

Diplom-Ökonom Stefan Greß

Dorfstr. 48

17495 Moeckow

Dissertation zur Promotion an der Universität Bremen

**Allokative und distributive Effekte regulierten Wettbewerbs
in sozialen Krankenversicherungssystemen – Wirtschaftsthe-
oretische Fundierung, tatsächliche Auswirkungen und
Implementationsprobleme am Beispiel der Niederlande¹**

Bremen, Oktober 2000

1. Gutachter:

Prof. Dr. Rainer Müller, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

2. Gutachter:

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Greifswald

¹ Diese Arbeit beruht auf dem vom Zentrum für Sozialpolitik für die Hans-Böckler-Stiftung erstellten Forschungsbericht mit dem Titel *Allokative und distributive Effekte von Wettbewerbselementen und Probleme ihrer Implementation in einem sozialen Gesundheitswesen am Beispiel der Erfahrungen in den Niederlande*, an dessen Erstellung der Autor maßgeblich beteiligt war. Der Forschungsbericht wurde zum Zwecke der Erstellung dieser Arbeit gründlich überarbeitet und ergänzt. Die Änderung des Titels erklärt sich aus einer Verschiebung der Schwerpunkte im Vergleich der beiden Arbeiten.

Danksagung

Die Erstellung dieser Arbeit wurde von einer Reihe von Menschen entscheidend gefördert. Ihnen möchte ich an dieser Stelle danken. Die Reihenfolge der Aufzählung stellt keine Rangfolge dar.

Bernard Braun und *Rainer Müller* vom Zentrum für Sozialpolitik für souveräne Projektleitung, viel Freiräume und wertvolle Anregungen.

Martina Lukas-Nülle für unermüdliche Projektassistenz sowie Konzeption und Ausführung der Ärztebefragung.

Erika Mezger von der Hans-Böckler-Stiftung für die Projektfinanzierung und die Organisation des Projektbeirats.

Kieke Okma vom niederländischen Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport für die Vermittlung von wertvollen Kontakten und viele inhaltliche Anregungen.

Peter Groenewegen vom niederländischen Institut für primäre Gesundheitsversorgung für die Mitarbeit an der Ärztebefragung und viele methodischen Anmerkungen.

Nanna für alles andere.

TABELLEN	6
ABBILDUNGEN	9
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	10
1 EINLEITUNG	11
2 ANALYSE DES REFORMPROZESSES	16
2.1 Methodische Vorbemerkungen: Internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen....	16
2.2 Politisch-Institutionelle Rahmenbedingungen.....	20
2.3 Ursachen für die Reform.....	24
2.4 Ursachen für Implementationsprobleme.....	29
2.5 Auswirkungen auf die zukünftige Gesundheitspolitik	32
3 WIRTSCHAFTSTHEORETISCHE FUNDIERUNG BEABSICHTIGTER ALLOKATIVER UND DISTRIBUTIVER EFFEKTE	37
3.1 Ökonomische Wettbewerbstheorie	37
3.1.1 Das dynamische Wettbewerbskonzept der Klassiker	38
3.1.2 Das statische Wettbewerbskonzept der Neoklassiker.....	41
3.1.3 Kritik des statischen Wettbewerbskonzepts.....	44
3.1.3.1 Preistheoretische Revolution und funktionsfähiger Wettbewerb	44
3.1.3.2 Marktprozessstheorie.....	48
3.1.4 Abwanderung und Widerspruch	51
3.1.5 Wettbewerbsfunktionen.....	55
3.1.6 Distributive Ziele als exogene Variable.....	57
3.2 Regulierter Wettbewerb in Gesundheitssystemen	59
3.2.1 Idealmodell Managed Competition	60
3.2.1.1 Konzeption und Ausgestaltung des Idealmodells	60

3.2.1.2	Kritik des Idealmodells	63
3.2.1.3	Wettbewerbstheoretische Einordnung.....	66
3.2.2	Realmodell regulierter Wettbewerb Niederlande.....	68
3.2.2.1	Abgrenzung im Wettbewerbskontinuum	69
3.2.2.2	Vergleich der Wettbewerbsordnung mit der des Idealmodells	72
3.2.2.2.1	Anreize	73
3.2.2.2.2	Instrumente.....	77
3.2.2.2.3	Bewertung.....	79
4	ALLOKATIVE EFFEKTE	81
4.1	Effekte auf den Markt für Krankenversicherungen.....	81
4.1.1	Konzentration.....	82
4.1.1.1	Die erste Konzentrationswelle.....	82
4.1.1.2	Die zweite Konzentrationswelle.....	86
4.1.2	Preiswettbewerb.....	89
4.1.3	Leistungswettbewerb.....	92
4.1.4	Qualitätswettbewerb.....	95
4.1.5	Wechselverhalten der Versicherten	99
4.2	Effekte auf den Markt für Leistungsanbieter	104
4.2.1	Reaktionen der Leistungsanbieter.....	105
4.2.1.1	Ambulante Versorgung.....	105
4.2.1.2	Stationäre Versorgung.....	110
4.2.2	Selektive Verträge mit Krankenkassen und Preiswettbewerb	115
4.3	Ursachen der (Nicht-) Veränderungen und Folgen für Regulierung.....	118
4.3.1	Mikrosteuerung vs. Makrosteuerung.....	119
4.3.2	Regionale Steuerung vs. landesweite Steuerung.....	122
5	DISTRIBUTIVE EFFEKTE	128

5.1	Effekte auf den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.....	128
5.1.1	Leistungsinanspruchnahme.....	129
5.1.2	Reduzierung des Leistungskatalogs.....	138
5.1.3	Einführung von Selbstbeteiligungen	142
5.1.4	Risikoselektion	149
5.2	Effekte auf Einkommensverteilung.....	154
5.3	Ursachen der (Nicht-) Veränderungen und Folgen für Regulierung.....	164
5.3.1	Rationierung.....	165
5.3.2	Selbstbeteiligung.....	167
5.3.3	Risikoselektion	168
6	FAZIT	173
6.1	Zusammenfassung.....	173
6.1.1	Analyse des Reformprozesses.....	173
6.1.2	Wirtschaftstheoretische Fundierung.....	174
6.1.3	Allokative Effekte	175
6.1.4	Distributive Effekte.....	178
6.2	TransfERNutzen	180
6.2.1	Politisch-Ökonomischer TransfERNutzen	180
6.2.2	Gesundheitsökonomischer TransfERNutzen.....	183
6.2.2.1	Steigerung der Wettbewerbsintensität auf dem Markt für Krankenversicherungen	184
6.2.2.2	Steigerung der Wettbewerbsintensität auf dem Markt für Leistungsanbieter	187
6.2.2.3	Berücksichtigung distributiver Effekte	190
7	LITERATUR.....	193
8	ÜBERSICHT EXPERTENINTERVIEWS	210

Tabellen

Tabelle 2.1: Vor- und Nachteile verschiedener Forschungsmethoden	20
Tabelle 2.2: Versicherte in den niederländischen Krankenkassen als Anteil an der Gesamtbevölkerung 1900 bis 1941	23
Tabelle 2.3: Implementationsbedingungen für Managed Competition in den Niederlanden nach Enthoven	30
Tabelle 2.4: Politikvorhaben in den Koalitionsverträgen 1994 - 1998	35
Tabelle 2.5: Gesundheitspolitische Agenda in den Niederlanden	36
Tabelle 3.1: Vergleich zwischen klassischer und neoklassischer Wettbewerbstheorie	43
Tabelle 3.2: Vergleich zwischen neoklassischer Wettbewerbstheorie und Marktprozessstheorie..	50
Tabelle 3.3: Vergleich zwischen funktionsfähigem Wettbewerb und Marktprozessstheorie	51
Tabelle 3.4: Vergleich Abwanderung und Widerspruch.....	53
Tabelle 3.5: Gruppierung von Unternehmen und Organisationen nach Reaktion auf Abwanderung und Widerspruch.....	54
Tabelle 3.6: Funktionen des Wettbewerbs in der ökonomischen Theorie	56
Tabelle 3.7: Grundsätzliche liberale und egalitäre Positionen.....	58
Tabelle 3.8: Idealtypische liberale und egalitäre Gesundheitssysteme.....	59
Tabelle 3.9: Chancen und Risiken des Idealmodells Managed Competition	66
Tabelle 3.10: Säulen der Krankenversicherung in den Niederlanden – Stand 1999.....	71
Tabelle 3.11: Einnahmen und Ausgaben Krankenkassen nach ZFW 1998.....	72
Tabelle 3.12: Ausgabenausgleich und finanzielles Risiko der Krankenkassen.....	74
Tabelle 3.13: Ausgliederungen von Leistungen aus dem standardisierten Leistungskatalog.....	76
Tabelle 3.14: Anreize und Instrumente im regulierten Wettbewerb.....	80
Tabelle 4.1: Größe der Krankenkassen und privaten Versicherungen nach Anzahl der Mitglieder 1985 und 1998.....	83
Tabelle 4.2: Anzahl Versicherte und Marktanteile Krankenversicherungen 1997	84
Tabelle 4.3: Ergebnis der Pflichtversicherung und finanzielle Reserven der Krankenkassen 1995 bis 1998	90
Tabelle 4.4: Verhältnis Reservekapital zu gesetzlicher Mindestreserve.....	91
Tabelle 4.5: Einnahmen und Ausgaben Zusatzversicherungen 1993 bis 1998	92
Tabelle 4.6: Anteil der Pflichtversicherten mit Zusatzversicherung.....	93
Tabelle 4.7: Ausgaben für Zusatzversicherung pro Versicherten 1994 bis 1998.....	93
Tabelle 4.8: Anteil von Versicherten mit kollektiven Verträgen.....	93
Tabelle 4.9: Risiken der kollektiven Verträge für Pflichtversicherte.....	95
Tabelle 4.10: Aktivitäten der befragten Versicherungsunternehmen zur Qualitätsprüfung.....	97

Tabelle 4.11: Aktivitäten der befragten Versicherungsunternehmen zur systematischen Qualitätsüberwachung.....	98
Tabelle 4.12: Aktivitäten der befragten Versicherungsunternehmen zur Qualitätsförderung.....	99
Tabelle 4.13: Anzahl von Krankenkassenversicherten außerhalb der vormaligen regionalen Monopole 1994 bis 1997	100
Tabelle 4.14: Versicherte nach Wechselbereitschaft in den letzten fünf Jahren	101
Tabelle 4.15: Versicherte mit vager Wechselbereitschaft in den abgelaufenen fünf Jahren nach Grund der Überlegung.....	102
Tabelle 4.16: Einschätzung der Versicherten über Unterschiede zwischen den Krankenkassen.	103
Tabelle 4.17: Versicherte nach Gründen für die Wahl der derzeitigen Krankenkasse	104
Tabelle 4.18: Kennziffern ambulante Anbieter absolute Größen 1985 - 1997	106
Tabelle 4.19: Kennziffern ambulante Anbieter relativ zur Größe der Bevölkerung 1985 - 1997.	107
Tabelle 4.20: Absolventen in Gesundheitsberufen	108
Tabelle 4.21: Hausärzte nach Praxisform 1985 bis 1998.....	108
Tabelle 4.22: Wartezeiten bei Fachärzten 1993/1995.....	109
Tabelle 4.23: Kennziffern Allgemeine Krankenhäuser 1985 - 1997.....	111
Tabelle 4.24: Kennziffern Psychiatrische Krankenhäuser 1985 - 1997.....	112
Tabelle 4.25: Kennziffern Pflegeheime 1985 - 1997	113
Tabelle 4.26: Ausprägung des Wettbewerbs nach subjektiver Einschätzung von schriftlich befragten Hausärzten.....	117
Tabelle 5.1: Guter oder sehr guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand der befragten Personen im Jahr der Befragung 1987 bis 1997.....	130
Tabelle 5.2: Anteil der befragten Personen mit Kontakt zum Hausarzt im Jahr der Befragung 1986 bis 1998	131
Tabelle 5.3: Anzahl der Kontakte mit dem Hausarzt pro Person in der Bevölkerung im Jahr der Befragung 1986 bis 1998	132
Tabelle 5.4: Anteil der befragten Personen mit Kontakt zum Facharzt im Jahr der Befragung 1986 bis 1998	133
Tabelle 5.5: Anzahl der Kontakte mit dem Facharzt pro Person in der Bevölkerung im Jahr der Befragung 1986 bis 1998	133
Tabelle 5.6: Anteil der befragten Personen mit Kontakt zum Physiotherapeuten im Jahr der Befragung 1986 bis 1998	134
Tabelle 5.7: Anteil der befragten Personen mit verschreibungspflichtigem Arzneimittel in den letzten 14 Tagen 1986 bis 1998	135
Tabelle 5.8: Anteil der befragten Personen mit nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel in den letzten 14 Tagen 1986 bis 1998	135
Tabelle 5.9: Krankenhausaufnahmen pro 100 Personen in der Bevölkerung 1986 bis 1998.....	136
Tabelle 5.10: Vertrauen in Leistungsanbieter 1993.....	137

Tabelle 5.11: Empfehlungen der Dunning-Kommission	139
Tabelle 5.12: Prozentsatz von Personen ab 19 Jahren mit Zahnarztbesuch innerhalb eines halben Jahres nach Versicherungsform 1993 bis 1995	140
Tabelle 5.13: Kosten und Erträge der Selbstbeteiligungsregelung 1997	144
Tabelle 5.14: Finanzierungs- und Steuerungseffekte der Selbstbeteiligung in den Niederlanden ..	148
Tabelle 5.15: Prognosefähigkeit von sieben Ausgleichsmodellen mit verschiedenen Ausgleichsparametern	150
Tabelle 5.16: Potentieller Profit von Risikoselektion	151
Tabelle 5.17: Gewichte der Finanzierungsquellen und Kakwani-Indizes 1987, 1990 und 1992...	158
Tabelle 5.18: Lastenverteilung Gesundheitsversorgung 1987	159
Tabelle 5.19: Lastenverteilung Gesundheitsversorgung 1990	160
Tabelle 5.20: Lastenverteilung Gesundheitsversorgung 1992	161
Tabelle 5.21: Simulation der Auswirkungen von Reformelementen auf die Einkommensverteilung	163
Tabelle 5.22: Prognosefähigkeit von Ausgleichsformeln mit Morbiditätskomponenten	169
Tabelle 5.23: Prognosefähigkeit von DCG-Modellen	170
Tabelle 5.24: Potentielle Selektionsprofite bei Anwendung von DCG-Modellen	171

Abbildungen

Abbildung 3.1: Marktversagen auf Gesundheitsmärkten	61
Abbildung 4.1: Anzahl Krankenkassen und private Versicherungen 1985 bis 1999.....	83
Abbildung 4.2: Regionale Marktanteile der Krankenkassen 1998.....	85
Abbildung 4.3: Entwicklung der nominalen Prämien und der maximalen Abweichung 1991 bis 1999	89
Abbildung 4.4: Wartezeiten für ausgewählte Fachärzte 1999	109
Abbildung 4.5: Indexiertes Beschäftigungswachstum in stationären Einrichtungen in Vollzeitäquivalenten 1985 - 1996	114
Abbildung 4.6: Wettbewerbsintensität auf Anbieter- und Versicherungsmärkten	119
Abbildung 4.7: Spektrum der Transaktionsformen.....	125
Abbildung 5.1: Prozentsatz von Personen ab 19 Jahren mit Zahnarztbesuch innerhalb eines halben Jahres nach Versicherungsform 1993 bis 1995	141
Abbildung 5.2: Prozentzahl der Befragten mit Fachartztkonsultation.....	145
Abbildung 5.3: Prozentsatz der Befragten mit Arzneimittelgebrauch.....	146
Abbildung 5.4: Prozentsatz der Befragten mit Konsultation beim Physiotherapeuten.....	147
Abbildung 5.5: Verteilung des Einkommens und des Finanzierungsanteils 1992.....	156
Abbildung 5.6: Lorenzkurve und Konzentrationskurve 1992.....	157
Abbildung 5.7: Kakwani-Indizes der Finanzierungsquellen 1987, 1990 und 1992.....	162
Abbildung 6.1: Rahmen für die Analyse von Gesundheitspolitik.....	181
Abbildung 6.2: Wettbewerbsintensitäten auf Anbieter- und Versicherungsmärkten Deutschland und Niederlande.....	184
Abbildung 6.3: Zusammenhang zwischen Koordination der Leistungsentgelte und Sozialisierung der Finanzierung.....	189

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung/Übersetzung	
AWBZ	Algemene Wet Beizondere Ziektkosten	Allgemeines Gesetz besondere Krankheitskosten
BMG		Bundesministerium für Gesundheit
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	Statistisches Zentralamt
CVZ	College voor Zorgverzekeringen	Kollegium für Krankenkassen (bis 31.12.1999: ZFR)
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg	Zentrale Tarifbehörde Gesundheitsversorgung
DCG		Diagnostic Cost Group
DHV		Distrikt-Hausärzteverband
EuGH		Europäischer Gerichtshof
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging	Niederländischer Gewerkschaftsbund
HMO		Health Maintenance Organization
NIVEL	Nederlandse instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg	Niederländisches Institut für primäre Gesundheitsversorgung
NLG		Niederländischer Gulden
NPCF	Nederlandse Patienten Consumenten Federatie	Verband der niederländischen Patienten- und Konsumentengruppen
NMA	Nederlandse Mededingsautoriteit	Niederländische Wettbewerbsbehörde
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg	Sachverständigenrat für Gesundheit
UVI	Uitvoeringsinstelling	privatrechtliche Ausführungsorganisation
VNO-NCW	Vereeniging van Nederlandse Ondernemingen	Verbund der niederländischen Unternehmen
WAO	Wet op de Arbeidsongeschicktheidsverzekering	Erwerbsunfähigkeitsversicherungsgesetz für Arbeitnehmer
ZW	Ziektewet	Krankengeldgesetz
ZFR	Ziekenfondsraad	Krankenkassenrat (ab 1.1.2000: CVZ)
ZFW	Ziekenfondswet	Krankenkassengesetz

1 Einleitung

„Welche ordnungspolitischen Grundsatzentscheidungen und welche allokativen politischen Organisations- und Instrumentenwahl getroffen wird, kann nur politisch unter Offenlegung der verteilungspolitischen Zielvorstellungen und unter Kenntnisnahme der erfahrungswissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über allokativen Effizienz unterschiedlicher Steuerungstypen entschieden werden (Schulz-Nieswandt 1989: 293).“

Das einleitende Zitat über die Notwendigkeit erfahrungswissenschaftlicher Fundierung wirtschaftspolitischer Entscheidungen dient als Leitmotiv dieser Arbeit über allokativen und distributiven Effekte der wettbewerbsorientierten Reformen im Krankenversicherungssystem der Niederlande. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses steht die Frage, unter welchen Implementationsbedingungen der Steuerungsmechanismus Wettbewerb in einem sozialen Krankenversicherungssystem welche Effekte verursacht. Diese Frage ist von hohem gesundheitspolitischen Interesse für sämtliche Akteure im deutschen Gesundheitswesen, schließlich propagieren seit Mitte der neunziger Jahre insbesondere Krankenkassenvertreter das Konzept einer solidarischen Wettbewerbsordnung, in der positive Wettbewerbseffekte nutzbar und negative Effekte durch Regulierung ausgeschlossen werden sollen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1994; Glaeske/Pfeiffer et al. 1994; Rebscher 1994; Pfaff 1995; Jacobs 1998; Jacobs 1999; Hillebrandt/Weiss 1999). Es folgte eine Diskussion über die Erfolgsaussichten dieses Konzeptes, die durchaus kontrovers geführt wurde und wird. Kritiker bezweifeln insbesondere, dass es gelingen wird, erwünschte und unerwünschte Wettbewerbseffekte voneinander zu trennen (Rosenbrock 1994; Kühn 1995; Stegmüller 1996; Kühn 1998). Befürwortern wie Kritikern ist allerdings gemeinsam, dass die Diskussion überwiegend auf einer theoriebezogenen und damit empiriefernen Ebene geführt wird. Das ist insofern nicht verwunderlich, als dass die wettbewerblichen Elemente im deutschen System der Gesetzlichen Krankenversicherung auch nach Implementierung des Gesundheitsstrukturgesetzes und damit der Kassenwahlfreiheit vergleichsweise gering sind. Vor diesem Hintergrund gewinnen konkrete Modelle zur Ausgestaltung der solidarischen Wettbewerbsordnung vor allem im Hinblick auf den Risikostrukturausgleich (Jacobs 1996; Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH 1997; Jacobs 1998; Pfaff/Wassener 1998; Wasem 1998; Buchner/Wasem 1999; Jacobs/Wasem 1999), regionale Orientierung (Jacobs/Wasem 1999; Rebscher 1999; Wille 1999) und internationale Erfahrungen mit reguliertem Wettbewerb innerhalb der sozialen Krankenversicherung an Bedeutung (Baumann/Stock 1996; Beck 1997). Gleichzeitig wird die deutsche Diskussion einer internationalen Öffentlichkeit zugänglich (Wysong/Abel 1996; White 1997; Brown/Amelung 1999; Henke 1999).

Im Rahmen dieser Arbeit wird an diese Diskussion angeknüpft. Die kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept einer solidarischen Wettbewerbsordnung erfolgt auf zwei Wegen. Auf der einen Seite wird die Plausibilität des Referenzmodells geprüft. Das alleine würde allerdings zu kurz greifen (Pfaff 1986a). Deswegen werden auf der anderen Seite empirisch die tatsächlichen Auswirkungen der Implementierung von Elementen überprüft, die einer solchen angestrebten Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung nahe kommen. Die Zielsetzung dieser Arbeit besteht damit zum einen in einer theoretischen Fundierung und zum anderen in einer empirischen Anreicherung der Auseinandersetzung um den Nutzen von reguliertem Wettbewerb in der GKV.

Die empirische Anreicherung beruht auf den Erfahrungen, die seit Beginn der neunziger Jahre mit reguliertem Wettbewerb im Krankenversicherungssystem der Niederlande gemacht wurden.² Auf der Grundlage der Empfehlung einer Expertenkommission kündigte die niederländische Regierung schon Ende der achtziger Jahre eine weitreichende wettbewerbsorientierte Reform des Gesundheitswesens und insbesondere des Krankenversicherungssystems an. Diese sollte gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern und die hohen Standards der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung sichern.³ Die im internationalen Vergleich frühe Planung und Implementation, die kombinierte Zielsetzung von erhöhter Wirtschaftlichkeit mit distributiven Zielen und die hohe Ähnlichkeit des niederländischen Krankenversicherungssystems mit dem System der GKV machen die niederländischen Erfahrungen aus deutscher Sicht für die wirtschaftspolitische Entscheidung über die Implementation von Wettbewerbselementen hochrelevant. Allerdings ist das angesprochene Thema in der deutschsprachigen Literatur bislang wenig erforscht. Zwar erforschen eine Reihe von Arbeiten die grundlegenden Charakteristika der Finanzierung von und der Versorgung mit Gesundheitsleistungen in den Niederlanden, allerdings ohne den expliziten Fokus der wettbewerblichen Neuorientierung und der Zielerreichung der angestrebten Reformen (Arnold 1994; Leidl 1997; Müller 1999). Die vorliegende Arbeit soll diese Lücke schließen.

Zur empirischen Analyse gehört nicht nur die Untersuchung der eingetretenen Effekte allokativer und distributiver Art, sondern auch die politisch-ökonomische Untersuchung des Reformprozesses. Zwar liegen eine Vielzahl von Arbeiten über die Reform des Sozialstaates in den Niederlanden vor (Alber 1998; Kötter 1998b; Visser/Hemerijck 1998; Hemerijck/Manow et al. 1999), doch wird die Reform der Gesundheitspolitik nur selten thematisiert (Kötter 1998c). Dies erscheint aber vor dem Hintergrund der konflikträchtigen Handlungsmuster in der deutschen Gesundheitspolitik außerordentlich nützlich (Rosenbrock 1992; Braun 1999), da sich der ursprüngliche wettbewerbsorientierte Reformplan in den Niederlanden vor allem durch vergleichsweise hohen Konsens zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren und langfristige Planung auszeichnete.

Obgleich der Schwerpunkt dieser Arbeit damit eindeutig auf der empirischen Ebene liegt, soll zusätzlich eine theoretische Forschungslücke geschlossen werden. Sowohl Befürworter als auch Kritiker einer solidarischen Wettbewerbsordnung haben es bislang versäumt, auf ökonomisch fundierte wettbewerbstheoretische Leitbilder Bezug zu nehmen. Im Rahmen dieser Arbeit wird deswegen der Begriff Wettbewerb von seinen erfahrungs- und alltagsbezogenen Bedeutungen abgegrenzt, in ökonomischen Kategorien verankert und damit analytisch fassbar gemacht.

² Zur besseren Abgrenzung wird für das Realmodell in den Niederlanden immer der Begriff regulierter Wettbewerb gewählt. Die in der deutschen Diskussion geläufigen Begriffe funktionaler Wettbewerb oder solidarische Wettbewerbsordnung werden sowohl im Englischen als auch im Niederländischen nicht gebraucht und deswegen im weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht verwendet. Zur Abgrenzung zum Idealmodell Managed Competition vgl. Abschnitt 3.2.2.

³ Unter einer Gesundheitsreform wird in dieser Arbeit eine von Regierungshandeln bestimmte beabsichtigte strukturelle Veränderung des Gesundheitssystems verstanden. Die Strukturen betreffen in diesem Kontext die Beziehungen zwischen den zentralen Akteuren Regierung, Versicherungsträgern, Versicherten/Patienten und Leistungsanbietern (Groenewegen 1998). Der Begriff Akteur wird in diesem Zusammenhang in einem Sinne verwandt, der vor allem die Interaktion mit anderen Akteuren hervorhebt (van Staveren 1999).

Methodisch steht die Messung der Effekte gesundheitspolitischer Reformen, wettbewerbsorientiert oder nicht, zunächst vor der zentralen Frage, welche Effekte sinnvoll gemessen werden können. Ausgehend von einer ökonomisch evaluierenden Perspektive bietet sich die Unterteilung in allokativen und distributiven Effekte an. Unter allokativen Effekten wird ökonomisch zum einen die Verschiebung von Anteilen der verwandten volkswirtschaftlichen Ressourcen für Güter unter Berücksichtigung von Preis- und Mengeneffekten verstanden (Pfaff 1986b). Gleichzeitig stehen Marktstruktur und Marktverhalten von Anbietern und Nachfragern im Mittelpunkt der Analyse allokativer Effekte. Mit distributiven Effekten sind insbesondere Auswirkungen auf die Verteilung von Gütern bzw. deren Finanzierung über sozioökonomische Gruppen hinweg unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität gemeint. Die Besonderheiten der Märkte für Gesundheits- und Krankenversicherungsleistungen bringen es allerdings mit sich, dass für die Analyse von allokativen und distributiven Effekten eine Reihe von erheblichen Schwierigkeiten auftreten. Erstens führt das Dreiecksverhältnis zwischen Anbietern, Versicherten und Versicherungsträgern in sozialen Krankenversicherungssystemen dazu, dass Leistungserstellung, Nachfrage und Bezahlung der Leistungen nicht unmittelbar zwischen Anbietern und Nachfragern geregelt werden können. Gesundheitspolitisch gewollt werden Preissignale verzerrt und die Bedarfsgerechtigkeit der Nachfrage übergeordnet. Die Beurteilung der allokativen Effizienz ist deshalb nahezu unmöglich.⁴ Deshalb wird Effizienz in dieser Arbeit im Sinne von technischer Effizienz oder Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung definiert.⁵ Selbst die Evaluation der technischen Effizienz von Gesundheitsleistungen ist nicht unproblematisch. Deswegen wird notwendigerweise in dieser Arbeit mitunter auf Parameter zurückgegriffen, die in der Regel Anzeichen für technische Ineffizienz sind. Dazu zählen beispielsweise hohe vertikale und/oder horizontale Marktkonzentrationen und/oder hohe Profitraten von Marktakteuren. Nicht weniger unproblematisch ist zweitens die Messung distributiver Effekte. Die Versorgungsqualität, das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten und nicht zuletzt der Gesundheitszustand selbst unterliegt dem Einfluss einer Vielzahl von Faktoren, nicht nur der geplanten wettbewerbsorientierten Reform eines Gesundheitssystems. Drittens ist Gesundheitspolitik selbst nicht immer konsistent und verfolgt über längere Zeiträume durchaus miteinander konfligierende Ziele. So fällt beispielsweise die Trennung von Effekten, die durch Maßnahmen zur Kostendämpfung ausgelöst wurde von denen, die eine Folge wettbewerblicher Reformen sind, nicht immer leicht. Diese durchaus massiven methodischen Probleme relativieren sicherlich manches Teilergebnis dieser Studie, stellen aber nach der Auffassung des Autors die Aussagekraft der Arbeit insgesamt nicht in Frage.

⁴ Allokativen Effizienz tritt dann ein, wenn der Grenznutzen eines bestimmten Produktes höher eingeschätzt wird als der von Produkten mit der nächstbesten Ressourcenverwendung (Evans 1981).

⁵ Produktive Effizienz tritt dann ein, wenn eine definierte Menge eines Produktes oder eine Dienstleistung mit gegebenem Qualitätsniveau mit minimalen Kosten oder mit gegebenen Kosten ein gegebenes Produkt mit maximalem Qualitätsniveau produziert wird. Dieser Effizienzbegriff grenzt sich deutlich von einer Gleichsetzung von Effizienz und Kostenkontrolle ab, da sowohl Quantität als auch Qualität der erbrachten Leistung Bestandteil der Gleichung sind. Der umgangssprachliche Gebrauch von Effizienz, in dem nur Kosten berücksichtigt werden, dient allzu oft zur Rechtfertigung von Kostendämpfung unter dem Deckmantel der Effizienzsteigerung (Le Grand/Bartlett 1993).

Einleitung

Um die angestrebten Erkenntnisse zu gewinnen gliedert sich diese Arbeit in fünf Abschnitte. Im ersten Abschnitt wird im Rahmen einer politisch-ökonomischen Analyse der Frage nachgegangen, warum es zunächst gelingen konnte einen weitreichenden gesundheitspolitischen Entwurf weitgehend konsensual durch den Gesetzgebungsprozess zu bringen, letztendlich aber nur ein Teil der beschlossenen Reformen tatsächlich implementiert werden konnte. Zur Beantwortung dieser Frage werden zunächst kurz die sozialpolitischen Rahmenbedingungen in den Niederlanden charakterisiert um dann den Weg der Reformpläne von der Entstehung bis zur nur teilweise gelungenen Implementation nachzuzeichnen. Die Analyse zeigt, dass die Ursachen der Implementationsprobleme nicht nur in der institutionellen Struktur der Niederlande und im Widerstand organisierter Interessen bedingt sind, sondern auch in nicht vorhergesehenen und auch heute erst teilweise gelösten technischen Schwierigkeiten.

Der zweite Abschnitt hat einen eher ökonomisch-normativen Fokus. Es wird danach gefragt, auf welches wettbewerbstheoretische Leitbild sich der regulierte Wettbewerb im Krankenversicherungssystem der Niederlande bezieht. Die Beantwortung dieser Frage erfolgt in drei Schritten. Zunächst wird untersucht, wie wirtschaftlicher Wettbewerb von alltagsbezogenen Wettbewerbskonzepten abzugrenzen ist und welche zentralen Wettbewerbsleitbilder die Wirtschaftswissenschaft kennt. Es schließt sich die Charakterisierung des Idealmodells von Managed Competition an. Abgeschlossen wird dieser Abschnitt mit der Gegenüberstellung des Idealmodells und des in den Niederlanden tatsächlich implementierten Realmodells regulierten Wettbewerbs.

Im dritten Abschnitt folgt der erste Untersuchungsschritt mit ökonomisch-empirischen Schwerpunkt. Die allokativen Effekte des Realmodells regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden werden zunächst unterteilt in Auswirkungen auf den Markt für Krankenversicherungen und in Auswirkungen auf den Markt von Anbietern. Durch die Auswertung allgemein zugänglicher Datensätze aber vor allem einer ganzen Reihe von niederländischen Studien zu verschiedenen Teilaspekten unserer Fragestellung wird ein durch Experteninterviews bestätigtes Bild gezeichnet, das weniger direkte Auswirkungen regulierten Wettbewerbs zeigt als bei der Implementation der Reformen erwartet. Diese Aussage gilt insbesondere für das Verhältnis zwischen Anbietern und Krankenkassen, das durch die Möglichkeit zu selektiven Vertragsabschlüssen mit einzelnen Leistungsanbietern neu strukturiert werden sollte. Zu dieser Fragestellung wird insbesondere auf eine eigens mit gutem Erfolg durchgeführte Befragung niederländischer Hausärzte verwiesen, deren zentrale Ergebnisse ebenfalls vorgestellt werden. Abgeschlossen wird der dritte Abschnitt mit einer Analyse der Ursachen der (Nicht-) Veränderungen und den daraus resultierenden Folgen für die Regulierung.

Stark empirischen Bezug hat auch der vierte Abschnitt mit der Analyse der distributiven Effekte. Diese werden getrennt nach Auswirkungen auf den Zugang und nach Auswirkungen auf die Einkommensverteilung untersucht. Die Auswirkungen auf den Zugang werden weiterhin unterteilt in die Themenfelder Kürzung des Leistungskatalogs, Einführung von Selbstbeteiligungen sowie Risikoselektion durch Krankenversicherungen. Nach den vorliegenden Daten konnten Risikoselektion und nicht erwünschte Folgen der Selbstbeteiligungen bislang weitgehend vermieden werden, während insbesondere die Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen für Erwachsene aus dem Leistungskatalog unerwünschte Folgen im Hinblick auf den Zugang nach sich gezogen hat. Die Auswir-

Einleitung

kungen auf die Einkommensverteilung belasten im Gegensatz zu den ursprünglichen Reformzielen untere Einkommensgruppen eher überproportional. Auch dieser Abschnitt wird durch die Untersuchung der Ursachen der Veränderungen und die Frage nach den Konsequenzen für die Regulierung abgeschlossen. Mit diesem Untersuchungsschritt wird die Erforschung des niederländischen Systems abgeschlossen.

Im fünften Abschnitt wird ergänzend danach gefragt, in welcher Art und Weise die niederländischen Erfahrungen auf das deutsche Gesundheitssystem anwendbar sind. Zu diesem Zweck werden die Einsetzbarkeit von Anreizen und Instrumenten sowohl des Idealmodells regulierten Wettbewerbs als auch der realen Ausprägung in den Niederlanden vor dem Hintergrund der spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems überprüft. Es zeigt sich, dass die Implementierung eines erfolgversprechenden deutschen Realmodells regulierten Wettbewerbs extrem hohe Anforderungen für die Akteure mit sich bringt. Das gilt zum einen natürlich für die am Markt tätigen Akteure, aber vor allem für diejenigen Akteure, die für Implementation und Regulierung des deutschen Realmodells regulierten Wettbewerbs verantwortlich sein werden.

2 Analyse des Reformprozesses

In diesem Abschnitt soll zunächst der politisch-institutionelle Hintergrund für die wettbewerbsorientierten Reformen im niederländischen Gesundheitssystem aufgearbeitet werden. Die Notwendigkeit dazu wird im Zusammenhang mit internationalen Vergleichen von Gesundheitssystemen immer wieder betont und im einleitenden Abschnitt unterstrichen, in dem vier methodische Problemfelder des internationalen Vergleichs analysiert werden. Anschließend soll deutlich werden, dass es trotz einer institutionellen Struktur mit vielen Vetospielern und Vetopositionen gelungen ist, weitgehenden Konsens über relativ weitreichende Reformen herzustellen. Allerdings konnte dennoch nur ein Teil der im ursprünglichen Reformplan vorgesehenen Anreizveränderungen tatsächlich umgesetzt werden. Zur Analyse dieses Reformprozesses „vom Konsens zum Nonsens“ werden zunächst die besonderen politisch-institutionellen Charakteristika der niederländischen gesundheitspolitischen Arena untersucht. Danach wird auf den insbesondere ökonomisch begründeten Reformdruck nicht nur auf die Gesundheitsversorgung, sondern auf das System der sozialen Sicherung insgesamt eingegangen. Im Anschluss werden die ursprünglich geplanten Anreizveränderungen sowie deren Echo in der gesundheitspolitischen Arena beschrieben. Abschließend wird der Implementationsprozess vor allem im Hinblick auf die Ursachen für die nur teilweise Umsetzung des ursprünglichen Reformplans analysiert und die Auswirkungen für die zukünftige Gesundheitspolitik diskutiert.

2.1 Methodische Vorbemerkungen: Internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen

„... Learning about other countries is rather like breathing: only the brain dead are likely to avoid the experience (Klein 1995: 96).“

Der bereits oben zitierte englische Gesundheitssystemforscher Rudolf Klein macht eine für diese Arbeit wesentliche Unterscheidung. Er differenziert den in internationalen Vergleichen vorherrschenden Lernbegriff in „lernen über andere Länder“ und „lernen von anderen Ländern“. Diese zwei Lernbegriffe haben zwei unterschiedliche Dimensionen. Wenn wir etwas über andere Länder erfahren, dann umfaßt dieser Vorgang im wesentlichen das mehr oder weniger zielgerichtete Sammeln von Informationen. Wenn wir dagegen von anderen Ländern etwas lernen wollen, so umfaßt dieser Prozess vor allem die Reflexion über die Erfahrungen anderer Länder.

Der Umgang der internationalen Literatur mit dem Thema des internationalen Vergleichs von Gesundheitssystem legt einen Vergleich mit der These der angebotsinduzierten Nachfrage in der Gesundheitsversorgung nahe. Die Nachfrage scheint parallel zu dem wachsenden Angebot von Informationen zu wachsen. Das Motiv hierfür liegt sicherlich in der Hauptsache darin, dass andere Länder für Laboratorien erscheinen, in denen Experimente über Theorien oder Techniken durchgeführt werden, die auch für das eigene Land erstrebenswert erscheinen. Mit relativ geringen Kosten lässt sich an den Erfahrungen anderer Länder bzw. anderer Labors teilhaben. Das Problem liegt allerdings darin, dass im Gegensatz zu naturwissenschaftlichen Experimenten keine einheitliche

Umgebung geschaffen werden kann. Selbst wenn wir auf dem europäischen Kontinent bleiben und explizite oder implizite Vereinheitlichungstendenzen auch von Systemen sozialer Sicherung durch die europäische Einigung unterstellen, so zeichnen sich doch alle EU-Staaten durch mehr oder weniger große institutionelle Unterschiede im System der Gesundheitsversorgung und –finanzierung sowie im politischen und historischen Kontext dieses Systems aus (Klein 1995; Deppe 1996). Die erste Schlussfolgerung für den internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen liegt damit darin, dass vergleichende Forschung und damit auch diese Arbeit sich nicht auf das Sammeln von Informationen beschränken darf, sondern diese Informationen zielgerichtet reflektieren muss. Darüber hinaus muss der institutionelle Kontext der zu vergleichenden Länder berücksichtigt werden.

Das zweite Problem international vergleichender Forschung besteht darin, dass das Vokabular internationaler Trends allgemeinverständlich und gleichbedeutend erscheint, allerdings kann die Übersetzung in nationale Politik sich durchaus erheblich unterscheiden. Ähnliche Begriffe haben in unterschiedlichen Ländern aber durchaus unterschiedliche Bedeutung (Ranade 1998). Das für diese Arbeit naheliegende Beispiel für diese Tendenz ist der im internationalen Gebrauch übliche Begriff *Managed Competition*. Im Verlauf dieser Arbeit wird gezeigt, dass sich die Umsetzung von *Managed Competition* in den Niederlanden deutlich von Enthovens ursprünglichem Konzept unterscheidet. Die Anwendung von *Managed Competition* in Großbritannien unterscheidet sich darüber hinaus grundlegend von der Implementation in den Niederlanden (Marmor/Maynard 1994), ganz zu schweigen von der derzeitigen Popularität des Konzeptes in lateinamerikanischen Ländern (Liebig 2000). Die zweite Schlussfolgerung besteht somit darin, dass international vergleichende Gesundheitssystemforschung und damit auch diese Arbeit sehr genau den Inhalt von Konzepten und deren implementierter Form benennen muss.

Das dritte zentrale Problem spricht der US-amerikanische Gesundheitssystemforscher Ted Marmor an:

„...Most policy debates in most countries are parochial affairs. They address national developments in a particular domain ... and embody conflicting visions of what policies the particular country should adopt ... when cross-national examples are employed in such parochial styles, their use is typically part of policy warfare more than a policy understanding (Marmor 1986: 617).“

Marmor unterstreicht damit die Notwendigkeit, unterschiedliche Perspektiven und Interessen zu identifizieren. Mit anderen Worten entsteht der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen in der Regel nicht alleine aus intellektueller Neugier heraus. Zum einen muss der Forschungsbedarf mit vorherrschenden Trends in den zu vergleichenden Ländern zusammenfallen. Das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsprojekt ist ein gutes Beispiel für diese Voraussetzung. Zum anderen besteht die Gefahr, dass die Forschung selbst und/oder die Wahrnehmung und Interpretation der Forschungsergebnisse insgesamt oder von Teilen daraus lediglich als Munition in der nationalen politischen Auseinandersetzung benutzt wird. Darüber hinaus haben unterschiedliche Akteure unterschiedliche Interessen an international vergleichender Forschung. Das Interesse politisch handelnder Akteure dürfte sich damit beispielsweise in beträchtlichem Umfang vom akademischen Forschungsinteresse unterscheiden, weil erstere ein höheres Interesse an

Machbarkeit und Implementationsbedingungen haben. Innerhalb der akademischen Forschung gibt es darüber hinaus unterschiedliche Perspektiven etwa von Ökonomen und Politikwissenschaftlern (Klein 1995). Die dritte Schlussfolgerung somit darin, dass in dieser Arbeit der schwierige Mittelweg zwischen intellektueller Neugier und gesellschaftlichem Erkenntnisinteresse sowie zwischen Handlungsorientierung und interdisziplinärer akademischer Forschung gegangen werden soll.

Das vierte methodische Problem international vergleichender Forschung wird von zwei niederländischen Forschern identifiziert. Danach muss die Analyse von Gesundheitsreformen immer die Verschwommenheit („fuzziness“) des Reformprozesses berücksichtigen (Kroneman/van der Zee 1997). Die Ursachen für diese Verschwommenheit liegen nicht nur in einfachen Fehlern oder Missverständnissen etwas bei der Datierung einzelner Reformschritte.⁶ Ein zweiter Grund kann in der Annahme liegen, dass es eine national einheitliche Gesundheitspolitik gibt. Diese Annahme mag etwa für die Niederlande oder Großbritannien zutreffen, unterliegt aber für die Betrachtung der beispielsweise der USA und der Schweiz erheblichen Einschränkungen. In beiden Ländern sind die Bundesstaaten bzw. die Kantone für ihr Gesundheitssystem selbst verantwortlich.⁷ Drittens wird nationale Gesundheitspolitik, wenn sie denn vorhanden ist, oftmals vage formuliert und lässt Spielraum für Interpretationen. Zur Verschwommenheit trägt außerdem bei, dass die Implementation von Reformen oftmals kein gradliniger Prozess mit klaren Veränderungen von einem Tag auf den anderen ist. Die Implementierung kann dagegen in der Regel als schrittweiser Prozess charakterisiert werden, der zu jedem Zeitpunkt zwischen Beschluss, Implementation und Umsetzung gestört werden kann.⁸ Dieser Effekt wird noch verstärkt durch den „Schatten der Zukunft“, in dem die Akteure beabsichtigte oder tatsächliche Gesetzesänderungen in ihrem Verhalten antizipieren (Groenewegen 1994).⁹

Die Verschwommenheit von Reformen lässt sich durch die diversifizierte Sammlung verlässlicher Informationen reduzieren. Neben Sekundärquellen bieten sich für eine verlässliche Analyse auch Primärquellen und Experteninterviews an.¹⁰ Sekundärquellen haben den Vorteil, vergleichsweise zügig einen Überblick zu verschaffen. Oftmals sind sie in internationalen Journals auch sprachlich einfach zugänglich und ein guter Ausgangspunkt für die Analyse von Gesundheitsreformen. Darüber hinaus deuten sie weiteren Forschungsbedarf an, weil Widersprüche identifiziert werden oder Informationen unvollständig sind. Diese Quellen müssen allerdings kritisch evaluiert werden,

⁶ Hier ist insbesondere der Dezember-Effekt zu nennen. Wird ein Gesetz im Dezember vom Parlament ratifiziert, aber erst im Januar oder noch später implementiert, finden sich in der Literatur im Zusammenhang mit der Reform beide Daten. Die Autoren nennen als Beispiel das deutsche Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 (Kroneman/van der Zee 1997).

⁷ Selbst in Deutschland kann nur eingeschränkt von einer nationalen Gesundheitspolitik gesprochen werden, da die Bundesländer insbesondere in der Krankenhausplanung nennenswerte eigene Kompetenzen haben.

⁸ Aus politikwissenschaftlicher Perspektive ist diese Aussage einzuschränken. Sie gilt in geringerem Ausmaß in Staaten, die über starke und handlungsfähige Regierungen in Verbindung mit nationalen Gesundheitssystemen wie etwa Großbritannien und in höherem Ausmaß in Staaten mit Koalitionsregierungen und Sozialversicherungssystemen wie etwa in Deutschland und in den Niederlanden (Groenewegen 1994). Der schrittweise Implementationsprozess der Reformen in den Niederlanden spielt eine zentrale Rolle in diesem Abschnitt.

⁹ Dieser Effekt wird in Abschnitt 4 dieser Arbeit analysiert.

¹⁰ Darüber hinaus wird für die statistische Analyse ein Reform-Implementations-Index vorgeschlagen, der die Verschwommenheit in solchen Analysen berücksichtigen soll (Kroneman/van der Zee 1997).

da persönliche Interpretationen der Autoren durch die Selektion von Informationen unvermeidlich sind. Primärquellen haben dagegen den Vorteil, die ursprüngliche Reformabsicht und konkrete Spezifikationen genau darzustellen. Diese Quellen sind allerdings oftmals in der Landessprache abgefasst, was die Zugänglichkeit in Staaten wie Schweden und Ungarn einschränkt.¹¹ Darüber hinaus wird aus diesen Quellen nicht klar, in welchem Umfang die Reformen tatsächlich implementiert wurden. Widersprüche und Auslassungen in primären und sekundären Quellen können nur durch die Durchführung von Experteninterviews aufgeklärt bzw. ausgefüllt werden. Darüber hinaus wird der Zugang zu landessprachlichen Sekundärquellen verbessert.¹² Allerdings ist es riskant, sich nur auf eine oder wenige Quellen zu verlassen. Es empfiehlt sich daher Experten aus verschiedenen Sektoren (Politik, Krankenkassen, Leistungsanbieter, Wissenschaft) einschließlich Personen mit praktischen Erfahrungen anzusprechen. Auf diese Weise akkumulierte Informationen sollten den Reformprozess und die Auswirkungen der Reformen weitgehend wirklichkeitsnah abbilden können. Fehler können weiterhin enthalten sein, allerdings ist die Fehlerwahrscheinlichkeit bei der Nutzung aller drei Methoden deutlich geringer als bei der Nutzung nur einer oder von zwei Methoden (Kroneman/van der Zee 1997). Tabelle 2.1 fasst die Vor- und Nachteile zusammen und gibt Beispiele für die in dieser Arbeit verwandten Quellen.

Tabelle 2.1: Vor- und Nachteile verschiedener Forschungsmethoden

Methode	Vorteile	Nachteile	Beispiele
Sekundärquellen	Schneller Überblick Verdeutlichung weiterer Forschungsbedarf	Manchmal zu allgemein Bias der Autoren durch Selektion der Informationen	International: (Schut 1996; Okma 1999b; van de Ven 1999) National: (van der Burg/van Doorslaer 1997; Hutten/Ros et al. 1998; van den Hauten 1999a)
Primärquellen	Ursprüngliche Reformintention Exakte Spezifikation des Reforminhalts	Möglicherweise hohe Transaktionskosten (gilt auch für landessprachliche Sekundärquellen) Unsicherheit über tatsächliche Implementation	Reformziele: (Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs 1988) Reformprozess: (Willems 1994)
Experteninterviews	Aufdeckung unbeabsichtigter Reformeffekte und des tatsächlichen Verlaufs der Implementation	Gefahr von Bias durch Position der Experten Keine genauen Informationen über Daten	Insgesamt 25 Experteninterviews mit Ansprechpartnern aus Politik, Regulierungsinstanzen, Interessenverbänden, Wissenschaft, einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungsanbietern

Quelle: Kroneman/van der Zee 1997

¹¹ Zumindest für den Autor dieser Arbeit.

¹² In dieser Arbeit werden neben den international publizierten Sekundärquellen vor allem Sekundärquellen in der Landessprache verwandt, die schwieriger zugänglich aber von höherem Informationswert sind.

2.2 Politisch-Institutionelle Rahmenbedingungen

Das institutionelle Erbe niederländischer Gesundheitspolitik besteht aus der Summe von Organisationen, die eine mehr oder weniger wichtige Rolle bei zentralen Entscheidungen wie der Finanzierung von Gesundheitsversorgung, der Allokation von Ressourcen und der Kapazitätsplanung von ambulanten wie stationären Anbietern spielen. Diese Organisationen repräsentieren vielfältige Interessengruppen, die von den genannten Entscheidungen betroffen sind. Dazu zählen vor allem Konsumenten und Versicherte, Beschäftigte in der Gesundheitsversorgung, selbständige Leistungsanbieter, stationäre Einrichtungen, Krankenkassen und private Krankenversicherungen. Aber auch Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände spielen in der niederländischen Gesundheitspolitik traditionell eine dominante Rolle. Darüber hinaus sind die verschiedensten Regierungsinstitutionen mit Gesundheitspolitik befasst. Zentrale und lokale Regierungen nehmen nicht immer die gleiche Auffassung ein. Gleiches gilt für das Finanz- und das Gesundheitsministerium.

Der niederländische Neo-Korporatismus wird darüber hinaus noch immer von starken religiösen Einflüssen beeinflusst. Die religiöse Differenzierung funktionaler Organisationen wird als Versäulung (*verzuiiling*) bezeichnet. Von herausragender Bedeutung waren traditionell die katholischen und die protestantischen Säulen. Die meisten Krankenhäuser und sonstigen stationären, teilweise auch ambulanten Einrichtungen, werden von karitativen Stiftungen und religiösen Organisationen betrieben (Okma 1997c).¹³

Die Summe der oben beschriebenen Organisationen wird in den Niederlanden als das gesellschaftliche Mittelfeld bezeichnet (*maatschappelijk middenveld*). Traditionell hat das gesellschaftliche Mittelfeld zwar Einfluss auf die Formulierung und Implementation von Regierungspolitik. Die vorherrschenden Prinzipien sind aber die der Subsidiarität und der Selbstregulierung. Im niederländischen Kontext bedeutet dies, dass den Interessengruppen zuerst die Mittel zur Verfügung gestellt bekommen sollen, die sie zur Bedürfnisbefriedigung ihrer Mitglieder brauchen. Der Staat wird von Aufgaben entlastet. Gleichzeitig fehlt der Gesundheitspolitik in den Niederlanden im Kontrast etwa zum integrierten Gesundheitssystem in Großbritannien ein zentrales und durchsetzungsfähiges Machtzentrum (Elsinga 1989; Hardy/Mur-Veemanu et al. 1999). Die institutionellen Besonderheiten der gesundheitspolitischen Arena werden durch die Eigenschaften des politischen Systems insgesamt ergänzt. Traditionell bestehen die Regierungen aus auf Kompromissen angewiesenen Koalitionsregierungen, die nur zu Beginn der Legislaturperiode große Handlungsfähigkeit beweisen (Centraal Planbureau 1997). Damit wird das Ausmaß professioneller Autonomie weiter gestärkt.

Für die Regierung hat diese Situation den Vorteil, mit geringem Aufwand Informationen über Haltungen, Wünsche und Erwartungen des gesellschaftlichen Mittelfeldes gewinnen zu können. Dar-

¹³ Es gibt sogar eine christliche Arbeitgeberorganisation und einen christlich orientierten Gewerkschaftsbund. Lediglich der nationale Ärzteverband hat keine religiöse Trennung.

über hinaus stellen ausgehandelte Kompromisse für beide Seiten Vereinbarungen von hoher Verbindlichkeit dar, und die Regierung kann sich den Zugang zum Fachwissen der Interessenverbände sichern. Nicht zu vernachlässigen ist auch die Tatsache, dass auf diese Weise Regierungspolitik ein hohes Ausmaß von Legitimität erwerben kann. Die im gesellschaftlichen Mittelfeld vertretenen Organisationen haben nicht nur den Vorteil, ohne teure Lobby Einfluss auf Regierungspolitik nehmen zu können, sondern erhalten auch frühzeitig Informationen über beabsichtigtes Regierungshandeln. Durch die Beeinflussung von Regierungspolitik erhalten sie außerdem die Legitimität gegenüber ihren Mitgliedern, die sie für ihre Existenzberechtigung und zur Durchsetzung von Kompromissen benötigen (Schut 1995b; van der Grinten 1996).

Angewandt auf die Gesundheitsversorgung haben Subsidiaritätsprinzip und Selbstregulierung zwei Auswirkungen. Einerseits ist eine mehr oder weniger ausbalancierte Situation mit hoher Stabilität die Folge, in der die unterschiedlichen Interessen repräsentiert sind. Zweitens hat der korporatistische Charakter des gesellschaftlichen Mittelfeldes allerdings auch die Eigenschaft, weitgehend reformresistent zu sein, weil durch eine Art negativen Konsens nicht ausreichend Unterstützung für Veränderungsprozesse vorhanden ist (Okma 1997c). Mit andern Worten haben weder Regierung noch eine der Interessengruppen genügend Einfluss, um grundsätzliche Reformen durchzusetzen. Der Einfluss ist aber völlig ausreichend, um die Initiativen anderer abzuwehren, sei es aus den gleichen oder sei es aus unterschiedlichen Gründen. Dazu werden gegebenenfalls auch Zweckbündnisse auf Zeit abgeschlossen (Schut 1996).

Diese besondere institutionelle Struktur ist nur aus der geschichtlichen Entwicklung heraus zu verstehen. Wie in den meisten anderen mitteleuropäischen Ländern auch hat die kollektive Organisation von Gesundheitsversorgung ihre Wurzeln in der Armenversorgung von Klöstern und Kommunen. Später sorgten die mittelalterlichen Gilden für ihre Mitglieder, und nach Aufkommen der industriellen Revolution gründeten Gewerkschaften und karitative Organisationen die ersten Krankenkassen. Die ersten sozialen Schutzgesetze am Ende des 19. Jahrhunderts wurden in den Niederlanden nur in geringem Ausmaß umgesetzt. Erst im Jahr 1904 wurde erstmals die Forderung nach einer verpflichtenden Krankenversicherung für alle Beschäftigten unterhalb einer Lohngrenze mit umfangreichem Leistungspaket erhoben. Dieses Vorhaben wurde zunächst nicht umgesetzt, dafür organisierten insbesondere Gewerkschaften einen zunehmenden Teil der Beschäftigten in Krankenkassen. Diese verfügten gegenüber den Leistungsanbietern über hohe Durchsetzungsmacht, da sie selektiv kontrahieren konnten und dies auch taten. Die Leistungsanbieter reagierten, indem sie selbst oder über den nationalen Ärzteverband eigene Krankenkassen gründeten und den Kontrahierungszwang für alle Anbieter forderten (Okma 1997c).

Damit reflektierte die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zur Jahrhundertwende die soziale Struktur. Die Armen erhielten über die Wohlfahrt freien Zugang zu ärztlichen Leistungen. Ein Teil der Beschäftigten war über die Krankenkassen versichert. Wer es sich leisten konnte, erhielt über eigene Zahlungen oder private Krankenversicherungen Zugang zur Gesundheitsversorgung (de Roo 1995; van der Velden 1996). Bis 1940 existierten rund 600 Krankenversicherungen, die in eine der fünf folgenden Kategorien fielen:

Reformprozess

- Krankenkassen auf Gegenseitigkeit mit Selbstverwaltung durch die Versicherten.
- Krankenkassen, die durch einzelne Ärzte oder Ärztegruppen in ländlichen Regionen gegründet wurden.
- Krankenkassen, die durch den nationalen Ärzteverband gegründet wurden.
- Private Krankenversicherungen
- Betriebskrankenkassen

Bis zu diesem Zeitpunkt gab es aber noch immer keine Pflichtversicherung. Diese wurde erst während des 2. Weltkrieges durch die deutsche Besatzungsmacht per Dekret eingeführt (*Ziekenfondsbesluit*) und nach Befreiung und Kriegsende beibehalten. Das Krankenkassengesetz (*Ziekenfondswet*) Bismarckscher Prägung verlagerte das Machtzentrum weg von Versicherten und Krankenkassen hin zu den Anbietern, da neben der Pflichtversicherung für untere Einkommensgruppen und der Finanzierung durch einkommensabhängige Beiträge die Kontrahierungspflicht von Krankenkassen gegenüber Anbietern ein wesentliches Merkmal dieses Gesetzes war. Nach Ende der Besatzung wurden weite Teile des Krankenkassengesetzes beibehalten, da Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht auf ihren Einfluss verzichten wollten. Dieser wäre in der von der niederländischen Exilregierung in London geplanten Alternative eines Nationalen Gesundheitsdienstes nach britischem Vorbild deutlich reduziert worden (van der Zee 1999).

Tabelle 2.2 zeigt die Entwicklung des Anteils der Bevölkerung, der über eine der oben genannten Krankenkassen versichert war. Nach Implementation des Besatzungsdekrets hat das Niveau schon fast den heutigen Deckungsgrad erreicht. Es ist allerdings zu beachten, dass der Leistungsumfang zu jenem Zeitpunkt wesentlich geringer war als heute. Auffällig ist, dass besonders zu Beginn des 20. Jahrhunderts erhebliche regionale Unterschiede festzustellen sind.

Tabelle 2.2: Versicherte in den niederländischen Krankenkassen als Anteil an der Gesamtbevölkerung 1900 bis 1941

	1900/03	1926	1936	Jan. 1941	Dez. 1941
Nördliche Provinzen (Groningen, Friesland, Drenthe)	3,6	8,9	14,8	24,2	43,8
Östliche Provinzen (Overijssel, Gelderland)	12,9	22,7	34,9	45,2	53,9
Westliche Provinzen (Utrecht, Noordholland, Zuidholland, Zeeland)	27,2	42,1	49,7	58,0	67,3
Südliche Provinzen (Noordbrabant, Limburg)	0,5	16,6	27,3	38,1	48,5
Niederlande	17,7	27,9	38,8	47,9	58,4

Quelle: van der Velden 1996

Die Nachkriegszeit war einerseits geprägt von einem Ausbau der versicherten Leistungen und des versicherten Personenkreises und andererseits vom Ausbau der staatlichen Regulierung bei unverändertem Wachstum der privaten Krankenversicherung für Beschäftigte oberhalb der Einkommensgrenze. Das Ziekenfondswet wurde Mitte der sechziger Jahre durch das Gesetz für besondere Krankheitskosten (AWBZ) ergänzt, das im Gegensatz zum ZFW als Volksversicherung konzipiert wurde (Okma 1997c). Seit Mitte der siebziger Jahre ist das niederländische Gesundheitssystem vor allem durch die staatliche Regulierung von Preisen und Kapazitäten geprägt. Das in Abschnitt 3.2.2 festgestellte hohe Ausmaß von staatlicher Steuerung ist damit eine vergleichsweise neue Entwicklung (Björkman/Okma 1996).

Zusammenfassend kann das niederländische Gesundheitssystem damit grundsätzlich folgendermaßen charakterisiert werden:

1. Das niederländische Gesundheitssystem kann als eine Kombination hauptsächlich privater Leistungserbringung mit weitreichender öffentlicher Regulierung von Finanzierung und Versorgung charakterisiert werden.
2. Es dominiert das Prinzip der Subsidiarität mit der Folge hoher Stabilität bei gleichzeitiger Reformresistenz und Abwesenheit eines zentralen und durchsetzungsfähigen Machtzentrums.

2.3 Ursachen für die Reform

Wird Gesundheitsreform als von der Regierung ausgehende beabsichtigte strukturelle Veränderung des Gesundheitssystems definiert, so kann der in den Niederlanden vom Dekker-Report initiierte Wandel als Prototyp von Gesundheitsreformen betrachtet werden (Groenewegen 1998). Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Situation ist es allerdings erstaunlich, dass trotz der analysierten Reformresistenz des Systems doch vergleichsweise weitreichende Anreizveränderungen vorgenommen werden konnten. Als Ursachen für die weitreichenden Reformen und die Implementierung des Realmodells regulierten Wettbewerbs können drei Komplexe ausgemacht werden. Erstens konnte sich auch das Gesundheitssystem der Wohlfahrtsstaatsdebatte und den Privatisierungstendenzen im System der sozialen Sicherung nicht entziehen. Das hohe Ausmaß staatlicher Regulierung von Preisen und Kapazitäten geriet allerdings auch noch aus einem zweiten Grund unter Druck. Die Komplexität des Systems verhinderte die Substitution und Integration von Leistungen in einem offensichtlich nicht mehr hinnehmbaren Ausmaß. Drittens war der ursprüngliche Reformplan so konzipiert, dass alle betroffenen politischen und gesellschaftlichen Akteure für sich zunächst mehr Vorteile als Nachteile erblickten.

Die gesundheitspolitischen Debatten und die Debatten um die Zukunft des Wohlfahrtsstaates bzw. um das System der sozialen Sicherung insgesamt verliefen in den Niederlanden nicht immer parallel, kamen aber Ende der achtziger Jahre wieder zusammen. Beide Debatten haben zentrale Zielsetzungen gemeinsam. Dazu zählen vor allem die Reduktion öffentlicher Ausgaben, die Stei-

gerung von Wirtschaftlichkeit in der Administration von Leistungen und die Suche nach denjenigen sozialpolitischen Instrumenten, die am besten in die bestehenden sozialen, kulturellen und historischen Rahmenbedingungen hineinpassen. Bis Ende der achtziger Jahre können drei Wellen von Debatten unterschieden werden. Die erste Welle entstand direkt nach Kriegsende und wurde von dem nach dem Vorbild des britischen Beveridge-Reports erstellten Van-Rijn-Report ausgelöst. Schon in diesem Bericht wurde die Fragmentierung des Systems von Finanzierung und Versorgung in der Gesundheitsversorgung hingewiesen und eine vollständige Integration von Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten vorgeschlagen, ohne dass dieses Vorhaben verwirklicht werden konnte. Immerhin wurden eine Reihe von neuen Teilsystemen sozialer Sicherung als Volksversicherung konzipiert. Dazu zählt insbesondere die Langzeitversorgung im Rahmen des AWBZ als Ergänzung der Kurzzeitversorgung, die für Beschäftigte unterhalb der Versicherungsgrenze in der Pflichtversicherung abgedeckt ist. Deswegen wird das niederländische Gesundheitssystem auch als Mischung von Bismarck und Beveridge bezeichnet (Okma 1997c).

Die zweite Welle der Debatte entstand nach einer Zeit der Expansion nach den in den Niederlanden besonders heftig wirkenden Ölpreisschocks Mitte der siebziger Jahre. Die wirtschaftliche Entwicklung stagnierte bei steigenden Staatsausgaben. Der Wohlfahrtsstaat kam aber nicht nur aus der neoklassischen ökonomischen Perspektive unter Druck, auch Protagonisten individueller Verantwortlichkeit kritisierten den staatlichen Einfluss in nahezu allen Lebensbereichen. Darüber hinaus gab es weitreichende Kritik an der Wirksamkeit der Ausgestaltung vieler Systeme der sozialen Sicherung (Eyles 1991; Okma 1997c). Als Konsequenz wurden in einer Reihe dieser Systeme Reformen vorgenommen, die aber vor allem in einer Reduzierung des anspruchsberechtigten Personenkreises und in einer Verkürzung der Laufzeiten von Leistungen bestanden (Greß 2000). Das Gesundheitssystem überstand sowohl diese Welle der Debatte als auch die folgenden Reformen weitgehend unverändert.

Das änderte sich Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre. Die dritte Welle der Debatte war zunächst von ähnlichen Argumenten geprägt wie die vorige. Ein neues Element war in dem Ausmaß zu erkennen, in dem die Rolle des Staates in Frage gestellt wurde. Es ging nicht nur um die Kürzung öffentlicher Ausgaben, sondern auch um die Notwendigkeit zur Reduzierung von Bürokratie und zur Rationalisierung staatlichen Handelns. Diese Argumentationslinien fanden in den Niederlanden nicht nur Rückhalt in der öffentlichen, sondern auch in der politischen Diskussion (Ranade 1998). Angestrebt wurde eine Verlagerung der Verantwortung weg von der Regierung zu privaten Organisationen und Konsumenten (Okma 1997c). Auch die Gesundheitspolitik dieser Zeit ist von diesen Argumentationslinien geprägt. Der Reformdruck in Richtung eines stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems hatte damit nicht nur ökonomische und politische, sondern auch ideologische Hintergründe (Freeman 1998).¹⁴

Der zweite Grund für die weitreichende Gesundheitsreform Ende der achtziger Jahre liegt in der schon von der im Van-Rijn-Report angesprochenen Fragmentierung des niederländischen Ge-

¹⁴ Sowohl der damalige Premier Lubbers als auch der Vorsitzende der Reformkommission Dekker waren Unternehmer und von angelsächsischen angebotsorientierten Reformkonzepten sehr angetan.

sundheitssystemen. In einer neueren Studie werden vor allem strukturelle, prozedurale, und finanzielle Hindernisse auf dem Weg zur Integration von gesundheitlicher Versorgung und sozialen Diensten unterschieden.¹⁵ Strukturell ist die Verantwortung für die Versorgung nicht nur zwischen der Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten, sondern auch innerhalb von Sektoren der beiden Bereiche nicht eindeutig zugeordnet. Prozedural herrschen divergierende Planungshorizonte sowie nicht aufeinander abgestimmte Leitlinien und Behandlungsprotokolle vor. Finanziell bestehen eine Reihe von unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen nebeneinander. Die Substitution von Leistungen wird durch diese Hindernisse, wenn nicht unmöglich gemacht, so doch in hohem Ausmaß erschwert (Hardy/Mur-Veemanu et al. 1999). Diese Kritik des niederländischen Gesundheitssystems tritt ebenso zyklisch auf wie die oben beschriebene Wohlfahrtsstaatsdebatte, verstärkte aber gegen Ende der achtziger Jahre die Kritik an der Legitimität staatlicher Regulierung.

Zentrale Thesen der Diskussion um die Zukunft der sozialen Sicherung und um die Fragmentierung des Finanzierungs- und Versorgungssystems finden sich in der Begründung für den ursprünglichen Reformentwurf des Realmodells regulierten Wettbewerbs zu weiten Teilen wieder. In dem der Reform zugrunde liegenden Bericht der vom ehemaligen Philipps-Vorstand Dekker geleiteten Expertenkommission wurden zunächst die Probleme des niederländischen Gesundheitssystems aufgelistet. Drei Punkte standen im Mittelpunkt der von der damaligen Regierung geteilten Analyse. Erstens verhinderte die Komplexität der Finanzierungssysteme eine wirkungsvolle Substitution zwischen den Subsektoren. Als besonders substitutionshemmend wurde die Teilung der Krankenversicherung in eine Volksversicherung für Langzeitversorgung und eine Sozialversicherung für die Akutversorgung angesehen. Zweitens wurde die Unterteilung in öffentliche und private Krankenversicherungen als nicht zielführend betrachtet. Die öffentlichen Krankenkassen hatten danach mangelnde Anreize, um die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die privaten Krankenversicherungen dagegen konzentrierten sich in einem gesellschaftlich nicht mehr hinnehmbaren Ausmaß ausschließlich auf die Gewinnung günstiger Risiken. Drittens beurteilte die Dekker-Kommission die staatliche Steuerung mit dem Ziel der Kostendämpfung als ineffektiv oder gar kontraproduktiv mit der Folge mangelnder Anpassungsfähigkeit des Gesamtsystems an wachsende Herausforderungen (Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs 1988).

Als Ziel für den strukturellen Umbau des Systems wurde die Schaffung eines Gesundheitssystems definiert, das den sozialen Charakter von Gesundheitsversorgung mit wirkungsvollen Mechanismen zur Garantie von Kosteneffektivität und Effizienz verbinden sollte. Dieses Ziel wurde weiter operationalisiert. Im Zentrum des Zielkataloges stand die Verbesserung der Substitution, die Beibehaltung oder Verbesserung der Versorgungsqualität, die Garantie des bedarfsgerechten Zugangs, die verbesserte Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch Wettbewerb, die Begrenzung öffentlicher Regulierung, Kostenkontrolle und die Beschränkung des Einflusses auf die Einkommensverteilung.

¹⁵ Diese Studie zeigt, dass sich am prinzipiellen Problem auch lange nach Implementation des regulierten Wettbewerbs nichts grundlegendes geändert hat.

Reformprozess

Die Kommission war in der Ausarbeitung der Reformvorschläge nicht frei, sondern erhielt von staatlicher Seite Eckpunkte vorgegeben, die auf der Kritik am bisherigen System aufbauten. Erstens sollte das komplizierte Finanzierungssystem zusammengefasst und vereinheitlicht werden. Zweitens sollte es zu Verbesserungen von Effizienz und Flexibilität des Gesamtsystems kommen. Dazu sollte die finanzielle Eigenverantwortung von Nutzern, Anbietern und Versicherern erhöht werden. Drittens sollte der Schwerpunkt von öffentlicher Regulierung zu Markt- und Selbstregulierung verschoben werden. Oberstes Ziel sollte die Schaffung eines effizienten, frei zugänglichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems sein.

Die Dekker-Kommission nahm diese Eckpunkte auf und legte nur ein halbes Jahr nach Einsetzung ihre Reformvorschläge vor. Die zentralen Aspekte dieser Vorschläge können folgendermaßen charakterisiert werden:

- Die Unterscheidung zwischen Krankenkassen und privaten Versicherern wird aufgehoben. Der Großteil der Gesundheitsversorgung (rund 75 Prozent) wird durch eine einheitliche, landesweit erhobene, einkommensabhängige Prämie finanziert. Die verbleibenden 25 Prozent werden durch eine nominale Prämie finanziert, deren Höhe von der jeweiligen Krankenkasse festgelegt wird und den zentralen preislichen Wettbewerbsparameter darstellt.
- Eine flexiblere und effizientere Substitution von Leistungen wird gefördert. Dazu wird die Grundversorgung nicht mehr institutionell, sondern funktional definiert. Darüber hinaus wird der Umfang der Grundversorgung auf 85 Prozent aller Leistungen definiert. Die verbleibenden 15 Prozent werden über Zusatzversicherungen abgedeckt und stellen den zentralen Parameter für den Leistungswettbewerb dar.
- Die Finanzierung und Budgetierung der Krankenkassen erfolgt über risikoabhängige Kopfpauschalen. Zur Verhinderung von Risikoselektion unterliegen alle am Markt tätigen Krankenversicherungen einem Diskriminierungsverbot und dem Kontrahierungszwang gegenüber allen Versicherten.
- Die regionalen Monopole für die Krankenkassen werden aufgehoben. Die Versicherten erhalten das Wahlrecht unter allen am Markt tätigen Krankenversicherungen.
- Alle Krankenversicherungen können selektiv mit ambulanten Anbietern über Preis, Volumen und Qualität der Leistungen verhandeln.
- Der freie und erschwingliche Zugang zu qualitativ hochwertigen Leistungen wird gewährleistet. Zu diesem Zweck wird eine starke Stellung der Regierung beibehalten. Öffentliche Regulierungsinstanzen bleiben zuständig für Qualitätsüberwachung, sektorale Budgetierung, die Festlegung der einkommensabhängigen Prämien, die Definition der Grundversorgung;

Die Reformen sollten graduell implementiert werden. Nach und nach sollten sämtliche Leistungen des Basispaketes nach dem ZFW und die Leistungen der privaten Versicherer dem AWBZ als einheitlichem Versicherungsträger angegliedert werden.

Der Reformplan wurde zunächst von der Mehrheit aller politischen Parteien und Interessenverbänden in öffentlichen Stellungnahmen überwiegend mit Zustimmung aufgenommen. Die regierenden Christdemokraten sahen in der Reform eine gelungene Verbindung von Kostenkontrolle und der Stärkung der Prinzipien Subsidiarität und Selbstregulierung. Die ebenfalls regierenden Rechtsliberalen waren vor allem von der Stärkung der wettbewerblichen Steuerung angetan. Die oppositionellen Sozialdemokraten befürworteten zwar ebenso wie die Gewerkschaften die Integration von Krankenkassen und privater Krankenversicherung, hielten aber den Anteil der nominalen Prämie an der Gesamtfinanzierung für zu hoch und den Anteil der Basisversicherung im Vergleich zu der Zusatzversicherung für zu niedrig. Die Arbeitgeberverbände lehnten vehement die Zusammenführung der beiden Versicherungsformen zu einer Volksversicherung ab, schienen aber 1988 die politischen Mehrheiten noch zu akzeptieren. Die Leistungsanbieter sahen in den Reformen vor allem eine Lockerung der detaillierten staatlichen Steuerung und damit mehr Freiheitsgrade für das eigene Handeln, befürchteten aber eine Verstärkung der Machtposition der Krankenkassen vor allem durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs für ambulante Anbieter. Außerdem lehnte der Hausärzteverband die funktionelle Definition von Leistungen ab, da die Konkurrenz mit anderen Anbietern befürchtet wurde. Auf der Seite der Versicherungsträger befürworteten die Krankenkassen vor allem die ihnen zukommende erhöhte unternehmerische Verantwortung, während die privaten Krankenversicherungen vor allem den Zugang zu neuen Märkten begrüßten, die Integration mit den Krankenkassen dagegen ablehnten (Willems 1994). Fast alle Parteien und Interessengruppen stufen die Reformen insgesamt als vorteilhaft für sie ein. Deswegen gelang es, das Reformpaket relativ zügig nicht nur vom Kabinett, sondern auch vom Parlament verabschieden zu lassen (Schut 1995b).

In der internationalen gesundheitspolitischen Diskussion wurden die Reformvorschläge in den Niederlanden zum Hoffnungsträger für eine Lösung der Steuerungsprobleme in der Gesundheitsversorgung. Insbesondere eine Reihe von niederländischen Gesundheitsökonominnen konnte die Reformideen international vermarkten, indem die angestrebte Kombination von Solidarität und Effizienz in den Mittelpunkt der Analyse gestellt wurde:

„... Fresh potential for improving efficiency while preserving the desired level of equity (Hurst 1991: 20).“

„... Competition need not be sacrificed as a health system moves toward more equitable coverage, nor should the concern for equity in health care be a reason to limit market forces (Greenberg 1993: 48).“

„... In theory, at least, the proposed reforms should create an ideal union of market forces and regulation, of solidarity and efficiency. For this reasons alone, the proposed *perestrojka* in the Dutch health care system deserves every chance of success (van de Ven 1993: 36).“

„...Not only a theoretically elegant blueprint of an equitable and efficient health care system but also an ingenious political compromise (Schut 1995b: 638).“

Kritische Stimmen waren deutlich in der Minderheit:

„In trying to impose pro-competition reform on national health insurance, the Netherlands showed how reforms can produce the opposite what was intended ... Although market-oriented analysis in other countries hailed the Netherlands as the vanguard of a new era, the Dekker proposals were very limited, they fell far short of a total revision of national health insurance... (Glaser 1993: 808).“

Als Ursachen für die vergleichsweise weitreichenden Anreizveränderungen des ursprünglichen Plans zur Implementierung des Realmodells regulierten Wettbewerbs können drei Elemente ausgemacht werden:

1. Das Gesundheitssystem konnte sich der Wohlfahrtsstaatsdebatte und den Privatisierungstendenzen im System der sozialen Sicherung nicht entziehen. Angestrebt wurde nicht nur die Kürzung öffentlicher Ausgaben, sondern auch die Reduzierung von Bürokratie und die Rationalisierung staatlichen Handelns sowie eine Verlagerung der Verantwortung weg von der Regierung zu privaten Organisationen und Konsumenten.
2. Die Fragmentierung des niederländischen Gesundheitssystems verhindert durch strukturelle, prozedurale, und finanzielle Hindernisse die Integration von gesundheitlicher Versorgung und sozialen Diensten. Die Substitution von Leistungen wird durch diese Hindernisse, wenn nicht unmöglich gemacht, so doch in hohem Ausmaß erschwert.
3. Die Reformvorschläge der Dekker-Kommission waren so konzipiert, dass nahezu alle politischen Parteien und Interessengruppen für sich Vorteile erblicken konnten. Deswegen gelang es, das Reformpaket zügig nicht nur vom Kabinett, sondern auch vom Parlament verabschieden zu lassen.

2.4 Ursachen für Implementationsprobleme

Wird die in Abschnitt 3.2.2 beschriebene Version des Realmodells regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden mit den im vorigen Abschnitt beschriebenen ursprünglichen, eine breite Mehrheit findenden Reformplänen verglichen, so fallen einige wesentliche Unterschiede auf. Zum einen wurde die formale Integration der Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen in eine Universalversicherung nicht vorgenommen. Außerdem ist nur die Akutversorgung Gegenstand des regulierten Wettbewerbs, die Langzeitversorgung wird weiterhin staatlich reguliert. Zum anderen sind die Anteile der nominalen Prämie und der aus dem Basispaket ausgegliederten Leistungen wesentlich geringer als zunächst vorgesehen. Als zentrale Ursache für diese Diskrepanz ist die deutlich geringer werdende Zustimmung zum Reformplan im Laufe des Implementationsprozesses anzusehen.¹⁶

¹⁶ Als weitere Ursachen werden auf der einen Seite die technische Komplexität vor allem im Hinblick auf die Definition des Leistungspaketes und die Gestaltung der Ausgleichsformel für den Risikostrukturausgleich genannt (van de Ven 1999). Auf der anderen Seite wurde der Reformdruck durch die separate Gesetzgebung zur Einführung von Standardverträgen in der privaten Krankenversicherung reduziert, was zu einer deutlichen Reduktion von Risikoselektion in diesem Segment führte (Okma/Laetz 1999).

Aus Sicht des Autors des Idealmodells Managed Competition verfügten die Niederlande über ausgesprochen günstige Bedingungen für die Implementation des Realmodells regulierten Wettbewerbs. Tabelle 2.3 listet diese vorgeblich günstigen Rahmenbedingungen auf. Es fällt allerdings auf, dass Enthoven den oben beschriebenen institutionellen Hintergrund der gesundheitspolitischen Arena weitgehend ignoriert.

Tabelle 2.3: Implementationsbedingungen für Managed Competition in den Niederlanden nach Enthoven

Günstige Voraussetzung	Bemerkung
hoher Anteil privater Leistungsanbieter	keine Notwendigkeit der Privatisierung, lediglich Einführung selektiver Vertragsgestaltung
potentielle Wettbewerber mit breitem Hintergrund zu den Aufgabenfeldern von Krankenversicherungen existieren bereits	70 Krankenkassen und rund 45 private Krankenversicherungen
Überkapazitäten bei Ärzten und Krankenhäusern	19,6 Ärzte pro 10000 Einwohner im Jahr 1982, prognostizierter Anstieg auf 24.9 bis zum Jahr 2000
Existenz eines gut entwickelten Torwächters in der primärärztlichen Versorgung	Notwendigkeit für Anreize, dass Hausärzte in ihrem Überweisungsverhalten Fachärzte mit hoher Wirtschaftlichkeit bevorzugen
Hoher Anteil von Versicherten mit privater Krankenversicherung	Gefahr des Zusammenbruchs des Systems durch unregulierte Risikoselektion der privaten Krankenversicherungen. Managed Competition als Alternative.
Unterschiede in der einkommensabhängigen Prämie als preislicher Wettbewerbsparameter	Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen Beiträge
Starker Anstieg der Gesundheitsausgaben	Anteil am BIP stieg von 7.7 Prozent im Jahr 1975 auf 8.4 Prozent im Jahr 1985
Ungünstige Bedingung	Grund
Politischer Widerstand der Ärzte zur Verhinderung selektiver Verträge	Selective Verträge könnten des Einkommen der Ärzte bedrohen

Quelle: Enthoven 1988b

Dieser sollte sich jedoch spätestens nach dem Regierungswechsel zu einer Regierung mit sozialdemokratischer Beteiligung im Jahr 1989 als entscheidend für das teilweise Scheitern des ursprünglichen Reformplanes erweisen. Zwar unterstützte der neue sozialdemokratische Gesundheitsminister Simons den Reformplan weiterhin, konnte aber gegenüber dem christdemokratischen Koalitionspartner zwei entscheidende Änderungen durchsetzen. Erstens wurde der Anteil der nominalen Prämie von 25 Prozent auf 15 Prozent reduziert. Zweitens wurde der Anteil des Basispaketes von 85 Prozent auf 95 Prozent erhöht. Damit sollten aus Sicht der Sozialdemokraten nicht erwünschte Effekte auf die Einkommensverteilung und auf den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung reduziert werden. Gleichzeitig wurde aber mit dieser Änderung der Spielraum für den potentiellen Preis- und Leistungswettbewerb der neuen Versicherungsträger erheblich verkleinert.

