

# Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – Potenziale, Ansatzpunkte, Fallstricke

Jürgen Wasem, Kristin Höfinghoff  
*Universität Duisburg-Essen*

| August 2013

## Abstract

### **Deutsch**

Wettbewerb kann unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Gesundheitsleistungen auch im Gesundheitswesen zur Ressourcenallokation eingesetzt werden. Außerhalb des Leistungskataloges der Krankenkassen lassen sich marktliche und wettbewerbliche Mechanismen zwischen Patient und Leistungserbringer realisieren. Auch kann Wettbewerb durch eine nur partielle Herausnahme von Leistungen aus der GKV intensiviert werden – etwa entsteht durch Festbetragsregelungen ein Preis- und Qualitätswettbewerb oberhalb der Kassenleistung. Grenzen werden Leistungsausgrenzungen allerdings durch ihre Verteilungswirkungen gesetzt. Zudem muss die Transparenz für informierte Entscheidungen der Versicherten verbessert werden. Weiterhin kann der Wettbewerb der Kassen im Prinzip über Variationen beim Leistungsumfang erweitert werden. Sowohl die Ausgestaltung als Satzungsleistung wie auch als Wahlleistung konfligiert aber mit dem Solidarprinzip. Schließlich kann der Wettbewerb in den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über Selektivverträge ausgeweitet werden; allerdings liegt hierzu für Deutschland noch wenig Evidenz vor.

### **English**

Competition can be used in health care for resource allocation if the peculiarities of health and health services are accounted for. For health services outside the benefit package of social health insurance, market mechanisms between patient and provider can be established. Partial coverage through indemnity regulation enables price and quality competition above the health insurance benefit. However, in both cases, distributional consequences set limits. Also it is necessary to improve the information basis for patients to enable them to act as prudent buyers. While competition between sickness funds offering different sizes of health plans can be implemented, this is in conflict with the principle of solidarity. Selective contracting also leads to competition between providers for contracts with insurers; though empirical evidence for Germany is still limited.

*Die Veröffentlichungen in der Reihe Working Papers spiegeln die persönlichen Auffassungen der Autoren und nicht notwendigerweise die der Stiftung Marktwirtschaft wider.*

# Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – Potenziale, Ansatzpunkte, Fallstricke<sup>1</sup>

Prof. Dr. Jürgen Wasem<sup>2</sup>, Kristin Höfinghoff  
*Universität Duisburg-Essen*

## 1. Einleitung

Die Aktivierung von Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen hat das Ziel, eine effiziente Ressourcenallokation herzustellen und die Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Qualität aber auch des Preises effektiv zu gestalten. Da diese Ziele mit Blick auf den demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt zunehmend an Bedeutung gewinnen, wird es von den meisten Ökonomen als notwendig angesehen, auch die wettbewerblichen Steuerungsinstrumente weiter auszubauen. Die klassischen Theorien zu Markt und Wettbewerb sind jedoch auf das Gut Gesundheit und den Gesundheitsmarkt nicht ohne weiteres anwendbar, weswegen dem Ausbau wettbewerblicher Mechanismen auch spezifische Risiken innewohnen. Dem Gut *Gesundheit* wird in allen Gesellschaften ein besonderer Wert beigemessen und der Gesundheitsmarkt ist mit speziellen externen Effekten, steigenden Skalenerträgen und der Optionsgutproblematik kein Markt wie jeder andere. Bei der Aktivierung von Wettbewerb und Markt müssen daher immer die besonderen Eigenschaften dieses Gutes und Marktes berücksichtigt werden.

Im Abschnitt 2 werden die Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen aus analytischen Gründen aufgefährt, bevor im Abschnitt 3 mögliche Stellschrauben zur Implementierung aktivierender wettbewerblicher Maßnahmen auf diesen Märkten erläutert und hinsichtlich ihrer Chancen und Risiken – insbesondere Sozialverträglichkeit, Funktionalität und Effektivität – abgewogen werden. Im Abschnitt 4 wird dann noch einmal ein Fazit mit den wichtigsten Thesen gezogen.

