

Kommentar zum Bericht über die Niederlande aus ökonomischer Sicht

Hans Maarse

1. Einführung	340
2. Patienten haben freie Krankenhauswahl	340
3. Wahlfreiheit für Verbraucher bei der Krankenversicherung	342
4. Das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Versicherungsgesellschaft	345
5. Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern	348
6. Der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt	353
Literatur	356

1. Einführung

Der *Niederländische Länderbericht* konzentriert sich hauptsächlich auf die rechtlichen Aspekte der Reform, die in der Tat von beträchtlichem Ausmaße sind. In der folgenden Stellungnahme werde ich kurz neuere Entwicklungen in der Gesundheitsreform erörtern und insbesondere einen knappen Überblick zu einigen Ergebnissen der aktuellen Marktreform geben.

2. Patienten haben freie Krankenhauswahl

Patienten, die eine stationäre oder ambulante Krankenhausbehandlung benötigen, stand die Wahl ihres Krankenhauses schon immer frei. Es gab nie irgendeine Bestimmung, die einem Patienten das Aufsuchen eines Krankenhauses außerhalb seiner Heimatregion untersagt hätte. Dennoch kann man sagen, dass die meisten Patienten gewöhnlich das nächstliegende Krankenhaus aufsuchten. Dieses Verhaltensmuster wurde dadurch verstärkt, dass Hausärzte ihre Patienten an ein bestimmtes Krankenhaus überwiesen (in den Niederlanden können Patienten nur durch Überweisung ihres Hausarztes in ein Krankenhaus eingewiesen werden). Nur wenn eine klinische Spitzenbehandlung oder irgendeine andere Art spezieller Krankenhausbehandlung erforderlich ist, suchen Patienten nicht ihr „örtliches“ Krankenhaus auf, sondern ein anderes.

Inwieweit beeinflusst die aktuelle Gesundheitsreform nun die Wahl des Krankenhauses? Drei Feststellungen sind diesbezüglich von Bedeutung. Die erste betrifft den rasanten Anstieg einer neuen Art von Leistungserbringerorganisation, welche sich – anders als die Allgemeinkrankenhäuser – auf eine beschränkte Auswahl medizinischer Leistungen, wie etwa auf orthopädische Chirurgie, Kataraktchirurgie, Diagnoseleistungen oder Schwangerschaftsbetreuung spezialisiert. Die Anzahl an Fachzentren bzw. der „selbständigen Behandlungszentren“ stieg von 31 im Jahr 2001 auf ungefähr 160 Ende 2006 drastisch an (NZa, 2007a). Die Neuzugänge präsentieren sich oft als „spezialisierte Unternehmen“ („Focused Factory“) für wahlfreie (nicht-akute) Routinebehandlungen und geben an, einen wesentlich höheren Leistungsgrad zu erzielen als Allgemeinkrankenhäuser. In den 1990ern hielt die Regierung sie nicht für notwendig, da es dem damaligen Gesundheitsminister zufolge „reichlich Kapazitäten gäbe“. Die Allgemeinkrankenhäuser warfen den selbständigen Behandlungszentren auch Rosinenpickerei vor. Das Wartezeitenproblem Ende der 1990er und die Wettbewerbsschwelle nach dem Jahr 2000 schufen jedoch ein günstigeres Klima für selbständige Behandlungszentren und führten schließlich zu neuen Bestimmungen, die ihnen nun eine beinahe vollwertige Rolle in der Gesundheitsversorgung zuteilen. Die derzeitige Gesetzgebung gestattet es den selb-

ständigen Behandlungszentren, in bestimmten Behandlungskategorien medizinische Betreuung inklusive Übernachtung anzubieten.

Der Vormarsch der selbständigen Behandlungszentren hat die Auswahl für die Patienten vergrößert, allerdings vorwiegend auf einer begrenzten Anzahl von Fachgebieten. Außerdem können nur Patienten, die einer ambulanten oder tagesstationären Behandlung bedürfen, von den selbständigen Behandlungszentren profitieren, wobei sich dies aufgrund jüngster Gesetzesüberarbeitungen in naher Zukunft ändern könnte. Da viele selbständige Behandlungszentren zumindest mit den großen Krankenversicherungsgesellschaften Verträge abschließen konnten, haben die meisten Patienten freien Zugang zu selbständigen Behandlungszentren, vorausgesetzt, die von ihnen benötigte medizinische Versorgung ist im Leistungspaket des neuen Krankenversicherungssystems enthalten. Ist dies nicht der Fall, so müssen diese Leistungen privat finanziert werden. Ferner besteht die Möglichkeit, die Kosten durch eine vom Patienten abgeschlossene Zusatzversicherung decken zu lassen.

Die zweite Feststellung bezieht sich auf die Rolle des Krankenversicherers. Nach der neuen Verordnung sind Krankenversicherungsgesellschaften nicht mehr verpflichtet, mit allen Leistungserbringern der medizinischen Versorgung Verträge abzuschließen, so dass beispielsweise mit einigen selbständigen Behandlungszentren keine Verträge abgeschlossen wurden. Theoretisch könnten sich Versicherungsgesellschaften auch gegen die Vertragsvergabe an ein Krankenhaus bzw. eine Krankenhausabteilung entscheiden, was bisher jedoch unterlassen wurde (ein Versicherungsträger erwirkte dies in der Vergangenheit, musste die Entscheidung jedoch nach enormer Negativwerbung in den Medien rückgängig machen). Eine weitere Möglichkeit seitens der Krankenversicherungsgesellschaft besteht darin, nur mit einer ausgewählten Anzahl an Krankenhäusern Verträge abzuschließen, den sogenannten Vorzugsdienstleistern. Suchen die Versicherungskunden einen nicht bevorzugten Dienstleister auf, so müssen sie die Differenz zwischen den vom Krankenhaus berechneten Kosten und den zwischen Versicherer und Krankenhaus ausgehandelten Kosten aus eigener Tasche bezahlen.¹ Die Vertragspolice der Krankenversicherungsträger kann somit die Wahlfreiheit ihrer Kunden einschränken.

Die Patientensteuerung durch Krankenversicherer ist und bleibt ein umstrittenes Thema im niederländischen Gesundheitswesen; verschiedene Experten erklärten hierzu jedoch, dass der Wettbewerb nicht einwandfrei funktionieren werde, solange Krankenversicherer ihre Kunden nicht effektiv steuern können. Bisher hat man damit allerdings noch nicht viele Erfahrungen gesammelt. Dafür gibt es mehrere Erklärungen, eine davon ist jedoch sicherlich die Angst der Versicherer vor einer negativen öffentlichen Reaktion auf eine selektive Vertragsvergabe. Es ist daher wahrscheinlicher, dass Versicherer ihre Patienten zukünftig über positive Anreize dem Vorzugskunden zuspieren, zum Beispiel durch Gewährung eines finanziellen Vorteils. Kürzlich erklärte eine Versiche-

¹ Der Versicherer hat ebenfalls die vollen Kosten zu tragen, wenn der Versicherte eine Kostenrückstattungs- oder Sachleistungspolice abgeschlossen hat, die teurer ist als eine Sachleistungspolice.

rungsgesellschaft öffentlich, dass es dieses System im Hinblick auf bestimmte Spezialbehandlungen nutzen werde.

