die Verwaltungskosten durch Wechsel der Krankenversicherung sowie die Kosten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs.

### 3.3 Die Ausgestaltung der Versorgung als Wettbewerbsinstrument

In die Effizienzmessung der Gesundheitsversorgung geht neben den Kosten auch die medizinische Qualität ein. Die qualitative Ausgestaltung der Versorgung könnte auch ein Wettbewerbsinstrument im Versicherungswettbewerb sein. Allerdings werden der konkrete Inhalt und damit die Qualität der Versorgung von den Ärzten und den anderen Leistungserbringern bestimmt. Die Krankenversicherungen können die Versorgungsqualität nur indirekt beeinflussen. Entscheidendes Element der Qualitätsbeeinflussung durch eine Krankenversicherung könnte die Auswahl der Leistungserbringer für die Versicherten sein. Die Möglichkeit, mit Leistungserbringern selektiv Versorgungsverträge abzuschließen, wird deshalb nicht nur als Bedingung des Preiswettbewerbs angesehen, sondern auch als eine wesentliche Voraussetzung für einen gehaltvollen Qualitätswettbewerb zwischen Krankenversicherungen (Cassel et al. 2006, S. 26f.; Jacobs/Schulze 2004, S. 92f.; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziff. 61).

#### 3.3.1 Selektivverträge, Managed Care und ihre Folgen für die Qualität

Zu möglichen Aktivitäten im Qualitätswettbewerb gehört die Gestaltung der Versorgungsformen, so beispielsweise die Leistungserbringung in Einzelpraxen, Praxisnetzwerken oder Polikliniken, Versorgungsformen wie Hausarztmodelle oder die integrierte Versorgung, das Schnittstellenmanagement zwischen hausärztlichem und fachärztlichem, zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie zwischen der Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen, Arzneimitteln und Medizinprodukten. Auch die Ausgestaltung der Vergütungsformen für Leistungserbringer kann im Wettbewerb von den Versicherungen erprobt werden (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2006, Ziff. 38).

Als weiteres Element, um einen Qualitätswettbewerb zwischen Krankenversicherungen herzustellen, wird gelegentlich auch die inhaltliche Gestaltung der Versorgung

durch verbindliche Vorgaben der Krankenversicherungen an die bei ihnen unter Vertrag stehenden Ärzte und anderen Leistungserbringer vorgeschlagen (Rürup et al. 2009, S. 128f.). Demzufolge könnten Krankenversicherungen versuchen, durch medizinische Leitlinien die Arbeit der Ärzte und Krankenhäuser zu steuern. Zusätzlich könnten sie die Ärzte verpflichten, bestimmte Qualitätsstandards einzuhalten, zusätzliche Fortbildungen zu besuchen, Qualitätssicherungszertifikate zu erwerben usw. Auch wäre es denkbar, den Ärzten Vorgaben für die Verordnung von Arzneimitteln zu machen, z.B. für die Auswahl der Präparate bzw. der Wirkstoffe oder Mengenbeschränkungen. Solche Vorgaben können auch als Instrument der Kostendämpfung für den Preiswettbewerb genutzt werden.

All diese Elemente sind in dem Konzept Managed Care enthalten, das eine stärkere Integration der Funktionen Versicherung und Leistungserbringung enthält (Wille 1999, S. 128ff.). Die Möglichkeit der Krankenversicherungen zu Selektivverträgen mit Leistungserbringern ist die entscheidende Voraussetzung für die genannten Möglichkeiten der Qualitätsvariation. In dem Maße, in dem die Krankenversicherungen mit Leistungserbringern selektiv kontrahieren, wird die Auswahl der Patienten unter den Ärzten eingeschränkt. Würde die Tätigkeit der Ärzte mittels Leitlinien von den Krankenversicherungen gesteuert, hätten auch die Ärzte durch diese Beschränkung ihrer Therapiefreiheit gegenüber den Patienten weniger Wettbewerbsinstrumente. Es ist die Konsequenz des Managed Care-Modells, dass der Wettbewerb der Ärzte weniger ein Wettbewerb um Patienten als vielmehr ein Wettbewerb um Verträge mit Krankenversicherungen wird.

