

## Auf der Suche nach der besten Lösung – vier Modelle der Krankenversicherung –

Mit der deutschen Gesundheitsreform 2007 ist der Anspruch verbunden, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu verstärken. Damit steht sie in der Kontinuität der Gesundheitsreformen seit 1992, in denen die freie Wahl der Krankenkassen sowie neue Möglichkeiten zu Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschaffen wurden. So entfernt sich das System der Krankenversicherung in Deutschland von der bisher bestehenden wettbewerbsarmen Struktur und wandelt sich in Richtung auf einen sozialpolitisch regulierten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen. In ähnlicher Weise setzen auch die Niederlande seit Anfang der 1990er Jahre zunehmend auf Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen. Das Leitbild, an dem sich die Ausgestaltung der Krankenversicherung orientiert, befindet sich hier im Wandel. Hingegen stützen sich andere Länder unverändert auf dasselbe Leitbild, zum Beispiel eine weitgehend monopolisierte oder eine überwiegend staatlich gesteuerte Krankenversicherung.

Ziel dieses Beitrags ist es, idealtypische Modelle der Krankenversicherung zu identifizieren, die als Leitbilder für Gesundheitsreformen bzw. für tatsächlich existierende Krankenversicherungssysteme fungieren, und deren Vor- und Nachteile zu diskutieren.

Solche Einteilungen idealtypischer Modelle gibt es bereits für soziale Sicherungssysteme im Allgemeinen. *Esping-Andersen* unterscheidet den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat mit einer großzügig bemessenen staatlichen Versorgung, den konservativen Wohlfahrtsstaat mit zielgruppenspezifischen und vom Staatshaushalt getrennten Sozialversicherungen und den liberalen Wohlfahrtsstaat mit bescheidenen und möglichst marktkonformen Leistungen der Mindestsicherung.<sup>24</sup> Damit korrespondieren die üblicherweise genannten Gestaltungsprinzipien der sozialen Sicherung: Versorgungs-, Versicherungs- und Fürsorgeprinzip. Eine andere oft verwendete Klassifizierung unterscheidet zwischen beitragsfinan-

zierten Versicherungssystemen (Bismarck-Typ) und steuerfinanzierten Versorgungssystemen (Beveridge-Typ).

Entsprechende Klassifikationen für den spezielleren Bereich der Krankenversicherungssysteme haben sich bislang in der Debatte nicht etabliert. Die OECD diskutiert eine Reihe von Unterscheidungskriterien von Krankenversicherungssystemen.<sup>25</sup> *Kern und Kupsch* ergänzen Bismarck- und Beveridge-Modelle um ein Markt-Modell und sprechen von einem Kontinuum zwischen staatlich-öffentlichen und privat-marktlichen Gesundheitssystemen.<sup>26</sup> *Wendt* stellt Vergleichskriterien für Gesundheitssysteme aus verschiedenen gesundheitsökonomischen und sozialwissenschaftlichen Herangehensweisen gegenüber.<sup>27</sup>

In diesem Beitrag wird eine Klassifikation vorgeschlagen, in der vier idealtypische Modelle von Krankenversicherungssystemen unterschieden werden, die als in sich schlüssige Konzepte innerhalb bestimmter gesellschaftlicher Vorstellungen angesehen werden können. Dabei werden insbesondere die Wahlrechte der Versicherten hinsichtlich Versicherung und Leistungserbringer als wesentliche Unterscheidungskriterien einbezogen. Die vier vorgeschlagenen Modelle sind: die staatliche Versorgung, die Monopolversicherung, die Solidarische Wettbewerbsordnung und die private Krankenversicherung. Die tatsächlich existierenden Systeme der Krankenversicherung sind immer Mischformen dieser idealtypischen Modelle und Ergebnisse historischer Prozesse.

Nach der Beschreibung der Modelle wird deren Wirkung auf Kosten und Qualität der Gesundheitsversorgung diskutiert und anhand einiger empiri-

<sup>24</sup> Vgl. ESPING-ANDERSEN, G.: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge 1990.

<sup>25</sup> Vgl. OECD: *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance*. OECD Study on Private Health Insurance: Paris 2004.

<sup>26</sup> Vgl. KERN, A. O.; KUPSCH, D.: *Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen und die Neubestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe der Universität Augsburg Nr. 217, 2002, S. 8.

<sup>27</sup> Vgl. WENDT, C.: *Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven*. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Arbeitspapiere Nr. 88, 2005.

scher Befunde geprüft. In einer eigenen empirischen Analyse wird dabei der Zusammenhang von Versicherungssystem und Kosten im Gesundheitswesen getestet. Folgen der Modelle für die Qualität der Versorgung werden anhand bereits bestehender Studien überprüft.

### ***Staatliche Versorgung***

Beim Modell der staatlichen Versorgung ist die Krankenversicherung Teil der allgemeinen Staatsverwaltung. Besondere autonome Versicherungskörperschaften existieren nicht, stattdessen nehmen das Gesundheitsministerium oder die Gesundheitsabteilungen der regionalen Verwaltungen faktisch die Versicherungsaufgabe wahr. Die Krankenversicherung ist hier keine eigene Institution, sondern eine Aufgabe der Verwaltung. Die Finanzierung erfolgt aus dem allgemeinen Staatshaushalt und damit aus dem Steueraufkommen. Das Gesundheitswesen ist hier für alle Einwohner oder Staatsbürger da. Weil es über Steuern finanziert wird, ist es nicht auf bestimmte Beitragszahler beschränkt. Zugleich wird die Gesundheitsversorgung wie eine hoheitliche Aufgabe behandelt. Es besteht keine freie Arztwahl. Im staatlichen Gesundheitswesen kann sich der Patient seinen Arzt genauso wenig frei aussuchen wie der Steuerzahler seinen Finanzbeamten. Deshalb ist auch der Zugang zum Facharzt fest reguliert und an die Bewilligung durch den zuständigen Hausarzt gebunden (*gatekeeping*). Die Ärzte sind direkt beim Staat angestellt, vielfach in staatlich betriebenen Polikliniken, wo sie als Staatsbedienstete ein festes Gehalt empfangen. Ebenso sind die Krankenhäuser staatlich. In diesem Modell dominiert das Sachleistungsprinzip, bei dem die Patienten für die empfangenen Gesundheitsleistungen nicht in Vorkasse gehen, sondern die Abrechnung zwischen Arzt und staatlichem Kostenträger direkt erfolgt. Der Staat versorgt die Bürger aus Steuermitteln.

