



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung

Schlussbericht

Forschungsprotokoll 9

Stephan Hammer (INFRAS)

Martin Peter (INFRAS)

Judith Trageser (INFRAS)

Neuchâtel

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Publikation auf www.obsan.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Stephan Hammer, Martin Peter, Judith Trageser
Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung

Begleitgruppe:

Stefan Spycher (Obsan)
Marie-Theres Furrer (BAG)
Paul Camenzind (Obsan)
Maik Roth (Obsan)

Forschungsprotokoll des Obsan
Oktober 2008

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Anschrift der Autoren:

INFRAS
Binzstrasse 23
Postfach
CH-8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95
Fax +41 44 205 95 99
zuerich@infrass.ch

Mühlemattstrasse 45
CH-3007 Bern

www.infrass.ch

Vorwort

Die Schweizerische Krankenversicherung sieht starke staatliche Rahmenbedingungen vor, enthält aber auch Elemente des Wettbewerbs. In der Literatur wird davon gesprochen, dass sich das Schweizerische System teilweise oder ganz nach den Vorschlägen der «Managed Competition» (Regulierter Wettbewerb) richtet. Wettbewerb ist in verschiedenen Bereichen vorgesehen. Namentlich zwischen den Krankenversicherern, den Leistungserbringer/innen und zwischen den Hersteller/innen von Hilfsmitteln und Medikamenten. Der Wettbewerb soll zu Ergebnissen führen, die man sich von ihm verspricht: Vorgegebene Produkte und Dienstleistungen werden möglichst günstig produziert bzw. aus einem vorgegebenen Budget wird das Maximum herausgeholt; der Wettbewerb soll weiter zu Prozess- und Produkte-/Dienstleistungsinnovationen führen.

Verschiedentlich wurde festgestellt, dass der Wettbewerb in der Krankenversicherung die in ihn gesetzten Hoffnungen noch nicht erfüllt hat. Kaum wird aber die Frage aufgeworfen, ob die betroffenen Akteur/innen überhaupt den Spielraum und die Instrumente haben, um auf die Anreize zum Wettbewerb zu reagieren. Den Vorschlägen zur Intensivierung des Wettbewerbs stehen aber auch Befürchtungen gegenüber. Es wird darauf hingewiesen, dass die Versicherten mit den an sie gestellten Erwartungen im Bereich der Informationssuche und -auswertung überfordert seien. Das Gesundheitssystem müsse nicht im Namen eines abstrakten Prinzips perfektioniert werden, sondern sich vielmehr den realen Bedingungen der Menschen und ihrer Unvollkommenheiten anpassen. Die Verstärkung des Wettbewerbsprinzips in der Krankenversicherung scheint somit Chancen und Risiken zu haben.

Mit dem vorliegenden Bericht will das Schweizerische Gesundheitsobservatorium einen vertieften Blick auf die Frage der Wettbewerbsparameter und der Wettbewerbsintensität in der Schweizerischen Krankenversicherung werfen. Dabei stehen zwei Leitfragen im Vordergrund:

- In welchen Bereichen ist in der Schweizerischen Krankenversicherung Wettbewerb vorgesehen, in welchem Ausmass findet Wettbewerb statt und welche Wettbewerbsparameter werden verwendet?
- Welche neuen und zusätzlichen Wettbewerbsparameter müssten unter Abwägung von Chancen und Risiken eingeführt werden, damit der Wettbewerb besser funktionieren kann?

Der entstandene Bericht von INFRAS ist sehr umfassend und versteht sich als Beitrag zur Diskussion rund um den Stellenwert von Wettbewerb in der Krankenversicherung, aber auch als Nachschlagewerk für all diejenigen Leser/innen, die sich für die hinter der Forderung nach «mehr Wettbewerb» stehenden Konzepte interessieren.

Neuenburg im Oktober 2008

Stefan Spycher
Paul Camenzind

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	7
1. EINLEITUNG	15
1.1. AUSGANGSLAGE	15
1.2. ZIEL UND FORSCHUNGSFRAGEN	16
1.3. METHODIK UND AUFBAU DES BERICHTS	18
2. GRUNDLAGEN	21
2.1. KONZEPT ZUR ANALYSE DER WETTBEWERBSINTENSITÄT	21
2.1.1. Begriffe	21
2.1.2. Marktabgrenzung	23
2.1.3. Konzept eines Wirksamen Wettbewerbs	26
2.1.4. Wettbewerbsindikatoren	29
2.2. KONZEPT ZUR BEURTEILUNG DER STAATLICHEN REGULIERUNG	31
2.2.1. Beurteilung der Staatlichen Regulierung: Vorgehen	32
2.2.2. Funktionsstörungen des Marktmechanismus	33
2.2.3. Gerechtigkeit als Begründung für staatliche Eingriffe	37
2.3. GRUNDZÜGE DER SCHWEIZERISCHEN KRANKENVERSICHERUNG	38
2.3.1. Kernelemente des KVG	38
2.3.2. Gesundheitsökonomische Einordnung der Kernelemente des KVG	42
2.3.3. Wettbewerbskonzept des KVG	44
3. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN VERSICHERERN	47
3.1. WETTBEWERBSPARAMETER DER VERSICHERER	47
3.1.1. Marktein- und austritt	47
3.1.2. Prämiengestaltung	48
3.1.3. Produktgestaltung	54
3.1.4. Weitere Wettbewerbsparameter	56
3.2. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN VERSICHERERN IN DER PRAXIS	56
3.2.1. Anreize	57
3.2.2. Potenzieller Wettbewerb	58
3.2.3. Prämienwettbewerb	59
3.2.4. Managed Care-Modelle	74
3.2.5. Weitere Wettbewerbsparameter	81
3.2.6. Analyse der Wettbewerbsintensität	83

4.	WETTBEWERB ZWISCHEN DEN LEISTUNGSERBRINGERN	97
4.1.	WETTBEWERB ZWISCHEN DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN	97
4.1.1.	Wettbewerbsparameter der Ärztinnen und Ärzte	97
4.1.2.	Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzte in der Praxis	99
4.2.	WETTBEWERB ZWISCHEN DEN SPITÄLERN	106
4.2.1.	Wettbewerbsparameter der Spitäler	106
4.2.2.	Wettbewerb zwischen den Spitälern in der Praxis	109
5.	IDEALTYPISCHE MODELLE DES REGULIERTEN WETTBEWERBS UND BEISPIELE	
	AUSLÄNDISCHER WETTBEWERBSMODELLE	119
5.1.	IDEALTYPISCHE MODELLE DES REGULIERTEN WETTBEWERBS	119
5.1.1.	Managed Competition-Modell (Enthoven)	119
5.1.2.	Value-Based Competition-Modell (Porter/Teisberg)	128
5.1.3.	Hinweise für eine Reform des KVG	133
5.2.	AUSLÄNDISCHE WETTBEWERBSMODELLE	138
5.2.1.	Niederlande	138
5.2.2.	Deutschland	147
5.2.3.	USA	154
6.	REFORMVORSCHLÄGE FÜR DIE SCHWEIZER KRANKENVERSICHERUNG	163
6.1.	REFORMVORSCHLÄGE DER LITERATUR	163
6.1.1.	Kernelemente der Reformvorschläge	163
6.1.2.	Aufhebung des Kontrahierungszwangs	165
6.1.3.	Risikoselektion	167
6.1.4.	Monistische Spitalfinanzierung	172
6.1.5.	Weitere Wettbewerbselemente	173
6.2.	POSITIONEN GESUNDHEITSPOLITISCHER AKTEURE	178
6.2.1.	Versicherer	178
6.2.2.	Leistungserbringer	186
6.2.3.	Öffentliche Hand	192
7.	FAZIT	203
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	209
	ANNEX: ANGABEN ZU DEN EXPERTENINTERVIEWS	211
	LITERATUR	215

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel und Methodik

Ausgehend von der Diskussion um die Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, stellt vorliegende Auslegeordnung die Grundlagen zur Stärkung der Wettbewerbselemente im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) dar. Es stellen sich folgende Fragen:

- › Welche Wettbewerbsparameter sind im KVG vorgesehen? Wie ist die Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen in der Praxis zu beurteilen?
- › Welche Wettbewerbselemente idealtypischer Modelle des regulierten Wettbewerbs und ausländischer Gesundheitssysteme könnten für die Schweiz von Interesse sein?
- › Welche Vorschläge zur Reform des KVG schlagen die Literatur und gesundheitspolitische Akteure vor?

Der Bericht befasst sich mit dem Wettbewerb im Markt der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzw. der Grundversicherung. Zudem werden wichtige Bezüge zwischen dem OKP-Markt und dem Zusatzversicherungsmarkt berücksichtigt. Analysiert werden der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern (nachfolgend „Versicherer“ genannt) und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Der Markt der Zulieferer (Hilfsmittel und Medikamente) wird nicht betrachtet. Bei den Leistungserbringern beschränkt sich die Auslegeordnung auf die Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen sowie die Spitäler.

Die Analyse der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringern erfolgt anhand des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs, das zwischen den Merkmalen Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis unterscheidet. Der Bericht stützt sich auf eine Dokumentenanalyse und ergänzende Experteninterviews.

Wettbewerb zwischen den Versicherern

Die Intensität des Wettbewerbs zwischen den Versicherern im OKP-Markt, der sich auf die Erreichung der Wettbewerbsziele (v.a. effiziente Ressourcenallokation) ausrichtet, ist gering:

- › Erstens ist der Wettbewerb zwischen den Versicherern im OKP-Markt durch gesetzliche Regulierungen eingeschränkt.
- › Zweitens findet heute zwischen den Versicherern kein transparenter Wettbewerb bezüglich Preis und Leistungen der Versicherungsprodukte statt. Der Wettbewerb fokussiert vor allem auf den Preis (Prämienwettbewerb), jedoch kaum auf die Qualität des Leistungsange-

bots. Die dominierende Wettbewerbsstrategie der Versicherer ist die Risikoselektion. Demgegenüber tritt der Wettbewerb hinsichtlich des Managements der Leistungskosten in den Hintergrund. Bei den Managed Care-Modellen treiben die Versicherer aufgrund der eigenen Interessen (Risikoselektion) und der Bedürfnisse der Versicherten (Wahlfreiheit) vor allem so genannte „Light-Modelle“ voran. Die „echten“ Managed Care-Modelle (mit Budgetverantwortung, Gatekeeping, Vernetzung und Qualitätssicherung) haben sich kaum verbreitet.

- › Drittens bestehen Hinweise, dass das Marktergebnis im Krankenversicherungsmarkt in Richtung einer effizienten Ressourcenallokation weiter verbessert werden kann.

Folgende Gründe sind für die geringe Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern im OKP-Markt massgebend:

- › Der Handlungsspielraum der Versicherer könnte in verschiedener Hinsicht erhöht werden, vor allem durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und grösseren Freiheiten bei der Gestaltung des Versicherungsvertrags (z.B. Flexibilisierung in zeitlicher Hinsicht).
- › Der bestehende Risikoausgleich führt dazu, dass eine Risikoselektionsstrategie im Vergleich zu einer Kostenmanagementstrategie für die Versicherer attraktiver ist.
- › Die „echten“ Managed Care-Modelle haben sich vor allem aufgrund ungenügender (finanzieller) Anreize für die Versicherten und dem bisher ungenügenden Risikoausgleich kaum verbreitet.

Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern

Ärztinnen und Ärzte

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten in ambulanten Praxen besteht kaum Wettbewerb. Hauptgrund für den fehlenden Wettbewerb ist der Kontrahierungszwang. Zusammen mit dem geringen Interesse der Versicherten, sich in der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken und der Einzelleistungsabrechnung führt der Kontrahierungszwang dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte kein Interesse und keine Notwendigkeit haben, sich gegenüber anderen Ärztinnen und Ärzten konkurrierend zu verhalten. Entsprechend haben sie ein geringes Interesse an Managed Care-Modellen (insbes. mit Budgetverantwortung) und an einem Preis-/Leistungsvergleich. Die Erfolge der „echten“ Managed Care-Modelle hinsichtlich Preis und Qualität der Leistungen zeigen, dass das Marktergebnis der Ärzteschaft noch wesentlich verbessert werden könnte. Ein weiterer Grund für die geringe Wettbewerbsintensität zwischen den Ärztinnen und Ärzten sind fehlende öffentlich zugängliche Informatio-

nen zur Qualität und zum Nutzen der erbrachten Leistungen. Damit fehlen den Patientinnen und Patienten wichtige Informationen zur Wahl der Ärztin bzw. des Arztes. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Patientinnen und Patienten über eigene Erfahrungen und informelle Informationen verfügen, die zu einem gewissen Qualitätswettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten führen.

Bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität zwischen den Ärztinnen und Ärzten ist jedoch wie folgt zu differenzieren:

- › Während zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten kaum Wettbewerb besteht, konkurrieren gewisse Spezialisten auf indirekte Weise (z.B. Werbung über Privatkliniken).
- › In ländlichen Regionen ist die Wettbewerbsintensität zwischen der Ärzteschaft geringer als in den Städten.
- › Der Trend in Richtung von Ärztenetzen könnte den Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten beleben.

Spitäler

Die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern im OKP-Markt ist gering, hat sich in den letzten Jahren jedoch leicht erhöht. Gründe dafür sind der Trend in Richtung einer leistungsorientierten Spitalplanung, die grössere Autonomie der Spitäler gegenüber den Kantonen und die ersten Ansätze zu separaten Tarifverhandlungen der Versicherer mit den Spitälern. Zudem ist davon auszugehen, dass die neue Spitalfinanzierung die Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen den Spitälern verbessert.

Bei den Spitälern besteht jedoch nach wie vor eine hohe Regelungsdichte, die den Wettbewerb zwischen den Spitälern im OKP-Markt massgeblich einschränkt. Wesentliche Hemmnisse im Hinblick auf eine Verstärkung des Wettbewerbs sind die föderalistischen Marktstrukturen (v.a. Spitalplanung), die Spitalfinanzierungsgrundsätze und die kantonal weit gehend einheitlichen Tarife. Weitere Hemmnisse sind fehlende transparente und vergleichbare Informationen zur Leistungsqualität der Spitäler, der Kontrahierungszwang und das mangelnde Interesse der Spitäler an integrierten Versorgungsmodellen bzw. an Managed Care-Modellen.

Idealtypische Modelle des regulierten Wettbewerbs

Die Auslegeordnung stellt die idealtypischen Modelle von Enthoven („Managed Competition-Modell“) und von Porter/Teisberg („Value-Based Competition Modell“) dar:

- › Enthoven stellt in seinem Modell den Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen in den Vordergrund. Durch diesen Wettbewerb sollen insbesondere die Vorteile integrierter Versorgungssystemen genutzt werden. Der Marktprozess soll von so genannten „Sponsoren“ bzw. „Einkaufskooperationen“ strukturiert und gesteuert werden. Die Sponsoren schliessen im Auftrag ihrer Versicherten Verträge mit verschiedenen Versicherungsmodellen ab und steuern den Marktprozess über kollektive Regeln (u.a. Einheitsprämie, einheitlicher Leistungskatalog und Risikoausgleich). Der Staat soll sich auf grundlegende Regulierungen (z.B. Durchsetzung des Wettbewerbsrechts) beschränken.
- › Porter/Teisberg erachten den Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringern um die Verbesserung des Nutzens (bzw. Werts) der Leistungen über den ganzen Behandlungszyklus als zentral. Wichtigstes Element zur Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern ist die Verfügbarkeit von Informationen zu den Behandlungsergebnissen. Porter/Teisberg gehen davon aus, dass die Fokussierung auf die Qualität der Leistungen entlang der Behandlungskette verstärkt zu koordinierten Angeboten der Leistungserbringer führen wird. Dem Staat kommt im Modell von Porter/Teisberg neben der Einführung einer obligatorischen Grundversicherung eine unterstützende Rolle zu (z.B. Bereitstellen von Grundlagen zur Information über die Qualität der Leistungen).

Das KVG berücksichtigt bereits einige regulatorischen Forderungen der beiden idealtypischen Modelle. Im Falle einer wettbewerbsorientierten Reform des KVG, könnten folgende Elemente dieser Modelle von Interesse sein:

- › Grösserer Handlungsspielraum für die Versicherer und die Leistungserbringer,
- › Verstärkung des Wettbewerbs auf der Ebene der Versicherungsmodelle,
- › Verstärkung des Wettbewerbs auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer, vor allem durch verbesserte Informationen zur Qualität der Leistungen.

Beispiele ausländischer Wettbewerbsmodelle

Folgende Wettbewerbselemente der Gesundheitssysteme der Niederlande, von Deutschland und den USA könnten für die Schweiz im Hinblick auf eine wettbewerbsorientierte Reform des KVG von Interesse sein (vgl. Tabelle 1):

WETTBEWERBSELEMENTE AUSLÄNDISCHER GESUNDHEITSSYSTEME	
Länder	Wettbewerbselemente
Niederlande	<ul style="list-style-type: none"> › Selektive Vertragsgestaltung (bzw. Aufhebung des Kontrahierungszwangs) › Morbiditätsorientierter Risikoausgleich › Diverses: Möglichkeit für die Versicherer, Gewinne zu erzielen; Anwendung des Wettbewerbsrechts; Bemühungen zur Verbesserung der Information über die Leistungsqualität; freie Mobilität der Patientinnen und Patienten
Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> › Individuelle Versicherungsmodelle der Krankenkassen: Hausarztmodelle, spezielle Modelle für strukturierte Behandlungsprogramme, integrierte Versorgung › Risikoausgleich: Berücksichtigung gesundheitsbezogener Faktoren (u.a. Ausgaben für die stationäre Versorgung und die Arzneimittelversorgung) › Diagnosebezogene Fallpauschalen in der stationären Behandlung
USA	<ul style="list-style-type: none"> › Erfahrungen mit Managed Care-Modellen › Erfahrungen mit dem Managed Competition-Modell (z.B. Stanford University) › Erfahrungen mit Instrumenten zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringer

Tabelle 1

Vorschläge für die Reform der Schweizer Krankenversicherung

Reformvorschläge der Literatur

Die Literatur schlägt mehrheitlich folgende Kernelemente zur Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG vor:

- › Aufhebung des Kontrahierungszwangs, ergänzt durch eine freie Preisbildung (Vergütungsformen und -höhen), die Anwendung des Kartellgesetzes auf den OKP-Markt und die Aufhebung der Spitalplanung,
- › Reduktion der Anreize zur Risikoselektion durch eine Reform des Risikoausgleichs oder risikoabhängige Prämien,
- › Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung.

Weiter werden u.a. die stärkere Vernetzung der Leistungserbringer und die Förderung von Managed Care-Modellen, die Aufhebung von wettbewerbsbeschränkenden Vorgaben für die Versicherer, verbesserte Informationen zur Qualität der medizinischen Leistungen, die Förderung der Gesundheitskompetenzen der Versicherten und die freie Spitalwahl gefordert.

Positionen der Akteure des Gesundheitswesens

Zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens besteht hinsichtlich folgender Aspekte des KGV weitgehend Konsens:

- › Die Krankenversicherung soll eine Sozialversicherung mit einem rechtsgleichen Zugang der Versicherten und solidarischer Finanzierung bleiben. Entsprechend werden das Versicherungsobligatorium, die Freizügigkeit der Versicherten, der einheitliche Grundleistungs-

katalog, einheitliche Prämien, der Risikoausgleich, die Kostenbeteiligung und die Prämienverbilligung unterstützt.

- › Zukünftig sollen Managed Care-Modelle (v.a. integrierte Versorgungsmodelle) verstärkt gefördert und die Informationen zur Qualität der Leistungen verbessert werden.

Hinsichtlich der Frage, ob und in welchem Ausmass die Wettbewerbselemente im KVG verstärkt werden sollen, sind sich die Akteure des Gesundheitswesens jedoch nicht einig. Die unterschiedlichen Positionen der Akteure bezüglich dieser Grundsatzfrage können am Beispiel der Positionen der Versicherer (bzw. von santésuisse) und den Kantonen (bzw. der GDK) deutlich gemacht werden:

- › Die Versicherer setzen sich für eine wettbewerbliche Reform des KVG ein. Von zusätzlichen Wettbewerbselementen im KVG erwarten die Versicherer eine Verstärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung aller Akteure, einen möglichst effizienten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen, die Förderung von Qualität und vermehrte Anreize für Innovationen.
- › Die GDK ist gegenüber wettbewerbsorientierten Reformen des KVG deutlich skeptischer. Ausgehend vom heutigen System sollten diejenigen wettbewerblichen oder planerischen Elemente verstärkt werden, die eine möglichst gute Erreichung der Ziele des KVG ermöglichen. Von einer Wettbewerbszunahme erwartet die GDK diesbezüglich nur beschränkt positive Wirkungen.

Die unterschiedlichen Grundpositionen der gesundheitspolitischen Akteure führen dazu, dass viele der von der Literatur vorgeschlagenen wettbewerblichen Reformmassnahmen umstritten sind, z.B. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die monistische Spitalfinanzierung.

Fazit

Vorliegende Auslegeordnung kann wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die gesundheitspolitischen Akteure sind sich darin einig, dass die Krankenversicherung eine Sozialversicherung bleiben soll.
2. Hinsichtlich einer allfälligen Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen vertreten die Akteure des Gesundheitswesens unterschiedliche Positionen. Entsprechend ist ein Grossteil der von der Literatur vorgeschlagenen Massnahmen zur Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG umstritten.

3. Zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler) besteht heute kaum Wettbewerb, der auf eine effiziente Ressourcenallokation abzielt.
4. Falls die Politik die Wettbewerbselemente im KVG verstärken will, lassen sich aus den Erfahrungen mit dem KVG, der Literatur, der ausländischen Erfahrungen und der Positionen der Akteure des Gesundheitswesens eine Reihe von Stossrichtungen und Massnahmen ableiten (vgl. Tabelle 2):

MÖGLICHE ANSÄTZE FÜR EINE WETTBEWERBLICHE REFORM DES KVG	
Stossrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> › Erhöhung des Handlungsspielraums der Versicherer und der Leistungserbringer bei der Gestaltung ihrer Produkte › Förderung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Leistungserbringern sowie zwischen Versorgungsnetzen › Verbesserung der Transparenz der Qualität der erbrachten Leistungen
Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> › Förderung von Managed Care: Differenzierter Selbstbehalt, grösserer Spielraum bei der Prämienreduktion, längere Vertragsdauer › Aufhebung des Kontrahierungszwangs (bzw. Vertragsfreiheit) › Bereitstellung von Grundlagen zur Verbesserung der Transparenz der Qualität der erbrachten Leistungen › Monistische Spitalfinanzierung › Aufhebung der Spitalplanung › Orientierung der Prämienverbilligung an den Angeboten der Versicherer mit den tiefsten Prämien

Tabelle 2

1. EINLEITUNG

1.1. AUSGANGSLAGE

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, sind die wettbewerblichen Elemente in der Schweizerischen Krankenversicherung verstärkt worden. Primäres Ziel dieser vermehrt marktwirtschaftlichen Ausrichtung der Krankenversicherung ist die Kosteneindämmung. Gleichzeitig enthält das KVG aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen eine Reihe regulierender Elemente, die den Wettbewerb im Gesundheitswesen bedeutend einschränken.

Die Wirkungsanalyse des KVG (BSV 2001) zeigt, dass die Ziele der Stärkung der Solidarität und einer angemessenen Leistungsversorgung erreicht werden konnten. Die angestrebte Kosteneindämmung ist jedoch noch nicht im gewünschten Mass erfolgt. Aus diesem Grund hat der Bundesrat beschlossen, die ökonomischen Anreize im KVG zu verstärken (vgl. Bundesrat 2004a). Damit sollen die wettbewerblichen Elemente weiter verstärkt bzw. ökonomische Fehlanreize beseitigt werden. Zu diesem Zweck sind unter Beizug externer Experten verschiedene Kernthemen untersucht worden.¹ Im Rahmen der 3. KVG-Revision schlägt der Bundesrat verschiedene Massnahmen zur Intensivierung des Wettbewerbs im KVG vor, die sich teilweise in parlamentarischer Beratung befinden.² Im Dezember 2007 hat das Parlament eine neue Spitalfinanzierung und eine Verlängerung sowie eine Ergänzung des Risikoausgleichs beschlossen.³ Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung tritt grundsätzlich im Jahr 2009 in Kraft. Einige Elemente der Revision treten erst im Jahr 2012 in Kraft. Die beschlossenen und die geplanten Reformen gehen jedoch hinsichtlich der Verstärkung des Wettbewerbs im Vergleich zu den Vorschlägen der Experten weniger weit.

Neben der Wirkungsanalyse des KVG und den Expertenarbeiten im Rahmen der 3. KVG-Revision liegen für die Schweiz verschiedene Analysen vor, warum der Wettbewerb in der Krankenversicherung noch nicht im gewünschten Ausmass funktioniert und wie er verstärkt werden könnte.⁴ Von den Veränderungen der ökonomischen Anreize wird in erster Linie eine effizientere Ressourcenallokation im Gesundheitswesen erwartet. Hintergrund der gesundheitsökonomischen Analysen ist ein explizites oder implizites idealtypisches wettbe-

1 Aufhebung des Kontrahierungszwangs (Oggier 2003), Monistische Spitalfinanzierung (Leu 2004a), Förderung von Managed Care (Moser 2004), Reform des Risikoausgleichs (Spycher 2004a), Kostenbeteiligung (Schmid 2003).

2 Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich (Bundesrat 2004b), Kostenbeteiligung (Bundesrat 2004c), Förderung von Managed Care (Bundesrat 2004e).

3 Vgl. Kapitel 2.3.1.

4 Vgl. Kapitel 6.1.

werbliches Modell des Krankenversicherungsmarktes, das innerhalb klarer staatlicher Regeln ein möglichst hohes Mass an Wettbewerb zulässt (sog. Modell des „regulierten Wettbewerbs“).

Die Verstärkung des Wettbewerbsgedankens im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren auch im Ausland zunehmend Fuss gefasst (vgl. u.a. Beck 2004). Einerseits führen Länder mit planwirtschaftlichen Gesundheitssystemen vermehrt Wettbewerbselemente ein (z.B. Grossbritannien). Andererseits wird der Wettbewerb in Systemen mit marktwirtschaftlichen Elementen (z.B. Niederlande, Belgien, Deutschland) verstärkt.

Aus gesundheitsökonomischer sowie gesundheits- und sozialpolitischer Sicht sind der Intensivierung des Wettbewerbs jedoch Grenzen gesetzt. Erstens weisen die im Gesundheitswesen erbrachten Dienstleistungen besondere Merkmale auf, die in nicht regulierten Märkten zu Marktversagen (bzw. zu suboptimaler Ressourcenallokation) führen (vgl. Kapitel 2.2.2). Beispielsweise erschweren Informationsunvollkommenheiten und die damit einhergehenden ungenügenden Gesundheitskompetenzen der Versicherten die Wahl zwischen verschiedenen Angeboten der Leistungserbringer. Zweitens erfordern die gesundheits- und sozialpolitischen Ziele des KVG (v.a. Solidaritätsziel) gewisse Grenzen des Wettbewerbsprinzips in der Krankenversicherung. Beispielsweise verlangt das KVG eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung. Zudem soll die Solidarität zwischen jungen und alten, gesunden und kranken sowie armen und reichen Versicherten sicher gestellt werden. Aus diesem Grund besteht in der Schweiz auf politischer Ebene beispielsweise weitgehende Einigkeit, dass an den Einheitsprämien (ergänzt durch die Primienverbilligung) anstelle von risikogerechten Prämien festgehalten werden soll (vgl. Kapitel 6.2). Die Herausforderung besteht darin, ein Modell eines regulierten Wettbewerbs zu konzipieren und umzusetzen, dass die Chancen des Wettbewerbs unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes (Marktversagen) sowie der gesundheits- sozialpolitischen Ziele möglichst weitgehend nutzt.

1.2. ZIEL UND FORSCHUNGSFRAGEN

Ausgehend von der Diskussion um die Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen stellt vorliegende Auslegeordnung die Grundlagen zur Stärkung der Wettbewerbselemente im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) dar. Es stellen sich folgende Fragen:

1. In welchen Bereichen sieht das KVG Wettbewerb vor? Welche Wettbewerbsparameter ermöglicht das KVG?

2. Wie ist die Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen in der Praxis zu beurteilen? Was sind die Ursachen hoher bzw. tiefer Wettbewerbsintensität?
3. Welche Wettbewerbselemente müssten gemäss idealtypischen Modellen des regulierten Wettbewerbs zur Verfügung stehen?
4. Welche Wettbewerbselemente bestehen in ausgewählten Ländern? Welche Erfahrungen wurden mit diesen Wettbewerbselementen gemacht? Welche Wettbewerbselemente könnten für die Schweiz von Interesse sein?
5. Welche Vorschläge zur Reform des KVG schlagen die Literatur und die in der Schweiz betroffenen Akteure des Gesundheitswesens vor?

Der Bericht befasst sich mit dem Wettbewerb im Markt der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzw. der Grundversicherung. Zudem werden aus Wettbewerbssicht wichtige Bezüge zwischen dem OKP-Markt und dem Zusatzversicherungsmarkt berücksichtigt. Analysiert werden der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern (nachfolgend „Versicherer“ genannt) und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Der Markt der Zulieferer (Hilfsmittel und Medikamente) wird nicht betrachtet. Bei den Leistungserbringern beschränkt sich die Auslegeordnung auf die Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen sowie die Spitäler.

Die Analyse des vom KVG ermöglichten Wettbewerbs bezieht sich auf die bestehende Regulierung und die beschlossenen Reformen (insbesondere neue Spitalfinanzierung und Ergänzung des Risikoausgleichs). Die weiteren vom Bundesrat im Rahmen der 3. KVG-Revision vorgeschlagenen Massnahmen sind nicht Gegenstand des Berichts. Erstens sind die Vorschläge des Bundesrates in den entsprechenden Botschaften dargestellt. Zweitens befinden sich die Massnahmen teilweise in parlamentarischer Beratung.

Als Modelle des regulierten Wettbewerbs werden generell Wettbewerbsmodelle verstanden, die durch regulatorische Eingriffe die Funktionsstörungen bzw. Marktversagen im Gesundheitsmarkt beheben wollen und damit auf eine effiziente Ressourcenallokation abzielen. Der Bericht stellt die Modelle von Enthoven („Managed-Competition-Modell“) und von Porter/Teisberg („Value-Competition-Modell“) dar. Enthoven hat mit seinem Modell nicht nur die wissenschaftliche Diskussion (u.a. in der Schweiz), sondern auch die gesundheitspolitische Praxis (u.a. in den USA und in den Niederlanden) massgeblich beeinflusst. Mit dem Modell von Porter/Teisberg wird den Ideen von Enthoven ein zweites idealtypisches Wettbewerbsmodell entgegengestellt, das in den letzten Jahren die wissenschaftliche Diskussion mitgeprägt hat.

Zur Beschreibung von Wettbewerbselementen ausländischer Gesundheitssysteme stellt der Bericht die Regulierungsmodelle der Niederlande, von Deutschland und den USA dar. Ziel ist die Identifikation von Wettbewerbselementen, die für die Schweiz von Interesse sein könnten, nicht jedoch eine vergleichende Analyse der Regulierungsmodelle der verschiedenen Länder. Die Auswahl der Länder begründet sich wie folgt:

- › Die Niederlande verfolgen ein Wettbewerbsmodell, das sich stark am Modell des regulierten Wettbewerbs von Enthoven orientiert. Im Vergleich zur Schweiz und zu anderen europäischen Ländern (z.B. Deutschland) sind die Niederlande in der Umsetzung dieses Modells weiter fortgeschritten.
- › Deutschland verfügt im Vergleich zur Schweiz über ein ähnliches Gesundheitssystem und hat im Jahr 2007 eine umfassende Reform des Gesundheitssystems durchgeführt. Diese Reform zielt unter anderem auf einen verbesserten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen sowie den Leistungserbringern ab.
- › Die USA verfügen über ein Gesundheitssystem, das sich stark am Wettbewerb orientiert. Zudem verfügen die USA über langjährige Erfahrungen mit Managed Care-Modellen und über gewisse Erfahrungen mit der örtlich begrenzten Umsetzung des Modells von Enthoven. Bei der Diskussion von Wettbewerbsparametern, die für die Schweiz von Interesse sein könnten, ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Gesundheitssysteme der USA und der Schweiz massgeblich unterscheiden.

1.3. METHODIK UND AUFBAU DES BERICHTS

Methodik

Die Analyse der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen; Spitäler) erfolgt anhand des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs (vgl. Kapitel 2.1.3). Konzeptionelle Grundlagen zur Beurteilung des Einflusses der heutigen Regulierung der Krankenversicherung auf die Wettbewerbsintensität im Gesundheitsmarkt sind die Funktionsstörungen des Marktmechanismus bzw. Marktversagens (vgl. Kapitel 2.2.2).

Der Bericht stützt sich auf eine Dokumentenanalyse und Experteninterviews:

- › Die Dokumentenanalyse dient erstens der Auswertung der Literatur, die sich auf das Schweizer Gesundheitswesen bezieht. Dabei wurden die gesetzlichen Grundlagen, die Wirkungsanalyse des KVG, weitere Forschungsarbeiten des BAG (bzw. des BSV), die gesundheitsökonomische Literatur und die Positionspapiere wichtiger gesundheitspolitischer Ak-

teure ausgewertet. Zweitens werteten wir zur Analyse der in den ausgewählten Ländern (Niederlande, Deutschland, USA) vorgesehenen Wettbewerbselemente und den damit gemachten Erfahrungen die verfügbare Literatur zu diesen Ländern aus.

- › In Ergänzung zur Dokumentenanalyse führten wir im Zeitraum Januar bis Februar 2008 zehn Interviews mit wichtigen gesundheitspolitischen Akteuren durch. Zudem erhielten wir schriftliche Stellungnahmen von zwei Organisationen.⁵ Die Interviews dienten der Beurteilung der Wettbewerbsintensität im Versicherer- und im Leistungserbringermarkt sowie der Diskussion von wettbewerbsorientierten Reformen. Ebenfalls in den Bericht eingeflossen sind die Stellungnahmen verschiedener Expertinnen und Experten des Schweizer Gesundheitswesens zum Entwurf des Schlussberichts (sog. „Review-Prozess“).

Aufbau des Berichts

Der Bericht ist wie folgt strukturiert:

- › Kapitel 2 stellt einerseits die konzeptionellen Grundlagen zur Analyse der Forschungsfragen dar. Dabei unterscheiden wir zwischen dem Konzept zur Analyse der Wettbewerbsintensität und dem Konzept zur Beurteilung der staatlichen Regulierung. Andererseits werden im Sinne einer Übersicht die Kernelemente und das Wettbewerbskonzept des KVG beschrieben.
- › Kapitel 3 befasst sich mit dem Wettbewerb auf dem Krankenversicherermarkt. Das Kapitel beschreibt die vom KVG ermöglichten Wettbewerbsparameter im Krankenversicherermarkt, beurteilt die Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern und zeigt die Gründe für die festgestellte Wettbewerbsintensität auf.
- › Kapitel 4 befasst sich mit den Wettbewerbsparametern und der Wettbewerbsintensität (inkl. Ursachen) im Leistungserbringermarkt (Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen und Spitäler).
- › Kapitel 5 stellt die idealtypischen Modelle des regulierten Wettbewerbs von Enthoven („Managed Competition Modell“) und Porter/Teisberg („Value-Based Competition“) sowie die Wettbewerbselemente der Gesundheitssysteme der Niederlande, von Deutschland und den USA dar. Zudem wird aufgezeigt, welche Wettbewerbselemente dieser Modelle bzw. Gesundheitssysteme für die Schweiz von Interesse sein könnten.
- › Kapitel 6 befasst sich mit Vorschlägen für zusätzliche Wettbewerbselemente in der Schweizerischen Krankenversicherung. Neben den Reformvorschlägen aus der Literatur werden

⁵ Die Liste der Interviewpartner sowie ein Beispiel eines Gesprächsleitfadens befinden sich im Annex.

die Positionen gesundheitspolitischer Akteure zu wettbewerbsorientierten Reformbestrebungen dargestellt.

› Kapitel 7 beinhaltet ein Fazit aus Sicht der Autorinnen und Autoren.

2. GRUNDLAGEN

Nachfolgend werden einerseits die konzeptionellen Grundlagen zur Analyse der Forschungsfragen dargestellt. Dabei unterscheiden wir einerseits zwischen dem Konzept zur Analyse der Wettbewerbsintensität (Kapitel 2.1) und dem Konzept zur Beurteilung der staatlichen Regulierungen (Kapitel 2.2). Andererseits werden im Sinne einer Übersicht die Kernelemente und das Wettbewerbskonzept des KVG beschrieben (Kapitel 2.3).

2.1. KONZEPT ZUR ANALYSE DER WETTBEWERBSINTENSITÄT

Das Konzept zur Analyse der Wettbewerbsintensität klärt wichtige Begriffe und grenzt den für die Analyse relevanten Markt ab. Zudem werden das Konzept eines wirksamen Wettbewerbs und die Wettbewerbsindikatoren dargestellt, die die Grundlage für die nachfolgende Analyse der Wettbewerbsparameter und der Wettbewerbsindikatoren auf dem Krankenversicherer- und dem Leistungserbringermarkt bilden.

2.1.1. BEGRIFFE

Wettbewerb

Wettbewerb im allgemeinen Sinn bedeutet die Existenz von Märkten mit mindestens zwei Anbietern oder Nachfragern, die sich konkurrierend verhalten. Die rivalisierenden Wirtschaftssubjekte streben durch den Einsatz eines oder mehrerer Aktionsparameter danach, ihren Zielerreichungsgrad zu Lasten anderer Wirtschaftssubjekte zu verbessern (Schmidt 2005). Betreffend die hier interessierenden Märkte bedeutet Wettbewerb die Rivalität der Versicherer um die Gunst der Versicherten und die Konkurrenz der Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte; Spitäler) hinsichtlich der Patientinnen und Patienten.

In einer Marktwirtschaft wird davon ausgegangen, dass Wettbewerb das dominierende Verfahren ist, um wirtschaftliche Entscheidungen (Knappheitsprobleme) zu koordinieren und dabei bestmögliche Ergebnisse zu gewährleisten. Im Einzelnen geht es um die Fragen, was, wie viel, wie, zu welchem Preis und für wen produziert werden soll. Da die Klärung dieser Fragen nach Ansicht der Vertreter des Marktsystems kaum „von oben“ planbar ist, setzen sie auf den Wettbewerb als effizientes Allokationsinstrument.

Funktionen des Wettbewerbs

Die Funktionen des Wettbewerbs wurden in der wettbewerbstheoretischen Literatur unterschiedlich definiert. Die in den wettbewerbpolitischen Leitbildern entwickelten Zielkomplexe lassen sich in die Wettbewerbsfreiheit sowie statische und dynamische Wettbewerbsfunktionen unterscheiden (vgl. Tabelle 3):

FUNKTIONEN BZW. ZIELE DES WETTBEWERBS	
Arten von Wettbewerbsfunktionen	Wettbewerbsfunktionen
Wettbewerbsfreiheit ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> › Gewährleistung der wirtschaftlichen Handlungs- und Wahlfreiheit › Kontrolle der wirtschaftlichen Macht
Statische Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> › Lenkung der Angebotszusammensetzung › Allokationsfunktion: optimale Faktor- bzw. Ressourcenallokation › Verteilungsfunktion: leistungsgerechte Einkommensverteilung
Dynamische Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> › Anpassungsflexibilität › Anreiz zu technischem Fortschritt (Innovation)

¹⁾ In der wettbewerbstheoretischen Literatur ist teilweise umstritten, ob der Zielkatalog auch die Wettbewerbsfreiheit umfassen soll (Schmidt 2005)

Tabelle 3 Quelle: Schmidt 2005, Knieps 2005

Wir schlagen vor, uns bei den Funktionen des Wettbewerbs primär auf das Ziel der effizienten Ressourcenallokation zu konzentrieren und die Gewährleistung der übrigen Wettbewerbsfunktionen ergänzend zu berücksichtigen. Die Forderung nach effizienter Ressourcenallokation verlangt, dass die knappen Ressourcen auf dem Gesundheitsmarkt so eingesetzt werden, dass die Nachfrage optimal befriedigt (Sommer 1999) und das optimale Niveau der Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen (bzw. die optimale Aufteilung zwischen Dienstleistungen des Gesundheitswesens und anderen Gütern) erreicht wird. Im Vordergrund steht die Frage der optimalen Aufteilung der im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel zwischen und innerhalb der einzelnen Gesundheitsbereiche.⁶

Wettbewerbsparameter

Unter dem Begriff Wettbewerbsparameter verstehen wir die Möglichkeiten eines Versicherers (bzw. eines Leistungserbringers), sich gegenüber seinen Konkurrenten einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Primäre Wettbewerbsparameter sind der Preis (Prämie bzw. Kosten der Gesundheitsleistungen) und die Qualität des Produkts. Entsprechend können sich die

⁶ Zu berücksichtigen ist, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen gemäss der Konzeption des KVG primär der Kosteneindämmung dienen soll und das hier vorgeschlagene Ziel der Allokationseffizienz breiter gefasst ist.

Versicherer (bzw. die Leistungserbringer) grundsätzlich durch Kostenführerschaft (wirtschaftlichere Planung, Herstellung und Vermarktung eines vergleichbaren Produkts im Vergleich zur Konkurrenz) und die Produktdifferenzierung (inkl. Qualität) einen Wettbewerbsvorteil erzielen (vgl. auch Porter 1999).

Weitere Wettbewerbsparameter sind gemäss dem von uns verwendeten Konzept eines wirksamen Wettbewerbs (vgl. Kapitel 2.1.3) die Servicequalität, die Werbung/ Öffentlichkeitsarbeit, das Verhalten gegenüber der Konkurrenz (kooperatives vs. nicht kooperatives Verhalten) und Investitionen in Forschung und Entwicklung. Die Wettbewerbsparameter im Gesundheitsmarkt werden u.a. von strukturellen Faktoren beeinflusst, insbesondere von Marktzutrittsschranken, der Möglichkeit zur Produktdifferenzierung und der Markttransparenz.

Wettbewerbsintensität

Die Wettbewerbsintensität bezeichnet den Grad des Wettbewerbs in einer Branche. Nach Porter 1999 wird die Wettbewerbsintensität einer Branche durch fünf Wettbewerbskräfte bestimmt: Bedrohung durch neue Anbieter (bzw. Mitbewerber), Verhandlungsstärke der Lieferanten, Verhandlungsstärke der Abnehmer, Bedrohung durch Ersatzprodukte oder -dienstleistungen, Grad der Rivalität zwischen den bestehenden Wettbewerbern.

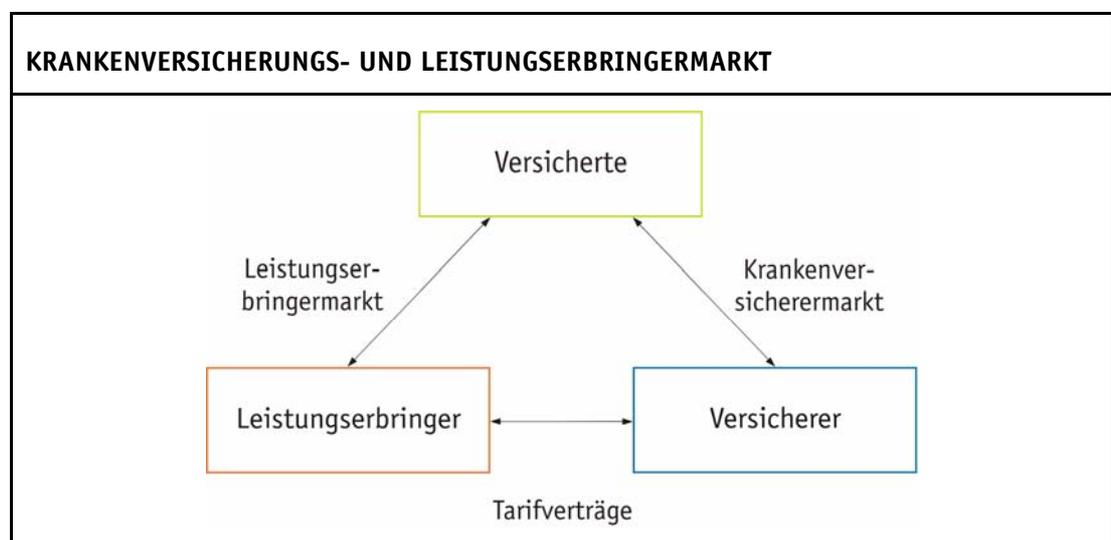
Aufgrund von normativen und methodischen Schwierigkeiten bei Ansätzen zur Quantifizierung der Wettbewerbsintensität beurteilen wir die Wettbewerbsintensität zwischen Versicherern und zwischen Leistungserbringern (Ärztenschaft und Spitäler) anhand des Konzepts des wirksamen Wettbewerbs annäherungsweise in qualitativer Form (vgl. Kapitel 2.1.3).

2.1.2. MARKTABGRENZUNG

Wichtige Voraussetzung zur Beurteilung der Wettbewerbsintensität eines Marktes ist die Abgrenzung des entsprechenden Marktes bzw. die Definition der relevanten Teilmärkte (Gaynor/Haas-Wilson 1999). In der Wettbewerbspolitik dienen Marktabgrenzungen vor allem der Untersuchungen der Zulässigkeit von Unternehmenszusammenschlüssen. Beurteilt wird insbesondere, ob ein potenziell fusioniertes Unternehmen auf dem relevanten Markt eine marktbeherrschende Stellung einnimmt und damit den Wettbewerb beschränkt. Bei der Analyse der Wettbewerbsintensität des Gesundheitswesens dient die Marktabgrenzung dem-

gegenüber der Abgrenzung der zu analysierenden Teilmärkte (Krankenversicherermarkt und Leistungserbringermarkt).⁷

Bei der Marktabgrenzung orientieren wir uns am Konzept des relevanten Marktes (vgl. Knieps 2005). Gemäss diesem Konzept sind zur Abgrenzung der beiden betrachteten Teilmärkte vor allem die möglichen Substitutionsbeziehungen (Angebots- und Nachfragesubstitutionsmöglichkeiten) und die räumlichen Dimensionen von Bedeutung. Neben dem Wettbewerb im Markt (über Preis, Qualität, Service) ist auch der Wettbewerb um den Markt (Ziel wäre Ausschluss von Konkurrenten) zu betrachten (Friederiszick 2006).



Figur 1 Eigene Darstellung

Die Analyse des Wettbewerbs im Gesundheitswesen nehmen wir anhand der beiden Teilmärkte der Krankenversicherer und der Leistungserbringer vor (vgl. Figur 1). Wie erwähnt beziehen wir den Markt der Zulieferer (Hilfsmittel und Medikamente) nicht in unsere Betrachtungen mit ein. Bei den Leistungserbringern beschränkt sich die Analyse auf die Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen und die Spitäler. Der Krankenversicherermarkt beinhaltet den Wettbewerb der Versicherer mit Versicherungsangeboten um die Gunst der Versicherten. Der Leistungserbringermarkt betrifft die Konkurrenz der Versorger um die Gunst der Patientinnen und Patienten. Die Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen den beiden Teilmärkten dar. Die

⁷ Im Gesundheitswesen kann ein Markt ohne jegliche Regulierung nur sehr bedingt als Referenzzustand beigezogen werden, weil die in diesem Markt auftretenden Marktversagen (vgl. Kapitel 2.2.2) dazu führen, dass kein effizientes Marktergebnis resultiert.

Tarifverträge sind ein zentraler Bestandteil der Versicherungsangebote der Versicherer und gleichzeitig eine wichtige Voraussetzung für die Leistungserbringer, zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzw. der Grundversicherung tätig zu sein. Die Ziele des Wettbewerbs (v.a. effiziente Ressourcenallokation) können entweder über den Wettbewerb im Versicherermarkt und/oder über den Wettbewerb im Leistungserbringermarkt erreicht werden:

- › Sollen die Wettbewerbsziele primär über den Wettbewerb zwischen den Versicherern erreicht werden, steht die Konkurrenz der Versicherer um die Versicherten im Vordergrund. Die Versicherer versuchen, mit attraktiven Versicherungsangeboten (bzw. -modellen) die Versicherten als Kunden zu gewinnen. Über die Leistungsverträge, die in die Gestaltung der Versicherungsangebote einfließen, sollen die Leistungserbringer zu einer effizienten Versorgung angehalten werden.
- › Sollen die Wettbewerbsziele primär über den Leistungserbringermarkt erreicht werden, stellt der Preis- und Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer um die Patientinnen und Patienten den treibenden Faktor dar.
- › Zur Zielerreichung kann der Wettbewerb auf beiden Teilmärkten auch kombiniert werden.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird gemäss der heutigen Regelung der Krankenversicherung (KVG, VVG⁸) durch die Versicherten und den Staat⁹ finanziert. Seitens der Versicherten sind drei Finanzierungsquellen zu berücksichtigen, die bei der Abgrenzung des Versicherer- und des Leistungserbringermarktes von Relevanz sind:

- › Die im Grundleistungskatalog aufgeführten Leistungen werden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt (OKP-Markt). Dabei haben die Nachfrager eine Kostenbeteiligung zu tragen.
- › Gewisse zusätzliche Leistungen (z.B. alternative Medizin, Zahnärzte, Halbprivat- und Privatabteilungen in Spitälern, etc.) können über Zusatzversicherungen finanziert werden (Zusatzversicherungsmarkt).
- › Ein Teil der Leistungen (z.B. Selbstmedikation) geht direkt zu Lasten des Nachfragers („Out of Pocket“-Finanzierung).

⁸ Versicherungsvertragsgesetz.

⁹ Investitions- und Betriebsbeiträge der Kantone und Gemeinden an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler und Prämienverbilligung der Kantone und des Bundes.

Bei der Analyse des Krankenversicherermarktes konzentrieren wir uns primär auf den OKP-Markt. Da zwischen dem OKP-Markt, dem Zusatzversicherungsmarkt und dem „Out of Pocket“-Bereich Substitutionsmöglichkeiten bestehen, sind diese Teilmärkte jedoch ebenfalls relevant und werden in der Analyse angemessen berücksichtigt.

In räumlicher Hinsicht ist für die Marktabgrenzung von Bedeutung, dass die Versicherer gemäss KVG je Kanton unterschiedliche Produkte anbieten können und nach Kantonen differenzierte Prämien berechnen müssen. Die Prämien werden innerhalb der Kantone teilweise auch zwischen verschiedenen Prämienregionen differenziert. Der relevante Markt zur Analyse der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern ist damit der kantonale Markt bzw. die Prämienregionen (grössere Kantone sind in zwei bis drei Prämienregionen unterteilt). Entsprechend sehen wir vor, bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern die kantonalen Unterschiede angemessen zu berücksichtigen. Eine detaillierte Marktanalyse auf Kantonsebene ist jedoch nicht möglich.

Bei den Leistungserbringern konzentrieren wir uns auf die kostenmässig bedeutendsten Bereiche der Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen sowie der Spitäler. Bei diesen Leistungserbringern ist die Substituierbarkeit eingeschränkter, weil Gesundheitsleistungen in der Regel örtlich gebunden sind. Entsprechend ist die räumliche Abgrenzung der Produktionsseite grösstenteils an das örtliche Auftreten der Nachfrage gebunden.¹⁰ Bei der Analyse sind die Segmentierung des Teilmarktes nach Dienstleistungen (Substitute, z.B. ambulante vs. stationäre ärztliche Behandlung; Grundversicherung vs. Zusatzversicherungen vor allem bei den Spitälern) sowie die räumliche Abgrenzung (regionale/kantonale Versorgung) zu berücksichtigen. Grundsätzlich gilt beim Leistungserbringermarkt die Abgrenzung „Schweiz“, wobei wir uns bei der Analyse der Reformvorschläge vorbehalten, diese Grenze allenfalls zu lockern.

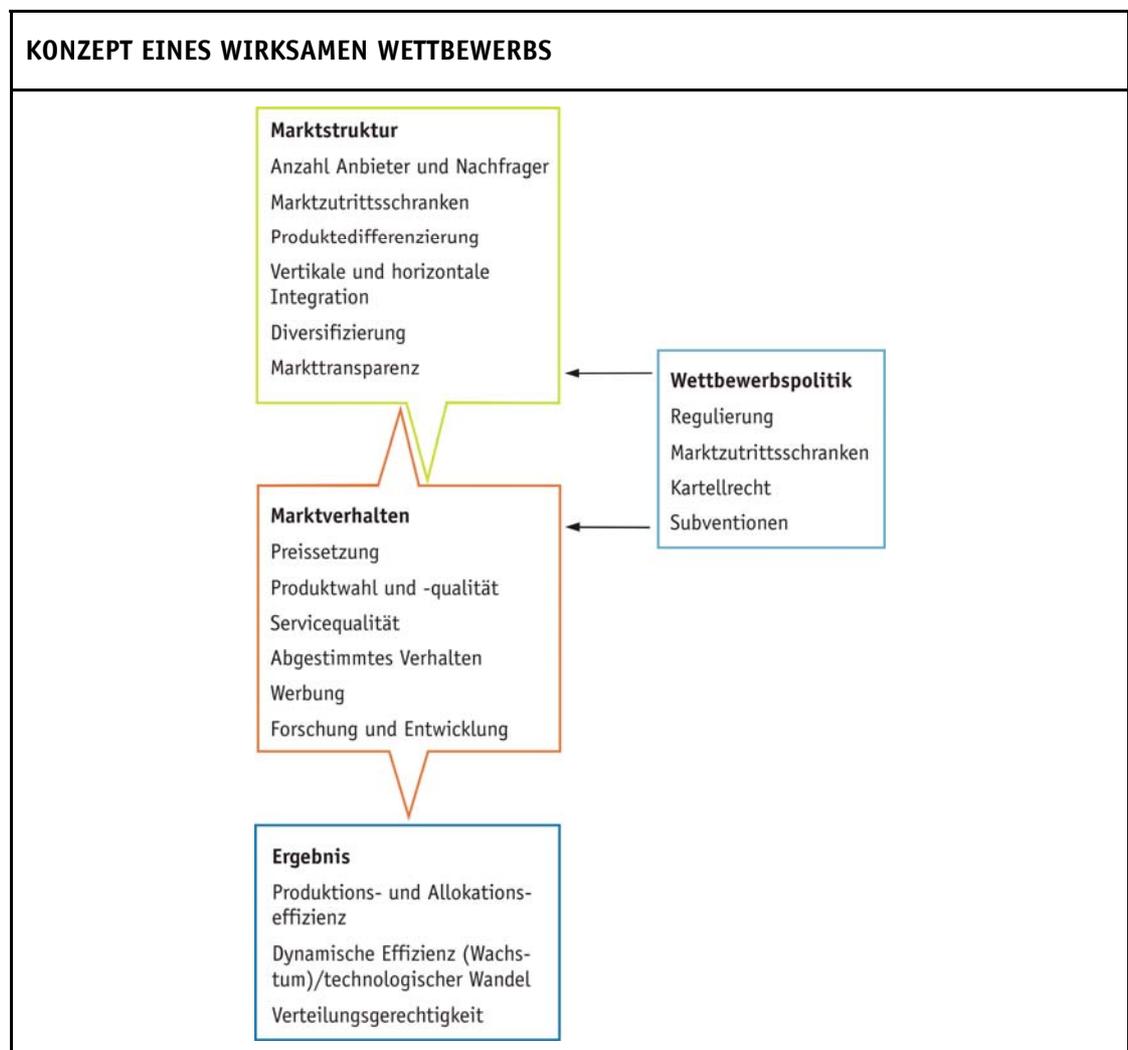
2.1.3. KONZEPT EINES WIRKSAMEN WETTBEWERBS

Zur Analyse der Wettbewerbsparameter und der Wettbewerbsintensität auf den beiden Teilmärkten (Versicherermarkt und Leistungserbringermarkt) und zur Analyse der staatlichen Regulierung auf den Wettbewerb orientieren wir uns am Konzept eines wirksamen Wettbewerbs (Schmidt 2005). Der Begriff des wirksamen Wettbewerbs hat seinen Ursprung in den „Workability“-Konzepten der traditionellen Harvard-Schule der fünfziger Jahre und wurde

¹⁰ Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) weist darauf hin, dass heute bereits 13 Prozent der Behandlungen ausserkantonale durchgeführt werden. Sie geht davon aus, dass die künftig freie Spitalwahl diesen Anteil noch erhöhen wird bzw. regulatorisch zumindest nicht mehr einschränken wird.

seither abwechselnd mit dem synonym verwendeten Begriff des funktionsfähigen Wettbewerbs von beinahe jeder Wettbewerbsschule (mit wechselndem Inhalt) verwendet. Wirksamer Wettbewerb soll dabei die in einem Markt handelnden Unternehmen immer wieder anspornen, den Ressourceneinsatz zu optimieren, die Produkte und Produktionskapazitäten an die äusseren Bedingungen anzupassen sowie neue Produkte und Produktionsverfahren zu entwickeln (Bundesrat 1994).

Das Konzept eines wirksamen Wettbewerbs unterscheidet zwischen den Merkmalen Marktstruktur („Market Structure“), Marktverhaltens („Market Conduct“) und Marktergebnis („Market Performance“) (vgl. Figur 2).



Figur 2 Quellen: Scherer/Ross 1990, eigene Ergänzungen aufgrund von Schmidt 2005 und Knieps 2005.

Kern des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs ist der von der Harvard School entwickelte so genannte „Structure-Conduct-Performance“-Ansatz, der in der Folge durch weitere Wettbewerbsschulen und neue Erkenntnisse weiter entwickelt wurde (z.B. Ergänzung durch Rückkoppelungseffekte und dynamische Aspekte, etc.). In der Wirkungslogik des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs führen die Marktstruktur und das Marktverhalten zum Marktergebnis. Zwischen den drei Merkmalen bestehen jedoch Wechselbeziehungen und Rückkopplungen. Neuere Ansätze (z.B. Spieltheorie) zeigen zudem, dass sich Marktergebnis, -struktur und -verhalten simultan in endogener Weise am Markt ergeben. Die Entwicklung der Merkmale wird durch die Randbedingungen (exogener Variablen) und das Verhalten der Unternehmen bestimmt (vgl. Knieps 2005). Damit erhält das Marktverhalten im Vergleich zum ursprünglichen „Structure-Conduct-Performance“-Ansatz der Harvard School eine wesentlich grössere Bedeutung.

Wettbewerb wird als dynamischer Prozess verstanden, der durch eine Folge von Vorstoss- und Verfolgungsphasen gekennzeichnet ist. Der Wettbewerbsdruck soll die Akteure zu einem ökonomisch rationalen Verhalten zwingen, das auf die Realisierung der effizientesten Kombination der Produktionsfaktoren (optimale Faktorallokation), auf die flexible Anpassung von Produkten und Produktionskapazitäten (Anpassungsflexibilität) und die Entwicklung neuer Produkte und/oder Produktions- und Absatzmethoden (technischer Fortschritt) zielt (Schmidt 2005). Wichtige Wettbewerbsparameter sind der Preis, die Produktqualität, der Service und die Werbung. Nach Schmidt 2005 sind zudem der Substitutions- und der potenzielle Wettbewerb von Bedeutung.

Bezogen auf die uns interessierenden Märkte haben die Versicherer und die Leistungserbringer zu beachten, ob und in welchem Umfang die Versicherten (bzw. Patientinnen und Patienten) auf Produktsubstitute ausweichen können (z.B. Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden). Zudem wird das wettbewerbliche Verhalten der Versicherer und der Leistungserbringer durch einen möglichen Markteintritt potenzieller Konkurrenten beeinflusst. Der Markteintritt kann durch Neugründung eines Unternehmens, räumliche Erweiterung und produktmässige Erweiterung (bzw. Diversifikation) erfolgen. Der Markteintritt potenzieller Konkurrenten hängt von deren Gewinnerwartungen nach erfolgtem Marktzutritt ab, die vor allem von der Höhe der staatlichen und/oder privaten Marktzutrittsschranken abhängen (Schmidt 2005). Allfällige Marktaustrittshürden sind in wettbewerblicher Hinsicht ebenfalls relevant.

Der Staat greift mit seiner Wettbewerbspolitik regulierend in die Marktstruktur und das Marktverhalten ein, um durch die Beseitigung von wettbewerbsbeeinträchtigenden Strate-

gien ein möglichst optimales Marktergebnis zu erzielen (vgl. Figur 2). Zu berücksichtigen ist, dass die staatliche Regulierung neben dem Ziel einer effizienten Ressourcenallokation auch sozial- und gesundheitspolitischen Zielen dient (vgl. Kapitel 2.2.1).

- In unserer Analyse verwenden wir das Konzept eines wirksamen Wettbewerbs wie folgt:
- › Erstens dient der Ansatz der Analyse der Wettbewerbsparameter. Die Wettbewerbsparameter umfassen die unter dem Begriff „Marktverhalten“ aufgeführten Faktoren, ergänzt durch den Substitutionswettbewerb (Produktdiversifikation) und den potenziellen Wettbewerb (Markteintritts- und austrittsschranken). Anhand dieses Konzeptes analysieren wir die gesetzlich vorgesehenen Wettbewerbsparameter, die in der Praxis aufgrund entsprechender Anreize relevanten Wettbewerbsparameter, die Ursachen hoher bzw. tiefer Wettbewerbsintensität (z.B. Wettbewerbsbeschränkungen, ökonomische Anreize) und die Erreichung der gewünschten Ergebnisse. Zudem sollen die aufgeführten Faktoren auch Hinweise für zusätzliche Wettbewerbsparameter bzw. -elemente ermöglichen.
 - › Zweitens verwenden wir das Konzept, um die Wettbewerbsintensität zu beurteilen. Mit Fokussierung auf die fünf Wettbewerbskräfte nach Porter 1999 wird aufgrund der Analyse der Marktstruktur, des Marktverhaltens und des Marktergebnisses anhand von Wettbewerbsindikatoren auf die Wettbewerbsintensität zwischen Versicherern und zwischen Leistungserbringern geschlossen.¹¹ Die Wettbewerbsindikatoren leiten sich aus den in Figur 2 dargestellten Wettbewerbsfaktoren ab. Grundlage für die Beurteilung sind Annahmen, bei welcher Ausprägung der Faktoren wir auf eine hohe bzw. tiefe Wettbewerbsintensität schliessen (vgl. Kapitel 2.1.4, Tabelle 4). Aufgrund der mit Konzentrationsmassen verbundenen normativen und methodischen Schwierigkeiten beurteilen wir die Wettbewerbsintensität annäherungsweise in qualitativer Form.

2.1.4. WETTBEWERBSINDIKATOREN

Ausgehend von den Wettbewerbsfaktoren (vgl. Kapitel 2.1.3, Figur 2) werden nachfolgend Indikatoren zur Beurteilung der Wettbewerbsintensität abgeleitet. Zudem wird aufgezeigt, welche Ausprägungen der Indikatoren aus unserer Sicht tendenziell wettbewerbsfördernd sind (vgl. Tabelle 4). Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- › Die Indikatoren sind grösstenteils qualitativer Art. Wo möglich, werden einfache quantitative Angaben aus Statistiken verwendet. Konzentrationsmasse, die über eine quantitative Berechnung von Marktanteilen oder der Zahl der Konkurrenten auf die Wettbewerbsinten-

¹¹ Die Literatur ist sich einig, dass bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität kein alles umfassender Indikator angewendet werden kann.

sität schliessen (z.B. Herfindhal-Index, Shannon-Index, Lerner-Index, Gini-Index, etc.), ergeben unseres Erachtens kaum einen Mehrwert zur Beurteilung der Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen.

- › Die Beurteilung der Wettbewerbsintensität auf den beiden Teilmärkten kann nicht anhand einzelner Indikatoren, sondern nur durch die qualitative Interpretation des Gesamtbildes der Wettbewerbsindikatoren vorgenommen werden. Klare „Wenn-dann-Aussagen“, die sich auf einzelne Indikatoren beziehen, sind unseres Erachtens nicht möglich.

WETTBEWERBSINDIKATOREN			
Merkmale	Faktoren	Indikatoren	Hinweis auf Wettbewerb
Marktstruktur	Anzahl Anbieter und Nachfrager	<ul style="list-style-type: none"> › Gibt es eine Mehrzahl von Marktakteuren mit ähnlichen Produkten? › Stehen diese untereinander in Konkurrenz (Grad der Rivalität) 	Mindestens zwei Marktakteure mit hohem Rivalitätsgrad
	Marktzutritts-schranken	<ul style="list-style-type: none"> › Bestehen Eintrittshürden für potenzielle neue Marktteilnehmer? › Sind Markteintritte neuer Wettbewerber zu verzeichnen? 	<ul style="list-style-type: none"> › Möglichst wenig Eintrittshürden › Markteintritt neuer Wettbewerber
	Produktdifferenzierung	› Ist das angebotene Produkt in der Ausgestaltung differenzierbar?	Möglichkeiten zur Differenzierung ¹²
	Vertikale und horizontale Integration	› Bestehen vertikale und/oder horizontale Integrationen?	Vertikale und horizontale Integrationen sind tendenziell wettbewerbs-hindernd ¹³
	Diversifizierung	› Wie stark sind die Marktakteure in verschiedenen Märkten diversifiziert?	Diversifikation (z.B. Zusatzversicherungen)
	Markttransparenz	› Sind die Marktakteure (z.B. Anbieter-benchmarking) sowie deren Verhalten und Ergebnisse (z.B. Preisvergleiche) transparent?	Möglichst hohe Markttransparenz
Marktverhalten	Preissetzung	› Ist ein Preiswettbewerb möglich? Wie intensiv ist er?	<ul style="list-style-type: none"> › Unabgesprochene Preissetzungen › Intensiver Preiswettbewerb
	Produktwahl und -qualität	<ul style="list-style-type: none"> › Bieten die Marktteilnehmer unterschiedliche Produkte an? › Unterscheiden sich die Marktteilnehmer in der Qualität der Produkte? › Konkurrieren die Marktteilnehmer über das Preis-Leistungsverhältnis? 	<ul style="list-style-type: none"> › Angebot unterschiedlicher Produkte und unterschiedlicher Qualität › Wettbewerb über das Preis-Leistungsverhältnis

¹² Zu grosse Differenzierungsmöglichkeiten verringern die Transparenz des Marktes und können wettbewerbs-hemmend sein.

¹³ Horizontale Integrationen sind gemäss Wettbewerbskommission unerwünscht. Bei vertikalen Integrationen ist zu beurteilen, ob effektiv Synergien bestehen oder ob es sich um Preisbindungen zweiter und/oder dritter Hand handelt.

WETTBEWERBSINDIKATOREN			
Merkmale	Faktoren	Indikatoren	Hinweis auf Wettbewerb
	Servicequalität	› Konkurrieren die Marktteilnehmer über die Servicequalität? Wie intensiv ist dieser Wettbewerb?	Intensiver Servicewettbewerb
	Abgestimmtes Verhalten	› Verhalten sich die Marktteilnehmer wettbewerbsbeschränkend (Absprachen, etc.)?	Kein wettbewerbsbeschränkendes Verhalten
	Werbung (inkl. Öffentlichkeitsarbeit)	› Betreiben die Marktakteure Werbung? › Wie intensiv sind die Anstrengungen der Marktakteure in den Bereichen Werbung und Öffentlichkeitsarbeit?	Intensive Werbeanstrengungen (inkl. Öffentlichkeitsarbeit)
	Forschung und Entwicklung (F&E)	› In welchem Umfang betreiben die Marktteilnehmer F&E? Konkurrieren sie sich diesbezüglich?	Intensive F&E-Bemühungen
Marktergebnis	Produktions- und Allokationseffizienz	› Sind bei der Produktion der Produkte/ bzw. Leistungen Kosteneinsparungen möglich? › Sind im gesamten Gesundheitswesen Verbesserungen des Kosten-Nutzenverhältnisses der Leistungen möglich? › Gibt es Hinweise auf Risikoselektion und/ oder auf Überkapazitäten im Angebot? › Nutzen die Marktakteure Substitutionsmöglichkeiten?	› Effizienzpotenziale auf Stufe Produkt und Gesamtsystem › Keine bzw. möglichst geringe Risikoselektion › Nutzung von Substitutionsmöglichkeiten
	Dynamische Effizienz	› Wie hoch ist die Wechselquote der Versicherten (bzw. ihre Preiselastizität)? Inwiefern ist sie auf Wettbewerbsdruck zurückführbar? › Entwickeln die Marktakteure neue innovative Angebote?	› Mindestens kleine Wechselquote oder Gefahr, dass die Versicherten wechseln › Neue und innovative Angebote

Tabelle 4

2.2. KONZEPT ZUR BEURTEILUNG DER STAATLICHEN REGULIERUNG

Die staatliche Regulierung (v.a. Schweizerisches Krankenversicherungsgesetz KVG) beeinflusst den Wettbewerb im Gesundheitswesen in hohem Masse. Die staatliche Regulierung ist ein wichtiger Grund für hohe bzw. tiefe Wettbewerbsintensitäten im Gesundheitswesen sein. Nachfolgend legen wir dar, wie die heutige Regulierung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) aus wettbewerbspolitischer Sicht beurteilt wird.¹⁴ Nach der Darstellungen des Vorgehens zur Beurteilung der staatlichen Regulierung (Kapitel 2.2.1) gehen wir auf die verschiedenen Funktionsstörungen des Marktmechanismus im Gesundheitswesen (Kapitel

¹⁴ Das Konzept kann auch zur Beurteilung der Reformvorschläge angewendet werden.

2.2.2) und Gerechtigkeitsüberlegungen als Begründung für staatliche Eingriffe ein (Kapitel 2.2.3).

2.2.1. BEURTEILUNG DER STAATLICHEN REGULIERUNG: VORGEHEN

Beurteilungskriterien

Die heutige Regulierung der Krankenversicherung (KVG) wird in erster Linie daran gemessen, inwiefern sie zur Erreichung der Ziele des Wettbewerbs beitragen. Dabei konzentrieren wir uns vor allem auf das Ziel der optimalen Ressourcenallokation. Kernfrage ist, inwiefern die Regulierungen die mit den im Gesundheitswesen erbrachten Dienstleistungen verbundenen Marktversagen beheben und damit eine möglichst optimale Ressourcenallokation gewährleisten. Die übrigen Ziele des Wettbewerbs (v.a. Handlungsfreiheit, technischer Fortschritt bzw. Innovation) dienen als ergänzende Kriterien zur Beurteilung der Regulierung.¹⁵

Zu beurteilen ist jedoch auch, welche Auswirkungen die bestehende Regulierung (KVG) auf die gesundheits- und die sozialpolitischen Ziele des KVG haben (vgl. Bundesrat 1991, BSV 2001):

- › Bereitstellung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung für die ganze Bevölkerung (gesundheitspolitisches Ziel).
- › Stärkung der Solidarität zwischen jungen und alten, gesunden und kranken sowie armen und reichen Versicherten (sozialpolitisches Ziel).

Die Gewichtung der drei Ziele des KVG und die Bewertung von allfälligen „Trade-offs“ sind Aufgaben der Politik. Im Sinne einer Arbeitshypothese gehen wir davon aus, dass die drei Ziele aus Sicht des Gesetzgebers gleichwertig sind.

Regulierungsebenen

Bei der Regulierung der Krankenversicherung können verschiedene Ebenen unterschieden werden (vgl. INFRAS/Basys 2002):

- › Die so genannten primären Regulierungen dienen der Erreichung der ökonomischen, gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Ziele des KVG. Bei den ökonomischen Zielen steht die Behebung von Marktversagen bzw. die allokativen Effizienz im Vordergrund.

¹⁵ Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Verstärkung der wettbewerblichen Elemente im KVG vor allem einen Beitrag zur Kostenreduktion. Aufgrund von wettbewerbstheoretischen Überlegungen fassen wir das Ziel der Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen bewusst weiter.

- › Unerwünschte Auswirkungen der Regulierungen der ersten Stufe sind durch eine Korrektur der entsprechenden Instrumente und/oder durch neue, so genannt sekundäre Regulierungen zu beheben (Korrektur von Regulierungs- bzw. Politikversagen).
- › Falls die Regulierungen der zweiten Stufe wiederum unerwünschte Auswirkungen zeitigen, können sie durch eine entsprechende Korrektur und/oder weitere Regulierungen angegangen werden (etc.).

Beispiele für primäre Regulierungen in der Krankenversicherung (KVG) sind das Versicherungsobligatorium, der Grundleistungskatalog, die Einheitsprämie und die Prämienverbilligung. Beispiel für eine sekundäre Regulierung ist der Risikoausgleich (vgl. Kapitel 2.3.2, Figur 3)

In der Analyse sind zudem Regulierungen zu berücksichtigen, die gesundheits- und sozialpolitischen Zielen dienen und den Zielen des Wettbewerbs bzw. der Behebung des Marktversagens entgegenstehen (z.B. Kontrahierungszwang, Spitalplanung, Tarifierungsvorschriften, etc.).