Die Orientierung an medizinischen Leitlinien kann einen Gewinn an medizinischer Qualität darstellen, wenn anderenfalls die medizinische Versorgung nicht auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Evidenz erfolgt. Leitlinienorientierung setzt allerdings keinen Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen voraus, sondern lässt sich ebenso in anderen Systemen der Gesundheitsfinanzierung verwirklichen. Es ließe sich sogar umgekehrt argumentieren, dass medizinische Leitlinien, die sich am aktuellen Stand der Forschung orientieren, im Widerspruch zum Wettbewerb stehen, da der aktuelle medizinische Forschungsstand für alle Krankenversicherungen (und alle Ärzte) derselbe ist.

Hinter dem Vorschlag selektiver Verträge der Krankenversicherungen mit Leistungserbringern (zum Beispiel im Rahmen des Managed Care) steht die Vermutung, dass Krankenversicherungen die medizinische Qualität eines Arztes oder Krankenhauses besser einschätzen könnten als die Patienten und es deshalb im Interesse der Patienten sei, wenn die Krankenversicherungen als ihre Sachwalter eine Vorauswahl treffen (Wille 1999, S. 121). Allerdings führt diese Vorauswahl durch Krankenversicherungen nur dann zu einem Gewinn an Qualität, wenn für die Versicherten die Transparenz bei der Wahl unter mehreren Versicherungen größer ist als bei der Wahl unter mehreren Ärzten. Dies

ist jedoch äußerst fraglich. Auch bestehen begründete Zweifel daran, dass die Krankenversicherungen besser über die Qualität von Leistungserbringern informiert sind als die Patienten. Denn die Beurteilung der Qualität eines Arztes oder eines Krankenhauses bereitet auch den Krankenversicherungen große Schwierigkeiten, da die Krankenversicherungen dazu auf deren Informationen angewiesen sind (Gerlinger 2009, S. 32f.). Insoweit subjektive und persönliche Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung für die medizinische Qualität eine Rolle spielen, ist diese für Patienten besser zu beurteilen als für Krankenversicherungen.

Machen die Krankenversicherungen von der Möglichkeit Gebrauch, Selektivverträge mit Ärzten und Krankenhäusern abzuschließen, dann schränkt dies für die Versicherten die Wahlfreiheit unter den Leistungserbringern ein. Die Patienten könnten nur noch solche Ärzte und Krankenhäuser aufsuchen, die bei der eigenen Krankenversicherung unter Vertrag sind. Dies kann im Grenzfall bedeuten, dass bei Krankheit keine Auswahl mehr zwischen mehreren Leistungserbringern besteht. Der verstärkte Wettbewerb der Krankenversicherungen und der Ärzte um Verträge mit Krankenversicherungen geht Hand in Hand mit einem reduzierten Wettbewerb der Ärzte um Patienten (Kumpmann 2008). Gerade im Krankheitsfall würde dadurch die Möglichkeit, den individuell passenden Facharzt zu suchen, eine zweite Meinung einzuholen oder gar eine Fehldiagnose zu korrigieren, eingeschränkt. Der Abschluss von Selektivverträgen kann dadurch eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität bewirken. Somit ist die insgesamt qualitätssteigernde Wirkung von Selektivverträgen der Krankenversicherungen zweifelhaft.

### 3.3.2 Versicherungswettbewerb und Qualität

Allerdings ist fraglich, ob es im Wettbewerb tatsächlich zu Selektivverträgen im großen Umfang kommen würde. Wie bereits beim Preiswettbewerb angesprochen wurde, dürften die meisten Versicherten zu ihrem präferierten Arzt eine engere Bindung haben als zu ihrer Krankenversicherung. Wenn aber die hohe Präferenz der Patienten für ihren jeweiligen Arzt dominiert, dann ist es für die Krankenversicherungen im Wettbewerb am günstigsten, mit allen Ärzten Verträge abzuschließen, um möglichst jedem Versicherten seinen präferierten Arzt auch anbieten zu können. Gerade wenn es darum geht, den Patienten die gewünschte medizinische Qualität liefern zu können, fehlt den Krankenversicherungen im Wettbewerb systematisch das Motiv zum Abschluss von Selektivverträgen. Damit aber fehlt ihnen systematisch das Motiv, Qualitätsvariationen als Wettbewerbsinstrument einzusetzen. Nur solche Qualitätsvariationen, die die freie Arztwahl nicht einschränken, werden dann im Wettbewerb noch eingesetzt. Krankenversicherungen hätten nur insoweit ein Motiv zum Abschluss von Selektivverträgen, wie sie – wie im Abschnitt 3.2 diskutiert – als Billig-Krankenversicherungen teure Ärzte ausschließen, um dadurch niedrige Beiträge anzubieten. ►