Die Steuerfinanzierung bedeutet, dass keine Trennung von Krankenversicherung und übrigen Staatsaufgaben und Umverteilungen erfolgt. Die bei der Steuererhebung angewendeten Prinzipien, etwa die Besteuerung nach Leistungsfähigkeit, gelten damit auch bei der Finanzierung der Krankenversicherung.

Das Modell staatlicher Versorgung dominiert in vielen europäischen Ländern, insbesondere im Vereinigten Königreich und in Irland, den skandinavischen Ländern, Portugal, Spanien und Italien. Außerdem ist es bedeutsam in Australien, Neuseeland und Kanada.

### ***Monopolversicherung***

Im Modell der Monopolversicherung ist eine staatlich eingesetzte, aber von der übrigen Staatsverwaltung und vom Staatshaushalt getrennte Körperschaft für die Krankenversicherung zuständig. Es kann auch mehrere solche Versicherungen geben, die aber nicht im Wettbewerb um Versicherte stehen, weil die Zuordnung zur Versicherung durch gesetzliche Regelungen nach Beruf, Arbeitsplatz-Status oder Wohnort erfolgt. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten in eine vom Staatshaushalt getrennte Gemeinschaftskasse finanziert. Der einzelne Versicherte erwirbt durch seine Beiträge Anspruch auf Versorgung. Dadurch ist seine Stellung im System gestärkt. Der Patient ist nicht Gegenstand staatlicher Verwaltung, sondern hat ein wohl erworbenes Recht auf Behandlung. Deshalb ist auch die freie Arztwahl typisches Element dieses Modells. Leitbild des Arztes ist hier nicht der Staatsangestellte, sondern der Freiberufler in seiner Praxis. Die Ärzte werden meist nach erbrachten Leistungen vergütet (Einzelleistungsvergütung). Sie haben deshalb ein starkes Interesse an vielen zufriedenen Patienten und daran, viele Leistungen abzusetzen. Es besteht ein starker Wettbewerb der Ärzte um Patienten. Zu diesem Modell passt am ehesten das Kostenerstattungsprinzip: Der freiberufliche Arzt stellt dem Patienten eine Rechnung aus, die dieser bei der Versicherung erstattet bekommt.

Der Logik des Modells entspricht eine Finanzierung der Krankenversicherung über pauschale Kopfprämien. Allerdings ist in den meisten existierenden Systemen mit Monopolversicherung der Beitrag vom Einkommen bzw. vom Lohn abhängig.

Das Modell einer vom Staatshaushalt getrennten Krankenversicherung ohne Wettbewerb zwischen Versicherungen dominiert in Frankreich, Luxemburg, Österreich und auch in Japan. Seit Ende der 1980er Jahre orientieren sich auch viele mittel- und osteuropäische Länder bei ihren Krankenversicherungssystemen an diesem Prinzip (z. B. Po-

len, Ungarn und die Slowakei). Auch in Deutschland und den Niederlanden ist dieses Modell bisher dominierend, wird hier jedoch seit den 1990er Jahren in Richtung auf mehr Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen verändert.

### **Solidarische Wettbewerbsordnung**

Mit den Begriffen „Solidarische Wettbewerbsordnung“<sup>28</sup> oder auch *managed competition*<sup>29</sup> soll ein Modell bezeichnet werden, bei dem das Prinzip der sozialen Krankenversicherung<sup>30</sup> mit einem Wettbewerb zwischen den Versicherungskörperschaften verbunden wird. Die Versicherten haben die freie Wahl zwischen mehreren Versicherungen. Diese stehen im Wettbewerb und setzen differenzierte Versorgungsangebote als Wettbewerbsinstrumente ein. Um ein differenziertes Angebot machen und sich gegenüber anderen Versicherungen profilieren zu können, muss die Versicherung die Versorgungsformen (z. B. Hausarztmodell, integrierte Versorgung usw.) und die medizinischen Leistungen beeinflussen können. Dafür muss sie mit Leistungserbringern in engere vertragliche Bindungen eintreten, zugleich aber auch frei wählen können, mit welchen Leistungserbringern sie diese eingeht und mit welchen nicht (selektives Kontrahieren). Deshalb läuft dieses Modell darauf hinaus, Elemente des *managed care* anzuwenden, bei dem Versicherungsfunktion und Leistungserbringerfunktion stärker integriert sind. So kann die Versicherung über ein festes Ärztenetz verfügen, unter Umständen selbst Krankenhäuser oder Ärztezentren betreiben. Mit der Entscheidung für eine Versicherung wird für den Patienten die Arztwahl auf die bei dieser Versicherung unter Vertrag stehenden Mediziner beschränkt. Auch ist der Zugang zum Facharzt oder ins Krankenhaus an die Regularien der Versicherung, in der Regel an die Überweisung des zuerst zuständi-

gen Hausarztes, gebunden (*gatekeeping*). Die Ärzte stehen dadurch eher im Wettbewerb um Verträge mit Krankenversicherungen als um Patienten. Der Versicherte ist auch hier ein autonomer Kunde, allerdings nicht beim Arzt, sondern bei der Versicherung. Diese übernimmt gegen Beitragszahlung die Gesamtversorgung der Versicherten. Die engere Integration zwischen Versicherung und Arzt führt dazu, dass das Sachleistungsprinzip herrscht: Der Arzt erhält sein Geld direkt von der Versicherung, eine Vorkasse durch den Patienten findet nicht statt.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ist im Modell der Solidarischen Wettbewerbsordnung jedoch sozialpolitisch reguliert. Der Staat bestimmt einen Mindest-Leistungskatalog und regelt, dass die Beiträge unabhängig vom Gesundheitszustand erhoben werden müssen. Er trifft institutionelle Vorkehrungen, um zu verhindern, dass sich die Krankenversicherungen im Wettbewerb auf die Anwerbung gesunder Versicherter, auf so genannte Risikoselektion, konzentrieren (Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot, Risikostrukturausgleich).

