Die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Vorbild Niederlande?

STEFAN GRESS,
STEPHANIE HEINEMANN

Prof. Dr. Stefan Greß leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Stephanie Heinemann, MPH, am Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am QUALICOPC-Projekt

Im Koalitionsvertrag sowie im Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) entwickelt die Regierung aus CDU/CSU und SPD die Wettbewerbsordnung in der GKV weiter. Zu den geplanten Maßnahmen zählen die Wiedereinführung einkommensbezogener Beitragssätze als preislicher Wettbewerbsparamater, die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und Modifikationen bei den Rahmenbedingungen für Selektivverträge. In den Niederlanden steht der Gesetzgeber vor ähnlichen Herausforderungen wie in Deutschland.

Einleitung

In 2006 trat in den Niederlanden ein neues Krankenversicherungsgesetz (Zorgverzekeringswet) in Kraft. Im Rahmen dieser Reform wurden die bisher parallelen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungssysteme in ein gemeinsames, wettbewerbsorientiertes Krankenversicherungssystem zusammengeführt (Greß et al. 2010; Hamilton 2013). Handlungsleitend war bei diesem Prozess das Konzept des regulierten Wettbewerbs (Victoor et al. 2012). Von einem solchen regulierten Wettbewerb erhofft sich der Gesetzgeber in den Niederlanden, dass die Effizienz auf den Krankenversichungs- und Krankenversorgungsmärkten gesteigert werden kann, ohne den Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Einwohner einzuschränken (Thomson et al. 2013).

Um diese Ziele zu erreichen, müssen drei Voraussetzungen gewährleistet sein. Erstens muss auf dem Versicherungsmarkt eine Risikoadjustierung die vorhersehbaren Verluste für schlechte Risiken und die Gewinne für gute Risiken weitgehend kompensieren. Dies muss sowohl aus Effizienz- als auch aus Gerechtigkeitsgründen erfolgen. Zweitens müssen Versicherte die Option haben, ihren Krankenversicherer im Fall von Unzufriedenheit zu wechseln. Unter dieser Voraussetzung haben Versicherer hohe Anreize, ihre Preise und Leistungen an die Präferenzen der Kunden anzupassen. Nur ein präferenzgerechtes Angebot ist dazu geeignet, neue Kunden zu gewinnen und bestehende Kunden zu halten. Hierdurch soll vor allem die Effizienz auf dem Krankenversicherungsmarkt gesteigert werden. Drittens brauchen Versicherer Instrumente für die Steuerung der Ver-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-1-19
Generiert durch IP '3.145.18.101', am 09.10.2024, 15:09:41.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

sorgung, wobei die Versorgung für definierte Patientengruppen nach bestmöglicher Evidenz innovativ und effizient organisiert werden soll. Hiermit soll die Effizienz auf dem Krankenversorgungsmarkt gesteigert werden.

In diesem Beitrag stellen wir zunächst dar, inwieweit diese drei Voraussetzungen in den Niederlanden bereits realisiert sind. Dazu nutzen wir einerseits die Ergebnisse einer Befragung niederländischer Stakeholder (Heinemann/Greß 2013; Heinemann et al. 2013) und werten andererseits die aktuelle einschlägige Literatur aus. Abschließend gehen wir der Frage nach, inwieweit die im Koalitionsvertrag geplanten Maßnahmen vor dem Hintergrund der niederländischen Erfahrungen geeignet sind, die Wettbewerbsordnung in Deutschland weiterzuentwickeln.

