

Regulierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen – Kommentar zum Bericht über die Schweiz aus ökonomischer Sicht

Jürg H. Sommer

1. Auf Expansion ausgerichtete finanzielle Anreize	416
1.1 Anreize für die Versicherten/Patienten	416
1.2 Anreize für die Leistungserbringer	417
1.3 Anreize für die ergänzenden Sachwalter	418
2. Bessere marktwirtschaftliche Kontrollen	419
3. Ideale Wettbewerbsvoraussetzungen in der Schweiz	421
4. Ungenügende Reform des Krankenversicherungsgesetzes	422
5. Abbau bestehender Wettbewerbshindernisse	424
5.1 Freie Preis- und Vertragsbildung garantieren	424
5.2 Spitallisten abschaffen	424
5.3 Monistische Spitalfinanzierung einführen	425
5.4 Kostenverantwortung an Ärzte übertragen	425
5.5 Sozialausgleich auf wirtschaftlich Schwache konzentrieren	427
Literatur	428

Die Schweiz gilt als Land mit dem wettbewerbsfreundlichsten Gesundheitswesen in Europa. *Friso Ross* hat jedoch in seinem Länderbericht ausführlich und treffend nachgewiesen, dass dieser Wettbewerb im schweizerischen Krankenhaussektor nur beschränkt spielt und nach wie vor gewichtige Wettbewerbshindernisse bestehen.

Im Folgenden soll in Ergänzung zu seinen Ausführungen in einem etwas breiteren Kontext kurz gezeigt werden, dass in der Schweiz nach wie vor auf Expansion ausgerichtete finanzielle Anreize vorherrschen (Abschnitt 1) und bessere marktwirtschaftliche Kontrollen möglich wären (Abschnitt 2). Die Schweiz weist eigentlich ideale Wettbewerbsvoraussetzungen auf (Abschnitt 3), hat sie aber mit der vor zehn Jahren durchgeführten Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) nur ungenügend genutzt (Abschnitt 4). Schließlich wird ein konsequenter Abbau der bestehenden Wettbewerbshindernisse gefordert (Abschnitt 5), wobei sowohl bei der Analyse als auch bei den Reformvorschlägen der Krankenhaussektor bzw. dessen Finanzierung im Vordergrund stehen.

1. Auf Expansion ausgerichtete finanzielle Anreize

In einer Welt, in der anders als im Schlaraffenland *beschränkte Mittel* fast *unbegrenzten Wünschen gegenüberstehen*, stellt die Vornahme von Kosten-Nutzen-Abwägungen im Gesundheitswesen - wie in allen anderen Bereichen – eine *unausweichliche Notwendigkeit* dar. In der Schweiz hat keiner der involvierten Akteure einen Anreiz, diese auch vorzunehmen, wie im Folgenden gezeigt wird:

1.1 Anreize für die Versicherten/Patienten

Wie in den meisten Industriestaaten so wurde auch in der Schweiz die Finanzierung von Gesundheitsleistungen so geregelt, dass für den einzelnen bei seinen Entscheidungen zur Inanspruchnahme nur *Nutzenüberlegungen* (z.B.: Welches ist der *beste* Arzt zur Behandlung meiner Krankheit?) relevant sind. *Kostenüberlegungen* spielen dagegen *keine Rolle* (z.B.: Welches ist der *günstigste* Arzt zur Behandlung meiner Krankheit?). Bei den vorherrschenden Abrechnungssystemen hat ein Patient in der Regel nicht einmal die Möglichkeit, kostengünstige Leistungserbringer zu identifizieren.

Wer das Gesundheitswesen nur wenn absolut nötig beansprucht, wird nicht mit geringeren individuellen Beiträgen belohnt, sondern muss zusätzlich den Mehrkonsum der anderen in Form steigender Prämien und Steuern mitbezahlen. Da medizinische Leistungen bei kollektiver Risikodeckung weitgehend kostenlos beansprucht werden können, besteht für den einzelnen Versicherten ein starker Anreiz, im Krankheitsfall eine Maximalmedizin ohne Rücksicht auf deren Kosten nachzufragen. Gerade bei steigenden

Prämien erscheint es für ihn nur rational und konsequent, seine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weit über den existentiellen Grundbedarf auszudehnen, um auch einen Gegenwert für seine wachsenden Beiträge zu erhalten. Wenn dies alle tun, kommt es zur *Ausbeutung der Krankenversicherung durch ihre eigenen Mitglieder*.