Das Modell der Solidarischen Wettbewerbsordnung dominiert bislang in keinem Land. In Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien, Tschechien und Israel haben die Versicherten in der sozialen Krankenversicherung die freie Wahl zwischen mehreren Krankenkassen. Jedoch haben die einzelnen Krankenkassen bislang nur sehr wenige Wettbewerbsinstrumente. Allerdings ist dieses Modell zur Richtschnur für Gesundheitsreformen zum Beispiel in Deutschland oder den Niederlanden geworden und spielt in der wissenschaftlichen Politikberatung eine große Rolle.<sup>31</sup>

Mit der staatlichen Versorgung hat das Modell der Solidarischen Wettbewerbsordnung die starke Verantwortung des Kostenträgers für die medizinische Versorgung gemeinsam. Damit einher gehen eine Einschränkung der freien Arztwahl und das Management der Patientenversorgung durch Fachleute. Von letzterem versprechen sich viele eine effektive Koordination des Versorgungsgeschehens.

---

<sup>28</sup> Vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN: Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Bonn 1994.

<sup>29</sup> Vgl. ENTHOVEN, A. C.: The History and Principles of Managed Competition, in: Health Affairs, Supplement September 1993, pp. 24-48.

<sup>30</sup> Unter sozialer Krankenversicherung wird eine Krankenversicherung verstanden, in der die Beiträge aufgrund sozialpolitischer Regulierung nicht vom Gesundheitszustand abhängen.

---

<sup>31</sup> Vgl. zum Beispiel: WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT BEIM BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE: Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dokumentation des BMWi Nr. 556, 2006.

Mit der Monopolversicherung hat dieses Modell die Idee der vom übrigen Staat getrennten Versicherung mit Leistungsanspruch gegen Beitragszahlung gemeinsam. Während bei der staatlichen Versorgung der verwaltete Patient im Mittelpunkt steht, ist es bei der Monopolversicherung der mündige Patient und in der Solidarischen Wettbewerbsordnung der mündige Versicherte.

### **Private Krankenversicherung**

Ein viertes Modell ist die private Krankenversicherung.<sup>32</sup> In ihr konkurrieren private Versicherungsunternehmen um Versicherte. Im Unterschied zu den bisherigen Modellen fehlt eine sozialpolitisch motivierte Regulierung. Der Leistungskatalog und die Art der Beitragserhebung werden von den Versicherungen frei bestimmt. Die Versicherungsunternehmen stehen untereinander im Wettbewerb um die Gunst der Versicherten. Ihre Rolle als autonome Kunden auf dem privaten Markt garantiert den Versicherten ein hohes Maß an Autonomie. Wie in der Monopolversicherung ist die Arztwahl meist frei. Die Versicherung beschränkt sich auf ihre Rolle als Abrechnungsstelle und verzichtet darauf, aktiv im Versorgungsgeschehen mitzuwirken.<sup>33</sup> Die private Krankenversicherung schließt oft keine Verträge mit Ärzten. Damit ist hier das Kostenerstattungsprinzip verbunden: Der Patient geht gegenüber dem Arzt in Vorkasse und bekommt die Kosten von der Versicherung erstattet.

Im Unterschied zur sozialen Krankenversicherung sind die Beiträge in der privaten Krankenversicherung morbiditätsorientiert. Personen mit Vorerkrankungen oder chronisch Kranke müssen höhere Beiträge zahlen als bislang gesunde Mitglieder. Aufgrund der gesundheitsabhängigen Beiträge sind institutionelle Vorkehrungen zur Vermeidung der Risikoselektion nicht erforderlich.

---

<sup>32</sup> Krankenversicherungen, die zwar eine private Rechtsform haben, aber durch die staatliche Regulierung gezwungen werden, sich als soziale Krankenversicherungen zu verhalten, also z. B. gesundheitsunabhängige Beiträge zu erheben, werden hier nicht dem Modell „private Krankenversicherung“ zugeordnet. Das gilt v. a. für Krankenversicherungen in der Schweiz und in den Niederlanden.

<sup>33</sup> Vgl. COLOMBO, F.; TAPAY, N.: Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Paper 15, 2004, p. 31 et sqq.

Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung wird meist dadurch bestimmt, welche Leistungen bzw. welcher Personenkreis durch die soziale Krankenversicherung nicht erfasst werden.<sup>34</sup> In Deutschland können sich bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. Wohlhabende, Selbstständige) privat versichern. Zum Beispiel gibt es in der Schweiz und in Kanada private Krankenversicherungen zur ergänzenden Absicherung solcher Risiken, die durch die soziale Krankenversicherung nicht oder nur teilweise abgedeckt werden. In einigen Ländern bieten private Versicherungen eine Absicherung gegen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen.