1. Anreize zur Risikoselektion noch nicht vollständig neutralisiert

Regulierter Krankenversicherungswettbewerb setzt voraus, dass die Krankenversicherer dem Kontrahierungszwang unterliegen und alle potenziellen Versicherten versichern müssen – auch diejenigen, die vorhersehbar hohe Kosten verursachen werden. Der Verzicht auf risikobezogene Prämien verursacht somit starke Anreize zur Risikoselektion. Umgekehrt setzt ein solches System wenige Anreize, hochwertige Versorgungskonzepte für schlechte Risiken – etwa chronisch Kranke – zu entwickeln. Aus diesem Grund ist es notwendig, ein System zur Risikoadjustierung so weit zu entwickeln, dass die vorhersehbare Verluste der Krankenversicherer verringert und die Unsicherheit über den vorhersehbaren Gewinn durch Risikoselektion erhöht wird. Das System der Risikoadjustierung muss nicht perfekt sein, doch muss es aus Sicht der Versicherer attraktiver sein, Risikounterschiede zu akzeptieren statt Risikoselektion zu betreiben (Van de Ven 2011). Idealerweise führt ein optimiertes System der Risikoadjustierung dazu, dass die Behandlung für schlechte Risiken – wie chronisch Kranke – verbessert wird, da potentiale Effizienzgewinne bei schlechten Risiken höher sind als bei guten Risiken.

Die Überkompensation chronisch Kranker erhöhte die Anreize, qualitativ bessere und effizientere Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Aus Sicht von Versichertenvertretern haben Krankenversicherer in den Niederlanden ausreichende Informationen darüber, ob sie es mit guten oder schlechten Risiken zu tun haben. Aus Sicht der Krankenversicherer ist dies nicht so. Danach sei das System der Risikoadjustierung sehr komplex und wenig transparent (Heinemann/Greß 2013). Das wiederum bedeutet, dass vorhersehbare Verluste ebenso wie Selektionsgewinne für die Krankenversicherer schwer zu kalkulieren sind. Wenn Selektionsgewinne in der Tat unsicher sind, kann das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden eine negative Risikoauslese wirkungsvoll verhindern.

Dennoch ist es durchaus umstritten, ob die Krankenversicherer in den Niederlanden auf Selektionsstrategien auch empirisch verzichten. Es gibt Hinweise darauf, dass die Krankversicherer dazu vor allem die Koppelung der Basisversicherung mit privaten Zusatzversicherungen nutzen (Thomson et al. 2013). Die organisatorische Trennung dieser beiden Bereiche ist in den Niederlanden nur unvollständig umgesetzt und für die Versicherten häufig nicht zu erkennen (Roos/Schut 2012). Stakeholder verweisen andererseits darauf, dass Krankenversicherer für chronisch Kranke – wie etwa für Diabetiker – überkompensiert werden. Theoretisch gibt eine solche Überkompensation den Versicherern einen hohen Anreiz, Effizienzgewinne durch Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass bisherige Strukturen durch qualitativ bessere und effizientere Versorgungsstrukturen ersetzt werden. Mit Innovationen für Diabetespatienten könnten Versicherer dann am Markt auftreten, um weitere Diabetiker anzuwerben. Tatsächlich haben mehrere der interviewten Stakeholder berichtet, dass nach der Implementierung des Zorgverzekeringswet Primärversorgungszentren zur effizienteren Behandlung von chronisch Kranken – insbesondere von Versicherten mit Diabetes – entwickelt und eingeführt wurden. Insofern deutet einiges darauf hin, dass das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden auch Anreize zur bevorzugten Behandlung von chronisch Kranken schafft (Heinemann/Greß 2013).

2. Bedeutung der individuellen Wahlentscheidung relativiert

Für die erfolgreiche Umsetzung von reguliertem Wettbewerb spielt die Wahlfreiheit der Versicherten eine wichtige Rolle. Unzufriedene Kunden müssen die Möglichkeit haben, sich eine andere Krankenversicherung zu suchen. Die Versicherten müssen diese Exit-Option allerdings auch nutzen. Im ersten Jahr nach der Einführung des Zorgverzekeringswet haben etwa 20 Prozent der Versicherten den Versicherer gewechselt. Im Anschluss hat sich die Wechselquote zunächst auf einem Niveau von drei bis vier Prozent stabilisiert. In den Jahren 2011 und 2012 ist die Wechselquote dann auf ein Niveau von sieben bis acht Prozent angestiegen – was insbesondere durch einen vergleichsweisen hohen Anstieg der Prämien und eine damit verbundene höhere Prämienspreizung zwischen den Krankenversicherern zu erklären ist. So geben dann auch 52 Prozent der Wechsler an, dass der Preis für sie der zentrale Wechselgrund ist. Unterschiedliche Angebote bei der Organisation der Gesundheitsversorgung geben dagegen nur für ein Prozent der Wechsler als Wechselgrund an (Brabers et al. 2012; Vektis 2013).