Die dritte Feststellung betrifft den Informationsbedarf hinsichtlich der Qualität von Krankenhausbehandlungen. Solche Informationen dienen nicht nur zur Aufklärung der Allgemeinheit (Patienten) und anderer Interessensvertreter inklusive der Krankenversicherer, damit diese sachkundige Entscheidungen treffen können; sie sollen gleichzeitig Werkzeug zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Qualität der Krankenhausbehandlung sein. Informationsmaterial stellt eine Voraussetzung für jeden Wettbewerb dar und folgt dem stetigen Ruf nach größerer Qualitäts- und Kostentransparenz hinsichtlich der medizinischen Behandlung. Um die Informationslücke zu schließen, mehrten sich nun in einem fort die Initiativen, quantitatives, standardisiertes und vergleichendes Informationsmaterial über Krankenhausleistungen zu sammeln. Man kann gar von einem unvorhergesehenen Aufstieg einer „Informationsindustrie“ sprechen. Die Gesundheitsaufsichtsbehörde und das Staatliche Institut für Öffentliche Gesundheit und Umwelthygiene investieren bereits in Informationssysteme zur Aufklärung von Krankenhäusern, Versicherungsgesellschaften und der Allgemeinheit in Bezug auf die Leistungen eines jeden Krankenhauses. Auch private Agenturen sind auf diesem Gebiet aktiv. Fachzeitschriften veröffentlichen jährlich ein Hospital-Ranking, d.h. eine Rangliste von Krankenhäusern, um so den Leser über die „besten“ und die „schlechtesten“ Krankenhäuser zu informieren. Diese Ranglisten basieren zunehmend auf Struktur- und Prozessindikatoren inklusive eventueller Wartezeiten, beinhalten jedoch auch Indikatoren zum klinischen Ergebnis. Da Ranglisten oft verschiedene Methodiken benutzen, stellen sie oft keinen Vergleich dar. Die Korrelation zwischen den Ranglisten liegt gewöhnlich bei etwa 0,20. Dies bedeutet, dass ein Krankenhaus einen hohen Rang in der einen Liste einnehmen kann, während es in der anderen auf einem unteren Rang liegt. Leider gibt es noch wenig Auskunft darüber, wie sich Informationen zu Leistungen auf die Entscheidung der Verbraucher auswirken; Versicherungsgesellschaften geben jedoch an, dass sich immer mehr ihrer Kunden für Informationen zur Qualität der Krankenhäuser und der Fachärzte interessieren.

3. Wahlfreiheit für Verbraucher bei der Krankenversicherung

Ein Eckpfeiler der Marktreform betrifft die Erweiterung der Verbraucherauswahl im Krankenversicherungswesen (Maarse & Ter Meulen, 2006). Die neuen Bestimmungen zur Krankenversicherung gewähren jedem das Recht, zum Ende eines jeden Jahres zu einer anderen Krankenversicherungsgesellschaft zu wechseln oder eine andere Krankenversicherungspolice zu erwerben. Die Versicherungsgesellschaften müssen jeden Antragsteller in der Grundversicherung aufnehmen (unbeschränkte Beitrittsmöglichkeit) und können einen mit einem Teilnehmer abgeschlossenen Vertrag nicht einseitig kündi-

gen. Die Beendigungsmöglichkeit seitens des Versicherungsteilnehmers ist für den Wettbewerb unerlässlich und unterstreicht auch die individuelle Verantwortung der Versicherten im Krankenversicherungswesen.

Die Wahlfreiheit für Verbraucher ist im niederländischen Krankenversicherungswesen nichts Neues. Bereits vor der Marktreform von 2006 konnten sowohl Krankenkasenteilnehmer als auch Teilnehmer von privaten Krankenversicherungen jährlich wechseln, wobei sich die Anzahl der Wechsler als gering erwies. Laut Laske-Aldershof und Schut (2005) stieg der Anteil der überwechselnden gesetzlich Versicherten von 4,8 Prozent im Jahr 2001 auf 7,5 Prozent im Jahr 2005. Die Auswahl für den Verbraucher war im privaten Krankenversicherungsbereich schon immer größer. Laske-Aldershof und Schut meldeten hier Wechselraten von 12,7 Prozent im Jahr 2001 bis hin zu 15,4 Prozent im Jahr 2005. Sie fanden jedoch auch heraus, dass 2005 lediglich 3 Prozent der einzelnen Verbraucher absichtlich gewechselt hatten. Der relativ hohe Prozentsatz an Wechslern war hauptsächlich auf die Bedeutung der arbeitgeberbasierten Gruppenverträge zurückzuführen, die immer schon mehr schwankte als der Markt der Einzelverträge. Diesbezüglich sollte nicht vergessen werden, dass viele Teilnehmer privater Krankenversicherungen gewissermaßen „festsäßen“: Ein Wechsel war für sie sehr unattraktiv oder kaum möglich. Laske-Aldershof und Schut fassten weiter zusammen, dass die Verbrauchermobilität in den privaten Krankenversicherungen in den letzten Jahren vor der Reform im Jahr 2006 nicht wesentlich angestiegen sei.

Wie haben sich die neuen Bestimmungen zur Krankenversicherung auf die Entscheidungen der Verbraucher ausgewirkt? Entgegen der Vorhersagen der meisten Berichterstatter lag der Prozentsatz der Wechsler bei etwa 18 Prozent, was 3 Millionen Menschen entspricht. Im Jahr 2007 fiel der Prozentsatz an Wechslern jedoch auf 4,4 Prozent und im Jahr 2008 auf 3,5 Prozent (Vektis, 2008).

In ihrem Krankenversicherungsbericht machte die niederländische Gesundheitswettbewerbsbehörde folgende Feststellungen zur Verbrauchermobilität: Jüngere Menschen wechseln häufiger als Ältere; Personen, die ihre eigene Gesundheit als schlecht oder mittelschlecht beurteilen, wechseln weniger häufig als solche, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einstufen; Menschen mit höherer Bildung wechseln häufiger als niedrig Gebildete; Erwachsene mit einem Lebenspartner und einem oder mehreren Kindern wechseln häufiger als Alleinstehende; die Verbrauchermobilität ist in den drei Großstädten höher als andernorts (NZA, 2007b). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass bestimmte Menschengruppen offensichtlich mehr von ihrer Wahlfreiheit profitieren konnten als andere.

Die hohe Anzahl an Wechslern im ersten Jahr nach der Reform ist beachtlich, entspricht jedoch den andernorts gemachten Erfahrungen. Verschiedene Studien verzeichneten unmittelbar nach der Reform eine beträchtliche Verbrauchermobilität, was darauf hindeutet, dass Reformen das Potenzial haben, Versicherungsteilnehmer zu einem schnelleren Wechsel zu bewegen (z.B. Cutler & Reber, 1998). Es gibt gute Gründe, die hohe Anzahl von Kassenwechslern – den sogenannten Schockeffekt – als Einmaleffekt

der Versicherungsreform zu interpretieren. Erstens war die Einführung der neuen Bestimmungen zur Krankenversicherung von Massenwerbung seitens der Regierung und der Versicherungsanstalten begleitet worden, um jeden auf sein Recht des Versicherungswechsels aufmerksam zu machen. Eine zweite Erklärung ist, dass die Reform vielen Versicherungsteilnehmern die Gelegenheit gab, ihre Lage aufs Neue zu überprüfen. Familien etwa, deren Mitglieder durch eine Mischung aus gesetzlichen und privaten Versicherungen abgedeckt gewesen waren, konnten sich nun von einer einzigen Gesellschaft versichern lassen. Drittens konnten Privatversicherte, die in den vorherigen Jahren an ihre Versicherung gebunden waren, nun einen anderen Versicherer bzw. eine andere Krankenversicherungspolice abschließen (Douven et al., 2007). Als vierte und weitere triftige Erklärung für die steigende Verbrauchermobilität ist der rasante Marktzuwachs an Gruppenverträgen (siehe unten) nach der Reform zu nennen.