Zentrale Bedeutung haben private Krankenversicherungen im Gesundheitswesen der USA. Durch zwei Besonderheiten unterscheidet sich das US-amerikanische System jedoch vom idealtypischen Modell der privaten Krankenversicherung: Zum einen dominieren vom Arbeitgeber abgeschlossene Gruppenversicherungen. Zum anderen haben Managed-care-Modelle, bei denen die Funktionen von Versicherung und Leistungserbringung stärker integriert sind, eine große Bedeutung. Letzteres entspricht eher dem Modell der Solidarischen Wettbewerbsordnung.<sup>35</sup>

Ausgehend von den Wahlrechten, die die Versicherten haben, lassen sich die vier Modelle einordnen (vgl. Tabelle 1). Freie Wahl zwischen mehreren Versicherungen gibt es in der Solidarischen Wettbewerbsordnung und bei privaten Krankenversicherungen, nicht aber bei staatlicher Versorgung oder Monopolversicherung. Freie Arztwahl ist in der Monopolversicherung und bei privaten Krankenversicherungen gegeben. Bei staatlicher Versorgung und in der Solidarischen Wettbewerbsordnung ist die Arztwahl hingegen eingeschränkt. Dies hat Konsequenzen für die Auswahl der Felder, auf denen Wettbewerb im Gesundheitswesen stattfindet: Wo die Wahl zwischen mehreren Versicherungen besteht, treten diese miteinander in Wettbewerb,

---

<sup>34</sup> Vgl. THE OECD HEALTH PROJECT: Private Health Insurance in OECD Countries. Paris 2004, pp. 28-40.

<sup>35</sup> Vgl. DOCTEUR, E.; SUPPANZ, H.; WOO, J.: The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. Economics Department Working Paper No. 350. OECD: Paris 2003, p. 14 et seq.

freie Arztwahl begründet einen Wettbewerb der Ärzte um Patienten. Insbesondere in der Solidarischen Wettbewerbsordnung kann an dessen Stelle ein intensiverer Wettbewerb der Ärzte um Verträge mit Krankenversicherungen treten.

Tabelle 1:  
Wahlrechte der Versicherten in verschiedenen Modellen der Krankenversicherung

	freie Arztwahl	keine freie Arztwahl
freie Wahl der Versicherung	Private Krankenversicherung	Solidarische Wettbewerbsordnung
keine freie Wahl der Versicherung	Monopolversicherung	staatliche Versorgung

Quelle: Darstellung des IWH.

### **Folgen für die Kosten im Gesundheitswesen**

Die Höhe der Kosten im Gesundheitswesen hängt stark davon ab, welche Verhandlungsposition verschiedene Akteure auf den Gesundheitsmärkten haben. Dabei sind die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Arzneimittelhersteller) die kostentreibende Kraft, während die Kostenträger (Staat oder Krankenversicherung) eine bremsende Rolle spielen.

In jedem System der Krankenversicherung haben die Leistungserbringer eine gewisse Marktmacht.<sup>36</sup> So haben Ärzte durch ihren medizinischen Informationsvorsprung eine starke Stellung. Als kompetente Berater der Patienten können sie die bei ihnen nachgefragte Menge an Gesundheitsleistungen weitgehend selbst bestimmen. Zugleich fehlt den Patienten angesichts der Tatsache, dass die Kosten ohnehin von einer Versicherung getragen werden, das Interesse an der Kostendämpfung. Hinzu kommt, dass viele Versicherte durch ein besonderes, persönliches Vertrauensverhältnis an ihren Hausarzt gebunden sind, was dessen Verhandlungsposition bei der Preisfestsetzung ebenfalls stärkt. In vielen Ländern gelingt es Ärzten zusätz-

lich, sich zu Berufsverbänden oder Gewerkschaften zusammenschließen und so bei Vergütungsverhandlungen eine Kartellmacht aufzubauen.

Auf der anderen Marktseite treten die Versicherungsträger bei der Preissetzung als Verhandlungspartner auf. Deren Verhandlungsposition dürfte schwach sein, wenn sie untereinander im Wettbewerb stehen, wie dies in den Modellen der Solidarischen Wettbewerbsordnung oder der privaten Krankenversicherung der Fall ist.<sup>37</sup> Wenn sich Versicherung und Arzt auf keine Vergütung einigen können, kann dies für die Versicherung bedeuten, dass sie die Patienten dieses Arztes als Versicherte verliert, weil die Versicherten vielfach zu ihrem Arzt eine engere Bindung haben und andere Versicherungen als Alternativen zur Verfügung stehen. Dagegen liegt im Modell staatlicher Versorgung und bei einer staatlich eingesetzten Monopolversicherung die Versicherungsfunktion in einer Hand. Hier ist der Staat bzw. die Monopolversicherung den Leistungserbringern gegenüber Monopsonist. Folglich kann damit gerechnet werden, dass bei Dominanz von staatlicher Versorgung oder Monopolversicherung die starke Verhandlungsposition der Leistungserbringer durch die Monopsonmacht der Versicherungsträger mehr oder weniger ausgeglichen wird.

Alle Gesundheitssysteme sind Mischungen der genannten Modelle. Nirgends deckt die staatliche Versorgung bzw. die staatlich eingesetzte Monopolversicherung alle Gesundheitsleistungen ab. Kosten, die von ihnen nicht übernommen werden, sind von Versicherungen im Wettbewerb (meist privaten Krankenversicherungen) oder den Patienten selbst zu tragen. Es ergibt sich folgende Hypothese: Je größer in einem Land der Anteil der staatlichen Versorgung und der Monopolversicherung an der

<sup>36</sup> Vgl. MCGUIRE, T. G.: Physician Agency, in: A. J. Culver; J. P. Newhouse (eds), Handbook of Health Economics, Vol. 1A. Amsterdam et al. 2000, pp. 461-536.