Theoretisch sollten Krankenversicherer durch die drohende oder tatsächliche Abwanderung von Versicherten angespornt werden, künftig präferenzgerechtere Angebote zu machen. Versicherte werden nicht wechseln, wenn die Vorteile eines Wechsels nicht deutlich oder überhaupt nicht existent sind. Eine andere Interpretation niedriger Wechselquoten ist, dass der regulierte Wettbewerb keine ausreichenden Effizienzgewinne erwirtschaften kann. Umgekehrt kann eine niedrige Wechselquote aber auch eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Versicherer signalisieren. Der Anteil der Wechsler alleine sagt demzufolge wenig aus.

Seit der Einführung des Zorgverzekeringswet haben sich in den Niederlanden zudem viele Beschäftigte für einen Kollektivvertrag entscheiden, den meist ihr Arbeitgeber mit einem Krankenversicherer abgeschlossen hat. Demnach be-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-1-19
Generiert durch IP '3.145.18.101', am 09.10.2024, 15:09:41.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

einflussen nicht nur Individuen sondern auch niederländische Arbeitgeber den Wettbewerb auf den Krankenversicherungsmarkt (Okma/Crivelli 2013).

Stakeholder in den Niederlanden berichten übereinstimmend, dass der Kundenservice seit dem Krankenversicherungsgesetz an Bedeutung zugenommen und sich deutlich verbessert habe (Heinemann/Greß 2013). Zumindest im Hinblick auf die Servicequalität schafft die drohende Exit-Option damit offensichtlich nachhaltige Anreize für die Versicherer, präferenzgerechtere Angebote für die Versicherten zu schaffen.

Nichtsdestoweniger werden Wahlfreiheit und Kassenwechsel in den Niederlanden insbesondere durch die schon angesprochenen Gruppenverträge eingeschränkt. Die Versicherten übertragen demnach ihre individuelle Wahl lieber an ein Kollektiv – in dem Vertrauen darauf, dass dieses gute Entscheidungen trifft. Andere Stakeholder finden es erstaunlich, dass so viele Versicherte sich für einen Kollektivvertrag entschieden haben, da die finanziellen Ersparnisse eher gering ausfielen (Heinemann/Greß 2013). Der durchschnittliche jährliche Beitrag lag im Jahr 2013 bei Gruppenverträgen bei 1.188 Euro – mit 1.230 Euro war der durchschnittliche Beitrag für individuell abgeschlossen Verträge nur geringfügig höher (Vektis 2013). Letztlich widerspricht der Trend zu großen Versichertenkollektiven einer der Grundannahmen regulierten Wettbewerbs – dass Individuen am Markt sich für die beste Versicherung auf der Basis individueller Präferenzen entscheiden werden.

Wahlfreiheit und Kassenwechsel werden in den Niederlanden durch Gruppenverträge eingeschränkt.

Versichertenvertreter betonten dann auch, dass in Gruppenverträgen nicht Individuen, sondern die Personalabteilungen von großen Unternehmen – bzw. in deutlich geringerem Umfang von Gewerkschaften – die Entscheidung träfen, ob und wann ein Krankenversicherer gewechselt wird. Solch große Gruppen seien träge und eher bereit, die bestehenden Verträge anzupassen – statt gleich mit einem großen Versichertenkollektiv zu wechseln. Vor diesem Hintergrund scheint es eher wahrscheinlich, dass bei Unzufriedenheit zunächst verhandelt als sofort gewechselt wird. In einer solchen Konstellation steigt damit die Bedeutung der Voice-Option im Vergleich zur Exit-Option (Hirschmann 1970).