Vorgehen

Die Beurteilung der heutigen Regulierung (KVG) erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

- › Die Beurteilung erfolgt nicht nach Einzelmassnahmen, sondern nach Massnahmen-Paketen. Damit kann der Komplexität der Auswirkungen unterschiedlicher Massnahmen und den verschiedenen Regulierungs- bzw. Auswirkungsebenen besser Rechnung getragen werden.
- › Bei der Beurteilung wird unterschieden zwischen den aufgrund der staatlichen Regulierung möglichen Wettbewerbsparameter, den (ökonomischen) Anreizen, welche die Nutzung des unternehmerischen Handlungsspielraums fördern bzw. hemmen, und der staatlichen Regulierung zur Beeinflussung des Wettbewerbs über die Marktstruktur und das Marktverhalten der Akteure. Bei der Beurteilung der staatlichen Regulierung wird zwischen den verschiedenen Regulierungsebenen unterschieden.

2.2.2. FUNKTIONSTÖRUNGEN DES MARKTMECHANISMUS

Die im Gesundheitswesen erbrachten Dienstleistungen weisen besondere Merkmale auf, die zu Marktversagen (Breyer et al. 2004, Sommer 1999) damit in nicht regulierten Märkten zu einer ineffizienten Ressourcenallokation führen. Nachfolgend werden die Funktionsstörun-

gen des Marktmechanismus im Gesundheitsmarkt und mögliche Instrumente zu deren Behebung dargestellt.

Marktversagen auf den Märkten für Dienstleistungen im Gesundheitswesen

Auf den Märkten für Dienstleistungen im Gesundheitswesen werden insbesondere externe Effekte, die mangelnde Konsumentensouveränität und Informationsunvollkommenheiten als Gründe für ein Marktversagen aufgeführt (Breyer et al. 2004, Sommer 1999):

- › Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kann für andere Personen mit positiven oder negativen externen Effekten verbunden sein. Da die externen Effekte den Charakter eines Kollektivgutes aufweisen, bei dem zudem das Ausschlussprinzip in der Regel nicht angewendet werden kann, ist auf einem reinen Wettbewerbsmarkt mit einer Unterversorgung mit diesen Leistungen zu rechnen. Externe Effekte begründen ein staatliches Eingreifen (z.B. Finanzierung von Reihenimpfungen gegen ansteckende und gefährliche Krankheiten).
- › Als weiterer Grund für ein Marktversagen wird die Unfähigkeit einer Person mit Erkrankung zur rationalen Entscheidung angeführt. Es wird bezweifelt, ob sich die Patientinnen und Patienten im Sinne von „souveränen“ Konsumenten unter den angebotenen Alternativen mittels rationaler Abwägung für diejenige Lösung entscheiden können, die das beste Kosten-Nutzenverhältnis aufweist. Das Argument der mangelnden Konsumentensouveränität verliert jedoch bei der Möglichkeit, einen den Präferenzen entsprechenden Krankenversicherungsvertrag abzuschließen, an Bedeutung.
- › Auf den Märkten für Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist die Markttransparenz aufgrund von Informationsunvollkommenheiten eingeschränkt. Insbesondere ist es aufgrund des Zusammenfallens von Erstellung und Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen für die potenziellen Nachfrager nicht möglich, sich vollständig über die Qualität der verschiedenen Anbieter zu informieren. Aus diesen Gründen sind spezifische Eingriffe in Gesundheitsmärkte gerechtfertigt, die ein Mindestniveau an Qualität sicherstellen (z.B. staatliche Zulassungsverfahren für Leistungserbringer, Ausdehnung der Produkthaftung auf ärztliche Leistungen).

Marktversagen auf den Märkten für Krankenversicherung

Risikoaverse Individuen können die Unsicherheit ihrer Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch den Abschluss einer Versicherung reduzieren. Auf privaten Versicherungsmärkten treten jedoch das so genannte „Trittbrettfahrerverhalten“ und Marktversagen aufgrund von

asymmetrischen Informationen (adverse Selektion, Moral Hazard, angebotsinduzierte Nachfrage) auf:

- › Trittbrettfahrerverhalten kann auftreten, wenn sich eine Gesellschaft entscheidet, eine medizinische Grundversorgung für (unverschuldet) in Not geratene Personen kostenlos zur Verfügung zu stellen (Breyer et al. 2004, Sommer 1999). Personen, die mit ihrem Einkommen und ihrem Vermögen nicht allzu weit von den zu definierenden Grenzen der „Bedürftigkeit“ entfernt sind, verlieren den Anreiz, sich durch den Abschluss einer Versicherung gegen das Krankheitsrisiko abzusichern. Um die Gesellschaft vor einer Ausbeutung durch Trittbrettfahrer zu schützen, kann das Prinzip der kostenlosen Behandlung von Bedürftigen durch eine obligatorische Krankenversicherung (Zwangsversicherung) ersetzt werden. Alternativ können die Prämien von Bedürftigen durch den Staat hinreichend subventioniert werden.
- › Gründe für die adverse Selektion sind die heterogene Verteilung der Krankheitsrisiken eines Versichertenkollektivs und die Annahme, dass der einzelne sein Krankheitsrisiko kennt, der Versicherer die individuellen Krankheitsrisiken jedoch nur ungenügend beobachten kann (Breyer et al. 2004, Sommer 1999). Bei asymmetrischen Informationen zu Ungunsten der Versicherer, haben die Nachfrager nach Versicherungsleistungen einen Anreiz, ihr Risiko systematisch als zu niedrig darzustellen. Bei einer risikogerechten Klassenbildung (Prämie in der Höhe eines gewichteten Mittels der Krankheitswahrscheinlichkeit) sind Personen mit relativ hohem Risiko innerhalb einer Klasse („schlechte Risiken“) aufgrund der für sie günstigen Prämie besser gestellt und werden einen hohen Versicherungsschutz nachfragen. Personen mit niedrigem Risiko („gute Risiken“) sind schlechter gestellt, weil die Prämie im Vergleich zu ihrem Krankheitsrisiko zu teuer ist. Sie werden deshalb ihre Nachfrage nach der Versicherungsleistung verringern. Damit besteht die Gefahr, dass Personen mit einem unterdurchschnittlichen Risiko auf den Abschluss einer Versicherung ganz verzichten oder lediglich eine Teilversicherung abschließen, während hohe Risiken eine Vollversicherung erhalten (sog. trennendes Gleichgewicht). Das Marktergebnis kann im Sinne des trennenden Gleichgewichts durch eine obligatorische Krankenversicherung, die lediglich einen Teil des Risikos abdeckt (Zwangsversicherung mit Grundleistungskatalog), verbessert werden. Darüber hinaus sollte der Kauf einer Zusatzversicherung möglich sein. Mit der adversen Selektion verwandt, ist das Problem der Risikoselektion im Krankenversicherungsmarkt (vgl. Kapitel 2.3.2).
- › Das Phänomen des Moral Hazard beschreibt den Anreiz der Versicherten, sich nach Abschluss eines Versicherungsvertrags opportunistisch zu verhalten (Breyer et al. 2004). Mo-

ral Hazard kann gemäss Sommer 1999 in drei unterschiedlichen Formen auftreten: a) Reduktion der Vorsorge bzw. gesundheitsgefährdender Lebensstil; b) Vortäuschen eines Gesundheitsschadens; c) Nachfrage übermässiger Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit. Moral Hazard kann durch eine Selbstbeteiligung des Versicherten und die Kombination eines obligatorischen Grundleistungskatalogs mit freiwilligen Zusatzversicherungen verringert werden (Breyer et al. 2004).

- › Als weitere Unvollkommenheit des Gesundheitsmarktes, die auf asymmetrischen Informationen beruht, wird die These der angebotsinduzierten Nachfrage genannt (vgl. Breyer et al. 2004, Leu 2004b). Ärztinnen und Ärzte verfügen hinsichtlich der Diagnose und den Therapiemöglichkeiten gegenüber den Patientinnen und Patienten einen Informationsvorsprung (Principal-Agent-Problematik). Aufgrund seines Informationsvorsprungs übt die Ärztin bzw. der Arzt einen erheblichen Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus. Eine angebotsinduzierte Nachfrage besteht dann, wenn die Ärztin/der Arzt nicht als Sachverwalter der Patientinnen und Patienten handelt, sondern zur Einkommenssicherung seine eigenen Interessen verfolgt, insbesondere bei einem Anstieg der Ärztedichte. Zu berücksichtigen ist, dass die Vergütungsformen die Anreize zur Angebotsinduzierung erhöhen können. Insbesondere birgt die Vergütung von Einzelleistungen die Gefahr, dass Leistungen erbracht werden, welche die Patientinnen und Patienten bei vollkommener Information nicht nachgefragt hätten. Während empirische Untersuchungen einen statistisch gesicherten Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und den Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen zeigen, konnte die These einer angebotsinduzierten Nachfrage empirisch noch nicht belegt werden (vgl. Breyer et al. 2004, Gaynor/Vogt 2000). Zusätzlich besteht ein Moral-Hazard-Phänomen bei den Ärztinnen und Ärzten: Da Patientinnen und Patienten nicht direkt für die Vergütung der Leistungen aufkommen und diese von einer Versicherung bezahlt werden, kommt der Arzt bzw. die Ärztin in Versuchung, zu teure oder gar überflüssige Leistungen zu erbringen.

Unteilbarkeiten

Unteilbarkeiten entstehen im Gesundheitsmarkt, weil die Produktionskapazitäten unter Umständen nicht beliebig teilbar sind, sondern nur in grossen Sprüngen variiert werden können (Leu 2004b). Unteilbarkeiten führen zu einer Konzentration auf der betreffenden Marktseite, im Extremfall zu einem „natürlichen“ Monopol. Unteilbarkeiten und eine entsprechende Angebotskonzentration können vor allem im stationären Sektor auftreten.

Eine Möglichkeit, Angebotskonzentrationen zu entschärfen besteht nach Leu 2004b darin, dass auch die Marktgegenseite hoch konzentriert ist. Verfügen beide Marktseiten über die gleiche Marktstellung und damit denselben Konzentrationsgrad aufweisen, existieren keine wesentlichen Ausbeutungsspielräume. Gemäss Leu 2004b kann die Marktform des zweiseitigen (bilateralen) Monopols genauso zu einem Pareto-Optimum führen, wie diejenige der vollständigen Konkurrenz.

2.2.3. GERECHTIGKEIT ALS BEGRÜNDUNG FÜR STAATLICHE EINGRIFFE

Neben Effizienzüberlegungen werden staatliche Eingriffe in das Gesundheitswesen auch durch Gerechtigkeitsüberlegungen (bzw. die Solidarität) begründet. In der Regel werden folgende zwei Forderungen vorgebracht (Breyer et al. 2004): Ausgleich zwischen unterschiedlicher finanzieller Leistungsfähigkeit und Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken.

Unterschiede in der finanziellen Leistungsfähigkeit

Gefordert wird, dass Unterschiede in der finanziellen Leistungsfähigkeit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen keine Rolle spielen sollen. Nach Breyer et al. 2004 sollen Unterschiede in der Zahlungsfähigkeit zwischen Personen nach Möglichkeit durch Transfers ausgeglichen werden. Zudem sollten die ganze Bevölkerung Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung haben.

Unterschiede zwischen hohen und niedrigen Risiken

Unterschiedliche finanzielle Belastungen, aufgrund von angeborenen und erworbenen Unterschieden in der Krankheitsanfälligkeit, werden in der Regel als ungerecht betrachtet und sollten vermieden werden. Ein Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken kann nach Breyer et al. 2004 grundsätzlich durch folgende Massnahmen erfolgen:

- › Personenspezifische Transfers in Abhängigkeit von der Krankheitsanfälligkeit (bei risikogerechten Prämien): Vorteil dieser bis heute noch nicht praktizierten Lösung im Vergleich zu den anderen Alternativen ist eine grössere Produkt- und Leistungsvielfalt. Nachteile sind die sehr hohen Informationsanforderungen an den Staat und die negativen Anreize bei der vollen Erstattung der Prämien.
- › Ein Diskriminierungsverbot, das Versicherern verbietet, Prämien in Abhängigkeit der Krankheitsanfälligkeit zu erheben (Verbot von risikogerechten Prämien), kombiniert mit

einer obligatorischen Krankenversicherung (Zwangsversicherung): Diese Lösung ist gemäss Breyer et al. 2004 im Vergleich zu den personenspezifischen Transfers besser geeignet, einen Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken zu erzielen. Sie schafft jedoch für die Versicherer einen Anreiz, sich nicht auf die effiziente Erbringung von Leistungen, sondern auf Risikoselektion zu konzentrieren. Die Risikoselektion lässt sich durch eine Regulierung des Leistungspakets und einen Risikoausgleich einschränken (sog. sekundäre Regulierung).

- › Der Ausgleich zwischen unterschiedlichen Risiken kann zudem durch einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst, der einen gebührenfreien Zugang ermöglicht, erzielt werden. Mögliche Nachteile eines nationalen Gesundheitsdienstes sind jedoch die Rationierung der Gesundheitsleistungen und eine Zweiklassenmedizin.

2.3. GRUNDZÜGE DER SCHWEIZERISCHEN KRANKENVERSICHERUNG

Als Grundlage für die Analyse der Wettbewerbsintensität im Krankenversicherer- und im Leistungserbringermarkt werden nachfolgend die Kernelemente der Schweizerischen Krankenversicherung (KVG) dargestellt, die Kernlemente des KVG gesundheitsökonomisch eingeordnet und das Wettbewerbskonzept des KVG beschrieben.

2.3.1. KERNELEMENTE DES KVG

Das KVG enthält folgende Kernelemente:

- › Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sind verpflichtet, sich auf individueller Basis für Krankenpflege zu versichern (Versicherungspflicht und Kopfprämie).¹⁶ Die Einhaltung der Versicherungspflicht ist von den Kantonen sicher zu stellen.
- › Das Versicherungsobligatorium bezieht sich auf einen Leistungskatalog, der im Gesetz abschliessend und verbindlich definiert ist (standardisierter Grundleistungskatalog). Die Versicherten sind frei, darüber hinaus gehende Leistungen im Rahmen einer Zusatzversicherung abzudecken, die dem Privatversicherungsrecht unterstehen. Grund- und Zusatzversicherungen können bei verschiedenen Versicherern abgeschlossen werden.
- › Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kann von Krankenversicherern und von privaten Versicherungsgesellschaften angeboten werden. Im Rahmen der OKP dürfen die Versicherer keinen Gewinn erzielen (Gewinnverbot). Zudem müssen die Versicherer ei-

¹⁶ EG-Gemeinschaftsrecht bricht Landesrecht: Im Verhältnis zu den Mitgliedstaaten der EG und der EFTA gilt aufgrund des mit dem Personenfreizügigkeitsabkommen übernommenen Gemeinschaftsrechts nicht das Wohnortsprinzip, sondern das Erwerbsortsprinzip.

nen Sitz in der Schweiz haben und benötigen eine Bewilligung zur Durchführung der OKP durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI).

- › Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherer, die an ihrem Wohnort die OKP anbieten, frei wählen. Die Versicherten können ihren Versicherer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist jedes halbe Jahr wechseln. Die Versicherer sind verpflichtet, in ihren örtlichen Tätigkeitsgebieten jede versicherungspflichtige Person ohne Vorbehalte aufzunehmen (volle Freizügigkeit und Aufnahmезwang).
- › Das KVG sieht Einheitsprämien vor, die nach drei Altersklassen (0-18 Jahre, 19-25 Jahre, 26 und älter) und innerhalb eines Kantons bis zu drei Regionen abgestuft werden können.
- › Neben der ordentlichen OKP können die Versicherer besondere Versicherungsformen anbieten. Dazu zählen Versicherungen mit wählbaren Franchisen (Erwachsene: Wahl der Franchisen zwischen CHF 500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500), die Bonusversicherung und Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die entsprechenden maximalen Prämienreduktionen sind gesetzlich geregelt. Die besonderen Versicherungsformen können jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres gewechselt werden.
- › Um die Kostenunterschiede zwischen Versicherern mit unterschiedlichen Risikostrukturen mindestens teilweise auszugleichen, wurde ein auf 10 Jahre befristeter Risikoausgleich zwischen den Versicherern eingeführt. Der Risikoausgleich erfolgt pro Kanton, ist retrospektiv ausgerichtet und berücksichtigt die Faktoren Alter und Geschlecht. Das Parlament hat im Dezember 2007 beschlossen, den Risikoausgleich per 1. Januar 2012 durch ein Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko zu ergänzen (Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert). Der Risikoausgleich ist auf die Dauer von fünf Jahren ab 2012 befristet.
- › Das KVG sieht eine Kostenbeteiligung der Versicherten an den für sie erbrachten Leistungen vor. Die Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag von CHF 300 pro Jahr für Erwachsene (Franchise) und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (max. CHF 700 pro Jahr für Erwachsene). Zudem sieht das KVG eine Kostenbeteiligung für Kinder und einen Spitalbeitrag vor.
- › Zur Entlastung der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährt die öffentliche Hand Beiträge zur Prämienverbilligung. Die Anspruchsvoraussetzungen werden von den Kantonen festgelegt, wobei die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse zu berücksichtigen sind.
- › Zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern, welche die formalen Zulassungskriterien erfüllen, besteht ein Kontrahierungszwang. Die Versicherten können unter den

zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Die Versicherer müssen die Kosten jedoch höchstens nach dem Tarif übernehmen, der bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person und bei stationärer Behandlung im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Damit beschränkt das KVG die Wahl des Leistungserbringers faktisch auf den Kanton der versicherten Person. Bei einem Notfall oder wenn die erforderliche Leistungen nicht angeboten werden, müssen die Versicherer auch die Tarife ausserkantonaler Leistungserbringer übernehmen. Gemäss der vom Parlament beschlossenen neuen Spitalfinanzierung dürfen Grundversicherte ab 2012 landesweit frei unter allen Spitälern auf den kantonalen Spitallisten wählen. Sie müssen jedoch die Mehrkosten übernehmen, wenn ein ausserkantonales Spital höhere Tarife kennt als die Spitälern in ihrem Wohnkanton. Die Versicherer können auf freiwilliger Basis auch KVG-Leistungen von Spitälern abgelten, die nicht auf der Spitalliste stehen (sog. Vertragsspitäler).

- › Neben der Möglichkeit von Einzelleistungstarifen sieht das KVG auch Zeittarife und Pauschaltarife (Patientenpauschale oder Versichertenpauschale) vor. Tarifverträge können zwischen einzelnen oder mehreren Leistungserbringern oder deren Verbände sowie einzelnen oder mehreren Versicherern oder deren Verbände geschlossen werden. Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die entsprechende Kantonsregierung. Mit der vom Parlament beschlossenen neuen Spitalfinanzierung werden die stationäre Behandlung und der Spitalaufenthalt ab 2012 mittels Pauschalen, die sich an der medizinischen Diagnose orientieren und auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen (SwissDRG¹⁷) leistungsbezogen finanziert.¹⁸ In den Pauschalen sind neben den Betriebs- auch die Investitionskosten eingeschlossen, nicht aber gemeinwirtschaftliche Leistungen (Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und universitäre Lehre und Forschung). Die Höhe der Pauschalen richtet sich an Spitälern aus, die Leistungen in guter Qualität und zu günstigen Preisen erbringen. Die direkte Subventionierung der Spitälern (Objektfinanzierung und Defizitdeckung) durch die Kantone fällt zukünftig weg.
- › Die Versicherer übernehmen in der OKP gemäss KVG höchstens 50 Prozent der Betriebskosten (ohne Überkapazität, Investitionskosten und Kosten für Lehre und Forschung) für die Patienten in der allgemeinen Abteilung von öffentlichen oder öffentlich subventionierten

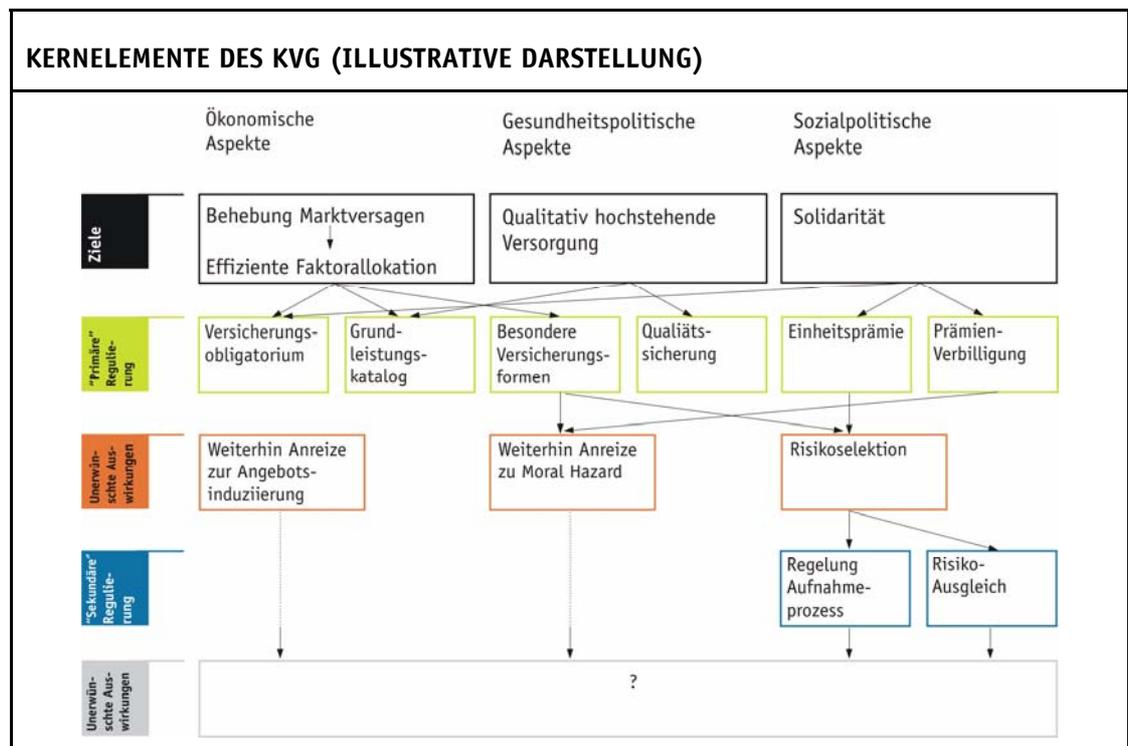
¹⁷ Gemäss BAG ist vorgesehen, dass SwissDRG die einheitliche Struktur wird. Theoretisch bestünden jedoch auch andere Möglichkeiten, insbesondere falls sich die Tarifpartner nicht einigen können.

¹⁸ Bemäss BAG ist im Bereich der Psychiatri und der Rehabilitation noch offen, ob diagnosebezogene Systeme umgesetzt werden können.

Spitälern. Gemäss der vom Parlament im Dezember 2007 beschlossenen Spitalfinanzierung entfallen auf die Kantone ab 2012 im Prinzip 55 Prozent und auf die Versicherer 45 Prozent der Fallpauschalen. Kantone, deren Anteil unter 55 Prozent liegt und deren Prämie unterdurchschnittlich ist, dürfen ihren Anteil jedoch ab 2012 währen 5 Jahren schrittweise bis auf 55 Prozent erhöhen.

- › Die mit der neuen Spitalfinanzierung beschlossenen Finanzierungsregeln gelten für KVG-Leistungen auf allen Abteilungen. Auf der privaten und der halbprivaten Abteilung muss die Zusatzversicherung in Listenspitälern deshalb künftig nur noch Zusatzleistungen übernehmen und nicht mehr einen Teil der KVG-Leistungen. In Vertragsspitalern bezahlt die Zusatzversicherung jedoch KVG-Leistungen.
- › Damit Spitäler zur Tätigkeit im Rahmen der OKP zugelassen sind, müssen sie einer kantonalen Planung entsprechen und auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sein (Spitalplanung). Mit der neuen Spitalfinanzierung werden die Kantone zur Koordination der Spitalplanung verpflichtet. Ihre Planung muss zukünftig den einheitlichen Planungskriterien des Bundes entsprechen. Die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen sich auf Betriebsvergleiche abstützen.
- › Das KVG verpflichtet die Leistungserbringer zur Sicherung der Qualität der Leistungen und kann diese kontrollieren. Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung werden die Leistungserbringer verpflichtet, den zuständigen Behörden jene Daten bekannt zu geben, die zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen nötig sind.

2.3.2. GESUNDHEITSÖKONOMISCHE EINORDNUNG DER KERNELEMENTE DES KVG



Figur 3 Eigene Darstellung.

Folgende primären Regulierungen des KVG zielen auf das Beheben von Marktversagen ab (vgl. Figur 3):

- › Das Versicherungsobligatorium schützt die Gesellschaft vor einer Ausbeutung durch Trittbrettfahrer. Trittbrettfahrerverhalten kann dann auftreten, wenn sich eine Gesellschaft entscheidet, eine medizinische Grundversorgung für (unverschuldet) in Not geratene Personen kostenlos zur Verfügung zu stellen (vgl. Kapitel 2.2.2).
- › Die Differenzierung der Krankenversicherung in eine obligatorische Grundversicherung, die mit dem Grundleistungskatalog einen Teil des Risikos abdeckt, und freiwillige Zusatzversicherungen beseitigt die mit der adversen Selektion zusammenhängende Gefahr, dass Personen mit einem unterdurchschnittlichen Risiko auf den Abschluss einer Versicherung ganz verzichten oder lediglich eine Teilversicherung abschließen, während hohe Risiken eine Vollversicherung erhalten.
- › Die Kombination eines obligatorischen Grundleistungskatalogs mit freiwilligen Zusatzversicherungen und die im KVG vorgesehene Kostenbeteiligung der Versicherten verringern

den Anreiz der Versicherten, sich nach Abschluss des Versicherungsvertrags opportunistisch zu verhalten, bspw. die Vorsorge zu reduzieren oder übermässige Leistungen nachzufragen (Moral Hazard).

- › Durch die im KVG vorgesehenen Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und die neuen Möglichkeiten der Tarifgestaltung (insbes. prospektive Pauschalen) können die Anreize der Ärztinnen und Ärzte zur Angebotsinduzierung grundsätzlich verringert werden. Die mit der neuen Spitalfinanzierung beschlossene leistungsorientierte Finanzierung der Spitäler mittels Fallpauschalen mit einheitlicher Struktur (SwissDRG) wird die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Spitäler wesentlich erhöhen. Damit werden neu Preis-/Leistungsvergleiche zwischen Spitalern möglich.

Die im KVG aus Solidaritätsgründen eingeführte Einheitsprämie (Verbot von risikogerechten Prämien) schafft zusammen mit dem Versicherungsobligatorium für die Versicherer einen Anreiz, sich nicht auf die effiziente Erbringung von Leistungen, sondern auf die Risikoselektion zu konzentrieren. Risikoselektion im Krankenversicherungsmarkt liegt dann vor, wenn die Versicherer im Wettbewerb um die Versicherten versuchen, die niedrigen Risiken („gute Risiken“) anzuziehen und die hohen Risiken („schlechte Risiken“) abzustossen. Dürfen die Versicherer keine risikogerechten Prämien erheben und wird Wettbewerb um die Versicherten angestrebt, erleiden Versicherer mit schlechten Risiken Verluste. Versicherer mit guten Risiken können jedoch Gewinne erzielen. Entsprechend sind gute Risiken gern gesehene Kunden und schlechte Risiken unerwünscht. Wettbewerb zwischen den Versicherern schafft den Anreiz, dass sich die Versicherer aktiv um gute Risiken bemühen und versuchen, schlechte Risiken abzuschrecken. Hinsichtlich der Motivation der Versicherer zur Risikoselektion ist auch das Gewinnverbot in der OKP bzw. die Möglichkeit, über Zusatzversicherungen Gewinne zu erzielen: Überdurchschnittlich gute Risiken erlauben vergleichsweise günstige Prämien, die zusätzliche Versicherte anziehen. Da die Zusatzversicherungen und die Grundversicherung grösstenteils beim selben Versicherer abgeschlossen werden, führt eine Risikoselektion in der Grundversicherung zu mehr Zusatzversicherten, bei denen Gewinne erwirtschaftet werden dürfen.

Zur Verringerung der Risikoselektion regelt das KVG den Aufnahmepflicht und sieht den Risikoausgleich vor (sekundäre Regulierungen). Demgegenüber können die besonderen Versicherungsformen (v.a. Modelle mit Wahlfranchisen und Managed Care-Modelle) über die Selbstselektion der Versicherten von den Versicherern zur Risikoselektion missbraucht werden (vgl. Kapitel 3.1.2).

Die planerischen Elemente des KVG (Kontrahierungszwang, Spitalplanung, Tarifierungsvorschriften, etc.) sowie die Beteiligung der Kantone an den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern (Eigentümer, Betreiber, etc.) schränken den unternehmerischen Spielraum der Versicherer und der Leistungserbringer ein. Zu vermuten ist, dass diese aus marktwirtschaftlicher Sicht bestehenden Überregulierung und der Einfluss der Kantone auf die Spitäler zu einer ineffizienten Ressourcenallokation führen.

2.3.3. WETTBEWERBSKONZEPT DES KVG

Das KVG zielt primär auf die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern ab. Über den Wettbewerb zwischen den Versicherern bzw. zwischen verschiedenen Versicherungsangeboten bzw. -modellen (v.a. Preiswettbewerb) soll indirekt ein Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausgeübt werden, der diese zu effizienter Versorgung zwingt. Durch diesen primär von den Versicherern getriebenen Wettbewerb soll ein wichtiger Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden.

Folgende Massnahmen sollen zur Erhöhung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern beitragen (Bundesrat 1991, BSV 2001):

- › Die freie Wahl des Versicherers soll die Versicherer dazu bringen, ihre Leistungen zu möglichst günstigen Prämien anzubieten und sich gegenüber ihren Konkurrenten vermehrt wettbewerbsfähig zu verhalten. Unter Beachtung der im KVG vorgesehenen Vorgaben für die Prämiengestaltung (inkl. Genehmigung durch den Bundesrat) sind die Versicherer in der Festlegung der Prämien grundsätzlich frei. Die freie Wahl des Versicherers beschränkt sich jedoch auf die im jeweiligen Kanton aktiven Versicherer.
- › Die Einführung der besonderen Versicherungsformen soll den unternehmerischen Spielraum der Versicherer erhöhen. Als bedeutend werden insbesondere die Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (bzw. Managed Care-Modelle) erachtet, die durch den grossen Freiraum in der Entwicklung und der Ausgestaltung solcher Modelle zu einem Wettbewerb unter den verschiedenen Versicherungsmodellen und damit auch unter den Versicherern führen sollen.
- › Durch die Erweiterung des unternehmerischen Spielraums der Versicherer im Bereich der Tarif- und Vertragsgestaltung soll ebenfalls ein Beitrag zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern geleistet werden.
- › Der Risikoausgleich zielt darauf ab, die Anreize der Versicherer in der OKP zur Risikoselektion zu verringern und damit den angestrebten kosteneindämmenden Wettbewerb zwi-

schen den Versicherern möglichst wenig zu verzerren bzw. zu behindern. Es bleibt abzuwarten, inwiefern der vom Parlament ergänzte Risikoausgleich diese Erwartungen erfüllt.

Mit dem KVG verband der Gesetzgeber die Erwartungen, dass sich die Versicherer vermehrt wettbewerbsfähig verhalten, um damit zur Kosteneindämmung beizutragen. Der Wettbewerb sollte jedoch nicht über die Risikoselektion geführt werden, weil dies das Solidaritätsziel gefährdet und das Verschieben von Versicherern aus gesamtwirtschaftlicher Sicht keine Vorteile bringt. Vielmehr sollen die Versicherer den zusätzlichen unternehmerischen Spielraum in den Beziehungen zu den Leistungserbringern (Tarif- und Vertragsgestaltung, Kostenkontrolle) und der Entwicklung und Vermarktung von neuen Versicherungsmodellen (Managed Care-Modelle) aktiv nutzen (INFRAS 2001a). Das verstärkte unternehmerische Verhalten der Versicherer soll über den Druck auf die Leistungserbringer zu Kosteneinsparungen und in der Folge zu geringen Prämien sowie zu verstärktem Wettbewerb zwischen den Versicherern führen.

An die Leistungserbringer stellt das KVG im Vergleich zu den Versicherern weniger weitgehende Erwartungen hinsichtlich unternehmerischem und wettbewerbsfähigem Verhalten. Der Markt der Leistungserbringer ist durch das KVG stark reguliert. Grundsätzlich können die Versicherten zwischen verschiedenen Leistungserbringern wählen. Aufgrund der im KVG vorgesehenen Tarifgrundsätze beschränkt sich die Wahl der Leistungserbringer jedoch in erster Linie auf den jeweiligen Kanton. Die neue Spitalfinanzierung ermöglicht zukünftig eine landesweit freie Wahl unter den Spitälern. Diese Wahlfreiheit wird jedoch erstens dadurch eingeschränkt, dass Kantone und Versicherer nur Leistungen der Listenspitäler vergüten. Zweitens müssen die Versicherten die Mehrkosten übernehmen, wenn die Tarife des ausserkantonalen Spitals diejenigen der Spitälern in ihrem Wohnkanton übersteigen. Der Kontrahierungszwang, der die Versicherer verpflichtet, mit allen zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen, schränkt den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern weiter ein. Während in der ambulanten Versorgung neben den Zulassungs-, Qualitäts- und tariflichen Erfordernissen (gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen) keine weitergehenden wettbewerbsfähigen Einschränkungen bestehen, wird die Wettbewerbssituation bei der stationären Versorgung zusätzlich von den planerischen und den finanziellen Regelungen des KVG sowie der Unterscheidung zwischen Grund- und Zusatzversicherungen beeinflusst. Hauptsächlich betroffen sind dabei die Spitälern, bei denen das KVG heute eine weitgehende staatliche Markt- und Preisordnung begründet (INFRAS

2001b). Mit der neuen Spitalfinanzierung werden die Voraussetzungen für einen Wettbewerb zwischen den Spitälern verbessert:

- › Erstens ermöglicht die leistungsorientierte Spitalfinanzierung aufgrund von einheitlich strukturierten Fallpauschalen Preis-/Leistungsvergleiche zwischen den Spitälern.
- › Zweitens werden die Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern und privaten Spitälern verbessert. Einerseits schliessen die Pauschalen die Investitionskosten ein. Die direkte Subventionierung der Spitäler durch die öffentliche Hand entfällt. Andererseits muss die Zusatzversicherung auf der privaten und der halbprivaten Abteilung von Listenspitalern (nicht jedoch Vertragsspitalern) künftig nur noch Zusatzleistungen übernehmen und nicht mehr einen Teil der KVG-Leistungen.

Die Leistungserbringer sollen primär durch den Druck der Versicherer (Tarife, besondere Versicherungsmodelle) zu wettbewerblichem Verhalten angehalten werden. Zusätzliche wettbewerbliche Instrumente hat das KVG bei den Leistungserbringern vor allem in der Tarif- und Vertragsgestaltung und hinsichtlich der neuen Versicherungsmodelle (Managed Care) geschaffen:

- › Neuerungen im Tarifbereich (inkl. Möglichkeit, Betriebsvergleiche zu machen).
- › Möglichkeit zur Entwicklung und zur Umsetzung von Managed Care-Modellen.

Zudem können die Versicherer über Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen einen Kosten- und Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausüben.

3. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN VERSICHERERN

Nachfolgend beurteilen wir die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherermarkt. Es stellen sich folgende Fragen:

- › In welchen Bereichen sieht das KVG Wettbewerb zwischen den Versicherern vor? Über welchen Handlungsspielraum (bzw. über welche Wettbewerbsparameter) verfügen die Versicherer?
- › Wo findet in der Praxis tatsächlich Wettbewerb zwischen den Versicherern statt? Welche Wettbewerbsparameter wenden die Versicherer in der Praxis an?
- › Wie gross ist die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherermarkt? Was sind die Ursachen hoher bzw. tiefer Wettbewerbsintensität? Führt der Wettbewerb zu den gewünschten Ergebnissen?

Kapitel 3.1 beschreibt den vom KVG vorgesehenen wettbewerblichen Handlungsspielraum (Wettbewerbsparameter) der Versicherer. Kapitel 3.2 zeigt, inwiefern die Versicherer ihre wettbewerblichen Möglichkeiten in der Praxis ausschöpfen und beurteilt die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherungsmarkt. Zudem werden die Gründe hoher bzw. tiefer Wettbewerbsintensität analysiert.

3.1. WETTBEWERBSPARAMETER DER VERSICHERER

Nachfolgend werden die vom KVG vorgesehenen Wettbewerbsparameter der Versicherer beim Marktein- und Austritt, der Prämiengestaltung und der Produktgestaltung dargestellt.

3.1.1. MARKTEIN- UND AUSTRITT

Der Eintritt in den OKP-Markt ist für neue Krankenversicherer und private Versicherer offen, sofern sie die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen:

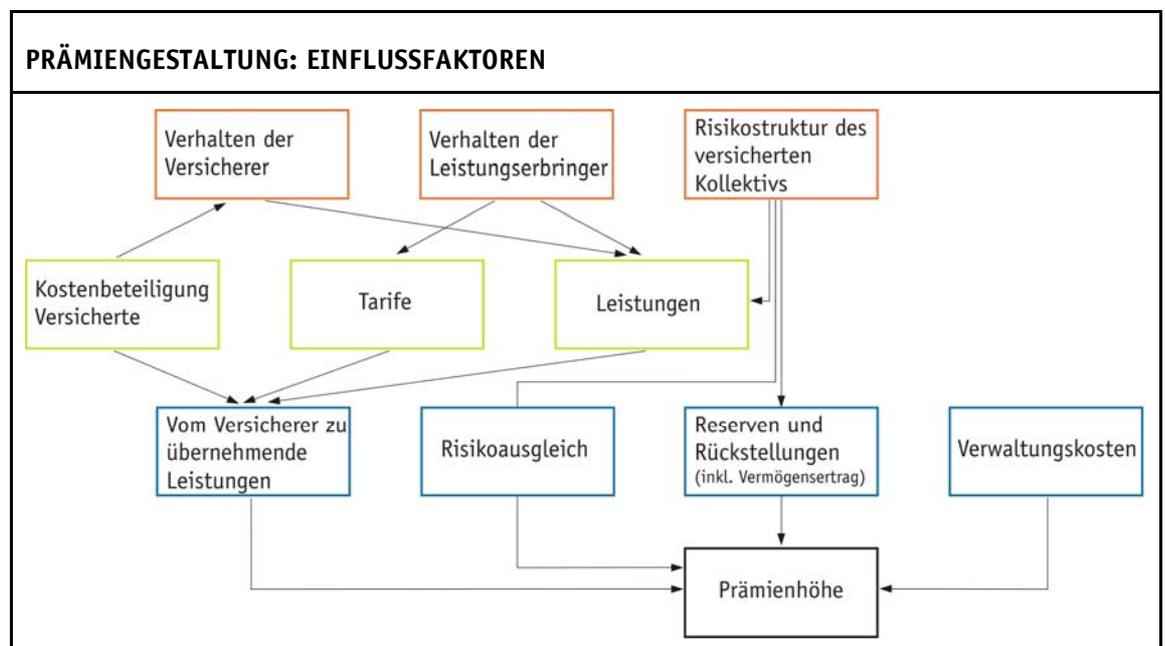
- › Krankenversicherer sind nach KVG juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen, hauptsächlich die OKP betreiben und vom EDI anerkannt sind.
- › Private Versicherer benötigen eine Bewilligung des EDI zur Tätigkeit im Rahmen der OKP. Voraussetzungen sind insbesondere, dass die Versicherer keinen Gewinn erzielen dürfen, jederzeit ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen können und über einen Sitz in der Schweiz verfügen.

Der Marktaustritt eines Versicherers ist möglich, sofern er darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Beispielsweise sind die Versicherer verpflichtet, Reserven in der Höhe von 15 bis 20 Prozent des Prämienvolumens zu halten. Falls diese Reserven nicht ausreichen, die Verbindlichkeiten zu decken, wird dem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der OKP entzogen und er muss Konkurs anmelden. Möglich ist auch, dass das EDI einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der OKP nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereichs (z.B. einzelne Kantone) entzieht.

3.1.2. PRÄMIENGESTALTUNG

Die Prämie ist ein zentraler Wettbewerbsparameter der Versicherer. Unter Einhaltung der Vorgaben des KVG hinsichtlich der Prämiengestaltung können die Versicherer ihre Prämien frei gestalten.

Einflussfaktoren der Prämiengestaltung



Figur 4 Quelle: in Anlehnung an INFRAS 2001a; Ergänzt durch die in Beck 2004 dargestellten „Bereiche des Risikomanagements“.

Die Prämienhöhe wird vor allem von den vom Versicherer zu übernehmenden Leistungskosten bestimmt, die sich aus der Multiplikation der voraussichtlich beanspruchten Leistungen mit den jeweiligen Preisen (bzw. Tarifen) abzüglich der Kostenbeteiligung der Versicherten

ergibt (vgl. Figur 4). Die Menge der Leistungen ist von der Risikostruktur des jeweiligen Versichertenkollektivs eines Versicherers, von Entscheidungen über den Ausbau des Leistungskatalogs und dem Nachfrageverhalten der Versicherten unter Berücksichtigung des Angebotsverhaltens der Leistungserbringer (z.B. angebotsinduzierte Nachfrage) abhängig. Der Versicherer kann das Nachfrageverhalten der Versicherten durch die Ausgestaltung der Versicherungsmodelle (Kostenbeteiligung, Managed Care) beeinflussen. Die Höhe der vom Versicherer zu übernehmenden Leistungskosten ist zudem von der Höhe der ausgehandelten Tarife, von der Teuerungsrate im Gesundheitswesen und von der Konsequenz bei der Kontrolle der eingegangenen Rechnungen auf deren Zulässigkeit abhängig (Beck 2004). Neben den Leistungskosten wird die Prämie von der Reservepolitik (z.B. gezieltes Einsetzen der Reserven zur Senkung der Prämien) und den Rückstellungen (inkl. Vermögensertrag), den Risikoausgleichszahlungen und den Verwaltungskosten des Versicherers beeinflusst.

Folgende Bestimmungen des KVG schränken den unternehmerischen Handlungsspielraum der Versicherer in der Prämiengestaltung ein:

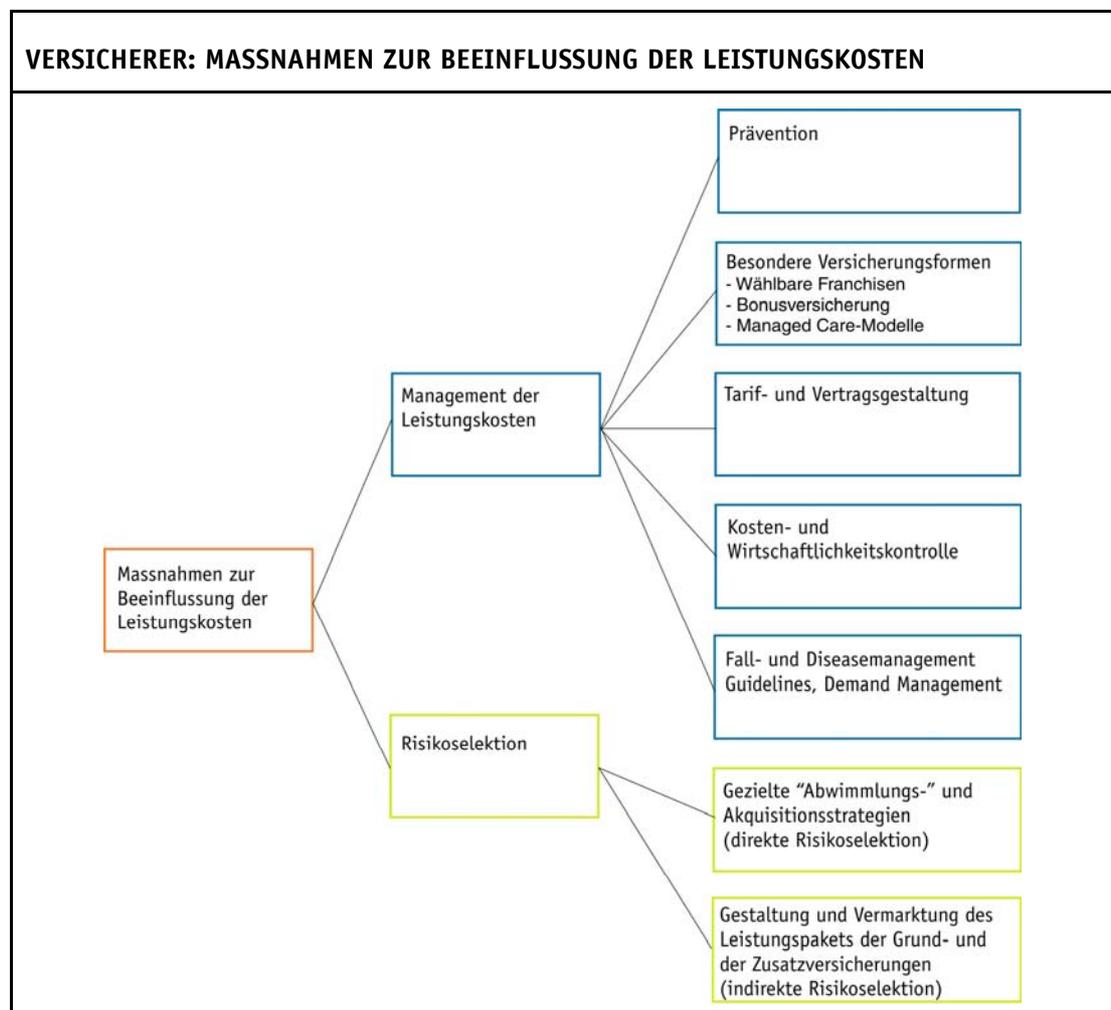
- › Einheitsprämie für das Grundleistungspaket, die nach drei Altersklassen (0-18 Jahre, 19-25 Jahre, 26 und älter) und innerhalb eines Kantons nach bis zu drei Regionen abgestuft werden kann. Die regionalen Prämienunterschiede in den Kantonen dürfen maximal 25 Prozent betragen. Eine weitere Differenzierung der Prämien, z.B. nach der Risikostruktur (risikogerechte Prämien) ist nicht erlaubt.
- › Keine Gewinnmöglichkeiten in der OKP, Festlegung der minimalen Reserve eines Versicherers und Verpflichtung zur Kontrolle der Verwaltungskosten.
- › Vorgabe der Abstufung der wählbaren Franchisen, inkl. obere Grenze von 2'500 CHF.
- › Vorgabe der maximalen Prämienreduktion beim Versicherungsmodell mit wählbarer Franchise, dem Bonusmodell und den Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Beispielweise ist die maximale Prämienreduktion bei den Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (bzw. den Managed Care-Modellen) im Vergleich zur ordentlichen Versicherung in den ersten fünf Jahren auf 20 Prozent begrenzt.
- › Berücksichtigung der Risikoausgleichszahlungen: Durch den Risikoausgleich (vgl. Kapitel 2.3.1) sollen die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Versicherern ausgeglichen werden, in dem eine finanzielle Umverteilung von Versicherern mit überdurchschnittlicher an jene mit unterdurchschnittlicher Risikostruktur erfolgt.
- › Die Tarife werden grundsätzlich zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelt, sind jedoch von den Kantonen zu genehmigen. Falls sich die Parteien nicht

einigen können, haben die Kantone die Tarife festzusetzen. Die Tarifentscheide der Kantone können an das Bundesverwaltungsgericht weiter gezogen werden. Bei gesamtschweizerischen Tarifen erfolgt die Genehmigung durch den Bundesrat.

- › Vorgabe von versicherungstechnischen Erfordernissen (z.B. Sicherstellen der finanziellen Verpflichtungen) und Genehmigung der Prämien durch den Bundesrat.

Handlungsspielraum der Versicherer zur Beeinflussung der Leistungskosten

Die Versicherer können die Prämienhöhe über das Management der Leistungs- bzw. Gesundheitskosten und/oder die Risikoselektion beeinflussen (vgl. Figur 5).



Figur 5 Quelle: in Anlehnung an INFRAS 2001a.

Das vom Gesetzgeber erwünschte Management der Leistungskosten kann grundsätzlich durch folgende Massnahmen erfolgen (vgl. auch INFRAS 2001a):

- › Prävention: Durch die Förderung vorbeugender Massnahmen können die Versicherer versuchen, den Gesundheitszustand ihres Kollektivs zu verbessern. Gemäss BAG bieten die Versicherer vor allem in der Zusatzfinanzierung Präventionsleistungen an. In der OKP haben die Versicherer aufgrund der sogenannten Positivliste (abschliessender Leistungskatalog) keinen Spielraum.
- › Entwicklung und Vermarktung besonderer Versicherungsformen: Durch die besonderen Versicherungsformen soll u.a. die Menge der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen reduziert werden. Versicherungsmodelle mit wählbarer Franchise und die Bonusversicherung übertragen den Versicherten eine grössere finanzielle Mitverantwortung und reduzieren die Anreize zu opportunistischem Verhalten (Moral Hazard). Von den alternativen Versicherungsmodellen (bzw. Managed Care-Modellen) wird eine Optimierung der Behandlung der Versicherten über die Versorgungskette und damit einhergehende Leistungseinsparungen erwartet. Kollektivverträge und entsprechende Rabatte sind mit dem KVG jedoch nicht mehr erlaubt.
- › Tarif- und Vertragsgestaltung: Die Versicherer haben eine grosser Wahl zwischen verschiedenen Tarifmodellen. Neben der Möglichkeit von Einzelleistungstarifen sieht das KVG auch Zeittarife und Pauschaltarife (Patientenpauschale oder Versichertenpauschale) vor. Zudem können die Versicherer über ihre Verhandlungsmacht Druck auf die Tarife ausüben. Mit dem KVG besteht neu die Möglichkeit für die Versicherer, die Tarife über Sonderverträge einzelner Versicherer mit Leistungserbringern zu beeinflussen. Hinsichtlich der Tarifverhandlungen können sich die Versicherer damit für ein kooperatives (Tarifverhandlungen durch Versichererverbände) oder ein nicht kooperatives Verhalten gegenüber der Konkurrenz (Verhandlungen durch einzelne Versicherer) entscheiden.
- › Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle: Die Instrumente der Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle¹⁹ ermöglichen dem Versicherer, die Vergütungen der Leistungen zu verweigern, wenn die Leistungen über das Mass hinaus gehen, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck notwendig ist.
- › Fall- und Disease-Management, Guidelines, Demand Management: Mit den verschiedenen Formen von Fall- und Disease-Management versuchen die Versicherer, die Kosten von Patientengruppen zu verringern, die hohe Kosten verursachen. Beim Fallmanagement zielen

¹⁹ Überprüfung der Honorarpositionen der von den Leistungserbringern eingereichten Rechnungen; Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

die Versicherer darauf ab, durch spezifische Dienstleistungen die Qualität und die Effizienz der Behandlung der Patienten über die gesamte Behandlungskette zu verbessern. Im Rahmen des Disease-Managements werden neue Versorgungsformen für bestimmte Versichertengruppen (z.B. chronisch oder schwerstkranke Patienten) entwickelt und angewandt. Guidelines sollen die Leistungserbringer in ihrem Berufsalltag unterstützen, angemessene klinische Entscheidungen in der Behandlung und der Betreuung von Patienten mit bestimmten Kriterien zu fällen und damit die traditionell hohe Variabilität der Behandlungsmassnahmen zu vermindern. Neue telefon- und internetbasierte Dienstleistungen dienen dazu, die Nachfrage nach Versorgungsleistungen zu steuern (Demand Management).

Die Versicherer haben in einem System mit Versicherungsobligatorium und Einheitsprämien sowie dem Wettbewerb unter den Versicherern einen Anreiz, durch Risikoselektion die Risikostruktur des Kollektivs zu verbessern und damit auf die beanspruchten Leistungen Einfluss zu nehmen. Die Versicherer können durch die gezielte Selektion von Versicherten mit gutem Gesundheitszustand, die eine geringe Wahrscheinlichkeit aufweisen krank zu werden und damit Leistungen beanspruchen zu müssen („gute Risiken“), ihre Risikostruktur verbessern und damit die Leistungskosten reduzieren. Durch die Reduktion der durchschnittlichen Leistungskosten können die Versicherer günstigere Prämien anbieten und werden für wechselbereite Versicherte in der OKP attraktiver. Die Risikoselektion ist jedoch unerwünscht, weil sie zu einer Entsolidarisierung führt und die Kosten zwischen Versicherern lediglich verschiebt, statt reduziert. Dies führt zu einem ineffizienten Wettbewerb, weil Ressourcen gebunden werden, die für das Management der Gesundheitskosten eingesetzt werden könnten. Das KVG sieht folgende Massnahmen zur Reduktion der Risikoselektion vor:

- › Pflicht der Versicherer, in ihrem örtlichen Tätigkeitsgebiet jede versicherungspflichtige Person aufzunehmen. Damit soll insbesondere die direkte Risikoselektion bei Vertragsabschluss vermieden werden (z.B. Erhebung des Gesundheitszustands vor Vertragsabschluss).
- › Durch die Risikoausgleichszahlungen sollen die Anreize für die Versicherer, Risikoselektion zu betreiben, reduziert werden.

Trotz dieser Massnahmen können die Versicherer versuchen, über folgende Strategien Risikoselektion zu betreiben (vgl. Breyer et al. 2004, Spycher 2002, INFRAS 2001a):

- › Direkte (bzw. aktive) Risikoselektion: Identifikation von Personen mit unterschiedlichen erwarteten Leistungsausgaben anhand von beobachtbaren Eigenschaften wie dem Geschlecht, dem Alter oder bestimmter Verhaltensweisen (z.B. Nutzung von Informationska-

nälen wie Internet, Wahl von unterschiedlichen Selbstbehalten²⁰, Gesundheitsfragebogen der Zusatzversicherung). Bei schlechten Risiken kann der Versicherer z.B. die Antragsunterlagen „verlieren“ oder die Antragstellenden durch unfreundliche Behandlung oder langsames Bearbeiten der Anträge abschrecken. Um gute Risiken kann durch die gezielte Vermarktung attraktiver Zusatzversicherungen geworben werden.

- › Indirekte (bzw. passive) Risikoselektion erfolgt durch die Gestaltung (bzw. die Differenzierung) des Versicherungsangebots und die entsprechende Vermarktung. Das Versicherungsangebot wird so gestaltet, dass es für gute Risiken attraktiv und für schlechte Risiken unattraktiv ist. Die indirekte Risikoselektion setzt nicht voraus, dass die Versicherer gesundheitsrelevante Eigenschaften der Individuen beobachten können. Notwendig ist, dass die Versicherer wissen, welche Risikotypen es in der Bevölkerung gibt und dass die Individuen sich gemäss den Präferenzen ihres Risikotyps unterscheiden. Beispiele der Risikoselektion über das Versicherungsangebot und die Vermarktung sind:
 - › Aufbau eines bestimmten Images über gezielte Werbe- und Marketingaktivitäten und/oder Öffentlichkeitsarbeit, mit dem die gewünschten Zielgruppen (z.B. junge Personen, SportlerInnen, gesunde ältere Personen, Familien) angesprochen werden sollen.
 - › die Gründung von sog. Billigkassen, die gezielt junge und gesunde Personen ansprechen und ihnen günstige Prämien anbieten (sog. Multi-Kassen-Strategie).
 - › die aktive Vermarktung von Versicherungsmodellen, die aufgrund der Prämienreduktion vor allem für gute Risiken attraktiv sind (Wählbare Franchise; Managed Care-Modelle).
 - › Gezielte Produktpolitik in der Zusatzversicherung, die auf die Akquisition guter Risiken ausgerichtet ist (z.B. spezifische Produkte, die vor allem für gute Risiken attraktiv sind; Rabatte für Familien und/oder Jugendliche).
 - › Abschluss der Versicherung über das Internet und/oder Auftritt mit nur wenigen Geschäftsstellen.

Durch eine Wachstumsstrategie (u.a. auch die Übernahme anderer Versicherer) können die Möglichkeiten zur Beeinflussung der Leistungs- und der Verwaltungskosten erhöht werden. Ein grosser Versicherer verfügt tendenziell über eine stärkere Verhandlungsposition und

²⁰ Die Strategie der Versicherer, die Antragstellenden über die Wahl unterschiedlicher Selbstbehalte zur Identifikation ihres Risikotyps (bzw. der zu erwartenden Versicherungsleistungen) zu bewegen, wird insbesondere von Enthoven (1988a) als relevante Form der Risikoselektion hervorgehoben.

über mehr Möglichkeiten im Management der Gesundheitskosten (z.B. Entwicklung und Umsetzung von Managed Care-Modellen sowie des Fall- und Disease-Managements). Zudem ergeben sich in der Verwaltung Synergien mit den entsprechenden Kosteneinsparpotenzialen. Weiter können die Massnahmen zur Beeinflussung der Leistungskosten bzw. der Aufbau eines bestimmten Images durch gezielte Werbe- und Marketinganstrengungen sowie durch Öffentlichkeitsarbeit unterstützt werden.

3.1.3. PRODUKTGESTALTUNG

In der OKP sind die von den Versicherern anzubietenden Leistungen durch den standardisierten Leistungskatalog abschliessend definiert. Zudem verpflichtet der Kontrahierungszwang die Versicherer, mit den zur OKP zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen. Eine selektive Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern bzw. eine Beschränkung auf eine Auswahl an zugelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Spitäler ist nicht möglich. Die Gestaltungsmöglichkeiten bei den Versicherungsmodellen mit wählbarer Franchise und beim Bonus-Malus-Modell sind ebenfalls gesetzlich definiert.

Über unternehmerischen Spielraum verfügen die Versicherer bei den Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer bzw. den Managed Care-Modellen. Das KVG hat die Möglichkeit, solche Modelle einzuführen, gesetzlich verankert, deren Einführung erleichtert und die Möglichkeiten der Modellformen erhöht.²¹ Der Gesetzgeber lässt den Versicherern und den Leistungserbringern einen grossen Freiraum in der Entwicklung und der Ausgestaltung von Management Care-Modellen. Zudem erlaubt das KVG Prämienreduktionen (max. 20 Prozent in den ersten fünf Jahren) für „echte“ Kosteneinsparungen (nicht jedoch aufgrund der besseren Risikostruktur) und eine allfällige Aufhebung der Kostenbeteiligung. Neben einem Beitrag zur Kosteneindämmung sollten diese alternativen Versicherungsmodelle auch zu einem Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen und damit zwischen den Versicherern beitragen.

Das gemeinsame Merkmal von Managed Care ist die bewusste Steuerung der medizinischen Versorgung durch die Versicherer (Sommer 1999). Dabei sind ganz unterschiedliche Modelle denkbar. Bei Managed Care ist zu unterscheiden zwischen den Managed Care-Modellen (bzw. -Institutionen) und den Managed Care-Instrumenten (vgl. Berchtold/Hess 2006):

²¹ U.a. können die Managed Care-Modelle unter dem KVG organisatorisch aus den Versicherern ausgegliedert werden.

- › Managed Care-Modelle (bzw. Institutionen) beziehen sich auf organisatorische und systemische Aspekte. Managed Care-Modelle umfassen beispielsweise HMO (Health Maintenance Organisation), Hausarztmodelle und Telmed-Modelle (Call Center).
- › Managed Care-Instrumente dienen der Steuerung der Patientinnen und Patienten. Die meisten Instrumente können von den Versicherern im Rahmen eines Managed Care-Modells oder separat eingesetzt werden. Managed Care-Instrumente umfassen das Gatekeeping, Guidelindes, das Fallmanagement, das Disease Management, das Demand Management (Telefontriage) und Vergütungsmodelle.

Organisatorisch kann zwischen Managed Care-Organisationen von Versicherern und Managed Care-Betriebsgesellschaften unterschieden werden (Managed Care 6/2006):

- › Die Managed Care-Organisationen der Versicherer bestehen aus eigenständigen Managed Care-Organisationen von Versicherern, die jeweils von mehreren Versicherern getragen werden²², und internen Managed Care-Abteilungen von grossen Versicherern²³.
- › Die Managed Care-Betriebsorganisationen bestehen aus Betriebsgesellschaften und Geschäftsstellen von Leistungserbringergruppen und umfassen hauptsächlich Ärztenetzwerke.

In den USA haben sich folgende Grundformen des Managed Care herausgebildet (Berchtold/Hess 2006 und Sommer 1999):

- › HMO (Health Maintenance Organisation): Managed Care-Organisation, welche die Bereitstellung und die Finanzierung einer umfassenden medizinischen Versorgung übernehmen und deren Leistungen in der Regel über eine Kopfpauschale (Capitation) vergütet werden. Zu unterscheiden sind das sog. „Staff HMO-Modell“, bei dem Ärztinnen und Ärzte angestellt sind und ein fixes Gehalt erhalten und das sog. „Independent Practice Association (IPA)-Modell, das auf Verträgen mit einem Verbund in eigener Praxis arbeitender Ärztinnen und Ärzte basiert.
- › PPO (Preferred Provider Organisation): Partnerschaft von verschiedenen selbstständigen Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Labors, etc.), die ihre Leistungen den Versicherern, Arbeitgebern oder HMOs zu festgelegten ökonomischen und qualitativen Bedingungen anbieten (keine Beteiligung am finanziellen Risiko).

²² Z.B. wird SanaCare AG von der CONCORDIA und Wincare getragen. Kooperationspartner sind Atupri, CSS, HELSANA, Kolping, KPT, ÖKK Winterthur, PROVITA, Visana und Xundheit (Managed Care 6/2006).

²³ CSS, Group Mutuel, Helsana, SWICA, Visana (Managed Care 6/2006).

In der Schweiz sind vor allem HMO-Zentren (nach dem Staff Modell) und Hausarztmodelle (HAM) von Relevanz. HAM sind ärztliche Betreuungsmodelle, in welchen der Hausarzt die Grundversorgung sicherstellt, als Gatekeeper über eine Überweisung (Facharzt, Spital) entscheidet und als Fallmanager das Leistungsgeschehen steuert (Berchtold/Hess 2006). Hausarztmodelle können eine Budgetmitverantwortung und Qualitätssicherungsinstrumente (z.B. Qualitätszirkel) beinhalten. Von zunehmender Bedeutung sind Telmed-Modelle, bei denen sich die Versicherten verpflichten, vor einem geplanten Arztbesuch immer zuerst eine medizinische Beratungsstelle anzurufen. Eine Besonderheit im schweizerischen Managed Care ist die beabsichtigte Qualitätssicherung im ambulanten Bereich.

3.1.4. WEITERE WETTBEWERBSPARAMETER

Die Versicherer können sich durch folgende weitere Wettbewerbsparameter von der Konkurrenz abheben:

- › **Service:** Die Versicherer können sich durch die Qualität ihres Services auszeichnen. Dazu zählen vor allem eine gute Kundeninformation und -beratung sowie eine effiziente Zahlungsabwicklung (INFRAS 2001a).
- › **Abgestimmtes Verhalten:** Die Versicherer können sich in verschiedenen Bereichen (z.B. Tarifverhandlungen, Entwicklung von Managed Care-Organisationen) für eine kooperatives oder nicht kooperatives Verhalten entscheiden.
- › **Werbung (inkl. Öffentlichkeitsarbeit):** Die Versicherer sind in ihren Werbeaktivitäten und in der Öffentlichkeitsarbeit frei.
- › **Forschung und Entwicklung (F&E):** F&E-Anstrengungen sind vor allem für die Entwicklung und die Vermarktung von Managed Care-Modellen wichtig.

3.2. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN VERSICHERERN IN DER PRAXIS

Nachfolgend zeigen wir erstens, welche Anreize Versicherer haben, sich gegenüber anderen Versicherern wettbewerbslich zu verhalten. Zweitens stellen wir dar, in welchen Bereichen sich die Versicherer in der Praxis wettbewerbslich verhalten und welche Wettbewerbsparameter dabei genutzt werden. Anhand dieser Ergebnisse zum Marktverhalten der Versicherer, ergänzt durch eine Beurteilung der Marktstruktur und des Marktergebnisses, beurteilen wir die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherermarkt.

3.2.1. ANREIZE

Die Versicherer haben folgende Anreize, sich gegenüber ihren Konkurrenten auszuzeichnen und ihren Marktanteil zu erhöhen:

- › Die Versicherer haben einen Anreiz, in der OKP ihre Marktmacht zu stärken. Die grossen Versicherer erhoffen sich durch das Wachstumsstreben (Übernahmen und Fusionen) Synergieeffekte und eine verbesserte Marktmacht (Hefti/Frey 2008). Das Beispiel der Übernahme der Intras durch die CSS (vgl. NZZ vom 17./18. November 2007) zeigt im konkreten Fall, dass sich die Versicherer durch Grössenvorteile einen grösseren Einfluss in der Gesundheitspolitik und Synergien im Gesundheitsmarkt erhoffen (Entwicklung und Vermarktung von Managed Care-Modellen, Synergien im Vertrieb und in der Administration, stärkere Position in den Tarifverhandlungen bzw. auf der „Einkaufsseite“). Leu et al. 2007 weisen darauf hin, dass die Versicherer aus versicherungstechnischen Gründen („Economies of Scale“, Risikostreuung) und der aufgrund veränderter politischer Rahmenbedingungen (z.B. Aufhebung des Kontrahierungszwangs) erwarteten Marktkonzentration ein Interesse an einer stärkeren Marktstellung haben könnten. Die Ergebnisse der Interviews bestätigen die Bedeutung der Grössenvorteile für die Versicherer. Ein Versicherer geht davon aus, dass Grössenvorteile in Zukunft noch wichtiger werden. Entsprechend erwartet er eine weitere Konzentration im Versicherungsmarkt durch zusätzliche Übernahmen. Damit ist davon auszugehen, dass wettbewerbliches Verhalten der Versicherer zukünftig noch stärker als bisher zu einer Überlebensfrage werden könnte.
- › Im Unterschied zur OKP, in der ein Gewinnverbot besteht, ist es den Versicherern erlaubt, in der Zusatzversicherung Gewinne zu erzielen. Die grösseren Versicherer sind in der Regel in der OKP und im Zusatzversicherungsgeschäft tätig. Da zwischen diesen beiden Geschäftsfeldern Synergien bestehen, haben die Versicherer einen Anreiz, über die Marktstellung in der OKP die Gewinne bei den Zusatzversicherungen zu steigern. Synergien ergeben sich beispielsweise in den Beziehungen zu den Leistungserbringern (z.B. Kostenaufteilung zwischen OKP und Zusatzversicherungen) und in der Verwendung von (Gesundheits-) Informationen aus der OKP zur Erstellung von Offerten für Zusatzversicherungen (Leu et al. 2007). Zu berücksichtigen ist auch, dass der überwiegende Teil der Versicherten die Grundversicherung und die Zusatzversicherungen beim gleichen Versicherer abschliesst. Eine Wachstumsstrategie in der OKP erhöht damit die Chancen der Versicherer, im Zusatzversicherungsgeschäft zu wachsen und entsprechende Gewinne zu erzielen (Widmer et al. 2007). Die befragten Versicherer bestätigen mehrheitlich, dass die Tätigkeit in der OKP den Zugang zum Zusatzversicherungsgeschäft öffnet. Den Kunden in der OKP

können ergänzende Leistungen der Zusatzversicherung angeboten werden. Ein Versicherer kann sich zudem vorstellen, auf Basis des in der Grund- und der Zusatzversicherung gewonnenen Vertrauens, die Geschäftstätigkeiten auf weitere Versicherungsbereiche auszuweiten.

- › Das Beispiel eines befragten Versicherers zeigt, dass die Versicherer in der OKP auch unter einem Gewinnverbot ein Ertragsziel verfolgen. Der Versicherer erwähnt als Kernziel explizit die Steigerung des Unternehmenswerts durch Wachstum und Ertrag (Erhöhung der Kapitaleffizienz). Dieses Ziel gelte in der OKP und der Zusatzversicherung. In der OKP werde ein positives Ergebnis vor allem für die Versicherten eingesetzt. Der Versicherer kritisiert das Gewinnverbot, weil den Versicherern damit eine wichtige Möglichkeit zur Finanzierung von Innovationen und Investitionen (z.B. Weiterentwicklung von Managed Care-Modellen) genommen werde. Gemäss Hefti/Frey 2008 finanzieren die Versicherer teilweise die Unternehmensentwicklung in der Grundversicherung durch Gewinne der Zusatzversicherung (Querfinanzierung).

3.2.2. POTENZIELLER WETTBEWERB

Gemäss Leu et al. 2007 ist der OKP-Markt für potenzielle neue Marktteilnehmer nicht sehr attraktiv. Erstens sei seit Inkrafttreten des KVG kein Markteintritt eines Versicherers mit Erfahrungen in anderen Versicherungsmärkten oder eines ausländischen Anbieters erfolgt. Die neu in der OKP tätigen Versicherer seien ausschliesslich Tochterfirmen bereits in der OKP tätigen Versicherer und damit keine eigentlichen neuen Marktteilnehmer.²⁴ Zweitens wird darauf hingewiesen, dass sich die AXA Winterthur vom OKP-Markt zurückgezogen hat. Den Hauptgrund für die fehlende Attraktivität des OKP-Markts für potenzielle Wettbewerber sehen Leu et al. 2007 im Gewinnverbot. Gemäss Hefti/Frey 2008 sind seit 1996 aus folgenden Gründen keine neue Versicherer in den Grundversicherungsmarkt eingetreten: mangelnde Attraktivität des Grundversicherungsmarktes (Gewinnverbot), Markteintrittsbarrieren (Anfangsinvestitionen, die durch nicht-gewinnorientierte Investoren finanziert werden müssen) und Marktstruktur (Verdrängungswettbewerb, geringer unternehmerischer Handlungsspielraum, politische Unsicherheiten).

Die Markteintritte von Töchtern bereits im OKP-Markt aktiver Versicherer sind mehrheitlich als gezielte Wettbewerbsstrategie zu interpretieren (sog. „Multi-Kassen-Strategie“),

²⁴ Das BAG weist darauf hin, dass nicht ausschliesslich Tochterfirmen in den OKP-Markt eingetreten sind. Der Versicherer Accorda ist im Jahr 1999 in den OKP-Markt eingetreten, Mitte 2004 jedoch wieder ausgetreten. Heute befindet sich dieser Versicherer in Liquidation.

mit günstigen Prämien über eine Risikoselektion junge und gesunde Versicherte zu gewinnen bzw. an sich zu binden (vgl. auch NZZ vom 20. September 2007).

3.2.3. PRÄMIENWETTBEWERB

Die Prämie ist der wichtigste Wettbewerbsparameter der Versicherer um die Gunst der Versicherten in der OKP (INFRAS 2001a). Die meisten Versicherer zielen im Hinblick auf das Zusatzversicherungsgeschäft darauf ab, vor allem junge (gesunde) Versicherte anzuziehen (Spycher 1999). Zwischen den Versicherern bestehen grosse Prämienunterschiede. Beispielsweise beträgt die teuerste Prämie für die Stadt Zürich für das Jahr 2008 (CHF 556.- pro Monat) beinahe das Doppelte der günstigsten Prämie (CHF 295.80 pro Monat) (Auskunft BAG). Die zentrale Bedeutung der Prämien für den Wettbewerb zwischen den Versicherern wird von verschiedenen befragten Akteuren bestätigt. Hefti/Frey 2008 weisen darauf hin, dass der Prämienwettbewerb zwischen 1996 und 2006 zugenommen hat. Erstens hat die Prämienbandbreite in allen Kantonen (mit Ausnahme der Kantone Ob- und Nidwalden) abgenommen. Zweitens hat in Kantonen mit grossen Prämienbandbreiten im Vergleich zu Kantonen mit einer geringeren Prämienbandbreite ein stärkerer Konzentrationsprozess stattgefunden.

Risikoselektion als dominante Strategie

Die Versicherer verfolgen im Prämienwettbewerb drei Strategien zu Reduktion der Kosten (Leu/Beck 2007): Eine erste Gruppe von Versicherern (z.B. Group Mutuel) konzentriert sich hauptsächlich auf die Risikoselektion. Eine zweite Gruppe (z.B. SWICA) setzt vor allem auf Managed Care-Angebote (bzw. aktives Kostenmanagement). Eine dritte Gruppe (z.B. Helsana, CSS, Visana) verfolgt eine Kombination von aktivem Kostenmanagement (v.a. Managed Care) und Risikoselektion.

Gemäss Leu und Beck (2007) ist die Risikoselektion die heute dominante Strategie. Grund dafür sei der nicht genügend differenzierte Risikoausgleich, der die Anreize zur Risikoselektion nur ungenügend eindämmt. Während die Prämien mit Managed Care-Modellen langfristig um 20 bis 25 Prozent reduziert werden können, lassen sich durch Risikoselektion Kostenvorteile von bis zu 57 Prozent erzielen (Beck et al. 2006). Damit erzielen die Versicherer unter den heutigen Rahmenbedingungen durch Risikoselektion raschere und höhere Kostenreduktionen als durch aktives Kostenmanagement. Leu und Beck (2007) weisen jedoch darauf hin, dass sich die Selektionsgewinne reduzieren, wenn die Konkurrenz unter

Verwendung der gleichen Methoden ebenfalls Risikoselektion betreibt. Aus diesem Grund finde Annäherung der Strategien der grossen Versicherer statt.