1.2 Anreize für die Leistungserbringer

In der Schweiz wird ein *Arzt in freier Praxis* üblicherweise für jede erbrachte Einzelleistung separat entschädigt. Erbringt er aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen gewisse Leistungen nicht, wird er dafür mit weniger Einnahmen bestraft. Er verdient also nicht mehr, wenn sein Behandlungsstil *effizient* ist, sondern wenn er mehr und komplexere Leistungen erbringt. Die zu beobachtende ständige Mengenausweitung ist möglich, weil der Patient kaum in der Lage ist, die im Einzelfall notwendige medizinische Behandlung zu bestimmen. Er erwartet im Gegenteil vom Arzt die Konkretisierung seiner unbestimmten Nachfrage sowie seiner diffus empfundenen Krankheitssymptome oder Gesundheitsbedürfnisse in einem anerkannten Bedarf nach medizinischen Leistungen. Dabei ist trotz unbestreitbarer Fortschritte in der Medizin die für gegebene Krankheitssymptome notwendige Behandlung selten klar und eindeutig vorgegeben. Es gibt nur bei einem Teil der Fälle die „richtige“ Behandlung oder auch nur eine klare Linie zwischen „notwendigen“ und „überflüssigen“ Behandlungen. Es besteht im Gegenteil oft *eine große Ungewissheit bei der Diagnosestellung*. Insbesondere bei unbestimmten Krankheitssymptomen sowie bei psychosomatischen und chronischen Erkrankungen existiert *ein weiter Spielraum bei den Therapieentscheidungen*, den der Arzt je nach seinen Kapazitäten nutzen kann. Dabei hat wie der Patient auch der ihn behandelnde Arzt keinerlei Anreize, bei seinen Entscheidungen auch die Kostenseite mit einzubeziehen und die in einer Welt knapper Mittel notwendigen Kosten-Nutzen-Abwägungen vorzunehmen.

In einer derartigen Umgebung käme kein *Krankenhaus* auf die Idee, mit dem Argument zu werben, dass seine Patienten *kostengünstiger* als anderswo behandelt werden. Weil der *Preis keine Rolle* spielt, werden der Patient und allenfalls sein einweisender Arzt sich überlegen, welches das *beste* Krankenhaus zur Behandlung der jeweiligen Beschwerden ist. Dabei wird in der Regel die Qualität eines Krankenhauses – mangels geeigneter Informationen – anhand des Rufes seiner Chefärzte und der Neuheit des Hauses (Hotelkomfort) und seiner Einrichtungen beurteilt. Da kein Krankenhaus es sich leisten kann, über veraltete Apparaturen und wenig bekannte Chefärzte zu verfügen, ist ein in der Schweiz seit Jahren zu beobachtender (kostensteigernder) „*Annehmlichkeits- und Ausrüstungswettbewerb*“ vorprogrammiert.

In diesem Umfeld erhalten auch die *Geräte- und Arzneimittelhersteller* starke Anreize für die Markteinführung auch nur *geringfügig modifizierter Produkte*. Dabei sind insbesondere bei den Apparaturen die wenigsten jemals nach wissenschaftlichen Krite-

Wenn die Beziehungen zwischen dem Auftraggeber (in diesem Fall der Patient) und dem Sachwalter (in diesem Fall der Arzt) zu keinen befriedigenden Ergebnissen führen, so können gemäss der Principal-Agent-Theorie sog. *ergänzende Sachwalter* (z.B. der Staat, die Krankenversicherer) beigezogen werden, die insbesondere Hilfestellung für die Vornahme der in einer Welt knappen Mittel unumgänglichen Kosten-Nutzen-Abwägungen leisten können oder diese selbst vornehmen.

Des Weiteren könnten auch die *Krankenversicherer* zum vorrangigen Sachwalter des Individuums in gesundheitlichen Belangen werden und insbesondere für ihre Mitglieder eine kostengünstige medizinische Versorgung aushandeln. Ein Kassenmanager könnte sich beispielsweise durch eine harte Haltung bei Preisverhandlungen mit den Ärzten auszeichnen. Doch die Tarife werden auf *kantonomaler* Ebene von den jeweils zuständigen Verbänden der Krankenkassen und der Ärzte festgesetzt. Warum soll sich also ein Kassenmanager dabei besonders einsetzen, wenn die Tarife dann doch für *alle* Kassen gelten? Die Krankenkassen haben zudem bis in die neunziger Jahre durch verbandliche Regelungen jeglichen Prämienwettbewerb untereinander auszuschalten versucht. Nicht erstaunlich ist, dass in einer derartigen Umgebung die Möglichkeiten *organisatorischer* Innovationen im Gesundheitswesen kaum genutzt werden, die über neuartige Kombina-

tionen von Produktionsprozessen und über Synergieeffekte Kostensenkungen ermöglichen würden (z.B. integrierte Gesundheitsversorgung durch Managed Care-Modelle).

Entscheidend ist, dass nur ein *einzig* ergänzender Sachwalter eingesetzt wird, sonst können die zu beobachtenden Anreize zur Kostenüberwälzung und fehlenden Steuerungsmöglichkeiten auf allen Ebenen nicht behoben werden. In der Schweiz konnte man sich jedoch bis anhin zwischen den möglichen ergänzenden Sachwaltern „Staat“ oder „Krankenversicherer“ nicht entscheiden.