Nach diesen beiden entscheidenden Veränderungen kippte die Zustimmung in der gesundheitspolitischen Arena. Zwar verstärkten neben den Sozialdemokraten vor allem die Gewerkschaften ihre Zustimmung zu dem Reformplan. Die Arbeitgeberverbände dagegen verschärften ihren Widerstand. Sie wiesen insbesondere auf negative Konsequenzen in der Einkommensverteilung für privat Versicherte hin und forderten vielmehr stringente Kostenkontrolle der Regierung in der Pflichtversicherung und eine Ausweitung von Wahlleistungen mit erhöhter Eigenverantwortung für die Konsumenten.¹⁷ Die privaten Krankenversicherungen sahen in den veränderten Reformplänen wenig Spielraum für Wettbewerb, die Ablehnung der Integration mit den Krankenkassen gewann die Oberhand. Gleichzeitig bildeten die privaten Krankenversicherungen aber in der Ablehnung des Reformplans strategische Allianzen mit den Krankenkassen, die Widerstand gegen die vorgesehene stringente Budgetierung leisteten.

In der Folge zeigte sich, dass es bei der Verabschiedung der Reformen doch keinen starken und klaren politischen Konsens als Basis für den Implementationsprozess gegeben hat. Der positiven Konsens wurde zum negativen Konsens. Mit anderen Worten waren die Gründe für die Ablehnung unterschiedlich, in der Ablehnung des Plans des Gesundheitsministers Simons waren sich jetzt allerdings die Mehrzahl der Interessengruppen einig. Strategische Allianzen waren die Folge. Krankenkassen und private Krankenversicherungen waren sich darüber hinaus so weit näher gekommen, dass beide Versicherungsarten im Jahr 1995 einen gemeinsamen Dachverband gründeten. Die Arbeitgeberverbände und der Verband der leitenden Angestellten bildeten ein weiteres Bündnis. Die stationären Einrichtungen und die lokalen bzw. regionalen Regierungen waren sich darüber hinaus einig, jede selektive Kontrahierung für stationäre Einrichtungen abzulehnen. Im Laufe des schrittweise geplanten Implementationsprozesses gelang es deswegen insbesondere den Arbeitgebern und den privaten Krankenversicherungen die Einführung einer Universalversicherung zu stoppen (Okma 1997c). Allerdings konnten nicht alle Reformschritte verhindert werden. Eine Reihe von zentralen Reformelementen wie die Budgetierung der Krankenkassen und die Möglichkeit zur selektiven Kontrahierung mit ambulanten Leistungsanbietern konnte auch gegen den Widerstand der organisierten Interessen durchgesetzt werden.

Der Verlauf dieses Reform- und Implementationsprozesses ist nicht untypisch für die niederländische Gesundheitspolitik. Der typische Verlauf von Reformprozessen beginnt nach der Aussage niederländische Experten mit der Aufforderung zu grundlegenden Reformen wegen fundamentaler Systemmängel. Diese Diagnose und auch noch allgemeine Therapievorschläge wird von allen politischen Parteien und Interessengruppen ebenso allgemein unterstützt. Sobald aber konkrete Reforminstrumente implementiert werden sollen, bricht der inhaltsleere Konsens auf, und die Opposition überwiegt. Die politischen Akteure treffen daraufhin strategische Entscheidungen und

¹⁷ Zu den skurrilen Auswirkungen dieser Argumentation gehörte, dass in einer Fernsehdiskussion der sozialdemokratische Gesundheitsminister mehr Wettbewerb in der Pflichtversicherung und der Vorsitzende des Unternehmerverbandes mehr staatliche Regulierung in der Pflichtversicherung forderte (Okma 1997c).

nützen die Möglichkeiten, die ihnen die institutionelle Struktur bietet (Lieverdink/van der Made 1996).¹⁸

Das niederländische Parlament setzte nach dem Scheitern eines Teils des Implementationsprozesses eine Enquetekommission ein, die nach den Ursachen für die nicht erfolgte Umsetzung einer immerhin von Regierung und Parlament beschlossenen Reform forschen sollte. Die Kommission kam zu dem Ergebnis, dass hauptsächlich der große Einfluss des gesellschaftlichen Mittelfeldes auf die Gesundheitspolitik für das Scheitern verantwortlich war. Der negative Konsens der Interessengruppen hat danach nur deswegen auf den Implementationsprozess wirken können, weil Politik und Gesellschaft in der gesundheitspolitischen Arena so eng miteinander verknüpft sind. Die Kommission forderte daher das Parlament auf, das Primat der Politik wiederherzustellen (Willems 1994). Diese geschah, indem die Zahl der die Regierung beratenden Organe drastisch verkleinert wurde. Für die verbleibenden Beratungsorgane wurden die Kompetenzen neu zugeschnitten und das Ernennungsverfahren verändert. Die meisten Kommissionen müssen sich nun auf technische Beratung beschränken und werden von der Regierung bzw. sogar von der Königin ernannt. Bis dahin gehörte auch Politikberatung zu den Aufgaben dieser Institutionen, die Mitglieder wurden vom gesellschaftlichen Mittelfeld benannt.¹⁹

Die Ursachen für die nur unvollständige Implementation des ursprünglichen Reformvorhabens lassen sich abschließend folgendermaßen zusammenfassen:

1. Im Verlauf des Implementationsprozesses zeigte sich, dass es bei der Verabschiedung des Reformplans keinen klaren politischen Konsens gegeben hat. Der positive Konsens wurde zum negativen Konsens. Die Gründe für die Ablehnung waren unterschiedlich, in der Ablehnung des Plans waren sich jetzt allerdings die Mehrzahl der Interessengruppen einig. Besonders die Arbeitgeber und die privaten Krankenversicherungen intensivierten ihren Widerstand, der allerdings nicht gegen alle Reformelemente gleichermaßen erfolgreich war.
2. Der Verlauf dieses Reform- und Implementationsprozesses ist nicht untypisch für die niederländische Gesundheitspolitik. Das Parlament versuchte daraufhin, das Primat der Politik wiederherzustellen, indem die institutionelle Struktur der gesundheitspolitischen Arena gestrafft und in ihren Aufgaben beschnitten wurde.

¹⁸ Eine niederländische Beamtin aus dem Gesundheitsministerium bezeichnete dieses Verhalten als „not in my own backyard kind of policy.“

¹⁹ Prominentestes Opfer dieses Neuzuschnitts dürfte der Ziekenfondsraad sein. Er wurde zu Beginn des Jahres 2000 in College voor Zorgverzekeringen umbenannt, um den Wandel auch im Namen nach außen deutlich zu machen.

2.5 Auswirkungen auf die zukünftige Gesundheitspolitik

Als langfristige Auswirkungen im Hinblick auf die zukünftige Gesundheitspolitik lassen sich drei zentrale Punkte unterscheiden. Erstens ist in den Niederlanden eine klar sichtbare Divergenz zwischen der Reform sozialer Sicherung insgesamt und der Reform des Gesundheitssystems festzustellen. Zweitens wird die ohnehin schon einsetzende Erosion des gesellschaftlichen Mittelfeldes von der durch das Parlament geforderten Wiederherstellung des Primates der Politik verstärkt. Drittens konzentriert sich die niederländische Gesundheitspolitik seit 1994 auf inkrementale Gesundheitspolitik, die nach obiger Definition die Bezeichnung Gesundheitsreform nicht verdient hat.

Es wurde im Laufe dieser Arbeit gezeigt, dass die Reform des Gesundheitssystems vergleichsweise weitreichende Änderungen in den Anreizen für die zentralen Akteure gebracht hat, auch wenn die tatsächlich erfolgten Verhaltensänderungen im Vergleich zu den erwarteten Verhaltensänderungen zu wünschen übrig lassen. Selbst die Anreizveränderungen innerhalb des Gesundheitssystems sind aber von nur geringer Reichweite, wenn sie mit den Reformen des Systems sozialer Sicherung insgesamt verglichen werden.

Grundsätzlich sind nach 1982 zwei Phasen in der niederländischen Sozialpolitik zu unterscheiden. Die erste Phase ist geprägt von finanzieller Konsolidierung und der Absenkung von Leistungsstandards. Zu Beginn der neunziger Jahre kam es dann zu einem paradigmatischen Wandel in Form einer doppelten Privatisierung in Form der Privatisierung von Risiken und der Privatisierung der Administration. Nach jahrzehntelanger Diskussion über die Ausdehnung bzw. über die Reduzierung von Rechten und Pflichten stand nun die Diskussion über positive und negative Anreize im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen. Diese regulierte Liberalisierung wird anhand der Reformen in der Krankengeldversicherung und in der Erwerbsunfähigkeitsversicherung besonders deutlich (Kötter 1998a; Greß 2000).

Trotz aller Ähnlichkeiten scheinen sich die Entwicklungspfade von Gesundheitssystem und sozialer Sicherung insgesamt voneinander zu trennen. Auch bei der Reform der Krankengeldversicherung und der Erwerbsunfähigkeitsversicherung gab es erheblichen Widerstand gesellschaftlicher Interessengruppen, der allerdings überwunden werden konnte. Offensichtlich ist das Beharrungsvermögen des Gesundheitssystems aufgrund der größeren Zahl betroffener privatwirtschaftlich organisierter Akteure, vor allem den Leistungsanbietern und privaten Krankenversicherungen, deutlich größer als in anderen Sicherungssystemen, die lediglich die (Um-)Verteilung von Einkommen als Aufgabe haben. Darüber hinaus scheint in der Gesundheitspolitik die Akzeptanz staatlicher Regulierung größer zu sein. Eine weitere Stärkung von Versicherungsträgern wird als Störung des Machtgleichgewichtes abgelehnt (Okma 1997c).

Als zweite Folge des Reformprozesses ist die Verstärkung der Erosion des gesellschaftlichen Mittelfeldes zu nennen. Die Auflösungstendenzen des engen Geflechts von Regierung, Parteien und Interessenorganisationen sind ein Resultat gesellschaftlicher Entwicklungen, aber auch der Versuche, das Primat der Politik zu verstärken. Zu den gesellschaftlichen Faktoren zählen insbesondere Ten-

denzen zur Demokratisierung, Individualisierung, Dezentralisierung und Internationalisierung. Die demokratische Legitimität der relativ abgeschlossenen und unzugänglichen Entscheidungsprozesse sowie unzureichende Möglichkeiten der demokratischen Kontrolle wird schon seit den sechziger Jahren hinterfragt. Eine neuere Entwicklung ist die der Individualisierung, die die Durchsetzungskraft kollektiver Organisationen schwächt. Diese haben demzufolge zunehmende Probleme, mit der Regierung ausgehandelte Kompromisse intern durchzusetzen. Die Tendenz zur dezentralen Leistungserbringung und -steuerung in der Gesundheitsversorgung ist darüber hinaus schwer mit zentral agierenden Interessenverbänden zu vereinbaren. Nicht zuletzt wird die Kontrolle über nationale Gesundheitspolitik nicht mehr ausschließlich auf nationaler Ebene ausgeübt (van der Grinten 1996).

Regierung und Parlament verstärken diese Tendenzen, indem der Einfluss der Interessengruppen im gesellschaftlichen Mittelfeld qualitativ und quantitativ geschwächt wird. Damit wird auf der einen Seite zumindest in Ansätzen das Primat der Politik wiederhergestellt.²⁰ Auf der anderen Seite ist noch nicht abschließend geklärt, auf welche Art und Weise die Regierung den Zugang zu den Auffassungen und zu dem Fachwissen der Interessenorganisationen gewinnen wird.²¹ Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Entscheidungsbildungsprozesse noch weniger transparent werden, weil sie in weniger formalen Gremien als bislang stattfinden. Solche inoffiziellen Netzwerke haben die Funktion von Diskussionsforen und umfassen nicht notwendigerweise Regierungsvertreter. Es ist allerdings noch nicht klar, in welchem Ausmaß solche Treffen die bisherige institutionelle Struktur ersetzen werden. Die niederländische Form des „Neo-Neo-Korporatismus“ ist im Entstehen, aber noch nicht vollendet (Okma 1997a; Okma 1999a).²²

Als dritte Auswirkung des unvollständigen Implementationsprozesses ist eine grundsätzliche Neuorientierung der Gesundheitspolitik von Systemveränderungen hin zu schrittweisen Veränderungen anzusehen. Mit dem Regierungswechsel von 1994 wurde die Koalition aus Christ- und Sozialdemokraten von einer Koalition aus Sozialdemokraten und Rechts- sowie Linksliberalen abgelöst. Die sogenannte violette Koalition einigte sich in der Gesundheitspolitik auf die Politik des „no regret“. Diese Politik besagt, dass keine Veränderungen vorgenommen werden, die einer der drei Koalitionspartner nach der Verabschiedung bereuen könnte. Demzufolge werden nur noch kleine Anpassungen des Systems vorgenommen und die Integration von privaten Krankenversicherungen und Krankenkassen innerhalb eines Systems aufgegeben. Vielmehr wurde die Teilung des Versiche-

²⁰ Dies gilt im übrigen nicht nur in der Gesundheitspolitik. Insgesamt gab es 1991 rund 100 Beratungsorgane für die Regierung mit 2200 Mitgliedern, mit allein 36 Institution mit gesundheitspolitischem Fokus (Okma 1999a).

²¹ Ein Ansatz besteht in der Organisation von Konferenzen mit allen relevanten Interessengruppen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2000).

²² Umstritten ist die Antwort auf die Frage, in welchem Umfang die einzelnen Konsumenten und vor allem die Patienten- und Verbraucherorganisationen trotz der generellen Schwächung kollektiver Interessengruppen ihre Stellung verbessert haben. Während dieser Aussage vor allem von unseren Gesprächspartnern im Gesundheitsministerium zugestimmt wurde, wurde dem von unserem Gesprächspartner bei der Dachorganisation der Patienten- und Konsumentenverbände NPCF widersprochen. Danach hatte die Einführung des regulierten Wettbewerbs wenig Einfluss auf die Arbeit seiner Organisation. Selbst die von der Regierung geförderten Vergleiche von Beiträgen und Leistungen unterschiedlicher Versicherungsträger stießen danach wegen der Komplexität der Materie auf wenig Interesse der Konsumenten.

runssystem in die drei Abteile oder Säulen Langzeitversorgung, Akutversorgung und Zusatzversorgung akzeptiert und eine schrittweise Konversion der beiden Versicherungsarten langfristig angestrebt, ohne dass hierzu konkrete Maßnahmen beschlossen wurden. Die Diskussion über die Folgen der Fragmentierung des Systems wurde vorerst zurückgestellt (Okma/Laetz 1999).²³ Tabelle 2.4 gibt einen Überblick über die gesundheitspolitischen Vorhaben in den Koalitionsverträgen der violetten Koalition in den Jahren 1994 und 1998. Es wird deutlich, dass für den Geltungsbereich des ZFW tatsächlich nur allmähliche Reformen geplant und umgesetzt wurden.²⁴

²³ Obgleich nach der Aussage eines Mitarbeiters im Gesundheitsministerium der Gebrauch von Ausdrücken wie „Blueprint“ oder „Master-Plan“ immer noch unter Androhung von Sanktionen untersagt ist, ist die erneute Diskussion um eine strukturelle Reform des niederländischen Gesundheitssystems spätestens zur nächsten Parlamentswahl im Jahr 2002 abzusehen.

²⁴ Allerdings wurde im Koalitionsvertrag 1998 auch formuliert, dass langfristig weitreichendere Reformen des Systems notwendig sind. Die Gesundheitsministerin will Ende 2000 dazu Vorschläge vorlegen. Die Debatte darüber wurde auf einer Konferenz mit rund 200 Teilnehmern aus dem „gesellschaftlichen Mittelfeld“ im April 2000 eröffnet (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2000).

Tabelle 2.4: Politikvorhaben in den Koalitionsverträgen 1994 - 1998

Koalitionsvertrag 1994	Umgesetzt	Koalitionsvertrag 1998	Veränderung gegenüber 1994
von Systemveränderungen zu einer inkrementalen Politik	Teile der vorherigen Politik umgesetzt, z.B. Budgetierung Krankenkassen	Aufrechterhaltung des „drei-Säulen-Modells“	Kontinuität; Studie über langfristige Perspektiven
Ausgabenwachstum 1,3% p.a.	1,9% p.a.	2,3% p.a.	Höheres Ausgabenwachstum, klarere Absprachen mit Anbietern und Versicherern
Politik des „no regret“	ja (keine Schritte hin zu einem bestimmten System)	Fortsetzung des Kurses, aber auch Diskussion um langfristige Perspektive	Konsolidierung von Strukturveränderungen
Gesetz zur Konvergenz PKV/ZFW	nicht eingeführt	nicht länger erwähnt	tatsächliche Konvergenz Versicherer
mehr Wettbewerb in der Implementation sozialer Sicherheit und Gesundheitsversorgung; Wettbewerbspolitik	Einführung Wettbewerbsgesetz	stärkere Betonung auf regionalen Zusammenhang und Zusammenarbeit	antizipierendes Marktverhalten der Anbieter, Integration der Versicherer
Maximumtarife, Aufhebung des Vertragszwangs	eingeführt, aber mit geringen Auswirkungen	Minimumtarife?	Betonung auf tatsächliche Veränderung des Marktverhaltens
Budgetierung ZFW/AWBZ	ZFW: eingeführt AWBZ: nicht eingeführt	weitere Erhöhung des finanziellen Risikos für Krankenkassen	größeres Risiko für Krankenkassen, aber schwächere Rolle für Versicherer in der AWBZ
Ausbreitung der Budgetierung	Budgetierung verschiedener Teilsektoren	Verschärfung Kostenkontrolle	nicht länger Wettbewerb als Instrument zur Kostenkontrolle
Anwendung der Empfehlungen der Dunning-Kommission	eingeschränkte Anwendung, nähere Untersuchung durch ZFR	Untersuchung von Verordnungen, einschl. Arzneimitteln	kritische Untersuchung der Versicherer

Nicht erörtert ist die Pflichtversicherung der sogenannten kleinen Selbständigen ab 2000 und die Möglichkeit für die Eröffnung eigener Apotheken für die Krankenkassen ab 1998.

Quelle: nach Okma 1998

Für die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung ist vor allem die Verabschiedung des neuen Wettbewerbsgesetzes im Jahr 1998 von Bedeutung, das nach Aussage der Gesundheitsministerin uneingeschränkt für die Krankenkassen und Leistungsanbieter gelten soll, die für die Akutversorgung nach ZFW zuständig sind. Dieser gesundheitspolitische Kurswechsel wiederum hat zur Folge, dass die gesundheitspolitische Agenda in den Niederlanden aus vielen der alten und einer Reihe von neuen Problemen besteht. Tabelle 2.5 fasst diese Problemfelder abschließend zusammen.

Tabelle 2.5: Gesundheitspolitische Agenda in den Niederlanden

Alte Probleme (seit den siebziger und achtziger Jahren diagnostiziert)	Neue Probleme (entstanden durch die unvollständige Implementation des Realmodells regulierten Wettbewerbs)
Fragmentierte Finanzierung	Neue Gesetzgebung ohne Außerkraftsetzung der alten Gesetzgebung
Unzureichende Verantwortung	Verschwommene Grenzlinien zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
Unkoordiniertes Wachstum von Subsektoren	Antizipatives Verhalten der Akteure mit höherer Geschwindigkeit als Gesetzgebung
Strikte Regulierung	Neue strategische Allianzen von Interessengruppen
Unzureichende finanzielle Anreize für Akteure	Verringerte Möglichkeiten zur Kanalisierung der Interessengruppen (neue gesundheitspolitische Arena)
Unzureichende Abstimmung des Angebots mit dem Bedarf	Bildung von Konglomeraten auf dem Versicherungsmarkt (Probleme in Aufsicht und Kontrolle)
Unzureichende Substitution von Leistungen (besonders ambulante und stationäre Versorgung)	Mischung von unterschiedlichen und oftmals konfligierenden Steuerungsmechanismen in der gesundheitlichen Versorgung

Quelle: nach Okma 1997c

Die Auswirkungen des Reformprozesses zur Einführung des Realmodells regulierten Wettbewerbs auf die zukünftige Gesundheitspolitik in den Niederlanden können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Die Reformen des Gesundheitssystems und die Reformen des Systems sozialer Sicherung unterscheiden sich in ihrer Reichweite inzwischen erheblich. Das Gesundheitssystem konnte sich den Privatisierungstendenzen der Krankengeld- und der Erwerbsunfähigkeitsversicherung weitgehend entziehen.
2. Die Erosion des sogenannten gesellschaftlichen Mittelfeldes aus Regierung, politischen Parteien und Interessenorganisationen wird durch die Wiederherstellung des Primates der Politik weiter verstärkt. Der niederländische Neo-Korporatismus befindet sich in einem noch nicht abgeschlossenen Prozess hin zu einem „Neo-Neo-Korporatismus.“
3. Die niederländische Gesundheitspolitik hat einen Kurswechsel weg von weitreichenden Systemveränderungen hin zu schrittweisen Anpassungen des Systems vollzogen. Die Politik muss dabei nicht nur die schon vor Einleitung des Reformprozesses existierenden Probleme bewältigen, die zum großen Teil weiter ungelöst sind. Darüber hinaus sind durch den abgebrochenen Reformprozess neue Probleme entstanden.

3 Wirtschaftstheoretische Fundierung beabsichtigter allokativer und distributiver Effekte

Nach der eher politisch-ökonomischen Perspektive des vorherigen Abschnitts wird in diesem Teil der Arbeit der Fokus auf eine ökonomische Sichtweise verengt. Vor allem wird untersucht, auf welche ökonomischen Konstrukte sich die wettbewerbsorientierten Reformen in den Niederlanden bezogen haben. Dazu untersuchen wir zunächst ausführlich die ökonomische Wettbewerbstheorie, um Ziele und Funktionen des Steuerungsmechanismus Wettbewerb zu erforschen. Danach wird das Idealmodell Managed Competition charakterisiert und dieses Idealmodell mit dem in den Niederlanden tatsächlich implementierten Realmodell regulierten Wettbewerbs verglichen.

3.1 Ökonomische Wettbewerbstheorie

“Only through the principle of competition has political economy any pretension to the character of science. So far as rents, profits, wages and prices, are determined by competition, laws may be assigned for them. Assume competition to be their exclusive regulator, and principles of broad generality and scientific precision may be laid down, according to which they will be regulated (Mill 1965: 242).”

“There is probably no concept in all of economics that is at once more fundamental and pervasive, yet less satisfactorily developed, than the concept of competition ... a principle so basic to economic reasoning that not even such powerful yet diverse critics of orthodox theory as Marx and Keynes could avoid relying upon it - without ever clearly specifying what, exactly, competition is (McNulty 1968: 639).”

„Competition is a rivalry between individuals (or groups or nations), and it arises whenever two parties strive for something that all cannot obtain (Stigler 1987: 531).”

Während das erste einleitende Zitat des klassischen Ökonomen John Stuart Mill die zentrale Bedeutung des Begriffes Wettbewerb hervorhebt, referiert der Gegenwartsökonom George Stigler den kleinsten gemeinsamen Nenner über die Definition dieser zentralen Kategorie in der ökonomischen Theorie. Trotz oder gerade wegen McNultys pessimistischem Fazit der bisherigen Auseinandersetzung mit dem Phänomen Wettbewerb wird in diesem Abschnitt die Bedeutung des Wettbewerbs innerhalb der Geschichte ökonomischer Theorie zusammenfassend dargestellt werden.²⁵ Bei der Vorgehensweise stellt sich das Problem, dass es bis Mitte des 20. Jahrhunderts eine eigenständige Wettbewerbstheorie gar nicht gegeben hat. Bis dahin war die Wettbewerbstheorie in die Preistheorie integriert. Das wesentliche Charakteristikum der Wettbewerbstheorie besteht damit in ihrer mangelnden Einheitlichkeit. Trotzdem ist es notwendig, die theoretische Fundierung des Wettbewerbs herauszuheben, um diese von der Alltagsbedeutung des Wettbewerbs abzuheben (Gustafsson 1995; Shiononya 1995):

²⁵ Wegen der Vielfalt der relevanten Literatur erhebt der Autor keinen Anspruch auf Vollständigkeit, wohl aber darauf, die wesentlichen Entwicklungslinien repräsentativ herauszuarbeiten. Die skizzierte Entwicklung darf darüber hinaus nicht so verstanden werden, als ob die einzelnen Entwicklungsstufen strikt aufeinander folgten, vielfach haben sie sich überschritten (Herdzina 1975; Schmidt 1993).

“From early childhood, we become deeply convinced of the wisdom of free competition as the best incentive for diligence - in the classroom, on the athletic field, everywhere - that in later life it becomes naturally accepted as the obvious path to sound social policy (Roemer/Roemer 1982: 112)”

Im Mittelpunkt der Analyse steht die Frage, ob und auf welche Weise in die verschiedenen Wettbewerbstheorien Ziele und Funktionen integriert sind, auf die sich der in dieser Arbeit untersuchte regulierte Wettbewerb in sozialen Krankenversicherungssystemen als wettbewerbstheoretisches Leitbild berufen kann. Neben den gängigen Wettbewerbsfunktionen wie technischer, produktiver und allokativer Effizienz müssten demnach Gleichheitsziele oder sozialpolitische Umverteilungselemente in den Zielsystemen auftauchen. Fünf zentrale Wettbewerbstheorien werden mit dieser Zielsetzung skizziert, beginnend mit der dynamischen Theorie der Klassiker, die im wesentlichen durch Adam Smith systematisiert wurde. Es folgt die weithin als statisch angesehene Theorie der mathematischen oder neoklassischen Schule. Die Kritik an diesem Konzept wiederum war Ursache für die Entwicklung einer eigenständigen dynamischen Theorie mit sich unterscheidenden Konzepten wie denen des funktionsfähigen Wettbewerbs (*Workable Competition*) und der Marktprozess Theorie. Anschließend wird die ökonomische Perspektive durch die Diskussion der Konzepte Abwanderung (*Exit*) und Widerspruch (*Voice*) erweitert. Abschließend werden die zentralen Wettbewerbsfunktionen der verschiedenen Theorie im Hinblick auf die angesprochene Fragestellung zusammengefasst.

3.1.1 Das dynamische Wettbewerbskonzept der Klassiker

Die erste umfassende Integration des Wettbewerbs in die ökonomische Theorie erfolgte durch Adam Smith.²⁶ McNulty weist allerdings mit Recht darauf hin, dass es nicht Smiths Verdienst gewesen ist, die Bedeutung von Wettbewerb von der Ebene allgemeinen Diskurses auf die Ebene ökonomischer Analyse transferiert zu haben. Vielmehr erfolgte durch Smith die Systematisierung bisheriger Forschung und vor allem die Erhebung des Prinzips wirtschaftlichen Wettbewerbs zum allgemeinen Organisationsprinzip der Gesellschaft. Wettbewerb wurde zur *conditio sine qua non* ökonomischer Theorie und verlieh letzterer argumentative Kraft. Smiths Arbeiten markierten damit das Ende einer Ära und den Beginn eines neuen Zeitalters (McNulty 1967). Darüber hinaus wurde das Wettbewerbssystem zum Angriff auf die feudal-merkantilistischen Fesseln der Wirtschaftsfreiheit benutzt (Schmidt 1993).

Smith erklärte noch ohne die formelhafte mathematische Methode seiner Nachfolger, warum ein reduziertes Angebot zu einem höheren Preis führt: “competition will immediately begin among buyers who will build up the price (Smith 1976/1776: 73).” Steigt das Angebot dagegen, sinkt der Preis unter der Voraussetzung einer ausreichenden Anzahl von Wettbewerbern. Die Bestimmung des Preises durch den Wettbewerb ersetzte damit die politische Festsetzung des Preises. Je größer die Anzahl der Wettbewerber, um so stärker entfaltet sich die Kraft des Wettbewerbs, was Smith am Beispiel von Gemüsehändlern verdeutlicht:

²⁶ Zu früheren Wettbewerbskonzepten seit der Antike vgl. Herder-Dorneich 1988.

“If this capital ... is divided between two different grocers, their competition will tend to make both of them sell cheaper, than if it were in the hands of one only; and if it were divided among twenty, their competition would be just so much greater, and the chance of their combining together, in order to raise the price, just so much the less (Smith 1976/1776: 361).”

Dieses Beispiel von Smith ist sicherlich einleuchtend, ist aber von relativ geringer Aussagekraft, da nur die Voraussetzung von Wettbewerb innerhalb eines Marktes erläutert wird. Wichtiger war Smith der Wettbewerb um Ressourcen zwischen verschiedenen Märkten. Nach Smith beschäftigt jeder Eigentümer produktiver Ressourcen diese Ressourcen in dem Markt mit dem höchsten potentiellen Profit. Bei Vorliegen von Wettbewerb werden alle Ressourcen so verteilt, dass sie den gleichen Profit abwerfen. Ein Gleichgewichtszustand ist erreicht, da bei unterschiedlichen hohen Profiten die Ressourcen aus Märkten mit niedrigerem Profit in Märkte mit höherem Profit transferiert werden.

Um Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Märkten herzustellen, bedarf es allerdings weitergehender Voraussetzungen als bei Wettbewerb innerhalb eines Marktes. Erstens müssen die Wettbewerber über Informationen über die Investitionsmöglichkeiten in den verschiedenen Märkten oder Industrien verfügen. Nach Smith können sich Informationsvorsprünge nur über kurze Zeit halten:

“This equality (of remuneration) can take place only in those employments which are well known, and have been long established in the neighbourhood ... Secrets ..., it must be acknowledged, can seldom be long kept; and the extraordinary profit can last little longer than they are kept (Smith 1976/1776: 60)”

Zweitens müssen die Investoren ihre Ressourcen frei zwischen den verschiedenen Märkten bewegen dürfen. Letztere Bedingung wurde von Smith insofern eingeschränkt, als dass es oftmals längere Zeit dauert, die Ressourcen von einem Markt in den anderen zu verlagern. Auf lange Sicht (*in the long run*) kommt es aber zu einer einheitlichen Profitrate. Dieses Gleichgewicht nannte Smith “natural state“ (Stigler 1957).

Zusammenfassend sind nach damit Smith folgende Voraussetzungen für Wettbewerb notwendig: Erstens eine ausreichende Anzahl von Wettbewerbern, zweitens dürfen diese Wettbewerber keine Preisabsprachen untereinander treffen, drittens müssen die Wettbewerber ausreichende Informationen über Investitions- und Profitmöglichkeiten in anderen Märkten haben, und viertens müssen sie ihre Ressourcen frei in andere Märkte transferieren können. Sind diese Voraussetzungen gegeben, führt der Wettbewerbsmechanismus zu einem Gleichgewichtszustand mit einer einheitlichen Profitrate. Zu diesem optimalen Resultat kommt es allerdings nur im Idealfall, da die Marktpreise um diese natürlichen Preise gravitieren:

“Was die Essenz des Problems angeht, betrachtete Smith den Wettbewerb als ein dynamisches Phänomen. Für ihn war Konkurrenz ein lebendiger Vorgang, der wie ein Wettlauf abließ. Der Wettbewerb wird als ein Prozess in Richtung auf ein vorhergesagtes Ergebnis aufgefasst und nicht als ein statischer Endzustand (Mantzavinos 1994: 18).”

Wettbewerb sichert demzufolge analog zur Gravitationskraft Ordnung und Stabilität. Wettbewerb wird als ein Prozess beschrieben, aus vorstoßender Aktion und imitierender oder überholender

Reaktion besteht (Neumann 1982). Interessanterweise wird dennoch Wettbewerb nicht mit einer bestimmten Marktform identifiziert:

“It was not competition and monopoly per se, or as market models, which Adam Smith contrasted, but rather the level of prices resulting from the presence or absence of competition as a regulatory force (McNulty 1968: 643).”

Kritisiert wird die klassische Wettbewerbskonzeption vor allem unter drei Gesichtspunkten. Erstens wird bemängelt, dass die Smith keine Verbindung von Wettbewerb und der Verringerung von Produktionspreisen nachgewiesen hat. Während innerhalb der Unternehmen das Eigeninteresse der Unternehmer für eine effiziente Allokation der Produktionsfaktoren sorgt, wird außerhalb der Unternehmen entweder die unsichtbare Hand des Wettbewerbs oder die sichtbare Hand des Staates für effiziente Allokation benötigt. Sind aber alle Unternehmen gleichermaßen ineffizient, folgt nicht automatisch, dass der Wettbewerb Ineffizienzen beseitigt.²⁷

“There is no explanation ...for the minimization of costs; the latter is merely assumed. If all firms are equally inefficient in internal administration, a perfectly competitive equilibrium could involve a welfare loss not less significant than any which might result from market imperfections (McNulty 1968: 651).”

Eine weitere fundamentale Schwäche des klassischen Wettbewerbskonzepts besteht darin, dass die Verbindung von Wettbewerb und Wachstum nicht hergestellt wurde. Die klassischen Autoren waren nicht daran interessiert, die Ursachen für Wachstum aufzudecken, sondern vielmehr daran, wie die Allokation von Ressourcen zwischen verschiedenen Industrien mit möglichst hoher Effizienz durchgeführt wird. So war die Theorie in der Essenz zwar dynamisch, lieferte aber keine Handlungstheorie für Wettbewerbspolitik:

“Die Unschuld klassischen Denkens bestand darin, das Monopol als unnatürliche Abweichung vom Normalzustand zu interpretieren; ökonomische Dynamik war weder, wie später bei Marx, die Ursache - noch, wie später bei Schumpeter, die Folge von Monopolisierungen (Riese 1975: 83).”

Darüber hinaus haben die Klassiker in ihrem Wettbewerbskonzept eine Schwäche, die sich bis in die heutige Wettbewerbstheorie fortsetzt. Es handelt sich um die Tendenz von Ökonomen,

“...to minimize, ignore, or deny, its externally interdependent nature, that is, the extent to which the competition of one economic unit tends to affect the economic position of others (McNulty 1968: 654).”

Wettbewerb in der ökonomischen Theorie bedeutet grundsätzlich unabhängige individuelle Handlung.²⁸ Das bedeutet allerdings, dass den Wettbewerbern eine zu passive Rolle zugeschrieben wird. Falls möglich ziehen es Wettbewerber vor, aktiven Einfluss auf die Wettbewerbsbedingungen zu nehmen, statt nur zwischen den besten vorhandenen Bedingungen zu wählen. In diesem Fall wird Wettbewerb zu Diskriminierung.

Das klassische Wettbewerbskonzept wurde bis Mitte des 19. Jahrhunderts leicht modifiziert, aber nicht wesentlich herausgefordert. Die Kritiker der klassischen ökonomischen Ökonomie wiesen

²⁷ Diese Ineffizienzen werden auch als X-inefficiencies bezeichnet (Leibenstein 1966).

²⁸ Zu einer umfassenden Kritik vgl. van Staveren 1999.

zwar auf die negativen Konsequenzen des Wettbewerbs hin, aber selbst die Marxsche Theorie beruhte auf der Anerkennung des Wettbewerbsmechanismus. Mit der Kritik an den ihrer Ansicht nach verwerflichen Konsequenzen des Wettbewerbs auf die Verteilung des Einkommens wiesen diese Kritiker der klassischen Theorie allerdings auf ein weiteres wesentliches Defizit des klassischen Wettbewerbskonzepts hin. Weder Smith noch einer seiner Nachfolger konnten eine Theorie der Auswirkungen des Wettbewerbs auf die Einkommensverteilung erarbeiten (Stigler 1957).

3.1.2 Das statische Wettbewerbskonzept der Neoklassiker

Die erste wesentliche Überarbeitung des klassischen Wettbewerbskonzeptes erfolgte durch die Vertreter der mathematischen Schule.²⁹ Nach Cournot weicht ein Markt von unbegrenztem Wettbewerb (*unlimited competition*) in dem Ausmaß ab, in dem der Preis die Grenzkosten der Firma übersteigt. Diese Differenz nähert sich gegen null wenn die Anzahl der Wettbewerber sich gegen unendlich bewegt (Cournot 1929 (1838)). Was die Anzahl der Wettbewerber angeht, so ist diese Definition deutlich eleganter und präziser als die von Smith. Cournot zollte allerdings den Eintrittsbedingungen von Wettbewerbern keinerlei Beachtung.

Erst Jevons präziserte die Bedeutung von Wissen und Information für ökonomischen Wettbewerb. Sein Wettbewerbskonzept war Teil seines Konzepts vom Markt, und ein perfekter Markt ist durch vollkommene Information und vollkommenen Wettbewerb gekennzeichnet:

“A market ... is theoretically perfect only when all traders have perfect knowledge of the conditions of supply and demand, and the consequent ratio of exchange ... there must be perfectly free competition, so that anyone will exchange with any one else upon the slightest advantage appearing. There must be no conspiracies for absorbing and holding supplies to produce unnatural rates of exchange (Jevons 1871: 86).”

Unglücklicherweise verknüpfte Jevons die Konzepte von Markt und Wettbewerbsmechanismus, die Smith noch getrennt hatte. Der Markt aber ist eine Institution, auf dem Transaktionen durchgeführt werden. Diese Funktion wird effizient durchgeführt, wenn jeder Käufer, der bereit ist mehr als den Minimumpreis für ein Gut in einer bestimmten Kategorie zu zahlen, dieses Gut erwerben kann. Gleichzeitig muss jeder Verkäufer, der bereit ist für weniger als den Maximumpreis für ein Gut in einer bestimmten Kategorie zu verkaufen, dieses Gut verkaufen können. Die Ausübung dieser Funktion wird erleichtert, wenn die Güter genau bezeichnet und die Akteure genau informiert sind. Ein Markt kann perfekt und monopolistisch oder nicht perfekt und wettbewerbsfähig (*competitive*) sein. Jevons' Mischung der beiden Konzepte wirkt sich bis in die Gegenwart aus, in der die Kategorien Markt und Wettbewerb entweder gleichgesetzt oder die eine der anderen untergeordnet werden (Stigler 1957). Markt und Wettbewerb jedoch sind keine Synonyme. Markt ist eine Ebene, auf der sich Wettbewerb vollziehen kann, Wettbewerb dagegen ist ein Handlungsprinzip, das auch außerhalb von Märkten stattfindet. Die Markttheorie erforscht die Wirkungen und Determinanten des Marktgeschehens und ist damit eine positive Theorie. Die Wettbewerbstheo-

²⁹ Auf eine formal-mathematische Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet.

rie dagegen ist ein aus der Markttheorie entwickeltes Hypothesensystem mit normativem Gehalt (Herdzina 1988), was nicht ohne Folgen bleibt:

“Setzt man den Wettbewerbsprozess mit dem Marktprozess gleich, dann sind die Erklärungsmöglichkeiten verschwunden. Denn dann bedeutet es, dass a priori in jedem Markt Wettbewerb herrscht ..., jeder Markt wettbewerblich ist. Somit wird aber die Sicht versperrt, und man verfügt nicht über adäquate Begriffe, den Wettbewerb zu erkennen und ihn von der Kooperation zu unterscheiden (Mantzavinos 1994: 95).“

Als letzter neoklassisch-mathematischer Ökonom beschäftigte sich Marshall intensiv mit der Theorie des Wettbewerbs. Sein Beitrag lag weniger in der Diskussion vollkommenen Wettbewerbs. Hier war er sowohl inhaltlich als auch in der wenig formalen Auseinandersetzung mit dem Thema Smith näher als seinen Zeitgenossen (Marshall 1890). Vielmehr gab Marshall die bis dahin kraftvollste Analyse des Verhältnisses von Wettbewerb und optimaler ökonomischer Organisation. Danach müssen die Ergebnisse des Wettbewerbs nicht nur dadurch relativiert werden, dass die Verteilung von Ressourcen als gegeben angesehen werden muss. Außerdem wies Marshall auf positive wie negative externe Effekte hin. Die Existenz solcher Effekte hat zur Folge, dass die Entscheidung eines Individuums nur durch einen Teil der Konsequenzen bestimmt sein kann (Stigler 1957).

Das theoretisch stringenteste Konzept vollkommenen Wettbewerbs wurde von Frank Knight im Jahr 1921 präsentiert. Knight wollte das Wesen einer Ökonomie mit vollkommener Information erforschen, um den Einfluss von Unsicherheit analysieren zu können. Knight konzedierte zwar, dass es sich bei den folgenden Bedingungen um Idealisierungen von Tendenzen handelt. Er unterstrich aber gleichzeitig, dass diese Idealisierungen der Realität mehr oder weniger standhielten (Knight 1921: 76-79):

- Vollkommene Rationalität: Individuen wissen, was sie wollen und verfolgen ihr Ziel auf intelligente Weise. Sie wissen um die Konsequenzen ihres Handelns und agieren im Lichte diese Konsequenzen.
- Vollkommene Mobilität: Es wird die Abwesenheit sämtlicher Hindernisse physischer Hindernisse für den Austausch von Gütern angenommen.
- Vollkommene, dauerhafte und kostenlose Kommunikation: Jeder potentielle Käufer weiß um die Angebote sämtlicher Verkäufer und vice versa.
- Vollkommene Individualität: Jedes Mitglied der Gesellschaft handelt völlig unabhängig, in völliger Unabhängigkeit von allen anderen.
- Vollkommene Konstanz: Alle genannten Bedingungen bleiben vollkommen unverändert und sind frei von Schwankungen.

Das neoklassische Wettbewerbskonzept unterscheidet sich damit fundamental von den klassischen Aussagen. Während die Klassiker ein dynamisches Verständnis vom Wettbewerb hatten,

konzentrierten sich die Neoklassiker auf die Definition der für ein statisches Gleichgewicht notwendigen Bedingungen:

“...the classical concept of competition as a guiding force...is not only different from that of the neoclassical concept of competition as a state of affairs; the two are incompatible in a fundamental sense, reflecting precisely the difference between a condition of equilibrium and the behavioral pattern leading to it (McNulty 1968: 649).”

Dieser grundsätzliche konzeptionelle Wandel wird durch die veränderte Bedeutung des Preises deutlich. Während Smiths Gemüsehändler im Preiswettbewerb zueinander stehen, entsteht im Zustand vollkommenen Wettbewerbs die paradoxe Situation, dass kein Preiswettbewerb mehr möglich ist:

“The perfection of competition thus drained the concept of all behavioral content, so that, using perfect competition as a standard, even price competition, the essence of the competitive process for Adam Smith, is imperfect or monopolistic (McNulty 1968: 649).”

Vollkommener Wettbewerb ist damit der Punkt, “where the effects of competition have reached their limit (Cournot 1929 (1838): 90).” Während McNulty die Wirkung des Wettbewerbs bei den Klassikern mit der Gravitationskraft verglich, bezeichnete er den vollkommenen Wettbewerb als Vakuum: “it is not an ‘ordering force’ but rather an assumed ‘state of affairs’ (McNulty 1968: 643).”. Die wesentlichen Unterschiede der klassischen und neoklassischen Wettbewerbskonzeption werden in Tabelle 3.1 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 3.1: Vergleich zwischen klassischer und neoklassischer Wettbewerbstheorie

	Klassische Theorie des freien Wettbewerbs	Neoklassisches Gleichgewichtsmodell des vollkommenen Wettbewerbs
Charakterisierung des Wettbewerbs	Prozess, Verhalten	Situation mit einer Reihe von Voraussetzungen
Bedeutung des Preises	Variable	Parameter
Markt und Wettbewerb	Trennung	Gleichsetzung
Parallele zum Wettbewerb in der Physik	Gravitationskraft	Vakuum
Handlungsorientierung für Wettbewerbspolitik	keine Handlungsorientierung	Handlungsorientierung

Quelle: eigene Zusammenstellung

Die neoklassische Theorie des vollkommenen Wettbewerbs wird vor allem unter zwei Gesichtspunkten kritisiert. Im Zentrum der Kritik stand die statische Orientierung. Das neoklassische Fundament gestattet danach nur Eingriffe gegen Wettbewerbsbeschränkungen, die die ökonomische Effizienz unter stationären Bedingungen verletzen:

“Ungeachtet dessen haben Neoliberale durchweg das dynamische Element des Wettbewerbs betont, ohne allerdings schlüssig begründen zu können, warum nur Wettbewerb und nicht monopolistisches Verhalten ökonomischen Fortschritt garantiert. Das machte die Wettbewerbstheorie zu eine bloßen Apologie des Wettbewerbs... Wettbewerbsnormen lassen sich weder aus der klassischen Hermeneutik ableiten, noch kann die neoklassische Hermeneutik vollständig an deren Stelle

treten; jene ist zwar dynamisch, aber nicht handlungsorientiert, diese zwar handlungsorientiert, aber nicht dynamisch (Riese 1975: 84).“

Weiter werden an der neoklassischen Konzeption des vollkommenen Wettbewerbs die Voraussetzungen oder Prämissen kritisiert. Durch die Vielzahl der wenig realistischen Prämissen entsteht ein unlösbares Problem (Gustafsson 1995).³⁰ In einer Situation unvollkommenen Wettbewerbs müssten mit einem Schlag alle Voraussetzungen zur Schaffung vollkommenen Wettbewerbs hergestellt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Wettbewerb wieder unvollkommener wird:

“...mainstream economics has little to offer in terms of practical advice - with regard to how one should move in the desired direction (i.e. a perfectly competitive market) and what might happen on the way (Gustafsson 1995: 6).“

Zudem sind analog zur klassischen Theorie Aussagen über die entstehende Einkommensverteilung weiterhin nicht möglich:

“The normative role of the competitive concept arises from the fact that the equality of rate of return on each resource in all uses which defines competition is also the condition from maximum output from given resources...a competitive system would ... lead eventually to a stable income distribution whose characteristics are unknown (Stigler 1957: 16).“

3.1.3 Kritik des statischen Wettbewerbskonzepts

Aus der Unzufriedenheit mit dem Konzept des vollkommenen Wettbewerbs entstand schließlich seit Mitte des 20. Jahrhunderts die Wettbewerbstheorie als eigenständige Disziplin in der ökonomischen Theorie. Zunächst entwickelten sich aus der preistheoretischen Revolution erst im angelsächsischen Sprachbereich und später in Deutschland eine Reihe von Konzepten des funktionsfähigen Wettbewerbs. Diese Kritik ging den Protagonisten der Marktprozess Theorie nicht weit genug. Beide Entwicklungslinien werden in diesem Abschnitt nachgezeichnet.

3.1.3.1 Preistheoretische Revolution und funktionsfähiger Wettbewerb

Die Validität des statischen Wettbewerbskonzepts der Neoklassiker als Analyseinstrument wurde zwar anerkannt, dennoch wuchs in den zwanziger und dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts die Kritik am Konzept des vollkommenen Wettbewerbs. Die sogenannte preistheoretische Revolution nahm mit einer Arbeit Sraffas ihren Anfang, in der er die Monopolanalyse als wichtiges Instrument für die Charakterisierung des Marktphänomens einführte und die Nichtkompatibilität von vollkommenem Wettbewerb und steigenden Skalenerträgen aufzeigte. Zudem wies Sraffa auf die Aufspaltung des Gesamtmarktes in Teilmärkte hin, die aus der Existenz von Kundenpräferenzen resultiert. Auf solchen Teilmärkten tätige Unternehmen können Monopolisten sein, ohne dass das Modell des vollkommenen Wettbewerbs dieses Phänomen erklären kann. Sraffa zog deshalb den

³⁰ Gustafsson bezeichnet das Konzept des vollkommenen Wettbewerbs als Catch 22-Situation (lt. Oxford Dictionary ein Dilemma “with no escape due to mutually dependent or conflicting conditions”).

Schluss, dass es notwendig sei, den Weg vollkommenen Wettbewerbs zu verlassen und auf den entgegengesetzte Weg der Monopolanalyse zu begeben (Sraffa 1968). Robinson und Chamberlin bauten auf Sraffas Thesen auf und stellten unabhängig voneinander die Konzepte des unvollkommenen Wettbewerbs und des monopolistischen Wettbewerbs vor. Robinson betrachtete unvollkommenen Wettbewerb wegen einer Fülle von Marktunvollkommenheiten als Regelfall:

“Aufgrund der drei genannten Tendenzen - der Tendenz des Wettbewerbs, die Märkte durch Produktdifferenzierung unvollkommen zu machen, der Tendenz zu oligopolistischen Marktstrukturen, sofern Größenvorteile existieren, und der Tendenz, dass Überschusskapazitäten zu geheimen Marktabsprachen verleiten - verbleiben nur geringe Spielräume, in denen sich der Wettbewerb normalerweise durchsetzt. Alle drei Tendenzen sind tief in der Struktur des Wettbewerbsystems verwurzelt. Es erscheint daher sehr fraglich, ob es gerechtfertigt ist, den Wettbewerb als einen normalen Gleichgewichtszustand ökonomischer Tatbestände zu behandeln (Robinson 1975: 116).”

Chamberlin bezog ebenfalls das Monopol in seine Analyse des Wettbewerbs ein. Trotz monopolistischer Tendenzen kann danach noch Wettbewerb bestehen (Chamberlin 1975). Trotz dieser Integration von Monopolelementen in die Analyse der genannten Autoren, blieb doch die vollständige Konkurrenz Leitbild der Theorie. Die Beseitigung von Marktunvollkommenheiten auf dem Weg zum Idealzustand blieb Ziel der Wettbewerbspolitik (Schmidt 1993).

Auf die preistheoretische Revolution folgte die Entwicklung des Konzeptes der *Workable Competition* oder des funktionsfähigen Wettbewerbs. Zwar gibt es ebenso wenig wie eine einheitliche Wettbewerbstheorie eine einheitliche Theorie des funktionsfähigen Wettbewerbs, doch lassen sich einige grundlegende Aussagen treffen. Clark entwickelte 1940 das Konzept der *Workable Competition* zunächst als Theorie des Zweitbesten:

“If there is introduced into a general equilibrium system a constraint which prevents the attainment of one of the Paretian conditions, the other Paretian conditions, although still attainable, are, in general, no longer desirable (Lipsey/Lancaster 1956: 11).”

Clarks ursprüngliches Konzept war damit weiterhin ein vorläufiger Ersatz für den vollständigen Wettbewerb mit dem Ziel, Anzahl und Ausmaß der Marktunvollkommenheiten zu minimieren. Er gelangte zu der Einsicht, dass es vollkommenen Wettbewerb nicht gibt und nicht geben kann, wahrscheinlich auch niemals gegeben hat, sah aber dieses Konzept weiterhin als ideales Richtmaß, das als Ausgangspunkt der Analyse dienen kann und als Norm, um damit tatsächliche Wettbewerbsbedingungen zu vergleichen. Zur Annäherung an den Idealzustand propagierte Clark die *Gengiftthese*:

“Wenn es für den vollkommenen Wettbewerb fünf wesentliche Bedingungen gibt und in einem bestimmten Falle die erste fehlt, so folgt daraus nicht, dass wir durch das Vorhandensein einer der übrigen vier Bedingungen unbedingt besser dran seien. Beim Fehlen der ersten Bedingung ist es a priori durchaus möglich, dass die zweite und dritte Bedingung tatsächliche Nachteile werden können, und ein wirklich zufriedenstellendes Resultat kann davon abhängen, dass bei den anderen beiden ein gewisses Maß an Unvollkommenheit erreicht wird (Clark 1975: 144).”

In der späteren Phase seiner Wettbewerbstheorie wendete sich Clark allerdings von der neoklassischen Wettbewerbstheorie ab und modifizierte seinen eigenen Ansatz. Aus dem Widerspruch von vollkommenem Wettbewerb und technischem Fortschritt schloss er, dass Monopole nicht

generell abzulehnen sind. Unvollkommener Wettbewerb war nicht länger nur eine zweitbeste Lösung:

“I have become increasingly impressed that the kind of competition we have, with all its defects - and these are serious - is better than the ‘pure and perfect’ form, because it makes for progress. Some departures from ‘pure and perfect’ competition are not only inseparable from progress, but necessary to it. The theory of effective competition is dynamic theory (Clark 1961: IX).”

Unvollkommener Wettbewerb als Koordinationsmechanismus wurde damit zum Instrument von Wirtschaftspolitik zur Erreichung übergeordneter Ziele. Unter der Fragestellung “what do we want competition to do for us?” erläuterte Clark diese Ziele. Zunächst soll eine Einkommensverteilung im angemessenen Verhältnis zur erbrachten Marktleistung erbracht werden. Hinzu traten die innere Stabilität der Wettbewerbsordnung, die flexible produktivitätsorientierte Steuerung des Faktoreinsatzes im evolutionären Prozess, die Förderung des technischen Fortschritts bei Produktionsverfahren und die Sicherung einer weiten Produktdifferenzierung auf Grundlage der Konsumentenpräferenzen. Außerdem waren die Schaffung und der Abbau temporärer Differentialgewinne als Anreiz für technischen Fortschritt, das Ausscheiden ineffizienter Unternehmen, die Stabilisierung von Vollbeschäftigung, die Sicherung wirtschaftlicher Freiheit und der Schutz der Konsumenten Bestandteile dieses umfangreichen Zielkatalogs (Clark 1961: 63-89).

Während eine auf neoklassischer Grundlage agierende Wettbewerbspolitik nur Marktstruktur- und Marktverhaltensnormen (zusammengefasst Marktprozessnormen) bedarf, braucht eine dynamische Theorie damit Marktergebnisnormen, um zwischen erwünschten und nicht erwünschten Wettbewerbshemmnissen unterscheiden zu können (Riese 1975). Damit unterscheidet sich dieser Ansatz der *Workable Competition* von der neoklassischen Wettbewerbstheorie durch seinen dynamischen Charakter und die Betonung der Innovationsfunktion des Wettbewerbs. Wettbewerb ist nach Clark durch eine Folge nie abgeschlossener Vorstoß- und Verfolgungsphasen (*moves and responses*) charakterisiert. Pioniergewinne aufgrund zeitweiliger Vorzugsstellungen sollen nicht sofort wieder aufgezehrt werden, sondern langsam wieder verschwinden.

Durch die Integration der Marktformen der monopolistischen und der oligopolistischen Konkurrenz in das wettbewerbspolitische Leitbild wurden Monopolelemente für den wirtschaftlichen Fortschritt als unverzichtbar angesehen. Im Unterschied zu Konzepten des vollkommenen Wettbewerbs waren damit Unvollkommenheiten des Marktes erwünscht. Zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs waren allerdings normative Regeln notwendig, die Aussagen über die anzuwendende Gesellschafts- und Wettbewerbspolitik ermöglichen (Alsmöller 1982).

Der Wettbewerb wurde damit danach beurteilt, inwieweit er in der Lage ist, die angestrebten Ziele zu erreichen, die als gewünschte Normen aus übergeordneten Wertvorstellungen abgeleitet und von diesen abhängig sind. Die Funktionsfähigkeit eines Marktes wurde allerdings häufig nicht allein durch die Erfüllung der Ziele, sondern durch die Erfüllung bestimmter Größennormen definiert. Dazu gehören Marktergebnis-, Marktverhaltens- und Marktstrukturnormen:

“Der Ausdruck ‘Struktur’ wird ... in bezug auf Eigenschaften benutzt ..., die die Formen, den Zustand und die Zusammensetzung eines Marktes ausmachen. Der Ausdruck ‘Verhalten’ meint Eigenschaften, die sich aus den Tätigkeiten, Geschäftspraktiken oder Taktiken der Unternehmungen er-

geben. Der Ausdruck 'Marktergebnis' bezieht sich auf diejenigen Größen, die die Verwirklichung von normativ bedeutsamen 'wirtschaftlichen' Resultaten darstellen (Sosnick 1970: 154)."

Dieses Marktstruktur-, -verhalten, -ergebnis -Paradigma leitet bestimmte Verhaltensweisen von bestimmten Marktstrukturen ab. Es werden damit kausale Beziehungen unterstellt, die die Erforschung von Märkten und Marktvorgängen erheblich erleichtern sollen. In einer ganzen Reihe von Arbeiten im angelsächsischen Raum wurde versucht, die generelle Norm *Workable Competition* durch Einzelnormen zu operationalisieren (Poeche 1970; Alsmöller 1982). Während über die Heranziehung der Merkmalsgruppen Struktur, Verhalten und Ergebnis zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit überwiegend Übereinstimmung bestand, gab es erheblich differierende Wertvorstellungen darüber, welcher Merkmalsgruppe Priorität einzuräumen ist, in welchem Verhältnis und in welcher Rangfolge sie zueinander stehen, wie die Einzelkriterien zu bewerten sind und welche von ihnen primär oder sekundär bewertet werden sollen. Als zusätzliche Schwierigkeit lassen sich die Merkmalsgruppen nicht streng voneinander trennen, und einige Kriterien können sowohl der einen wie der anderen Kategorie zugeordnet werden. Hoppmann betrachtete als das zentrale Problem dieses Theorieansatzes, die erwünschten Formen und Ausprägungen des unvollkommenen Wettbewerbs von den als unerwünscht angesehenen zu unterscheiden (Hoppmann 1988). Die Operationalisierung eines funktionsfähigen Wettbewerbs kann damit als gescheitert angesehen werden (Mantzavinos 1994). Gerade dieser Mangel wird zu einem entscheidenden Problem, das Riese als "Fiasko der herrschenden Wettbewerbstheorie" bezeichnete:

"In der Absicht, die dynamischen Wirkungen von Wettbewerbsbeschränkungen zu akzeptieren, die restriktiven jedoch abzulehnen, muss sie de facto die restriktiven akzeptieren, um die dynamischen nicht zu gefährden (Riese 1975: 87)."

Den Bruch mit dem neoklassischen Ideal der vollkommenen Konkurrenz im deutschsprachigen Raum vollzog Kantzenbach mit seinem Konzept des funktionsfähigen Wettbewerbs. Er definierte die optimale Wettbewerbsintensität im Bereich weiter Oligopole mit unvollkommener Produkt-homogenität und Markttransparenz (Kantzenbach 1967). Unter diesen Voraussetzungen werden danach die Vorsprungsgewinne, die der technische Fortschritt den Unternehmen einbringt, von der Konkurrenz in der optimalen Geschwindigkeit aufgezehrt. Die optimale Wettbewerbsintensität wurde demzufolge von Marktstrukturbedingungen abgeleitet, die sich von denen des vollkommenen Wettbewerbs grundlegend unterscheiden. In diesem Zustand des Optimums sollen die Wettbewerbsfunktionen am besten erfüllt werden. Bei diesen Funktionen unterschied sich Kantzenbach allerdings von Clark, da er erstens postulierte, dass die Funktionen gleichrangig und voneinander unabhängig sein müssen und zweitens indem er die außerökonomischen Funktionen ausschloss. Übrig blieben danach drei statische Funktionen (marktleistungsbedingte Einkommensverteilung, Konsumentensouveränität und optimale Faktorallokation) und zwei dynamische Funktionen (datenänderungsbedingte Anpassungsflexibilität, technischer Fortschritt). Kantzenbachs Ansatz blieb allerdings spekulativ, da er nicht nachweisen konnte, dass allein das Oligopol ökonomische Dynamik garantiert. Die Beziehungen zwischen Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnissen blieben unklar (Riese 1975). Durch die fehlende Quantifizier- und Operationalisierbarkeit der einzelnen Normen wurde die Grenzziehung zwischen funktionsfähigem und nicht funktionsfähigem Wettbewerb fließend. Es zeigte sich somit, dass die Konzepte des funkti-

onsfähigen Wettbewerbs nicht zu objektiven Verfahren führen, die einen Markt eindeutig und reproduzierbar als funktionsfähig oder nicht funktionsfähig charakterisieren (Alsmöller 1982).

Zusammenfassend lassen sich sämtliche Konzepte des funktionsfähigen Wettbewerbs und der Workable Competition damit unter zwei Gesichtspunkten kritisieren. Erstens führt der normative Charakter der Beurteilungskriterien zu einer Vielzahl von Merkmalsgruppen und daraus resultierenden Bewertungs- und Gewichtungproblemen. Deswegen konnte weder eine geschlossene Theorie noch eine befriedigende wettbewerbspolitische Umsetzung entwickelt werden. Zweitens ist der technische Fortschritt nicht hinreichend endogenisiert worden. Zwar liegt der Verdienst der Konzepte des funktionsfähigen Wettbewerbs in der Thematisierung des technischen Fortschritts als dynamischen Prozess (*moves and responses*), doch konnte keine vollständige Erklärung dieses Phänomens erfolgen. An diesen beiden Kritikpunkten knüpften die Protagonisten der Marktprozessstheorie an.

3.1.3.2 Marktprozessstheorie

Der gemeinsame Nenner der eine Vielfalt von Auffassungen vertretenen Autoren der Marktprozessstheorie liegt nicht nur in der Ablehnung des Gleichgewichtsmodells des vollkommenen Wettbewerbs, sondern auch in der entschiedenen Ablehnung von Marktergebnisnormen.³¹ Hayek kritisierte, dass Gleichgewichtszustände nichts über den Wettbewerbsprozess aussagen, der zu diesem Gleichgewichtszustand führt. In einem solchen Zustand haben Unternehmen keinerlei Anreize, Aktivitäten zu initiieren, die mit dem Ausdruck Wettbewerb assoziiert sind. Dazu gehören beispielsweise Preis- und Produktdifferenzierung, Marketing und die Analyse von Kostenstrukturen (von Hayek 1976a).

Schumpeter knüpfte an von Hayeks Kritik an und beharrte auf der Irrelevanz des Konzepts vollkommenen Wettbewerbs für eine Analyse des kapitalistischen Wettbewerbsprozesses. Für Schumpeter lag der Fokus ökonomischer Analyse nicht in der Frage, wie eine Ökonomie Ressourcen effizient alloziert, sondern wie sie sie kreiert und zerstört. Im Schumpeterschen analytischen Rahmen ist der Unternehmer von zentraler Bedeutung, da er eine innovative Funktion ausübt und die Basis des kapitalistischen Wettbewerbsprozesses bildet. Das Unternehmen des innovativen Unternehmers erlangt interne Effizienz- und Kostenvorteile. Durch Innovation entsteht ein vorübergehendes Monopol, das aber kein Fremdkörper, sondern integraler Bestandteil des Wettbewerbsprozesses ist (Schumpeter 1993/1946).

In der Marktprozessstheorie ist der Wettbewerb nicht nur Instrument, sondern hat einen Eigenwert. Der Wettbewerb dient keinem konkreten Ziel, sondern ist im Ergebnis offen. Die Analyse gilt dynamischen Prozessen und nicht statischen Zuständen. Die Allokationseffizienz wird nicht

³¹ Unter dem Begriff der Marktprozessstheorie werden eine Reihe von Konzepten subsumiert, die unter Begriffen wie Systemtheorie, neoklassische Wettbewerbstheorie, österreichische Tradition oder auch Neuklassik diskutiert werden. Diese Abstraktion ist zwar wettbewerbstheoretisch nicht einwandfrei, aber für unsere Zwecke ausreichend, da wesentliche Gemeinsamkeiten herausgestellt werden.

thematisiert. Der Wettbewerbsprozess beruht auf der Freiheit des Wettbewerbs und der individuellen ökonomischen Vorteilhaftigkeit:

“Wettbewerb sind jene Marktprozesse, in denen sich Wettbewerbsfreiheit, und, weil sie reziprok individuelle Vorteile hat, ökonomische Vorteilhaftigkeit manifestieren (Hoppmann 1968: 27).”

Durch die Identität von Wettbewerbsfreiheit und individueller ökonomischer Vorteilhaftigkeit wird der in der Theorie des funktionsfähigen Wettbewerbs postulierte Widerspruch zwischen vollkommenen Wettbewerb und technischem Fortschritt augenscheinlich überwunden. Voraussetzungen sind allerdings die Herstellung von Wettbewerbsfreiheit im Sinne von Entschließungs- und Handlungsfreiheit sowie ein Wettbewerbsgeist (*spirit of competition*) der Marktteilnehmer (Schmidt 1993). Wettbewerb ist danach ein Verfahren zur Entdeckung von Tatsachen, die ohne sein Bestehen entweder unbekannt blieben oder zumindest nicht genutzt werden würden und die Anpassung der Individuen an die neue Situation (von Hayek 1976a). Wettbewerb wird als eine Struktur organisierter Konflikte angesehen, deren soziale Produktivität durch die Verbindung von Versorgungs- und Rivalitätskonflikten entsteht.³²

Der Wettbewerb dient der Befriedigung individueller a priori nicht bekannter Bedürfnisse. Kein anderer Koordinationsmechanismus kann demnach die individuelle Unwissenheit besser überwinden. Konstitutiv für Inventionen, Innovationen und Imitationen ist die individuelle Freiheit. Eine Einschränkung derselben würde die Marktteilnehmer daran hindern, durch einen trial-and-error-Prozeß die für sie günstigsten Tauschergebnisse zu erlangen. Kriterium normativer Wettbewerbspolitik sind die Wettbewerbsintensität und mögliche Beeinträchtigungen der Wettbewerbsfreiheit.

Die Protagonisten der Marktprozesstheorie definierten trotz der diskutierten Gemeinsamkeiten das Ausmaß der Wettbewerbsfreiheit durchaus unterschiedlich. Hoppmann postulierte die Existenz von natürlichen und künstlichen Ausnahmereichen, in denen die Wettbewerbsfreiheit eingeschränkt wird:

“Kann in irgendeinem Wirtschaftsbereich das gewünschte Ausmaß an Wettbewerbsfreiheit nicht hergestellt werden, weil die natürlichen Wettbewerbshemmnisse zu groß sind, so handelt es sich um einen wettbewerbspolitischen Ausnahmereich, der echter Ausnahmereich genannt werden soll ... Wenn aus politischen Gründen die ökonomischen Auswirkungen des Wettbewerbs in einem Wirtschaftsbereich unerwünscht sind, so ist der Wettbewerb zwar funktionsfähig ... Es kann jedoch dieser Wirtschaftsbereich aus politischen Gründen zum Ausnahmereich erklärt werden (politischer Ausnahmereich) (Hoppmann 1988: 223).”

Hayek dagegen akzeptierte Monopole nur aufgrund eines Innovationsvorsprungs und lehnte sie ab, wenn Macht ausgeübt wird, um temporäre Vorteile in langfristige Vorteile umzuwandeln (von Hayek 1976b). Am konsequentesten war Kirzner, der langfristig alle Monopole als Ausdruck der Wettbewerbsfreiheit interpretierte (Kirzner 1978). Als unzulässige Einschränkung der Wettbewerbsfreiheit gelten Umverteilungen in dem Sinne, dass die Einkommensverteilung am Markt als

³² Unter Versorgungskonflikten wird der Konflikt um den Austausch von Leistungen und Gegenleistungen zwischen Anbietern und Nachfragern verstanden, während der Rivalitätskonflikt innerhalb der beiden Gruppen Anbieter und Nachfrager besteht (Herder-Dorneich 1994).

ungerecht qualifiziert wird (Kortendieck 1993). Es gehört demnach zu den unvermeidlichen Notwendigkeiten des Wettbewerbs, dass es Gewinner und Verlierer gibt:

“... effects of the economic system in the long run have been given priority over individual demands for justice, predictability and need for control (Gustafsson 1995: 7).”

Wettbewerb hindert allerdings Individuen nicht, sich altruistisch zu verhalten. Regeln des gerechten Verhalten sind aber gleichbedeutend mit einer unzulässigen Beschränkung der Freiheitsspielräume. Solidarität im kleinen Kreis wie Familie wird als möglich angesehen, soll aber nicht zum umfassenden Staatsziel erklärt werden. Sozialpolitik wird gar zur Ursache für ungerechte, diktatorische und totalitäre Politik erklärt (Kortendieck 1993).

Die grundsätzlichen Unterschiede zwischen statischer Wettbewerbstheorie und Marktprozess-theorie auf der einen Seite sowie zwischen den Konzepten des funktionsfähigen Wettbewerbs und der Marktprozess-theorie auf der anderen Seite werden in Tabelle 3.2 und Tabelle 3.3 nach ausgewählten Kriterien dargestellt.

Tabelle 3.2: Vergleich zwischen neoklassischer Wettbewerbstheorie und Marktprozess-theorie

	statische Wettbewerbstheorie	Marktprozess-theorie
Funktionsweise des Wettbewerbs	Gleichgewicht	Marktprozess
Bedeutung individueller Unwissenheit	Unwissenheit als Fremdkörper im System	Unwissenheit als Bestandteil des Systems
Konsequenz	Marktversagen, staatliche Korrekturen	Wettbewerb als Entdeckungsverfahren

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Kortendieck 1993

**Tabelle 3.3: Vergleich zwischen funktionsfähigem Wettbewerb und Marktprozess-
theorie**

	funktionsfähiger Wettbewerb	Marktprozess- theorie
Ziele des Wettbewerbs	statische und dynamische Ziele	individuelle ökonomische Vorteilhaftigkeit und Wettbewerbsfreiheit
Voraussetzungen für Wettbewerb	optimale Wettbewerbsintensität	Wettbewerbsfreiheit und Wettbewerbsgeist
Beziehung Markt und Wettbewerb	kausale Beziehung	Gleichsetzung
Monopoltheorie	Widerspruch zwischen Wettbewerbsfreiheit und technischem Fortschritt, daher Monopole funktionaler Bestandteil der Theorie	Identität von Wettbewerbsfreiheit und ökonomischer Vorteilhaftigkeit, daher Monopol als Ausnahmebereich
Normen (markttheoretische Fundierung)	Marktstruktur-, Marktverhaltens- und Marktergebnisnormen	Marktstruktur- und Marktverhaltensnormen, explizite Ablehnung von Marktergebnisnormen
Vorhersagekapazität (wettbewerbspolitisches Programm)	Konkrete Vorhersagen im Hinblick auf Realisierung des Zielkatalogs	Mustervorhersagen

Quelle: eigene Zusammenstellung

Die Kritik an der Marktprozess-
theorie lässt sich in wissenschaftstheoretische, wettbewerbstheoretische, wettbewerbspolitische und soziologische Argumente unterteilen (Schmidt 1993). Wissenschaftstheoretisch wird vor allem die Immunisierung gegen die Möglichkeit der Widerlegung der Harmonithese zwischen Wettbewerbsfreiheit und technischem Fortschritt durch Ausnahmebereiche kritisiert. Die Unterscheidung zwischen Wettbewerbs- und Ausnahmebereiche kann nur durch prognostizierte Wettbewerbsergebnisse erfolgen, die in der Marktprozess-
theorie selbst explizit abgelehnt werden. Wettbewerb kann danach nur in den Bereichen stattfinden, in denen er gute Ergebnisse einbringt, andernfalls liegt ein Ausnahmebereich vor. Wettbewerbstheoretisch wird bemängelt, dass die Identität der Zielkomplexe Wettbewerbsfreiheit und individueller Vorteilhaftigkeit nicht bewiesen und überspitzt ist (Beißer 1987). Insbesondere die Bedingungen für die Existenz eines Wettbewerbsgeistes sind nicht ausreichend erforscht. Dem Wettbewerbsgeist steht danach die Neigung zu Monopolen (propensity to monopolize) gegenüber. Die Charakterisierung des Wettbewerbs als Such- und Entdeckungsverfahren wird besonders von Protagonisten des funktionsfähigen Wettbewerbs hinterfragt. Kritisiert wird das totale Vertrauen auf den Marktmechanismus unter dem Eindruck einer ganzen Reihe von Beispielen für Marktversagen. Außerdem wird der Verzicht auf Marktergebnisnormen bemängelt. Riese weist auf die stark spekulativen Züge einer solchen Entwicklungstheorie hin. Schon bei dem von Schumpeter eingeführten dynamischen Unternehmer blieb danach unklar, unter welchen Bedingungen dieser Unternehmer handelt und welche Auswirkungen diese Bedingungen für seine Dynamik haben (Riese 1975). Aus soziologischer Sicht wird angemerkt, dass Privilegien und Diskriminierungsmöglichkeiten der mit Übermacht ausgestatteten Wirtschaftssubjekte sanktioniert werden können (Schmidt 1993).

3.1.4 Abwanderung und Widerspruch

In Gustafssons kritischer Betrachtung der Wettbewerbstheorie wurde auf wesentliche Defizite sowohl der neoklassischen Wettbewerbstheorie als auch der Marktprozessstheorie verwiesen. Danach stellen beide Theorien den Markt in das Zentrum ihrer Analyse, ohne jedoch zu erklären, wie der externe Mechanismus Wettbewerb in interne Effizienzvorteile umgesetzt wird. Zudem nehmen beide Ansätze keine Rücksicht auf die Unterschiede in der Produktion von Gütern und Dienstleistungen, was besonders für die Produktion von Dienstleistungen im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung ist. Gustafsson dagegen knüpft an Hirschmann These an, dass eine suboptimale Produktionseffizienz nicht nur empirisch beobachtbar, sondern auch vorteilhaft sein kann. Dies gilt auch auf Märkten mit hohem Wettbewerbsdruck (Gustafsson 1995). Hirschmann ging in seiner Analyse vom Bild des Wettbewerbs aus, der in Firmen und Organisationen die effizienteste Nutzung von Ressourcen sicherstellt:

“Society as a whole produces a comfortable and perhaps steadily increasing surplus, but every individual firm is barely getting by, so that a single false step will be its undoing. As a result, everyone is constantly made to perform at the top of his form and society as a whole is operating on its - forever expanding - ‘production frontier’, with economically useful resources fully occupied. This image of a relentlessly taut economy has held a privileged place in economic analysis, even when perfect competition was recognized as a purely theoretical construct with little reality-content (Hirschmann 1970: 9)”

Er argumentierte allerdings, dass diese straffe (*taut*) Ökonomie weder realistisch noch wünschenswert ist. Organisatorische Trägheit (*organizational slack*), im Sinne der Existenz von marginalen Kosten über dem Optimum, hat danach eine Reihe von Vorteilen, insbesondere in Zeiten schlechter Auftragslage. Die Unternehmung werde dann in die Lage versetzt, rechtzeitig einen Reaktions- oder gar Abhilfemechanismus in Gang zu setzen. Konstanter Wettbewerbsdruck dagegen würde dies verhindern und die Firma müsste sofort aus dem Markt ausscheiden. Daher spielten diese Erholungsmechanismen eine höchst nützliche Rolle bei der Vermeidung sozialer Verluste und menschlicher Härten. Im Zentrum von Hirschmanns Analyse stehen eben diese Erholungsmechanismen (*mechanisms of recuperation*) Exit und Voice.

Exit (Abwanderung) ist danach ein essentiell ökonomisches Konzept:

“...the exit option is widely held to be uniquely powerful: by inflicting revenue losses on delinquent management, exit is expected to induce that ‘wonderful concentration of the mind’ akin to the one Samuel Johnson attributed to the prospect of being hanged (Hirschmann 1970: 21).”

Abwanderung setzt allerdings Wahlmöglichkeiten, Wettbewerb und gut funktionierende Märkte voraus. Nach Hirschmann ist Abwanderung ein zwar mächtiges, aber indirektes und in gewisser Weise auch stumpfes Instrument, um ein Management auf eventuelle Fehler aufmerksam zu machen. Zum einen sind abwandernde Kunden nicht daran interessiert, einen Anstoß zur Verbesserung zu geben. Zum anderen wird das Management nur unpräzise darüber informiert, was genau nicht gestimmt hat (Hirschmann 1989). Die Stärke von Exit ist von der vorhandenen Nachfragefunktion abhängig. Der Erholungsmechanismus kann bei Annahme einer völlig elastischen Nachfragefunktion nicht einsetzen, die Firma würde sofort aus dem Markt ausscheiden. Bei sehr unelastischer Nachfrage gäbe es ebenfalls keine Möglichkeit zur Regeneration. Die entstehenden Verluste

wären unbedeutend, eine Reaktion des Managements wäre unwahrscheinlich. Nur wenn die Nachfrageelastizität weder sehr hoch noch sehr niedrig ist, ist das Einsetzen des Erholungsprozesses wahrscheinlich. Hirschmanns folgerte daraus:

“For competition (exit) to work as a mechanism of recuperation from performance lapses, it is generally best for a firm to have a mixture of alert and inert customers (Hirschmann 1970: 24).”

Voice (Widerspruch) ist kein ökonomisches, sondern ein politisches Konzept und beschreibt den Versuch, die Praktiken, die Politik und die Produkte der Firma (oder der Organisation) direkt zu beeinflussen, bei der der Konsument (Individuum) Kunde (Mitglied) ist. Voice ist nach Hirschmann eine residuale Größe, da Exit den vorherrschenden Reaktionsmodus darstellt. In der Regel hängt die Stärke von Voice danach von der Möglichkeit ab, die Exit-Option auszuüben. Je weniger Exit-Möglichkeiten es gibt, desto höher ist die Gelegenheit zur Ausübung von Voice. Hirschmann plädiert allerdings dafür, Voice von einer Restgröße zu einer echten Alternative zu erheben:

“...while exit requires nothing but a clear-cut either-or decision, voice is essentially an *art* constantly evolving in new directions ... The presence of the exit alternative can... tend to atrophy the development of the art of voice (Hirschmann 1970: 42).”

Der Gebrauch der Exit-Option ist in dieser Sichtweise vom Willen und von der Fähigkeit der Konsumenten abhängig, die Voice-Option wahrzunehmen. Die Bedingungen für die Wahrnehmung der Voice-Option sind allerdings grundsätzlich schlechter. Normalerweise wird erwartet, dass Exit zu schnelleren und besseren Ergebnissen führt als Voice. Außerdem sind die Opportunitätskosten von Voice hoch. Allerdings wird Voice je wahrscheinlicher ausgeübt, desto bedeutender der Kauf oder die Entscheidung in einer Organisation vom Konsumenten oder Mitglied bewertet wird. Die beiden Mechanismen Abwanderung und Widerspruch werden in ihren wesentlichen Charakteristika in Tabelle 3.4 dargestellt.

Tabelle 3.4: Vergleich Abwanderung und Widerspruch

	Abwanderung	Widerspruch
Herkunft	Ökonomie	Politik
Beschreibung	klar, unpersönlich, indirekt	graduell, direkte Artikulation
Umsetzung	unsichtbare Hand	politische Aktion

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Hirschmann 1970

Eine Charakterisierung von Unternehmen und Organisationen nach dem jeweiligen Einfluss von Abwanderung und Widerspruch wird in Tabelle 3.5 vorgenommen.

Tabelle 3.5: Gruppierung von Unternehmen und Organisationen nach Reaktion auf Abwanderung und Widerspruch

	Starke bis sehr starke Reaktion auf Abwanderung	Schwache bis keine Reaktion auf Abwanderung
Starke bis sehr starke Reaktion auf Widerspruch	Freiwillige Organisationen, demokratische Parteien, einige Unternehmen ³³	Familie, Stamm, Nation, Kirche, Parteien in nicht-totalitären Einparteiensystemen
Schwache bis keine Reaktion auf Widerspruch	Die meisten dem Wettbewerb ausgesetzten Unternehmen	Parteien in totalitären Einparteiensystemen, terroristische und kriminelle Organisationen

Quelle: nach Hirschmann 1970

Die beiden Mechanismen Exit und Voice werden allerdings nicht als Gegensätze, sondern als sich gegenseitig ergänzend betrachtet. Bei der Kombination der beiden Mechanismen ergeben sich trotzdem eine Reihe von Schwierigkeiten. Hirschmann wies insbesondere darauf hin, dass besonders qualitätsbewusste Konsumenten sich in der Regel gleichzeitig am aktivsten für das von ihnen bevorzugte hochwertige Produkt engagieren und von der Voice-Option Gebrauch machen. Sinkt allerdings die Qualität des Produktes und stehen eine Reihe von ebenfalls hochwertigen Alternativen zur Verfügung, machen gerade diese Konsumenten und Mitglieder zuerst von ihrer Exit-Option Gebrauch. Die weniger qualitätsbewussten Konsumenten und Mitglieder dagegen nehmen den Qualitätsverlust hin und der Unterschied zwischen der höchsten Qualität und den mittleren und niedrigen Qualitätslevels prägt sich aus. Besonders in Wirtschaftsbereichen mit prägendem Einfluss auf die Lebensqualität ist deswegen die Stärkung der Voice-Option durch Beschränkungen der Exit-Option von besonderer Bedeutung (Hirschmann 1970).

Kommt es zu einem Qualitätsverfall in einer ganzen Branche und nicht nur in einer Firma, versagt nach Hirschmann der Exit-Mechanismus ganz und gar:

“...under competition dissatisfaction takes the form of ineffective flitting back and forth of groups of consumers from one deteriorating firm to another without any firm getting a signal that something has gone awry (Hirschmann 1970: 26).”

Wettbewerb ist in einem solchen Fall eine reine Illusion, und ein Monopol und damit die Beschränkung des Abwanderungsmechanismus ist vorzuziehen:

“...competition and product diversification is wasteful and diversionary especially when, in its absence, consumers would either be able to bring more effective pressures upon management toward product improvement or would stop using up their energies in a futile search for the ‘ideal’ product (Hirschmann 1970: 28).”