Die Risikoselektion hat sich seit Inkrafttreten des KVG kontinuierlich verstärkt und verändert. Die Zunahme des Ausgleichsvolumens von CHF 530 Mio. im Jahr 1996 auf CHF 1.2 Mia. im Jahr 2006 (BAG 2007a) und des Risikoselektionsindex von 1.7 Prozent im Jahr 1997 auf 14.7 Prozent im Jahr 2003²⁵ (Beck 2005) weisen zusammen mit der Zunahme neuer Selektionsmethoden der Versicherer (sog. „Multi-Kassen-Strategie“) auf eine Intensivierung der Risikoselektion hin. Hinsichtlich des Vorgehens der Risikoselektion können zwei Phasen unterschieden werden:

- › In der ersten Phase (bis ca. 2002) versuchten die Versicherer vor allem, durch direkte und indirekte Selektionsmethoden gesunde Risiken anzuwerben und schlechte Risiken abzuwehren (vgl. Spycher 1999, INFRAS 2001a). Einerseits identifizierten die Versicherer gute und schlechte Risiken und wandten entsprechende Praktiken an, um gute Risiken anzuwerben bzw. schlechte Risiken abzuhalten. Dabei spielten die Zusatzversicherungen eine wichtige Rolle. Die im Rahmen der Zusatzversicherungen erhobenen Informationen zum Gesundheitszustand erlauben es, die guten und schlechten Risiken zu identifizieren. Zudem können neben guten Serviceleistungen durch attraktive Zusatzversicherungsangebote gute Risiken angelockt werden. Andererseits sprachen die Versicherer über die Prämienhöhe, das Image, Managed Care-Modelle und Zusatzversicherungsangebote das gewünschte Zielpublikum an. Beispielsweise setzten die Versicherer die Prämienhöhe als wichtiges Signal für die Risikoselektion ein, bauten über Kommunikations- und Marketingmassnahmen das gewünschte Image auf (z.B. jung, familienfreundlich, sportlich) und sprachen über attraktive Angebote im Zusatzversicherungsbereich z.B. junge und gesunde Personen an. Vereinzelt verbesserten die Versicherer ihre Risikostruktur zudem durch den Rückzug aus gewissen Kantonen (z.B. Visana).
- › Seit 2002 setzen die grossen Versicherer (bzw. Versicherer-Gruppen) vor allem auf die „Multi-Kassen-Strategie“ zur Risikoselektion. Gemäss Leu und Beck (2007) ist diese Form der Risikoselektion hoch wirksam und hat im Vergleich zu den übrigen Methoden der Risikoselektion eine grosse Bedeutung erlangt. Gemäss Beck 2005 hat die Multi-Kassen-Strategie zu einem deutlichen Anstieg des Risikoselektionsindex von 7.2 Prozent im Jahr 2001 auf 12.2 Prozent im Jahr 2002 bzw. 14.7 Prozent im Jahr 2003 geführt. Da die Zusammenarbeit von Versicherern im KVG nicht weiter geregelt ist, können Versicherer Alli-

²⁵ Der Risikoselektionsindex gibt an, welcher Anteil der Prämienunterschiede zwischen den Versicherern selektionsbedingt ist.

anzen eingehen und sich zu Gruppen zusammenschliessen. Die der Gruppe angeschlossenen Versicherer treten nach aussen einheitlich auf, verfügen jedoch über eine eigenständige Rechtspersönlichkeit und können eigene Prämien festsetzen. Den Versicherten werden ihrer Risikoeinschätzung entsprechende Prämien angeboten. Gemäss Leu und Beck (2007) setzen solche Versicherer-Gruppen risikoabgestufte Prämien um und unterlaufen die Vorgabe des KVG hinsichtlich der Einheitsprämie. Groupe Mutuel wende die Multi-Kassen-Strategie seit Langem und am Konsequensten an. Die Versicherungsgruppe ist durch diese Strategie von 192'000 Versicherten im Jahr 1996 auf 836'000 Anfang 2007 gewachsen. Die Versicherten teilen sich auf 15 verschiedene Kassen auf, die einheitlich auftreten und den Markt abgestimmt bearbeiten. Die drei grossen Versicherer Helsana, CSS und Visana verfolgen seit 2002 ebenfalls eine Multi-Kassen-Strategie, durch die sie ihren Versichertenbestand steigern konnten.

Die befragten Vertretenden der Leistungserbringern und der öffentlichen Hand (BAG, GDK) bestätigen die grosse Bedeutung der Risikoselektion für die Versicherer. Die Mehrzahl der Befragten geht davon aus, dass sich die Versicherer zur Reduktion der Leistungskosten auf die Selektion guter Risiken konzentrieren und mit Ausnahme einiger grosser Versicherer nicht sehr viel in das Management der Leistungskosten und die Weiterentwicklung von Managed Care-Modellen investieren. Gemäss BAG zielen die Versicherer unter Berücksichtigung des geltenden Risikoausgleichs und der Zusatzversicherung auf ein „ausgewogenes“ Versichertenkollektiv. Beispielsweise gelten auch ältere gesunde Versicherte und Versicherte, die eine Zusatzversicherung abschliessen, als attraktiv. Als Beleg für die Risikoselektion der Versicherer, wird vor allem die Ausrichtung der Werbe- und der Marketinganstrengungen genannt, die in erster Linie auf jüngere und gesunde Kunden sowie auf Familien abzielen. Die befragten Vertreter der Leistungserbringer und der öffentlichen Hand bestätigen die Bedeutung der Zusatzversicherung (Erhebung von gesundheitsrelevanten Informationen über das Antragsformular) für die Risikoselektion der Versicherer. Berichtet wird auch von direkter Risikoselektion über das Verhalten der Mitarbeitenden der Versicherer, die darauf abzielen, „Hochrisikofälle“ abzuwimmeln oder aus dem Versicherer zu drängen (z.B. unterschiedliche Sprachwahl gegenüber Interessenten bzw. Kunden unterschiedlichen Alters mit und ohne Krankheit). Gemäss einem Befragten ist zudem zu berücksichtigen, dass schwer Kranke glauben, ein Wechsel sei mit Nachteilen verbunden (z.B. kein Bezahlen der Rechnungen mehr) und dass chronisch Kranke mit Zusatzversicherung an ihren Versicherer gebunden sind. Die Befragten gehen jedoch davon aus, dass die Risikoselektion heute vor

allem indirekt über die Werbung und das Marketing, die Managed Care-Modelle (z.B. über Ärztelisten und Telmed-Modelle) und die „Multi-Kassen-Strategie“ betrieben wird.

Die Versicherer betonen, dass sie über die Produktdifferenzierung nur passive, nicht jedoch aktive Risikoselektion betreiben. Eine aktive Risikoselektion könne sich ein Versicherer aus Imagegründen kaum leisten. Mehrere befragte Versicherer widersprechen der Auffassung, dass die Risikoselektion die dominierende Strategie der Versicherer ist. Die Erfahrungen hätten gezeigt, dass die alleinige Risikoselektionsstrategie nicht erfolgreich sei. Die grossen Versicherer verfolgen heute eine ähnliche Strategie, die neben der Risikoselektion auf die Beeinflussung der Leistungskosten (Leistungskosten-Management) und eine differenzierte Produktstrategie setzt. Durch eine Differenzierungsstrategie sollen die Bedürfnisse der Kunden möglichst gut abgedeckt werden. Gewisse Produkte richten sich aufgrund ihrer Ausgestaltung an ein spezifisches Zielpublikum (z.B. frauenspezifische Dienstleistungen). Wichtige Elemente der Produktdifferenzierung sind gemäss einem Versicherer die Ausgestaltung der Produkte (z.B. verschiedene Versorgungsmodelle), Services (Informationen, Telefonberatung, Fallmanagement), Kundenfreundlichkeit (z.B. Angebot mit „tiers payant“) und Dienstleistungen. Der Versicherer versucht, seine Produkte im Sinne einer Markenstrategie so zu positionieren, dass sie sich durch Marktführerschaft bei verschiedenen Wettbewerbselementen auszeichnen (z.B. Preisführerschaft; Angebote für spezifische Zielgruppen, z.B. Frauen).

Rolle und Bedeutung der Managed Care-Modelle

Ob die Versicherer die Managed Care-Modelle eher zur Risikoselektion oder zum aktiven Kostenmanagement einsetzen, ist umstritten. INFRAS 2000 zeigt, dass sich die bis 2000 entwickelten und umgesetzten Managed Care-Modelle noch im Experimentierstadium befanden. Die Versicherer führten diese Modelle vorwiegend als Prämiensparmodelle, um gute Risiken zu halten und anzuziehen. Dies war deshalb möglich, weil hauptsächlich jüngere und gesunde Versicherer in diese Modelle wechselten, um Prämien zu sparen. Lehmann und Zweifel (2004) zeigen am Beispiel eines Versicherers, dass bei den Kosteneinsparungen der HMO gegenüber dem traditionellen Modell zwei Drittel auf „echte“ Kostenreduktionen durch Innovationen und ein Drittel auf Selektionseffekte zurückgeführt werden können. Bei den PPO- (Preferred Provider Organisations-) Modellen und den Hausarztmodellen (HAM) beträgt der Anteil der „echten“ Kostenreduktionen gemäss den Autoren die Hälfte bzw. ein Drittel. Diese Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass die Versicherer die HMO vorwiegend zum

aktiven Kostenmanagement und die Hausarztmodelle schwergewichtig zur Risikoselektion einsetzen.

Die Ergebnisse der Interviews deuten darauf hin, dass die Versicherer die Managed Care-Modelle in erster Linie zur Risikoselektion einsetzen:

- › Die befragten Versicherer bestätigen, dass sie über die Produktdifferenzierung u.a. passive Risikoselektion betreiben.
- › Gemäss mehreren Befragten haben die Versicherer kaum Anreize, Managed Care-Modelle voranzutreiben, die gewisse Anforderungen erfüllen und damit zu deutlichen Kosteneinsparungen führen können. Erstens ist die Entwicklung dieser Modelle für die Versicherer mit Kosten verbunden. Zweitens müssten die Managed Care-Modelle verstärkt auf die kranken Personen abzielen, was für die Versicherer beim geltenden Risikoausgleich unerwünscht ist (vgl. auch Kapitel 3.2.4, Tabelle 5).
- › Mehrere befragte Vertreter der Leistungserbringer betonten ausdrücklich, dass die heutigen Managed Care-Modelle von den Versicherern vor allem zur Risikoselektion eingesetzt werden. Erstens locken die mit den Managed Care-Modellen verbundenen Prämienrabatte in erster Linie gesunde Versicherte an. Zweitens bietet die überwiegende Mehrzahl der heutigen Managed Care-Modelle (Ärztelisten bzw. sog. „Light-Modelle“, konventionelle Hausarztmodelle, Telmed-Modelle) keine qualifizierte Behandlung bzw. Betreuung an. Damit haben kranke Personen (v.a. chronisch Kranke) nur ungenügende Anreize, diesen Modellen beizutreten.

Die Erfahrungen mit Managed Care-Modellen in der Schweiz zeigen, dass durch diese Modelle gegenüber dem traditionellen Modell Kosteneinsparungen erzielt werden. Untersuchungen zeigen, dass diese Modelle vor allem dann Kosteneinsparungen erzielen, wenn die im Modell organisierten Ärztinnen und Ärzte eine Budgetmitverantwortung wahrnehmen:

- › HMOs erzielen gegenüber traditionellen Modellen gemäss einer Literaturanalyse (Berchtold/Hess 2006) eine Kosteneinsparung von 20 bis 30 Prozent. Dieses Ergebnis wird durch die von Beck et al. (2006) ausgewiesene Einsparungen von HMO gegenüber traditionellen Versicherungsmodellen von 20 bis 25 Prozent bestätigt. Demgegenüber zeigen Lehmann und Zweifel (2004) in ihrer Analyse der Daten eines grossen Versicherers, dass durch HMOs eine risikobereinigte Kosteneinsparung von 40 Prozent erzielt werden kann. Berchtold und Hess (2006) kann die Kosteneinsparung der HMO vor allem auf das Gatekeeping und alternative Vergütungsformen wie beispielsweise Kopfpauschalen (Capitation) zurückgeführt werden.

- › Hausarztmodelle (HAM) weisen im Vergleich zu HMOs ein geringeres Einsparpotenzial auf. Die Ausprägungen der HAM in der Schweiz ist jedoch sehr unterschiedlich, vor allem hinsichtlich der Verbindlichkeiten der einem HAM angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte gegenüber dem Ärztenetz. Gemäss Berchtold und Hess (2006) sind die meisten HAM reine Gatekeeping-Modelle, die längerfristig wenig kosteneffektiv sein dürften. Daneben gibt es eine Vielzahl von straffer geführten HAM mit ärztlicher Budgetmitverantwortung und zahlreichen Verpflichtungen (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkeln, Offenlegung der Leistungsstatistiken, gemeinsame Guideline-Entwicklung, etc.). Gemäss Berchtold und Hess (2006) erzielen die HAM eine Kostenersparnis von 7 bis 26 Prozent. Die empirische Evidenz wird jedoch als ungenügend beurteilt. Gemäss Lehmann und Zweifel (2004) führen die HAM zu einer Kosteneinsparung von 10 Prozent. Gemäss einem Vertreter einer Managed Care-Organisation werden die Haupteinsparungen dadurch erzielt, dass unnötige Untersuchungen (z.B. MRI bei jeden Rückenschmerzen) und Behandlungen (vor allem Hospitalisierungen) vermieden werden.
- › Die Telmed-Modelle verzeichnen in der Schweiz in den letzten Jahren einen starken Zuwachs (vgl. Kapitel 3.2.4). Die Versicherten können bei diesen Modellen im Vergleich zu konventionellen Versicherungsmodellen Prämienrabatte von bis zu 15 Prozent erzielen (comparis.ch 2008), was als Hinweis für das mögliche Kosteneinsparpotenzial gedeutet werden kann.
- › PPO-Modelle, die in der Schweiz jedoch wenig verbreitet sind, führen nach Lehmann/Zweifel 2004 zu einer Kostenersparnis von 21 Prozent.

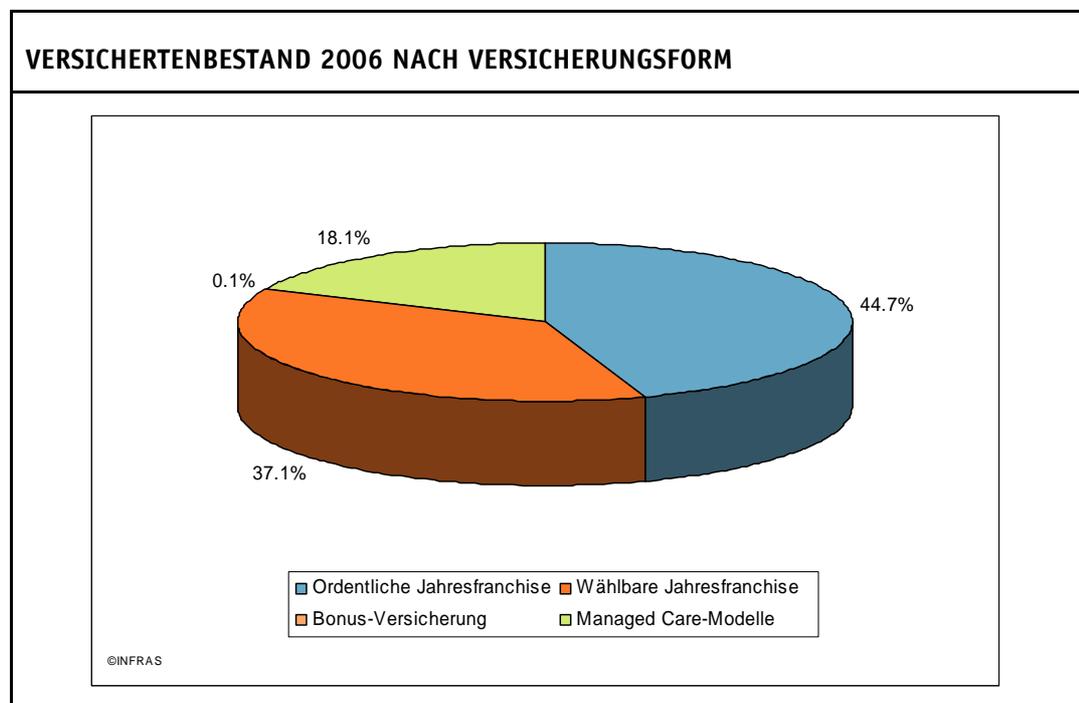
Die Managed Care-Modelle haben sich in der Schweiz noch nicht breit durchgesetzt. (vgl. Kapitel 3.2.4). Die Managed Care-Modelle haben damit nur in sehr geringem Masse zur Reduktion der Gesundheitskosten beigetragen. Diese Einschätzung wird von der Mehrheit der befragten Akteure geteilt. Die Mehrheit der befragten Akteure ist jedoch der Überzeugung, dass die Managed Care-Modelle ein bedeutendes Potenzial zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Kostenreduktion aufweisen. Die Modelle müssten jedoch gewisse Anforderungen erfüllen und sich verstärkt auf kranke Personen ausrichten (vgl. Kapitel 3.2.4).

Bedeutung der übrigen Instrumente

Die übrigen Instrumente zur Beeinflussung der Leistungskosten (bzw. der Prämienhöhe) werden von den Versicherern wie folgt eingesetzt:

Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise und Bonus-Versicherung

Figur 6 zeigt, dass das Versicherungsmodell mit wählbarer Franchise für die Versicherten attraktiv ist. Während im Jahr 2005 37 Prozent der Versicherten dieses Modell wählten, ist der Anteil der Bonus-Versicherungen mit 0.1 Prozent vernachlässigbar (BAG 2007a). Bonus-Versicherungen werden im Jahr 2008 von lediglich fünf Versicherern angeboten (BAG 2007b). Gemäss BAG interessieren sich die Versicherten nicht für die Bonus-Versicherung. Zur Reduktion der Prämien ziehen sie die wählbare Franchise vor. Bei den wählbaren Jahresfranchisen waren die Franchisen von CHF 500 und CHF 1'500 (Anteile von 46 bzw. 30 Prozent) besonders beliebt.



Figur 6 Quelle: BAG 2007a (T 11.06).

Das Versicherungsmodell der wählbaren Jahresfranchise führt zu einem Selbstselektions- und zu einem Kosteneinsparungseffekt:

- › Gute Risiken wählen das Modell der wählbaren Jahresfranchise überproportional. Untersuchungen zeigen, dass der Selbstselektionseffekt zwischen 50 und 80 Prozent des Kostenunterschieds zwischen Versicherern mit der höchsten und Versicherern mit der geringsten Franchise erklärt (Leu et al. 2007). Die GDK ist ebenfalls der Überzeugung, dass die Erhöhung der Franchise durch die Versicherten vor allem zu einem Selektionseffekt führt.

- › Untersuchungen zeigen, dass das Franchise-Modell auch zu einer signifikanten Reduktion der beanspruchten Leistungen führt (Reduktion des Moral Hazard-Phänomens). Die damit einhergehende Kosteneinsparung beträgt zwischen 20 und 50 Prozent des Kostenunterschieds zwischen Versicherern mit der höchsten und Versicherern mit der geringsten Franchise (Leu et al. 2007).

Tarifierung

Die Erwartungen des Gesetzgebers an die Entkartellierung zwischen den Tarifpartnern haben sich bisher nicht erfüllt. Gemäss den befragten Akteuren werden die Tarifverträge wie bis anhin zwischen den (kantonalen) Leistungserbringer- und Versichererverbänden geschlossen. Separate Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringer sind selten. Gemäss *santésuisse* haben die Versicherer unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen (v.a. Kontrahierungszwang, duale Spitalfinanzierung, Kantonsgrenzen) wenig Interesse an Sonderverträgen. Zudem können die Versicherer durch eine gemeinsame Verhandlungsstrategie einen stärkeren Druck auf die Leistungserbringer ausüben. *santésuisse* zeigt sich jedoch offen, wenn Versicherer in Teilbereichen, in denen sie spezifisch abweichende Ziele oder inhaltliche bzw. regionale Schwerpunkte setzen möchten, separate Verhandlungen führen wollen. Ein Versicherer ergänzt, dass sich die Versicherer und die Leistungserbringer aufgrund der langjährigen Tradition von Verbandsverträgen nicht gewohnt sind, separate Verträge auszuhandeln. Zudem werde die Strategie separater Verhandlungen nicht von den Kantonen gestützt.

In den Tarifverhandlungen üben die Versicherer einen grossen Druck auf die Leistungserbringer aus (INFRAS 2000). Sie versuchen, durch eine gemeinsame Verhandlungsposition und Kostenvergleiche zwischen den Leistungserbringern günstigere Tarife auszuhandeln. Die Kostenvergleiche sollen im Sinne eines Benchmarkings zudem den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördern. *santésuisse* relativiert die Verhandlungsmacht der Versicherer insofern, als einzelne Leistungserbringer in Teilbereichen, in denen spezialisiertes Wissen gefordert ist, eine starke Stellung haben.

Bei den grossen Versicherern zeichnet sich in jüngster Zeit in Teilbereichen ein Trend zu separaten Verhandlungen ab. Die Versicherer zielen darauf ab, durch eigene Verhandlungen mit Leistungserbringern ihre Produkte zu differenzieren und sich damit gegenüber den Mitbewerbern abzugrenzen. Gemäss einem Versicherer ist die Produktdifferenzierung über Verbandsverhandlungen eingeschränkt. Zudem wurde in den bisherigen Verhandlungen in erster Linie über den Preis diskutiert. Zukünftig müssten die Qualität und das Preis-

Leistungs-Verhältnis wichtiger werden. Der Versicherer geht davon aus, dass die grossen Versicherer zukünftig eigene Verhandlungen führen und santésuisse nur noch im Auftrag der kleinen Versicherer verhandle.

Ein grosser Versicherer verfolgt bereits heute eine aktive Strategie separater Verhandlungen mit Leistungserbringern. Ziel des Versicherers ist es, mit mengenmässig interessanten und qualitativ guten Leistungserbringern, eigene Verträge auszuhandeln. Einerseits sollen Qualitätsunterschiede belohnt, andererseits Mengenrabatte ausgehandelt werden. Damit behandelt der Versicherer die Leistungserbringer nicht mehr gleich. Separate Verträge sind bereits mit Spitälern und im Pharma-/Apothekenbereich ausgehandelt worden. Gemäss dem Versicherer erzeugt die Strategie separater Verträge merklichen Wettbewerb unter den Leistungserbringern und löst auf verschiedenen Ebenen etwas aus. Bei separaten Verhandlungen bzw. dem Aufbau von Partnerschaften geht der Versicherer wie folgt vor:

- › Im ersten Schritt werden auf Leistungserbringerseite (z.B. Spitäler) die „Schlüssel“-Kunden definiert. Wichtig sind ein gutes Preis-Leistungsverhältnis und eine hohe Leistungsqualität.
- › Im zweiten Schritt werden administrative Vereinfachungen zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer gesucht (z.B. optimierter Informationsfluss, Datenaustausch, gemeinsames Erarbeiten von Lösungen).
- › Im dritten Schritt werden weitere Massnahmen wie die Unterstützung des Qualitätsmanagements (ev. Veröffentlichung von Qualitätsberichten) und das Aushandeln spezieller Tarife (höherer Preis für qualitativ bessere Leistung, Mengenrabatt für den Versicherer) umgesetzt.
- › Der Versicherer versucht, seine Kunden über Anreize (z.B. Kulanz) und Informationen (z.B. über die Qualität und das Preis-Leistungsverhältnis der Leistungserbringer) zu seinen Vertragspartnern zu lenken. Die Steuerung erfolgt zudem über die Produkte (z.B. Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in der OKP; Angebote der Zusatzversicherung).

Während die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte durch Einzelleistungstarife abgegolten werden, hat bei den Spitälern gemäss INFRAS 2000 ein Trend in Richtung neuer Pauschalierungsformen stattgefunden (Eintritts- und Abteilungspauschalen oder Mischsysteme; Fallpreispauschalen). Die Versicherer erwarten von den neuen Tarifierungsformen verbesserte ökonomische Anreize für die Leistungserbringer und eine erhöhte Vergleichbarkeit der erbrachten Leistungen. Gemäss GDK ist die Abrechnung über Tagespauschalen im akut-

stationären Bereich stark rückläufig. Heute bestehen bereits in vielen Spitälern Fallpauschalen (DRG, Abteilungspauschalen) oder kombinierte bzw. „gesplittete“ Tarifmodelle (Tageselement und Abteilungspauschalen). Zukünftig werde der akut-stationäre Bereich durch Fallpauschalen mit einer schweizweit einheitlichen Struktur (SwissDRG) abgegolten (vgl. Kapitel 2.3.1). Diese Tarifierungsform fördere die Transparenz. Neu werde zudem die Vollkostenfinanzierung eingeführt. Damit wird die Vergleichbarkeit der Spitäler nochmals erhöht. Gemäss GDK zeigen die Erfahrungen in Deutschland, dass die diagnoseorientierten Fallpauschalen zu einem Konzentrationsprozess und zu einem Effizienzgewinn führen.

Bei den Managed Care-Modellen haben sich verschiedene Tarifierungsformen etabliert (vgl. Berchtold/Hess 2006):

- › Die Leistungen der den HAM angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte werden grösstenteils nach Einzelleistungstarifen entschädigt.
- › Zahlreiche auch grössere HAM wenden ein limitiertes Bonus-Malus-System an (meist mit einem maximalen Risiko je Ärztin/Arzt von jährlich CHF 5'000). Die drei grossen Managed Care-Organisationen argomed (Kanton Aargau), thurcare (Kanton Thurgau) und hawadoc (Region Winterthur/Andelfingen) kennen für 60 Prozent der HAM-Versicherten die Bonus-Malus-Variante der Budgetmitverantwortung.
- › Die meisten HMO-Modelle und einige HAM wenden eine Finanzierung mit Kopfpauschalen (Capitation) an. Gemäss Hinweisen führen die Kopfpauschalen dazu, dass weniger apparative Medizin eingesetzt wird oder die Hausbesuche restriktiver behandelt werden. Die empirische Evidenz ist jedoch noch ungenügend.

Gemäss einem Vertreter der Leistungserbringer kann der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern auf der Tarifebene vor allem über die Verhandlung von Preisen in Form von Pauschaltarifen gefördert werden. Entsprechend wird die Rolle der Versicherer bei den Spitälern (Pauschaltarife, Trend zu separaten Verträgen) begrüsst. Im ambulanten Bereich gelten die Versicherer die Kosten der erbrachten Leistungen in der Regel über Einzelleistungstarife ab, führen jedoch keine Preisverhandlungen. Davon ausgenommen sind Managed Care-Organisationen, die über eine Kopfpauschale (Capitation) finanziert werden.

Eine befragte Managed Care-Organisation hat gute Erfahrungen mit der Kombination einer Pauschalen (Capitation) für die gesamte Organisation und der Entschädigung der angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte über Einzelleistungstarife gemacht. Mit diesem Abgeltungssystem können die Vorteile der pauschalen Entschädigung und der Einzelleistungstarifizierung kombiniert werden:

- › Aufgrund der Pauschale (bzw. der Gewinnbeteiligung) haben die Ärztinnen und Ärzte ein Interesse, möglichst gute Arbeit zu leisten. Sie übernehmen Verantwortung im Hinblick auf die Netzebene, kooperieren (z.B. Besprechung von Überweisungen), tauschen sich aus und kontrollieren sich gegenseitig. Sie haben ein Interesse, an Qualitätszirkeln teilzunehmen, sich auszutauschen und voneinander zu lernen. Die Pauschale für das gesamte Netz ist so berechnet, dass am Schluss gewisse Mittel übrig bleiben. Der Grossteil dieser Mittel wird zur Finanzierung von Investitionen verwendet. Der Rest wird den Ärztinnen und Ärzten als Gewinnbeteiligung ausgeschüttet.
- › Die Entschädigung der Ärztinnen und Ärzte durch Einzelleistungstarife soll der Gefahr einer Unterversorgung entgegenwirken. Der Gewinnanreiz auf der Netzebene sorgt demgegenüber dafür, dass die Einzelleistungstarife nicht zu einer Überversorgung führen.

Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

Die Versicherer haben den Auftrag zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit an ihren Dachverband *santésuisse* delegiert (*santésuisse* 2007a). Ziel der Wirtschaftlichkeitsverfahren ist die präventive Wirkung. Leistungserbringer mit hohen Kosten sollen damit konfrontiert und angehalten werden, sich mit ihren Kostenstrukturen auseinanderzusetzen. Rückzahlungsforderungen werden nur gestellt, wenn der Leistungserbringer seine hohen Kosten nicht begründen kann oder will, und wenn er zusätzlich keine Anstrengungen unternimmt, seine Kosten zu senken.

santésuisse konzentriert sich bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren auf die Ärzteschaft. Datengrundlage der Kostenvergleiche ist der *santésuisse*-Datenpool®, der die Leistungs- und die Prämienabrechnungen von über 98 Prozent aller Versicherten der Schweiz enthält. *santésuisse* berechnet für jede Facharztgruppe anhand eines statistischen Verfahrens die „standardisierten Kosten“, die durch patientenspezifische Merkmale (Alter und Geschlecht) und kantonale Kostenunterschiede bereinigt sind. Anhand dieser standardisierten Kosten können kostenintensive Ärztinnen und Ärzte identifiziert werden. Gemäss *santésuisse* (2007a) konnten diese Ärztinnen und Ärzte in den meisten Fällen ihre hohen Kosten nachvollziehbar begründen oder es konnte eine Lösung im Sinne einer Verhaltensänderung gefunden werden. Nach Schätzung eines Versicherers können durch diese Wirtschaftlichkeitskontrolle jährlich CHF 1 Mio. eingespart werden (Gesamtausgaben: Rund CHF 12 Mia.). *santésuisse* (2007a) plant, die Datengrundlage für die Wirtschaftlichkeitsverfahren zukünftig weiterzuentwickeln (Tarifpool als Ergänzung zum *santésuisse*-Datenpool®). Erwartet wird, dass sich

die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer dadurch noch effizienter, verlässlicher und detaillierter prüfen lässt.

Ein Versicherer weist darauf hin, dass er in Ergänzung zur Wirtschaftlichkeitskontrolle von santésuisse die Kosten- und Rechnungskontrolle im eigenen Versichertenbestand verstärkt hat. Aufgrund von statistischen Grundlagen nimmt der Versicherer eine Triage vor und kontrolliert die entsprechenden Leistungserbringer. Der Versicherer betont, dass die Wirtschaftlichkeitskontrollen durch die Verfügbarkeit von Diagnosecodes wesentlich verbessert werden könnte. Diagnosecodes würden es den Versicherern ermöglichen, die Angemessenheit und die Zweckmässigkeit einer Behandlung zu beurteilen.

Seitens eines Vertreters der Leistungserbringer wird die Kostenkontrolle der Versicherer gegenüber der Ärzteschaft als sehr grob und als wenig erfolgreich beurteilt. Es wird betont, dass es den Versicherern aufgrund von fehlendem „professionellem“ Know-how (geringe Anzahl Vertrauensärztinnen und -ärzte) und fehlenden patientenbezogenen Informationen nur sehr beschränkt möglich ist, eine Kontrolle der Leistungserbringer vorzunehmen. Die Kontrolle der Leistungserbringer müsse in Form einer Selbstkontrolle durch die „Profession“ (Ärzteschaft) selbst erfolgen.

Im stationären Bereich beschränken sich die Versicherer vor allem auf die Rechnungskontrolle (INFRAS 2001a). Gemäss GDK werden durch die Einführung der Fallpauschalen mit einer schweizweit einheitlichen Struktur (SwissDRG) und die Vollkostenfinanzierung in Zukunft die Grundlagen für Kostenvergleich zwischen Spitälern im akut-stationären Bereich wesentlich verbessert. Die GDK ist der Ansicht, dass die Leistungsfinanzierer (Versicherer und Kantone) im akut-stationären Bereich nach Einführung der DRG eine gemeinsam anerkannte Kontrolle der Leistungen (inkl. Regelung bei Missbrauch) durchführen sollten. Damit bestünden für die Versicherer in diesem Bereich kaum zusätzliche Wettbewerbsmöglichkeiten und ein beschränktes Einsparpotenzial.

Fall- und Disease-Management, Guidelines und Demand-Management (v.a. Telefonberatung)

Fall- und Disease-Management werden vor allem von den grossen und sehr grossen Versicherern betrieben. Die Versicherer erhoffen durch die Optimierung der Behandlungsabläufe bedeutende Kosteneinsparungen. Fallmanagement-Konzepte werden vor allem im stationären Sektor angewandt. Die Erfahrungen mit den ersten Disease-Management-Konzepten (z.B. im Rehabilitationsbereich) sind positiv. Mittlere und kleine Versicherer führen aufgrund ihres geringen Versichertenbestandes kein institutionalisiertes Fall- und Disease-Management durch. Teure Fälle werden jedoch in der Regel begleitet oder zumindest beo-

bachtet (INFRAS 2001a). Nach Angaben des BAG lagern kleine und mittlere Versicherer das Fallmanagement teilweise aus, beispielsweise an den RVK, der diese Dienstleistung seinen Mitgliedern anbietet.

Gemäss BAG haben die Versicherer das Fallmanagement in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut. Die grossen Versicherer hätten nicht nur im Zusammenhang mit dem KVG, sondern auch mit der Unfall- und der Taggeldversicherung ein Interesse am Fallmanagement. Aufgrund des Kostenrückerstattungsprinzips seien die Versicherer jedoch keine „Fallmanager“. Die Versicherten müssen sich mit den Massnahmen jeweils einverstanden erklären. Zentrales Steuerungsinstrument der Versicherer sei Managed Care. Ein befragter Versicherer hat das Fallmanagement und die Patientenberatung in den letzten Jahren stark ausgebaut. Das Fallmanagement besteht in einer Begleitung der Patientinnen und Patienten in Spitälern. Bei der Patientenberatung nimmt der Versicherer mit ausgewählten Versicherten Kontakt auf und berät diese im konkreten Krankheitsfall. Die GDK ist der Überzeugung, dass das Fall- und das Disease-Management ein grosses Potenzial zur Kostenreduktion aufweisen. Noch unklar sei, ob diese Massnahmen von den Versicherern oder den Leistungserbringern umgesetzt werden sollen. In der Einschätzung der GDK sind das Fall- und das Disease-Management noch zu wenig breit abgestützt. Es bestünden jedoch einzelne Disease-Management-Programme der Versicherer (z.B. im Bereich Diabetes).

Gemäss der Literaturrecherche von Berchtold und Hess (2006) besteht wenig Evidenz, dass ein Fallmanagement Krankheitsverläufe, Betreuungsergebnisse und Kosten beeinflusst. Die internationale Literatur zeigt, dass sich Fallmanagement vor allem für Betreuungskontexte eignet, in denen wenig medizinischer Behandlungsaufwand besteht und in welchen die Autonomie der betreuten Personen gestärkt werden kann (z.B. Betagte). Zu den Wirkungen des Disease-Managements bestehen in der Schweiz keine gesicherten Erfahrungen. Aufgrund der ausländischen Erfahrungen vertreten Berchtold und Hess (2006) jedoch die Ansicht, dass das Disease-Management auch in der Schweiz ein grosses Potenzial bezüglich verbesserter Resultate (qualitativer Outcome) und Kosteneffektivität der Behandlung und der Betreuung chronischer Krankheiten aufweist. Die Stärkung der Selbstbehandlung und der Patientenautonomie ist ein wichtiger Faktor für den Erfolg von Disease-Management-Ansätzen. Weber (2005) weist anhand von Erfahrungen aus den USA darauf hin, dass Hausarztmodelle mit Disease-Management-Programmen für die wichtigsten chronischen Krankheiten die Kosten bei diesen Patientengruppen, durch verminderte Hospitalisierungen und Notfallkonsultationen, massgeblich senken können. Das entsprechende Potenzial wird als sehr gross eingeschätzt. Die grösste Herausforderung bei der Umsetzung von Disease-Management

gement-Programmen bestehe darin, möglichst alle Patientinnen und Patienten mit der entsprechenden Krankheit zur Teilnahme am Programm zu motivieren. Demgegenüber weist ein Experte eines Versicherers darauf hin, dass grosse Kosteneffekte von Care- und Disease-Management-Modellen häufig ausstehend sind.

Ein Vertreter einer Managed Care-Organisation ist überzeugt, dass seine Organisation in Zukunft vor allem im Care Management, d.h. in der Organisation der Behandlungen, tätig sein werde. Hauptaufgabe der an der Organisation angeschlossenen Hausärztinnen und Hausärzten sei es, die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu steuern. Dies schliesse die Organisation des Behandlungsverlaufs, inkl. Auswahl der Spezialisten und der Spitäler, mit ein. Die Managed Care-Organisation zielt darauf ab, ausgewählte Spezialisten und Spitäler über Kooperationen in ihr Netz einzubinden. Der Befragte ist überzeugt, dass das Care Management durch die Leistungserbringer (v.a. Hausärztinnen und Hausärzte) erfolgen soll. Erstens pflegten die Versicherer im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten einen weniger intensiven Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Zweitens fehle den Versicherern das erforderliche Know-how zur Steuerung der Behandlung von chronisch Kranken. Beklagt wird jedoch, dass die Ärztinnen und Ärzte im Bereich Care Management zu wenig aktiv sind. Der Befragte schlägt vor, dass die Versicherer die Leistungserbringer mit dem Care Management beauftragen und weitgehend auf das Case Management verzichten.

Gemäss BAG werden bei der Entwicklung und der Anwendung von Guidelines laufend Fortschritte gemacht (z.B. Guidelines für die Behandlung von Aids-Patienten und Herzkrankheiten). Die Guidelines werden von den Leistungserbringern erarbeitet und haben vor allem als Managed Care-Instrument eine grosse Bedeutung. Gemäss einem Vertreter einer Managed Care-Organisation hat die Organisation für gewisse Behandlungen Standards erarbeitet (z.B. für die Behandlung von Schlaganfällen), die von den ins Netz eingebundenen Leistungserbringern berücksichtigt werden sollen. Zurzeit verfüge seine Organisation 40 bis 50 Standards, an denen teilweise auch Spezialisten mitgearbeitet haben.

Die ausländischen Erfahrungen zeigen, dass die Anwendung von Guidelines die Behandlung und die Betreuung vieler Patientengruppen verbessert sowie effektiver und effizienter gestaltet werden können (Berchtold/Hess 2006). Wichtige Frage ist, wie die Leistungserbringer motiviert werden können, die Guidelines konsequent anzuwenden (Implementierungsstrategien).

Die Telefonberatung hat in den letzten Jahren stark zugenommen (vgl. Kapitel 3.4.4). Seitens der Versicherer bestehen verschiedene Angebote: z.B. Modell, in dem die Telefonberatung eine Gatekeeper-Funktion einnimmt und der Versicherer im Gegenzug eine Prämien-

reduktion gewährt; Telefonberatung als Teil eines Managed Care-Modells; Telefonberatungs-Angebote des Versicherers im Rahmen des ordentlichen Versicherungsmodells (ohne Prämienereduktion). In der Einschätzung der GDK hat die Telefonberatung ein gewisses Potenzial zur Kostenreduktion. Insbesondere kann die Telefonberatung die Versicherten davon abhalten, unnötigerweise „zu Unzeit“ Leistungen in Anspruch zu nehmen (v.a. Notfalldienste der Spitäler in der Nacht oder am Wochenende). Gemäss einem Vertreter einer Managed Care-Organisation eignet sich die Telefonberatung vor allem zur Triage von Notfällen, nicht jedoch zur Koordination und zur Steuerung der Behandlung der Patientinnen und Patienten.

Prävention

Massnahmen zur Gesundheitsförderung werden vor allem von den sehr grossen Versicherern unterstützt. Die Präventionsmassnahmen dienen der Reduktion der Leistungskosten durch einen gesundheitsbewussteren Lebensstil und der Imagepflege (INFRAS 2001a). Ein Versicherer gibt an, in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Sponsoringbereich (v.a. Kurse und Beratung zu den Themen Bewegung und Ernährung) aktiv zu sein. Die Imagekampagnen der Versicherer zeigten jedoch, dass die Versicherer im Präventionsbereich aktiver sein könnten. Die Versicherer unterstützen Präventionsleistungen aus folgenden Gründen nur in bescheidenem Umfang:

- › Gemäss BAG sind die Versicherer in der Prävention nicht aktiver, weil sich die Prävention gemäss KVG auf Risikogruppen auszurichten hat und eine Positivliste besteht.
- › Gemäss Leu et al. 2007 haben die Versicherer vor allem aufgrund der kurzen Vertragsdauer ein geringes Interesse an der Förderung von Präventionsmassnahmen. Die Versicherer sind dem Risiko ausgesetzt, dass die Versicherten den Versicherer wechseln, bevor sich die Investition in die Gesundheitsförderung auszahlt. Die GDK ist ebenfalls überzeugt, dass Prävention und Wettbewerb aufgrund der unterschiedlichen Zeithorizonte schwierig zu kombinieren sind. Aus diesem Grund erachtet es die GDK als richtig, dass die längerfristig angelegte Prävention eine öffentliche Aufgabe darstellt und von der Stiftung Gesundheitsförderung umgesetzt wird. Ein Versicherer widerspricht dem Argument, dass die Versicherer aufgrund der kurzen Vertragsdauer die Behandlungsmassnahmen nur über diesen Zeitraum optimieren. Die tiefe Wechselquote und das Bemühen der Versicherer, die Kunden möglichst lange zu binden, deuten darauf hin, dass die Versicherer einen längeren Zeithorizont im Auge haben.

- › Im Urteil der FMH haben die Versicherer aufgrund der kurzen Vertragsdauer, der fehlenden Zuständigkeit für weitere längerfristige Leistungen und des Einzelleistungsfall-Denkens wenig Anreize, eine längerfristige Optik einzunehmen. Gefordert wird, dass vor allem bei chronisch Kranken ein zukunftsgerichtetes Umdenken in Richtung Gesamtfallkosten stattfindet.
- › Ein Versicherer beklagt, dass die Rollen der in der Prävention tätigen Akteure nicht klar definiert sind. Ein weiterer Versicherer ist der Ansicht, dass die Versicherer heute zu wenig Spielraum im Präventionsbereich haben.

Management des Verwaltungsaufwands

Gemessen am gesamten Versicherungs- und Betriebsaufwand reduzierten die Versicherer den Verwaltungsaufwand von 8.2 Prozent im Jahr 1996 auf 5.7 Prozent im Jahr 2006 (BAG 2007a). In absoluten Beträgen konnten die Versicherer den Verwaltungsaufwand zwischen 1996 und 1999 trotz steigendem Gesamtaufwand um 11 Prozent reduzieren. Seit 1999 hat der Verwaltungsaufwand der Versicherer um 26 Prozent zugenommen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Gesamtaufwand in diesem Zeitraum um 40 Prozent gestiegen ist.

In der Einschätzung eines Vertreters der Leistungserbringer sind die Versicherer beim Management der Verwaltungskosten vergleichsweise gut. Das Beispiel eines befragten Versicherers zeigt, dass das Management der Verwaltungskosten ebenfalls ein Wettbewerbselement ist. Der Versicherer gibt an, bei den Verwaltungskosten im Vergleich zur Konkurrenz Einsparungen und damit Wettbewerbsvorteile erzielt zu haben.

3.2.4. MANAGED CARE-MODELLE

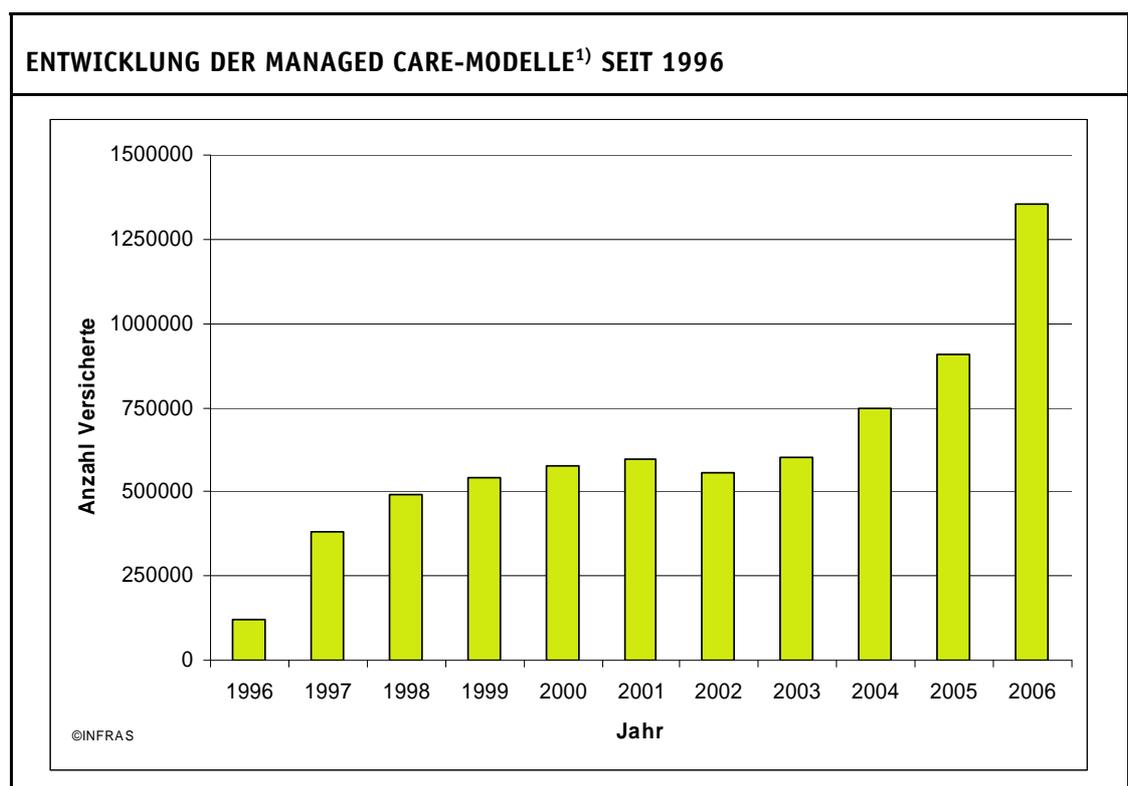
Entwicklung der Managed Care-Modelle

Hinsichtlich der Produktgestaltung verfügen die Versicherer vor allem bei den Managed Care-Modellen über einen grossen unternehmerischen Spielraum. Die Versicherer messen den Managed Care-Modellen jedoch eine unterschiedliche Bedeutungen in ihren Produktstrategien bei:

- › Erstens bietet nur ein Teil der Versicherer Managed Care-Modelle an. Das Angebot der Versicherer ist jeweils auf eine gewisse Anzahl Kantone beschränkt. Die im Jahr 2004 durchgeführte Bestandesanalyse (Baur 2004) zeigt, dass 2004 ca. 40 Prozent der Versicherer eine HMO- oder Hausarztversicherung anboten. Das Angebot bezog sich auf 16 Kantone. In sechs dieser Kantone lag die Versichertendichte dieser Modelle bei 10 Prozent und mehr,

in acht bei weniger als 5 Prozent. Die Managed Care-Modelle waren vor allem in den Inner-schweizer und den Westschweizer Kantonen wenig verbreitet. Von den zehn grossen Versicherern (ab 200'000 Versicherte) boten acht ein Managed Care-Angebot an, aber jeweils in maximal 10 Kantonen. Versicherer, die keine Managed Care-Modelle anbieten, begründen dies mit ihrem geringen Versichertenbestand (fehlende Grössenvorteile) oder der Überzeugung, dass die Modelle von ihren Kunden nicht gewünscht werden oder nicht geeignet seien, Kosten zu sparen (INFRAS 2001a).

- › Zweitens setzen nur einzelne grosse Versicherer (z.B. SWICA) konsequent und überzeugt auf Managed Care-Modelle. Die übrigen Versicherer entwickeln und vermarkten ihre Managed Care-Modelle nicht sehr aktiv. Sie führen diese Modelle vor allem, um in Verbindung mit Zusatzversicherungsprodukten jüngere und gesunde Versicherte anzusprechen und Risikoselektion zu betreiben (INFRAS 2001a).



¹⁾ Das BAG (2007a) weist den Versichertenbestand der alternativen Versicherungsformen (z.B. Hausarztmodell, HMO, etc.) in der Kategorie « Eingeschränkte Wahl » aus.

Figur 7 Quelle: BAG 2007a (T 11.06).

Die Entwicklung des Versichertenbestandes in den Managed Care-Modellen (vgl. Figur 7) zeigt, dass diese Modelle nach einem starken Wachstum nach Inkrafttreten des KVG in den

Jahren 1999 bis 2003 stagniert haben, in den Jahren 2004 bis 2006 jedoch ein deutliches Wachstum verzeichnen konnten. In den Jahren 2004 und 2005 hat der Versichertenbestand in Managed Care-Modellen jeweils um über 20 Prozent und im Jahr 2006 sogar um knapp 50 Prozent zugenommen. Im Jahr 2006 betrug der Anteil der Versicherten in Managed Care-Modellen 18.1 Prozent der Versicherten (BAG 2007a).²⁶ Eine Umfrage des Internet-Vergleichsdienstes comparis.ch (2007) zeigt, dass sich der Anteil der in einem alternativen Modell Versicherten in den Jahren 2007 und 2008 weiter erhöht haben dürfte. Gemäss dieser Umfrage sind im Jahr 2008 ein Viertel aller Versicherten in einem alternativen Modell versichert.

Die in Managed Care-Modelle Versicherten teilen sich sehr unterschiedlich auf die verschiedenen alternativen Versicherungsformen auf. Gemäss der Umfrage von comparis.ch (2007) sind 70 Prozent der in alternativen Modellen Versicherten im Hausarzt-, 19 Prozent im Telmed- und 11 Prozent im HMO-Modell versichert. In den letzten Jahren sind insbesondere die Telmed-Modelle stark gewachsen. Nach Angaben von comparis.ch (2007) konnte das Telmed-Modell auf das Jahr 2008 hin (im Vergleich zu 2007) ein Wachstum von 30 Prozent verzeichnen.

Vor dem Hintergrund des Ziels einer qualitativ hoch stehenden und kostengünstigen medizinischen Versorgung interessiert insbesondere der Marktanteil der Managed Care-Modelle mit Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer und Massnahmen zur Qualitätssicherung. Gemäss Moser et al. 2003 sollten so genannt „echte“ Managed Care-Modelle im Sinne eines „Sollkonzepts“ folgende Anforderungen erfüllen:

- › Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung,
- › Vernetzung von Behandlungseinrichtungen,
- › Finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko,
- › Massnahmen der Qualitätssicherung (Leitlinien, Qualitätszirkel) zur Steuerung und Koordination der Behandlung.

Diese Anforderungen an „echte“ Managed Care-Modelle werden von den HMOs und den HAM mit Budgetverantwortung weitgehend erfüllt. Gemäss Baur 2004 erfüllt die Mehrzahl der HAM diese Anforderungen jedoch nicht. Insbesondere werden wesentliche Elemente der Steuerung (z.B. Gatekeeping) und der Vernetzung nur in Ansätzen umgesetzt. Eine finan-

²⁶ Nach Angaben von santésuisse 2006 waren im Jahr 2006 rund 13 Prozent der Versicherten in Hausarztmodellen ohne Capitation und Capitation-Modellen (HMO, Hausarzt mit Capitation) versichert. Im Jahr 2005 waren es knapp 10 Prozent (santésuisse 2006).

zielle Mitverantwortung ist entweder gar nicht gegeben oder hält sich in sehr bescheidenem Rahmen. Gemäss Baur 2004 waren Anfang 2004 gut ein Viertel der Managed Care-Versicherten in Modellen mit Budgetverantwortung versichert, was einem Anteil von knapp 2 Prozent aller Versicherten entsprach. Nach Angaben von santésuisse (2006) betrug der Anteil der Versicherten, die in Modellen mit Capitation (HMO, Hausarztmodell mit Capitation) versicherte sind, knapp 2 Prozent (ca. 15 Prozent der in Hausarztmodellen oder HMO Versicherten). Während der Anteil der in Capitation-Modellen Versicherten seit 2000 mehr oder weniger unverändert geblieben ist, hat die Anzahl der in Hausarztmodellen ohne Capitation Versicherten seit 2003 (ca. 7 Prozent) auf ca. 11 Prozent im Jahr 2006 zugenommen. Nach Ansicht von Baur (2004) haben sich die Erwartungen, dass das Managed Care-Konzept in kleinen Schritten umgesetzt würde, nicht erfüllt.

Die GDK teilt die Ansicht, dass sich die Managed Care-Modelle noch nicht breit durchgesetzt haben. Die Versicherer zeigten nur ein beschränktes Interesse bei der Vermarktung von Managed Care-Modellen. Die GDK ist jedoch der Überzeugung, dass die Managed Care-Modelle ein grosses Potenzial zur Beeinflussung der Leistungskosten haben und deshalb ausgebaut werden müssten. Als wichtig wird die Förderung von Modellen mit Budgetmitverantwortung oder sonstigen Formen erachtet, bei denen kein Anreiz zur Mengenausweitung besteht. Das BAG ist überzeugt, dass die Managed Care-Modelle vor allem aus Qualitätsüberlegungen gestärkt werden sollten. In Managed Care-Modellen werden wichtige Fragen hinsichtlich der Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung und den angemessenen Einsatz der Leistungen diskutiert. Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit stelle einen guten Nebeneffekt der Managed Care-Modelle dar.

Konzeptionelle Weiterentwicklung der Managed Care-Modelle

Während die inhaltliche Entwicklung der Managed Care-Modelle im Urteil von Baur 2004 in den Jahren 2000 bis 2003 weitgehend zum Stillstand gekommen ist, weist das BAG darauf hin, dass in den letzten Jahren Versuche mit verschiedenen neuen Formen von Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung gemacht worden sind und die Entwicklung von von Managed Care-Modellen weiter gegangen ist. Das Beispiel einer Managed Care-Organisation mit Budgetverantwortung zeigt, dass sich gewisse Managed Care-Modelle laufend weiterentwickelt haben. Gemäss dem befragten Vertreter dieser Managed Care-Organisation erfolgt die Weiterentwicklung vor allem in folgenden Bereichen:

- › Die Organisation versteht ihre Hauptaufgabe zunehmend im Care Management, d.h. in der Organisation der Behandlungen durch die Hausärztinnen und Hausärzte (inkl. Auswahl der

Spezialisten und der Spitäler und der Überwachung und der Steuerung des Behandlungsverlaufs). Die Organisation geht davon aus, dass sie längerfristig primär im Care Management tätig sein werde.

- › Die Organisation zielt darauf ab, neben bereits vertraglich eingebundenen Spezialisten zusätzliche Spezialisten und ausgewählte Spitäler über Kooperationen in ihr Netz einzubinden. Grundsätzlich sei auch denkbar, ausgewählte Spitäler vertraglich ins Netz der Organisation einzubinden. Die Auswahl der Spezialisten erfolgt aufgrund der Erfahrungen der sich an der Organisation beteiligenden Ärztinnen und Ärzte. Die Spezialisten werden von den Ärztinnen und den Ärzten anhand eines Fragebogens bewertet (bzw. „geratet“). Ein gut funktionierendes Netz von Ärztinnen und Ärzten sei insbesondere für komplexe „Fälle“ wichtig (z.B. gute Zusammenarbeit zwischen Kardiologen und Diabetesspezialisten).
- › Die Organisation erarbeitet laufend weitere Standards (bzw. Guidelines), an denen teilweise auch Spezialisten mitarbeiten.

Ein Vertreter der Leistungserbringer fordert, dass sich die Managed Care-Modelle zukünftig zu „Care Manager“-Modellen weiter entwickeln. Neben Hausärztinnen und Hausärzten sollten auch Spezialisten die Rolle von Care Managern übernehmen können. Die heutigen Hausarztmodelle, die grösstenteils reine Gatekeeper-Modelle sind und von den Versicherern vor allem zu Risikoselektionszwecken unterstützt werden, sollten weiter angeboten werden können, sich jedoch zu „Auslaufmodellen“ entwickeln.

Hemmnisse für die Weiterentwicklung und die Verbreitung von Managed Care-Modellen

Hemmnisse für die konzeptionelle Weiterentwicklung und die verstärkte Verbreitung von („echten“) Managed Care-Modellen sind die ungenügende Nutzung des Handlungsspielraums seitens der Akteure und verschiedene gesetzliche Bestimmungen, die sich aufgrund ihrer Anreize hemmend auswirken (vgl. Tabelle 5):

HEMMNISSE FÜR DIE VERBREITUNG VON MANAGED CARE-MODELLEN	
Akteure/ Regulierung	Hemmnisse
1. Ungenügende Nutzung des Handlungsspielraums durch die Akteure	
Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> › Die Versicherten schränken sich in der Wahl der Leistungserbringer nicht gerne ein (INFRAS 2001a).²⁷ Die Akzeptanz von Ärztenetzwerken, denen die freiwillige Beschränkung der Arztwahl zugrunde liegt, ist aus Sicht der Versicherten relativ gering (Bachmann 2004). Die Netzwerke müssten eine bestimmte Grösse und eine bestimmte Durchlässigkeit aufweisen. Dies würde es den Versicherten ermöglichen, innerhalb des Systems zwischen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten auswählen zu können (Bachmann 2004). › Gemäss mehreren Befragten haben die Managed Care-Modelle bei den Versicherten nach wie vor das Image von „Billigmedizin“. Managed Care-Modelle werden von vielen Versicherten in erster Linie mit der eingeschränkten Wahl assoziiert und nicht mit der guten Qualität bei tieferen Kosten (Furrer/Gurtner 2004). Die Versicherten ungenügend über die Qualität Managed Care-Modelle informiert (IPSO 2001). Wichtig wäre es, qualitative Verbesserung in der medizinischen Versorgung herbeizuführen und dies entsprechend zu kommunizieren (Bachmann 2004).
Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> › Die Versicherer haben den vom KVG eingeräumten Spielraum zur Entwicklung und Umsetzung von Managed Care-Modellen nur wenig genutzt. Aufgrund der geringen Nachfrage entsteht bei den Versicherern kein Wettbewerbsdruck, Managed Care-Modelle anzubieten. Zudem sind die Versicherer nur teilweise vom Nutzen der Managed Care-Modelle überzeugt (BSV 2001). › Um ein attraktives Managed Care-Modell (hohe Qualität und/oder tiefere Prämien) anbieten zu können, muss der Versicherer erstens mit genügend Leistungserbringern einen Vertrag abschliessen, was angesichts der ökonomischen Anreize für die Leistungserbringer nicht selbstverständlich ist. Zweitens muss es die Risikostruktur des Versicherers erlauben, Einsparungen zu erzielen, die er in Form von tieferen Prämien an die Versicherten weiter geben kann (Furrer/Gurtner 2004).
Leistungs- erbringer	<ul style="list-style-type: none"> › Die Leistungserbringer (v.a. Ärztinnen und Ärzte) haben aufgrund des Kontrahierungszwangs wenig Interesse, Budgetverantwortung zu übernehmen (INFRAS 2001a). › Gemäss einem Befragten sind die Ärztinnen und Ärzte vor allem an der Beteiligung an „Light“-Modellen interessiert. Erstens verlieren sie dadurch ihre Patientinnen und Patienten kaum. Zweitens kann über die Ärzteliste der Wettbewerb ausgeschaltet werden (keine Differenzierung). Insbesondere viel beschäftigte Ärztinnen und Ärzte mit „vollen“ Praxen haben kein Interesse an Managed Care-Modellen. › Gemäss einem Befragten verhindern etliche kantonale Ärztegesellschaften, dass einzelne Ärztinnen und Ärzte mit Versicherern separate Verträge abschliessen. › Gemäss einem Befragten ist die Zusammenarbeit mit den Versicherern unter vielen Ärztinnen und Ärzten verpönt. Die Ärztinnen und Ärzte fühlen sich von den Versicherern belästigt und teilweise schikaniert. In einer HMO eines Versicherers zu arbeiten, ist unter der Ärzteschaft generell verpönt. Das Beispiel eines Ärztenetzwerkes bestätigt die in der Zusammenarbeit zwischen den ÄrztInnen und Versicherern bestehenden Spannungen, bspw. hinsichtlich Daten, Strategien der Versicherer (Bevorzugung von Modellen mit weniger Ärztinnen und Ärzten, die

²⁷ Zweifel et al. 2006 zeigen, dass die bei Managed Care-Modellen vorgesehenen Einschränkungen in der Wahl der Leistungserbringer teilweise bedeutende Kompensationszahlungen (bzw. Prämienreduktionen) erforderten:

- Die Einschränkung der Versicherten in der Wahl der Ärztinnen und Ärzte nach Kostenkriterien erfordert eine durchschnittliche Kompensation von über einem Drittel (38 Prozent) der durchschnittlichen monatlichen Prämie. Die erforderliche Kompensation bei der Einschränkung der Wahl der Ärztinnen und Ärzte nach Qualitätskriterien (bzw. Kosten- und Qualitätskriterien) beträgt rund 20 Prozent (bzw. 15 Prozent) der durchschnittlichen Prämie.
- Die Einschränkung der Spitalwahl (Schliessung von ineffizienten kleinen Spitälern) erfordert eine Kompensation von 14 Prozent der durchschnittlichen Prämie.

HEMNMISSE FÜR DIE VERBREITUNG VON MANAGED CARE-MODELLEN	
Akteure/ Regulierung	Hemmnisse
1. Ungenügende Nutzung des Handlungsspielraums durch die Akteure	
	<p>durch Konkurrenz Kosten sparen sollen) und Strukturen und Kommunikation seitens der Versicherer (Hagenauer 2004).</p> <p>› Im Spitalbereich hindern gemäss einem Experten die Hausärztinnen und Hausärzte in ihrer Rolle als Zuweiser die Spitäler daran, sich aktiv an einem Managed Care-Modell zu beteiligen. Bei einer Beteiligung besteht die Gefahr, dass die sich nicht am Modell beteiligenden Ärztinnen und Ärzte mit einem Verzicht auf Zuweisungen drohen.</p>
2. Hemmende Regulierungen	
Ungenügender Risikoausgleich	<p>› Die Ausgestaltung des Risikoausgleichs führt dazu, dass die Risikoselektion für die Versicherer im Vergleich zu Investitionen in Managed Care-Modelle attraktiver sind (Leu/Beck 2007).</p> <p>› Gemäss mehreren Befragten haben die Versicherer beim geltenden Risikoausgleich vor allem das Interesse, mit Managed Care-Modellen (z.B. Ärztelisten bzw. „Light“-Modelle mit reiner Gatekeeper-Funktion; Telmed-Modelle) Risikoselektion zu betreiben. Entsprechend haben sie wenig Interesse, Verträge mit Modellen mit gewissen Anforderungen (Budgetmitverantwortung, Vernetzung, Qualitätssicherung) abzuschliessen. Insbesondere stellt der bestehende Risikoausgleich ein Hemmnis für die Entwicklung und die Verbreitung von Managed Care-Modellen dar, die sich an die Versicherten mit hohen Gesundheitskosten richten (z.B. chronisch Kranke).</p> <p>› Der Risikoausgleich führt zu einer zusätzlichen Umverteilung der von den Managed Care-Modellen erzielten Kosteneinsparungen zu den übrigen Versicherern (Beck 2005).</p> <p>› Aufgrund der kurzen Vertragsdauer der Versicherungsverträge ist die Planung der Managed Care-Modelle gemäss einem Versicherer für die Vertragspartner (Versicherer und Managed Care-Organisation) schwierig. Da die Versicherer nicht wissen, wie viele Versicherte Managed Care-Modelle wählen, fehle den Ärztinnen und Ärzten ein langfristiger Planungshorizont für den Aufbau von Managed Care-Organisationen.</p>
Ungenügende finanzielle Anreize für die Versicherten	<p>› Gemäss BAG schränken die mit höheren Franchisen erzielbaren Prämienreduktionen (ohne Einschränkung der Leistungserbringer) das Potenzial bei den Managed Care-Modellen ein.</p> <p>› Ein Versicherer sieht die Herausforderung bei Managed Care Modellen vor allem darin, genügend Patientinnen und Patienten zu finden, die sich für diese Modelle interessieren. Gemäss mehreren Befragten haben vor allem kranke Versicherte (z.B. chronisch Kranke) einen zu geringen (finanziellen) Anreiz, Managed Care-Modellen beizutreten.</p>
Subventionierung der Spitäler durch die öffentliche Hand	<p>› Managed Care-Modelle (v.a. HMOs) erzielen ihre Kostenersparnisse grösstenteils über geringere Hospitalisierungsraten und kürzere Spitalaufenthalte. Die Subventionierung der Spitäler durch die Kantone führt dazu, dass die Managed Care-Modelle nur einen Teil der Kosteneinsparungen selber realisieren und in Form von reduzierten Prämien an ihre Versicherten weiter geben (Leu 2004a). Gemäss GDK ist jedoch zu berücksichtigen, dass damit auch das finanzielle Risiko der Managed Care-Modelle in jenem Bereich beschränkt bleibt, der stark ins Gewicht fällt. Es könne für die Managed Care-Modelle und die Patientinnen und Patienten ein Vorteil sein, wenn die finanzielle Mitverantwortung in diesem Hochrisikobereich weiter beschränkt bleibe.</p>
Beschränkung des Prämienrabatts	<p>› Die Beschränkung des Prämienrabatts der Managed Care-Modelle gegenüber konventionellen Modellen von 20 Prozent in den ersten fünf Jahren reduziert den unternehmerischen Handlungsspielraum der Versicherer und begrenzt die möglichen finanziellen Anreize für die Versicherten, in diese Modelle zu wechseln.</p>

Tabelle 5

3.2.5. WEITERE WETTBEWERBSPARAMETER

Dienstleistungsqualität

Aufgrund der mit dem KVG eingeführten vollen Freizügigkeit für die Versicherten und den gestiegenen Anforderungen der Kunden, haben die Versicherer die Kundenorientierung erhöht und die Qualität ihrer Dienstleistungen verbessert (INFRAS 2001a):

- › Die neuen Regelungen des KVG haben bei den Versicherten den Informations- und Beratungsbedarf erhöht. Die Versicherer haben entsprechend ihre Kundenkontakte, die -information und die -beratung intensiviert. Teilweise sind Call-Center oder spezielle Kompetenzzentren eingerichtet worden, um besser auf die Kunden einzugehen.
- › Die Versicherer versuchen, sich durch eine Verbesserung der Dienstleistungen gegenüber ihren Konkurrenten auszuzeichnen. Mit verbesserten Serviceleistungen (z.B. Kundeninformation und -beratung, Geschwindigkeit der Auszahlungen) sollen insbesondere gute Risiken gebunden werden. Die Versicherer orientieren sich bei der Verbesserung ihrer Dienstleistungen am Benchmarking unter den Versicherten und an Markterhebungen. Einen wichtigen Einfluss haben auch Ratings, die in den Medien publiziert werden (z.B. K-Tipp, Cash, etc.). Nach Einschätzung von Versicherern nähern sich die Dienstleistungsqualitäten der Versicherer durch diese Ratings und die entsprechenden Massnahmen immer mehr an.

Die befragten Versicherer bestätigen die Bedeutung der Dienstleistungen und des Services als Wettbewerbsparameter. Ein Versicherer gibt an, die Kundenfreundlichkeit, die Services (Information, Telefonberatung, Fallmanagement) und die spezifischen Dienstleistungen für ausgewählte Zielgruppen (z.B. jüngere Kunden, Frauen) gezielt zur Differenzierung der Produkte einzusetzen. Ein weiterer Versicherer erwähnt, dass die Dienstleistungsqualität (Zeit bis zur Überweisung des Geldes, Behandlung von strittigen Fällen, Schriftwechsel, Telefonkontakte, Online-Administration, etc.) neben der Prämie ein wichtiger Wettbewerbsfaktor ist.

Der Wettbewerbsdruck und die gestiegenen Anforderungen an die Dienstleistungsqualität haben die Professionalisierung der Versicherer beschleunigt (INFRAS 2001a). Die meisten Versicherer haben sich von verwaltungs- zu marktorientierten Unternehmen gewandelt. Sie haben ihre Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe optimiert, sich neues Know-how in den Bereichen Managed Care, Leistungseinkauf, Öffentlichkeitsarbeit, Management und Rechnungswesen/Informatik angeeignet und die Mitarbeiterschulung verstärkt. Teilweise

haben Versicherer durch Zusammenschlüsse bzw. Übernahme ihre Marktmacht vergrössert, um u.a. Synergien bei den Dienstleistungen und der Produktentwicklung zu nutzen (siehe Beispiel CSS und Intras).

Ein Versicherer führt die zunehmende Professionalisierung in erster Linie auf die mit dem KVG eingeführte Trennung zwischen der Grund- und der Zusatzversicherung zurück. Diese Trennung der beiden Versicherungsarten habe das Wettbewerbsverhalten der Versicherer deutlich verstärkt. Aufgrund des freien Wettbewerbs in der Zusatzversicherung hätten die Versicherer ihre Organisationen professionalisiert, was auch Auswirkungen auf das Grundversicherungsgeschäft gehabt habe.

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Aus Wettbewerbsgründen (Freizügigkeit in der OKP; Zusatzversicherungen) haben die (grossen) Versicherer ihre Marketinganstrengungen wesentlich verstärkt und systematisiert. Neben regelmässigen internen und externen Marktanalysen und Kundenbefragungen zur Standortbestimmung, sind vor allem die internen Datengrundlagen und -auswertungen mit dem Aufbau von Datawarehouses verbessert worden.

Das Image hat für die Versicherer im Wettbewerb um die Kunden eine grössere Bedeutung erhalten. Durch gezielte Imagepflege über die Öffentlichkeitsarbeit und die Werbung versuchen die Versicherer sich vorteilhaft zu positionieren, neue Kunden anzuwerben und bestehende Kunden zu binden. Insbesondere die grossen Versicherer haben die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt. Zur Steigerung des Bekanntheitsgrades und zur Imagepflege investieren die grossen Versicherer verstärkt in Werbe- und Sponsoringaktivitäten (z.B. Plakatwerbung, TV-Spots, Kampagnen, Sportsponsoring). Zudem hat die politische Arbeit zunehmend an Bedeutung gewonnen (siehe Beispiel CSS/Intras). Die mittleren und kleinen Versicherer betreiben nur in sehr bescheidenem Mass regionale Imagepflege. Sie setzen vor allem auf die „Mund-zu-Mund-Propaganda“.

Das BAG bestätigt, dass die PR- und Werbeaktivitäten der Versicherer in den letzten Jahren an Intensität gewonnen haben. Die Versicherer zielten mit diesen Aktivitäten auf ein gutes Image in der Öffentlichkeit ab (z.B. Helsana als dynamisches Unternehmen; CSS als Familienversicherer). Das BAG geht davon aus, dass das Image vor allem auch der Selektion guter Risiken dient.

3.2.6. ANALYSE DER WETTBEWERBSINTENSITÄT

Nachfolgend beurteilen wir die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherermarkt anhand des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs und den davon abgeleiteten Wettbewerbsindikatoren (vgl. Kapitel 2.1.3 und 2.1.4). Nach einer Analyse der verschiedenen Merkmale des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs (Marktstruktur, Marktverhalten, Marktergebnis) folgt die Beurteilung der Wettbewerbsintensität, die anhand einer qualitativen Interpretation des Gesamtbildes der Wettbewerbsindikatoren vorgenommen wird. Wesentlich ist, dass wir die Wettbewerbsintensität vor dem Hintergrund der Wettbewerbsziele (v.a. effiziente Ressourcenallokation) vornehmen. Erwünscht ist nicht eine hohe Wettbewerbsintensität (bzw. Rivalität) zwischen den Versicherern an sich, sondern ein Wettbewerb, der einen möglichst grossen Beitrag zur Erreichung der Wettbewerbsziele leistet.