Expansives Verhalten belohnende finanzielle Anreize werden dafür sorgen, dass der Kostendruck im Gesundheitswesen weiter zunehmen wird. Gleichzeitig ist absehbar, dass – allein schon demographisch bedingt – die Gesundheits- und Sozialausgaben in der Schweiz ohne Gegenmaßnahmen in Zukunft massiv ansteigen werden. Dies hat zur Folge, dass die *Mittelknappheit* im Gesundheitswesen *immer spürbarer* wird und sich die Suche nach Auswegen aus der Kostenfalle intensivieren muss. Der Frage nach dem *wirtschaftlich noch Tragbaren* kann auch im Gesundheitswesen nicht länger ausgewichen werden.

2. Bessere marktwirtschaftliche Kontrollen

In funktionierenden Märkten werden die in einer Welt knapper Mittel notwendigen Kosten-Nutzen-Abwägungen automatisch vorgenommen, weil die kostenbewussten Nachfrager mit ihrer Suche nach den Anbietern, welche die gewünschten Gütern und Dienstleistungen in der erforderlichen Qualität zu den tiefsten Preisen offerieren, einen höheren Gesamtnutzen erzielen können. Die Leistungserbringer stehen unter einem gewissen Zwang, zu tiefstmöglichen Kosten zu produzieren, weil sie sonst durch bestehende oder neu in den Markt eintretende Konkurrenten unterboten werden können. Entgegen oft gehörten Behauptungen ist es auch im Gesundheitswesen möglich, die Vorteile des Marktmechanismus zu nutzen. Die meisten Patienten wären zwar zweifellos damit überfordert, *im Krankheitsfall* Angebote bei verschiedenen Ärzten einzuholen und zu beurteilen, ob jede einzelne medizinische Leistung ihren Preis auch wert ist. Hingegen sollte dem *mündigen* Bürger zugemutet werden können, bei entsprechenden Informationen *auf Versicherungsebene* zwischen konkurrierenden Krankenversicherungsmodellen mit verschiedenen Leistungspaketen und unterschiedlicher Prämienhöhe auswählen zu können. Wer dem Bürger diese Fähigkeit abspricht, müsste ihn doch auch in vielen anderen Bereichen (z.B. bei der Berufs- oder Partnerwahl), wo ebenfalls erhebliche Unsicherheiten und Informationsdefizite bestehen, für unmündig erklären. Und wer sollte dann für ihn entscheiden? Staatliche Bürokraten?

Mit der Einführung von Wettbewerb auf Versicherungsebene können die Vorteile des Marktes – eine effiziente Verwendung der verfügbaren Ressourcen bei größtmöglicher Handlungs- und Wahlfreiheit des einzelnen – auch im Gesundheitswesen genutzt

werden. Eine derartige Allokationsstrategie macht Sinn, weil die *Präferenzen der Bevölkerung differieren* und weil die *Praxisstile* der Ärzte selbst in sogenannten homogenen Versorgungsregionen extrem *variieren*. Mit Hilfe des Angebots entsprechender Versicherungsmodelle mit verschiedenen Leistungspaketen sollen also die (unterschiedlichen) Präferenzen der Patienten/Versicherten besser in Einklang mit den (unterschiedlichen) Praxisstilen der medizinischen Leistungserbringer gebracht werden. Notwendige *Voraussetzungen* eines derartigen wettbewerblichen Reformansatzes sind demzufolge, dass die Bürger

- in die Lage versetzt werden, Ärzte und Krankenhäuser, die eine qualitativ gute Medizin weniger behandlungsintensiv und damit kostengünstiger erbringen als andere Anbieter, überhaupt *identifizieren* zu können, und
- für die Wahl eines entsprechenden Versicherungspaketes *mit niedrigeren Prämien und/oder Eigenanteilen an den Kosten belohnt* werden.

Diese Reformstrategie erfordert, dass jeder *einzelne* Krankenversicherer nicht mehr alle, sondern nur noch eine *ausgewählte Gruppe* von Leistungserbringern einer bestimmten Region unter Vertrag nimmt. Die Auswahl von medizinischen Anbietern erzeugt *Wettbewerbsdruck* und ermöglicht es, die Kostenerfahrungen von Teilgruppen von Leistungserbringern zu isolieren und über die Beitragshöhe (Prämien, Eigenanteil) an die Versicherten weiterzugeben. Damit die berücksichtigten Ärzte ein Interesse an einer erfolgreichen Existenz ihres Versicherungsmodells (sog. *Managed Care-Organisationen, MCOs*) haben, müssen sie in irgendeiner Form an dessen Ergebnis *finanziell beteiligt* werden. Dabei sind viele Varianten denkbar. Entscheidend ist, dass für die Ärzte die finanziellen Anreize geändert werden und *effizientes Verhalten belohnt* statt bestraft wird. Im Gegensatz zu der in der traditionellen Krankenversicherung üblichen Einzelleistungshonorierung verdienen sie nicht mehr, wenn die Versicherten bei einer Erkrankung maximal versorgt werden, sondern wenn sie gesund bleiben bzw. möglichst wenig Ressourcen beanspruchen. Die ersten derartigen Versicherungsmodelle wurden deshalb in den USA *Health Maintenance Organizations (HMOs)*, also "Organisationen zur Gesundheitserhaltung", genannt.