Haben diese Erklärungen Gültigkeit, so wird der beachtliche Rückgang der Verbrauchermobilität in den Jahren 2007 und 2008 nicht verwundern. Die zuletzt eingeführten Bestimmungen zur Krankenversicherung haben nicht mehr den Neuheitswert von 2006, und viele Versicherungsteilnehmer haben sicherlich bereits im Jahr 2007 die Gelegenheit ergriffen, ihre persönliche Versicherungslage umzugestalten. Viele der Befragten, die 2007 einen Wechsel nicht in Betracht zogen, gaben außerdem an, sie seien mit ihrem derzeitigen Versicherer zufrieden bzw. könnten keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Gesundheitspolitik zwischen den einzelnen Versicherungen erkennen (NZa, 2007b). Unzufriedene Versicherungsteilnehmer wechselten möglicherweise auch deshalb nicht, weil ihre Unzufriedenheit die kritische Schwelle nicht überstieg oder weil ihnen die Kosten eines Übertritts zu hoch waren. Weitere Gründe, die gegen einen Wechsel sprechen könnten, sind fehlende administrative Kompetenz oder zu geringes Produktinteresse gegenüber dem Krankenversicherungsschutz.

Diese Feststellungen führen zu dem Schluss, dass die sehr hohe Mobilitätsrate wohl eher auf einem Einmaleffekt der Marktreform beruhte und dass man in den Jahren 2007 und 2008 „zur Normalität zurückkehrte“. Für 2009 erwarten die Fachleute jedoch aufgrund vieler im Jahr 2006 abgeschlossener und nun auslaufender Gruppenverträge einen höheren Prozentsatz an Versicherungswechslern. Viele dieser Verträge hatten eine Laufzeit von drei Jahren. Der Markt für Gruppenverträge ist bekanntlich konkurrenzfähig.

Betrachten wir einmal das Konsumverhalten näher, so können wir Folgendes beobachten: Erstens bevorzugen die meisten Versicherungsteilnehmer eine Versicherung auf Sachleistungsbasis, allerdings ist der Marktanteil dieser Versicherungstypen von 67 Prozent im Jahr 2006 auf 53 Prozent im Jahr 2008 geschrumpft. Alternativen sind Versicherungen auf Kostenerstattungsbasis und solche, die sozusagen auf der Basis einer Kombination aus Sachleistungen und Kostenerstattungen funktionieren. Zweitens ist interessant, dass Krankenversicherungsverträge mit freiwilligem Eigenanteil in den Niederlanden nicht sehr attraktiv sind. Im Jahr 2008 wählten nur 5,2 Prozent der Teil-

nehmer einen freiwilligen Eigenanteil.² Drittens sind Zusatzversicherungen immer noch sehr beliebt. Im Jahr 2008 gaben etwa 95 Prozent der Teilnehmer an, eine solche Versicherung abgeschlossen zu haben und diese ist, im Gegensatz zur Kranken-Grundversicherung, freiwillig. Viertens hat die Marktreform einen beachtlichen Anstieg an Gruppenversicherungen bzw. Gruppenverträgen hervorgerufen. Der Bevölkerungsanteil mit solchen Verträgen stieg von etwas mehr als 20 Prozent in den Jahren 2004 und 2005 vor der Reform auf beinahe 60 Prozent im Jahr 2008³. Interessant daran ist jedoch die Tatsache, dass sich der Markt für Gruppenverträge im Jahr 2008 kaum vergrößerte, was auf eine natürliche Obergrenze für diesen Vertragsmarkt hindeuten könnte (Vektis, 2008).

Prämienrabatte (sowohl bei der Grundversicherung, als auch bei der Zusatzversicherung) sind die wichtigsten Vorteile von Gruppenverträgen, wobei auch sie Sondervereinbarungen für ihre Teilnehmer beinhalten können. So werden möglicherweise etwa die Kosten für spezielle Pharmazeutika, Hilfspersonal, Sportprogramme für ältere Menschen oder Sportkrankengymnastik erstattet. Einige Gruppenverträge mit Patientenvereinbarungen enthielten gesonderte Versorgungsvereinbarungen.

Es gibt zwei Arten von Gruppenverträgen. Arbeitgeberbasierte Verträge stellen bei Weitem die wichtigste Kategorie dar: Zwei Drittel aller Verträge waren im Jahr 2007 arbeitgeberbasiert. Die zweite Kategorie besteht aus offenen Gruppenverträgen, einer sehr heterogenen Kategorie. Es gab zum Beispiel Gruppenverträge für die sozialen Minima (unterzeichnet von den Kommunalverwaltungen), für ältere Menschen, für Gewerkschaftsmitglieder und für allgemeine Verbraucherorganisationen (Schut & De Bruijn, 2007). Interessanterweise schafften es einige Patientenverbindungen auch, Gruppenverträge für ihre Mitglieder zu erwirken; der Marktanteil dieser Patientengruppenverträge hat sich jedoch bisher sehr niedrig gehalten (weniger als 1 Prozent) (Bartholomé & Maarse, 2007).

4. *Das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Versicherungsgesellschaft*

Ein Eckpfeiler der Marktreform befasst sich mit der Rekonfiguration der Rolle der Versicherungsgesellschaften im Gesundheitswesen. Im Marktmodell funktionieren sie nicht nur als sozialer Mechanismus, der die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung garantiert (die *Zugangsfunktion*) und die Kosten einer medizinischen Versorgung deckt (die *Kostenerstattungsfunktion*), sondern auch als aktive Beschaffer von Gesundheits-

2 Man beachte, dass die Vereinbarung zur Schadensfreiheit im Jahr 2008 durch einen Pflichteigenanteil von 150 Euro ersetzt wurde.

3 In der Zeit vor der Reform profitierten hauptsächlich Privatversicherte vom arbeitgeberbasierten Gruppenvertrag. Bei solchen Verträgen bestanden sehr wenige Aufnahmeplätze für gesetzlich Versicherte.

pflege. Letztere Funktion wird als *Verwaltungsfunktion* der Versicherer beschrieben (Schut & Van Doorslaer, 1999) und kann als ausschlaggebender Aspekt des vertrags-schließenden Marktes erachtet werden, der als analytische Verbindung die Lücke zwischen den Versicherungsgesellschaften und den Leistungserbringerorganisationen (hier: Krankenhäuser) schließt.

Die Beschaffung betrifft ein wesentliches Element des geregelten Wettbewerbs. Ein Wettbewerb im Krankenversicherungswesen soll Versicherer dazu ermutigen, wirksame Einkaufsstrategien zu entwickeln und durchzuführen, um die eigene Position auf dem Krankenversicherungsmarkt zu stärken. Ein Wettbewerb unter Krankenversicherungen ohne Beschaffung kann sogar als sinnlos betrachtet werden. Die wahre Prüfung der Marktreform besteht nicht nur aus niedrigeren Prämien für die Krankenversicherung; es geht auch um die Frage, ob Versicherer im Hinblick auf Effizienz, Qualität, Innovation und Patientenausrichtung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitswesens machen können. Das vorrangige Instrument hierfür ist die Beschaffung bzw. der Einkauf.