---

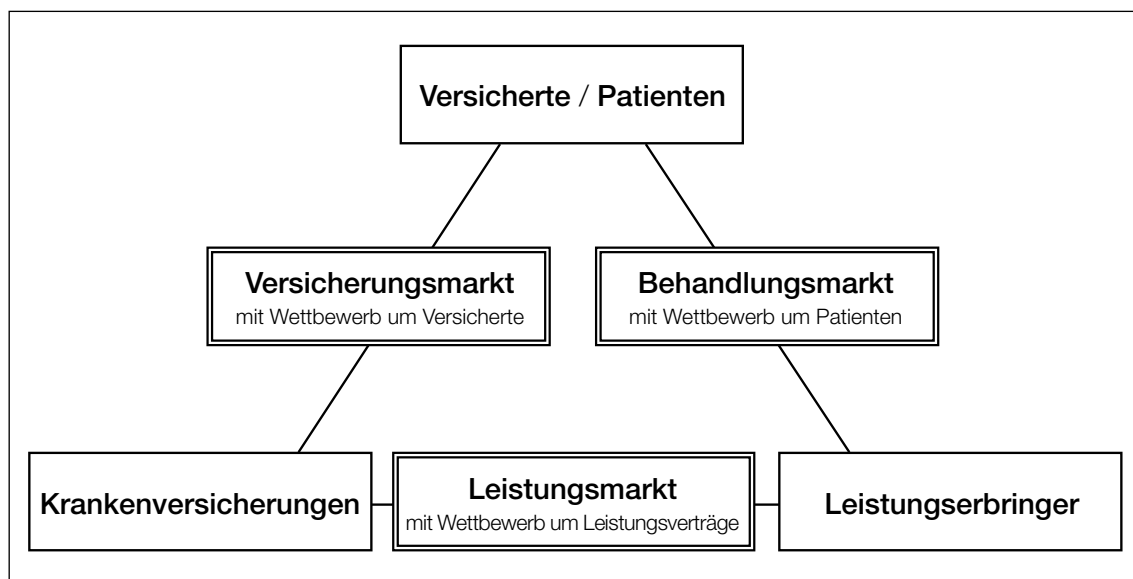
<sup>1</sup> Der Beitrag basiert auf einem Vortrag, den der Erstautor am 23.10.2012 auf einem Symposium der Stiftung Marktwirtschaft gehalten hat.

<sup>2</sup> Jürgen Wasem weist ausdrücklich darauf hin, dass Positionen, die er als Gesundheitsökonom in konzeptionellen Debatten vertritt, keinen Einfluss im Kontext von Schlichtungsaufgaben im GKV-System im Rahmen des geltenden Rechts haben.

## 2. Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen lässt sich insbesondere aufgrund der Existenz der gesetzlichen Krankenversicherung als zentralem Finanzierungsakteur für nahezu 60 v.H. der Gesundheitsausgaben nicht auf nur *einen* Markt mit einem wechselseitigen Geld- und Leistungstransfer reduzieren. Vielmehr können wegen seiner speziellen Strukturen gleich drei Märkte definiert werden: der Behandlungsmarkt, der Versicherungsmarkt und der Leistungsmarkt. Daraus resultiert ebenso eine erhöhte Anzahl von Akteuren, namentlich die Leistungsfinanzierer, die Leistungserbringer und die Leistungsempfänger.

Abbildung 1: Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Cassel et al. (2006)

Wie in Abbildung 1 verdeutlicht wird, bieten auf dem Behandlungsmarkt die Leistungserbringer, zum Beispiel Ärzte, den Patienten die Versorgung mit Gesundheitsleistungen an. Dabei entsteht ein Wettbewerb um die Patienten mit der Besonderheit, dass die Leistungsempfänger nicht wie auf einem durchschnittlichen Gütermarkt gleichzeitig in jedem Falle auch die Leistungsfinanzierer sind. Dies ist vielmehr nur dann der Fall, wenn die Patienten die Leistungen *out of pocket* bezahlen; der Anteil der *out of pocket*-Zahlungen im deutschen Gesundheitswesen liegt bei unter 15 % des Ausgabenvolumens.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt (2012).

Auf dem Versicherungsmarkt treffen die Leistungsempfänger und Leistungsfinanzierer aufeinander. Hier bieten Versicherungsunternehmen Krankenversicherungen an. Die nun als Versicherte auftretenden Patienten zahlen Beiträge bzw. Prämien für jenen Versicherungsschutz. Auf diesem Markt gibt es also einen Wettbewerb der Versicherungsunternehmen um Versicherte.