Besteht ein Angebot an solchen MCOs, werden einige Versicherte bereit sein, *gegen einen Prämienvorteil* einen Teil der vollen Arztwahlfreiheit aufzugeben und sich einer solchen anzuschließen. Für MCOs wird demzufolge die Suche nach den kostengünstigsten Lösungen zur Existenzfrage. Sie setzen dadurch einen *Kostenmaßstab* und bringen damit die anderen Versicherer unter Wettbewerbsdruck, der sich (auch) *auf den medizinischen Bereich überträgt*. Wenn sich die Prämien der traditionellen Versicherer zu weit von jenen der MCOs entfernen, müssen sie damit rechnen, dass vermehrt Mitglieder zu diesen abwandern. Dies wird sie zwingen, ebenfalls günstigere Prämien-Leistungspakete anzubieten, indem sie effizientere Kooperationsformen mit den medizinischen Leistungserbringern entwickeln und/oder nur noch mit denjenigen mit einem besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis Verträge abschließen.

Die Konsumenten schränken mit dem Beitritt zu einem Versicherungsplan, der außer in Notfällen ausschließlich die Behandlung bei den diesem Plan angeschlossenen Ärzten umfasst, ihre Arztwahlfreiheit im Krankheitsfall ein. Als marktwirtschaftliches Steuerungselement macht dies nur dann Sinn, wenn der Beitritt *freiwillig* erfolgt sowie ein *Austritt oder Wechsel der Versicherten periodisch möglich* ist. Die Garantie der *vollen Freizügigkeit* ist deshalb eine weitere wichtige Voraussetzung einer marktwirtschaftlichen Reform im Gesundheitswesen. Sie verringert auch die Gefahr, dass einzelne Versicherungspläne versuchen könnten, ein günstiges finanzielles Ergebnis durch die medizinische Unterversorgung ihrer Mitglieder zu erreichen. Dieser Unterversorgung steht dann nicht mehr nur die *ärztliche Ethik* entgegen, sondern auch die Möglichkeit der Mitglieder, die Versicherung bei Unzufriedenheit zu wechseln. Sobald ein Versicherungsplan auch nur das Image bekommt, in bestimmten Fällen eher zu wenig zu tun, werden die Mund-zu-Mund-Propaganda sowie Medieninformationen rasch zu Mitgliederverlusten führen. Will ein Versicherungsmodell seine Existenz nicht gefährden, muss es sofort korrigierende Maßnahmen ergreifen.

3. Ideale Wettbewerbsvoraussetzungen in der Schweiz

In der Schweiz wurde eine derartige marktwirtschaftliche Reformstrategie erstmals vor über zwanzig Jahren von Ökonomen propagiert. Sie erhielt im Laufe der Jahre vermehrt auch Unterstützung von politischen Entscheidungsträgern, weil sich die Schweiz aus folgenden Gründen ausgezeichnet für die Schaffung staatlicher Rahmenbedingungen eignet, die einen funktionierenden Wettbewerb im Krankenversicherungsbereich ermöglichen sollen:

- Die Bevölkerung kommt für einen beträchtlichen Teil der europaweit höchsten Gesundheitsausgaben über *Kopfprämien* auf. Sie sollte deshalb ein erhebliches Interesse daran haben, auch kostengünstige Versicherungsvarianten wählen zu können.
- In der Schweiz existiert seit Jahren eine *Vielzahl von Krankenkassen*. Das Vorhandensein mehrerer Kassen macht nur Sinn, wenn sie auf der Basis der Prämienhöhe untereinander konkurrieren und für ihre Mitglieder bei (ausgewählten) Leistungserbringern günstige Verträge aushandeln.
- Das bisherige Mischsystem ohne klare Verantwortlichkeiten hat in der Schweiz im internationalen Vergleich zu *sehr hohen Kapazitäten* geführt. Diese bieten in Kombination mit der Kleinräumigkeit der Schweiz *ideale Voraussetzungen* für wettbewerblich ausgerichtete Reformen auf *Versicherungsebene*.

4. Ungenügende Reform des Krankenversicherungsgesetzes

Auf den ersten Blick könnte man meinen, die Schweiz sei mit dem auf den 1.1.1996 eingeführten neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) diesen Weg gegangen. So wurde der freie Kassenwechsel in jedem Alter ohne Vorbehalte und finanzielle Einbussen in der obligatorischen Krankenversicherung ermöglicht (Art. 4 KVG), die Einführung von Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer erlaubt (Art. 41, 62 KVG), die Möglichkeit der Abkehr von der Einzelleistungshonorierung geschaffen (Art. 43 KVG), ein Verbot von Kartellabsprachen ausgesprochen (Art. 46 KVG) und die Durchführung regelmäßiger Kontrollen der Qualitätssicherung angeordnet (Art. 58 KVG). Bei näherem Hinschauen stellt sich jedoch heraus, dass weder die *auf Expansion ausgerichteten finanziellen Anreize grundlegend geändert* noch alle bestehenden *Wettbewerbshindernisse* konsequent aus dem Wege geräumt wurden.