Marktstruktur

Im Jahr 2006 waren 87 Versicherer in der OKP tätig. Während die 14 grossen und die vier sehr grossen Versicherer zusammen einen Marktanteil von 85 Prozent aufwiesen, betrug der Marktanteil der 69 mittleren und kleinen Versicherer 15 Prozent (BAG 2007a). Unter Berücksichtigung der Versicherer-Gruppen zeigt sich, dass der OKP-Markt im Wesentlichen von drei Gruppen dominiert wird, die zusammen einen Marktanteil von rund 45 Prozent aufweisen (CSS/Intras, Groupe Mutuel und Helsana).²⁸

Mehrere Versicherer sind überzeugt, dass der Konzentrationsprozess weiter gehen wird. Gemäss einem Versicherer werden letztendlich noch drei bis sechs grosse Versicherer und zahlreiche Nischenanbieter (v.a. regional verwurzelte Versicherer) im Markt bestehen bleiben. Hefti/Frey 2008 gehen ebenfalls davon aus, dass der Konzentrationsprozess im Versicherermarkt weitergeht. Einerseits wird erwartet, dass sich kleine Versicherer zusammenschliessen oder von grösseren Versicherern übernommen werden. Andererseits wird angenommen, dass das Wachstumsstreben der grossen Versicherer auch zu einer Reduktion der Anzahl mittlerer und grösserer Versicherer führt. Zudem sei damit zu rechnen, dass in den gegebenen Strukturen weiterhin Tochterfirmen gegründet werden. Insgesamt dürften nach Ansicht von Versicherervertreter in 10 Jahren noch 10 bis 20 Versicherer bestehen (Hefti/Frey 2008).

Der Versicherermarkt teilt sich in kantonale Märkte auf. Da die grossen Versicherer mit einzelnen Ausnahmen in allen Kantonen tätig sind und zudem in Konkurrenz zu den mittle-

²⁸ Weitere Versicherer-Gruppen im sind die Visana Gruppe, die Sanitas Gruppe und die ÖKK/Sympany Gruppe (Hefti/Frey 2008).

ren und den kleinen Versicherern stehen, besteht in allen Kantonen eine Wettbewerbssituation. Ein Versicherer bestätigt, dass in allen Kantonen Wettbewerb zwischen den (grossen) Versicherern besteht. Gewisse Versicherer (bzw. Produkte) seien jedoch regional verankert. Hefti/Frey 2008 gehen davon aus, dass ein funktionierender Wettbewerb auch bei einer weiteren mittelfristigen Reduktion der Versicherer nicht in Gefahr ist. Begründet wird dies damit, dass die Gefahr von Absprachen zwischen den Versicherern und die Gefahr eines unabhängigen Verhaltens grosser Versicherer aufgrund der bestehenden Regulierung (einheitlicher Leistungskatalog, freie Wahl des Versicherers, Transparenz der Preise) auch in Zukunft klein sein wird.

ANZAHL VERSICHERER OKP NACH GRÖSSE AB 1996								
Jahr	Anzahl Versicherer nach Grösse (Anzahl Versicherte)						Anzahl Versicherer (Total)	Differenz
	1-5'000	5'000-10'000	10'001-50'000	50'001-100'000	100'001-500'000	mehr als 500'000		
1996	90	14	20	6	12	3	145	-12.7%
1997	76	14	20	4	11	4	129	-11.0%
1998	64	13	21	6	10	4	118	-8.5%
1999	56	12	19	8	10	4	109	-7.6%
2000	48	11	19	9	10	4	101	-7.3%
2001	43	9	23	9	11	4	99	-2.0%
2002	33	10	25	9	13	3	93	-6.1%
2003	32	10	26	9	12	4	93	0.0%
2004	32	11	24	9	12	4	92	-1.1%
2005	27	13	20	8	13	4	85	-7.6%
2006	28	14	20	7	14	4	87	+2.4%

Tabelle 6 Quelle: BAG 2007a, T 5.01 (Stand 14.8.07).

Im Versicherermarkt hat seit 1996 ein Konsolidierungsprozess stattgefunden, der auf einen Wettbewerb zwischen den Versicherern hinweist:

- › Die Anzahl der Versicherer hat sich von 145 Versicherern im Jahr 1996 auf 87 Versicherer reduziert. Die Veränderung ist praktisch ausschliesslich auf die Abnahme der sehr kleinen Versicherer unter 5'000 Versicherten zurückzuführen (vgl. Tabelle 6).
- › Die Versicherer-Gruppen haben in den letzten Jahren durch Übernahmen und die Gründung von Tochterunternehmen ihren Marktanteil erheblich gesteigert:
 - › Die Groupe Mutuel konnte ihren Marktanteil seit 1996 mehr als verdoppeln.
 - › Die Helsana konnte ihre in den Jahren 1997 bis 2002 erlittene Reduktion des Versichertenbestandes durch die Gründung von vier Tochtergesellschaften ausgleichen.

- › Die CSS konnte nach einigen Turbulenzen ihren Bestand in den Jahren 1997 bis 2005 knapp halten und verzeichnete durch die Gründung zweier Tochtergesellschaften im Jahr 2005 einen leichten Versichertenzuwachs. Durch die Übernahme der Intras wächst sie um 34 Prozent und wird knapp vor der Helsana zur grössten Versicherer-Gruppe der Schweiz.
- › Gemäss comparis.ch (2008) verzeichnen die Versicherer-Gruppen (Helsana, CSS, Groupe Mutuel, Visana und neu ÖKK/Sympany) auf das Jahr 2008 gegenüber 2007 einen Zuwachs von zwischen 1.3 und 4.4 Prozent.

Die übrigen Wettbewerbsindikatoren des Merkmals „Marktstruktur“ (vgl. Kapitel 2.1.4, Tabelle 4) beurteilen wir wie folgt:

Markteintritt

Der Eintritt in den OKP-Markt ist für neue Krankenversicherer und private Versicherer offen, sofern sie die gesetzlichen Vorgaben erfüllen. Es bestehen jedoch verschiedene Hemmnisse (v.a. Gewinnverbot und hohe Regelungsdichte), die einen Markteintritt für neue Wettbewerber wenig attraktiv machen. Die fehlende Marktattraktivität hat erstens dazu geführt, dass seit Inkrafttreten des KVG kein neuer privater Versicherer auf dem OKP-Markt tätig geworden ist. Zweitens hat sich ein privater Versicherer (AXA Winterthur) vom Markt zurückgezogen. Neueintritte von Versicherern sind mit einer Ausnahme (Accorda²⁹) ausschliesslich auf die Gründung von Tochterunternehmen bestehender Versicherer zurückzuführen (sog. „Billigkassen“). Die von verschiedenen Versicherer-Gruppen verfolgte „Multi-Kassen-Strategie“ hat die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherermarkt erhöht.

Produktdifferenzierung

Die Möglichkeiten zur Produktdifferenzierung sind mit dem einheitlichen Leistungskatalog und den Vorgaben zur Prämien-gestaltung (Einheitsprämie) stark eingeschränkt. Die Versicherer verfügen jedoch mit den besonderen Versicherungsmodellen über Möglichkeiten zur Differenzierung der Qualität ihrer Angebote. Während die Ausgestaltung der Modelle mit wählbarer Jahresfranchise und Bonusversicherung gesetzlich festgelegt ist, verfügen die Versicherer bei der Gestaltung von Managed Care-Modellen über einen grossen unternehme-

²⁹ Nach Angaben des BAG ist Accorda im Jahr 1999 in den Markt eingetreten, 2004 jedoch wieder ausgetreten.

rischen Spielraum. Zudem ermöglicht es die kantonale Marktstruktur den Versicherern, kantonal unterschiedliche Produkte anzubieten (z.B. Managed Care-Modelle).

Vertikale und horizontale Integration

Bei Versicherern, die Managed Care-Organisationen betreiben, besteht vertikale Integration. Bei den Managed Care-Modellen bestehen unterschiedliche Integrationsgrade, von eigenen Managed Care-Abteilungen der Versicherer über eigenständige Managed-Care-Organisationen von Versicherern zur Zusammenarbeit mit Leistungserbringergruppen. Es ist davon auszugehen, dass mit den Managed Care-Modellen der Versicherer Synergien genutzt werden können. Gleichzeitig besteht jedoch ein Wettbewerb zu anderen Managed Care-Organisationsformen.

Im OKP-Markt haben verschiedene Übernahmen und Fusionen stattgefunden (horizontale Integration). Während in einer ersten Phase nach Inkrafttreten des KVG vor allem kleine Versicherer übernommen wurden, haben in den letzten Jahren auch Übernahmen von grösseren Versicherern stattgefunden (Beispiel CSS/Intras).

Differenzierung

Aufgrund der Attraktivität des Zusatzversicherungsmarktes sind praktisch alle Versicherer in diesem Markt tätig. Grosse Versicherer betreiben das Zusatzversicherungsgeschäft teilweise durch rechtlich eigenständige Unternehmen. Zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsmarkt bestehen Synergien (vgl. Kapitel 3.2.1).

Markttransparenz

Der Krankenversicherungsmarkt ist weitgehend transparent. Die Versicherten können sich über verschiedene Informationsinstrumente (z.B. Prämieninformationen und Website des BAG, Vergleichdienst Comparis, Konsumentenzeitschriften, etc.) über die in ihrem Kanton tätigen Versicherer (inkl. Angebote und Dienstleistungsqualität) informieren. Kaum transparent ist jedoch die Qualität der Leistungen, die im Krankheitsfall in Anspruch genommen werden können. Systematische Vergleiche zu Preisen und Ergebnissen (Outcome) der Leistungen der verschiedenen Versicherungsmodelle bestehen nicht. Damit fehlt ein zentrales Wettbewerbselement.

Marktverhalten

Das Marktverhalten der Versicherer kann wie folgt beurteilt werden:

Preissetzung

Aufgrund des einheitlichen Leistungskatalogs ist die Prämie der zentrale Wettbewerbsparameter der Versicherer. Der Gestaltungsspielraum der Versicherer ist jedoch durch Vorgaben des KVG beschränkt. Die grossen Unterschiede zwischen den Prämien belegen, dass die Versicherer ihren Spielraum nutzen, um sich gegenüber der Konkurrenz auszuzeichnen.

Die dominierende Strategie der Versicherer zur Reduktion der Leistungskosten und damit der Prämien ist die Risikoselektion. Die Risikoselektion wird über die „Multi-Kassen-Strategie“, das Produktangebot (wählbare Jahresfranchise, Managed Care-Modelle), Marketing- und Werbeanstrengungen und die direkte Selektion über Informationen aus den Zusatzversicherungen betrieben. Obwohl durch „echte“ Managed Care-Modelle (vgl. Kapitel 3.2.3) merkliche Kosteneinsparungen erzielt werden können, hat das aktive Kostenmanagement über Managed Care-Modelle und Managed Care-Instrumente (v.a. Fall- und Disease-Management) zur Erzielung von Kostenvorteilen eine weit geringere Bedeutung.

Im Tarifbereich besteht in der ordentlichen OKP-Versicherung kaum Wettbewerb zwischen den Versicherern. Die Tarifverhandlungen werden in der Regel von (kantonalen) Versichererverbänden abgeschlossen. Zu erwarten ist jedoch, dass die grossen Versicherer zukünftig in Teilbereichen (v.a. Spitäler) separate Verhandlungen mit den Leistungserbringern führen. Dies könnte den Wettbewerb unter den betroffenen Leistungserbringern und den Versicherern verstärken. Obwohl sich im Spitalbereich neue Tarifierungsmodelle (v.a. Fallpauschalen) weitgehend durchgesetzt haben, wird der Preis-/Leistungsvergleich zwischen den Spitälern erst mit der Einführung der leistungsorientierten Finanzierung anhand von einheitlich strukturierten Pauschalen (SwissDRG) massgeblich verbessert. Im ambulanten Bereich besteht aufgrund der tariflichen Vorgaben (Einzelleistungstarife) kein Preiswettbewerb.

Präventionsmassnahmen als Instrument zur Reduktion der Leistungskosten werden von den Versicherern nur in sehr bescheidenem Ausmass unterstützt.

Produktgestaltung und -qualität

Mit Ausnahme der Managed Care-Modelle sind die Produktgestaltungsmöglichkeiten der Versicherer stark eingeschränkt. Bei der Entwicklung und der Vermarktung von Managed Care-Modellen besteht ein gewisser Wettbewerbsdruck, der zu verschiedenen Managed Care-Modellen und -Organisationen geführt hat. Obwohl die Managed Care-Modelle in den letzten Jahren einen starken Zuwachs verzeichnen konnten, haben sie sich mit einem Anteil von 18

Prozent der Versicherten nicht breit durchgesetzt. Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass das Wachstum der Managed Care-Modelle in erster Linie auf Modelle ohne Budgetmitverantwortung (Hausarztmodelle ohne Capitation, Ärztelisten bzw. Hausarztmodelle „light“, Telmed-Modelle) zurückzuführen ist. Der Anteil der in „echten“ Managed Care-Modellen Versicherten Personen ist mit knapp 2 Prozent nach wie vor bescheiden. Aufgrund der fehlenden Nachfrage und der regulatorischen Hemmnisse (v.a. Ausgestaltung des Risikoausgleichs) haben die Versicherer und die Leistungserbringer ein geringes Interesse an „echten“ Managed Care-Modellen. Die Managed Care-Modelle haben nicht zu einem erhöhten Wettbewerbsdruck auf die übrigen Modelle (ordentliche OKP-Versicherung und wählbare Franchise) geführt. Die Wettbewerbsintensität und die Innovationstätigkeit sind bei den Managed Care-Modellen bescheiden. Die Versicherer betreiben mit den Managed Care-Modellen vor allem Risikoselektion. Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen findet vor allem hinsichtlich des Preises (bzw. der Prämien), kaum jedoch betreffend Preis-Leistungsverhältnis statt.

Das Beispiel eines Versicherers zeigt jedoch auch, dass die (grossen) Versicherer neben der Risikoselektion und dem aktiven Kostenmanagement zunehmend eine differenzierte Produktstrategie verfolgen. Durch diese Differenzierungsstrategie sollen die Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden möglichst gut und zielgruppengerecht abgedeckt werden. Wichtige Elemente der Produktdifferenzierung sind die Ausgestaltung der Produkte (z.B. verschiedene Versorgungsmodelle), der Umfang und die Qualität der Dienstleistungen (Informationen, Telefonberatung, Fallmanagement) und die Kundenfreundlichkeit.

Servicequalität

Die Qualität der Dienstleistungen ist ein wichtiger Wettbewerbsparameter für die Versicherer. Aufgrund des Wettbewerbsdrucks haben die Versicherer die Kundenorientierung erhöht und die Qualität der Dienstleistung gesteigert. Mittels der Servicequalität betreiben die Versicherer u.a. Risikoselektion. Das Beispiel eines Versicherers zeigt zudem, dass der Umfang und die Qualität der Dienstleistungen als Instrument einer Produktdifferenzierungsstrategie eingesetzt werden.

Abgestimmtes Verhalten

Die Versicherer stimmen ihr Verhalten im Tarifbereich grösstenteils über gemeinsam geführte Verhandlungen ab. Dadurch stärken sie ihre Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern und versuchen, u.a. über Benchmarkings günstigere Tarife auszuhandeln.

Das kartellistische Verhalten der Versicherer reduziert den Wettbewerb im Tarifbereich und hat durch tiefere Tarife zu einer Kostenverlagerung zur öffentlichen Hand geführt. Gründe für das kartellistische Verhalten sind der Kontrahierungszwang und der geringe Stellenwert von Managed Care-Modellen für die Versicherer.

Aufgrund der Tendenz grössere Versicherer, in Teilbereichen (v.a. Spitäler) separate Verhandlungen mit Leistungserbringern zu führen, dürfte das kartellistische Verhalten der Versicherer zukünftig abnehmen.

Kooperationen

Die neuen Anforderungen und der Wettbewerbsdruck haben zu Kooperationen zwischen den Versicherern geführt. Die kleinen und die mittleren Versicherer wollen mit den Kooperationen Know-how in den strategischen Bereichen Leistungseinkauf, Managed Care, Informatik und Zusatzversicherungen aufbauen und durch Grössenvorteile Synergien nutzen, um ihre Wettbewerbsposition gegenüber den grossen Versicherern zu stärken. Da diese Kooperationen die Wettbewerbsfähigkeit der kleinen und der mittleren Versicherer verbessern, sind sie aus Wettbewerbssicht positiv zu werten. Die mittleren und die grossen Versicherer kooperieren bei den von den Versicherern gemeinsam betriebenen (bzw. getragenen) Managed Care-Organisationen. Da die beteiligten Versicherer in der Preissetzung frei sind, sind diese Partnerschaften aus Wettbewerbssicht nicht problematisch.

Werbung (inkl. Öffentlichkeitsarbeit)

Das Image eines Versicherers ist ein wichtiger Wettbewerbsparameter. Aufgrund des zunehmenden Wettbewerbsdrucks haben die Versicherer ihre Werbeanstrengungen und die Öffentlichkeitsarbeit erhöht. Die Werbung und die Öffentlichkeitsarbeit der Versicherer sind ein wichtiges Instrument der indirekten Risikoselektion (z.B. Werbung, die sich vor allem an junge und gesunde Personen richtet).

Marktergebnis

Es bestehen Hinweise, dass das Marktergebnis im Krankenversicherermarkt optimiert werden kann:

- › Die Versicherer konzentrieren sich hauptsächlich auf den Prämienwettbewerb. Die Versicherten verfügen kaum über Informationen zur Ergebnisqualität (Outcome) der mit den Versicherungsprodukten zusammenhängenden Leistungen. Ein transparenter Wettbewerb hinsichtlich Preis und Leistungen der Versicherungsprodukte findet nicht statt. Damit feh-

len den Versicherten wichtige Informationen, um im Sinne des Wettbewerbs das Versicherungsprodukt mit dem besten Kosten-Nutzenverhältnis auszuwählen.

- › Die Versicherer konzentrieren sich im Prämienwettbewerb vor allem auf die Risikoselektion. Risikoselektion führt zu einem ökonomisch suboptimalen Ergebnis, in dem die Risiken zwischen den Versicherern verschoben werden („Nullsummenspiel“), jedoch keine im Sinne des Wettbewerbs „echten“ Effizienz- und Qualitätsgewinne erzielt werden. Die Risikoselektion der Versicherer führt zu einer Fehlallokation der Mittel. Die Versicherer investieren in das gegenseitige Abwerben von guten Risiken (z.B. über die Neugründung von Tochtergesellschaften) und nicht in Massnahmen zur Verbesserung des Leistungsmanagements (inkl. Managed Care).
- › Untersuchungen zeigen, dass durch „echte“ Managed Care-Modelle (HMO und Hausarztmodelle mit Budgetmitverantwortung) gegenüber dem konventionellen Modell Einsparungen von bis zu 25 Prozent erzielt werden können. Die Einsparungen werden vor allem durch die Vermeidung unnötiger Untersuchungen und Behandlungen (v.a. Hospitalisierung) erreicht. Aufgrund der in diesen Modellen praktizierten Vernetzung der Leistungserbringer und den Massnahmen zur Qualitätssicherung ist davon auszugehen, dass die Behandlungsqualität im Vergleich zum konventionellen Versorgungsmodell mindestens gleich gut ist. Die „echten“ Managed Care-Modelle haben sich jedoch noch nicht im gewünschten Mass entwickelt. Aufgrund ausländischer Erfahrungen ist kann zudem angenommen werden, dass durch die Kombination von Hausarztmodellen mit Disease-Management-Programmen, die sich an die wichtigsten chronischen Krankheiten richten, ebenfalls bedeutende Einsparungen erzielt werden können.
- › Trotz grosser Prämienunterschiede und entsprechendem Sparpotenzial wechselt in der Schweiz nur ein kleiner Teil der Versicherten. Die Wechselquote betrug in den Jahren 1997 bis 2000 zwischen 2 und 5 Prozent (IPSO 2001, Colombo 2001, Beck 2004). Im Urteil des BSV (2001) kam damit die Absicht des Gesetzgebers, den Marktmechanismus spielen zu lassen und bei standardisierten Leistungen durch den Wettbewerb der Versicherer über den Preis und die Dienstleistungsqualität die Kosten zu reduzieren, bis Ende der Neunzigerjahre nicht zum Tragen. In den Folgejahren hat sich die Wechselquote nicht erhöht. Gemäss comparis.ch (2008) wechselten auf das Jahr 2008 lediglich 2 Prozent der Versicherten ihre Grundversicherung. Rund 30 Prozent der Versicherten haben in den letzten 10 Jahren mindestens einmal den Versicherer gewechselt zu haben (comparis.ch 2007). Wichtige Gründe für die tiefe Wechselquote sind die hohe Zufriedenheit der Versicherten mit ihren Versicherern, die Macht der Gewohnheit bzw. Bequemlichkeit und die Erklärung,

bereits bei einem günstigen Versicherer versichert zu sein (IPSO 2001, Colombo 2001, comparis.ch 2007). Aus Untersuchungen folgt weiter, dass Versicherte mit gutem Gesundheitszustand im Vergleich zu Versicherten mit schlechtem Gesundheitszustand eine höhere Mobilität aufweisen. Das Einkommen bzw. die Bildung dürfte ebenfalls einen Einfluss auf das Wechselverhalten ausüben. So wechseln Personen mit tieferem Einkommen und tieferem Bildungsstand ihren Versicherer weniger als die übrigen Personen (comparis.ch 2007). Zudem wird das Wechselverhalten durch Zusatzversicherungen und Prämiensubventionen beeinträchtigt (Leu et al. 2007). Untersuchungen schätzen die Prämielastizität³⁰ für die Schweiz auf -0.03 und -3.3 (Leu et al. 2007). Die Preiselastizitäten sind für schlechte Risiken im Vergleich zu guten Risiken typischerweise tiefer. Bei den Zusatzversicherungen unternehmen die Versicherten ebenfalls kaum Veränderungen. Insbesondere schliessen die Versicherer die OKP- und die Zusatzversicherung praktisch durchwegs beim gleichen Versicherer ab (IPSO 2001).

Beurteilung der Wettbewerbsintensität

Die Intensität des Wettbewerbs zwischen den Versicherern, der sich auf die Erreichung der Wettbewerbsziele (v.a. effiziente Ressourcenallokation) ausrichtet, ist gering:

- › Erstens ist der Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt durch gesetzliche Regulierungen stark eingeschränkt. Neben der Einschränkung des Handlungsspielraums für die Versicherer führt dies auch dazu, dass ein Markteintritt für neue Wettbewerber wenig attraktiv ist. Die regulatorischen Einschränkungen führen dazu, dass die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherungsmarkt im Vergleich zu anderen Märkten (z.B. Zusatzversicherungsmarkt) generell tiefer ist.
- › Zweitens bestehen zwar verschiedene Hinweise für einen Wettbewerb zwischen den Versicherern (Konsolidierungsprozess; Wettbewerb hinsichtlich Prämien, Service und Werbung), dieser Wettbewerb fokussiert jedoch in erster Linie auf den Preis (Prämienwettbewerb). Ein Wettbewerb bezüglich der Versicherungsmodelle (bzw. der Qualität des damit verbundenen Leistungsangebots) besteht nur in sehr geringem Masse. Ein transparenter Wettbewerb hinsichtlich Preis und Leistungen der Versicherungsprodukte findet nicht statt. Die dominierende Wettbewerbsstrategie der Versicherer ist die Risikoselektion. Die von den Versicherern angewandte breite Instrumentenpalette zur Selektion „guter“ Risiken³¹

³⁰ Prozentuale Veränderung der Nachfrage aufgrund eines Prämienanstiegs von einem Prozent.

³¹ „Multi-Kassen-Strategie“, „Selbstselektion“ durch alternative Versicherungsmodelle, Servicequalität; passive Risikoselektion durch Marketing- und Werbeanstrengungen.

zeigt, dass sich die Wettbewerbsanstrengungen der Versicherer in erster Linie auf die Risikoselektion ausrichten. Durch die Selektion „guter“ Risiken sollen die Leistungskosten und die Prämien gesenkt und ein preislicher Wettbewerbsvorteil geschaffen werden. Die Risikoselektion führt jedoch zu volkswirtschaftlich suboptimalen Ergebnissen. Es werden keine „echten“ Effizienz- und Qualitätsgewinne erzielt, wie sie im Hinblick auf das Ziel einer effizienten Ressourcenallokation notwendig wären.

- › Drittens bestehen mehrere Hinweise, dass das Marktergebnis im Krankenversicherungsmarkt in Richtung einer effizienten Ressourcenallokation verbessert werden kann. Neben der aus volkswirtschaftlichen Sicht ineffizienten Risikoselektion zeigen insbesondere die „echten“ Managed Care-Modelle mit Budgetverantwortung und weiteren Anforderungen (v.a. Gatekeeping, Vernetzung, Qualitätssicherung), dass gegenüber dem konventionellen Versicherungsmodell deutliche Einsparungen und damit Effizienzgewinne erzielt werden können, dies bei mindestes gleich bleibender Qualität.

In folgenden Bereichen sind Ansätze eines auf die Wettbewerbsziele (v.a. effiziente Ressourcenallokation) ausgerichteten Wettbewerbs erkennbar:

- › Managed Care-Modelle: Die Managed Care-Modelle haben sich in den letzten Jahren stark verbreitet, mit einem Anteil von 18 Prozent des Versichertenbestandes noch nicht breit durchgesetzt. Hinsichtlich der Wettbewerbsziele sind insbesondere die „echten“ Managed Care-Modelle mit Budgetmitverantwortung und weiteren Anforderungen (HMO und Hausarztmodelle mit Capitation) positiv zu werten. Erstens führen sie zu deutlichen Effizienzgewinnen bei mindestens gleich bleibender Qualität. Zweitens leisten sie einen Beitrag zu den weiteren Zielen des Wettbewerbs, indem sie die Wahlfreiheit der Versicherten auf der Ebene der Versicherungsmodelle erhöhen, die Vernetzung die Angebotszusammensetzung steuern und zu Innovationen führen. Die „echten“ Managed Care-Modelle haben jedoch heute eine geringe quantitative Bedeutung. Zudem ist ihr Anteil über die letzten Jahre konstant geblieben. Das Interesse und die Organisation dieser Modelle sind vor allem auf die Initiative der Leistungserbringer zurückzuführen. Die Versicherer haben aus verschiedenen Gründen kein grosses Interesse an diesen Modellen und sie entsprechend kaum gefördert. Die aus Sicht der Versicherer interessanten „Light-Modelle“ (Managed Care-Modelle ohne Budgetmitverantwortung) konnten in den letzten Jahren stark zu legen, leisten jedoch im Vergleich zu den „echten“ Managed Care-Modellen einen wesentlich

kleineren Beitrag im Hinblick auf die Ziele des Wettbewerbs.³² Im Sinne der Vielfalt und damit der Wahlmöglichkeiten der Versicherten sind sie aus Wettbewerbssicht jedoch ebenfalls positiv zu werten. Zudem könnten verschiedene Modelle (v.a. Hausarztmodelle) in Richtung der „echten“ Managed Care-Modelle weiter entwickelt werden.

- › Fall- und Disease-Management: In den letzten Jahren haben vor allem die grossen Versicherer das Fall- und das Disease-Management kontinuierlich ausgebaut. Die Akteure des Gesundheitswesens erhoffen sich von diesen Managed Care-Instrumenten ein grosses Potenzial zur Kostenreduktion und zu Qualitätsverbesserung. Das Fall- und das Disease-Management sind jedoch noch zu wenig entwickelt und verbreitet. Insbesondere bestehen erst wenige Disease-Management-Programme, die sich an chronisch Kranke (bzw. Personen mit komplexen Krankheiten) richten. Zudem ist unklar, ob das Fall- und das Disease-Management vor allem seitens der Versicherer und/oder der Leistungserbringer (Ärztetzwerke und Spitäler) angeboten werden soll.
- › Tarifierung: Aufgrund der gesetzlichen Vorschriften und der Praxis von Verbandsverhandlungen besteht im Tarifbereich kaum Wettbewerb zwischen den Versicherern. Erste Beispiele von grossen Versicherern deuten jedoch darauf hin, dass in Zukunft in Teilbereichen (z.B. Spitäler) vermehrt separate Verhandlungen von Versicherern mit Leistungserbringern abgeschlossen werden dürften. Die Beispiele von ersten separaten Verträgen zeigen, dass neben dem Preis auch die Qualität der Leistungen in den Verhandlungen berücksichtigt wird. Die separaten Tarifverhandlungen erhöhen erstens den Wettbewerb zwischen den Versicherern. Zweitens können sie auch zu einem verstärkten Wettbewerb zwischen den betroffenen Leistungserbringern (z.B. Spitäler) führen. Separate Tarifverhandlungen führen zu einem verstärkten Wettbewerb zwischen den betroffenen Leistungserbringern, wenn es den Versicherern gelingt, Versicherte zu günstigen Leistungserbringern zu lenken.

Folgende Gründe sind für die geringe Wettbewerbsintensität im Krankenversicherermarkt im Hinblick auf die Wettbewerbsziele (v.a. effiziente Ressourcenallokation) massgebend:

- › Regulierung: Der Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt ist im Vergleich zu anderen Märkten (z.B. Zusatzversicherungsmarkt) aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen stärker reguliert. Aufgrund grundlegender gesetzlicher Bestimmungen (v.a. Leistungskatalog, Einheitsprämie und Bestimmungen im Tarifbereich) verfügen die Versicherer bei der Produktgestaltung (Leistungsangebot, Prämienfestsetzung, Tarife) über einen einge-

³² Deutlich geringerer Effizienzgewinn; geringere Beiträge zu Qualitätssicherung, zur Vernetzung der Leistungserbringer und zur Innovation.

schränkten Handlungsspielraum. Die Regulierung führt zudem dazu, dass ein Markteintritt für neue Wettbewerber wenig attraktiv ist.

- › Risikoausgleich: Der heute bestehende Risikoausgleich ist ungenügend. Er führt dazu, dass eine Risikoselektions-Strategie im Vergleich zu einer Kostenmanagement-Strategie für die Versicherer attraktiver ist. Im Hinblick auf die Wettbewerbsziele sollte der Risikoausgleich so weit verbessert werden, dass die Versicherer in erster Linie eine Kostenmanagement-Strategie verfolgen und die Risikoselektion nicht mehr attraktiv ist. Die Verbesserung des heutigen Risikoausgleichs ist auch eine zentrale Voraussetzung für die Entwicklung und die Verbreitung von „echten“ Managed Care-Modellen“. Ob die vom Parlament beschlossene Ergänzung des Risikoausgleichs zur Änderung der Strategien der Versicherer in Richtung des Kostenmanagements (insbes. Förderung von Managed Care) ausreicht, bleibt abzuwarten. Aufgrund der Literatur (vgl. Kapitel 6.1.3), ausländischer Erfahrungen (vgl. Kapitel 5.2.1) und der Forderungen verschiedener befragter Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens (vgl. Kapitel 6.2) ist zu prüfen, ob der Risikoausgleich in Richtung eines prospektiven und morbiditätsorientierten Risikoausgleichs weiter zu entwickelt ist. Dabei sind jedoch auch mögliche Nachteile einer weiteren Verbesserung des Risikoausgleichs zu berücksichtigen. Gemäss BAG führt die Verfeinerung bzw. die Umgestaltung des Risikoausgleichs
 - › zur Erhöhung des administrativen Aufwands bei den Versicherern, der Gemeinsamen Einrichtung KVG und ihrer Revisionsstelle,
 - › zu einer Abnahme der Datenqualität der Versicherer,
 - › zu weniger eindeutigen Kriterien, die zu einer Zunahme von Beschwerden und Neuberechnungen sowie in der Folge zu einer geringeren Glaubwürdigkeit des Risikoausgleichs führen könnte.
 - › Möglicherweise zu unerwünschten Anreizen seitens der Versicherer (z.B. mehr Hospitalisierungen über drei Tage; bei morbiditätsorientierten Modellen zu mehr Berichten, um Diagnosen zu erhalten.).
- › Managed Care: Das KVG hat die Entwicklung einer Vielfalt von Managed Care-Modellen ermöglicht. Managed Care (insbes. „echte“ Managed Care-Modelle) hat sich aber aufgrund vielfältiger Hemmnisse noch nicht breit durchgesetzt. Die wichtigsten Hemmnisse für die Verbreitung von Managed Care-Modellen sind ungenügende (finanzielle) Anreize für die Versicherten und der ungenügende Risikoausgleich (vgl. Kapitel 3.2.4, Tabelle 5). Weitere Hemmnisse sind der Kontrahierungszwang, die Subventionierung der Spitäler durch die

öffentliche Hand, die ungenügende Flexibilität in der zeitlichen Gestaltung des Versicherungsvertrags und die Beschränkung des Prämienrabatts.

- › Kontrahierungszwang: Mit Ausnahme der Managed Care-Modelle, können die Versicherer die Leistungserbringer nicht selektionieren. Obwohl eine Vielfalt von Managed Care-Modellen entstanden ist, haben sie sich noch nicht breit durchgesetzt. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde erstens den Handlungsspielraum der Versicherer gegenüber den Leistungserbringern erhöhen (zusätzliche Selektionsmöglichkeit). Zweitens ist davon auszugehen, dass sich durch diese Massnahme der Druck für die Leistungserbringer zu qualitativ guter und effizienter Leistungserbringung und damit zur Beteiligung an „echten“ Managed Care-Modellen erhöhen würde. Aufgrund des Kontrahierungszwangs haben die Ärztinnen und Ärzte heute wenig Interesse, sich an Versorgungsnetzwerken mit Budgetmitverantwortung (bzw. finanziellen Risiken) zu beteiligen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs lässt sich jedoch nur realisieren, wenn gleichzeitig der Anreiz der Versicherer zur Risikoselektion minimiert wird. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Versicherer eine selektive Kontrahierung zur Risikoselektion verwenden (z.B. kein Abschluss von Verträgen mit Spezialisten, die v.a. hohe Risiken behandeln).
- › Wettbewerb im Leistungserbringermarkt: Der Wettbewerb zwischen den Versicherern hängt auch von der Wettbewerbsintensität des Leistungserbringermarkts ab. Je grösser der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern bzw. zwischen Versorgungsnetzen, desto grösser sind die Möglichkeiten der Versicherer, sich über spezifische Versicherungsmodelle zu differenzieren. Wichtige Wettbewerbshemmnisse im Leistungserbringermarkt sind neben dem Kontrahierungszwang die ungenügende Transparenz hinsichtlich der Qualität und des Nutzens der erbrachten Leistungen und die Vorschriften im Tarifbereich, vor allem im ambulanten Bereich.
- › Weitere mögliche Gründe für die geringe Wettbewerbsintensität im Krankenversicherermarkt sind die Prämien genehmigung durch den Bund, das Gewinnverbot für die Versicherer und die im Vergleich zum Zusatzversicherungsgeschäft stärkere Kontrolle der Geschäftstätigkeit der Versicherer durch die öffentliche Hand (Prämien genehmigung, etc.).

4. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN LEISTUNGSERBRINGERN

Folgendes Kapitel beurteilt die Wettbewerbsintensität im Leistungserbringermarkt (Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen und Spitälern). Es stellen sich folgende Fragen:

- › In welchen Bereichen sieht das KVG Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern vor? Über welchen Handlungsspielraum (bzw. über welche Wettbewerbsparameter) verfügen die Leistungserbringer?
- › Wo findet in der Praxis tatsächlich Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern statt? Welche Wettbewerbsparameter wenden die Leistungserbringer in der Praxis an?
- › Wie gross ist die Wettbewerbsintensität im Leistungserbringermarkt? Was sind die Ursachen hoher bzw. tiefer Wettbewerbsintensität? Führt der Wettbewerb zu den gewünschten Ergebnissen?

Kapitel 4.1 beurteilt den Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten. Kapitel 4.2 analysiert den Wettbewerb zwischen den Spitälern. Grundlagen für die Analyse der Wettbewerbsintensität in den beiden Teilmärkten sind die Darstellung der jeweiligen Wettbewerbsparameter und die Analyse des Wettbewerbs in der Praxis.

4.1. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN

4.1.1. WETTBEWERBSPARAMETER DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Bei den Ärztinnen und Ärzten in ambulanten Praxen ist der Markteintritt mit dem seit 2002 geltenden „Zulassungsstopp“³³ stark eingeschränkt. Zudem macht das KVG Vorgaben für die Gestaltung der Einzelleistungstarife (gesamtschweizerische Struktur) und stellt Qualitätserfordernisse. Über unternehmerische Gestaltungsmöglichkeiten verfügen die Ärztinnen und Ärzte vor allem bei der Produkt- und der Leistungsgestaltung.

Marktein- und -austritt

Erfüllen die in der Schweiz niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die gesetzlich definierten, fachlichen Zulassungsvoraussetzungen, dürfen sie zu Lasten der OKP tätig werden. Aufgrund des Kontrahierungszwangs bestehen grundsätzlich keine weiteren Markteintrittsbeschränkungen. Die Tarifgrundsätze des KVG führen jedoch dazu, dass sich das Tätigkeitsfeld der Ärztinnen und Ärzte vor allem auf lokale bzw. kantonale Märkte beschränkt. Mit

³³ Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der OKP. Die Kantone haben die Möglichkeit, die Zulassung zu steuern.

dem seit 2002 geltenden Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte, der die Zahl der zu Lasten der OKP tätigen Ärztinnen und Ärzte kantonale auf eine Höchstzahl pro Leistungserbringer-Kategorie einschränkt, ist der Markteintritt jedoch stark eingeschränkt.

Der freiwillige Marktaustritt der Ärztinnen und Ärzte ist jederzeit möglich. Zugelassene Ärztinnen und Ärzte können von der Tätigkeit zu Lasten der OKP nur dann ausgeschlossen werden, wenn sie gegen Anforderungen des KVG an die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen im Wiederholungsfall verstossen.

Die Erbringung von ärztlichen Leistungen im Ausland zu Lasten der OKP ist nur möglich, wenn sie nicht in der Schweiz erbracht werden können. Das KVG ermöglicht jedoch Pilotprojekte für die Kostenübernahme von im Ausland erbrachten Leistungen. Die OKP übernimmt die Kosten von Notfallbehandlungen im Ausland. Vorbehalten bleiben weiter die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe.

Preis- bzw. Tarifgestaltung

Bei den Einzelleistungstarifen schreibt das KVG eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung der Tarifstruktur vor, die der Genehmigung des Bundesrats unterliegt. Der preisliche Handlungsspielraum der Ärztinnen und Ärzte ist entsprechend eingeschränkt.

Die Aufhebung des Verbandszwangs und die Möglichkeit von Managed Care-Modellen sollen jedoch den unternehmerischen Gestaltungsspielraum der Ärztinnen und Ärzte erweitern und einen Anreiz zur Anwendung neuer Tarifierungsformen darstellen.

Leistungsgestaltung

Die Ärztinnen und Ärzte verfügen bei der Leistungsgestaltung über einen grossen Handlungsspielraum. Gesetzlich festgelegt sind gewisse Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen. So kann die Vergütung der Leistungen verweigert werden, wenn die Leistungen über das Mass hinausgehen, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck notwendig ist (Wirtschaftlichkeitskontrolle). Zudem kann der Bund Qualitätskontrollen (Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen) vornehmen und bei Bedarf entsprechende Massnahmen vorsehen. Abgesehen von diesen gesetzlich geregelten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätserfordernissen verfügen die Ärztinnen und Ärzte über einen grossen Spielraum in der Gestaltung ihrer Leistungen und deren Qualität. Insbesondere können sie:

- › sich durch die Qualität ihrer Leistungen (Information, Beratung, Behandlung, etc.) auszeichnen und anhand von entsprechenden Informationen (z.B. Outcome-Messungen, Kosten-Nutzenanalysen) um zusätzliche Patientinnen und Patienten werben,
- › durch die Schaffung von Versorgungsnetzwerken (z.B. Ärztenetzwerke) an der Entwicklung und an der Umsetzung von Managed Care-Modellen (bzw. neuer Formen der integrierten Versorgung) beteiligen (HMO, Hausarztmodelle, PPO).

4.1.2. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN DER PRAXIS

Wettbewerbsverhalten

Die Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen haben kaum Anreize, sich wettbewerbslich zu verhalten. Der Kontrahierungszwang stellt sicher, dass die Ärztinnen und Ärzte zu Lasten der OKP tätig werden können. Mit Ausnahme der Managed Care-Modelle ermöglicht das KVG keine selektive Vertragsgestaltung, durch die der Wettbewerbsdruck auf die Ärzteschaft erhöht werden könnte. Die vorherrschende Einzelleistungstarifizierung ermöglicht es der Ärzteschaft, allfällige Einnahmereduktionen (z.B. über Kostendruck im Tarifbereich) zur Einkommenssicherung durch eine entsprechende Mengenausweitung zu kompensieren. Die Ärztinnen und Ärzte haben ihren unternehmerischen Handlungsspielraum in der Produkt- und Leistungsgestaltung (Managed Care, Qualität) bisher kaum wahrgenommen (INFRAS 2001b). Gemäss den Befragten verhindern insbesondere die Standesregeln und die Macht der kantonalen Ärztesellschaften praktisch jeden Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten. Zudem sinkt das Interesse der Ärztinnen und Ärzte an Wettbewerb deutlich, wenn sie ausgelastet sind.

Gemäss mehreren Befragten nutzen die Ärztinnen und Ärzte ihren Handlungsspielraum zu wenig. Die Ärztinnen und Ärzte denken zu wenig unternehmerisch und haben noch nicht erkannt, dass sie sich am Markt mit unterscheidbaren Angeboten (Spezialisierung, Kombination von Schul- und Alternativmedizin, etc.) positionieren könnten. Seitens der Versicherer wird betont, dass die Ärztinnen und Ärzte zu wenig innovativ sind. Gefordert wird, dass sie verstärkt auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen, neue Produkte entwickeln und sich auf dem Gesundheitsmarkt entsprechend positionieren.

Gemäss den Befragten besteht zwischen den Ärztinnen und Ärzten kein Preis-/Leistungswettbewerb:

- › Im Tarifbereich besteht aufgrund des Kontrahierungszwangs, der gesamtschweizerisch geltenden Einzelleistungs-Tarifstruktur TARMED, der Aushandlung der Tarife durch die kantonalen Ärztesellschaften und den Tarifschutz kein Preiswettbewerb. Sonderverträge bestehen nur bei den HMO, deren Leistungen mit Kopfpauschalen abgegolten werden (Capitation-Modell). Aufgrund der geringen Verbreitung dieser Modelle haben sie nicht zu einer Entkartellisierung im Tarifbereich und einer neuen Wettbewerbskultur zwischen den Ärztinnen und Ärzten geführt.
- › Zwischen den Ärztinnen und Ärzten besteht kaum Qualitätswettbewerb. Die Ärztinnen und Ärzte haben kein grosses Interesse, sich zu differenzieren und die Qualität ihrer Leistungen zu messen. Erschwerend ist, dass die Ärztinnen und Ärzte gemäss einem Versicherer unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich „guter“ Qualität haben und die Qualitätskontrolle gemäss Ansicht der Ärzteschaft schwierig ist (v.a. bei chronischen und multimorbiden Krankheiten). Insbesondere fehlt es nach Ansicht der Ärzteschaft weitgehend an möglichen Benchmarks zur Beurteilung der Qualität. Die Ärztinnen und Ärzte denken nicht unternehmerisch und sind vor allem an der Besitzstandswahrung interessiert. Sie zielen primär auf die Kundenbindung durch eine „gute“ Behandlung (v.a. auch in menschlicher Sicht) und das Ausrichten auf die Bedürfnisse und die Wünsche der Patientinnen und Patienten. Das Dienstleistungsbewusstsein der Ärztinnen und Ärzte hat sich entsprechend erhöht. Genügen die Kundenbindungsmassnahmen zur Auslastung der Praxis nicht, sind die Ärztinnen und Ärzte finanziellen Anreizen hinsichtlich einer Angebotsinduzierung ausgesetzt. Eine Differenzierung über die Qualität der Leistungen und eine entsprechende Positionierung findet nicht statt. Die Patientinnen und Patienten und die Versicherer verfügen über keine Informationen zur Ergebnisqualität (Outcome) der ärztlichen Leistungen. Damit können die Patientinnen und Patienten ihre Ärztin bzw. ihren Arzt nicht aufgrund eines transparenten Preis-/Leistungsvergleich auswählen. Die Versicherer können kein Benchmarking unter den Ärztinnen und Ärzten durchführen, das auf der Ergebnisqualität basiert (z.B. für Tarifverhandlungen). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich Informationen zur Qualität der Ärztinnen und Ärzte informell von „Mund-zu-Mund“ herumsprechen bzw. dem Urteil aus der Erfahrung der Patientinnen und Patienten unterliegen. Dies dürfte zu einem gewissen Qualitätswettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten führen. Der von der Ärzteschaft festgestellte Qualitätswettbewerb ist auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zurückzuführen und kostensteigernd.

Gemäss einem Vertreter der Leistungserbringer ist das Wettbewerbsverhalten der Ärzteschaft jedoch sehr heterogen. Zu unterscheiden ist zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten und den Spezialisten sowie zwischen dem regionalen Tätigkeitsgebiet der Ärztinnen und Ärzte (Unterschied Stadt/Land):

- › Die Hausärztinnen und Hausärzte haben kaum Interesse, sich wettbewerbsmäßig zu verhalten. Erstens verfügen sie nicht über die Organisation und das Selbstbewusstsein wettbewerbsmäßig aufzutreten. Zweitens haben sie vergleichsweise wenige Differenzierungsmöglichkeiten. Drittens sind sie stark ins Standesdenken eingebunden. Aus diesen Gründen versuchen die Hausärztinnen und Hausärzte vor allem, ihre Kunden zu binden und allfällige Nachfragerücken durch Angebotssteuerung zu füllen. Eine Differenzierung über die Qualität findet nicht statt. Gemäss dem Befragten müsste der Leidensdruck sehr gross sein, bis die Hausärztinnen und Hausärzte ihr Verhalten ändern. Vermutet wird, dass die Hausärztinnen und Hausärzte bei einer ungenügenden Nachfrage eher die Praxis aufgeben würden als sich zu differenzieren und neu zu positionieren.
- › Im Unterschied zu den Hausärztinnen und Hausärzten verhalten sich bestimmte Spezialisten (z.B. Chirurgen, Urologen, etc.) in städtischen Zentren mit (teilweise) eigener Praxis auf indirekte Weise wettbewerbsmäßig. Mögliche Formen des indirekten Wettbewerbs und damit der Umgehung der Standesregeln, sind Werbung via Privatkliniken³⁴ und Auftritte an Veranstaltungen oder in den Medien (z.B. Fernsehen). Teilweise werden die Aktivitäten auch von Pharmaunternehmen organisiert. Die Privatkliniken (z.B. Hirslanden) versuchen, die Spezialisten an ihre Klinik anzubinden. Ziel ist ein gemeinsamer Marktauftritt (Visitenkarte der Klinik, Auftritt unter demselben Label). Zudem bieten die Kliniken den Spezialisten Service-Dienstleistungen an (z.B. Abwickeln von Rechnungen, Übernahme des Sekretariats, etc.). Damit besteht ein gewisser Qualitätswettbewerb zwischen Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis. Spezialisten mit langen Wartezeiten (z.B. Augenärzte) unternehmen jedoch keine besonderen Anstrengungen, sich über die Behandlung und den Kundenservice qualitativ auszuzeichnen.
- › In städtischen Zentren verfügen die Standesorganisationen nicht über dieselbe Macht und Kontrolle wie auf dem Land. Die Ärztinnen und Ärzte kennen sich weniger und verhalten sich vergleichsweise wettbewerbsmäßiger (z.B. über Websites und Auftritte). Es sind jedoch vor allem die Spezialisten, die sich wettbewerbsmäßig verhalten. Neben den indirekten Wettbewerbsformen (Werbung über Privatkliniken, Auftritte, etc.) versuchen sie, sich über ei-

³⁴ Die Privatkliniken unterstehen nicht den Standesregeln.

nen hohen Praxis-Standard (z.B. Parkplätze, Empfang, schöne Wartezimmer, etc.) und medizinische Behandlungsformen („High-Tech“-Medizin) von der Konkurrenz abzugrenzen (z.B. Radiologen). Die Ärztinnen und Ärzte auf dem Land sind sehr stark ins Ständedenken eingebunden. Zudem kennen sich die Ärztinnen und Ärzte und sind auf eine Zusammenarbeit angewiesen (z.B. Notfalldienst, Regelung von Ferienabwesenheiten, etc.). Zu berücksichtigen ist auch, dass die Wahlmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten in den städtischen Zentren grösser sind als in den ländlichen Gebieten.

Bei den Hausärztinnen und Hausärzten zeigt sich ein Trend zu Gruppenpraxen (v.a. bei den jungen Ärztinnen und Ärzten). Dies könnte den Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten beleben. Die Hausärztinnen und Hausärzte können über die Organisation in einer Gruppenpraxis bessere Dienstleistungen anbieten (z.B. 24h-Öffnungszeiten, Notfalldienst, Hausbesuche, Einrichtung, etc.) und sich über einen gemeinsamen Auftritt (Prospekt, Visitenkarte, etc.) differenzieren. Weitere Vorteile von Gruppenpraxen sind die gemeinsame Finanzierung der Infrastruktur und zusätzlicher Angebote sowie der Austausch unter den Ärztinnen und Ärzten. Gemäss dem Befragten stossen die Gruppenpraxen aufgrund der zusätzlichen Angebote (v.a. lange Öffnungszeiten, Notfalldienst) auf eine grosse Nachfrage. Die Patientinnen und Patienten schätzen die Sicherheit, jederzeit eine Praxis aufsuchen zu können (v.a. auch chronisch Kranke). Dies wird gemäss einem Befragten u.a. auch durch die kontinuierlich wachsende Anzahl von ambulanten Notfallbehandlungen in Spitälern belegt. Zudem sind die Patientinnen und Patienten mobiler und weisen eine grössere Wechselbereitschaft auf. Gruppenpraxen mit multispezialisierten Diensten (z.B. Dermatologie, Kardiologie, Rheumatologie) sind für die Patientinnen und Patienten noch attraktiver, weil gewisse Abklärungen sofort getroffen werden können und sich die Ärztinnen und Ärzte austauschen. Die GDK stellt ebenfalls einen Trend in Richtung von Ärztezentren fest. Ärztezentren ermöglichen die Nutzung von Synergien (Infrastruktur, etc.), was einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Einzelpraxen darstelle (tiefere Fixkosten, mehr Flexibilität, erhöhte Präsenz).

Gemäss einem Versicherer stehen die Managed Care-Organisationen im Wettbewerb zu den konventionellen Praxen. Um Kunden zu gewinnen, haben sie ein Interesse über die Qualität ihrer Dienstleistung zu informieren.

Die Managed Care-Modelle haben bisher nicht zu einer Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Ärztinnen und Ärzten geführt. Erstens haben sich die Managed Care-Modelle nur in geringem Ausmass verbreitet. Zweitens hat sich die Mehrzahl der Hausarztmodelle

nicht im Sinne des Managed Care-Konzepts entwickelt (vgl. Kapitel 3.2.4). Gemäss Baur/Braun 2000 hatte ein grosser Teil der Hausarztnetze nicht das Ziel, sich im Sinne des Managed Care-Konzepts weiter zu entwickeln, sondern vor allem eine flächendeckende Ausbreitung anderer Formen von Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu verhindern. Aufgrund des Kontrahierungszwangs hat die Ärzteschaft wenig Interesse, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzten fehlt das Bewusstsein für die neuen Möglichkeiten. Zudem ist die Ärzteschaft gegenüber Managed Care-Modellen sehr skeptisch (INFRAS 2001b). Sie befürchtet, dass die Managed Care-Modelle nicht zu den erhofften Verhaltensänderungen und Kosteneinsparungen führen, sondern vor allem der Risikoselektion dienen. Die finanziellen Anreize würden die Gefahr bergen, dass ungenügende medizinische Leistungen erbracht werden.³⁵

Der neue unternehmerische Handlungsspielraum im Bereich Managed Care hat nicht zu einem Wettbewerb unter der Ärzteschaft geführt, jedoch teilweise die Sensibilisierung für diese Modelle erhöht, zu einem höheren Organisationsgrad in Netzwerken geführt und zu einer stärkeren Berücksichtigung der ökonomischen Folgen der ärztlichen und der nachgelagerten Entscheide geführt. Ein verstärktes Kostenbewusstsein und ökonomisches Denken haben insbesondere die sich an HMO-Gruppenpraxen beteiligenden Ärztinnen und Ärzte gebildet. Zudem wurde die Zusammenarbeit im Rahmen von Qualitätszirkeln verstärkt. Bei den in Hausarztnetzen verbundenen Ärztinnen und Ärzten konnte ebenfalls eine Stärkung des Kostenbewusstseins festgestellt werden (INFRAS 2001b).³⁶

Analyse der Wettbewerbsintensität

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten besteht kaum Wettbewerb (vgl. Tabelle 7). Hauptgrund für den fehlenden Wettbewerb ist der Kontrahierungszwang. Zusammen mit dem geringen Interesse der Versicherten, sich in der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken und der Einzelleistungsabrechnung führt der Kontrahierungszwang dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte kein Interesse und keine Notwendigkeit haben, sich gegenüber anderen Ärztinnen und Ärzten konkurrierend zu verhalten. Entsprechend haben sie ein geringes Interesse an Managed Care-Modellen (insbes. mit Budgetverantwortung) und an einem Preis-/Leistungsvergleich. Die Erfolge der „echten“ Managed Care-Modelle hinsichtlich Preis und Qualität der Leistungen zeigen, dass das Marktergebnis der Ärzteschaft noch wesentlich verbessert werden könnte.

³⁵ Weitere Hemmnisse für die Entwicklung und die Verbreitung der Managed Care-Modelle vgl. Kapitel 3.2.4, Tabelle 5.

³⁶ Zur konzeptionellen Entwicklung der Managed Care-Modelle vgl. Kapitel 3.2.4.

Bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität zwischen den Ärztinnen und Ärzten ist jedoch wie folgt zu differenzieren:

- › Während zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten kaum Wettbewerb besteht, konkurrieren gewisse Spezialisten mit (teilweise) eigener Praxis auf indirekte Weise (Werbung über Privatkliniken, Auftritte, etc.).
- › In ländlichen Regionen ist die Wettbewerbsintensität zwischen der Ärzteschaft geringer als in den Städten.
- › Der Trend in Richtung von Ärztenetzen könnte den Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten beleben.
- › Die Managed Care-Organisationen haben ein Interesse, sich gegenüber den konventionellen Einzelleistungspraxen hinsichtlich Qualität und Preis ihrer Leistungen auszuzeichnen. Sie müssen sich im Wettbewerb mit dem konventionellen Versorgungsmodell behaupten.

WETTBEWERBSINTENSITÄT ZWISCHEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN		
	Wettbewerbsindikatoren	Hinweise auf
Marktstruktur	<ul style="list-style-type: none"> › Die Ärztinnen und Ärzte stehen nur in sehr geringem Grad in Konkurrenz zueinander. Der Markt ist lokal/regional bzw. kantonal segmentiert. Während bei den Hausärztinnen und Hausärzten kaum Wettbewerb besteht, konkurrieren gewisse Spezialisten mit (teilweise) eigener Praxis. › Der Kontrahierungszwang und die Möglichkeiten der Ärzteschaft, die Nachfrage zu steuern, bewirken dazu, dass neu in den Markt eintretende Ärztinnen und Ärzte nicht zu einem erhöhten Wettbewerbsdruck führen. › Managed Care-Organisationen haben sich nicht wesentlich verbreitet. Nur ein kleiner Teil dieser Organisationen sind „echte“ Managed Care Modelle. › Die Marktteilnehmer und die Tarife sind transparent, die Ergebnisqualität jedoch nicht. Informationen zur Qualität stützen sich auf die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten und sprechen sich teilweise herum (informelle Verfügbarkeit). 	geringe Wettbewerbsintensität
Marktverhalten	<ul style="list-style-type: none"> › Mit Ausnahme der Managed Care-Organisationen konkurrieren die Ärztinnen und Ärzte nicht über die Preise (kartellistisch geführte Tarifverhandlungen) und über transparente Informationen zur Ergebnisqualität. Die Ärzteschaft wirbt damit nicht über ein möglichst attraktives Preis-Leistungsverhältnis um die Patientinnen und Patienten. Aufgrund den Patientinnen und Patienten durch eigene Erfahrungen und/oder informelle Kanäle („Mund-zu-Mund“) vorliegenden Informationen zur Qualität der Leistungen der Ärztinnen und Ärzten dürfte jedoch ein gewisser Qualitätswettbewerb bestehen. › Im Unterschied zu den Hausärztinnen und Hausärzten differenzieren sich gewisse Spezialisten auf indirekte Weise (Werbung über Privatkliniken, Auftritte, etc.). 	geringe Wettbewerbsintensität

WETTBEWERBSINTENSITÄT ZWISCHEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN		
	Wettbewerbsindikatoren	Hinweise auf
Marktergebnis	<p>Es bestehen verschiedene Hinweise, dass die Effizienz des Marktergebnisses verbessert werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Die Ergebnisse der Managed Care-Organisationen zeigen, dass bei der ärztlichen Leistungserbringung deutliche Kosteneinsparungen möglich sind (v.a. bei einer Budgetmitverantwortung der Ärzteschaft). › Untersuchungen (Crivelli et al. 2006) zeigen, dass die ärztlichen Leistungen u.a. signifikant mit der kantonalen Arztdichte korreliert (vgl. auch KfK 2006). Untersuchungen (u.a. INFRAS 2001b) sowie Ergebnisse der geführten Interviews geben anekdotische Hinweise, dass die Ärzteschaft auf einen Kostendruck über Mengenausweitung reagiert (angebotsinduzierte Nachfrage). › Die im Vergleich zu anderen OECD-Ländern geringe Konsultationsintensität deutet auf ein Effizienz-Potenzial bei den ärztlichen Leistungen hin (OECD/WHO 2006). 	geringe Wettbewerbsintensität

Tabelle 7

Folgende Gründe führen zu der geringen Wettbewerbsintensität zwischen den Ärztinnen und Ärzten:

- › Ärztinnen und Ärzten mit ausreichend grosser Kundschaft (knappes Angebot, z.B. an Hausärztinnen und Hausärzten oder gewissen Spezialisten) haben keinen Anreiz, sich wettbewerbslich zu verhalten. Zudem zeigt die Praxis, dass die Ärzteschaft die Nachfrage bis zu einem gewissen Grad steuern kann (angebotsinduzierte Nachfrage). Gründe dafür sind der „professionelle“ Wissensvorsprung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber den Patientinnen und Patienten, die Einzelleistungsabrechnung, das „Moral Hazard“-Phänomen seitens der Versicherten und bei den Ärztinnen und Ärzten (vgl. Kapitel 2.2.2).
- › Die Standesregeln und die fehlende unternehmerische Kultur der Ärzteschaft führen dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte ihren möglichen Handlungsspielraum kaum ausschöpfen. Die „kulturellen“ Hemmnisse sind vor allem bei den Hausärztinnen und Hausärzten in ländlichen Gebieten sehr ausgeprägt.
- › Der Kontrahierungszwang ermöglicht es den zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, zu Lasten der OKP tätig zu werden. Gleichzeitig verhindert er, dass sich die Ärzteschaft im Hinblick auf einen Vertrag mit den Versicherern durch ein gutes Preis-Leistungsverhältnis (z.B. im Rahmen eines Ärztenetzwerkes) gegenüber der Konkurrenz auszeichnen muss.
- › Der unternehmerische Spielraum im Bereich Managed Care-Modellen hat nicht zu einem spürbaren Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen und damit zwischen den Ärztinnen und Ärzten geführt. Für die im Vergleich zu den Erwartungen des Gesetzgebers geringe Entwicklung und Verbreitung der „echten“ Managed Care-Modelle sind

verschiedene Gründe verantwortlich (vgl. Kapitel 3.2.4). Den Managed Care-Modellen ist es noch nicht gelungen, sich entsprechend den Bedürfnissen der Versicherten weiter zu entwickeln und sich über ausreichende Freiheit in der Wahl des Leistungserbringers, gute Qualität und finanzielle Vorteile zu positionieren.

- › Bei den Ärztinnen und Ärzten bestehen keine öffentlich zugänglichen Informationen zur Qualität und zum Nutzen der erbrachten Leistungen. Erstens fehlen damit den Patientinnen und Patienten wichtige Informationen zur Wahl des Leistungserbringers. Zweitens fehlen den Versicherern Informationen zur Gestaltung von Managed Care-Modellen (Selektion von Leistungserbringern im Rahmen von PPO-Modellen). Die Versicherten verfügen jedoch über eigene Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten und über informelle Informationen zur Qualität der Leistungserbringer.

4.2. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN SPITÄLERN

Nachfolgend stellen wir die Wettbewerbsparameter der Spitäler dar und beurteilen den Wettbewerb zwischen den Spitälern in der Praxis.

4.2.1. WETTBEWERBSPARAMETER DER SPITÄLER

Bei den Wettbewerbsparametern der Spitäler ist zwischen dem OKP-Markt und dem Zusatzversicherungsmarkt zu unterscheiden. Während der unternehmerische Gestaltungsspielraum in der stationären Spitalversorgung durch planerische und finanzielle Bestimmungen weitgehend staatlich geregelt ist, verfügen die Spitäler im Zusatzversicherungsmarkt über einen grösseren Handlungsspielraum. Die Berücksichtigung des Zusatzversicherungsmarkts ist insofern von Bedeutung, als die öffentlichen Spitäler über verstärkte Wettbewerbsanstrengungen in diesem Markt versuchen können, ihr Betriebsergebnis zu verbessern und die privaten Spitäler allgemeine Betten einführen können, um auf den kantonalen Spitallisten berücksichtigt zu werden (INFRAS 2001b).

Der unternehmerische Spielraum der Spitäler im OKP-Markt gestaltet sich wie folgt:

Marktein- und -austritt

Der Markteintritt wird im Wesentlichen durch die kantonale Spitalplanung geregelt. Damit die Spitäler Leistungen zu Lasten der OKP erbringen können, müssen sie einer von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (Spitalplanung) und auf einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein. Private Spitäler sind gemäss KVG

angemessen in die Planung mit einzubeziehen. Da die Spitalplanung vorsieht, den Bedarf zuerst mit den vorhandenen kantonalen Ressourcen abzudecken und die Versicherer nach den Tarifgrundsätzen des KVG die Kosten der Spitalleistungen höchstens nach dem kantonalen Tarif zu übernehmen haben, ist der Spitalmarkt in der OKP heute im Wesentlichen auf die Kantonsgrenzen beschränkt. Die neue Spitalfinanzierung ermöglicht zukünftig eine landesweit freie Wahl unter den Spitälern. Diese Wahlfreiheit wird jedoch erstens dadurch eingeschränkt, dass Kantone und Versicherer nur Leistungen der Listenspitäler vergüten. Zweitens müssen die Versicherten die Mehrkosten übernehmen, wenn die Tarife des ausserkantonalen Spitals diejenigen der inner- und ausserkantonalen Spitäler auf der Liste des Wohnkantons übersteigen.

Die Erbringung von Spitalleistungen im Ausland zu Lasten der OKP ist nur möglich, wenn sie nicht in der Schweiz erbracht werden können. Das KVG ermöglicht jedoch entsprechende Pilotprojekte. Neben den Erfordernissen an die Spitalplanung müssen die Spitäler zur Zulassung fachliche und infrastrukturbezogene Voraussetzungen erfüllen.

Der freiwillige Marktaustritt der Spitäler ist jederzeit möglich. Zudem können die Spitäler von der Tätigkeit zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden, wenn sie nicht (bzw. nicht mehr) auf der Spitalliste aufgeführt werden (Spitalschliessung) oder gegen Anforderungen des KVG an die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen im Wiederholungsfall verstossen.

Preis- bzw. Tarifgestaltung

Gemäss KVG ist die Vergütung der Spitalleistungen durch Pauschalen zu vergüten. Dabei haben die Vertragspartner (Versicherer und Leistungserbringer) verschiedene Möglichkeiten. Die Pauschale kann sich auf die Behandlung je Patientin/Patient (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden. Die Tarifverträge bedürfen einer Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung. Die Kantone haben Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern anzuordnen. Ergeben die Betriebsvergleiche, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegt, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, können die Versicherer beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen. Die Kantone haben zudem die Möglichkeit, die Finanzierung der Spitäler über ein Globalbudget zu steuern.

Mit der vom Parlament beschlossenen neuen Spitalfinanzierung werden die stationäre Behandlung und der Spitalaufenthalt ab 2012 mittels Pauschalen, die sich an der medizinischen Diagnose orientieren und auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen (SwissDRG) leistungsbezogen finanziert (vgl. Kapitel 2.3.1). Die leistungsorientierte Spitalfinanzierung wird aufgrund von einheitlich strukturierten Fallpauschalen zukünftig einen Preis-/Leistungsvergleich zwischen den Spitälern ermöglichen und damit die Wettbewerbsvoraussetzungen im Spitalbereich verbessern.

Mit dem KVG haben die Spitäler die Möglichkeit, einzeln mit den Versicherern Tarifverträge auszuhandeln (Sonderverträge). Weiter ist der Handlungsspielraum der Spitäler, durch die Möglichkeit einer Beteiligung an Managed Care-Modellen, mit den entsprechenden Anreizen hinsichtlich neuer Tarifierungsformen erweitert worden.

Bei den von den Versicherern im OKP-Markt zu übernehmenden Tarifen gelten heute für die öffentlichen und die öffentlich subventionierten und die privaten Spitäler unterschiedliche Regelungen:

- › Bei den öffentlichen Spitälern dürfen die Tarife höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patientin oder Patient oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung abdecken. Die restlichen Kosten haben die Kantone zu übernehmen (duale Spitalfinanzierung). Bei den Privatspitälern haben die Tarife die vollen Kosten der OKP-Leistungen abzudecken.
- › Die Investitionskosten werden in öffentlichen Spitälern durch den Kanton übernommen. Bei den Privatspitälern fließen diese Kosten in die Tarife ein.

Die neue Spitalfinanzierung hält fest, dass auf die Kantone im Prinzip 55 Prozent und auf die Versicherer 45 der Fallpauschalen entfallen. Kantone, deren Anteil unter 55 Prozent liegt und deren Prämie unterdurchschnittlich ist, dürfen ihren Anteil jedoch ab 2012 während 5 Jahren schrittweise bis auf 55 Prozent erhöhen. Mit der neuen Spitalfinanzierung werden zudem die Wettbewerbsvoraussetzungen für die öffentlichen und die öffentlich finanzierten Spitäler und die privaten Spitäler verbessert:

- › Erstens gelten die neuen Finanzierungsregeln für OKP-Leistungen auf allen Abteilungen. Auf der privaten und der halbprivaten Abteilung muss die Zusatzversicherung künftig nur noch Zusatzleistungen übernehmen und nicht mehr einen Teil der OKP-Leistungen.
- › In den Pauschalen sind neben den Betriebs- auch die Investitionskosten eingeschlossen. Die direkte Subventionierung der Spitäler (Objektfinanzierung und Defizitdeckung) durch die Kantone fällt zukünftig weg.

- › Als Listenspitäler (Spitäler, an welche die Kantone zur Sicherstellung der Versorgung Leistungsaufträge erteilen) kommen sowohl öffentliche wie private Spitäler in Frage.

Leistungsgestaltung

Die Leistungen der Spitäler sind durch die Spitalplanung und die entsprechenden Leistungsaufträge definiert. Mit der neuen Spitalfinanzierung werden die Kantone zukünftig zur Koordination der Spitalplanung verpflichtet. Die Spitäler haben jedoch folgenden Handlungsspielraum in der Produkt- und Leistungsgestaltung:

- › Neben den Anforderungen des KVG an die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen können sich die Spitäler durch die Qualität ihrer Leistungen (Information, Beratung, Behandlung, Infrastruktur inkl. technische Geräte und Hotellerie, etc.) auszeichnen und anhand von entsprechenden Informationen (z.B. Outcome-Messungen, Kosten-Nutzenvergleiche) und entsprechenden Marketinganstrengungen um zusätzliche Patientinnen und Patienten werben.
- › Die Spitäler haben die Möglichkeit, sich an Managed Care-Modellen (bzw. Formen der integrierten Versorgung) zu beteiligen und sich damit von der Konkurrenz abzuheben.

4.2.2. WETTBEWERB ZWISCHEN DEN SPITÄLERN IN DER PRAXIS

Bei der Beurteilung des Wettbewerbs zwischen Spitälern sind der OKP-Markt (allgemeine Abteilung) und der Zusatzversicherungsmarkt (Halbprivat- und Privatabteilung) zu betrachten. Erstens sind die öffentlichen und die privaten Spitäler im OKP-Markt (allgemeine Abteilung) und im Zusatzversicherungsmarkt (Halbprivat- und Privatabteilung) tätig. Zweitens weisen die beiden Versicherungsbereiche Bezüge zueinander auf (z.B. Übernahme von OKP-Leistungen im Halbprivat- und Privatbereich).

OKP-Markt (allgemeine Abteilung)

Die Spitäler haben gemäss GDK einen Anreiz zu wettbewerbligem Verhalten, um über viele Patientinnen und Patienten Einnahmen und über Zusatzversicherte Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Aufgrund der hohen Regelungsdichte, den teilweise monopolistischen Marktstrukturen (bzw. der geringen Mobilität der Patientinnen und Patienten) und des beschränkten unternehmerischen Handlungsspielraums besteht im OKP-Markt der stationären Spitalversorgung jedoch praktisch kein Wettbewerb zwischen den Spitälern:

- › Der Markteintritt ist durch die Spitalplanung geregelt. Die auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler verfügen regional weitgehend über eine Monopolstellung und können ihre Auslas-

tung optimieren. Der mit der Spitalplanung und der Regelung zur ausserkantonalen Finanzierung einhergehende verstärkte Föderalismus, hat den Wettbewerbsspielraum tendenziell verringert (INFRAS 2000, 2001b). Abzuwarten bleibt, wie sich die mit der neuen Spitalfinanzierung einzuführende „freien“ Spitalwahl³⁷ auf den regionalen Wettbewerb auswirken wird.

- › Die Leistungen der Spitäler sind durch die Spitalplanung und die Leistungsaufträge vorgegeben. Gemäss GDK spielen die Kantone bei den öffentlichen und den öffentlich subventionierten Spitalern als Finanzierer und Leistungseinkäufer eine grosse Rolle. Sind steuern die Allokation öffentlicher Mittel über Leistungsaufträge und die Finanzierungsmodi. Zudem führen sie Kostenkontrollen durch. Die Kantone haben den Kostendruck auf die Spitäler in den letzten Jahren erhöht. Die GDK stellt einen Trend in Richtung einer leistungsorientierten Spitalplanung fest (Beispiel Kanton Bern). Durch die Planung entlang von Leistungsparametern bzw. einen differenzierten Leistungseinkauf durch Planung und Finanzierung, üben die Kantone einen verstärkten (Konkurrenz-) und Wettbewerbsdruck auf die Spitäler aus. Die Kantone können über die leistungsorientierte Spitalplanung die Mittelallokation im Spitalbereich steuern (Investitionsentscheide, Restrukturierungen, etc.). Andere Kantone steuern die Mittelallokation über Benchmarks (Beispiel Kanton Zürich) oder Globalbudgets. Im Urteil des BAG ist der Kostendruck auf die Spitäler eine Wechselwirkung zwischen den Vorgaben des KVG und dem von den Kantonen über die Finanzierung ausgeübten Druck.
- › Gemäss H+ ist der Wettbewerb heute insofern beschränkt, als in zwei Drittel der Kantone eine kantonale Einheitsstruktur der öffentlichen Spitäler besteht. Die jeweilige Spitalführung entscheidet darüber, ob unter den einzelnen Standorten überhaupt Wettbewerb zugelassen wird. In sechs Kantonen besteht nur ein öffentliches Spital. Entsprechend ist die Spitalwahl für die Patientinnen und Patienten eingeschränkt. Avenir Suisse (2008) gibt ebenfalls zu Bedenken, dass ein Mindestmass an Wettbewerb erst dann entsteht, wenn mehrere unabhängige Spitäler pro Kanton existieren. Dies sei jedoch bedingt nur in grösseren Kantonen der Fall (z.B. Kantone Zürich, Graubünden, Waadt, etc.). Kantone mit einer hohen Anzahl Spitäler können eine Art künstlichen Wettbewerb durch Benchmarking-Systeme bei der Vergabe von Betriebsmitteln einführen (sog. „Yardstick-Competition“). In Kantonen mit nur einem öffentlichen Spital (z.B. Kantone Schaffhausen, Obwalden, Nidwalden, Uri, Zug, etc.) sind diese Spitäler nahezu Monopolbetriebe. Die Bildung von Spi-

³⁷ Einschränkungen der Wahlfreiheit vgl. Kapitel 4.2.1.

tal-Gruppen (z.B. Kantone Fribourg, Solothurn, Wallis und Tessin) sei vor diesem Hintergrund ebenfalls zu relativieren.