Aufgrund der Trennung von Leistungsempfang und -finanzierung besteht zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern ein weiterer Markt, der sogenannte Leistungsmarkt. Der Leistungsmarkt wird dann installiert, wenn die Versicherer nicht nur den Versicherten die auf dem Leistungsmarkt entstehenden Kosten erstatten, sondern in direkten vertraglichen Beziehungen zu den Leistungserbringern die Versorgung ihrer Versicherten sichern und die Modalitäten der Leistungserbringung regeln; die Leistungserbringer sind in dieser Konstellation nicht nur als Agenten ihrer Patienten tätig, sondern treten auch als Fallmanager ihrer Patienten für die Versicherer auf.<sup>4</sup> Ein Wettbewerb entsteht auf dem Leistungsmarkt dann, wenn die beiden Seiten nicht im Rahmen von Kontrahierungszwängen zum gegenseitigen Vertragsabschluss verpflichtet sind, sondern Leistungsverträge, z.B. selektiv zwischen einem Versicherungsunternehmen und einem Arzt, abgeschlossen werden können, bei denen beiden Seiten die Wahl des Vertragspartners freigestellt ist.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Wasem (2000).

<sup>5</sup> Cassel et al. (2006).

### **3. Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs inner- und außerhalb des GKV-Leistungskataloges**

Im Folgenden sollen fünf Ansatzpunkte zur Implementierung wettbewerblicher Instrumente im Gesundheitswesen näher untersucht werden.

#### **3.1 Aktivierung von Markt und Wettbewerb jenseits des GKV-Leistungskataloges**

Die Differenzierung von Leistungsfinanzierung und Leistungsanspruchnahme, wie sie im Kapitel 2 erläutert wurde, setzt dem Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt innerhalb des GKV-Leistungskataloges enge Grenzen: In dem Moment, in dem der Patient die von ihm verursachten Kosten nicht selbst tragen muss, wird er bei seiner Nachfrage nur geringfügig preissensitiv reagieren. Der Preis als Wettbewerbsinstrument entfällt somit in dem Umfang, in dem Vollversicherungsschutz besteht.

Außerhalb des GKV-Leistungskataloges entstehen jedoch recht einfach marktliche und wettbewerbliche Strukturen auf dem Behandlungsmarkt. Der Patient fragt eine bestimmte Leistung, die vom Leistungskatalog nicht abgedeckt ist, beim Arzt nach und bezahlt diese aus eigenen finanziellen Mitteln. Somit entsteht ein Wettbewerb um Patienten, der grundsätzlich über die Parameter Preis und Qualität ausgetragen wird. Der Patient wird dadurch tendenziell kritischer das Preis-Leistungsverhältnis und seine Präferenzen im Bezug auf die Behandlung hinterfragen. Es werden sich insbesondere auch trade offs zwischen Qualität und Preis herausbilden, die unter Vollversicherungsschutz kaum beobachtbar sind, weil die Versicherten hier immer die höchste Qualität fordern werden.

Bei der Entscheidung über die Abgrenzung des Leistungskataloges könnte dieser außerhalb des Kataloges entstehende Wettbewerb als ein Bewertungskriterium neben einer ganzen Reihe von weiteren Abwägungen eine Rolle spielen. Allerdings eignen sich nicht alle medizinischen Leistungen, um in die Marktsphäre zwischen Arzt und Patient übergeben zu werden. Dies begründet sich u.a. durch die Informationsasymmetrie zwischen den Akteuren. Der Patient wird oft nicht fachlich einschätzen können, welche Leistung er zu welcher Qualität benötigt und es kann zu angebotsinduzierter Nachfrage kommen, bei der die Leistungserbinger selbst die Nachfrage beeinflussen. Zum anderen – und dies ist in sozialpolitischer Hinsicht ein bedeutender Punkt – würde dann die individuelle Kaufkraft des Patienten über die Leistungsanspruchnahme entscheiden und nicht die medizinische Notwendigkeit. In Deutschland herrscht nach wie vor ein großer gesellschaftlicher Konsens, dass Patienten nicht aus finanziellen Gründen auf notwendige medizinische Leistungen verzichten sollten. Dies schränkt die Möglichkeiten der Intensivierung des Wettbewerbs durch Leistungsausgrenzungen auf diejenigen Bereiche ein, die nicht zum Kern der medizinischen Notwendigkeit gehören.

Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskataloges könnten ihrerseits von den GKV-Versicherten durch individuelle Zusatzversicherungen finanziell abgedeckt werden. Dies geschieht teilweise auch und erleichtert der Gesundheitspolitik grundsätzlich die Entscheidung einer Ausgliederung einer Leistung aus dem GKV-Leistungskatalog. Allerdings ist hierbei jedoch zugleich festzustellen, dass natürlich auch Zusatzversicherungen die Marktmechanismen im Behandlungsmarkt außer Kraft setzen, denn im Augenblick der Inanspruchnahme muss der Patient nicht den Marktpreis für die Gesundheitsleistung entrichten. Diese Kluft ist mit Selbstbeteiligungsregelungen, Beitragsrückgewähr-Mechanismen im Kontext risikoäquivalenter Prämien nur teilweise überbrückbar.

Sollte zukünftig der GKV-Leistungskatalog gekürzt werden, bedarf es vor allem – ähnlich wie in der Rentenversicherung – längerer Übergangszeiten als wie in der Vergangenheit verschiedentlich praktiziert. Dadurch hätten die Menschen die Möglichkeiten, sich z.B. durch Zusatzversicherungen auf die neue Situation einzustellen. Es bedarf u.E. dann auch einer politischen Diskussion, inwieweit für diejenigen, die (z.B., weil sie über relevante Vorerkrankungen verfügen oder ihr Alter jenseits der Altersgrenzen, bis zu denen Privatversicherungen Neukunden aufnehmen, liegt) keine Zusatzversicherungen mehr abschließen können, die Absicherung bei Leistungsausgrenzungen weiterhin gewährleistet werden muss, die Ausgrenzung insoweit also nicht greift. Werden hier sinnvolle Lösungen gefunden, kann die Politik insgesamt mutiger bei einer den Wettbewerb fördernden Ausgrenzung von Leistungen sein.

### **3.2 Aktivierung von Markt und Wettbewerb innerhalb des GKV-Leistungskataloges**

Die Implementierung von stärker wettbewerblich ausgerichteten Steuerungsmechanismen auf dem Behandlungsmarkt ist nicht nur außerhalb, sondern unter bestimmten Voraussetzungen ebenso innerhalb des GKV-Leistungskataloges möglich. Die Aktivierung von Marktkräften auf dem Behandlungsmarkt ist also nicht gleichbedeutend mit einem kompletten Ausschluss von Leistungen aus der GKV. Vielmehr gibt es insbesondere eine Reihe von Ausgestaltungsmöglichkeiten zur Splittung einer Leistung in einen Teilbereich innerhalb und einen Teilbereich außerhalb der GKV. Beispielhaft sind hier Instrumente wie Festbeträge, Festzuschüsse und Mehrkostenregelungen zu nennen. Im Allgemeinen wird dies so ausgestaltet sein, dass eine Grundleistung durch das GKV-System (ggf. mit Selbstbeteiligung) finanziert wird, darüber hinausgehende Teile oder Ausprägungen der Leistung hingegen individuell auf einem Add-on-Markt vom Patienten mit dem Leistungserbringer vertraglich vereinbart werden. Die Splittung von Leistungsfinanzierung und Leistungsanspruchnahme wird dadurch zum Teil ausgesetzt und für den Patienten rücken Preis- und Qualitätsüberlegungen stärker in den Mittelpunkt. Im Rahmen solcher Indemnitätslösungen<sup>6</sup> könnten sich effizientere Lösungen ergeben als bei der vollständigen Kostenübernahme durch das GKV-System.

<sup>6</sup> Zeckhauser (1970).