Solange die freie Arztwahl für alle Versicherten bestehen bleibt, ist der Spielraum der Krankenversicherungen, sich durch Qualitätsunterschiede zu profilieren, ziemlich klein. Der Qualitätswettbewerb der Krankenversicherungen beschränkt sich dann auf Experimente mit Versorgungsformen und Vergütungsmethoden. Andererseits bleibt damit der Wettbewerb der Ärzte um Patienten uneingeschränkt erhalten. Die Suche nach dem richtigen Arzt im Krankheitsfall, die Überprüfung von Diagnosen, ggf. die Korrektur von Fehldiagnosen durch Einholung einer zweiten Meinung werden durch die freie Arztwahl begünstigt.

Die Ergebnisse des Preiswettbewerbs wirken sich auch auf die medizinische Qualität aus. Kommt es durch die geschwächte Verhandlungsposition konkurrierender Krankenversicherungen zu höheren Preisen der Leistungserbringer, dann kann dies anziehend wirken auf zusätzliche Leistungserbringer. Bei offenen Märkten vergrößert sich die Auswahl für die Patienten. Da die ärztlichen Leistungen differenzierte Produkte sind, die auch vom persönlichen Vertrauensverhältnis beeinflusst werden, steigt mit größerer Auswahl an Ärzten für die Patienten die Chance, einen zu den eigenen Bedürfnissen gut passenden Mediziner zu finden. Dieser Wohlfahrtsgewinn ist dann den höheren Kosten gegenzurechnen. Zugleich kann die wachsende Zahl an Ärzten durch anbieterinduzierte Nachfrage zu einer Ausweitung der Leistungserbringung führen. Ob im Ergebnis die optimale Kombination von Preis und Auswahl und eine effiziente Leistungsmenge vorliegt, lässt sich theoretisch nicht entscheiden, ebenso wenig, ob eine Kombination von Preis und Auswahl erreicht wird, die effizienter ist als sie im Falle einer monopolistischen Krankenversicherung wäre (Kumpmann 2009). Gelingt es jedoch den vorhandenen Ärzten, den Marktzutritt weiterer Konkurrenten zu verhindern, dann fehlt der Qualitätsgewinn durch größere Auswahl.

Für Selektivverträge mit Krankenhäusern gilt insgesamt ähnliches. Hier ist die Auswahl wesentlich kleiner. Dabei ist die Möglichkeit, zwischen mehreren Krankenhäusern wählen zu können, selbst ein wesentlicher Aspekt medizinischer Qualität, der durch Selektivverträge aus der Hand gegeben werden würde. Bei Arzneimitteln erscheint Qualitätssicherung vor allem durch das staatliche Zulassungsverfahren garantiert zu werden.

Problematisch kann sich der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen auf die *Krankheitsprävention* auswirken. Krankenversicherungen, die in einem stark wettbewerblichen Umfeld mit häufigem Wechsel der Versicherten rechnen müssen, können nicht davon ausgehen, dass Präventionsmaßnahmen später auch in der eigenen Versicherung zu Einsparungen bei Krankheitskosten führen (Gerlinger 2009, S. 26f.). Unter den Bedingungen eines morbiditätsorientierten RSA sind ebenfalls die finanziellen Anreize der Krankenversicherungen zur Prävention reduziert. Dass die Krankenversicherungen im Bereich der Prävention eine große Bedeutung haben, ist allerdings ohnehin fraglich.