Die Beschaffung kann als interaktive Beziehung zwischen Versicherer und Krankenhaus gesehen werden. Drei Faktoren beeinflussen dabei den Beschaffungsprozess zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer: (a) die soziale Natur der Beziehung; (b) die Marktstruktur; und (c) die Instrumentarien.

Die *soziale Natur* der Beziehung zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer ist geprägt von einem hohen Grad gegenseitiger Abhängigkeit, denn beide brauchen die Ressourcen des anderen und eine Substituierbarkeit scheint oft nur begrenzt möglich. Etablierte Leistungserbringer und Versicherer blicken auch auf eine langjährige Beziehung mit häufigen Kontakten zurück, die sie nicht so leicht aufgeben können. Da Verhandlungen „im Schatten der Zukunft“ stattfinden, gibt es oft nur begrenzten Raum für opportunistisches Verhalten oder knallharte „rationale“ Marktentscheidungen, insbesondere wenn die Gewinne vorher genau festgelegt sind.

Die *Marktstruktur* beeinflusst auch die Beschaffung. Ein knappes Angebot an Leistungserbringerorganisationen schwächt eindeutig die Verhandlungsmacht der Versicherungsanstalten; die grundlegende Frage ist jedoch, inwiefern die niederländische Krankenhausversorgung ein Problem mit einem knappen Angebot hat. Die Krankenhausversorgung stellt hierfür ein typisches Beispiel dar. Während die Krankenhausbranche des öfteren die Meinung äußerte, dass die benötigten Kapazitäten in der Krankenhausversorgung die bestehenden Kapazitäten bei Weitem überschreiten, so waren andere eher der Meinung, dass das Problem in der Krankenhausbranche nicht die mangelnde Kapazität, sondern die mangelnde Produktivität sei. Aufgrund des Zuwachses an selbständigen Behandlungszentren (siehe Kapitel 2) konnte das Defizit an Kapazitäten in mehreren Fachgebieten weitgehend oder völlig behoben werden.

Die Regierung versuchte auch, die Verhandlungsmacht der Versicherer zu stärken, indem sie deren Verpflichtung aufhob, mit jedem Leistungserbringer einen Vertrag schließen zu müssen. Die Wirksamkeit dieses *Instrumentariums* sollte jedoch nicht

überbewertet werden, da sich die selektive Vertragsvergabe an etablierte Leistungserbringer bisher nicht als realistische Option erwiesen hat. Man nenne nur das Beispiel einer großen Versicherungsanstalt, die sich aufgrund von überhöhten Preisen weigerte, mit einem Krankenhaus einen Vertrag abzuschließen. Diese Entscheidung rief eine landesweite Welle der Empörung hervor, so dass die Versicherung ihre Entscheidung bald zurückrufen musste.

Es ist anzumerken, dass die bilaterale Beziehung zwischen einem Versicherer und einem Krankenhaus in ein weitläufiges Umfeld gebettet ist, das den Beschaffungsprozess beeinflusst. Einer der relevanten Faktoren betrifft die Kaufkraft von Versicherungsgesellschaften. Obwohl der Einkauf in einem geregelten Wettbewerb als Schlüsselinstrument anzusehen ist, gibt es eindeutige Anzeichen dafür, dass er sich noch im Anfangsstadium befindet, und dass sowohl Versicherer als auch Krankenhäuser immer noch dabei sind, die neuen Regeln des Marktspiels zu lernen und ihre neue Rolle auszuformen. Sie müssen das für einen effektiven Einkauf benötigte Fachwissen erst aufbauen. Ein effektiver Einkauf erfordert auch den Zugang zu verlässlichen, detaillierten und zeitnah verfügbaren Informationen über die Leistungsstärke des Leistungserbringers auf Diagnose- und Behandlungsebene. Die Versicherungsgesellschaften investieren derzeit in diese Erweiterung ihres Grundwissens, denn sie verstehen sehr wohl, dass ein Mangel an wichtigen Informationen bezüglich der Qualität und der Kosten medizinischer Leistungen ihre Verhandlungsmacht schwächt.

Die Beziehung zwischen Versicherer und Krankenhaus wird auch stark von der Beziehung zwischen Versicherer und Verbraucher geprägt. Das Modell des Einkaufs basiert auf der Vorstellung, dass Versicherungsgesellschaften auf dem Vertragsmarkt im Namen ihrer Teilnehmer agieren. Sie sehen sich beim Verhandeln mit Leistungserbringern über Umfang, Qualität, Preise und Anderes als Vertreter ihrer Kunden. Ein direkter Einkauf durch den Kunden wird aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen dem Käufer und dem Leistungserbringer und der ansonsten schwachen Verhandlungsposition der meisten Einzelkunden als nicht durchführbar erachtet. In ihrer Rolle als „Dritte“ auf dem Vertragsmarkt stecken die Versicherer in einem ernsthaften Dilemma. Während die selektive Vertragsvergabe und das Steuern von Patienten in einem geregelten Wettbewerb als wesentliche Elemente des effektiven Einkaufs betrachtet werden, ist unsicher, ob solche Strategien beim Kunden gut ankommen. Aus Furcht vor Negativwerbung und Rufschädigung haben Versicherer die selektive Einkaufsstrategie bisher vermieden (ein anderer Grund war, dass sie die erforderlichen Informationen zu Kosten und Qualität nicht liefern konnten und organisatorisch nicht auf eine selektive Vertragsvergabe vorbereitet waren). Sie haben Bedenken, dass die meisten ihrer Kunden „ihren eigenen Arzt“ behalten wollten und „in ihrem eigenen Krankenhaus“ medizinisch behandelt werden wollen, und deshalb wehren sie sich gegen eine selektive Vertragsvergabe inklusive der damit einhergehenden Patientensteuerung.

5. Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern

Der Markt für Krankenhausversorgung war schon immer umkämpft. Es gab zum Beispiel Krankenhäuser, die versuchten, ihr geografisches Einsatzgebiet auf Kosten anderer Krankenhäuser zu erweitern oder solche, die sich einen *politischen* Wettstreit lieferten, um ihre Entwicklungspläne vom Gesundheitsminister genehmigt zu bekommen. Es gibt jedoch Indizien dafür, dass der gegenwärtige Markt um die Krankenhausversorgung kompetitiver als je zuvor geworden ist, und das obwohl noch mehrere marktformende Regierungsentscheidungen zur Krankenhausversorgung ausstehen oder erst wirksam werden müssen. Gupta Strategists (2005) stellte kürzlich nicht nur ein hohes Wettbewerbsniveau in „Randstad-Gebieten“ (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht) fest, sondern auch in vielen anderen Gebieten. Lediglich in ein paar Gebieten erwies sich der Wettbewerb als niedrig. Der Wettbewerb im Krankenhausesektor ist daher sicherlich nichts Neues.