Eine wichtige Voraussetzung für solch eine Teilfinanzierung ist jedoch, dass die Transparenz von Leistungen für die Patienten erhöht wird. Nur ein informierter Patient kann souverän seine Preis- und Qualitätspräferenzen setzen, ohne dass es durch den Leistungserbringer zu angebotsinduzierter Nachfrage kommt.<sup>7</sup>

Des Weiteren bedarf es einer sorgfältigen Prüfung, inwieweit im Einzelnen die Präferenzsetzung des Patienten und die Teilung der Finanzierung sinnvoll und möglich sind. Insbesondere muss ein gesellschaftlicher Diskurs darüber geführt werden, auf welchem Niveau die GKV-Leistungen angesiedelt werden sollen. Eine wesentliche Frage ist hier auch, inwieweit der durch die GKV abgesicherte Teil der Leistungen an die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts angepasst wird.

### **3.3 Grenzen des Wettbewerbs mittels unterschiedlicher Leistungsumfänge innerhalb des GKV-Leistungskataloges**

Auf den ersten Blick erscheint es im Sinne der Aktivierung von Wettbewerb als vorteilhaft, statt eines festen GKV-Leistungskataloges den Leistungsumfang – in Grenzen – individuell durch den Versicherten definieren zu lassen. Der Versicherte würde seinen Leistungskatalog passgenau zusammenstellen und die Versicherungsunternehmen könnten ihr kreatives Potenzial zur Gestaltung solcher Versicherungsprodukte entfalten.

Diese Option steht jedoch in einem Spannungsverhältnis zum Konzept einer solidarisch finanzierten Pflichtversicherung mit regelmäßigen Kassenwechselemöglichkeiten. Jene ist in gewisser Weise nur mit einem einheitlichen Leistungskatalog vereinbar. Die Umverteilung von Jungen zu Alten und Gesunden zu Kranken würde aus den Fugen geraten, wenn jeder einen anderen Leistungsanspruch hätte und insbesondere gesunde Versicherte auf eine schmale und günstige Versicherungspolice setzen würden, während kranke und evtl. zusätzlich geringverdienende Patienten einen hohen Versicherungsumfang finanzieren müssten.

Dieses grundsätzliche Spannungsverhältnis gilt auch in unserem heutigen GKV-Finanzierungsmodell mit dem einheitlichen Beitragssatz an den Gesundheitsfonds und einkommensunabhängigen, kassenindividuellen Zusatzbeiträgen, auch wenn dieses System für Differenzierungen eher geeignet ist als das alte Modell kassenspezifischer Beitragssätze.<sup>8</sup>

Zur Variation des Leistungsumfanges im gegenwärtigen System gibt es zurzeit zwei Instrumente der Ausdifferenzierung des GKV-Leistungskataloges: Satzungsleistungen und Wahltarife. Erstere finanzieren alle Versicherte einer Krankenversicherung gemeinsam, beispielhaft sind hier homöopathische Anwendungen zu nennen, die dann auch allen Versicherten der

<sup>7</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012).

<sup>8</sup> Felder (2007).



Krankenkasse offen stehen, wenn der Verwaltungsrat eine entsprechende Satzungsänderung beschlossen hat. Diese Leistungen sind aus gutem Grund nicht in den Risikostrukturausgleich (RSA) einbezogen, weil sie nicht Bestandteil des Pflichtkataloges sind, für den die Umverteilungswirkungen des RSA greifen.<sup>9</sup> Daraus folgt jedoch, dass je nach Risikomischung der Versicherten einer Krankenversicherung das gleiche Leistungsangebot zu sehr unterschiedlichen Zusatzbeiträgen führen kann. Die dadurch gesendeten Preissignale sind wenig sachgerecht, sondern spiegeln vielmehr die Risikostruktur des Versichertenstamms wider.