3. Hindernisse für Vertragswettbewerb noch nicht überwunden

Ziel des Zorgverzekeringswet in den Niederlanden war es, dass sich Krankenversicherer zu guten und umsichtigen Einkäufern von Gesundheitsleistungen für ihre Versicherten entwickeln (Schut/Van de Ven 2011). Die Krankenversicherer sollen für ihre Versicherten die bestmögliche Versorgung organisieren und die Versorgungswege mit den betreffenden Leistungserbringern vertraglich regeln. Den Krankenversicherern stehen in den Niederlanden dazu vor allem zwei Instrumente zur Verfügung – das im Gegensatz zu Deutschland verpflichtende Gatekeeping durch den Hausarzt und die selektivvertragliche Versorgung durch ausgewählte Leistungserbringer. Der erfolgreiche Einsatz dieser Instrumente hängt davon ab, dass die Versicherten gleichzeitig ihrem Hausarzt und ihrem Versicherer vertrauen, dass diese die bestmögliche Versorgung für sie organisieren.

Ein für die gesamte Bevölkerung verpflichtendes Gatekeeping ist traditionell integraler Bestandteil des niederländischen Versorgungssystems und wird von den Versicherten weitgehend akzeptiert. Selektivverträge mit auserwählten Leistungserbringern sind dagegen vergleichsweise neu. Unterschiede in der Qualität sind für die Versicherten schwer zu erkennen. Für die Versicherten sind daher andere Auswahlkriterien von Bedeutung – wie etwa Standort, finanzielle Anreize und die Rolle des Hausarztes. Bisher haben die Versicherten allerdings wenig Vertrauen in ihre Krankenversicherer, wenn es um die Auswahl von Leistungsanbietern geht. Dies mindert die Akzeptanz von Selektivverträgen mit einem eingeschränkten Kreis von Leistungserbringern. Ein erhöhtes Angebot von vertrauenswürdige Informationen über die Qualität von Leistungserbringer könnte dieses Vertrauensproblem lösen (Boonen/Schut 2011).

Darüber hinaus gibt es in den Niederlanden eine weitere Barriere zum Abschluss von Selektivverträgen. Ein Versicherer kann Leistungserbringer nur selektieren, wenn der Sicherstellungsauftrag – der in den Niederlanden bei den Krankenversicherern liegt – dadurch nicht gefährdet wird. In den Niederlanden gab es vor dem Zorgverzekeringswet in der ambulanten wie der stationären Versorgung eher eine Unterversorgung (Wartelisten). Insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung gibt es nach übereinstimmenden Berichten der Stakeholder zu wenige Leistungserbringer, um Selektivverträge durchzusetzen (Heinemann/Greß 2013).

Bisher haben die Versicherten in den Niederlanden wenig Vertrauen in ihre Krankenversicherer, wenn es um die Auswahl von Leistungsanbietern geht.

4. Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der GKV

Für erfolgreichen regulierten Wettbewerb auf Krankenversicherungsmärkten müssen drei Voraussetzungen gewährleistet sein. Erstens muss auf dem Versicherungsmarkt eine Risikoadjustierung die vorhersehbaren Verluste für schlechte Risiken und die Gewinne für gute Risiken weitgehend kompensieren. Zweitens müssen Versicherte die Option haben, ihren Krankenversicherer im Fall von Unzufriedenheit zu wechseln. Drittens brauchen Versicherer Instrumente für die Steuerung der Versorgung und müssen diese auch anwenden. Unsere Analyse hat gezeigt, dass diese Voraussetzungen in den Niederlanden noch nicht vollständig umgesetzt werden konnten.