Hirschmann plädierte abschließend für einen Mix von Exit und Voice und warnt davor, sich auf nur einen Mechanismus zu verlassen:

³³ Insbesondere Unternehmen mit nur wenigen Käufern.

"In order to retain their ability to fight deterioration those organizations that rely primarily on one of the two reaction mechanisms need an occasional injection of the other. Other organizations may have to go through regular cycles in which exit and voice alternate as principal actors ... an awareness of the inborn tendencies toward instability of any optimal mix may be helpful in improving the design of institutions that need both exit and voice to be maintained in good health (Hirschmann 1970: 126)."

Hirschmann erweiterte durch seine Analyse die bislang untersuchten Wettbewerbstheorien durch zwei wesentliche Elemente. Erstens stellte er dem Wettbewerbsmechanismus Exit einen zweiten Mechanismus zur Seite, der je nach Unternehmen und Marktumfeld eine ebenso große Bedeutung einnehmen kann wie der Wettbewerb. Gleichzeitig wird der ökonomische Mechanismus um einen politischen Mechanismus erweitert. Im Zielsystem der Analyse steht zweitens die langfristige produktive Effizienz der Unternehmung. Durch das Wechselspiel der beiden Erholungsmechanismen wird erst mal schlüssig erklärt, wie der externe Mechanismus Wettbewerb in interne Effizienzvorteile umgesetzt werden kann.

Hirschmanns Analyse ist von besonderer Relevanz für die Gesundheitsversorgung, da hier zumindest in der Theorie das Wechselspiel von Abwanderung und Widerspruch besonders ausgeprägt ist. Erstens ist die Nachfragefunktion für Gesundheitsgüter weder vollkommen starr noch vollkommen flexibel (Rice 1998). Damit ist eine Voraussetzung für die Wirksamkeit von Exit geschaffen. Zweitens wird die Bedeutung von Gesundheitsgütern von den Konsumenten als besonders hoch bewertet. Unter dieser Voraussetzung steigt trotz hoher Opportunitätskosten die Wahrscheinlichkeit der Anwendung der Voice-Option. Drittens ist die Gesundheitsversorgung von herausragender Bedeutung für die Lebensqualität. Daher sind nicht erwünschte Folgen auf die Verteilung der Qualität von Gesundheitsgütern nicht auszuschließen, wenn qualitätsbewusste Konsumenten ihre Wahlmöglichkeit in hohem Ausmaß ausüben. Der Exit-Mechanismus kann sogar ganz und gar versagen, wenn die Konsumenten die Unterschiede in den angebotenen Gesundheitsgütern überhaupt nicht beurteilen können (Rice 1998).

3.1.5 Wettbewerbsfunktionen

"Part of the explanation for the rapid adoption of various market-oriented ... systems is likely to be found in the tendency to interpret the concepts of competition and freedom of choice with reference to the everyday language ... This leaves scope for an economic rhetoric, at worst a widespread misuse of economic theory (Gustafsson 1995: 10)."

"Although upon a number of theoretical arguments and factual tendencies general agreement is obtainable, the weighing of the pros and cons will presumably, for a long time to come and perhaps for ever, remain a matter of personal opinion, not susceptible to irrefutable proof or disproof. Such is the nature of many economic problems (Hennipman 1954: 456)."

Im Rahmen dieser Arbeit ist bislang deutlich geworden, dass es eine einheitliche Theorie des Wettbewerbs genauso wenig gibt wie eine einheitliche ökonomische Theorie. Verständnis und Funktion des Wettbewerbs sind abhängig von der ökonomischen Theorie, in die sie integriert sind. In der klassischen Theorie wurde der freie Wettbewerb dynamisch im Sinne eines Gravitationsmechanismus interpretiert, der den Markt in die Nähe eines Gleichgewichtszustands bringt. Die neoklassisch-mathematische Schule verband mit dem Gleichgewichtsmodell des vollkommenen Wettbewerbs eine optimale Allokation der Ressourcen im stationären Zustand. Weder die eine

noch die andere Theorie konnte allerdings Aussagen über die distributiven Wirkungen des Wettbewerbs machen. Die Konzepte des funktionsfähigen Wettbewerbs kritisierten die Orientierung an stationären Zuständen und formulierten in mitunter sehr weitreichenden Zielsystemen statische und dynamische Funktionen. Die Marktprozessstheorie ignorierte sowohl die Allokations- als auch die Distributionsfunktion des Wettbewerbs und verband mit dem Wettbewerbsprozess individuelle ökonomische Vorteilhaftigkeit. Gleichzeitig billigte sie dem Wettbewerb eine gesellschaftliche Funktion zu, indem den Marktbeteiligten Handels- und Wahlfreiheiten eingeräumt werden. Hirschmanns Konzept von Exit und Voice greift eine Schwäche der Wettbewerbstheorie insgesamt auf und interpretiert Wettbewerb als einen möglichen mikroökonomischen Reaktions- und Abhilfemechanismus.

Tabelle 3.6: Funktionen des Wettbewerbs in der ökonomischen Theorie

Theorie	Funktionen
Klassik	Invisible Hand Gravitationskraft
Neoklassik	ökonomische Effizienz unter stationären Bedingungen
Funktionsfähiger Wettbewerb (Clark)	Einkommensverteilung im angemessenen Verhältnis zur erbrachten Marktleistung innere Stabilität der Wettbewerbsordnung flexible produktivitätsorientierte Steuerung des Faktoreinsatzes Förderung des technischen Fortschritts bei Produktionsverfahren Sicherung einer weiten Produktdifferenzierung nach den Konsumentenpräferenzen Schaffung und der Abbau temporärer Differentialgewinne als Anreiz für technischen Fortschritt Ausscheiden ineffizienter Unternehmen Stabilisierung von Vollbeschäftigung Sicherung wirtschaftlicher Freiheit Schutz der Konsumenten
Funktionsfähiger Wettbewerb (Kantzenbach)	marktleistungsbedingte Einkommensverteilung Konsumentensouveränität optimale Faktorallokation datenänderungsbedingte Anpassungsflexibilität technischer Fortschritt
Marktprozessstheorie	individuelle ökonomische Vorteilhaftigkeit Wettbewerbsfreiheit
Abwanderung und Widerspruch	wirksamer Reaktions- und Abhilfemechanismus

Quelle: eigene Zusammenstellung

Tabelle 3.6 macht noch einmal deutlich, dass weder Gleichheitsziele noch sozialpolitische Umverteilungsziele explizit in den analysierten Wettbewerbstheorien thematisiert wurden. Im Gegenteil wird insbesondere in der neoklassischen und der Marktprozessstheorie Eingriffe in den Wettbewerb wegen distributiver Zielsetzungen ausdrücklich verurteilt.

3.1.6 Distributive Ziele als exogene Variable

Die Existenz distributiver Ziele im Sinne von Gerechtigkeitszielen lässt sich aus der ökonomischen Wettbewerbstheorie nur sehr eingeschränkt herleiten. Distributive Ziele sind aus ökonomischer Perspektive als exogene Variablen zu betrachten. Dennoch haben distributive Ziele nicht nur in der Gesundheitsversorgung eine hohe Bedeutung. Daher wird deren Fundierung in diesem Abschnitt aus einer Reihe von Grundideen von Gerechtigkeit hergeleitet (Gillon 1986).³⁴ Darüber hinaus wird untersucht, auf welche Art und Weise sich diese Ideen in Idealtypen von Gesundheitssystemen widerspiegeln (Williams 1993).

Nach Gillon sind vier zentrale Auffassungen von Gerechtigkeit zu unterscheiden:

1. *Liberal* Theorien von Gerechtigkeit postulieren vor allem maximale individuelle Freiheit. Zu den individuellen Freiheiten zählen vor allem das Recht auf Leben, das Recht auf Gesundheit und das Recht auf persönlichem Besitz. Umverteilung durch Steuern über ein minimales Niveau hinaus wird mit Zwangsarbeit gleichgesetzt. Die ökonomische Variante des Liberalismus konzentriert sich allerdings auf die zuletzt genannte Freiheit und findet sich in der reinsten Form in der oben diskutierten Marktprozessstheorie wieder.
2. Die *utilitaristische* Perspektive von Gerechtigkeit wird durch den Standpunkt ausgedrückt, dass Individuen es verdienen, ihre individuelle Wohlfahrt zu maximieren. Allerdings findet die individuelle Wohlfahrtsmaximierung ihre Grenze, wenn individuelle Rechte anderer beschnitten werden. Diese Grenze manifestiert sich in der universellen Regel, dass jeder als ein einzelner zählt und niemand mehr als ein einzelner. Die ökonomische Version des Utilitarismus findet sich vor allem in der oben beschriebenen neoklassischen Gleichgewichtstheorie wieder.
3. *Marxistische* Theorien von Gerechtigkeit dagegen betonen das Recht von Individuen, ihre Bedürfnisse erfüllt zu bekommen. Neben dem Grundsatz „jedem nach seinen Bedürfnissen“ steht gleichberechtigt der zweite Grundsatz „von jedem nach seiner Leistungsfähigkeit.“ Die Anwendung der beiden Grundsätze führt zu tatsächlicher Gleichheit.

³⁴ Diese Herleitung erfolgt in sehr vereinfachter und verallgemeinerter Form. Dem Autor ist sich erstens bewusst, dass jede der referierten Theorien Gerechtigkeit in weitaus differenzierterer Art und Weise diskutiert als das an dieser Stelle geschehen kann. Zweitens wird zur Vereinfachung auf die Darstellung weiterer Gerechtigkeitstheorien verzichtet.

4. Die *Rawlesianische* Gerechtigkeitstheorie versucht, utilitaristische und marxistische Elemente zu kombinieren, indem sie sich auf die Position der Schwächsten in der Gesellschaft konzentriert. Individuen sollten danach erstens die maximale Freiheit haben, die mit der Freiheit anderer vereinbar ist. Zweitens werden Ungleichheiten als ungerecht abgelehnt, solange sie nicht den Schwächsten zum Vorteil gereichen.

Für die weitere Untersuchung lassen sich aus Gründen der Übersichtlichkeit die liberale und die utilitaristische Sichtweise auf der einen Seite sowie die marxistische und die Rawlesianische Sichtweise auf der anderen Seite in zwei Theoriekomplexe zusammenfassen (Williams 1993). Es verbleiben damit zwei grundsätzliche Positionen, die liberale und die egalitäre. Jede dieser beiden grundsätzlichen Positionen kann mit Sichtweisen auf zentrale Konstrukte wie Eigenverantwortung, Solidarität, Freiheit und Gleichheit assoziiert werden. Diese Gegenüberstellung ist verkürzt in Tabelle 3.7 zu finden.

Tabelle 3.7: Grundsätzliche liberale und egalitäre Positionen

	Libérale Position	Egalitäre Position
Eigenverantwortung	Zentral für Leistungsfähigkeit, Schwächung der Eigenverantwortung durch unverdiente Befriedigung von Bedürfnissen	Individuelle Anreize sind erwünscht, aber ökonomischer Misserfolg ist nicht gleichbedeutend mit gesellschaftlichem Scheitern
Solidarität	Gleichgültigkeit gegenüber den weniger Erfolgreichen, allenfalls Gewährung von Wohlfahrt nach Ausschöpfung aller Eigenmittel	Wohlfahrt wird nicht abgelehnt, gilt aber als unwürdig; soziale Mechanismen mit nachvollziehbaren Anspruchsregelungen sind vorzuziehen
Freiheit	Wert an sich, Zwang unterdrückt Eigenverantwortung und Mitgefühl mit Schwachen	Tatsächliche Existenz von Wahlmöglichkeiten
Gleichheit	Gleichheit vor dem Gesetz	Chancengleichheit

Quelle: Williams 1993

Diese beiden grundsätzlichen Positionen führen zu zwei Idealmodellen von Gesundheitssystemen. Im liberalen System ist finanzielle Leistungsfähigkeit das zentrale Zugangskriterium, während im egalitären System die Bedarfsgerechtigkeit des Zugangs eine zentrale Rolle einnimmt. Darüber hinaus weisen die beiden Idealmodelle weitere Differenzierungen nach den zentralen Kriterien Angebot, Nachfrage, Anpassungsmechanismus und Erfolgskriterien auf, die in Tabelle 3.8 beschrieben werden.

Tabelle 3.8: Idealtypische liberale und egalitäre Gesundheitssysteme

	Liberales Gesundheitssystem	Egalitäres Gesundheitssystem
Nachfrage	Individuen können ihre Wohlfahrt am besten selbst bestimmen Prioritäten werden durch finanzielle Leistungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft bestimmt Gerechtigkeit allenfalls durch steuerliche Subventionen	Kranke Individuen können ihre eigene Wohlfahrt nur unzureichend selbst bestimmen Prioritäten werden durch gesellschaftliche Entscheidungen über Bedarfe bestimmt System muss von der Verteilung des Einkommens abgekoppelt werden
Angebot	Profitorientierte Anbieter erstellen nachfragegerechtes Angebot	Motivation durch professionelle Ethik
Anpassungsmechanismus	Wettbewerb (neoklassische Gleichgewichtstheorie)	Zentrale Planung
Erfolgskriterien	Konsumenten: Fähigkeit des Systems, ihre Nachfrage zu befriedigen Anbieter: Höhe des Einkommens	Wahlbevölkerung: Gesundheitszustand der Bevölkerung im Verhältnis zu den aufgebrauchten Mitteln Anbieter: Fähigkeit des Systems kosteneffektive Behandlungsmethoden zur Verfügung zu stellen

Quelle: Williams 1993

Es ist offensichtlich, dass tatsächlichen Systeme erheblich von den Idealsystemen abweichen.³⁵ Es ist zu vermuten, dass das Ausmaß, mit dem sich reale Gesundheitssysteme dem einen oder anderen Idealtyp annähern, abhängig ist von der in Vergangenheit und Gegenwart gesellschaftlich vorherrschenden Gerechtigkeitstheorie. So sind die USA traditionell stärker von liberalen Positionen geprägt als etwa kontinentaleuropäische Wohlfahrtsstaaten wie Deutschland und die Niederlande, in denen egalitäre Positionen eine stärkere Bedeutung haben. Im nächsten Abschnitt dieser Arbeit wird deshalb am Beispiel der Niederlande untersucht, auf welche Art und Weise idealtypisch liberale und idealtypisch egalitäre Positionen in einem realen Gesundheitssystem miteinander verbunden werden sollen.

3.2 Regulierter Wettbewerb in Gesundheitssystemen

Im Unterschied zu anderen Märkten sind Gesundheitsmärkte durch eine Reihe von Besonderheiten geprägt. In diesem Abschnitt wird nicht nur ein analytischer Rahmen für die daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Marktergebnissen entwickelt, sondern auch das Idealmodell Managed Competition auf diesen Rahmen bezogen. Das Realmodell regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden wiederum wird vom Idealmodell abgegrenzt.

³⁵ Zu den Ursachen vgl. Abschnitt 3.2.1

3.2.1 Idealmodell Managed Competition

Zunächst wird das Idealmodell innerhalb eines einfachen analytischen Rahmens abgeleitet und Zielsetzung sowie Ausgestaltung definiert. Im Anschluss wird das Idealmodell kritisch diskutiert und wettbewerbstheoretisch eingeordnet.

3.2.1.1 Konzeption und Ausgestaltung des Idealmodells

Der Markt für Gesundheitsleistungen weicht in einigen wesentlichen Gesichtspunkten von anderen Märkten für Güter und Dienstleistungen ab.³⁶ Diese Abweichungen führen dazu, dass es zu drei zentralen Phänomenen kommt, die in Abbildung 3.1 grafisch dargestellt sind. Es werden die Angebotskurve Q_s und die Nachfragekurve Q_d unter der Bedingung vollständiger Konkurrenz gezeigt.³⁷ Die Angebotskurve ist eine Funktion der Grenzkosten, während die Nachfragekurve unter anderem vom Einkommen, dem Alter und dem Gesundheitszustand der Konsumenten abhängt. Bei Gleichgewichtspreis P^* und bei der Gleichgewichtsmenge Q^* ist ein Zustand statischer allokativer Effizienz erreicht, der gesellschaftliche Nutzen entspricht damit den gesellschaftlichen Kosten.

In einem unregulierten Gesundheitsmarkt kann dieser Gleichgewichtszustand jedoch nicht erreicht werden. Moral Hazard auf der Angebotsseite würde erstens die Nachfragekurve verschieben und damit zu einer Differenz zwischen individuellem und gesellschaftlichem Nutzen führen. Mit anderen Worten steigt durch die gesellschaftlich gewollte Verzerrung des Preismechanismus auf Gesundheitsmärkten³⁸ die Nachfrage im Extremfall unabhängig vom Preis.³⁹ Angebotsinduzierte Nachfrage verschiebt zweitens die Nachfragekurve nach rechts, da Anbieter erheblichen Einfluss zumindest auf die Menge der verordneten Gesundheitsleistungen haben. Wenn Anbieter gar noch weitere Marktmacht haben und/oder ihre Aktionen koordinieren, dann können sie sogar den Preis über ihre Grenzkosten drücken. X-Ineffizienzen entstehen drittens, da Konsumenten nur unvollständige Informationen über die Qualität der individuellen Anbieter haben und nicht effizient produzierende Anbieter damit nur selten aus dem Markt gedrängt werden. Die Angebotskurve wird durch diesen Effekt nach oben verschoben, da mehr Ressourcen für den gleichen Output benötigt werden. Damit ist nicht nur die allokativer, sondern auch die produktive Effizienz auf unregulierten Gesundheitsmärkten suboptimal.⁴⁰

³⁶ Diese Unterschiede werden an dieser Stelle nicht vertiefend diskutiert, dies ist in der einschlägigen Literatur ausführlich getan worden (z. B. Breyer/Zweifel 1997; Herder-Dorneich 1994; Rice 1998).

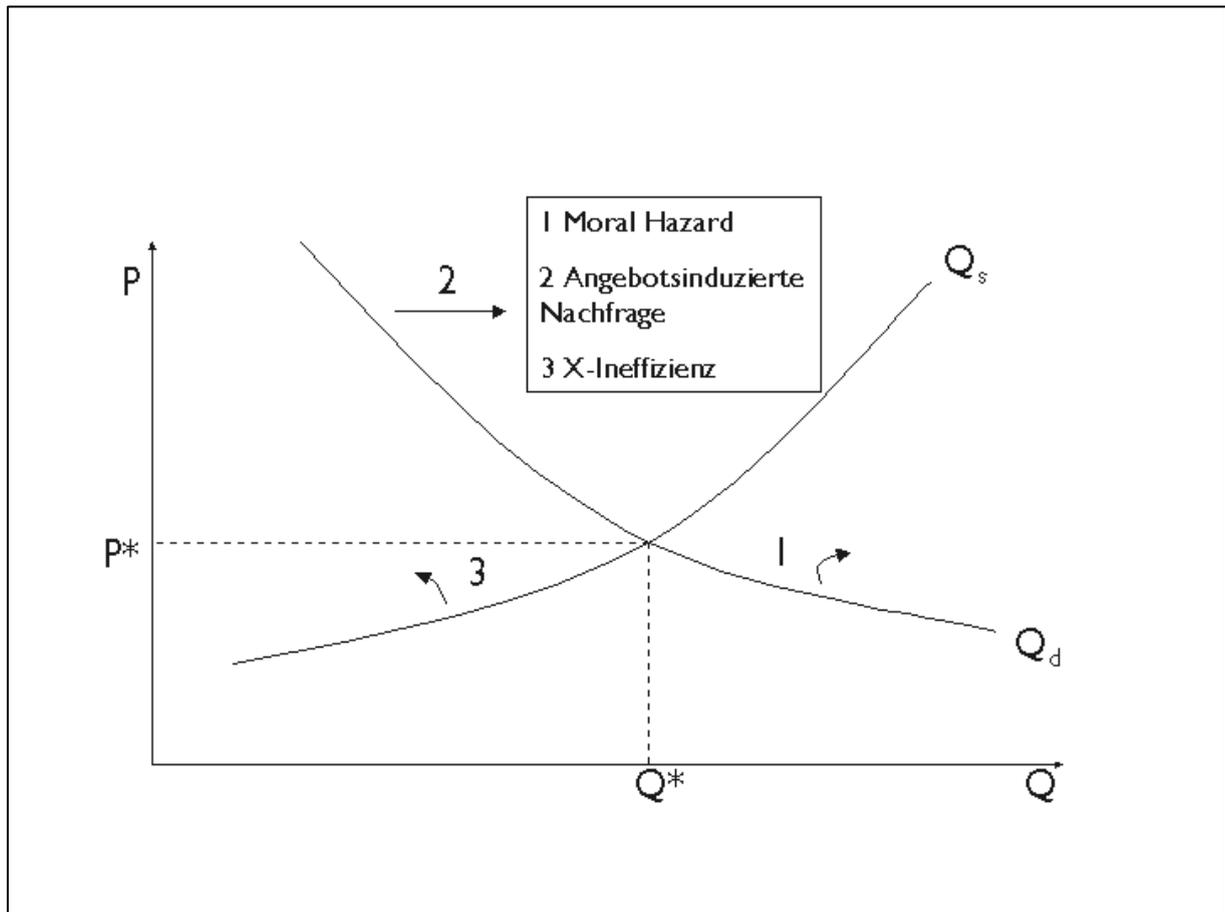
³⁷ Diese Bedingung weist darauf hin, dass wir uns innerhalb eines neoklassischen Analyserahmens befinden.

³⁸ Beispielsweise durch obligatorische Krankenversicherung.

³⁹ Vgl. zur empirischen Fundierung, Interpretation und den Auswirkungen dieses Effektes Rice 1998.

⁴⁰ Gleiches gilt im übrigen auch für die dynamische Effizienz, da die Konsumenten wegen der im Extremfall vertikalen Nachfragekurve nahezu jede mögliche technische Neuerung nachfragen. Dadurch werden auch Innovationen eingeführt, die unter optimalen Bedingungen nicht profitabel wären.

Abbildung 3.1: Marktversagen auf Gesundheitsmärkten



Quelle: Bartelsmann/ten Cate 1997

Im Rahmen des Idealmodells Managed Competition sollen den Akteuren ökonomische Anreize gesetzt werden, damit sie sich wie auf einem Markt mit vollkommenen Wettbewerb verhalten.⁴¹ Preissignale und Wettbewerbsdruck sollen so justiert werden, dass kostenbewusste Konsumenten und profitorientierte Anbieter auf effiziente Art und Weise zusammenkommen. Die drei oben diskutierten Phänomene sollen ausgeschlossen werden, indem Regeln gesetzt und neue Institutionen installiert werden. Damit dieses Konzept funktioniert, ist ein neuer Marktakteur notwendig,

⁴¹ Das hier diskutierte Idealmodell Managed Competition wurde vor dem Hintergrund US-amerikanischer Verhältnisse von Alain Enthoven zum ersten Mal Ende der siebziger Jahre konzipiert und bis Mitte der neunziger Jahre weiterentwickelt. In der ersten Version (Enthoven 1978) war noch von reguliertem Wettbewerb (Regulated Competition) die Rede. In der Weiterentwicklung wurde das nach Meinung des Autors zu sehr mit dem Erbe staatlicher Regulierung befrachtete Adjektiv durch das eher einzelwirtschaftlich dynamische Management ersetzt (Schut 1995a). Im Rahmen dieser Arbeit wird wegen der Zeitgleichheit mit den Reformen in den Niederlanden auf spätere Versionen (Enthoven 1988a; Enthoven 1988b; Enthoven/Kronick 1989) Bezug genommen, in denen im übrigen auch zum ersten Male von einem Sponsor die Rede war. Vorher sollten die dem Sponsor zugeschriebenen Funktionen von der Regierung ausgeübt werden. Darüber hinaus zeichnen sich die überarbeiteten Entwürfe durch eine stärkere Regulierungsdichte aus. Kritiker des Begriffes Managed Competition argumentieren, dass Wettbewerb nur reguliert werden kann. Menschliche Ressourcen dagegen werden gemanagt. Genauer hätte Enthoven demzufolge argumentieren müssen, dass der Wettbewerb reguliert und menschliche Ressourcen vernünftiger gemanagt werden sollen (Marmor 1996).

der sogenannte Sponsor.⁴² Der Sponsor handelt als Agent für einen Pool von Konsumenten, beispielsweise für alle Bewohner einer Region oder die Beschäftigten eines Unternehmens. Außerdem kontrolliert er die Einhaltung der Regeln für den Wettbewerb von Versicherungen und Anbietern, versorgt Konsumenten mit relevanten Informationen und hilft Risikoselektion verhindern.

Die Versicherungsträger bieten den potentiellen Konsumenten Verträge für festgelegte Zeiträume mit Leistungen im Rahmen des gesetzlich festgelegten Basispaketes an.⁴³ Abweichungen im Leistungspaket sind nur nach oben möglich. Die Beiträge sind für alle Versicherte eines Versicherungsträgers gleich.⁴⁴ Die Versicherungsträger wählen die Leistungsanbieter frei aus. Dadurch sollen einerseits Anreize für die Versicherungsträger geschaffen werden, die Versorgungsqualität und -quantität genau zu überwachen sowie mit unterschiedlichen Vergütungsformen zu experimentieren. Andererseits sollen die Leistungsanbieter dazu gebracht werden, die Leistungen so wirtschaftlich wie möglich zu erbringen. Die Konsumenten können regelmäßig zu einem anderen Versicherungsträger wechseln. Die Versicherungsträger unterliegen einem Kontrahierungszwang und einem Diskriminierungsverbot. Der Sponsor zieht die Beiträge ein und verteilt die Mittel entsprechend des Risikoprofils der Klientel an die einzelnen Versicherungsträger. Der Risikoausgleich soll garantieren, dass die Versicherungsträger mit den Parametern Preis, Qualität und Leistungsumfang um die Konsumenten miteinander konkurrieren und nicht volkswirtschaftlich sinnlose Risikoselektion betreiben. Der Sponsor versorgt die Konsumenten mit Informationen über die Wettbewerbsparameter, damit ein Vergleich zwischen den Versicherungsträgern mit geringem Aufwand möglich ist. Außerdem müssen die Konsumenten allerdings auch noch das unterschiedliche Niveau von Zuzahlungsregelungen berücksichtigen, mit dem die Folgen von Moral Hazard verringert werden sollen. Der Sponsor ist darüber hinaus für den reibungslosen Ablauf des jährlichen Einschreibungsprozesses bei den Versicherungsträgern verantwortlich. Die Versicherten schreiben sich nicht direkt bei den Versicherungsträgern ein, sondern tun dies zur Vermeidung von Risikoselektion direkt beim Sponsor.

In der Theorie umgeht Managed Competition die dargestellten Probleme. X-Ineffizienzen werden reduziert, weil die Versicherungsträger Marktanteile verlieren, wenn ihre Stückkosten und damit auch ihre Beiträge zu hoch sind. Daher werden die Versicherungsträger Druck auf die kontrahierten Leistungsanbieter ausüben, damit diese ihre Leistungen wirtschaftlicher erbringen, da erstere sonst Gefahr laufen aus dem Markt auszuschneiden. Damit wird sich die tatsächliche Angebotskurve dem Idealzustand Q_s zumindest annähern. Gleichzeitig wird die Rotation der Nachfragekurve aufgrund von Moral Hazard durch die Zuzahlungsregelungen zumindest reduziert. Falls die Leistungs-

⁴² Sponsoren können im US-amerikanischen Kontext beispielsweise Arbeitgeber, Regierungsinstitutionen und Träger von Medicaid sein. Enthoven vermutet, dass in Europa eher halbstaatliche Organisationen wie Zusammenschlüsse von Krankenkassen für diese Aufgabe in Frage kommen (Enthoven 1988b).

⁴³ Im Original ist nicht von Versicherungsträgern, sondern von Health Plans die Rede. Das können nicht nur private oder gesetzliche Versicherungen sein. Möglich sind auch Unternehmensformen, in denen Versicherung und Leistungserbringung integriert sind. Wegen des Bezugs auf die europäische Diskussion ist in dieser Arbeit von Versicherungsträgern die Rede. Damit sind sowohl private als auch gesetzliche Krankenversicherungen gemeint.

⁴⁴ Dieses Prinzip wird auch als Community Rating bezeichnet.

anbieter zunehmend über Pauschalen vergütet werden, wird zwar das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage reduziert. Gleichzeitig besteht aber die Gefahr, dass sich dadurch die Nachfragekurve nach links verlagert und an die Stelle von Überversorgung in der neuen Situation Unterversorgung tritt. Diesem Risiko kann der Sponsor begegnen, indem er Mindeststandards für die Versorgung definiert. Außerdem wird angenommen, dass die Konsumenten diejenigen Versicherungsträger verlassen, die Leistungsanbieter mit unterdurchschnittlichen Qualitätsstandard unter Vertrag haben und damit wiederum der Druck auf die Versicherungsträger erhöht wird. Alles in allem wird zumindest in der Theorie ein Zustand erreicht, in dem sich die Angebots- und Nachfragekurven dem Zustand allokativer Effizienz zumindest stark annähern. Darüber hinaus werden Anreize gesetzt, um die Marktergebnisse auch unter dem Gesichtspunkt dynamischer Effizienz dem Optimum anzunähern (Enthoven 1994). Die Versicherungsträger müssen demnach ihre Investitions- und Innovationsentscheidungen so gestalten, dass sie auch in der Zukunft attraktiv für die Konsumenten bleiben. Dazu zählt vor allem, dass neue Medizintechnologien nicht nur nach dem Nutzen, sondern auch nach den Kosten evaluiert werden.

Das Konzept Managed Competition erscheint damit auf den ersten Blick als eine äußerst vielversprechende Reformperspektive, in der auch im Hinblick auf Kostenkontrolle die Überlegenheit wettbewerblicher Steuerung im Vergleich zu öffentlicher Steuerung unterstellt wird:

„ ... The competitive market would generate cost controls, but they would be private market controls based on individual and group judgements about cost versus value and not public controls based on arbitrary numerical standards, insensitive to the quality or the value of the services (Enthoven 1978: 715).“

Der Reiz des Konzeptes liegt nicht nur darin, dass die unterstellten Effizienzgewinne des Wettbewerbs realisiert und gleichzeitig die spezifischen Ineffizienzen im Kontext von Gesundheitsversorgung vermieden werden (Barr 1992). Darüber hinaus können innerhalb des Modells auch distributive Zielsetzungen erfüllt werden, indem die Bedarfsgerechtigkeit des Zugangs gewährleistet und Risikoselektion verhindert wird. Die Versicherungsträger übernehmen nicht nur eine Versicherungsfunktion, sondern treten auch als Agenten ihrer Versicherten auf und garantieren universellen und bedarfsgerechten Zugang. Damit wird idealtypisch ein dritter Weg zwischen liberalen und egalitären Positionen beschränkt (vgl. Abschnitt 3.1.6).

3.2.1.2 Kritik des Idealmodells

Trotz der Attraktivität des Idealmodells bleiben eine Reihe von Unsicherheiten. Erstens hat der Sponsor Aufgaben, die sehr schwierig erfolgreich durchzuführen sein dürften. Insbesondere die Implementierung des prospektiven Risikoausgleichs dürfte von hohen Kosten begleitet und eventuell nur teilweise wirkungsvoll sein. Denn Versicherungsträger können versuchen, die attraktiven Versicherten *innerhalb* der im Risikoausgleich verwendeten Kategorien anzuziehen und die unattraktiven Versicherten abzustößeln. Ohne die erfolgreiche Vermeidung von Risikoselektion sinkt die Attraktivität des Konzeptes aber erheblich (Bartelsmann/ten Cate 1997). Darüber hinaus wird der Sponsor erhebliche Probleme haben, aussagefähige Informationen zum Preis-Leistungs-Verhältnis einzelner Versicherungsträger zu machen. Er muss dazu über medizinische Indikatoren verfügen,

die einerseits aussagefähig aber andererseits einfach zu interpretieren sind (Schut 1995a). Da die Versicherungsträger versuchen werden, im Hinblick auf die ausgewählten Indikatoren gut abzuschneiden, dürfen die Indikatoren nicht mit angemessener medizinischer Praxis im Konflikt stehen.

Eine zweite Unsicherheit besteht in der Abwägung zwischen hohen und niedrigen Zuzahlungen. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass niedrige Zuzahlungen nicht ausreichen, um die tatsächlich Nachfragekurve der Idealkurve Q_d anzunähern. Höhere Zuzahlungen dagegen bringen die Gefahr nicht erwünschter Auswirkungen auf den Zugang zu medizinischer Versorgung und den Gesundheitszustand von niedrigeren Einkommensgruppen insbesondere im ambulanten Bereich mit sich (Newhouse/Insurance Experiment Group 1993).

Zu diesen eher technischen Problemen kommen drittens institutionelle Schwierigkeiten. Wie der Autor des Konzeptes selbst argumentiert, garantiert selbst die Existenz mehrerer Versicherungsträger in einer Region noch keinen lebhaften Wettbewerb. Es kann zu Segmentierungen des Marktes kommen oder ein Verhalten nach dem Grundsatz „leben und leben lassen“ entstehen (Enthoven 1988b: 97). Dieses Problem dürfte besonders in solchen Gesundheitssystemen virulent sein, in denen wettbewerbsorientiertes Verhalten von Versicherungsträgern und Anbietern bis zur Einführung von Managed Competition wenig ausgeprägt war und von der Regierung eher kooperative Verhaltensformen unterstützt wurden. Eine Veränderung der formalen Regeln dürfte in solchen Fällen nicht ausreichend sein, um die beabsichtigten Verhaltensänderungen bei den Akteuren zu erreichen. Die Geschwindigkeit und der Erfolg der Reformen hängt damit von Wandelbarkeit der durch vorherige Erfahrungen geprägten informalen Regeln ab (Schut 1995a).

Selbst wenn diese technischen und institutionellen Probleme bewältigt werden können, bleibt viertens die Frage, ob Managed Competition für alle Formen der Gesundheitsversorgung geeignet ist. Beispielsweise ist zweifelhaft, ob sich in der psychiatrischen Versorgung ausreichend Konsumenten finden, die Unterschiede in Preis, Qualität und Leistungsumfang der angebotenen Leistungspakete selbst bei Unterstützung durch Sponsoren hinreichend beurteilen können (van de Ven/Schut 1994).⁴⁵ Darüber hinaus ist fünftens grundsätzlich fraglich, ob Managed Competition als Instrument der Kostenkontrolle eingesetzt werden kann. Aus ökonomischer Perspektive ist Schut zuzustimmen, wenn er zwischen Stückkosten und Gesamtkosten differenziert:

“It should be realized that market-oriented reforms are primarily targeted at reducing unit costs, not at reducing total health care costs. Thus, if more units, or units of higher quality will be traded in health care markets, total health care expenditure may still go up. Nevertheless, a successful implementation of some form of regulated or managed competition may result in slowing down the growth of health care expenditure because it can reduce the amount of inappropriate care, encourage productivity improvement and stimulate the development of cost-reducing technologies (Schut 1995a: 38).”

⁴⁵ Auf die von den Autoren untersuchte Gefahr von Adverse Selection bei Schadensfällen mit geringer Eintrittswahrscheinlichkeit und hoher Schadenssumme wird hier nur am Rande verwiesen.

Insgesamt ist damit zweifelhaft, ob die unterstellte Entlastung der Politik durch die Implementierung von Managed Competition eintreten wird. Nicht nur ist die kostendämpfende Wirkung dieser Steuerungsform ungewiss. Hinzu tritt die schon oben angesprochene technische Komplexität der Implementation, die sechstens damit zu einer im Vergleich zum *status quo ante* höheren Regulierungsdichte führen kann. Besonders bildlich stellt Kuttner dieses Problem dar:

„At the core of pro-market reform is one more unreal premise – and a highly ironic one. The whole scheme depends on a heroic degree of regulation, to prevent an opportunistic race to the bottom. One could fill an entire chapter discussing the kind and extent of regulations necessary to make such a system work. Enthoven himself, in the course of proposing a plan contrasting virtuous market incentives with dubious government regulation, calls for literally dozens of regulations... Clearly, pro-market reforms turn out to require massive government regulation. And ... it further presumes regulators with the wisdom, public-mindedness, and incorruptibility of philosopher-kings (Kuttner 1997: 138-139).“

Noch grundsätzlicher setzt die siebte Kritikebene an. Selbst wenn alle genannten Probleme in der Theorie überwunden werden können, beruht doch die Konzeption nicht auf dem empirischen Test des Gesamtmodells, sondern allenfalls auf der Grundlage des Tests von Einzelteilen. Zwar argumentiert Enthoven, dass Managed Competition nicht auf blindem Glauben in eine nicht getestete ökonomische Theorie beruht. Vielmehr sind nach seiner Einschätzung alle Einzelteile des Modells irgendwo in erfolgreichem Betrieb (Enthoven 1993). Allerdings bezieht sich Enthoven ausschließlich auf HMOs, selektive Vertragsverhandlungen und andere Konstrukte im rein US-amerikanischen Kontext. Die Funktionalität dieser Entwürfe in anderen Gesundheitssystemen wird unterstellt, ohne dass divergierende institutionelle Kontexte berücksichtigt werden (Marmor/Maynard 1994). Kritiker merken deswegen an, dass Managed Competition auf der Basis der Überlegenheit des Prinzips bei gleichzeitiger Vernachlässigung empirischer Belege vermarktet wird (Maynard 1995; Ranade 1998; van der Grinten 1999).

Darüber hinaus bleibt Enthoven nicht zuletzt im Hinblick auf distributive Zielsetzungen ambivalent. Er konzediert, dass Situationen entstehen können, in denen Konsumenten mit höherer Kaufkraft Versicherungsträger mit besseren Qualitätsstandards wählen als Konsumenten mit niedrigerer Kaufkraft und deswegen Versicherungsträger mit niedrigeren Standards nicht wie in der ursprünglichen Konzeption vorgesehen aus dem Markt gedrängt werden. Ein Gesundheitssystem mit nach Einkommen differenziertem Zugang wäre die Folge. Enthoven verteidigt ein solches mehrstufiges System mit einem Argument, das an den unterstellten „Trickle-Down“-Effekt angebotsorientierter Wirtschaftspolitik erinnert:⁴⁶

„In the long run, a multi-tier system is probably better for the poor than a rigid single-tier system. The more expensive tier may generate innovations in quality and service that are eventually adopted by lower-tier plans. Imagine the quality of cars we would have if everybody had to drive the same government-manufactured car (Enthoven 1994: 1420)!“

⁴⁶ Danach werden die Verbesserung der Angebotsbedingungen und die damit verbundenen höheren Gewinne damit gerechtfertigt, dass durch die resultierende erhöhte Investitionstätigkeit der Unternehmen auch die privaten Haushalte in Form steigender Einkommen profitieren. Es ist allerdings fraglich, ob dieser Mechanismus in Gesellschaften akzeptabel ist, in den egalitäre gegenüber liberalen Positionen vorherrschen.

Auf der Grundlage der bisherigen Diskussion werden die Chancen und Risiken des Idealmodells Managed Competition in Tabelle 3.9 zusammengefasst.

Tabelle 3.9: Chancen und Risiken des Idealmodells Managed Competition

Chancen	Risiken
Erhöhung der allokativen Effizienz durch Berücksichtigung der Konsumentenpräferenzen	Trade-Off zwischen hohen und niedrigen Zuzahlungen Bereitstellung aussagefähiger, vergleichbarer und gleichzeitig leicht interpretierbarer Informationen
Erhöhung der produktiven Effizienz durch Wettbewerbsdruck auf Versicherungsträger und Leistungsanbieter	Änderung der formalen Anreize garantiert noch keinen Wettbewerb Technische Komplexität bei der Implementation des Risikoausgleichs
Erhöhung der dynamischen Effizienz durch die Berücksichtigung von Kosten bei Entscheidungen über Investitionen	
Berücksichtigung von distributiven Zielsetzungen durch Regulierungen zur Vermeidung von Risiko-selektion, community rating und einheitliches Basispaket der Leistungen	Gefährdung distributiver Ziele durch divergierende Qualitätsstandards Gefahr der Unterversorgung durch Pauschalvergütungen Eignung für alle Formen der Gesundheitsversorgung fraglich Schwache empirische Fundierung, insbesondere im europäischen institutionellen Kontext
Verlagerung der Verantwortung für Kostenkontrolle auf Marktakteure und damit Entlastung der Politik	Belastung der Politik durch erhöhten Regulierungsbedarf Eignung als Instrument der Kostenkontrolle fraglich (Stückkosten vs. Gesamtkosten)

Quelle: eigene Zusammenstellung

3.2.1.3 Wettbewerbstheoretische Einordnung

Wettbewerbstheoretisch knüpft das Idealmodell Managed Competition an frühe Konzepte des funktionsfähigen Wettbewerbs an. Leitbild der Analyse ist das statische Gleichgewicht der neoklassischen Theorie.⁴⁷ Es werden eine Reihe von Unvollkommenheiten des Wettbewerbs auf Gesundheitsmärkten erkannt, insbesondere angebotsinduzierte Nachfrage, X-Ineffizienzen und Moral Hazard. Durch eine Veränderung der Anreize soll versucht werden, das Verhalten der Akteure dem von Akteuren auf Märkten mit vollkommenem Wettbewerb anzunähern. Diese Vorgehensweise erinnert an die in Abschnitt 3.1.3 diskutierte Gegengiftthese und die Theorie des Zweitbesten (Lipsey/Lancaster 1956). Es wird akzeptiert, dass unregulierte Gesundheitsmärkte suboptimal

⁴⁷ Diese These bezieht sich nicht nur auf den Inhalt des Konzeptes Managed Competition. Enthoven selbst verweist explizit auf neoklassische ökonomische Prinzipien: „Managed competition is ... an integrated framework that combines rational principles of microeconomics with careful observation of what works (Enthoven 1993:45).“

im Hinblick auf produktive und allokativen Effizienz wirken. Die Annäherung an das unter den Bedingungen vollkommenen Wettbewerbs zu erreichende Gleichgewicht wird durch die Justierung eben dieser Bedingungen angestrebt. Auf die in späteren Konzepten des funktionsfähigen Wettbewerbs postulierten Marktergebnisnormen wird mit einer Ausnahme verzichtet, denn Enthoven unterstellt als Ergebnis des Wettbewerbs eine Reduzierung der Gesamtkosten. Ansonsten wird den Konsumenten, Versicherungsträgern und Anbietern unterstellt, dass sie unter Berücksichtigung ihrer Präferenzen und der von Sponsor und Regierung gesetzten Rahmenbedingungen selbst zu annähernd optimalen Marktergebnissen kommen.

Allerdings werden für die Wettbewerbspolitik bzw. für die Regulierung des Idealmodells im Hinblick auf Marktstruktur und Marktverhalten drei zentralen Handlungsanleitungen formuliert. Werden diese erfüllt, so nähert sich das Marktergebnis automatisch dem Gleichgewicht mit produktiver und allokativer Effizienz an, und Gleichzeitig werden distributive Zielsetzungen wie Bedarfsgerechtigkeit des Zugangs, Vermeidung von Risikoselektion sowie Beibehaltung oder Verbesserung der Versorgungsqualität für alle Versicherten realisiert:

- 1) Versicherungsträger konkurrieren untereinander mit den Parametern Preis, Qualität und Leistungsumfang und haben keine Monopolmacht.
- 2) Die Konsumenten haben freie Wahl zwischen den Versicherungsträgern und nutzen ihr Wahlrecht.⁴⁸
- 3) Unwirtschaftlich arbeitende Leistungsanbieter werden durch die Überwachung und Kontrolle der Versicherungsträger entweder zu wirtschaftlichem Verhalten angereizt oder erhalten keine Verträge.

Ohne auf die empirische Validität dieser Annahmen an dieser Stelle einzugehen,⁴⁹ unterliegt das Idealmodell Managed Competition durch den Bezug auf das neoklassische Referenzmodell bzw. die Theorie des Zweitbesten auch den Beschränkungen, denen das Referenzmodell unterliegt. Insbesondere können dynamische und distributive Zielsetzungen innerhalb des neoklassischen Modells nicht erklärt werden. Insofern erscheint Enthovens Orientierung am vollkommenen Wettbewerb und die gleichzeitige Postulierung dynamischer und distributiver Zielsetzungen aus wirtschaftstheoretischer Perspektive als zutiefst widersprüchlich. Vertreter der Marktprozesstheorie halten folgerichtig das Eintreten dynamischer Effekte erst dann für möglich, wenn der Wettbewerb auf Gesundheitsmärkten seine Funktion als Such- und Entdeckungsprozess ungehindert von Regulierungen und distributiven Erwägungen entfalten kann. Die Einschränkung der individuellen Freiheit durch Regulierung hindert danach die Marktakteure daran, durch einen Prozess von Ver-

⁴⁸ Der zweite Teil dieser Annahme ist nicht unumstritten. Theoretisch könnte auch schon die Androhung des Wechsels zu den erwarteten Verhaltensänderungen bei den Versicherungsträgern führen (vgl. Ausführungen zu Abwanderung und Widerspruch in Abschnitt 3.1.4). Es wird jedoch im weiteren Verlauf der Arbeit davon ausgegangen, dass der Abwanderungsmechanismus in Form von tatsächlichen Wechseln spürbar werden muss, bevor er seine volle Wirkung entfalten kann.

⁴⁹ Vgl. für das Realmodell Niederlande Abschnitt 4 und 5

such und Irrtum die für sie günstigsten Tauschergebnisse zu erlangen. Im Rahmen eines solchen Wettbewerbsverständnisses wäre demnach eine kostendämpfenden Wirkung des Wettbewerbs im Sinne einer Reduzierung der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung nur zu akzeptieren, wenn sie Ergebnis des freien Marktprozesses ist. Die Präferenzen der Marktteilnehmer könnten aber genauso zu einer Erhöhung der Gesamtkosten führen (Kortendieck 1993).

Aus Hirschmanns mikroökonomischer Perspektive heraus verwundert der völlige Verzicht auf den Steuerungsmechanismus Voice, der noch nicht einmal als residuale Größe auftaucht. Wie oben erwähnt ist die Voraussetzung für das Funktionieren von Wettbewerb durch die weder vollkommen starre noch vollkommen flexible Nachfrageelastizität auf dem Markt für Versicherungsleistungen relativ günstig. Darüber hinaus ist die Wechseloption auf einen kalenderjährlichen Einschreibzeitraum begrenzt. Wird allerdings eine der drei zentralen Verhaltensannahmen des Idealmodells regulierten Wettbewerbs nicht erfüllt, so versagt der Mechanismus Abwanderung, ohne dass eine Alternative zur Verfügung steht. Wenn die Versicherungsträger nicht entsprechend der obigen Annahme in einen Leistungs-, Preis- und vor allem Qualitätswettbewerb eintreten, dann muss der (regulierte) Wettbewerb sogar als Ressourcenvergeudung beurteilt werden, weil die Konsumenten völlig überflüssigerweise einen idealen Versicherungsträger suchen. Wenn, wie oben vermutet, darüber hinaus die Konsumenten die Qualität der Versicherungsträger überhaupt nicht beurteilen können, so kann es sogar zu dem volkswirtschaftlich sinnlosen von Hirschmann beschriebenen „flitting back and forth“ von Konsumenten zwischen den Versicherungsträgern kommen. Der Steuerungsmechanismus Abwanderung wäre weitgehend wirkungslos, und nach Hirschmann wäre ein Versicherungsmonopol mit Steuerung durch Voice vorzuziehen.

3.2.2 Realmodell regulierter Wettbewerb Niederlande

„While one knows intuitively that these approaches do not marry well, there is a discernible pattern of belief that this strange idea of ‘managed competition’ works elsewhere with great advantage (Björkman/Altenstetter 1996:7).“

In der Diskussion um wettbewerbsorientierte Reformen in Gesundheitssystemen wird oftmals vergessen, zwischen Idealmodellen, Realmodellen und den tatsächlichen Effekten der Realmodelle zu unterscheiden (Groenewegen 1999b). Im Sinne dieser Unterscheidung soll in diesem Abschnitt unterstrichen werden, dass sich das Realmodell regulierten Wettbewerbs zwar in wesentlichen Komponenten am Idealmodell Managed Competition orientiert, gleichzeitig aber eine Reihe von bedeutenden Unterschieden bestehen.

Die Orientierung des regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden an dem Idealmodell bedeutete insofern einen mutigen Schritt, als dass die Reformen ein Experiment mit sehr ungewissen Ausgang bedeuteten. Insbesondere im europäischen Kontext war das Modell zu diesem Zeitpunkt

ungetestet.⁵⁰ Bevor die Ausgestaltung des Realmodells mit Anreizen und Instrumenten im Vergleich zum Idealmodell untersucht und bewertet wird, muss aber zunächst der Sektor der Krankenversicherung abgegrenzt werden, in dem regulierter Wettbewerb in den Niederlanden überhaupt real stattfinden kann.

3.2.2.1 Abgrenzung im Wettbewerbskontinuum

Einen ersten Überblick über die recht komplexe aktuelle Ausgestaltung des niederländischen Krankenversicherungssystems liefert Tabelle 3.10. Danach wird deutlich, dass in den drei Säulen der Krankenversicherung in den Niederlanden drei unterschiedliche Regulierungsformen vorherrschen. In der Volksversicherung AWBZ reguliert die Regierung bzw. von ihr eingesetzte Institutionen weiterhin nahezu vollständig Prämien, Preise und Angebot. Von Wettbewerb der Versicherungsträger kann in dieser ersten Säule nicht die Rede sein, da eine Einheitsversicherung für die Versorgung in der jeweils zugewiesenen Region verantwortlich ist.⁵¹ Insbesondere Leistungen der stationären Langzeitversorgung, der Psychiatrie, der Pflege und der Versorgung behinderter Menschen entfallen demzufolge als Wettbewerbsparameter. Mit dieser Art von Regulierung wird Bedenken Rechnung getragen, dass die Berücksichtigung der angesprochenen Leistungen in einem Modell regulierten Wettbewerbs zu ernsthaften Selektionsproblemen führen könnte (Schut 1995b; Centraal Planbureau 1997). Damit bildet die AWBZ das eine Ende des Wettbewerbskontinuums, in kaum Wettbewerb stattfinden kann. Durch die AWBZ wurden im Jahr 1998 rund 28,5 Mrd. NLG an Gesundheitsleistungen finanziert, das entspricht rund 43 Prozent der Gesamtausgaben (Vektis 1999). Da es sich um eine Pflichtversicherung handelt, sind nahezu hundert Prozent der Wohnbevölkerung für die Leistungen dieser Versicherungsform abgesichert.

Die für unsere Fragestellung relevante Säule der Krankenversicherung in den Niederlanden ist die zweite Säule, die im Wettbewerbskontinuum die mittlere Position einnimmt. Die durch das Krankenkassengesetz ZFW versicherten Leistungen unterliegen einem regulierten Wettbewerb, der sich am Idealmodell Managed Competition orientiert. Zu diesen Leistungen zählen insbesondere die ambulante ärztliche Versorgung bei Haus- und Fachärzten, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und die kurz- und mittelfristige Versorgung in Krankenhäusern. Im Gegensatz zur AWBZ gilt die Versicherungspflicht nur für Beschäftigte unterhalb einer Lohngrenze und die Arbeitgeber müssen ei-

⁵⁰ Allerdings unterstrich Enthoven selbst schon 1988 die besondere Eignung der Niederlande für die Implementierung von Managed Competition, einer ganzen Reihe von günstigen Voraussetzungen stellte er nur eine ungünstige Voraussetzung gegenüber (zur detaillierten Analyse dieser Voraussetzungen vgl. Tabelle 2.3). Enthoven räumte nach seiner Analyse allerdings ein, dass er das niederländische System nicht ausreichend kenne, um aussagefähige Prognosen über die Implementation von Managed Competition zu geben (Enthoven 1988b: 140). Es wurde in Abschnitt 2 gezeigt, dass sich Enthovens Analyse in der Tat für den Implementationsprozess des regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden als Prognose mit geringer Treffsicherheit herausgestellt hat.

⁵¹ Allerdings fördert die Regierung in den letzten Jahren zunehmend den Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern, vor allem im Bereich ambulanter Pflegedienste. Partiiell wird dazu das Sachleistungsprinzip vom Kostenerstattungsprinzip abgelöst und dem Konsumenten mehr Wahlmöglichkeiten eingeräumt. Die hierbei aufgetretenen Qualitätsprobleme ähneln denen in der deutschen Pflegeversicherung. Auch diese Experimente stellen eine wettbewerbliche Umorientierung dar, orientieren sich aber nicht am Idealmodell Managed Competition und werden deshalb in dieser Arbeit nicht vertieft.

nen Großteil der Beiträge tragen. Beschäftigte über der Lohngrenze müssen in die private Krankenversicherung wechseln und unterliegen nicht mehr dem ZFW.⁵² Rund 5,5 Millionen Menschen sind privat krankenversichert, das entspricht etwa 35 Prozent der Wohnbevölkerung. Finanziert wurden durch die privaten Krankenversicherungen im Jahr 1998 etwa 10,5 Mrd. NLG oder 16 Prozent der Gesamtausgaben (Vektis 1999).

Am anderen Ende des Wettbewerbskontinuums liegt die dritte Säule der Krankenversicherung in den Niederlanden. Die Zusatzversicherung unterliegt weitgehend frei dem Wettbewerb, demzufolge können Prämien und Leistungsumfang frei vertraglich vereinbart werden. Betroffen sind Leistungen für Pflichtversicherte, die im Leistungspaket des ZFW nicht oder nur unvollständig enthalten sind (vgl. Tabelle 3.13). Formal können nur private Krankenversicherungen diese Versicherungsform anbieten.⁵³ Gut 95 Prozent aller Pflichtversicherten haben 1998 in der einen oder anderen Form eine Zusatzversicherung abgeschlossen, allerdings ist das Leistungsvolumen mit knapp 1,5 Mrd. NLG oder gut zwei Prozent der Gesamtausgaben relativ bescheiden (Vektis 1999).

Damit ist bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass der regulierte Wettbewerb nur für einen Teil der niederländischen Krankenversicherung gilt. In Zahlen ausgedrückt waren im Jahr 1998 rund 9,9 Millionen Menschen in dieser Säule der Krankenversicherung versichert. Das entspricht einem Anteil von rund 63 Prozent der Wohnbevölkerung. Gleichzeitig wurden aber im Rahmen des Krankenkassengesetzes im gleichen Jahr rund 25 Mrd. NLG ausgegeben, das entspricht einem Anteil von nur gut 38 Prozent an den Gesamtausgaben (Vektis 1999).

⁵² Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass auch die privaten Krankenversicherungen einer extensiven Regulierung unterliegen. Diese orientiert sich aber nicht am Idealmodell Managed Competition.

⁵³ Im Abschnitt 4.1 wird gezeigt, wie die gesetzlichen Krankenkassen dieses Problem lösen.

Tabelle 3.10: Säulen der Krankenversicherung in den Niederlanden – Stand 1999

	Langzeitversorgung	Kurative Akutversorgung	Zusatzversorgung
Krankenversicherung	Volksversicherung AWBZ	Pflichtversicherung ZFW	freiwillige Versicherung
Art der Regulierung	Regierung reguliert Prämien, Preise und Angebot	Regulierter Wettbewerb	Freier Wettbewerb
Versicherungsträger	Regionale Einheitsversicherung	Öffentliche Krankenversicherungen	Private Krankenversicherungen
Finanzierung	10,25% Arbeitnehmer Lohngrenze 47.200 NLG staatlicher Zuschuss Selbstbeteiligung für Unterkunft und Verpflegung	6,35% Arbeitgeber (2000) 1,75% plus nominale Prämie Arbeitnehmer (2000) Lohngrenze 64.300 NLG staatlicher Zuschuss Ausgleichsbeitrag der privaten Krankenversicherungen	je nach Leistungsumfang und Vertrag
Leistungskatalog	Krankenhausversorgung und Rehabilitation über einem Jahr ambulante und stationäre Psychiatrie ambulante und stationäre Pflege ambulante und stationäre Versorgung behinderter Menschen Prävention	einheitliches Leistungspaket (funktionale Definition) Krankenhausversorgung ambulante Arztkonsultationen Geburtshilfe Medikamente mit Festbetragsregelung Heilmittel (begrenzt) Hilfsmittel zahnärztliche Leistungen für Jugendliche, präventive Maßnahmen für Erwachsene	Leistungen, die nicht oder nicht vollständig im gesetzlichen Leistungsumfang enthalten sind

Auf die Darstellung der Standardversicherung der privaten Krankenversicherung und der öffentlich-rechtlichen Krankheitskostenregelungen für Beamte wurde verzichtet.

Quellen: Ministerium für Gesundheit Gemeinwohl und Sport 1998; Müller 1999; Schut/van Doorslaer 1999; van de Ven 1999

In Tabelle 3.11 werden die Einnahmen und Ausgaben der Pflichtversicherung näher aufgeschlüsselt. Hauptposten auf der Einnahmenseite sind die Einnahmen aus der zentralen Kasse, die gemäss der Risikostruktur ihrer Versicherten auf die einzelnen Kassen verteilt werden. Die Einnahmen aus der zentralen Kasse für Leistungsausgaben und die für Verwaltungsausgaben werden getrennt ausgewiesen. Die zentrale Kasse finanziert sich zu zwei Drittel aus den einkommensabhängigen Prämien der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Ein weiteres knappes Drittel übernimmt die Regierung, insbesondere zur Krankenhausfinanzierung und zur Finanzierung präventiver Leistungen. Die Differenz wird durch die Ausgleichszahlungen der privaten Krankenversicherungen geschlossen, die wegen der Überrepräsentation älterer Versicherter in der Pflichtversicherung gesetzlich vorgeschrieben ist. Weiterer Posten auf der Einnahmenseite sind die nominalen Prämien der Versicherten, die allerdings nur rund sieben Prozent der Einnahmen finanzieren. Auf der Aus-

gabenseite stehen natürlich vor allem die Leistungsausgaben, wovon rund die Hälfte auf Krankenhausaussgaben entfallen, 18 Prozent auf Arzneimittel und nur 13 Prozent auf die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung (Vektis 1999). Die Verwaltungsausgaben entsprechen in etwa dem Niveau der deutschen Krankenkassen. Das Defizit für das Jahr 1998 macht deutlich, dass in diesem Jahr die nominale Prämie die Differenz zwischen den Einnahmen aus der zentralen Kasse und den Leistungs- und Verwaltungsausgaben nur unvollständig decken konnte.

Tabelle 3.11: Einnahmen und Ausgaben Krankenkassen nach ZFW 1998

	Absolut	In Prozent		absolut	In Prozent
Einnahmen			Ausgaben		
Nominale Prämie	1755	7,0			
Zentrale Kasse Leistungsausgaben	21991	87,9	Leistungsausgaben ^a	23839	95,3
Zentrale Kasse Verwaltungsausgaben	914	3,7	Verwaltungsausgaben	1178	4,7
Defizit	357	1,4			
Gesamt	25017	100	Gesamt	25017	

a Nettoausgaben nach Abzug der Selbstbeteiligungen der Versicherten.

Alle Angaben in Mio. NLG.

Quelle: Vektis 1999

3.2.2.2 Vergleich der Wettbewerbsordnung mit der des Idealmodells

Die ursprünglich formulierte Zielsetzung des Realmodells regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden erinnert stark an den Zielkatalog des Idealmodells Managed Competition mit den Dimensionen allokativer, produktiver und dynamischer Effizienz sowie der Berücksichtigung distributiver Aspekte. Als Metaziel für den strukturellen Umbau des Systems wurde in den Niederlanden die Schaffung eines Gesundheitssystems definiert, das den sozialen Charakter von Gesundheitsversorgung mit wirkungsvollen Mechanismen zur Garantie von Kosteneffektivität und Effizienz verbinden sollte. Diese Anforderung wurde weiter operationalisiert. Im Zentrum stand die Verbesserung der Substitution von Gesundheitsleistungen, die Beibehaltung oder Verbesserung der Versorgungsqualität, die Garantie des bedarfsgerechten Zugangs, die verbesserte Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch Wettbewerb, die Begrenzung öffentlicher Regulierung, Kostenkontrolle und die Beschränkung des Einflusses auf die Einkommensverteilung (Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs 1988). Die Ausgestaltung von Instrumenten und Anreizen zur Erreichung veränderte sich von der ursprünglichen Planung bis zur endgültigen Implementierung erheblich, bezog sich in den erwarteten Verhaltensänderungen der Akteure aber ausdrücklich auf die im vorherigen Abschnitt ausgeführten Verhaltensannahmen (Okma 1997c). Die inhaltliche Nähe der Zielsysteme

und die Identität der Verhaltensannahmen legt eine Prüfung auf die Ausgestaltung des Realmodells mit Instrumenten und Anreizen im Vergleich zum Idealmodell nahe.⁵⁴

3.2.2.2.1 Anreize

Zunächst werden die Anreize des regulierten Wettbewerbs mit denen des Idealmodells verglichen. Folgende Anreize sind im Idealfall Bestandteil der Wettbewerbsordnung:

- 1) Die Versicherungsträger tragen das volle finanzielle Risiko.

Das finanzielle Risiko der Krankenkassen in den Niederlanden wurde von Null vor Einführung des regulierten Wettbewerbs schrittweise auf 35 Prozent im Jahr 1999 erhöht. Dies bedeutet für die Krankenkassen eine erhebliche Umstellung, da zwischen 1941 und 1991 alle Ausgaben vollständig ex-post ausgeglichen wurden (van het Loo/Kahan et al. 1997). Die heute gültigen stellenweise hochkomplexen Ausgleichmechanismen werden in Tabelle 3.12 dargestellt. Danach sind drei Mechanismen in Kraft, die im nachhinein das finanzielle Risiko der einzelnen Krankenkassen vermindern. Der erste Mechanismus wurde eingeführt, um die Anreize für die Kassen zur Selektion besonders teurer Versicherter zu vermindern. Das Risk-Sharing gleicht damit die Ausgaben für einzelne Versicherte über der Schwelle von 7500 NLG (1999) zu 90 Prozent aus einem gemeinsamen Pool aus, um den das Budget vermindert wird. Dieser Mechanismus soll in der Zukunft gegebenenfalls modifiziert, aber grundsätzlich beibehalten werden. In einem zweiten Schritt wird durch die Anwendung des Nachkalkulationsprozentsatzes das finanzielle Risiko an die Möglichkeiten zur Beeinflussung der tatsächlichen Kosten gekoppelt. Da die Krankenkassen relativ wenig Einfluss auf Krankenhausinvestitionen und die Ausstattung mit an den an Krankenhäusern tätigen Fachärzten haben, ist für diese Leistungsausgaben der Ausgleich besonders hoch. Da aber angenommen wird, dass die Krankenkassen großen Einfluss auf die Entwicklung der Ausgaben für die ambulante Versorgung nehmen können, wird dieser Posten inzwischen nicht mehr ausgeglichen. Durch diese Art von Ausgabenausgleich wird ex-post eine Umverteilung von Kassen mit überdurchschnittlichem Ergebnis zu Kassen mit unterdurchschnittlichem Ergebnis vorgenommen. Das gilt auch für die abschließende Anwendung des Ausgleichsprozentsatzes, der seit 1992 erheblich reduziert wurde. Dieser Mechanismus soll die Effektivität der unten noch anzusprechenden Ausgleichsformel für die risikoabhängigen Kopfpauschalen widerspiegeln. Je besser die prospektive Ausgleichformel das tatsächliche Ausgabevolumen der Versicherten darstellt, desto mehr soll dieser abschließende Ausgleichsmechanismus reduziert werden. Das finanzielle Risiko der Krankenkassen errechnet sich aus dem Restrisiko nach Berücksichtigung der drei Ausgleichsmechanismen (Ministerium für Gesundheit Gemeinwohl und Sport 1998).

⁵⁴ Als Anreize werden diejenigen Bestandteile der Wettbewerbsordnung bezeichnet, die für alle Marktakteure gleich sind und von ihnen nicht beeinflusst werden können. Allen Akteuren werden zwar auch die gleichen Instrumente zur Verfügung gestellt, die allerdings von den Akteuren in unterschiedlicher Weise zur Positionierung am Markt genutzt werden können.

Tabelle 3.12: Ausgabenausgleich und finanzielles Risiko der Krankenkassen

Jahr	Risk sharing	Ausgleichs- prozentsatz	Nachkalkulationsprozentsatz				Finanzielles Risiko
			Ambulante Ausgaben ^a	KH varia- bel ^b	Fachärzte	KH fix ^b	
1991	-	-	100%				0%
1992	-	95%	100%				0%
1993	-	90%	75%				3%
1994	-	90%	75%				3%
1995	-	90%	75%				3%
1996	-	60%	50%	50%	50%/95% ^c	95%	15%
1997	90% über 4500 NLG ^d	30%	25%	25%	25%/95% ^c	95%	27%
1998	90% über 4500 NLG	30%	15%	25%	95%	95%	29%
1999	90% über 7500 NLG	30%	0%	25%	95%	95%	35%

a Ausgaben für Hausärzte, Arznei- und Hilfsmittel.

b Die Ausgaben für Krankenhäuser werden seit 1996 in einen variablen Teil (produktionsgebundene Kosten) und einen fixen Teil (Kapitalkosten) aufgeteilt.

c Die Ausgaben für angestellte und freiberuflich tätige Fachärzte werden seit 1998 einheitlich budgetiert. Bis dahin war die Erfassung nicht einheitlich, da die Ausgaben für freiberuflich tätige Fachärzte den übrigen Ausgaben und die für die angestellten Ärzte teilweise den fixen und teilweise den variablen Krankenhausausgaben zugeordnet waren.

d Summe der variablen Krankenhauskosten und der Ausgaben für übrige Leistungen.

Verwaltungskosten werden bereits seit 1984 getrennt ohne ex-post Ausgabenausgleich budgetiert.

Quelle: Okma/Poelert 1999; van Vliet/Lamers et al. 1999

2) Die Versicherungsträger finanzieren sich über risikoabhängige Kopfpauschalen.

Das Verfahren zur Berechnung der prospektiven risikoabhängigen Kopfpauschalen ist analog zu der Berechnung des Ausgabenausgleichs vergleichsweise komplex. Zunächst legt die Regierung in Abstimmung mit Krankenkassen und Leistungsanbietern das Gesamtbudget der Leistungsausgaben fest. Dazu gehören auch Richtlinien, auf welche Art und Weise das Budget auf die einzelnen Kassen verteilt werden soll. Nach diesen Richtlinien verteilt das College voor Zorgverzekeringen (CVZ) aus einer zentralen Kasse prospektiv die einkommensabhängigen Prämien auf die einzelnen Krankenkassen.⁵⁵ Diese landesweit einheitlichen Prämien werden einschließlich Arbeitnehmeranteil von den Arbeitgebern an das CVZ überwiesen. Das CVZ teilt den einzelnen Kassen mit, mit welchem Budget sie gemäß der Risikostruktur ihrer Versicherten für das Folgejahr rechnen können. Erst dann können die Kassen die nominalen Prämien kalkulieren, die direkt von den Versicherten eingezogen werden.

Dieser Mechanismus ist zentraler Bestandteil der Wettbewerbsordnung. Einerseits haben die risikobezogenen Kopfpauschalen die Aufgabe, die Anwendung von Risikoselektion für die Krankenkassen unattraktiv zu machen. Andererseits stellt die nominale Prämie den zentralen preislichen

⁵⁵ Das CVZ ist am 1.1.1999 aus dem Ziekenfondsraad (ZFR) hervorgegangen.

Wettbewerbsparameter für die Kassen dar, mit dem sie untereinander um die Versicherten in Wettbewerb treten können. Es wird angenommen, dass je wirtschaftlicher eine Krankenkasse arbeitet, desto geringer die Differenz zwischen den Einnahmen aus der zentralen Kasse und den gesamten Ausgaben für Leistungsanbieter und Verwaltung ist. Damit kann die nominale Prämie klein gehalten werden. Ergänzend sollen die ex-post Ausgabenausgleiche Mängel in der Wettbewerbsordnung kompensieren.

Ähnlich wie die Berechnung des Ausgabenausgleichs wurde auch die Berechnung der risikobezogenen Kopfpauschalen seit Einführung des regulierten Wettbewerbs kontinuierlich von der Regierung angepasst (van Vliet/Lamers et al. 1999). Mittlerweile sind die Parameter Alter, Geschlecht, Region und Status der Erwerbsfähigkeit in die Ausgleichsformel aufgenommen worden. Jeder dieser Ausgleichsparameter wird noch in weitere Gruppen unterteilt und jede dieser Abstufungen wird gewichtet.⁵⁶

3) Die Versicherungsträger bieten ein standardisiertes Leistungspaket an.

Das von den Krankenkassen angebotene Leistungspaket im Rahmen des ZFW ist standardisiert. Eine Abweichung nach unten ist nicht möglich, eine Abweichung nach oben nur durch das Angebot von Zusatzversicherungen. Die Entscheidung darüber, welche Leistungen in das Leistungspaket aufgenommen werden sollen und welche nicht, obliegt der Regierung. Nach Beratungen mit den Betroffenen entscheidet das Gesundheitsministerium, welche Leistungen die Krankenkassen finanzieren dürfen und welche Anbieter für die Erbringung der Leistungen autorisiert sind. Diese relativ allgemein gehaltenen Direktiven unterliegen allerdings noch einem geringen Gestaltungsspielraum durch die Krankenkassen (France/Hermanns 1998). Die gesellschaftliche Diskussion um Prozeduren zur Entscheidungsfindung über den Umfang der Leistungen im Basispaket war und ist in den Niederlanden sehr kontrovers. Seit Einführung des regulierten Wettbewerbs wurden auf der Grundlage dieses Verfahrens eine Reihe von Leistungen aus dem Basispaket aus- und in die Zusatzversicherung eingegliedert. Tabelle 3.13 gibt einen Überblick über den Zeitpunkt der Ausgliederung und die Art der Leistung, die ausgliedert wurde.⁵⁷

⁵⁶ Eine einfache Beispielrechnung soll dieses Verfahren illustrieren. Zunächst wird das Gesamtleistungsbudget durch die Anzahl der versicherten Personen geteilt. Danach hat eine versicherte Person mit durchschnittlichem Risikoprofil für das Jahr 1999 Ausgaben von 980 NLG. In unserem Beispiel wird die Kopfpauschale für einen 36jährigen männlichen Facharbeiter berechnet, der in Rotterdam lebt. Damit fällt er in die Altersgruppe 35-39 männlich, die mit dem Faktor 0,649 gewichtet wird. Anders formuliert wird angenommen, dass Männer in dieser Altersgruppe 64,9 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben verursachen. Als Beschäftigter fällt er zudem in die Kategorie „Beschäftigt oder im vorzeitigen Ruhestand, Versicherte und Mitversicherte“ in der Alterskategorie 35-44. Diese Risikokategorie wird mit 0,8305 gewichtet. Wird unser Beispielversicherter arbeitslos, erhöht sich die Gewichtung auf 0,9972. Abschließend wird noch der Wohnort gruppiert, der sich in diesem Fall in einer Region mit sehr hoher Bevölkerungsdichte befindet, in dem die Gewichtung 1,0151 beträgt. Zieht der Versicherte in eine dörfliche Region in Friesland um, reduziert sich dieser Faktor auf 0,9542. Die Krankenkassen unseres Versicherten erhält damit für ihn im Jahr 1999 rund 536 NLG: $980 \text{ NLG} \text{ Durchschnittsausgaben} \cdot 0,649 (\text{Alter/Geschlecht}) \cdot 0,8305 (\text{Erwerbsstatus}) \cdot 1,0151 (\text{Region})$; alle Details nach Okma/Poelert 1999.

⁵⁷ Als einzige zusätzliche Leistung wurde eine Krebsvorsorgeuntersuchung für Frauen zwischen 30 und 60 Jahren in den Leistungskatalog aufgenommen. Die angestrebte Ausgliederung der künstlichen Befruchtung, der

Tabelle 3.13: Ausgliederungen von Leistungen aus dem standardisierten Leistungskatalog

Jahr	Art der Leistung
1991	Kosmetische Operationen
1993	Brillen und Kontaktlinsen
1995	Nicht verschreibungspflichtige Medikamente (insbesondere homöopathische und anthroposophische Mittel)
1995	Zahnärztliche Versorgung für Erwachsene über 18 Jahren
1996	Beschränkung der physiotherapeutischen Leistungen auf neun Behandlungen p. a. (bei chronischen Erkrankungen unbegrenzte Erstattung)
1996	Zahnärztliche Versorgung für Erwachsene über 17 Jahren
1999	Rationierung von Hilfsmitteln

Quelle: van het Loo/Kahan et al. 1997; van der Grinten/Kasdorp 1999

4) Neue Marktteilnehmer haben freien Marktzutritt.

Neue Marktteilnehmer auf der Seite der Versicherungsträger haben freien Marktzutritt. So dürfen private Krankenversicherungen seit 1992 neue Krankenkassen gründen und auch Arbeitgeber dürfen Betriebskrankenkassen gründen, die allerdings zwingend für Nicht-Beschäftigte geöffnet sein müssen (van de Ven 1999). Auf der Angebotsseite wurde ebenfalls 1992 die Niederlassungsfreiheit für Hausärzte eingeführt, allerdings wird das Angebot durch restriktive Zulassungsbeschränkungen zum Studium knapp gehalten (van der Zee 1999). Der Marktzutritt für Fachärzte wird noch weitergehend eingeschränkt, da die Fortbildung zum Facharzt durch die medizinischen Fachgesellschaften organisiert und ebenfalls knapp gehalten wird.

5) Alle Marktteilnehmer unterliegen einer wirkungsvollen Wettbewerbspolitik.

Sämtliche Marktteilnehmer unterliegen seit 1998 einem neuen restriktiveren Wettbewerbsgesetz und der Regulierung der im gleichen Jahr neu gegründeten Wettbewerbsbehörde NMA (Nederlandse Mededingingsautoriteit). Grundsätzlich unterliegen die Krankenkassen und Leistungsanbieter mit einigen Ausnahmen dem Wettbewerbsgesetz.

6) Alle Versicherten haben Wahlfreiheit unter den Versicherungsträgern.

Zu relativ weitgehenden Veränderungen kam es im Jahr 1992 in bezug auf das Tätigkeitsgebiet der Krankenkassen. Bis zu diesem Zeitpunkt war jeder Krankenkasse ein regionales Tätigkeitsgebiet zugewiesen worden. Das hatte zur Folge, dass maximal zwei bis drei Krankenkassen für die Versicherten zur Wahl standen und auch das nur in Grenzgebieten zwischen zwei Regionen. Regionale Monopole waren die Regel, damit bestand keine Wahlmöglichkeit für die Versicherten, die aller-

langfristigen Psychotherapie, des Transportes durch Taxis und der Sprachtherapie scheiterte am politischen Widerstand politischer Parteien und von Interessengruppen (van der Grinten/Kasdorp 1999).

dings landesweit die gleiche Prämie bezahlen. Mit der Aufhebung der regionalen Tätigkeitsbeschränkung wurden den Kassen erlaubt, landesweit tätig zu sein. Nahezu alle Altkassen nahmen dann auch die landesweite Tätigkeit in ihre Satzung auf, für neu gegründete Kassen gilt das automatisch. Für die Versicherten bedeutet diese Veränderung die unbeschränkte Wahlfreiheit zwischen alten und neuen Kassen, die jährlich ausgeübt werden kann. Allerdings wird dieser Prozess nicht von einem Sponsor organisiert, der Wechsel erfolgt direkt über die Krankenkassen.

- 7) Die Versicherten werden über Preise und Qualität der Leistungen informiert, im Idealfall durch einen Sponsor.

Da im Realmodell regulierten Wettbewerbs insgesamt kein Sponsor vorgesehen ist, fällt auch die Information der Versicherten über Preis und Qualität anderen Akteuren zu. Hier sollen sich insbesondere Patienten- und Konsumentenorganisationen profilieren, die für diese Aufgabe vom Gesundheitsministerium finanziell gefördert werden.

- 8) Ein Teil der Gesundheitsleistungen wird über Selbstbeteiligungen der Versicherten finanziert.

Selbstbeteiligungen für die Versicherten wurden erst im Jahr 1997 eingeführt. Danach unterlagen Pflichtversicherte einer allgemeinen Selbstbeteiligung von 20 Prozent der Kosten, allerdings beschränkt auf 200 NLG p.a. für Beschäftigte bzw. 100 NLG für Empfänger von Lohnersatzleistungen und Sozialhilfe. Eine Reihe von Leistungen waren zudem von der Selbstbeteiligung ausgenommen, insbesondere Besuche beim Hausarzt, Leistungen während der Schwangerschaft und zahnärztliche Vorsorgeleistungen. Für Krankenhausleistungen ist eine Selbstbeteiligung für Unterbringung und Verpflegung angesetzt. Der Anstieg der Belastungen für die Versicherten durch die Selbstbeteiligung wurde teilweise durch eine Reduzierung der nominalen Prämie reduziert. Gültig war die Selbstbeteiligung allerdings nur für die Jahre 1997 und 1998, danach wurde sie wieder abgeschafft.⁵⁸

3.2.2.2 Instrumente

Nach der Untersuchung der Anreize werden jetzt die Instrumente im Realmodell regulierten Wettbewerbs untersucht. Die Instrumentierung der Krankenkassen spielt insofern eine zentrale Rolle in der Wettbewerbsordnung, als dass ohne die Möglichkeit zur Beeinflussung der Versorgungsstruktur der regulierte Wettbewerb ein weitgehend wirkungsloses Steuerungsinstrument bleibt. Im Idealfall verfügen die Versicherungsträger über folgende Instrumente:

- 1) Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen einschließlich des Aufbaus finanzieller Reserven für Investitionen

⁵⁸ Zu den Gründen hierfür und den Auswirkungen der Selbstbeteiligung vgl. Abschnitt 5.1.1

Der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen ist faktisch dadurch eingeschränkt, dass als preislicher Wettbewerbsparameter seit 1993 nur die nominale Prämie zur Verfügung steht und der einkommensabhängige Beitrag weiterhin landesweit einheitlich festgelegt ist. Die nominale Prämie macht im Vergleich zum einkommensabhängigen Beitrag nur einen sehr geringen Anteil bei der Gesamtfinanzierung der Krankenkassen aus. Im Vergleich zu der Situation vor der Einführung des regulierten Wettbewerbs ist die Möglichkeit zum Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen damit zwar deutlich gestiegen, im Vergleich zum Idealmodell lässt die Instrumentierung in dieser Hinsicht noch deutliche Gestaltungsspielräume. Finanzielle Reserven dürfen die Krankenkassen nicht nur bilden, sie müssen sogar acht Prozent der jährlichen Leistungsausgaben als Liquiditätsreserve halten.⁵⁹

2) Gelegenheit zur selektiven Vertragsgestaltung mit Leistungsanbietern

Ähnliches gilt für die Möglichkeit der Krankenkassen mit Leistungsanbietern selektiv zu kontrahieren. Bis 1993 unterlagen die Kassen einem Kontrahierungszwang mit allen zugelassenen Anbietern. Seit 1994 ist dieser Zwang für Vertragsabschlüsse mit einzelnen Anbietern aufgehoben, für institutionelle Anbieter wurde er aber beibehalten. Damit können die Krankenkassen jetzt individuell entscheiden, ob sie beispielsweise mit individuellen Hausärzten, Fachärzten oder Physiotherapeuten Verträge abschließen wollen oder nicht. Für Krankenhäuser besteht weiterhin Kontrahierungszwang.

3) Leistungswettbewerb unter Krankenkassen

Der Leistungswettbewerb zwischen Krankenkassen ist im Gegensatz zum Idealmodell nur sehr eingeschränkt möglich. Erstens dürfen formal die Krankenkassen keine Zusatzversicherungen anbieten, zweitens ist der Umfang der nicht im Basispaket enthaltenen Leistungen vergleichsweise gering.⁶⁰

4) Preiswettbewerb zwischen den Anbietern

Seit 1992 ist in eingeschränktem Umfang der Preiswettbewerb zwischen Anbietern möglich. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden sämtliche Honorare und Tarife von der Regierung bzw. der Tarifbehörde COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) festgelegt.⁶¹ Kassen und Anbieter hatten in dieser Hinsicht nach Festlegung der Tarife keinerlei Gestaltungsspielraum. Inzwischen beschränken sich Regierung und COTG drauf, Maximaltarife festzulegen, von denen in den indivi-

⁵⁹ Dieser Anteil bezieht sich sinnvollerweise nur auf diejenigen Leistungsausgaben, für die die Krankenkassen das finanzielle Risiko tragen.

⁶⁰ Als Leistung von qualitativ und quantitativ höchster Bedeutung dürfte die zahnärztliche Versorgung für Erwachsene anzusehen sein.

⁶¹ Die Festlegung der Maximaltarife erfolgt analog der Festlegung der Budgets in einem komplizierten Prozess mit dem Gesundheitsministerium und der COTG als zentralen Akteuren unter Beteiligung der Verbände von Anbietern und Krankenkassen.

duellen Verträgen nach unten abgewichen werden kann.⁶² Damit soll einerseits die Verantwortung für die Kostenkontrolle nicht ganz an die Kassen delegiert werden, andererseits soll den Kassen Gelegenheit zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven gegeben werden.