Aufgrund von aktuellen Marktformen erwartet man jedoch für die Zukunft eine merkliche Intensivierung dieses Wettbewerbs. Krankenhäuser kämpfen immer mehr um Marktanteile. Dabei spielen Preisfixierung und Versorgungsqualität eine Schlüsselrolle. Was die Qualität angeht, so folgen Krankenhäuser dem momentanen Trend und interessieren sich nicht nur für eine Verbesserung der klinischen Versorgungsqualität, nein, sie haben auch begonnen, in die organisatorische Versorgungsqualität zu investieren. Einige Initiativen diesbezüglich sind: die Wiedereinführung von Einzelzimmern; die Umgestaltung der klinischen Behandlungspfade für kürzere Wartezeiten und eine patientenfreundlichere Krankenhausversorgung; die Einrichtung von Fachzentren für besondere Krankheiten und Behandlungen (z.B. Mamma-poli). Das ‚Aufpolieren‘ von Krankenhäusern durch zusätzliche nichtklinische Patientendienste und mehr Patientenkomfort wird auch zunehmend zu einem wichtigen Strategieelement von Krankenhäusern. Ein weiterer Aspekt bezüglich der Qualität betrifft den persönlichen Bereich. Viele Krankenhäuser investieren in einen besseren Kundenumgang seitens ihres Personals, indem sie eine optimale Kommunikation und die einwandfreie Behandlung der Patienten fordern. All diese Elemente hält man für wichtig hinsichtlich der Frage, wie Patienten die Krankenhausversorgung empfinden und bewerten.

Bisher wurden noch keine Krankenhausketten in den Niederlanden gegründet. Krankenhäuser agieren lieber als unabhängige Organisationseinheiten. Dennoch wird ihnen allmählich bewusst, dass sie durch die momentane Wettbewerbsschwelle wirksame gemeinschaftliche Vereinbarungen treffen werden müssen, um ihre Position auf dem Markt zu stärken. Diese Vereinbarungen sollen nicht nur als Kostensenkungsinstrument dienen, sondern auch als wirksame Methode, die Qualität der Versorgung zu verbessern, indem sie klinische Erfahrungswerte teilen, sich gegenseitig Patienten überweisen und Fachleute austauschen. Das wahrscheinlich wichtigste Ziel der Zusammenarbeit ist es

jedoch, der laufenden Verdichtung auf dem Krankenversicherungsmarkt entgegenzuwirken, wo im Jahr 2008 die „großen Vier“ fast 90% des Marktes innehatten.

In Kapitel 2 wurde kurz der rasante Zuwachs von selbständigen Behandlungszentren angesprochen. Obgleich diese neuen Leistungserbringerorganisationen bisher nur einen geringen Anteil der gesamten Krankenhausausgaben ausmachen (höchstens ein paar Prozent), sollte ihr Einfluss nicht unterschätzt werden. Allgemeinkrankenhäuser empfinden solche selbständigen Behandlungszentren quasi als Wettbewerbsbedrohung, was sie dazu veranlasst, ihren eigenen Leistungskatalog neu zu entwerfen, um wettbewerbsfähig zu bleiben, sowie die Krankenhausversorgung patientenfreundlicher zu gestalten. Die wahre Bedeutung von selbständigen Behandlungszentren für die Krankenhausversorgung besteht vielleicht sogar eher in ihrer Einwirkung auf die Leistung von Allgemeinkrankenhäusern (z.B. hinsichtlich Produktivität und Qualität der Versorgung), als in ihrem erworbenen Marktanteil. Eine von zahlreichen Krankenhäusern übernommene Strategie ist die, eigene selbständige Behandlungszentren einzurichten bzw. unternehmerischen Fachleuten in ihren Krankenhäusern aktiv Hilfestellung zu leisten. Ganz klar haben selbständige Behandlungszentren einen härteren Konkurrenzkampf auf bestimmten Gebieten der Fachversorgung hervorgerufen. Ihre endgültige Bedeutung für die Struktur der Krankenhausversorgung steht jedoch noch nicht fest.

Die Einführung von Konkurrenz auf dem Markt erfordert die Abschaffung des Systems eines festen Krankenhausbudgets, welches zur Kostenkontrolle eingeführt worden war (Maarse, 1996). Seit seinem Beginn im Jahr 1982 durchlief das System viele Änderungen, jedoch stellten diese Änderungen nie eine klare und eindeutige Verbindung zwischen Krankenhausfinanzierung und -leistung her. Das Finanzierungssystem bot keine starken Anreize für Effizienz. Weitere Probleme fanden sich in der wachsenden Kluft zwischen der Nachfrage und dem Budget für Krankenhauspflege, sowie in der mangelnden Transparenz hinsichtlich der Krankenhausausgaben.

Hierfür wurde ein vom Case-Mix abhängiges Zahlungssystem entwickelt, das sich auf Kombinationsleistungen für Diagnose und Behandlung („Diagnosis Treatment Combinations“ - DTCs) stützt und sowohl die stationäre wie auch die nicht-stationäre medizinische Versorgung mit einschließt. Derzeit gibt es etwa 30 000 DTCs. Es überrascht nicht, dass das DTC-System in seiner augenblicklichen Form aufgrund seiner ungeheuren Komplexität als unausführbar erscheint. Die Anweisungen zur Patientenkodierung wirken ebenfalls zweideutig. Viele Ärzte beschwerten sich über die Komplexität des neuen Systems, vergessen dabei jedoch oft, dass die Ärztegemeinschaft selbst bei der Entwicklung des neuen Systems sehr stark mit einbezogen wurde. Ein weiterer Grund zur Sorge ist die Möglichkeit, dass Ärzte und Krankenhäuser die Regeln des Systems missbräuchlich verwenden könnten. Aufgrund dieser und anderer Probleme wird es als ein Muss erachtet, das neue Finanzierungsmodell erheblich zu überarbeiten, um daraus ein robustes und verlässliches Instrumentarium der Krankenhausfinanzierung zu machen. Diese Überarbeitungen sind nun in die Wege geleitet worden.

Ein sehr wichtiges Element der aktuellen Marktreform in den Niederlanden ist die Erwartung, dass sie einen gewissen Preiswettbewerb in der Krankenhausversorgung ermöglicht. Zu diesem Zweck werden die finanziellen Einkünfte eines jeden Krankenhauses in zwei Segmente aufgeteilt. Im A-Segment wird der Tarif für jede DTC noch zentral und anhand von Höchsttarifen durch die niederländische Gesundheitswettbewerbsbehörde (*Nederlandse Zorgautoriteit - NZa*) reguliert. Hier gibt es keinen Preiswettbewerb zwischen Krankenhäusern, wobei selbständige Behandlungszentren niedrigere Preise anbieten können. Ein weiteres Hauptmerkmal des A-Segments ist die Tatsache, dass die Gesundheitswettbewerbsbehörde für jedes Krankenhaus eine jährliche Budgetgrenze festlegt. Übertreffen die Einkünfte eines Krankenhauses einmal diese Budgetgrenze, wird der Kostenüberschuss rückwirkend gegengerechnet. Aufgrund dieser Vereinbarung, in welcher DTCs nur als administratives Werkzeug genutzt werden, um für die Krankenhausversorgung aufzukommen, besteht für die Krankenhäuser kein Anreiz, im A-Segment „Überproduktion“ zu leisten. Im B-Segment steht es den Krankenhäusern und Versicherern jedoch frei, über die Preise für DTCs zu verhandeln. Im Gegensatz zum A-Segment gibt es im B-Segment auch keine Budgetgrenze.

Die Preiskonkurrenz begann in begrenztem Umfang im Jahr 2005, als 1246 DTCs aus 24 Kategorien – darunter Katarakte, Leistenbrüche, vollständiger Hüftgelenk- und Kniegelenkersatz sowie Diabetesbehandlungen – für den Preiswettbewerb freigegeben wurden. Krankenhäuser und Versicherer fingen an, Marktpreise für diese DTCs auszuhandeln. Im Jahr 2006 stellten sie etwa 7,3% der gesamten Krankeneinnahmen dar. Der Umfang für den Preiswettbewerb wurde 2007 auf 20% erweitert und wird 2009 weiter auf 34% erhöht werden. Diese Prozentsätze verdeutlichen, dass die Regierung eine umsichtige Implementierungsstrategie im Krankenhaus-Preiswettbewerb verfolgt.