Problematisch sind allerdings auch die Wirkungen von Wahlleistungen: In den Wahlтарifen können Versicherte individuell einen bestimmten Leistungsumfang hinzu buchen, der durch eine zusätzliche Prämie zu finanzieren ist. Der Wahlтарif muss sich innerhalb der in diesem Tarif Versicherten selbst tragen und darf also nicht über den gesamten Versichertenstamm finanziert werden. Zur Kalkulation der zusätzlichen Prämie dürfen die Versicherungsunternehmen außerdem nicht das Prinzip der Individualäquivalenz anwenden, also insbesondere nicht Versicherte mit Vorerkrankungen nicht oder nur gegen Risikozuschlag aufnehmen. Vielmehr ist die zusätzliche Prämie einheitlich für alle Versicherten der Krankenkasse, die den jeweiligen Wahlтарif wählen. Somit wird ein systematischer Anreiz für Versicherte gesetzt, einen Wahlтарif für die benötigten Leistungen erst dann abzuschließen, wenn eine Krankheit eintritt bzw. den Tarif nach Genesung zu kündigen. Ebenso können gesunde Versicherte einen Selbstbehaltтарif abschließen, sich dadurch in den Genuss eines Beitragsnachlasses bringen und den Selbstbehaltтарif bei einer größeren Krankheit (im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Karenzzeit) wieder kündigen. Vor diesem Hintergrund ist auch fraglich, inwiefern nachgewiesen werden kann, dass der Tarif sich mit Kosten und Nutzen selbst trägt. Insgesamt setzt das Instrument des Wahlтарifes, soweit es auf die Zu- und Abwahl von Leistungen gerichtet ist, somit Anreize zur Schwächung des Solidarsystems, was der gesellschaftlichen und überwiegend intendierten politischen Zielsetzung widerspricht.

Auf dem „Versicherungsmarkt“ ist zusammengefasst also eine Stärkung des Wettbewerbs innerhalb des Systems der grundsätzlich solidarisch finanzierten GKV mittels im Leistungsumfang differenzierenden Versicherungspolice nur begrenzt sinnvoll. Schon heute gilt an dieser Stelle nach unserer Einschätzung, dass „weniger mehr“ ist. Dies gilt – das sollte klarstellend angefügt werden – nicht für die Differenzierung des Leistungskataloges innerhalb der nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip ausgestalteten privaten Krankenversicherung. Denn dort ist etwa die Zuwahl von Leistungen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der dann stattfindenden Risikoprüfung ausgeschlossen.

<sup>9</sup> Zur Funktionsweise des morbiditätsorientierten Strukturausgleiches: Drösler et al. (2011).

### 3.4 Verknüpfung von Versicherungs- und Leistungsmarkt mittels Selektivverträge

Im Abschnitt 2 ist bereits auf die drei verschiedenen Märkte innerhalb des Gesundheitswesens eingegangen worden. Nun können wettbewerbliche Steuerungsinstrumente nicht nur innerhalb *eines* Marktes aktiviert werden. Dies gilt z.B. indem über unterschiedliche Kostenerstattungspolices der Behandlungs- und der Versicherungsmarkt miteinander verknüpft werden. In der jüngeren Zeit hat insbesondere die Verknüpfung von Leistungs- und Versicherungsmarkt Beachtung gefunden. Das Hauptinstrument hierfür sind Selektivverträge, bei denen – im Gegensatz zum Kollektivvertrag – einzelne Kassen mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Versorgungsverträge abschließen. So kann einerseits ein Wettbewerb um die Qualität (jenseits einer zu definierenden Mindestqualität) und den Preis der Versorgung auf der Leistungsmarktebene entstehen. Andererseits wirkt sich dies aber auch auf das Versorgungsangebot der Krankenversicherung auf dem Versicherungsmarkt aus. So kann sich eine Versicherung durch eine besondere Leistung, eine besondere Kooperation mit bestimmten Leistungserbringern profilieren, ebenso aber auch – und dies ist vermutlich von höherer Relevanz für die Versicherung – günstiger Leistungen einkaufen und so evtl. Zusatzbeiträge vermeiden.

Dieser Kassenwettbewerb, der in einer ganzen Reihe von Ländern in den letzten 20 Jahren aufgebaut wurde, wird als Treiber für Effizienz und Qualität der Versorgung angesehen. Es bedarf jedoch verschiedener Voraussetzungen, damit der Kassenwettbewerb funktionieren kann. Diese sind im deutschen System zurzeit in unterschiedlichem Umfang erfüllt: Die notwendige Kassenwahlfreiheit ist gegeben, außerdem können Versicherte und Versicherungen im Großen und Ganzen preis- und kostensensitiv reagieren. Auch der zwingend notwendige morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich führt zwar nach wie vor zu Überdeckungen für Gesunde und Unterdeckungen für Multimorbide, aber auch hier ist das deutsche System auf einem guten Weg.