5) Vertikale Integration mit Leistungsanbietern

Die im Idealmodell Managed Competition vorgesehene Möglichkeit zur vertikalen Integration von Leistungsanbietern und Versicherungsträgern ist erst seit 1998 eingeschränkt möglich. Seitdem dürfen die Krankenkassen eigene Apotheken unterhalten.

3.2.2.2.3 Bewertung

In Tabelle 3.14 wird die Ausgestaltung des regulierten Wettbewerbs mit Anreizen und Instrumenten abschließend zusammengefasst. Bei der Übersicht wird deutlich, dass sich die Veränderung der Anreize relativ weit dem Idealmodell angenähert hat. Nachholbedarf besteht insbesondere in der Erhöhung des finanziellen Risikos und bei der Information der Versicherten. Nur empirisch lässt sich die Frage beantworten, in welcher Art und Weise die Aufgaben des Sponsors von einer Vielzahl von Akteuren wahrgenommen werden können. Erheblicher Nachholbedarf besteht in der Instrumentierung. Besonders in diesem Teil der Wettbewerbsordnung hat sich die Regierung eine Reihe von Einflussmöglichkeiten vorbehalten. Der Preiswettbewerb sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Anbietern ist in nur sehr eingeschränktem Ausmaß möglich. Gleiches gilt für die Möglichkeiten der Kassen zur selektiven Vertragsgestaltung und zur vertikalen Integration mit Leistungsanbietern. Der Leistungswettbewerb durch das Angebot von Zusatzversicherungen ist ebenfalls von vorneherein stark eingeschränkt. Aus der Perspektive des Idealmodells bestehen demzufolge Zweifel an den Erfolgsaussichten der Reformen.⁶³ Werden die Reformen allerdings aus der Perspektive des Status Quo Ante betrachtet, so wurden erhebliche strukturelle Veränderungen durchgeführt, die das Verhältnis zwischen den zentralen Akteuren im Gesundheitssystem der Niederlande wesentlich verändern. Die empirische Analyse der Reformeffekte in den nächsten Abschnitten wird zeigen, in welchem Umfang die Veränderung der Anreize und Instrumente tatsächlich zu Verhaltensänderungen im Sinne der Verhaltensannahmen des Idealmodells Managed Competition geführt haben.

Aus der Perspektive ökonomischer Wettbewerbstheorie ist eine Einordnung des Realmodells regulierten Wettbewerbs schwer möglich. Während das Idealmodell sich noch deutlich am Leitbild der neoklassischen Gleichgewichtstheorie orientiert, ist diese Orientierung in der tatsächlichen

⁶² Ohne Zustimmung der COTG tritt in den Niederlanden kein Tarif in Kraft. Insgesamt gibt es elf Kategorien ambulanter Anbieter. Für die Hausärzte als eine Kategorie gab es im Jahr 1995 nur zehn Tarife für verschiedene Leistungen, dagegen 2000 für Fachärzte (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg 1995).

⁶³ In diesen Zusammenhang passt die ironische Bemerkung eines US-amerikanischen Beobachters, der die Niederlande zu Beginn des Jahres 1995 besuchte (Hervorhebung im Originalzitat): "The Dutch experience is occasionally cited as an example of a worldwide move to some version of an 'internal market'. It seems more accurate to say that Holland is an example of some policymakers' **yearning** for such arrangements, rather than of actually developing and implementing them (White 1995: 1)."

Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung in den Niederlanden allenfalls in der allerdings relativ allgemein gehaltenen Zielsetzung der Reformen zu erkennen. Insbesondere der hohe Einfluss der öffentlichen Regulierung hinsichtlich der Planung von Kapazitäten sowie der Festsetzung von Preisen und Budgets schränkt den Handlungsspielraum der Marktakteure von vorneherein erheblich ein. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die Installierung einer Wettbewerbsbehörde auf der Grundlage eines relativ stringenten Wettbewerbsgesetzes die Handlungsorientierung am Leitbild der vollkommenen Konkurrenz verstärken wird. Von zusätzlichem Interesse dürfte sein, in welchem Umfang insbesondere die Versicherten von dem ihnen neu zustehenden Recht auf Abwanderung (Exit) Gebrauch machen.

Tabelle 3.14: Anreize und Instrumente im regulierten Wettbewerb

Instrumente und Anreize	Bewertung
Anreize	Gesamtbewertung: ++O
Finanzielles Risiko	+OO
Risikoabhängige Kopfpauschalen	+++
Einheitliches Leistungspaket	+++
Freier Marktzugang	+++ (Krankenkassen) +OO (Haus- und Fachärzte)
Wettbewerbspolitik	+++
Wahlfreiheit für Versicherte	+++
Information der Versicherten	+OO
Sponsor	OOO (Aufgaben des Sponsors werden durch Regierung, COTG, CVZ und Patientenorganisationen wahrgenommen)
Selbstbeteiligung für Versicherte	+OO (in den Jahren 1997 und 1998) OOO (bis einschl. 1996 und ab 1999)
Instrumente	Gesamtbewertung: +OO
Preiswettbewerb Krankenkassen	+OO
Preiswettbewerb Anbieter	+OO
Leistungswettbewerb Krankenkassen	+OO
Selektive Vertragsgestaltung	+++ (individuelle Anbieter) OOO (institutionelle Anbieter)
Vertikale Integration	+++ (Apotheken) OOO (alle anderen Anbieter)

+++ vollständig erfüllt

++O überwiegend erfüllt

+OO überwiegend nicht erfüllt

OOO nicht erfüllt

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Schut/van Doorslaer 1999

4 Allokative Effekte

In diesem Abschnitt werden die Verhaltensannahmen sowohl des Idealmodells Managed Competition als auch des Realmodells regulierten Wettbewerbs einem empirischen Test unterzogen. Erstens wird untersucht, ob und wenn ja in welcher Art und Weise die Versicherungsträger untereinander mit den Parametern Preis, Leistung und Qualität untereinander konkurrieren und dabei der Aufbau oder die Beibehaltung von Monopolmacht verhindert wird. Zweitens wird gefragt, ob und in welcher Weise die Versicherten ihr Wahlrecht unter den Versicherungsträgern ausüben und welche Gründe sie für ihre Wahlentscheidungen angeben. Drittens wird evaluiert, ob und in welchem Umfang unwirtschaftlich arbeitende Leistungsanbieter durch die Überwachung und Kontrolle der Versicherungsträger zu wirtschaftlicherem Verhalten angereizt werden. Mit anderen Worten wird überprüft, ob die Anreize und die Instrumente der Wettbewerbsordnung in den Niederlanden zu den erwarteten Verhaltensänderungen der zentralen Akteure geführt haben und ob dadurch die erwarteten Effekte auf die Wettbewerbsziele allokativer, produktiver und dynamischer Effizienz eingetreten sind.⁶⁴

Systematisch wird unterscheiden in Auswirkungen auf das Verhalten der Akteure auf dem Markt für Krankenversicherungen und in Auswirkungen auf das Verhalten der Akteure auf dem Markt für Leistungsanbieter. Aus den empirischen Erkenntnissen werden anschließend die zentralen Ursachen für erwartete und vor allem für die nicht erwarteten Verhaltensänderungen und Folgen für die zukünftige Regulierung destilliert. Dazu wurden nicht nur eine Reihe von Experteninterviews geführt und Evaluationen einzelner Reformelemente durch niederländische WissenschaftlerInnen ausgewertet, sondern wird auch Bezug auf eine repräsentative Befragung niederländischer HausärztInnen genommen. Die Einschätzungen dieser Gruppe von Leistungsanbietern sind wegen ihrer zentralen Stellung innerhalb des niederländischen Gesundheitssystems von besonderem Interesse.

4.1 Effekte auf den Markt für Krankenversicherungen

Durch den Entzug der regionalen Monopolstellung, die Möglichkeit zur landesweiten Tätigkeit der Krankenkassen und die Wahlfreiheit der Versicherten wurde für die Krankenkassen eine strategisch völlig neue Situation geschaffen. Mit den Worten zweier intimer Kenner der Szene wurde versucht, in den Kassen einen Paradigmenwechsel von der Vorherrschaft öffentlicher Verwaltung hin zu privatwirtschaftlich orientiertem Management herbeizuführen (Okma/de Roo 1998). Während der gesamten Nachkriegszeit konnten die Kassen als Verwalter lizenzierter Organisationen mit garantierter Finanzierung und gesetzlich geschützten Monopolen handeln. Strategische Entscheidungen wurden durch die Regierung bzw. von der Regierung eingesetzten Organisationen

⁶⁴ Im Abschnitt 5 wird untersucht ob und in welcher Weise es gelungen ist die distributiven Ziele zu erreichen.

getroffen. Die Verantwortung für grundlegende Probleme konnte konsequenterweise an diese übergeordnete Institutionen delegiert werden.

Die Implementation der Reformen dagegen bedeutete wachsende Unsicherheit über Einnahmen und Marktanteile. Die Manager der Krankenkassen, die bislang in hohem Ausmaß auf Sicherheit setzen konnten, sahen sich schrittweise implementierten unternehmerischen Risiken gegenüber. Durch die Aufhebung der regionalen Monopole konnten neue Marktteilnehmer als Konkurrenten in den Markt eintreten. Das nach und nach erhöhte finanzielle Risiko brachte die Notwendigkeit mit sich, Verluste zumindest in Teilen selbst zu tragen und nicht auf Dritte abwälzen zu können. Stattdessen wurde angenommen, dass sich die Kassen nun aktiv um die Aufdeckung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Anbietern bemühen würden und mit den Parametern Preis, Leistung und Qualität um Versicherte konkurrieren. Die Erfahrung seit Einführung der Reformen hat gezeigt, dass die erste Reaktion der Krankenkassen allerdings zunächst eine andere gewesen ist. Es setzte ein rasanter und bis heute weder quantitativ noch qualitativ völlig abgeschlossener Fusionsprozess ein. Nach der Untersuchung dieses Prozesses werden der Preis-, Leistungs- und Qualitätswettbewerb sowie dem Wechselverhalten der Versicherten untersucht.

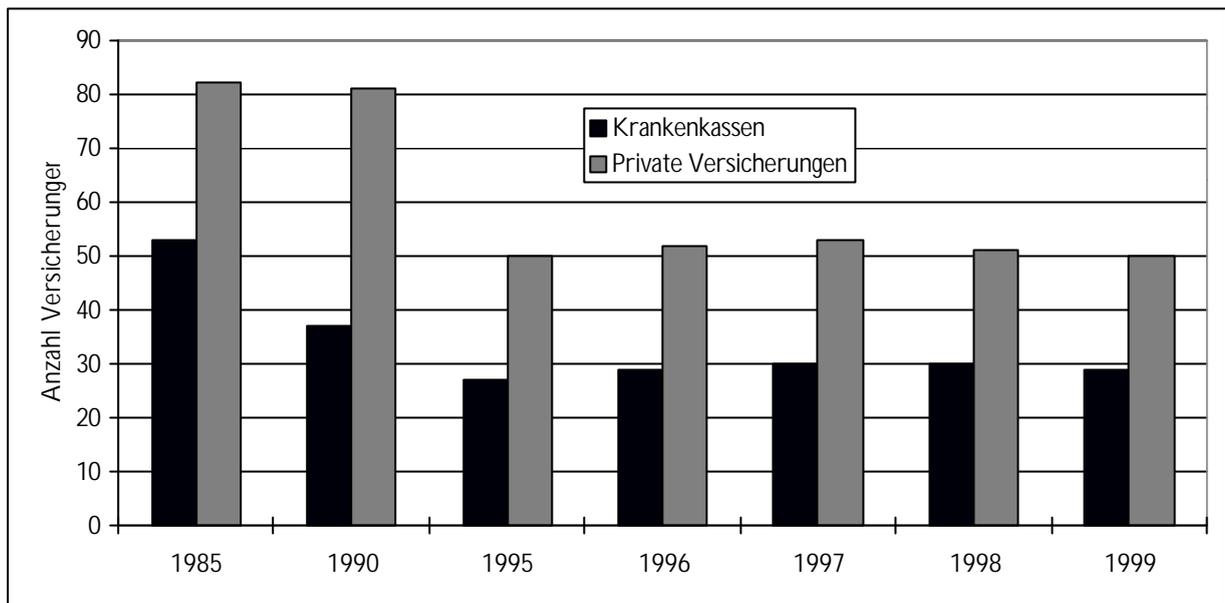
4.1.1 Konzentration

Der Konzentrationsprozess auf dem Markt für Krankenversicherungen verlief in zwei Wellen. In der ersten Welle schlossen sich Krankenkassen untereinander zusammen und gingen außerdem intensive Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen ein. Zudem fusionierten private Krankenversicherungen untereinander und gründeten neue gesetzliche Krankenversicherungen. Dieser Konzentrationsprozess ist weitgehend abgeschlossen. In der zweiten Welle gingen die bereits fusionierten Unternehmen formale und informale Kooperationen mit Unternehmen aus anderen Zweigen der Sozialversicherung ein. Diese zweite Konzentrationswelle bezieht ihre strategische Begründung aus der Privatisierung insbesondere der Krankengeldversicherung. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen und wird voraussichtlich auf absehbare Zeit noch andauern.

4.1.1.1 Die erste Konzentrationswelle

Einen ersten empirischen Anhaltspunkt für das Ausmaß des Konzentrationsprozesses auf dem Markt für Krankenversicherungen gibt Abbildung 4.1. Es wird deutlich, dass sich die Zahl sowohl der privaten als auch der öffentlichen Krankenversicherungen zwischen 1985 und 1995 um mehr als ein Drittel reduziert hat. Interessanterweise setzte dieser Prozess bei den Krankenkassen bereits vor 1990 ein. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurde damit die erst 1992 tatsächlich erfolgte landesweite Öffnung der Kassen antizipiert. Seit 1995 bleibt die Zahl der beiden Kassenarten relativ konstant. Während sich auf der einen Seite eine Reihe von Krankenkassen zusammenschlossen, gab es bis 1999 auf der anderen Seite insgesamt neun Neugründungen, davon sieben durch private Krankenversicherungen sowie eine Betriebskrankenkasse durch den Konzern Akzo Nobel (Schut/Hassink 1999).

Abbildung 4.1: Anzahl Krankenkassen und private Versicherungen 1985 bis 1999



Quelle: Vektis 1999

Bei einer genaueren Betrachtung der Marktstruktur wird darüber hinaus klar, dass der Konzentrationsprozess zur Bildung einer Reihe von wenigen Krankenkassen mit sehr vielen Mitgliedern bzw. sehr hohen Marktanteilen geführt hat. Tabelle 4.1 zeigt, dass bei einem Markt von insgesamt 10 Millionen Versicherten acht Krankenkassen einen Anteil von über 500.000 Versicherten haben. Noch 1986 hatte keine einzige Krankenkasse mehr als 500.000 Versicherte. Die privaten Krankenversicherungen haben weniger Mitglieder pro Unternehmen, allerdings ist der Markt mit rund 5 Millionen Versicherten auch deutlich kleiner.

Tabelle 4.1: Größe der Krankenkassen und privaten Versicherungen nach Anzahl der Mitglieder 1985 und 1998

	Krankenkassen		Private Versicherungen	
	1986	1998	1986	1998
>500	-	8	-	1
400-500	4	3	1	3
300-400	8	3	1	3
200-300	5	2	3	3
100-200	15	2	13	8
<100	16	10	57	30
Gesamt	48	30	75	48

Quelle: Vektis 1999

Noch differenzierter wird das Bild, wenn die Marktführer im Hinblick auf die Marktanteile untersucht werden. Dies geschieht in Tabelle 4.2 nicht nur für die Marktanteile auf dem Markt für Pflichtversicherungen, sondern auch für die Marktanteile auf dem Markt für Privatversicherungen.

Diese Untersuchung berücksichtigt die Tatsache, dass Krankenkassen zwar formal nicht mit privaten Krankenversicherungen fusionieren können. Allerdings sind sehr enge Kooperationen bis hin zu engster personeller Verflechtung die Regel. Nahezu jede Krankenkasse ist demzufolge mit mindestens einer privaten Krankenversicherung fest verbunden.⁶⁵ Die Motive hierfür liegen nach Angaben der gemeinsamen Spitzenorganisationen der beiden Versicherungsarten vor allem darin, dass beide Seiten von einer erhöhten Kooperation profitieren können. Die Krankenkassen können danach vom Know-how der privaten Krankenversicherungen insbesondere im Bereich Marketing und Vertrieb profitieren, während sich für die privaten Krankenversicherungen neue Vertriebskanäle öffnen. Die Krankenkassen sind darüber hinaus auf privatrechtliche Partner angewiesen, um ihren Pflichtversicherten Leistungen der Zusatzversicherung anbieten zu können. Außerdem können sowohl Krankenkassen als auch private Versicherungen durch die Kooperationen auf politische Entscheidungen flexibel reagieren (Vektis 1999). Wenn nicht formal, so ist doch faktisch eine deutlich erkennbare Konvergenz zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen festzustellen (Hermans/Tiems 1997).

Tabelle 4.2: Anzahl Versicherte und Marktanteile Krankenversicherungen 1997

Unternehmen	Versicherte	Gesamtanteil	Krankenkassen	Privat
Achmea	2,6	17	15	23
AZA	1,8	12	17	2
CZ	1,8	12	12	10
VGZ	1,7	11	13	9
Nuts-Ohra	1,4	9	4	20
Amicon	1,2	8	10	2
ASR	1,1	7	8	4
Zusammen	11,9	77	80	71

Die Anzahl der Versicherten enthält die Summe von Pflichtversicherten und privat Versicherten in Millionen; Stand der Marktanteile 1.7.1997. Fusionen danach sind bereits berücksichtigt.

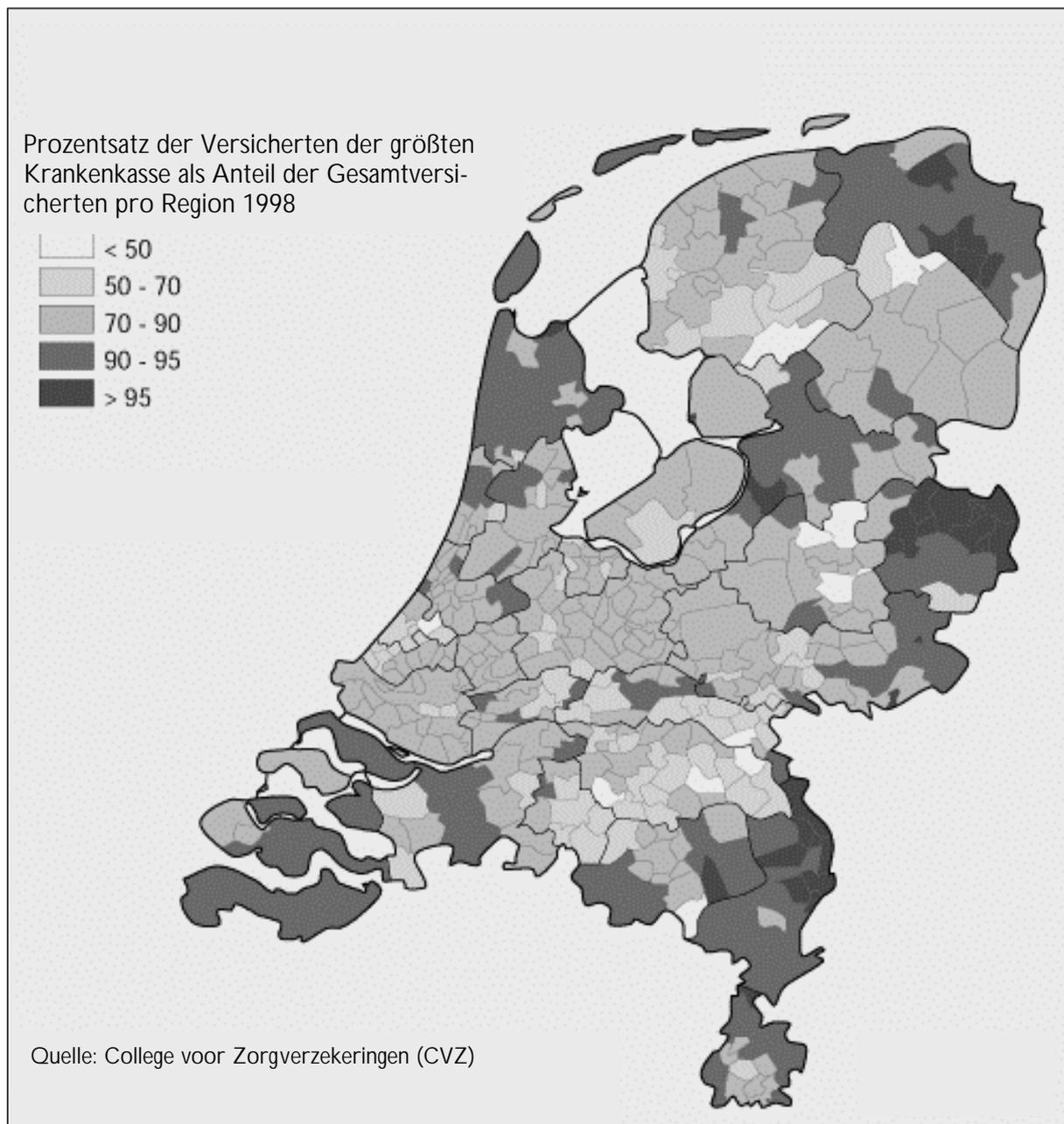
Quelle: Okma 1999b; van den Hauten 1999a; Vektis 1999

Die sieben größten Versicherungsträger haben auf dem Markt für Pflichtversicherungen einen Anteil von 80 Prozent. Noch höher sind die Marktanteile, wenn sie auf Regionen bezogen werden. Bis 1992 waren den Krankenkassen regionale Monopole zugewiesen gewesen. Die vormaligen regionalen Monopolisten sind heute noch immer regionale Marktführer.⁶⁶

⁶⁵ Diese Kooperationen haben ihre Wurzeln schon weit vor der Einführung des regulierten Wettbewerbs. Davor wollten die Krankenkassen ihren Versicherten eine lückenlose Betreuung garantieren, wenn sie die Lohngrenze überschritten und damit zwingend zur privaten Versicherung wechseln mussten. Seit Einführung des regulierten Wettbewerbs sind diese Kooperationen allerdings erheblich intensiviert worden.

⁶⁶ Der Marktanteil der regionalen Marktführer lag in der überwiegenden Zahl aller Regionen nach Angaben des CVZ bei über 90 Prozent, in nur wenigen Regionen war ein Anteil von unter 70 Prozent festzustellen. Zu diesem Zeitpunkt waren demzufolge die regionalen Monopole formal zwar aufgehoben, blieben aber faktisch weiterhin existent.

Abbildung 4.2: Regionale Marktanteile der Krankenkassen 1998



Noch nicht eindeutig zu bestimmen ist, welche Folgen diese erste Konzentrationswelle für den Krankenversicherungsmarkt haben wird.⁶⁷ Auf der einen Seite können durch die Zusammenschlüsse Größenvorteile realisiert und die Verhandlungsposition gegenüber den Leistungsanbietern verbessert werden. Damit können die Versicherungsträger wirkungsvoll Preis und Qualität der Gesundheitsleistungen beeinflussen. Auf der anderen Seite kann der Konzentrationsprozess aber auch zu einer oligopolistischen oder gar monopolistischen Marktstruktur führen, in der Wettbe-

⁶⁷ Interessanterweise werden die regionalen Monopole der Krankenkassen von der Wettbewerbsbehörde akzeptiert. Nach Aussage einer Gesprächspartnerin bei der Wettbewerbsbehörde ist ein Missbrauch der marktbeherrschenden Stellung wegen des geringen Angebots von Leistungsanbietern ausgeschlossen.

werb wegen der geringen Zahl von Marktteilnehmern besonders auf regionaler Ebene unmöglich wird (Laetz/Freeman 1995).⁶⁸

Im Hinblick auf die erste Konzentrationswelle lassen sich damit zusammenfassend folgende Feststellungen treffen:

- 1) Die erste Reaktion der Krankenkassen auf die Einführung des regulierten Wettbewerbs bestand in Zusammenschlüssen untereinander und mit privaten Krankenversicherungen. Faktisch ist damit eine deutliche Konvergenz zwischen den beiden Arten von Versicherungsträgern festzustellen.
- 2) Die Krankenkassen verfügen trotz formaler Aufhebung der zugewiesenen Monopole immer noch über regionale Marktanteile, aus der eine oligopolistische oder sogar monopolistische Marktstruktur auf dem Markt für Pflichtversicherungen resultiert. Damit entstehen einerseits durchsetzungsfähige Marktteilnehmer, andererseits wird der Wettbewerbsanreiz deutlich verringert.

4.1.1.2 Die zweite Konzentrationswelle

Die hinter der zweiten Konzentrationswelle stehenden Motive sind nur vor dem Hintergrund der Reformen in der niederländischen Invaliditäts- und vor allem der Krankengeldversicherung zu verstehen. Ein wesentliches Resultat dieser Reformen war die stärkere Bedeutung privater Versicherungsunternehmen in der Wahrnehmung von Aufgaben im System der Sozialversicherung.⁶⁹

Die stetig ansteigende Zahl der Erwerbsunfähigen veranlasste die niederländische Regierung wiederholt zu Eingriffen in das System der Erwerbsunfähigkeitsversicherung (WAO). In einem ersten Schritt wurde zunächst durch die Gesetzgebung der Jahre 1992 und 1993 den Beschäftigten ein erheblicher Teil des Erwerbsunfähigkeitsrisikos aufgebürdet. Die an das frühere Erwerbseinkommen gekoppelten Lohnersatzleistungen wurden auf maximal sechs Jahre befristet, für Versicherte unter 33 Jahren wurde der Anspruch auf Lohnersatzleistungen sogar gestrichen.⁷⁰ Damit entstand eine Sicherungslücke für die Arbeitnehmer, das sogenannte "WAO-Loch". Diese Lücke wurde teilweise durch Tarifverträge und/oder durch zusätzlichen Versicherungsschutz aufgefüllt. Der zweite Reformschritt bestand im Jahr 1998 aus der Einführung der Beitragsdifferenzierung abhängig vom betriebsspezifischen Invaliditätsrisiko und der Möglichkeit der zunächst begrenzten Risikoübernahme durch den Arbeitgeber (opting-out). Dadurch sollen Arbeitgeber mehr Anreize zur Prävention und zur Reintegration teilweise erwerbsunfähiger Arbeitnehmer gegeben werden. Au-

⁶⁸ Die Frage nach der optimalen Marktstruktur auf dem Krankenversicherungsmarkt ist auch theoretisch umstritten (OECD 1995; Pauly 1988; van de Ven/Schut, et al. 1994).

⁶⁹ Zu den Reformen in der niederländischen Sozialversicherung vgl. ausführlich Greß 2000.

⁷⁰ Nach Auslaufen der Bezüge besteht noch Anspruch auf Ersatzleistungen, die auf der Grundlage des gesetzlichen Mindestlohns berechnet werden.

Berdem wird den Arbeitgebern erlaubt, sich der Versicherungspflicht in der WAO teilweise zu entziehen. Dies ist dem einzelnen Arbeitgeber dann möglich, wenn er sich bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit seiner Beschäftigten verpflichtet, die gesetzlich vorgesehenen Invaliditätsleistungen für die ersten fünf Jahre selbst zu tragen. Danach werden die Leistungen wieder aus kollektiven Mitteln bezahlt. Hintergrund dieser opting-out Option ist gewünschter Wettbewerb zwischen den mittlerweile privatrechtlichen Ausführungsorganisationen der Invaliditätsversicherung (*uitvoering-sinstellingen* oder *Uvi's*) und kommerziellen Versicherungen (Kötter 1998).

Bis 1993 erfolgten Lohnfortzahlung und die Auszahlung von Krankengeld für Arbeitnehmer im Rahmen der Krankengeldversicherung (ZW). Im Jahr 1994 erfolgte der erste Schritt zur Privatisierung der Krankengeldversicherung, indem die Arbeitgeber für bis zu sechs Wochen die Lohnfortzahlung übernehmen mussten. Durch diesen Reformschritt sollten die Arbeitgeber dazu bewegt werden, von ihren Möglichkeiten zur Senkung des Krankenstandes Gebrauch zu machen. Gleichzeitig wurden die gesetzlichen Regelungen zum Arbeitsschutz verschärft. Jede Firma ist mittlerweile gesetzlich dazu verpflichtet, ein Unternehmen unter Vertrag zu nehmen, das die Arbeitsbedingungen und den Arbeitsschutz untersucht und gegebenenfalls in Kooperation mit Arbeitgeber und Beschäftigten verbessern soll (*Arbodiensten*). Die Arbodiensten sind privatrechtlich organisiert. Zum 1.3.1996 wurde in einem zweiten Schritt die Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber auf 52 Wochen ausgedehnt. Die Arbeitgeber können sich gegen das Risiko der Lohnfortzahlung bei kommerziellen Versicherungsunternehmen rückversichern, die Versicherungsprämien werden risikoabhängig berechnet. Krankengeld nach Ablauf von 52 Wochen oder für bestimmte geschützte Personengruppen wird weiterhin über das ZW bezahlt. Die Ausführung dieser Aufgabe ist mittlerweile analog der Invaliditätsversicherung privaten Uvi's übertragen worden.

In den letzten Jahren ist eine stark zunehmende formale und informale Kooperation zwischen den aus öffentlichen und privaten Krankenversicherungen bestehenden Konglomeraten auf der einen Seite und den aus den Reform der Invaliditäts- und Krankengeldversicherung hervorgegangenen privaten Unternehmen andererseits festzustellen. Die Aufgaben von Arbodiensten und Uvi's sowie die private Versicherung gegen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit werden zunehmend gemeinsam mit dem Krankenversicherungsschutz aus einer Hand angeboten. Allerdings ist auf der Seite der Krankenversicherungen keine einheitliche Strategie festzustellen. Die Tendenz zur Kooperation über die eigene Versicherungsart hinaus ist allen Unternehmen gemeinsam, doch unterscheiden sich die Zielsetzungen.

Insgesamt lassen sich zwei zentrale Strategien unterscheiden, die an dieser Stelle skizziert und anhand jeweils eines Beispiels illustriert werden sollen. Auf der einen Seite steht die *all-care* Strategie. Krankenversicherungen mit diesem Schwerpunkt gehen vor allem Kooperationen mit Arbodiensten ein und vernachlässigen bewusst die Kooperationen mit Unternehmen, die Versicherungsschutz gegen Lohnfortzahlung und Erwerbsunfähigkeit anbieten. Im Zentrum der *all-care* Strategie steht eine starke regionale Orientierung mit dem Ziel der systematischen und umfassenden Beeinflussung von Versorgungsstrukturen und Versorgungspfaden. Neben der Versicherungsfunktion für Gesundheitsleistungen wollen diese Unternehmen bewusst auch eine Steuerungsfunktion übernehmen und ergänzen diese durch die Wahrnehmung der Präventionsfunktion

in den Unternehmen. Diese Strategie haben vor allem diejenigen Konglomerate von Krankenversicherungen angewandt, in denen die vormaligen regionalen Monopolisten in der Pflichtversicherung bestimmenden Einfluss haben. Als Beispiel ist hier die AZA-Holding zu nennen, die vor allem aus den früheren Krankenkassen Anova, ZAO und Anoz besteht und landesweit einen Marktanteil von rund 12 Prozent hat. Der Schwerpunkt liegt auf der Kooperation mit Arbodiensten und nicht auf der Zusammenarbeit mit Einkommensversicherern. Vorteile werden explizit im regionalen Bezug und in der nur in diesem Kontext als möglich erachteten Anwendung von Instrumenten zur Beeinflussung der Versorgungsstrukturen gesehen. Insbesondere der Ausbau von Disease Management wird erprobt, befindet sich aber noch im Anfangsstadium (van den Hauten 1999a).

Auf der anderen Seite steht die *all-finance* Strategie. Im Zentrum dieser Strategie steht neben dem Angebot von Krankenversicherungen aller Art vor allem das Angebot von Versicherungen gegen Erwerbsunfähigkeit und gegen das Risiko der Lohnfortzahlung. Da letztere Versicherungsleistungen vor allem durch kommerzielle Versicherungsunternehmen abgedeckt werden, umfasst die Angebotspalette auch gängige Allfinanzprodukte wie Kraftfahrzeugversicherungen oder Bankdienstleistungen. Diese Unternehmensgruppen haben keinerlei regionalen Bezug und verzichten in der Regel auf die Steuerungs- und Präventionsfunktion.⁷¹ Diese Strategie ist vor allem in Konglomeraten zu finden, in denen private Krankenversicherungen mit nach 1992 neu gegründeten Krankenkassen kooperieren. Als Beispiel für Allianzen mit dieser Strategie ist das Engagement der ING-Gruppe zu nennen. Zu diesem Allfinanzkonzern mit Versicherungs- und Bankdienstleistungen gehört auch die Nationale Nederlanden (NN). NN ist nicht nur einer der größten Versicherungskonzerne in den Niederlanden, sondern auch auf dem Markt für die Versicherung gegen Lohnfortzahlung mit 18 Prozent Marktanteil das größte Unternehmen. Der Anteil auf dem Markt für Krankenversicherungen mit insgesamt rund zwei Prozent ist relativ klein, soll aber durch die Kooperation mit dem Uvi SFB ausgebaut werden (van den Hauten 1999a).⁷²

Im Hinblick auf die zweite Konzentrationswelle lassen sich damit zusammenfassend folgende zwei Feststellungen treffen:

- 1) Verursacht durch die Reformen insbesondere in der Krankengeldversicherung schließen sich die in der ersten Konzentrationswelle entstandenen Unternehmen mit anderen Sozialversicherungsträgern und Allfinanzkonzernen zusammen.
- 2) Die noch entstehenden Konglomerate verfolgen keine einheitliche Strategie. Grob kann zwischen der *all-care* Strategie und der *all-finance* Strategie unterschieden werden.

⁷¹ Diese idealtypische Analyse der beiden Strategien wird in der Wirklichkeit mitunter dadurch durchbrochen, dass Gruppen mit *all-finance* Orientierung wiederum Kooperationen mit Gruppen mit *all-care* Orientierung eingehen.

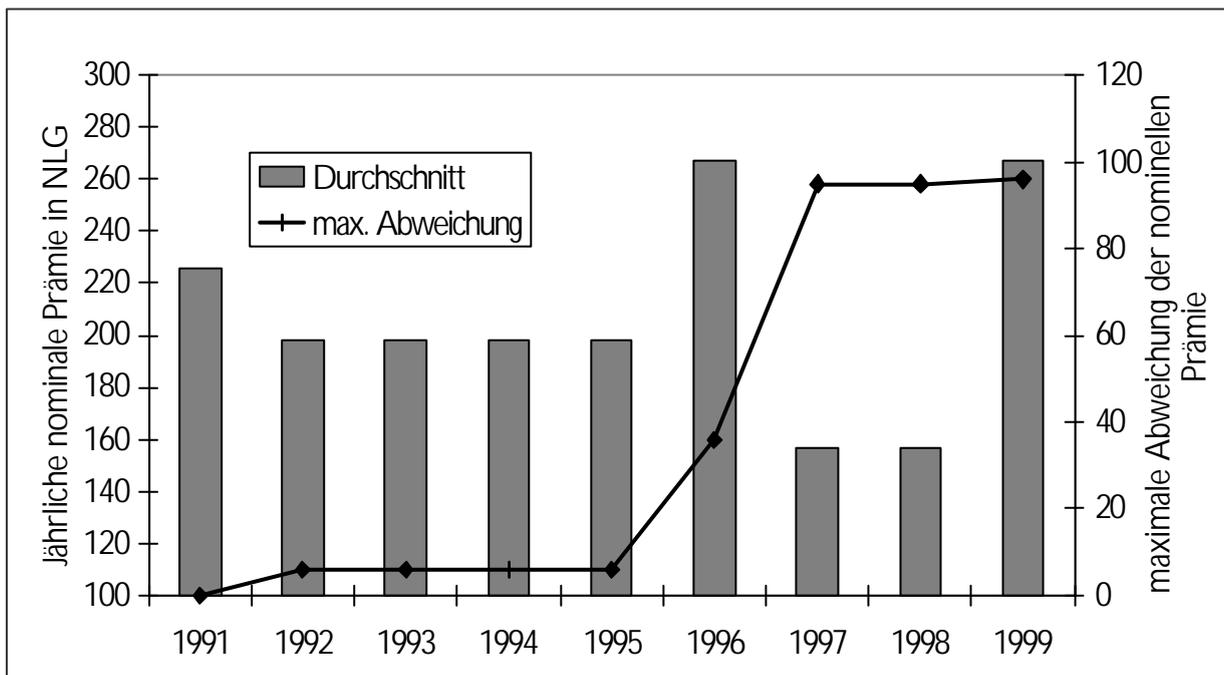
⁷² Insgesamt gibt es eine ganze Reihe weitere dieser Allianzen, die auch Mischformen der beiden Strategien verfolgen. Das führt dazu, dass 21 Krankenkassen andere Versicherungsprodukte (vor allem Schadens- und Reiseversicherungen) anbieten, neun davon Lebensversicherungen und fünf sogar Bankgeschäfte (Ziekenfondsraad 1998a). Ein sehr schönes Beispiel ist die zur Achmea-Gruppe gehörende Holding Zilveren Kruis, wie schon bei einem Blick auf die Website des Unternehmens deutlich wird (www.zilverenkruis.nl).

Zwar ist die zweite Welle des Konzentrationsprozesses noch nicht abgeschlossen, aber es werden eine ganze Reihe von Einflüssen auf den Preis- und vor allem den Leistungswettbewerb der Krankenkassen untereinander sichtbar, die in den nächsten Abschnitten diskutiert werden.

4.1.2 Preiswettbewerb

In diesem Abschnitt wird geprüft, ob und in welchem Umfang die Krankenkassen mit dem Parameter Preis um die Versicherten konkurrieren. Die Krankenkassen finanzieren sich zu weniger als einem Zehntel aus den nominalen von den Versicherten erhobenen Prämien. Diese Prämien unterscheiden sich im Gegensatz zu den einkommensabhängigen Prämien von Kasse zu Kasse. Wegen des geringen Finanzierungsanteils der nominalen Prämie ist damit die relative Bedeutung des Wettbewerbsparameters Preis von vorneherein eingeschränkt. Der absolute Stellenwert der nominalen Prämien wird in Abbildung 4.3 illustriert.

Abbildung 4.3: Entwicklung der nominalen Prämien und der maximalen Abweichung 1991 bis 1999



Quelle: CVZ

Die durchschnittliche Höhe der Prämien schwankte zwischen 150 und 270 Gulden p.a. Bei einer vierköpfigen Familie ergibt sich damit eine durchschnittliche jährliche Belastung von bis zu 675 Gulden.⁷³ Der auffällige Rückgang der Jahre 1997 und 1998 hängt mit der Einführung der Selbstbeteiligung und der teilweisen Kompensation der zusätzlichen Belastung durch Senkung der nominalen Prämie zusammen. Die Differenz zwischen der Kasse mit der höchsten und der mit der

⁷³ Bei zwei Beschäftigten und zwei Mitversicherten. Für Mitversicherte wird die halbe Prämie fällig.

niedrigsten Prämie liegt seit 1997 bei konstant etwa 100 Gulden. Der Anstieg der Differenz zwischen 1995 und 1997 fällt mit dem Anstieg des finanziellen Risikos der Krankenkassen von 3 Prozent im Jahr 1995 über 15 Prozent im Jahr 1996 und 27 Prozent zusammen. In Abschnitt 4.1.5 wird geprüft, in welchem Umfang dieser relativ geringe Abstand die Versicherten zum Kassenwechsel angeregt hat.

Im nächsten Schritt wird untersucht, in wie weit die nominalen Prämien die Entwicklung der Einnahmen- und Ausgabensituation der Krankenkassen widerspiegeln. Die nominale Prämie als preislicher Wettbewerbsparameter soll im System des regulierten Wettbewerbs die Differenz zwischen Einnahmen aus der zentralen Kasse auf der einen Seite sowie Leistungs- und Verwaltungsausgaben auf der anderen Seite schließen und den Versicherten die relative administrative und produktive Effizienz der Krankenkassen signalisieren. Hohe Profitabilität oder auch der Ausweis von Defiziten ohne Auswirkungen auf die nominale Prämien wären Hinweise für eine gestörte Signalfunktion des Preises und damit geringe Steuerungswirkung des Preiswettbewerbs. In Tabelle 4.3 zeigt sich zunächst, dass die bei der Pflichtversicherung erzielten Überschüsse in den Jahren 1996 und 1997 gut sieben Prozent bzw. vier Prozent des Umfangs der nominalen Prämien ausmachten. Das Defizit im Jahr 1998 machte dagegen rund 20 Prozent der nominalen Prämien aus. Gleichzeitig stiegen die finanziellen Reserven von 1995 bis 1997 ganz erheblich, so dass das Defizit des Jahres 1998 ohne Erhöhung der nominalen Prämien aus den finanziellen Reserven bestritten werden konnte. Die erheblichen Schwankungen von Einnahmen und Ausgaben der Pflichtversicherung spiegelt sich in der Entwicklung der durchschnittlichen Höhe der nominalen Prämie damit nicht wider. Zwar wird der Rückgang der nominalen Prämie von 1996 auf 1997 durch den teilweisen Ausgleich der Auswirkungen der Selbstbeteiligung verursacht, aber auch die radikale Veränderung des Ergebnisses von 1997 auf 1998 findet sich in der Entwicklung der nominalen Prämien nicht wider. Der Anstieg der finanziellen Reserven weit über den gesetzlichen Mindestanforderungen legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Krankenkassen über weitere Einnahmequellen verfügen müssen.

Tabelle 4.3: Ergebnis der Pflichtversicherung und finanzielle Reserven der Krankenkassen 1995 bis 1998

	1995	1996	1997	1998
Durchschnittliche nominale Prämie ^a	198	267	157	157
Operatives Ergebnis ^b	k.A.	202	76	-357
in Prozent der nominalen Prämie	k.A.	7,5	4,3	-20,3
Reservekapital	1400	1742	2137	2085 ^c
Gesetzliche Mindestreserve	341	581	901	927

a in NLG p.a.

b Ergebnis vor Kapitalerträgen und Steuern in Mio. NLG.

c vorläufige Zahl.

Quelle: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 1999a; Vektis 1999

Das Reservekapital ist allerdings zwischen den Krankenkassen sehr ungleich verteilt. Tabelle 4.4 illustriert diesen Tatbestand. Auf der einen Seite erfüllten immerhin sechs Krankenkassen nicht die

gesetzlichen Mindestanforderungen, auf der anderen Seite hatten elf Kassen mehr als das Doppelte der Mindestreserve, davon sieben mehr als 100 Millionen Gulden.

Tabelle 4.4: Verhältnis Reservekapital zu gesetzlicher Mindestreserve

	Anzahl Krankenkassen 1997	Anzahl Krankenkassen 1998
<0	1	-
0-100%	4	6
100-150%	8	8
150-200%	8	9
200-250%	5	2
>250%	1	3
Gesamt	27	29

Quelle: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 1999a

Ein beträchtlicher Teil der zusätzlichen Einnahmen lässt sich aus der hohen Profitabilität der Zusatzversicherungen erklären.⁷⁴ Tabelle 4.5 verdeutlicht, dass trotz der seit 1995 stark gesunkenen Umsatzrendite das Geschäft mit den Zusatzversicherungen noch immer ein sehr lohnendes ist, zumal die ausgewiesenen Verwaltungsausgaben mit rund elf Prozent im Vergleich zur Pflichtversicherung mehr als doppelt so hoch sind.⁷⁵ Das Sinken der Umsatzrendite dürfte ein Anstieg für steigende Wettbewerbsintensität auf dem Markt für Zusatzversicherungen sein.

⁷⁴ Die Differenz wird im wesentlichen durch Gewinne aus Finanzinvestitionen gedeckt. Das erklärt auch, warum selbst im Jahr 1998 trotz eines erheblichen Defizits aus dem operativen Geschäft mit der Pflichtversicherung die finanziellen Reserven fast konstant blieben. Das Gesundheitsministerium hat inzwischen angekündigt, Obergrenzen für die finanziellen Reserven festzulegen, um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu fördern (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 1999a).

⁷⁵ Diese Quersubventionierung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung in zwei formal getrennten Unternehmen wird trotz wiederholter Kritik hingenommen (Ziekenfondsraad 1998a). Theoretisch könnten Krankenkassen ihre Beiträge aus den Profiten der Zusatzversicherungen und dem über der Mindestreserve liegenden Teil der finanziellen Reserven sogar unter den tatsächlichen Kosten kalkulieren, um Marktanteile zu gewinnen. Es spricht für die geringe Intensität des Preiswettbewerbs, dass dies bislang nicht geschehen ist.

Tabelle 4.5: Einnahmen und Ausgaben Zusatzversicherungen 1993 bis 1998

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Prämien	233	321	979	1316	1451	1546
Leistungsausgaben	205	279	704	1098	1185	1284
Verwaltungsausgaben	k.A.	32	78	97	137	170
Ergebnis ^a	28	-8	197	121	129	92
Umsatzrendite ^b	12,0	-2,5	20,1	9,2	8,9	6,0
Quote Verwaltungsausgaben ^c	k.A.	10,0	8,0	7,4	9,4	11,0

a Ergebnis vor Kapitalerträgen und Steuern in Mio. NLG.

b Differenz von Prämien auf der einen und Leistungs- und Verwaltungsausgaben in Prozent der Prämien.

c Verwaltungsausgaben in Prozent der Prämien.

Quelle: Schut/Hassink 1999; Vektis 1999

Damit lassen sich im Hinblick auf den Preiswettbewerb auf dem Markt für Krankenversicherungen drei Feststellungen treffen:

- 1) Eine geringe Differenzierung der nominalen Prämie hat sich erst nach der deutlichen Erhöhung des finanziellen Risikos für die Krankenversicherung ergeben. Es ist fraglich, ob die geringe absolute Höhe der Prämienunterschiede die Versicherten zu einem Kas- senwechsel anreizt.
- 2) Die nominale Prämie als Preis spiegelt nicht die tatsächliche Einnahmen- und Ausgaben- situation der Krankenkassen wider und kann damit den Versicherten nicht die relative administrative und produktive Effizienz der Krankenkassen signalisieren. Der Markt für Zusatzversicherungen ist für die Krankenkassen hoch profitabel.

4.1.3 Leistungswettbewerb

Der Leistungswettbewerb in der Pflichtversicherung ist durch die Definition eines einheitlichen Basispaktes weitgehend ausgeschlossen. Für die Krankenkassen bzw. für die aus den zwei Konzent- rationswellen hervorgegangenen Konglomerate ergeben sich allerdings zwei Möglichkeiten, den Wettbewerbsparameter Leistung im Wettbewerb um Versicherte einzusetzen. Bei individuellen Verträgen ist dies die Ergänzung des Basispaketes mit Zusatzversicherungen. Bei kollektiven Ver- trägen kommen noch Leistungen aus anderen Zweigen der Sozialversicherung hinzu.

Traditionell ist der Anteil der Pflichtversicherten mit einer oder mehreren abgeschlossenen. Zu- satzversicherungen sehr hoch. Nach der Ausgliederung der in Tabelle 3.13 beschriebenen Leistun- gen ist dieser Anteil wie in Tabelle 4.6 dargestellt noch weiter angestiegen und ist seitdem konstant.

Tabelle 4.6: Anteil der Pflichtversicherten mit Zusatzversicherung

	1994	1995	1996	1997	1998
Anteil der Pflichtversicherten mit Zusatzversicherung	92,1	93,0	94,2	94,5	94,5
Anstieg nach Ausgliederung Zahnheilkunde		0,9			
Anstieg nach Ausgliederung von Teilen der Physiotherapie			1,2		

Quelle: Vektis 1999; Ziekenfondsraad 1999a

Tabelle 4.7 zeigt darüber hinaus, dass inzwischen in der Zusatzversicherung für die zahnärztliche Versorgung mehr als die Hälfte aller Ausgaben aufgewandt werden. An dem Anstieg der Ausgaben pro Versicherten in den Jahren 1995 und 1996 lassen sich die Folgen der Ausgliederung von Leistungen ablesen.

Tabelle 4.7: Ausgaben für Zusatzversicherung pro Versicherten 1994 bis 1998

	1994	1995	1996	1997	1998	Steigerungsrate 1997/1998
Zahnärztliche Versorgung	9,99	46,74	72,03	67,52	74,70	10,6
Heilmittel	0,44	0,27	18,09	19,03	19,44	2,1
Sonstige ^a	20,65	25,6	22,25	30,15	33,29	10,4
Gesamt	31,07	72,61	112,38	116,71	127,43	9,2

Ausgaben in NLG p.a.

a vor allem alternative Arzneimittel, Versorgung im Ausland und Krankenhauszusatzversicherung.

Quelle: Vektis 1999

Die Steigerungsrate insgesamt liegt deutlich über der Steigerungsrate der Pflichtversicherung, die für den gleichen Zeitraum bei 5,7 Prozent lag. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherung stiegen gar nur um 2,9 Prozent (Vektis 1999). Die Bedeutung der Zusatzversicherung in Relation zu den Gesamtausgaben ist damit zwar weiterhin gering. Allerdings steigt der Anteil, obgleich die Abgrenzung der Leistungen sich in den letzten Jahren nicht verändert hat.

Gestiegen ist auch die Bedeutung kollektiver Verträge. Traditionell hoch war der Anteil kollektiver Verträge für privat Versicherte. Nach den Reformen vor allem in der Krankengeldversicherung stieg allerdings auch der Anteil Pflichtversicherter mit kollektiven Verträgen, stagniert aber inzwischen. Diese Entwicklung wird in Tabelle 4.8 nachgezeichnet.

Tabelle 4.8: Anteil von Versicherten mit kollektiven Verträgen

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
Privat Versicherte	34,9	44,2	45,8	49,9	48,9	53,8
Pflichtversicherte	k.A.	1,9	2,6	5,9	4,0	4,6

Quelle: Vektis 1999

Der Ausbau kollektiver Verträge bringt für die Versicherungskonglomerate eine Reihe von Vorteilen. Zum einen wird die Risikostruktur des Versichertenbestandes verbessert, da Beschäftigte in der Regel eine günstigere Risikostruktur aufweisen als Nicht-Beschäftigte. Zweitens werden die administrativen Kosten reduziert, und drittens bieten sich die über kollektive Verträge Versicherten für Koppelverkäufe anderer Versicherungsprodukte an. Wegen des von vorneherein begrenzten Preis- und Leistungswettbewerbs in der Pflichtversicherung haben die Versicherungskonglomerate in diesem Segment damit eine Reihe von Möglichkeiten, Produktdifferenzierung zu betreiben um sich von ihren Mitbewerbern abzusetzen (van den Hauten 1999b).

Für die Arbeitgeber bieten kollektive Verträge ebenfalls eine Reihe von Chancen. Erstens werden sie nicht nur an der Reduzierung der Verwaltungskosten der Versicherungen beteiligt, auch die eigenen Verwaltungskosten können reduziert werden.⁷⁶ Darüber hinaus wird gemeinsam mit dem kontrahierenden Versicherungsunternehmen und den angeschlossenen Leistungsanbietern die integrale Steuerung medizinischer Versorgung einschließlich Arbeitsschutz, Reintegration arbeitsunfähiger Arbeitnehmer und Wartelistenmanagement möglich (van den Hauten 1999b).⁷⁷ Aus der Sicht des gesundheitspolitischen Experten des insbesondere die industriellen Unternehmen vertretenden Verbandes VNO-NCW bieten kollektive Verträge den Arbeitgebern die Möglichkeit, ihren Einfluss auf die Krankenkassen zu erhöhen und ihr doppeltes Interesse an der Krankenversicherung wahrzunehmen.⁷⁸ Aus Sicht des Unternehmensverbandes stellen die Arbeitgeber ideale Sponsoren im Sinne des Idealkonzeptes Managed Competition dar (VNO/NCW 1997; van der Plank 1999).

Die Beschäftigten profitieren von kollektiven Verträgen vor allem durch günstige Konditionen insbesondere bei den Zusatzversicherungen sowie durch die bevorzugte Behandlung im medizinischen Versorgungssystem. Die Wirksamkeit der kollektiven Verträge wird allerdings insbesondere dadurch begrenzt, als dass andere Einflussfaktoren für die Wiederherstellung der Arbeitskraft außer acht gelassen werden. Ansätze zur integralen Versorgung befinden sich darüber hinaus erst im Anfangsstadium (van den Hauten 1999a).

Parallel zu diesen Chancen birgt der Trend zu kollektiven Verträgen allerdings auch eine Reihe von Risiken im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit, Kundenorientierung und Wahlfreiheit sowohl für individuell als auch für kollektiv Versicherte (vgl. Tabelle 4.9). Zu den Risiken für die Wirtschaftlichkeit zählen insbesondere die Störung des Preismechanismus durch Koppelverkäufe in kollektiven Verträgen und die Möglichkeit zu Quersubventionen innerhalb der Versicherungsunternehmen. Damit wird die Signalfunktion des Preises für die Konsumenten weiter geschwächt und die Transparenz des Verhältnisses zwischen Preis und Qualität zusätzlich reduziert. Die Wahlfreiheit der Versicherten wird außerdem durch den hohen Einfluss der Arbeitgeber auf die kollektiven Verträge ge-

⁷⁶ Rabatte bei der Pflichtversicherung sind entgegen den ursprünglichen Reformabsichten nicht möglich, lediglich kleinere Vergütungen für die Reduzierung administrativer Kosten.

⁷⁷ Zu der Wartelistenproblematik vgl. Abschnitt 5.1.1. Da die Arbeitgeber für die ersten 52 Wochen die Lohnfortzahlung übernehmen müssen, sind sie natürlich an einer zügigen Behandlung ihrer Beschäftigten interessiert.

⁷⁸ Dieses doppelte Interesse besteht auf der einen Seite aus dem Finanzierungsinteresse, auf der anderen Seite aus einem Steuerungsinteresse.

schwächt. Für die individuellen Versicherten besteht darüber hinaus die Gefahr, dass die Produktentwicklung der Unternehmen auf kollektiv Versicherte fokussiert wird (van den Hauten 1999a). Weiterhin ist festzustellen, dass durch den Umfang der versicherten Leistungen in kollektiven Verträgen quantitativ wie qualitativ eine neue Dimension der Zusammenführung personenbezogener Informationen entsteht (van den Hauten 1999b; van Londen 1999). Als problematisch wird weiterhin die personelle Verflechtung auf allen Führungsebenen in den Versicherungskonglomeraten angesehen (Ziekenfondsraad 1998a).

Tabelle 4.9: Risiken der kollektiven Verträge für Pflichtversicherte

	Individuell Versicherte	Kollektiv Versicherte
Wirtschaftlichkeit	Entwicklung von Parallelversorgung Arbeitgeberinduzierte Nachfrage Quersubventionen	wie links Störung des Preismechanismus durch Koppelverkauf
Kundenorientierung	Produktentwicklung bezogen auf Ansprüche kollektiv versicherter Arbeitnehmer	Dominanz der Arbeitgeberinteressen bei der Zusammenstellung der Leistungspakete Einfluss Arbeitgeber auf Auswahl der Anbieter und Behandlungsarten
Wahlfreiheit	Obligopolisierung des Krankenversicherungsmarktes	Obligopolisierung des Gesamtmarktes für soziale Sicherung Arbeitgeber wählt Versicherer Koppelverkauf macht Verhältnis von Preis und Qualität weniger transparent

Quelle: van den Hauten 1999a

Damit lassen sich im Hinblick auf den Leistungswettbewerb auf dem Markt für Krankenversicherungen zusammenfassend drei Feststellungen treffen:

- 1) Die Möglichkeiten zum Leistungswettbewerb in der Pflichtversicherung sind gering.
- 2) Wettbewerb um individuelle Verträge findet vor allem im Bereich der Zusatzversicherung statt, der im Vergleich zur Pflichtversicherung ein überproportionales Wachstum verzeichnet.
- 3) Die sich neu formierenden Versicherungskonglomerate konkurrieren vor allem zunehmend um kollektive Verträge. In diesem Marktsegment sollen durch Preis- und Produktdifferenzierung Vorteile zum Nutzen sowohl der Versicherungsträger als auch der Arbeitgeber und ihrer Beschäftigten erzielt werden. Diese Entwicklung ist allerdings vor allem für die Versicherten nicht ohne Risiko.

4.1.4 Qualitätswettbewerb

Bei der Untersuchung der Frage, ob und in welchem Ausmaß die Krankenversicherungen den Wettbewerbsparameter Qualität im Wettbewerb um Versicherte einsetzen, ist zunächst der Qualitätsbegriff abzugrenzen. Qualität wird als Gesamtheit der Eigenschaften und Kennzeichen eines Produktes, eines Prozesses oder einer Dienstleistung definiert, die für das Erfüllen eines festgelegten oder für sich selbst sprechenden Bedarfes von Belang sind (Schuller/Wagner 1997). Weiterhin ist zwischen der Servicequalität in der Beziehung zwischen Versicherten und Krankenkasse sowie zwischen dem Einfluss der Krankenkassen auf die Versorgungsqualität in der Beziehung zwischen Patienten und Anbieter zu unterscheiden.

Relativ unstrittig ist die Feststellung, dass in der Folge der Einführung des regulierten Wettbewerbs die Servicequalität für die Versicherten deutlich angestiegen ist. Krankenkassen bieten verlängerte Öffnungszeiten, verkürzte Bearbeitungszeiten und telefonische Hotlines. Umstritten ist allerdings, ob die Krankenkassen sich erfolgreich um erhöhte Versorgungsqualität bemühen. Auf der einen Seite behaupten Fachleute, dass der regulierte Wettbewerb zu einer Zunahme der Bemühungen um Qualitätsverbesserung und -sicherung von Seiten der Krankenkassen geführt hat (van de Ven 1999). Auf der anderen Seite geben vor allem Krankenkassenmanager zu, dass die Bemühungen um Qualitätssicherung vor der Einführung des regulierten Wettbewerbs größer waren. Die Ursache dafür liegt vor allem in der Bindung von enormen Ressourcen für die Organisation der beiden Konzentrationswellen (Raymakers 1999).

Eine empirische Momentaufnahme aus dem Jahr 1997 zeigt, dass in jedem Fall der Nachholbedarf der Krankenkassen erheblich ist. In einer landesweiten Befragung wurden private und gesetzliche Krankenversicherungen auf ihre Aktivitäten zur Qualitätsprüfung, Qualitätsförderung und Qualitätsüberwachung hin befragt.⁷⁹ Die Versicherungsträger lassen sich danach grob in zwei Kategorien einteilen. Zur ersten Kategorie zählen Krankenversicherer, die so gut wie keine Aktivitäten durchführen. Dazu zählen insbesondere landesweit tätige neu gegründete Krankenkassen und private Versicherer. Zur zweiten Kategorie zählen Versicherungsunternehmen, die eine Vielzahl von Aktivitäten entfalten. Dazu gehören vor allem Krankenkassen mit regionalem Schwerpunkt. Die erfassten Aktivitäten dienen vor allem zur Überprüfung der Anwesenheit von Qualitätssystemen bei Anbietern und in der Folge auf die Überprüfung der Prozesskontrolle der Anbieter selbst durch den Vergleich mit Aussagen der eigenen Versicherten. Bis zur Erhebung der Studie fand danach

⁷⁹ Die Befragung unterliegt der Einschränkung, dass die Befragten ggf. gesellschaftlich erwünschte Antworten geben. Außerdem war keine Auskunft darüber möglich, wie systematisch die angegebenen Aktivitäten ausgeführt werden.

Qualitätsprüfung umfasst die Aktivitäten, die sicherstellen, dass das Produkt, der Prozess oder die Dienstleistung die Qualitätsmaßstäbe erfüllt.

Qualitätsförderung umfasst die Aktivitäten, die auf die Verbesserung der Qualität gerichtet sind. Diese Aktivitäten umfassen die Definition des gewünschten Qualitätsniveaus, das Schaffen von Voraussetzungen um die angestrebte Qualität zu erreichen, die Beurteilung, ob die angestrebte Qualität erreicht wurde und die Schritte, die zur Verbesserung der Qualität unternommen wurden.

Qualitätsüberwachung umfasst die permanenten Aktivitäten die zum einen darauf gerichtet sind zu beaufsichtigen, dass das bezahlte Qualitätsniveau eingehalten wird und zum anderen darauf, gegebenenfalls Abweichungen zu korrigieren (kontinuierliches Monitoring und Verbesserung).

kaum eigenständige systematische Überwachung, Kontrolle und Förderung von Qualitätssicherung durch die Krankenversicherungen selbst statt (Schuller/Wagner 1997).

Die Ergebnisse der Befragung im einzelnen werden in drei Schritten dargestellt. Im ersten Schritt werden in Tabelle 4.10 die Aktivitäten der Unternehmen zur Qualitätsprüfung dargestellt. Diese Aktivitäten umfassen sowohl systematische als auch nicht systematische Aktivitäten. Danach befragt eine deutliche Mehrheit der befragten Unternehmen die Versicherten nach der Qualität der Versorgung. Die Hälfte tut dies allerdings nicht auf systematischer Basis. Fast drei Viertel der Unternehmen vergleicht in der einen oder anderen Weise die Produktionsgegebenheiten der Leistungsanbieter. Knapp zwei Drittel der befragten Unternehmen gibt an, Praxiskontrollen zur Kontrolle von Absprachen durchzuführen. Diese Kontrollen werden in der Regel stichprobenartig und nicht systematisch veranlasst. Über die Hälfte überwacht darüber hinaus den Gesundheitszustand der erkrankten Versicherten. Rund die Hälfte dieser Gruppe führt diese Kontrollen nur nach Beschwerden der Versicherten oder nach Zwischenfällen durch.

Die bisher genannten Aktivitäten betreffen mehr oder weniger Aufgaben, die den gesetzlichen Anforderungen an die Krankenkassen entsprechen. Aktivitäten wie die Überwachung der Anwesenheit von Protokollen bzw. Standards bei den Anbietern, die Prüfung von Qualitätsberichten, die Beurteilung von Qualitätssystemen und Besuche bei Anbietern sind eher neuere Methoden der Qualitätsprüfung. Die Überwachung von Protokollen bezieht sich vor allem auf Diagnose- und Therapiestandards. Diese Begutachtung geschieht in der Regel nicht systematisch, und nur die Hälfte der zwanzig Unternehmen, die eine solche Überwachung vornehmen, kontrolliert auch die Einhaltung der Standards. Die Hälfte aller befragten Unternehmen kontrolliert die Qualitätsberichte der Anbieter, soweit diese existieren. Wenn nicht, werden die Anbieter zur Anfertigung solcher Berichte gedrängt. Ein ähnlicher Befund ist für die Überwachung von Qualitätssicherungssystemen bei den Anbietern festzustellen. Besuche werden vor allem bei Anbietern mit auffälligem Überweisungs- und Ordnungsverhalten durchgeführt (Schuller/Wagner 1997).

Tabelle 4.10: Aktivitäten der befragten Versicherungsunternehmen zur Qualitätsprüfung

Aktivität	Anzahl	Prozent
Nachfragen bei Versicherten	29	83
Benchmarking	26	74
Praxiskontrollen	22	63
Überwachung Gesundheitszustand Versicherte	20	57
Fragen nach Anwesenheit von Protokollen und Standards	20	57
Kontrolle Qualitätsberichte	17	49
Beurteilung Qualitätssicherungssysteme	15	43
Besuche bei Anbietern	14	38

n=35, Mehrfachnennungen möglich, Antworten waren vorgegeben.

Quelle: Schuller/Wagner 1997

Im zweiten Schritt werden in Tabelle 4.11 die Aktivitäten der Krankenversicherungen zur systematischen Qualitätsüberwachung dargestellt. Hier wird offen gefragt, wie und in welchem Ausmaß die Unternehmen sicherstellen, dass durch die Installierung systematischer Überwachungsinstrumente die Versorgungsqualität nicht nur kontinuierlich kontrolliert, sondern auch verbessert wird. Immerhin 14 der befragten Unternehmen gaben an, keinerlei diesbezügliche Aktivitäten durchzuführen. Ein Viertel der Befragten beschränkt sich auf systematische Abrechnungskontrollen. Sechs Unternehmen führen regelmäßige Befragungen der Versicherten durch und drei haben Beschwerdesysteme eingeführt.

Tabelle 4.11: Aktivitäten der befragten Versicherungsunternehmen zur systematischen Qualitätsüberwachung

Aktivitäten	Anzahl	Prozent
materielle Kontrollen (Kontrolle deklarerter und gelieferter Leistungen)	9	26
Aufnahme von Signalen von Versicherten durch kontinuierliche Befragungen	6	17
Einrichtung von Beschwerdesystemen	3	9
Einleitung von Untersuchungen aus Anlass von Zwischenfällen	2	6
Jährliche Berichte über Berufsgruppen	2	6

n=35, Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Schuller/Wagner 1997

Ähnlich bescheiden ist das Ergebnis der offenen Frage nach Aktivitäten zur Qualitätsförderung. Elf Unternehmen geben an, keinerlei Aktivitäten dieser Art durchzuführen, obwohl 94 Prozent aller Befragten zugestehen, dass Qualitätsförderung zu den Aufgaben von Krankenversicherungen gehört. Immerhin 14 Unternehmen betreiben Qualitätsförderung durch inhaltliche und finanzielle Förderung von Projekten. Bei den Projekten werden vor allem Kooperationen mit Privatkliniken, Angleichung der Definitionen für Wartelisten in Kooperation mit Krankenhäusern, Absprachen mit Krankenhäusern zur Reduzierung von Wartelisten und die Förderung der sektorübergreifenden Kooperation von Leistungsanbietern genannt. Weniger verbreitet sind die gemeinsame Entwicklung von Protokollen, die selektive Kontrahierung vor allem mit Physiotherapeuten und die Durchführung von Sanktionen.

Tabelle 4.12: Aktivitäten der befragten Versicherungsunternehmen zur Qualitätsförderung

Aktivität	Anzahl	Prozent
Finanzielle und inhaltliche Stimulieren von Projekten	14	40
Feedback über das Urteil von Versicherten weiterleiten	4	11
Führen von Beratungen, in denen die Qualität der Anbieter zur Sprache kommt	4	11
Förderung der Konkurrenz zwischen Anbietern durch selektive Verträge	4	11
Feedback Benchmarking	3	9
(Gemeinsame) Entwicklung von Protokollen	3	9
Durchführung von Sanktionen	2	6

n=35, Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Schuller/Wagner 1997

Damit lassen sich im Hinblick auf den Qualitätswettbewerb auf dem Markt für Krankenversicherungen zusammenfassend zwei Feststellungen treffen:

- 1) Die Servicequalität im Verhältnis der Krankenkassen zu den Versicherten hat sich nach der Einführung des regulierten Wettbewerbs deutlich verbessert.
- 2) Einige Krankenkassen versuchen nach Einführung des regulierten Wettbewerbs zunehmend Einfluss auf die Versorgungsqualität zu nehmen, allerdings besteht noch erheblicher Nachholbedarf. Die Aktivitäten sind in der Regel wenig systematisch und werden insbesondere von den neu gegründeten Unternehmen vernachlässigt.

4.1.5 Wechselverhalten der Versicherten

Eine der zentralen Verhaltensannahmen sowohl des Idealmodells Managed Competition als auch des Realmodells regulierten Wettbewerbs besteht darin, dass die Versicherten angeregt durch den Preis-, Leistungs- und Qualitätswettbewerb der Versicherungsträger ihr Wahlrecht ausüben. Dieses Wechselverhalten wiederum stellt für die Versicherungsträger einen zentralen Anreiz dar, ihre Bemühungen um die Versicherten zu verstärken. Diese beiden Verhaltensannahmen sind eng miteinander verwoben. Demzufolge wird in diesem Abschnitt geprüft, ob und in welchem Umfang die Versicherten nach der Einführung des Wahlrechts im Jahr 1992 dieses auch wahrgenommen haben.

Zwei von niederländischen Wissenschaftlern erstellte Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Versicherten dieses bislang in nur geringen Umfang getan haben (Hoykaas/Klaasen 1997; Kerssens/Delnoij et al. 2000). Die etwas ältere Studie hat diese Frage untersucht, indem geprüft wurde, in welchem Ausmaß die Krankenkassen Versicherte außerhalb der ursprünglichen regionalen Monopole gewinnen konnten. In Tabelle 4.13 wird deswegen der Versichertenbestand der Krankenkassen danach unterschieden, ob er aus Versicherten innerhalb oder außerhalb des ursprünglichen

Tätigkeitsgebietes besteht. Bei den Krankenkassen wird außerdem zwischen den traditionellen Krankenkassen und den seit 1992 neu gegründeten Unternehmen unterschieden. Letztere sind per definitionem landesweit tätig und müssen sich gegen die vormaligen Monopolisten behaupten. Nach den vorliegenden Daten ist festzustellen, dass der Anteil von Versicherten außerhalb der ursprünglichen Monopole seit 1994 kontinuierlich ansteigt. Waren es 1994 noch knapp drei Prozent ist dieser Anteil drei Jahre später schon auf knapp neun Prozent gestiegen.⁸⁰ Rund ein Viertel dieses Anstiegs ist inzwischen auf die neu gegründeten Krankenkassen zurückzuführen, deren Marktanteil insgesamt aber noch immer sehr deutlich unter fünf Prozent liegt.

Tabelle 4.13: Anzahl von Krankenkassenversicherten außerhalb der vormaligen regionalen Monopole 1994 bis 1997

	1994	1995	1996	1997
Absolut	274.000	513.000	681.000	859.000
Davon Versicherte bei einer neu gegründeten Krankenkasse	33.000	124.000	164.000	223.000
Prozent von allen Krankenkassenversicherten	2,9	5,3%	7,0%	8,7%
Anteil der Versicherten bei einer neu gegründeten Krankenkasse	12%	24%	24%	26%
Marktanteil der neu gegründeten Krankenkassen	0,3%	1,3%	1,7%	2,3%

Quelle: Hoykaas und Klaasen 1997

Einzuschränken ist der Aussagewert der Daten insofern, als dass auch umgezogene Versicherte in die Kategorie außerhalb des ursprünglichen Monopols eingeordnet werden, wenn sie ihre Region wechseln und ihre Krankenkasse behalten. Der Anteil dieser Versicherter wird auf die Hälfte der Versicherten außerhalb der ursprünglichen Regionen geschätzt (Kalshoven 1999). Der Rest wechselte vor allem durch den Abschluss von kollektiven Verträgen. Damit ist der Anteil individueller Kassenwechsler sehr gering.

Bestätigt wird dieses Bild durch eine jüngst durchgeführte Versichertenbefragung des NIVEL. Aus dem gemeinsam mit dem *Consumentenbond* (Verbrauchervereinigung) betriebenen Konsumentenpanel wurden insgesamt 1100 gesetzlich Versicherte nach der Wahrnehmung der eigenen Krankenkasse und ihrem Wechselverhalten befragt.⁸¹ Die Response betrug bei 846 Antworten immerhin 77 Prozent. Die Verteilung der Stichprobe entspricht weitgehend der der Grundgesamtheit und kann damit als repräsentativ für alle gesetzlich Versicherten angesehen werden. Die Versicherten wurden gefragt, ob sie in den letzten fünf Jahren schon einmal überlegt hätten zu wechseln (vgl. Tabelle 4.14). Dies wurde immerhin von fast 24 Prozent der Befragten bejaht. Der Schritt von der vagen Überlegung zur konkreten Wechselbereitschaft wurde allerdings nur noch von neun Pro-

⁸⁰ Nach Auskunft des CVZ ist dieser Anteil im Jahr 1998 auf über zehn Prozent gestiegen.

⁸¹ Finanziert wurde die Studie vom Versicherungsträger VGZ.

zent der Befragten getan. Tatsächlich wechselten in fünf Jahren nur knapp sieben Prozent der Befragten.⁸² Diese Zahl deckt sich in etwa mit Ergebnissen in Tabelle 4.13.

Tabelle 4.14: Versicherte nach Wechselbereitschaft in den letzten fünf Jahren

	Anzahl	In Prozent
Alle Versicherte	846	100,0
Davon Versicherte, die sich überlegten zu wechseln (vage Wechselbereitschaft)	200	23,6
Davon Versicherte, die wechseln wollten (konkrete Wechselbereitschaft)	76	9,0
Davon Versicherte, die tatsächlich gewechselt sind	56	6,6

Quelle: Kerssens/Delnoij et al. 2000

Die NIVEL-Befragung hat allerdings noch weitere wertvolle Informationen erhoben. So wurden die 200 Versicherten mit vager Wechselabsicht nach den Gründen für ihre Überlegung gefragt (vgl. Tabelle 4.15). Der am häufigsten genannte Wechselgrund besteht in dem mangelnden Umfang des Leistungspaketes in der Zusatzversicherung. An zweiter Stelle steht Unzufriedenheit mit dem Service deutlich vor der zu hohen Prämie im Basis- und Zusatzpaket an dritter und vierter Stelle. Die geringe Bedeutung der Antwortkategorie Umzug in eine andere Region deutet darauf hin, dass ein Umzug kaum ein Anlass mehr für einen Kassenwechsel ist, so wie es noch zu der Zeit der regionalen Monopole der Fall war.

Bezogen auf die Grundgesamtheit von 846 Versicherten ist selbst der Anteil der Versicherten mit vager Wechselbereitschaft und Unzufriedenheit mit den zentralen Wettbewerbsparametern Preis (nominale Prämie und Prämie Zusatzversicherung), Leistung (Umfang Zusatzversicherung) und Qualität (Servicequalität) vergleichsweise gering. So führte innerhalb von fünf Jahren bei gut fünf Prozent aller befragten Versicherten Unzufriedenheit mit dem Preis zu einer vagen Wechselabsicht. Bei sieben Prozent aller Befragten führte Unzufriedenheit mit den Leistungen und bei knapp sechs Prozent aller Befragten Unzufriedenheit mit der Servicequalität zum gleichen Ergebnis.⁸³

⁸² Als Gründe für den nicht erfolgten Wechsel wurden genannt: Verstreichen der Kündigungsfrist, Ausfüllen von Formularen, mangelnde Alternativen.

⁸³ Da Mehrfachantworten möglich waren, darf der Anteil der Versicherten nicht einfach addiert werden. So waren 29 Versicherten sowohl mit der Höhe der nominalen Prämie als auch mit der Höhe der Zusatzversicherung unzufrieden (Kerssens/Delnoij et al. 2000). Um diese 29 Versicherten wurde die Kategorie: „Unzufrieden mit Preis mit vager Wechselabsicht als Anteil an allen befragten Versicherten“ bereinigt.

Tabelle 4.15: Versicherte mit vager Wechselbereitschaft in den abgelaufenen fünf Jahren nach Grund der Überlegung

Grund der Überlegung	Anzahl	In Prozent der Gründe	In Prozent der Antwortenden
Leistungen der Zusatzversicherung zu begrenzt	59	19,0	30,6
Unzufrieden mit dem Service	49	15,8	25,4
Prämie für Zusatzversicherung zu hoch	38	12,2	19,7
Nominale Prämie zu hoch	36	11,6	18,7
Keine eindeutigen Informationen	18	5,8	9,3
Schleppende Bezahlung der Rechnungen	16	5,1	8,3
Neuer Arbeitgeber	15	4,8	7,8
Schlechter Ruf der Krankenkasse	11	3,5	5,7
Umzug in eine andere Region	7	2,3	3,6
Ich kann mich nicht mehr erinnern	5	1,6	2,6
Auf Anraten meines Hausarztes	4	1,6	2,1
Sonstige	53	17,0	27,5
Gesamt	311	100,0	161,1

n=193, Mehrfachnennungen möglich, sieben Versicherte gaben keinen Grund für ihre Überlegung an.

Quelle: Kerssens/Delnoij et al. 2000

Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, wenn die Antworten der Versicherten auf die Frage nach ihrer Einschätzung der Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenversicherern analysiert werden (vgl. Tabelle 4.16). Alles in allem stimmt die Verteilung der Antworten für jeden der zehn Items überein. Der Anteil der Versicherten, die sehr große Unterschiede zwischen den Kassen wahrnehmen ist jeweils der kleinste, mit Anteilen von 1,7 Prozent (Höhe der nominalen Prämie) bis 5,5 Prozent (telefonische Erreichbarkeit). Der Modus der Verteilungen ist stets die Antwortkategorie „kleine Unterschiede“ mit Anteilen von 49 Prozent (telefonische Erreichbarkeit) bis 59,2 Prozent (Inhalt des Basispaketes). Eine Minderheit der Befragten ist jeweils der Auffassung, dass keinerlei Unterschiede zwischen den Krankenkassen bestehen, hier ist allerdings eine Spreizung von 3,8 Prozent (Inhalt Zusatzversicherung/Höhe der Prämie Zusatzversicherung) bis hin zu 17,6 Prozent (Vergütung Arzneimittel) festzustellen. Vergleichsweise hoch ist diese Antwortkategorie bei denjenigen Items vertreten, die als Parameter für Servicequalität anzusehen sind: telefonische Erreichbarkeit (15,5 Prozent), Kundenfreundlichkeit (14,7 Prozent), Beschwerdemanagement (12,6 Prozent). Damit sind die Antworten auf diese Frage insgesamt so zu interpretieren, dass nur geringe Unterschiede zwischen den Krankenkassen wahrgenommen werden.

Tabelle 4.16: Einschätzung der Versicherten über Unterschiede zwischen den Krankenkassen

	Sehr große Unterschiede	Große Unterschiede	Kleine Unterschiede	Sehr kleine Unterschiede	Keine Unterschiede
Inhalt des Basispakets	2,2	12,3	59,2	13,8	12,5
Höhe der nominalen Prämie	1,7	16,6	59,1	13,0	9,7
Leistungen der Zusatzversicherung	2,8	26,9	54,7	11,7	3,8
Höhe der Prämie für Zusatzversicherung	2,7	27,1	55,9	10,4	3,8
Einsatz zur Verkürzung von Wartezeiten	4,3	20,6	49,4	13,0	12,8
Geschwindigkeit mit der Rechnungen erstattet werden	2,5	21,2	55,8	10,5	10,1
Vergütung von Arzneimitteln	2,1	13,4	54,8	12,2	17,6
Telefonische Erreichbarkeit	5,5	17,0	49,0	13,0	15,5
Kundenfreundlichkeit	4,0	17,9	51,1	12,3	14,7
Beschwerdemanagement	4,8	20,6	50,1	11,9	12,6

n=846, alle Angaben in Prozent.

Quelle: Kerssens/Delnoij et al. 2000

Die als gering empfundenen Unterschiede werden letztendlich auch in der Antwort auf die Frage reflektiert, welcher Grund für die Wahl der derzeitigen Krankenkassen ausschlaggebend gewesen ist. Am häufigsten wurde der Grund genannt, schon von klein auf bei dieser Kasse versichert zu sein (292 Antworten). Schon auf Platz zwei folgt die Aussage, über den Arbeitgeber zu der jetzigen Krankenkasse gekommen zu sein (273 Antworten). Auf Platz drei wird genannt, bei der bekanntesten Kasse der Region versichert zu sein (253 Antworten). Mit deutlichem Abstand werden Platz vier und fünf durch die Aussagen eingenommen, dass auch alle Verwandten und Bekannten bei der eigenen Kasse versichert sind (118 Antworten) bzw. die eigene Kasse einen guten Namen hat (115 Antworten). Wenig relevant ist die Qualität der Zusatzversicherung (64 Antworten) sowie Höhe der nominalen Prämie bzw. Höhe der Prämie für die Zusatzversicherung (26 bzw. 27 Antworten). Bei der Untergruppe der Befragten, die weniger als fünf Jahre bei der jetzigen Kasse versichert ist (146 Versicherte) steht dieser Grund sogar auf Platz eins, gefolgt von der Qualität der Zusatzversicherung.⁸⁴ Dieses Ergebnis bestätigt die Aussage, dass Wettbewerb auf dem Markt für Krankenversicherungen vor allem um kollektive Verträge stattfindet. Demzufolge empfehlen die Autoren der Studie den Krankenkassen sich zum einen auf dieses Feld und zum anderen auf die möglichst frühzeitige Gewinnung von Mitglieder zu konzentrieren, etwa beim Eintritt in das Berufsleben oder bei Aufnahme eines Studiums (Kerssens/Delnoij et al. 2000).