## 4. Empirische Analyse

Im Folgenden werden empirische Anhaltspunkte für einige der diskutierten Effekte gesucht. Als empirischer Test der Kostenwirkungen wird der Zusammenhang zwischen der Struktur der Kostenträger und der Höhe der Gesundheitsausgaben untersucht. Nach den Überlegungen des Abschnitts 3.2 schwächt Wettbewerb zwischen Kostenträgern deren Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern und wirkt dadurch eher kostenerhöhend. Als Indikator der Verhandlungsmacht der Kostenträger wird der Anteil staatlicher Gesundheitsfinanzierung (einschließlich der öffentlichen sozialen Krankenversicherung) verwendet. Eine monopolistische Marktposition der Kostenträger liegt im Bereich unmittelbar staatlicher Gesundheitssysteme (wie dem britischen National Health Service) vor. Krankenversicherungen üben Marktmacht aus, insoweit sie durch staatliche Einrichtung ebenfalls als Monopolisten oder als staatlich eingerichtetes Kartell agieren. Zwar besteht in einigen wenigen Ländern (wie Deutschland oder den Niederlanden) auch innerhalb der öffentlichen Krankenversicherung Wettbewerb zwischen Kostenträgern um Versicherte. Jedoch ist dieser Wettbewerb vielfältig eingeschränkt, und oft agieren die Krankenversicherungen als staatlich eingesetztes Kartell.

Umgekehrt ist auch der Bereich privater Gesundheitsfinanzierung manchmal staatlich reguliert. Dennoch dürfte dieser Bereich durch Wettbewerb privater Versicherungen und die schwache Verhandlungsposition der Patienten gegenüber den Leistungserbringern geprägt sein. Somit ist der Anteil des Staates einschließlich der Sozialversicherung an der Finanzierung ein näherungsweise und damit brauchbarer Indikator für die Verhandlungsmacht, mit der die Kostenträger den Leistungserbringern gegenüberstehen.

Die folgende empirische Analyse besteht aus einer OLS-Querschnittsregression. Einbezogen werden Daten für 28 Länder für das Jahr 2008.<sup>④</sup> Abhängige Variable sind die Gesundheitsausgaben, gemessen als Prozentanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), in einer zweiten Regression in US-Dollar zu Kaufkraftparitäten pro Kopf der Bevölkerung. Als erklärende Kontrollvariablen werden das BIP pro Kopf (in US-Dollar zu Kaufkraftparitäten) als Wohlstandsindikator und der Bevölkerungsanteil alter Menschen (ab 65 Jahren) als Indikator des medizinischen Bedarfs einbezogen. Für die Verhandlungsmacht der Kostenträger wird der Anteil des Staates (einschließlich Sozialversicherung) an der Finanzie-

④ Einbezogene Länder: Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, die Schweiz, die Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, die Tschechische Republik, Ungarn, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten.

TABELLE 1

Regressionsanalyse für die Einflussfaktoren auf die Gesundheitsausgaben

Abhängige Variable	Koeffizienten (in Klammern t-Statistik)			
	Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts		Gesundheitsausgaben pro Kopf in US-Dollar zu Kaufkraftparitäten	
Konstante	-9,12	(-0,70)	-29481,68***	(-4,68)
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in US- Dollar zu Kaufkraftparitäten (logarithmiert)	2,50*	(1,90)	3520,36***	(5,58)
Bevölkerungsanteil der Menschen ab 65 Jahren in %	0,15	(1,69)	46,74	(1,21)
Anteil des Staates (einschl. Sozialversicherung) an den Gesundheitsausgaben in %	-0,14**	(-2,49)	-63,37**	(-2,27)
R <sup>2</sup>	0,46		0,78	
N	28		28	

\*/ \*\*/ \*\*\* = signifikant auf dem 10/ 5/ 1-Prozent-Niveau. Alle Daten für 2008. OLS-Regression mit robusten Standardfehlern.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2011; Berechnungen des Autors.