Der Bruchteil der Einnahmen, für die der Preiswettbewerb bei den gesamten Krankeneinnahmen gilt, ist je nach Art des Krankenhauses unterschiedlich. Er ist für Allgemeinkrankenhäuser höher als für wissenschaftliche Zentren und variiert auch bei den medizinischen Fachrichtungen. Informationen der niederländischen Gesundheitswettbewerbsbehörde zufolge sind ausgehandelte Preise wesentlich wichtiger für die Orthopädie und die Augenheilkunde als für die Neurologie (NZa, 2007b).

Desweiteren sind noch verschiedene Fragen bezüglich der Preiswettbewerbspolitik abzuklären. Eine erste betrifft den ultimativen Spielraum für den Wettbewerb: Welcher Anteil der Krankenhausversorgung wird im freien Wettbewerb stehen? Werden es 70% sein wie in früheren Regierungsberichten vorausgesagt oder wird der Prozentsatz erheblich geringer ausfallen? Die Regierung bringt immer wieder den Punkt vor, dass einige Arten der Krankenhausversorgung, darunter die Notfallversorgung und die klinische Spitzenversorgung, ungeeignet für einen Preiswettbewerb sind. Für solche Leistungen muss eine andere Art der Finanzierung vereinbart werden. Eine zweite Frage betrifft die Kostenkontrolle. Werden der Wettbewerb und das gleichzeitige Anheben der Budgetgrenze einen unkontrollierbaren Anstieg der Krankenhausversorgungskosten verursachen? Aus diesem Grunde erklärte der Gesundheitsminister kürzlich, dass jegliche Er-

weiterung hinsichtlich des Umfangs des Preiswettbewerbs auf eine sorgfältige Auswertung der bisherigen Erfahrungen mit dem Wettbewerb gestützt sein muss. Er verkündete außerdem die Entwicklung eines neuen politischen Instrumentariums zur Einschränkung der wachsenden Krankenhausaussgaben, welches 2010 eingesetzt werden könnte, falls der Anstieg der Krankenhausaussgaben außer Kontrolle geraten sollte.

Bis jetzt gibt es einige Anzeichen dafür, dass ein Preiswettbewerb funktionieren könnte. Es gab weniger nominelle Preisanstiege im B-Segment als im A-Segment: 0% gegenüber 1,5% im Jahr 2006 und 2,1% gegenüber 2,5% im Jahr 2007 (die Preise von selbständigen Behandlungszentren sind in diesen Prozentsätzen nicht inbegriffen). Echte Preiserhöhungen im B-segment waren im Jahr 2006 im Durchschnitt sogar negativ (-1,2%) und im Jahr 2007 nur leicht positiv (0,5%) (NZa, 2008). Eine weitere interessante Feststellung war, dass die Preisanstiege generell am niedrigsten in jenen Fachgebieten waren, wo selbständige Behandlungszentren bereits den Markt erschlossen haben (Beispiele: Augenheilkunde, Urologie und Gastroenterologie). Die Frage ist natürlich, ob diese Ergebnisse nur von vorübergehender Dauer sind. Sie könnten außerdem dazu führen, dass die Kosten auf andere Sektoren der Gesundheitsversorgung verlagert werden, die nicht in die Gleichung miteinbezogen sind. Interessanterweise fand die niederländische Gesundheitswettbewerbsbehörde 2008 auch heraus, dass Versicherer mit einem großen Marktanteil niedrigere Preise aushandeln konnten als kleine Versicherer. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass Krankenhäuser es für sehr wichtig erachten, mit dem Marktführer ihrer Region Verträge abzuschließen. Was den Umfang der Krankenhausversorgung im Hinblick auf sein Wachstum betrifft, so meldete die niederländische Gesundheitswettbewerbsbehörde während der Zeit von 2005 bis 2007 ein größeres Wachstum des Umfangs im B-Segment als im A-Segment. Nach Ansicht der Behörde ist dies eventuell nur ein einstweiliger Registrierungseffekt des neuen Finanzierungsmodells. Es schließt die Möglichkeit eines angebotsbedingten Nachfrage-Effekts jedoch nicht aus (NZa, 2008).

Laut den jüngsten verfügbaren Informationen stehen die finanziellen Aussichten für Krankenhäuser ziemlich schlecht. Trotz eines merklichen Anstiegs an Krankeneinnahmen (6,3%) und an Krankenhausproduktivität (2%) erwies sich die „Gewinn“spanne als niedrig (1,1%) (SIRM, 2008).

Während der Markt für Krankenhausversorgung immer umkämpfter wird, fühlen sich die Krankenhäuser hinsichtlich des gefahrenen politischen Kurses der Regierung verunsichert. Zwei wichtige Punkte sollen diesbezüglich genannt werden. Der erste betrifft den Einfluss der Kostenkontrolle auf den Wettbewerb. Die Krankenhäuser behaupten, der Marktwettbewerb stehe im Widerspruch zur von der Regierung geführten zentralistischen Politik der Kostenkontrolle, insbesondere hinsichtlich der Einführung von Budgetgrenzen. Aber wird die Regierung tatsächlich davon absehen, ein solches Instrumentarium zu benutzen, wenn die Krankenhausaussgaben schneller als vorhergesehen steigen? Man befürchtet allgemein, dass die aktuelle Marktreform durch neue zent-

ralistische Interventionen beeinträchtigt wird, um den Anstieg an Krankenhausausgaben einzudämmen.

Die zweite Frage befasst sich im allgemeineren Sinne mit dem weiteren Kurs der Marktreform. An anderer Stelle haben wir die Einführung des Marktwettbewerbs in den Niederlanden als Entfaltungsprozess analysiert (Maarse & Bartholomé, 2008). Es begann mit einer ziemlich radikalen Umstrukturierung des Krankenversicherungsmarktes im Jahr 2006. Jedoch müssen noch verschiedene marktformende Entscheidungen getroffen werden, die besonders den Wettbewerb auf dem Markt für Krankenhausversorgung und die Beziehung zwischen Versicherer und Krankenhaus angehen. Die schrittweise Erweiterung des Umfangs des Preiswettbewerbs wurde bereits angesprochen. Ein weiteres Beispiel betrifft die Aufhebung der zentralistischen Krankenhausplanung und die gleichzeitige Einführung einer neuen Vereinbarung zur Finanzierung von Kapitalanlagen. Krankenhäuser, die den Markt befürworten, fördern die Durchführung dieser Marktformen, sind jedoch bezüglich ihres Inhalts etwas verunsichert. Sie befürchten, dass politische Veränderungen oder enttäuschende Meldungen zu den Auswirkungen des Marktwettbewerbs zu einem teilweisen Implementierungsprozess führen könnten, und das hieße, dass weitere marktformende Entscheidungen verschoben oder gar widerrufen würden.