Defizite gibt es dagegen insbesondere in vier Bereichen: der Vertragsfreiheit von Ärzten und von Versicherern, der Wettbewerbsregulierung und der Transparenz für Versicherte.

Der Leistungsmarkt der Leistungserbringer ist noch stark abgeschottet durch die Bedarfsplanung. Ein Markt, auf dem jeder die Möglichkeit hat, Angebote zu machen, ist jedoch eine zentrale Voraussetzung, damit sich in dynamischer Perspektive Effizienz und Innovationen realisieren können. Ein Schritt in diese Richtung wäre eine größere Vertragsfreiheit für die Leistungserbringer. Dies gilt ebenso für den Kassenmarkt, auf dem eine stärkere Fokussierung auf Selektivverträge angestrebt werden könnte. Das Ziel von Vertragsabschlüssen sollte hierbei nicht nur eine kostengünstigere, sondern ebenso eine qualitativ hochwertige Versorgung sein. In diesem Zusammenhang sollte ebenso über eine effektive Wettbewerbsregulierung

nachgedacht werden; inwieweit die jetzt gefundene Regelung zur Kontrolle bei Kassenfusionen ausreicht, bedarf sorgfältiger Beobachtung.

Selektivverträge sind jedoch nur dann ein Kassenwahlkriterium für den Versicherten, wenn er auch einfach und verlässlich Informationen über das selektivvertragliche Handeln seiner Versicherung erhalten kann. Hier gilt es stärkere Transparenz für die Versicherten zu schaffen.<sup>10</sup> Die empirische Evidenz zu den Potenzialen von Selektivverträgen für das deutsche Gesundheitssystem ist bislang eher dünn.

### **3.5 Gewinn an funktionalem Wettbewerb durch ein einheitliches Versicherungssystem**

Bei der Analyse zur wettbewerblichen Ausgestaltung im Gesundheitswesen ist die Untersuchung nicht nur auf das GKV-System zu beschränken. Dies gilt insbesondere angesichts des Systemwettbewerbs zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, wie er für das deutsche Krankenversicherungssystem charakteristisch ist. Der Systemwettbewerb hat ambivalente Wirkungen bei der Aktivierung von Markt und Wettbewerb<sup>11</sup>, wobei in einer summarischen Abwägung der Verfasser die negativen Effekte überwiegen. Zwar belebt Konkurrenz das Geschäft und aus Sicht der Versicherten hat die Politik bei der Ausgestaltung des Leistungskataloges auch die potenzielle Abwanderung in die PKV im Auge gehabt. Aber es hat letztlich wenig Sinn, einem Teil der GKV-Versicherten freizustellen, ob sie in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen, Umlagen und Familienversicherung oder einem System mit risikobezogenen Beiträgen, Kapitaldeckung und Individualversicherung versichert sein wollen. Dies führt zu einer Risikoselektion zu Lasten des gesetzlichen Systems und es kann nicht von einem wirklichen Wettbewerb der Systeme gesprochen werden. Zwar findet eine s.g. „Quersubventionierung“ von der PKV hin zur GKV über die Arztpraxen statt,<sup>12</sup> die in gewisser Weise als „Preis für die Anti-Selektion zulasten der GKV“ interpretiert werden kann. Diese „Quersubventionierung“ kann aber u.E. als Gegenargument letztlich nicht gelten, u.a. da sie nicht zu höherer Effizienz im Gesundheitswesen führt und ihrerseits mit unerwünschten Nebenwirkungen (wie etwa einer bevorzugten Terminvergabe für privat Versicherte)<sup>13</sup> einhergeht. Ein einheitliches statt einem zweigliedrigen Versicherungssystem würde allen Krankenversicherungen gleiche Bedingungen bieten und klare wettbewerbliche Voraussetzungen auf dem Versicherungs-, Behandlungs- und Leistungsmarkt bieten. Insbesondere könnten die unter Punkt 3.4 erläuterten Ansätze dann effektiver umgesetzt werden.

<sup>10</sup> Ebsen et al. (2003).

<sup>11</sup> Wasem, Walendzik (2011).

<sup>12</sup> Niehaus, Weber (2005), Walendzik et al. (2009).

<sup>13</sup> Lünen et al. (2008).

#### 4. Fazit

In dieser Analyse wurden fünf Stellschrauben zur Implementierung von Wettbewerb betrachtet.