Die Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ist ein illustratives Beispiel dafür, dass der Gesetzgeber die marktwirtschaftliche Reform des KVG nicht konsequent zu Ende gedacht hat und sich vor allem nicht entscheiden konnte, welcher ergänzende Sachwalter das Primat der Steuerung übernehmen sollte. Die Spitalfinanzierung ist in der Schweiz *dual* ausgestaltet und zwar in dem Sinne, dass die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) und die Krankenkassen sich getrennt und teilweise unabhängig voneinander an der Finanzierung des stationären Bereichs beteiligen. Die Kantone tragen die Investitionskosten, mindestens 50 Prozent der sog. anrechenbaren Betriebskosten und zusammen mit den Gemeinden die Defizite der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler (sog. Objektsubventionierung). Die Krankenkassen ihrerseits übernehmen bei stationärer und teilstationärer Behandlung in der allgemeinen Abteilung maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten.

Eine derart ausgestaltete Spitalfinanzierung fand damals eine politische Mehrheit, weil einerseits eine reine Finanzierung über Kopfprämien als zu regressiv empfunden wurde. Andererseits wollte man aber auch nicht die Spitalausgaben voll über Steuern finanzieren, weil dadurch die Wirkung der Kopfprämie als zentrales Wettbewerbselement des KVG drastisch reduziert worden wäre. Dieses gegenwärtige System der dualen Spitalfinanzierung macht jedoch die *Vorteile einer wettbewerbsorientierten Reform der Krankenversicherung* aus folgenden Gründen *weitgehend zunichte* und führt zu beträchtlichen *Ineffizienzen*:

- Stationäre Leistungen werden dank der Subventionierung der öffentlichen Hand künstlich verbilligt, wodurch für die Versicherer und deren Mitglieder kein Anreiz besteht, gewisse Behandlungen vom teureren stationären in den kostengünstigeren teilstationären oder ambulanten Bereich zu verlagern. Dadurch wird insbesondere *die Entwicklung und Ausbreitung von MCOs stark behindert*. Diese erzielen ihre Kosteneinsparungen im Vergleich zu den traditionellen Krankenkassen vor allem über geringere Hospitalisationsraten und kürzere Spitalaufenthalte. Wegen der Sub-

ventionierung der stationären Leistungen können sie jedoch *nur einen Teil* der effektiven Kosteneinsparungen selbst realisieren und in Form reduzierter Prämien an ihre Mitglieder weitergeben. Mehr als die Hälfte dieser Kosteneinsparungen kommt der öffentlichen Hand zugute.

- Die Kantone haben nur *ein beschränktes Interesse an* von den Krankenkassen zu bezahlenden, *niedrigen Tarifen* im stationären Sektor, weil sie allenfalls entstehende Defizite selbst zahlen müssen. Dies wirkt sich insbesondere dann nachteilig aus, wenn sich die Krankenkassen und Spitäler nicht auf einen Tarifvertrag einigen können. Gemäß Art. 47 KVG kommt den Kantonen in diesem Fall die Schiedsrichterrolle zu. Damit reduziert sich der Druck, kosteneffizient zu produzieren. Die Kantone sind so in der Lage, zumindest einen Teil des Kostendrucks von Seiten der Krankenversicherer abzublocken und an sich notwendige Strukturbereinigungen aufzuhalten oder zu verzögern. Darüber hinaus führte die heutige Regelung in vielen Fällen zu aufwendigen Abklärungen und Strittigkeiten, wer welchen Teil der Kosten zu übernehmen hat (z.B. bezüglich Abgrenzung stationärer zu teilstationärer Leistungen oder bei der Frage der Kostenübernahme bei ausserkantonalen Hospitalisationen).
- Fälschlicherweise wird in der Schweiz immer wieder argumentiert, diese beträchtlichen staatlichen Zuschüsse würden den sozialen Ausgleich sicherstellen. Versteht man unter Solidarität den Ausgleich zwischen Reich und Arm, so kann wohl kaum behauptet werden, dass durch die *generelle Verbilligung* des Spitalaufenthaltes für alle Patienten (ob arm oder reich) dieses Ziel erreicht wird. *Einkommensabhängige Prämienbeiträge* sind ein weit wirksameres Umverteilungsinstrument.
- Schließlich bestimmen die Kantone über die Objektsubventionierung und weiteren, im KVG enthaltenen Regulierungsinstrumenten (Spitalplanung, Spitallisten) faktisch die Gesamtkapazitäten und die Struktur des Spitalsektors.