<sup>37</sup> Vgl. HUSSEY, P.; ANDERSON, G. F.: A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform, in: Health Policy 66, 2003, pp. 215-228, esp. p. 219 et seq. – ANDERSON, G. F.; REINHARDT, U. E.; HUSSEY, P. S.; PETROSYAN, V.: It's the Prices, Stupid: Why the United States is so Different from other Countries, in: Health Affairs Vol. 22, No. 3, 2003, pp. 89-105, esp. p. 102. Die Autoren erklären die vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben in den USA u. a. mit der schwachen Verhandlungsposition der zersplitterten privaten Krankenversicherungen. Auf ähnliche Weise erklären COLOMBO, F.; TAPAY, N., a. a. O., p. 35 et seq., dass sich private Krankenversicherungen eher kostenerhöhend auswirken.

Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist, desto niedriger sind die Gesundheitsausgaben; je größer umgekehrt der Anteil der Gesundheitsleistungen ist, der von Versicherungen im Wettbewerb (in der Solidarischen Wettbewerbsordnung oder den privaten Krankenversicherungen) oder von den Patienten selbst zu bezahlen ist, desto höher sind die Gesundheitsausgaben.

Um diese Hypothese empirisch zu testen, wurde eine eigene Analyse zu den Einflussfaktoren auf die Höhe der Gesundheitsausgaben durchgeführt (vgl. Kasten). Der Anteil, den die Modelle der staatlichen Versorgung und der Monopolversicherung am jeweiligen Krankenversicherungssystem haben, wird dabei näherungsweise erfasst durch den Anteil des Staats einschließlich der Sozialversicherung an den Gesundheitsausgaben.

Die empirische Analyse für 24 OECD-Länder zeigt, dass ein hoher Anteil des Staats oder staatlich eingesetzter Versicherungskörperschaften signifikant mit niedrigeren Gesundheitsausgaben korreliert ist. Folglich sind umgekehrt die Gesundheitsausgaben signifikant höher, wenn größere Anteile an den Kosten durch private Versicherungen oder die Patienten selbst getragen werden. Damit wird die Hypothese gestützt, dass die Konzentration der Krankenversicherungsfunktion in den Händen des Staats oder staatlich eingesetzter Körperschaften kostendämpfend wirkt. Deren Marktmacht gegenüber den Leistungserbringern kann diesen Befund erklären. Dies spricht dafür, dass die Modelle der staatlichen Versorgung und der Monopolversicherung verglichen mit den Modellen der Krankenversicherungen im Wettbewerb (Solidarische Wettbewerbsordnung und private Krankenversicherung) kostendämpfend wirken.

### **Folgen für die Qualität im Gesundheitswesen**

Neben der Höhe der Gesundheitsausgaben ist die Qualität der Gesundheitsversorgung wichtig. Die Wirkung der vier Modelle auf einige Qualitätsaspekte wird im Folgenden theoretisch und anhand vorhandener empirischer Untersuchungen diskutiert.

Bei einer Monopolversicherung, in der Solidarischen Wettbewerbsordnung und bei privaten Krankenversicherungen erwerben die Patienten durch ihre individuell eingezahlten Beiträge Rechte, die

bei der staatlichen Versorgung in derselben Form fehlen. Folglich ist zu vermuten, dass in Ländern, in denen vom Staat unabhängige Versicherungskörperschaften dominieren (so genannte Bismarck-Länder), höhere Patientenautonomie herrscht als in Ländern mit dominantem staatlichem Gesundheitssystem (so genannte Beveridge-Länder).

Im *Euro Health Consumer Index 2007* des *Health Consumer Powerhouse* werden vor allem Rechte und Freiheiten der Patienten im Gesundheitswesen erfasst und in einem Länder-Ranking europaweit verglichen. In dem Index schneiden tatsächlich Bismarck-Länder tendenziell besser ab als Beveridge-Länder.<sup>38</sup> Die Studie bestätigt die größere Freiheit der Patienten in Bismarck-Ländern bei der Arztwahl. Beim Recht auf Einholung der Meinung eines zweiten Arztes erzielen von 16 Bismarck-Ländern elf die höchste Punktzahl (69%), von den elf Beveridge-Ländern nur zwei (18%). Direkten Zugang zum Facharzt gewähren sechs Bismarck-Länder (38%), aber nur ein Beveridge-Land (9%).<sup>39</sup> Im *Euro Consumer Heart Index 2008*, der Patientenrechte speziell bei Herzkrankheiten erfasst, ergibt sich ein ähnliches Bild: Völlig freie Wahl des Krankenhauses besteht hier in zwölf von 16 Bismarck-Ländern (75%), aber nur in vier von elf Beveridge-Ländern (36%).<sup>40</sup> Die These, dass die Patienten bei unabhängigen Versicherungen (also insbesondere bei Monopolversicherung und privaten Ver-

---

<sup>38</sup> Zu den Bismarck-Ländern werden gezählt: Frankreich, Belgien, die Niederlande, Luxemburg, Deutschland, Österreich, die Schweiz, Estland, Litauen, Polen, Tschechien, die Slowakei, Ungarn, Rumänien, Bulgarien und Slowenien. In diesen Ländern dominiert meist das Modell der Monopolversicherung, in einigen (Deutschland, Niederlande, Tschechien) werden Schritte in Richtung Solidarische Wettbewerbsordnung unternommen. Als Beveridge-Länder gelten das Vereinigte Königreich, Irland, Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland, Portugal, Spanien, Italien, Malta und Zypern. Hier dominiert die staatliche Versorgung. Die private Krankenversicherung spielt in all diesen Ländern keine dominante Rolle. Für die Zuordnung wurde insbesondere der Anteil der Steuern und der Sozialversicherungsbeiträge an der Finanzierung des Gesundheitswesens zugrunde gelegt. Nicht zugeordnet wurden Griechenland und Lettland.

<sup>39</sup> Vgl. HEALTH CONSUMER POWERHOUSE: *Euro Health Consumer Index 2007*, p. 19 et seq.

<sup>40</sup> Vgl. HEALTH CONSUMER POWERHOUSE: *Euro Consumer Heart Index 2008*, p. 15 et seq.