- › Gemäss H+ besteht zwischen den öffentlichen Spitälern Wettbewerb über die Leistung. Die Spitäler konkurrieren sich im Angebot und machen vor allem über „Mund-zu-Mund“-Propaganda Werbung. Aktiv Werbung machen bisher jedoch nur wenige Spitäler. Im Zusatzversicherungsbereich sei der Wettbewerb jedoch intensiver.
- › Gemäss H+ sind der überkantonale und der nationale Wettbewerb deutlich geringer, aber nicht inexistent. Im internationalen Kontext besteht jedoch nur in Ausnahmefällen Konkurrenz. Die kantonalen Grenzen haben gemäss H+ heute teilweise eine Schutzfunktion für die Spitäler. H+ ist jedoch überzeugt, dass sich die Spitalstrukturen bei einer allfälligen vollständigen Öffnung der Kantonsgrenzen nicht gross verändern werden, weil die Patientinnen und Patienten mehrheitlich das Spital in ihrer Nähe aufsuchen. Demgegenüber geht ein Versicherer bei einem Wegfallen der Kantonsgrenzen davon aus, dass sich die Spitäler vermehrt spezialisieren und sich auf ihre Stärken konzentrieren werden. Dies führe zu einem Wettbewerb um Leistungen mit den erhöhten Anreizen zu Innovationen und der Verstärkung der Lernkultur.
- › Gemäss GDK findet bei den Kantonen ein Rollenwechsel statt. Die Kantone verstehen sich zunehmend als Leistungseinkäufer und nicht mehr als Leistungserbringer. Die Spitäler verfügen über eine grössere Autonomie (Trend zu Aktiengesellschaften) und sind kaum mehr Teil der öffentlichen Verwaltung. Entsprechend relativiert die GDK die von verschiedenen Akteuren kritisierte Mehrfachrolle der Kantone (vgl. Kapitel 6.2.2). In der Regel sind die Kantone jedoch nach wie vor Eigentümer der Spitäler und für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich. Avenir Suisse (2008) bestätigt den Trend in Richtung einer höheren formellen Autonomie der Spitäler. Parallel zur rechtlichen Verselbstständigung verfügen die Spitäler über eigenständige Führungsgremien, die mehrheitlich mit unabhängigen Fachpersonen besetzt sind. Im Urteil von Avenir Suisse (2008) ist die Unabhängigkeit der Spitäler von der Politik und der Verwaltung jedoch sehr zu relativieren. Erstens sind die Kantone und die Gemeinden die bedeutendsten Eigner und Betreiber der akutsomatischen Spitäler. Zweitens wird der betriebswirtschaftliche Handlungsspielraum der öffentlichen Spitäler durch weitere Faktoren eingeschränkt (z.B. Eigentum an den Immobilien liegt i.d.R. bei der öffentlichen Hand; Einschränkung durch die Instrumente der Finanzierung). Das BAG teilt die Einschätzung, dass die öffentlichen Spitäler von den Kantonen unabhängiger geworden sind und über grössere unternehmerische Freiheiten verfügen. Die öffentlichen Spitäler positionieren sich stärker mit ihrer Leistungsqualität und

sind in stärkere Konkurrenz zu den privaten Spitälern getreten. Zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern sei ein Wettbewerb um Qualitätsdimensionen in Gang. In der Wahrnehmung eines Versicherers werden die öffentlichen Spitäler nach wie vor vergleichsweise eng von den kantonalen Gesundheitsdirektionen geführt und verfügen über einen geringen unternehmerischen Spielraum. Die öffentlichen Spitäler hätten nicht viele Möglichkeiten, sich wettbewerbsfähig zu verhalten. Der Wettbewerb (allgemeine und private Abteilung) werde vor allem über die Mahlzeiten und die Infrastruktur geführt.

- › Verschiedene Privatkliniken führen eine allgemeine Abteilung. Gemäss GDK ist dadurch eine gewisse Konkurrenz zu den öffentlichen und den öffentlich subventionierten Spitälern entstanden. Die Tätigkeit in der OKP ist jedoch für die Privatkliniken kaum kostendeckend. Gemäss Privatkliniken Schweiz besteht jedoch zwischen öffentlichen und privaten Spitälern in der Grundversicherung kein Wettbewerb. Erstens sei die rechtliche Stellung der öffentlichen und der privaten Spitäler unterschiedlich (kein „Sockelbeitrag“ der Kantone an die Privatkliniken; in einzelnen Kantonen sind private Spitäler nur auf der sogenannten B-Liste aufgeführt und können nur Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung behandeln). Zweitens sei aufgrund der fehlenden Transparenz der Behandlungskosten in den öffentlichen Spitälern kein Preiswettbewerb möglich. Die unterschiedliche Ausgangslage führe dazu, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Grundversicherung für die Privatspitäler uninteressant sei. Zudem verunmögliche auch die fehlende schweizweite Spitalwahlfreiheit einen echten Wettbewerb.
- › Die Tarifverträge werden grösstenteils von den kantonalen Spitalverbänden ausgehandelt. Die vom Gesetzgeber erhoffte Entkartellierung hat noch nicht stattgefunden. Im Tarifbereich herrscht kaum Wettbewerb zwischen den Spitälern. Bei den grossen Versicherern zeichnet sich jedoch ein Trend zu separaten Verhandlungen mit ausgewählten Spitälern ab (vgl. Kapitel 3.2.3). Die Privatkliniken werden jedoch durch die duale Spitalfinanzierung und den Tarifdruck seitens der Versicherer wettbewerbsmäßig benachteiligt. Sie müssen die nicht kostendeckenden Tarife für die OKP-Leistungen über die Einnahmen der Zusatzversicherungen finanzieren oder andere Finanzierungsquellen äufnen.
- › Die Abrechnung über Tagespauschalen ist gemäss GDK im akut-stationären Bereich stark rückläufig. Heute bestehen bereits in vielen Spitälern Fallpauschalen (DRG, Abteilungspauschalen) oder kombinierte bzw. „gesplittete“ Tarifmodelle (Tageselement und Abteilungspauschalen). Zukünftig wird der akut-stationäre Bereich durch Fallpauschalen mit einer schweizweit einheitlichen Struktur (SwissDRG) abgegolten. Diese neue Tarifierungsform fördert die Transparenz. Neu wird zudem die Vollkostenfinanzierung eingeführt und

damit die Vergleichbarkeit nochmals erhöht. Die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass die diagnoseorientierten Fallpauschalen zu einem Konzentrationsprozess und zu einem Effizienzgewinn geführt haben. Ein Versicherer ist ebenfalls der Ansicht, dass sich mit den leistungsorientierten Fallpauschalen die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Spitäler verbessern wird. Zukünftig könne bei den Spitälern über Preise verhandelt werden. Der Versicherer betont jedoch, dass bei den Verhandlungen die Qualität der Leistungen ebenfalls zu berücksichtigen sein wird. H+ erwartet, dass die neue leistungsorientierte Spitalfinanzierung zu einer verstärkten Spezialisierung der Spitäler führen wird.

- › Die Spitäler beteiligen sich nicht aktiv an Managed Care-Modellen. Aufgrund der geringen Auswahlmöglichkeiten (Monopolstellung der Spitäler, Regionalisierung der Spitalzuweisungen) besteht keine selektive und formalisierte Zusammenarbeit von Managed Care-Organisationen mit Spitälern (Baur 2004). Ein weiteres Hemmnis ist die zuweisende Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte. Soweit Wahlmöglichkeiten bestehen, werden die Spitäler jedoch über eine Kooperation auf der persönlich-fachlichen Ebene genutzt. In Einzelfällen bestehen Verträge über Pauschalabgeltungen für eine bestimmte Leistung.
- › Gemäss H+ ist die integrierte Versorgung wichtig. Vor- und Nachbetreuung seien schon heute bedeutende Teile der Spitalplanung. In der Wahrnehmung eines Versicherers befindet sich die Schweiz bei der integrierten Versorgung jedoch erst in der Anfangsphase. Als Beispiel wird eine Vereinbarung eines Spitals mit einer Rehabilitationsklinik genannt. Der Versicherer ist der Ansicht, dass die Versorgungsmodelle um Spitäler konzipiert werden sollten. Heute würden die Spitäler jedoch nur am Rand in die Modelle miteinbezogen.
- › Die Rechnungskontrolle seitens der Versicherer hat den Wettbewerbsdruck zwischen den Spitälern nicht erhöht. Aufgrund fehlender Informationen (Diagnosecodes) verzichten die Versicherer in der Regel auf die Überprüfung der Angemessenheit und der Zweckmässigkeit einer Behandlung (Wirtschaftlichkeitskontrolle). Die Zusammenarbeit der Versicherer mit den Spitälern im Rahmen des Fallmanagements wird von den beteiligten Akteuren positiv beurteilt. Die Schnittstellentätigkeit der Fallmanager führt zu schnelleren Kostenabrechnungen und zur besseren Koordination bei komplizierten Fällen.
- › Die Vorgaben von Bund und Kantonen sowie der Wettbewerbsdruck im Zusatzversicherungsbereich, haben bei den Spitälern einen Prozess zur Institutionalisierung der Qualitätssicherung eingeleitet. Die Spitäler haben die Bedeutung der Leistungsqualität erkannt und in das Qualitätsmanagement investiert. Wichtigste Instrumente sind Qualitätsverantwortliche und PatientInnenbefragung. Die bisherigen Qualitätssicherungsaktivitäten haben sich kaum auf die Leistungsqualität ausgewirkt. Die Spitäler erfassen die Ergebnisqua-

lität (Outcome) noch nicht systematisch bzw. weisen allfällige Ergebnisse nicht transparent aus. Ein Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern besteht erst in Ansätzen. Gemäss GDK wird die Qualitätsbeurteilung vorderhand in Form von Selbstdeklarationen vorgenommen und kann lediglich als „PR-Instrument“ eingesetzt werden. In den letzten Jahren sind vielfältige Initiativen zur Förderung der Qualität im Spitalbereich entstanden (santésuisse 2008):

- › Seit August 2004 besteht die von H+ und santésuisse getragene Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (KIQ). Projekte der KIQ sind die Ausarbeitung von gesamtschweizerischen Konzepten zur Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation sowie der Psychiatrie.
- › Der Verein Outcome ist mit seinem gleichnamigen Messinstitut in verschiedenen Kantonen (z.B. Kanton Zürich) aktiv.
- › Im November 2007 haben die zuständigen Partner für die Spitalversorgung in der Schweiz gemeinsam den Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung in den Spitälern (IVQ) gegründet. Ziel des Vereins ist es, auf Basis einer gemeinsam festgelegten Strategie Qualitätsmessungen in den Schweizer Spitälern durchzuführen, die Resultate zu vergleichen und diese gezielt zu veröffentlichen. Der IVQ, dem bisher 21 Kantone angeschlossen sind, wird eng mit der KIQ zusammenarbeiten.
- › H+ ist daran, ein Qualitätsprogramm und ein Qualitätslabel zu entwickeln. Im Rahmen dieser Aktivitäten sollen Informationen zur Qualität der Ergebnisse und zu den Prozessen und der Infrastruktur der Leistungserbringer veröffentlicht werden. Das H+ Qualitätsprogramm soll die gegenseitigen Lerneffekte unter den Spitälern verstärken (z.B. Kampagnen für Spitalhygiene). Gemäss H+ wird es ein Spital, das das Label „H+ qualité“ nicht aufweist, schwer haben, Kunden bzw. Patientinnen und Patienten zu finden. Ziel ist, bis 2010 über ein schweizweites Qualitätsindikatorenset mit dem Label „H+ qualité“ zu verfügen. Die Spitäler stellen die Qualitätsdaten H+ auf freiwilliger Basis zur Verfügung.
- › Mehrere Befragte sind der Überzeugung, dass der Wettbewerb zwischen den Spitälern durch eine grössere Transparenz bei der Leistungsqualität erhöht werden könnte. Gemäss Avenir Suisse 2008 sind interkantonal vergleichbare und öffentlich zugängliche Qualitätsdaten auf der Ebene der Spitäler notwendig, um den Wettbewerb im Spitalmarkt zu verstärken. H+ ist der Überzeugung, mit dem H+ Qualitätsprogramm und dem Label „H+ qualité“ einen Schritt in die richtige Richtung zu tun. Ein Versicherer kritisiert das sich bei H+ im Aufbau befindliche Qualitätssystem jedoch als nicht patientenfreundlich. Begrüsst würde hingegen die Publikation eines Quartalsberichts der Spitäler zur Qua-

lität im Internet (Beispiel Deutschland). Die Berichte könnten anschliessend von Rating-Agenturen vergleichend ausgewertet werden.

Zusatzversicherungsmarkt (Halbprivat- und Privatabteilungen)

Im Zusatzversicherungsmarkt konkurrieren die Spitäler um die Patientinnen und Patienten. Der Wettbewerb findet im Ausrüstungs-, Komfort- und Imagebereich statt. Die Spitäler versuchen, über die medizinischen Ausrüstung (technische Geräte, etc.), die Hotellerie (Anspruchswettbewerb), die Leistungsangebote, das Personal (Ärztenschaft und Pflegepersonal) und Marketingaktivitäten zusatzversicherte Patientinnen und Patienten zu gewinnen (INFRAS 2001b). Die Privatkliniken haben gemeinsam mit den Versicherern neue Produkte entwickelt, um ihren Marktanteil zu erhöhen.

Das KVG hat den Wettbewerb zwischen den Spitälern im Zusatzversicherungsmarkt erhöht, vor allem zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern (INFRAS 2001b). Die öffentlichen Spitäler versuchen aufgrund des Kostendrucks, vermehrt zusatzversicherte Patientinnen und Patienten zu gewinnen, um ihre Defizite zu reduzieren. Sie verhalten sich marktgerechter und investieren mehr in den Komfortbereich. Die Privatkliniken haben ihr Wettbewerbsverhalten verstärkt, weil die Trennung der OKP von den Zusatzversicherungen zu einer deutlichen Reduktion des Marktvolumens im Zusatzversicherungsmarkt geführt hat. Im Zusatzversicherungsmarkt haben die Hausärztinnen und Hausärzte eine wesentliche Rolle als Zuweiser. Viele Patientinnen und Patienten wählen das Spital aufgrund der Empfehlung des Hausarztes.

Im Zusatzversicherungsmarkt fühlen sich die öffentlichen gegenüber den privaten Spitälern benachteiligt, weil sie über einen geringeren unternehmerischen Spielraum verfügen. Insbesondere können die öffentlichen Spitäler nicht unabhängig vom Kanton über das Leistungsspektrum und die Ausrüstungsinvestitionen (technische Geräte, Hotellerie) entscheiden.

Analyse der Wettbewerbsintensität (OKP-Markt)

Während die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern im OKP-Markt (allgemeine Abteilung) gering ist (vgl. Tabelle 8), konkurrieren sich die Spitäler im weniger regulierten Zusatzversicherungsmarkt in stärkerem Ausmass (v.a. bei der Ausrüstung und dem Personal). Die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern im OKP-Markt hat sich in den letzten Jahren leicht erhöht. Gründe dafür sind der Trend in Richtung einer leistungsorientier-

ten Spitalplanung, die grössere Autonomie der Spitäler gegenüber den Kantonen und die Ansätze zu separaten Tarifverhandlungen der Versicherer mit den Spitälern.

WETTBEWERBSINTENSITÄT ZWISCHEN SPITÄLERN (OKP-MARKT)		
	Wettbewerbsindikatoren	Hinweise auf
Marktstruktur	<ul style="list-style-type: none"> › Die Spitäler stehen nur in geringem Grad in Konkurrenz zueinander. Die kantonale Spitalplanung führt zu einer weitgehenden regionalen Monopolstellung der Spitäler (v.a. im OKP-Markt). In zwei Drittel der Kantone bestehen eine Einheitsstruktur der Spitäler (monopolistische Marktstruktur) und damit eine beschränkte Auswahl für die Patientinnen und Patienten. › Die duale Spitalfinanzierung und die Tarifberechnungsgrundsätze führen im OKP-Markt zu einer Wettbewerbsverzerrung zwischen den privaten und den subventionierten Spitälern. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird diese Wettbewerbsverzerrung teilweise aufgehoben. Die duale Spitalfinanzierung bleibt jedoch bestehen. › Die Leistungen sind mit den Vorgaben des KVG und dem kantonalen Leistungsauftrag vorgegeben. Der Trend in Richtung einer leistungsorientierten Spitalplanung durch die Kantone verstärkt den Wettbewerbsdruck auf die Spitäler. › Der Kosten- und Wettbewerbsdruck hat zu einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Spitälern geführt (Leistungscoordination, Zusammenlegen von administrativen und logistischen Bereichen, gemeinsamer Marktauftritt). › Zwar hat die Autonomie der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler gegenüber den Kantonen zugenommen, der Handlungsspielraum der Spitäler ist jedoch aufgrund des Einflusses der Kantone auf die Investitionen nach wie vor eingeschränkt. › Die Marktteilnehmer und die Tarife sind bekannt, die Ergebnisqualität jedoch nicht. 	geringe Wettbewerbsintensität
Marktverhalten	<ul style="list-style-type: none"> › Im OKP-Markt verhalten sich die Spitäler kaum wettbewerbslich. Ein transparenter Preis-/Leistungswettbewerb besteht nicht (vorgegebene Leistungen, kantonal einheitliche Tarife, kaum Informationen zur Ergebnisqualität, keine Integration in Managed Care-Organisationen bzw. keine aktive Beteiligung an Managed Care-Modellen). › Die Spitäler verzichten weitgehend auf aktive Werbung. Aufgrund der grösseren Unabhängigkeit der Spitäler gegenüber den Kantonen positionieren sich die Spitäler jedoch vermehrt mit ihrer Leistungsqualität. › Der Trend der grossen Versicherer zu separaten Verhandlungen mit Spitälern dürfte den Wettbewerb zwischen den Spitälern beleben. 	geringe Wettbewerbsintensität
Marktergebnis	<p>Es bestehen verschiedene Hinweise, dass die Effizienz des Marktergebnisses verbessert werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Der Föderalismus und die Wettbewerbsverzerrungen zwischen privaten und subventionierten Spitälern (dual-fixe Finanzierung) führen zu einer ineffizienten Ressourcenverwendung, z.B. Aufbau zusätzlicher Kapazitäten, ungenügende Koordination, Lenkung des Patientenstroms hin zu den subventionierten Spitälern (INFRAS 2001b, BSV 2001). › Die Effizienz- und Produktivitätsunterschiede zwischen den Spitälern (unterschieden nach Spitaltyp und Fall-Zusammensetzung) deuten dar- 	geringe Wettbewerbsintensität

WETTBEWERBSINTENSITÄT ZWISCHEN SPITÄLERN (OKP-MARKT)		
	Wettbewerbsindikatoren	Hinweise auf
	<p>auf hin, dass die Ressourcen optimaler eingesetzt werden könnten (OECD/ WHO 2004). Aufgrund eines Vergleichs verschiedener OECD-Länder schliessen OECD und WHO (2004), das die Schweizer Spitäler ihre Produktivität durch eine Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und der Kapazitäten erhöht werden könnte.</p> <p>› Privatkliniken Schweiz geht davon aus, dass für die Spitalversorgung heute aufgrund des mangelnden Wettbewerbs zu viel bezahlt wird.</p>	

Tabelle 8

Folgende Gründe sind für die geringe Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern im OKP-Markt (allgemeine Abteilung) verantwortlich:

- › Die hohe Regulungsdichte schränkt den Wettbewerb zwischen den Spitälern massgeblich ein. Aufgrund der vorgegebenen Leistungen, der kantonal einheitlichen Tarife, der föderalistischen Marktstrukturen und den Spitalfinanzierungsgrundsätzen besteht zwischen den Spitälern im OKP-Markt kaum Wettbewerb. Zudem bestehen zwischen den öffentlich und den öffentlich subventionierten Spitälern und den privaten Spitälern Wettbewerbsverzerrungen
- › Die mehrheitlich kantonalen monopolistischen Marktstrukturen schränken die Spitalwahl für die Patientinnen und Patienten deutlich ein.
- › Obwohl die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler ihre Autonomie gegenüber den Kantonen erhöht haben, ist ihr betriebswirtschaftlicher Handlungsspielraum nach wie vor beschränkt. Insbesondere fehlt für die öffentlichen Spitäler die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen bzw. über die Gewinne zu verfügen.
- › Die Tarifverhandlungen werden grösstenteils durch die jeweiligen kantonalen Verbände geführt. Bei den grossen Versicherern besteht jedoch ein Trend in Richtung von separaten Verhandlungen.
- › Die Spitäler betreiben kaum aktiv Werbung.
- › Die Spitäler beteiligen sich kaum aktiv an Managed Care-Modellen. Sie versuchen damit nicht, sich über spezifische und integrierte Versorgungsmodelle zu positionieren.
- › Transparente und vergleichbare Informationen zur Leistungsqualität der Spitäler fehlen.

5. IDEALTYPISCHE MODELLE DES REGULIERTEN WETTBEWERBS UND BEISPIELE AUSLÄNDISCHER WETTBEWERBSMODELLE

Kapitel 5 beantwortet folgende Fragen:

- › Welche Wettbewerbselemente müssten gemäss den idealtypischen Modellen des regulierten Wettbewerbs von Enthoven („Managed-Competition-Modell“) und Porter/Teisberg („Value-Based-Competition-Modell“) zur Verfügung stehen? Welche Hinweise können aus diesen Modellen für eine wettbewerbsorientierte Reform der Schweizer Krankenversicherung gewonnen werden?
- › Welche Wettbewerbselemente bestehen in den Gesundheitssystemen der Niederlande, von Deutschland und den der USA? Welche Erfahrungen wurden in diesen Ländern mit diesen Wettbewerbselementen gemacht? Welche Wettbewerbselemente könnten für die Schweiz von Interesse sein (Kapitel 5.2)?

5.1. IDEALTYPISCHE MODELLE DES REGULIERTEN WETTBEWERBS

Nachfolgend stellen wir das „Managed Competition-Modell“ von Enthoven und das „Value-Based Competition-Modell“ von Porter/Teisberg dar. Anschliessend diskutieren wir, welche Lehren aus diesen Modellen für eine wettbewerbsorientierte Reform des Schweizer Gesundheitswesens gezogen werden können.

5.1.1. MANAGED COMPETITION-MODELL (ENTHOVEN)

Hintergrund

Ausgehend von der ungenügenden Effizienz des bestehenden Gesundheitssystems und dem Aufkommen der Managed Care-Modelle entwickelte Enthoven (1988a und 1993) in den Siebziger- und Achtzigerjahren ein wettbewerbsorientiertes Reformmodell für das amerikanische Gesundheitswesen. Das ursprüngliche Wettbewerbsmodell, das einen regulierten Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen (Consumer Choice Health Plan)³⁸ vorsah,

³⁸ Unter dem Begriff „Versicherungsmodell“ verstehen wir in Anlehnung an die sprachliche Praxis in der Schweiz eine Kombination einer Versicherungsdienstleistung mit einem Versorgungsmodell (bzw. einem Leistungspaket). Versicherungsmodelle können grundsätzlich von Versicherern (in Zusammenarbeit mit Leistungserbringern) und/oder Leistungserbringern selbst (z.B. HMO) angeboten werden. Werden die Versicherungsmodelle von HMO angeboten, übernehmen diese neben der Versorgung zusätzlich die Rolle eines Versicherers. Enthoven spricht im Zusammenhang mit Versicherungsmodellen anfänglich von „Health Plans“ (Enthoven 1988) bzw. „integrated financing and delivery plans“ (Enthoven 1993), später von „Health Care Delivery Systems“ (Enthoven 2005) bzw. von „Health Care Financing and Delivery Plans“ (Enthoven 2006).

wurde von Enthoven in der Folge durch die Einführung eines „Sponsors“ zur Korrektur möglicher Marktversagen erweitert (Managed Competition-Modell) und präzisiert.

Die regulierenden Eingriffe („Collective Action“) in das Gesundheitswesen dienen gemäss Enthoven (1988a) zwei politischen Zielen:

- › Erstens werden die Eingriffe mit Gerechtigkeitsüberlegungen begründet. Dabei sollen einerseits allen Bürgern, im Sinne einer Sozialversicherung unabhängig von deren finanziellen Möglichkeiten, der Zugang zu einer minimalen medizinischen Versorgung gewährleistet werden (Solidarität zwischen „arm“ und „reich“). Andererseits sollen unterschiedliche finanzielle Belastungen aufgrund von unterschiedlichen Anfälligkeiten für Krankheiten vermieden werden (Solidarität zwischen „gesund“ und „krank“). Da diese Gerechtigkeits- bzw. Solidaritätsziele aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes (z.B. adverse Selektion) über die Marktkräfte alleine nicht erreicht werden, sind regulierende Eingriffe erforderlich.
- › Zweitens wird eine effiziente Ressourcenallokation im Gesundheitswesen angestrebt. Dies bedeutet, dass die Kosten zur Produktion und Erhaltung eines gegebenen Gesundheitszustands für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe minimiert werden soll. Da im Gesundheitsmarkt die Bedingungen für eine optimale Ressourcenallokation im Sinne des Modells der vollkommenen Konkurrenz nicht gegeben sind bzw. der reine Marktmechanismus aus verschiedenen Gründen (insbesondere der Unsicherheit des Krankheitsereignisses und des Behandlungserfolges) nicht zu einer optimalen Allokation der Ressourcen führt, sind regulierende Eingriffe erforderlich.

Die Reformvorschläge von Enthoven waren durch die Effizienzverluste des traditionellen Gesundheitssystems und das Wachstum sowie die ersten Erfolge von Managed Care-Modellen motiviert (Enthoven 1988 und 1993):

- › Das traditionelle Gesundheitssystem in den USA war bis in die Achtzigerjahre im Wesentlichen gekennzeichnet durch die freie Arztwahl, die freie Wahl der Therapie durch die Ärztinnen und Ärzte, Einzelpraxen (oder kleine spezialisierte Ärztgruppen), die Einzelleistungstarifizierung und einer Abgeltung durch die Versicherer ohne Einfluss auf die Leistungserbringer. Dieses „Standessystem der freien Wahl“ enthielt eine Reihe von Kostensteigernden Anreizen. Insbesondere ermöglichte die Einzelleistungstarifizierung den Ärztinnen und Ärzten eine Kontrolle ihres Einkommens durch die angebotsinduzierte Erhöhung der Nachfrage, verfügten die Versicherer über keinen Einfluss auf die Tarife und die Qualität der erbrachten Leistungen und bestand kein Preiswettbewerb zwischen den Einzelpra-

zen. Zusammen mit dem ungenügenden Kostenbewusstsein der Versicherten³⁹ führten diese Anreize zu einer kontinuierlichen Erhöhung der Gesundheitskosten. Zudem ist zu erwähnen, dass keine Outcome-Informationen verfügbar waren, die den Versicherten in der Wahl des Leistungserbringers unterstützt hätten.

- › Das Aufkommen der Managed Care-Modelle⁴⁰ ermöglichten den Versicherten erstmals eine echte Wahlalternative und führte zu einem Wettbewerb zwischen den Versicherungsmodellen. Gemäss Enthoven (1988 und 1993) war aus Wettbewerbssicht insbesondere die Einführung von multispezialisierten Gruppenpraxen-HMOs von Bedeutung, deren Leistungen im Voraus durch eine Pro-Kopf-Pauschale (Capitation) abgegolten wurde („Prepaid Group Practice“). Empirische Untersuchungen belegten, dass Gruppenpraxen-HMOs gegenüber dem konventionellen Versicherungsmodell ökonomische Vorteile aufwies und auch im damals noch wenig wettbewerbsintensiven Umfeld deutliche Einsparungen erzielt werden konnten.⁴¹

Elemente des Managed Competition-Modells

Das Managed Competition-Modell zielt darauf ab, durch die Einführung von marktwirtschaftlichen Elementen im Gesundheitswesen für die Versicherten einen möglichst hohen Nutzen zu möglichst tiefen Kosten zu erzielen. Die Ressourcen im Gesundheitswesen sollen besser auf die Bedürfnisse der Versicherten alloziert werden. Der Wettbewerb wird durch die individuellen und kostenbewussten Entscheide der Versicherten für ein bestimmtes Versicherungsmodell getrieben. Die Versicherungsmodelle erhalten dadurch Anreize, ihre integrierten Versicherungs- und Versorgungsprodukte auf die Präferenzen der Versicherten abzustimmen, die Kosten der Produkte zu senken und eine hohe Qualität sicher zu stellen.

Im Managed Competition-Modell soll der Wettbewerb auf der Ebene der Versicherungsmodelle (integrierte Finanzierungs- und Versorgungspläne) und nicht auf der Ebene einzelner Versicherer bzw. Leistungserbringer stattfinden. Ziel ist, dass sich die Leistungserbringer zu konkurrierenden ökonomischen Einheiten formieren und aufgrund von marktwirt-

³⁹ In den USA wurden die Versicherungsprämien der erwerbstätigen Bevölkerung üblicherweise vollständig von den Arbeitgebern finanziert.

⁴⁰ Enthoven (1988 und 1993) spricht nicht von Managed Care-Modellen, sondern von Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer („limited Provider Insurance Schemes“). Zentrales Element dieser wettbewerbsorientierten Modelle ist die Verknüpfung der Versicherung mit einer selektiven Auswahl an Leistungserbringern („limited-Provider Plans“). Bei den Managed Care-Modellen kann im Wesentlichen zwischen HMO-Organisationen und „Preferred Provider Organisationen (PPO) unterschieden werden (Definitionen vgl. Kapitel 3.1.3).

⁴¹ Enthoven 1988 bezieht sich in erster Linie auf das grossangelegte Experiment der RAND-Corporation, das für die HMO-TeilnehmerInnen im Vergleich zu den konventionellen Versicherten für das Jahr 1983 um 28 Prozent geringere Pro-Kopf-Ausgaben ergab.

schaftlichen Anreizen effiziente und qualitativ hoch stehende Versorgungssysteme entwickeln. Der Wettbewerb findet in erster Linie über den Preis statt. Von Bedeutung sind jedoch auch die Qualität der Leistungen, der Service und die Kundenzufriedenheit.

Damit das Wettbewerbsmodell im Gesundheitswesen zu effizienten und gerechten Finanzierungs- und Versorgungslösungen führt, müssen nach Enthoven (1988a und 1988b) folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Versicherten können periodisch zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen (integrierte Finanzierungs- und Versorgungspläne) wählen. Gemäss Enthoven (1988a) sind aus ökonomischer Sicht insbesondere Versicherungsmodelle von Bedeutung, die verschiedene Leistungen integrieren (integrierte Versorgungsmodelle). Die Integration von Leistungen ermöglicht es, die Ressourcenallokation effizient zu steuern.
2. Die Leistungserbringer konkurrieren in verschiedenen ökonomischer Einheiten über den Preis, die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Serviceleistungen. Die Versicherungsprämie widerspiegelt die Fähigkeit der Leistungserbringergruppen, die Kosten zu kontrollieren. Effizientere Leistungserbringergruppen können über tiefere Prämien Marktanteile gewinnen. Ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungslevels (z.B. hoher vs. tiefer Selbstbehalt) ist nicht beabsichtigt, da er zu Risikoselektion führt.
3. Die Versicherten erhalten ökonomische Anreize, eine kostenbewusste Auswahl eines Versicherungsmodells zu treffen. Dies soll erstens zur Wahl effizienter Leistungserbringergruppen durch die Versicherten führen. Zweitens erhalten die Leistungserbringergruppen damit einen Anreiz, ihre Leistungen effizient zu organisieren und zu erbringen.⁴²
4. Die ganze Bevölkerung sollte gegen Krankheit versichert sein. In einem System konkurrierender Leistungserbringergruppen sind diese nicht bereit, die Patientinnen und Patienten ohne Versicherung zu behandeln und die Zusatzkosten auf ihre Preise zu schlagen. Dies würde zu unvorhersehbaren Kosten und zu einer Quersubventionierung führen.

In einem Wettbewerbsmodell mit einer nur minimalen staatlichen Regulierung („Regulated Competition“) sind diese Voraussetzung nach Enthoven jedoch nicht erfüllt. Insbesondere haben die sich konkurrierenden Versicherungsmodelle einen Anreiz, ihren Gewinn bzw. ihr Überleben mit einer Reihe von Wettbewerbsstrategien zu sichern, die den Effizienz- und

⁴² Diese Voraussetzung ist v.a. im US-amerikanischen Kontext von Bedeutung, in dem die Versicherten durch die hohen Prämienbeiträge der Arbeitgeber und die Subventionen des Staates kaum Anreize haben, kostengünstige Versicherungsmodelle auszuwählen.

Gerechtigkeitszielen entgegenlaufen (z.B. Risikoselektion; Marktsegmentierung; Produktdifferenzierung, die mit erhöhten Informationskosten einhergeht; keine kontinuierliche Versicherungsdeckung; Berücksichtigung von individuelle bestehenden Risikofaktoren; Markteintrittsbarrieren). Diese Marktunvollkommenheiten erfordern gemäss Enthoven (1988a und 1993) eine aktive Steuerung des Marktprozesses bzw. des Wettbewerbs („Managing Competition“) durch den sog. „Sponsor“. Sponsoren sind „Einkaufskooperationen“ („Purchasing Cooperatives“), die unter Berücksichtigung der Interessen der Versicherten Verträge mit verschiedenen Versicherungsmodellen abschliessen. Ihre Aufgabe ist es, den Marktprozess so zu strukturieren, dass die Versicherten eine kostenbewusste Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen die Marktunvollkommenheiten möglichst beseitigt werden und der Wettbewerb zu effizienten und gerechten Lösungen führt. Im Urteil von Enthoven (1988a, 1995, 1997) weist das aktive Management des Wettbewerbsprozesses durch Sponsoren gegenüber einer detaillierten staatlichen Regelung, verschiedene wichtige Vorteile auf, insbesondere eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse der Versicherten (Art des Versorgungsplans, Kosten, Qualität der Versorgung), die Dezentralisierung der Marktgestaltungsprozesse und eine erhöhte Flexibilität durch vertragliche Regelungen. Gegenüber einer detaillierten staatlichen Regulierung ohne Sponsoren weist Enthoven grosse Vorbehalte auf.⁴³

Nachfolgend werden zwei Kernelemente des Managed Competition-Modells vertieft: der angestrebte Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen und das Konzept des Sponsors.

Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen

Das Managed Competition-Modell strebt einen Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen („Health Plans“) an. Versicherungsmodelle bestehen aus einem integrierten Finanzierungs- und Versorgungsplan. Gegenüber einem Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringern im Rahmen des konventionellen Versicherungsmodell, weist dieser Wettbewerb auf Systemebene nach Enthoven (1988a, 1993, 2005) Vorteile auf:⁴⁴

› Die Versicherten, die in der Regel mit der Wahl einzelner Leistungserbringer überfordert sind, können jährlich zwischen transparenten und vergleichbaren Versicherungsmodellen wählen. Mit der Wahl eines Versicherungsmodells entscheiden sie sich im Voraus für eine

⁴³ „There is no single fixed set of rules that make the market work well.“ (Enthoven 1988a); „Experience with the individual market to date does not inspire confidence that it would work well, even with a great deal of detailed government regulation“ (Enthoven 1995); „General rules often do not make sense in individual cases“ (Enthoven 1997); „It takes more than mere passive administration of inflexible rules to make this market work“ (Enthoven 1993)

⁴⁴ „Competition among systems of care is the best way to encourage high quality and efficiency“ (Enthoven 2005).

bestimmte Gruppe von Leistungserbringern, über deren Eigenschaften (Qualität, Kosten, Service) sie informiert sind.

- › Versicherungsmodelle organisieren und steuern die angeschlossenen Leistungserbringer im Hinblick auf eine effiziente und qualitativ hoch stehende Versorgung. Durch den Wettbewerb auf Systemebene können die Vorteile von integrierten Versorgungssystemen genutzt werden. Integrierte Versorgungssysteme bestehen aus einer multispezialisierten medizinischen Gruppenpraxis, die in der Regel über Verbindungen mit Spitälern, Laboratorien, Apotheken, etc. verfügen und deren Einkommen vor allem aus einer Pro-Kopf-Pauschale besteht, die im Voraus entrichtet wird („Capitation“). Integrierte Versorgungssysteme enthalten gegenüber konventionellen Versicherungsmodellen stärkere Anreize, im Sinne der Versicherten eine qualitativ hoch stehende und effiziente Versorgung zu erzielen:
 - › Über die Capitation werden die Leistungserbringer am finanziellen Risiko der Gesundheitsversorgung beteiligt. Aufgrund dieser finanziellen Anreize haben die Leistungserbringer ein grosses Interesse, effiziente und qualitativ hoch stehende Leistungen für ihre Patientinnen und Patienten zu erbringen. Im Vergleich zur Einzelleistungstarifizierung haben sie einen Anreiz, unnötige Leistungen bzw. Kosten zu vermeiden und gleichzeitig die Qualität der Leistungen sicher zu stellen (z.B. über Qualitätssicherungssysteme, Guidelines, Performance Feedback, etc.). Um die richtigen Anreize zu setzen, sind die Capitation risikogerecht auszugestalten.
 - › Weitere wichtige Eigenschaften der integrierten Versorgungssysteme sind die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung durch professionelle und wissenschaftlich gestützte Support-Systeme, die Koordination der Versorgung zwischen verschiedenen Leistungserbringern, umfassende Informationen zur Gesundheitsgeschichte der Patientinnen und Patienten und Grössenvorteile, die zu Effizienzverbesserung und zur Kostensenkung genutzt werden können.

Die Versicherungsmodelle lassen sich unterteilen in konventionelle und Managed Care-Modelle. Managed Care-Modelle sind sehr heterogen und zeichnen sich vor allem durch die bewusste Steuerung der medizinischen Versorgung aus (vgl. Kapitel 3.1.3). Enthoven 1988a unterscheidet zwischen Health Maintenance Organizations (HMOs) und Preferred Provider Insurance (PPI). HMOs zeichnen sich gegenüber konventionellen Versicherungsmodellen durch drei wichtige Merkmale aus:

- › HMOs stellen eine Alternative zu den konventionellen Modellen dar und ermöglichen einen Wettbewerb zwischen den Modellen (Preis, Qualität und Service).

- › HMOs ermöglichen es, das Gesundheitswesen hinsichtlich Qualität, Effizienz und adäquatem Zugang zu Gesundheitsleistungen zu organisieren und zu steuern.
- › HMOs ermöglichen es, durch geeignete Managementsysteme einen Beitrag zur Lösung des Moral Hazard-Problems zwischen Versicherern und Leistungserbringer sowie zwischen Patientinnen und Patienten und Versicherern zu leisten.

Rolle der Sponsoren

“Sponsoren” sind ein zentrales Element des Managed Competition-Modells von Enthoven. Die Sponsoren oder Einkaufskooperationen (“Purchasing Cooperatives”) haben die Aufgabe, den Marktprozess so zu strukturieren und zu steuern, so dass die Marktunvollkommenheiten des Gesundheitsmarktes⁴⁵ und unerwünschte Strategien der Versicherungsmodelle beseitigt werden und sich ein möglichst effizientes und gerechtes Marktgleichgewicht einstellt. Die Sponsoren schliessen im Auftrag ihrer Versicherten Verträge mit verschiedenen Versicherungsmodellen und steuern den Marktprozess über kollektive Regeln, die für alle bei ihnen angeschlossenen Versicherungsmodelle gelten. Die Sponsoren vertreten die Interessen der Versicherten und sind von den Versicherungsmodellen unabhängig. Sponsoren sollten über ausreichende Ressourcen und über eine genügend grosse Versichertenpopulation verfügen, um das Risiko zu streuen, teure Patientinnen und Patienten zu unterstützen und die notwendigen Informationen für ihre Entscheide und die Entscheide ihrer Versicherten zu ermöglichen. Sowohl der öffentliche wie der private Sektor können die Rolle der Sponsoren einnehmen. In den USA betätigen sich z.B. grosse Arbeitgeber, staatliche Agenturen und Gewerkschaften als Sponsoren.

Die Sponsoren haben verschiedene Funktionen zu erfüllen, um effiziente und gerechte Marktlösungen zu erzielen (Enthoven 1993):

1. Etablieren von Gerechtigkeitsregeln

In den Verträgen mit den Versicherungsmodellen setzen die Sponsoren verschiedene Regeln zur Durchsetzung des Gerechtigkeitsprinzips durch:

- › Attraktive Bedingungen auch für „gute Risiken“, um möglichst eine vollständige Deckung über die den Sponsoren angeschlossenen Personen zu erzielen. Haben sich die Versicher-

⁴⁵ Risikoselektion, Marktsegmentierung und Produktdifferenzierung, Informationsunvollkommenheiten, keine kontinuierliche Deckung, Trittbrettfahrerproblem („Free Riders“), Markteintrittsbarrieren und Oligopol (Enthoven 1988a, 1988b; zu den Marktversagen vgl. auch Kapitel 2.2.2).

ten für ein Versicherungsmodell entschieden, müssen die Versicherten aufgenommen werden.

- › Die den Sponsoren angeschlossenen Versicherten erhalten eine Subvention in der Höhe des kostengünstigsten Versicherungsmodells. Versicherte, die sich für ein teureres Versicherungsmodell entscheiden, müssen die Zusatzkosten selbst tragen.
- › Kontinuierliche Deckung versicherter Personen (keine Kündigungsmöglichkeit)
- › Einheitsprämie (Community Rating) oder leichte Differenzierung (z.B. nach Alter).
- › Keine Ausschlussmöglichkeit oder Einschränkungen aufgrund bereits bestehender Risiken.

2. Auswahl der Versicherungsmodelle und pro-wettbewerbliche Aktivitäten

Die Sponsoren sind frei in der Auswahl der unter Vertrag zu nehmenden Versicherungsmodelle. Je nach Organisationsgrad verfügen die Sponsoren jedoch über unterschiedliche Freiheitsgrade: Ein privatwirtschaftlich organisierter Sponsor (z.B. Arbeitgeber) dürfte über grössere Wahlfreiheit verfügen, als ein staatlich organisierter Sponsor. Ein Sponsor, der als Gatekeeper einen Grossteil eines regionalen Marktes abdeckt, verfügt im Vergleich zu einem Sponsor, der nur einen Teil des Marktes abdeckt, über weniger Spielraum.

Falls die Sponsoren den Wettbewerbsgrad in ihrer Region als zu gering erachten, können sie versuchen, neue Wettbewerber zum Markteintritt zu bewegen (z.B. über Erleichterungen im Anmeldeverfahren oder Überzeugungsarbeit).

3. Management des Aufnahmeprozesses der Versicherten

Die Versicherten wählen ihr Versicherungsmodell über den Sponsor aus. Die Versicherten erhalten die Möglichkeit, jährlich zwischen den unter Vertrag stehenden Versicherungsmodellen zu wählen. Der Sponsor stellt den Versicherten Informationen betreffend die Deckung, die Charakteristiken der Versicherungsmodelle, die Standorte der den Modellen angeschlossenen Leistungserbringer und durchgeführten Qualitätskontrollen.

4. Kreieren einer preiselastischen Nachfrage

Damit die Versicherungsmodelle einen Anreiz haben, ihre Kosten bzw. Preise zu reduzieren, muss der Sponsor eine preiselastische Nachfrage kreieren. Dazu stehen ihm folgende Massnahmen zur Verfügung:

- › Damit die Versicherten einen Anreiz haben, zu einem günstigeren Versicherungsmodell zu wechseln, darf der Beitrag des Sponsors an die Prämien nicht höher sein als der Preis des günstigsten Modells.

- › Um Produktdifferenzierung zu vermeiden, Preis- und Qualitätsvergleich zu vereinfachen und einer Marktsegmentierung entgegen zu wirken, sollte der Sponsor ein einheitliches Leistungspaket definieren, das von den Versicherungsmodellen abzudecken ist.
- › Die Sponsoren sollten die Versicherten durch die Bereitstellung von qualitätsbezogenen Informationen (z.B. Outcome-Messung) in der Beurteilung der Qualität der angebotenen Versicherungsmodelle unterstützen.
- › Die Sponsoren sollten den Versicherten eine jährliche Wahl auf individueller Ebene ermöglichen.

5. Vermeiden von Risikoselektion

Eine wichtige Aufgabe des Sponsors ist es, die Versicherungsmodelle durch geeignete Anreize zu Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen zu veranlassen und Risikoselektion zu vermeiden. Die Vermeidung von Risikoselektion kann durch folgende Strategie erfolgen:

- › Auswahl der Versicherungsmodelle über den Sponsor; Akzeptanz der Versicherten durch das Versicherungsmodell, kontinuierliche Deckung.
- › Definition eines einheitlichen Leistungspakets.
- › Risikoausgleich zwischen den Versicherungsmodellen: Da die Risiken in den Versicherungsmodellen eines Sponsors unterschiedlich verteilt sind, sollte der Sponsor die risikobedingten Be- und Entlastungen zwischen den Versicherungsmodellen ausgleichen. Die Risikoausgleichsmodelle sollten neben den verfügbaren sozio-demografischen Variablen (z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Beschäftigungsstand, etc.) diagnostische Informationen umfassen.
- › Die Sponsoren sollten freiwillige Rücktritte der Versicherer von Versicherungsmodellen hinsichtlich allfälliger Risikoselektionsbestrebungen der Versicherungsmodelle beobachten (z.B. anhand eines kurzen Fragebogens).
- › Die Sponsoren sollten die Qualität der Gesundheitsversorgung der ihnen angeschlossenen Versicherungsmodelle überwachen. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Versicherungsmodelle über eine ungenügende Abdeckung oder Qualität spezialisierter Leistungserbringer keine Risikoselektion betreiben.

Staatliche Regulierung

Enthoven (1988a, 1993, 1995, 1997) hat sich intensiv mit der Rolle der Sponsoren gegenüber staatlicher Regulierung auseinandergesetzt. In seiner Einschätzung hat das Wettbewerbsmodell mit den Sponsoren als Einkaufskooperationen gegenüber der staatlichen Regu-

lierung erhebliche Vorteile. Genannt werden insbesondere die grössere Flexibilität, die Dezentralisierung der Markteingriffe, die grössere Innovationsfähigkeit und die insgesamt resultierende bessere Abstimmung der Leistungen auf die Bedürfnisse der Versicherten. Denkbar ist beispielsweise, dass die Sponsoren unterschiedliche Standardleistungen für ihr Versichertenkollektiv festlegen und für die bei ihnen unter Vertrag stehenden Versicherungsmodelle unterschiedliche Regelungen vorsehen (z.B. betreffend Risikoausgleich, etc.). Gemäss Enthoven (1988a) ist mit detaillierten staatlichen Regelungen kaum möglich, einen dynamischen Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen zu erreichen. Zudem werden die staatlichen Regelungen über den politischen Prozess massgeblich von Interessensvertretern mitbestimmt.

In folgenden Bereichen sieht Enthoven (1997) nach wie vor einen staatlichen Regulierungsbedarf:

- › Sicherstellung der Rechtssicherheit (inkl. Vertrags- und Eigentumsrecht).
- › Definition von industrieweiten Standards (z.B. hinsichtlich der Leistungen in Notfällen).
- › Durchsetzung des Wettbewerbsrechts zur Verhinderung von wettbewerbsbeschränkenden Aktivitäten.
- › Subventionierung öffentlicher Güter wie Ausbildung/Weiterbildung, Forschung, Informationen (z.B. Spitalreporting, um risiko-korrigierte Outcome-Messung durchzuführen), etc.
- › Verknüpfung der Steuersubventionen mit dem Poolen von Risiken durch Sponsoren, zur Förderung des Poolings der Risiken von kleinen Arbeitgebern.
- › Aufbau einer Informationsinfrastruktur, zur Messung der medizinischen Outcomes und zur Sicherstellung der Glaubwürdigkeit der Leistungserbringer.
- › Reform des Steuergesetzes, um die Anreize für die Versicherten zu optimieren.

5.1.2. VALUE-BASED COMPETITION-MODELL (PORTER/TEISBERG)

Ziele und Prinzipien

Porter/Teisberg (2006) stellen für das amerikanische Gesundheitswesen fest, dass der bestehende Wettbewerb zu einer ineffizienten Gesundheitsversorgung führt. Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte Wettbewerb um die Verbesserung des Nutzens/Werts („Value“) für den Patienten bzw. um die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistung relativ zu ihrem Preis sein. In der Realität beobachten Porter/Teisberg jedoch meist nur Wettbewerb um die Reduktion von Kosten. Dieser Wettbewerb kommt einem „Nullsummen-Wettbewerb“

gleich, weil der Nutzen für die Patienten (zw. die Kunden) nicht im Zentrum steht und kaum zunimmt. Beispiele für Nullsummen-Wettbewerb sind

- › Wettbewerb zur Kostenreduktion, der zu einer Kostenverlagerungen führt,
- › Wettbewerb zur Erhöhung der Einflussnahme und der Verhandlungsmacht,
- › Wettbewerb um neue Kunden und Einschränkung deren Wahlfreiheit,
- › Wettbewerb, um Kosten durch Zugangsbeschränkungen zu reduzieren.

Ziel der Analyse von Porter/Teisberg ist es aufzuzeigen, wie ein Wettbewerb um möglichst gute Ergebnisse der Gesundheitsleistungen und damit ein Positivsummen-Wettbewerb erreicht werden kann. Porter/Teisberg fokussieren stark auf die Ergebnisse der medizinischen Behandlungen und setzen in den Überlegungen primär bei den Leistungserbringern an. Das wichtigste Element für mehr Wettbewerb um die bessere Leistung ist die Verfügbarkeit von Information zur Qualität der Leistungen. Damit die Patienten und die zuweisenden Ärzte die optimale Wahl der Behandlung einer Krankheit treffen können, benötigen sie zu den Leistungserbringern (z.B. über ein Spital und die involvierten Ärzte) Informationen auf vier Ebenen:

- › Am Wichtigsten sind risikobereinigte Informationen zu den Patientenergebnissen (Ergebnis, Kosten, Preise), die zwischen den Leistungserbringern verglichen werden können.
- › Mit zweiter Priorität werden Informationen zur Erfahrung einzelner Spitalabteilungen bzw. der involvierten Leistungserbringer in der Behandlung der einzelnen Krankheitsbilder benötigt.
- › Dritte Priorität weisen Informationen zu den zur Auswahl stehenden Methoden auf.
- › Mit vierter Priorität sind Informationen zu den spezifischen Eigenschaften der Patienten und deren Wünsche von Bedeutung.

Porter/Teisberg betonen, dass das heutige System die Akteure (Versicherer, Patienten, Leistungserbringer) zwingt, auf dem Gesundheitsmarkt volkswirtschaftlich ineffiziente Entschiede zu treffen. Weil der Hauptfokus der Akteure auf den Kosten der Leistungen liegt, funktioniert das Gesundheitswesen, als wären alle Geschäftsfelder gleich, alle Leistungserbringer gleich, alle Behandlungsergebnisse gleich und alle Patientenbedürfnisse gleich. Unter diesen Annahmen wird nach kostengünstigen Behandlungsformen gesucht. Im heutigen Umfeld sind die Patienten entsprechend den verfügbaren Informationen oft zwar sehr gut über mögliche Behandlungsmethoden und deren Chancen und Risiken informiert, haben aber wenig bis keine Kenntnisse, ob die Leistungserbringer bisher gute Ergebnisse erzielt haben,

genügend Erfahrung aufweisen oder im Vergleich zu Alternativen mit gleichem Angebot gut oder schlecht abschneiden. Nicht ausreichend informierte Patienten sind der Überzeugung, dass mehr Leistungen zu einer besseren Krankheitsbehandlung führen. Leistungserbringer, die keinen Anreiz haben, sich über gute Leistung abzuheben, versuchen möglichst uniforme Angebote möglichst häufig zu verkaufen. Selbstbehalte können dazu führen, dass insbesondere ärmere Personen am falschen Ort sparen (Selbstrationierung).

Eine Hauptbotschaft der Arbeit von Porter/Teisberg ist, dass das Gesundheitswesen vom Anreiz zur Einheitlichkeit wegkommen muss. Dieser Anreiz ergibt sich, solange Gesundheitsleistungen nach Behandlung und nicht nach Ergebnis bezahlt werden und solange v.a. dann kontrolliert wird, wenn bei den einzelnen Leistungserbringern Fehler entstehen. Erst wenn der Wettbewerb auf die Leistungen der verschiedenen Leistungserbringer fokussiert, ergeben sich mehr Anreiz zu positiver Abweichung der Leistungen bzw. der Ergebnisse. Daraus ergeben sich stärkere Anreize für die Leistungserbringer, die Leistungen zu verbessern, Innovationen zu erkennen und zu realisieren.

Zur Fokussierung auf die Leistungen (anstelle der Kosten) empfehlen Porter/Teisberg, die medizinische Leistungen der ganze Behandlungskette einer Diagnose zu beurteilen („Cost over full Cycle of Care“). Dies kann je nach Krankheitsbild auch einen Einbezug der möglichen Pflegedürftigkeit bedingen. Durch diese Betrachtung kann verhindert werden, dass kurzfristig Kosten senkende Behandlungen gegenüber im Gesamtzyklus günstigeren Methoden den Vorzug erhalten. Porter/Teisberg plädieren dafür, dass der Fokus im Gesundheitswesen weg von der kurzfristigen zu einer langfristigen, die ganze Behandlungskette umfassende Sichtweise gehen muss. Daraus folgt u.a., dass Leistungserbringer bei der Forschung stärker auf die langfristige Perspektive achten sollten.

Der nur lokal mögliche Markt bei den Leistungserbringern ist oft stark hinderlich für Wettbewerb um Leistungen im Gesundheitswesen. Porter/Teisberg fordern eine Ausdehnung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern auf die nationale und allenfalls die internationale Ebene. Leistungsdaten (bspw. der Spitäler) für eine spezielle Operation sollten national verglichen werden. Die Zuweisung sollte in eines der Spitäler mit der besten Leistung und der grössten Erfahrung erfolgen. Diese Marktausdehnung im Gesundheitswesen ermöglicht, dass sich Innovationen und „Best Practices“ rascher verbreiten. Damit kann der Fortschritt im Gesundheitswesen, der Nutzen für die Patienten und damit der gesamtwirtschaftliche Nutzen erhöht werden.

Die grundlegenden Prinzipien des Wettbewerbs um Leistungen können wie folgt zusammengefasst werden (Porter/Teisberg 2006):

- › Fokus auf den Wert/Nutzen („Value“) für den Patienten, nicht nur auf Kostensenkung.
- › Wettbewerb muss auf Ergebnissen basieren.
- › Wettbewerb sollte sich auf die medizinischen Bedingungen über den ganzen Behandlungszyklus beziehen.
- › Qualitativ hoch stehende Pflege sollte kostengünstiger sein.
- › Der Wert/Nutzen („Value“) der Behandlungen sollte durch die Erfahrung der Anbieter, Grössenvorteile und das Lernen auf der Krankheitsebene über die Zeit zunehmen.
- › Wettbewerb sollte nicht nur lokal, sondern regional und national stattfinden.
- › Informationen zu Behandlungsergebnissen sollten einfach verfügbar sein, um den Wettbewerb um Leistungen zu unterstützen.
- › Innovationen, die den Nutzen von Behandlungen erhöhen, müssen stark belohnt werden.

Rollen der Versicherer und der Leistungserbringer

Die Patienten informieren sich über Behandlungsmethoden immer häufiger im Internet. Das zeigt das Bedürfnis der Patienten nach einem hohen Nutzen der Behandlung und die Bereitschaft, sich diesbezüglich zu informieren. Patienten sind jedoch nie Fachexperten. Diese Rolle bleibt bei den Leistungserbringern. Die Leistungserbringer sollen jedoch über entsprechende Informationsbereitstellung dem Patienten, den Versicherern und weiteren Akteuren Informationen zu der Qualität der Ergebnisse ihrer Tätigkeiten zur Verfügung stellen. Mit diesen Informationen können auch medizinische Laien bei der Wahl eines Leistungserbringers die guten und besten von den schlechteren Anbietern unterscheiden und sich für ein möglichst gutes Preis-Leistungs-Verhältnis der Gesundheitsleistungen entscheiden.

Heute werden die Leistungserbringer für die Behandlung anstelle der Heilung/Linderung und damit des Ergebnisses ihrer Tätigkeit entlohnt. Der Fokus der Leistungserbringer sollte gemäss Porter/Teisberg deutlich stärker auf die langfristigen Ergebnisse ausgerichtet werden. Damit können sie selbst erkennen, welche Methoden über den gesamten Behandlungszyklus die besten Ergebnisse bringen. In diesem Bestreben werden sie durch die Versicherer unterstützt, weil diese die grössten Einsparungen nicht mehr über die Suche nach möglichst günstigen Versicherten (Risikoselektion), sondern über die Auswahl möglichst guter Leistungserbringer anstreben. Dadurch konkurrieren sie mit einem möglichst guten Angebot an Gesundheitsplänen um die Versicherten.

Wichtig ist nach Porter/Teisberg, dass die Betrachtungen der Leistungen neu entlang von Diagnosefeldern bzw. den Krankheiten gehen und nicht mehr entlang einer vielfach gestückelten Behandlungsstruktur, in der jede Einzelleistung separat erbracht, fakturiert

und betrachtet wird. Daraus folgt, dass die Aktivitäten zwischen den medizinischen Disziplinen viel stärker koordiniert werden müssen, damit Angebote für ganze Behandlungszyklen erarbeitet werden können.

In einem System, das nach Porter/Teisberg eine stärkere Orientierung an den erzielten Leistungen des Gesundheitswesens fordert, müssen Leistungserbringer gegenüber Versicherern und Patienten ihre Qualität ausweisen. Das bedeutet auch, dass es kein kontrolliertes Angebot geben soll (insbes. freier Marktein- und -austritt). Der Fokuswechsel von den Kosten zur Leistung bedingt eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Disziplinen, mehr Organisations- und Prozessentwicklung und mehr Innovationen aus der Forschung, die verstärkt auf Langfristigkeit ausgelegt sind. Das führt zu mehr Qualität, mehr Innovationen und einer stärkeren und rascheren Diffusion von erfolgreichen Neuerungen. Diese raschere Diffusion ergibt sich daraus, dass neue erfolgreiche Anwendungen dank den breiten Informationen rasch bekannt und stärker nachgefragt werden. Anbieter welche diese Innovation nicht anbieten, erfahren rasch einen Nachfragerückgang. Dies zeigt, dass das neue System bei den Leistungserbringern Anreize setzt sich von anderen zu unterscheiden.

Aus dem geforderten Leistungswettbewerb (anstelle des Kostenwettbewerbs) folgt, dass Leistungserbringer mit ausgewiesenen schlechten Ergebnissen in den Behandlungen auch aus dem Markt ausscheiden können. Dadurch wird das durchschnittliche Ergebnis der medizinischen Versorgung im Vergleich zu den Kosten besser. Dies ist ein wichtiges Anliegen eines stärker auf die Ergebnisse fokussierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, ist es nötig, die oft nur lokalen Märkte der Leistungserbringer aufzubrechen und auf die nationale und internationale Ebene auszuweiten. Die Leistungserbringer sollten nicht uniform dieselben Leistungen anbieten, sondern sich auf ihre Stärken konzentrieren. Durch die Spezialisierung können sie eine überregionale (oder gar internationale) Anziehungskraft auf die Nachfrage nach den entsprechenden medizinischen Behandlungen ausüben.

Staatliche Regulierung

Der Staat hat nach Porter/Teisberg wichtige Aufgaben zu erfüllen, damit der gewünschte Leistungs- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen zum Tragen kommt:

- › Der Staat sollte eine obligatorische Grundversicherung einführen. Ohne diese obligatorische Grundversicherung ist ein volkswirtschaftlich effizientes Ergebnis eines Gesundheitswesens nicht erreichbar, da sich die Ärmsten und somit oft auch die speziell Behandlungsbedürftigen sonst selbst rationieren und eine Unterversorgung resultiert.

- › Der Staat soll die Infrastrukturbereitstellung im Gesundheitswesen unterstützen.
- › Der Staat muss die Grundlagen für die Informationssammlung, -verfügbarkeit und -zugänglichkeit sicherstellen. Der Staat könnte beispielsweise vorschreiben, welche Art von Informationen mit welcher Risikobereinigung in welchen zeitlichen Abständen von den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Staat ist zudem darum besorgt, dass die Daten möglichst allen zur Verfügung stehen, die daraus einen Nutzen ziehen.
- › Der Staat soll dahin wirken, dass in der Ausbildung der medizinischen Personen der Aspekt „Management“ und die integrierte langfristige Optik über ganze Behandlungszyklen stärker betont wird.

5.1.3. HINWEISE FÜR EINE REFORM DES KVG

Nachfolgend diskutieren wir, welche Lehren aus den beiden präsentierten idealtypischen Wettbewerbsmodellen für eine allfällige wettbewerbsorientierte Reform der Schweizer Krankenversicherung gezogen werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Modelle auf das Gesundheitssystem der USA beziehen, das sich in wesentlichen Aspekten vom Schweizerischen Gesundheitswesen unterscheidet. Beispielsweise ist das Gesundheitssystem der USA stärker wettbewerbsorientiert geprägt und umfasst keine obligatorische und solidarisch finanzierte Grundversicherung. Zudem nehmen die Arbeitgeber in der privaten Krankenversicherung eine massgebende Rolle als Versicherungsanbieter ein (vgl. Kapitel 5.2.3). Bei den für die Schweiz möglicherweise interessanten Wettbewerbsansätzen und -elementen ist kritisch zu prüfen, ob sie auf das Schweizerische Gesundheitssystem übertragen und wie sie konkret umgesetzt werden können.

Die Schweiz zielt mit dem KVG im Sinne von Enthoven primär auf eine Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern ab. Über den Wettbewerb zwischen den Versicherern bzw. zwischen Versicherungsmodellen soll ein Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausgeübt werden, der diese zu einer effizienten Versorgung zwingt. Das KVG erfüllt bereits wesentliche regulatorische Forderungen des „Managed Competition-Modells“ von Enthoven. Im Unterschied zu diesem Modell, in dem der Marktprozess von privatwirtschaftlich organisierten „Sponsoren“ strukturiert und gesteuert werden soll, sind die Regulierungen im KVG staatlich festgesetzt. Das KVG beinhaltet folgende Elemente des Modells von Enthoven:

- › Obligatorische Krankenversicherung (wird auch von Porter/Teisberg gefordert).

- › „Gerechtigkeitsregeln“: Aufnahmepflicht der Versicherer, kontinuierliche Deckung der versicherten Person (keine Kündigungsmöglichkeit), Einheitsprämien mit leichter Differenzierung, Vorbehaltsverbot.
- › Einheitliches Leistungspaket (Grundleistungskatalog), Versicherer hat Freiheiten in der Gestaltung der Versicherungsmodelle, Wahlfreiheit (bzw. Freizügigkeit) der Versicherten.
- › Risikoausgleich zwischen den Versicherern.
- › Verpflichtung des Staates zur Bereitstellung von Grundlagen betreffend Informationen zur Qualität der Leistungserbringer.

Folgende Ansätze und Elemente der idealtypischen Modelle von Enthoven und Porter/Teisberg könnten für eine wettbewerbliche Reform des KVG von Interesse sein:

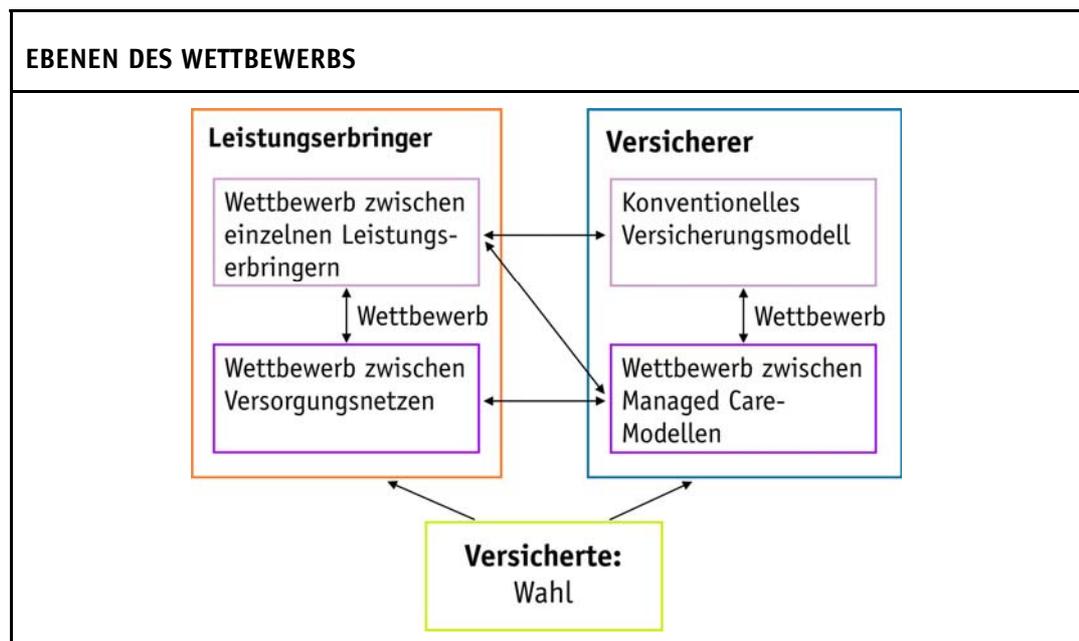
Grösserer Handlungsspielraum

Im Vergleich zum KVG sehen die Modelle von Enthoven und Porter/Teisberg einen grösseren Handlungsspielraum für die Akteure des Gesundheitswesens (Versicherer und die Leistungserbringer) und nur eine minimale staatliche Regulierung vor. Obwohl sich die wichtige regulatorische Eckpfeiler des KVG durch die Konzeption als Sozialversicherung begründen lassen, und die Umsetzung von grundlegenden Forderungen der idealtypischen Modelle (z.B. Konzept von „Sponsoren“) im schweizerischen Kontext fremd und schwierig sein dürften, stellt sich die Frage, inwiefern der Handlungsspielraum der Versicherer und der Leistungserbringer erhöht werden könnte. Beispielsweise könnte der Handlungsspielraum der Versicherer durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und grössere Freiheiten bei der Gestaltung des Versicherungsvertrags (z.B. Flexibilisierung in zeitlicher Hinsicht) vergrössert werden (vgl. Kapitel 3.2.6). Der Handlungsspielraum der Spitäler könnte durch einen gezielten Abbau der Regulierungen (z.B. förderalistische Marktstrukturen, Spitalfinanzierungsgrundsätze) erhöht werden (vgl. Kapitel 4.2.2).

Kombination von Wettbewerbsansätzen

Die Modelle von Enthoven und Porter/Teisberg verfolgen unterschiedliche Wettbewerbsansätze. Während Enthoven den Wettbewerb auf der Ebene der Versicherungsmodelle in den Vordergrund stellt, erachten Porter/Teisberg den durch die Patientinnen und Patienten getriebenen Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringern als zentral. Enthoven betont, dass der durch die Versicherer getriebene Wettbewerb auf der Systemebene Vorteile aufweist, insbesondere könnten dadurch die Stärken von integrierten Versorgungssystemen

genutzt werden. Porter/Teisberg erachten demgegenüber den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern um die Verbesserung des Nutzens (bzw. Werts) der Leistungen über den ganzen Behandlungszyklus als massgebend. Hinsichtlich einer möglichst grossen Wahlfreiheit für die Versicherten bzw. die Patientinnen und Patienten, könnte eine Kombination der beiden Ansätze interessant sein.



Figur 8: Eigene Darstellung.

Das KVG ermöglicht bereits heute einen unterschiedlich intensiven Wettbewerb auf verschiedenen Ebenen (vgl. Figur 8):

- › Erstens ermöglicht das KVG im Rahmen des konventionellen Versicherungsmodells den Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringern. Die Versicherten sind bei der Wahl des Leistungserbringers mit gewissen Einschränkungen (z.B. kantonale Spitalisten) grundsätzlich frei.
- › Auf der Systemebene unterstützt das KVG mit der Möglichkeit von Managed Care-Modellen den Wettbewerb zwischen Versorgungsnetzen.
- › Zwischen den beiden Ebenen ist ebenfalls Wettbewerb möglich. Erstens stehen einzelne Leistungserbringer (v.a. Ärztinnen und Ärzte) in Konkurrenz zu Versorgungsnetzen (v.a. Ärztenetze). Zweitens konkurrieren die Managed Care-Modelle das konventionelle Versicherungsmodell.

Der Wettbewerb könnte jedoch auf beiden Ebenen gestärkt werden:

- › Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern: Das KVG zielt bisher vor allem auf den Wettbewerb zwischen den Versicherern ab. Zu überlegen ist, wie der Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringern um die Patientinnen und Patienten gestärkt werden könnte. Mögliche Massnahmen sind ein grösseren Handlungsspielraum für die Leistungserbringer (v.a. die Spitäler) und transparente Information zur Qualität der Leistungen.
- › Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen: Der Verbreitung von „echten“ Managed Care-Modellen stehen gewichtige Hemmnisse entgegen. Zudem sind diese Modelle in quantitativer Hinsicht kaum von Bedeutung. Die aufgezeigten Hemmnisse (vgl. Kapitel 3.2.4) stellen gleichzeitig Anknüpfungspunkte für Massnahmen zur Stärkung der Managed Care-Modelle dar.

Versorgungsnetze

Enthoven und Porter/Teisberg betonen die Bedeutung von integrierten Versorgungsnetzen für ein effizientes und qualitativ gutes Gesundheitswesen. Beide Modelle zielen auf die Stärkung von Versorgungsnetzen ab, jedoch über unterschiedliche Anreize bzw. Wirkungsmechanismen:

- › Im Modell von Enthoven sollen die integrierten Versorgungsnetze, verstanden als multispezialisierte medizinische Gruppenpraxen, über den Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen gefördert werden.
- › Porter/Teisberg folgern aufgrund der Forderung nach einem Kosten-/Nutzen-Wettbewerb auf Ebene der Leistungserbringer über die gesamte Behandlungskette, dass die Leistungserbringer über Netzwerke oordinierte Angebote für ganze Behandlungszyklen erarbeiten sollen.

Die Betonung des Wettbewerbs zwischen Versorgungsnetzen ist für die Schweiz aus ökonomischen und gesundheitspolitischen Überlegungen ebenfalls relevant. Die Erfahrungen zeigen, dass sich Versorgungsnetze (mit Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer) für einen effizienten Ressourceneinsatz sowie für eine hohe Leistungsqualität einsetzen (vgl. Kapitel 3.2.4). Versorgungsnetze haben ein Interesse, die Patientinnen und Patienten über die gesamte Behandlungskette zu versorgen bzw. zu begleiten. Zudem haben sie im Vergleich zu einzelnen Leistungserbringern ein weit grössere Möglichkeiten, sich zu differenzieren, Lernprozesse zu fördern und Innovationen zu tätigen. Versorgungsnetze haben auch

ein grosses Interesse, die Qualität der Leistungserbringung sicher zu stellen bzw. zu erhöhen und die erreichte Qualität sichtbar zu machen.

Die Förderung von Versorgungsnetzen und „echten“ Managed Care-Modellen (mit Budgetverantwortung) wird in der Schweiz von der Literatur (vgl. Kapitel 6.1) und den gesundheitspolitischen Akteuren (vgl. Kapitel 6.2) unterstützt.

Informationen zur Qualität der Leistungen

Porter/Teisberg und Enthoven betonen die hohe Relevanz von transparenten Informationen zur Qualität der Leistungen für den Wettbewerb im Gesundheitswesen:

- › Im Modell von Porter/Teisberg sind Informationen zu den Ergebnissen über den gesamten Behandlungszyklus eine zentrale Voraussetzung für den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Entsprechend fordern sie, dass die Leistungserbringer die Akteure (v.a. die Patientinnen und Patienten) entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.
- › Im Modell von Enthoven sollen die „Sponsoren“ den Versicherten qualitätsbezogene Informationen (z.B. Outcome-Messung) zu den Versicherungsmodellen angebotenen Leistungen zur Verfügung stellen.

Das KVG anerkennt die Bedeutung der Qualitätssicherung, von Informationen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualität der Leistungen (vgl. Kapitel 2.3.1). Vor allem die Spitäler unternehmen in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (Versicherer, Kantone) einige Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung und der Bereitstellung entsprechender Informationen (vgl. Kapitel 4.2.2). Es bestehen jedoch noch erhebliche Defizite in der Bereitstellung von Informationen zur Qualität der Leistungserbringer:

- › Bei den Ärztinnen und Ärzten bestehen keine öffentlich zugänglichen Informationen zur Qualität und zum Nutzen der erbrachten Leistungen. Die Patientinnen und Patienten müssen sich bei der Wahl der Ärztin/des Arztes auf ihre eigenen Erfahrungen und informelle Informationen abstützen. Den Versicherern fehlen Grundlagen zur Gestaltung von Managed Care-Modellen bzw. zur Selektion von Leistungserbringern im Rahmen von PPO-Modellen (vgl. Kapitel 4.1.2).
- › Die Spitäler erfassen die Ergebnisqualität (Outcome) nicht systematisch bzw. weisen allenfalls vorliegende Ergebnisse nicht transparent aus. Damit fehlen den Patientinnen und Patienten, den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Versicherern transparente Informationen zur Leistungsqualität der Spitäler (vgl. Kapitel 4.2.2).