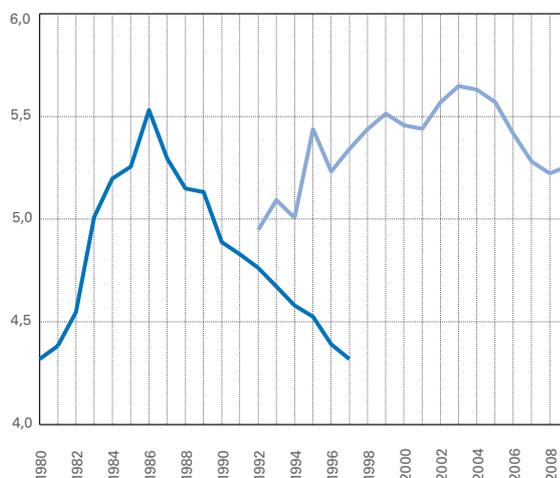
WSI Mitteilungen

ABB. 1

Entwicklung der Verwaltungskosten im Gesundheitswesen in Deutschland und den Niederlanden

Angaben in Prozent der Gesamtausgaben

■ Niederlande ■ Deutschland



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2011.

WSI Mitteilungen

rung in Prozent als erklärende Variable gewählt. Ausgegangen wird von den Hypothesen, dass die Gesundheitsausgaben positiv vom BIP pro Kopf und vom Bevölkerungsanteil alter Menschen und negativ vom Anteil des Staates an der Finanzierung abhängen.

Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der beiden Regressionsanalysen. Übereinstimmend mit der Hypothese wird für das BIP pro Kopf ein signifikant positiver Effekt festgestellt, während für den Anteil alter Menschen hier keine signifikanten Ergebnisse ermittelt werden. Für den Anteil des Staates an der Finanzierung ergibt sich ein negativer Effekt für die Gesundheitsausgaben – signifikant auf dem 5%-Niveau.<sup>5</sup> Die Vermutung, dass eine stärkere Verhandlungsmacht der Kostenträger – gemessen als Staatsanteil an den Gesundheitsausgaben – mit geringeren Kosten einhergeht, wird bestätigt.

Die Folgen des Versicherungswettbewerbs für die Verwaltungskosten lassen sich durch einen Vergleich zwischen ihrer Höhe vor und nach Einführung des Wettbewerbs prüfen. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Verwaltungskosten als Anteil an den Gesundheitsausgaben in Deutschland und den Niederlanden für Zeiträume vor und nach der Einführung der freien Wahl der Krankenkasse (in den Niederlanden 1992, in Deutschland 1996). Wegen statistischer Brüche in den jeweiligen Zeitreihen beginnt die Reihe für Deutschland erst 1992 und endet für die Niederlande 1997. Wie die Abbildung zeigt, ist der Anteil der Verwaltungsausgaben in den Niederlanden kontinuierlich gesunken, allerdings bereits seit 1986. In Deutschland ist dagegen der An-

teil der Verwaltungsausgaben bis etwa 2003 im Trend langsam gestiegen und danach zurückgegangen. Allerdings wird dieser Wendepunkt in Deutschland nicht durch Wettbewerb, sondern durch die Deckelung der Verwaltungskosten durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz markiert. Die Hypothese, dass der Wettbewerb gerade im Bereich der Verwaltung kostendämpfend wirkt, wird aus den Erfahrungen der Niederlande kaum und aus den Erfahrungen in Deutschland nicht bestätigt.

Die Folgen von Selektivverträgen und Managed Care-Modellen für die medizinische Qualität wurden in vielen Studien für die USA untersucht. Miller/Luft haben in zwei Übersichtsartikeln die Ergebnisse von insgesamt 116 Studien zu diesem Thema zusammengefasst (Miller/Luft 1997, 2002).<sup>6</sup> Die Ergebnisse sind dabei äußerst unterschiedlich. In einigen Studien schnitten die Managed Care-Versicherungen besser ab als herkömmliche Krankenversicherungen mit freier Arztwahl, in anderen allerdings schlech-

<sup>5</sup> Bezieht man zusätzlich die Schwellenländer Chile, Mexiko, Süd-Korea und die Türkei – Länder mit niedrigen Gesundheitsausgaben bei junger Bevölkerung – ein, dann wird der Koeffizient des Bevölkerungsanteils alter Menschen für den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt signifikant. Die übrigen Ergebnisse der Regression bleiben der Richtung nach unverändert.