⁸⁴ 35,9 Prozent (Arbeitgeber) bzw. 24,1 Prozent (Zusatzversicherung) der Antworten im Vergleich zu 32,6 Prozent bzw. 7,6 Prozent bei allen Befragten

Tabelle 4.17: Versicherte nach Gründen für die Wahl der derzeitigen Krankenkasse

Gründe	Anzahl	Prozent der Gründe	Prozent der Antworten
Ich bin von klein auf bei dieser Krankenkasse	292	19,1	34,8
Über meinen Arbeitgeber	273	17,9	32,6
Die bekannteste Kasse in meiner Region	253	16,6	30,2
Meine Bekannten und Verwandten sind auch bei dieser Krankenkasse	118	7,7	14,1
Diese Krankenkasse hat einen guten Namen	115	7,5	13,7
Die einzige Krankenkasse, die ich kenne	90	5,9	10,7
Wegen der guten Zusatzversicherung	64	4,2	7,6
Diese Krankenkasse bietet guten Service	60	3,9	7,2
Ich kann mich nicht mehr erinnern	47	3,1	5,6
Die Krankenkasse gibt klare Informationen	46	3,0	5,5
Wegen einer kürzlich erfolgten Gesetzesänderung	40	2,6	4,8
Wegen der niedrigen Prämie für die Zusatzversicherung	27	1,8	3,2
Wegen der niedrigen nominalen Prämie	26	1,7	3,1
Sonstige	75	4,9	8,9
Gesamt	1526	100,0	182,1

n=838, Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Kerssens/Delnoij et al. 2000

Im Hinblick auf das Wechselverhalten der Versicherten lassen sich somit die folgenden Schlussfolgerungen ziehen:

1. Der Anteil derjenigen Versicherten, die von ihrem Wechselrecht Gebrauch machen, steigt seit Einführung des regulierten Wettbewerbs kontinuierlich. Allerdings ist der Anteil noch immer sehr klein und ist außerdem kaum auf individuelle Wahlentscheidungen zurückzuführen. Darüber hinaus ist der Marktanteil der neu gegründeten Krankenkassen sehr niedrig.
2. Die Versicherten nehmen nur vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den Krankenkassen wahr. Dies gilt vor allem für die zentralen Wettbewerbsparameter Preis, Umfang des Leistungspaketes und Servicequalität.

4.2 Effekte auf den Markt für Leistungsanbieter

In diesem Abschnitt wird untersucht, ob und in welchem Umfang unwirtschaftlich arbeitende Leistungsanbieter durch die Überwachung und Kontrolle der Versicherungsträger zu wirtschaftlicherem Verhalten angereizt werden. Nur wenn diese dritte zentrale Verhaltensannahme sowohl des Idealmodells als auch des Realmodells regulierten Wettbewerbs durch das tatsächliche Verhalten der Akteure bestätigt wird, können die erwarteten Effekte auf die Wettbewerbsziele allokativer, produktiver und dynamischer Effizienz eintreten. Dazu werden zunächst die Veränderungen im Hinblick auf Marktstruktur und Marktverhalten anhand zentraler Kennziffern beschrieben und der Zusammenhang dieser Veränderungen mit dem Verhältnis zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen untersucht. Im letzteren Abschnitt wird vor allem auf eine eigens vom Zentrum für Sozialpolitik durchgeführte repräsentative Befragung der niederländischen Hausärzte Bezug genommen

4.2.1 Reaktionen der Leistungsanbieter

Die Situation der Leistungsanbieter hat sich zumindest formal ebenso tiefgreifend verändert wie die der Krankenkassen. Auch für die Anbieter ergab sich demzufolge eine neue Unsicherheit im Hinblick auf Marktanteil und Einkommen. Formal gilt dies besonders für die ambulanten Anbieter, weil die Krankenkassen zwischen verschiedenen Anbietern wählen können und der vertragliche Kontrahierungszwang weggefallen ist. Der angenommene steigende Einfluss der Krankenkassen auf Qualitätssicherung und –überwachung hat einen komplementären Rückgang der professionellen Autonomie zur Folge. Die Einführung der Niederlassungsfreiheit erlaubt darüber hinaus den Eintritt neuer Teilnehmer in den Markt. Außerdem sind seit Einführung des regulierten Wettbewerbs vor allem bei den stationären Anbietern Verhaltensänderungen festzustellen, die erwartete gesetzliche Veränderungen antizipieren.

4.2.1.1 Ambulante Versorgung

Bei der Untersuchung der Marktstruktur des Marktes für ambulante Anbieter wird zunächst deutlich, dass sich das Angebot in absoluten Zahlen schon deutlich vor und seit Einführung des regulierten Wettbewerbs in allen Segmenten vergrößert hat. In Tabelle 4.18 ist zu erkennen, dass insbesondere die Zahl der an den Krankenhäusern tätigen Spezialisten deutlich und kontinuierlich gestiegen ist. Diese Ärzte unterliegen trotz ihrer Bindung an die Krankenhäuser im Gegensatz zu den Krankenhäusern selbst ebenso der selektiven Vertragsgestaltung wie die Hausärzte. Die Anzahl der Hausärzte ist ebenfalls gestiegen. Extrem hat sich das Angebot der Apotheker vergrößert während die Anzahl der Ärzte mit eigenen Apotheken zurückgegangen ist.

Tabelle 4.18: Kennziffern ambulante Anbieter absolute Größen 1985 - 1997

	1985	1990	1995	1996	1997	Veränderung 1985/1997	Veränderung 1990/1997
Hausärzte	6212	6800	7125	7170	7345	18,2	8,0
davon selbständig	5909	6391	6753	6814	6916	17,0	8,2
davon Assistenten	303	409	372	356	424	39,9	3,7
Spezialisten	10796	12210	14143	13917	14779	36,9	21,0
Ärzte in Pflegeheimen		733	821	789	814		11,1
Zahnärzte unter 66 Jahren			7328	7258	7319		
Geburtshelfer	928	1083	1276	1332	1357	46,2	25,3
Physiotherapeuten	9422		11701		11669	23,8	
davon in eigener Praxis		7459	8160		8230		10,3
Apotheker	1800	2229	2484	2556	2622	45,7	17,6
Ärzte mit eigener Apotheke	936	750	665	660	655	-30,0	-12,7

Veränderung in Prozent.

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998

Da sich die niederländische Bevölkerung im Beobachtungszeitraum deutlich vergrößert hat, muss das erweiterte Angebot auf die gewachsene Bevölkerung bezogen werden. Bei dieser Betrachtungsweise stellt sich heraus, dass sich das Angebot immer noch verbessert hat, allerdings in deutlich geringerem Ausmaß. Tabelle 4.19 stellt die Anzahl der Einwohner pro jeweiligem Leistungsanbieter dar. Ein Rückgang des Indikators impliziert damit eine Erhöhung des Angebots. Die Versorgung mit Hausärzten hat sich danach seit 1985 verbessert, allerdings stagnieren die Werte seit 1990. Auch auf einen Spezialisten kommen 1997 deutlich weniger Einwohner als 1985. Geradezu rasant ist das Verhältnis von Einwohnern pro Apotheker gesunken. Insgesamt ist es demzufolge bei den ambulanten Anbietern seit 1985 sowohl absolut wie relativ zu einer Angebotsausweitung gekommen, die bei den Fachärzten stärker und bei den Hausärzten weniger stark ausgeprägt war. Wettbewerbstheoretisch ist der Eintritt neuer Marktteilnehmer eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Wettbewerbsintensität.

Tabelle 4.19: Kennziffern ambulante Anbieter relativ zur Größe der Bevölkerung 1985 - 1997

	1985	1990	1995	1996	1997	Veränderung 1985/1997	Veränderung 1990/1997
Hausärzte	2327	2190	2165	2161	2119	-8,9	-3,2
davon selbständig	2446	2330	2284	2274	2251	-8,0	-3,4
Spezialisten	1339	1220	1091	1113	1053	-21,3	-13,6
Ärzte in Pflegeheimen		20317	18787	19637	19124		-5,9
Zahnärzte unter 66 Jahren			2105	2135	2127		
Geburtshelfer	15577	13751	12088	11632	11472	-26,4	-16,6
Physiotherapeuten	1534		1318		1334	-13,0	
davon in eigener Praxis		1997	1890		1892		-5,3
Apotheker	8031	6681	6209	6062	5937	-26,1	-11,1
Ärzte mit eigener Apotheke	15444	19857	23194	23476	23767	53,9	19,7

Anzahl der Einwohner pro Leistungsanbieter, Veränderung in Prozent.

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998

Der Markteintritt ist für ambulante Anbieter allerdings nicht frei möglich. Das Angebot wird trotz Einführung der Niederlassungsfreiheit politisch durch Zulassungsbeschränkungen zum Studium und im Rahmen professioneller Autonomie gesteuert, da die Weiterbildung zum Facharzt wesentlich durch die medizinischen Fachgesellschaften kontrolliert wird. Die Regulierung des Angebots sorgt allerdings auch dafür, dass die Verteilung des Angebots von Hausärzten regional relativ gleichmäßig erfolgt.⁸⁵ Ein Blick auf die Zahl der Absolventen in Gesundheitsberufen in Tabelle 4.20 zeigt, dass die Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums nach der Einführung des regulierten Wettbewerbs zunächst zurückging und erst 1997 wieder den Stand von 1991 erreichte, bzw. übertraf.

⁸⁵ Zur Stellung des Hausarztes in den Niederlanden und im internationalen Vergleich vgl. Boerma/Fleming 1998; Groenewegen/Dixon, et al. 2000.

Tabelle 4.20: Absolventen in Gesundheitsberufen

	1990/91	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97
Arzt (basisarts)	1451	1273	1274	1407	1535
Zahnarzt	169	113	103	118	183
Apotheker	128	99	122	131	154
Hebamme	64	63	67	70	77
Physiotherapeut	1266	955	944	977	929
Pflegepersonal	1046	842	815	653	585
Logopäde	428	277	284	320	267
Krankenschwester	7672	8526	6103	6043	

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998

Auf der betriebswirtschaftlichen Ebene hat sich seit 1985 ein erwartungsgemäß langsamer aber kontinuierlicher Wandel weg von der Einzelpraxis hin zu kooperativen Praxisformen entwickelt. Es dominiert zwar noch immer die Einzelpraxis, aber Tabelle 4.21 unterstreicht, dass mittlerweile der Anteil der kooperativen Praxisformen zusammengenommen höher ist als der der Einzelpraxis.

Tabelle 4.21: Hausärzte nach Praxisform 1985 bis 1998

	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Einzelpraxis	55,6	51,3	46,6	46,3	44,4	42,2
Doppelpraxis	26,8	27	29,6	29,7	30	30,2
Gruppenpraxis	5,5	8,1	9,7	10,9	11,7	12,2
Gesundheitszentrum	6,9	7,6	8,7	8,1	8,1	8,5
Nicht Selbständige	5,2	6	5,2	5	5,8	6,1

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998; Centraal Bureau voor de Statistiek 1999

Trotz der Ausweitung des Angebots für Spezialisten kommt es in einigen Fachgebieten noch immer zu erheblichen Wartezeiten. Zwar ist die Validität der Untersuchungen zum Umfang der Kapazitätsengpässe umstritten, aber Tabelle 4.22 illustriert in jedem Fall, dass die tatsächlichen Wartezeiten deutlich höher sind als die von den Versicherten akzeptierten.

Tabelle 4.22: Wartezeiten bei Fachärzten 1993/1995

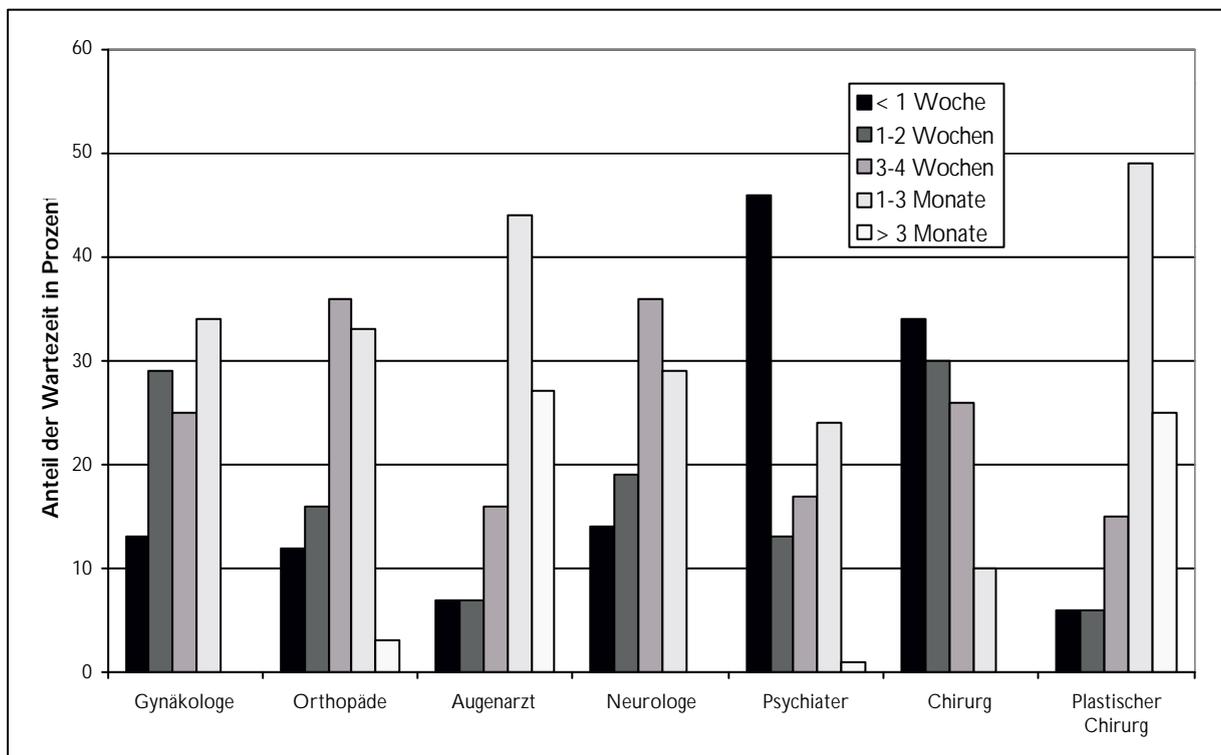
Facharzt	durchschnittliche Wartezeit	akzeptierte maximale Wartezeit
Gynäkologe	51,8	41,7
Orthopäde	66,5	23
Augenarzt	88,5	30,6
Neurologe	40,1	11,2
Psychiater	57,4	23,4
Chirurg	59,6	23,8
Plastischer Chirurg	140,1	55,5
Gesamt	58,3	24,2

Wartezeit in Tagen.

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1996

Diese Entwicklung wird auch durch eine neuere Untersuchung bestätigt. Abbildung 4.4 illustriert, dass insbesondere für Augenärzte und plastische Chirurgen erhebliche Wartezeiten bestehen. So liegt bei Augenärzten in 70 Prozent aller Fälle die Wartezeit über einem Monat.

Abbildung 4.4: Wartezeiten für ausgewählte Fachärzte 1999



Quelle: Laeven/van Rooij 1999

Aus wettbewerbstheoretischer Perspektive sind diese Kapazitätsengpässe nicht förderlich für eine hohe Wettbewerbsintensität, da die in diesem Falle als Nachfrager auftretenden Krankenkassen nur wenig Auswahlmöglichkeiten zwischen alternativen Anbietern haben.

Die Entwicklungen auf dem Markt für ambulante Anbieter seit Einführung des regulierten Wettbewerbs lassen sich damit folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) Sowohl absolut wie relativ zur angewachsenen Bevölkerung ist das Angebot ambulanter Anbieter angestiegen. Der relative Anstieg ist geringer als der absolute, der Anstieg bei den Fachärzten ist geringer als der bei den Hausärzten. Dennoch treten bei den Fachärzten Kapazitätsengpässe auf.
- 2) Der Marktzugang ist sowohl für Haus- als auch für Fachärzte vergleichsweise streng reguliert. Das regionale Angebot der Hausärzte ist relativ gleich verteilt.

4.2.1.2 Stationäre Versorgung

Die Herausforderungen an die stationären Einrichtungen unterscheiden sich deutlich von denen an die ambulanten Anbieter. Während insbesondere die Haus- und Fachärzte zumindest formal direkt dem Einfluss der in einem wettbewerbsorientierten Umfeld agierenden Krankenkassen ausgesetzt sind, so gilt dies für die stationären Einrichtungen nur indirekt. Diese müssen allerdings befürchten, mittel- bis langfristig ebenfalls der selektiven Kontrahierung zu unterliegen. Die stationären Anbieter in den Niederlanden sehen damit sich zwei zentralen mitunter widersprüchlichen Steuerungsinstrumenten der Politik gegenüber. Zum einen verfolgt die Politik seit Mitte der achtziger Jahre eine strikte Kostendämpfung vor allem mit Hilfe einer restriktiven Budgetierung. Gleichzeitig wurde die Fusion stationärer Einrichtungen und der Abbau von Kapazitäten gefördert (Maarse, van der Horst et al. 1993; Maarse, Mur-Veemann et al. 1997). Zum anderen müssen die Anbieter auf die Einführung des regulierten Wettbewerbs reagieren. Die Implementierung einer solchen Politik bedeutet analog zu der neuen Situation der Krankenkassen eine wachsende Unsicherheit über Einkommen und Klientel.

Die Reaktion der stationären Anbieter auf diese doppelte Herausforderung besteht nach Ansicht niederländischer Experten in einer zweistufigen Strategie. Erstens bilden die Einrichtungen einen finanziellen „Puffer“, um den Herausforderungen gewachsen zu sein. Bei relativ engen Budgets werden dazu eine Reihe von Instrumenten genutzt. Die Personalkosten werden durch die Differenzierung von Funktionen und die Ersetzung teurerer Arbeitskräfte gesenkt. Einsparpotentiale werden außerdem bei externen Dienstleistungen, Wartungs- und Hotelfunktionen realisiert. Stationäre Leistungen werden durch ambulante Leistungen substituiert, aber auch langfristige Versorgung durch kurzfristige Interventionen ersetzt (Okma und de Roo 1998). Neben der Verbesserung der finanziellen Situation tritt zweitens die Verbesserung der Wettbewerbsposition. Eine Möglichkeit dazu besteht in der Verbesserung der Servicequalität und in der Erweiterung des Leistungsspektrums mit Zusatzleistungen wie ambulanter Hauspflege, Essen auf Rädern oder Haushaltshilfen (Okma und de Roo 1998). Parallel werden Instrumente zur Qualitätsüberwachung quantitativ wie qualitativ verbessert (Okma 1997b).

Ein anderer Weg zur Verbesserung der Wettbewerbsposition besteht in horizontaler und vertikaler Integration. Die intensiven Aktivitäten zu formaler und informaler Kooperation zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen führen zu regionalen Monopolen im Rahmen einer umfassenden Versorgungsinstitution. Die Bildung von solchen Holdings fördert nicht nur Substitutionseffekte und erweitert das Leistungsspektrum. Gleichzeitig sind die der Holding angeschlossenen Anbieter auf Verschiebungen in den politischen Prioritäten vorbereitet. Mitunter sind diese Monopole politisch gewollt, so in der psychiatrischen Versorgung. In anderen Fällen verhindert die marktbeherrschende Position einzelner Einrichtungen einen für die Zukunft intendierten Wettbewerb.⁸⁶ Anhand des vorliegenden Datenmaterials wollen wir untersuchen, inwieweit sich erstens diese Doppelstrategie der stationären Anbieter belegen lässt und ob sich die Strategie auf den indirekten Einfluss des regulierten Wettbewerbs zurückführen lässt.

Zur Illustration der oben genannten Trends wird in Tabelle 4.23 zunächst unterstrichen, dass sowohl die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser als auch die Anzahl der Betten absolut wie relativ zur Bevölkerung zwischen 1985 und 1997 deutlich gesunken sind.

Tabelle 4.23: Kennziffern Allgemeine Krankenhäuser 1985 - 1997

	1985	1990	1995	1996	1997
Anzahl	155	124	110	108	105
Betten im Jahresdurchschnitt	56623	52292	48872	47796	46788
Betten im Jahresdurchschnitt pro 1000 Einwohner	3,9	3,5	3,1	3,0	3,0
Einweisungen in 1000	1359	1306	1353	1352	1343
pro Bett	24,0	25,0	28,5	29,0	28,7
pro 1000 Einwohner	93,8	87,3	87,5	87,0	86,0
Verweiltage in 1000	16197	13872	12617	12373	12102
Bettenauslastung in Prozent	78,4	72,7	72,8	72,5	70,9
durchschnittliche Verweildauer (Tage)	11,9	10,6	9,3	9,2	9,0
ambulante Behandlungen (Tage in 1000)	193	366	569	600	642
ambulante Rehabilitation (Behandlungsstunden in 1000)		97	131	138	154

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998

Die Zahl der Einweisungen blieb relativ konstant, dagegen sank die Zahl der Verweiltage und damit die durchschnittliche Verweildauer deutlich. Die Kapazitätsauslastung sank trotz des bereits erfolg-

⁸⁶ In der Regel wird nach Auskunft unserer Gesprächspartnerin bei der Wettbewerbsbehörde der Konzentrationsprozess bei Krankenhäusern von der Behörde akzeptiert. Der Wettbewerb in diesem Sektor sei ohnehin so gering, dass er durch die marktbeherrschende Stellung von fusionierten Einrichtungen nicht behindert werden könne.

ten Abbaus von Betten dramatisch. Zu einem deutlichen Anstieg kam es bei ambulanten Behandlungsformen.⁸⁷

Eine abweichende Entwicklung ist bei den psychiatrischen Krankenhäusern festzustellen. Tabelle 4.24 illustriert, dass die Anzahl der Einrichtungen zwischen 1985 und 1997 konstant blieb. Die Anzahl der Betten stieg absolut, blieb aber im Verhältnis zu der Bevölkerung konstant. Die Einweisungen stiegen drastisch, während sich die stationären Verweiltage reduzierten und gleichzeitig die teilstationären Behandlungstage anstiegen. Die Kapazitätsauslastung hat sich auch hier deutlich reduziert, befindet sich aber auf einem deutlich höheren Niveau als bei den allgemeinen Krankenhäusern. Diese abweichende Entwicklung ist insofern bemerkenswert, als dass die psychiatrische Versorgung nicht durch die Krankenkassen im Rahmen des ZFW, sondern durch die regionale Einheitsversicherung nach dem AWBZ finanziert wird.

Tabelle 4.24: Kennziffern Psychiatrische Krankenhäuser 1985 - 1997

	1985	1990	1995	1996	1997
Anzahl	82	80	83	85	80
Betten im Jahresdurchschnitt	24254	24352	25090	25219	25797
Betten im Jahresdurchschnitt pro 1000 Einwohner	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7
Einweisungen	32568	36234	45115	47911	51913
Verweiltage in 1000	8439	8503	8343	8348	8104
Bettenauslastung in Prozent	95,3	95,7	91,1	90,4	86,1
teilstationäre Behandlung					
Anzahl Plätze	4691	2151	2971	3173	3258
Behandlungstage in 1000	395	540	937	1076	1076

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998

Ausgebaut werden konnten auch die Kapazitäten der Pflegeheime, die wie die psychiatrischen Einrichtungen durch das AWBZ finanziert werden. Zwar blieb die Anzahl der Einrichtungen konstant, allerdings konnte die Zahl der Betten absolut wie relativ zur Bevölkerung ausgebaut werden. Einweisungen und Verweiltage stiegen deutlich an, die vorhandenen Kapazitäten sind vollständig ausgelastet. Die durchschnittliche Wartezeit liegt zwischen sieben und 17 Wochen (Gerritse/Lorsheijd 1998). Auch in diesem Sektor ist ein verstärkter Trend zu ambulanten Behandlungsformen zu beobachten.

⁸⁷ Dieser Trend hat sich nach ersten vorläufigen Berechnungen für das Jahr 1998 fortgesetzt (Centraal Bureau voor de Statistiek 1999).

Tabelle 4.25: Kennziffern Pflegeheime 1985 - 1997

	1985	1990	1995	1996	1997
Anzahl	328	326	329	330	332
Betten im Jahresdurchschnitt	49252	51674	55229	56434	57024
Betten im Jahresdurchschnitt pro 1000 Einwohner	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7
Einweisungen	41447	43049	53794	55958	56514
Verweiltage in 1000	17608	18347	19841	20234	20340
Bettenauslastung in Prozent	97,9	97,3	98,4	98	97,7
ambulante Pflege					
Anzahl Plätze	2533	3219	4026	4113	4196
Behandlungstage in 1000	569	752	1031	1084	1141

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998

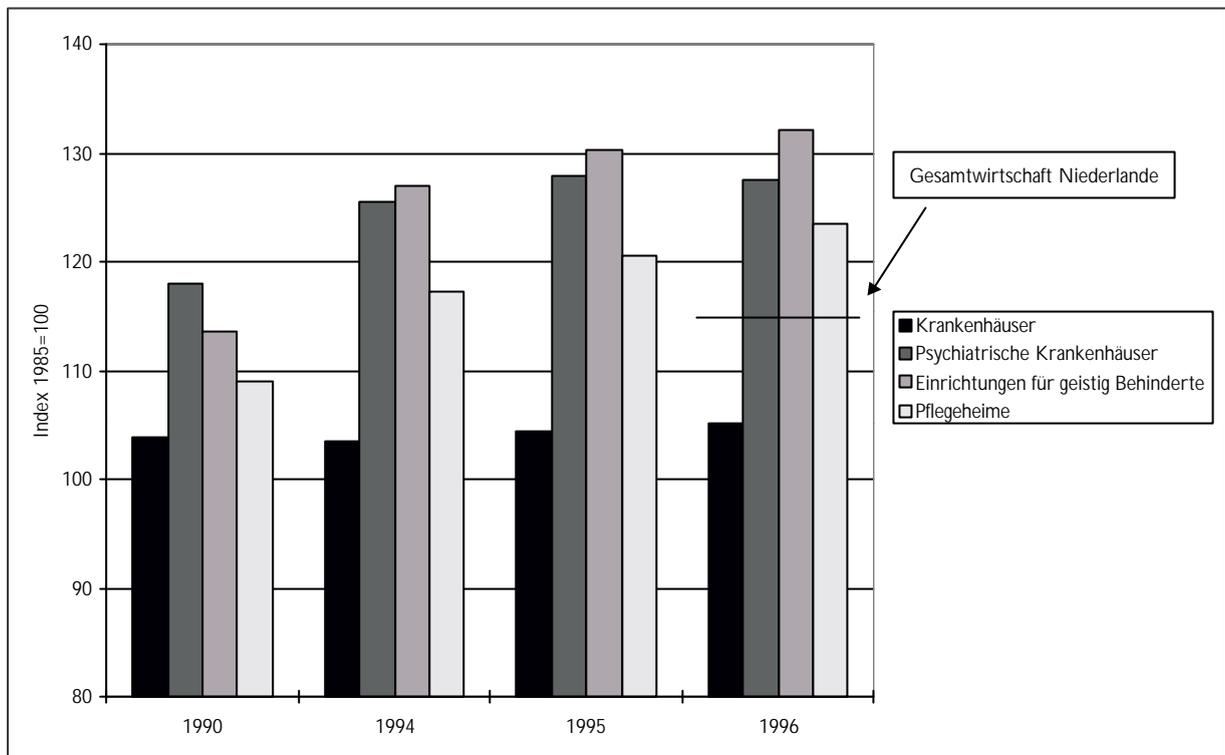
Beim Vergleich zwischen stationären Einrichtungen mit unterschiedlicher Finanzierungsquelle zeigen sich eine Reihe von Gemeinsamkeiten aber auch wesentliche Unterschiede. In allen Einrichtungen ist ein Substitutionseffekt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eingetreten. Es ist somit fraglich, ob dieser Effekt dem indirekten Einfluss des regulierten Wettbewerbs zuzuschreiben ist. Der Abbau von Kapazitäten dagegen ist in den zum Großteil von den Krankenkassen finanzierten allgemeinen Krankenhäusern deutlich höher. Diese Entwicklung ist zumindest teilweise auf die Einführung des regulierten Wettbewerbs zurückzuführen. In einer ersten Fusionswelle vor den Reformen fusionierten unterstützt von der Regierung in erster Linie kleine Krankenhäuser zur Realisierung von Größenvorteilen. Von 1982 bis 1994 reduzierte sich die Anzahl der kleinen Krankenhäuser um 65 Prozent und die der mittleren Häuser um 26 Prozent, während gleichzeitig die Zahl der großen Krankenhäuser von zehn auf 17 stieg (Boot 1998).⁸⁸ In einer zweiten Fusionswelle kommt es seit Beginn der neunziger Jahre zu Fusionen mittlerer und großer Krankenhäuser. Diese zweite Welle ist zu einem erheblichen Umfang von der Absicht zur Verbesserung der Verhandlungsposition gegenüber den ebenfalls fusionierten Krankenkassen motiviert. Von der Regierung wird zwar einerseits der Kapazitätsabbau begrüßt, andererseits führt die fortgesetzte Konzentration der Krankenhäuser zu einer erheblichen potentiellen Behinderung zukünftigen Wettbewerbs (Groenewegen 1994; Boot 1998; Scheerder 1999).

Trotz des Kapazitätsrückgangs wurde hat sich die Beschäftigungssituation im stationären Sektor deutlich verbessert. Absolut kam es von 1985 bis 1996 zu einem Beschäftigungswachstum von gut 100.000 Personen (Centraal Bureau voor de Statistiek 1999). Dem allgemeinen Trend auf dem niederländischen Arbeitsmarkt folgend, äußert sich dieses Wachstum vor allem in einem Zuwachs an Teilzeitarbeitsplätzen. Die Zahl der Vollzeitarbeitsplätze im stationären Sektor ist sogar drastisch gesunken. In Vollzeitäquivalenten illustriert aber Abbildung 4.5, dass die stationären Anbieter außer den allgemeinen Krankenhäusern dennoch ein Beschäftigungswachstum aufweisen, das deutlich

⁸⁸ Kleine Krankenhäuser sind solche mit unter 300 Betten, mittlere Häuser solche mit 300 bis 600 Betten, große Häuser solche mit mehr als 600 Betten.

über dem der niederländischen Gesamtwirtschaft liegt.

Abbildung 4.5: Indexiertes Beschäftigungswachstum in stationären Einrichtungen in Vollzeitäquivalenten 1985 - 1996



Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1998

Zusammenfassend können die Effekte nach Einführung des regulierten Wettbewerbs auf den Markt für stationäre Anbieter folgendermaßen beschrieben werden:

- 1) Obgleich die stationären Einrichtungen nicht unmittelbar von der Einführung des regulierten Wettbewerbs betroffen waren, so ist doch der folgende horizontale und vertikale Konzentrationsprozess zumindest teilweise durch das Ziel einer verbesserten Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen motiviert.
- 2) Substitutionseffekte zwischen stationären und ambulanten Behandlungsformen sind bei allen Einrichtungen evident. Es ist allerdings sehr fraglich, ob diese Effekte auf die Einführung des regulierten Wettbewerbs zurückzuführen sind.

4.2.2 Selektive Verträge mit Krankenkassen und Preiswettbewerb

Dem Verhältnis zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen kommt sowohl im Idealmodell Managed Competition als auch im Realmodell regulierten Wettbewerbs eine entscheidende Bedeutung zu. Nur wenn die Krankenkassen tatsächlich die Leistungsanbieter im Sinne einer möglichst wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung für ihre Versicherten beeinflussen, dann das Modell in der Realität funktionieren. Ob das in den Niederlanden geschieht, kann anhand von zwei zentralen Fragestellungen untersucht werden:

- Nehmen die Krankenkassen ihre Möglichkeiten im Hinblick auf die selektive Vertragsgestaltung mit Leistungsanbietern wahr und wenn ja, in welchem Umfang?
- Führt der regulierte Wettbewerb zu einem Preiswettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten und wenn ja, in welchem Umfang?

Um diese Fragen zu untersuchen, werden nicht nur Studien von niederländischen Wissenschaftlern und die Ergebnisse von einer Reihe Experteninterviews zu Rate gezogen. Darüber hinaus wird zur Beurteilung der subjektiven Erfahrungen einer zentralen Akteursgruppe mit dem regulierten Wettbewerb eine Befragung niederländischer Hausärzte durch das Bremer Zentrum für Sozialpolitik zitiert.⁸⁹

Obgleich das vorliegende empirische Material zu der Fragestellung dieses Abschnitts insgesamt eher dürftig ist, kommen die vorliegenden Studien und Aussagen zu dem einheitlichen Ergebnis, dass nur in Ausnahmefällen die Krankenkassen die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge nutzen. Der Ziekenfondsraad (ZFR) kam in zwei Studien zu der Schlussfolgerung, dass individuelle Absprachen nur über Administration, Zahlungsweise und Informationsaustausch stattfinden (Ziekenfondsraad 1995; Ziekenfondsraad 1999b).⁹⁰ Sämtliche wesentlichen Vereinbarungen werden von den Dachverbänden der Krankenversicherungen und der Anbieter auf regionaler oder gar nationaler Ebene getroffen. Auf der regionalen Ebene führt der Marktführer die Verhandlungen, deren Ergebnisse die Krankenkassen mit kleineren regionalen Marktanteilen übernehmen. Nach Urteil des ZFR findet die Konkretisierung der einheitlichen und gemeinsamen Absprachen nicht statt, es kommt damit gar nicht erst zum Entstehen einer Verhandlungskultur zwischen der einzelnen Krankenkasse und dem einzelnen Anbieter. Der Fokus der Verhandlungen liegt damit weiterhin auf der Makro- und der Meso-Ebene (van der Grinten 1999). Individuelle Steuerung auf der Mikro-Ebene findet nicht statt (Ziekenfondsraad 1999b), die erwartete Dynamisierung des Vertragswettbewerbes bleibt aus (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998b).

⁸⁹ Diese Befragung wurde in Kooperation mit niederländischen Partnern durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere Prof. Peter Groenewegen vom NIVEL (Niederländisches Institut für primärärztliche Versorgung) für seine Beratung zu danken.

⁹⁰ Ab 1.1.2000 wurde der ZFR in CVZ umbenannt und erhielt einen neuen Aufgabenzuschnitt.

Dieses Urteil wird mit zwei Differenzierungen von Krankenkassenmanagern bestätigt (Hamilton 1999). Auf der einen Seite haben die Krankenkassen danach ihre Aktivitäten beim kostengünstigen Einkauf von Heil- und Hilfsmitteln verstärkt. Auf der anderen Seite führt die seit 1998 mögliche Einrichtung von Apotheken als Eigenbetrieben zu einer Reihe von Aktivitäten bei der Distribution von Arzneimitteln.⁹¹ Dennoch engagieren sich die Krankenkassen insgesamt wesentlich stärker beim Wettbewerb um Versicherte als in der Auseinandersetzung mit Leistungsanbietern (Raymakers 1999).⁹²

Diese Analyse wird durch unabhängige wissenschaftliche Experten unterstützt (Groenewegen 1999; Schut 1999; van Londen 1999; de Roo 1999). Ambulante Anbieter werden nur bei groben Qualitätsmängeln von der Versorgung ausgeschlossen.⁹³ Auch Vertreter der Regierung (Okma 1999) und der Tarifbehörde (Scheerder 1999) sowie der Sozialpartner (van der Plank 1999; van der Velden 1999) bestätigen, dass es keinen nennenswerten Vertragswettbewerb zwischen den Anbietern gibt.

Wenn die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zum Abschluss von selektiven Verträgen mit Leistungsanbietern nicht nutzen und Verträge im wesentlichen noch immer einheitlich und gemeinsam abschließen, so ist die Wahrscheinlichkeit der Existenz von Preiswettbewerb zwischen Anbieter natürlich sehr gering. Die in oben genannten Quellen kommen dann auch genau zu dieser Schlussfolgerung. Noch 1995 konstatierte die Tarifbehörde, dass nicht ein einziger abgeschlossener Tarif unter den zulässigen Maximaltarifen bekannt sei (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg 1995).

Diese Einschätzungen werden von den Ergebnissen einer durch das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführten repräsentativen Befragung niederländischer Hausärzte bestätigt. In Tabelle 4.26 wird deutlich, dass der Wettbewerb sowohl im eigenen Tätigkeitsbereich als auch im niederländischen Gesundheitswesen nur ausgesprochen schwach wahrgenommen wird. Darüber hat sich zwischen den Hausärzten die Konkurrenz in den letzten Jahren nicht verstärkt.

⁹¹ So ist die Krankenkasse VGZ eine Kooperation mit einem großen britischen Betreiber von Drugstores eingegangen.

⁹² Interviews mit niederländischen Hausärzten haben ergeben, dass in den Verträgen mit den Krankenkassen inzwischen neben der Honorierung durch Kopfpauschalen auch Elemente der Einzelleistungsvergütung zu finden sind. Theoretisch könnten die Krankenkassen diese Vertragsbestandteile nutzen, um die mit ihnen kontrahierenden Ärzte etwa zur Qualitätssicherung anzureizen (z. B. durch Extravergütungen für Qualitätszirkel). Tatsächlich gibt es in einigen Regionen solche Vertragsbestandteile, allerdings für alle Ärzte einer Region im Rahmen von gemeinsamen und einheitlichen Absprachen. Insofern werden diese Vertragsbestandteile nicht als Wettbewerbsparameter genutzt (Lukas-Nülle 2000).

⁹³ Selbst in diesen Fällen hatten die betroffenen Krankenkassen mit erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen. So wird von einem Hausarzt in Friesland berichtet, der zwar bei seinen Patienten sehr beliebt war, der kontrahierenden Krankenkasse aber durch gravierende Qualitätsmängel auffiel. Nach diversen Abmahnungen wollte die Krankenkasse mit Einverständnis der lokalen Hausärztervereinigung diesem Arzt die Zulassung entziehen. Dieser Schritt führte Aufruhr im Ort und zu massivem Protest der Patienten. Ein anderer Krankenversicherer wollte daraufhin einen Vertrag mit dem betroffenen Hausarzt eingehen. Daraufhin drohte der Verband der Krankenversicherer dieser Kasse mit Ausschluss und die für die Hausarztzubildung zuständige Universität mit dem Einstellen der Ausbildung. Mittlerweile ist der betroffene Hausarzt im Ruhestand (de Roo 1999).

Auch der Wettbewerb zwischen Haus- und Fachärzten hat sich nach Wahrnehmung der Hausärzte kaum verstärkt.⁹⁴

Tabelle 4.26: Ausprägung des Wettbewerbs nach subjektiver Einschätzung von schriftlich befragten Hausärzten

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

n=1750, Rücklaufquote 28,4%.

Quelle: Lukas-Nülle 2000

Damit lassen sich die Effekte nach der Einführung des regulierten Wettbewerbs im Hinblick auf selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern sowie Preiswettbewerb zwischen Leistungsanbietern folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) Die Krankenkassen nehmen ihre formalen Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge nur in Ausnahmefällen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln wahr. Verhandlungen werden im wesentlichen weiterhin einheitlich und gemeinsam geführt.
- 2) Preiswettbewerb in nennenswertem Umfang ist zwischen den Leistungsanbietern nicht festzustellen.
- 3) Diese Analyse wird nicht nur von niederländischen Studien und Experten bestätigt, sondern auch durch die vom Zentrum für Sozialpolitik durchgeführte repräsentative Befragung niederländischer Hausärzte.

⁹⁴ Auf die Frage: „Haben Sie den Eindruck, dass sich die Konkurrenzsituation zwischen den Hausärzten bzw. zwischen Haus- und Fachärzten in letzter Zeit verstärkt hat?“ antworteten 96,9 Prozent bzw. 88,4 Prozent der Befragten mit Nein (Lukas-Nülle 2000).

4.3 Ursachen der (Nicht-) Veränderungen und Folgen für Regulierung

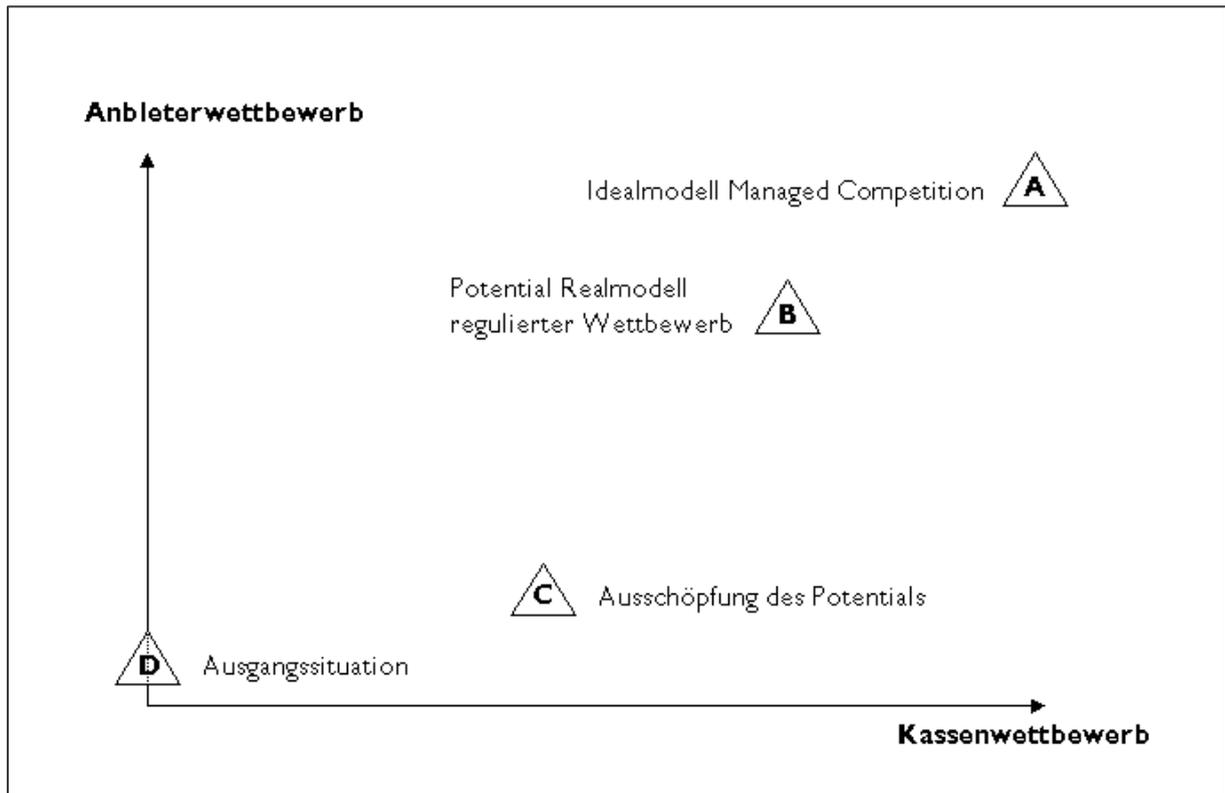
Die bisherige Analyse hat gezeigt, dass die durch die Einführung des regulierten Wettbewerbs angestrebten Effekte nur sehr unvollständig erreicht werden konnten. Niederländische Autoren weisen bei der Einordnung dieses Ergebnisses wiederholt darauf hin, dass diese Analyse eine vorläufige sein muss. Als Grund für diese Auffassung wird vor allem genannt, dass der Reformprozess selbst noch nicht abgeschlossen ist und außerdem eine Reihe von Effekten wie etwa die Auswirkungen des erhöhten finanziellen Risikos der Krankenkassen noch zu erwarten sind (Maarse/Paulus 1998).⁹⁵ Mit den Worten eines der führenden niederländischen Gesundheitsökonomien: „The game is just beginning (Schut 1999)!“ Nichtsdestoweniger ist die zentrale Aufgabe dieses Abschnittes, die Ursachen vor allem für die nicht erwarteten Veränderungen und das Ausbleiben erwarteter Effekte zu analysieren. Daraus können dann Konsequenzen für die Regulierung des Wettbewerbs in den Niederlanden abgeleitet werden.

Es wird in zwei Ursachenkomplexe unterscheiden, deren analytische Fundierung sich aus der grafischen Darstellung in Abbildung 4.6 ergibt. Auf den beiden Achsen sind die Intensitäten des Wettbewerbs sowohl auf dem Markt für Krankenversicherungen als auch auf dem Markt für Leistungsanbieter abgetragen. Aus Abschnitt 3.2.1 ergibt sich, dass das Idealmodell Managed Competition als Verhaltensannahme eine hohe Wettbewerbsintensität auf beiden Märkten voraussetzt. Diesen Idealzustand bezeichnen wir als Referenzpunkt A. In Abschnitt 3.2.2 haben wir gezeigt, dass das Realmodell regulierten Wettbewerbs in der Gestaltung von Anreizen und Instrumenten vom Idealmodell abweicht.⁹⁶ Die im Vergleich zu Punkt A geringere potentielle Wettbewerbsintensität wird deshalb durch Punkt B abgebildet. In den Abschnitten 4.1 und 4.2 haben wir darüber hinaus gezeigt, dass die tatsächliche Wettbewerbsintensität auf den beiden Märkten geringer ist als erwartet. Auf dem Markt für Leistungsanbieter ist das Ausmaß des Wettbewerbs noch deutlich geringer als auf dem Markt für Krankenversicherungen, deshalb wird die reale Situation auf den beiden Märkten durch den Punkt C dargestellt. Punkt D stellt als weiteren Referenzpunkt die Ausgangssituation vor der Einführung des regulierten Wettbewerbs dar, in der Wettbewerb auf beiden Märkten kaum messbar war. Die beiden zu diskutierenden Ursachenkomplexe ergeben sich aus der Distanz zwischen den Punkten A und B auf der einen Seite und dem Abstand zwischen Punkt B und Punkt C auf der anderen Seite.

⁹⁵ Mittlerweile ist das finanzielle Risiko der Krankenkassen in Teilbereichen höher als das der privaten Krankenversicherungen. Seit 1987 müssen die privaten Krankenversicherungen Standardverträge anbieten. Die für Versicherten mit dieser Vertragsart anfallenden Ausgaben werden voll zwischen den privaten Versicherungsunternehmen ausgeglichen.

⁹⁶ Zu den durch den politischen Reformprozess erklärbaren Ursachen für diese Abweichung der beiden Modelle vgl. Abschnitt 2.

Abbildung 4.6: Wettbewerbsintensität auf Anbieter- und Versicherungsmärkten



Quelle: eigene Abbildung

4.3.1 Mikrosteuerung vs. Makrosteuerung

Der erste Ursachenkomplex soll die Abweichung der Punkte A und B erklären. Im Idealmodell Managed Competition kommen wesentliche Steuerungsaufgaben den einzelnen Marktakteuren zu, während der Staat eine untergeordnete Steuerungsfunktion hat. Im Realmodell regulierter Wettbewerb spielt dagegen die Makrosteuerung des Staates gegenüber der Mikrosteuerung der Marktakteure eine wesentlich größere Rolle. So wurde gezeigt, dass sich die Ausgestaltung des Realmodells regulierten Wettbewerbs mit Anreizen und Instrumenten zwar am Idealmodell orientiert, aber insbesondere auf der Seite der Instrumente für die Versicherungsträger Defizite aufweist.

Der Marktzugang für Haus- und Fachärzte ist weiterhin beschränkt, und insbesondere bei den Fachärzten sind deutlich erkennbare Kapazitätsengpässe zu erkennen. Auf der einen Seite fordert damit die Regierung eine Dynamisierung des Vertragswettbewerbs, auf der anderen Seite weigert

sie sich die Verantwortung für die Kostenkontrolle abzugeben.⁹⁷ Nach der bereits oben zitierten Untersuchung des ZFR ist hier besonders deutlich das Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und öffentlicher Regulierung bzw. zwischen Mikrosteuerung und Marktsteuerung zu erkennen. Für funktionsfähigen Wettbewerb ist demzufolge ein Überangebot von Versorgung notwendig, damit die Versicherungsträger zwischen verschiedenen Leistungsanbietern auswählen können. Es existiert aber ein knapper, regional gut organisierter Anbietermarkt, da der Zugang von neuen Marktteilnehmern beschränkt wird (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998b; Ziekenfondsraad 1999b). Nach Aussage der Krankenkassen ist auch das Angebot von Hausärzten so knapp, dass eine Auswahl so gut wie unmöglich ist (Hamilton 1999; Raymakers 1999). Überkapazitäten gibt es allenfalls bei Physiotherapeuten und den Lieferanten von Hilfsmitteln (Ziekenfondsraad 1999b).

Zwar unterliegen die Krankenkassen formal dem Wettbewerbsrecht, doch ist dieses bislang wenig wirkungsvoll, da es in den Niederlanden bisher wenig Erfahrung mit Wettbewerbspolitik im Gesundheitswesen gibt. Allerdings hat die Wettbewerbsbehörde (NMA) mit Beschluss vom 29.12.98 angeordnet, dass Krankenkassen sowohl im Hinblick auf ihre Aktivitäten zum Zwecke des Einkaufs von Gesundheitsleistungen als auch im Hinblick auf ihr Angebot von Krankenversicherungen als Unternehmen im Sinne des Wettbewerbsgesetzes zu betrachten sind (Ziekenfondsraad 1999b).⁹⁸ Es gilt eine fünfjährige Übergangsfrist. Für die NMA ergeben sich damit eine Reihe von Anknüpfungspunkten. Auf dem Prüfstand stehen nicht nur die regionalen Monopole der Krankenkassen und die Konglomerate von Krankenversicherungen sondern auch die einheitlichen und gemeinsamen Verhandlungen mit Leistungsanbietern, die Übernahme der Verhandlungsergebnisse des regionalen Marktführers und die Konzentrationsprozesse bei den stationären Anbietern (Netherlands Competition Authority 1999).

Der Preis- und Leistungswettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt wie auf dem Markt für Leistungsanbieter ist von vorneherein beschränkt. Es besteht damit auch hier eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach Wettbewerb und staatlicher Regulierung. Die Definition des einheitlichen Leistungspaketes und die Tarifgesetzgebung lassen wenig Raum für Angebotssteuerung und Produktdifferenzierung durch die Krankenkassen. Das führt dazu, dass die Konsumenten die Kassen nicht nach ihrer Vertragspolitik beurteilen können. Darüber hinaus wird die Entscheidungsfreiheit der Konsumenten noch von der verstärkten Einflussnahme der Arbeitgeber beschränkt (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998b). Die Preissignale auf dem Versicherungsmarkt werden verzerrt und können dem Konsumenten keine zutreffenden Informationen über relative administrative und produktive Effizienz der Krankenkassen geben.

⁹⁷ Zu den in umfangreichen Gesetzes- und Verordnungswerken kodifizierten Kostendämpfungsmaßnahmen gehören unter anderem (Schut 1995b; van het Loo/Kahan, et al. 1997):

- Globalbudget für Gesundheitsausgaben mit spezifischen Ausgabengrenzen für einzelne Sektoren (festgelegt durch Finanz- und Gesundheitsministerium)
- Budgetierung der Krankenkassen
- Funktionale Krankenhausbudgets
- Kapazitätsplanung, Zulassungskontrollen und Vergütungsobergrenzen

⁹⁸ Die Wettbewerbsbehörde handelt damit in Übereinstimmung mit europäischer Rechtsprechung, wonach Institutionen der Sozialversicherung als Unternehmen und damit dem Wettbewerbsrecht unterliegend zu betrachten sind, sobald sie unternehmerisch tätig sind (Leibfried/Pierson 1999; Leibfried/Pierson 2000)

Weitere zentrale Einschränkungen des Handlungsspielraums der Krankenkassen liegen erstens darin, dass die selektive Vertragsgestaltung nicht für stationäre Anbieter gilt. Diese unterliegen einer fast vollständigen Kontrolle der Preise und Kapazitäten durch öffentliche Regulierung. Damit ist der größte Ausgabenträger des ZFW mit rund 50 Prozent aller Ausgaben vom direkten Wettbewerb ausgeschlossen. Zweitens ist die vertikale Integration von Versicherungsträgern und Leistungsanbietern nur sehr eingeschränkt möglich.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die staatliche Steuerung dezentralen Verhandlungen nur unvollständigen Raum zugesteht. Zwar wird zwar das Leitbild des regulierten Wettbewerbs postuliert, der Fokus staatlicher Politik liegt aber auf Kostendämpfung und Angebotsregulierung (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998a). Dieses Spannungsfeld resultiert aus der Feststellung, dass regulierter Wettbewerb nicht zwingend Kostenkontrolle zur Folge haben muss. Auf der einen Seite hat der Wettbewerb das Ziel, bei konstanter Qualität geringere Stückkosten zu realisieren. Auf der anderen Seite ist ein Anstieg der Gesamtkosten durch die stärkere Berücksichtigung der Konsumentenpräferenzen durchaus möglich. Die Vermutung liegt nahe, dass die niederländische Regierung vor allem an konstanten Gesamtkosten interessiert ist und deshalb mit Zielsetzungen des regulierten Wettbewerbs konfligierende Instrumente zur Kostenkontrolle weiterhin anwendet (van de Ven 1995).

Als Folge für die Regulierung des Wettbewerbs wird von dem zentralen die Regierung in Fragen der Gesundheitspolitik beratenden Sachverständigenrat RVZ die Herstellung eines „vernünftigen Gleichgewichts“ zwischen Nachfragesteuerung und Kostenkontrolle gefordert, das vor allem durch die Deregulierung der Angebotssteuerung erreicht werden soll (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998a). Der ZFR fordert weitergehende Deregulierung vor allem des Krankenkassengesetzes und des Tarifgesetzes (Ziekenfondsraad 1999b). Der RVZ prägte den Begriff der „gesellschaftlichen Unternehmerschaft“, der sich aus den Komponenten Vertrauen, Aufsicht und Transparenz zusammensetzt. Unter Anwendung dieses Konstruktes sollen den Krankenkassen neue Aufgaben übertragen und gleichzeitig die Informationsmöglichkeiten für die Versicherten verbessert werden (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998b). Darüber hinaus hat die Gesundheitsministerin in einem Brief an das Parlament im Juli 1999 angekündigt, dass den Krankenkassen die vertikale Integration mit ambulanten Leistungsanbietern erlaubt werden soll. Damit sollen Krankenkassen zukünftig eigene Ärzte anstellen und eigene ambulante Einrichtungen betreiben dürfen, stationäre Einrichtungen sollen von dieser Regelung weiterhin ausgeschlossen bleiben. Es sind allerdings noch einige juristische Fragen offen, da eine solche Deregulierung weitreichende Auswirkungen nicht nur auf das Tarifgesetz, sondern auch auf das Krankenkassengesetz haben wird (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 1999b).

Im Sinne einer Annäherung des Realmodells regulierten Wettbewerbs an das Idealmodell Managed Competition und der Stärkung der Mikrosteuerung gegenüber der Makrosteuerung sind im Hinblick auf allokativen Zielsetzungen folgende konkreten Auswirkungen auf die Regulierung abzusehen:

Allokative Effekte

- 1) *Weiterer Ausbau des finanziellen Risikos der Krankenkassen.* Je höher das finanzielle Risiko ist, desto stärker ist der Anreiz zur Erhöhung der administrativen und produktiven Effizienz.
- 2) *Beibehaltung des einheitlichen Leistungspaketes bei Reduzierung des Umfangs.* Je höher der Umfang der möglichen Zusatzversicherungen ist, desto höher sind die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Produktdifferenzierung.
- 3) *Ermöglichung des freien Marktzugangs für Haus- und Fachärzte und die Möglichkeit zur vertikalen Integration mit Leistungsanbietern.* Je größer die Wahlmöglichkeiten der Krankenkassen zwischen Leistungsanbietern sind, desto höher ist der Anreiz zum Vertragswettbewerb.
- 4) *Implementierung einer wirkungsvollen Wettbewerbspolitik.* Je wirkungsvoller die Wettbewerbspolitik implementiert wird, desto geringer ist der Anreiz zu wettbewerbswidrigem Marktverhalten für Versicherungsträger und Leistungsanbieter.
- 5) *Verbesserung der Information der Versicherten.* Je besser die Versicherten über Differenzen in Preis und Qualität informiert werden, desto wirkungsvoller können sie ihr Wahlrecht wahrnehmen.
- 6) *Erhöhung der Signalfunktion des Preises für Versicherungsleistungen.* Je stärker die Preisdifferenzierung zwischen den Krankenkassen ist, desto höher ist der Anreiz für die Versicherten zur Ausübung ihres Wahlrechtes.
- 7) *Freigabe des Preiswettbewerbs auf dem Markt für Leistungsanbieter.* Je mehr Möglichkeiten zur Abweichung von den Standardtarifen vorhanden sind, desto höher sind die Möglichkeiten der Versicherungsträger zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.
- 8) *Ermöglichung des Abschlusses von selektiven Verträgen auch mit stationären Einrichtungen.* Je geringer der Umfang des Kontrahierungszwangs ist, desto größer die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Es ist allerdings zu unterstreichen, dass selbst bei einem Ausbau der Anreize und Instrumente im Sinne einer Stärkung der Mikrosteuerung noch keine Garantie für das Erreichen der erwarteten und erwünschten Effekte besteht. Erstens sind die konzeptionellen Schwächen des Idealmodells Managed Competition zu berücksichtigen, zweitens garantiert die Neujustierung der Wettbewerbsordnung noch keine Verhaltensänderung im erwünschten und erwarteten Sinne.

4.3.2 Regionale Steuerung vs. landesweite Steuerung

Das zweite zu analysierende Spannungsfeld erklärt dann auch, warum das im Vergleich zum Idealmodell reduzierte Potential des Realmodells in der Wirklichkeit bislang nicht vollständig realisiert werden konnte. Das Spannungsfeld zwischen regionaler und landesweiter Steuerung liegt darin

begründet, dass die Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten die Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung haben. Bei gleichzeitigem Vorliegen des Sachleistungsprinzips hat der Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen zur Folge, dass eine ausreichende Anzahl von Leistungsanbietern kontrahiert werden muss und Wahlmöglichkeiten für die Versicherten bestehen müssen. Individuelle Verträge sind aber nur regional und damit eingeschränkt wirksam. Für landesweit tätige Krankenkassen ist es bislang weder möglich noch lohnend, für die im ganzen Land verstreuten Versicherten die Versorgung durch individuelle Verträge sicherzustellen. Das Problem vergrößert sich noch, weil durch die Neugründung von Krankenkassen und den steigenden Anteil kollektiver Verträge der Anteil der landesweit verstreuten Versicherten ansteigt (Ziekenfondsraad 1999b). Der Widerstand der Krankenkassen, ihr Tätigkeitsgebiet über die ursprünglichen regionalen Monopole hinaus auszudehnen und vielmehr Zuflucht in den beiden beschriebenen Wellen des Konzentrationsprozesses zu suchen, kann damit nicht nur durch den Versuch zur Verhinderung von Wettbewerb erklärt werden. Vielmehr haben die Krankenkassen frühzeitig erkannt, dass der angestrebte Wettbewerb im Vergleich zur Ausgangssituation deutlich höhere Transaktionskosten verursacht.

Generell wird zwischen ex-ante und ex-post auftretenden Transaktionskosten unterschieden. Ex-ante fallen insbesondere Verhandlungskosten und Kosten des Vertragsabschlusses selbst an. Die Kosten sind um so höher, je umfassender sämtliche Eventualitäten in der Zukunft in den Vertragsbestimmungen berücksichtigt werden. Ex-post fallen vor allem Kosten für die Überwachung der Vertragsbestimmungen an. Je detaillierter diese Bestimmungen sind, desto geringer sind die Kosten für die Beilegung von Disputen. Normalerweise sind damit die ex-post Kosten der Transaktion je geringer, desto höher die ex-ante Transaktionskosten sind und vice versa. Transaktionskosten treten in allen Märkten auf, unter bestimmten Voraussetzungen sind sie aber besonders hoch (Williamson 1986; Shelanski/Klein 1995). Diese Voraussetzungen sind:

- 1) Eingeschränkte Rationalität (*bounded rationality*): Die Vertragspartner können nur in eingeschränktem Umfang rational handeln, weil die Unsicherheit in der Zukunft sehr hoch ist. Es ist sehr teuer, sämtliche Eventualitäten in der Vertragsgestaltung zu berücksichtigen.
- 2) Opportunismus: Es kann erwartet werden, dass die Vertragspartner ihre Ziele durch die Anwendung unredlicher Mittel erreichen wollen.
- 3) Hohe Spezifität der Leistung (*asset specificity*): Die Transaktionen erfordern Investitionen, die sehr spezifisch an diese Leistungen gebunden sind.

Es besteht wenig Zweifel, dass diese Voraussetzungen auf das Verhältnis zwischen Versicherungsträgern und Leistungsanbietern anwendbar sind. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen unterliegt hoher Unsicherheit hinsichtlich der Kosten für individuelle Leistungen, ihrer Qualität und vor allem der Messung des Ergebnisses. Diese Unsicherheit ist aus verschiedenen Gründen deutlich höher als in anderen Märkten (Arrow 1963). Sowohl Anbieter als auch Nachfrager haben deshalb Probleme das Ausmaß der benötigten Leistungen für die Zukunft zu bestimmen. Darüber hinaus können die Akteure nur eingeschränkt rational handeln, weil sie die Vielfalt der vorhande-

nen Informationen nur eingeschränkt verarbeiten können (Le Grand/Bartlett 1993). Weniger klar ist das Ausmaß von Opportunismus, da professionelle Standards der Verfolgung von Eigeninteressen entgegenstehen. Es ist allerdings zu erwarten, dass verstärkte Mikroregulierung den Anreiz zur Verfolgung von Eigeninteressen in der Form von Vertragsverletzungen erhöhen wird. Moral Hazard auf der Anbieterseite wäre die Folge. Eindeutig wiederum ist die Anwendbarkeit der dritten Voraussetzung. Alle Erkenntnisse deuten daraufhin, dass die Kontinuität des Behandlungsprozesses von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Versorgung ist (Robinson/Le Grand 1995). Damit ist es teuer für die Anbieter, sich andere Nachfrager zu suchen und ebenso teuer für die Nachfrager, sich andere Anbieter zu suchen (Le Grand/Bartlett 1993).

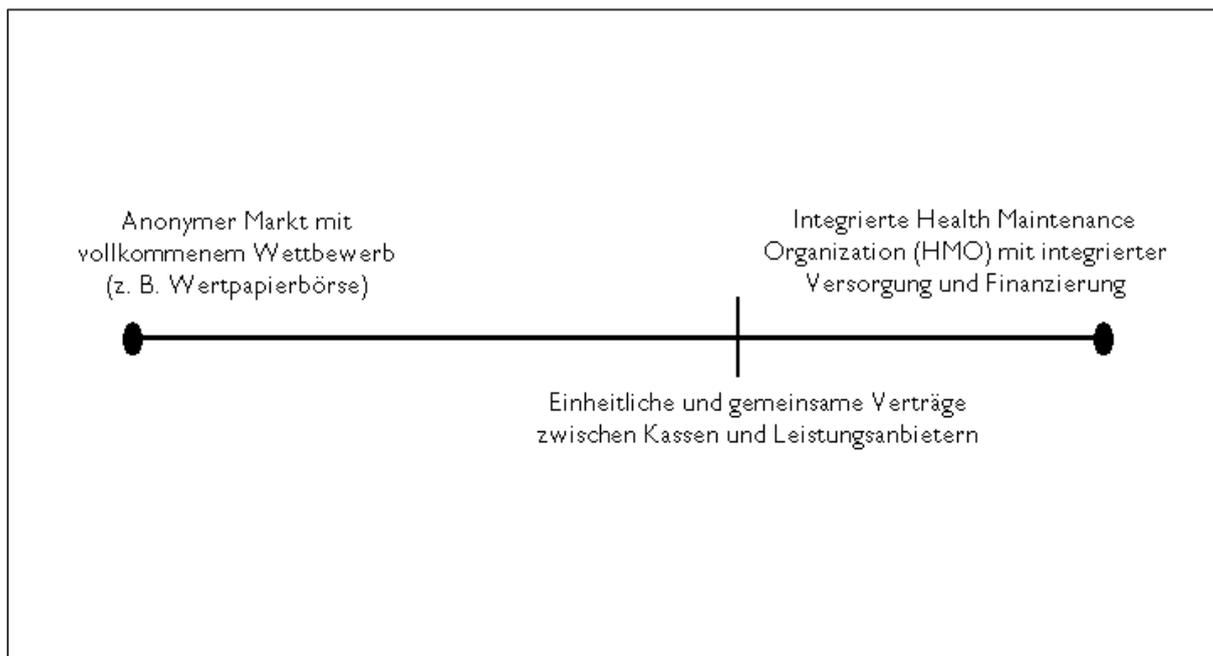
Die Implikationen von hohen Transaktionskosten auf regulierten Märkten wird sehr anschaulich von zwei britischen Forschern beschrieben, die eine erste Evaluation der Folgen der Einführung von internen Märkten (*quasi-markets*) im National Health Service durchgeführt haben:

„... If they are to be more efficient than the systems they replace, any extra transaction costs they create must not be higher than any cost savings that may be generated by the forces of competition ... That is, for a given level of benefit (a given level of cost and quality) the costs of contracting for a welfare service, including ex-ante und ex-post costs, must be less than the costs of the administrative system they are replacing (Le Grand/Bartlett 1993: 30).“

Die regionalen Anbieter- wie Nachfragemonopole der Leistungsanbieter und Krankenkassen lassen sich damit aus der Perspektive der Marktakteure im Sinne einer Reduzierung von Transaktionskosten rechtfertigen. Es wird ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut, das auf weit über den Austauschprozess hinausgehenden gemeinsamen Normen beruht (Williamson 1986) und nicht ausschließlich als wettbewerbsfeindliches Verhalten interpretiert werden kann (Schut 1992).⁹⁹ Die angesprochenen Transaktionen lassen sich damit innerhalb des Kontinuums verschieden artiger Transaktionsformen näher an dem Ende einordnen, das durch die vollständig integrierte Unternehmung gekennzeichnet wird als an dem durch den anonymen Markt vollkommenen Wettbewerbs gekennzeichneten Ende (vgl. Abbildung 4.7).

⁹⁹ Es ist allerdings fraglich, ob sich dieses Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern vor dem Hintergrund nationalen und europäischen Wettbewerbsrechtes durchhalten lässt (zur europäischen Dimension vgl. Abschnitt 6.2.2.2). Nach Auskunft unserer Gesprächspartnerin bei der Wettbewerbsbehörde haben die Krankenkassen Anträge auf Ausnahmeregelungen gestellt. Die Behörde ist vorläufig zu dem Ergebnis gekommen, dass einheitliche und gemeinsame Verträge in einer Region dem Wettbewerbsrecht widersprechen. Es müssen vielmehr individuelle Verträge vorliegen. Es wurde eine vorläufige Lösung gefunden, indem die Kassen mit einzelnen Anbietern zwar individuelle Verträge abschließen, diese aber einen standardisierten Inhalt haben. Die Krankenkassen haben dieses Vorgehen akzeptiert, während sich die Anbieterverbände noch wehren.

Abbildung 4.7: Spektrum der Transaktionsformen



Quelle: Shelanski/Klein 1995

Insbesondere sich wiederholende spezifische Transaktionen mit langfristigen Charakter können durch diese Art der Vertragsgestaltung für beide Akteursgruppen die Transaktionskosten minimieren. Zu den Transaktionskosten zählen in diesem Zusammenhang beispielsweise für die Krankenkassen der Aufbau von Informationssystemen und marktorientierten Managementstrukturen, die Verhandlung mit Anbietern außerhalb der bisher angestammten Region, ggf. Informationsverluste in der eigenen Region sowie der Aufbau und die Anwendung von Instrumenten zur Qualitätsüberwachung. Krankenkassen halten das System für zu bürokratisch, weil jedem Zahlungsvorgang ein individueller Vertrag mit den Anbietern zugrunde liegen muss. Deswegen werden die Kosten für die Kassen durch den Anschluss an die Vereinbarungen des regionalen Marktführers reduziert. Das Vertrauen in individuelle Verträge als Instrument für Steuerung, Kostenkontrolle und effiziente Abstimmung der Versorgung nimmt damit weiter ab (Ziekenfondsraad 1999b).

Selbst bei einem Überangebot von Anbietern wird es den Krankenkassen darüber hinaus schwer fallen, Anbieter mit hoher Wirtschaftlichkeit zu identifizieren. In einer Region mit hohem Marktanteil können Krankenkassen sich auf der Grundlage von Leistungsdaten ein gutes Bild vom Verhalten der Leistungsanbieter machen und auf dieser Grundlage versuchen, das Verhalten der Leistungsanbieter zu beeinflussen. Wenn jedoch die Versicherten dieser Kasse über mehr Anbieter verteilt sind und wenn diese Versicherten nur einen Bruchteil der Anzahl von Patienten dieses Anbieters darstellen, ist es viel schwieriger, sich einen umfassenden Überblick vom Verhalten des Anbieters zu machen. Notwendig wäre dann ein Zusammenführen von Informationen mehrerer Krankenkassen, was unter den Bedingungen des Wettbewerbs schwer vorstellbar ist (Groenewegen 1993).

Die Krankenkassen müssen bei einer Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Möglichkeiten zur selektiven Vertragsgestaltung mit einem Verlust von Versicherten zu rechnen, da die Bindung der Versi-

cherten an Hausärzte auch mit weniger hoher Wirtschaftlichkeit sehr hoch ist. Für die einzelnen Anbieter sind vor allem erhöhte Administrationskosten durch die Abrechnung mit mehreren Krankenkassen und bei individuellen Verhandlungen Kosten für den Aufbau von Verhandlungskompetenz zu nennen (Groenewegen 1999a). Aus der Perspektive der Analyse der Transaktionskosten kann damit geschlossen werden, dass der Nutzen des Wettbewerbs von den Marktakteuren alles in allem geringer eingeschätzt wird als die Kosten des Wettbewerbs. Die von den oben bereits zitierten Autoren für den britischen National Health Service gezogene Schlussfolgerung kann auch für den regulierten Wettbewerb in den Niederlanden unterstützt werden:

„... The development of quasi-markets invariably results in an increase in the transaction costs of delivering welfare services, if only because of the increased amount of information required to coordinate the transactions ... extensive new monitoring costs are incurred ... Such transactions costs, magnified where information is imperfect and activity flows are uncertain, will offset to some extent the potential efficiency gains associated with ... enhanced incentives for providers to achieve productive efficiency. Although the quantitative impact of this trade-off is difficult to measure ... in many instances the transaction costs of operating quasi-markets can be substantial (Le Grand/Bartlett 1993: 211)“¹⁰⁰

Das Spannungsfeld zwischen landesweiter und regionaler Betätigung der Krankenkassen und die damit verbundenen hohen Transaktionskosten haben keine eindeutigen Folgen für die Regulierung, vielmehr ist eine Reihe von langfristigen Szenarien denkbar. Es werden daher drei mögliche Szenarien präsentiert und die Vor- und Nachteile dieser Varianten bewertet. Allen Vorschlägen ist gemeinsam, dass sie strukturelle Reformen zur Grundlage haben, da die bisherige Situation als nicht zielführend beurteilt wird muss. Darüber hinaus lassen sich aus den drei Varianten die Interessen dreier zentraler Akteursgruppen ableiten, von denen sie entworfen wurden.

Das erste Szenario beruht im wesentlichen auf einem Vorschlag der Spitzenorganisation der Krankenversicherer (Zorgverzekeraars Nederland 1998). Es sieht vor, dass die Krankenkassen weiterhin landesweit miteinander konkurrieren. Allerdings wird zwischen Kassen und Anbietern ein Standardvertrag abgeschlossen, der nur in der eigenen Region von individuellen Verträgen abgelöst werden kann. Damit soll den Krankenkassen ein Anreiz gegeben werden, in der eigenen Region sich vom Standardvertrag abzuheben und Qualität, Wirtschaftlichkeit und Volumen der Versorgung zu steuern. Der Vorteil dieser Regelung liegt darin, dass bei Beibehaltung des Sachleistungsprinzips die Grundversorgung der Versicherten mit relativ geringen Transaktionskosten sichergestellt werden kann und die Kassen sich auf die Qualitätssicherung als zentralem Wettbewerbsparameter konzentrieren können. Als Nachteil ist zu beurteilen, dass eine Steuerung mit Hilfe des Standardvertrages kaum möglich ist, da dieser landesweit und einheitlich abgeschlossen wird. Weiterhin ist die Selektion von Leistungsanbietern so gut wie unmöglich. Die Regelung würde darüber hinaus zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten einer Kasse führen. Die Versicher-

¹⁰⁰ Bei dieser Gegenüberstellung sollte ergänzend berücksichtigt werden, dass die Implementation des regulierten Wettbewerbs selbst erhebliche zusätzliche Kosten verursacht. Eher positiv formuliert hatten natürlich auch die zu ersetzenden Systeme eine ganze Reihe von produktiven Ineffizienzen. Es wäre deswegen nicht angemessen die neuen Systeme nur an deren Idealmodellen zu messen. Deswegen wurde in Abbildung 4.6 sowohl der Referenzpunkt A als auch den Referenzpunkt D aufgenommen.

ten in der Stammregion fielen unter den individuellen Vertrag, die außerhalb dieser Region unter den Standardvertrag (Ziekenfondsraad 1999b).

Das zweite Szenario beruht auf der konsequenten Weiterentwicklung der regionalen Orientierung der Krankenkassen. Diese arbeiten danach in einer Region und können so das individuelle Versorgungsangebot steuern. Dadurch soll eine umfassende Steuerung der Versorgung mit geringen Transaktionskosten ermöglicht werden.¹⁰¹ Dieser Vorschlag stellt die bevorzugte Lösung der Leistungsanbieter dar und hat als Vorteil die zumindest in der Theorie breiteste mögliche Steuerung von Qualität, Volumen und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Feinregulierung der Versorgung erfolgt auf regionaler Ebene und entlastet die zentrale öffentliche Regulierung. Dieses Szenario hätte allerdings mit reguliertem Wettbewerb wenig zu tun, der allenfalls am Rand der Regionen möglich wäre. Fraglich wäre darüber hinaus der Status der nach Einführung des regulierten Wettbewerbs neu gegründeten Krankenkassen, die über keine angestammte Region verfügen (Ziekenfondsraad 1999b).

Im Gegensatz zum zweiten Szenario setzt das dritte vor allem von den Arbeitgebern bevorzugte Szenario eher auf eine Intensivierung des Wettbewerbs. Danach sollen die Krankenkassen ihren Versicherten die Wahl überlassen, ob die Leistungen nach dem Sachleistungs- oder nach dem Kostenerstattungsprinzip abgerechnet werden. Wählen die Versicherten das Sachleistungsprinzip, so übernehmen die Kassen den Sicherstellungsauftrag. Wird dagegen die Kostenerstattung gewählt, müssen die Versicherten ihre Versorgung selbst sicherstellen und bekommen die Erstattung der Kosten garantiert (VNO/NCW 1997). Als Vorteil dieser Lösung wird betrachtet, dass sich das Sachleistungsprinzip gegenüber der Kostenerstattung bewähren muss und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöht werden. Die Krankenkassen sollen die Möglichkeit erhalten, verschiedene Tarife mit Selbstbehalten für sowohl Kostenerstattung als auch Sachleistung anzubieten und damit die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken (van der Plank 1999). Nicht vorherzusagen ist allerdings, ob das Sachleistungsprinzip sich in einem derartig gemischten System behaupten kann, solange die Kapazitätsplanung und Preiskontrolle weiterhin zentral bestimmt werden. Die gleichzeitige Abwicklung der beiden Prinzipien bei einem Versicherer erhöht die Verwaltungs- und damit die Transaktionskosten, und die absehbaren nicht erwünschten Nebenwirkungen der Kostenerstattung auf die Inanspruchnahme könnten weitere zusätzliche Regulierung notwendig machen (Ziekenfondsraad 1999b).

¹⁰¹ Diese Lösung der regionalen Einheitsversicherung entspricht der Situation vor Einführung des regulierten Wettbewerbs und der jetzigen Situation in der Langzeit- und Pflegeversicherung AWBZ.

5 Distributive Effekte

Während für die Messung allokativer Effekte die Zielgröße allokative bzw. produktive oder gar technische Effizienz (*efficiency*) ist, so betrachten wir bei der Untersuchung distributiver Effekte das Ausmaß von Gleichheit (*equity*) bzw. Ungleichheit. Die Anziehungskraft sowohl des Idealmodells Managed Competition als auch des Realmodells regulierten Wettbewerbs besteht zu einem wesentlichen Teil darin, dass Effizienzgewinne realisiert werden sollen, ohne dass es zu Gleichheitsverlusten kommt.¹⁰² In diesem Abschnitt wird untersucht, inwieweit der regulierte Wettbewerb in den Niederlanden die Erwartungen hinsichtlich der distributiven Zielsetzungen erfüllen konnte. Dazu werden beide Seiten der Medaille analysiert, zum einen die Verteilung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zum anderen die Verteilung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung (Janssen/van Doorslaer et al. 1994). Im Zentrum steht die Differenzierung der Effekte nach sozio-ökonomischen Kriterien wie Einkommen oder Bildung der untersuchten bzw. befragten Personen. Als Datenquellen der Analyse dienen eine Reihe von evaluierenden Untersuchungen niederländischer Wissenschaftler und die regelmäßig erhobenen Befragungsdaten des niederländischen statistischen Zentralamtes (CBS).¹⁰³

Zunächst werden Tendenzen der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung in den Niederlanden vor und nach der Einführung des regulierten Wettbewerbs auf vergleichsweise hoch aggregiertem Niveau untersucht.¹⁰⁴ Auf diesen Untersuchungsschritt folgt die Evaluation des Einflusses zweier konkreter Reformelemente mit potentiell besonders starkem Einfluss auf die Verteilung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Dabei handelt es sich um die Ausgliederung der zahnärztlichen Versorgung aus dem Leistungskatalog der Pflichtversicherung und die Einführung von Selbstbeteiligungen. Der Zugang zur Pflichtversicherung selbst steht im Mittelpunkt der Frage, ob und in welchem Ausmaß nach Einführung des regulierten Wettbewerbs die Krankenversicherungen in verstärktem Ausmaß Risikoselektion betreiben. Darauf folgt die detaillierte Analyse der Auswirkungen der verschiedenen Reformschritte auf die Einkommensverteilung. Analog zu Abschnitt 4.3 beenden wir auch diesen Abschnitt mit der Frage nach den Ursachen für die (Nicht-)Veränderungen und den ableitbaren Folgen für die Regulierung des Wettbewerbs.

5.1 Effekte auf den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Bei der Untersuchung der Effekte des regulierten Wettbewerbs auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen ist es nicht immer unproblematisch, diese Effekte von den Auswirkungen anderer Entwicklungen abzugrenzen. Von vorneherein verzichtet wird auf die Auseinandersetzung mit den potentiellen und den tatsächlichen Risiken des differenzierten Zugangs von Beschäftigten und

¹⁰² In der Terminologie von Abschnitt 3.1.6 werden liberale und egalitäre Positionen miteinander verknüpft.

¹⁰³ Zur methodischen und inhaltlichen Reichweite dieser Daten vgl. Centraal Bureau voor de Statistiek 1996.

¹⁰⁴ Das hohe Aggregationsniveau ist nicht beabsichtigt, sondern Ergebnis einer Nutzwertanalyse des Autors, in der der zusätzliche Nutzen zusätzlicher Aggregationsebenen mit den Kosten der Datenbeschaffung verglichen wurde. Bei Beschaffungskosten von bis zu 2000 Euro pro Jahr war das Ergebnis eindeutig.

Nicht-Beschäftigten. Dieses Problem wird zwar in den Niederlanden intensiv diskutiert, steht aber allenfalls in einem sehr indirekten Zusammenhang mit dem Realmodell regulierten Wettbewerbs (ter Meulen 1995; Netherlands Scientific Council for Government Policy 1997; Brouwer/Schut 1999; van den Hauten 1999a).

5.1.1 Leistungsanspruchnahme

In einem ersten Untersuchungsschritt wird in diesem Abschnitt den Zugang zu zentralen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung nach sozio-ökonomischen Kennzeichen vor und nach der Einführung des regulierten Wettbewerbs untersucht. Zu den untersuchten Sektoren zählen die haus- und fachärztliche Versorgung, die Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen, Krankenhauseinweisungen und Arzneimittelverordnungen. Bei den sozio-ökonomischen Kennzeichen wird nach Bildung und nach Versicherungsstatus unterschieden.¹⁰⁵ Auf die Unterscheidung nach Einkommensgruppen bzw. Beschäftigungsstatus wird hier verzichtet, da erstens dem Parameter Bildung eine höhere Validität bescheinigt wird und zweitens die Daten nach Einkommensgruppen nicht im gleichen Ausmaß erhoben wurden (van der Meer 1998).¹⁰⁶

Bei der Untersuchung der Leistungsanspruchnahme wird vom Leitbild der horizontalen Gleichheit bzw. vom Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit ausgegangen. Mit anderen Worten sollen Personen mit gleichem Bedarf gleich behandelt werden (van Doorslaer/Wagstaff et al. 1992). Aus diesem Grund sind alle Daten der Leistungsanspruchnahme um den selbst eingeschätzten subjektiven Gesundheitszustand bereinigt.¹⁰⁷ Diesem Parameter wird eine hohe Validität bescheinigt (van der Meer/van den Bos et al. 1996). Tabelle 5.1 zeigt, dass erhebliche Unterschiede zwischen Pflichtversicherten und privat Versicherten auf der einen Seite und zwischen verschiedenen Bildungsniveaus auf der anderen Seite bestehen. Besonders auffallend ist der sich deutlich verschlechternde Gesundheitszustand der unteren Bildungsschichten. Auch der Abstand zwischen Pflichtversicherten und privat Versicherten wird größer.