Diverse Massnahmen

Die Modelle von Enthoven und Porter/Teisberg enthalten verschiedene weitere Massnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs, die für die Schweiz von Interesse sein könnten:

- › Ergänzung des Risikoausgleichs mit diagnostischen Informationen (Modell Enthoven),
- › Orientierung der maximalen Prämiensubvention an den Angeboten der Versicherer mit den tiefsten Prämien (Modell Enthoven),
- › Ermöglichung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern auf der nationalen und allenfalls der internationale Ebene (Porter/Teisberg).

5.2. AUSLÄNDISCHE WETTBEWERBSMODELLE

Folgendes Kapitel befasst sich mit den Wettbewerbsmodellen der Niederlande, von Deutschland und den USA. Aufgezeigt wird, welche zusätzlichen bzw. welche anderen Wettbewerbsparameter diesen Ländern vorgesehen sind und welche Erfahrungen damit gemacht wurden.

5.2.1. NIEDERLANDE

Überblick über das Gesundheitssystem

Das niederländische Gesundheitssystem ist systematisch nach dem Modell des regulierten Wettbewerbs von Enthoven entwickelt worden. Grundlage der Reformen ist der so genannte Dekker-Plan, der 1987 von der Dekker Kommission, im Hinblick auf eine radikale marktorientierte Reform des Gesundheitswesens, publiziert wurde. Gemäss dem Dekker-Plan sind fünf Voraussetzungen zu schaffen, damit die Versicherten, die Versicherer und die Leistungserbringer die richtigen Anreize haben, sich wettbewerblich zu verhalten (vgl. Schut/Van de Ven 2005):

1. Adäquates Risikoausgleichs-System zur Verhinderung von Risikoselektion.
2. Adäquates System der Produktklassifizierung und der Preisbildung, den Leistungserbringern Anreize zu effizientem Verhalten zu geben.
3. Adäquates System zur Messung der Qualität der Versorgung (Leistungs- und Ergebnisqualität). Diese qualitätsbezogenen Informationen sollen selektive Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern ermöglichen und verhindern, dass der Wettbewerb ausschliesslich auf den Preis fokussiert.
4. Adäquates System zur Information der Versicherten betreffend Preise und Qualität der Versicherungsangebote und der Versorgung durch die Leistungserbringer, als Grundlage für eine informierte und effektive Wahl der Versicherten.

5. Adäquate staatliche Struktur zur Steuerung und Überwachung des Gesundheitswesens sowie eine effektive Wettbewerbspolitik zur Sicherstellung des Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt.

Kern des niederländischen Modells ist der Wettbewerb unter den Versicherern (Leu et al. 2007). Die freie Wahl der Versicherten soll die Versicherer dazu bewegen, möglichst wettbewerbsfähige Versicherungsprodukte anzubieten. Die Versicherer sollen über die selektive Vertragsgestaltung einen Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausüben und diese zur effizienten Leistungserbringung anhalten. Insgesamt soll das Wettbewerbsmodell die Effizienz und die Qualität des Gesundheitssystems erhöhen.

Das niederländische Krankenversicherungssystem besteht aus drei Säulen (Gress et al. 2005):

- › Die erste Säule umfasst die für die ganze Bevölkerung obligatorische Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ). Sie sichert vor allem „grosse“ Risiken wie Krankenhausaufenthalte, psychiatrische Versorgung oder ambulante und stationäre Pflege ab.
- › Die zweite Säule deckt die Akutversorgung ab. Vor 2006 waren Beschäftigte und Selbstständige unterhalb einer Einkommensgrenze in der sozialen Pflichtversicherung (ZVW) versichert. Personen mit höherem Einkommen mussten eine private Vollversicherung abschliessen. Träger der sozialen Pflichtversicherung waren öffentlich-rechtliche Krankenkassen, die ein definiertes Leistungspaket versicherten. Die Kassen konkurrierten untereinander und erhoben unterschiedliche einkommensabhängige Prämien. Ein morbiditätsorientierter Risikoausgleich sollte die Anreize zur Risikoselektion für die Krankenkassen vermeiden. Die privaten Krankenversicherer kalkulieren risikogerechte Prämien.
- › Die dritte Säule umfasst die private Zusatzversicherung. Diese hat an Bedeutung gewonnen, weil immer mehr Leistungen aus der ZFW ausgegliedert wurden.

Die Niederlande haben ihr Krankenversicherungssystem auf Anfang 2006 grundlegend verändert. Die Reform betraf die Akutversorgung (zweite Säule) und führte zu einer Zusammenlegung der sozialen Pflichtversicherung und der privaten Vollversicherung. In Anlehnung an das Modell des regulierten Wettbewerbs bzw. den Dekker-Plan, wurden folgende Neuerungen eingeführt (vgl. Gress et al. 2005, Gress et al. 2007, Leu et al. 2007):

- › Die gesamte niederländische Bevölkerung ist versicherungspflichtig und kann zwischen verschiedenen Versicherern wählen. Die Versicherer dürfen keinen Antragsteller ablehnen. Das vorgeschriebene Grundleistungspaket entspricht demjenigen der sozialen Pflichtversi-

cherung (ZVW). Gemäss Leu et al. 2007 ist das niederländische Grundleistungspaket mit demjenigen der Schweiz vergleichbar.

- › Die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen müssen privatisiert werden und dürfen Gewinne erwirtschaften. Die gesetzlichen Bestimmungen gelten für die Krankenkassen und die privaten Versicherern gleichermassen. Die Versicherer können regional unterschiedliche Strategien verfolgen.
- › Die Hälfte der Ausgaben der Versicherer wird über einkommensunabhängige Prämien von den Versicherten finanziert (Kopfprämie). Die andere Hälfte der Ausgaben wird einkommensabhängig von den Arbeitgebern beglichen. Die Prämien werden unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko der Versicherten erhoben. Die Prämien für Kinder werden aus Steuermitteln finanziert. Die Höhe der Kopfprämien ist der zentrale Wettbewerbsparameter für die Versicherer.
- › Versicherte mit niedrigem Einkommen erhalten Subventionen, die sich nicht an den tatsächlich gezahlten Beiträgen, sondern an den durchschnittlich erhobenen einkommensunabhängigen Beiträgen auf dem Krankenversicherungsmarkt orientieren. Damit sollen auch für diese Versichertengruppe Anreize geschaffen werden, bei der Wahl des Versicherers auf den Preis zu achten.
- › Die Versicherten können zwischen verschiedenen Versicherungsformen wählen, insbesondere auch Modelle mit freiwilligen Franchisen (zwischen 100 und 500 Euro) und/oder einem Schadensfreiheits-Rabattsystem („No-Claim“-Rabatt)⁴⁶ sowie Modelle mit ausgewähltem Kreis von Leistungserbringern. Zudem können die Versicherten bei der Abrechnung zwischen Sachleistung und Kostenerstattung⁴⁷ sowie zwischen Einzel- und Gruppenverträgen⁴⁸ wählen. Bei Gruppenverträgen können die Versicherer einen maximalen Rabatt von 10 Prozent gegenüber den Prämien von Einzelverträgen gewähren. Diese Rabatte dürfen jedoch nur auf Einsparungen bei den Verwaltungskosten beruhen.

46 Bei diesem Modell wird die Differenz zwischen den jährlichen Gesundheitskosten und dem „No-Claim“-Rabatt von 255 Euro auf das folgende Jahr übertragen. Die Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte sowie Leistungen bei Schwangerschaft sind von der Berechnung des Rabatts ausgeschlossen. Aufgrund der sehr geringen Wirkung entschied sich die Regierung, das Schadensfreiheits-Rabattmodell ab 2008 durch ein Franchisensystem zu ersetzen (Leu et al. 2007).

47 Beim Sachleistungsprinzip schliessen die Versicherer mit den Leistungserbringern Verträge ab, in denen die Höhe der Vergütung festgelegt ist. Bei der Kostenerstattung besteht keine Vertragsbeziehung zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Die Versicherten erhalten die vom Leistungsanbieter in Rechnung gestellten Kosten vom Versicherer erstattet. Diese dürfen jedoch nicht höher sein als „allgemein auf dem niederländischen Markt üblich“ (Gress et al. 2006).

48 Gruppenverträge werden von Arbeitgebern, Gewerkschaften, Sportvereinen, Patientenvereinigungen und anderen Zusammenschlüssen angeboten. Voraussetzung für das Angebot von Gruppenverträgen ist, dass jedes Mitglied der jeweiligen Gruppe, also beispielsweise jeder Beschäftigte eines Betriebes, auch einen anderen Versicherer wählen kann (Gress et al. 2007).

- › Die Versicherer erhalten die Möglichkeit, selektive Verträge mit Leistungsanbietern abzuschliessen.
- › Der morbiditätsorientierte Risikoausgleich erfolgt über einen Gesundheitsfonds, in den die einkommensabhängigen Beiträge und die Subventionen fliessen. Die Risikoadjustierung bezieht auch den einkommensunabhängigen Beitrag ein, sodass die Höhe der Kopfprämien nicht davon abhängt, wie viele kranke und gesunde Mitglieder eine Versicherung hat.
- › Versicherer und Leistungserbringer unterstehen dem Wettbewerbsrecht. Die Wettbewerbsbehörden überwachen die Einhaltung der entsprechenden Bestimmungen.

Wettbewerbselemente: Ansätze für die Schweiz

Für die Schweiz besonders von Bedeutung sind die selektive Vertragsgestaltung (bzw. Aufhebung des Kontrahierungszwangs) und der fortgeschrittene Risikoausgleich des niederländischen Krankenversicherungssystems.

Selektive Vertragsgestaltung

Die Möglichkeit zur selektiven Vertragsgestaltung ist ein Kernelement der niederländischen Reform (Leu et al. 2007). Über die selektive Vertragsgestaltung sollen die Versicherer Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausüben. Die Leistungserbringer sollen sich durch wettbewerbliches Verhalten um Verträge mit den Versicherern bemühen und dadurch ihre Effizienz und die Qualität ihrer Leistungen erhöhen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wurde von folgenden weiteren Massnahmen begleitet (vgl. Leu et al. 2007):

- › Ersatz der kollektiven Vertragsverhandlungen zwischen Versichererverbänden und Leistungserbringerorganisationen durch Verhandlungen zwischen einzelnen Versicherern und einzelnen Leistungserbringern.
- › Um ein ausreichendes Angebot zu erreichen, wurde der Leistungserbringermarkt liberalisiert (grössere Freiheiten für neue Marktteilnehmer und hinsichtlich des Kapazitätsausbaus bestehender Anbieter).
- › Einführung der freien Preisbildung zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Die Tarife der Ärztinnen und Ärzte können frei ausgehandelt werden. Grösstenteils werden die Ärztinnen und Ärzte nach Einzelleistungstarifen entschädigt. Neue Tarifierungsformen bestehen erst ansatzweise und befinden sich im Experimentierstadium. Im Spitalbereich wird die freie Preisbildung schrittweise eingeführt. Dabei spielt das im Jahr 2005 zur Finanzierung der Spitäler eingeführte Finanzierungssystem, bei dem die Preise auf Diagnose-Behandlungs-Kombinationen (Diagnose Behandeling Combinatie, DBC) beruhen, eine wich-

tige Rolle.⁴⁹ Ziel ist die Verlagerung von einem angebotsorientierten zu einem nachfrageorientierten Finanzierungssystem, bei dem die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stärker berücksichtigt werden. Zurzeit können die Versicherer und die Spitäler die Preise der DBC verhandeln, die auf der sog. Liste B aufgeführt sind und 10 Prozent der Ausgaben der Spitäler umfassen. Die Preise für die übrigen DBC (Liste A) sind vorgegeben. Untersuchungen zeigen, dass die Preise der DBC der Liste B die Marktpositionen der Versicherer und der Spitäler wiedergeben. Versicherer mit höheren Anteilen und Spitäler mit geringerem Wettbewerbsdruck im relevanten Markt erzielen tendenziell höhere Preise. Die Regierung beabsichtigt, die freie Preisbildung (Liste B) auf die DBC auszudehnen, die 20 Prozent der Ausgaben umfassen. Zudem will sie für ausgewählte Leistungen, die 50 Prozent der Spitalausgaben betragen, einen Preiswettbewerb im Rahmen eines Globalbudgets einführen („Yardstick Competition“).

Obwohl selektive Verträge möglich sind, bietet bis anhin kaum ein Versicherer Vertragsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer an (Leu et al. 2007). Vermutet wird, dass der grösste Teil der Versicherten ihre Leistungserbringer frei wählen wollen und ein Versicherer durch die neuen Angebote Marktanteile verlieren könnte. Die Idee der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer ist für die Niederlande neu und noch nicht akzeptiert. Leu et al. 2007 gehen davon aus, dass selektive Verträge in Zukunft besser akzeptiert werden. Neben dem Angebot an selektiven Verträgen, hängt deren Verbreitung jedoch vor allem von der Bereitschaft der Versicherten ab, sich in der Wahl der Leistungserbringer einzuschränken.

Leu et al. 2007 stellen jedoch fest, dass sich die Versicherer wettbewerblicher verhalten. U.a. bieten sie spezifische Gesundheitsleistungen an (z.B. qualitativ hoch stehende Diabetesbehandlungen) und haben ihre Informationsdienstleistungen verbessert (v.a. hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringer).

⁴⁹ Das DBC-System ist eine Variante der diagnosebezogenen Fallpauschale (Diagnosis-related Groups, DRG). Jede Patientin und jeder Patient wird bei der stationären Aufnahme entsprechend seiner Diagnose und dem Behandlungsprofil eingestuft. Für jede Patientin und jeden Patienten erhält das Spital einen zuvor festgelegten Betrag, der für jede Kombination aus Diagnose und Behandlung verhandelt wird.

Morbiditätsorientierter Risikoausgleich

Die Niederlande verfügen über einen ausdifferenzierten Risikoausgleich, der während der letzten 20 Jahre kontinuierlich verbessert wurde (vgl. Leu et al. 2007, Van de Ven et al. 2004):

- › Die Risikoausgleichsformel berücksichtigt die Faktoren (bzw. Risikoadjuster) Alter und Geschlecht, Region, Beschäftigungsstatus, 20 Medikamentenkostengruppen (Pharmacy Cost Groups) und 13 Diagnosekostengruppen (Diagnosis Cost Groups).
- › Der Risikoausgleich kompensiert die Versicherer für die aufgrund der Risikostruktur des Versichertenkollektivs zu erwartenden Einbussen ex ante. Da dieser prospektive Risikoausgleich die risikobezogenen Kostenunterschiede zwischen den Versicherern nicht vollständig ausgleicht, wird er durch einen retrospektiven Kostenausgleich ergänzt.
- › Die Versicherer tragen das auf unterschiedliche Risikostrukturen basierende finanzielle Risiko nur rund zur Hälfte. Der andere Teil des Risikos wird vom Gesundheitsfonds (Zentralfonds) übernommen.

Der niederländische Risikoausgleich vermag 22.8 Prozent der gesamten Ausgaben der Versicherer vorauszusagen (Prinsze/van Vliet 2005). Damit konnte die Prognosefähigkeit gegenüber dem demografischen Risikoaussgleich (5 bis 7 Prozent gemäss van de Ven et al. 2004) und dem mit den Medikamentenkostengruppen ergänzten Risikoausgleich (11.8 Prozent gemäss Prinsze/van Vliet 2005) deutlich erhöht werden.⁵⁰ Nach Van de Ven et al. (2004) verbesserte der prospektive Risikoausgleich (mit Medikamenten- und Diagnosekostengruppen) die prognostizierten durchschnittlichen Verluste der 10 Prozent der Personen mit den höchsten Kosten im Vorjahr, gegenüber dem demografischen Risikoausgleich, um 50 Prozent. Gemäss Douven (2007) hat der prospektive Risikoausgleich die möglichen Gewinne und Verluste der Versicherer in Bezug zu ihren Gesamtausgaben um rund 60 Prozent reduziert.

Obwohl die Prognosefähigkeit des niederländischen Risikoausgleichs hoch ist, beseitigt er die Anreize zur Risikoselektion nicht vollständig (Gress 2006, Leu et al. 2007, Douven 2007). Gemäss Gress (2006, 2007) haben die Versicherer jedoch nur noch wenig Anreiz zur Risikoselektion. Im Unterschied zur Situation in Deutschland und in der Schweiz, ist es nach Ansicht von Gress (2006) für die niederländischen Versicherer kaum mehr attraktiv, Risikoselektion zu betreiben. Neben den geringen finanziellen Anreizen zur Risikoselektion

⁵⁰ Ein prospektiver Risikoausgleich kann höchstens 25 bis 30 Prozent der gesamten Ausgaben prognostizieren (Van de Ven/Ellis 2000).

müssen die Versicherer die Kosten einer Risikoselektionsstrategie berücksichtigen (Identifikation und Akquisition attraktiver Risiken; Risiko von Imageschäden). Gress (2007) ergänzt, dass der Abschluss von Gruppenverträgen mit Patientenvereinigungen ein erster Indikator dafür sei, dass auch chronisch Kranke für niederländische Versicherer eine attraktive Klientel sei, was nicht zuletzt auf den morbiditätsorientierten Risikoausgleich zurückgeführt wird. Nach Douven (2007) haben sich die Versicherer mit der Reform die Möglichkeiten erhöht, Risikoselektion zu betreiben. Während es im Rahmen der sozialen Pflichtversicherung bis 2006 kaum Hinweise auf Risikoselektion gegeben hätte (vgl. Van de Ven et al. 2004), zeigten Interviews mit Versicherern, dass diese nach der Reform vor allem über die Zusatzversicherungen Risikoselektion betreiben.

Weitere Wettbewerbselemente

Das niederländische Krankenversicherungssystem umfasst folgende weitere Wettbewerbselemente, die für die Schweiz interessant sein könnten:

- › **Erwerbszweck:** Die Versicherer haben die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen.
- › **Anwendung des Wettbewerbsrechts:** Die Wettbewerbsbehörden überwachen seit 1998 den Wettbewerb im Gesundheitswesen. Die Wettbewerbsbehörden haben in ihren Entscheiden horizontale Preisabsprachen, Absprachen hinsichtlich Aufteilung von Marktanteilen, Markteintrittsbarrieren von Leistungserbringerverbänden und kollektive Vertragsverhandlungen von Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren selbstständigen Leistungserbringern (z.B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) verboten (Schut/Van de Ven 2005).
- › **Monistische Spitalfinanzierung:** Die Spitäler werden in den Niederlanden durch die Versicherer finanziert.
- › **Informationssystem:** Die Erhebung von Informationen zur Leistungsqualität und zum Qualitätsmanagement überlässt das niederländische Gesundheitswesen den einzelnen Leistungserbringerverbänden. Diese haben sich in ihren Qualitätssicherungssystemen vor allem auf die Erarbeitung und die Umsetzung von Guidelines („Best-Practice“-Ansatz) konzentriert. Vergleichende Informationen zur Qualität der Leistungen auf regionaler oder nationaler Ebene fehlen weitgehend (Schut/Van de Ven 2005). Die Konsumentenorganisation (Consumers' Union) publizierte 2002 einen Bericht zur Patientenzufriedenheit in Spitälern und bei medizinischen Spezialisten. Diese Erhebung soll mit „Performance“-Indikatoren erweitert werden (Schut/Van de Ven 2005). Gemäss Leu et al. (2007) hat das Inspektorat des Gesundheitswesens (Health Care Inspectorate) gemeinsam mit dem Spitalverband ein System zur Erhebung von „Performance“-Indikatoren im Spitalbereich entwickelt. Obwohl

dieses System noch Mängel aufweise, stelle es einen ersten wichtigen Schritt in Richtung eines Patientinnen und Patienten gesteuerten Gesundheitswesens dar.

- › **Mobilität der Patientinnen und Patienten:** Das niederländische Gesundheitswesen ist hinsichtlich des Orts der Leistungserbringung sehr liberal. Es bestehen kaum Einschränkungen hinsichtlich der Mobilität der Patientinnen und Patienten. Die niederländischen Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Patientinnen und Patienten möglichst nahe an ihrem Wohnort behandelt werden wollen. Die Mobilität der Patientinnen und Patienten innerhalb des Landes ist sehr gering. Mit Ausnahme von Behandlungen in Grenzregionen lassen sich nur wenige Patientinnen und Patienten ausserhalb des Landes behandeln (Leu et al. 2007).

Auswirkungen der niederländischen Reform

Die per 2006 in Kraft getretene Reform des niederländischen Krankenversicherungssystems führte zu folgenden wettbewerbsrelevanten Auswirkungen:

- › Die Reform löste eine Übernahmewelle unter den Versicherern aus (Gress et al. 2007). Es kam zu mehreren grossen Fusionen zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherern und zum Zusammenschluss von regional tätigen Krankenversicherern. Mehrere Krankenversicherer sind Teil eines Versicherungs-Konglomerats. Gemäss Leu et al. (2007) hat sich die Marktkonzentration im Krankenversicherungsmarkt im Jahr 2006 gegenüber 2005 leicht erhöht. Im Jahr 2007 deckten die fünf grössten Krankenversicherungs-Gruppen rund 82 Prozent des Marktvolumens ab (Leu et al. 2007). Gemäss Leu et al. (2007) kam es jedoch im Jahr 2006 zu keinen neuen Markteintritten von Krankenversicherern. Beispiele aus früheren Jahren zeigten, dass Markteintritte in den Krankenversicherungsmarkt schwierig sind. Von den sieben Neueintritten in den Neunzigerjahren wurden zwei Versicherer übernommen. Die restlichen erreichten keine substantiellen Marktanteile. Zwei dieser Versicherer verliessen den Markt vor 2002 (Leu et al. 2007).
- › Die Versicherer eröffneten im Herbst 2005 einen Prämienwettbewerb, der sich auf den einkommensunabhängigen Beitrag bezieht (Kopfprämie). Im Jahr 2006 betrugen die Prämien gemäss Leu et al. 2007 durchschnittlich 1'027 Euro (Einzelverträge: 1'053 Euro; Gruppenverträge: 987 Euro). Im Jahr 2007 erhöhten sich die Prämien auf durchschnittlich 1'091 Euro (Einzelverträge: 1'135 Euro; Gruppenverträge: 1'056 Euro).⁵¹ Der Prämienwett-

⁵¹ Gemäss Gress et al. 2007 setzte das Gesundheitsministerium den einkommensabhängigen Beitrag im Jahr 2006 zu hoch an. Damit wurden mehr als 50 Prozent der Gesundheitsausgaben einkommensabhängig finanziert. Die Autoren erwarten deshalb, dass die Kopfprämie im Jahr 2007 ansteigen würde, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen.

bewerb im Jahr 2006 hat sich im Vergleich zu früheren Jahren markant erhöht (Douven/Schut 2006, Leu et al. 2007). Zudem haben die Versicherer ihre Informations- und Marketinganstrengungen deutlich intensiviert (Leu et al. 2007).

› Die Mobilität der Versicherten hat sich durch die Reform im Jahr 2006 markant erhöht. Während die Wechselquote in der sozialen Pflichtversicherung (ZVW) zwischen 2.5 Prozent und 4 Prozent betrug⁵², stieg sie im Jahr 2006 auf 21 Prozent (Leu et al. 2007). Folgende Gründe waren für den Wechsel des Krankenversicherers massgebend (Gress et al. 2007):

- › 57 Prozent der Versicherten wechselten aufgrund eines attraktiven Gruppenvertrages.
- › Für 39 Prozent der Versicherten war die Prämienhöhe der wichtigste Wechselgrund.
- › 18 Prozent der Versicherten wechselten aufgrund von Unterschieden im Preis-Leistungsverhältnis der Zusatzversicherung.

Im Jahr 2007 reduzierte sich die Wechselquote auf 4 Prozent (Leu et al. 2007). Die Wechsler waren vergleichsweise jung und überwiegend über einen Gruppenvertrag versichert. Gemäss Leu et al. 2007 zeigten frühere Untersuchungen, dass die Wechsler tendenziell jünger und gesünder sind. Damit würden die Ergebnisse der internationalen Literatur bestätigt. Vor der Reform im Jahre 2006 durchgeführte Untersuchungen zeigen, dass die Preissensitivität der Niederländer vergleichsweise tief ist (Schut et al. 2003). Die geringe Preissensitivität wird u.a. mit den geringen Prämienunterschieden bzw. dem geringen finanziellen Risiko der Versicherer, dem Risikoausgleich und den Anreizen für die Arbeitgeber erklärt.

› Nur wenige Versicherte bevorzugen ein Versicherungsmodell mit Franchise. Während sich im Jahr 2006 7 Prozent der Versicherten für eine Franchise entschieden (Gress et al. 2007), waren es im Jahr 2007 lediglich 4 Prozent (Leu et al. 2007).

Verbesserungsmöglichkeiten

Obwohl die Niederlande wesentliche Elemente des Modells des regulierten Wettbewerbs (bzw. des Dekker-Plans) umgesetzt haben, besteht gemäss der Literatur folgender Verbesserungsbedarf:

› Kernfrage des niederländischen Wettbewerbsmodells ist, ob die Versicherten über ihre Wechselbereitschaft genügend Druck auf die Versicherer ausüben, damit diese innovative Versicherungsmodelle anbieten und über einen Preis- und Qualitätswettbewerb die Effizienz der Versorgung erhöhen (Leu et al. 2007, Brouwer/Rutten 2005, Van der Ven et al.

⁵² In der privaten Vollversicherung betrug die Wechselquote rund 10 Prozent (Leu et al. 2007).

2004). Die Literatur ist diesbezüglich jedoch skeptisch. Die Erfahrungen zeigen, dass die Wechselbereitschaft der Versicherten gering und das Preisbewusstsein der Niederländer eher schwach ausgeprägt ist. Zudem scheinen die Versicherten bis jetzt kaum ein Interesse an Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu haben. Um die Entwicklung und die Verbreitung neuer Versicherungsmodelle zu fördern, werden zusätzliche Informationen zur Qualität der Versorgung als sehr wichtig erachtet (Leu et al. 2007, Brouwer/Rutten 2005, Van der Ven 2004). Entsprechend sollte die Erhebung von adäquaten Qualitäts- und „Performance“-Indikatoren als Kernelement des regulierten Wettbewerbs massgeblich verbessert werden.

- › Obwohl der niederländische Risikoausgleich im Vergleich zu anderen Ländern weit entwickelt und ausdifferenziert ist, orten verschiedene Autoren zusätzlichen Verbesserungsbedarf. Möglichkeiten wären die Verbesserung der Datengrundlage, die Erweiterung der Medikamenten- und Diagnosekostengruppen und der Verzicht auf den retrospektiven Kostenausgleich (Douven 2007, Van der Ven et al. 2004).
- › Verschiedene Verbesserungen sind bereits vorgesehen bzw. geplant. Erstens soll die Preisfestsetzung bei den Spitälern entsprechend den Erfahrungen kontinuierlich liberalisiert werden (Leu et al. 2007, Brouwer/Rutten 2005, Van der Ven et al. 2004). Zweitens ist gemäss Douven 2007 die Ausdehnung des Krankheitsversicherungssystems der Akutversorgung (zweite Säule) auf Leistungen der Langzeitpflege (erste Säule) geplant. Entsprechend müsste auch der Risikoausgleich angepasst werden.

5.2.2. DEUTSCHLAND

Das deutsche Gesundheitssystem ist in den Grundzügen ähnlich wie das Schweizerische. Es zielt vor allem ab auf die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten sowie Armen und Reichen.

Die übergreifende Verantwortung für die Steuerung des Gesundheitswesens liegt beim Staat bzw. bei der Bundes- und den Länderregierungen. Der Staat setzt Rahmenbedingungen für den regulierten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und zwischen den Krankenkassen. Darüber hinaus stützt sich das deutsche Gesundheitssystem auf das Selbstverwaltungsprinzip, d.h. Verbände der Leistungserbringer und Versicherungen handeln wichtige Punkte der Leistungserbringung untereinander aus (Böcken et al. 2001).

Seit den 90er Jahren wurde das deutsche Gesundheitssystem mehrfach reformiert. Die letzten grösseren Reformen haben im Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform), 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz) und 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007) stattgefunden.

Da insbesondere die Gesundheitsreform 2007 auf eine verstärkt wettbewerbliche Ausrichtung abzielte, werden die wichtigsten Eckpunkte im Anschluss an den Gesamtüberblick kurz aufgeführt.

Überblick über das Gesundheitssystem⁵³

Grundversorgungsmodell

Die Grundversorgung ist in Deutschland durch eine Krankenversicherung geregelt. Hauptsächlich werden die Krankenversicherungen von gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Parallel dazu dürfen auch private Gesellschaften Versicherungen anbieten. Alle Einwohnerinnen und Einwohner haben (seit der Gesundheitsreform 2007) die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschliessen. Dabei haben Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Pflichtversicherungsgrenze (47'700 Euro pro Jahr) und Selbständige die Wahl bei einer gesetzlichen oder bei einer privaten Krankenversicherung Mitglied zu werden. Arbeitnehmer mit einem Einkommen unter der Pflichtversicherungsgrenze müssen sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse anmelden.

Die Versicherten können zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenkassen freie wählen. Die Versicherungen unterliegen dem Aufnahmezwang, d.h. sie sind verpflichtet jede(n) BürgerIn in die Versicherung aufzunehmen. Um Wettbewerbsnachteilen von Krankenversicherungen mit ungünstiger Versichertenstruktur (schlechte Risiken) entgegen zu wirken, wurde im Jahr 1994 ein Risikostrukturausgleich (RSA) der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt.

Finanzierung

Das gesetzliche Gesundheitssystem finanziert sich hauptsächlich über Krankenversicherungsprämien⁵⁴. Hinzu kommen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen sowie Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen. Im Unterschied zur Schweiz werden die Krankenversicherungsprämien hälftig von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen und sind am Einkommen der Arbeitnehmer bemessen.

Die Prämien der privaten Krankenversicherung richten sich nach dem Risikoprofil. Private Krankenkassen beteiligen sich nicht an der Finanzierung der GKV.

⁵³ Das Folgende nach Böcken et al. 2001 mit aktualisierten Informationen aus Bundesministerium für Gesundheit 2007.

⁵⁴ In Deutschland spricht man im Rahmen der gesetzlichen Versicherung eher von Krankenversicherungsbeiträgen. Der Konsistenz halber verwenden wir hier jedoch den Begriff „Prämien“.

Leistungen

Die durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckten Leistungen sind vergleichsweise umfangreich, wurden jedoch mit der Gesundheitsreform 2004 bereits eingeschränkt. Sie reichen von Reha-Massnahmen, teilweise zahnärztliche Behandlung über Hilfs- und Heilmittel, Krankengeldzahlungen und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Der Grundleistungskatalog wird vom Bund festgelegt.

Honorierung der Anbieter

In der gesetzlichen Krankenversicherung handeln gemäss dem Selbstverwaltungsprinzip die Krankenkassen mit den kassenärztlichen Vereinigungen Kollektivverträge über die Vergütungen aus. Diese Verträge haben einen pauschalen Geltungsbereich. Zudem können die Krankenkassen inzwischen vermehrt Direktverträge mit einzelnen Ärzten oder Ärztenetzen abschliessen. Der Bund gibt dabei Rahmenbedingungen für die Verträge vor.

Die Leistungserbringer rechnen ihre Leistungen mit Ausnahme der Selbstbeteiligungen direkt mit den Krankenversicherungen ab. Für den stationären Bereich gelten dabei seit der Gesundheitsreform 2004 nicht mehr Tagessätze sondern Fallpauschalen (DRG-Diagnosis Related Groups). Im ambulanten Bereich wurden die Leistungen ebenfalls - soweit möglich - zu Fallpauschalen zusammengefasst. Nur noch rund 30 Prozent der Leistungen sind als reine Einzelleistungen abrechenbar.

Anbietermarkt

Die Spitäler sind in Deutschland zur Hälfte in öffentlicher Hand. Die übrigen Spitäler werden von freigemeinnützigen und privaten Trägerschaften getragen. Die niedergelassenen Ärzte bieten ihre Leistungen dagegen privat an. Die Anzahl der niedergelassenen Arztpraxen wird jedoch durch die kassenärztlichen Vereinigungen, die einen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Versorgung haben, regional begrenzt. Die Steuerung des Angebots im stationären Bereich erfolgt durch die Bundesländer im Rahmen der regionalen Spitalplanung.

Für die Versicherten besteht freie Arztwahl. Auch der direkte Zugang zu Fachärzten ist im deutschen Gesundheitssystem möglich.

Die Gesundheitsreform 2007

Das deutsche Gesundheitssystem hat im Jahr 2007 umfangreiche Reformen erfahren. Unter anderem zielen die Reformen auf einen verbesserten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen sowie den Leistungserbringern ab. Wettbewerbsrelevante Änderungen wurden im Bereich der Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen sowie bei der Reform der Finanzierungsordnung (Gesundheitsfonds) vollzogen.

- › In der gesetzlichen Krankenkasse wurde die individuelle Tarifgestaltung ausgebaut. Neben Hausarztmodellen wurden weitere Wahltarife für Versicherte eingeführt.
- › In der privaten Krankenversicherung PKV müssen neu alle Gesellschaften einen Basistarif anbieten, der in seinem Umfang dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Die Prämie darf den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Zudem besteht neu Kontrahierungszwang. Persönliche Risikozuschläge werden abgeschafft.
- › Die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen der privaten Krankenversicherungen, mit denen die höheren Kosten im Alter geglättet werden, wird mit der Gesundheitsreform möglich. Neu können privat versicherte Personen in andere private Krankenkassen wechseln und ihre Rückstellungen mitnehmen.
- › Gesundheitsfonds: Ab 2009 gilt ein einheitlicher Prämiensatz der Kassen. Die Prämien der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der Bundeszuschuss laufen zunächst in den Gesundheitsfonds. Von diesem erhält jede Krankenkasse pro Versichertem eine pauschale Zuweisung. Diese wird nach Risikokriterien angepasst (Risikoausgleich). Kassen die schlecht wirtschaften können von den Versicherten einen Zusatzbeitrag in maximaler Höhe von 1 Prozent der Prämie erheben. Krankenkassen, die gut wirtschaften können ihren Mitgliedern Prämien zurückerstatten.

Wettbewerbselemente: Ansätze für die Schweiz

Individuelle Versicherungsmodelle der Krankenkassen

Der Wettbewerb unter den Krankenkassen wurde mit Einführung der freien Wahl der Krankenkassen im Jahr 1996 angestoßen. Im Zuge weiterer Reformen erhielten die Krankenkassen mehr und mehr Möglichkeiten der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern. Bei der jüngsten Gesundheitsreform 2007 wurden die Möglichkeiten weiter ausgebaut, um den Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen stärker zu forcieren. Das Angebot individueller Versicherungsmodelle ist teilweise Pflicht, teilweise fakultativ. Derzeit bestehen folgende individuelle Versicherungsmodelle (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2007):

- › Spezielle Hausarztmodelle bzw. Gatekeeper-Modell (Pflichtangebot): Versicherte, die erklären, im Krankheitsfall immer erst den Hausarzt aufzusuchen, zahlen weniger Prämien.
- › Spezielle Modelle für strukturierte Behandlungsprogramme (Pflichtangebot): Strukturierte Behandlungsprogramme (Chronikerprogramme, Disease Management Programme) richten sich an chronisch Kranke. Im Rahmen dieser Programme erhalten die Patienten eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit soweit wie möglich verhindert. Die Programme können von Ärzten oder Spitälern angeboten werden. Die Versicherungen müssen ihren Versicherten Wahlmodelle für strukturierte Behandlungsprogramme anbieten und können auf diese Zuzahlungsnachlässe oder Prämienvergünstigungen erheben.
- › Integrierte Versorgung (Pflichtangebot): Grundidee der integrierten Versorgung ist die koordinierte Zusammenarbeit von verschiedenen Leistungserbringern, d.h. Ärzten, Spitälern, Reha-Kliniken und Apotheken bei bestimmten Indikationen wie rheumatischen Erkrankungen, Diabetes, etc. Die Versorgung erfolgt durch einen Zusammenschluss von verschiedenen Leistungserbringern. Wie für die strukturierten Behandlungsprogramme sind die Versicherungen verpflichtet, Wahlmodelle für die integrierte Versorgung anzubieten und können den Versicherten vergünstigte Prämien gewähren. Die integrierte Versorgung bedarf zu Zeit noch einer Anschubfinanzierung von 1 Prozent der Gesamtvergütung von ambulanten und stationären Leistungen. Seit dem Jahr 2007 kann auch die Pflegeversicherung an integrierten Versorgungsverträgen beteiligt werden.
- › Kostenerstattungs- oder Selbstbehalt-Modelle (Wahlangebote): Mit der Gesundheitsreform 2007 dürfen Versicherungen Selbstbehalte und Rückerstattungen als Wahlmodelle für alle Versicherten anbieten.

Ziel der erweiterten Möglichkeiten von individuellen Versicherungsmodellen ist nicht nur, den Wettbewerb im Krankenkassenmarkt anzustossen sondern auch unter den Leistungserbringern. Zusammenschlüsse von Leistungserbringern im Rahmen integrierter Versorgungsprogramme stehen im Wettbewerb zur ärztlichen Einzelpraxis und Spitälern und sollen den Qualitätswettbewerb untereinander fördern. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist seit der Gesundheitsreform 2004 geregelt. Seit 2007 wurden darüber hinaus neue Möglichkeiten für die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen und schweren Erkrankungen in Spitälern eröffnet.

Individuelle Einzelverträge von Krankenkassen mit Leistungserbringern haben sich in Deutschland noch nicht sehr stark etabliert. Kollektivverträge sind derzeit noch die Norm (Gress 2006). Dennoch haben sich bereits einige Krankenkassen erfolgreich als Vorreiter im

Versorgungswettbewerb profiliert und konnten ihre Marktpositionen sichern oder ausbauen. (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Im Rahmen der integrierten Versorgung haben seit der Gesundheitsreform 2004 Krankenkassen in über 4200 Einzelverträgen Verträge mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten geschlossen. Seither wurden gleichzeitig rund 800 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet (ebenda).

Prämienregelung (Gesundheitsfonds)

Eine wesentliche Änderung der Gesundheitsreform 2007 betrifft die Regelung der Prämien. Bisher bestanden zwischen den Krankenkassen Prämienunterschiede, die – vor allem für höhere Einkommen - einen Anreiz zum Wechseln der Krankenkasse bildeten (Gress 2006). Gemäss Gress (2006) ist die Wechselhäufigkeit (gemessen an den Krankenkassenwechseln) vor allem aufgrund der Unterschiede in der Prämienhöhe höher als in der Schweiz (5 Prozent gegenüber 2 Prozent im Jahr 2000). Auch die Preissensibilität wird als hoch eingestuft (-1 zwischen 2001 und 2004, Schweiz: -0.5 durchschnittlich) (Gress 2006). Dabei merken Gress et al. 2007 an, dass angesichts fast gleicher Substitute (gleiche Leistungen anderer Versicherungen) eine noch höhere Preissensibilität erwartet worden wäre.

Mit dem Gesundheitsfonds gelten ab 2007 einheitliche Prämiensätze, was den Wettbewerb grundsätzlich entschärft. Allerdings können Krankenkassen, die besser wirtschaften⁵⁵ mit dem Gesundheitsfonds ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder eine Prämienauszahlung gewähren. Krankenkassen, die schlechter wirtschaften, müssen bei ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Um ihre Mitglieder nicht zu überfordern, darf die zusätzlich erhobene Prämie maximal ein Prozent des prämienspflichtigen Einkommens ausmachen. Ausserdem muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Insofern wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zwar nicht mehr über den Preis, jedoch indirekt über Rückerstattungen und Zusatzbeiträge aufrechterhalten.

Die Koppelung der Prämiensätze an das Einkommen bleibt allerdings bestehen. In diesem Punkt ist man der Auffassung, dass der Wettbewerb schlechter funktioniert als bei einkommensunabhängigen Prämien, wie sie in der Schweiz gelten. Der Grund hierfür ist, dass die Prämie vom Einkommen bestimmt wird anstatt vom Wert der Leistung der Krankenversicherung. Dies hat zur Folge, dass besser Verdienende eher an einer Einschränkung interessiert sind als Geringverdienende. Die zweite Folge ist, dass besser Verdienende eher geneigt

⁵⁵ „Besser wirtschaften“ ist im Sinne einer Optimierung der Gesundheitsversorgung zu verstehen. Die Risikoselektion wird tendenziell uninteressanter, da für Gesunde weniger Zuweisungen aus dem Fonds erfolgen als für Kranke.

sind, die Versicherung zu wechseln als schlechter Verdienende und ineffiziente Versicherungen mit einer Kundschaft aus gering Verdienenden länger überleben (Wissenschaftlicher Beirat des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie 2006).

Förderlich für den Wettbewerb sind nach Meinung der Literatur hingegen zwei weitere Regelungen zum Beitrag an die Krankenversicherung, die sich von den Regelungen in der Schweiz unterscheiden (Gress 2006).

1. Kündigungsfristen: Im Unterschied zur Schweiz können die Versicherten zu jedem Monatsende die Krankenkasse wechseln.
2. Paritätische Finanzierung: Arbeitgeber haben ein starkes Interesse, dass ihre Angestellten zu einer günstigeren Krankenkasse wechseln, da sie 50 Prozent der Prämien zahlen. Mit der Gesundheitsreform 2007 hat sich der Krankenkassenwechsel auch im System der privaten Versicherung vereinfacht. Durch die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen, mit denen die höheren Kosten im Alter ausgeglichen werden, können privat Versicherte leichter in andere private Krankenkassen wechseln.

Risikoausgleich

Um einen Wettbewerb um „gute Risiken“ zu vermeiden, wurde mit der freien Kassenwahl der Risikostrukturausgleich eingeführt. Die im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Faktoren wurden im Laufe der Jahre stetig ausdifferenziert. Dienten zu Beginn noch die Höhe der prämienpflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlöhne), die Zahl der prämienfrei mitversicherten Familienangehörigen, das Geschlecht und Alter sowie der Bezug einer Erwerbsminderungsrente als Massstab, wurden seit dem Jahr 2002 zusätzlich gesundheitsbezogene Faktoren einbezogen. Berücksichtigt wurden Ausgaben für die stationäre Versorgung und die Arzneimittelversorgung, für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sowie das Krankengeld (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Da man der Auffassung war, dass mit den berücksichtigten Merkmalen dem Gesundheitszustand der Versicherten noch nicht hinreichend Rechnung getragen wird, soll der Risikostrukturausgleich mit dem Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 zielgerichteter ausgestaltet und vereinfacht werden. Neben den Zuschlägen für Alter und Geschlecht wird ein Morbiditätszuschlag eingeführt. Dieser soll für 50 bis 80 schwerwiegende kostenintensive chronische Krankheiten gewährt werden. Kriterium für eine zuschlagsbewilligte chronische Krankheit ist, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben eines Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben eines Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen (ebenda).

Diagnosebezogene Fallpauschalen

Im Jahr 2003 wurde in Deutschland ein neues Vergütungssystem für stationäre Behandlungen eingeführt. Die Vergütung basiert seither nicht mehr auf Tagessätzen sondern auf diagnosebezogenen Fallpauschalen, sogenannten DRGs (Diagnosis Related Groups). Ziele dieses Fallpauschalensystems waren die Steigerung der Transparenz in Spitälern, eine verbesserte Allokation der Finanzmittel innerhalb des Spitals und zwischen den Spitälern, die Vermeidung von Fehlanreizen zur Verlängerung der Verweildauer und damit die Steigerung der Effizienz von Spitälern (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Bei zunehmender Effizienzsteigerung ist ein steigender Wettbewerb um Patienten zu erwarten, da Spitäler versuchen werden, die durch Verweildauerverkürzung frei werdenden Bettenkapazitäten durch neue Fälle zu füllen. In dieser Hinsicht wird auch erwartet, dass sowohl für die Patienten als auch für die Zuweiser und die Krankenversicherungen zunehmend Qualitätsaspekte eine führende Rolle spielen und diese transparent gemacht werden (vgl. ebenda). Aus den routinemässig erfassten Daten zu DRG, Diagnosen und Prozeduren lassen sich zudem solche Kennzahlen zur Ergebnisqualität ableiten.

5.2.3. USA

Das amerikanische Gesundheitssystem sieht entgegen den anderen betrachteten Ländern keine umfassende soziale Absicherung für die Gesundheitsversorgung vor. Legen die anderen Länder ihren Schwerpunkt stärker auf das Solidaritätsprinzip, orientiert sich das amerikanische Gesundheitssystem von Grund auf stärker am Wettbewerb. Dem entsprechend können die USA auf längere Erfahrungen vor allem in Bezug auf Managed Care-Modelle zurückblicken.

Charakterisierung des Gesundheitssystems⁵⁶

Grundversorgung

Das amerikanische Gesundheitssystem stellt keine universelle solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung bereit, sondern charakterisiert sich durch eine Parallelstruktur von staatlichen Programmen zur Finanzierung der Gesundheitskosten und privaten Versicherungen. Im Wesentlichen bestehen die drei folgenden Sicherungssysteme:

⁵⁶ Das folgende zusammengefasst nach Böcken et al. 2001.

1. Private Krankenversicherung: Die Mehrheit der Bevölkerung (60 Prozent) versichert sich privat, meist in Form einer Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber (90 Prozent). In der Regel wird die Finanzierung gänzlich durch den Arbeitgeber getragen, die Prämien sind von der Steuer ausgenommen. Den Arbeitgebern steht es frei, eine Krankenversicherung anzubieten. Bei den kleinen Unternehmen bieten nur 50 Prozent eine Versicherung an. Bei den mittleren und grossen Unternehmen sind es 80 Prozent. Die Prämien sind am Risiko bemessen und für kleine Unternehmen höher als für grosse. Die Leistungen der privaten Gruppenversicherungen umfassen stationäre und ambulante Behandlungen, Prävention und einen Teil der Zahnbehandlungen. Die Versicherungsprodukte für Unternehmen weisen grosse Unterschiede bezüglich der Höhe des Selbstbehaltes, der anteiligen Kostenbeteiligung sowie der maximalen Leistungsdauer auf. Arbeitgeber müssen ihren Beschäftigten mehrere Pläne zur Auswahl anbieten. Private Krankenversicherungen können auch individuell von Privatpersonen in Anspruch genommen werden. Diese sind jedoch sehr teuer und für die Mehrheit der Bevölkerung nicht finanzierbar.
2. Medicare: Für RentnerInnen ab 65 Jahren und deren Unterhaltsberechtigte sowie Invaliden und chronisch Nierenkranke bietet der amerikanische Staat das Programm Medicare an. Die Gruppe der Medicare-Berechtigten macht etwa 13 Prozent der Bevölkerung aus. Das Medicare-System besteht aus zwei Teilen, einem obligatorischen für Kosten der stationären Behandlung und einem freiwilligen Teil für ambulante Untersuchungen und Behandlungen und teilweise Routineuntersuchungen. Die Finanzierung der obligatorischen Versicherung erfolgt durch einen prozentual am Einkommen bemessenen Sozialversicherungsbeitrag der Erwerbstätigen. Dabei tragen die Medicare-Versicherten hohe Selbstbeteiligung pro Spitaltag. Nach dem 90. Tag werden die Kosten nicht mehr übernommen. Die freiwillige Versicherung wird ähnlich wie die Schweizerische Versicherung mit einem Pro-Kopf-Beitrag und mit Steuermitteln für nicht gedeckte Kosten finanziert. Daneben gilt ein jährlicher Selbstbehalt und 20 Prozent Selbstbeteiligung an den entstehenden Gesundheitskosten. Zusätzlich können private Versicherungen abgeschlossen werden, die seit dem Jahr 1990 stark reglementiert und standardisiert wurden (Kontrahierungszwang, Verbot von Risikozuschlägen). Grund hierfür waren erhebliche Sicherungslücken in der Versorgung der Medicare-Versicherten.
3. Medicaid: Etwa 11 Prozent der amerikanischen Bevölkerung ist durch das staatliche Programm Medicaid abgesichert. Medicaid ist für bedürftige BürgerInnen konzipiert und wird hälftig durch Bund und Bundesstaaten finanziert. Die Bundesstaaten sind verpflichtet Mindeststandards in der Versorgung der Versicherten einzuhalten, haben je-

doch Ermessensspielräume z.B. bei der Festlegung der Einkommensobergrenzen. Die Versorgung beinhaltet stationäre und ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen und bestimmte Pflegeleistungen. Ob weitere Leistungen wie zahnärztliche Behandlungen, Medikamente, Hilfsmittel und Physiotherapien gewährleistet werden, liegt im Ermessensspielraum der Bundesstaaten.

Im amerikanischen Gesundheitssystem besteht keine Versicherungspflicht. So sind 16 Prozent der BürgerInnen gar nicht versichert.

Regulierung

Das amerikanische Gesundheitssystem ist stark wettbewerbsorientiert. Der Staat greift eher punktuell mit Gesetzen ein um unerwünschte Entwicklungen zu bremsen.

Anbietermarkt

Im Anbietermarkt herrscht das Prinzip der Gewerbefreiheit. Ärztinnen und Ärzte und andere TherapeutInnen dürfen sich frei in Einzel- oder Gruppenpraxen niederlassen. Für die Preisgestaltung gibt der Staat entgegen vielen Gesundheitssystemen in anderen Ländern keine Rahmenbedingungen vor. Die ÄrztInnen sind in ihrer Preisgestaltung im Prinzip frei und können sich an Empfehlungen regionaler Ärztesellschaften orientieren.

Die Spitäler in den USA sind entweder private, gemeinnützige oder staatliche Einrichtungen, wobei die gemeinnützigen Spitäler überwiegen. Wie im deutschen Gesundheitssystem werden die Leistungen zunehmend mittels Fallpauschalen (DRGs) abgegolten. Zudem finanzieren sich Spitäler auch über Spenden. Staatliche und teilweise auch gemeinnützige Institutionen werden öffentlich subventioniert.

Der Anbietermarkt im amerikanischen Gesundheitssystem ist sehr stark durch Managed Care-Organisationen geprägt. Das Managed Care-Prinzip wurde in den 70er Jahren zur Bekämpfung des Kostenwachstums aufgrund von Informationsasymmetrien von privat Versicherten entwickelt. Managed-Care Organisationen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Im Jahr 2000 lag der Marktanteil bei über 50 Prozent. Heute sind über 90 Prozent der in Krankenkassen Versicherten in einer Form von Managed Care versichert (America's Health Insurance Plans 2007). Die Vergütung in Managed Care-Organisationen erfolgt meist über Kopfpauschalen.

Honorierung der Anbieter

Die Vergütung der Leistungserbringer unterscheidet sich je nach Form der Versicherung:

1. Privatversicherung:

Bei der Privatversicherung schliessen die Patienten Behandlungsverträge mit von ihnen ausgewählten Leistungsanbietern ab. Die Rechnung leiten sie an die Versicherung weiter. Die Kosten werden unter Abzug der Franchisen und Selbstbehalte und bis zur jeweiligen Höchstgrenze erstattet. Damit besteht für die Leistungserbringer ein hoher Anreiz, die Leistungen auszuweiten und die Kosten zu maximieren. Die nicht kontrollierbaren Preise durch Patienten haben ein starkes Kostenwachstum zur Folge.

2. Staatliche Programme:

- › Bei der Vergütung der Spitäler haben Medicare und Medicaid (entgegen HMO Management Organisationen) keine eigenen Versorgungsstrukturen und Vertragspartner, dafür eigene Finanzierungsregelungen. Medicare setzt auf PPS (prospective payment system), das auf diagnosebezogene Fallgruppen basiert. Bei Medicaid ist es den Einzelstaaten freigestellt, welche Form der Vergütung sie wählen.
- › In der ambulanten Behandlung herrscht bei Medicare für die Vergütung seit 1992 eine nationale einheitliche Gebührenordnung, die auf Einzelleistungen abstellt. Bei Medicaid gelten sehr unterschiedlichen Regelungen in den Bundesstaaten, im Normalfall ist die Honorierung der Leistungserbringer niedriger als bei privat Versicherten.
- › Medicare und Medicaid Versicherte können auch Mitglieder einer Managed Care-Organisation werden, die Kopf-Prämien erheben. Sie decken den gesamten Leistungsumfang ab, die Selbstbeteiligungen der Patienten fallen dabei weg.

Vorschläge für Wettbewerbsparameter

Mit der Gewerbefreiheit von Arztpraxen, der freien Preisgestaltung von Leistungserbringern und der freie Prämiengestaltung von privaten Versicherungen beinhaltet das amerikanische Gesundheitssystem Wettbewerbselemente, die in kaum anderen Gesundheitssystemen vorzufinden sind. Trotz der marktwirtschaftlichen Ausrichtung weisen die USA weitaus die höchsten Gesundheitskosten aus und schneiden dabei vergleichsweise schlecht in Bezug auf die Qualität ab (Porter/Teisberg 2004, OECD 2007). Auch mit der zunehmenden Verbreitung von Managed Care-Organisationen, liegen die Gesundheitskosten der USA weitaus höher als bei anderen Ländern. Dennoch beinhaltet das Managed Care-Prinzip interessante Wettbewerbsaspekte und hat in den USA verschiedene Formen von Organisationen hervorgebracht. Diese werden im Folgenden kurz skizziert:

Managed Care-Organisationen

Das Managed Care-Prinzip bedeutet, dass ein Arzt bzw. eine Gruppe von Ärzten die gesamte gesundheitliche Versorgung eines Patienten steuert, wobei Kosten-Wirksamkeitsanalysen einbezogen werden. Die Management-Organisationen erhalten entweder Kopfpauschalen pro Versichertem oder die angeschlossenen Ärzte werden an einem Teil des finanziellen Risikos beteiligt. Es gibt drei wesentliche Steuerungselemente von Managed Care:

- › Gatekeeping (Einsatz von Primärärzten)
- › Beschränkung der Leistungsanbieter
- › Setzung finanzieller Anreize für Leistungserbringer und Versicherte (Kopfpauschalen oder Gewinnbeteiligung)

Im Wesentlichen haben sich zwei Grundtypen von Managed Care-Organisationen herauskristallisiert:

1. HMO (Health Maintenance Organisation): HMOs schliessen Versorgungsverträge (u.a. Budgets) mit Zusammenschlüssen unabhängiger Ärzte ab. Die Ärzte sind an der Über- oder Unterschreitung des Budgets finanziell beteiligt. HMOs haben für das Management wirkungsvolle Kostendämpfungsinstrumente entwickelt, darunter Kostencontrolling, Entwicklung von Behandlungsleitlinien, Positivlisten für Medikamente, Zugangsprüfungen zur stationären Versorgung (second-opinion), Verweildauer-Richtlinien nach Diagnosen, Vorgaben von Qualitätsstandards und Benchmarking.
2. PPO (Preferred Provider Organisation): PPOs sind eher ein Grenzfall von Managed Care, weil zwar die Auswahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist, aber kein Gatekeeping und keine Risikobeteiligung vorgesehen ist. Die Versicherungen schliessen mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge. Die Versicherten erhalten Kostenerstattung, wenn sie sich auf diese Anbieter beschränken.

Des Weiteren haben sich sogenannte POS (Point of Service Organisations) etabliert, die eine Kombination von Elementen der HMOs und PPOs darstellen.

Erfahrungen mit Managed Care-Modellen

Die Kosteneffizienz von HMOs gegenüber konventionellen Krankenkassen (FFS: Free-for-service) ist heute weitgehend unbestritten - dies vor allem im Spitalsektor. Während in der Anfangsphase der Managed Care-Organisationen vor allem die verminderte Einweisungshäufigkeit für die geringeren Kosten verantwortlich war, ist die Effizienz in den letzten Jahren eher auf die geringere Aufenthaltsdauer zurück zu führen. Bei den Effizienzvorteilen der

Managed Care-Organisationen handelt es sich jedoch gemäss Meinung der Literatur vor allem um eine Verbesserung durch Abschöpfung der Produzentenrente der Leistungserbringer. Echte Wohlfahrtsgewinne, die durch die Nutzung von besseren Technologien entstehen, werden HMOs dagegen weniger attestiert (Mühlenkamp 2000).

Es ist davon auszugehen, dass die Konkurrenz zwischen Managed Care-Organisationen und konventionellen Versicherungen das Verhalten letzterer beeinflusst. Dies führt zu sogenannten Spill-over-Effekten, die zur Beurteilung der Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitswesen berücksichtigt werden müssen. In der Literatur werden folgende mögliche Effekte diskutiert (Mühlenkamp 2000):

- › Negative Spill-over-Effekte auf das Gesundheitswesen
 - › Managed Care-Organisationen absorbieren tendenziell gute Risiken, so dass sich die Risikostruktur bei den konventionellen Versicherungen verschlechtert. Dies führt zu Prämiensteigerungen bei konventionellen Versicherungsformen.
 - › Leistungserbringer kompensieren Einnahmeverluste im Managed Care-Bereich durch ein überhöhtes Angebot in anderen Sektoren („angebotsinduzierte Nachfrage“).
- › Positive Spill-over Effekte auf das Gesundheitswesen:
 - › MCOs zwingen konventionelle Krankenversicherungen zur Kostendisziplin. So liess sich beobachten, dass die konventionellen Anbieter Managed Care-Elemente wie bspw. das Case Management einführten.
 - › Leistungserbringer übertragen den bei Managed Care-Versicherten notwendigen Behandlungsstil auf Patienten der FFS-Versicherungen und erzielen somit indirekte Kosteneinsparungen.

Bisherige empirische Studien zu den Spillover-Effekten von Managed Care-Organisationen lassen keine eindeutigen Aussagen zu. Einige Studien kommen zu dem Ergebnis, dass von der Ausbreitung der HMOs positive Spillover-Effekte auf Medicare ausgehen, obwohl diese nicht direkt miteinander konkurrieren. Daher werden indirekte Effekte in Form geänderter Untersuchungs- und Behandlungsformen als Erklärung herangezogen. Innerhalb des Medicare-Programms werden jedoch auch negative Spillover-Effekte der HMOs identifiziert aufgrund der Verschlechterung der Risikostruktur (Mühlenkamp 2000).

Hinsichtlich der Qualität der HMOs gegenüber anderen Versicherungsformen existieren keine eindeutigen Ergebnisse. So wurden seit dem Jahr 1993 genauso viele Arbeiten publiziert, die von einer statistisch signifikant besseren Qualität der HMOs berichten, wie Arbeiten, die zum gegenteiligen Ergebnis kommen (Mühlenkamp 2000).

Das Aufstreben von Managed Care-Organisationen in den USA war in den 90er Jahren stark begleitet von Vorbehalten in der Bevölkerung. Viele Konsumenten befürchteten, dass die gewinnorientierte Organisationsstruktur von HMOs zu Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung führe oder sogar im Ernstfall notwendige Leistungen nicht erbracht würden. Vor diesem Hintergrund gelangten einzelne negative Erlebnisse mit Managed Care-Organisationen in die Öffentlichkeit und führten zur allgemeinen negativen Wahrnehmung sowie Forderungen nach einer stärkeren Regulierung dieser Versicherungsform. Man spricht in diesem Zusammenhang auch vom „Managed-Care Backlash“ (Blendon et al. 1998). Als Ursachen für den Managed-Care-Backlash wurden u.a. folgende Probleme verantwortlich gemacht (vgl. Enthoven/Singer 1998):

- › Durch den Wechsel in Managed Care-Modelle wurden viele Versicherte zu einem unerwünschten Arztwechsel oder Wechsel der Medikamente gezwungen, da die frühere Form nicht im Managed Care-Vertrag eingeschlossen war. Als unflexibel erwiesen sich die Modelle auch in Bezug auf Möglichkeiten im Notfall einen Rat von anderen Mediziner*innen einzuholen oder einen bestimmten Arzt aufzusuchen - dies z.B. unter Kostenbeteiligung der Versicherten.
- › Arbeitgeber-Versicherte haben ein niedriges Kostenbewusstsein von Gesundheitsleistungen, da die Prämien durch die Arbeitgeber getragen werden. So stossen Massnahmen zur Kosteneindämmung auf Unverständnis bei den Konsumentinnen und Konsumenten. Dazu gehört auch die mit Managed Care-Modellen einhergehende eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer. Arbeitgeber haben jedoch den Anreiz, aus den bestehenden Managed Care-Modellen das günstigste Angebot für ihre Mitarbeitenden auszuwählen.
- › Nach Meinung der Autoren fehlten den Managed Care-Modellen klare Regeln bezüglich der Abdeckung von gesundheitlichen Notfällen und verfügbaren Leistungen der Versicherung. Die einzelnen Versicherungsmodelle seien sehr komplex. Fehlende Standards oder Referenzverträge von Versicherungen machten den Vergleich von Versicherungen schwierig.
- › Auch bei den Leistungserbringern stiessen Managed Care-Modelle auf wenig Akzeptanz. Gründe hierfür sind die eingeschränkte Autonomie und Einnahmeverluste gegenüber konventionellen Versicherungsmodellen.
- › Die Haltung der Managed Care-Organisationen trug ebenfalls zum Managed-Care-Backlash bei. So zeigten sich die Versicherungen auf der einen Seite wenig kooperativ mit den Leistungserbringern. Auf der anderen orientierten sie ihre Leistungen stärker an den Arbeitgebern als ihre direkten Kunden als an den Versicherten.

Als Reaktion auf den „Managed-Care-Backlash“ fuhren die Arbeitgeber das Angebot von stark restriktiven Versicherungsprodukten zuruick. Der steigende Kostendruck von Unternehmen und steigende Versicherungsprämien führten jedoch bald wieder zum Wiederaufstreben von Managed Care-Formen (Mays et al. 2004). In den Jahren 2002 und 2003 wurden alte Kosteneindämmungsstrategien in einer weniger restriktiven Form wieder eingeführt. Die Prämien dieser Versicherungsprodukte weichen jedoch kaum von denen der konventionellen Produkte ab, da die Wahl der Leistungserbringer in den neueren Modellen nur geringfügig eingeschränkt wurde. Zudem begannen die Versicherungen zur besseren Kostenkontrolle in Disease-Management und Case-Management-Programme zu investieren. Bisher sind die Auswirkungen dieser Programme noch kaum ersichtlich (Mays et al. 2004). Gegenüber den Managed Care-Modellen vor dem „Backlash“ schränken die heutigen Modelle die Leistungserbringer weniger ein und pflegen bessere Beziehungen zu ihnen. Inzwischen existieren einzelne Erfolgsmodelle, die zeigen, wie ein kosteneffizienter Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen bei gleichzeitiger Akzeptanz der Arbeitgeber-Versicherten hergestellt werden kann.

Fallbeispiel Stanford University

Die Stanford Universität in Kalifornien hat ein Managed Competition-Modell entwickelt, bei dem die Angestellten zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen wählen können, während die Universität einen fixen Geldbetrag auf dem Niveau des günstigsten HMO-Modells mit voller Kostendeckung bereitstellt. Die Versicherten zahlen die Differenz aus ihrem Einkommen vor Steuern, wodurch auch ihr Preisbewusstsein für Gesundheitsleistungen geschärft wird. Durch die Kostenbeteiligung der Angestellten können verschiedene Versicherungsmodelle und damit Managed Care-Organisationen angeboten und folglich der Wettbewerb unter diesen Modellen gefördert werden. Die Universität nimmt dabei einen Risikoausgleich auf Basis der Kriterien Alter und Geschlecht vor. Die Angestellten haben Zugang zu vergleichenden Qualitätsinformationen der HMOs (Enthoven/Talbott 2004). Insofern wird der Wettbewerb nicht auf Kosten der Qualität ausgetragen, sondern im Gegenteil ein Qualitätswettbewerb über Bewertungsinstrumente gefördert.

Bei Einführung des Systems sind die Prämien der verschiedenen Modelle stark zurückgegangen, heute steigen sie mit dem Versicherungsmarkt in der Region. Gemäss Enthoven und Talbott 2004 bieten Unternehmen ohne Managed Competition-Modelle ein beschränktes Angebot bestehend aus PPOs (beschränkte Auswahl Anbieter) an. Es herrsche fälschlicher-

weise die Meinung, dass Arbeitnehmer nicht an HMO-Verträgen interessiert seien und HMOs ihre Leistungen nicht günstiger anböten als PPOs.

Qualitätsbeurteilung und Leitlinien

Die lange Ranking- und Benchmarking-Tradition der USA schlägt sich auch im Gesundheitswesen mit Qualitätsbeurteilungen der Leistungserbringer nieder. So können die USA als Vorreiter bei der Entwicklung von Bewertungsinstrumenten angesehen werden. Die Veröffentlichung der Beurteilungen führt zu einem Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern. Es existieren die folgenden Instrumente in den USA, die sich teilweise inzwischen in anderen Ländern etabliert haben (Böcken et al. 2001):

- › Veröffentlichung von Sterblichkeitsraten in Spitälern bei bestimmten Behandlungen
- › Generelles Ranking von Spitälern
- › Veröffentlichung von Performance-Daten der HMOs
- › Zertifizierung von Arztpraxen
- › Informationsprogramm zur Beurteilung der Effizienz verschiedener Versicherungsunternehmen.

Zudem beschäftigt sich die USA bereits seit dem Jahr 1989 mit der Entwicklung von evidenz-basierten Leitlinien und richtete eine Bundesbehörde ein, die sich mit diesem Thema beschäftigt. Zu der Leitlinienerstellung gehört die Einrichtung von evidenz-basierten Praxis-Zentren, die für die systematische Erstellung von Wirksamkeitsberichten verantwortlich sind und die Entwicklung von Methoden und Implementations-Strategien sowie von Messungen und Programmen zur Qualitätsverbesserung. Neben der Bundesbehörde haben auch andere Organisationen Leitlinienprogramme entwickelt. Kritiker sind der Meinung, dass die Aktivitäten zu einer Informationsflut geführt haben. So lag die Umsetzungsquote im Jahr 2000 auch erst bei 10 Prozent (Böcken et al. 2001). Inzwischen sind jedoch neue Arbeitgeberinitiativen entstanden, sogenannte „Pay for Performance“- Initiativen. Diese Initiativen zielen darauf ab, Leistungserbringer mit etablierten Leitlinien und Standards zu fördern, indem sie ihren Angestellten bei der Wahl dieser Leistungserbringer höhere Rückerstattungen anbieten (Porter/Teisberg 2004).

6. REFORMVORSCHLÄGE FÜR DIE SCHWEIZER KRANKENVERSICHERUNG

- › Welche Vorschläge zur Reform der schweizerischen Krankenversicherung schlägt die Literatur vor (Kapitel 6.1)?
- › Welche Positionen vertreten die gesundheitspolitischen Akteure zur wettbewerbsorientierten Reform der Krankenversicherung (Kapitel 4.4)?

6.1. REFORMVORSCHLÄGE DER LITERATUR

Verschiedene Autoren haben Vorschläge zur Reform der Schweizerischen Krankenversicherung entwickelt, die sich explizit oder implizit auf ein idealtypisches Wettbewerbsmodell (u.a. auf Enthoven) beziehen. Nachfolgend werden die den Reformmodellen zugrunde liegenden Kernelemente und einzelne Reformvorschläge dargestellt.

6.1.1. KERNELEMENTE DER REFORMVORSCHLÄGE

Den Reformvorschlägen (u.a. Leu 2004a und 2004b, Sommer 1999, Zweifel/Breuer 2002, Schips 2006, KfK 2006) liegen folgende Kernelemente zu Grunde:

- › Im Krankenversicherungsmarkt besteht für qualifizierte Versicherer ein freier Marktzutritt. Die Versicherer sind verpflichtet, diejenigen Versicherten aufzunehmen, die sich für eines der von der Versicherung angebotenen Versicherungsmodelle entschieden haben. Versichert wird ein standardisiertes Leistungspaket. Die Versicherer sind in der Gestaltung der Versicherungsmodelle frei. Zwischen den Versicherungsmodellen herrscht Wettbewerb hinsichtlich Preis, Qualität, Service und Kundennutzen. Die Versicherer stellen den Versicherten Informationen hinsichtlich ihrer Versicherungsmodelle zur Verfügung.
- › Die Versicherten können frei zwischen verschiedenen, von den Versicherern angebotenen Versicherungsmodellen wählen, die ein standardisiertes Leistungspaket abdecken. Eine Kostenbeteiligung seitens der Versicherten ist möglich (Selbstbehalt, Franchisen). Der Staat subventioniert die Prämien von Versicherten mit niedrigem Einkommen.
- › Auf dem Gesundheitsmarkt besteht freier Marktzutritt für qualifizierte medizinische Leistungserbringer. Die Leistungserbringer sind frei, sich im Rahmen von Versicherungsmodellen zu Leistungserbringergruppen zu formieren. Es bestehen keine Wettbewerbsbeschränkungen bzw. -verzerrungen hinsichtlich geografischem Tätigkeitsgebiet und Finanzierung. Das Gesundheitswesen ist dem Kartellgesetz unterstellt. Die Leistungserbringer werden ausschliesslich über die Versicherungsmodelle (bzw. die Versicherer) abgegolten.

- › Der Staat sollte neben der notwendigen (De-)Regulierung vor allem in folgenden Bereichen aktiv werden: Durchsetzung des Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen, Bildung und Forschung sowie Bereitstellen von Informationen zur Performance von Leistungserbringern.

Sommer (1999, 2004) betont mit Bezug auf Enthoven die Bedeutung des Wettbewerbs zwischen konkurrierenden Versicherungsmodellen für den wettbewerblichen Ansatz. Es sollen sich jene Versicherungsmodelle herausbilden könne, die den Präferenzen der Versicherten am besten entsprechen. Eine entscheidende Voraussetzung für das Gelingen der wettbewerblichen Reformen ist gemäss Sommer die Einführung und das Wachstum von Managed Care-Modellen. Managed Care-Modelle vergrössern die Wahlmöglichkeiten der Versicherten und führen durch pauschalisierte Entschädigungssysteme mit Erfolgsbeteiligung zu wirtschaftlichem Verhalten (bzw. zu verstärkten Kosten-Nutzenüberlegungen) der Leistungserbringer. In Ergänzung zu den aufgeführten Angeboten der Versicherer und die Qualität der medizinischen Versorgung, wird eine informierte Wahl der Versicherten sichergestellt.

Die KfK (2006) weist ebenfalls auf die grosse Bedeutung von neuen Organisationsmodellen (z.B. HMO) für Verbesserung der produktiven Effizienz des Leistungssystems hin. HMOs haben u.a. ein Interesse, unnötige Behandlungen zu vermeiden. Zudem könne davon ausgegangen werden, dass die ärztlichen Leistungen in HMO besser koordiniert werden.

Widmer et al. 2007 weichen in ihrem Reformmodell in folgenden Punkten von den beschriebenen Kernelementen ab:

- › Die Krankenversicherung soll freiwillig sein und als Privatversicherung organisiert werden (Abkehr von der obligatorischen Sozialversicherung). Ein Versicherungsobligatorium ist nur für Personen vorzusehen, die ihre persönliche Verantwortung nicht wahrnehmen, indem sie die Prämie und/oder die Rechnung für bezogene Leistungen nicht bezahlen und damit dem Staat zur Last fallen. Das Obligatorium soll hinsichtlich der Leistungen weniger attraktiv ausgestaltet werden als die freiwillige Versicherung.
- › Die Versicherten sollen zwischen verschiedenen Versicherungsprodukten und Leistungskatalogen wählen können (Abkehr von der Einheitsprämie pro Region).

Die Vorschläge von Zweifel und Breuer (2002)⁵⁷ zielen darauf ab, dass die Präferenzen der Versicherten (bzw. der potenziellen „Kunden“ des Gesundheitssystems) durch konsequente marktwirtschaftliche Reformen möglichst weitgehend umgesetzt werden. Die Versicherer sollen im Wettbewerb mit anderen Versicherern:

- › erstens durch Produktinnovationen den Präferenzen ihrer Versicherten möglichst gerecht werden und
- › zweitens in ihren Verträgen mit den Leistungserbringern als Sachverwalter ihren Versicherten nach optimalen Versorgungs- und Vergütungsformen suchen.

In Abweichung zu den Reformvorschlägen anderer Autoren sehen Zweifel und Breuer (2002) vor, dass die Versicherer anstelle eines standardisierten Leistungskatalogs differenzierte Produkte mit unterschiedlichen Leistungspaketen anbieten können. Damit soll den heterogenen Präferenzen der Versicherten möglichst weit gehend Rechnung getragen werden.

6.1.2. AUFHEBUNG DES KONTRAHIERUNGSZWANGS

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist ein Kernelement der meisten Reformvorschläge.⁵⁸ Gefordert wird, dass die Versicherer und die Leistungserbringer (ambulante und stationäre Behandlung) frei wählen können, mit wem sie eine vertragliche Beziehung eingehen wollen. Die Vertragsfreiheit würde den Versicherern erlauben, selektiv die Leistungserbringer an sich zu binden, die ihre Leistungen mit qualitativ gut und vergleichsweise kostengünstigen Leistungen erbringen, ermöglicht es den Versicherern, sich durch einen Leistungswettbewerb zu konkurrenzieren und sich durch die Qualität und die Preise der Leistungen von den Konkurrenten abzuheben. Der Leistungswettbewerb zwischen den Versicherer soll zu den Preis- und Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern erhöhen. Das Risiko der Leistungserbringer, bei ungenügendem Preis-Leistungsverhältnis keinen Vertrag mit den Versicherern abschliessen zu können (potenzielle Marktaustrittsgefahr), dürfte deren Wettbewerbsanstrengungen erhöhen.