<sup>6</sup> Die Autoren konzentrieren sich dabei auf die Health Maintenance Organizations (HMO).

ter. Obwohl die medizinischen Ergebnisse der Managed Care-Versicherungen im Durchschnitt ungefähr gleich ausfallen wie die der herkömmlichen Versicherungsformen, zeigen die Studien, dass bei den Versicherten überwiegend größere Unzufriedenheit bei Einschränkung der freien Arztwahl besteht. Schlechtere medizinische Ergebnisse werden bei den Managed Care-Modellen allerdings für einige Problemgruppen wie ältere oder chronisch kranke Menschen ermittelt.

Diese empirischen Befunde lassen sich wie folgt zusammenfassen: Eine stärkere Beteiligung des Staates oder staatlich eingesetzter sozialer Krankenversicherungen an der Finanzierung wirkt kostendämpfend. Die Einführung von Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen in den Niederlanden und in Deutschland lässt sich nicht als Auslöser sinkender Verwaltungskosten identifizieren. Die bislang vorliegenden Befunde für die Qualitätseffekte von Selektivverträgen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern sind uneinheitlich und bestätigen weder eine durchgängige Verbesserung medizinischer Qualität durch Managed Care-Modelle noch allgemeine Qualitätsverluste durch die Einschränkung der Arztwahl. Allerdings gibt es Hinweise auf Qualitätseinbußen bei der Versorgung von Problemgruppen sowie auf größere Unzufriedenheit der Patienten wegen der Einschränkung der Arztwahl.

## 5. Fazit

Die deutsche Gesundheitspolitik verfolgt seit einigen Jahren das Ziel, Effizienzreserven im Gesundheitswesen durch eine Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungen zu erschließen. Der Wettbewerb der Krankenkassen würde jedoch erst durch Selektivverträge und damit einen stärkeren Vertragswettbewerb der Leistungserbringer gehaltvoll.

Ein intensiverer Versicherungswettbewerb mit Selektivverträgen kann zu steigenden Kosten führen, da die Leistungserbringer als Kartelle, durch die Präferenzen der Patienten (in der Marktform der monopolistischen Konkurrenz), oder als natürliche Monopolisten eine starke Position am Markt besitzen, die von konkurrierenden Krankenversicherungen schlecht ausgeglichen werden kann. Bei den Verwaltungskosten lässt sich eine Kosteneinsparung durch Wettbewerb nicht belegen. Preiswettbewerb droht außerdem, eine Marktsegmentierung zu fördern zwischen preisgünstigen Versicherungen, die ihren Versicherten nur den Zugang zu unbeliebten Ärzten erlauben, und Versicherungen, die gegen einen höheren Beitrag die freie Arztwahl anbieten. Dies würde im Ergebnis dem Ziel eines vom Einkommen unabhängigen Zugangs zu guter medizinischer Versorgung zuwider laufen. Auf dem Arzneimittelmarkt erscheint Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen bei Preiswettbewerb der Anbieter im Generikasegment ein kostendämpfendes Element darstellen zu können. Der Versicherungswettbewerb kann dazu beitragen, Erfahrungen mit neuen Formen der Versorgung und Vergütung zu sammeln. Einschränkungen der freien Arztwahl durch die Patienten, die für die Profilierung von Versicherungen im Wettbewerb erforderlich wären, beeinträchtigen jedoch den Ärztwettbewerb um Patienten. Empirische Studien zu den Wirkungen von Managed Care-Modellen mit eingeschränkter Arztwahl zeigen keine einheitlichen Folgen dieser Versicherungsform für die messbare Qualität, aber eine größere Unzufriedenheit der Patienten bei Einschränkung der Arztwahl.