Obwohl das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden sehr weit entwickelt ist und vorhersehbare Gewinne und Verluste für Versicherer

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-1-19
Generiert durch IP '3.145.18.101', am 09.10.2024, 15:09:41.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

damit schwer zu kalkulieren sind, suchen Versicherer weiterhin nach guten Risiken und betreiben zumindest in Einzelfällen Risikoselektion. Gleichzeitig werden Versicherer zum Teil für chronisch Kranke überkompensiert.

Hinsichtlich des Wechselverhaltens von Versicherten in der Folge der Einführung des Zorgverzekeringswet zeigen sich in den Niederlanden zwei Entwicklungen. Einerseits führt schon die drohende Exit-Option dazu, dass die Versicherungen zumindest im Hinblick auf die Servicequalität präferenzgerechtere Angebote erstellen. Zweitens zeigt die Beliebtheit der Kollektivverträge in den Niederlanden, dass die Bedeutung der individuellen Wahlentscheidung abnimmt und zunehmend Voice (Widerspruch) an die Stelle von Exit (Abwanderung) tritt.

Das verpflichtende Gatekeeping ist den Versicherten in den Niederlanden vertraut und wird weiterhin akzeptiert. Nach der Implementierung des Zorgverzekeringswet sind erste Versorgungsinnovationen – interdisziplinär ausgestattete Primärversorgungszentren – entstanden, die den Hausarzt in den Mittelpunkt stellen. Der Abschluss von Selektivverträgen ist für die Krankenversicherer in den Niederlanden jedoch vor allem aus zwei Gründen weiterhin problematisch. Erstens können Krankenversicherer nur dann Selektivverträge abschließen, wenn sie durch diese Auswahl ihren Sicherstellungsauftrag nicht gefährden. Das ist jedoch insbesondere in der hausärztlichen Versorgung schwierig. Zweitens begegnen die Versicherten Selektivvertragsmodellen weiterhin mit großer Skepsis.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Krankenversicherungswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung liefern die Entwicklungen in den Niederlanden wertvolle Erkenntnisse. Erstens zeigen die Auswertungen der Interviews mit den Stakeholdern in den Niederlanden, dass eine „Überkompensation" chronisch kranker Versicherter im Rahmen des Risikostrukturausgleichs für eine versorgungsorientierte Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs durchaus sinnvoll sein kann – zumal wir es in Deutschland noch immer mit einer Überkompensation gesunder Versicherter zu tun haben.

In Deutschland hat die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Jahr 2009 im Vergleich zur Situation vorher die Unterdeckung bei den Zuweisungen für chronisch Kranke und die Überdeckung bei den Zuweisungen für Gesunde deutlich reduziert. Dies hat auch der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt in seinem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 festgestellt. Gleichzeitig hat der Beirat eine Reihe von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gemacht – insbesondere im Hinblick auf die Annualisierung von Ausgaben von Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden. Die bisherige Praxis führe dazu, dass Krankheiten mit hoher Mortalität systematische Unterdeckungen aufwiesen. Gleichzeitig hat der Beirat auch auf Defizite bei der Berechnung von Zuweisungen für das Krankengeld und eine offensichtlich bestehende Überdeckung von Ausgaben für Auslandsversicherte hingewiesen (Drösler et al. 2011).

Der Koalitionsvertrag hat diese Kritikpunkte aufgenommen und in vergleichsweise hoher Detailtiefe die Absicht formuliert, die vom Beirat gemachten Vorschläge zur Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten zeitgleich umzusetzen (CDU et al. 2013). Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) werden diese Punkte aufgegriffen.[1] In § 269 SGB V werden danach Sonderregelungen für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte geschaffen. Der Verordnungsgeber wird ermächtigt, bei den Krankengeldausgaben die tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankengeld anteilig zu berücksichtigen. Damit sollen die Abweichungen der Deckungsquoten reduziert werden. Entsprechend des Vorschlags des Beirats sollen darüber hinaus zukünftig die Zuweisungen an die Krankenkassen für Auslandsversicherte auf die Summe der von diesen Versicherten verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden. Zusammen mit der vom BVA bereits rückwirkend für 2013 angekündigten Annualisierung der Ausgaben für verstorbene Versicherte sind diese Maßnahmen dazu geeignet, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen weiter zu verbessern und damit die Anreize zur Risikoselektion weiter zu verringern.