Damit die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu einer Intensivierung des Wettbewerbs führt, sind folgende Voraussetzungen zu beachten (v.a. Leu 2004a und 2004b, Widmer et al. 2007, Oggier 2003):

⁵⁷ Der Vorschlag von Zweifel und Breuer (2002) für eine wettbewerbliche Umgestaltung des deutschen Gesundheitswesens, kann u.E. sinngemäss auf die Schweiz übertragen werden.

⁵⁸ Vgl. Leu 2004a und 2004b, Leu/Beck 2007, Avenir Suisse 2008, OECD/WHO 2006, Zweifel/Breuer 2002, Widmer et al. 2007, KfK 2006, Schips 2006, CS 2002, Sommer 1999.

- › Die Vertragspartner sollten die Vergütungsformen und die Vergütungshöhen frei aushandeln können (freie Preisbildung). Den Versicherern und den Leistungserbringern sollte es offen stehen, für verschiedene Versichertengruppen und Behandlungsfälle unterschiedliche Vergütungsformen und -höhen aushandeln zu können. Im ambulanten Bereich ist die freie Wahl der Vergütungsform bereits heute möglich, jedoch mit Ausnahme der Entschädigung von Managed Care-Organisationen (v.a. HMOs) nicht genutzt worden. Auf die Vorgabe, dass Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur (TARMED) beruhen müssen, sollte verzichtet werden. Im stationären Bereich wird die Preisbildung durch verschiedene tarifliche und finanzielle Regulierungen eingeschränkt.
- › Das Kartellgesetz sollte auf den OKP-Markt angewendet werden können. Dies bedingt erstens, dass die öffentlichen Spitäler organisatorisch und wirtschaftlich zu verselbstständigen sind.⁵⁹ Zweitens sind Vorschriften aufzuheben, welche die Anwendung des Kartellgesetzes ausschliessen. Neben dem Kontrahierungszwang betrifft dies die Möglichkeit von Verbandstarifen, behördliche Genehmigung der Tarifverträge und die behördliche Tariffestsetzung bei fehlenden Tarifverträgen. Gemäss Zweifel und Breuer (2002) sind wettbewerbsmindernde oder -verhindernde Absprachen kartellrechtlich zu verbieten. Damit soll insbesondere die auf Absprachen beruhende Ausübung von Marktmacht seitens der Versicherer und/oder der Leistungserbringer verhindert werden. Insbesondere sollen sich Leistungserbringer, die sich durch marktmächtige Versicherer benachteiligt fühlen, im Rahmen des Kartellgesetzes gegen die betreffenden Versicherer zur Wehr setzen können (Leu/Eisenring 2002, Schips 2006).
- › Da die Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Anreize der Versicherer und der Leistungserbringer zur Risikoselektion erhöht (Spycher 2004) bzw. neue Selektionsinstrumente schafft, ist der Risikoausgleich zu verbessern. Erstens sollte der Risikoausgleich verhindern, dass die Versicherer mit dem gezielten Abschluss von Verträgen schlechtere Risiken anderen Versicherern abgeben. Der Risikoausgleich sollte für die Versicherer einen Anreiz schaffen, auch schlechte Risiken aufzunehmen und entsprechende Behandlungsprogramme vorzusehen (z.B. Disease-Management). Zweitens sollte das Interesse der Leistungserbringer an der Behandlung von schlechten Risiken durch eine risikogerechtere Ausgestaltung von Kopfpauschalen erhöht werden.

⁵⁹ Während sich Widmer et al. (2007) für eine Privatisierung aller Leistungsanbieter aussprechen, sollen sich die Kantone nach Leu (2004b) und KfK (2006) weiterhin als Eigentümer von Spitälern (z.B. als Aktionäre) betätigen können. Wichtig wäre in diesem Fall, dass die Spitäler in diesem Modell über den notwendigen unternehmerischen Freiraum verfügen.

- › Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich wären die Spitalplanung und die Spitallisten obsolet. Damit die Kantone die Versorgungssicherheit weiterhin gewährleisten könnten, müssten sie Normvorstellungen über die lokale/regionale Mindestversorgung entwickeln (subsidiäre Planung) und dann aktiv werden, wenn diese Mindestversorgung unterschritten würde.
- › Leistungserbringer dürfen nicht an Versicherern und Versicherer nicht an Leistungserbringer beteiligt sein (unerwünschte vertikale Integration). Eine analoge Regelung ist für „Zulieferbetriebe“ (z.B. Pharma und Medizintechnik-Unternehmungen) vorzusehen.

6.1.3. RISIKOSELEKTION

Die Reduktion der Risikoselektion ist ebenfalls ein Kernelement der meisten Reformvorschläge.⁶⁰ Der ungenügende Risikoausgleich führt dazu, dass die Versicherer anstelle des erwünschten Preis-/Leistungswettbewerbs (u.a. mit Managed Care-Konzepten) Risikoselektion betreiben, die aus ökonomischer Sicht ineffizient ist (Kostenverlagerung; Fehlallokation der Mittel). Der zu wenig ausdifferenzierte Risikoausgleich stellt zudem ein Hemmnis für die Verbreitung von Managed Care-Modellen dar (ungenügende Berücksichtigung von Risikofaktoren in der Berechnung der Kopfpauschalen).

Schips (2006) lehnt eine Ausdifferenzierung des Risikoausgleichs ab. Er führt an, dass die Risikoselektion ein wichtiger Wettbewerbsparameter für die Versicherer sei und sich das Kostenmanagement (u.a. durch Managed Care) für die Versicherer bereits heute lohne. Auch ein noch so „verfeinerter“ Risikoausgleich könne die Risikoselektion durch die Versicherer nicht verhindern. Eine Anpassung des bestehenden Risikoausgleichs führe zu einer Einschränkung des Wettbewerbs, zu einem noch stärkeren Kostenausgleich zwischen den Versicherern und zu höheren Vollzugskosten. Gemäss Schips (2006) könnte auf den Risikoausgleich verzichtet werden, wenn die Mobilität der Versicherten durch die Behebung von Informationsdefiziten konsequent gefördert würde. Aufgrund der folgenden weitgehenden Angleichung der Risikostrukturen, hätten die Versicherten ein grosses Interesse an einem effizienten Kostenmanagement und an Managed Care-Modellen.

Die Argumentation von Schips (2006) steht im Widerspruch zur internationalen und zur nationalen Diskussion:

- › Gemäss Spycher (2004) zeigt die internationale Forschung, dass in einem System mit Einheitsprämien und Wettbewerb zwischen den Versicherern ein Risikoausgleich notwendig

⁶⁰ Vgl. Leu/Beck 2007, Spycher 2002, Zweifel/Breuer 2002, KfK 2006, OECD/WHO 2006.

ist, der die Selektionsanreize beseitigt. Wird der Risikoausgleich nicht genügend ausdifferenziert ausgestaltet (z.B. unter Verwendung von Diagnosekostengruppen), konzentrieren sich die Versicherer weiterhin auf die Selektion guter Risiken und kümmern sich nur unzureichend um das Management der Gesundheitskosten.

- › Unter den Gesundheitsökonomern (u.a. Beck et al. 2006, Spycher 2002) besteht weitgehend Einigkeit, dass Risikoselektion aus volkswirtschaftlicher Sicht zu ineffizienten Marktergebnissen und zu einer Fehlallokation von Ressourcen (Kostenverlagerung) führt.
- › Leu und Beck (2007) zeigen, dass es sich für die Versicherer mit dem bestehenden Risikoausgleich wesentlich attraktiver ist, Risikoselektion zu betreiben, als in Managed Care-Modelle zu investieren (vgl. Kapitel 3.2.3). Die Autoren betonen, dass die Anreize zur Risikoselektion nur soweit zu reduzieren seien, dass sich das Management der Gesundheitskosten gegenüber der Selektion lohne. Ein vollständiger Risikoausgleich sei aus ökonomischer Sicht nicht zwingend notwendig.
- › Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Mobilität der Versicherten bei grosser Transparenz über die Prämien und geringen Wechselkosten (vgl. Leu et al. 2007) auch bei deutlichen Prämienunterschieden gering ist (vgl. Kapitel 3.2.6). Es ist zu bezweifeln, dass die Mobilität der Versicherten durch eine Behebung der Informationsdefizite soweit gesteigert werden kann, dass sich die Risikostrukturen der Versicherer angleichen.

In der Literatur werden verschiedene Reformvorschläge zur Reduktion (bzw. Beseitigung) der Risikoselektion genannt. Von besonderer Bedeutung sind risikoabhängige Prämien und die Reform des Risikoausgleichs.

Risikoabhängige Prämien

Gemäss Zweifel und Breuer (2006, 2002) bieten risikogerechte Prämien, gegenüber der Kombination von Einheitsprämie und einem verbesserten Risikoausgleich, eine Reihe von Effizienzvorteilen, insbesondere:

- › die weitgehende Beseitigung der Anreize zur Risikoselektion⁶¹,
- › die Beseitigung der negativen Folgen des Risikoausgleichs, v.a. die hemmende Wirkung auf Produktinnovationen⁶² und die bessere Versorgung schlechter Risiken,

⁶¹ Gemäss Zweifel/Breuer 2006 ist es unwahrscheinlich, dass ein verbesserter Risikoausgleich (z.B. mit Medikamenten- und/oder Diagnosekostengruppen) die Anreize zur Risikoselektion vollständig neutralisiert.

⁶² Vgl. auch Zweifel/Breyer 2006 und Lehmann/Zweifel 2004.

- › die Möglichkeit einer effizienten Vertragsausgestaltung mit den Versicherten (z.B. höhere Selbstbeteiligung, etc.),
- › die bessere Berücksichtigung der Präferenzen der Versicherten.

Gemäss Beck et al. (2006) werden die Versicherten durch risikoabhängige Prämien stärker zur Prävention und zur Kontrolle der Behandlungskosten motiviert, weil sie dadurch ihre Prämien beeinflussen können. Über die Berücksichtigung des individuellen Gesundheitsverhaltens bei der Prämiengestaltung können die Versicherer den Versicherten finanzielle Anreize für einen gesunden Lebensstil setzen (Widmer et al. 2007). Leu und Eisenring (2002) weisen ebenfalls auf die Vorteile der „indirekten“ Kostenverantwortung der Versicherten hin.

Zur Kompensation der sozialpolitischen Folgen risikogerechter Prämien schlagen Zweifel und Breuer (2006, 2002) eine Subventionierung der Prämien in Abhängigkeit des individuellen Einkommens der Versicherten und ihrer Risikoprämie vor. Diese Massnahme weise nicht nur unter Effizienzaspekten, sondern auch verteilungspolitische Vorteile auf, weil sie zielgerechter eingesetzt werden könne.⁶³ Leu und Eisenring (2002) sind ebenfalls der Ansicht, dass die Kombination von risikoabhängigen Prämien und Prämiensubventionen im Vergleich zu anderen Lösungen einer Trennung zwischen Versicherungs- und Umverteilungsfunktion am Besten entsprechen würde. Beck et al. 2006 sind der Auffassung, dass die Solidaritätsziele bei risikoabhängigen Prämien durch individuell abgestimmte Subventionen an die Prämien von chronisch Kranken und Personen mit niedrigen Einkommen erreicht werden kann.

Gleichzeitig weisen die Autoren darauf hin, dass risikogerechte Prämien bei Politikern einen schlechten Ruf haben. Sie würden im Fall von chronisch Kranken als unfair empfunden, sobald deren Leiden unverschuldet ist und sie trotzdem (möglicherweise von Geburt an) die höchsten Ansätze zu bezahlen haben. Für Leu und Beck (2007) stellt die Ausgestaltung eines Prämienbeitragssystem, das bei risikoabhängigen Prämien soziale Härten vermeidet und die Anreize zu effizientem Verhalten aufrecht erhält, eine grosse Herausforderung dar.

⁶³ Van de Ven (2006) schlägt bei risikoabhängigen Prämien gegenüber dem Vorschlag von Zweifel und Breuer (2006) zwei Änderungen bei den Prämiensubventionen vor: Erstens könnte mit risiko- gegenüber prämienabhängigen Subventionen die Effizienz erhöht werden. Zweitens würden einkommensunabhängige, risikoabhängige Subventionen, die durch einkommensabhängige Steuern finanziert werden, im Vergleich zu einkommensabhängigen Subventionen zu einer Verbesserung der Wohlfahrt und der Transparenz führen.

Widmer et al. 2007 sehen in ihrem Reformmodell zur Förderung der Verantwortung der Versicherten bei der Leistungsnachfrage ebenfalls risikoabhängige Prämien vor. Personen mit hohem Krankheitsrisiko und/oder niedrigem Einkommen sollen subventioniert werden.

Schips (2006) schlägt eine altersabhängige Ausgestaltung der Prämien und eine Prämienermässigung bei Wahlfranchisen vor. Dieses Prämienmodell soll jedoch nicht der Beseitigung der Risikoselektion, sondern der Reduktion der von den jüngeren Versicherern zu tragenden Solidaritätslast dienen.

Gemäss der KfK (2006) haben risikoabhängige Prämien, kombiniert mit risiko- und einkommensabhängigen Subventionen, verschiedene Nachteile:

- › Erhebliche Teile der Bevölkerung (v.a. chronisch Kranke und ältere Personen) würden über die notwendigen Prämiensubventionen in ein staatliches Abhängigkeitsverhältnis geraten.
- › Die Umsetzung der risikoabhängigen Prämie hätte einen grossen Vollzugsaufwand zu Folge. Die Kriterien zur Bestimmung des Krankheitsrisikos müssten sehr fein sein, weil sie für den Einzelfall risikogerecht sein sollten.
- › Chronisch kranke Personen müssten bei einem Versichererwechsel durch die neue Berechnung des Risikos mit erheblichen Prämiensteigerungen rechnen. Damit fiel ein wesentlicher Teil, des durch die soziale Krankenversicherung angestrebten Versicherungsschutzes, dahin.

Reform des Risikoausgleichs

Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs weist zwei Schwächen auf (vgl. Spycher 2002, Leu/Beck 2007):

- › Erstens berücksichtigt er zur Abbildung des Gesundheitszustands bzw. der Morbidität nur die Kriterien Alter, Geschlecht und Kanton. Mit dem sog. demografischen Risikoausgleich werden jedoch nur 11 Prozent der individuellen Leistungsunterschiede erklärt (Beck 2004).⁶⁴ Damit haben die Versicherer einen grossen Anreiz, innerhalb bestimmter Alters- und Geschlechtsgruppen nach guten Risiken zu selektionieren.
- › Zweitens setzt die retrospektive Ausgestaltung des Risikoausgleichs falsche Anreize. Die entstandenen Kosten werden nach Ablauf eines Geschäftsjahrs retrospektiv ausgeglichen. Dadurch wird schlechtes Management (u.a. der Gesundheitskosten) durch höhere Auszahlungen belohnt, während gutes Management durch höhere Abgaben bestraft wird.

⁶⁴ Holly et al. 2004 bestätigen die geringe Erklärungskraft des heutigen Risikoausgleichs. Gemäss ihren empirischen Schätzungen kann der heutige Risikoausgleich lediglich 6 Prozent der Varianz der Gesundheitsausgaben erklären.

Falls an den Einheitsprämien festgehalten wird, spricht sich ein Grossteil der Literatur für eine wirksamere Ausgestaltung des Risikoausgleichs aus (u.a. Leu/Beck 2007, Beck et al. 2006, Leu/Eisenring 2002, Spycher 2002, Zweifel/Breuer 2002, CS 2002, OECD/WHO 2006). Die KfK (2006) zieht die Verbesserung des Risikoausgleichs explizit einer risikoabhängigen Prämie vor.

Die Literatur macht verschiedene Vorschläge zur wirksameren Ausgestaltung des Risikoausgleichs:

- › Leu und Beck (2007) sprechen sich im Sinne eines pragmatischen Vorgehens für die Erweiterung des Risikoausgleichs durch die Vorjahreshospitalisation aus. Die Berücksichtigung des Kriteriums Hospitalisierung im Vorjahr ist einfach und kurzfristig zu implementieren, verbessert den Erklärungsgehalt der individuellen Leistungsunterschiede (neu 16 Prozent) und trägt zu einer erheblichen Verbesserung der Prognosefähigkeit bei. Die Erweiterung des Risikoausgleichs durch die Vorjahreshospitalisierung führt dazu, dass das Management der Gesundheitskosten für die Versicherer im Vergleich zu Risikoselektion zur attraktiveren Strategie wird. Nach Leu und Beck (2007) erhöht die zusätzliche Berücksichtigung der Medikamentenkostengruppen (Pharmaceutical Cost Groups) die Wirkung des Risikoausgleichs auf die Attraktivität der Risikoselektion nur noch geringfügig.
- › Holly et al. (2004) haben ein morbiditätsorientiertes, prospektives Risikoausgleichsmodell entwickelt, das auf Diagnosekostengruppen früherer Spitalaufenthalte basiert.⁶⁵ Durch dieses diagnosegestützte Modell kann der Erklärungsanteil der Varianz der Gesamtausgaben markant gesteigert werden. Leu und Beck (2007) geben jedoch zu bedenken, dass sich bei einer flächendeckenden Anwendung dieses Modells verschiedene Schwierigkeiten bestehen.⁶⁶

Hochrisikopool

Spycher (2003) diskutiert die Ergänzung des Risikoausgleichs durch einen Hochrisikopool. Dabei könnten die Versicherer einen Teil der Kosten der teuersten Versicherten in einen Pool abgeben, der von allen Versicherten durch eine Pro-Kopf-Prämie finanziert wird. Dies würde zu einem Ausgleich zwischen den Versicherern mit sehr teuren Versicherten und den übrigen Versicherern führen. Aufgrund der Erfahrungen von Deutschland müsste bei der

⁶⁵ Grundlage AP-DRG ("All-Patient Diagnosis Related Groups") Diagnosecodes.

⁶⁶ Die Versicherer verfügen nicht über aussagefähige Diagnoseinformationen. Die verfügbaren Diagnosen beschränken sich auf den stationären Bereich. Die Diagnoseinformationen lassen sich vergleichsweise leicht manipulieren. Es bestehen noch technische Schwierigkeiten. Der politische Widerstand dürfte im Vergleich zu einer pragmatischen Lösung höher sein (Leu/Beck 2007).

Ausgestaltung darauf geachtet werden, dass die Kostenschwelle nicht zu hoch angesetzt und der Selbstbehalt der Versicherer nicht zu hoch wird (Spycher 2004c). Zudem stelle der Pool lediglich eine „Second-best-Lösung“ dar und sei kein Ersatz für einen gut ausgestalteten Risikoausgleich.

6.1.4. MONISTISCHE SPITALFINANZIERUNG

Leu (2004a, 2004b) und KfK (2006) schlagen vor, die heutige duale Finanzierung der Spitäler durch eine monistische Finanzierung abzulösen.⁶⁷ Bei der monistischen Finanzierung werden die Objekt- durch die Subjektfinanzierung ersetzt und die Finanzierungsverantwortung auf jeweils einen Akteur auf der Nachfrageseite übertragen, so dass jedem Leistungserbringer ein Kostenträger gegenüber steht. Als Monisten stehen die Versicherer und Managed Care-Organisationen im Vordergrund. Die Einführung einer monistischen Finanzierung würde zu folgenden Änderungen führen (vgl. Leu 2004a und 2004b):

- › Die bisher von den Kantonen an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler ausbezahlten Beiträge müssten an die Versicherer (bzw. Managed Care-Organisationen) oder an die Versicherten umgeleitet werden. Dadurch würde die Nachfrage gestärkt.
- › Die Spitäler wären gezwungen, den Versicherern (bzw. Managed Care-Organisationen) die vollen Kosten ihrer Leistungen (inkl. Kapitalkosten) zu verrechnen. Die heutige Unterscheidung zwischen Investitions- und Betriebskosten und die Finanzierung der Investitionskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler durch die Kantone entfielen. Die leistungsorientierte Finanzierung dürfte zusammen mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs und der freien Preisbildung zu einer Veränderung der Strukturen und der Kapazitäten der Spitäler führen.
- › Mit dem Übergang zur Subjektfinanzierung würde die subventionsbedingte Kostenverzerrung zwischen stationären und nicht stationären Behandlungen entfallen.
- › Die auf die duale Finanzierung zurückzuführende Benachteiligung der Managed Care-Modelle würde entfallen. Managed Care-Organisationen könnten ihr Kostensparpotenzial (z.B. geringere Hospitalisierungsraten) voll realisieren. Durch die zusätzliche Attraktivität der Managed Care-Modelle könnte der Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen intensiviert werden.

⁶⁷ OECD/WHO 2006, Schips (2006) und die Credit Suisse (CS 2006) unterstützen die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung ebenfalls.

6.1.5. WEITERE WETTBEWERBSELEMENTE

Prämiengestaltung, Prämienbeiträge und Kostenbeteiligung

Bei der Prämiengestaltung, den Prämienbeiträgen und der Kostenbeteiligung schlägt die Literatur folgende Reformmassnahmen vor:

- › Wird das heutige System mit einer Einheitsprämie beibehalten, sollte die Bestimmung aufgehoben werden, dass die Prämien bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in den ersten fünf Jahren nicht mehr als 20 Prozent unter denen der traditionellen Versicherungsmodelle liegen dürfen (u.a. Leu 2004b, KfK 2006, Schips 2006, Sommer 1999). Damit wären für Managed Care-Modelle höhere Prämienrabatt möglich. Die KfK (2006) betont, dass hohe Prämienrabatte vor allem für ältere Versicherte wichtig seien, die eine vergleichsweise hohe Zahlungsbereitschaft für die freie Arztwahl haben. Die Rabatte sollten nicht für alle Versicherten gleich hoch sein, sondern sich an der möglichen Kosteneinsparung orientieren.
- › Zur Berechnung der maximalen Prämiensubventionen sollte das Angebot des Versicherers mit der tiefsten Prämie herangezogen werden (Leu 2004b).⁶⁸ Damit hätten die unterstützten Personen einen Anreiz, einen günstigen Versicherer bzw. ein günstiges Versicherungsmodell (z.B. HMO) zu wählen. Dies würde zu einem erhöhten nachfrageseitigen Wettbewerbsdruck auf die Versicherer führen.
- › In der Literatur besteht Einigkeit, dass die Kostenbeteiligung der Versicherten ein wichtiges Element zur Förderung der Selbstverantwortung der Versicherten ist. Ein Grossteil der Literatur befürwortet eine Flexibilisierung der heute bestehenden Obergrenzen für die Kostenbeteiligung. Während einige Autoren (u.a. Leu 2004b, KfK 2006, CS 2002) eine vorgegebene Obergrenze befürworten, sprechen sich andere Autoren (u.a. Zweifel/ Breuer 2002, Widmer et al. 2007) für eine freie Wahl der Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) aus. Mit dem Angebot von differenzierten Versicherungsverträgen soll den Bedürfnissen der Versicherten besser entsprochen werden. Schips (2006) und die Credit Suisse (CS 2006) weisen darauf hin, dass Wahlfranchisen in einem System mit Einheitsprämien zu einem gewissen Zielkonflikt zwischen Effizienz- (Reduktion der Leistungsanspruchnahme) und Verteilungsüberlegungen (Selbstselektion) steht. Nach Ansicht von

⁶⁸ Damit der Anreiz zur Wahl eines kostengünstigen Versicherungsvertrags erhalten bleibt, fordern Zweifel und Breuer (2002) und Sommer (1999) ebenfalls, dass die Subventionierung von Versicherten nicht in der vollen Höhe der zu zahlenden Prämien erfolgen sollen. Zweifel und Breuer (2002) sehen zudem die Möglichkeit vor, Prämiensubventionen für bestimmte Leistungen völlig auszuschliessen.

OECD/WHO (2006) sollte die Kostenbeteiligung inhaltlich flexibilisiert werden, um kosteneffiziente Leistungen (z.B. Prävention) stärker zu berücksichtigen.

- › Zur Förderung von Ärztenetzen schlagen Schläpfer et al. 2007 die Abschaffung der Wahlfranchisen und die Schaffung von Handlungsspielraum bei der Kostenbeteiligung vor. Weber 2005 fordert eine reduzierte Kostenbeteiligung für Versicherte, die sich in einem Versorgungsnetz anschliessen.

Vernetzung der Leistungserbringer

Berchtold/Schmitz 2007 fordern, dass die Leistungserbringer zu mehr Integration und Vernetzung motiviert werden, insbesondere sollen sie ihre Behandlungsprozesse enger und verbindlicher verzahnen. Berchtold/Schmitz 2007 weisen darauf hin, dass vor allem bei komplexen Behandlungen (z.B. bei chronisch Kranken) die Ergebnisqualität und die Patientensicherheit vom Zusammenspiel verschiedener Professionellen abhängen.

Gemäss Boos/Widmer 2006 zeigen die Erfahrungen, dass vor allem die durch Ärztinnen und Ärzte bewirkten Veränderungsprozesse für den Erfolg lokaler Gesundheitsnetzwerke massgebend sind. Ohne oder gar gegen die Hausärztinnen und Hausärzte können die Leistungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor nicht abgestimmt werden. Das regionale Spital und die Spitalärztinnen und -ärzte sollen unterstützend mitwirken. Im Urteil von Boos/Widmer 2006 sind folgende zusätzliche Faktoren für den Erfolg von lokalen Gesundheitsnetzwerken wesentlich:

- › Erarbeitung von Institutionen übergreifenden Behandlungsrichtlinien und Koordinationsregeln im Rahmen von Qualitätszirkeln zur besseren Abstimmung der Patientenprozesse.
- › (Risikogerechte) Kopfpauschalen
- › Versicherte: Finanzielle Vorteile durch integrierte Angebote und Wahl unter verschiedenen Modellen, die sich hinsichtlich ihrer Qualität auszeichnen.⁶⁹

Verschiedene Autorinnen und Autoren weisen darauf hin, dass die Versorgungsnetzwerke eine bestimmte Grösse aufweisen sollten:

- › Bachmann 2004 ist überzeugt, dass die integrierte Versorgung nur greift, wenn sehr grosse Netze aufgebaut werden, die auch kranke Versicherte ansprechen. Zudem müssten die Netzwerke eine bestimmte Durchlässigkeit aufweisen. Für die Versicherten sei es wichtig, innerhalb des Systems zwischen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten zu wählen.

⁶⁹ Gemäss Huber 2006 können Ärztenetze mit Budgetverantwortung über die mit den Versicherern ausgehandelten Steuerungspauschalen (Capitation-Verträge) die Qualitätsaufwendungen finanzieren.

- › Gemäss Furrer/Gurtner 2004 ist es für einen Versicherer wichtig, mit genügend Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen, wenn er ein attraktives Managed Care-Modell (Hohe Qualität und/oder tiefe Prämien) anbieten will.
- › Weber 2005 fordert im Hinblick auf die Entwicklung und das Betreiben von Disease Management Programmen, dass die Versorgungsnetze eine bestimmte Grösse aufweisen sollten.

Finanzierungsmodelle

Hinsichtlich der Förderung von Managed Care ist sich die Literatur (vgl. u.a. Berchtold 2005, Huber 2006, Boos/Widmer 2006, Baumann et al. 2005) weitgehend einig, dass die Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer und die pauschalisierte Vergütung (z.B: risikobereinigte Kopfpauschale) wesentliche Elemente sind. Gemäss Berchtold 2005 ist es wichtig, dass sich die pauschale Vergütung in folgendem Rahmen bewegt:

- › Budgetmitverantwortung nur mit Ärztgruppen (und nicht mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten),
- › Förderung und Forderung von expliziten Qualitätsausweisen (Zertifizierungen),
- › Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ausreichenden Informationen,
- › Verbesserung des Risikoausgleichs.

Mit Bezug auf chronische Krankheiten und komplexe, beziehungsweise teure Behandlungen fordern Berchtold/Schmitz 2007, dass die Finanzierenden (Versicherer, Staat) zur Ausgestaltung und zur Pilotierung neuer Finanzierungsmodelle angeregt werden sollen (z.B. Finanzierung durch den sog. Hochrisikopool). Die Autorinnen und Autoren sind überzeugt, dass unterschiedliche Finanzierungsmodelle für die Behandlung von komplexen Krankheiten bzw. der „Normalversorgung“ deren Steuerung vereinfachen oder effektiver machen könnten. Zudem wären die Versicherer zu motivieren, die Wahlmöglichkeiten für Versicherte zu erhöhen, beispielsweise durch zusätzliche innovative Versicherungsprodukte.

Aufhebung wettbewerbsbeschränkender Vorgaben für die Versicherer

Die Literatur (z.B. Leu 2004b, Schips 2006) ist sich weitgehend einig, dass die Einschränkung des Erwerbszwecks aufgehoben werden sollte. Neben gemeinnützigen, sollten auch gewinnstrebige und ausländische Versicherer zugelassen werden. Der Markteintritt dürfte mit der Aufhebung des Gewinnverbots für private Versicherer attraktiver werden, was zu einer Erhöhung des Wettbewerbsdrucks im Versicherermarkt führen würde. Zudem haben die Eigentümer und das Management von gewinnorientierten Unternehmen ein Interesse, das

Kostenmanagement zu verstärken, um eine Rendite zu erwirtschaften (Leu/Eisenring 2002, Schips 2006).

Zur Erhöhung des unternehmerischen Spielraums der Versicherer werden folgende weitere Vorschläge gemacht:

- › Gemäss Schips (2006) sollten die Vorschriften über die Bildung der Reserven, die Prämienfestsetzung, die Ausgestaltung der Verträge der Versicherer mit den Versicherten, etc. hinsichtlich der Auswirkungen auf den Wettbewerb unter den Versicherern überprüft werden. Betreffend Reservehaltung schlägt die Credit Suisse (CS 2002) zur Entlastung von kleinen Versicherern vor, die Schwankungsreserven in einem von einigen Versicherern geöffneten Fonds bereit zu stellen.
- › Gemäss Schips (2006) sollten die Versicherer die Möglichkeit haben, für Managed Care-Modelle Verträge mit einer längeren Vertragsdauer anbieten zu können. Bei der bisherigen Regelung besteht das Risiko, dass die Versicherten bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands das Versicherungsmodell wechseln und die erst im Behandlungsfall wirksamen Einsparungen durch Managed Care nicht zum Tragen kommen. Weiter schlägt Schips (2006) eine Flexibilisierung bei den Vertragsinhalten vor. Neben dem traditionellen Versicherungsmodell mit der bisherigen Kostenbeteiligung (jedoch wegen des Entsolidarisierungseffektes möglichst ohne Wahlfranchise), sollten Verträge mit höheren Kostenbeteiligungen oder freier gestaltbare Managed Care-Modelle angeboten werden können.

Verfügbarkeit von Informationen

Ein Teil der Literatur (u.a. OECD/WHO 2006, Leu et al. 2007) kritisiert die mangelhaften Informationen zur Qualität der medizinischen Leistungen. Die verfügbaren Informationen genügten nicht, um eine informierte Wahl der Versicherten/PatientInnen sicher zu stellen. OECD/WHO (2006) fordern ein national organisiertes Informationssystem, das v.a. vergleichende Informationen zur Qualität der medizinischen Versorgung auf Leistungserbringer-ebene bereitstellt. Zudem fordern OECD/WHO (2006) stärkere Bemühungen zur Qualitätssicherung (Standards, Monitoring, Qualitätsmanagement). Avenir Suisse 2008 bemängelt die Transparenz bei der Leistungsqualität bei den Spitälern. Insbesondere wird kritisiert, dass öffentlich zugängliche Informationen fehlen. Als Grundlage für einen funktionierenden Wettbewerb im Spitalmarkt fordert Avenir Suisse 2008 die Veröffentlichung von standardisierten und kantonsübergreifenden Qualitätsdaten.

Gesundheitskompetenzen der Versicherten

Berchtold/Schmitz 2007 fordert, dass Versicherte und Patienten in ihren Gesundheitskompetenzen gefördert werden. Dies bedeutet, ihre Fähigkeiten zu stärken, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich auf ihre Gesundheit positiv auswirken und die ihnen helfen im Krankheitsfall Behandlungs- und Betreuungskonzepte aktiv mitzugestalten. Fehlende Gesundheitskompetenzen können gemäss Berchtold/Schmitz 2007 die Behandlungsqualität beeinträchtigen (z.B. durch tieferen Patientencompliance) und kostentreibend wirken (z.B. durch unnötige Untersuchungen). Ausserdem sei zu erwarten, dass sich fehlende Gesundheitskompetenzen in der traditionellen Versorgung gravierender auswirkten als in der integrierten Versorgung.

Föderalistische Struktur des Gesundheitswesens und Rolle der Kantone

Die föderalistische Struktur des Gesundheitswesens und die Rolle der Kantone wird vor allem auch in internationalen Vergleichen kritisiert (vgl. Leu et al. 2007, OECD/WHO 2006). Die OECD/WHO (2006) weisen darauf hin, dass den Kantonen grösstenteils die minimale Grösse und die Kapazitäten fehlen, um ein effizientes Leistungserbringer-Angebot bereit zu stellen. Zudem wird die Mehrfachrolle der Kantone kritisiert. Avenir Suisse 2008 betont die Notwendigkeit eines kantonsübergreifenden Spitalmarkts, der Wettbewerb und eine betriebliche Konsolidierung über die Kantonsgrenzen hinaus möglich mache. Die vom Parlament im Dezember 2007 verabschiedete neue Spitalfinanzierung ist gemäss Avenir Suisse 2008 ein wichtiger Baustein für einen verstärkten Wettbewerb zwischen Spitälern. Danach dürfen die Grundversicherten in Zukunft in der ganzen Schweiz unter den Listenspitalern frei wählen. Allerdings bezahlen der Wohnkanton und die Versicherer eine ausserkantonale Spitalbehandlung höchstens zu jenem Tarif, der am Wohnort der Patientin/des Patienten gilt (vgl. auch Kapitel 2.3.1). Zudem kritisiert Avenir Suisse 2008 die Mehrfachrolle der Kantone im Spitalbereich (Spitalplaner, Spitalbetreiber, Leistungseinkäufer und Regulator). Avenir Suisse 2008 fordert, dass sich die öffentliche Hand von ihrem Engagement als Betreiber von Spitälern zurückzieht und sich auf die Rolle des Regulators und des Leistungseinkäufers konzentriert. Gleichzeitig benötigten die Spitäler einen grösseren betriebswirtschaftlichen Spielraum, um sich im Wettbewerb zu positionieren. Widmer et al. 2007 verlangen ebenfalls, dass sich die Kantone und Gemeinden von ihrem Spitaleigentum trennen sollten.

Die Umsetzung der beschriebenen Reformvorschläge (v.a. Verzicht auf die Spitalplanung bzw. Aufhebung des Territorialprinzips; freie Preisbildung) würde den Wettbewerb zwischen

den Leistungserbringern (v.a. Spitäler) auf die ganze Schweiz ausweiten und den Einfluss der Kantone reduzieren.

6.2. POSITIONEN GESUNDHEITSPOLITISCHER AKTEURE

Nachfolgend stellen wir die Positionen der Versicherer, der Leistungserbringer und der öffentlichen Hand zu wettbewerblichen Reformen des KVG dar. Die Versicherten werden auf indirekte Weise über die anderen Akteure berücksichtigt.

6.2.1. VERSICHERER

Die Versicherer sind überzeugt, dass es auf allen Ebenen mehr Wettbewerb braucht, damit sich die Akteure im Gesundheitswesen wirtschaftlich und qualitätsbewusst verhalten (santésuisse 2007b). Die Versicherer fordern Reformen, die den Wettbewerbselementen mehr Spielraum gewähren. Von zusätzlichen Wettbewerbselementen erwarten die Versicherer eine Verstärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung aller Akteure, einen möglichst effizienten Einsatz der Beiträge der Versicherten und der Mittel der öffentlichen Hand für das Gesundheitswesen und die Krankenversicherung, die Förderung von Qualität und vermehrte Anreize für Innovationen. Die Versicherer sind sich jedoch bewusst, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen, verschiedenen Rahmenbedingungen Rechnung tragen muss. Im Sinne eines gut ausgebauten sozialen Krankenversicherungssystem befürworten die Versicherer in der Grundversicherung (OKP) die Weiterführung des Obligatoriums mit Aufnahmepflicht, Wahlfreiheit (bzw. Freizügigkeit) der Versicherten, Vorbehaltsverbot, einheitliche Prämien für Erwachsene pro Versicherer und Region sowie einheitlicher Leistungskatalog. Ebenfalls unbestritten ist grundsätzlich auch der Risikoausgleich zwischen den Versicherern. Auf dieser Grundlage sind die Wettbewerbselemente gemäss den Versicherern wie folgt zu verstärken (vgl. santésuisse 2007b):

VERSTÄRKUNG DER WETTBEWERBSELEMENTE: FORDERUNGEN DER VERSICHERER	
Bereiche	Forderungen
Verhältnis Versicherer - Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> › Weiterer Ausbau des liberalen Krankenversicherungssystems mit autonomen Krankenversicherern. Dies wird als bester Garant für die Verstärkung des Wettbewerbs bei der Kostenkontrolle, bei der Organisation und der Verwaltung sowie bei der Kundenbetreuung erachtet. › Förderung von Versicherungsformen, die auf das eigenverantwortliche und kostenbewusste Verhalten der Versicherten abzielen. Zudem sollte der Gesetzgeber die stärkere Berücksichtigung von Kundenpräferenzen ermöglichen. › Vortreiben des Ausbaus von Managed Care. Dabei sollte der Gesetzgeber insbeson-

VERSTÄRKUNG DER WETTBEWERBSELEMENTE: FORDERUNGEN DER VERSICHERER	
Bereiche	Forderungen
	<p>dere den Spielraum der Versicherer ausweiten (z.B. Möglichkeit von mehrjährigen Verträgen), damit ein Wettbewerb zur stetigen Verbesserung der Modelle stattfinden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> › Beim Leistungskatalog sind grössere Spielräume für differenzierte Leistungsangebote in alternativen Versicherungsmodellen zu schaffen. Zu prüfen ist eine differenzierte Kostenbeteiligung nach dem Grad der Notwendigkeit einer Leistung. › Verstärkung der Anreize für das Kostenmanagement von Versicherten mit hohen Gesundheitskosten. › Den Versicherern sollte ermöglicht werden, auch in der Grundversicherung Erträge zu erzielen, um den Anreiz für Leistungsverbesserungen und Innovationen zu stärken. Dabei muss transparent sein, wozu diese Erträge verwendet werden. Wichtig ist, dass sie wieder den Versicherern zugute kommen.
Verhältnis Versicherer - Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> › Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb ist die Transparenz über die erbrachten Leistungen. Die Leistungserbringer müssen deshalb die notwendigen Angaben liefern, damit die Versicherten ihre Wahlfreiheit sinnvoll wahrnehmen und die Kostenträger die in Rechnung gestellten Leistungen überprüfen können. › Die Versicherer messen der Qualitätssicherung und -förderung einen hohen Stellenwert bei. Sie fordern, dass die Leistungserbringer und ihre Verbände den Anforderungen zur Qualitätssicherung in Gesetz und Verordnung nachkommen. Bestimmungen zur Qualitätssicherung müssen ein integraler Bestandteil sämtlicher Tarifverträge werden. Leistungserbringer sind gesetzlich dazu verpflichtet, Versicherer und Versicherte über ihre Qualität zu informieren. › Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten und im stationären Sektor: Die Vertragsfreiheit fördert die Transparenz und zwingt die Leistungserbringer, die Qualität der Leistungen offen zu legen. › Bei Tarifverhandlungen soll der Wettbewerb zwischen den Versicherern künftig vermehrt spielen, insbesondere im Falle einer Aufhebung des Vertragszwangs. › Neben dem beschlossenen schweizweit einheitlichen Entschädigungssystem in der Spitalfinanzierung, fordern die Versicherer, dass ihnen die Leistungserbringer die Angaben liefern, die für die Kontrolle der Leistungen und Leistungsvergleiche notwendig sind (Diagnosen und Prozeduren). In einem nächsten Schritt fordern die Versicherer die Einführung der monetarischen Finanzierung bei gleichzeitiger Lockerung des Vertragszwangs im stationären Bereich. › Beschränkung der Spitalplanung auf Rahmenparameter. Strukturanpassungen oder -optimierungen sollen auf dem Preiswettbewerb (Benchmarking) und nicht auf staatlicher Steuerung basieren.
Staatliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> › Aufheben der Mehrfachrolle der Kantone als Planungsinstanz für die Spitalversorgung, als Finanzierer und Besitzer von Spitälern sowie Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten. › Aufheben des in der Grundversicherung geltenden Territorialprinzips. In der kleinteiligen Schweiz braucht es für eine effiziente gesundheitliche Versorgung überregionale Märkte, die nicht durch Kantonsgrenzen eingeschränkt sind. › Kontrolle der Geschäftstätigkeit der Versicherer durch ein unabhängiges Aufsichtsorgan. Zu prüfen ist die Unterstellung der Krankenversicherung unter das Finanzmarktgesetz und die entsprechende Aufsicht. › Keine Erschwerung der Bereitstellung und der Weitergabe von notwendigen Daten durch den Datenschutz.

Tabelle 9 Quelle: santésuisse 2007b

Wichtige Wettbewerbselemente zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung sind gemäss den Versicherern insbesondere die Aufhebung des Vertragszwangs und die Förderung von Managed Care (bzw. der integrierten Versorgung):

- › Im Urteil der Versicherer (santésuisse 2005) ist die Vertragsfreiheit die einzige Möglichkeit zur Mengenbegrenzung bei den Leistungserbringern bei gleichzeitigen Anreizen zur Qualitätssteigerung, zur besseren Verteilung der Leistungserbringer nach Regionen und Fachgebieten und zur Verbesserung der Transparenz im System. Neben der Beachtung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringer bei Vertragsabschlüssen, dient die Vertragsfreiheit insbesondere der Entwicklung und der Verbreitung neuer, kostensparender Gesundheitsversorgungsmodelle (z.B. neue Versicherungsmodelle mit echten Spareffekten; Ärztenetzwerke). Die Umsetzung der Vertragsfreiheit soll im Rahmen von transparenten Leitplanken erfolgen.⁷⁰
- › Managed Care-Modelle (bzw. besondere Versicherungsformen) sind nach Ansicht der Versicherer (santésuisse 2006) ein wichtiges Instrument, um die Ziele einer verstärkten Kosteneindämmung und einer Effizienzsteigerung unter gleichzeitiger Beibehaltung der Qualität der Versorgung zu erreichen. Integrierte Versorgungsmodelle seien besonders geeignet, eine wirtschaftliche und qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung sicher zu stellen: Erstens begleiten und betreuen sie die Patientinnen und Patienten während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses. Zweitens werden die Versicherer und die Leistungserbringer in die finanzielle Verantwortung miteinbezogen. Drittens beinhalten sie in der Regel Qualitätsmassnahmen wie z.B. Qualitätszirkel. Die Versicherer setzen sich für die Wahlfreiheit zwischen Managed Care-Modellen (bzw. Netzwerken), konventioneller Versorgung und einen genügend grossen Spielraum für die Vertragspartner ein.⁷¹ Zu enge gesetzliche Vorgaben zur Förderung von Netzwerken und Managed Care-Modellen lehnen die Versicherer ab. Zur weiteren Entwicklung und Verbreitung von Managed Care-Modellen sind nach Ansicht der Versicherer insbesondere folgende Massnahmen erforderlich (santésuisse 2006):
 - › Einheitliche Finanzierungsregeln für den ambulanten und den stationären Spitalsektor.

⁷⁰ Sicherstellung der Versorgung durch die Kantone, Gewährleistung der gesetzlichen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit, Sicherstellung des korrekten Wettbewerbs durch die Wettbewerbskommission, Transparente Kriterien (Erarbeitung der Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität durch eine unabhängige Institution).

⁷¹ Z.B. hinsichtlich Vergütungsformen, Budgetverantwortung, Qualitätssicherung bei Leistungserbringern und Ein- und Austrittsmodalitäten, finanzielle Anreize.

- › Erhöhung der Gestaltungsfreiheit bei alternativen Versicherungsmodellen: flexible Beitrittsregeln, Möglichkeit von Mehrjahresverträgen (bis 3, 4 oder 5 Jahre), ohne aber die Mindestdauer gesetzlich zu definieren, Freiheit, Vereinbarungen mit oder ohne Budgetverantwortung zu treffen, Freiheit, Exklusivverträge abzuschliessen; keine staatlichen Vorgaben zur „Vernetzung“, „Steuerung“ und zur Rechtsform der Leistungsanbieter bzw. der Netze. Kein Zwang zu Capitation.
- › Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten und im stationären Bereich: Solange sämtliche Leistungserbringer Anrecht auf die Abgeltung ihrer Leistungen zu garantieren Tarifen haben, besteht für sie kein finanzieller Grund, in Netzwerken mit Budgetverantwortung und speziellen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und die Qualität mitzumachen. Zur Förderung von Managed Care-Modellen und zur Lockerung des Kontrahierungszwangs zwischen Ärztinnen/Ärzten und Versicherern auf freiwilliger Basis schlägt ein Versicherer vor, die Grundversicherung in zwei Varianten anzubieten (sog. „Helsana-Modell vgl. NZZ vom 15. Mai 2008 oder „Zwei-Kreise-Modell“, vgl. NZZ vom 28. Mai 2008). Danach sollen die Versicherten zwischen einem Modell A mit eingeschränkter Arztwahl, einer Franchise von 300 CHF und einem Selbstbehalt von 10 Prozent sowie einem Modell mit voller Wahlfreiheit, einer Franchise von 1'000 CHF sowie einem Selbstbehalt von 20 Prozent entscheiden. Dieses Modell enthält mit dem differenzierten Selbstbehalt einen neuen Anreiz zur Förderung von Managed Care-Modellen und überlässt die Wahl des Versicherungs- und des Versorgungsmodells weiterhin den Versicherten.

Die Forderungen der befragten Versicherer nach wettbewerblichen Reformen stimmen grösstenteils mit den Positionen von santésuisse überein. Die Versicherer bestätigen, dass sie in der Grundversicherung für das Versicherungsobligatorium und für ein Mindestleistungspaket eintreten. Sie fordern jedoch, dass die Akteure über eine möglichst grosse Wahlfreiheit verfügen und der Staat weniger in den Gesundheitsmarkt eingreift. Die Versicherer möchten durch einen „flexiblen“ Wettbewerb die Effizienz steigern. Der Wettbewerb soll sich vermehrt aus den Impulsen von und im Bemühen um Versicherte und Patientinnen und Patienten entwickeln. Zudem hätten bisher Kostenüberlegungen im Vordergrund gestanden. Zukünftig sollten Kosten-Nutzenüberlegungen wichtiger werden. Im Selbstverständnis der Versicherer ist es die Aufgabe der Versicherer, den Markt zu organisieren. Instrumente dazu sind die Entwicklung von Versicherungsmodellen (Verhältnis Versicherer - Versicherte) und die Strukturierung der Gesundheitsversorgung (Verträge zwischen Versicherern und Leis-

tungserbringern). Die Versicherer sind der Auffassung, dass sie für die Qualität der Versorgung und die Wirtschaftlichkeit sowie die Transparenz der Leistungen zu sorgen haben. Können die Versicherer am Markt unter verschiedenen Leistungserbringern auswählen, sollen diese dazu gebracht werden, das Preis-Leistungsverhältnis und die Qualität der Angebote ständig zu verbessern und den Präferenzen der Nachfrager anzupassen. Der Wettbewerb um innovative, integrierte Versorgungsmodelle ist gemäss den Versicherern zukünftig von grosser Bedeutung. Mehrere Versicherer betonen, dass in Zukunft im Sinne einer Gesamtopik die Prävention, die Früherkennung, die Pflege, die Arbeitsunfähigkeit und die Leistungen der Invalidenversicherung verstärkt in Kosten-Nutzenüberlegungen einbezogen werden sollten. Ein Befragter befürchtet demgegenüber, dass eine Abdeckung der gesamten Präventions- und Behandlungskette durch das KVG der „Vollkasko mentalität“ der Versicherten Vorschub leisten würde.

Die befragten Versicherer sind sich hinsichtlich folgender wettbewerblicher Reformen einig:

- › Aufhebung des Kontrahierungszwangs (Wahlfreiheit für die Versicherer und für die Leistungserbringer): Für die Versicherer ist die Vertragsfreiheit eine zentrale Massnahme zur Verstärkung des Wettbewerbs in Richtung verbessertem Kosten-Nutzenverhältnis aus Sicht der Versicherten. Die Versicherer sind der Überzeugung, dass sie ohne Aufhebung des Kontrahierungszwangs ihre Rolle (Organisation des Gesundheitsmarkts) nicht ausreichend wahrnehmen können. Die Vertragsfreiheit wird als zentrale Voraussetzung für die Selektion der Leistungserbringer nach Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien und für die verstärkte Verbreitung von Managed Care-Modellen (bzw. -Organisationen) erachtet. Ohne Kontrahierungszwang hätten die Leistungserbringer einen wesentlich stärkeren Anreiz, sich über die Qualität von der Konkurrenz abzuheben. Damit würde sich der Wettbewerb nicht mehr nur auf die Kosten, sondern auf die Kosten und die Leistungsqualität beziehen.
- › Verbesserung der Information zur Qualität der Leistungen (Verbesserung der Transparenz): Gemäss den Befragten stellt die Transparenz der Leistungen und der Leistungsqualität ebenfalls ein zentrales Wettbewerbselement dar. Einerseits sind die Versicherten an vergleichenden Informationen zur Qualität der Leistungserbringer interessiert. Andererseits benötigen die Versicherer bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs verbesserte Informationen, um ihre Vertragspartner über Benchmarks selektionieren zu können (z.B. Diagnosecodes als Voraussetzungen für Wirtschaftlichkeitskontrollen). Mehrere Befragte sind der Überzeugung, dass sich der Informationsgehalt zur Leistungsqualität wesentlich

verbessern würde, wenn es mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gäbe. Ein Befragter fordert, dass die Versicherer die Strukturen der Qualitätsberichte (z.B. für Spitäler und Ärztenetze) definieren und die Veröffentlichung der Berichte einfordern (z.B. über Internet). Ein weiterer Befragter ist überzeugt, dass sich private Unternehmen auf den Vergleich der Qualität der Leistungen verschiedener Leistungserbringer spezialisieren würden, sobald der Kontrahierungszwang aufgehoben ist.

- › Einführung der monistischen Spitalfinanzierung, Aufhebung der Spitalplanung und Rolle der Kantone: Vorteil der monistischen Spitalfinanzierung wäre, dass der ambulante und der stationäre Sektor gleich finanziert würde. Zudem würden die aufgrund der Spitalsubventionierung bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen privaten und öffentlichen Spitälern wegfallen und die Anreize für die Managed Care-Organisationen verbessert werden.⁷² Die verschiedenen Rollen der Kantone (Planungsverantwortliche, Spitalbetreiber, Tarifbehörde) werden von den Befragten als wettbewerbshemmend kritisiert.
- › Freie Wahl des Leistungserbringers in der ganzen Schweiz für die Patientinnen und Patienten (im Grenzgebiet auch im Ausland, wobei die Zustimmung der Versicherer notwendig wäre). Ein Befragter schlägt vor, dass sich die Leistungserbringer im Sinne einer zweckmässigen geografischen Abdeckung der medizinischen Versorgung auch für den sich weiter öffnenden europäischen Gesundheitsmarkt vorbereiten. Ein Versicherer ist der Überzeugung, dass sich die Spitäler auf ihre Stärken konzentrieren und spezialisieren würden, falls die Kantonsgrenzen aufgehoben würden. Dies würde den Wettbewerb um die Leistungsqualität verstärken.
- › Förderung von Managed Care-Modellen: Die Befragten sind der Ansicht, dass der Bund die Förderung von Managed Care-Modellen nicht allzu stark reglementieren sollte. Gemäss einem Versicherer wären die Möglichkeit von längeren Vertragsdauern (über einem Jahr) mit entsprechend abgestuften Prämienrabatten und die Möglichkeit, auf Franchisen und Selbstbehalte zu verzichten, wichtig. Dies würde die Planung für die Beteiligten (Versicherer und Leistungserbringer) und die finanziellen Anreize für die Versicherten erhöhen.
- › Aufsichtsfunktion des Bundes: Der Bund soll sich darauf beschränken, die Rahmenbedingungen zweckmässig zu setzen. Analog zur Aufsicht bei den privaten Versicherungen müsste die Prüfung der Solvenz der Versicherer im Vordergrund stehen. Eingriffe in die Bestimmung der Prämienhöhe und in die Höhe der Reserven lehnen die Versicherer ab.

⁷² Bei einer monistischen Finanzierung würden die Managed Care-Organisationen von den gesamten Einsparungen im Spitalbereich profitieren.

Hinsichtlich folgender Vorschläge zur Verstärkung der Wettbewerbselemente haben die befragten Versicherer unterschiedliche Auffassungen:

- › Leistungskatalog: Die Befragten sind sich weitgehend darin einig, dass der Leistungskatalog „flexibilisiert“ werden sollte. Hinsichtlich der Richtung der „Flexibilisierung“ bestehen jedoch unterschiedliche Auffassungen:
 - › Mehrere Befragte sind der Ansicht, dass der Leistungskatalog zu umfassend ist und die Selbstverantwortung der Versicherten erhöht werden sollte. Ein Befragter schlägt vor, zu definierende „Bagatellfälle“ aus der OKP zu streichen und privat finanzieren zu lassen (Abfederung via Prämiensubventionen). Gemäss einem anderen Befragten sollten die im Leistungskatalog aufgeführten Leistungen in drei Gruppen unterteilt werden, deren Kosten zu unterschiedlichen Anteilen durch die OKP finanziert würden („Bagatell“-Leistungen zu 60 Prozent; „mittlere“ Leistungen zu 80 Prozent, „grosse“ Leistungen zu 100%). Dies würde es auch ermöglichen, die Palette der Versicherungsprodukte im Zusatzversicherungsbereich zu erweitern. Idee wäre, dass die „Kernleistungen“ durch die OKP und die „Komfortleistungen“ privat (bzw. über die Zusatzversicherung) finanziert würden.
 - › Ein Befragter sieht keinen Bedarf zur Reduktion des Leistungskatalogs. Demgegenüber wird eine Ausweitung des Leistungskatalogs für verschiedene Versicherungsmodelle vorgeschlagen (z.B. Versicherungsprodukt, das den Leistungskatalog um die Alternativmedizin ergänzt⁷³).
- › Risikoausgleich: Die befragten Versicherer sind sich einig, dass ein obligatorisches Grundleistungspaket einen Risikoausgleich erfordert, um die Risikoselektion zu verhindern bzw. deren Folgen auszugleichen. Hinsichtlich der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs haben sie jedoch unterschiedliche Vorstellungen:
 - › Ein Versicherer fordert solange eine Verbesserung des Risikoausgleichs bzw. eine Reduktion der Fehlanreize, bis andere Wettbewerbsstrategien (v.a. Förderung von Managed Care; Leistungskosten-Management) im Vergleich zur Risikoselektion attraktiver werden. Inwieweit dieses Ziel bereits mit der vom Parlament beschlossenen Reform erreicht werde, bleibe abzuwarten.
 - › Ein anderer Versicherer gibt sich mit einem einigermaßen guten Risikoausgleich zufrieden und spricht sich gegen eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs aus. Erstens haben sich die Strategien der Versicherer bereits heute vervielfältigt. Kein

73 Dies könnte den direkten Kontakt von Managed Care-Organisationen mit Alternativmedizinern verstärken.

Versicherer betreibe eine reine Risikoselektionsstrategie. Zweitens wird sich die Voraussagekraft mit den beschlossenen Änderungen verbessern. Drittens dürfen die Bedingungen des Risikoausgleichs bzw. die Spielregeln des Wettbewerbs nicht dauernd geändert werden.

- › Gemäss einem weiteren Versicherer wäre die Verbesserung des heutigen Risikoausgleichs nicht notwendig gewesen, weil die Kostendifferenzen bereits heute weitgehend ausgeglichen würden.
- › Risikogerechte Prämien: Die Versicherer sind der Überzeugung, dass risikogerechte Prämien in Kombination mit individuellen Prämienverbilligungen ein zusätzliches Wettbewerbselement wären. Aus politischen Gründen sind risikogerechte Prämien für mehrere Befragte jedoch kein Thema.⁷⁴ Lediglich ein Versicherer wünscht sich risikogerechte Prämien, weil dadurch der Risikoausgleich überflüssig wäre. Risikogerechte Prämien müssten jedoch mit der Möglichkeit kombiniert werden, die Vertragsdauer deutlich zu verlängern.
- › Gewinnverbot für die Versicherer: Die Versicherer sind sich über die Bedeutung einer Aufhebung des Gewinnverbots nicht einig:
 - › Mehrere Versicherer fordern grundsätzlich das Aufheben des Gewinnverbots in der Grundversicherung. Mit dem Gewinnverbot werde den Versicherern eine wichtige Möglichkeit genommen, Innovationen und Investitionen zu finanzieren (z.B. Weiterentwicklung der Managed Care-Modelle). Der Wettbewerb unter den Versicherern werde dadurch (in Kombination mit zu wenig differenzierbaren Produkten) eingeschränkt. Politisch sei die Gewinnerwirtschaftung jedoch kein Thema. Die Versicherer drängten nicht sehr stark in Richtung einer Aufhebung des Gewinnverbots, weil dies politisch kein Thema sei und in der Öffentlichkeit nicht gut ankomme (Gefahr eines Imageschadens).
 - › Ein Versicherer empfindet das Gewinnverbot in der OKP nicht als stark wettbewerbsbeschränkend. Ein anderer Versicherer ist ebenfalls der Ansicht, dass das Gewinnverbot in der Grundversicherung aufgrund der Möglichkeiten in der Zusatzversicherung und weiteren Versicherungsbereichen die Versicherer nicht allzu stark einschränkt.

⁷⁴ Die Krankenversicherung zählt zu den Sozialversicherungen. Entsprechend sind das Obligatorium und die Einheitsprämie politisch gut verankert.

6.2.2. LEISTUNGSERBRINGER

Ärztinnen und Ärzte

Gemäss den Ärztinnen und Ärzten sind vor allem der Wettbewerb unter den Ärztenetzen und entsprechende Managed Care-Modelle zu fördern (vgl. FMH 2008a, 2008b, 2007, 2006). Gemäss dem Thesenpapier der FMH (2006) sind Ärztenetzwerke bzw. Versorgungsnetze Organisationen, die von Leistungserbringern gebildet werden und der Gesundheitsversorgung dienen. Die Netzwerke erbringen durch verbindliches Zusammenwirken unter sich, mit netz-fremden Leistungserbringern und mit den Kostenträgern Gesundheitsleistungen, die auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Die Netzwerke setzen sich für eine hohe Versorgungsqualität und einen haushälterischen Umgang mit den vorhandenen Mitteln ein. Die Steuerungsverantwortung liegt beim „Care Manager“ (i.d.R. Hausärztin/Hausarzt; evtl. auch Spezialisten). Das Ärztenetzwerk nimmt folgende zentrale Aufgaben und Kompetenzen wahr (FMH 2006):

- › Das Ärztenetzwerk ist Vertragspartner der Versicherer.
- › Auf Stufe Ärztenetzwerk besteht eine Budget-(mit-)verantwortung.
- › Das Ärztenetz entscheidet über die Aufnahme oder den Verbleib einer Ärztin/eines Arztes im Netzwerk.
- › Das Netzwerk betreibt eine Qualitätsentwicklung.
- › Es findet eine netzwerkspezifische Weiter- und Fortbildung statt.

Gemäss mehreren befragten Vertretern der Ärzteschaft ist der Wettbewerb zwischen Ärztenetzen zukünftig zentral.⁷⁵ Sind die Ärztinnen und Ärzte vor allem in Form von Einzelpraxen im konventionellen Versicherungsmodell tätig, fänden keine Innovationen und keine Differenzierung statt. Die Vorteile von Ärztenetzen (qualifizierte Behandlung/Betreuung u.a. durch Vernetzung und reduzierte Kosten) könnten nicht genügend ausgeschöpft werden. Anzustreben wären verschiedene Ärztenetze, die sich durch unterschiedliche Schwerpunkte und Qualität auszeichnen. Beispielsweise könnten sich die Ärztenetze durch Schwerpunkte (z.B. Diabetes, Asthma, chronisch Kranke, psychisch Kranke, etc.) auf dem Markt positionieren. Zukünftig sollte vor allem ein Qualitäts- und kein Preiswettbewerb angestrebt werden (Wettbewerb hinsichtlich eines möglichst grossen Nutzens

⁷⁵ Anmerkung: Das „Positivmodell“ des VSAO (2006) ist im Wesentlichen ein Gatekeeper-Modell (zentrale Rolle des Care Managers bzw. des Behandlungskordinators). Die zwingende Auferlegung von Budgetverantwortung gegenüber Managed Care-Versorgungsnetzen oder gar einzelnen Leistungserbringern wird abgelehnt.

für die Patientinnen und Patienten). Damit hätten die Ärztenetzwerke auch ein grosses Interesse, ihre durch die Profession definierte Qualität explizit zu machen. Zweitens sollte ein Grossteil der Versicherten (60 bis 70 Prozent) in Managed Care-Modellen versichert sein. Dies würde bei den Ärztinnen und Ärzten einen grossen Anreiz erzeugen, Ärztenetze zu entwickeln oder beizutreten.⁷⁶

Folgende Aspekte sind aus Sicht der befragten Vertreter der Ärzteschaft und der FMH (2006) bei der Förderung von Ärztenetzwerken besonders wichtig:

- › Der Aufbau der Ärztenetze (inkl. Vernetzung) muss durch die Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen selber entscheiden können, mit wem sie zusammenarbeiten wollen. Sie können die Qualität ihrer Kolleginnen und Kollegen am ehesten beurteilen. Die Vernetzung der Leistungserbringer ist nicht Aufgabe der Versicherer. Die Versicherer können aufgrund des fehlenden „professionellen“ Know-hows die Organisation des Gesundheitsmarktes nicht in Richtung einer Vernetzung steuern.
- › Erwünscht sind verschiedene Modelle von Ärztenetzwerken (z.B. mit und ohne Spezialisierung) und verschiedener Varianten von Managed Care-Modellen. Die Ärztinnen und Ärzte sollen über einen ausreichenden Gestaltungsspielraum im Aufbau und im Betrieb ihres Netzes verfügen. Die Entwicklung von Ärztenetzwerken und Managed Care-Modellen soll auf Freiwilligkeit beruhen. Das herkömmliche Modell (Einzelpraxen oder Ärztenetzwerke ohne die oben beschriebenen Merkmale) muss weiterhin möglich sein.
- › Die Versicherer haben sich auf ihre Rolle als Finanzierer zu beschränken. Es ist nicht ihre Aufgabe, das „professionelle“ System der Gesundheitsversorgung zu steuern und zu kontrollieren. Aufgabe der Versicherer ist die Förderung der Ärztenetzwerke durch die Ausrichtung des Wettbewerbs auf die Ärztenetzwerke. Einerseits sollten die Versicherer mit den Ärztenetzwerken separate Verträge aushandeln. Dabei könnten sie die Differenzierung der Netzwerke mit finanziellen Anreizen unterstützen (z.B. unterschiedliche Abgeltung für unterschiedliche Qualität). Andererseits sollten die Versicherer entsprechende Versicherungs- bzw. Managed Care-Modelle erarbeiten. Dabei könnten sie mit finanziellen Anreizen gegenüber den Versicherten die Attraktivität bestimmter Ärztenetzwerke fördern. Wichtig sind zudem spezifische Angebote (Ärztenetze und entsprechende Managed Care-Modelle) für (chronisch) kranke Versicherte. Dadurch erhöhen die Versicherer auch die Wahlmöglichkeit für die Versicherten.

⁷⁶ Gemäss mediX (2007) müssten die Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis rentabel betreiben wollen, bei einem Anteil von mindestens 60 Prozent der Bevölkerung, die Managed Care-Modellen versichert sind, über entsprechende Verträge mit den Versicherern verfügen.

- › Der Regulierer (Bund/Kantone) sollte die Netzwerke fördern und verschiedene Modelle ermöglichen (konventionelles Versorgungsmodell; Gatekeeping-Modell, Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung).

Zur Förderung des Wettbewerbs zwischen den Ärztenetzwerken fordern die FMH (2008a, 2008b, 2007, 2006) und die befragten Vertretenden der Ärzteschaft folgende regulatorischen Massnahmen:

- › Verbesserung des Risikoausgleichs: Die Ärztinnen und Ärzte gehen davon aus, dass die Versicherer auch unter Berücksichtigung der vom Parlament beschlossenen Änderungen einen genügend grossen Anreiz zur Risikoselektion bzw. ein zu geringes Interesse an Managed Care-Modellen haben. Der Risikoausgleich sollte so weit verbessert werden, dass die Versicherer einen Anreiz haben, auch (chronisch) kranke Versicherte über Managed Care-Modelle anzuziehen. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern sollte sich zukünftig möglichst auf die „schlechten“ Risiken (v.a. chronisch Kranke bzw. komplexe Fälle) konzentrieren. Die Ärzteschaft fordert deshalb, dass der Risikoausgleich Morbiditätsunterschiede berücksichtigt.
- › Die finanziellen Anreize für die Versicherten, einem Managed Care-Modell beizutreten, sollten verstärkt werden. Gemäss der Ärzteschaft steht dabei vor allem ein differenzierter Selbstbehalt im Vordergrund. Während finanzielle Anreize über Prämienrabatte vor allem gesunde Versicherte ansprechen, könnten über einen differenzierten Selbstbehalt (z.B. 20 Prozent bei konventionellen Modellen; 10 Prozent bei Managed Care-Modellen) auch für kranke Versicherte ein Anreiz geschaffen werden, Managed Care-Modellen beizutreten. Entsprechend könnten auch die Anreize für die Versicherer erhöht werden, kosten- und qualitätsbewusste Managed Care-Modelle (bzw. spezialisierte Managed Care-Modelle) zu fördern. Vorteile für die Versicherten wären eine Kostenreduktion im Krankheitsfall gegenüber dem konventionellen Modell und eine qualifizierte Behandlung bzw. Betreuung durch (spezialisierte) Ärztenetze. Gemäss einem Befragten ist ein System erforderlich, dass den differenzierten Selbstbehalt mit einer Differenzierung der Ärztenetzwerke kombiniert. Ein weiterer Vorteil für die Versicherer bestünde darin, dass sie weiterhin zwischen dem konventionellen Modell und dem Managed Care-Modell wählen können. Die in Managed Care-Modellen Versicherten wären nach wie vor in ihrer Arztwahl frei, müssten jedoch bei Leistungen ohne Absprache mit dem „Care Manager“ den höheren Selbstbehalt zahlen. Dadurch könnte ein wichtiges Hemmnis für den Beitritt der Versicherten zu einem Managed Care-Modell reduziert werden (mediX 2007). Die Prämienrabatte für Managed Care-Modelle sollten beibehalten werden und den differenzierten Selbstbehalt ergänzen.

Die Ärztinnen und Ärzte wehren sich gemäss FMH (2008b, 2007, 2006) sowie den befragten Vertretenden der Ärzteschaft vehement gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs:

- › Die Ärzteschaft lehnt insbesondere die Übertragung der alleinigen Verantwortung für die Auswahl der Leistungserbringer an die Versicherer ab. Befürchtet werden eine Machtkonzentration bei den Versicherern als Basis für Willkür, ein Abbau in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und eine Verstärkung der Entsolidarisierung durch den Verlust der freien Arztwahl. Die Ärzteschaft fordert, dass sie gemeinsam mit den Partnern des Gesundheitswesens Qualitätsaspekte definiert, die auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen können. Erfülle eine Ärztin/ein Arzt diese Kriterien nicht, soll er von den Versicherern nicht abgelehnt werden können, unabhängig davon, ob sie/er in einem konventionellen Modell oder in einem Managed Care-Modell tätig ist.
- › Die Ärzteschaft erachtet das System mit Einzelpraxen als schlecht für die Differenzierung in der Kontrahierung. Der Wettbewerb müsse über die Ärztenetzwerke stattfinden (sog. „differenzierte Kontrahierung“).
- › Gemäss der Ärzteschaft ist die aktuelle Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Ärztinnen und Ärzte ungenügend. Aufgrund der bestehenden Datengrundlagen könnten nur sehr grobe Kriterien für die Auswahl der Ärztinnen und Ärzte verwendet werden, was unerwünschte Auswirkungen hätte. Voraussetzung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wäre eine wesentliche Verfeinerung der Beurteilung (z.B. Qualitäts- bzw. Qualifikationskriterien und entsprechende Datengrundlagen).
- › Mehrere befragte Vertreter der Ärzteschaft weisen darauf hin, dass der Kontrahierungszwang zur Umsetzung des von den Ärztinnen und Ärzten vorgeschlagenen Wettbewerbsmodells (Wettbewerb zwischen Ärztenetzwerken) nicht notwendig ist. Das KVG ermöglicht den Versicherern und den Leistungserbringern im Rahmen der Managed Care-Modelle bereits heute die volle Vertragsfreiheit. Ein Befragter befürchtet, dass die Aufhebung des Vertragszwangs aus Sicht der Ärztenetzwerke sogar kontraproduktiv sein könnte. Möglich wäre, dass die von den Versicherern über „Ärztelisten“ ausgewählte Ärztinnen und Ärzte aufgrund unterschiedlicher Kriterien nicht auf die Ärztenetze abgestimmt sind. Zudem sei nicht sicher gestellt, dass die von den Versicherern ausgewählten Ärztinnen und Ärzten gut zusammenarbeiten (kein Netzwerk). Spezialisierte Ärztenetzwerke sind gemäss der Ärzteschaft auch für die Versicherer interessant, weil sie dadurch unterschiedliche Produkte (z.B. für Diabetiker, integrierte Versorgung, etc.) anbieten und dadurch bei verbesserter Qualität Kosten einsparen könnten.

Spitäler

Gemäss H+ unterstützen die Spitäler das Modell des „regulierten Wettbewerbs“. Entsprechend haben sie sich in der Laufenden KVG-Revision für wettbewerbliche Modelle und Instrumente eingesetzt.

In genereller Hinsicht kritisiert H+ die fehlende Gesamtsicht betreffend das schweizerische Gesundheitssystem. Neben den Strukturen müssten vor allem die wirklichen Kostenverursacher (teure oder häufige Krankheiten) identifiziert und entsprechende Massnahmen getroffen werden. Zudem sollten die Versicherer eine Gesamtoptik über den gesamten Heilungsprozess der Patientinnen und Patienten einnehmen (inkl. Rehabilitation und Invalidenversicherung), um effiziente Massnahmen der Leistungserbringer nicht aufgrund eines zu kurzen Zeithorizonts zu verweigern.

H+ (2005) ist der Überzeugung, dass eine effiziente Gesundheitsversorgung am besten gewährleistet werden kann, wenn die Leistungserbringer innerhalb kohärenter rechtlicher Rahmenbedingungen über einen möglichst grossen Spielraum für die bedarfsgerechte Entwicklung ihrer Angebote verfügen. Mehrfachrollen einzelner Akteure (v.a. Kantone) seien zu vermeiden.

Die Spitäler setzen sich für die integrierte Versorgung ein. Sie vernetzen sich deshalb mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern und richten ihre Institutionen und Behandlungsprozesse danach aus. Gemäss H+ sind Vor- und Nachbetreuung schon heute bedeutende Teile der Spitalbehandlung. Zur Verbesserung der integrierten Versorgung sollten sich die Versorgungsräume über politische Grenzen hinweg nach patientengerechten funktionalen Kriterien richten. Zudem erfordern integrierte Versorgungsprozesse entsprechende Entschädigungssysteme, um Systembrüche zu vermeiden (H+ 2005). Gemäss H+ ist der Einbezug der Langzeitpflege in die Fallpauschalen DRG nicht ideal, weil dadurch die Kosten der einzelnen Behandlungen innerhalb einer Diagnosegruppe viel stärker streuen würden. Dadurch würden Anreize zu unerwünschter Patientenselektion gesetzt. Zu prüfen wäre jedoch beispielsweise, wie die Kostenträger (z.B. Managed Care-Organisationen) an den Folgekosten von Krankheiten (z.B. via Taggelder) beteiligt werden könnten (H+ 2004b).