Insgesamt erscheint die Stärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungen nicht durchgängig effizienzsteigernd zu sein. Vielmehr ist

nach unterschiedlichen Effekten zu differenzieren und die Verschiedenheit der Teilmärkte des Gesundheitssystems zu beachten. Die Vielfalt an Krankenkassen auf dem deutschen Markt kann für die wettbewerbliche Suche nach besseren Versorgungsformen genutzt werden. Auch kann sie im Generikasegment des Arzneimittelmärktes kostendämpfend wirken. Geht es um die Vergütung von Ärzten und Krankenhäusern, erscheint es wichtig zu sein, auf der Seite der Kostenträger gegenüber den Leistungserbringern eine ausgleichende Verhandlungsmacht zu erhalten. Derzeit besteht diese darin, dass die Verhandlungen durch die Kassen stets „gemeinsam und einheitlich“ zu führen sind. Eine Beteiligung des Staates kann diesen Effekt stärken. Ohne Hinweis auf eine dadurch erreichbare Verbesserung der medizinischen Qualität sollte der Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer um Patienten, der durch die freie Arztwahl gewährleistet ist, nicht eingeschränkt werden. ■

## LITERATUR

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen** (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, Bonn
- Augurzky, B./Tauchmann, H./Werblow, A./Felder, S.** (2009): Effizienzreserven im Gesundheitswesen, RWI Materialien (49), Essen
- Cassel, D.** (2005): Ordnungspolitische Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen: Wo liegt Toulon?, in: Leipold, H./Wentzel, D. (Hrsg.): Ordnungswirtschaft als aktuelle Herausforderung, Stuttgart, S. 243–261
- Cassel, D./Ebsen, I./Greß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J.** (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes
- Cassel, D./Janßen, J.** (1999): GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Knappe, E. (Hrsg.): Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 11–49
- Chamberlin, E. H.** (1962[1933]): The Theory of Monopolistic Competition, Cambridge, London
- Enthoven, A. C.** (1988): Managed Competition: An Agenda for Action, in: Health Affairs 7 (3), S. 25–47
- Enthoven, A. C.** (1993): The History and Principles of Managed Competition, in: Health Affairs 12 (Suppl. 1), S. 24–48
- Gerlinger, T.** (2009): Wettbewerb und Patientenorientierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Böckmann, R. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Wiesbaden, S. 19–41
- Greß, S./Okma, K./Hessel, F.** (2001): Managed Competition in Health Care in The Netherlands and Germany – Theoretical Foundations, Empirical Findings and Policy Conclusions, Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Diskussionspapier (04)
- Hussey, P./Anderson, G. F.** (2003): A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform, in: Health Policy 66 (3), S. 215–228
- Jacobs, K./Schulze, S.** (2004): Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Cassel, D. (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S. 89–110
- Kumpmann, I.** (2008): Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt 57 (7–8), S. 217–224
- Kumpmann, I.** (2009): Monopolistic Competition and Costs in the Health Care Sector, Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH), Diskussionspapiere (17)
- Miller, R. H./Luft, H. S.** (1997): Does Managed Care Lead To Better Or Worse Quality Of Care?, in: Health Affairs 16 (5), S. 7–25
- Miller, R. H./Luft, H. S.** (2002): HMO Plan Performance Update: An Analysis Of The Literature, 1997–2001, in: Health Affairs 21 (4), S. 63–86
- Palmer, S./Torgerson, D. J.** (1999): Definitions of efficiency, in: British Medical Journal 318 (7191), S. 1136

**Rürup, B./IGES Institut GmbH/Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung**

**e.V. (DIW)/DIW econ GmbH/Wille, E.** (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen, Abschlussbericht

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Bundestagsdrucksache 15/5670, Berlin

**Van de Ven, W. P. M. M./Ellis, R. P.** (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Culyer, A. J./Newhouse, J. P. (Hrsg.): Handbook of Health Economics Vol. 1, Amsterdam, S. 755–845

**Wille, E.** (1999): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Ders. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 95–156

**Wille, E./Ulrich, V./Schneider, U.** (2007): Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wille, E./Ulrich, V./Schneider, U. (Hrsg.): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Baden-Baden, S. 15–67

**Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie** (2006): Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Dokumentation 556, Berlin

#### AUTOR

**INGMAR KUMPMANN**, Dr., Referent für Volkswirtschaft bei der Arbeitskammer des Saarlandes, Saarbrücken. Arbeitsschwerpunkte: Sozialpolitik, Altersarmut, allgemeine Wirtschaftspolitik.

 [ingmar.kumpmann@arbeitskammer.de](mailto:ingmar.kumpmann@arbeitskammer.de)