Kasten:

Empirische Analyse von Einflussfaktoren für die Höhe der Gesundheitsausgaben

Um den Zusammenhang zwischen den Systemen der Krankenversicherung und der Höhe der Gesundheitsausgaben empirisch zu testen, wurde eine (Querschnitts-)Regressionsanalyse für 24 Länder durchgeführt. Abhängige Variable ist der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt als Maß für die Höhe der Kosten des Gesundheitswesens. Als unabhängige Variable wird der prozentuale Anteil des Staats (einschließlich der Sozialversicherung) an den Gesundheitsausgaben verwendet. Da dieser sowohl den Staat selbst als auch staatlich eingesetzte Versicherungskörperschaften einschließt, ist er ein Indikator für die Bedeutung der Modelle „staatliche Versorgung“ und „Monopolversicherung“.

Die Regressionsanalyse zeigt einen negativen Zusammenhang zwischen dem Anteil des Staats (einschließlich der Sozialversicherung) und der Höhe der Gesundheitsausgaben. Dieser Zusammenhang erweist sich als hochsignifikant. Ist der Anteil des Staats an den Gesundheitsausgaben um einen Prozentpunkt höher, dann liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt um 0,12 Prozentpunkte niedriger (vgl. Tabelle 2). Als Kontrollvariablen wurden der Bevölkerungsanteil alter Menschen (als Maß für den Bedarf an Gesundheitsleistungen) und die (logarithmierte) Höhe des Bruttoinlandsprodukts pro Kopf in Kaufkraftparitäten (KKP) (als Maß für den Wohlstand der Gesellschaft) einbezogen. Entgegen der Erwartung (aber in Übereinstimmung mit früheren Studien<sup>a</sup>) ist in dieser Regression der Anteil alter Menschen insignifikant, während höherer Wohlstand erwartungsgemäß mit überproportional höheren Gesundheitsausgaben verbunden ist.

Das Ergebnis hinsichtlich des Anteils des Staats bleibt auch signifikant, wenn einzelne Länder (etwa die USA) aus dem Sample entfernt werden (was in der Tabelle nicht wiedergegeben wird). Werden auch Schwellenländer mit geringen Gesundheitsausgaben und junger Bevölkerung (wie Mexiko oder die Türkei) einbezogen, wird der Koeffizient für den Bevölkerungsanteil alter Menschen signifikant (was ebenfalls in der Tabelle nicht wiedergegeben wird).

Tabelle 2:

Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben in % des BIP von verschiedenen Faktoren

OLS-Regression für 24 OECD-Länder; alle Daten für 2005

- \*\*\*/\*\*/\* = signifikant auf dem 10%-, 5%-, 1%-Niveau -

	Koeffizient (in Klammern: <i>t</i> -Statistik)	
Konstante	-11,29	(-1,45)
Anteil des Staats einschl. Sozialversicherung	-0,12***	(-4,84)
Bevölkerungsanteil der Menschen über 65 Jahre	0,10	(1,05)
BIP pro Kopf in US-Dollar zu KKP (logarithmiert)	2,72***	(3,69)
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,63	
<i>N</i>	24	

Quelle: Berechnungen des IWH auf Basis der OECD-Gesundheitsdaten 2008.

Einbezogene Länder: Australien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Spanien, Tschechien, Ungarn, die USA und das Vereinigte Königreich. Für Belgien, Dänemark und die Niederlande fehlen leider vergleichbare Daten für den Anteil des Staats einschließlich Sozialversicherung.

<sup>a</sup> Vgl. für einen Überblick DOCTEUR, E.; OXLEY, H.: Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experiences. OECD Health Working Paper 9, Annex, 2003, esp. p. 73 et seq.

sicherungen) stärker als autonome Kunden auftreten können als in Systemen staatlicher Versorgung, wird im Großen und Ganzen bestätigt. Damit dürfte in diesen Ländern der Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer um Patienten tendenziell stärker sein.

Ein oft diskutierter Aspekt der Qualität sind Wartezeiten auf eine Behandlung. In ihrer Studie zur Wartezeit auf Operationen (außerhalb von Notfällen) unterscheidet die OECD Länder mit langen Wartezeiten und Länder ohne dieses Problem. Zur ersten Gruppe gehören außer den Niederlanden ausschließlich Länder mit Dominanz der staatlichen Versorgung bzw. der Steuerfinanzierung (Beveridge-Länder). Zur Gruppe der Länder ohne Wartezeit-Problem zählen ausschließlich Länder mit unabhängigen Versicherungskörperschaften (Bismarck-Länder).<sup>41</sup> In der Studie wird gezeigt, dass vor allem ein größerer Ressourceneinsatz (gemessen durch die Höhe der Gesundheitsausgaben, die Zahl der Krankenhausbetten und die Zahl der Fachärzte) zu kürzeren Wartezeiten führt. Als signifikant erweisen sich ebenfalls die Vergütungssysteme: Wo die Krankenhausärzte als Angestellte ein festes Gehalt beziehen, wie dies in Beveridge-Ländern verbreitet ist, sind die Wartezeiten länger. In Ländern, wo die Ärzte nach erbrachten Leistungen vergütet werden, was für Bismarck-Länder typisch ist, sind die Wartezeiten kürzer. Ähnlich ist der Zusammenhang mit der Vergütung der Krankenhäuser: Wo die Krankenhäuser feste Budgets erhalten, gibt es längere Wartezeiten. Hängen die Einnahmen der Krankenhäuser von den erbrachten Leistungen ab (z. B. in Systemen mit Fallpauschalen/DRG-Vergütung), sind die Wartezeiten auf eine Operation kürzer.<sup>42</sup> Auch

diese Überlegungen sprechen dafür, dass die Modelle mit unabhängigen Versicherungskörperschaften (v. a. Monopolversicherung und private Krankenversicherung) patientenfreundlicher sind als das Modell der staatlichen Versorgung.