Die Spitäler setzen sich gemäss H+ für folgende Massnahmen zur Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ein:

- › Die unternehmerische Freiheit der Spitäler sollte gestärkt werden (H+2004a).
- › Durch die Aufhebung der kantonalen Grenzen könnte der überkantonale und nationale Wettbewerb zwischen den Spitälern erhöht und die Bemühungen zur integrierten Versor-

gung verstärkt werden. Da die Patientinnen und Patienten auch bei einer Wahlmöglichkeit mehrheitlich das Spital in ihrer Nähe aufsuchen, erwartet H+ von einer Aufhebung der kantonalen Grenzen jedoch keine grossen Veränderungen der Spitalstrukturen der Schweiz.

- › Eine erhöhte Transparenz über die Qualität der Leistungserbringer könnte die Wettbewerbsintensität erhöhen. H+ ist der Überzeugung, mit dem H+ Qualitätsprogramm und der Einführung des freiwilligen Labels „H+ qualité“ im Spitalbereich einen wichtigen Schritt in Richtung einer verstärkten Transparenz getan zu haben. Ziel von H+ ist es, bis 2010 ein schweizweites Qualitätsindikatorenset mit dem Label „H+ qualité“ zu haben, das über die Qualität der Ergebnisse, die Prozesse und die Infrastruktur der Spitäler informiert.
- › H+ setzt sich für ein monistisches Spitalfinanzierungssystem ein. Damit würden die Leistungserbringer unabhängig von ihrer Trägerschaft gleich behandelt. Gleichzeitig fordert H+ die Auflösung der Mehrfachrolle der Kantone (H+ 2004a).
- › Die finanziellen Anreize für Managed Care-Modelle sollten verstärkt werden (differenzierte Kostenbeteiligung).

H+ sperrt sich im Gegensatz zur Ärzteschaft nicht prinzipiell gegen die Vertragsfreiheit. Nach Ansicht von H+ (2004a) ist die Vertragsfreiheit Kernstück eines wettbewerblichen Systems im Gesundheitswesen. Wichtig ist jedoch, dass die zur Vertragsfreiheit notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind und die Rahmenbedingungen richtig gesetzt werden. Andernfalls führe die Vertragsfreiheit nicht zu einem medizinisch, qualitativ und wirtschaftlich effizienteren Gesundheitssystem und ist damit nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten. Folgende Voraussetzungen sind nach Ansicht von H+ (2004a) für die Einführung der Vertragsfreiheit von zentraler Bedeutung:

- › Unter den heute geltenden Rahmenbedingungen dürfen die Versicherer nicht freie Hand bei der Auswahl der Leistungserbringer haben.
- › Die Frage der Vertragsfreiheit bei Spitälern und Kliniken muss gemeinsam mit der monistischen Leistungsfinanzierung geklärt werden, damit volkswirtschaftlich und medizinisch unsinnige Verschiebungen ohne Kosteneinsparungen vermieden werden.
- › Der Risikoausgleich ist so weit zu verbessern, dass die durch die Einheitsprämie bedingten Fehlanreize reduziert werden.

In Ergänzung zu H+, vertreten die Privatkliniken gemäss PKS (Privatkliniken Schweiz) folgende Position:

- › Ein fairer Wettbewerb bei allen Akteuren ist eine wichtige Voraussetzung für die Gewährleistung einer optimalen, flächendeckenden Gesundheitsversorgung für alle Beteiligten (Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer) zu fairen Preisen. Dabei müsse überall sicher gestellt werden, dass diejenigen Leistungserbringer die Leistungen erbringen, die bei einem echten, korrekten, auf objektiven und sachlich nachvollziehbaren Kriterien beruhenden Wettbewerb am besten abschneiden. Bei den Spitälern sowie den Ärztinnen und Ärzten müssen Preis und Qualität die ausschlaggebende Rolle spielen.
- › Damit in Zukunft ein echter Wettbewerb möglich ist, sollte in erster Linie das heutige System verbessert werden. Weitergehende Massnahmen wie risikoabhängige Prämien und Flexibilisierung des Grundleistungskatalogs sind nicht dringend. Sie würden das heutige System in Frage stellen, das auf Solidarität und Gleichbehandlung beruht.
- › Zur Verstärkung des Wettbewerbsprinzips im Rahmen des heutigen Systems, befürworten die Privatkliniken folgende Massnahmen:
 - › Abschaffung der Spitalplanung bzw. Reduktion der Rolle der Kantone auf die Sicherstellung von genügend Spitalkapazität.
 - › Elimination der Mehrfachrolle der Kantone.
 - › Schweizweite Gewährleistung einer echten Spitalwahlfreiheit.
 - › Korrekte Auswahl der Spitäler auf objektiven, sachlich gerechtfertigten Kriterien (Qualität und Wirtschaftlichkeit). Damit erhielten die Privatspitäler eine faire Chance, im Wettbewerb als gleichberechtigte Akteure bestehen zu können.
 - › Weiter Massnahmen wie die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die Verbesserung des Risikoausgleichs, die monistische Spitalfinanzierung und die Verbesserung der Information über die Leistungsqualität werden von den Privatspitälern grundsätzlich unterstützt. Dabei sei jedoch darauf zu achten, dass kein Akteur eine dominante Rolle erhalte und damit den Wettbewerb verfälschen könne.

6.2.3. ÖFFENTLICHE HAND

Bund (bzw. BAG)

Nach Ansicht des BAG ist der Wettbewerb ein Mittel, um eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung mit gutem Kosten-Nutzenverhältnis zu erreichen. Die Schweiz verfüge bereits heute über ein System des „regulierten Wettbewerbs“. Das BAG weist darauf hin, dass bei der Diskussion um die Verstärkung der Wettbewerbselemente auch die gesundheits- und sozialpolitischen Ziele des KVG zu berücksichtigen sind. Aufgrund dieser Ziele soll am be-

stehenden System mit folgenden zentralen Elementen festgehalten werden: Krankenversicherung als Sozialversicherung, Versicherungsobligatorium, standardisierter Leistungskatalog, Einheitsprämie. Das BAG erachtet den gesicherten Zugang zur Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu qualitativ guter Medizin und die Erfolge hinsichtlich der Solidarität als Errungenschaften, die nicht „aufs Spiel gesetzt“ werden dürfen. Unter Berücksichtigung dieser zentralen Elemente, soll der Wettbewerb in denjenigen Bereichen verstärkt werden, in dem im Vergleich zur heutigen Situation ein besseres Kosten-Nutzenverhältnis (bzw. ein qualitativ besseres und effizienteres Gesundheitswesens) erzielt werden kann. Zur Verbesserung des Kosten-Nutzenverhältnisses (bzw. der Qualität über die ganze Behandlungskette) misst das BAG angesichts des fragmentierten Schweizer Gesundheitswesens der stärkeren Vernetzung der Leistungserbringer eine zentrale Bedeutung zu.

Gemäss BAG ist bekannt, wie das KVG im Rahmen des heutigen Systems durch weitere Wettbewerbselemente verstärkt werden könnte. Die Schwierigkeiten liegen vor allem in der konkreten Umsetzung, bei der politische Überlegungen (bzw. die Interessenspolitik) eine grosse Rolle spielen. Im Einzelnen äussert sich das BAG wie folgt zu möglichen Massnahmen zur Verstärkung der Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen:

- › Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Das BAG spricht sich für die Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich aus. Angestrebt wird nicht die „absolute“ Vertragsfreiheit, jedoch zumindest eine „Teilflexibilisierung“. Ziel ist eine Regulierung des Leistungsangebots. Durch die Vertragsfreiheit sollen die Qualität der Leistungen erhöht und die Kosten gesenkt werden. Als wichtig erachtet werden die Vernetzung zwischen den Ärztinnen und Ärzten sowie die Messung der Leistungsqualität. Falls für alle Spitäler dieselben Regeln (bzw. Pflichten) gelten, ist die Vertragsfreiheit im stationären Bereich für das BAG ebenfalls eine Option. Hinsichtlich eines verstärkten Wettbewerbs um Qualität misst das BAG bei den Spitälern insbesondere der Erhöhung der Kostentransparenz eine grosse Bedeutung bei. Die leistungsorientierte Spitalfinanzierung über Fallpauschalen dürfte bereits einen wesentlichen Beitrag zur Erhöhung der Transparenz in den Spitälern leisten. Die Sicherstellung des Versorgungsauftrags soll auch in Zukunft durch die Kantone erfolgen.
- › Eine monistische Finanzierung macht nach Ansicht des BAG nur in Zusammenhang mit anderen Massnahmen (z.B. Vertragsfreiheit) Sinn. Das BAG geht davon aus, dass die Einführung der Vertragsfreiheit und der monistischen Finanzierung die Durchlässigkeit der kantonalen Grenzen erhöhen würde. Die Kantone würden voraussichtlich trotz dieser Massnahmen eine Spitalplanung erstellen, müssten sich im Sinne einer Rahmenplanung jedoch stärker zusammenschliessen.

- › Das BAG erachtet Informationen zur Leistungsqualität als sehr wichtig. Mit der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung hat das BAG neue Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen. Im Spitalbereich ist der Wille zur Transparenz nach Ansicht des BAG vorhanden. Aufgrund der beschlossenen leistungsorientierten Finanzierung werden die Spitäler preislich vergleichbar. Sie werden ein Interesse haben, gegenüber den Versicherern und den Patientinnen und Patienten unterschiedliche Preise mit der Qualität der Leistungen zu begründen. In den Spitälern werden bereits fallbezogene Daten erhoben. Zudem bestehen in den Spitälern bereits Erfahrungen mit der Beurteilung der Leistungsqualität. Bei den Ärztinnen und Ärzten bestehen weder Standards noch Vorgaben zur Beurteilung der Leistungsqualität und der notwendigen Daten. Zudem werden im Unterschied zu den Spitälern keine fallbezogenen Daten erhoben. Gemäss BAG sollten die Qualitätsindikatoren der Leistungserbringer von einer neutralen Stelle erhoben und veröffentlicht werden. Die Versicherer sind für diese Aufgabe nicht geeignet. Erstens verfügen sie nicht über die erforderlichen Daten (keine Angaben zur Diagnose). Zweitens bestehen keine Standards. Drittens sind sie wichtige Akteure mit eigenen Interessen.
- › Risikoausgleich: Vor einer weiteren Verbesserung des Risikoausgleichs (z.B. in Richtung eines morbiditätsorientierten Risikoausgleichs) sollten nach Ansicht des BAG die Erfahrungen mit dem vom Parlament beschlossenen Risikoausgleich (prospektive Ausgestaltung, Berücksichtigung der Spitalaufenthalte des Vorjahres) abgewartet und ausgewertet werden.
- › Vorgaben für die Versicherer: Das BAG versteht die Rolle der Versicherer als „mittelbare“ Verwalter im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung. Daraus folgt, dass die Versicherer über einen begrenzten unternehmerischen Spielraum verfügen und vom BAG entsprechend kontrolliert werden. Das BAG erachtet es als wichtig, dass in den Diskussionen um eine Verstärkung die Rolle der Versicherer als mittelbare Verwalter berücksichtigt wird. Die Möglichkeit für die Versicherer, Gewinn zu erwirtschaften, lehnt das BAG ab. In einem Sozialversicherungssystem sollten mit den Prämieinnahmen nicht Gewinne erzielt werden, die privatisiert werden (bzw. an die Aktionäre ausgeschüttet werden).
- › Weitergehende Reformvorschläge (z.B. risikoabhängige Prämien, Flexibilisierung des Leistungskatalogs, Privatisierung der Krankenversicherung) laufen nach Ansicht des BAG den gesundheits- und sozialpolitischen Zielen des KVG zuwider und werden deshalb abgelehnt.

Kantone

Die GDK betont, dass die Schweiz über ein regulatorisches Mischmodell zur Organisation des Gesundheitswesens mit Wettbewerbselementen und staatlicher Kontrolle aufweist. Weitere Eigenschaften des Gesundheitswesens sind die organisatorisch starke Zersplitterung der Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis, Vielfalt von Spitälern, etc.), die eigenen Rollen und Interessen der gesundheitspolitischen Akteure und die hohe politische Legitimation und Verankerung des heutigen Gesundheitswesens durch direkt demokratische Mittel. Ausgehend vom heutigen System müsste es gemäss GDK das Ziel sein, durch Wettbewerbs- oder planerische Elemente Verbesserungen zu erreichen. Das System sollte auf der heutigen Basis optimiert werden. Beispiel für eine Verbesserung wäre gemäss GDK die bessere Vernetzung der Leistungserbringer (z.B. bessere Vernetzung zwischen Spitälern und der Spitex und zwischen Spitälern und Rehabilitationszentren). Mit Bezug auf das Wettbewerbsprinzip laute die Grundfragestellung, inwiefern die Verstärkung der Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen sinnvoll sei. Zu klären sei, welchen Beitrag der Wettbewerb zur Erreichung der übergeordneten Ziele des KVG⁷⁷ leisten könne und in welchen Bereichen die Wettbewerbselemente verstärkt werden sollen. Die GDK erwartet nur eine beschränkte positive Wirkung einer Wettbewerbszunahme. Erstens schränken die akzeptierten Prinzipien der Sozialversicherung, der solidarischen Finanzierung und des rechtsgleichen Zugangs zu den Leistungen wettbewerbliche Veränderungen ein. Zweitens geht die GDK im Vergleich zu anderen Märkten von einem grundlegend anderen Funktionieren des Gesundheitsmarktes im Rahmen einer Sozialversicherung aus.⁷⁸ Gemäss Jordi et al. 2007 besteht keine Evidenz für die Überlegenheit rein marktwirtschaftlicher Lösungen im Gesundheitswesen. Erwartet wird, dass die Vertragsfreiheit kombiniert mit einer freien Festlegung der Leistungspalette zu einem unübersichtlichen Angebots- und Vertragsgeflecht führen würde, was einen Vergleich durch die Versicherten verunmöglichen würde. Zudem müsste aufgrund von amerikanischen Erfahrungen mit massiv höheren Verwaltungskosten der Versicherer und der Leistungserbringer gerechnet werden (Jordi et al. 2007).

Gemäss GDK ist es auch wichtig, die von der öffentlichen Hand wahrzunehmende Gesamtverantwortung für die Versorgung zu beachten. Insbesondere im stationären Bereich

⁷⁷ Insbesondere auch qualitativ hoch stehende und umfassende Versorgung mit gutem Zugang für alle Versicherten sowie solidarische Finanzierung.

⁷⁸ U.a. starre Nachfrage und geringe Preiselastizität; fehlende Markttransparenz; Patientinnen und Patienten sind von den Ärztinnen und Ärzten abhängig; Regulierungsnotwendigkeit für Qualität und Menge des Angebots; Konsum von Gesundheitsleistungen ist sehr konzentriert; Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der Versicherten sind nicht deckungsgleich.

nehme die öffentliche Hand eine wichtige Rolle ein. Aufgrund des Versorgungsauftrages trage sie einerseits die hohen Investitionskosten. Andererseits übe sie über die Leistungsaufträge und die Tarifierung einen Einfluss auf die Ressourcenallokation aus. Aufgrund der zu tragenden Gesamtverantwortung (Versorgungssicherheit, Chancengleichheit, keine verdeckte Rationierung), könne sich der Staat aus dem stationären Bereich nicht vollständig zurückziehen.

Wettbewerbliche Reformmassnahmen sollten gemäss GDK einen positiven Beitrag zu den übergeordneten Zielen des KVG leisten und politisch mehrheitsfähig sein. Die GDK setzt sich für einen pragmatischen und zielgerichteten Reformweg ein. Zentrale Reformelemente sind aus Sicht der GDK richtige tarifliche Anreize und die Förderung von Managed Care:

- › In tariflicher Hinsicht erachtet die GDK die Einführung einer einheitlichen Struktur von Fallpauschalen im stationären Bereich (SwissDRG) als wichtig. Die GDK geht davon aus, dass die leistungsorientierten Fallpauschalen die Transparenz des Leistungsangebots erhöhen und damit zu einem verstärkten Kostendruck sowie zu einer Straffung bzw. Konzentration im Angebot führen werden.⁷⁹ Die Rolle der Kantone wird bei der Einführung der neuen Pauschalen als zentral erachtet. Zur Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ seien ebenfalls zielgerichtete tarifliche Anreize zentral. Das Tarifsystem wird für die Steuerung im Vergleich zur Herkunft der Finanzierung (z.B. monistische Spitalfinanzierung) als wichtiger erachtet. Diskussionswürdig sind nach Ansicht der GDK vor allem andere Tarifierungsformen als Einzelleistungsvergütungen im ambulanten Bereich. Zudem sollte die Spitex gegenüber den Pflegeheimen über einen vollständigen Kostendeckungsgrad der OKP-Tarife gefördert werden.
- › Zur stärkeren Verknüpfung der Leistungsbereiche sind gemäss GDK Managed Care-Modelle zu fördern und auszubauen. Im Urteil der GDK ist das Potenzial von Managed Care zur Reformierung des Gesundheitssystems noch längst nicht ausgeschöpft. Wesentliche Elemente zur Förderung und zur Verbreitung von Managed Care-Modellen sind nach Ansicht der GDK die Einbindung der Leistungserbringer und der Versicherer sowie Anreize für die Versicherten. Konkret schlägt die GDK folgende Massnahmen zur Förderung von Managed Care-Modellen vor (GDK 2007):
 - › Gefördert werden sollen nur Managed Care-Modelle bzw. -Organisationen (Zusammenschluss von Leistungserbringern zur medizinischen Versorgung der eingeschriebenen

⁷⁹ Jordi et al. 2007 gehen ebenfalls davon aus, dass der Übergang zu schweizweit einheitlichen fallbezogenen Tarifstrukturen in der Spitalversorgung zu einer betriebswirtschaftlich gerechteren Vergütung und besser vergleichbaren Leistungen führen. Einheitliche leistungsorientierte Tarifstrukturen werden als Grundlage für mehr Transparenz und Effizienz erachtet.

Versicherten), die eine Budgetmitverantwortung tragen und die über ein Qualitätsmonitoring verfügen. Die Art (Capitation oder Beteiligung am Jahresergebnis) und die Höhe der Mitverantwortung soll weitgehend offen gelassen werden.

- › Die Versicherer sollen verpflichtet werden, Managed Care-Modelle praktisch flächendeckend anzubieten (ev. Ausnahmen für dünn besiedelte Gebiete).
- › Die Versicherten sollen zusätzlich zu den gewährten Prämienrabatten mit einem tieferen Selbstbehalt (bzw. durch den Verzicht auf einen Selbstbehalt) zum Beitritt zu einem Managed Care-Modell bewegt werden. Durch den differenzierten Selbstbehalt sollen Managed Care-Modelle insbesondere für die schlechten Risiken (ältere und kranke Personen) attraktiver werden. Zudem sollen diese Massnahmen den nötigen Druck auf die Managed Care-Modelle erhöhen, damit sie tatsächlich kosteneffizienter arbeiten und die nötigen Einsparungen realisieren. Die Versicherer hätten ebenfalls einen verstärkten Anreiz, Managed Care-Modelle mit Steuerungsmechanismen anzubieten.
- › Disease Management Programme⁸⁰, die auf die Verbesserung der Behandlungsqualität und die Kosteneffizienz abzielen, sollen gefördert werden. Als wichtigste Massnahme wird der Erlass der Kostenbeteiligung für diejenigen Patientinnen und Patienten vorgeschlagen, die sich an einem Disease Management Programm beteiligen. Mögliche weitere Massnahmen wären die Berücksichtigung der Teilnahme an einem Disease Management Programm bei den Risikoausgleichszahlungen, die Verknüpfung eines Teils der Vergütung durch die Versicherer mit der Teilnahme an einem Disease Management Programm bei gewissen Indikationen und ein Qualitätszertifikat für Leistungserbringer.

Zu den sich in Diskussion befindenden Massnahmen zur Reform des KVG äussert sich die GDK wie folgt:

- › Aufhebung des Kontrahierungszwangs (bzw. Vertragsfreiheit): Die Mehrheit der Kantone hat gegenüber der Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich grosse Vorbehalte. Erstens liege es nicht in der Verantwortung der Versicherer, die Versorgung sicher zu stellen (prinzipielle Überlegung). Entsprechend müssten die Kantone gewisse Vorgaben machen, im Rahmen derer die Versicherer die Leistungserbringer frei wählen könnten. Zweitens stellen sich gemäss der Mehrheit der Kantone Fragen hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Modelle der

⁸⁰ Die GDK versteht unter „Disease Management“ die Therapierung von in der Regel chronischen Erkrankungen mittels zentral organisierter Steuerung und Koordination und unter Berücksichtigung der sog. Evidenzbasierten Medizin, z.B. anhand von medizinischen Guidelines (GDK 2007).

Vertragsfreiheit (Komplexität des Systems, Transparenz für die Versicherten, Qualitätskontrolle) und der Regelung der Sicherstellung der Versorgung. Aus diesen Gründen hat sich die GDK hinsichtlich der Nachfolgeregelung zum Zulassungsstopp gegen die Vertragsfreiheit ausgesprochen. Im stationären Bereich lehnt die GDK die Einführung der Vertragsfreiheit entschieden ab. Gründe sind erstens die Mitfinanzierung der Infrastruktur durch die Kantone (Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, d.h. Mitbestimmung bei der Mitfinanzierung) und zweitens der Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung, bei dem das stationäre Angebot eine zentrale Rolle einnimmt. Die Vertragsfreiheit im stationären Bereich käme im Verständnis der GDK (2007) einer Delegation der Versorgungszuständigkeit an die Versicherer gleich. Es sei jedoch primäre Aufgabe der öffentlichen Hand und damit der Kantone, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die GDK (2007) erachtet die Vergabe von Leistungsaufträgen unter Formulierung von Auflagen für den Interessensausgleich zwischen möglichst geringen Kosten, zulasten des KVG einerseits und der Sicherstellung einer ausreichend zugänglichen und qualitativ hoch stehenden Versorgung andererseits, als zentral. Da dieser Grundsatz verfassungsrechtlich als öffentliche Aufgabe verankert sei, sollte daran im Interesse einer guten und ausreichenden Versorgung festgehalten werden. Ergänzend weist die GDK darauf hin, dass bei Einführung der Vertragsfreiheit im stationären Bereich die Regeln des Kartellrechts eingeführt werden müssten. Die GDK geht jedoch davon aus, dass auch so die Marktmacht der Versicherer zu gross sein dürften, als dass ein unverzerrter Wettbewerb stattfinden könnte. Zudem sei die Vertragsfreiheit für stationäre Leistungserbringer im Kontext der Forderung nach einer monistischen Finanzierung zu beurteilen, die von der GDK ebenfalls abgelehnt wird.

- › Ein monistisches Finanzierungssystem lehnen die Kantone entschieden ab (GDK 2007, vgl. auch GDK 2005). Die Kantone fordern, dass die klare Rollenteilung zwischen den Versicherern (Versicherungsgeschäft) und den Kantonen (Steuerung und Gesamtverantwortung) unbedingt aufrechterhalten bleibt. Die gezielte Zuweisung öffentlicher Mittel ist für die Kantone ein zentrales Steuerungsinstrument zur Sicherstellung einer günstigen, ausreichenden und qualitativ hoch stehenden Versorgung. Die GDK (2007) betont, dass es sich bei den kantonalen Beiträgen um Mittel für gezielte Leistungseinkäufe der öffentlichen Hand und nicht um sozialversicherungsrechtliche Beiträge handelt. Die öffentlichen Mittel könnten allein schon aus diesen Gründen nicht den Versicherern überlassen werden. Allfällige Verzerrungen zwischen ambulanten und stationären Leistungen seien nicht auf unterschiedliche Direktzahler zurückzuführen, sondern auf unterschiedliche Tarif- und Kostenstrukturen und damit letztlich auf unterschiedliche Deckungsbeiträge der Vergütun-

gen. Solche Verzerrungen können nach Ansicht der GDK (2007) nicht mit einer monistischen Finanzierung ausgeräumt werden. Aus Sicht der GDK ist zu wenig untersucht, welche Implikationen eine monistische Finanzierung

- › aus finanzpolitischer Sicht (fiskalische Äkquivalenz, falls weiterhin öffentliche Gelder eingesetzt werden sollen),
 - › auf die Prämien (falls die gesamte Kosten auf die Prämien überwält werden sollen) und
 - › in Bezug auf die angestrebte Wirkung (unter Berücksichtigung der weiterhin unterschiedlichen Finanzierung von stationären Leistungen mittels Pauschalen und ambulanten Leistungen mittels Einzelleistungen und der neuen Spitalfinanzierung, die nicht mehr zwischen subventionierten und privaten spitälern unterschieden wird) hätte.
- › Die GDK relativiert die von der Wissenschaft, den Versicherern und anderen Akteuren kritisierte Mehrfachrolle der Kantone:
- › Erstens seien die Kantone kaum mehr bzw. immer weniger Spitalbetreiber.
 - › Zweitens sei der Vorwurf der Mehrfachrolle mit Hinweis auf die Tarifgenehmigung insofern nicht haltbar, als die Versicherer mit den Leistungserbringern künftig die für die Kantone geltenden Tarife aushandeln, die die Kantone – nicht einmal letztinstanzlich – nur noch genehmigen oder ablehnen können.
 - › Damit bleibe drittens nur noch die Rolle der „Planung“: Mit der neuen Spitalfinanzierung werde das Interesse der Kantone an einer möglichst effizienten Leistungserbringung weiter gestärkt. Die „Planung“ im Sinne der Vergabe von Leistungsaufträgen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit richte sich ebenso nach Wirtschaftlichkeitskriterien wie eine Versorgung unter Vertragsfreiheit. Sie habe jedoch den Vorteil, dass sie gleichzeitig eine räumliche und bedarfsgerechte Versorgung für die gesamte Bevölkerung gewährleiste. Da die Tarife der Versicherer erfahrungsgemäss nicht kostendeckend seien (gemeinwirtschaftliche Leistungen werden auch in einem Wettbewerbsmodell nicht finanziert), sei es richtig, wenn die öffentliche Hand diese Gesamtverantwortung wahrnehme.
- › Information zur Leistungsqualität: Die Kantone möchten mehr zur Qualität der Leistungen der Spitäler wissen (Rückfluss an Informationen und Vergleiche). Die GDK verweist auf folgende laufende Arbeiten:
- › Der Verein IVQ beabsichtigt, basierend auf den Leistungen anhand eines einheitlichen Indikatorensets ein Qualitätssicherungssystem in den Spitälern einzuführen. Der ver-

ein wird gemeinsam von den Kantonen, einigen Leistungserbringern und den Versicherern getragen. Die Arbeiten bezwecken auch eine Veröffentlichung der Information.

- › H+ lotet im Rahmen eines separaten Projekts aus, was die Schweiz von Deutschland lernen kann.
- › Das BAG hat einen Gesetzauftrag im Bereich Information zu den Leistungen.
- › Verbesserung des Risikoausgleichs: Die GDK begrüsst die vom Parlament beschlossene Verbesserung des Risikoausgleichs. Weiter wird eine morbiditätsorientierte Optimierung des Risikoausgleichs befürwortet, falls die entsprechenden Daten verfügbar sind (z.B. Swiss-DRG). Eine gesonderte Datenerhebung zur Verbesserung des Risikoausgleichs wird jedoch abgelehnt. Ohne einen verfeinerten Risikoausgleich besteht gemäss GDK die Gefahr, dass der Risikovermeidungsdruck an die Leistungserbringer weiter gegeben wird (GDK 2005):
 - › Bei der stationären Versorgung drohten Wettbewerbsverzerrungen und Kostendruck, wenn die Versicherer unterschiedliche Risiken nicht über den Risikoausgleich kompensieren können und deshalb im Rahmen der leistungsbezogenen Abgeltung höhere Schweregrade nur ungenügend zu entschädigen bereit seien.
 - › Erfolgreich arbeitende Managed Care-Organisationen riskierten schlechte Risiken anzuziehen, ohne dass ihr Globalbudget entsprechende Anpassungen erfahren würde.
 - › Bei Einführung der Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich würden Ärztinnen und Ärzte mit einer schlechten Risikostruktur Gefahr laufen, keinen Vertrag von den Versicherern zu erhalten, wenn die Versicherer Unwirtschaftlichkeit vermuten und/oder sich so ihrer schlechten Risiken zu entledigen suchen.
- › Kostenbeteiligung: Eine Erhöhung der Franchise wird von der GDK abgelehnt, weil sie den Selektionseffekt verstärkt. Die GDK begrüsst jedoch einen differenzierten (tieferen) Selbstbehalt bei Managed Care-Modellen.
- › Vorgaben für die Versicherer: Die GDK lehnt eine Lockerung bzw. eine Aufhebung von gesetzlichen Vorgaben für die Versicherer ab. Sie ist der Ansicht, dass die Vorgaben eher verstärkt werden sollten (z.B. Anlagevorschriften, um schlechte Renditen zu vermeiden). Eine Aufhebung des Gewinnverbots für die Versicherer wird abgelehnt. Für die GDK ist der Nutzen der Aufhebung des Gewinnverbots nicht klar. Unter Umständen müsste auch mit unerwünschten Wirkungen gerechnet werden (z.B. Erhöhung der Preise und der Kosten, Profit vor Leistungen für die Patientinnen und Patienten, etc.). Das Argument der Versicherer, sie könnten nur dann in Managed Care investieren, wenn sie Gewinne erwirtschaften dürfen, ist für die GDK nicht nachvollziehbar. Sie weist darauf hin, dass Aufwendun-

gen zugunsten der Versicherten in jedem Fall und ohne Gewinne getätigt werden können. Die Aufhebung des Gewinnverbots würde bedeuten, dass diese an Dritte ausgeschüttet oder für sozialversicherungsfremde Aufwendungen eingesetzt werden können. Die Prämien-genehmigung durch das BAG wird zur Vermeidung der Unterfinanzierung der Versicherer ebenfalls als richtig erachtet.

Weitergehende Reformmassnahmen lehnt die GDK aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen ab:

- › Die Einführung einer Privatversicherung (Vorschlag Widmer et al. 2007) würde eine Abkehr von dem der Sozialversicherung eigenen Solidaritätsprinzip bedeuten. Gemäss GDK ist das Krankheitsrisiko sozialversicherungswürdig, weil jeder betroffen ist und im Bedarfsfall sehr hohe Kosten entstehen können. Eine Privatversicherung könnte dazu führen, dass die Individuen eine falsche Risikoeinschätzung vornehmen und der Staat im Bedarfsfall eingreifen müsste.
- › Ein Versicherungsobligatorium rechtfertigt sich durch das dem Gesundheitswesen eigene, hohe Eintrittsrisiko, das insbesondere mit zunehmendem Alter noch steigt. Das Obligatorium schliesse aus, dass sich jemand mit einem geringen Krankheitsrisiko (jüngere, gesunde Personen) aus der Solidaritätsgemeinschaft verabschieden könne und damit keinen ausgleichenden Prämienbeitrag leiste. Könnte sich nun der gesunde und einkommensstarke Teil der Bevölkerung dieser Solidarleistung entziehen, müssten diese Ausfälle über Steuern oder ungleich höheren Prämien getragen werden (vgl. auch Jordi et al. 2007).
- › Die GDK befürwortet das qualitativ hoch stehende medizinische Grundangebot, das kaum Einschränkungen unterliegt. Der Anspruch aller Versicherten auf ein einheitliches Leistungspaket wird als Errungenschaft des KVG beurteilt. In der Einschätzung der GDK ist der Leistungskatalog im Vergleich zum Ausland bereits vergleichsweise eingeschränkt (z.B. kein Zahnersatz, lediglich Beitrag an die Alterspflege, etc.). Eine Flexibilisierung des Leistungskatalogs würde gemäss GDK zu einer Vielklassenmedizin führen. Zu befürchten wäre eine prämiengetriebene Unterversicherung, was jeweils im Krankheitsfall zu einer medizinischen Unterversorgung führen würde oder zu einem Einspringen der öffentlichen Hand für erbrachte, aber nicht versicherte Leistungen (vgl. auch Jordi et al. 2007).
- › Risikoabhängige Prämien lehnt die GDK ab. Risikoabhängige Prämien mögen ökonomisch zwar effizient sein, die GDK möchte das Risiko jedoch abgedeckt wissen. Die sozialpolitische Komponente wird ebenfalls als wichtig erachtet. Falls jemand die Prämien oder die Leistungen nicht zahlen kann, müssen diese vom „System“, d.h. zuerst über eine mög-

lichst breit verankerte Sozialversicherung und subsidiär von der öffentlichen Hand übernommen werden.

Gemäss der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD ZH) müssten im Gesundheitswesen grundsätzlich dieselben Wettbewerbsziele verfolgt werden wie in anderen Märkten: Optimale Ressourcenallokation, effiziente Leistungserbringung und Ausrichtung der Leistungen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten.

Besondere Bedeutung misst die GD ZH dem Wettbewerb auf der Ebene der Versicherungsmodelle bei, der bezüglich Kosteneindämmung ein grosses Potenzial aufweise und heute noch zu wenig spiele. Die GD ZH fordert, die heute bestehenden Einschränkungen für diese Versicherungsmodelle zu überprüfen. Die GD ZH betont, dass die Interdependenzen zwischen den einzelnen Reformvorschlägen zu beachten sind. Die einzelnen Reformvorhaben müssten gut aufeinander abgestimmt werden und zusammen ein funktionierendes Gesamtsystem geben. Dabei komme der Verbesserung des Risikoausgleichs eine herausragende Bedeutung zu. Erstens zeige der Wettbewerb zwischen den Versicherern nur bei einem gut funktionierenden Risikoausgleich die gewünschten positiven Ergebnisse. Zweitens können die Einschränkungen bei den Versicherungsmodellen bei einem funktionierenden Risikoausgleich stark reduziert werden.

7. FAZIT

Nachfolgend stellen wir wichtige Erkenntnisse der Auslegeordnung im Sinne eines Fazits dar. Es werden folgende Fragen diskutiert:

- › Welche regulatorischen Eckpfeiler des KVG sind politisch kaum bestritten?
- › Wie stellen sich die Akteure des Gesundheitswesens zu einer allfälligen Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG?
- › Welcher Handlungsbedarf besteht, falls sich die Politik für eine Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen entscheidet?
- › Wie könnte der Wettbewerb im KVG verstärkt werden?

Regulatorische Eckpfeiler des KVG

Die Akteure des Gesundheitswesens sind sich einig, dass folgende regulatorische Eckpfeiler des KVG aus gesundheits- und sozialpolitischen sowie aus ökonomischen Gründen beibehalten werden sollen:

- › Die Krankenversicherung soll eine Sozialversicherung mit einem rechtsgleichen Zugang der Versicherten zu den Leistungen und solidarischer Finanzierung bleiben.
- › Das Versicherungsobligatorium mit Aufnahmepflicht der Versicherer (inkl. Vorbehaltsverbot) und die Wahlfreiheit der Versicherten (bzw. Freizügigkeit) sind beizubehalten. Das Versicherungsobligatorium lässt sich nicht nur sozialpolitisch, sondern auch ökonomisch begründen.
- › Die Krankenversicherung soll weiterhin einen einheitlichen Leistungskatalog versichern. Der standardisierte Grundleistungskatalog lässt sich sozialpolitisch (rechtsgleicher Zugang der Versicherten zu den Leistungen) und ökonomisch begründen (Vereinfachung des Preis- und Qualitätsvergleichs).
- › Die einheitlichen Prämien für die Versicherten (pro Region) und der Risikoausgleich sind ebenfalls wichtige regulatorische Eckpfeiler. Die Einheitsprämie lässt sich vor allem sozialpolitisch mit dem Ziel einer solidarischen Finanzierung begründen. Wird an der Einheitsprämie festgehalten, ist ein gut funktionierender Risikoausgleich zur weitgehenden Vermeidung der Risikoselektion seitens der Versicherer und der Leistungserbringer unabdingbar.
- › Beizubehalten sind zudem die Möglichkeit einer Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt) sowie die sozialpolitisch motivierte Prämienverbilligung.

Ausrichtung des KVG: Wettbewerbsmodell oder regulatorisches Mischmodell?

Das KVG ist ein regulatorisches Modell, das wettbewerbliche Elemente und planerische Elemente kombiniert (Mischmodell). Der Bundesrat hat beschlossen, im Rahmen der KVG-Revisionen die wettbewerblichen Elemente zu verstärken. Die Akteure des Gesundheitswesens sind sich jedoch nicht einig, in welche Richtung das KVG weiter entwickelt werden soll (reguliertes Modell mit möglichst vielen Wettbewerbselementen oder regulatorisches Modell mit wettbewerblichen und planerischen Elementen). Die unterschiedlichen Positionen können am Beispiel der Versicherer (bzw. von santésuisse) und der Kantone (bzw. der GDK) deutlich gemacht werden (vgl. Kapitel 6.2):

- › Die Versicherer setzen sich für eine wettbewerbliche Reform des KVG ein. Sie sind überzeugt, dass die Wettbewerbselemente auf verschiedenen Ebenen verstärkt werden müssen, damit sich die Akteure im Gesundheitswesen wirtschaftlich und qualitätsbewusst verhalten. Von zusätzlichen Wettbewerbselementen im KVG erwarten die Versicherer eine Verstärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung aller Akteure, ein möglichst optimales Kosten-Nutzenverhältnis im Gesundheitswesen, die Förderung von Qualität und vermehrte Anreize für Innovationen.
- › Die GDK ist gegenüber wettbewerbsorientierten Reformen des KVG deutlich skeptischer. Zuerst sei die Frage zu klären, welcher Beitrag der Wettbewerb zur Erreichung der Ziele des KVG leisten könne und in welchen Bereichen die Wettbewerbselemente verstärkt werden sollen. Ausgehend vom heutigen System sollten diejenigen wettbewerblichen oder planerischen Elemente verstärkt werden, die eine möglichst gute Erreichung der Ziele des KVG ermöglichen. Von einer Wettbewerbszunahme erwartet die GDK diesbezüglich nur beschränkt positive Wirkungen.

Handlungsbedarf im Hinblick auf eine Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG

Falls die Politik den Wettbewerb im Gesundheitswesen verstärken will, um ein optimaleres Kosten-Nutzenverhältnis im Gesundheitswesen zu erzielen, ergibt sich bei den Versicherern, den Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler) und den Versicherten folgender Handlungsbedarf:

Versicherer

Zwischen den Versicherern findet heute kein transparenter Wettbewerb bezüglich Preis und Leistungen der Versicherungsprodukte statt. Der Wettbewerb fokussiert vor allem auf den Preis (Prämienwettbewerb), jedoch kaum auf die Qualität des Leistungsangebots. Die domi-

nierende Wettbewerbsstrategie der Versicherer ist die Risikoselektion. Demgegenüber tritt der Wettbewerb hinsichtlich des Managements der Leistungskosten in den Hintergrund. Bei den Managed Care-Modellen treiben die Versicherer aufgrund der eigenen Interessen (Risikoselektion) und der Bedürfnisse der Versicherten (Wahlfreiheit) vor allem so genannte „Light-Modelle“ voran.

Folgende Gründe sind für die geringe Wettbewerbsintensität im Krankenversicherungsmarkt massgebend:

- › Der Handlungsspielraum der Versicherer könnte in verschiedener Hinsicht erhöht werden, z.B. durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs (bzw. die Vertragsfreiheit) und grössere Freiheiten bei der Gestaltung des Versicherungsvertrags (z.B. Flexibilisierung in zeitlicher Hinsicht).
- › Der bestehende Risikoausgleich führt dazu, dass eine Risikoselektionsstrategie im Vergleich zu einer Kostenmanagementstrategie für die Versicherer attraktiver ist. Der Risikoausgleich sollte so weit verbessert werden, dass die Versicherer in erster Linie eine Kostenmanagementstrategie verfolgen und die Risikoselektion nicht mehr die attraktivste Strategie der Versicherer ist.
- › Die „echten“ Managed Care-Modelle (u.a. mit Budgetverantwortung) haben sich vor allem aufgrund ungenügender (finanzieller) Anreize für die Versicherten und dem bisher ungenügenden Risikoausgleich kaum verbreitet.

Ärztinnen und Ärzte

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten in ambulanten Praxen besteht kaum Wettbewerb. Folgende Gründe sind für den weitgehend fehlenden Wettbewerb zwischen einzelnen Arztpraxen und zwischen Versorgungsnetzen verantwortlich:

- › Der Kontrahierungszwang führt zusammen mit der Einzelleistungstarifizierung und der fehlenden unternehmerischen Kultur der Ärzteschaft dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte kein Interesse und keine Notwendigkeit haben, sich gegenüber anderen Ärztinnen und Ärzten abzuheben und sich konkurrierend zu verhalten. Insbesondere verhindert der Kontrahierungszwang, dass sich die Ärzteschaft im Hinblick auf einen Vertrag mit den Versicherern durch ein gutes Preis-Leistungsverhältnis gegenüber der Konkurrenz auszeichnen muss.
- › Die Hemmnisse einer stärkeren Verbreitung von Managed Care-Modellen führen dazu, dass die Ärzteschaft ein geringes Interesse an „echten“ Managed Care-Modellen (mit Budgetverantwortung) hat.

- › Bei der Ärzteschaft bestehen keine öffentlich zugänglichen Informationen zur Qualität und zum Nutzen der erbrachten Leistungen. Damit fehlen den Patientinnen und Patienten wichtige Informationen zur Wahl der Ärztin bzw. des Arztes. Den Versicherern fehlen transparente Informationen zur Gestaltung von alternativen Versicherungsmodellen (z.B. Selektion von Leistungserbringern im Rahmen von PPO-Modellen).

Spitäler

Die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern im OKP-Markt ist gering, hat sich in den letzten Jahren jedoch leicht erhöht. Gründe dafür sind der Trend in Richtung einer leistungsorientierten Spitalplanung, die grössere Autonomie der Spitäler gegenüber den Kantonen und die ersten Ansätze zu separaten Tarifverhandlungen der Versicherer mit den Spitälern. Zudem ist davon auszugehen, dass die neue Spitalfinanzierung die Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen den Spitälern verbessert.

Bei den Spitälern besteht jedoch nach wie vor eine hohe Regelungsdichte, die den Wettbewerb zwischen den Spitälern im OKP-Markt massgeblich einschränkt. Wesentliche Hemmnisse im Hinblick auf eine Verstärkung des Wettbewerbs sind die föderalistischen Marktstrukturen (v.a. Spitalplanung), die Spitalfinanzierungsgrundsätze und die kantonal weit gehend einheitlichen Tarife. Weitere Hemmnisse sind fehlende transparente und vergleichbare Informationen zur Leistungsqualität der Spitäler, der Kontrahierungszwang und das mangelnde Interesse der Spitäler an integrierten Versorgungsmodellen.

Versicherte (bzw. Patientinnen und Patienten)

Den Versicherten bzw. die Patientinnen und Patienten stehen im Hinblick auf ihren möglichen Beitrag zur Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen folgende Hemmnisse entgegen:

- › Aufgrund ungenügender Informationen zur Leistungsqualität können die Patientinnen und Patienten kaum eine informierte Wahl des Leistungserbringers vornehmen.
- › Die Angebote der Versicherer sind heute wenig nach Preis und Leistung sowie organisatorischer Form (z.B. Versorgungsnetze) differenziert. Die Wahlmöglichkeiten sind für die Versicherten vergleichsweise gering.
- › Die Versicherten haben nur ein geringes Interesse, sich in der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken. Die freie Arztwahl hat bei den Versicherten einen hohen Stellenwert. Einerseits sind die (finanziellen) Anreize für die Versicherten (vor allem für chronisch Kranke) zu gering, „echte“ Managed Care-Modell zu wählen. Zweitens fehlen Angebote,

Mögliche Stossrichtungen und Massnahmen für eine wettbewerbsorientierte Reform des KVG

Falls die Politik den Wettbewerb im Gesundheitswesen verstärken will, zeigt vorliegende Auslegeordnung eine Reihe von Stossrichtungen und Massnahmen auf. Ziel einer wettbewerblichen Reform sollte es sein, die alloкатive Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen und den Erreichungsgrad der anderen Ziele (Versorgungsqualität und Solidarität) mindestens zu halten.

Aus der Beurteilung des Handlungsbedarfs und den idealtypischen Modellen eines regulierten Wettbewerbs lassen sich unter Beachtung der „regulatorischen Eckpfeiler“ folgende Stossrichtungen für eine wettbewerbsorientierte Reform des KVG ableiten:

- › Erhöhung des Handlungsspielraums der Versicherer und der Leistungserbringer bei der Gestaltung ihrer Produkte,
- › Förderung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Leistungserbringern sowie zwischen Versorgungsnetzen,
- › Verbesserung der Transparenz der Qualität der erbrachten Leistungen.

Die Massnahmen zur Umsetzung der Stossrichtungen sollten am bestehenden Regulierungsmodell des KVG anknüpfen und ein kohärentes Massnahmenpaket ergeben. Gegenseitige Bezüge der Massnahmen sind zu beachten. Aus vorliegender Auslegeordnung ergeben sich folgende möglichen Massnahmen zur Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen (vgl. Tabelle 10):⁸¹

⁸¹ Massnahmen die mehrere Akteure betreffen, sind in Tabelle 10 mehrfach aufgeführt. Damit soll erstens aufgezeigt werden, welche Akteure von welchen Massnahmen betroffen sind und welche Ziele damit verbunden sind. Zweitens soll gezeigt werden, welche Querbezüge zwischen den Massnahmen bestehen.

MÖGLICHE MASSNAHMEN ZUR VERSTÄRKUNG DES WETTBEWERBS IM KVG		
Akteure	Massnahmen	Ziel
Versicherer	Grössere Handlungsmöglichkeiten bei der Gestaltung von Managed Care-Modellen: › Differenzierter Selbstbehalt, › Grösserer Spielraum bei der Prämienreduktion, › Längere Vertragsdauer.	Förderung von Managed Care-Modellen
	Aufhebung des Kontrahierungszwangs	› Grösserer Anreiz für die Leistungserbringer, sich über die Leistung abzuheben › Mehr Möglichkeiten für die Versicherer zur Gestaltung von Versicherungsangeboten › Förderung von Managed Care-Modellen (durch Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer)
	Bereitstellung von Grundlagen zur Verbesserung der Informationen zur Leistungsqualität	Transparente Grundlage für die Vertragsverhandlungen
	Eventuell Weiterentwicklung des Risikoausgleichs in Richtung eines prospektiven und morbiditätsorientierten Risikoausgleichs	Verstärkte Anreize für eine Differenzierung der Versicherungsmodelle (bzw. der Versicherungsprodukte)
Leistungserbringer	Verbesserung der Informationen der Qualität der Leistungen	Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern durch transparente und vergleichbare Informationen zu den Leistungen
	Aufhebung des Kontrahierungszwangs	Wettbewerbsdruck im Hinblick auf eine effiziente und qualitativ gute Leistungserbringung (u.a. Versorgungsnetze) sowie auf ein optimiertes Kosten-Nutzenverhältnis
	Monistische Spitalfinanzierung	› Gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sowie zwischen öffentlichen und privaten Spitälern › Beitrag zur Förderung von Managed Care-Modellen › Vom politischen Prozess unabhängige Investitionsplanung
	Aufhebung der Spitalplanung	Grösserer Handlungsspielraum für die Spitäler und Förderung der Spezialisierungen
Versicherte (bzw. Patientinnen und Patienten)	Finanzielle Anreize für die Wahl von Managed Care-Modellen (differenzierter Selbstbehalt, grösserer Spielraum bei der Prämienreduktion)	Vermehrte Wahl von Managed Care-Modellen
	Verbesserung der Information zur Qualität der Leistungen	Transparente Grundlage zur Wahl der Leistungserbringer
	Orientierung der Prämienverbilligung an den Angeboten der Versicherer mit den tiefsten Prämien	Anreiz zur Wahl eines Versicherers mit günstiger Prämie und damit ein zusätzlicher Wettbewerbsanreiz für die Versicherer

Tabelle 10

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BAG	Bundesamt für Gesundheit
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HAM	Hausarztmodell
HMO	Health Maintenance Organisation
H+	Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (H+ Die Spitäler der Schweiz)
IPA	Independent Practice Association
IVQ	Interkantonaler Verein für Qualitätssicherung und -förderung in den Spitälern
KIQ	Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PKS	Privatkliniken Schweiz
PPO	Preferred Provider Organisation
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

ANNEX: ANGABEN ZU DEN EXPERTENINTERVIEWS

1. INTERVIEWPARTNER

INTERVIEWPARTNER		
Organisation	Befragte Personen	Art des Interviews
Bundesamt für Gesundheit (BAG)	<ul style="list-style-type: none"> › Sandra Schneider, Leiterin Abteilung Leistungen des Direktionsbereichs Kranken und Unfallversicherung › Marie-Thérèse Furrer, Sektion Tarife und Leistungserbringer 	Persönlich
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	<ul style="list-style-type: none"> › Michael Jordi, stv. Zentralsekretär, Gesundheitsökonomie › Semya Ayoubi, Projektleiterin, Gesundheitsökonomie und -information 	Persönlich
santésuisse	› Stefan Kaufmann, Direktor	Persönlich
H+ Die Spitäler der Schweiz	› Martin Bienlein, Mitglied der Geschäftsleitung, Leiter Politik	Persönlich
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH	› Daniel Herzog, Generalsekretär	Persönlich
Helsana Versicherungen AG	<ul style="list-style-type: none"> › Manfred Manser, Vorsitzender der Konzernleitung › Pius Gyger, Leiter Gesundheitsökonomie/-politik 	Persönlich
CSS Versicherungen	› Guido Klaus, Mitglied der Geschäftsleitung	Persönlich
Groupe Mutuel	› Yves Seydoux, Mitglied der Geschäftsleitung, Kommunikationsverantwortlicher Groupe Mutuel	Persönlich
mediX Schweiz	› Dr. Andreas Weber, Präsident	Persönlich
College für Management im Gesundheitswesen (College-M)	› Dr. Peter Berchtold, Leiter College-M	Telefonisch
Privatkliniken Schweiz (PKS)		Schriftliche Stellungnahme
Gesundheitsdirektion Kanton Zürich		Schriftliche Stellungnahme

Tabelle 11

2. BEISPIEL GESPRÄCHSLEITFADEN VERSICHERER

1. Wettbewerb zwischen den Versicherern

1.1. Wie wird der Wettbewerb zwischen den Versicherern geführt?

- › Welche Wettbewerbsstrategien verfolgen die Versicherer (Risikoselektion bzw. Kostenmanagement vs. Produktdifferenzierung)? Aus welchen Gründen verfolgen sie diese Strategien?
- › Über welche Wettbewerbsparameter konkurrieren die Versicherer (Preis, Produkte, Service, abgestimmtes Verhalten, Werbung, F&E, Marktzutritt)? Aus welchen Gründen? Schöpfen die Versicherer den vom KVG ermöglichten unternehmerischen Spielraum aus?
- › Welche Bedeutung haben die verschiedenen Massnahmen zur Beeinflussung der Leistungskosten⁸² im Preis- und Qualitätswettbewerb?
- › Wie hat sich das Wettbewerbsverhalten der Versicherer seit Inkrafttreten des KVG verändert?

1.2. Wie intensiv ist der Wettbewerb zwischen den Versicherern?

- › Wie intensiv wird der Wettbewerb zwischen den Versicherern geführt (Hinweise: Marktstruktur, Marktverhalten, Marktergebnis)?
- › Was sind die Ursachen der hohen bzw. tiefen Wettbewerbsintensität? Hängt die Wettbewerbsintensität von der Anzahl der Wettbewerbsparameter ab?

1.3. Führt der Wettbewerb zwischen den Versicherern zu den gewünschten Ergebnissen?

- › bezüglich Kosten
- › bezüglich Kosten-Nutzen (bzw. optimaler Ressourcenallokation)

2. Wettbewerb zwischen Leistungserbringer

2.1. Wie beurteilen Sie das Wettbewerbsverhalten zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie zwischen Spitälern?

- › Welche Anreize und Möglichkeiten haben die Ärztinnen und Ärzte sowie die Spitäler, sich wettbewerbslich zu verhalten?
- › Über welche Wettbewerbsparameter konkurrieren die Ärztinnen und Ärzte sowie die Spitäler? Welche Bedeutung haben diesbezüglich die Leistungen der Zusatzversicherung?

⁸² Managed Care-Modelle, Wählbare Franchisen/ Bonusmodell, Tarifgestaltung, Prävention, Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle, Fall- und Disease-Management, Guidelines, Demand Management.

Schöpfen die Ärztinnen und Ärzte sowie die Spitäler ihren unternehmerischen Handlungsspielraum aus?

- › In welchen Bereichen verhalten sich die Ärztinnen und Ärzte sowie die Spitäler wettbewerbsbeschränkend?

2.2. Wie intensiv ist der Wettbewerb zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie zwischen Spitälern?

- › Wie intensiv wird der Wettbewerb zwischen Ärztinnen und Ärzten? Wie intensiv ist der Wettbewerb zwischen Spitälern?
- › Welches sind die Gründe für eine hohe bzw. tiefe Wettbewerbsintensität?

2.3. Führt der Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten sowie zwischen den Spitälern zu den gewünschten Ergebnissen (insbes. optimale Ressourcenallokation)?

3. Vorschläge zur Intensivierung des Wettbewerbs

3.1. Welche Ansätze und Massnahmen (-Pakete) schlagen Sie zur Intensivierung des Wettbewerbs vor?

- › Welche Ziele müssten mit dem Wettbewerb im Gesundheitswesen verfolgt werden (Kosteneinsparung vs. Kosten-Nutzenoptimierung aus Sicht der PatientInnen)? Über welchen Betrachtungszeitraum sollten die Ziele erreicht werden (z.B. ganzer Behandlungszyklus)? Erachten sie die Ziele des KVG aus Wettbewerbssicht als ausreichend?
- › Auf welchen Ebenen und bei welchen Akteuren müsste der Wettbewerb primär ansetzen (Wettbewerb zwischen einzelnen Akteuren vs. Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen; Wettbewerb zwischen Versicherern vs. Wettbewerb zwischen Leistungserbringern)? Sollten die Gesundheitsmärkte national und international geöffnet werden?
- › Welche Rollen sollten die verschiedenen Akteure (Versicherer, Leistungserbringer, Staat) im Wettbewerb einnehmen?
- › Welche zusätzlichen Wettbewerbselemente bzw. -parameter müssten eingeführt werden?
- › Mit welchen regulatorischen Massnahmen (-Paketen) kann der Wettbewerb im Gesundheitswesen gemäss dem von Ihnen vorgeschlagenen Ansatz erhöht werden? Welche Massnahmen sind prioritär? Welchen Stellenwert hat die Verfügbarkeit von „Outcome“-Resultaten?
- › Wie beurteilen Sie die Chancen und Risiken der von Ihnen vorgeschlagenen Wettbewerbselemente und Massnahmen?

- 3.2. Wie beurteilen Sie die Chancen und Risiken der in der Literatur genannten Reformvorschläge für die Schweizerische Krankenversicherung?
- › Wie beurteilen Sie die in der Literatur genannten Reformvorschläge, die am heutigen System anknüpfen (z.B. Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Verbesserung des Risikoausgleichs, monistische Spitalfinanzierung, Verbesserung der Informationen zur Leistungsqualität)?
 - › Wie beurteilen Sie weiter gehende Massnahmen, z.B. risikoabhängige Prämien, Flexibilisierung des Grundleistungskatalogs?

LITERATUR

- American Health Insurance Plans 2007:** healthdecisions.org vom 14.01.2008
<http://www.healthdecisions.org/LearningCenter/Facts.aspx>
- Bachmann J. 2004:** (Kosten-) Effizienz allein genügt nicht, Integrierte Versorgung - Wünsche und Befürchtungen der Konsumentinnen und Konsumenten, in: *Managed Care* 6 2004.
- Baumann Ph., Metzger K., Bühler A. 2005:** Budgetverantwortung ist ein Muss, in: *Managed Care* 3, 2005.
- Baur R. und Braun U. 2000:** Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung, im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherung, Forschungsbericht Nr. 15/00, Basel.
- Baur R. 2004:** *Managed Care-Modelle. Bestandesaufnahme 2004*, Basel.
- Beck K. 2004a:** *Risiko Krankenversicherung. Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*, Bern, Stuttgart, Wien.
- Beck K. (Hrsg.) 2004b:** *Reformstau beim Risikoausgleich? Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz. Eine Publikation des European Risk Adjustment Networks (RAN)*.
- Beck K. 2005:** Wettbewerb in der Krankenversicherung: Schlagwort oder Realität, in *Schweizerische Ärztezeitung* 2005; 86: Nr. 20.
- Beck K. 2006:** Der Wettbewerb, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, Ausgabe 9/06, 9. Jahrgang.
- Beck K., Trottmann M., Käser U., Keller B., von Rotz S., Zweifel P. 2006:** *Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizerischen Krankenversicherung*, Zürich.
- Berchtold 2005:** Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung: Heisse Themen fordern kühle Köpfe, in: *Managed Care* 3 2005.
- Berchtold P. und Schmitz Ch. 2007:** Versorgungsqualität als wissenschaftliche Herausforderung, in: *Managed Care* 1, 2007.
- Blendon R., Brodie M., Benson J.M., Altman D.E., Levitt L., Hoff T., Hugick L. 2004:** *Understanding The Managed Care Backlash. Health Affairs, Volume 17, No 4, 2004.*
- Böcken J., Butzlaff M., Esche A. (Hrsg.) 2001:** *Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche, 2., überarbeitete Auflage*, Gütersloh.
- Boos L. und Widmer W. 2006:** Spitäler im lokalen Gesundheitsnetz, in: *Managed Care* 4, 2006.

- Breyer F., Zweifel P., Kifmann M. 2004:** Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Berlin/Heidelberg/New York.
- Brower W. und Rutten F. 2005:** Die Gesundheitsreform in Holland. Änderungen in Holland – kann Deutschland daraus lernen? Bericht im Auftrag von Pfizer Deutschland
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2007a:** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006, www.admin.bag.ch
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2007b:** Prämienübersicht 2008, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2001:** Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, Bern.
- Bundesrat 1991:** Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Bern.
- Bundesrat 1994:** Botschaft zum Bundesgesetz über Kartelle und Wettbewerbsbeschränkungen.
- Bundesrat 2004a:** Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) vom 26. Mai 2004, Bern.
- Bundesrat 2004b:** Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit) vom 26. Mai 2004, Bern.
- Bundesrat 2004c:** Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Kostenbeteiligung) vom 26. Mai 2004, Bern.
- Bundesrat 2004d:** Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, Bern.
- Bundesrat 2004e:** Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 15. September 2004, Bern.
- Bundesrat 1994:** Botschaft zu einem Bundesgesetz über Kartelle und andere Wettbewerbsbeschränkungen, 23. November 1994, Bern.
- Comparis.ch 2007:** Krankenkassenprämien 2008: Sparpotenzial wird massiv unterschätzt.
- Comparis.ch 2008:** comparis.ch zu den Krankenkassenwechseln 2008, Mediencommuniqué vom Freitag, 4. Januar 2008.
- Colombo F. 2001:** Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland, OECD Labour Market and Social Policy-Occasional Paper, No. 53, OECD, Paris.
- Credit Suisse (Hrsg.) 2002:** Das Schweizer Gesundheitswesen – Behandlungsvorschläge für einen Patienten. Eine Spezialstudie zum Reformpotenzial des schweizerischen Gesundheitswesens, Zürich.

- Crivelli L., Filippini M., Mosca I. 2006:** Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons, in: *Health Economics* 15(5), 535-541.
- Douven R. 2007:** Morbidity-based risk adjustment in the Netherlands, in: Wille E., Ulrich V., Schneider U. (Hrsg.) 2007: *Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland*, Baden-Baden.
- Douven R. and Schut E. 2006:** *Health Plan Pricing Behavior and Managed Competition*, CPB Discussion Paper, No 61, March 2006.
- Enthoven A.C. 1988a:** *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland.
- Enthoven A.C. 1988b:** *Managed Competition: An Agenda for Action*, in: *Health Affairs*, Summer 1988.
- Enthoven A.C. 1993:** *The History and Principles of Managed Competition*, in: *Health Affairs*, Supplement 1993, S. 24-48.
- Enthoven A.C. 2004:** *Market Forces and Efficient Health Care Systems*, in: *Health Affairs*, Volume 23, Number 2, 2004.
- Enthoven A.C. 2006:** *Choice in Health Care*, in: *Health Affairs*, Volume 25, Number 2, 2006.
- Enthoven A.C. and Singer A.J. 1995:** *Market-Based Reform: What to Regulate and by Whom?*, in: *Health Affairs*, Spring 1995, S. 105-119.
- Enthoven A.C. and Singer A.J. 1997:** *Markets and Collective Action in Regulating Managed Care*, in: *Health Affairs*, Volume 16, Number 6, 1997.
- Enthoven A.C. and Singer, S.J. 1998:** *The Managed Care Backlash And The Task Force In California*, in: *Health Affairs*, July August 1998.
- Enthoven A.C. and Tollen L.A. 2005:** *Competition in Health Care: It Takes System to Pursue Quality and Efficiency*, in: *Health Affairs* 2005.
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte 2006:** *Ja zu Vernetzung und Qualität – ja zu “Managed Care”. Thesen der FMH zu zwei aktuellen, zentralen Themen im Schweiz Gesundheitswesen – das Wichtigste in Kürze*, in: *Schweizer Ärztezeitung* 2006; 87: 36.
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte 2007:** *Unfreiheit für Patienten. Die FMH zur Vertragsfreiheit*, Medienmitteilung vom 6. Dezember 2007.
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte 2008a:** *Stopp dem Zulassungsstopp! Die Meinung der FMH.*

- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte 2008b:** Die FMH sagt Nein zum Kassendiktat. Verfassungsartikel "Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung", Medienmitteilung vom 22. Februar 2008.
- Frederiszick H.W. 2006:** Marktabgrenzung und Marktmacht.
- Furrer M.-T. und Gurtner F. 2004:** Integrierte Versorgung – wo liegen die Barrieren? In: *Managed Care* 6, 2004.
- Gaynor M. and Haas-Wilson D. 1999:** Change, consolidation, and competition in health care markets, *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 13, No.1 1999, pp. 141-164.
- Gaynor M. and Vogt W.B. 2000:** Antitrust and competition in health care markets.
- GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren 2004:** Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich (Vorlage 1B). Hauptanliegen der GDK zur neuen Vorlage der KVG-Revision, 20. Juli 2004.
- GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2005a:** Verfeinerter Risikoausgleich. Hauptanliegen der GDK zur neuen Vorlage der KVG-Revision, Juli 2005.
- GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2005b:** Vorschläge der SGK des Ständerates für ein monistisches Finanzierungsmodell im KVG, Replik der GDK, 23. September 2005.
- GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2007a:** Zulassungsbeschränkung: Konzept für eine Nachfolgeregelung. Verabschiedet vom GDK-Vorstand am 6.9.07.
- GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2007b:** Gegenvorschläge zur Volksinitiative "Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung" (05.055): Stellungnahme, 25. Oktober 2007.
- GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2007c:** Vorschläge der GDK zur Revisionsvorlage Managed Care. Positionspapier des Vorstandes der GDK, 24. April 2007.
- Gress S. 2000:** Allokative und distributive Effekte regulierten Wettbewerbs in sozialen Krankenversicherungssystemen – Wirtschaftstheoretische Fundierung, tatsächliche Auswirkungen und Implementationsprobleme am Beispiel der Niederlande, Dissertation Universität Bremen, Moeckow.
- Gress S. 2001:** Wettbewerb und Selbstverwaltung im niederländischen Gesundheitswesen. Vortrag bei der Fachtagung der Hans-Böckler-Stiftung am 20. März 2001 in Berlin.

- Gress S. 2006:** Regulated competition in social health insurance: A three-country comparison, in: International Social Security Review, Vo. 59, 3/2006.
- Gress S., Okma K., Hessel F. 2001:** Managed Competition in Health Care in The Netherlands and Germany – Theoretical Foundations, Empirical Findings and Policy Conclusions. Diskussionspapier 04/2001. Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Gress S., Groenewegen P., Hoepfer K. 2005:** Die Reformmühle, in: Gesundheit und Gesellschaft Ausgabe 2/05, 8. Jahrgang.
- Gress S., Manouguian M., Wasem J. 2006:** Krankenversicherungsreform in den Niederlanden. Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland. Abschlussbericht, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Duisburg/Essen.
- Gress S., Manouguian M., Wasem J. 2007:** Anatomie einer Reform, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 1/07, 10. Jahrgang.
- H+ Die Spitäler der Schweiz 2004a:** H+ Stellungnahme zur Vernehmlassung KVG-Revision (2bis).
- H+ Die Spitäler der Schweiz 2004b:** Vernehmlassungsantwort H+ KVG Revision 2^{bis} Paket 2.
- H+ Die Spitäler der Schweiz 2005:** Gesundheitspolitische Grundsatzerklärung von H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Hagenauer U. 2004:** IGOMED Thun: Zwischenbilanz nach sieben Jahren, in: Managed Care 6 2004.
- Hefti C. und Frey M. 2008:** Die Entwicklung der Versicherungslandschaft in der Krankenversicherung 1996-2006, B,S,S. im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Basel, Entwurf.
- Holly A., Gardiol L., Egli Y., Yalcin T. 2004:** Health-Based Risk-Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalization, im Auftrag des Schweizerischen Nationalfonds.
- Huber F. 2006:** Qualitätsmanagement in Netzwerken, in: Managed Care 6, 2006.
- INFRAS 2000:** Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 7/00.
- INFRAS 2001a:** Auswirkungen des KVG auf die Versicherer, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 6/01.

- INFRAS 2001b:** Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 8/01.
- IPSO 2001:** Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 3/01.
- INFRAS und Basys 2002:** Auswirkungen staatlicher Eingriffe auf das Preisniveau im Bereich Humanarzneimittel, im Auftrag des Bundesrates, Zürich.
- Jordi M., Peters O., Roth U. 2007:** Das Gesundheitswesen ist kein idealer Markt, in NZZ vom 17. Dezember 2007.
- KfK Kommission für Konjunkturfragen 2006:** Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte, in: Kommission für Konjunkturfragen 2006: Reform des Gesundheitswesens, Jahresbericht 2006. Beilage zum Magazin Die Volkswirtschaft vom 8. September 2006.
- Knieps G. 2005:** Wettbewerbsökonomie. Regulierungstheorie, Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York.
- Kuster J. und Meier H.R. 2008:** Sammlung von Altpapier durch die Gemeinden – statistische Benchmarking-Methoden im Test, SECO Strukturberichterstattung Nr. 40, Bern.
- Leu R.E. 2004a:** Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.
- Leu R.E. 2004b:** Ein Wettbewerbsmodell für das Schweizerische Gesundheitswesen, in: Schaltegger C.A. und Schaltegger S.C. 2004: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. René Frey, Zürich.
- Leu R.E. und Eisenring C. 2002:** Fehlanreize im Schweizerischen Gesundheitswesen und ihre Therapie. Eine Analyse aus ökonomischer Sicht, im Auftrag des Gesundheitsrates, Bern und Zürich.
- Leu R.E. und Hill S. 2002:** Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg, Interpharma, Basel.
- Leu R.E. und Beck K. 2007:** Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz, in: Wille E., Ulrich V., Schneider U. (Hrsg.) 2007: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, Baden-Baden.
- Leu R.E., Rutten F., Brouwer W., Matter P., Rüttschi Ch. 2007:** A tale of two systems. The Swiss and the Dutch health care systems compared, Entwurf.
- Mays G.P., Claxton G., Whit J. 2004:** Managed Care Rebound? Recent Changes In Health Plans' Cost Containment Strategies, in: Health Affairs – Web Exclusive 2004.

- MediX Schweiz 2007:** Förderung von Managed Care, internes Papier.
- Moser M. 2004:** Managed Care, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.
- Mühlenkamp H. 2000:** Die Rolle von Managed Care im US-amerikanischen Gesundheitswesen. Institut für Haushalts- und Konsumökonomik, Universität Hohenheim.
- OECD und WHO 2006:** OECD Reviews of Health Systems – Switzerland, Paris.
- Oggier W. 2003:** Kontrahierungszwang. Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Zürich.
- Porter M.E. 1999:** Nationale Wettbewerbsvorteile. Erfolgreich konkurrieren auf dem Weltmarkt, Wien.
- Porter M.E. and Teisberg E.O. 2004:** Redefining Competition in Health Care, in: Harvard Business Review OnPoint Article, Product 6964.
- Porter M.E. and Teisberg E.O. 2006:** Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results, Boston/Massachusetts.
- Prinsze F.J. and van Vliet R.C.J.A. 2005:** Health based risk adjustment: Improving the pharmacy-based cost group model by addition of diagnostic cost groups, Rotterdam.
- santésuisse 2005:** Aufhebung des Vertragszwangs – Umsetzung. Positionspapier, Fassung vom 10. Januar 2005.
- santésuisse 2006:** Managed Care. Positionspapier, Version vom 26. September 2006.
- santésuisse 2007a:** Wirtschaftlichkeitsverfahren. Positionspapier, Fassung vom 25. Oktober 2007.
- santésuisse 2007b:** Wettbewerb in der Krankenversicherung. Positionspapier, Fassung vom 1. Oktober 2007.
- santésuisse 2008a:** Qualitätssicherung. Positionspapier, Fassung vom 16. Januar 2008.
- santésuisse 2008b:** Spitalfinanzierung. Positionspapier, Fassung vom 22. Januar 2008.
- Schips B. 2006:** Überlegungen zur Neugestaltung des Krankenversicherungssystems, Februar 2006, Zürich.
- Schläpfer H., Weber A., Marti Ch. 2007:** Ärztenetze und Versicherer – ein komplexes Verhältnis, in Managed Care 4, 2007.
- Schmid H. 2003:** Kostenbeteiligung. Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern.
- Schmidt I. 2005:** Wettbewerbspolitik und Kartellrecht, 8. Auflage, Stuttgart.

- Schmidtchen D. 2006:** Wettbewerbsschutz durch regelgeleitete Wettbewerbspolitik - Anmerkungen zum institutionenökonomisch-evolutionären Wettbewerbsleitbild.
- Schut F.T., Gress S., Wasem J. 2003:** Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands, in: International Journal of Health Care Finance and Economics, 3, 117-138, 2003.
- Schut F.T. and van de Ven W.P.M.M. 2005:** Rationing and Competition in the Dutch Health-Vare System, in: Health Economics 14: 59-74 (2005).
- Siadat B. and Stolpe M. 2005:** Reforming Health Care Finance: What Can Germany Learn from Other Countries? Kiel Economic Policy Papers, Kiel Institute for World Economics, December 2005.
- Slembeck T. 2006:** Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – Eine Auslegeordnung, im Auftrag von santésuisse, St. Gallen.
- Sommer J.H. 1999:** Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, Basel.
- Sommer J.H. 2004:** Muss im Gesundheitswesen rationiert werden? in: Schaltegger C.A. und Schaltegger S.C. 2004: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. René Frey, Zürich.
- Spycher S. 2002:** Der Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Notwendigkeit. Ausgestaltung und Wirkung, Bern.
- Spycher S. 2003:** Risikoausgleich und Poollösung (Grossrisikopool) in der obligatorischen Krankenversicherung, Forschungsbericht Nr. 19/03, Bern.
- Spycher S. 2004a:** Risikoausgleich Krankenversicherungsgesetz, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.
- Spycher S. 2004b:** Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung, im Auftrag des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes, Bern.
- Spycher S. 2004c:** Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs? in: Schweizerische Ärztezeitung 2004; 85: Nr. 31.
- Spycher S. 2004d:** Risikoausgleich im KVG – wie weiter? in: Soziale Sicherheit CHSS 2/2004.
- Spycher S. 2006:** Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.
- Van de Ven W.P.M.M. 2006:** Response: The Case for Risk-Based Subsidies in Public Health Insurance, in: Health Economics, Policy and Law (2006), 1: 195-199.
- Van de Ven W.P.M.M., Van Vliet R.C.J.A., Lamers L.M. 2004:** Health-Adjusted Premium Subsidies in the Netherlands, in: Health Affairs, Volume 23, Number 3, 45-55.

- VSAO Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte – Spitalärzte Schweiz 2006:** Positivmodell VSAO Schweiz, Endfassung vom 13.07.2006.
- Weber A. 2005:** Case und Disease Management im Ärztenetz, in *Managed Care* 3 2005.
- Widmer W., Beck K., Boos L., Steinmann L., Zehnder R. 2007:** Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen, Schriftenreihe der SGGP No. 91, Zürich.
- Zweifel P. 2000:** Eine Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert: Zehn Reformvorschläge, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2: 81-97.
- Zweifel P. und Breuer M. 2002:** Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA), Zürich.
- Zweifel P. and Breuer M. 2006:** The Case for Risk-based Premiums in Public Health Insurance, in: *Health Economics, Policy and Law* (2006), 1: 171-188.
- Zweifel P. and Breyer F. 2006:** The economies of social health insurance, in: Jones A.M. 2006: *The Elgar Companion to Health Economics*, Cheltenham and Northampton.
- Zweifel P., Telser H., Vaterlaus S. 2006:** Consumer Resistance against Regulation: the Case of Health Care, in: *Journal of Regulatory Economics*, 29, 319-332.