Ein schönes Beispiel für diese Unsicherheit betrifft die profitorientierte Krankenhausversorgung. Diese Art der Krankenhausversorgung war schon immer ein heikles Thema im niederländischen Gesundheitswesen. Die Gesetzgebung zur Gesundheitsversorgung enthielt traditionsgemäß ein formales Verbot gegen profitorientierte Krankenhäuser, und als Folge daraus haben alle Krankenhäuser in den Niederlanden einen gemeinnützigen Status. Die frühere Regierung kündigte jedoch an, dieses Verbot als Teil seiner Marktreform aufzuheben, allerdings nicht vor 2012. Ein wichtiger Grund für diese vorsichtige Strategie war die Tatsache, dass sie das neue Zahlungssystem für Krankenhäuser, bei dem fallbasiert abgerechnet wird, nicht für stabil genug hielt, um die profitorientierte Krankenhausmedizin kurzfristig zuzulassen. Die neue Regierung, die seit 2007 im Amt ist, hat einen überarbeiteten marktformenden Vorschlag geliefert. Profitorientierte Krankenhäuser werden bis spätestens 2010 zugelassen; damit soll es Krankenhäusern erleichtert werden, Kapitalressourcen für Investitionen zu gewinnen. Es wird jedoch Einschränkungen insofern geben, dass Krankenhäuser ihren Gesellschaftern Investitionserträge zahlen können. Das Grundprinzip ist, dass jegliche Gewinne wieder in die Krankenhausversorgung investiert werden müssen. Die neue Regierung sieht Krankenhäuser als „soziale Unternehmen“, die sich in verschiedenster Hinsicht von reinen Unternehmen unterscheiden. Gewinnmaximierung wird nicht als zweckmäßiges Ziel der Krankenhausmedizin angesehen, und die in der Krankenhausversorgung erzielten Gewinne sollten prinzipiell für die Krankenhausversorgung einbehalten werden.

Der Krankensektor ist unzufrieden mit dem Konzept des sozialen Unternehmens, solange das Konzept die Tatsache beinhaltet, dass den Investoren keine Investitionserträge zufallen. Deshalb sprechen sie sich für Versuche mit gewinnorientierter

Krankenhausversorgung aus und betrachten Einschränkungen in der gewinnorientierten Krankenhausversorgung lediglich als halbe Implementierung. Diese Einschränkungen könnten außerdem den Marktwettbewerb untergraben, da sie den Krankenhausmarkt für fremde Anleger unattraktiv machen.

6. Der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt

Der Wettbewerb zwischen Versicherern auf dem Krankenversicherungsmarkt ist kein neues Phänomen im niederländischen Gesundheitswesen. Bei den privaten Krankenversicherungen gab es schon immer Konkurrenz auf dem Markt⁴. Außerdem gibt es unter den Krankenkassen seit 1991, dem Zeitpunkt da sie landesweit agieren durften, allerlei Wettbewerb. Der Einfluss dieser Maßnahme sollte jedoch nicht überbewertet werden. Krankenkassen agierten weiterhin hauptsächlich auf regionaler Ebene.

Die Marktreform von 2006 führte einen radikalen Wechsel gegenüber der alten Lage herbei. Sie rief einen intensiven Konkurrenzkampf zwischen Versicherern auf dem Krankenversicherungsmarkt hervor. Die Reform machte der traditionellen Trennung zwischen sozialer Krankenversicherung (Krankenkasse) und privater Krankenversicherung ein Ende. Überdies begannen alle großen Versicherungsgesellschaften, landesweit zu agieren. Das in Kapitel 3 erörterte unerwartet hohe Niveau an Verbrauchermobilität verdeutlicht den harten Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt. Im restlichen Teil dieses Kapitels wird eine Reihe von Strategien diskutiert, mit denen Versicherungsgesellschaften der neuen Situation beizukommen versuchen.

Die erste Strategie waren die *Zusammenschlüsse*. Diese Strategie war nicht neu. Während der Zeit von 1985 bis 2005 fiel die Anzahl der Krankenkassen zum Beispiel um 58 Prozent, die Anzahl der Privatversicherer um 57 Prozent. Im ersten Jahr der neuen Bestimmungen zur Krankenversicherung fiel die Anzahl der Kassen aufgrund von Zusammenschlüssen zwischen Krankenkassen und Privatversicherungen von 57 auf 33. Zusammenschlüsse haben zu einer beträchtlichen Marktverdichtung geführt. Gemäß den neuesten Zahlen halten die „vier Großen“ im Jahr 2008 einen Marktanteil von etwa 90 Prozent. Diese Entwicklung gibt aufgrund ihrer möglichen Folgen für den Wettbewerb und die Verbraucherauswahl Grund zur Sorge; die niederländische Wettbewerbsbehörde hat bisher jedoch noch keinen Zusammenschlüssen ihre Zustimmung verweigert.

Es gibt keine alleinige Erklärung für die Tendenz zur Verdichtung im Krankenversicherungswesen. Wichtige Gründe für einen Zusammenschluss waren die Notwendigkeit

4 Man beachte, dass Versicherungsprogramme für Beamte in den Niederlanden auch als Teil der privaten Krankenversicherung angesehen werden. Hier gab es keinen Wettbewerb.

größerer Effizienz (administrative Kosten) und die effektive Streuung von Risiken.⁵ Versicherer schlossen sich auch zusammen, um ihre Marktposition im Verhältnis zu anderen Versicherern und Leistungserbringerorganisationen zu verstärken. Der merkliche Rückgang der Anzahl von Versicherern im Jahr 2006 war eine direkte Folge der neuen Bestimmungen zur Krankenversicherung, welche die traditionelle Trennlinie zwischen Krankenkassen und Privatversicherern hinfällig machten.

Die Marktreform verursachte auch einen intensiven *Preiswettbewerb* unter den Versicherungsgesellschaften. Die vorherrschende Strategie war, durch niedrige Prämiensätze für die gesundheitliche Grund- und Zusatzversorgung sowie durch beachtliche Prämienrabatte für Gruppenverträge den eigenen Marktanteil zu vergrößern. Viele Gestaltungen brachten sogar Verluste ein, was von der Niederländischen Bank AG (*De Nederlandse Bank - DNB*) in ihrer Rolle als aufsichtsführende Instanz bestätigt wurde. Die DNB fand heraus, dass diese Gestaltungen zu Verlusten für die Grundversicherung von 563 Millionen im Jahr 2006 und zu 507 Millionen im Jahr 2007 führten (DNB, 2008). Die DNB meldete für das Jahr 2006 auch Verluste von 23 Millionen bei den Zusatzversicherungen, was wirklich ein ungewöhnliches Ergebnis darstellt, wenn man die Profitabilität dieses Versicherungstyps in der Zeit vor der Reform betrachtet.

Es ist offensichtlich, dass es so in Zukunft nicht weitergehen kann. In dieser Hinsicht ist unbedingt anzumerken, dass es Hinweise dafür gibt, dass der Preiswettbewerb im Krankenversicherungswesen den Höhepunkt bereits überschritten hat.

Ein Anhaltspunkt dafür ist die Tatsache, dass im Jahr 2008 der Unterschied zwischen der preislich höchsten und der niedrigsten Prämienrate von 75 Prozent der angebotenen Grundverträge 70 Euro betrug, verglichen mit 90 Euro im Jahr 2007 (Vektis, 2008). Ein weiterer Indikator war, dass die Marketing-Ausgaben von 84 Millionen im Jahr 2006 und 46 Millionen im Jahr 2007 auf 36 Millionen im Jahr 2008 fielen (BS Health Consulting, 2008). Die Prämienrabatte für Gruppenverträge tendieren auch zum Rückgang (6,9 Prozent im Jahr 2008, verglichen mit 7,3 Prozent im Jahr 2007).