¹⁰⁵ Auf eine Unterscheidung nach Bildung innerhalb der Gruppen gesetzlich und privat Versicherter musste aus Kostengründen verzichtet werden.

¹⁰⁶ Die erreichte Bildung bleibt relativ stabil, während Art der Beschäftigung und Einkommen sich im Zeitablauf verändern. Außerdem gewinnt Bildung an Einfluss auf die relative Position der Individuen im Hinblick auf Status und Einkommen (van der Meer 1998).

¹⁰⁷ Auf die Darstellung der Inanspruchnahme nach Gesundheitsstatus wird in der Folge verzichtet.

Tabelle 5.1: Guter oder sehr guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand der befragten Personen im Jahr der Befragung 1987 bis 1997

	1987	1989	1990	1995	1997
Gesamt	80,6	79,8	78,9	78,4	78,0
Versicherungsstatus					
Pflichtversichert	80,1	78,9	77,8	77,8	77,0
Privat versichert	87,4	87,3	86,8	86,7	87,0
Bildungsniveau					
Volksschule	65,3	61,2	62,3	59,2	56,4
Mittelschule	81,1	79,5	77,7	79,0	76,5
Oberschule	86,0	86,7	83,9	84,4	84,6
Hochschule	89,9	89,8	90,0	88,5	89,1

Alle Angaben in Prozent.

Quelle: CBS

Der Hausarzt hat im niederländischen Gesundheitssystem nicht nur eine zentrale Rolle, er ist auch bei der Einführung des regulierten Wettbewerbs von zentraler Bedeutung. Wie in Abschnitt 4.2.2 gesehen ist der Wettbewerb zwischen den Hausärzten aber noch sehr gering. Erwartungsgemäß sind dann auch wenig Effekte bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung zu finden. Insgesamt ist der Anteil der Personen mit Kontakt zum Hausarzt seit 1986/87 zehn Jahre später leicht gestiegen. Der Anstieg ist bei den privat Versicherten etwas höher, bei den Pflichtversicherten etwas niedriger als im Durchschnitt. Bei der Unterscheidung nach Bildungsniveau fällt auf, dass in allen Schichten mit Ausnahme der Personen mit Hochschulabschluss ein deutlicher Anstieg der Inanspruchnahme festzustellen war. Die Schwankungen zwischen den verschiedenen sozio-ökonomischen Kategorien sind insgesamt sehr gering.

Tabelle 5.2: Anteil der befragten Personen mit Kontakt zum Hausarzt im Jahr der Befragung 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	72,4	72,9	75,5	75,5	75,7	75,2	75,4	75,6
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	73,5	73,9	76,7	76,4	76,0	75,0	75,7	76,3
Privat versichert	71,0	71,7	73,9	74,3	75,4	75,5	75,1	74,7
Bildungsniveau								
Volksschule	74,8	73,9	77,4	77,0	77,9	76,9	76,4	77,0
Mittelschule	74,6	76,2	78,5	77,4	77,3	76,9	77,2	76,5
Oberschule	75,0	74,6	78,0	77,4	77,7	76,7	77,4	77,8
Hochschule	75,2	74,6	75,4	76,0	76,4	75,8	75,3	75,5

Alle Angaben in Prozent.

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Um die gewonnenen Erkenntnisse abzusichern, wird in Tabelle 5.3 ein zweiter Indikator zur Inanspruchnahme des Hausarztes hinzugezogen. Die Anzahl der Kontakte mit dem Hausarzt pro Jahr pro Person ist im Untersuchungszeitraum ebenfalls angestiegen. Der Anstieg ist für die privat Versicherten deutlich höher als für die Pflichtversicherten. Im Gegensatz zum ersten Indikator ist hier für alle vier Bildungsgruppen ein Anstieg festzustellen. Inzwischen sinkt die Zahl der Kontakte eindeutig mit dem Bildungsniveau.

Tabelle 5.3: Anzahl der Kontakte mit dem Hausarzt pro Person in der Bevölkerung im Jahr der Befragung 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	3,6	3,6	3,8	3,9	3,8	3,7	3,9	4,1
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	4,0	3,8	3,9	4,2	4,1	3,7	4,1	4,3
Privat versichert	3,0	3,2	3,6	3,6	3,9	3,7	3,7	3,8
Bildungsniveau								
Volksschule	4,5	4,2	4,2	4,5	4,4	4,1	4,4	4,9
Mittelschule	3,9	4,1	4,2	3,9	4,2	3,9	4,2	4,6
Oberschule	3,7	3,5	4,1	4,0	4,1	4,0	4,1	4,3
Hochschule	3,4	3,3	3,5	3,3	3,3	3,6	3,9	4,0

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Wie die Hausärzte unterliegen auch die Fachärzte der selektiven Kontrahierung. Da auch deren Wettbewerb untereinander eher gering ist, sind ceteris paribus wenig Effekte auf die Leistungsanspruchnahme durch die Einführung des regulierten Wettbewerbs zu erwarten. Das Ergebnis unterscheidet sich aber leicht von dem bei den Hausärzten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zum Facharzt ist im Vergleich zwischen 1986/87 und 1996/97 konstant geblieben. Es fällt aber nach einem Anstieg zu Beginn der neunziger Jahre ein deutlicher Rückgang insgesamt und in allen sozio-ökonomischen Gruppen in den letzten Jahren auf, in denen die Kapazitätsengpässe bei den Fachärzten virulent wurden. Die Inanspruchnahme der Pflichtversicherten ist alles in allem leicht gesunken, während die der privat Versicherten etwas stärker gestiegen ist. Auffällig ist außerdem, dass die beiden unteren Bildungsschichten einen Zuwachs bei der Inanspruchnahme zu verzeichnen haben, die beiden oberen Bildungsschichten einen Rückgang. Dennoch haben Hochschulabgänger weiterhin die höchste Inanspruchnahme von Leistungen beim Facharzt, während sie bei Hausarztbesuchen eher die niedrigste Inanspruchnahme aufwiesen. Die Differenz zwischen den Bildungsschichten ist bei den Facharztbesuchen größer als bei den Hausarztbesuchen, ist aber in den letzten Jahren kleiner geworden. Das Ergebnis aus Tabelle 5.4 wird bestätigt, wenn die Frequenz der Facharztbesuche in Tabelle 5.5 hinzugezogen wird. Insbesondere der Rückgang der Inanspruchnahme in den letzten Jahren ist auch hier evident.

Tabelle 5.4: Anteil der befragten Personen mit Kontakt zum Facharzt im Jahr der Befragung 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	37,7	37,7	39,8	39,1	39,2	38,2	37,5	37,8
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	37,5	37,3	39,3	38,5	37,8	36,9	36,7	37,0
Privat versichert	38,0	38,4	40,6	40,0	41,4	40,4	39,0	39,3
Bildungsniveau								
Volksschule	36,1	36,7	37,4	38,0	38,5	37,6	36,9	36,2
Mittelschule	38,4	38,5	39,6	38,5	39,8	39,6	39,5	39,3
Oberschule	40,3	40,0	43,1	42,3	41,5	40,5	39,0	39,9
Hochschule	42,8	42,4	44,9	41,8	43,6	41,9	40,4	40,5

Alle Angaben in Prozent.

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Tabelle 5.5: Anzahl der Kontakte mit dem Facharzt pro Person in der Bevölkerung im Jahr der Befragung 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	1,8	1,7	1,7
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	1,7	1,6	1,6	1,8	1,9	1,9	1,7	1,7
Privat versichert	1,7	1,9	1,8	1,8	2,0	1,8	1,8	1,9
Bildungsniveau								
Volksschule	1,9	1,8	1,6	1,8	1,8	1,6	1,7	1,6
Mittelschule	2,0	2,1	1,8	1,6	2,0	2,0	1,9	1,8
Oberschule	1,8	1,7	2,1	2,2	2,0	2,0	1,8	1,9
Hochschule	1,7	2,0	1,7	2,0	2,1	1,9	1,7	2,0

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Im Gegensatz zu dem nur leichten Anstieg der Inanspruchnahme beim Hausarzt und zur konstanten Entwicklung der fachärztlichen Inanspruchnahme, werden Physiotherapeuten in den letzten zehn Jahren deutlich häufiger frequentiert. Tabelle 5.6 zeigt, dass 1997/98 ein um die Hälfte

höherer Anteil der Bevölkerung Kontakt zu Physiotherapeuten gehabt hat als elf Jahre zuvor. Der Anstieg verteilt sich relativ gleichmäßig über privat Versicherte und Pflichtversicherte. Besonders hoch fällt der Anstieg bei den Volksschulabsolventen aus, so dass sich die Inanspruchnahme inzwischen fast gleichmäßig über alle Bildungsschichten verteilt. Die Physiotherapeuten sind demzufolge die einzigen ambulanten Anbieter, die einen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen haben.

Tabelle 5.6: Anteil der befragten Personen mit Kontakt zum Physiotherapeuten im Jahr der Befragung 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	10,8	12,4	13,6	13,6	13,6	13,4	14,3	15,2
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	10,7	12,5	13,4	13,8	13,3	13,1	14,0	14,8
Privat versichert	11,3	12,2	14,0	13,4	14,2	13,9	14,7	16,0
Bildungsniveau								
Volksschule	10,4	12,6	14,0	15,3	14,3	13,8	14,8	17,0
Mittelschule	13,0	15,4	16,3	16,3	15,1	15,8	16,9	17,8
Oberschule	14,3	15,3	16,4	16,8	17,7	16,9	17,4	18,3
Hochschule	13,3	13,8	17,9	15,5	15,2	16,0	17,3	17,7

Alle Angaben in Prozent.

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Gestiegen ist die Inanspruchnahme auch bei den Arzneimitteln. Immerhin ein Drittel der befragten Personen hat laut Tabelle 5.7 in den letzten zwei Wochen vor dem Interview im Jahr 1997/98 ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel eingenommen. Das ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zum Jahr 1986/87. Der Anstieg verteilt sich gleichmäßig über beide Versichertengruppen und die verschiedenen Bildungsschichten. Noch deutlicher ist nach Tabelle 5.8 der Anstieg bei der Inanspruchnahme bei den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Insgesamt ist ein Anstieg von über einem Drittel im Beobachtungszeitraum festzustellen, der sich gleichmäßig über alle beobachteten sozio-ökonomischen Gruppen verteilt. Hier steigt die Inanspruchnahme eindeutig mit der Zunahme des Bildungsniveaus.

Tabelle 5.7: Anteil der befragten Personen mit verschreibungspflichtigem Arzneimittel in den letzten 14 Tagen 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	28,3	29,1	30,6	31,3	32,1	33,0	32,9	32,8
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	29,0	29,7	31,6	31,9	32,1	33,4	33,5	33,5
Privat versichert	27,2	28,2	29,4	30,3	32,2	32,5	32,1	31,8
Bildungsniveau								
Volksschule	32,7	33,8	34,7	37,0	37,5	38,7	38,3	38,1
Mittelschule	32,1	33,1	34,5	33,2	34,5	35,8	36,8	36,6
Oberschule	31,5	30,7	34,3	34,7	36,8	37,9	37,1	36,5
Hochschule	31,7	32,4	33,2	33,7	35,8	35,6	34,9	37,0

Alle Angaben in Prozent.

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Tabelle 5.8: Anteil der befragten Personen mit nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel in den letzten 14 Tagen 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	20,4	23,2	24,0	24,9	28,2	29,0	30,8	32,2
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	19,3	21,5	22,4	22,9	26,9	28,0	30,1	31,5
Privat versichert	22,1	25,6	26,4	27,9	30,2	30,6	32,1	33,6
Bildungsniveau								
Volksschule	18,7	20,9	21,5	22,4	27,1	27,4	29,7	29,8
Mittelschule	20,7	22,5	23,1	24,2	28,7	29,7	31,8	33,4
Oberschule	23,3	26,8	27,8	28,4	31,3	32,2	32,9	33,1
Hochschule	27,3	29,3	32,2	32,9	35,1	36,0	37,0	37,8

Alle Angaben in Prozent.

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Abschließend wird in Tabelle 5.9 die Entwicklung der Krankenhausaufnahmen im Beobachtungszeitraum dargestellt. Dieser Parameter ist der einzige mit einem deutlich wahrnehmbaren Rück-

gang. Dieses Erkenntnis korrespondiert mit den Schlussfolgerungen aus Abschnitt 4.2.1.2, in dem wir eine Substitution stationärer durch ambulante Leistungen konstatiert haben. Allerdings ist es auffällig, dass der einzige nicht dem regulierten Wettbewerb unterliegende Sektor auch der einzige mit einem Rückgang in der Inanspruchnahme ist. Der Rückgang ist im geringeren Ausmaß für privat Versicherte als für gesetzlich Versicherte festzustellen. Besonders stark war die Abnahme bei den unteren und mittleren Bildungsschichten, so dass die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen nicht mehr mit ansteigendem Bildungsniveau zurückgeht.

Tabelle 5.9: Krankenhausaufnahmen pro 100 Personen in der Bevölkerung 1986 bis 1998

	1986/87	1988/89	1990/91	1992/93	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
Gesamt	8,9	8,1	8,4	8,1	7,9	8,1	7,6	7,0
Versicherungsstatus								
Pflichtversichert	9,4	8,5	8,9	8,3	8,2	8,3	8,1	7,3
Privat versichert	8,0	7,5	7,8	7,9	7,4	7,8	6,9	6,7
Bildungsniveau								
Volksschule	9,1	10,4	9,9	8,8	10,1	9,9	7,5	7,7
Mittelschule	10,1	8,8	9,1	9,1	8,6	9,0	7,1	7,6
Oberschule	9,5	7,6	9,4	9,6	8,6	8,9	6,8	7,7
Hochschule	7,5	8,2	7,9	7,5	8,2	7,8	6,1	7,5

Versicherungsstatus und Bildungsniveau um Gesundheitszustand bereinigt.

Quelle: CBS

Abschließend wird ergänzend noch das Ausmaß an Vertrauen untersucht, das die Patienten in die Leistungsanbieter setzen. Dazu hat das CBS innerhalb der regelmäßigen Befragungen eine einmalige Sonderbefragung durchgeführt. Tabelle 5.10 macht deutlich, dass das Vertrauen vor allem in den Hausarzt sehr hoch ist. Auch Fachärzte und Physiotherapeuten schneiden sehr gut ab. Die privat Versicherten haben ein etwas höheres Vertrauen in ihre Ärzte als die Pflichtversicherten, aber die Unterschiede sind gering. Erstaunlich ist, dass das Vertrauen in den Hausarzt mit dem Bildungsniveau steigt, das Vertrauen in den Facharzt mit steigendem Bildungsniveau dagegen sinkt.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Eine wünschenswerte Aktualisierung dieser Befragung wurde nicht vorgenommen. Neuere Befragungen aus anderen Quellen trennen leider nicht nach Versicherungsstatus und Bildungsniveau (NIVEL 1998).

Tabelle 5.10: Vertrauen in Leistungsanbieter 1993

	Hausarzt	Facharzt	Physiotherapeut
Gesamt	92,9	89,1	91,3
Pflichtversichert	92,0	88,2	90,3
Privat versichert	94,4	90,6	93,9
Grundschule	90,6	88,7	92,5
Mittelschule	94,0	89,4	90,1
Oberschule	93,1	88,9	90,5
Hochschule	95,6	84,3	93,7

Prozentsatz der Personen mit der Bewertung exzellent, sehr gut oder gut.

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek 1995

Die Bestandsaufnahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach sozio-ökonomischen Kategorien kann somit folgendermaßen zusammengefasst werden:

- 1) Bei der Inanspruchnahme insgesamt ist kein eindeutiger Trend auszumachen. Bei den hausärztlichen Leistungen ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen während die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen konstant blieb. Deutliche Anstiege sind bei physiotherapeutischen Leistungen und Arzneimitteln zu verzeichnen, während das Niveau der Krankenhausaufnahmen klar zurückgegangen ist.
- 2) Die Inanspruchnahme von Pflichtversicherten und privat Versicherten unterscheidet sich im Trend nur leicht bei den Fachärzten und den Krankenhausaufnahmen. Bei den Fachärzten steigt die Inanspruchnahme der privat Versicherten stärker als bei den Pflichtversicherten, bei den Krankenhausaufnahmen ist ein geringerer Rückgang festzustellen. Bei allen anderen Parametern sind keine auffälligen Unterschiede im Trend festzustellen. Die Unterschiede im Niveau der Inanspruchnahme sind bei allen Leistungsarten relativ gering. Deutlich sichtbare Auswirkungen der Einführung des regulierten Wettbewerbs für Pflichtversicherte sind nicht zu erkennen (Bongers/van der Meer et al. 1997).
- 3) Die Inanspruchnahme nach Bildungsniveau folgt ebenfalls keinem eindeutigen Trend. Höhere Bildungsschichten haben morbiditätsbereinigt im Beobachtungszeitraum einen eher geringeren Anstieg bzw. einen höheren Rückgang der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Dies gilt allerdings nur für haus- und fachärztliche Leistungen sowie Krankenhausaufnahmen. Auch vom Niveau der Inanspruchnahme her ist kein eindeutiger Trend festzustellen. Während bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die Inanspruchnahme mit dem Bildungsniveau sinkt, so ist es bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Physiotherapie und fachärztlichen Leistungen umgekehrt. Bei den hausärztlichen Leistungen ist das Niveau über alle Bildungsgruppen hinweg nahezu gleich. Deutlich sichtbare Auswirkungen der Einführung des regulierten Wettbewerbs auf unterschiedliche Bildungsschichten sind damit nicht zu erkennen.

5.1.2 Reduzierung des Leistungskatalogs

Ein wesentlicher Bestandteil sowohl des Idealmodells Managed Competition als auch des Realmodells regulierter Wettbewerb besteht in der Definition eines einheitlichen Basispaketes von Leistungen, das von allen Versicherungsträgern angeboten werden muss. Leistungen über das Basispaket hinaus können im Rahmen von Zusatzversicherungen angeboten werden und sollen den Leistungswettbewerb fördern. Damit dieser Mechanismus funktioniert, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein. Erstens muss ein allgemein akzeptiertes Verfahren zur Definition dieses Basispaketes gefunden werden. Zweitens müssen unerwünschte Auswirkungen auf den Zugang durch die Ausgliederung von Leistungen vermieden werden. Ob diese beide Voraussetzungen in den Niederlanden erfüllt werden konnten, wird anhand der Ergebnisse der zur Bestimmung eines solchen Verfahrens eingesetzten Expertenkommission und anhand der Inanspruchnahme der zahnärztlichen Versorgung nach der Ausgliederung der zahnärztlichen Leistungen aus dem Basispaket untersucht.

Die nach ihrem Vorsitzenden Dunning benannte interdisziplinär besetzte Kommission wurde vom damaligen Gesundheitsminister Simons im Jahr 1990 beauftragt, Vorschläge zu machen, auf welche Weise öffentlich finanzierte Leistungen eingeschränkt werden können. Die Kommission ging bei ihrer Arbeit davon aus, dass sowohl die Nachfrage nach als auch das Angebot von gesundheitlicher Versorgung in der Zukunft weiter ansteigt. Gleichzeitig wurde davon ausgegangen, dass sowohl der zukünftige Mittelzufluss als auch die Wirtschaftlichkeitsreserven im System begrenzt sind. Daher bleibt als Ausweg die Entscheidung darüber, welche Leistungen auch zukünftig noch öffentlich finanziert werden sollen und welche nicht.

Die Kommission hat verschiedene Verfahren und Kriterien zur Durchführung solcher Rationierungsentscheidungen geprüft. Kriterien wie Alter oder Lebensstil wurden abgelehnt. Empfohlen wurde vielmehr ein vierstufiger Filter. Erst wenn eine bestimmte Leistung sämtliche dieser vier Filterstufen erfolgreich durchlaufen hat, sollte sie kollektiv finanziert werden. Ist das auch nur auf einer Filterstufe nicht der Fall, sollte diese Leistung der individuellen Absicherung überlassen bleiben. Nach dem erfolgreichen Durchlaufen des sogenannten „Dunning-Siebes“ wird außerdem noch geprüft, in welchem Umfang die Leistung öffentlich finanziert werden soll. Folgende vier Filterstufen wurden empfohlen:

- 1) Ist die Leistung notwendig? Die Kommission unterscheidet drei Gruppen von Leistungen, die unterschiedliche Priorität haben.
- 2) Ist die Leistung effektiv? Die Kommission stellt eine Skala von bestätigter und dokumentierter Wirksamkeit bis bestätigter und dokumentierter Unwirksamkeit auf. Nur Leistungen am oberen Ende der Skala sollen in das Basispaket aufgenommen werden.
- 3) Ist die Leistung effizient? Kosten-Nutzen und Kosten-Effektivitätsanalysen sollen helfen, möglichst wirtschaftliche Leistungen zu identifizieren und diese bevorzugt in das Basispaket aufzunehmen.

- 4) Kann die Leistung der individuellen Verantwortung überlassen werden? Es sollen mit hoher Priorität Leistungen aufgenommen werden, die externe Effekte zur Folge haben.

Die Empfehlungen des Komitees beschränken sich nicht auf diesen auch in der deutschen Literatur bekannt gewordenen Filter (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994; Stegmüller 1996). Vielmehr wurde der Filter auf fünf Leistungen ohne Anspruch auf Vollständigkeit beispielhaft angewendet. Tabelle 5.11 zeigt die Resultate.

Tabelle 5.11: Empfehlungen der Dunning-Kommission

	Notwendigkeit	Effektivität	Effizienz	Individuelle Verantwortung	Ergebnis
In-vitro-Befruchtung	Individuell ja Gesellschaftlich wahrscheinlich nein	Absolut gering (10 bis 30 %) Relativ hoch im Vergleich zu Alternativen	Kosten pro Schwangerschaft rund 25000 NLG	Ja; trotz hoher Kosten für das Individuum kein gesellschaftliches Interesse zu erkennen	Keine Aufnahme in das Basispaket
Homöopathische Arzneimittel	Hohe Nachfrage, aber Behandlung weniger ernsthafter Krankheiten	Nicht hinreichend nachgewiesen	Nicht hinreichend nachgewiesen	Ja; wegen geringer Kosten allgemein zugänglich	Keine Aufnahme in das Basispaket
Zahnärztliche Versorgung für Erwachsene	Individuell und gesellschaftlich ja	Hohe Wirksamkeit	Hohe Effizienz	Gute Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie Prävention für alle ermöglicht individuelle Verantwortung	Keine Aufnahme in das Basispaket
Sportverletzungen	Als gegeben vorausgesetzt	s. links	s. links	Lebensstil soll nicht als Begründung für Ausgliederung von Leistungen dienen	Aufnahme in das Basispaket
Pflegeheime	Als gegeben vorausgesetzt	s. links	Raum für Verbesserungen	Kosten für Wohnung und Lebenshaltung individuell verantwortbar	Aufnahme in das Basispaket mit Zuzahlung

Quelle: Government Committee on Choices in Health Care 1992

Die Empfehlungen der Kommission sind insbesondere im Hinblick auf die Kriterien Notwendigkeit und individuelle Verantwortung kritisch zu bewerten. Welche Leistungen der individuellen Verantwortung zu übertragen sind und welche Leistungen notwendig sind, dürfte von Fall zu Fall unterschiedlich sein. Daher erscheint eine Festlegung auf Makro-Ebene nicht angemessen. Darüber hinaus können nur sehr wenige Leistungen als vollkommen ineffizient oder als vollkommen ineffek-

tiv beurteilt werden. Effizienz bzw. Effektivität beruhen vielmehr auf der medizinischen Indikation, die auf der Makro-Ebene nicht bestimmt werden kann (van der Grinten/Kasdorp 1999).

Nichtsdestoweniger ist die Regierung den Vorschlägen der Kommission weitestgehend nachgekommen.¹⁰⁹ Wie in Tabelle 3.13 dargestellt, wurden homöopathische Arzneimittel und die zahnärztliche Versorgung für Erwachsene im Jahr 1995 aus dem Leistungskatalog herausgenommen und der individuellen Verantwortung durch den Abschluss von Zusatzversicherungen übertragen. Lediglich die künstliche Befruchtung ist unter bestimmten Voraussetzungen durch die Pflichtversicherung finanzierbar. Für die Betreuung in Pflegeheimen sind Zuzahlungen für Unterbringung und Verpflegung zu leisten. Generell scheint die Strategie der Regierung eher eine Folge von impliziten Budgeterwägungen als von expliziten Wahlentscheidungen zu sein (van der Grinten/Kasdorp 1999).

Die Auswirkungen der Ausgliederung der zahnärztlichen Leistungen sind in zwei Studien untersucht worden.¹¹⁰ In der ersten Studie wurden im Auftrag des Ziekenfondsraad repräsentativ verteilte Haushalte halbjährlich zu ihrer zahnärztlichen Inanspruchnahme befragt.¹¹¹ Aufgenommen in die Studie wurden nur Personen über 18 Jahren, da nur für diesen Personenkreis die Leistungseinschränkung gilt. Unterschieden wurde nach Versicherungsstatus gesetzlich/privat und nach Zusatzversicherung ja/nein. Sozio-ökonomische Kriterien werden nur implizit berücksichtigt, da sowohl das Einkommen der gesetzlich Versicherten deutlich geringer ist als das der privat Versicherten als auch das Einkommen der gesetzlich Versicherten mit Zusatzversicherung deutlich höher ist als das der gesetzlich Versicherten ohne Zusatzversicherung.

Tabelle 5.12: Prozentsatz von Personen ab 19 Jahren mit Zahnarztbesuch innerhalb eines halben Jahres nach Versicherungsform 1993 bis 1995

Versicherungsform	Zusatzversicherung	1993-2 (n=867)	1994-1 (n=854)	1994-2 (n=1141)	1995-1 (n=1075)	1995-2 (n=1253)
Gesetzlich	Ja	77%	74%	73%	70%	67%
Gesetzlich	Nein	58%	57%	59%	48%	42%
Privat	Ja	72%	66%	70%	70%	67%
Privat	Nein	52%	51%	52%	51%	49%

Quelle: Friele/Bakker et al. 1996

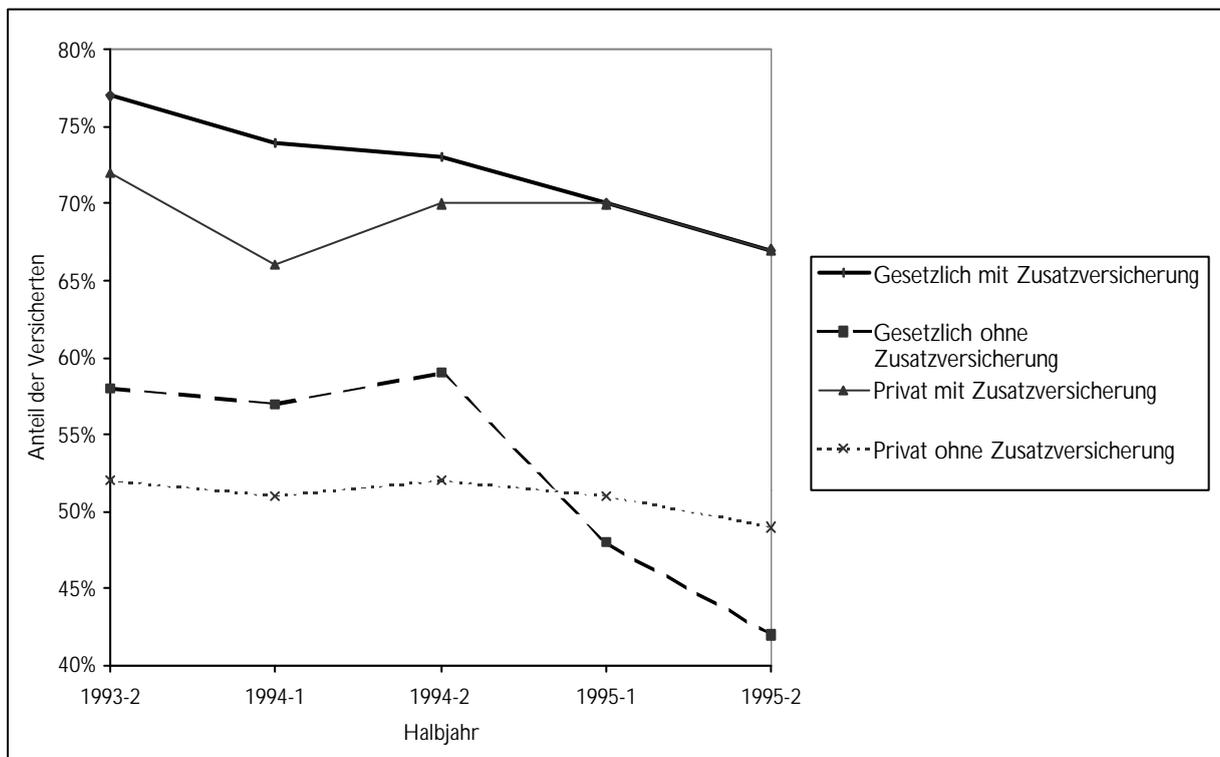
¹⁰⁹ Diese Aussage bezieht sich auf die von der Kommission genannten Beispiele von Leistungsausgliederungen, allerdings nicht auf die Prozedur selbst. Einzige Ausnahme ist die teilweise Ausgliederung von physiotherapeutischen Leistungen. Ursprünglich sollten nur noch acht Massagen pro Jahr öffentlich finanziert werden. Der Widerstand der Physiotherapeuten führte dazu, dass mit Unterstützung des Nationalen Dachverbandes von Patienten- und Konsumentengruppen NPCF eine Reihe von Indikationen erstellt wurde, bei denen auch mehr Leistungen finanziert werden. Die Liste der Ausnahmeindikationen ist mittlerweile so lang, dass nur noch in wenigen Fällen tatsächlich eine Leistungsbegrenzung in der Pflichtversicherung wirksam wird.

¹¹⁰ Im Gegensatz zu den oben erwähnten Physiotherapeuten leisteten die Zahnärzte keinen Widerstand gegen die Ausgliederung der zahnärztlichen Leistungen.

¹¹¹ Zur Datenquelle vgl. S. 143.

Aus Tabelle 5.12 geht hervor, dass vor der Ausgliederung der zahnärztlichen Versorgung in den Jahren 1993 und 1994 die Inanspruchnahme der Versicherten ohne Zusatzversicherung konstant war. Diese Erkenntnis gilt für privat Versicherte ebenso wie für gesetzlich Versicherte, mit einem geringeren Ausgangsniveau bei den privat Versicherten. Versicherte mit Zusatzversicherung verzeichneten im gleichen Zeitraum einen leichten Rückgang, ebenfalls mit einem niedrigeren Ausgangsniveau für privat Versicherte. Letztere Tendenz setzte sich im Jahr 1995 ungebrochen fort. Zu einem deutlichen Bruch in der Entwicklung kam es bei gesetzlich Versicherten ohne Zusatzversicherung. Der konstanten Entwicklung der Vorjahre folgte ein drastischer Einbruch in der Inanspruchnahme im Jahr 1995 bei einem gleichzeitig wesentlich geringeren Rückgang bei den privat Versicherten ohne Zusatzversicherung. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 5.1 grafisch veranschaulicht.

Abbildung 5.1: Prozentsatz von Personen ab 19 Jahren mit Zahnarztbesuch innerhalb eines halben Jahres nach Versicherungsform 1993 bis 1995



Quelle: Friele/Bakker et al. 1996

Diese Tendenz wird in einer zweiten Studie auch für das Jahr 1996 bestätigt. Danach hatten gesetzlich Versicherten Personen mit Zusatzversicherung doppelt so viele Kontakte mit einem Zahnarzt wie gesetzlich Versicherte Personen ohne Zusatzversicherung. Bei privat Versicherten ist der Abstand zwischen den beiden Gruppen deutlich geringer (Swinkels/Smits 1997).¹¹²

¹¹² Die Literaturrecherche ergab keine aktuelleren Studien.

Die Auswirkungen des regulierten Wettbewerbs auf den Umfang des Leistungskatalogs und die damit verbundenen Auswirkungen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung lassen sich damit folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) Das von einer Expertenkommission entwickelte Verfahren zur Bestimmung von individuell zu finanzierenden Leistungen sieht vier Filter vor. Diese Filter sind Notwendigkeit, Effektivität, Effizienz und individuelle Verantwortbarkeit der betreffenden Leistungen. Die Regierung folgte den Empfehlungen zur Ausgliederung einzelner Leistungen aus dem Basispaket, insbesondere im Hinblick auf die zahnärztliche Versorgung.
- 2) Die Auswirkungen der privaten Finanzierung der zahnärztlichen Versorgung für Erwachsene sind eindeutig. Die Inanspruchnahme gesetzlich versicherter Personen ohne Zusatzversicherung ist deutlich gesunken. Da in untere Einkommensgruppen in dieser Einkommensschicht überrepräsentiert sind, sind diese Einkommensgruppen von dem Rückgang der Inanspruchnahme überdurchschnittlich betroffen.

5.1.3 Einführung von Selbstbeteiligungen

Selbstbeteiligungen spielen im Idealmodell Managed Competition insofern eine zentrale Rolle als dass die Anreize für die Versicherten für die optimale Nutzung von Gesundheitsleistungen verstärkt werden sollen (vgl. Abschnitt 3.2.1). Im Realmodell regulierten Wettbewerbs war die Existenz einer umfassenden Selbstbeteiligungsregelung von kurzer Dauer. Die im Jahr 1997 eingeführten Zuzahlungen wurden bereits zwei Jahre später wieder abgeschafft. In diesem Abschnitt werden die Auswirkungen der Zuzahlung untersucht und die Gründe für ihre Abschaffung analysiert.¹¹³

Pflichtversicherte mussten ab Januar 1997 generell einen Selbstbehalt von 20 Prozent aller Kosten für ihre medizinische Versorgung selbst tragen. Ausgenommen waren davon allerdings die Kosten für den Hausarzt, den Zahnarzt und Geburtshilfe. Für jeden Tag Krankenhausaufenthalt war lediglich ein symbolischer Betrag von 8 NLG zu tragen. Die Reichweite der Zuzahlungen wurde außerdem eingeschränkt, indem die jährliche Höchstbelastung auf 200 NLG oder gar nur 100 NLG (Personen ab 65. Lebensjahr und Unterstützungsberechtigte) begrenzt wurde. Außerdem wurde die nominale Prämie für alle Pflichtversicherten um 110 NLG jährlich reduziert. Die Zuzahlungen wurden einmal pro Quartal von den Krankenkassen eingezogen.

Die doppelte Zielsetzung der Selbstbeteiligungen wurde von der Regierung folgendermaßen definiert:

„Wichtigster Zweck des Systems, das durch die Regierung gewählt werden muss, ist ... dem Bürger selbst einen Teil der finanziellen Verantwortung aufzuerlegen (Mitfinanzierung). Außerdem muss das Zahlen von Selbstbeteiligungen der unnötigen Inanspruchnahme der Versorgung in den Situationen entgegenwirken, in denen es zu verantworten ist, dass sich der Versicherte auf der Grundlage

¹¹³ Soweit nicht anders angegeben, wird in diesem Abschnitt auf folgende Studien Bezug genommen, die die Effekte der Zuzahlungen evaluiert haben: Delnoij/Groenewegen, et al. 2000; Hutten/Ros et al. 1998; Ziekenfondsraad 1998b.

eigener Erwägungen entscheidet, keine Leistungen in Anspruch zu nehmen, Dann muss das Zuzahlungssystem als auch eine hemmende Wirkung haben (Delnoij/Groenewegen et al. 2000: 39).“

Die Evaluation der Zuzahlungsregelung muss demzufolge der Frage nachgehen, ob die Finanzierungs- und Steuerungswirkung der Selbstbeteiligungen in die erwünschte Richtung erfolgt ist. Diese erwünschten Folgen müssen insbesondere die Implementations- und Verwaltungskosten und die nicht monetär auszudrückenden Kosten für unerwünschte Steuerungswirkungen rechtfertigen. Ziel ist es, den Konsum von Leistungen bei relativ harmlosen Erkrankungen zu reduzieren und gleichzeitig den Konsum von Leistungen bei ernsthaften Erkrankungen nicht zu belasten. Da die Kosten für die hausärztliche und die stationäre Versorgung weiterhin nahezu vollständig kollektiv finanziert werden, sind als beabsichtigte Auswirkungen der Zuzahlungsregelung folgende Effekte zu betrachten:

- 1) Finanzierungseffekt. Der kollektive finanzierte Teil der Gesundheitsausgaben einschließlich der Verwaltungskosten sinkt und der individuell finanzierte Teil steigt.
- 2) Steuerungseffekt. Volumen und Kosten der Leistungen insbesondere für Arzneimittel, fachärztliche und physiotherapeutische Leistungen sinken.

Als unbeabsichtigte Steuerungseffekte sind denkbar:

- 1) Überdurchschnittlicher Rückgang der Inanspruchnahme bei unteren Einkommensschichten im Vergleich zu oberen Einkommensgruppen.
- 2) Rückgang der Inanspruchnahme der Versorgung nicht nur bei relativ harmlosen, sondern auch bei ernsthaften Erkrankungen.
- 3) Rückgang der Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung.

Zur Messung der beabsichtigten und der nicht beabsichtigten Effekte wurde die Inanspruchnahme der gesetzlich Versicherten als Kontrollgruppe die Inanspruchnahme der privat Versicherten gegenübergestellt. Folgende Datenquellen wurden benutzt:

- 1) Daten des CBS hinsichtlich Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gesamtkosten und Kosten je Sektor.
- 2) Daten des Verbraucherforums Gesundheitswesens (*Consumetenpanel Gezondheidszorg*) des Niederländischen Instituts für die Untersuchung des Gesundheitswesens (NIVEL) und des Verbraucherverbands (Consumentenbond) hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hausarzt, Facharzt und Physiotherapeut sowie von Arzneimitteln. Repräsentativer Querschnitt der niederländischen Bevölkerung bestehend aus 1500 Haushalten. Die Mitglieder des Forums haben von 1995 bis 1997 halbjährlich in einer Art Logbuch die ihre Inanspruchnahme eingetragen. Relevante sozio-ökonomische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Art der Versicherung, Ausbildung und Einkommensklasse sind bekannt.¹¹⁴

¹¹⁴ Die in Tabelle 5.12 zitierte Studie zur zahnärztlichen Inanspruchnahme beruht ebenfalls auf Daten des Verbraucherforums.

- 3) Fortlaufende Morbiditätserfassung der Katholischen Universität Nimwegen. Erfassung von Überweisungen von Hausärzten an Fachärzte (kleine Datenbasis von vier Hausarztpraxen).
- 4) Landesweites Informationsnetzwerk der hausärztlichen Versorgung. Das Netzwerk besteht aus einer wachsenden Zahl von Hausarztpraxen, deren Überweisungs- und Verschreibungsverhalten ausgewertet wird. Zum Untersuchungszeitpunkt haben 72 Hausärzte aus 42 Praxen teilgenommen.

Zunächst zu konstatieren, dass der erste beabsichtigte Effekt nicht eingetreten ist. Tabelle 5.13 verdeutlicht, dass es sogar zu einem negativen Finanzierungseffekt gekommen ist. Theoretisch ist es möglich, dass das Defizit durch einen Rückgang der Inanspruchnahme als Folge der Zuzahlungen entstanden ist. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben auf Markoebene zeigt allerdings, dass es auch 1997 zu einem Anstieg der Ausgabenentwicklung gekommen ist. Lediglich die Kosten für die fachärztliche Versorgung sind 1997 zurückgegangen.

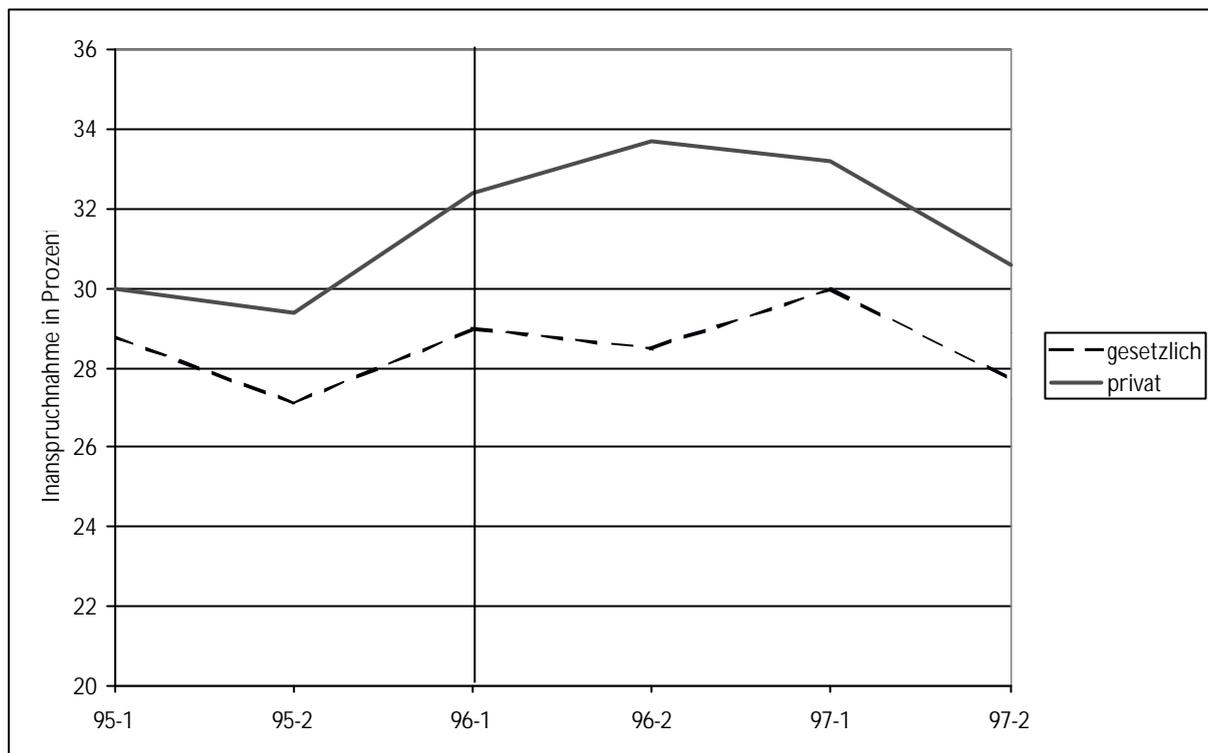
Tabelle 5.13: Kosten und Erträge der Selbstbeteiligungsregelung 1997

	Kosten	Erträge
Einnahmeausfall durch Senkung der nominalen Prämie	871	
Verwaltungskosten	50	
Einnahmen durch Selbstbeteiligung		600
Defizit		321

Alle Angaben in Mio. NLG.

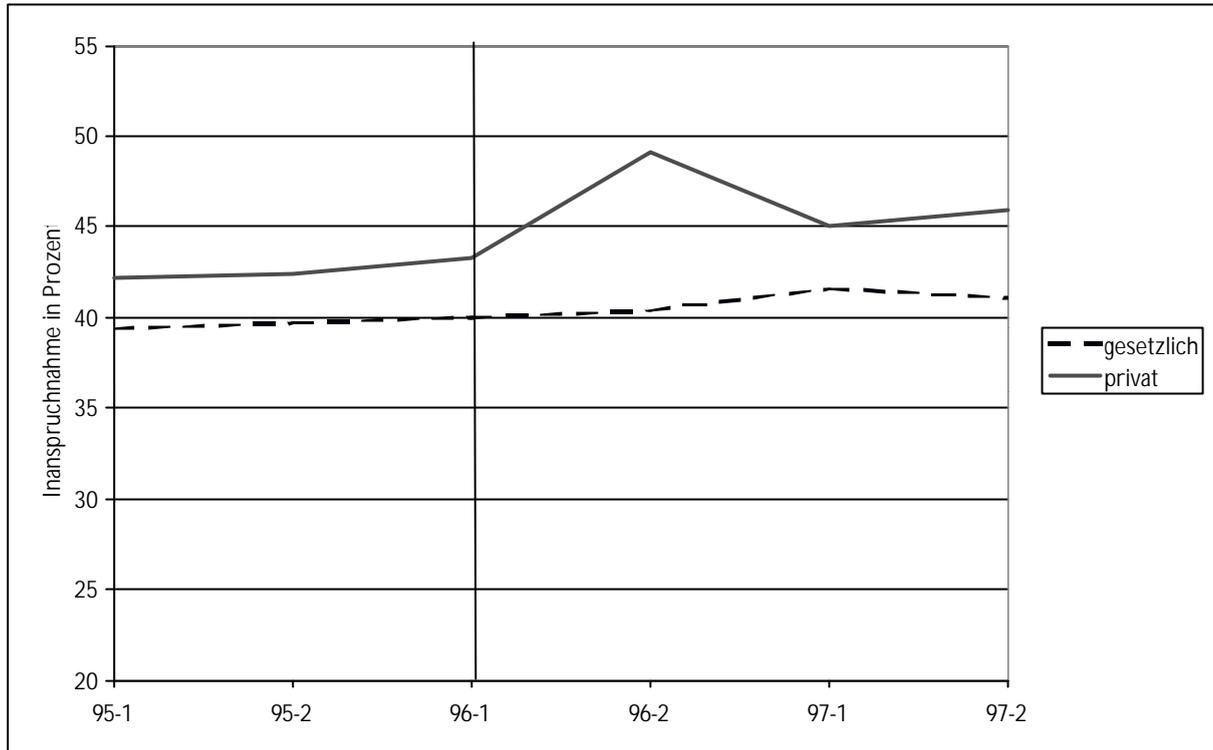
Quelle: Delnoij/Groenewegen et al. 2000

Die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens für die fachärztliche Versorgung auf dem Mikroniveau zeigt keine signifikante Auswirkung der Zuzahlungsregelung. Der Prozentsatz der Befragten des Verbraucherforums, der in einem halben Jahr vor der Befragung einen Facharzt konsultiert hat, liegt zwischen 1995 und 1997 konstant um die 30 Prozent. Abbildung 5.2 zeigt, dass in der zweiten Hälfte des Jahres 1997 zwar ein Rückgang festzustellen ist, der aber bei privat und gesetzlich Versicherten gleichermaßen auftritt.

Abbildung 5.2: Prozentzahl der Befragten mit Facharztkonsultation

Quelle: Delnoij/Groenewegen et al. 2000

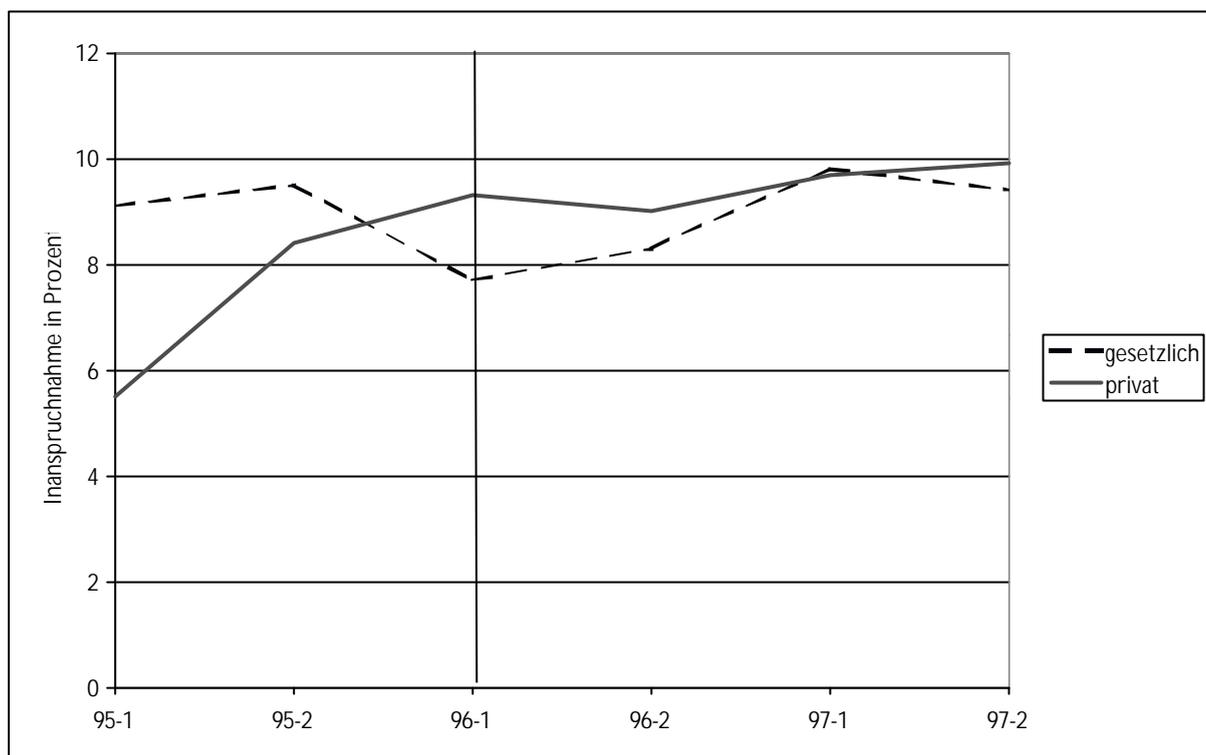
Auch bei den Überweisungen unterscheiden sich die Trends der beiden Versichertengruppen nicht signifikant voneinander (Hutten/Ros et al. 1998). Ein ähnlicher Trend lässt sich bei der Inanspruchnahme von Arzneimitteln beobachten. Nach den vorliegenden Daten des Verbraucherforums liegt der Prozentsatz der Befragten, die Arzneimittel verbrauchen, bei gesetzlich Versicherten bei rund 40 Prozent. Bei privat Versicherten ist die Inanspruchnahme etwas höher. Abbildung 5.3 illustriert, dass der Verbrauch bei keiner der beiden Gruppen seit 1996 signifikant zurückging.

Abbildung 5.3: Prozentsatz der Befragten mit Arzneimittelgebrauch

Quelle: Delnoij/Groenewegen et al. 2000

Auch das in den Netzwerkpraxen gemessene Volumen von Verordnungen wiesen keinen signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Versichertengruppen auf, in beiden Gruppen kam es zu einer leichten Zunahme. Zu einer erstaunlichen Entwicklung kam es bei der Inanspruchnahme von physiotherapeutischen Leistungen. Abbildung 5.4 zeigt, dass noch 1995 der Prozentsatz derjenigen, die physiotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, bei privat Versicherten deutlich niedriger lag als bei den gesetzlich Versicherten. Dieser Unterschied ist im Jahr 1997 verschwunden. Eine Regressionsanalyse der Daten des Verbraucherforums erbrachte das überraschende Ergebnis, dass die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen bei gesetzlich wie bei privat Versicherten nach der Einführung von Zuzahlungen signifikant angestiegen ist. Damit ist festzustellen, dass auch der zweite beabsichtigte Effekt nicht eingetreten ist.

Abbildung 5.4: Prozentsatz der Befragten mit Konsultation beim Physiotherapeuten



Quelle: Delnoij/Grienwegen et al. 2000

Unbeabsichtigte Auswirkungen der Zuzahlungsregelung sind bei der fachärztlichen Versorgung nicht festzustellen. Versicherte mit dem geringsten Einkommen haben zwar nach der Einführung der Regelung einen leichten Rückgang der Inanspruchnahme zu verzeichnen, aber auch hier hat die Analyse der Daten des Verbraucherforums keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Anders ist es beim Verbrauch von Arzneimitteln. Nach der Einführung der Zuzahlungsregelung ging der Verbrauch in der obersten und in der untersten Einkommensgruppe zurück. In der obersten Einkommensgruppe stabilisierte sich die Inanspruchnahme im zweiten Halbjahr 1997, in der untersten Gruppe setzte sich der als signifikant gemessene Trend des ersten Halbjahrs fort:

„Die Beziehung zwischen Einkommen und Einführung der Selbstbeteiligung ist alleine bei der Inanspruchnahme von Arzneimitteln signifikant. Das bedeutet, dass die Inanspruchnahme von Arzneimitteln bei der niedrigsten Einkommensgruppe im Vergleich zu den anderen Krankenkassenversicherten abnimmt. Die Einführung der Selbstbeteiligungen hat für Menschen mit einem niedrigen Einkommen einen stärker hemmenden Effekt beim Gebrauch von Arzneimitteln als bei Menschen mit einem hohen Einkommen. Dieser Effekt bestätigt die Hypothese, dass grundsätzlich Selbstbeteiligungen die Inanspruchnahme (in diesem Fall von Arzneimitteln) von Menschen in der niedrigsten Einkommensgruppe am stärksten hemmen (Hutten/Ros et al. 1998: 25, Übersetzung aus dem Niederländischen).“¹¹⁵

¹¹⁵ Die Resultate werden auch durch das RAND-Experiment bestätigt, in dem dieser Effekt vor allem bei ambulanten Leistungen und den Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus gemessen werden konnte:

„The percentage reduction in expenditure caused by cost sharing did not differ strikingly by income group, but which services fell did. Ambulatory services were more responsive to cost sharing for the poor than for the well-to-do; the opposite was true for hospital services. The ultimate test of a reduction in use, however, is its effect on outcomes, and these differ by income group ... Health

Distributive Effekte

Die Analyse der Daten von Überweisungs- und Verschreibungsverhalten nach Schwere der Krankheit zeigt erwartungsgemäß, dass mit steigender Schwere der Krankheit auch die Überweisungen und die Arzneimittelverordnungen zunehmen. Die Einführung der Zuzahlungsregelung hat jedoch keine messbare Veränderung mit sich gebracht. Auch die hausärztliche Inanspruchnahme der gesetzlich Versicherten ist nach Einführung der Selbstbeteiligungen für die anderen Versorgungssektoren nicht messbar zurückgegangen.

Tabelle 5.14 zeigt zusammenfassend, dass zwar auf der einen Seite die unbeabsichtigten Folgen der Selbstbeteiligung mit der Ausnahme der Inanspruchnahme von Arzneimitteln verhindert werden konnten. Auf der anderen Seite konnten auch die beabsichtigten Effekte nicht erreicht werden.

Tabelle 5.14: Finanzierungs- und Steuerungseffekte der Selbstbeteiligung in den Niederlanden

Ziel	Zielerfüllung
Positiver Finanzierungseffekt	Nein (Negativer Effekt)
Rückgang Inanspruchnahme Facharzt	Nein
Rückgang Inanspruchnahme Arzneimittel	Nein
Rückgang Inanspruchnahme Physiotherapie	Nein (Anstieg!)
Rückgang der Inanspruchnahme bei minder schweren Erkrankungen	Nein
Verhinderung des überproportionalen Rückgangs der Inanspruchnahme unterer Einkommensgruppen beim Facharzt	Ja
w. o. bei Arzneimitteln	Nein
w. o. bei Physiotherapie	Ja
w. o. bei Hausarzt	Ja
Verhinderung des Rückgangs der Inanspruchnahme bei schweren Erkrankungen	Ja

Quelle: nach Ziekenfondsraad 1998; Delnoij, Groenewegen et al. 1999; Hutten, Ros et al. 1998

among the sick poor – approximately the most disadvantaged 6 percent of the population was adversely affected ... (Newhouse/Insurance Experiment Group 1993: 339f.).“

5.1.4 Risikoselektion

Risikoselektion gilt als offene Flanke sowohl des Idealmodells Managed Competition als auch des Realmodells regulierten Wettbewerbs. Der Erfolg des Modells und seiner Umsetzung hängt davon ab, ob den Krankenkassen wirkungsvoll Anreize gesetzt werden, sich um eine wirtschaftlichere Versorgung zu bemühen und nicht ihre finanzielle Situation durch eine möglichst günstige Risikostruktur ihrer Versicherten zu verbessern. In diesem Abschnitt wird deswegen zunächst analysiert, welche Folgen Risikoselektion hat, welche finanziellen Potentiale für die Krankenkassen in erfolgreicher Risikoselektion liegen, welche Formen von Risikoselektion denkbar sind und vor allem ob und wie sich Risikoselektion im Realmodell regulierten Wettbewerbs manifestiert.

Unter Risikoselektion wird das Verhalten der Krankenversicherer verstanden, sogenannte bevorzugte Risiken aus dem Pool der Versicherten auszuwählen. Bevorzugte Risiken sind solche Versicherten, für die die erwarteten Einnahmen aus Beiträgen und Prämien, ggf. unter Berücksichtigung eines Risikostrukturausgleiches, höher sind als die erwarteten Leistungsausgaben. Risikoselektion wird für das Versicherungsunternehmen dann möglich, wenn innerhalb einer im Risikostrukturausgleich als homogen eingeordneten Versichertengruppe verschiedene Subgruppen mit unterschiedlich hohen Leistungsausgaben identifizierbar sind (van de Ven/van Vliet 1992).

Risikoselektion ist keine Folge des Wettbewerbs, sondern die Folge der Regulierung des Wettbewerbs. Können Versicherungsunternehmen in einem nicht regulierten Markt die Höhe der Prämien frei bestimmen, ist das Ergebnis nicht Risikoselektion sondern risikoäquivalente Preisdifferenzierung. Das würde allerdings bedeuten, dass chronisch kranke Versicherte ein Vielfaches der Beiträge von gesunden Versicherten bezahlen würden. Das ist aber in einer sozialen Krankenversicherung nicht erwünscht. Durch verschiedene Formen von Ausgleichsmechanismen sollen für die Versicherer deswegen risikoäquivalente Prämien simuliert werden, während gleichzeitig die Versicherten einkommensabhängige oder nominale Beiträge zahlen. Ist der Ausgleichsmechanismus unzureichend, so wird die Risikoselektion für die Versicherungsunternehmen profitabel.

Das Ausmaß der Profitabilität von Risikoselektion lässt sich zumindest theoretisch errechnen. In einer Simulationsrechnung kann die obere Grenze der Profitabilität unter Annahme von null Kosten der Risikoselektion berechnet werden.¹¹⁶ Unter der Voraussetzung, dass die Versicherungsträger über mehr Informationen verfügen als in der Ausgleichsformel berücksichtigt sind, ergibt sich eine Differenz zwischen den simuliert risikoäquivalenten Ausgleichszahlungen und den von den Versicherungsunternehmen prognostizierten Leistungsausgaben. Weiter wird angenommen, dass das Unternehmen in der Lage ist, alle erwünschten Versicherten zu akzeptieren und alle nicht erwünschten Versicherten abzulehnen. Dann hängt der zu erwartende Profit vom Umfang der in

¹¹⁶ Diese Annahme ist nur eingeschränkt realistisch. Schließlich müssen durch das Unternehmen erstens die erwünschten Versicherten innerhalb und außerhalb des Versichertenbestandes ermittelt, zweitens die erwünschten Versicherten akquiriert bzw. ausselektiert und drittens die negative Öffentlichkeitswirkung solcher Strategien berücksichtigt werden.

der Formel zu Berechnung der Ausgleichszahlungen berücksichtigten Parameter und vom Umfang der zusätzlichen Parameter in der Kostenschätzung der Versicherungsunternehmen ab.

In Tabelle 5.15 werden verschiedene mögliche Ausgleichsmechanismen gegenübergestellt. Sie unterscheiden sich nach dem Umfang der enthaltenen Ausgleichsparameter. In der letzten Zeile wird quantifiziert, welchen Anteil der zukünftigen Ausgabenschwankungen die jeweilige Parameterkombination erklären kann. Gut zehn Prozent als Maximum erscheint wenig. Diese Zahl muss allerdings vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass je nach Berechnung nur knapp 15 Prozent der Varianz überhaupt erklärt werden kann (Newhouse/Manning et al. 1989; van Vliet 1992). Über 85 Prozent sind zufällig und nicht prognostizierbar. Die Modelle I bis III berücksichtigen lediglich demografische und sozio-ökonomische Parameter und können nur ein Viertel der maximal prognostizierbaren Varianz erklären.¹¹⁷ Dieser Wert kann verdoppelt werden, wenn das Vorliegen körperlicher Beeinträchtigungen bzw. chronischer Erkrankungen hinzugenommen wird. Eine weitere Steigerung der Prognosefähigkeit bis nahe an das prognostizierbare Optimum liegt vor, wenn der subjektive Gesundheitszustand addiert wird.

Tabelle 5.15: Prognosefähigkeit von sieben Ausgleichsmodellen mit verschiedenen Ausgleichsparametern

Ausgleichsparameter	I	II	III	IV	V	VI	VII
Alter/Geschlecht	X	X	X	X	X	X	X
Versicherungsschutz ^A	X	X	X	X	X	X	X
Region	X	X	X	X	X	X	X
Erwerbsstatus		X	X	X	X	X	X
Familiengröße		X	X	X	X	X	X
Sozio-ökonomischer Status ^B			X				X
Körpergewicht			X				X
Urbanisierungsgrad			X				X
Versorgungsangebot			X				X
Zusätzlicher Versicherungsschutz			X				X
Chronische Erkrankungen ^C				X	X	X	X
Körperliche Beeinträchtigungen					X	X	X
Subjektiver Gesundheitszustand						X	X
Erklärte Varianz	2,8%	3,2%	3,7%	7,1%	7,7%	10,9%	11,4%

Die Berechnungen erfolgten auf der Grundlage eines Datensets von rund 35.000 versicherten Personen des Versicherungsunternehmens Zilveren Kruis für die Jahre 1976 bis 1980. Erfasst wurden Leistungsausgaben und Versicherungsstatus. Für 14.000 dieser Personen liegen weitere Informationen über Gesundheitszustand, medizinische Inanspruchnahme und sozio-ökonomischen Status vor, die 1976 in einer schriftlichen Befragung erhoben wurden.

¹¹⁷ Der derzeit in den Niederlanden angewandte Ausgleichsmechanismus ist eine Mischung aus Modell II und III.

Distributive Effekte

A Da es sich um einen repräsentativen Querschnitt der niederländischen Bevölkerung handelt, sind gesetzlich und privat versicherte Personen erfasst.

B Dieser Parameter wird mit Beruf (5 Kategorien), Einkommen, Bildung (6 Kategorien) und ethnischer Minderheit gemessen.

C Die Befragten wurden nach dem Vorhandensein von 25 verschiedenen Krankheiten gefragt (z. B. Rheuma, Herzkrankheiten, Diabetes, Asthma, Krebs).

Quelle: van de Ven/van Vliet 1992

Auf der Grundlage dieser sieben Modelle kann der potentielle Profit von Selektionsstrategien errechnet werden. In Tabelle 5.16 wird daher davon ausgegangen, dass der Risikostrukturausgleich auf der Grundlage des Modells I erfolgt und vor allem demografische Parameter berücksichtigt.

Tabelle 5.16: Potentieller Profit von Risikoselektion

Modell		Anteil an der Stichprobe in Prozent	Ausgleichszahlung	Kostenschätzung	Abweichung in Prozent
2	Gute Risiken	70	1458	1329	-9
	Schlechte Risiken	30	1442	1739	21
3	Gute Risiken	77	1500	1229	-18
	Schlechte Risiken	23	1297	2198	69
4	Gute Risiken	79	1373	912	-34
	Schlechte Risiken	21	1746	3430	96
5	Gute Risiken	78	1271	807	-37
	Schlechte Risiken	22	1673	3277	96
6	Gute Risiken	77	1365	766	-44
	Schlechte Risiken	23	1748	3762	115
7	Gute Risiken	74	1392	754	-46
	Schlechte Risiken	26	1626	3439	111

Ausgleichszahlung und Kostenschätzung in NLG.

Gute (bzw. schlechte) Risiken sind definiert als Versicherte mit prognostizierten Kosten unter (bzw. über) den Ausgleichszahlungen.

Quelle: van de Ven/van Vliet 1992

Je nach Kenntnisstand des Versicherungsunternehmens erhöht sich der potentielle Profit der Risikoselektion. Die oben getroffene Annahme besagt zwar, dass davon ausgegangen wird, dass alle guten Risiken akzeptiert und alle schlechten Risiken abgelehnt werden. Profitabel ist es allerdings bereits, nur einzelne Versicherte zu selektieren. Verfügt der Versicherungsträger über die Informationen aus Modell II, dann können Verluste von 21 Prozent der Ausgleichszahlung für schlechte Risiken vermieden werden. Anders ausgedrückt wird für jeden Versicherten aus dieser Gruppe ein Verlust von rund 300 NLG vermieden. Dieser relativ bescheidene Profit steigert sich ganz erheblich, wenn wie in Modell IV oder V der Versicherer über das Vorliegen chronischer Krankheiten informiert ist. Verluste von nahezu 100 Prozent der Ausgleichszahlung könnten durch Risikoselektion vermieden werden. Auch absolut ist ein Betrag von rund 1600 NLG deutlich spürbar. Es bestehen damit deutliche Anreize, diejenigen 23 Prozent der Versicherten zu identifizieren, die als schlechtes Risiko gelten müssen und diese Kundengruppe auszuwählen. Weniger attraktiv ist

es, die größere Gruppe der guten Risiken anzulocken, da der potentielle Profit absolut wie relativ geringer ist.

Die Gefahr eines unzureichenden Risikostrukturausgleiches und den damit verbundenen Selektionsgewinnen besteht in erster Linie darin, dass die Versicherer nicht auf die Bedürfnisse von Hochrisikokonsumenten eingehen (Netherlands Scientific Council for Government Policy 1997). Der von den Versicherern auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgeübte Einfluss sinkt mit dem Anstieg der potentiellen Selektionsprofite (van de Ven 1999). Die Folgen dieses einzelwirtschaftlich rationalen Verhaltens sind gesamtgesellschaftlich in dreierlei Hinsicht nicht erwünscht. Erstens wird der Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung für die nicht erwünschten Versicherten erschwert.¹¹⁸ Können die Versicherungsträger selektiv mit Leistungsanbietern kontrahieren, besteht für sie die Möglichkeit, Verträge mit Anbietern mit Spezialisierung auf chronische Krankheiten wie Krebs oder AIDS nicht einzugehen und auf diese Weise (potentielle) Versicherte mit diesen Krankheiten abzuschrecken. Werden die Anbieter am finanziellen Risiko der Kassen beteiligt, wird der Anreiz zu Risikoselektion auch auf die Anbieter übertragen. Zweitens könnten wirtschaftliche arbeitende Versicherungsträger durch nicht wirtschaftliche arbeitende Konkurrenten mit profitabler Risikostruktur aus dem Markt gedrängt werden. Investitionen in Selektionsstrategien könnten profitabler sein als Investitionen in der Verbesserung der administrativen Effizienz und in die Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstruktur. Drittens mögen individuelle Versicherungsträger durch Risikoselektion Gewinne erzielen, doch werden die Leistungsausgaben für unerwünschte Versicherte unter der Bedingung des Kontrahierungszwangs nur auf andere Versicherungsträger verlagert (van de Ven/Schut 1994). Risikoselektion verursacht damit nicht nur keinen gesellschaftlichen Nutzen, sondern verursacht sogar gesellschaftliche Kosten und ist damit aus distributiven wie auch aus allokativen Gründen abzulehnen:

“In sum, if cream skimming takes place, it is counterproductive with respect to three supposedly positive effects of competition, i.e. improving the quality and efficiency of care and becoming more responsive to the consumers’ preferences. Therefore, an effective prevention of cream skimming is a necessary condition in order to reap the fruits of a competitive health insurance market with a regulated premium structure (van de Ven/van Vliet 1992: 24)”

Auch unter der Bedingung des Kontrahierungszwangs sind eine Reihe von Selektionsmechanismen vor Vertragsabschluss (1-5) und nach Vertragsabschluss (6-8) denkbar, die mit relativ geringen Implementationskosten verbunden sind (van de Ven/van Vliet 1992; van Vliet/van de Ven 1992; Schneider-Brunner 1998; van de Ven 1999).

1. Versicherungsunternehmen können mit den Leistungsanbietern auf eine Weise kontrahieren, dass ein Vertragsmix unterschiedlicher Qualität entsteht, der gute Risiken anzieht und schlechte Risiken abschreckt. Beispiel: gut ausgebildete Kinder- und Frauenärzte und weniger gut ausgebildete Kardiologen, Krebs- und Diabetesspezialisten.

¹¹⁸ Die erwarteten Leistungsausgaben liegen für diese Versicherten über den simulierten risikoäquivalenten Beitragseinnahmen.

Distributive Effekte

2. Versicherungsunternehmen können das Leistungspaket bzw. die Zusatzversicherung so konzipieren, dass gute Risiken angezogen und schlechte Risiken abgeschreckt werden. Beispiel: weitreichende Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen um junge relativ gesunde Familien anzuziehen.
3. Versicherungsmakler mit guten Kenntnissen über den Gesundheitszustand ihrer Kunden können Empfehlungen aussprechen, Versicherungsschutz von einem anderen Unternehmen zu erwerben.
4. Versicherungsunternehmen können die Krankenversicherung mit anderen Versicherungsleistungen kombinieren, die in erster Linie von jungen und relativ gesunden Menschen in Anspruch genommen werden.
5. Versicherungsunternehmen können gute Risiken durch selektive Werbung gezielt ansprechen.
6. Am finanziellen Risiko beteiligte Leistungsanbieter haben wesentlich feinere Mittel zur Verfügung, um schlechte Risiken von einer Inanspruchnahme abzuschrecken. Beispiele: Den Patienten in Unklarheit über eine Diagnose lassen, Patienten warten lassen.
7. Versicherungsunternehmen können schlechte Risiken zur Kündigung des Versicherungsschutzes anreizen, indem schlechter Service geleistet wird. Beispiel: Verspätete Kostenerstattungen, schleppende Antragsbearbeitung.
8. Versicherungsunternehmen können schlechte Risiken am Selektionsprofit beteiligen. Beispiel: „Golden Handshake“, Zahlung an die Versicherten bei Wechsel

Anzumerken ist, dass die Versicherungsunternehmen in ihrer Tätigkeit von Aufsichtsbehörden, Medien und Verbraucher- und Patientenorganisationen überwacht werden, so dass harte Selektionsmechanismen wahrscheinlich nicht angewandt werden. Im Realmodell regulierten Wettbewerbs in den Niederlande werden nur einige sogenannte weiche Selektionsmechanismen angewandt.¹¹⁹ Der in Punkt 1 angesprochene Vertragsmix kann bislang schon alleine deswegen nicht zustande kommen, weil die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur selektiven Vertragsgestaltung so gut wie nicht nutzen.

Die Gestaltungsmöglichkeiten in der Zusatzversicherung sind relativ gering und auf physiotherapeutische und zahnärztliche Leistungen beschränkt. Die Leistungsdifferenzierung der Pakete für die Zusatzversicherungen ist relativ gering, fast 70 Prozent der untersuchten Versicherungspakete umfassen sowohl physiotherapeutische als auch zahnärztliche Leistungen. Ablehnungen kommen vor, sind aber nicht zu quantifizieren. Außerdem wird die Deckung vom gesetzlichen Leistungskatalog nicht erfasster Arzneimittel angeboten. Eine erste vom Ziekenfondsraad in Auftrag gegebene Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Zusatzversicherungen nicht als Selektionsinstrument genutzt werden (Ziekenfondsraad 1999a). Dieses Schlussfolgerung ist allerdings mit Zurückhaltung

¹¹⁹ Das Aufdecken von Selektionsmechanismen ist extrem schwierig, da deren Anwendung nicht immer auf strategischen Entscheidungen der Versicherungsunternehmen beruht (Luft 1997).

einzuordnen, da es sich im wesentlichen auf eine schriftliche Befragung der Versicherungsunternehmen gründet. Kritisch wird die enge Koppelung von Pflichtversicherung und Zusatzversicherung betrachtet, so dass es nahezu unmöglich ist, die beiden Versicherungsformen bei verschiedenen Versicherungsunternehmen zu haben. Ein üblicher Selektionsmechanismus besteht darin, dass Zusatzversicherungen als Wettbewerbsparameter im Wettbewerb um kollektive Verträge genutzt wird und auf diese Weise die Risikostruktur verbessert wird (de Roo 1995; Okma/de Roo 1998).¹²⁰

Stärker genutzt werden die in Punkt 4 und 5 angesprochenen weichen Selektionsmechanismen. Durch die Bildung von Versicherungskonglomeraten stehen nahezu unendliche Kombinationsmöglichkeiten zur Verfügung, die zielgruppengerecht kombiniert werden können. Werbung in Printmedien, Radio und Fernsehen wird im Hinblick auf junge und gesunde Versicherte konzipiert und eingesetzt (van Londen 1999). Die aggressiven Werbestrategien der privaten Krankenversicherungen übertragen sich durch die Bildung von Konglomeraten auf die Krankenkassen (Raymakers 1999; van de Ven 1999). Die in den Punkten 3 und 6 bis 8 beschriebenen Mechanismen sind bislang in der Öffentlichkeit nicht bekannt geworden.

Zusammenfassend lässt sich der Einfluss des Idealmodells Managed Competition und des Realmodells regulierten Wettbewerbs auf die Risikoselektion der Krankenversicherungen folgendermaßen beschreiben:

- 1) Der potentielle Profit von Selektionsstrategien ist je höher, desto unvollkommener der Risikostrukturausgleich mit Ausgleichsparametern ausgestaltet ist. Je mehr sich die Versicherungsunternehmen auf Risikoselektion konzentrieren, desto geringer ist ihr Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Risikoselektion ist damit sowohl aus allokativen als auch aus distributiven Gründen zu verhindern.
- 2) Den Versicherungsunternehmen stehen auch bei Kontrahierungszwang eine Reihe von Selektionsmechanismen zur Verfügung. In den Niederlanden ist bislang nur die Anwendung weicher Selektionsmechanismen bekannt geworden. Dazu zählen insbesondere selektive Werbung, die Kombination von Krankenversicherungen mit anderen Versicherungsleistungen und die Verbesserung der Risikostruktur durch den Abschluss von kollektiven Verträgen.

5.2 Effekte auf Einkommensverteilung

Den Auswirkungen von Reformentscheidungen auf die Einkommensverteilung wird in den Niederlanden ein hoher Stellenwert zugemessen. Schon im ursprünglichen Reformplan wurde postuliert, dass die Effekte auf die Verteilung des Einkommens in der Gesellschaft begrenzt werden sollten (Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs 1988). Wahrscheinlich ist auch aus diesem Grund dieser Aspekt der Reformfolgen vergleichsweise systematisch und umfassend erforscht

¹²⁰ Diese Entwicklung war die Ursache dafür, dass der Erwerbsstatus als Parameter in die Ausgleichsformel aufgenommen wurde.

worden. In dieser Arbeit wird Bezug auf eine vom niederländischen Gesundheitsministerium im Jahr 1997 finanzierte Studie genommen, in der nicht nur die tatsächlichen Effekte der Reformen gemessen, sondern auch die potentiellen Folgen verschiedener neuer Reformmaßnahmen simuliert wurden (van der Burg/van Doorslaer 1997).¹²¹

Methodisch ist zu unterscheiden zwischen horizontalen und vertikalen Ungleichheiten in der Finanzierung von Gesundheitsversorgung. Horizontale Ungleichheit entsteht per definitionem dann, wenn Haushalte mit gleichem Einkommen in ungleichem Maße für die Finanzierung von Gesundheitsversorgung aufkommen müssen (ungleiche Behandlung Gleicher). Vertikale Ungleichheit ist dann festzustellen, wenn Haushalte mit unterschiedlichem Einkommen in einem Maße für die Finanzierung aufkommen müssen, das über die Unterschiede in der Einkommensverteilung hinausgeht (ungleiche Behandlung Ungleicher). Nach einigen kurzen Anmerkungen über das Ausmaß der horizontalen Ungleichheit konzentriert sich die Analyse auf das gut messbare Ausmaß der vertikalen Ungleichheit, da sich in der Folge der Einführung des regulierten Wettbewerbs vor allem in diesem Bereich Veränderungen ergeben haben.

Horizontale Ungleichheit in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung entsteht vor allem durch Unterschiede in der Versicherungsform. In der Krankenkassenversicherung sind vor allem Unterschiede zwischen Arbeitnehmern auf der einen Seite und Selbständigen sowie öffentlich Bediensteten auf der anderen Seite für horizontale Ungleichheit verantwortlich. Bis zum Beginn des Jahres 2000 mussten Selbständige sich in jedem Fall privat und damit risikoäquivalent versichern, während Beschäftigte unterhalb der Lohngrenze in der gesetzlichen Pflichtversicherung Beiträge mit einer Solidaritätskomponente abführen müssen.¹²² Öffentliche Bedienstete müssen sich je nach Status öffentlich oder privat versichern. In der privaten Krankenversicherung ist durch die risikoäquivalente Prämienhebung die horizontale Ungleichheit systemimmanent, da das Einkommen bei der Erhebung von Beiträgen keinerlei Rolle spielt.

Die vertikale Lastenverteilung lässt sich durch die Berechnung von Progressivitätsindizes anzeigen. Dazu werden sämtliche Haushalte in zehn Einkommensgruppen eingeteilt. In jeder dieser Gruppen sind nach Einkommen geordnet zehn Prozent aller Haushalte vertreten. Für jede der zehn Gruppen lassen sich nicht nur das jeweilige Einkommen, sondern auch die jeweiligen Belastungen errechnen. Abbildung 5.5 stellt dar, wie sich diese beiden Komponenten im Jahr 1992 auf die zehn Einkommensgruppen verteilt haben.¹²³ Dabei wird klar, dass in acht von zehn Gruppen der Anteil

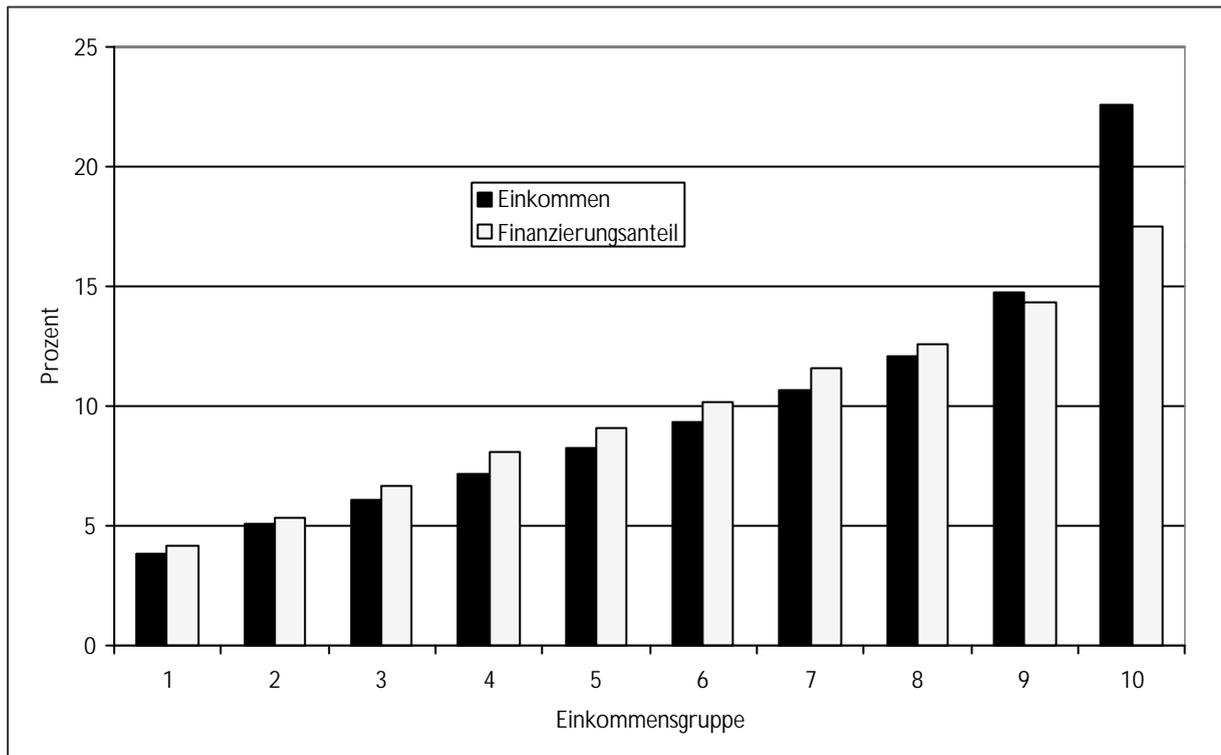
¹²¹ Nicht berücksichtigt sind die Folgen der Zunahme von kollektiven Verträgen für Pflichtversicherte (van der Velden 1999). Wie bei allen Studien zur Einkommensverteilung wird darüber hinaus weder das Volumen noch die Menge der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen selbst berücksichtigt (Okma 1999c). Insofern nur eine Seite der Medaille untersucht (Janssen/van Doorslaer et al. 1994). Trotz dieser Einschränkungen wird ein umfassendes Bild zum Einfluss verschiedener Finanzierungsformen auf die Einkommensverteilung gezeichnet.