Durch die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen werden die Anreize zur Risikoselektion in der GKV weiter verringert.

Weniger übertragbar erscheinen zumindest auf den ersten Blick die Erfahrungen in den Niederlanden im Hinblick auf die steigende Bedeutung von Kollektivverträgen. Der Kassenwechsel ist in Deutschland noch immer eine sehr individuelle Entscheidung. Es ist kaum vorzustellen, dass Versicherte diese Entscheidung kollektiv von ihrem Arbeitgeber oder ihrer Gewerkschaft treffen lassen. Aufgeklärte individuelle Entscheidungen über den individuell optimalen Krankenversicherer sind jedoch erst möglich, wenn die Versicherten gut informiert vergleichen können. Solange diese Informationen nicht qualitätsgesichert, übersichtlich und transparent zur Verfügung stehen, wird die Wahlentscheidung – wie in der Vergangenheit – vor allem über den Preis erfolgen.

Den letzteren Zusammenhang hat offensichtlich auch die Große Koalition erkannt. Mit dem GKV-FQWG wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Dieses Institut wird unter anderem die Aufgabe haben, für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität Indikatoren und Instrumente zu entwickeln (§ 137a Abs. 1) sowie vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und diese in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen (§ 137a Abs. 5). Wenn dieses Institut seinen Aufgaben nachkommen kann, dann könnte die Transparenz der Qualität in der Versorgung zukünftig deutlich zunehmen und damit auch eine wichtige Grundlage für Wahlentscheidungen der Versicherten geschaffen werden.

1 Sämtliche Hinweise auf das GKV-FQWG beziehen sich auf den Referentenentwurf vom 12. Februar 2014.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-1-19
Generiert durch IP '3.145.18.101', am 09.10.2024, 15:09:41.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Auch der preisliche Wettbewerbsparameter wird von der Großen Koalition neu justiert. Durch die Konstruktionsfehler des Zusatzbeitrags ist der Preiswettbewerb der Krankenkassen untereinander weitgehend zum Erliegen gekommen. Sämtliche Krankenkassen haben die Einführung von Zusatzbeiträgen vermieden, um die Massenabwanderung von Versicherten zu verhindern. Dies hatte unter anderem auch zu Konsequenz, dass Investitionen in Versorgungsinnovationen weitgehend zum Erliegen gekommen sind. Die schon mit dem GKV-FQWG geplante Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge – verbunden mit einem vollständigen Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen – soll in erster Linie den Verzicht auf einen steuerfinanzierten Sozialausgleich ermöglichen, mit dem auch die Niederlande keinen uneingeschränkt positiven Erfahrungen gemacht haben (Greß et al. 2013). In zweiter Linie – und darauf wird auch in der Gesetzesbegründung zum GKV-FQWG verwiesen, soll der Wettbewerb der Krankenkassen mit dem Ziel einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sichergestellt werden. Die Einführung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags wird unserer Einschätzung nach insgesamt die finanziellen Spielräume für die Krankenkassen erhöhen, in Versorgungsinnovationen zu investieren.

Die Einführung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags wird die finanziellen Spielräume für die Krankenkassen erhöhen, in Versorgungsinnovationen zu investieren.