Werden diese *dirigistischen* Elemente im KVG beibehalten, so ermöglicht dies – wie in der Schweiz zu beobachten – sowohl den Versicherern als auch den Leistungserbringern, sich hinter den wettbewerbsbehindernden Vorschriften zu verstecken, *Kostenüberwälzungsstrategien* zu betreiben und sich vor der anspruchsvollen Rolle des Aufbaus von *Managed Care-Modellen* zu drücken.¹ Letztere sind jedoch ein *entscheidendes Element* eines erfolgreichen marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystems. Sie vergrößern nicht nur die Wahlmöglichkeiten der Versicherten, sondern sie zwingen mit ihren pauschalisierten Entschädigungssystemen und Erfolgsbeteiligungen insbesondere auch die beteiligten Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zur Vornahme der unerlässlichen Kosten-Nutzen-Abwägungen.

¹ Trotz aller Mängel beschleunigte die Reform des KVG den im schweizerischen Krankenkassenmarkt zu beobachtenden Konzentrationsprozess beträchtlich. Existierten vor 40 Jahren noch über 1'000 Krankenkassen, so gibt es zurzeit noch 87 Kassen. Hefti und Frey, 2008.

5. Abbau bestehender Wettbewerbshindernisse

Wie die folgenden Empfehlungen belegen, ist in der Schweiz am meisten Handlungsbedarf im Bereich der *Stärkung der Rolle der Krankenversicherer als ergänzende Sachwalter* und der daraus folgenden *Beseitigung* der nach wie vor bestehenden *Wettbewerbsbarrieren* auszumachen:

5.1 Freie Preis- und Vertragsbildung garantieren

Tarifverträge müssen heute von der zuständigen Kantonsregierung bzw. – bei Geltung in der gesamten Schweiz – vom Bundesrat genehmigt werden (Art. 46 KVG). In einem wettbewerblichen System ist nicht einzusehen, weshalb politische Behörden in die Tarifgestaltung zwischen den Vertragspartnern involviert sein sollen. Bei Missbräuchen von Marktmacht besteht mit der *Wettbewerbsbehörde* bereits eine adäquate Kontrollinstanz. Eingriffe politischer Instanzen in die Preis- und Vertragsbildung sind deshalb im Gesetz auszuschließen, und der *Kontrahierungszwang der Krankenkassen ist aufzuheben*. Desgleichen sind alle weiteren staatlichen Eingriffe in die freie Preisbildung strikt zu unterlassen. Mit der Einführung der sog. *SwissDRGs* sollen ab 2009 schweizweit *einheitliche fallbezogene Tarifstrukturen* geschaffen werden. Dagegen ist nichts einzuwenden. Nur sollen die *Preise* pro Fallgruppe weder auf staatlicher noch auf Verbands-Ebene festgesetzt werden. Diese sollen vielmehr die einzelnen Krankenversicherer bzw. Managed Care-Organisationen mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern aushandeln.

5.2 Spitallisten abschaffen

Die *Spitallisten* sind *abzuschaffen*. Es sollen nicht die Spitäler mit dem größten politischen Einfluss, sondern jene überleben, die sich am Markt durchsetzen können. Dementsprechend sind die staatlichen Spitäler rechtlich zu verselbständigen. Sie sollen die *volle Führungsverantwortung* erhalten. Sie sind befugt, mit *einzelnen oder Gruppen von Krankenversicherern* bezüglich Patientenaufnahmen, Entschädigung, Qualitätskontrollen etc. direkt zu verhandeln. Der *Marktdruck* wird sie zum Aufbau aussagekräftiger Informations- und Führungsinstrumente, zur Entwicklung fairer Entschädigungssysteme, zur bewussten Positionierung des Spitals im Gesundheitsmarkt sowie zur Entwicklung neuer (kostengünstiger) Versorgungsformen (z.B. Förderung der ambulanten Chirurgie) und Versicherungsformen (z.B. Beteiligung an Managed Care-Organisationen) zwingen.

5.3 Monistische Spitalfinanzierung einführen

Damit die Abwägungen zwischen Behandlungsoptionen nach den tatsächlichen Kosten erfolgen und nicht verzerrt werden, sollen im Gesundheitswesen keine einzelnen Leistungsbereiche subventioniert (und dadurch scheinbar verbilligt) werden. Insbesondere die *Subventionen an die Betriebskosten und die Investitionen der Spitäler* sind demzufolge *abzubauen* bzw. auf die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (z.B. Aufwendungen für Lehre und Forschung) zu beschränken. Dies würde für die Schweiz den Übergang von einem dualen auf ein *monistisches* Spitalfinanzierungssystem bedeuten, wobei die Krankenversicherer die Rolle des Monisten zu übernehmen hätten. Die zentralen Merkmale einer monistischen Finanzierung sind der Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung einerseits und die Übertragung der Finanzierungsverantwortung auf jeweils einen Akteur auf der Nachfrageseite.