¹²² Ab 1.1.2000 werden Selbständige unterhalb der Grenze von 41.000 NLG zu versteuerndem Jahreseinkommen gesetzlich pflichtversichert.

¹²³ Leider stehen keine aktuelleren Daten zur Verfügung, da die niederländischen Daten im Rahmen eines EU-weiten und EU-finanzierten Forschungsvorhabens erhoben wurden (van Doorslaer/Wagstaff et al. 1993), dessen erste Welle inzwischen abgeschlossen ist und deren weitere Auswertung vom niederländischen Gesundheitsministerium einmalig gefördert wurde. Die wesentlichen Reformschritte waren zu diesem Zeitpunkt allerdings abgeschlossen. Die Simulierung des Einflusses der in den folgenden Jahren durchgeführten Reformschritte wird in Tabelle 5.21 dargestellt.

am Einkommen geringer ist als der an den Lasten für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Vor allem im obersten Einkommenszehntel kehrt sich das Verhältnis deutlich um, der Anteil an der Finanzierung ist bezogen auf das Einkommen unterproportional und damit regressiv. Wäre der Anteil der oberen Einkommensgruppen an der Finanzierung höher als der Anteil am Einkommen so wäre das Verhältnis progressiv.

Abbildung 5.5: Verteilung des Einkommens und des Finanzierungsanteils 1992

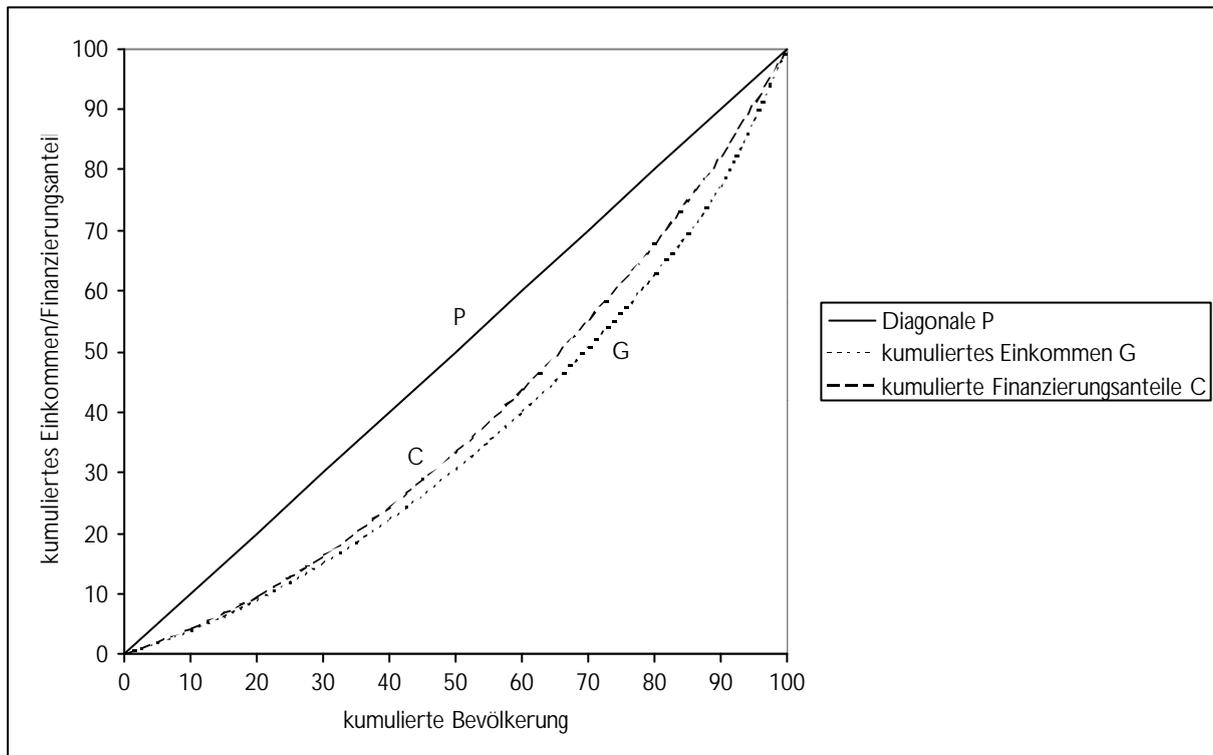


Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Wie das Ausmaß der Regressivität in Abbildung 5.5 zu bestimmen ist, wird in Abbildung 5.6 illustriert. Hier wird die Lorenzkurve L abgetragen, die sich aus den kumulierten Prozentzahlen des Einkommens pro Einkommensgruppe ableitet. Je näher sich L der Diagonale P von unten annähert, desto weniger regressiv wird die Einkommensverteilung. Stimmt L mit P überein, so ist die Einkommensverteilung exakt proportional. Der Abstand zwischen L und P lässt sich berechnen und quantifiziert als Gini-Koeffizient G das Ausmaß der Regressivität der Einkommensverteilung und wird als Prozentzahl der gesamten Fläche unter P ausgedrückt. G nimmt deswegen die Werte zwischen 0 (proportionale Einkommensverteilung) und 1 (größtmögliche Regressivität) an. Für das Jahr 1992 beträgt G beispielsweise 0,2782. Neben L wird die Konzentrationskurve der Gesundheitsausgaben C abgetragen, die sich aus den kumulierten Prozentzahlen des Finanzierungsanteils pro Einkommensgruppe ableitet. Der Konzentrationsindex CI ergibt sich aus dem Abstand zwischen C und der Diagonalen P. Liegt C oberhalb der Diagonalen, so wird CI negativ. Bei einer proportionalen Verteilung der Lasten nimmt CI den Wert 0 an und C ist identisch mit der Diagonalen

P. Für das Jahr 1992 beträgt CI beispielsweise 0,225. Der Abstand zwischen C und G lässt sich mit Hilfe des Progressivitätsindex K ausdrücken: $K=CI-G$.¹²⁴

Abbildung 5.6: Lorenzkurve und Konzentrationskurve 1992



Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Wenn C unterhalb von G liegt, ist der Index positiv, und wir sprechen von einer progressiven Verteilung. Liegt C oberhalb von G, wird der Index negativ und wir sprechen von einer regressiven Verteilung.

Mit der Einführung des regulierten Wettbewerbs ist es in dem Zeitraum von 1987 bis 1992 zu einer Reihe von Maßnahmen gekommen, die auch Einfluss auf die Einkommensverteilung nach sich gezogen haben. Dazu zählt insbesondere die Einführung einer nominalen Prämie für Pflichtversicherte im Jahr 1989. Darüber hinaus wurden im Jahr 1992 eine Reihe von Leistungen vom Krankenkassengesetz in die Volksversicherung AWBZ verlagert und auch für die AWBZ eine nominale Prämie eingeführt.¹²⁵ Außerdem fiel die Freistellung der Altersrentner über 65 Jahren von der Beitragspflicht in der AWBZ ab 1990 weg. In der privaten Krankenversicherung wurde das System der Risikoäquivalenz 1989 durchbrochen, indem die Unternehmen zum Angebot eines Standardvertrages verpflichtet wurden.

¹²⁴ Es handelt sich um den sogenannten Kakwani-Index. Zur methodischen Vertiefung vgl. Janssen/van Doorslaer, et al. 1994; Rutten 1993 und Wagstaff/van Doorslaer 1992.

¹²⁵ Die AWBZ war als Träger der gemeinsamen Versicherung von Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen vorgesehen. Da dieses Konzept scheiterte, wurden die ausgegliederten Leistungen, insbesondere Arznei- und Hilfsmittel, im Jahr 1996 wieder in die Deckung der Pflichtversicherung zurückgeführt und die nominale Prämie in der AWBZ abgeschafft.

Tabelle 5.17: Gewichte der Finanzierungsquellen und Kakwani-Indizes 1987, 1990 und 1992

	Finanzierungsanteile			Kakwani-Index		
	1987	1990	1992	1987	1990	1992
Indirekte Steuern	9,3	9,0	8,5	-0,1075	-0,0981	-0,0867
Direkte Steuern	8,8	7,2	6,9	0,2230	0,1969	0,1884
Steuern Gesamt	18,1	16,2	15,4	0,1057	0,0984	0,0928
Beiträge ZFW und PKV	47,4	44,8	36,3	-0,1294	-0,1260	-0,1005
Beiträge AWBZ	21,6	27,6	37,9	0,0659	-0,0315	-0,0605
Zuzahlungen	12,9	11,4	10,4	-0,0024	-0,0439	-0,0400
Gesamt	100	100	100	-0,0389	-0,0532	-0,0525

Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Die in Abbildung 5.5 dargestellten Finanzierungsanteile der zehn Einkommensgruppen stellen eine aggregierte Größe dar, schließlich wird die Gesundheitsversorgung aus verschiedenen Quellen finanziert. In Tabelle 5.17 werden die Gewichte der unterschiedlichen Finanzierungsquellen und der Kakwani-Index der Jahre 1987, 1990 und 1992 im Überblick dargestellt. Dadurch wird klar, dass der Finanzierungsanteil der AWBZ durch die Umschichtung von Leistungen deutlich angestiegen ist. Die staatliche Finanzierung ist relativ zurückgegangen, weil bei Konstanz der Zuschüsse die Gesundheitsausgaben stärker anstiegen als erwartet. Auch der Anteil der Zuzahlungen ist leicht zurückgegangen.

In den drei folgenden Tabellen wird für die drei Untersuchungsjahre die Herleitung des Progressivitätsindex detailliert dargestellt. In der Ausgangssituation des Jahres 1987 in Tabelle 5.18 ist die Wirkung der vier Finanzierungsquellen sehr unterschiedlich. Die Finanzierung aus Steuern wirkt im Vergleich zur Einkommensverteilung progressiv, insbesondere das oberste Einkommenszehntel wird durch die progressiv ausgestaltete Einkommenssteuer überproportional belastet. Dieser Effekt wird durch die Erhebung der Beiträge für die Pflichtversicherung und die private Krankenversicherung kompensiert. Während die oberen drei Einkommenszehntel durch die Erhebung der risikoäquivalenten Prämien in der privaten Krankenversicherung unterproportional belastet werden, wirkt die Erhebung der einkommensabhängigen ZFW-Beiträge für alle anderen Einkommensgruppen regressiv. Progressiv wirkt dagegen die Erhebung der AWBZ-Beiträge, die Wirkung der Zuzahlungen im Vergleich zur Einkommensverteilung ist insgesamt neutral. Allerdings wirken die Zuzahlungen für das unterste Einkommenszehntel stark regressiv. Insgesamt wirkte die Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Jahr 1987 leicht regressiv.

Tabelle 5.18: Lastenverteilung Gesundheitsversorgung 1987

Einkommensgruppe	Einkommen	Steuern	Beiträge ZFW/PKV	Beiträge AWBZ	Zu-zahlungen	Gesamt
1	3,8	2,8	4,9	0,7	7,2	3,9
2	5,1	3,7	6,9	3,6	5,6	5,5
3	6,2	5,0	8,3	4,6	6,2	6,7
4	7,2	5,5	9,4	7,4	6,5	7,9
5	8,4	7,1	9,9	9,0	7,2	8,9
6	9,5	8,4	10,7	10,0	10,2	10,1
7	10,7	10,0	11,7	12,2	12,7	11,6
8	12,4	11,9	11,8	14,1	10,7	12,1
9	14,6	14,8	13,1	17,3	14,8	14,5
10	22,1	30,8	13,3	20,8	19,0	18,7
G	0,2741					
CI		0,3798	0,1448	0,3400	0,2766	0,2352
K		0,1057	-0,1294	0,0659	0,0024	-0,0389

Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Im Jahr 1990 haben sich die ersten Verschiebungen ergeben. Das Ausmaß der Ungleichheit in der Verteilung des Primäreinkommens ist annähernd konstant geblieben, allerdings ist die regressive Wirkung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen leicht angestiegen. Die Erhebung von Steuern wirkt weiterhin progressiv, aber das Ausmaß geht zurück. Trotz der Einführung der nominalen Prämie hat sich das Ausmaß der regressiven Wirkung der Beiträge für ZFW und private Krankenversicherung reduziert. Dieser überraschende Effekt ist mit der Verbesserung der relativen Einkommensposition der pflichtversicherten Beschäftigten gegenüber den privat versicherten Selbständigen zu erklären. Die AWBZ-Beiträge wirken 1990 erstmals regressiv, was auf die Abschaffung der Beitragsfreiheit für Altersrentner zurückgeführt wird. Auch die Zuzahlungen wirken laut Tabelle 5.19 im Jahr 1990 regressiv.

Tabelle 5.19: Lastenverteilung Gesundheitsversorgung 1990

Einkommens- gruppe	Einkommen	Steuern	Beiträge ZFW/PKV	Beiträge AWBZ	Zu- zahlungen	Gesamt
1	3,9	3,1	4,6	3,1	6,7	4,2
2	5,1	3,9	6,0	5,1	6,5	5,4
3	6,1	4,9	7,9	6,5	5,3	6,7
4	7,2	5,8	9,4	7,8	6,6	8,1
5	8,3	6,9	10,5	9,2	7,0	9,1
6	9,4	8,0	11,2	10,7	8,6	10,2
7	10,7	9,3	12,5	11,8	11,3	11,6
8	12,1	11,6	12,6	13,1	13,2	12,6
9	14,8	15,7	13,3	15,7	14,1	14,4
10	22,6	30,8	12,1	17,0	20,7	17,5
G	0,2782					
CI		0,3766	0,1522	0,2467	0,2343	0,2250
K		0,0984	-0,1260	-0,0315	-0,0439	-0,0532

Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Im Jahr 1992 setzen sich die Tendenzen aus dem Jahr 1990 fort. Die Einkommensverteilung bleibt weiter stabil, die progressive Wirkung der Steuern vermindert sich ebenso wie die regressive Wirkung der Beiträge für ZFW und private Krankenversicherung. Die Erhöhung der nominalen Prämie wirkte zwar regressiv, wurde aber von der progressiven Wirkung der Standardverträge in der privaten Krankenversicherung überkompensiert. Die regressive Wirkung der AWBZ-Beiträge hat sich wahrscheinlich wegen der Einführung der nominalen Prämie verstärkt. Insgesamt ist das Ausmaß der regressiven Wirkung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen 1992 aber eher zurückgegangen.

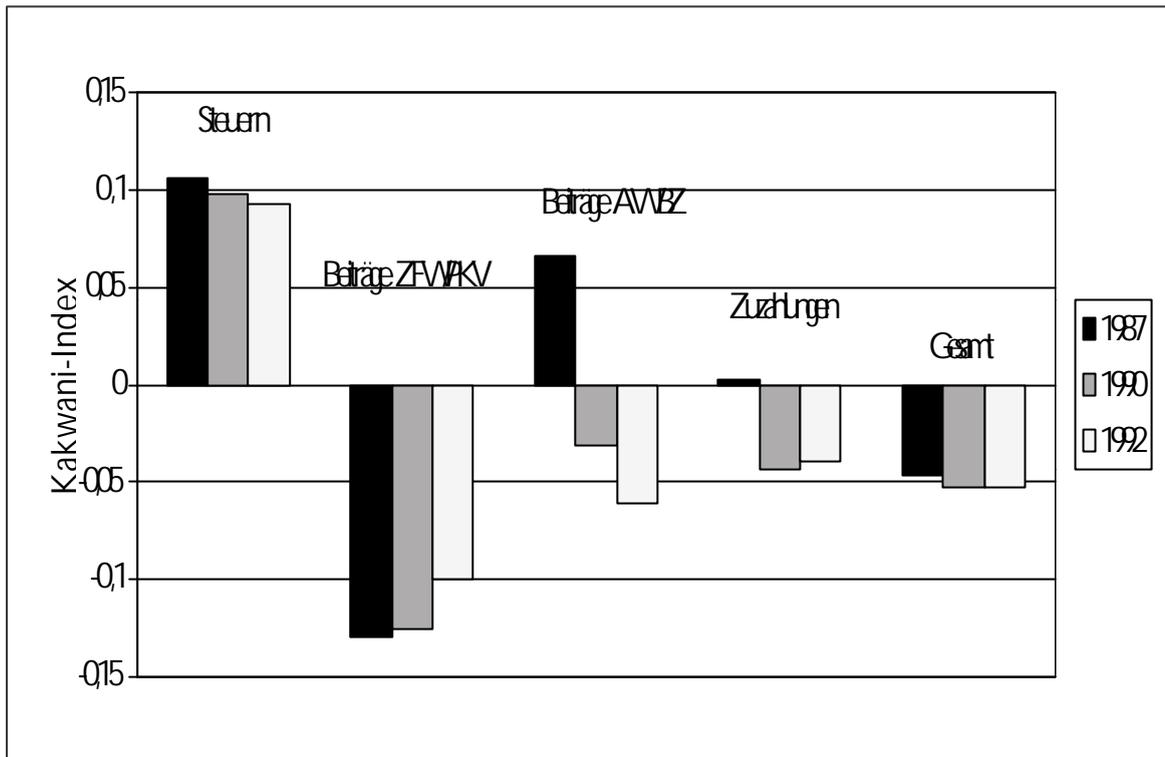
Tabelle 5.20: Lastenverteilung Gesundheitsversorgung 1992

Einkommensgruppe	Einkommen	Steuern	Beiträge ZFW/PKV	Beiträge AWBZ	Zu-zahlungen	Gesamt
1	3,8	3,3	3,8	3,6	6,3	3,9
2	5,0	3,9	5,7	5,4	5,6	5,3
3	6,0	4,7	7,6	6,7	6,3	6,7
4	7,1	5,7	9,0	8,2	6,8	8,1
5	8,4	6,9	10,6	9,8	7,4	9,4
6	9,6	8,4	11,4	11,0	9,4	10,6
7	10,9	9,8	12,6	12,3	9,8	11,8
8	12,6	12,2	13,3	13,3	13,0	13,0
9	15,0	16,1	13,3	14,6	15,7	14,4
10	21,5	29,0	12,8	15,2	19,7	16,7
G	0,2758					
CI		0,3686	0,1754	0,2153	0,2358	0,2233
K		0,0928	-0,1005	-0,0605	-0,0400	-0,0525

Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Bei der Betrachtung der Belastung der Einkommensgruppen von 1987 bis 1992 ist festzustellen, dass der Finanzierungsanteil der drei untersten Gruppen relativ konstant geblieben ist. Die Belastung der mittleren Einkommensgruppen ist angestiegen, während das oberste Zehntel eine geringere Belastung zu tragen hat. In Abbildung 5.7 werden die Wirkungen der vier Finanzierungsquellen und der Gesamtfinanzierung in den drei Untersuchungsjahren auf einen Blick zusammenfassend dargestellt,

Abbildung 5.7: Kakwani-Indizes der Finanzierungsquellen 1987, 1990 und 1992



Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Die bislang gezeigten Auswirkungen der Reformelemente auf die Einkommensverteilung sind entweder sehr gering oder sie werden von Effekten kompensiert, die nicht unmittelbar auf die Einführung regulierten Wettbewerbs zurückzuführen sind. Es fehlen bei der Berechnung der Auswirkungen aber noch eine Reihe von Reformelementen, die bis 1992 nicht implementiert waren. Im Rahmen einer Simulationsrechnung wurde versucht, die Auswirkungen von sechs Reformelementen zu berechnen:

1. Baseline Kinderbeitrag: Abschaffung der nominalen Prämien für Kinder bei gleichzeitiger Erhöhung der einkommensabhängigen Prämie um 0,08 Prozent (ZFW) bzw. 0,05 Prozent (AWBZ), implementiert 1995.
2. Neudefinition Leistungspakete ohne Kompensation: Rückführung der im Jahr 1992 vom Krankenkassengesetz in die AWBZ überführten Leistungen ab 1996. Anstieg der nominalen Prämie und der einkommensabhängigen Prämie im ZFW, Abschaffung der nominalen Prämie und Reduzierung der einkommensabhängigen Prämie im AWBZ. Konstanz der staatlichen Zuschüsse. Anstieg der Prämien für private Krankenversicherungen, implementiert 1996.
3. Neudefinition Leistungspakete mit Kompensation: wie oben, allerdings wird ein geringer Anstieg der einkommensabhängigen ZFW-Beiträge durch Erhöhung der staatlichen Zuschüsse simuliert, nicht implementiert.

Distributive Effekte

4. Reduzierung Leistungspaket: Simuliert wird die Ausgliederung von zahnärztlicher Versorgung und Heilmitteln in die private Zusatzversicherung. Rückgang der nominalen und der einkommensabhängigen ZFW-Prämie und Anstieg der Ausgaben für freiwillige Zusatzversicherung (Finanzierungsverschiebung von 700 Mio. NLG, angenommener negativer Volumeneffekt 100 Mio. NLG), implementiert 1995 und 1996.
5. Erhöhung Zuzahlungen: Rückgang der nominalen und der einkommensabhängigen ZFW-Prämie und Anstieg der Zuzahlungen (Finanzierungsverschiebung von 1283 Mio. NLG, angenommener negativer Volumeneffekt 4 Mio. NLG), nicht implementiert.
6. Erhöhung Zuzahlungen mit Obergrenze: Zuzahlung von 10 Prozent auf alle Leistungen mit jährlicher Obergrenze von 280 NLG. Rückgang der nominalen und der einkommensabhängigen ZFW-Prämie und Anstieg der Zuzahlungen (Finanzierungsverschiebung von 645 Mio. NLG, angenommener negativer Volumeneffekt 12 Mio. NLG), ähnlich implementiert 1997, wieder abgeschafft 1999.

Tabelle 5.21: Simulation der Auswirkungen von Reformelementen auf die Einkommensverteilung

Einkommensgruppe	1992	1	2	3	4	5	6
1	3,90	3,89	0,05	0,01	-0,01	0,01	0,02
2	5,33	5,32	0,14	-0,02	0,01	0,01	0,02
3	6,71	6,67	0,26	0,00	0,02	0,02	0,01
4	8,06	8,01	0,21	-0,06	0,04	0,00	0,00
5	9,44	9,39	0,14	-0,08	0,03	-0,01	-0,01
6	10,61	10,64	0,05	-0,12	0,03	-0,01	-0,01
7	11,77	11,82	0,00	-0,13	0,01	-0,01	-0,01
8	13,05	13,05	-0,15	-0,09	-0,01	-0,01	-0,01
9	14,43	14,47	-0,25	-0,05	-0,01	-0,01	-0,01
10	16,70	16,73	-0,45	0,53	-0,11	0,00	0,00
CI	0,2233	0,2245	0,2145	0,2282	0,2231	0,2241	0,2239
K	-0,0525	-0,0514	-0,0614	-0,0477	-0,0528	-0,0518	-0,0520

Quelle: van der Burg/van Doorslaer 1997

Die Abschaffung des Kinderbeitrags wirkt marginal proportional, während die Neudefinition der Leistungspakete ohne Kompensation einen klar regressiven Effekt hat. Eine Erhöhung des staatlichen Zuschusses hätte erwartungsgemäß einen eher progressiven Effekt gehabt. Überraschenderweise wirkt die Reduzierung des Leistungspaketes und die Erhöhung der Zuzahlungen sich auf die Einkommensverteilung kaum aus. Dies ist mit der gleichzeitigen Reduzierung der nominalen Prämie zu erklären.

Die Untersuchung der Auswirkungen der Einführung des regulierten Wettbewerbs auf die Einkommensverteilung hat damit gezeigt, dass die progressiven und regressiven Wirkungen von Re-

formelementen sich nahezu ausgeglichen haben. So wurden auf der einen Seite die Zuzahlungen erhöht, auf der anderen Seite die nominalen Prämien reduziert. Auf der einen Seite wurden in die Pflichtversicherung nominale Prämien eingeführt, auf der anderen Seite Standardverträge in der privaten Krankenversicherung installiert. Trotz der insgesamt leicht regressiven Wirkung der Reformelemente insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die Wirkungen auf die Einkommensverteilung bei den Reformentscheidungen durchaus eine Rolle gespielt haben. Würde das Idealmodell Managed Competition allerdings konsequent realisiert, so ist mit nachhaltigen regressiven Wirkungen auf die Einkommensverteilung zu rechnen. Im Idealmodell vorgesehene Mechanismen wie erhöhte Zuzahlungen und nominale Prämien für Zusatzversicherungen wirken regressiv. Da nicht mit einer Erhöhung des progressiv finanzierten staatlichen Finanzierungsanteils zu rechnen ist, könnte eine Kompensation bei konstanter Präferenz für einen geringen Einfluss von Reformelementen auf die Einkommensverteilung nur durch eine weniger regressiv wirkende private Krankenversicherung erfolgen.¹²⁶

Die Auswirkungen der Einführung des regulierten Wettbewerbs auf die Einkommensverteilung lassen sich damit folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) Die Auswirkungen der Einführung regulierten Wettbewerbs auf die Einkommensverteilung sind eher marginal. Tendenziell werden höhere Einkommensgruppen entlastet und mittlere Einkommensgruppen belastet. Für die unteren Einkommensgruppen neutralisieren sich die Effekte.
- 2) Insgesamt wirkt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden im Vergleich zur Einkommensverteilung in verstärktem Maße regressiv. Die stark regressive Wirkung der privaten Krankenversicherung kann durch die progressive Wirkung der staatlichen Zuschüsse nur teilweise kompensiert werden.

5.3 Ursachen der (Nicht-) Veränderungen und Folgen für Regulierung

Für die in diesem Abschnitt untersuchten Reformfolgen lassen sich eine Reihe von Schlussfolgerungen treffen, die nicht nur für die Niederlande zutreffen, sondern sich auf in einen internationalen Zusammenhang übertragen lassen. Niederländische Forschungen zu den Themen Rationierung, Selbstbeteiligung und vor allem Risikoselektion haben deshalb für breite internationale Aufmerksamkeit gesorgt.¹²⁷ Die Ursachen für die Veränderungen bzw. für die Nichtveränderungen in der Folge des regulierten Wettbewerbs und die Folgen für die Regulierung werden für die genannten drei Themenfelder an dieser Stelle diskutiert.

¹²⁶ Exakt dieses Vorgehen war in den ursprünglichen Reformplänen vorgesehen.

¹²⁷ Ein Indikator für diese Aufmerksamkeit ist die Tatsache, dass der letzte Weltkongress der Vereinigung für Gesundheitsökonomien im Jahr 1999 nicht wie üblich in einem angelsächsischen Land, sondern in Rotterdam stattfand.

5.3.1 Rationierung

Die Folgen der Ausgliederung von ganzen Leistungskomplexen aus dem standardisierten Basispaket und die Komplexität des Verfahrens zur Bestimmung der auszugliedernden Leistungen haben dazu geführt, dass diese Form der Rationierung öffentlich finanzierter Leistungen in den Niederlanden als gescheitert gilt. Zwar hat sich die Regierung in weiten Teilen an die Vorschläge der Dunning-Kommission gehalten, doch die öffentliche Diskussion hat verdeutlicht, dass der vorgeschlagene Filtermechanismus einen zu breiten Raum für subjektive Entscheidungen lässt. Insbesondere das vierte Kriterium der individuellen Verantwortbarkeit führte zu intensiven Diskussionen, aber auch die vermeintlich objektiveren Kriterien Notwendigkeit, Effektivität und Effizienz lassen viel Spielraum für die Bewertung ganzer Leistungskomplexe (van der Grinten 1999).

Der in der Evaluation der Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen nachgewiesene überdurchschnittliche Rückgang der Inanspruchnahme unterer Einkommensschichten ist darüber hinaus nicht mit den in der niederländischen Gesellschaft tief verankerten Gleichheitsidealen zu vereinbaren. In den letzten Jahren wurden aus diesen beiden Gründen keine weiteren Leistungskomplexe aus dem Basispaket ausgegliedert (Okma 1999c). Damit geht den Krankenkassen allerdings die Option auf den Ausbau des Leistungswettbewerbs verloren. Eine aus allokativen Erwägungen geboten erscheinende Annäherung des Realmodells regulierten Wettbewerbs an das Idealmodell Managed Competition wird aus distributiven Gründen verhindert.

Diese Entwicklung hat aber nicht dazu geführt, dass die Empfehlungen der Dunning-Kommission gesundheitspolitisch völlig ignoriert werden. Wenig öffentliche Aufmerksamkeit hat bislang die Tatsache gefunden, dass neben den Empfehlungen zur Ausgliederung von Leistungskomplexen weitere Vorschläge zur Rationierung gemacht wurden.¹²⁸ Dazu zählen insbesondere die Evaluierung neuer Technologien und die Überprüfung der Angemessenheit der medizinischen Versorgung durch professionelle Organisationen. Diese Verfahren werden im Gegensatz zur Reduzierung des Leistungsumfangs weiterhin angewandt, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß (Schut 1999; van der Grinten 1999).

In der Analyse der Kommission wird davon ausgegangen, dass medizinische Technologien weitgehend autonom von den gesellschaftlichen Anforderungen entwickelt werden und nur einem bestenfalls zufälligen Evaluationsprozess unterliegen.¹²⁹ Es sollte demnach Aufgabe der Regierung sein, diesen Prozess zu systematisieren, so dass nicht weiterhin neue und alte Verfahren nebeneinander existieren. Folgende Strategien wurden vorgeschlagen (Government Committee on Choices in Health Care 1992):

- 1) Überwachung des Innovationsprozesses schon zu einem frühen Zeitpunkt auf Ebene der Europäischen Union mit Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Patienten mit chronischen Krankheiten.

¹²⁸ Unter Rationierung wird in dieser Arbeit wertfrei die Beschränkung öffentlich finanzierter Leistungen verstanden.

¹²⁹ Unter medizinischen Technologien werden Arzneimittel, technische Ausrüstung sowie medizinische und chirurgische Methoden verstanden.

- 2) Nationale Förderung des Inhalts und der Ziele angewandter klinischer Forschung im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität chronisch kranker Patienten.
- 3) Begrenzung der Förderung von Technologien, die aus gesellschaftlicher Sicht von niedrigerer Priorität sind. Unabhängige Sachverständige sollen über die Einschränkung nicht erwünschter Forschungen entscheiden. Zumindest sollten für diese Vorhaben keine öffentlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden.
- 4) Mit Nachdruck wird eine Evaluierung von Effektivität und Effizienz neuer Technologien gefordert, bevor sie auf den Markt kommen. Auch Techniken und Methoden sollen gründlicher evaluiert werden. Darüber hinaus sollen bereits bestehende Diagnose- und Therapiemethoden im Hinblick auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden.
- 5) Medizinische Forschungsförderung sollte besser koordiniert und Prioritäten entwickelt und angewandt werden.

Diese Empfehlungen wurden von der niederländischen Regierung zwar generell begrüßt, aber nur in geringem Ausmaß befolgt. Eine separate Evaluierung medizinischer Technologien in den Niederlanden wurde mit Verweis auf die Notwendigkeit zu Regulierung auf europäischer Ebene abgelehnt. Allerdings wurde im Jahr 1998 ein Gesetz verabschiedet, das es ermöglicht, spezifische Behandlungsformen zu untersagen. Dieses Gesetz wurde bislang lediglich auf die Geschlechtsbestimmung ungeborener Kinder ohne medizinische Indikation angewendet (van der Grinten/Kasdorp 1999).

In einem zweiten Analyseschritt hat das Komitee Diagnose- und Therapieverfahren genauer untersucht. Als Ergebnis wurde festgestellt, dass diese international aber auch national erheblichen Variationen unterliegen. Das ist ein Indikator für ineffiziente oder gar unnötige Behandlungen. Empfohlen wird daher eine Standardisierung von Diagnose- und Therapieverfahren und die damit verbundenen Einschränkungen der professionellen Autonomie der Leistungserbringer. Als Beispiel für nicht umfassend evaluierte und scheinbar wenig effiziente Behandlungsformen werden lang andauernde Psychotherapie, bestimmte physiotherapeutische Leistungen und eine Reihe von Arzneimitteln genannt. Den Leistungserbringern und ihren Verbänden wird empfohlen, Entscheidungsprozeduren bei Behandlungsmethoden mit geringen Erfolgsaussichten zu entwickeln und anzuwenden. Außerdem sollten die Versicherungsträger ihren Einfluss in diesem Bereich verstärken (Government Committee on Choices in Health Care 1992).

Diese Empfehlungen wurden relativ weitreichend implementiert. Die Regierung reagierte damit auf die Kritik, dass das Aufstellen von Prioritäten auf Makro-Ebene wenig zielführend erscheint. Stattdessen verschob sich der Fokus auf die Meso- und Mikroebene, indem Anbieter und Versicherer aufgefordert wurden, die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung zu überprüfen. Insbesondere die Anbieter übernahmen diese Aufgabe und investierten in Peer-Review, Qualitätszirkel, pharmazeutische Therapieberatung, Weiterbildung und Entwicklung von Leitlinien (van der Grinten/Kasdorp 1999).

Die Folgen der Rationierung öffentlich finanzierter Leistungen für die Regulierung lassen sich damit folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) Das problematische Verfahren zur Festlegung von auszugliedernden Leistungen und die nicht erwünschten Auswirkungen auf den Zugang haben dazu geführt, dass keine weiteren Leistungen aus dem Basispaket ausgegliedert werden. Die aus allokativen Erwägungen geboten erscheinende Annäherung des Realmodells regulierten Wettbewerbs an das Idealmodell Managed Competition wird damit aus distributiven Gründen verhindert.
- 2) Angewendet werden in eingeschränktem Ausmaß Verfahren zur Evaluation medizinischer Technologien und vor allem zur Überprüfung der Angemessenheit der medizinischen Versorgung durch professionelle Organisationen.

5.3.2 Selbstbeteiligung

Die 1997 eingeführte Selbstbeteiligungsregelung in den Niederlanden war weitgehend wirkungslos. Weder wurden die erwünschten Effekte realisiert, noch traten bis auf eine Ausnahme nicht erwünschte Effekte ein. Als Ursachen für die Wirkungslosigkeit ist zum einen auszumachen, dass die absolute wie die relative Höhe der Zuzahlungen sehr niedrig war. Zum anderen war die hausärztliche Inanspruchnahme von der Zuzahlung befreit. Damit war nicht nur der erwünschte Steuerungseffekt nicht zu erreichen, auch der Finanzierungseffekt war negativ.¹³⁰ Sollen Selbstbeteiligungen wirken, müssen höhere Beträge für einen größeren Umfang von Formen der Leistungsinanspruchnahme erhoben werden. Ein solches System kann nach anderen internationalen Erfahrungen allerdings Steuerungswirkungen haben, die mit distributiven Erwägungen auf eine Art und Weise im Widerspruch stehen, so dass eine Einführung der Regierung nicht wünschenswert erscheint. Damit ist auch an dieser Stelle ein Zielkonflikt zwischen allokativen und distributiven Anforderungen festzustellen.

Es ist allerdings festzustellen, dass das niederländische Gesundheitssystem in Form des gut ausgebildeten Hausarztes bereits über ein wirkungsvolles Steuerungsinstrument verfügt. Der Überinanspruchnahme durch die Versicherten wird durch die Gatekeeper-Funktion des Hausarztes vorgebeugt. Darüber hinaus sind die Anreize zu angebotsinduzierter Nachfrage für die Hausärzte durch das auf Kopfpauschalen basierende Vergütungssystem relativ klein. Es ist zweifelhaft, ob in der Abwägung erwünschter und nicht erwünschter Steuerungswirkungen spürbarer Selbstbeteiligungen die erwünschten Folgen überwiegen würden (Delnoij/Groenewegen et al. 2000).

Die Folgen der Einführung von Selbstbeteiligungen für die Regulierung lassen sich damit folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) Die geringe Steuerungs- und Finanzierungswirkung der Selbstbeteiligungsregelung in den Niederlanden lässt sich auf die geringe Höhe der Zuzahlungen zurückführen. Höhere Zuzahlungen lassen allerdings neben den erwünschten auch nicht erwünschte Steuerungseffekte erwarten.

¹³⁰ Der negative Finanzierungseffekt wurde vor der Evaluierung der Steuerungseffekte bekannt und reichte aus, um die Regelung wieder abzuschaffen.

- 2) Der erwartete Grenznutzen spürbarer Zuzahlungen ist im Hinblick auf die Gatekeeper-Funktion des Hausarztes und dessen pauschale Vergütung gering.

5.3.3 Risikoselektion

Bislang haben die Krankenkassen trotz hoher potentieller Profite nur in geringem Ausmaß von Selektionsmechanismen Gebrauch gemacht. Niederländische Experten weisen darauf hin, dass Risikoselektion den auch in den Krankenkassen verankerten Gleichheitsgrundsatz widerspricht. Die hohe Priorität bedarfsgerechten Zugangs zu medizinischer Versorgung und die öffentliche Kontrolle durch Medien sowie Verbraucherorganisationen verhindern damit Risikoselektion (Hamilton 1999; Okma 1999c; Raymakers 1999; Schut 1999). Die gleichen Gesprächspartner aus Wissenschaft und Praxis weisen allerdings auch darauf hin, dass bislang die Anreize für Risikoselektion sehr gering waren. Der Budgetmechanismus mit ex-post Ausgleichsmechanismen hat dafür gesorgt, dass das finanzielle Risiko der Krankenkassen nur langsam von 3 Prozent auf inzwischen 35 Prozent angestiegen ist. Im gleichen Ausmaß sind die potentiellen Profite der Risikoselektion gestiegen. Daher erscheint es zukünftig notwendig, den Ausgleichsmechanismus zu verfeinern um die Anreize für Risikoselektion wieder zu verringern. Zwar wird kein Risikostrukturausgleich die Anreize zu Risikoselektion vollständig beseitigen, aber eine deutliche Reduzierung ist möglich.¹³¹

Für eine Ergänzung des Risikostrukturausgleichs um neue Variablen sind eine Reihe von Anforderungen zu nennen. Zum einen muss natürlich der neue Mechanismus über eine spürbar verbesserte Prognosefähigkeit verfügen. Es ist darüber hinaus ein Trade-Off zwischen administrativer Machbarkeit und Vorhersagefähigkeit zu erkennen, da administrative Komplexität und Aussagefähigkeit der Parameter parallel zueinander ansteigen (Okma/Poelert 1999). Die der Ausgleichsformel zugrunde liegenden Daten sollten insgesamt folgenden formalen Anforderungen genügen (van Vliet/Lamers et al. 1999):

- *Validität:* Die Daten sollten den Bedarf für medizinische Versorgung voraussagen und ein Ausgleichssystem definieren, in dem die einzelnen Gruppen möglichst homogen sind.
- *Verlässlichkeit:* Die Daten sollten ohne Messfehler gemessen sein.
- *Manipulation:* Die Daten müssen möglichst unempfindlich gegenüber Manipulationen von Versicherungsträgern oder Anbietern sein.
- *Machbarkeit:* Die Erlangung der Daten für alle (potentiellen) Versicherten sollte im Rahmen eines vertretbaren Aufwands erfolgen und keine übermäßigen Kosten verursachen.

¹³¹ Zu einer Zusammenfassung nicht nur der niederländischen, sondern auch der US-amerikanischen Erfahrungen zu diesem Thema vgl. Wysong/Abel 1996 und aktueller Buchner/Wasem 1999.

- *Anreize*: Die Ausgleichsparameter sollten keine Anreize für Ineffizienz oder niedrige Qualitätsstandards setzen.¹³²

Gefordert wird insbesondere die Aufnahme morbiditätsabhängiger Variablen (Okma/Poelert 1999). Sowohl das Gesundheitsministerium als auch der Verband der Krankenkassen und einzelne Krankenkassen fördern seit Beginn der neunziger Jahre Forschungsvorhaben in diese Richtung.¹³³ In einem ersten Schritt wurde untersucht, welche Auswirkungen Gesundheitsindikatoren wie Krankheitstage, Arztbesuche und Arzneimittelverordnungen bzw. Kosteninformationen auf die Prognosefähigkeit der niederländischen Ausgleichsformel haben. Resultat war, dass schon diese relativ groben Parameter die Prognosefähigkeit deutlich verbessern. Tabelle 5.22 fasst die Prognosefähigkeit alternativer Ausgleichsformeln mit Berücksichtigung von Morbiditätsparametern im Vergleich zu Ausgleichsformeln mit ausschließlich demografischen bzw. sozio-ökonomischen Komponenten zusammen.

Tabelle 5.22: Prognosefähigkeit von Ausgleichsformeln mit Morbiditätskomponenten

Ausgleichsparameter	1	2	3	4	5
Alter/Geschlecht	X	X	X	X	X
Versicherungsschutz	X	X	X	X	X
Region	X	X	X	X	X
Erwerbsstatus		X			X
Familiengröße		X			X
Gesamtkosten Vorjahr			X		
Ambulante Kosten Vorjahr ^A				X	X
Stationäre Kosten Vorjahr				X	X
Inanspruchnahme ^B					X
Erklärte Varianz	2,4%	2,7%	7,2%	7,3%	7,4%

Die Berechnungen erfolgten auf der Grundlage eines Datensets von rund 35.000 versicherten Personen des Versicherungsunternehmens Zilveren Kruis für die Jahre 1976 bis 1980. Erfasst wurden Leistungsausgaben und Versicherungsstatus. Für 14.000 dieser Personen liegen weitere Informationen über Gesundheitszustand, medizinische Inanspruchnahme und sozio-ökonomischen Status vor, die 1976 in einer schriftlichen Befragung erhoben wurden.

A Physiotherapie (ja/nein), Psychiatrie (ja/nein), Hilfsmittel (ja/nein), andere Kosten (ja/nein).

B Krankheitstage, Arztbesuche, relativer Gesundheitszustand, verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Quelle: van Vliet/van de Ven 1992

Die Basierung der Ausgleichsformel auf den oben beschriebenen relativ groben Indikatoren brächte allerdings ein Reihe von Problemen mit sich. Zum einen werden falsche Anreize für die Versi-

¹³² Als Beispiel wäre der durch das aktuelle Ausgleichssystem gesetzte Anreiz zu nennen, Patienten zu hospitalisieren, da stationäre Ausgaben voll ex-post ausgeglichen werden (Schut 1999).

¹³³ Die Darstellung in dieser Arbeit konzentriert sich auf Verfahren zur Verbesserung von Prognosefähigkeit und administrativer Machbarkeit des Risikostrukturausgleichs und damit des Einnahmenausgleichs. Ergänzend werden verschiedene Formen des Ausgabenausgleichs für Hochrisikopatienten diskutiert (van Barneveld/Lamers, et al. 1999; van Barneveld/van Vliet, et al. 1996), die hier nicht weiter analysiert werden.

cherungsunternehmen gesetzt, da diese auf der Grundlage von Kosten in der Vergangenheit vergütet werden, ohne dass die Angemessenheit der Versorgung in der Vergangenheit überprüft worden wäre. Zum anderen sind die Versichertengruppen sehr groß und damit wenig homogen. Damit wiederum besteht die Möglichkeit, gute und schlechte Risiken innerhalb dieser heterogenen Gruppen zu identifizieren und zu selektieren (van de Ven/van Vliet 1993).

Als Alternative bietet sich die Verwendung von Diagnostic Cost Groups (DCGs) als Ausgleichsparameter an. Bislang liegen Berechnungen der Prognosefähigkeit von DCGs vor, die auf der Inanspruchnahme stationärer Leistungen beruhen und an die niederländische Situation angepasst wurden (Lamers 1998b). Basierend auf Anfang der neunziger Jahre erhobenen Krankenkassendaten wurde festgestellt, dass DCGs den Anforderungen an einen wirkungsvollen Ausgleichsparameter weitgehend genügen. Zum einen sind die stationären Daten im Vergleich zu ambulanten Daten valider und verlässlicher. Zum anderen sind sie von den Krankenkassen schwer zu manipulieren und werden ohnehin zu Abrechnungszwecken erhoben. Theoretisch besteht zwar ein perverser Anreiz für die Krankenkassen, Versicherte unnötig oft stationär aufnehmen zu lassen. Praktisch ist das aber in der niederländischen Situation mit der organisatorischen Trennung von Versicherungsträger und Anbieter schwer möglich.

Tabelle 5.23: Prognosefähigkeit von DCG-Modellen

Ausgleichsparameter	Demografie	Demografie plus Survey	DCG (ein Jahr)	DCG (ein Jahr) plus Survey	DCG (drei Jahre)	DCG (drei Jahre) plus Survey
Alter/Geschlecht	X	X	X	X	X	X
Urbanisierungsgrad	X	X	X	X	X	X
Erwerbsstatus	X	X	X	X	X	X
Surveyinformationen		X		X		X
DCG (ein Jahr)			X	X		
DCG (drei Jahre)					X	X
Erklärte Varianz	3,78%	6,00%	6,48%	7,89%	8,00%	8,64%

Die Berechnungen basieren auf einem repräsentativen Datensatz von 245.000 Versicherten der Krankenkasse Zorg en Zekerheid aus den Jahren 1988 bis 1994. Erfasst sind Informationen über Krankenhausaufenthalte einschl. Diagnosen (ICD-9) und Gesamtkosten. Bei den Gesamtkosten sind verordnete Arzneimittel und Kosten für die hausärztliche Versorgung nicht erfasst. Die Surveydaten beruhen auf einer Befragung von knapp 15.000 Versicherten aus dem Jahr 1993 mit einer Rücklaufquote von 70 Prozent. Erfasst wurden Informationen über Krankheitstage, gesundheitliche Probleme, Wohlbefinden, Facharztbesuche, Krankenhausaufnahmen und Hausarztkontakte.

Quelle: Lamers 1998a

In Tabelle 5.23 wird die Prognosefähigkeit von Ausgleichsformeln dargestellt, die auf stationären DCGs basieren. Es wird gezeigt, dass insbesondere mehrjährige DCG-Modelle der Vorhersagekraft von Survey-Modellen nahezu ebenbürtig sind. Zwar erhöht die Berücksichtigung von Survey-Informationen die Vorhersagekraft der DCG-Modelle, doch stehen die Survey-Daten den Krankenkassen nicht regelmäßig zur Verfügung. Die Kosten für die Erhebung dieser Daten wären deswegen unverhältnismäßig hoch. Die Vereinbarkeit von Machbarkeit und Vorhersagekraft der DCG-

Modelle wird noch deutlicher, wenn der Einfluss auf die potentiellen Profite durch Risikoselektion untersucht wird. Tabelle 5.24 stellt verschiedene Ausgleichsmodelle verschiedenen Selektionsmodellen gegenüber. Wenden die Versicherungsträger das einjährige DCG-Modell an und bleibt der bisherige niederländische Ausgleichsmechanismus unverändert, dann kann bei Vermeidung nur eines schlechten Risikos im Mittel ein Verlust von gut 1700 NLG verhindert werden. Bei Anwendung des dreijährigen DCG-Modells steigt der potentielle Profit noch einmal um rund zehn Prozent. Basiert dagegen die Ausgleichformel auf einem der beiden DCG-Modelle, so muss der Versicherungsträger schon Survey-Daten in dem Selektionsmodell berücksichtigen um einen um die Hälfte geringeren potentiellen Profit zu realisieren. Im Gegensatz zu den DCGs ist die Erhebung von Survey-Daten allerdings mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden, was den potentiellen Selektionsgewinn weiter verringert (Lamers 1998a; van Vliet/Lamers et al. 1999).

Tabelle 5.24: Potentielle Selektionsprofite bei Anwendung von DCG-Modellen

Ausgleichsmodell	Selektionsmodell		%	Potentieller Profit in NLG ^A
Demografie	DCG (ein Jahr)	Gute Risiken ^B	90,0	192
		Schlechte Risiken ^C	10,0	-1717
Demografie	DCG (drei Jahre)	Gute Risiken	84,8	338
		Schlechte Risiken	15,2	-1872
Demografie	Demografie plus Survey	Gute Risiken	71,0	434
		Schlechte Risiken	29,0	-1082
DCG (ein Jahr)	DCG (ein Jahr) plus Survey	Gute Risiken	71,8	373
		Schlechte Risiken	28,2	-964
DCG (drei Jahre)	DCG (drei Jahre) plus Survey	Gute Risiken	70,6	325
		Schlechte Risiken	29,4	-796

Beschreibung der Modelle vgl. Tabelle 5.23.

A Einnahmen pro Versicherten nach Ausgleichsmodell minus prognostizierter Ausgaben nach Selektionsmodell. Ein positiver Wert indizierte höhere Einnahmen als Ausgaben, ein negativer Wert höhere Ausgaben als Einnahmen.

B Einnahmen nach Ausgleichsmodell > Ausgaben nach Selektionsmodell.

C Einnahmen nach Ausgleichsmodell < Ausgaben nach Selektionsmodell.

Quelle: Lamers 1998a

Distributive Effekte

Die Folgen der hohen potentiellen Profite von Risikoselektion für die Regulierung lassen sich damit folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) Das erhöhte finanzielle Risiko der Krankenkassen macht Risikoselektion deutlich attraktiver. Daher erscheint es zukünftig notwendig, den Ausgleichsmechanismus zu verfeinern um die Anreize für Risikoselektion wieder zu verringern.
- 2) Der Ausgleichsmechanismus muss den Kriterien Validität, Verlässlichkeit, Machbarkeit, Unempfindlichkeit gegenüber Manipulationen und Vermeidung perverser Anreize genügen.
- 3) Intensive Forschung mit aktuellen niederländischen Krankenkassendaten hat gezeigt, dass Ausgleichsformeln mit integrierten Diagnostic Cost Groups diesen Anforderungen in hohem Ausmaß genügen.

6 Fazit

Im abschließenden Teil dieser Arbeit werden zum einen kurz und prägnant die zentralen Erkenntnisse der vier Hauptteile dargestellt und zum anderen anschließend darauf aufbauend der TransfERNutzen für das deutsche Gesundheitssystem bestimmt. Unter TransfERNutzen wird nicht die deckungsgleiche Übertragbarkeit der niederländischen Erfahrungen auf das deutsche System verstanden. Im Rahmen dieser Arbeit werden darunter vielmehr die Lerneffekte verstanden, die unter Berücksichtigung der unterschiedlichen institutionellen und kulturellen Ausprägungen in den beiden Ländern wirksam sind.¹³⁴

6.1 Zusammenfassung

6.1.1 Analyse des Reformprozesses

Das niederländische Gesundheitssystem kann als eine Kombination hauptsächlich privater Leistungserbringung mit weitreichender öffentlicher Regulierung von Finanzierung und Versorgung charakterisiert werden. Es dominiert das Prinzip der Subsidiarität mit der Folge hoher Stabilität bei gleichzeitiger Reformresistenz und Abwesenheit eines zentralen und durchsetzungsfähigen Machtzentrums. Als Ursachen für die vor diesem Hintergrund vergleichsweise weitreichenden Anreizveränderungen des ursprünglichen Plans zur Implementierung des Realmodells regulierten Wettbewerbs können drei Elemente ausgemacht werden. Erstens konnte sich das Gesundheitssystem der Wohlfahrtsstaatsdebatte und den Privatisierungstendenzen im System der sozialen Sicherung insgesamt nicht entziehen. Zweitens verhinderte die Fragmentierung des niederländischen Gesundheitssystems durch eine Reihe von Hindernissen die Integration von gesundheitlicher Versorgung. Die Substitution von Leistungen wird durch diese Hindernisse wenn nicht unmöglich gemacht, so doch in hohem Ausmaß erschwert. Drittens waren die Reformvorschläge der Dekker-Kommission so konzipiert, dass nahezu alle politischen Parteien und Interessengruppen für sich Vorteile erblicken konnten. Deswegen gelang es, das Reformpaket zügig nicht nur vom Kabinett, sondern auch vom Parlament verabschieden zu lassen.

Dennoch konnte nur ein Teil der von Regierung und Parlament beschlossenen Reformen tatsächlich implementiert werden. Im Verlauf des Implementationsprozesses zeigte sich, dass es bei der Verabschiedung des Reformplans keinen klaren politischen Konsens gegeben hat. Der positive Konsens wurde zum negativen Konsens. Die Gründe für die Ablehnung waren unterschiedlich, in der Ablehnung des Plans waren sich jetzt allerdings die Mehrzahl der Interessengruppen einig. Besonders die Arbeitgeber und die privaten Krankenversicherungen intensivierten ihren Widerstand, der allerdings nicht gegen alle Reformelemente gleichermaßen erfolgreich war. Der Verlauf dieses Reform- und Implementationsprozesses ist nicht untypisch für die niederländische Gesundheits-

¹³⁴ Zu den methodischen Problemen von internationalen Vergleichen vgl. Abschnitt 2.1.

politik. Das Parlament versuchte daraufhin, das Primat der Politik wiederherzustellen, indem die institutionelle Struktur der gesundheitspolitischen Arena gestrafft und in ihren Aufgaben beschnitten wurde.

Die Auswirkungen des Reformprozesses auf die zukünftige Gesundheitspolitik in den Niederlanden lassen sich auf drei Ebenen feststellen. Erstens unterscheiden sich die Reformen des Gesundheitssystems und die Reformen des Systems sozialer Sicherung in ihrer Reichweite in zwischen erheblich. Das Gesundheitssystem konnte sich den Privatisierungstendenzen der Krankengeld- und der Erwerbsunfähigkeitsversicherung relativ weitgehend entziehen. Zweitens wird die Erosion des sogenannten gesellschaftlichen Mittelfeldes aus Regierung, politischen Parteien und Interessenorganisationen durch die Wiederherstellung des Primates der Politik weiter verstärkt. Der niederländische Neo-Korporatismus befindet sich in einem noch nicht abgeschlossenen Prozess hin zu einem „Neo-Neo-Korporatismus“. Drittens hat die niederländische Gesundheitspolitik einen Kurswechsel weg von weitreichenden Systemveränderungen hin zu schrittweisen Anpassungen des Systems vollzogen. Die Politik muss dabei nicht nur die schon vor Einleitung des Reformprozesses existierenden Probleme bewältigen, die zum großen Teil weiter ungelöst sind. Darüber hinaus sind durch den abgebrochenen Reformprozess neue Probleme entstanden.

6.1.2 Wirtschaftstheoretische Fundierung

Es wurde gezeigt, dass es eine einheitliche ökonomische Theorie des Wettbewerbs genauso wenig gibt wie eine einheitliche ökonomische Theorie. Verständnis und Funktion des Wettbewerbs sind abhängig von der ökonomischen Theorie, in die sie integriert sind. Weder Gleichheitsziele noch sozialpolitische Umverteilungsziele sind explizit in den analysierten Wettbewerbstheorien thematisiert werden. Distributive Zielsetzungen gelten ökonomisch als exogene Faktoren, die allerdings im Rahmen egalitärer Positionen gesellschaftlich hoch relevant sein können.

Daher erscheint es auf den ersten Blick überraschend, dass das Idealmodell Managed Competition allokativen und distributiven Ziele gleichzeitig erreichen will. Auf der einen Seite sollen allokativen, produktiven und dynamischen Effizienz des Gesundheitssystems erhöht werden, auf der anderen Seite ein bedarfsgerechter Zugang und zumindest neutrale Auswirkungen auf die Einkommensverteilung garantiert werden. Zusätzlich wird noch eine Entlastung staatlicher Politik durch die Verlagerung der Verantwortung für Kostenkontrolle auf die Marktakteure angestrebt. Zu diesem Zweck geht das Idealmodell Managed Competition ebenso wie das Realmodell regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden von den folgenden drei zentralen Verhaltensannahmen aus:

- Versicherungsträger konkurrieren untereinander mit den Parametern Preis, Qualität und Leistungsumfang und haben keine Monopolmacht.
- Die Konsumenten haben freie Wahl zwischen den Versicherungsträgern und nutzen ihr Wahlrecht.

- Unwirtschaftlich arbeitende Leistungsanbieter werden durch die Überwachung und Kontrolle der Versicherungsträger entweder zu wirtschaftlichem Verhalten angereizt oder erhalten keine Verträge.

Ohne auf die empirische Validität dieser Annahmen an dieser Stelle einzugehen, unterliegt das Idealmodell Managed Competition jedoch durch den Bezug auf das neoklassische Referenzmodell auch den Beschränkungen, denen das Referenzmodell unterliegt. Insbesondere können dynamische und distributive Zielsetzungen innerhalb des neoklassischen Modells nicht erklärt werden. Insofern erscheint die Orientierung des Idealmodells Managed Competition am vollkommenen Wettbewerb und die gleichzeitige Postulierung dynamischer und distributiver Zielsetzungen aus wirtschaftstheoretischer Perspektive als zutiefst widersprüchlich.

Die Umsetzung des Realmodells regulierten Wettbewerbs weicht darüber hinaus erheblich vom Idealmodell Managed Competition ab. Zwar wurden die Anreize innerhalb des Systems relativ weitreichend verändert, allerdings lässt die Instrumentierung insbesondere der Krankenkassen aus wettbewerblicher Perspektive zu wünschen übrig.

6.1.3 Allokative Effekte

Die erste Reaktion der Krankenkassen auf die Einführung des regulierten Wettbewerbs bestand in Zusammenschlüssen untereinander und mit privaten Krankenversicherungen. Faktisch ist damit eine deutliche Konvergenz zwischen den beiden Arten von Versicherungsträgern festzustellen. Die Krankenkassen verfügen trotz formaler Aufhebung der zugewiesenen Monopole immer noch über regionale Marktanteile, aus der eine oligopolistische oder sogar monopolistische Marktstruktur auf dem Markt für Pflichtversicherungen resultiert. Damit entstehen einerseits durchsetzungsfähige Marktteilnehmer, andererseits wird der Wettbewerbsanreiz deutlich verringert. Verursacht durch die Reformen insbesondere in der Krankengeldversicherung schließen sich die in der ersten Konzentrationswelle entstandenen Unternehmen mit anderen Sozialversicherungsträgern und Allfinanzkonzernen zusammen. Die noch entstehenden Konglomerate verfolgen keine einheitliche Strategie. Grob kann zwischen der *all-care* Strategie und der *all-finance* Strategie unterschieden werden.

Der angestrebte Preiswettbewerb der Krankenkassen untereinander findet nur sehr eingeschränkt statt. Die nominale Prämie als Preis spiegelt nicht die tatsächliche Einnahmen- und Ausnahmensituation der Krankenkassen wider und kann damit den Versicherten nicht die relative administrative und produktive Effizienz der Krankenkassen signalisieren. Eine geringe Differenzierung der nominalen Prämie hat sich erst nach der deutlichen Erhöhung des finanziellen Risikos für die Krankenversicherung ergeben. Es ist fraglich, ob die geringe absolute Höhe der Prämienunterschiede die Versicherten zu einem Kassenwechsel anreizt.

Der Anteil derjenigen Versicherten, die von ihrem Wechselrecht Gebrauch machen, steigt seit Einführung des regulierten Wettbewerbs kontinuierlich. Allerdings ist der Anteil noch immer sehr klein und ist außerdem kaum auf individuelle Wahlentscheidungen zurückzuführen. Die Versicher-

ten nehmen nur vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den Krankenkassen wahr. Dies gilt vor allem für die zentralen Wettbewerbsparameter Preis, Umfang des Leistungspaketes und Servicequalität. Der Marktanteil der neu gegründeten Krankenkassen ist sehr niedrig.

Die Möglichkeiten zum Leistungswettbewerb in der Pflichtversicherung sind gering. Wettbewerb um individuelle Verträge findet vor allem im Bereich der Zusatzversicherung statt, der im Vergleich zur Pflichtversicherung ein überproportionales Wachstum verzeichnet. Die sich neu formierenden Versicherungskonglomerate konkurrieren vor allem zunehmend um kollektive Verträge. In diesem Marktsegment sollen durch Preis- und Produktdifferenzierung Vorteile zum Nutzen sowohl der Versicherungsträger als auch der Arbeitgeber und ihrer Beschäftigten erzielt werden. Diese Entwicklung ist allerdings vor allem für die Versicherten nicht ohne Risiko.

Die Servicequalität im Verhältnis der Krankenkassen zu den Versicherten hat sich nach der Einführung des regulierten Wettbewerbs deutlich verbessert. Einige Krankenkassen versuchen nach Einführung des regulierten Wettbewerbs zunehmend Einfluss auf die Versorgungsqualität zu nehmen, allerdings besteht noch erheblicher Nachholbedarf. Die Aktivitäten sind in der Regel wenig systematisch und werden insbesondere von den neu gegründeten Unternehmen vernachlässigt.

Effekte auf dem Markt für Leistungsanbieter sind in wesentlich geringerem Ausmaß festzustellen als auf dem Markt für Krankenversicherungen. Darüber hinaus ist die Verbindung zwischen den veränderten Anreizen und den tatsächlich erfolgten Verhaltensänderungen ausgesprochen schwach. Sowohl absolut wie relativ zu der angewachsenen Bevölkerung ist das Angebot ambulanter Anbieter angestiegen. Der relative Anstieg ist geringer als der absolute, der Anstieg bei den Fachärzten ist geringer als der bei den Hausärzten. Dennoch treten bei den Fachärzten Kapazitätsengpässe auf. Der Marktzugang ist sowohl für Haus- als auch für Fachärzte vergleichsweise streng reguliert. Obgleich die stationären Einrichtungen nicht unmittelbar von der Einführung des regulierten Wettbewerbs betroffen waren, so ist doch der horizontale und vertikale Konzentrationsprozess zumindest teilweise durch das Ziel einer verbesserten Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen motiviert. Substitutionseffekte zwischen stationären und ambulanten Behandlungsformen sind bei allen Einrichtungen evident. Es ist allerdings sehr fraglich, ob diese Effekte auf die Einführung des regulierten Wettbewerbs zurückzuführen sind oder nicht vielmehr Ergebnis einer veränderten Strategie wegen verschärfter Kostendämpfungspolitik sind.

Die Krankenkassen nehmen ihre formalen Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge nur in Ausnahmefällen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln wahr. Verhandlungen werden im wesentlichen weiterhin einheitlich und gemeinsam geführt. Preiswettbewerb in nennenswertem Umfang ist zwischen den Leistungsanbietern nicht festzustellen. Diese Analyse wird nicht nur von niederländischen Studien und Experten bestätigt, sondern auch durch die vom Zentrum für Sozialpolitik durchgeführte repräsentative Befragung niederländischer Hausärzte.

Es sind zwei zentrale Ursachen für den beträchtlichen Unterschied zwischen den erwarteten und tatsächlichen Verhaltensänderungen sowohl auf dem Markt für Krankenversicherungen als auch auf dem Markt für Leistungsanbieter auszumachen. Erstens gesteht die staatliche Steuerung dezen-

tralen Handlungen nur unvollständigen Raum zu. Auf der einen Seite wird zwar das Leitbild des regulierten Wettbewerbs postuliert, der Fokus staatlicher Politik liegt aber auf der anderen Seite auf Kostendämpfung und Angebotsregulierung. Dieses Spannungsfeld resultiert aus der Feststellung, dass regulierter Wettbewerb nicht zwingend Kostenkontrolle zur Folge haben muss. Zwar hat der Wettbewerb das Ziel, bei konstanter Qualität geringere Stückkosten zu realisieren. Allerdings ist ein Anstieg der Gesamtkosten durch die stärkere Berücksichtigung der Konsumentenpräferenzen durchaus möglich. Die Vermutung liegt nahe, dass die niederländische Regierung vor allem an konstanten Gesamtkosten interessiert ist und deshalb mit Zielsetzungen des regulierten Wettbewerbs konfligierende Instrumente zur Kostenkontrolle weiterhin anwenden wird. Im Sinne einer Annäherung des Realmodells regulierten Wettbewerbs an das Idealmodell Managed Competition und der Stärkung der Mikrosteuerung gegenüber der Makrosteuerung sind im Hinblick auf allokativen Zielsetzungen folgende konkreten Auswirkungen auf die Regulierung zielführend:

- *Weiterer Ausbau des finanziellen Risikos der Krankenkassen.*
- *Beibehaltung des einheitlichen Leistungspaketes bei Reduzierung des Umfangs.*
- *Ermöglichung des freien Marktzugangs für Haus- und Fachärzte und die Möglichkeit zur vertikalen Integration von Krankenkassen und Leistungsanbietern.*
- *Implementierung einer wirkungsvollen Wettbewerbspolitik.*
- *Verbesserung der Information der Versicherten.*
- *Erhöhung der Signalfunktion des Preises für Versicherungsleistungen.*
- *Freigabe des Preiswettbewerbs auf dem Markt für Leistungsanbieter.*
- *Ermöglichung des Abschlusses von selektiven Verträgen auch mit stationären Einrichtungen*

Es ist allerdings zu unterstreichen, dass selbst bei einem Ausbau der Anreize und Instrumente im Sinne einer Stärkung der Mikrosteuerung noch keine Garantie für das Erreichen der erwarteten und erwünschten Verhaltensänderungen und Effekte besteht. Die Ursachen hierfür liegen im zweiten Ursachenkomplex für den Unterschied zwischen erwarteten und tatsächlichen Verhaltensänderungen. Die regionalen Anbieter- wie Nachfragemonopole der Leistungsanbieter und Krankenkassen lassen sich aus der Perspektive der Marktakteure im Sinne einer Reduzierung von Transaktionskosten rechtfertigen. Insbesondere sich wiederholende spezifische Transaktionen mit langfristigem Charakter können durch diese Art der Vertragsgestaltung für beide Akteursgruppen die Transaktionskosten minimieren. Es wird ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut, das auf weit über den Austauschprozess hinausgehenden gemeinsamen Normen beruht. Für landesweit tätige Krankenkassen ist es bislang weder möglich noch lohnend, für die im ganzen Land verstreuten Versicherten die Versorgung durch individuelle Verträge sicherzustellen. Deswegen werden die Kosten für die Kassen durch den Anschluss an die Vereinbarungen des regionalen Markt-

führers reduziert. Das Vertrauen in individuelle Verträge als Instrument für Steuerung, Kostenkontrolle und effiziente Abstimmung der Versorgung nimmt damit weiter ab. Aus der Perspektive der Analyse der Transaktionskosten kann damit geschlossen werden, dass der Nutzen des Wettbewerbs von den Marktakteuren alles in allem geringer eingeschätzt wird als die Kosten des Wettbewerbs.

6.1.4 Distributive Effekte

Unter Berücksichtigung der Feststellung, dass insbesondere die allokativen Effekte auf dem Markt für Leistungsanbieter sehr begrenzt waren, verwundert es nicht, dass nur sehr wenige distributive Auswirkungen der Einführung des regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden überhaupt messbar sind. Dennoch gibt es insbesondere zu den Themenkomplexen Rationierung, Selbstbeteiligungen und Risikoselektion eine Reihe von für die deutsche gesundheitspolitische Diskussion relevanten Erkenntnissen.

Bei der Analyse des kontinuierlich durchgeführten Gesundheitssurveys des statistischen Zentralamtes der Niederlande hat sich ergeben, dass bei der Inanspruchnahme insgesamt seit Einführung des regulierten Wettbewerbs kein eindeutiger Trend auszumachen ist. Die Inanspruchnahme von Pflichtversicherten und privat Versicherten unterscheidet sich im Trend nur leicht. Die Inanspruchnahme nach Bildungsniveau folgt ebenfalls keinem eindeutigen Trend. Deutlich sichtbare Auswirkungen der Einführung des regulierten Wettbewerbs nach Versicherungsstatus bzw. auf unterschiedliche Bildungsschichten sind damit nicht zu erkennen.

Anders stellt sich das Bild bei der Reduzierung des standardisierten Leistungspaketes dar. Das von einer Expertenkommission entwickelte Verfahren zur Bestimmung von individuell zu finanzierenden Leistungen sieht vier Filter vor. Diese Filter sind Notwendigkeit, Effektivität, Effizienz und individuelle Verantwortbarkeit der betreffenden Leistungen. Die Regierung folgte den Empfehlungen zur Ausgliederung einzelner Leistungen aus dem Basispaket, insbesondere im Hinblick auf die zahnärztliche Versorgung. Das problematische Verfahren zur Festlegung von auszugliedernden Leistungen und die nicht erwünschten Auswirkungen auf den Zugang haben allerdings dazu geführt, dass keine weiteren Leistungen aus dem Basispaket ausgegliedert werden. Angewendet werden in eingeschränktem Ausmaß weiterhin Verfahren zur Evaluation medizinischer Technologien und vor allem zur Überprüfung der Angemessenheit der medizinischen Versorgung durch professionelle Organisationen.

Die aus allokativen Erwägungen geboten erscheinende Annäherung des Realmodells regulierten Wettbewerbs an das Idealmodell Managed Competition wird aus distributiven Gründen verhindert, da die Auswirkungen der privaten Finanzierung der zahnärztlichen Versorgung für Erwachsene eindeutig sind. Die Inanspruchnahme gesetzlich Versicherte Personen ohne Zusatzversicherung ist deutlich gesunken. Da in untere Einkommensgruppen in dieser Einkommensschicht überrepräsentiert sind, sind diese Einkommensgruppen von dem Rückgang der Inanspruchnahme überdurchschnittlich betroffen.

Die angestrebte Finanzierungswirkung der Selbstbeteiligungsregelung wurde nicht erreicht. Die Kosten der Regelung waren insgesamt höher als die Einnahmen. Außerdem wurde auch die intendierte Steuerungswirkung verfehlt. Weder die fachärztliche Inanspruchnahme noch die von Arzneimitteln ging signifikant zurück. Physiotherapeutische Leistungen wurden sogar verstärkt in Anspruch genommen. Gleichzeitig gelang es auch weitgehend, nicht beabsichtigte Effekte zu verhindern. Weder ging die Inanspruchnahme bei schweren Erkrankungen zurück, noch ging die Inanspruchnahme unterer Einkommensgruppen beim Haus- und Facharzt überproportional zurück. Diese Tendenz war lediglich bei der Inanspruchnahme von Arzneimitteln festzustellen. Die geringe Steuerungs- und Finanzierungswirkung der Selbstbeteiligungsregelung in den Niederlanden lässt sich auf die geringe Höhe der Zuzahlungen zurückführen. Höhere Zuzahlungen lassen allerdings neben den erwünschten auch nicht erwünschte Steuerungseffekte erwarten. Der erwartete Grenznutzen spürbarer Zuzahlungen ist allerdings im Hinblick auf die Gatekeeper-Funktion des Hausarztes und dessen pauschale Vergütung gering.

Der potentielle Profit von Strategien zur Risikoselektion ist um so höher, je unvollkommener der Risikostrukturausgleich mit Ausgleichsparametern ausgestattet ist. Je mehr sich die Versicherungsunternehmen auf Risikoselektion konzentrieren, desto geringer ist ihr Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Risikoselektion ist damit sowohl aus allokativen als auch aus distributiven Gründen zu verhindern. Den Versicherungsunternehmen stehen auch bei Kontrahierungszwang eine Reihe von Selektionsmechanismen zur Verfügung. In den Niederlanden ist bislang nur die Anwendung weicher Selektionsmechanismen bekannt geworden. Dazu zählen insbesondere selektive Werbung, die Kombination von Krankenversicherungen mit anderen Versicherungsleistungen und die Verbesserung der Risikostruktur durch den Abschluss von kollektiven Verträgen.

Das erhöhte finanzielle Risiko der Krankenkassen macht Risikoselektion deutlich attraktiver. Daher erscheint es zukünftig notwendig, den Ausgleichsmechanismus zu verfeinern um die Anreize für Risikoselektion wieder zu verringern. Der Ausgleichsmechanismus muss den Kriterien Validität, Verlässlichkeit, Machbarkeit, Unempfindlichkeit gegenüber Manipulationen und Vermeidung perverser Anreize genügen. Intensive Forschung mit aktuellen niederländischen Krankenkassendaten hat gezeigt, dass Ausgleichsformeln mit integrierten Diagnostic Cost Groups diesen Anforderungen in hohem Ausmaß genügen.

Die Auswirkungen der Einführung regulierten Wettbewerbs auf die Einkommensverteilung sind eher marginal. Tendenziell werden höhere Einkommensgruppen entlastet und mittlere Einkommensgruppen belastet. Für die unteren Einkommensgruppen neutralisieren sich die Effekte. Insgesamt wirkt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden im Vergleich zur Einkommensverteilung in verstärktem Maße regressiv. Die stark regressive Wirkung der privaten Krankenversicherung kann durch die progressive Wirkung der staatlichen Zuschüsse nur teilweise kompensiert werden. Die konsequente Anwendung des Idealmodells Managed Competition durch die Ausweitung von Selbstbeteiligungen und Wahlleistungen würde die regressiven Wirkungen erheblich verstärken.

6.2 Transfernutzen

Aus systematischen Gründen unterteilen wird der abzuleitende Transfernutzen für das deutsche Gesundheitssystem in zwei Aspekte unterteilt. Aus der Analyse des Reformprozesses lassen sich zunächst anhand eines einfachen Rahmens Lerneffekte ableiten, die sich aus der Beziehung von Kontext, Prozess und Akteuren der Reformen ergeben. Diese Erkenntnisse ergeben sich damit eher aus einer politisch-ökonomischen Perspektive. Der zweite Aspekt wird dagegen aus einer rein ökonomischen Perspektive abgeleitet. Ebenfalls anhand eines einfachen analytischen Rahmens wird die Frage diskutiert, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen möglichen Folgen ein Realmodell regulierten Wettbewerbs auch im deutschen Gesundheitssystem implementierbar ist.

6.2.1 Politisch-Ökonomischer Transfernutzen

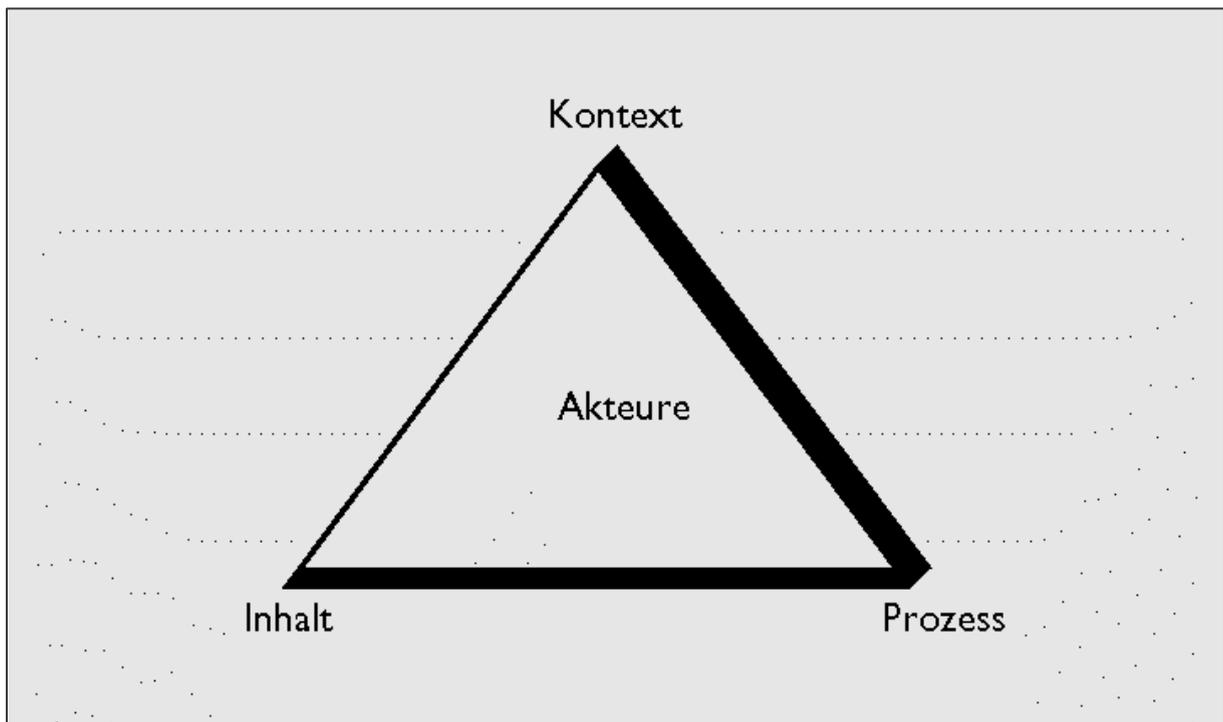
„Traditional focus on context neglects other dimensions which can make the difference between effective and ineffective policy choice and implementation (Walt/Gilson 1994: 355).“

Die niederländischen Erfahrungen während des Reformprozesses und der daraus abzuleitende Transfernutzen sollen innerhalb eines einfachen analytischen Rahmens diskutiert werden, der in Abbildung 6.1 dargestellt wird. Innerhalb dieses Analyserahmens wird die Beziehung untersucht, in der Kontext, Prozess, Inhalt und Akteure der Reformen zueinander stehen (Ranade 1998). Als Kontext wird die makro-ökonomische, institutionelle, politische und kulturelle Umgebung bezeichnet, vor deren Hintergrund Reformen eingeführt werden. Die politischen Eliten werden bei der Wahl der Reformstrategie vom Kontext von vorneherein eingeschränkt. Aus dem Kontext eines Systems resultiert die viel diskutierte Pfadabhängigkeit, die politischen Wandel auf mehr oder weniger festgelegte Wege und schrittweise Veränderungen vorherbestimmt. Der Pfad kann danach nur innerhalb eines „Fensters der Gelegenheit“ verlassen werden (Wilsford 1994).¹³⁵ Die Niederlande zählen im Vergleich etwa zu Großbritannien eher zu den schwachen Staaten, da ein gesellschaftliches Machtzentrum fehlt. Es bedarf daher einer besonders großen Anstrengung und günstiger Voraussetzungen, um überhaupt strukturellen Wandel herbeiführen zu können.

Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass diese Erkenntnis auf die deutsche Gesundheitspolitik übertragbar ist. Niederländische Kenner auch des deutschen Gesundheitssystems weisen sogar darauf hin, dass dies in Deutschland noch stärker der Fall ist, da Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesrat als zusätzliche Machtzentren agieren (Lieverdink/van der Made 1996). Insofern bedarf es für die Einführung struktureller Reformen, etwa eines stringenten Realmodells regulierten Wettbewerbs, in Deutschland nicht nur großer Anstrengung der politischen Eliten, sondern auch außergewöhnlich günstiger Rahmenbedingungen.¹³⁶ Sonst bleibt der deutschen Gesundheitspolitik nur der inkrementale Wandel mit wenig Aussichten auf strukturelle Reformen in Form eines erfolgversprechenden Realmodells regulierten Wettbewerbs.

¹³⁵ Für den niederländischen Fall haben wir den Kontext und das „Fenster der Gelegenheit“ sowie Reforminhalt und Reformprozess in Abschnitt 2 analysiert.

¹³⁶ Dass es solche „Fenster der Gelegenheit“ auch in Deutschland gibt, beweist die Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Abbildung 6.1: Rahmen für die Analyse von Gesundheitspolitik

Quelle: Walt/Gilson 1994

Interessante Schlussfolgerungen lassen sich nicht nur aus der Analyse des Reformkontextes, sondern auch aus der Analyse des Reformprozesses ziehen, in dem die Reformen formuliert, implementiert und evaluiert wurden. Erstens war in den Niederlanden im Verlauf des Prozesses ein Auseinanderdriften von politischer und ökonomischer Rationalität festzustellen. Das ursprüngliche Realmodell regulierten Wettbewerbs war letztendlich in dieser Form nicht implementierbar, weil es trotz aller ökonomischen Attraktivität Fragen der politischen und administrativen Machbarkeit und vor allem der Akzeptanz ignoriert hat. Im Laufe des Reformprozesses ist es dadurch zu einer gewissen Ernüchterung über das Steuerungspotential regulierten Wettbewerbs gekommen, indem die Langzeitversorgung der wettbewerblichen Steuerung völlig entzogen wurde. Zweitens bedingen sich Kontext und Prozess gegenseitig. Andernfalls hätte die niederländische Politik keinen schrittweisen Implementationsprozess gewählt, der das Reformkonzept insgesamt durch die Gelegenheit zu antizipierenden Reaktionen der Akteure noch angreifbarer gemacht hat.

Für die deutsche ebenso wie für die niederländische Gesundheitspolitik ergibt sich aus diesen Erkenntnissen ein Dilemma. Wenn politisch gewollt, ist aufgrund des Kontextes und der politischen Rationalität eine schrittweise Implementation des Realmodells regulierten Wettbewerbs angeraten. Das gibt aber wiederum den gesundheitspolitischen Akteuren Gelegenheit zur Entwicklung und Anwendung von Gegenstrategien.

Der Inhalt und die Reichweite von Reformvorhaben lassen weitere Schlussfolgerungen zu. Wenn, wie in den Niederlanden der Fall, sehr weitreichende Reformprojekte beschlossen werden sollen, so ist das Potential für Auseinandersetzungen und Opposition größer als bei Reformen mit kleineren

rer Reichweite, von denen nur wenige Akteure betroffen sind. Darüber hinaus ist die Komplexität der Debatte einschließlich der empirischen Belege für die Argumente der breiten Öffentlichkeit nur schwer verständlich zu machen und unterliegt der potentiellen Manipulation interessierter Akteure. Die massive Opposition der niederländischen Arbeitgeber ist in diesem Zusammenhang ein gutes Beispiel.¹³⁷ Es gibt wenig Anlass zu glauben, dass weitreichende Reformprojekte in Deutschland nicht mit ähnlichen Problemen zu kämpfen hätten. Diese werden durch das Zusammenspiel von Kontext und Inhalt eher noch verstärkt, weil in Deutschland makro-ökonomische Faktoren den Kontext noch stärker bestimmen als in den Niederlanden und daher der Inhalt von Reformvorhaben sich zuerst am prognostizierten Einfluss auf die Lohnnebenkosten messen lassen muss.