Der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen (in der Solidarischen Wettbewerbsordnung oder der privaten Krankenversicherung) hat den Vorteil, dass er den Anreiz stärkt, mit verschiedenen Versorgungsformen Erfahrungen zu sammeln. Hausarztmodelle, integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren bzw. Polikliniken oder Chronikerprogramme können von den Versicherungen erprobt und zu ihrer Profilierung im Wettbewerb genutzt werden. Der Wettbewerb der Versorgungsformen kann durch den Wettbewerb der Versicherungen angeregt werden. Beispielsweise sind die Erfahrungen mit Managed-care-Modellen in dem außerordentlich wettbewerbsorientierten Krankenversicherungssystem der USA besonders groß und vielfältig. Andererseits ist damit der Wettbewerb der Versorgungsinhalte – d. h. der konkreten Behandlungsaktivitäten der Ärzte – nicht notwendigerweise enthalten. Letztere spielen aber für die medizinische Qualität eine mindestens ebenso wichtige Rolle.

Eine Verbesserung medizinischer Qualität kann durch den Wettbewerb der Ärzte und anderer Leistungserbringer begünstigt werden. Ein solcher Wettbewerb um die Patienten findet insbesondere statt, wenn freie Arztwahl besteht (wie in der Monopolversicherung und der privaten Krankenversicherung). Im System der Solidarischen Wettbewerbsordnung tritt dieser in den Hintergrund zugunsten des Wettbewerbs der Ärzte um Verträge mit Krankenversicherungen. Letzterer setzt voraus, dass die Versicherungen von der Möglichkeit Gebrauch machen, unter den Ärzten auszuwählen und einzelne auszuschließen.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Als Länder mit Wartezeit-Problem werden eingestuft: Australien, Kanada, Dänemark, Finnland, Irland, Italien, die Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Spanien, Schweden und das Vereinigte Königreich. Kein solches Problem besteht laut OECD in Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Japan, Luxemburg, der Schweiz und den USA. Vgl. SICILIANI, L.; HURST, J.: Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD Health Working Papers 7, 2003, p. 12.

<sup>42</sup> Vgl. ebenda, Kapitel 4. Für die Vergütung der Krankenhäuser ist der Effekt dann insignifikant, wenn Variablen für den Ressourceneinsatz einbezogen werden. Eine Erklärung könnte sein, dass das Vergütungssystem mehr oder weniger einen Anreiz zum Aufbau von Kapazitäten setzt und damit

---

nur über den Umweg über den Umfang eingesetzter Ressourcen die Wartezeiten beeinflusst.

<sup>43</sup> Allerdings bestehen Zweifel, dass der Wettbewerb der Ärzte um Verträge mit Versicherungen ebenso stark zur Steigerung medizinischer Qualität beitragen kann wie der Wettbewerb der Ärzte um Patienten. Vgl. KUMPMANN, I.: Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt 57, Heft 7-8, 2008, S. 217-224, insbes. S. 219 f.

Der Mangel an Koordination zwischen Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus) kann besonders in Ländern mit unkoordinierter freier Arztwahl ein Problem sein. Die Koordination der Versorgung durch einen Hausarzt, innerhalb einer staatlichen Poliklinik oder durch die Krankenversicherung (etwa im Rahmen von *managed care*) lässt sich als Vorteil von Modellen mit zentraler Koordination der Versorgung (staatliche Versorgung und Solidarische Wettbewerbsordnung) ansehen. Die aktuelle Umfrage des Commonwealth Fund in sieben Industrieländern<sup>44</sup> zeigt, dass die Koordination der eigenen medizinischen Versorgung durch ein *medical home* von den meisten Versicherten auch gewünscht wird. Zugleich zeigt die Umfrage, dass auch in Ländern mit freier Arztwahl (wie Deutschland) ein ähnlich hoher Anteil der Versicherten tatsächlich ein solches *medical home* besitzt wie in Ländern, in denen etwa durch verbindliche Hausarzt-Modelle und restriktivere Zugangsregeln eine solche Koordination institutionalisiert ist.<sup>45</sup> Die Verbesserung der Koordination scheint auch möglich zu sein, ohne die freie Arztwahl einschränken zu müssen.

### **Ein ideales System der Krankenversicherung?**

Soll ein ideales System der Krankenversicherung eingeführt werden, ist der hohe Grad an Pfadabhängigkeit, den das Gesundheitssystem aufweist, zu bedenken. Jeder Status quo besitzt eine starke Lobby in Gestalt der bislang existierenden Behörden und Institutionen. Auch verursacht eine Systemumstellung oft hohe Kosten. Ferner sind Gesundheitsreformen stets mit Unsicherheiten verbunden, da angesichts der hohen Komplexität vorhandener Gesundheitssysteme die Folgen nicht vollständig und sicher prognostizierbar sind. Aus diesem Grund erscheint die Implementierung eines Idealsystems in einem großen Schritt nicht nur politisch unmöglich, sondern auch gar nicht wünschenswert zu

sein. Somit muss jede Gesundheitsreform an der vorhandenen Struktur anknüpfen. Werden Systemelemente nur in kleineren Schritten geändert, lassen sich Erfahrungen mit den Folgen sammeln und können bei Bedarf kontinuierlich weitere Anpassungen vorgenommen werden. Allerdings werden kleinschrittige und oft unübersichtliche Änderungen des Gesundheitssystems und die sie begleitenden permanenten Reformdebatten von vielen Menschen als quälend empfunden.

Die idealtypische Gegenüberstellung der vier Modelle zeigt, dass alle sowohl Vor- als auch Nachteile aufweisen: Staatliche Versorgung und Monopolversicherung sind stark bei der Begrenzung von Kosten. Monopolversicherung und private Versicherungen sind überlegen in Bezug auf Patientenrechte und stärken den Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer um die Gunst der Patienten. Ein Vorteil der Modelle mit Wettbewerb zwischen Versicherungen (Solidarische Wettbewerbsordnung und private Krankenversicherung) liegt darin, einen stärkeren Anreiz für die Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen zu setzen. Davon machen private Versicherungen jedoch nur wenig Gebrauch.