Dabei könnte der Übergang zur vollständigen Prämienfinanzierung nicht auf einen Schlag, sondern auch *zeitlich gestaffelt* erfolgen. In einem ersten Schritt sollte die Zahlung des 50 %igen Anteils der Kantone an den Behandlungskosten hospitalisierter Patienten nicht mehr an die betreffenden Spitäler, sondern *an die einzelnen Krankenversicherer* erfolgen. Diese Zuschüsse würden dann beispielsweise im Verlauf von zehn Jahren auf Null reduziert, also um jährlich 10 % gesenkt. Im politischen Prozess wäre auszuhandeln, in welchem Ausmaß die sinkenden kantonalen Spitalausgaben für eine Reduktion der Steuerbelastung bzw. für eine Heraufsetzung der Prämienzuschüsse an die wirtschaftlich Schwachen verwendet werden sollen.

Die Krankenversicherer wüssten, dass sie innerhalb von zehn Jahren die vollen Spitalkosten zu übernehmen haben. Es ist anzunehmen, dass sie sich unter steigendem Wettbewerbsdruck frühzeitig auf diese Situation einstellen würden und das in der Schweiz zweifellos vorhandene *große Potential ambulanter Substitutionsmöglichkeiten stationärer Behandlungen* auszuschöpfen und (endlich) die Effizienz der spitalinternen Leistungserbringung zu überwachen beginnen. Es ist durchaus denkbar, dass es vielen Krankenkassen und MCOs dank dieser Rationalisierungsgewinne möglich sein wird, trotz rückläufiger kantonalen Spitalzuschüsse auf kompensatorische Prämien erhöhungen ganz oder teilweise zu verzichten.

5.4 Kostenverantwortung an Ärzte übertragen

In der Schweiz wird seit Jahren darüber gestritten, welche Leistungen die obligatorische Krankenversicherung übernehmen soll und welche nicht. Die kostenmäßig weit mehr ins Gewicht fallende Herausforderung besteht jedoch weniger in der Definition dieses Mindestleistungspakets als in der Entscheidung, wer im Einzelfall welche Leistungen erhalten sollte und wer nicht. Dies ist primär Aufgabe der Ärzte. Diese übernehmen sie

auf effiziente Weise in MCOs, in denen die finanziellen Anreize entsprechend gesetzt sind.

In der Schweiz erreichen die MCOs zwar mittlerweile einen Marktanteil von über 15 Prozent. Bei näherem Hinsehen stellt sich jedoch heraus, dass die meisten dieser Organisationen keine echten Managed Care-Modelle sind, weil insbesondere die Ärzte in den meisten, in der Schweiz *Ärztennetze* genannten MCOs keinerlei Budgetverantwortung übernehmen müssen. Nur 2 Prozent der Bevölkerung sind denn auch in echten MCOs versichert. Die meisten Hausarztmodelle wurden von den Ärzten vorsorglich gegründet, um möglichst viele Ärzte einer Region einzubinden und gar keine Konkurrenz aufkommen zu lassen. Nicht überraschend weisen diese Hausarztmodelle gegenüber traditionellen Krankenkassen nur geringfügige Kostenvorteile auf.²

Viele Schweizer Ärzte lehnen die Übernahme einer derartigen Kostenverantwortung als mit ihren ethischen Grundsätzen nicht vereinbar ab. Sie wollen weiterhin für jede erbrachte Einzelleistung entschädigt werden und eine Maximalmedizin ohne Rücksicht auf deren Kosten praktizieren dürfen. „Unethisch“ ist jedoch nicht – wie in der Schweiz oft behauptet wird –, wenn auch im Gesundheitswesen die in einer Welt knapper Mittel unerlässlichen Kosten-Nutzen-Abwägungen vorgenommen werden, sondern vielmehr, wenn wegen deren Verweigerung zu viele Mittel dort eingesetzt werden, wo sie vergleichsweise weniger Nutzen erzeugen und dafür dort fehlen, wo mehr (z.B. auch für den Gesundheitszustand der Bevölkerung) erreicht werden könnte. Auf der politischen Ebene sollte demzufolge wenigstens darüber ein Konsens erzielt werden, dass die Ärzte im Rahmen neuer ethischer Richtlinien sowohl dem *Wohl des individuellen Patienten* als auch jenem der *Gemeinschaft der Versicherten* verpflichtet sind.

Die neue Rolle der Krankenversicherer als ergänzende Sachwalter führt bei den Leistungserbringern zu einem eigentlichen *Paradigmenwechsel*. Gefordert sind insbesondere die Ärzte. Wurden sie in der Schweiz im Rahmen der Einzelleistungshonorierung jahrelang für mehr Leistungen mit mehr Einnahmen belohnt, sollen sie jetzt plötzlich innerhalb der Budgets der MCOs und unter Übernahme eines Teils des finanziellen Risikos ihre Patienten möglichst kostengünstig, aber trotzdem qualitativ hochstehend behandeln. Voraussetzung für eine derartige Verhaltensänderung ist eine vertiefte Aus- und Weiterbildung der Ärzte in Fragen der *Effektivität* und *Effizienz* der medizinischen Versorgung und entsprechender *Methoden der Entscheidungsfindung*. Sollen Allgemeinpraktiker wirksam als Gatekeeper eingesetzt werden, müssen sie zudem die Gelegenheit haben, diese Aufgabe in Zusammenarbeit mit den Spezialärzten und in Spitälern während ihrer Aus- und Weiterbildung systematisch zu üben.