Ein weiterer Lerneffekt besteht aus deutscher Sicht darin, dass die Erforschung der für diese Arbeit relevanten Fragestellung dadurch erleichtert wurde, dass die Wirkung einer Reihe von Reforminstrumenten durch verschiedene niederländische Forschungsinstitutionen evaluiert worden ist. Folgende Untersuchungen zu folgenden Reformelementen sind uns bekannt und werden in dieser Arbeit zitiert:

- Auswirkungen der Bildung von Konglomeraten auf dem Markt für Krankenversicherungen (Ziekenfondsraad 1998a).
- Wechselverhalten der Versicherten (Hoykaas/Klaasen 1997; Kerssens/Delnoij et al. 2000)
- Auswirkungen der Zusatzversicherung (Ziekenfondsraad 1999a).
- Qualitätswettbewerb der Krankenkassen (Schuller/Wagner 1997).
- Selektive Vertragsgestaltung (Ziekenfondsraad 1995; Ziekenfondsraad 1999b)
- Auswirkungen Selbstbeteiligung (Ziekenfondsraad 1998b; Delnoij/Groenewegen et al. 2000)
- Auswirkungen Einkommensverteilung (van der Burg/van Doorslaer 1997)
- Leistungsanspruchnahme, Health Interview Survey (Centraal Bureau voor de Statistiek 1998)
- Ausgliederung zahnärztliche Leistungen (Friele/Bakker et al. 1996)
- Weiterentwicklung Risikostrukturausgleich (van Vliet/Lamers et al. 1999)

¹³⁷ Der Vorsitzende des Arbeitgeberverbandes trat in einer Fernsehdiskussion mit dem Gesundheitsminister mit dem in den Niederlanden üblichen scheckkartengroßen Semesterticket für Studierende auf, das zu freier Fahrt im gesamten Land berechtigt. Würden die Reformen des Gesundheitsministers Simons umgesetzt, so wäre das eine Art Freifahrtschein für das Gesundheitssystem und nicht zu finanzieren. Das Argument hatte wenig mit den Fakten zu tun, machte aber in der Öffentlichkeit großen Eindruck. Die angesprochene Fernsehdebatte wird dann auch als eine Art Wendepunkt im Reformprozess angesehen (Okma 1997a).

Die Mehrheit dieser Evaluationen wurden direkt oder indirekt durch das niederländische Gesundheitsministerium gefördert. Es ist zu bezweifeln, dass niederländische Gesundheitssystemforscher eine ähnlich weitreichende Evaluation von Reforminstrumenten deutscher Gesetzgebung vorgenommen hätten. Auch wenn niederländische Gesprächspartner mitunter eine „Überevaluierung“ beklagt haben, ist dennoch zu folgern, dass eine stärkere wissenschaftliche Evaluierung der Auswirkungen von Reforminstrumenten die deutsche Gesundheitspolitik auf eine stärker evidenzbasierte Grundlage stellen würde.

6.2.2 Gesundheitsökonomischer TransfERNutzen

Die Kritik am Idealmodell Managed Competition und deren Einordnung oder vielmehr nur unzureichend vorzunehmenden Einordnung in die ökonomische Wettbewerbstheorie gilt unabhängig vom institutionellen Kontext, auf den das Idealmodell real angewendet werden soll. Insbesondere ist anzumerken, dass die Konzeption nicht auf dem empirischen Test des Gesamtmodells, sondern allenfalls auf der Grundlage des Tests von Einzelteilen beruht. Da sich die Protagonisten wettbewerblicher Steuerungskonzepte in der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion in der Regel nicht direkt auf das Idealmodell Managed Competition beziehen, kann der Bezug auf die oben genannten drei zentralen Verhaltensannahmen als Indikator für die Anwendbarkeit der Kritik genutzt werden. Die Tragkraft dieser Kritik bleibt ohne empirischen Bezug allerdings gering. Diese verwundert insofern, als dass das Konzept selbst lediglich auf Verhaltensannahmen beruht und keinerlei empirische Fundierung hat. Die Beweislast liegt erstaunlicherweise dennoch bei den Kritikern und nicht bei den Protagonisten des Konzeptes (Marmor/Maynard 1994).

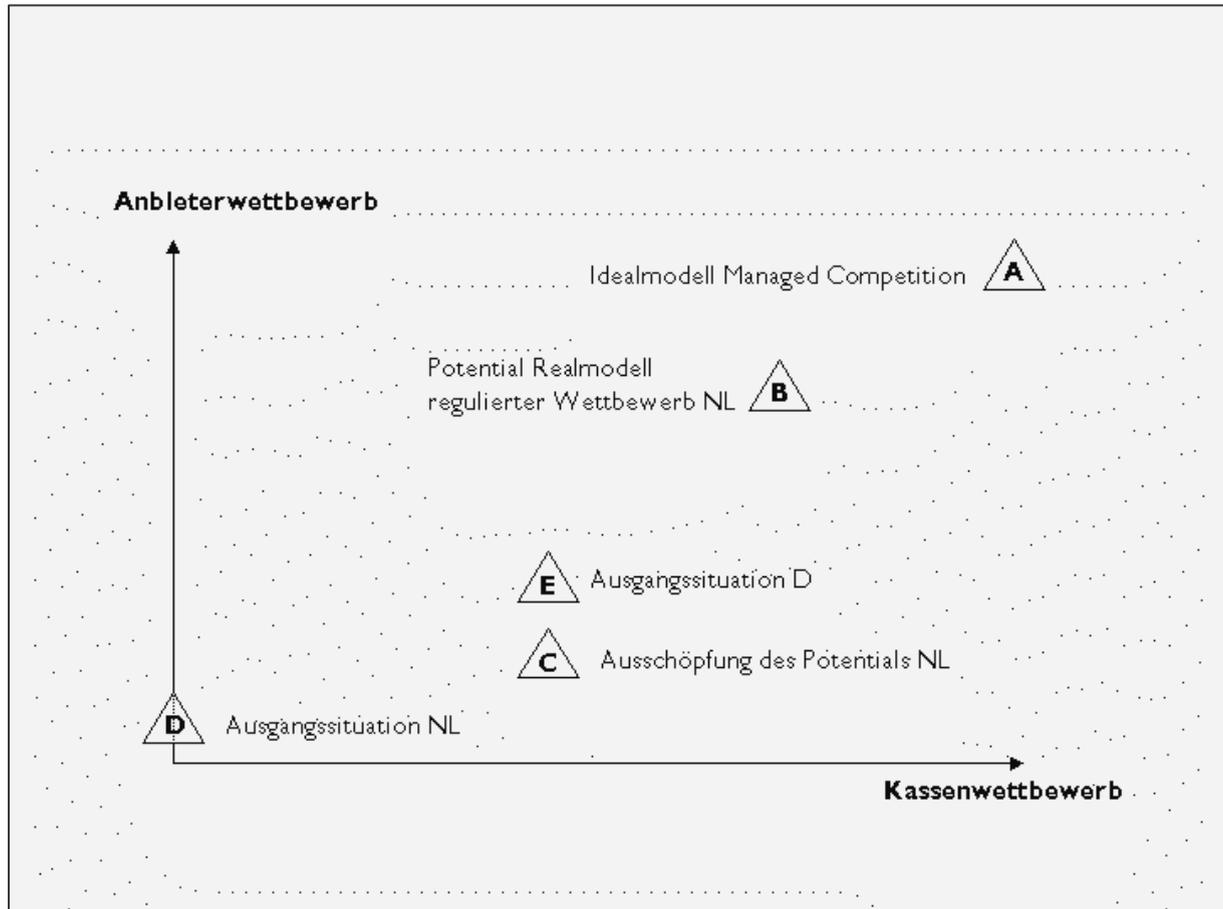
Daher ist es notwendig, die theoretische Auseinandersetzung mit dem Idealmodell durch die empirische Analyse eines Realmodells anzureichern. Für eine Beurteilung des TransfERNutzens der niederländischen Erfahrungen für die deutsche gesundheitspolitische Diskussion wurde Abbildung 4.6 um den Punkt E ergänzt.

In Abbildung 6.2 werden damit die Intensitäten des Wettbewerbs auf Versicherungs- und Anbietermärkten der Niederlande und Deutschlands verglichen. Es zeigt sich, dass die deutsche und die niederländische Ausgangssituation sich grundlegend voneinander unterscheiden. Soll die deutsche Ausgangssituation an das Idealmodell Managed Competition angeglichen werden, so ist ein wesentlich kürzerer Weg zu gehen als in den Niederlanden. Das liegt daran, dass auf der Versicherungsseite die Krankenkassen sich spätestens seit Einführung der Kassenwahlfreiheit für die Versicherten dem Preis- und in geringerem Ausmaß auch dem Qualitätswettbewerb stellen müssen. Die ambulanten Anbieter befinden sich zwar formal nicht in Konkurrenz miteinander, allerdings zeigen die wiederholten Auseinandersetzungen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen die Konkurrenz beispielsweise zwischen Haus- und Fachärzten.

Aus den Erfahrungen in den Niederlanden lässt sich schlussfolgern, wie ein Realmodell regulierten Wettbewerbs ausgestaltet sein müsste, damit sich die Wettbewerbsintensitäten auf den beiden Märkten dem Idealzustand annähern können. Gleichzeitig lassen sich fundierte Vermutungen darüber anstellen, wie diese Wettbewerbsordnung im deutschen Gesundheitssystem wirken würde. Dazu werden insbesondere die Anreize und Instrumente des Idealmodells Managed Competition

auf ihre Anwendbarkeit und ihre möglichen Auswirkungen geprüft.

Abbildung 6.2: Wettbewerbsintensitäten auf Anbieter- und Versicherungsmärkten Deutschland und Niederlande



6.2.2.1 Steigerung der Wettbewerbsintensität auf dem Markt für Krankenversicherungen

Bei der Reaktion der Krankenkassen auf die Einführung des regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden müssen die spezifischen Charakteristika des niederländischen Systems insofern berücksichtigt werden, als dass die Kassen in der Ausgangsposition über regionale Monopole verfügten und die Möglichkeit hatten, diese nach Einführung des regulierten Wettbewerbs zu verteidigen. Die Kassen haben damit frühzeitig versucht, Wettbewerb zu verhindern. Diese grundsätzliche Reaktion wiederum dürfte typisch nicht nur für die niederländische Situation sein. Es ist zu befürchten, dass zunächst alle Krankenversicherungen so reagieren, die Wettbewerb, in welchem Ausmaß oder in welcher Regulierungsdichte auch immer, nicht gewohnt sind und nunmehr versuchen, den Status quo ante wiederherzustellen. Voraussetzungen für eine Verhinderung dieses Verhaltens sind zum einen eine wirkungsvolle Wettbewerbspolitik und zum anderen die Möglichkeit des Marktzutritts für neue Marktteilnehmer. Auch in der deutschen Situation ist ein solches Verhalten nicht auszuschließen, selbst wenn die regionalen Marktanteile des Marktführers deutlich unter den Werten der Niederlande liegen. Wegen der geringen Zahl von Marktteilnehmern be-

steht zudem die Möglichkeit zu wettbewerbsbeschränkenden Absprachen. Diese Möglichkeit wird fortbestehen, solange die Anzahl der Marktteilnehmer in Deutschland wegen der restriktiven Handhabung des Zugangs zum Krankenversicherungsmarkt nicht deutlich steigen wird.

Ein klarer Lerneffekt ist in der stringenten Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung des niederländischen Realmodells regulierten Wettbewerbs im Hinblick auf die Wahlfreiheit der Versicherten zu sehen. Neu gegründete Kassen einschließlich Betriebskrankenkassen müssen sich allen Versicherten öffnen. Die atavistisch anmutenden Sonderregelungen für deutsche Betriebs- und Innungskrankenkassen sind aus wettbewerbstheoretischer Perspektive eindeutig abzulehnen. Diesen Kassen werden Wettbewerbsvorteile verschafft, indem sie durch die Beschränkung der Versicherten ihre Risikostruktur extrem günstig gestalten können.¹³⁸

Die Tendenz zur Konversion zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen in den Niederlanden begann schon vor Einführung des regulierten Wettbewerbs, wurde aber danach erheblich verstärkt. Werden auch in Deutschland vermehrt Leistungen aus der Pflichtversicherung ausgelagert, so bestehen prinzipiell drei Möglichkeiten. Erstens erhalten Krankenkassen die Möglichkeit, auch Zusatzversicherungen anzubieten. Diese Option wäre mit dem Idealmodell Managed Competition kompatibel. Zweitens erhalten lediglich die privaten Krankenversicherungen die Option auf dieses lukrative Geschäftsfeld. Damit wäre den Krankenkassen allerdings ein zentraler Wettbewerbsparameter genommen. Drittens kommt es ähnlich wie in den Niederlanden zu einer informalen Kooperation zwischen den beiden Versicherungssystemen, so dass die Konsumenten kaum noch zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung unterscheiden können. Diese Option erscheint angesichts der starren Trennung der beiden Systeme wenig wahrscheinlich.

Die Erkenntnisse aus den Niederlanden belegen, dass der regulierte Wettbewerb wie jeder Wettbewerb zentral von den Parametern Preis, Produkt bzw. Leistung und Qualität abhängt. Haben die Krankenkassen unzureichende Möglichkeiten, Einfluss auf diese Parameter zu nehmen, so bleibt die Wettbewerbsintensität gering. Der Wettbewerbsparameter Preis ist in den Niederlanden nur zu einem geringen Teil von den Krankenkassen beeinflussbar, fast neunzig Prozent der Prämie wird einheitlich erhoben. Hier besteht in Deutschland eine günstigere Ausgangssituation. Es ist allerdings ebenso wie in den Niederlanden fraglich, ob der Preis den Versicherten die relative administrative und produktive Effizienz der Krankenkassen signalisieren kann.

Unterliegt wie in den Niederlanden nur ein geringer Teil des Leistungspaktes dem Leistungswettbewerb, so ist auch dieser Wettbewerbsparameter nur sehr eingeschränkt einsetzbar. Anders ist die Situation beim Parameter Qualität einzuschätzen. Die konsequente Anwendung des Idealmodells Managed Competition auf das deutsche Gesundheitssystem würde mit hoher Wahrscheinlichkeit eine deutliche Verbesserung der Servicequalität bedeuten. Dieser Effekt alleine würde nach der Auffassung den Aufwand für die Implementierung und Regulierung des Wettbewerbs nicht rechtfertigen, es müsste auch eine spürbare Verbesserung der Versorgungsqualität zu erkennen

¹³⁸ Das hat einen besonders verzerrenden Einfluss, wenn diese Vorteile im Risikostrukturausgleich nur unvollständig kompensiert werden.

sein. Die potentiellen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sind allerdings schwerer einzuschätzen. Die Erfahrungen in den Niederlanden belegen, dass das Monitoring und die Beeinflussung der Versorgungsqualität zunächst erhebliche Investitionen in Know-how und technische Infrastruktur bedingt, was mit ebenso erheblichen Kosten verbunden ist. Kurzfristig würde somit ceteris paribus nach Einführung des regulierten Wettbewerbs der Beitrag ansteigen. Außerdem würde sich kurzfristig ein Wettbewerbsvorteil für diejenigen Kassen ergeben, die diese Investitionen nicht durchführen. Die Aufgabe der in die Versorgungsqualität investierenden Kassen besteht langfristig somit darin, die Versicherten von der verbesserten Qualität der Versorgung zu überzeugen.

Günstiger sind die Voraussetzungen in Deutschland im Hinblick auf das finanzielle Risiko für die Krankenkassen, das schon in der Ausgangssituation deutlich höher ist als in den Niederlanden. Bei Haus- und Fachärzten sind darüber hinaus eher Über- als Unterkapazitäten auszumachen, so dass Krankenkassen überhaupt wählen könnten, wenn sie denn die Möglichkeit zur selektiven Kontrahierung bekämen. Ungewiss ist dagegen die Bedeutung der nationalen wie der europäischen Wettbewerbspolitik, deren Relevanz vom deutschen Gesundheitsministerium noch weitgehender ignoriert wird als von der niederländischen Politik. Ob und in welcher Form die Versicherten in Deutschland wirkungsvoller über Preis-, Leistungs- und Qualitätsunterschiede informiert werden können als in den Niederlanden, das bleibt ebenfalls eine offene Frage.

Wie in den Niederlanden garantiert die stringenterer Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung allerdings noch nicht die erwarteten Verhaltensänderungen. Ob diese eintreffen hängt nicht zuletzt von den Transaktionskosten des Wettbewerbs ab. Nach der Einschätzung des Autors werden diese in Deutschland nur unwesentlich niedriger sein als in den Niederlanden. Niedriger dürften sie vor allem bei der Gefahr der Abwanderung von Versicherten durch selektive Kontrahierung von Leistungsanbietern sein. Die Bindung der Patienten an ihren (Haus-)arzt ist in Deutschland deutlich geringer als in den Niederlanden.

In folgenden Bereichen sind dagegen mindestens gleich hohe Transaktionskosten wie in den Niederlanden zu erwarten:

- Verhandlung mit Anbietern außerhalb der angestammten Region. Hohe Kosten treten insbesondere für neu gegründete Betriebskrankenkassen auf. Es sollte sichergestellt werden, dass diese Kassen nicht im Rahmen eines Free-Rider-Effektes kostenlos von den Vereinbarungen der bundesweit tätigen Kassen profitieren
- Aufbau von Informationssystemen und marktorientierten Managementstrukturen bei den Krankenkassen zur Identifikation von Anbietern mit hoher Wirtschaftlichkeit.
- Aufbau und die Anwendung von Instrumenten zur Qualitätsüberwachung.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass es trotz einer Reihe von Schwierigkeiten gelingen könnte, die Intensität des Wettbewerbs auf dem Markt für Krankenversicherungen zu steigern. Unter der Voraussetzung, dass die Versicherten Unterschiede in Preis, Leistung und Qualität hinreichend beurteilen können, ist damit eine wesentliche Voraussetzung für die erwünschten Resultate regulierten Wettbewerbs gegeben. Diese Voraussetzung ist zwar notwendig, aber noch nicht hinrei-

chend. Darüber hinaus muss erstens der Kassenwettbewerb Einfluss auf die Service- und Versorgungsqualität haben. Zweitens müssen sich die nicht erwünschten distributiven Effekte in einer von egalitären Positionen geprägten Gesellschaft in Grenzen halten.

6.2.2.2 Steigerung der Wettbewerbsintensität auf dem Markt für Leistungsanbieter

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die deutsche gesundheitspolitische Diskussion ist die Feststellung, dass die Krankenkassen in den Niederlanden die ihnen formal zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur selektiven Vertragsgestaltung mit ambulanten Leistungsanbietern nicht nutzen. Es zeigt sich ein deutlicher Bruch zwischen den veränderten Anreizen bzw. den erwarteten Verhaltensänderungen auf der einen Seite und den tatsächlichen Verhaltensänderungen auf der anderen Seite.¹³⁹

Die viel zitierten durch den Wettbewerb ausgelösten Such- und Entdeckungsprozesse auf dem Weg zu einer optimierten gesundheitlichen Versorgung sind nicht eingetreten. Damit zeigt sich zumindest, dass der erwartete Automatismus zwischen Anreizveränderung und erwarteter Verhaltensänderung eine Illusion ist. Die Akteure in den Niederlanden haben ein hohes Ausmaß von antizipativem Verhalten gezeigt, das nicht immer erwartet und erwünscht, sondern häufig unerwartet und sogar unerwünscht war. Mit einer ähnlichen Tendenz müsste bei einer Implementierung des regulierten Wettbewerbs auch in Deutschland gerechnet werden.

Obleich die Niederlassungsplanung für den ambulanten Sektor mit der Einführung des regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden abgeschafft worden ist, unterliegen insbesondere Haus- und Fachärzte Zulassungskontrollen, die das Angebot wirkungsvoll einschränken. Insbesondere die Zulassung zum Medizinstudium ist stark eingeschränkt. Außerdem sorgen die ärztlichen Fachgesellschaften dafür, dass die Weiterbildung zum Facharzt so weit begrenzt wird, dass das Angebot nahe an der Kapazitätsgrenze liegt. Die Wartelisten in der fachärztlichen Versorgung sind ein Indiz für diese Strategie. Eine solche indirekte Kapazitätsplanung im ambulanten Bereich hat ihre Motive weniger in der Förderung des regulierten Wettbewerbs als vielmehr in der Kostenkontrolle und in der Einschränkung potentiellen Wettbewerbs. Ausgehend von der These der angebotsinduzierten Nachfrage hat die niederländische Gesundheitspolitik Wirkung gezeigt. Theoretisch könnte eine solche Strategie auch in Deutschland Erfolg haben, zumindest in einer langfristigen Perspektive. Regulierter Wettbewerb und staatliche Kapazitätsplanung stehen allerdings in einem Widerspruch, da im Idealfall die Krankenkassen auf der Grundlage von Mikro-Steuerung die Kapazitätsplanung übernehmen.

Erfolgt diese weiterhin durch staatliche Steuerung, wird den Krankenkassen ein zentrales Instrument zur Beeinflussung von Preis, Menge und Qualität der gesundheitlichen Versorgung aus der Hand genommen. Das gilt für die ambulante Versorgung ebenso wie für die stationäre Versorgung. Die konsequente Umsetzung des Idealmodells Managed Competition in Deutschland hätte somit

¹³⁹ zum Verhältnis der Wirksamkeit von Anreizen und dem landesspezifischen kulturellen und institutionellen Kontext vgl. Groenewegen/Dixon et al. 2000.

die stringente Implementierung der monistischen Finanzierung von stationären Einrichtungen zur Folge. Fraglich ist in Deutschland ebenso wie in den Niederlanden, ob die politischen Akteure auf Bundes- bzw. auf Landesebene bereit sind, die Verantwortung insbesondere für die Kostenkontrolle auf die Krankenkassen zu übertragen. In den Niederlanden ist diese Bereitschaft nur in sehr eingeschränktem Ausmaß festzustellen.

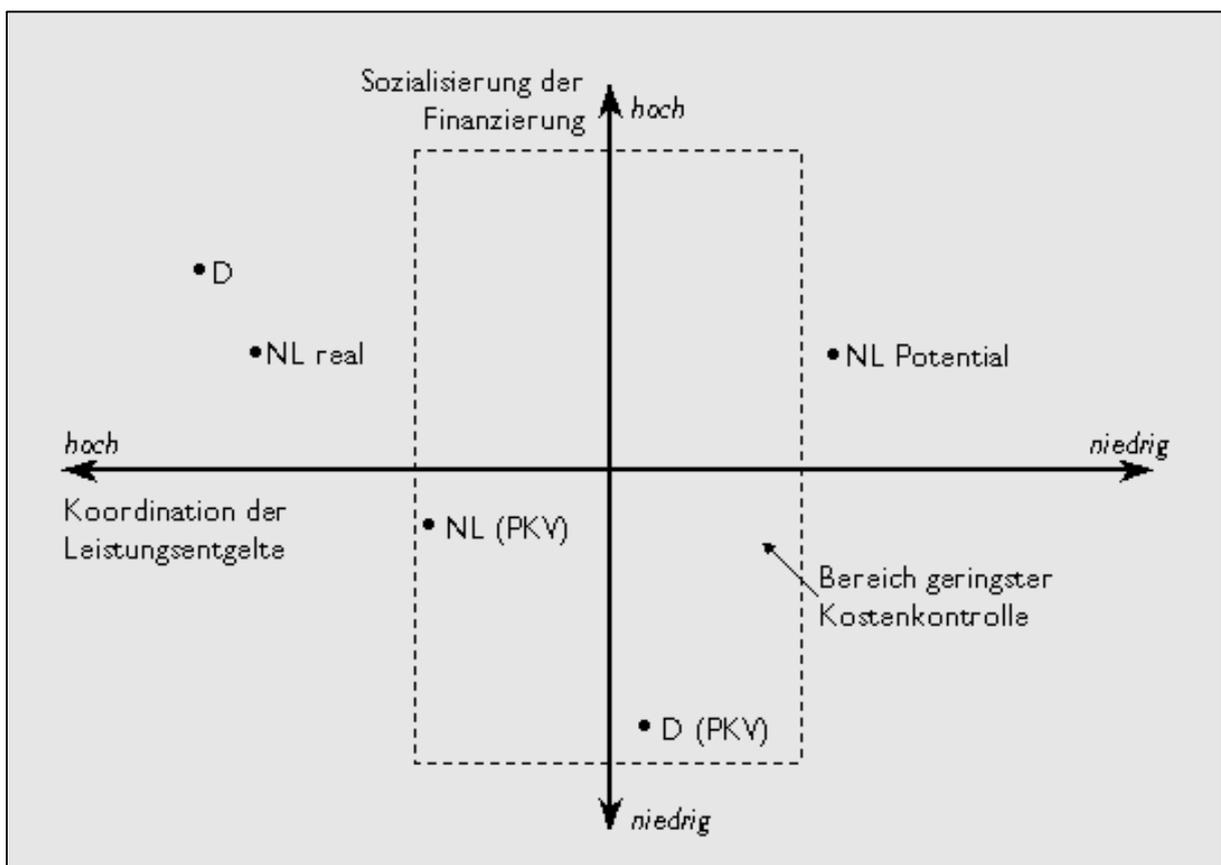
Wie in den Niederlanden so ist auch in Deutschland die Kostendämpfungspolitik die dominante Form der Gesundheitspolitik und staatliche Steuerung die dominante Steuerungsform.¹⁴⁰ Vor dem Hintergrund der These von der vermeintlich arbeitsplatzvernichtenden hohen Lohnnebenkosten erscheint es mehr als zweifelhaft, dass Landes- oder Bundesregierungen auf zentrale Instrumente zur Kostenkontrolle verzichten würde. Dazu zählen insbesondere die Kapazitätsplanung für stationäre Einrichtungen und sektorale Budgets etwas für die ambulante ärztliche Versorgung.

Der für die Intensivierung des Anbieterwettbewerbs kritische Zusammenhang zwischen Mikro- bzw. Makrosteuerung auf der einen Seite und der Finanzierung der Gesundheitsleistungen auf der anderen Seite wird in Abbildung 6.3 thematisiert. Im Quadranten oben links werden Gesundheitssysteme eingeordnet, die sowohl über eine hohe Koordination der Leistungsentgelte als auch über ein hohes Maß der Sozialisierung in der Finanzierung verfügen. Hier ist das deutsche System der Gesetzlichen Krankenversicherung mit vorwiegend einheitlichen und gemeinsamen Verhandlungen der Leistungsanbieter und Krankenkassen sowie der vorwiegenden Finanzierung über einkommensabhängige Prämie genauso einzuordnen wie die Pflichtversicherung in den Niederlanden. Das Ausmaß der Sozialisierung ist allerdings wegen der nominalen Prämien in den Niederlanden geringer, außerdem werden zumindest in Randbereichen selektive Verträge geschlossen. Im unteren linken Quadranten ist die private Krankenversicherung in den Niederlanden einzuordnen. Die Koordination der Leistungsentgelte ist deutlich geringer, durch die Kopplung an die Vereinbarungen der Krankenkassen aber höher als in Deutschland. Ausgleichzahlungen an die Pflichtversicherung und gesetzlich garantierte Standardverträge sorgen darüber im Vergleich zur deutschen PKV für ein höheres Maß der Sozialisierung in der Finanzierung. Daher wird die deutsche PKV auch im unteren rechten Quadranten eingeordnet. Im oberen rechten Quadranten ist das Potential regulierten Wettbewerbs in den Niederlanden abgetragen. Die Leistungsentgelte werden nicht mehr zentral koordiniert, sondern dezentral durch den Wettbewerb von Krankenkassen und Leistungsanbietern. Die hohe Wettbewerbsintensität sorgt im Idealfall dafür, dass nicht nur Stückkosten, sondern auch Gesamtkosten kontrolliert werden. Im mittleren Bereich der geringsten Kostenkontrolle findet Kostendämpfung weder durch Makro- noch durch Mikrosteuerung statt. Das Potential regulierten Wettbewerbs ist allerdings nicht auf einen Schlag zu realisieren, sondern bestenfalls durch einen kontinuierlichen Prozess. Die Zurückhaltung staatlicher Regulierung, die Verantwortung für Kostenkontrolle auf die Mikro-Ebene zu verlagern, ist mit der Gefahr zu erklären, dass der beschriebene Prozess auf halbem Wege im Bereich der geringsten Kostenkontrolle stecken bleibt. Das gilt für Deutschland ebenso wie für die Niederlande.

¹⁴⁰ Im Unterschied zu den Niederlanden verfügt die GKV allerdings auch noch über die Steuerung durch die Selbstverwaltung. Deren im Inland offensichtlich geringe Attraktivität steht in einem auffälligen Gegensatz zu dem Interesse, auf das diese Möglichkeit der Steuerung bei niederländischen Gesprächspartnern stieß.

Die zentrale Erkenntnis aus den Erfahrungen in den Niederlanden im Hinblick auf die Intensivierung des Anbieterwettbewerbs liegt nach Auffassung des Autors darin, dass die Erfüllung der zentralen Verhaltensannahmen des regulierten Wettbewerbs nicht nur von einer umfassenden Neuordnung der Wettbewerbsordnung und damit von einer Verlagerung der Steuerungsverantwortung von der Makro- auf die Mikro-Ebene abhängt. Es ist vielmehr auch für das deutsche Gesundheitssystem nicht zielführend, einen Automatismus des Verhaltens der Akteure auf der Mikro-Ebene in Richtung des erwarteten Verhaltens zu unterstellen.

Abbildung 6.3: Zusammenhang zwischen Koordination der Leistungsentgelte und Sozialisierung der Finanzierung



Quelle: nach White 1999

Nur spekulieren lässt sich bislang über den Einfluss der europäischen Integration auf die Wettbewerbsintensität auf den Anbietermärkten Deutschlands und der Niederlande. Zwar ist von der Europäischen Union kein direkter Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme zu erwarten, da diese dem Harmonisierungsverbot unterliegt (positive Integration). Es zeichnet sich aber spätestens nach den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in Sachen Kohll und Decker ein indirekter Anpassungsdruck ab, der sich aus Anforderungen zur Marktcompatibilität und hier insbesondere der Dienstleistungsfreiheit ergibt. Diese Entwicklung lässt sich als negative Integration bezeichnen (Leibfried/Pierson 1999; Kötter 2000; Leibfried/Pierson 2000). Ohne an dieser Stelle näher auf Einzelheiten eingehen zu können, eröffnet der regulierte Wettbewerb in den Niederlanden dem europäischen Anpassungsdruck eine Reihe von Einfallstoren. Sowohl Regierung als auch Wettbewerbsbehörde haben Krankenkassen und Leistungsanbieter als Unternehmen im

Sinne des neuen Wettbewerbsgesetzes und des funktionalen Unternehmensbegriffes im Sinne des EuGH erklärt. Insbesondere die einheitlichen und gemeinsamen Verträge zwischen Krankenkassen und Hausärzteverbänden widersprechen damit nationalen und europäischen Wettbewerbsgrundsätzen. Es ist daher zu vermuten, dass von dieser Entwicklung der Druck auf die Akteure sich verstärken wird, sich im Sinne der ursprünglichen, von der europäischen Integration autonomen Verhaltensannahmen tatsächlich zu verhalten. Die Niederlande haben allerdings durch den expliziten Ausschluss der Langzeitversorgung AWBZ aus der wettbewerblichen Steuerung gezeigt, dass es gelingen kann weite Bereiche der gesundheitlichen Versorgung dem europäischen Anpassungsdruck zu entziehen. Obwohl das deutsche Gesundheitsministerium den Anpassungsdruck zumindest offiziell weitgehend ignoriert,¹⁴¹ so ist die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass auch die deutschen Krankenkassen und Leistungsanbieter unter den funktionalen Unternehmensbegriff des EuGH fallen. Falls die Politik nicht ähnlich wie in den Niederlanden bei der AWBZ ganze Bereiche der gesundheitlichen Versorgung der wettbewerblichen Steuerung entzieht, so ist auch für Deutschland mit einem erheblichen europäischen Anpassungsdruck Richtung einer erhöhten Intensität von Kassen- und Anbieterwettbewerb zu rechnen.¹⁴²

6.2.2.3 Berücksichtigung distributiver Effekte

Was die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen betrifft, ist an dieser Stelle noch einmal der Nutzen eines regelmäßig durchgeführten Gesundheitssurveys zu unterstreichen. Zwar geben die Daten des CBS nur ein relativ grobes Bild der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen, doch wäre ein solcher langfristig angelegter Survey auch für Deutschland wünschenswert. Die Ergebnisse der niederländischen Befragungen zeigen immerhin, dass Einflüsse des regulierten Wettbewerbs nicht zu erkennen sind, ganz im Gegensatz zu den Resultaten der Kostendämpfungspolitik, die insbesondere im stationären Sektor gut messbare Effekte nach sich gezogen hat.

Für die deutsche Perspektive von höherem Interesse ist der Versuch, ein reduziertes aber dennoch standardisiertes Leistungspaket zu definieren. Die niederländischen Erfahrungen unterstreichen die Erkenntnis, dass es nahezu unmöglich ist, ein allgemein anerkanntes und halbwegs objektiviertes Verfahren zur Ausgliederung von Leistungen zu finden. Insbesondere die Kriterien der Notwendigkeit und der individuellen Verantwortbarkeit unterliegen einem hohen Maß von Beliebigkeit. Darüber hinaus hat sich bei der Ausgliederung der zahnärztlichen Leistungen aus dem Basispaket gezeigt, dass der erfolgte Rückgang der Inanspruchnahme vor allem untere Einkommensgruppen betrifft. Wird ein deutsches Realmodell regulierten Wettbewerbs im Interesse eines erhöhten Leistungswettbewerbs der Krankenkassen mit einem deutliche reduzierten Leis-

¹⁴¹ Vgl. Schreiben des BMG an die für die Aufsicht zuständigen Länderministerien sowie an das Bundesversicherungsamt vom 28.5.1998.

¹⁴² Dieser Anpassungsdruck könnte allerdings gemindert werden, wenn der EuGH in Sachen Geraets-Smits und Peerbooms im Sinne der Schlussanträge des Generalanwalts Dámaso Ruiz-Jarabo entscheiden wird. Nach dessen Ansicht handelt sich bei Sachleistungen einer Krankenpflichtversicherung wegen des fehlende Entgelts nicht um eine Dienstleistung. Diese fallen demnach nicht in den Anwendungsbereich des EG-Vertrages. Darüber hinaus würde die europaweite Inanspruchnahme der Leistung ohne vorherige Zustimmung das finanzielle Gleichgewicht des Systems gefährden (Pressemitteilung 38/2000 des EugH).

tungspaket ausgestattet, so besteht kein Anlass zu glauben, dass die unteren Einkommensgruppen ihre Inanspruchnahme nicht reduzieren würden. Dieser Effekt ist bei einer Abschätzung der erwünschten und der nicht erwünschten Reformfolgen einzukalkulieren.

Die niederländischen Erfahrungen mit der Einführung von Selbstbeteiligungen bestätigen bisherige internationale Erkenntnisse. Der angestrebte Finanzierungs- und Steuerungseffekte hängt danach von der Spürbarkeit und damit von der Höhe der Selbstbeteiligungen ab. Selbst bei einer geringen Höhe wurden in den Niederlanden allerdings bereits nicht erwünschte Steuerungswirkungen im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Arzneimitteln deutlich. Ähnlich wie bei der Reduzierung des Basispaketes wird hier das Spannungsfeld zwischen beabsichtigten allokativen Effekten und nicht beabsichtigten distributiven Effekten deutlich.

Von hohem Interesse für die Versachlichung der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion sind die niederländischen Erfahrungen zum Thema Risikoselektion und Risikostrukturausgleich. Wie in den Niederlanden dürfte auch in Deutschland jedes Realmodell regulierten Wettbewerbs zum Scheitern verurteilt sein, wenn die Krankenkassen sich mehr um die Verbesserung der Risikostruktur ihrer Versicherten als um die Wirtschaftlichkeit der Versorgung bemühen. In diesem Fall gilt diese Erkenntnis nicht nur aus distributiven, sondern auch aus allokativen Gründen. Die Erfahrungen in den Niederlanden zeigen auch, dass Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen zur Verhinderung von Risiko-selektion sind. Auch für die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs in Deutschland gelten die Kriterien Validität, Verlässlichkeit, Machbarkeit, Unempfindlichkeit gegenüber Manipulationen und Vermeidung perverser Anreize. Die Integration von Diagnostic Cost Groups in die Ausgleichsformel scheint ein vielversprechenderer Ansatz zur Berücksichtigung von Morbidität in der Versichertenstruktur zu sein als etwa die Berücksichtigung von Härtefällen.

Die niederländischen Untersuchungen zu den Auswirkungen des regulierten Wettbewerbs auf die Einkommensverteilung zeigen, dass diese Auswirkungen sehr stark von der konkreten Ausgestaltung des Realmodells regulierten Wettbewerbs abhängen. Eher regressiv wirken nominale bzw. risikoabhängige Prämien, ein hoher Finanzierungsanteil privater Krankenversicherungen, durch Zusatzversicherung finanzierte Leistungen, Selbstbeteiligungen und durch Steuerfinanzierung bei überwiegend regressiv erhobenen Steuereinnahmen. Eher progressiv wirken Steuerfinanzierung bei überwiegend progressiv erhobenen Steuereinnahmen und einkommensabhängige Beiträge. Wird ein Realmodell regulierten Wettbewerbs für Deutschland angestrebt, so ergeben sich regressive Wirkungen, wenn Zusatzversicherungen und Selbstbeteiligungen nur für die jetzige Pflichtversicherung ausgeweitet werden. Wird dagegen, wie in den Niederlanden ursprünglich geplant, auch die private Krankenversicherung in ein solches Modell einbezogen, so könnten sich progressive und regressive Wirkungen aufheben. Auch diese Effekte sind bei einer Abschätzung der erwünschten und der nicht erwünschten Reformfolgen einzukalkulieren.

Damit zeigt sich am Beispiel der oben diskutierten Elemente des Realmodells regulierten Wettbewerbs, dass die mögliche Wirkung distributiver Effekte entweder akzeptiert oder mit hohem Aufwand reguliert werden muss. Andernfalls ist mit negativen Anreizwirkungen zu rechnen. Diese

Fazit

Erkenntnis gilt für das niederländische Realmodell regulierten Wettbewerbs ebenso wie für eine mögliche deutsche Adaption.

7 Literatur

Alber, J. (1998): Recent developments in continental European welfare states: Do Austria, Germany, and the Netherlands prove to be birds of a feather? 14th World Congress of Sociology, Montreal, Manuskript des Autors.

Alsmöller, H. (1982): Wettbewerbspolitische Ziele und kooperationstheoretische Hypothesen im Wandel der Zeit. Tübingen, Mohr (Dissertation).

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (1994): "Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung." DOK : 695ff.

Arnold, M. (1994): Das deutsche Versorgungssystem im internationalen Vergleich am Beispiel der Niederlande, in: Wirtschaft und Verantwortung. M. Berkenheide, T. Brosig, T. Kunner (Hrsg.). Münster, Agenda: 105-07.

Arrow, K.J. (1963): "Uncertainty and the welfare economics of medical care." American Economic Review **53**: 941-73.

Barr, N. (1992): "Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation." Journal of Economic Literature **30**: 741-803.

Bartelsmann, E./ ten Cate, P. (1997): "Competition in health care: a Dutch experiment." CPB-Report (4): 34-38.

Baumann, M./ Stock, J. (1996): Managed Care - Impulse für die GKV? Erfahrungswerte mit alternativen Formen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung. Endbericht der Prognos AG Basel/Köln im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.

Beck, K. (1997): "Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel." RPG **3**(1-2): 49-70.

Beißer, H. (1987): Wettbewerbsbeschränkungen im Dienste der Gesundheit - Eine wirtschaftspolitische und kartellrechtliche Analyse. Weinheim, VCH.

Björkman, J./ Altenstetter, C. (1996): Globalized concepts and localized practice: convergence and divergence in national health policy reforms, in: Health policy reform, national schemes and globalization. C. Alterstetter, J. Björkman (Hrsg.). London, Macmillan: 1-16.

Björkman, J./ Okma, K. (1996): Restructuring health care systems in the Netherlands: The institutional heritage of Dutch health policy reforms, in: Health policy reform, national schemes and globalization. C. Alterstetter, J.W. Björkman (Hrsg.). London, Macmillan: 79-108.

Boerma, W./ Fleming, D. (1998): The role of general practice in primary health care. London, The Stationary Office.

Bongers, I.M./van der Meer, J.B., et al. (1997): "Socio-economic differences in general practitioner and outpatient specialist care in The Netherlands: a matter of health insurance?" *Social Science and Medicine* **44**(8): 1161-68.

Boot, J.M. (1998): "Schaalvergroting en concentratie in het Nederlandse ziekenhuiswezen (Größenwachstum und Konzentration im niederländischen Krankenhauswesen)." *Bestuurskunde* **7**(1): 28-37.

Braun, B. (1999): "Über die Notwendigkeit politischer Steuerung im Gesundheitswesen." *Blätter für deutsche und internationale Politik* **44**(9): 1083-91.

Breyer, F./ Zweifel, P. (1997): *Gesundheitsökonomie*. Berlin, Springer.

Brouwer, W./ Schut, F. (1999): "Priority care for employees: a blessing in disguise?" *Health Economics* **8**(1): 65-73.

Brown, L./ Amelung, V. (1999): "Manacled competition: market reforms in German health care." *Health Affairs* **18**(3): 76-91.

Buchner, F./ Wasem, J. (1999): "Morbidity and Ausgleich von Risikostrukturen - was kann die USA uns lehren?" *Arbeit und Sozialpolitik* (11-12): 21-29.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1996): *Netherlands health interview survey 1981-1995*. Voorburg/Heerlen, Sdu.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998): "Health interview survey - new results." *Maandbericht gezondheidsstatistiek* **17**(10): 17-30.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1999): *Vademecum Gezondheidsstatistiek*. Voorburg/Heerlen, Sdu.

Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (1995): *What is the National Health Tariffs Authority?* Utrecht, Eigenverlag.

Centraal Planbureau (1997): *Challenging neighbors: rethinking German and Dutch economic institutions*. Berlin, Springer.

Chamberlin, E.H. (1975): *Die Theorie der monopolistischen Konkurrenz: Produktdifferenzierung*, in: *Wettbewerbstheorie*(Hrsg.). Köln, K. Herdzina: 76-87.

Clark, J.M. (1961): *Competition as a dynamic process*. Washington D.C., Brookings.

Clark, J.M. (1975): *Zum Begriff eines funktionsfähigen Wettbewerbs*, in: *Wettbewerbstheorie*(Hrsg.). Köln, K. Herdzina: 143-60.

Cournot, A. (1929 (1838)): *Researches into the mathematical principles of the theory of wealth*. New York, Macmillan.

de Roo, A. (1995): Contracting and solidarity: market-oriented changes in Dutch health insurance schemes, in: Implementing planned markets in health care. R. Saltman, C. von Otter (Hrsg.). Buckingham, Open University Press: 45-64.

de Roo, A. (1999): Interview durch den Autor. Den Haag, Universität Tilburg.

Delnoij, D./Groenwegen, P., et al. (2000): "Die Zuzahlungsregelung im niederländischen Krankenkassengesetz: Eine Evaluation der Effekte." *Gesundheitswesen* **62**(1): 39-44.

Deppe, H.-U. (1996): Thesen zum internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen, in: Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. J. Behrens, B. Braun, J. Morone, D. Stone (Hrsg.). Baden-Baden, Nomos: 75-78.

Elsinga, E. (1989): "Political decision-making in health care: The Dutch case." *Health Policy* **11**: 243-55.

Enthoven, A. (1978): "Consumer-Choice-Health-Plan: A national health-insurance proposal on regulated competition in the private sector." *New England Journal of Medicine* **298**: 709-720.

Enthoven, A. (1988a): "Managed competition of alternative delivery systems." *Journal of Health Politics, Policy and Law* **13**: 305-21.

Enthoven, A. (1988b): Theory and practice of managed competition in health care finance. Amsterdam, North Holland.

Enthoven, A. (1993): "The history and principles of managed competition." *Health Affairs* **12**(Suppl.): 24-48.

Enthoven, A. (1994): "On the ideal market structure for third-party purchasing of health care." *Social Science and Medicine* **39**: 1413-24.

Enthoven, A./ Kronick, R. (1989): "A consumer-choice health plan for the 1990's." *New England Journal of Medicine* **320**: 29-37; 94-101.

Evans, R. (1981): Incomplete vertical integration: The distinctive structure of the health care industry, in: Health, economics and health economics. J. van der Gaag, M. Perlman (Hrsg.). North Holland: 330-54.

Eyles, J. (1991): Privatizing the health and welfare state: The Western European experience, in: Health services privatization in industrial societies. J.L. Scarpaci (Hrsg.). London, Kingsley: 65-83.

France, G./ Hermanns, H. (1998): Choices in health care in Italy and the Netherlands: I. Economic and financial dimensions, in: Health Care and its Financing in the Single European Market. R. Leidl (Hrsg.). Amsterdam, IOS Press: 254-64.

Freeman, R. (1998): "Competition in context: the politics of health care reform in Europe." *International Journal for Quality in Health Care* **10**(5): 395-401.

Friele, R./Bakker, R., et al. (1996): "NIVEL onderzocht tandartsenbezoek in 1995 (NIVEL untersucht Zahnarztbesuche des Jahres 1995)." *Nederlands Tandartsenblad* **51**(9): 440-43.

Gerritse, A./ Lorscheijd, J. (1998): *De wachtlijstenquête bij verpleeghuizen 1998 - resultaten en analyse (Die Wartelistenbefragung bei Pflegeheimen 1998 - Resultate und Analyse)*. Utrecht, NZi.

Gillon, R. (1986): *Philosophical medical ethics*. Chichester, Wiley.

Glaeske, G./Pfeiffer, D., et al. (1994): "Kein Wettbewerb um jeden Preis, sondern eine solidarische Wettbewerbsordnung - Strategien zur Weiterentwicklung der GKV." *Jahrbuch für kritische Medizin* (23): 171-88.

Glaser, W.A. (1993): "The competition vogue and its outcomes." *Lancet* **341**: 805-12.

Government Committee on Choices in Health Care (1992): *Choices in health care*. Zoetermeer, Eigenverlag.

Greenberg, W. (1993): *Lessons from the Netherlands*, in: *Health care policy and politics - Lessons from four countries*. R.B. Helms (Hrsg.). Washington D.C., AEI Press: 39-48.

Greß, S. (2000): *Der Nachbar als Herausforderung? - Zur Vorbildfunktion des niederländischen Modells*. Bremen, ZeS-Arbeitspapier 1/2000, Zentrum für Sozialpolitik.

Groenewegen, P. (1993): *Primary health care in the Netherlands: From imperfect planning to an imperfect market*, in: *The changing roles of government and the market in health care systems*. D.P. Chinitz, M.A. Cohen (Hrsg.). Jerusalem, JDC Brookdale Institute: 41-62.

Groenewegen, P. (1994): "The shadow of the future: institutional change in health care." *Health Affairs* **13**(5): 137-148.

Groenewegen, P. (1998): *Workshop on health reform*. EUPHA Conference, Manuskript des Autors.

Groenewegen, P. (1999a): *Die Auswirkungen der Reformen im niederländischen Gesundheitswesen auf die Beziehungen zwischen Hausärzten, Krankenkassen und Leistungsempfängern*. Referat auf dem Workshop der Hans-Böckler-Stiftung zum Thema: *Allokative und distributive Effekte von Wettbewerbselementen und Probleme ihrer Implementation in einem sozialen Gesundheitswesen am Beispiel der Erfahrungen in den Niederlanden*, Düsseldorf, Manuskript des Autors.

Groenewegen, P. (1999b): *Interview durch den Autor*. Utrecht, NIVEL.

Groenewegen, P./Dixon, J., et al. (2000): "The regulatory environment of general practice: an international perspective." zur Veröffentlichung eingereicht, Manuskript der Autoren .

Gustafsson, R. (1995): *Freedom of choice and competition in the public sector - a conceptual analysis*. *Proceedings of the 9th Conference of the International Association for the Study of Health Policy (Europe)*, in: *Health care in Europe - competition or solidarity?* H.-U. Deppe, S. Iliffe (Hrsg.). Frankfurt/Main, VAS: 11-28.

- Hamilton, G.J. (1999): Interview durch den Autor. Zeist, Zorgverzekeraars Nederlands.
- Hardy, B./Mur-Veemanu, I., et al. (1999): "Inter-agency services in England and The Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery." *Health Policy* **48**(2): 87-105.
- Hemerijck, A./Manow, P., et al. (1999): "Welfare without work? Divergent experiences of reform in Germany and the Netherlands." Manuskript der Autoren .
- Henke, K.-D. (1999): "Socially bounded competition in Germany." *Health Affairs* **18**(4): 203-06.
- Hennipman, P. (1954): Monopoly: Impediment or stimulus to economic progress?, in: Monopoly and competition and their regulation. E.H. Chamberlin (Hrsg.). London, Macmillan: 421-56.
- Herder-Dorneich, P. (1988): Der Wettbewerb als Ordnungsfaktor - Von der Antike bis zur Neuen Politischen Ökonomie, in: Die soziale Funktion des Marktes. G. Merk (Hrsg.). Berlin, Duncker & Humblot: 21-32.
- Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen. Baden-Baden, Nomos.
- Herdzina, K. (1975): Wettbewerbstheorie. Köln.
- Herdzina, K. (1988): Möglichkeiten und Grenzen einer wirtschaftstheoretischen Fundierung der Wettbewerbspolitik. Tübingen, Mohr.
- Hermans, H./ Tiems, I. (1997): "Convergence in the Dutch health insurance: possibilities and obstacles in a European perspective." *European Journal of Law and Economics* (4): 371-88.
- Hillebrandt, B./ Weiss, M. (1999): "Innovationen im Gesundheitswesen durch 'Regulated Competition'." *Arbeit und Sozialpolitik* (7-8): 56-59.
- Hirschmann, A. (1970): Exit, voice and loyalty - Responses to decline in firms, organizations and states. Cambridge, Harvard University Press.
- Hirschmann, A. (1989): Entwicklung, Markt und Moral - Abweichende Betrachtungen. München/Wien.
- Hoppmann, E. (1968): Zum Problem einer wirtschaftspolitisch praktikablen Definition des Wettbewerbs, in: Grundlagen der Wettbewerbspolitik. H. Schneider (Hrsg.). Berlin.
- Hoppmann, E. (1988): Workable competition als wettbewerbspolitisches Konzept, in: Wirtschaftsordnung und Wettbewerb. E. Hoppmann (Hrsg.). Baden-Baden, Nomos: 179-234.
- Hoykaas, C./ Klaasen, R. (1997): "Spreiding ziekenfondsverzekeren 1997 en landelijk werkende ziekenfondsen 1994-1997 (Verteilung der Krankenkassenversicherten 1997 und landesweit arbeitende Krankenkassen 1994-1997)." Ziekenfondsraad/SEA-publikatie 16 : 15-18.
- Hurst, J.W. (1991): "Reforming health care in seven European nations." *Health Affairs* **10**: 7-21.

Hutten, J./Ros, C., et al. (1998): Evaluatie algemene eigen-beidrageregeling voor ziekenfondsverzekerden - Eindrapport: Effekten van de algemene eigen-beidrageregeling (Evaluation der Selbstbeteiligungsregelung für Krankenkassenversicherte - Endbericht: Auswirkungen der Selbstbeteiligungsregelung. Utrecht, NIVEL.

Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH (1997): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung. Berlin, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes (Bearbeiter E. Wille).

Jacobs, K. (1996): Krankenkassenwettbewerb und neue Vertragsmodelle, in: Zukunft des Sozialstaates. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Düsseldorf, Eigenverlag, Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung der Landesgesundheitskonferenz 1995: 24-128.

Jacobs, K. (1998): "Gesundheit und Wettbewerb - Forcierung der wettbewerblichen Orientierung als Bestandteil einer offensiven Modernisierungsstrategie für die GKV." Sozialer Fortschritt (3): 64-68.

Jacobs, K. (1999): "Ein Schritt vor, ein Schritt zurück - Widersprüchliche Regelungen zur Weiterentwicklung der wettbewerblichen Orientierung der GKV." Arbeit und Sozialpolitik (9-10): 10-15.

Jacobs, K./ Wasem, J. (1999): Ordnung und Inhalte eines sinnvollen Kassenwettbewerbs in regionaler Perspektive, in: Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. E. Knappe (Hrsg.). Baden-Baden, Nomos: 139-168.

Janssen, R./van Doorslaer, E., et al. (1994): "Health insurance reform in the Netherlands: Assessing the progressivity consequences." The Economic and Social Review **25**: 303-20.

Jevons, W.S. (1871): Theory of Political Economy. London, Macmillan.

Kalshoven, C. (1999): "Ziekenfondsverzekerden: zit er beweging in? (Krankenkassenversicherte - setzt Bewegung ein?)." Manuskript des Autors .

Kantzenbach, E. (1967): Die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Kerssens, J./Delnoij, D., et al. (2000): De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar (Die Wahl von Krankenkassenversicherten für einen Krankenversicherer). NIVEL Utrecht, Manuskript der Autoren.

Kirzner, I. (1978): Wettbewerb und Unternehmertum. Tübingen, Mohr.

Klein, R. (1995): Learning from others: shall the last be the first markets? Four country conference on health care reforms and health care policies, Rotterdam, Manuskript des Autors.

Knight, F. (1921): Risk, uncertainty and profit. Boston, Houghton Mifflin.

Kortendieck, G. (1993): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik - Neoklassische versus österreichische Markttheorie dargestellt am Beispiel des Gesundheits- und Krankenversicherungswesens. Freiburg, Haufe (Dissertation).

Kötter, U. (1998a): Privatisierung als Instrument der Sozialstaatsreform - Das Beispiel der Reform der niederländischen Krankengeld- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung, in: Neuere Sozialstaats- und Sozialpolitikentwicklung in den Niederlanden. F. Schulz-Nieswandt (Hrsg.). Weiden, eurotrans: 59-84.

Kötter, U. (1998b): "Soziale Sicherheit in den Niederlanden - Ein Kaleidoskop öffentlicher und privater Sicherungsformen." Soziale Sicherheit (10): 339-48.

Kötter, U. (1998c): "Von alten und neuen Rezepten, Radikalkuren und Wechselbädern - die Reformen des niederländischen Gesundheitswesens." Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht **12**(3/4): 391-407.

Kötter, U. (2000): "Marktsteuerung im Gesundheitswesen und europäische Markt- und Wettbewerbsordnung." Sozialer Fortschritt **49**(2-3): 27-31.

Kroneman, M./ van der Zee, J. (1997): "Health policy as a fuzzy concept: methodological problems encountered when evaluating health policy reforms in an international perspective." Health Policy **40**: 139-55.

Kühn, H. (1995): Gesundheitspolitik ohne Ziel: Zum sozialen Gehalt der Wettbewerbskonzepte in der Reform, in: Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen. H.U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.). Frankfurt/Main, New York, Campus: 11-35.

Kühn, H. (1998): Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung, in: Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. M. Knoche, G. Hungeling (Hrsg.). Frankfurt/M., Mabase: 208-220.

Kuttner, R. (1997): Everything for sale: The virtue and limits of markets. Chicago, University of Chicago Press.

Laetz, T.J./ Freeman, M.W. (1995): The Netherlands care sector: Balancing marketplace incentives with government regulations. Four-Country-Conference on Health Care Reform in the United States, Canada, Germany and the Netherlands, Amsterdam, Manuskript des Autors.

Laeven, A./ van Rooij, P. (1999): Wachtlijstenuquête voor medisch specialistische zorg in ziekenhuizen - Resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachtlijsten per 1 maart 1999 (Wartelistenbefragung für fachärztliche Versorgung in Krankenhäusern - Resultate der landesweiten Umfrage Patientenwartelisten per 1. März 1999). Utrecht, NZi.

Lamers, L.A. (1998a): Risk-adjusted capitation based on the diagnostic group model: an empirical evaluation with health survey information. Rotterdam, Manuskript der Autorin.

Lamers, L.A. (1998b): "Risk-adjusted capitation payments: developing a diagnostic groups classification for the Dutch situation." *Health Policy* **45**: 15-32.

Le Grand, J./ Bartlett, W. (1993): *Quasi markets and social policy*. London, Macmillan.

Leibenstein, H. (1966): "Allocative efficiency vs. X-efficiency." *American Economic Review* **56**: 392-415.

Leibfried, S./ Pierson, P. (1999): *European Social Policy*. Bremen, ZeS-Arbeitspapier 15/1999, Zentrum für Sozialpolitik.

Leibfried, S./ Pierson, P. (2000): *Social Policy*, in: *Policy-Making in the European Union*. H. Wallace, W. Wallace (Hrsg.). Oxford, Oxford University Press: 267-292.

Leidl, R. (1997): "Kostendämpfungspolitik in den Niederlanden und in Deutschland." *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft* (5): 101-122.

Liebig, K. (2000): "Private Krankenversicherungen in Lateinamerika - Kann Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Probleme lateinamerikanischer Gesundheitssysteme lösen?" *Sozialer Fortschritt* (2-3): 32-37.

Lieverdink, H./ van der Made, J. (1996): *The reform of the health insurance systems in the Netherlands and Germany: Dutch gold and German silver?*, in: *Health policy reform, national schemes and globalization*. C. Altenstetter, J. Björkman (Hrsg.). London, Macmillan: 109-35.

Lipsey, R.G./ Lancaster, K. (1956): "The general theory of the second best." *Review of Economic Studies* **24**: 11-32.

Luft, H. (1997): *Die Verbindung von Risikogewichtung und Qualitätsverbesserung in einer markt-orientierten Gesundheitsreform*, in: *Managed Care - Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. M. Arnold, K. Lauterbach, K.-J. Preuß (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer: 133-147.

Lukas-Nülle, M. (2000): *Schriftliche Befragung niederländischer Hausärzte zur Wahrnehmung von Wettbewerbselementen und Veränderungen im Behandlungsprozess*. Bremen, Universität Bremen. Magisterarbeit.

Maarse, H./ Paulus, A. (1998): *Health-insurance reforms in the Netherlands, Belgium and Germany: a comparative analysis*, in: *Health care and its financing in the single European market*. R. Leidl (Hrsg.). Amsterdam, IOS Press: 231-253.

Mantzavinos, C. (1994): *Wettbewerbstheorie - eine kritische Auseinandersetzung*. Berlin, Duncker & Humblot (Dissertation).

Marmor, T. (1996): *Global health policy reform: misleading mythology or learning opportunity*, in: *Health policy reform, national schemes and globalization*. C. Altenstetter, J. Björkman (Hrsg.). London, Macmillan: 348-364.

Marmor, T./ Maynard, A. (1994): Cross-national transfer of health policy ideas: the case of managed competition. Workshop Comparative Health Policy Study Group, International Political Studies Association, Berlin, Manuskript der Autoren.

Marmor, T.R. (1986): "American medical policy and the "crisis" of the welfare state." *Journal of Health Politics, Policy and Law* **11**: 617-31.

Marshall, A. (1890): *Principles of Economics*.

Maynard, A. (1995): Health care reforms: don't confuse me with facts, stupid! Four country conference on health care reforms and health care policies, Rotterdam, Manuskript des Autors.

McNulty, P.J. (1967): "A note on the history of perfect competition." *Journal of Political Economy* **75**: 395-99.

McNulty, P.J. (1968): "Economic theory and the meaning of competition." *Quarterly Journal of Economics* **82**: 639-56.

Mill, J.S. (1965): *Principles of Political Economy II-III*, in: *Collected Works of John Stuart Mill*. J.M. Robson (Hrsg.). Toronto, University of Toronto Press.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (1999a): *Maximering reserves ziekenfondsen (Begrenzung der Mindestreserven von Krankenkassen)*. Den Haag, Sdu.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (1999b): *Opheffen verbod op eigen instellingen ziekenfondswet (Aufhebung des Verbotes von Eigeneinrichtungen im Krankenkassengesetz)*. Den Haag, Sdu.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2000): *Met zorg veranderen - verslag van de conferentie op 10 april 2000 (Mit Sorgfalt verändern - Bericht der Konferenz vom 10. April 2000)*. Den Haag, Eigenverlag.

Ministerium für Gesundheit Gemeinwohl und Sport (1998): *Krankenversicherungen in den Niederlanden - Situation 1. Januar 1998*. Rijswijk, Eigenverlag.

Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs (1988): *Changing health care in the Netherlands*. Rijswijk, Eigenverlag.

Müller, J. (1999): "Das niederländische Gesundheitssystem - Modell für Deutschland?" *Arbeit und Sozialpolitik* **53**(1/2): 20-32.

Netherlands Competition Authority (1999): *NMa Annual Report 1998*, Eigenverlag.

Netherlands Scientific Council for Government Policy (1997): *Public health care - priorities and a sound financial basis for health care in the 21st century*, Eigenverlag.

Neumann, C.W. (1982): *Historische Entwicklung und heutiger Stand der Wettbewerbstheorie*. Königstein/Ts., Athenäum (Dissertation).

Newhouse, J.P./ Insurance Experiment Group (1993): Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment. Cambridge, Harvard University Press.

Newhouse, J.P./Manning, W.G., et al. (1989): "Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization." *Health Care Financing Review* **102**: 41-54.

NIVEL (1998): Gemiddeld een 6+ is het cijfer dat de Nederlander deze zomer gaf voor zijn vertrouwen in de toekomst van de gezondheidszorg (Im Durchschnitt erteilen die Niederländer die Bewertung 6+ für ihr Vertrauen in die Zukunft der Gesundheitsversorgung). World Wide Web (www.nivel.nl) vom 27.12.99.

OECD (1995): New directions in health care policy. Paris, Eigenverlag.

Okma, K. (1997a): "Beleid, politieke besluitvorming en wetgeving in de Nederlandse gezondheidszorg (Politik, Beschlussfassung und Gesetzgebung in der niederländischen Gesundheitsversorgung)." *Medisch Contact* **52**: 593-96.

Okma, K. (1997b): "Concurrentie, markten en marktwerking in de gezondheidszorg (Wettbewerb, Märkte und Marktmechanismus in der Gesundheitsversorgung)." *Tijdschrift voor Politieke Economie* **20**: 164-178.

Okma, K. (1997c): Studies on Dutch health politics, policies and law. Utrecht, University of Utrecht. Dissertation.

Okma, K. (1998): "Regeerakkoord 1998: van no regret naar forward looking? (Koalitionsvertrag 1998: von no regret nach forward looking?)." *Zorg & Verzekering* (12): 617-24.

Okma, K. (1999a): The changing health policy arena in The Netherlands. Referat auf dem Workshop der Hans-Böckler-Stiftung zum Thema: Allokative und distributive Effekte von Wettbewerbselementen und Probleme ihrer Implementation in einem sozialen Gesundheitswesen am Beispiel der Erfahrungen in den Niederlanden, Manuskript der Autorin.

Okma, K. (1999b): Health care, health policies and health care reforms in the Netherlands. Den Haag, Manuskript der Autorin.

Okma, K. (1999c): Interview durch den Autor. Den Haag, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport.

Okma, K./ de Roo, A. (1998): From polder model to modern management in Dutch health care, Manuskript der Autoren.

Okma, K./ Laetz, T. (1999): Rise and demise (and resurrection?) of Dutch health care reforms 1988-1998. Den Haag, Manuskript der Autoren.

Okma, K./ Poelert, J. (1999): Budgeting social services: Dutch sickness funds as a case study, Manuskript der Autoren.

Pauly, M.V. (1988): "Market power, monopsony and health insurance markets." *Journal of Health Economy* 7: 111-28.

Pfaff, M. (1986a): "Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die GKV." *Sozialer Fortschritt* (5-6): 105-19.

Pfaff, M. (1986b): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Einkommens- und Preiselastizitäten und die Nutzung von Gesundheitsgütern, in: *Ökonomie des Gesundheitswesens*. G. Gäfgen (Hrsg.). Berlin, Duncker & Humblot: 145-60.

Pfaff, M. (1995): "Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen: Einige Anmerkungen zur laufenden Diskussion." *Arbeit und Sozialpolitik* (9-10): 13-20.

Pfaff, M./ Wassener, D. (1998): Die Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung, in: *Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung - was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten?* Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (Hrsg.). Berlin, Springer: 10-21.

Poeche, J. (1970): Das Konzept der "Workable Competition" in der angelsächsischen Literatur. Köln, Heymann.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998a): Tussen markt en overheid (Zwischen Markt und Staat). Zoetermeer, Eigenverlag.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998b): Verzekeraars op de zorgmarkt (Versicherer auf dem Gesundheitsmarkt). Zoetermeer, Eigenverlag.

Ranade, W. (1998): *Markets and health care - a comparative analysis*. New York, Longman.

Raymakers, F. (1999): Interview durch den Autor. Nijmegen, Zorgverzekeraar VGZ.

Rebscher, H. (1994): "Solidarische Wettbewerbsordnung - Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung." *Arbeit und Sozialpolitik* (1-2): 42-48.

Rebscher, H. (1999): Gesundheits- und sozialpolitische Zusammenhänge, in: *Regionalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*. H. Rebscher (Hrsg.). Baden-Baden, Nomos: 11-40.

Rice, T. (1998): *The economics of health reconsidered*. Chicago, Health Administration Press.

Riese, H. (1975): *Wohlfahrt und Wirtschaftspolitik*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.

Robinson, J. (1975): Die Unmöglichkeit des Wettbewerbs, in: *Wettbewerbstheorie*. K. Herdzina (Hrsg.). Köln, Kiepenheuer & Witsch: 107-116.

Robinson, R./ Le Grand, J. (1995): Contracting and the purchaser-provider split, in: *Implementing planned markets in health care*. R. Saltman, C. von Otter (Hrsg.). Bristol, Open University Press: 25-44.

- Roemer, M.J./ Roemer, J.E. (1982): "The social consequences of free trade in health care: a public health response to orthodox economics." *International Journal of Health Services* **12**: 111-129.
- Rosenbrock, R. (1992): *Gesundheitspolitik*. Berlin, WZB Arbeitspapier 92-207, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Rosenbrock, R. (1994): "Die GKV am Scheideweg - Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik?" *Jahrbuch für kritische Medizin* (23): 189-205.
- Rutten, F. (1993): Policy implications of the COMAC-HSR project, in: *Equity in the finance and delivery of health care: an international comparison*. E. van Doorslaer, A. Wagstaff, R. Janssen (Hrsg.). Oxford, Oxford University Press: 89-100.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 - Sachstandsbericht 1994*. Baden-Baden, Nomos.
- Scheerder, L. (1999): Interview durch den Autor. Utrecht, COTG.
- Schmidt, I. (1993): *Wettbewerbspolitik und Kartellrecht*. Stuttgart, Fischer.
- Schneider-Brunner, C. (1998): Equity in managed competition, in: *Health, health care and health economics: perspectives on distribution*. M. Barer, T. Getzen, G. Stoddart (Hrsg.). Chichester, Wiley: 295-318.
- Schuller, R./ Wagner, C. (1997): *De inzet van zorgverzekeraars op het terrein van kwaliteit en toegankelijkheid (Der Einfluss von Krankenversicherungen auf den Gebieten Qualität und Zugänglichkeit)*. Utrecht, NIVEL.
- Schulz-Nieswandt, F. (1989): "Öffentlicher Sicherstellungsauftrag, meritorischer Handlungsbedarf und Anbieterdominanz im Gesundheitswesen." *Zeitschrift für Sozialreform* **35**: 291-301.
- Schumpeter, J.A. (1993/1946): *Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie*. Tübingen/Basel, Francke.
- Schut, F.T. (1992): "Workable competition in health care: Prospects for the Dutch design." *Social Science and Medicine* **35**: 1445-55.
- Schut, F.T. (1995a): *Competition in the Dutch health care sector*. Rotterdam, Erasmus Universität Rotterdam. Dissertation.
- Schut, F.T. (1995b): "Health care reform in the Netherlands: Balancing corporatism, etatism and market mechanisms." *Journal of Health Politics, Policy and Law* **20**: 615-52.
- Schut, F.T. (1996): "Health care systems in transition: The Netherlands - part I: Health care reforms in the Netherlands: Miracle or mirage." *Journal of Public Health and Medicine* **18**: 278-84.
- Schut, F.T. (1999): Interview durch den Autor. Rotterdam, Department of Health Policy and Management, Erasmus University.

- Schut, F.T./ Hassink, W. (1999): Price competition in social health insurance: evidence from the Netherlands. 2nd World Conference in Health Economics, Rotterdam, Manuskript der Autoren.
- Schut, F.T./ van Doorslaer, E.K.A. (1999): "Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands." *Health Policy* **48**(1): 47-67.
- Shelanski, H./ Klein, P. (1995): "Empirical research in transaction cost economics: a review and assessment." *Journal of Law, Economics and Organization* **11**(2): 335-61.
- Shiononya, Y. (1995): "The ethics of competition." *European Journal of Law and Economics* **2**(1): 5-19.
- Smith, A. (1976/1776): *The wealth of nations* (Glasgow-edition). Oxford, Clarendon.
- Sosnick, S. (1970): Eine Kritik der Konzeptionen von funktionsfähigem Wettbewerb, in: *Das Konzept der "Workable Competition" in der angelsächsischen Literatur*. J. Poeche (Hrsg.). Köln.
- Sraffa, P. (1968): Die Ertragsgesetze unter Wettbewerbsbedingungen, in: *Wettbewerb und Monopol*. H.H. Barnikel (Hrsg.). Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Stegmüller, K. (1996): *Wettbewerb im Gesundheitswesen - Konzeptionen zur "dritten Reformstufe" der GKV*. Frankfurt/Main, VAS (Dissertation).
- Stigler, G.J. (1957): "Perfect competition, historically contemplated." *Journal of Political Economy* **65**: 1-17.
- Stigler, G.J. (1987): Competition, in: *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. J. Eatwell, M. Milgate, P. Newman: (Hrsg.). London, Norton: 531-35.
- Swinkels, H./ Smits, E. (1997): *Tandartsen, tandartsbezoek en tandheelkundige zorgverlening in Nederland (Zahnärzte, Zahnarztbesuch und zahnärztliche Inanspruchnahme in den Niederlanden)*. Den Haag, NMT/CBS.
- ter Meulen, R.H. (1995): "Limiting solidarity in the Netherlands: a two tier system on the way." *Journal of Medical Philosophy* **20**(6): 607-16.
- van Barneveld, E./Lamers, L., et al. (1999): Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency. Rotterdam, Manuskript der Autoren.
- van Barneveld, E./van Vliet, R., et al. (1996): "Mandatory high-risk pooling: An approach to reducing incentives for cream skimming." *Inquiry* **33**: 133-43.
- van de Ven, W. (1993): Health care reform in the Netherlands: A demonstration project for other countries, in: *The changing roles of government and the market in health care systems*. D.P. Chinitz, M.A. Cohen (Hrsg.). Jerusalem: 25-49.
- van de Ven, W. (1995): "Regulated competition in health care: with or without a global budget." *European Economic Review* **39**: 786-94.

van de Ven, W. (1999): "Reformen des Gesundheitswesens in den Niederlanden: Erfolge, Misserfolge und Lehren daraus." *Gesundheitspolitik* (3): 72-82.

van de Ven, W./ Schut, F.T. (1994): "Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market?" *Social Science and Medicine* **39**: 1459-72.

van de Ven, W./Schut, F.T., et al. (1994): "Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care." *Social Science and Medicine* **39**: 1405-12.

van de Ven, W./ van Vliet, R. (1992): How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90's, in: *Health economics worldwide*. P. Zweifel, H.E. Frech (Hrsg.). Dordrecht, Kluwer: 23-46.

van de Ven, W./ van Vliet, R. (1993): "Capitation payments based on prior hospitalization." *Health Economics* **2**(2): 177-88.

van den Hauten, M. (1999a): *Zorg voor Zekerheid (Versorgung vor Sicherheit)*. Enschede, Universität Twente. Magisterarbeit.

van den Hauten, M. (1999b): "Zorgverzekeraars in full service allianties (Krankenversicherungen in Full-Service Allianzen)." *Zorg & Verzekering* (6/7): 360-69.

van der Burg, H./ van Doorslaer, E. (1997): *De verdeling van lasten en de baten van de Nederlands Gezondheidszorg (Die Verteilung von Lasten und Nutzen in der niederländischen Gesundheitsversorgung)*. Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universität.

van der Grinten, T. (1996): Scope for policy: essence, operation and reform of the policy of Dutch health care, in: *Fundamental questions about the future of health care*. L.J. Gunning-Schepers, G.J. Kronjee, R.A. Spasoff (Hrsg.). Den Haag, Sdu: 135-54.

van der Grinten, T. (1999): Interview durch den Autor. Rotterdam, Department of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam.

van der Grinten, T./ Kasdorp, J. (1999): "Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities." *Health Policy* **50**: 105-22.

van der Meer, J. (1998): *Equal care, equal cure?* Rotterdam, Erasmus Universität. Dissertation.

van der Meer, J.B.W./van den Bos, J., et al. (1996): "Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status." *Health Policy* **37**: 1-18.

van der Plank, R. (1999): Interview durch den Autor. Den Haag, VNO-NCW.

van der Velden, H. (1996): "The Dutch health services before compulsory health insurance 1900-1941." *Social History of Medicine* **9**(1): 49-68.

van der Velden, H. (1999): Interview durch den Autor. Amsterdam, FNV.

- van der Zee, J. (1999): Deutschland-Niederlande 2:1 bei den Krankenhausaufnahmen - ist der Grund dazu im niederländischen Hausärztesystem zu suchen?, in: Krankenhausreport '99. M. Arnold (Hrsg.). Stuttgart, Schattenhauer: 203-212.
- van Doorslaer, E./Wagstaff, A., et al. (1992): "Equity in the delivery of health care: Some international comparisons." *Journal of Health Economics* **11**(4): 389-413.
- van Doorslaer, E./Wagstaff, A., et al. (1993): *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*. Oxford, Oxford University Press.
- van het Loo, M./Kahan, J., et al. (1997): *Recent developments in health care cost containment in the Netherlands*. London, Manuskript der Autoren.
- van Londen (1999): Interview durch den Autor. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- van Staveren, I. (1999): *Caring for economics - an Aristotelian perspective*. Delft, Eburon (Dissertation).
- van Vliet, R. (1992): "Predictability of individual health care expenditures." *Journal of Risk and Insurance* **59**: 443-61.
- van Vliet, R./Lamers, L., et al. (1999): *Verbetering van de incentive structure op de ziekenfondsmarkt (Verbesserung der Anreizstruktur auf dem Markt für Krankenkassen)*. Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universität, Gutachten für das Finanzministerium.
- van Vliet, R./ van de Ven, W. (1992): "Towards a capitation formula for competing health insurers." *Social Science and Medicine* **34**: 1035-48.
- Vektis (1999): *Financiering van de zorg in 1998: jaarboek 1999*. Zeist, Eigenverlag.
- Visser, J./ Hemerijck, A. (1998): *Ein holländisches Wunder? - Reform des Sozialstaates und Beschäftigungswachstum in den Niederlanden*. Frankfurt/M., Campus.
- VNO/NCW (1997): *Zorg met gezond verstand*. Den Haag, Eigenverlag.
- von Hayek, F. (1976a): *Individualismus und Wirtschaftliche Ordnung*. Salzburg, Neugebauer.
- von Hayek, F. (1976b): *Law, Legislation and Liberty*. London, Routledge & Kegan Paul.
- Wagstaff, A./ van Doorslaer, E. (1992): "Equity in the finance of health care: Some international comparisons." *Journal of Health Economy* **11**: 361-387.
- Walt, G./ Gilson, L. (1994): "Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis." *Health Policy and Planning* **9**(4): 353-70.

Wasem, J. (1998): Der Risikostrukturausgleich als zentraler Baustein einer solidarischen Gesundheitspolitik muß ausgebaut werden, in: Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. M. Knoche, G. Hungeling (Hrsg.). Frankfurt/M., Mabuse: 243-49.

White, J. (1995): Joe White trying to figure out Holland - Dutch health care "reforms", Manuskript des Autors.

White, J. (1997): "Eine amerikanische Sicht der Gesundheitsreform in Deutschland." RWI-Mitteilungen **48**(1/2): 1-29.

White, J. (1999): "Targets and systems of health care cost control." Journal of Health Politics, Policy and Law **24**(4): 652-95.

Williams, A. (1993): Equity in health care: The role of ideology, in: Equity in the finance and delivery of health care: An international comparison. E.v. Doorslaer, A. Wagstaff, R. Janssen (Hrsg.). Oxford, Oxford University Press: 287-298.

Wille, E. (1999): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Zur Rolle des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. E. Wille (Hrsg.). Baden-Baden, Nomos: 95-155.

Willems, C. (1994): Onderzoek besluitvorming volksgezondheid (Untersuchung über die Beschlussfassung in der Gesundheitspolitik). Den Haag, Sdu.

Williamson, O. (1986): Economic organisation: firms, markets and policy controls. Brighton, Wheatsheaf.

Wilsford, D. (1994): "Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way." Journal of Public Policy **14**: 251-83.

Wysong, J.A./ Abel, T. (1996): "Risk equalization, competition and choice: a preliminary assessment of the 1993 German health reforms." Sozial- und Präventivmedizin **41**(4): 212-23.

Ziekenfondsraad (1995): Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en AWBZ (Evaluation des Vertragssystems Krankenkassengesetz und AWBZ). Amstelveen, Eigenverlag.

Ziekenfondsraad (1998a): Concernvorming - een onderzoek naar de plaats en het functioneren van ziekenfondsen in concerns en naar de daarmee samenhangend risico's voor een goede uitvoering van wettelijke taken (Bildung von Konzernen - eine Untersuchung über die Funktionsweise von Krankenkassen in Konzernen und den damit zusammenhängenden Risiken für eine gute Ausführung der gesetzlichen Aufgaben). Amstelveen, Eigenverlag.

Ziekenfondsraad (1998b): Evaluatie algemene eigen bijdrage regeling Ziekenfondswet - Samenvatting van de effecten en conclusies (Evaluation der Selbstbeteiligungsregelung im Krankenkassengesetz - Zusammenfassung der Auswirkungen und Schlussfolgerungen). Amstelveen, Eigenverlag.

Ziekenfondsraad (1999a): Onderzoek effecten aanvullende verzekering (Untersuchung der Auswirkungen der Zusatzversicherung). Amstelveen, Eigenverlag.

Literatur

Ziekenfondsraad (1999b): Rapportage Toekomstscenario's overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet (Bericht über Zukunftsszenarien des Vertragssystems). Amstelveen, interner Bericht.

Zorgverzekeraars Nederland (1998): Rapport herziening overeenkomstenstelsel (Bericht über eine Revision des Vertragssystems), interner Bericht.

8 Übersicht Experteninterviews

Name	Institution	Ort
<i>1.</i>		
	<i>Politik</i>	
Dr. Okma	Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport	Den Haag
C. Kalshoven	Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport	Den Haag
Dr. Müller	Bundesministerium für Gesundheit	Bonn
<i>2.</i>		
	<i>Regulierung und politikberatende Institutionen</i>	
Prof. van Londen	RVZ (Vorsitzender)	Zoetermeer
Dr. Scheerder	COTG (Vorsitzender)	Utrecht
Dr. van der Steur	ZFR	Amstelveen
Dr. Akyurek-Kievits	NMA	Den Haag
<i>3.</i>		
	<i>Wissenschaft</i>	
Dr. Schut	Universität Rotterdam, Institut für Gesundheitsökonomie	Rotterdam
Prof. van der Grinten	Universität Rotterdam, Institut für Gesundheitsökonomie	Rotterdam
Prof. Kerkhoff	Universität Twente	Enschede
Prof. van der Veen	Universität Twente	Enschede
Prof. Groenewegen	NIVEL	Utrecht
Prof. de Roo	Universität Utrecht	Utrecht
<i>4.</i>		
	<i>Interessenverbände</i>	
Dr. Hamilton	ZN	Zeist
Dr. van der Plank	VNO-NCW	Den Haag
Dr. van der Velden	FNV	Amsterdam
Dr. Dekkers	NPCF (Vorsitzender)	Utrecht
Herr Bruinsma	DHV	Twente
Frau Saam	DHV	Groningen

5.	<i>Krankenkassen</i>	
Dr. Raymakers	Zorgverzekeraar VGZ	Nimwegen
Dr. Leers	CZ Groep (Direktor)	Tilburg
6.	<i>Leistungsanbieter</i>	
G. de Koning	Hausarzt	Venlo
I. Husaarts	Hausärztin	Ospel
J. de Groot	Hausarzt	Dalfsen
H. Batelaan	Hausarzt	Smilde/Assen