Dabei ist zum einen festgestellt worden, dass jenseits des GKV-Leistungskataloges auf dem Behandlungsmarkt Markt und Wettbewerb relativ leicht herstellbar sind. Dies kann jedoch nur eines von mehreren Kriterien bei der Entscheidung über die Abgrenzung des Leistungskataloges sein.

Auch innerhalb des GKV-Leistungskataloges können Markt und Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt stärker aktiviert werden. Dies bedarf allerdings erheblicher Anstrengungen zur Stärkung der Transparenz für die Versicherten bzw. Patienten.

Die Grenzen des Wettbewerbs zeigen sich dagegen auf dem Versicherungsmarkt im Hinblick auf Versicherungspolicen mit unterschiedlichen Leistungsumfängen. Diese sind nur begrenzt sinnvoll, da sie im Sinne des Solidarsystems für Versicherte falsche Anreize setzen. Hier wäre bereits heute ein „weniger“ eher mehr.

Vielmehr sollte für die marktliche und wettbewerbliche Ausrichtung der GKV die Verknüpfung der Versicherungsmärkte mit einer Weiterentwicklung der Leistungsmärkte im Rahmen von Selektivvertragsmodellen zentraler sein. Die bereits bestehenden guten Ansätze sollten weiter ausgebaut werden.

Mit Blick auf das duale Krankenversicherungssystem kann festgestellt werden, dass ein Übergang zu einem einheitlichen Versicherungssystem angestrebt werden sollte. Dies führt zwar zum Verlust des s.g. „Systemwettbewerbs“ zwischen PKV und GKV, da dieser aber ambivalent zu beurteilen ist, ist das einheitliche Versicherungssystem durchaus mit einem Gewinn an funktionalem Wettbewerb verbunden.

## Literatur

Cassel, D./ Ebsen, I./ Greß, S./ Jacobs, K./ Schulze, S./ Wasem, J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.

Ebsen, I./ Greß, S./ Jacobs, K./ Szecsenyi, J./ Wasem, J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.

Drösler, S./ Hasford, J./ Kurth, B.-M./ Schaefer, M./ Wasem, J./ Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Felder, S. (2007): Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb. In: Göppfarth, D./ Greß, S./ Jacobs, K./ Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds. Sankt Augustin, Asgard Verlag: 215-30.

Lüngen, M./ Stollenwerk, B./ Messner, P./ Lauterbach, K.W./ Gerber, A. (2008): Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal für Equity in Health* 7: 1-7.

Niehaus, F./ Weber, C. (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen. Köln, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bern, Huber.

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheitsausgaben 1992-2010. Excel-Datei. Download unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Datum des Zugriffs: 09.05.2012).

Walendzik, A./ Manouguian, M./ Greß, S./ Wasem, J. (2009): Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. *Sozialer Fortschritt* 58(4): 63-69.

Wasem, J. (2000): Kostenerstattung und Sachleistung aus ökonomischer Sicht. *Medizinrecht* 18: 472-476.

Wasem, J./ Walendzik, A. (2011): Optionen zur „Überwindung“ der Marktabgrenzung zwischen GKV und PKV. In: Wille, E./ Knabner, K. (Hrsg.): Reformkonzepte im Gesundheitswesen nach der Wahl. Frankfurt am Main, Peter Lang GmbH. 63: 43-66.

Zeckhauser, R. (1970): Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives. *Journal of Economic Theory* 2(1): 10-26.

## Autoren



**Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem**

Lehrstuhl für Medizinmanagement  
Universität Duisburg-Essen



**Kristin Höfinghoff, B.A.**

Studentische Mitarbeiterin  
am Lehrstuhl für Medizinmanagement  
Universität Duisburg-Essen

### Stiftung Marktwirtschaft

Die Stiftung Marktwirtschaft ist eine volkswirtschaftliche Denkfabrik, die unabhängig von Parteien und unbeeinflusst von Interessengruppen zukunftsweisende Lösungsvorschläge für gesellschaftliche Probleme erarbeitet. Um Wohlstand und Nachhaltigkeit auch weiterhin sicherzustellen, müssen ökonomische Notwendigkeiten erkannt und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Eigenverantwortung, Wettbewerb und Freiheit stärken.