2 Hammer et al, 2008.

5.5 Sozialausgleich auf wirtschaftlich Schwache konzentrieren

Auch in einem marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem kann der von der Gesellschaft gewünschte *soziale Ausgleich* sichergestellt werden – und zwar mittels den auch im KVG vorgesehenen *einkommensabhängigen Prämienzuschüssen*. Die genaue Ausgestaltung des Zuschussystems fällt jedoch in den Zuständigkeitsbereich der Kantone. Dies führte zu einer großen Vielfalt der gewählten Lösungen, wobei oft zu wenig darauf geachtet wurde, dass auch für die wirtschaftlich Schwächeren *der Anreiz zur Wahl einer kostengünstigen Versicherungsvariante nicht verloren gehen darf*. Ansonsten werden die Wachstumschancen der MCOs beträchtlich vermindert. Weiter sind die dazu vorgesehenen staatlichen Zuschüsse so großzügig ausgefallen, dass in weniger als zehn Jahren die Mehrheit der Bevölkerung Anspruch auf Prämienverbilligung haben wird. Reformen zur Eindämmung der ausufernden Kostenentwicklung werden dann kaum noch möglich sein, weil ja eine Mehrheit zu den subventionierten Nutzniessern gehören wird.

Wie das jahrelange Ringen um eine Refom des KVG in der Schweiz eindrücklich illustriert, stellt eine *marktwirtschaftliche Reformstrategie* im Gesundheitswesen *hohe Anforderungen an alle Beteiligten*. Voraussetzung für deren Erfolg sind ein klarer politischer Wille und *richtig gesetzte staatliche Rahmenbedingungen*. Regulierter Wettbewerb setzt weiter die Bereitschaft zur Übernahme von komplexen Aufgaben im Rahmen eines eigentlichen *Gesundheitsmanagements* voraus. Bloßes Verwalten im Rahmen kartellähnlicher Absprachen gehört ebenso der Vergangenheit an wie ärztliches Handeln ohne Richtlinien und ohne ökonomische Verantwortung. Solche Verhaltensänderungen brauchen Zeit. Sie setzen ein ständiges Lernen an konkreten Erfahrungen mit den neuen Versicherungs- und Vergütungsformen und den schrittweisen Aufbau des entsprechenden Know-hows voraus. Kurzfristige (Spar)Erfolge können nicht erwartet werden.

Literatur

- Hammer, S., Peter, M., Trageser, J.: Wettbewerb im Gesundheitswesen: Analyse und Perspektiven, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, 2008.
- Hefti, C. und Frey, M.: Die Entwicklung der Versicherungslandschaft in der Krankenversicherung 1996-2006, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, 2008.

Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung der USA

*Robert F. Rich and Christopher T. Erb**

Abkürzungen	430
I. Grundlagen	431
1. Der institutionelle Rahmen	431
2. Kernprobleme des Wettbewerbs und der Regulierung im Gesundheitssystem	434
3. Die Krankenhausversorgung	437
3.1 Der Krankenhaussektor	438
3.2 Historische Entwicklung	439
3.3 Die Organisationsstruktur des Krankenhaussektors	443
3.3.1. Krankenhauspersonal	444
3.3.2. Krankenhausfinanzierung	446
3.4 Der rechtliche Rahmen	452
3.5 Struktur und Institutionen einzelner Versicherungsträger (Gesellschaften, Betreiber, Kostenträger)	457
3.5.1 Medicare	457
3.5.2 Medicaid und SCHIP	460
3.5.3 Privatversicherungen und Mangaged-Care-Organisationen	462
4. Wettbewerb und Gesundheitsversorgung	463
4.1 Die Idee des Wettbewerbs	463
4.2 Kartellgesetze	465
II. Wettbewerb und Regulierung in der Krankenhausversorgung	469
1. Verbraucherorientierte Anreize der Krankenhauswahl	469
1.1. Die Krankenhauswahl des Verbrauchers	471
1.2. Abwendung von der stationären Krankenhausbehandlung	473
2. Verbraucherorientierte Anreize der Versicherungswahl	473
2.1. Das Recht auf Wahl der Krankenkasse	478
2.2. Der Katalog an Versicherungsleistungen	481
2.3. Preise	482
3. Wettbewerbliche Beziehungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern	483
3.1. Verstärkter Rückgriff auf Managed Care	483
3.2. Die Auswirkungen von Medicaid	485
3.3. Der Einfluss einzelstaatlicher Initiativen	487
4. Wettbewerb zwischen Krankenhäusern	491
5. Wettbewerb zwischen den Kostenträgern	492
5.1. ERISA	492
5.2. HIPAA	494
5.3. Weitere Ansätze	496

* Ein besonderer Dank gilt Kelly Merrick, J.D. und Nathan Uchtmann für ihre wertvolle Recherche-Arbeit.