Ob die Krankenkassen diese finanziellen Spielräume letztlich auch nutzen werden, hängt mit dem Instrumentarium zum Abschluss von Selektivverträgen zusammen. Die Erfahrungen beim Abschluss von Selektivverträgen in den Niederlanden sind nicht ohne weiteres auf die Diskussion in Deutschland zu übertragen – hier sind die Voraussetzungen in Deutschland jedoch zumindest teilweise günstiger als in den Niederlanden. So sind die Kapazitäten in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland – trotz aller Diskussion um den vorgeblichen oder tatsächlichen Ärztemangel – deutlich größer als in den Niederlanden. Die Krankenkassen hätten also – wenn der Gesetzgeber ihnen die entsprechenden Instrumente einräumen sollte – tatsächliche Wahlmöglichkeiten. Das gilt zumindest in Ballungsregionen auch für die stationäre Versorgung. Im Koalitionsvertrag ist vorgesehen, dass für die verschiedenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt werden sollen. Außerdem werden vorsichtige Schritte zu selektiven Verträgen in der stationären Versorgung eingeleitet. Eine gesetzliche Umsetzung dieser Absichtserklärungen steht allerdings noch aus. Insbesondere bleibt abzuwarten, wie der Gesetzgeber mit den Widersprüchlichkeiten sowohl in den bisherigen gesetzlichen Regelungen als auch im Koalitionsvertrag im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung umgehen wird. Schließlich wird die Vertragsfreiheit der Krankenkassen bei der hausarztzentrierten Versorgung vom Gesetzgeber nachhaltig eingeschränkt.

Letztlich bleibt die in den Niederlanden gut belegte Skepsis der Versicherten gegenüber Selektivvertragsmodellen, die den vertrauten Arzt oder die vertraute Ärztin nicht beinhalten. Diese Skepsis müssen die Krankenkassen bei der zukünftigen Entwicklung von Selektivvertragsmodellen auch in Deutschland berücksichtigen. ■

Literatur

Boonen, L. H. H. M./F. T. Schut (2011). "Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system." Health Economics, Policy and Law **6**(02): 219-35.

Brabers, A. E. M./M. R.-v. Rooijen/J. De Jong (2012). "The Dutch health insurance system. Mostly competition on price rather than quality of care." Eurohealth **18**(1): 30-33.

CDU/CSU/SPD (2013). Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode.

Drösler, S./J. Hasford/B.-M. Kurth/M. Schaefer/J. Wasem/E. Wille (2011). Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.

Greß, S./S. Heinemann/K. Jacobs (2010). "Spicken beim Nachbarn." Gesundheit und Gesellschaft **13**(1): 21-26.

Greß, S./S. Heinemann/W. Schäfer (2013). "Reform auf Realitätskurs." Gesundheit und Gesellschaft **16**(4): 32-37.

Hamilton, G. J. A. (2013). "Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: von der Dualität zur Einheit." Gesundh ökon Qual manag **18**(03): 123-35.

Heinemann, S./S. Greß (2013). Managed Competition in den Niederlanden – Was sagen die Stakeholder? pg papers 1/2013, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Heinemann, S./S. Leiber/S. Greß (2013). "Managed competition in the Netherlands – A qualitative study." Health Policy **109**(2): 113-21.

Hirschmann, A. (1970). Exit, voice and loyalty – Responses to decline in firms, organizations and states. Cambridge, Harvard University Press.

Okma, K. G. H./L. Crivelli (2013). "Swiss and Dutch "consumer-driven health care": Ideal model or reality?" Health Policy **109**(2): 105-12.

Roos, A.-F./F. Schut (2012). "Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands." The European Journal of Health Economics **13**(1): 51-62.

Schut, F. T./W. P. M. M. Van de Ven (2011). "Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?" Health Economics, Policy and Law **6**: 125-34; 39-45.

Thomson, S./R. Busse/L. Crivelli/W. van de Ven/C. Van de Voorde (2013). "Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison." Health Policy **109**(3): 209-25.

Van de Ven, W. P. M. M. (2011). "Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done?" Health Economics, Policy and Law **6**(01): 147-56.

Vektis (2013). Verzekerden in beweging 2013. Zeist, Vektis.

Victoor, A./R. D. Friele/D. M. Delnoij/J. J. Rademakers (2012). "Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews." BMC Health Services Research **12**(441): doi:10.1186/472-6963-12-441.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-1-19
Generiert durch IP '3.145.18.101', am 09.10.2024, 15:09:41.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.