Eine dritte Marktstrategie war, *Gruppenverträge* zu gewinnen. Wir haben bereits festgestellt, dass der Markt für Gruppenverträge nach Einführung der neuen Bestimmungen zur Krankenversicherung ein Wesentliches an Zuwachs verzeichnete. Die Krankenversicherer verstanden sehr wohl das Marktpotenzial von Gruppenverträgen, und sie boten möglichen Kunden (hauptsächlich Arbeitgebern, aber auch sogenannten offenen Gruppen) attraktive Prämienrabatte auf deren Grund- und Zusatzverträge in der Krankenversicherung.

Eine vierte Marktstrategie bestand darin, die unbeschränkte Beitrittsmöglichkeit für Zusatzversicherungen einzuführen. Dies geschah aus eigenem Antrieb, denn die Bestimmungen zur Krankenversicherung verpflichten die Versicherer nicht zur Aufnahme eines jeden Bewerbers. Die Strategie der unbeschränkten Beitrittsmöglichkeit zielte eindeutig darauf ab, neue Kunden anzulocken. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Ver-

⁵ Einige Privatversicherungen nutzten dieses Argument auch, um ihr Versicherungsportfolio an einen anderen Versicherer zu verkaufen.

sicherer ihren Kurs der unbeschränkten Beitrittsmöglichkeit für Zusatzversicherungen fortführen werden. Es gehen bereits Gerüchte um, dass die Versicherungsgesellschaften diesbezüglich immer kritischer werden und Aufnahmekriterien formulieren sowie Änderungen im Leistungspaket erwirken.

Ein letzter Punkt betrifft die Risikoauslese. Jegliche Risikoauslese durch Versicherer wird von den neuen Bestimmungen zur Krankenversicherung ausdrücklich verboten. Außerdem gibt es einen ausgeklügelten Risikoausgleichsplan, der Krankenversicherer für hohe Risiken entschädigt. Dennoch gibt es geschickte Methoden der Risikoauslese, beispielsweise das Aufstellen administrativer oder technischer Hindernisse, um Risikogruppen „abzuschrecken“, oder etwa das Entwickeln selektiver Marktstrategien, das auf „gesunde Gruppen“ abzielt. Versicherer können außerdem bei der Zusatzversicherung von der Risikoauslese Gebrauch machen, denn die Forderung der unbeschränkten Beitrittsmöglichkeit ist hier nicht verpflichtend. Die Risikoauslese spielt möglicherweise auch eine (versteckte) Rolle in Gruppenverträgen: Arbeitgeber oder offene Gruppen mit einer großen Anzahl an jungen oder gebildeten Angestellten sind die für einen Gruppenvertragsabschluss in Frage kommenden Vorzugsgruppen. Trotz des großen Repertoires an Mitteln zur Risikoauslese gibt es bisher keine oder nur dürftige empirische Nachweise für eine Risikoauslese im Krankenversicherungswesen. Bisher war die Strategie aller Versicherer, um ihren Marktanteil zu kämpfen.

Literatur

- Bartholomée Y, Maarse J. (2007). Empowering the chronically ill? Patient collectives in the new Dutch health insurance system.. *Health Policy*;84(2-3):162-169.
- BS Health Consulting (2008). *Stilte na de storm. Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. Haarlem (report).
- Cutler D, Reber S (1998). Paying for health insurance: the trade-off between and adverse selection. *Quarterly Journal of Economics*, 113(2): 433-466.
- Douven R, Lieverdink H, Ligthart M, Vermeulen I (2007). *Measuring annual price elasticities in Dutch health Insurance: a new method*. Utrecht: NZa
- Gupta Strategists (2005). *The pied piper of Hamelin. Which tunes are Dutch hospitals playing?* Amsterdam: report
- Laske-Aldershof T, F. Schut (2005). *Monitor verzekerdemobiliteit*. Rotterdam: iBMG (report).
- Maarse (1996). Fixed budgets in the inpatient sector: the case of the Netherlands. In: F. Schwartz, H.Glennester, R. Saltman (eds), *Fixing health budgets: experience from Europe and North-America*. Chicester/New York, John Wiley & Sons, 75-92.
- Maarse J, Ter Meulen R (2006). Consumer choice in Dutch health insurance after reform. *Health Care Analysis*, 14(1): 37-49.
- Maarse J, Bartholomée Y (2008). Course and impact of market reform in Dutch health care uncertain. *Intereconomics*, 43(4): 189-194..
- NZa (2007a). *Monitor special: De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg*. Utrecht (report).
- NZa (2007b). *Monitor zorgverzekeringsmarkt. De balans 2007*. Utrecht (report).
- NZa (008). *Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment*. Utrecht (report).
- Schut F, De Bruijn D (2007). *Collectieve verzekeringen en risicoselectie*. Rotterdam: iBMG (report).
- Schut F, Van Doorslaer E (1999). Towards a reinforced agency role of health insurers and in Belgium and the Netherlands. *Health Policy*, 48(1): 47-67.
- SIRM (Strategies in Regulated Markets) (2008). *Ziekenhuizen 2007. Analyse van de jaarverslagen van Nederlandse ziekenhuizen over 2007*. Report.
- Vektis (2008). *Verzekerdemobiliteit en keuzegedrag*. Zeist (report).

Wahl und Wettbewerb als normative Steuerungsinstrumente für die Krankenhausversorgung in der Schweiz

Friso Ross

Abkürzungen	359
I. Grundlagen	360
1. Überblick	360
2. Kernfragen von Wettbewerb und Regulierung	362
2.1. Die Rolle der Krankenhausversorgung	362
2.2. Kostenbegrenzung und -kontrolle	363
2.3. Normative Steuerung und die politische Diskussion	367
2.3.1. Die freie Wahl des Versicherers	367
2.3.2. Zusatzversicherer	368
2.3.3. Spitalangebot	368
2.3.4. Der Staat als Multiakteur	369
2.3.5. Wettbewerb und wettbewerbliche Elemente	370
2.3.6. Preisbildung und Tarife	370
3. Die Krankenhausversorgung	371
3.1. Leistungen im Krankenhaussektor	372
3.2. Organisationsstruktur des Krankenhaussektors	374
3.3. Rechtlicher Rahmen	378
3.4. Beziehung zwischen Patient, Leistungsträger und -erbringer	379
4. Wettbewerb und Gesundheitsversorgung	380
4.1. Verfassungsrechtliche Fundierung	380
4.2. Wettbewerbsrechtlicher Rahmen	381
4.3. Wettbewerb im Gesundheitswesen	382
II. Märkte – Wettbewerb und Regulierung in der Krankenhausversorgung	383
1. Verbraucherorientierte Anreize der Krankenhauswahl	383
1.1. Obligatorische Krankenversicherung	383
1.1.1. Recht auf Behandlung	383
1.1.2. Auswahl und Kostendeckung	384
1.1.3. Auswahl und Einweisung	386
1.1.4. Auswahl und Aufklärungspflicht	386
1.1.5. Auswahl und Information	387
1.1.6. Auswahl und Zugang	387
1.1.7. Eingeschränkte Auswahl aufgrund des Versicherungsverhältnisses	388
1.2. Zusatzversicherung	389
2. Verbraucherorientierte Anreize der Versicherungswahl	391
2.1. Obligatorische Krankenversicherung	391
2.1.1. Wahlfreiheit, Versicherungspflicht und Kontrahierungszwang	391
2.1.2. Wahlfreiheit und Pflichtmitgliedschaften nach Arbeits- oder Verbandsrecht	392
2.1.3. Leistungen und Prämien	392
2.1.4. Prämien bei besonderen Versicherungsformen	393