Die einseitige Ausrichtung an einem der Modelle scheint kaum angebracht zu sein. Stattdessen ist zu empfehlen, dass in Ländern, in denen eine Orientierung an einem der Modelle stattfindet, stets einzelne Systemelemente aus den anderen Modellen eingefügt werden, um deren Vorteile zur Geltung zu bringen.

In Ländern, in denen die Orientierung am Modell staatlicher Versorgung dominiert, sollten Schritte zur Verbesserung der Patientenrechte unternommen werden. Die freie Arztwahl und ein erleichterter Zugang zum Facharzt können den Qualitätswettbewerb der Ärzte um Patienten anregen.

In Ländern, in denen die Monopolversicherung oder staatliche Versorgung im Krankenversicherungssystem dominieren, könnte der Prozess der Suche nach optimalen Versorgungsformen angeregt werden. Dies setzt voraus, dass Leistungserbringer Freiheitsspielräume beispielsweise bei der Bildung von Integrationsprojekten, Praxisnetzen, Polikliniken usw. haben. Auch unter dem Dach dieser Krankenversicherungssysteme können Erfahrungen mit innovativen Versorgungsformen gesammelt werden.

<sup>44</sup> In Deutschland, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich, Kanada, den USA, Australien und Neuseeland.

<sup>45</sup> Vgl. SCHOEN, C.; OSBORN, R.; DOTY, M. M.; BISHOP, M.; PEUGH, J.; MURUKUTLA, N.: Toward Higher Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, 2007, in: Health Affairs 26, No. 6, 2007, w717-w734, Web Exclusive 31 October 2007, p. w722 et seq.

In Deutschland und den Niederlanden werden zunehmend Schritte in die Richtung der Solidarischen Wettbewerbsordnung unternommen. Hier sollte sich der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen auf die Versorgungsformen konzentrieren. Zugleich sollten die Elemente finanzieller Beteiligung des Staats erhöht werden, um dessen starke Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern zur Kostenbegrenzung zu nutzen. Zwar kann Kostenminimierung als solche nicht das Ziel sein, da die Ausgaben immer im Zusammenhang mit den dafür gelieferten medizinischen Leistungen gesehen werden müssen. Allerdings scheint ein Gegengewicht zur unvermeidbar starken Verhandlungsposition der Leistungserbringer wichtig zu sein. Würde der Staat mit einem festen Anteil an den Gesundheitsausgaben beteiligt, dann behielte er ein direktes Interesse an der Kostendämpfung. Die freie Arztwahl sollte als

Grundlage des Qualitätswettbewerbs der Leistungserbringer um Patienten erhalten bleiben.

Auch insofern das Modell der privaten Krankenversicherung dominiert, stellt sich die Frage, ob eine stärkere staatliche Beteiligung nicht nur die soziale Anbindung verstärken, sondern zugleich kostenbegrenzend wirken würde.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es zwar kein allgemeingültiges Idealmodell für das System der Krankenversicherung gibt. Jedoch lassen sich in jedes System, das sich überwiegend an einem der vier Modelle orientiert, Elemente anderer Modelle einbauen, wodurch Schwächen des jeweils dominierenden Modells abgemildert werden können.

*Ingmar Kumpmann*  
(*Ingmar.Kumpmann@iwh-halle.de*)

## Ostdeutsches Baugewerbe im Oktober 2008: Geschäftslage weiterhin stabil

Die 300 vom IWH befragten ostdeutschen Bauunternehmen beurteilen ihre Geschäftslage im Oktober etwas günstiger als in der vorangegangenen Befragung im August und damit in etwa so gut wie ein Jahr zuvor (vgl. Tabelle). Eliminiert man die Saisoneinflüsse, so zeigt sich eine immer noch stabile Entwicklung der Geschäftslage (vgl. Abbildung). Die positiven Urteile bleiben sogar bestimmend. Die seit einem Jahr anhaltenden Finanzmarkturbulenzen haben sich somit noch nicht nennenswert in der Bautätigkeit der ostdeutschen Unternehmen niedergeschlagen.

Die Geschäftsaussichten, die sich auf das Frühjahr des nächsten Jahres beziehen, werden von den Bauunternehmen überraschenderweise nicht mehr so skeptisch bewertet wie zuvor. Für das Winterhalbjahr waren die Unternehmen in den vorangegangenen Befragungen von einer Konjunkturfaute ausgegangen. Angesichts der vorhandenen Rezessionsängste und der damit verbundenen Investitionszurückhaltung könnte sie sogar noch tief-

greifender und langanhaltender ausfallen als ursprünglich angenommen. Aktuell dürfte allerdings die öffentliche Diskussion um das von der Bundesregierung geplante Paket zur Stärkung der Investitionen die Hoffnung auf eine Belebung der Konjunktur nähren. Mit einer Ausstrahlung auf die reale Bautätigkeit im Frühjahr nächsten Jahres rechnen die Unternehmen wohl wegen des notwendigen Planungsvorlaufs.

Im *Hoch- und im Tiefbau* hat sich die Geschäftslage im Verlauf des Jahres 2008 – berücksichtigt man die Verschiebungen zwischen dem durch mildes Wetter begünstigten ersten Quartal und den Gegenreaktionen im zweiten Quartal – relativ stabil entwickelt. Entscheidend haben die gewerblichen Auftraggeber die Bautätigkeit gestützt. Die Auftragseingänge und Auftragsbestände waren in diesem Bereich bis zuletzt hoch. Anregungen kamen zur Jahresmitte auch von den öffentlichen und privaten Haushalten. Der bisherige Verlauf der Geschäftsaussichten deutet für den Hoch- und den