

Kochskämper, Susanna

**Working Paper**

## Reformdebatten in der Krankenversicherung vor dem Hintergrund des europäischen Binnenmarktes

Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2012,2

**Provided in Cooperation with:**

Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

*Suggested Citation:* Kochskämper, Susanna (2012) : Reformdebatten in der Krankenversicherung vor dem Hintergrund des europäischen Binnenmarktes, Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2012,2, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/59104>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



Direktoren: Professor Dr. Johann Eekhoff  
Prof. Achim Wambach, Ph.D  
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

# **Reformdebatten in der Krankenversicherung vor dem Hintergrund des europäischen Binnenmarktes**

**Susanna Kochskämper**

**Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 02/2012**

**(April 2012)**

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Der Status quo: Das deutsche Gesundheitswesen und der europäische Binnenmarkt</b> .....	<b>2</b>
2.1	Der europäische Binnenmarkt und der deutsche Versicherungsmarkt.....	2
2.2	Der europäische Binnenmarkt und der deutsche Leistungsmarkt .....	3
2.2.1	Grenzüberschreitende Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Kollektivvertragssystem .....	4
2.2.2	Selektivverträge mit ausländischen Leistungserbringern .....	6
<b>3</b>	<b>Folgerungen für die Politik</b> .....	<b>8</b>
3.1	Die Ausgestaltung des Leistungsmarktes.....	8
3.1.1	Marktversagen auf dem Behandlungsmarkt? .....	8
3.1.2	Marktversagen auf dem Leistungsmarkt?.....	10
3.1.3	Fazit für Reformoptionen auf dem Leistungsmarkt.....	12
3.2	Die Ausgestaltung des Versicherungsmarktes .....	13
3.2.1	Marktversagen auf dem Versicherungsmarkt? .....	13
3.2.2	Gleicher Zugang – die sozialpolitische Komponente im Gesundheitswesen ...	17
3.2.3	Folgerungen für die Ausgestaltung des Versicherungsmarktes .....	21
<b>4</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>23</b>

### Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirtin Susanna Kochskämper  
kochskaemper@wiso.uni-koeln.de  
Telefon: +49221 470 5351  
Telefax: +49 221 470 5350

### Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln  
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

## 1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem und hierbei insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung wird weiterhin als reformbedürftig angesehen, um eine effizientere Versorgung mit medizinischen Gütern und Dienstleistungen zu gelangen. Dabei spielen Kosten- und Qualitätsaspekte gleichermaßen eine Rolle: Erstens werden durch eine alternde Bevölkerung Kostensteigerungen im Gesundheitswesen erwartet. Sollen künftige Generationen nicht übermäßig belastet bzw. Ansprüche der älteren Generationen gekürzt werden, sind Reformen hin zu einer effizienteren Ausgestaltung des Systems unabdingbar. Damit verbunden stellt sich zweitens die Frage, wie technischer Fortschritt, der zu einer qualitativ höheren Versorgung führt, unter diesen Voraussetzungen weiterhin finanzierbar sein kann, so dass auf Qualitätssteigerungen nicht verzichtet werden muss.

Die Diskussion um eine Optimierung des Gesundheitswesens wird bisher hauptsächlich für die nationale Ebene geführt. Dem gemeinsamen europäischen Binnenmarkt wird hierbei nur wenig Beachtung geschenkt. Dies mag daran liegen, dass das Gesundheitswesen bisher als ein Bereich gilt, in dem die Nationalstaaten für Organisation und Ausgestaltung verantwortlich sind.<sup>1</sup> Dass jedoch der gemeinsame Binnenmarkt zusätzlich genutzt werden könnte, um die Versorgung effizienter zu gestalten, wird kaum thematisiert.

Zwar können deutsche Patienten nach deutschem Recht auch medizinische Leistungen im Ausland nachfragen. Damit folgte der deutsche Gesetzgeber bereits der Rechtsprechung des EuGH und hat die entscheidenden Punkte der sogenannten EU-Patientenrichtlinie<sup>2</sup> bereits umgesetzt. Zudem dürfen deutsche Krankenkassen auch Verträge mit ausländischen medizinischen Leistungserbringern abschließen. Der europäische Binnenmarkt ist demnach bereits im Gesundheitssystem angekommen.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht weitere Anpassungen der inländischen Regulierung vorgenommen werden müssen, um die grenzüberschreitende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen optimal zu begleiten und für Effizienzgewinne zu nutzen.

In diesem Papier wird untersucht, welche Anpassungen hierfür in der Organisation des deutschen Gesundheitswesens vorgenommen werden müssten. Im Fokus steht die gesetzliche Krankenversicherung mit den Krankenkassen als Anbieter von Versicherungsleistungen sowie den Krankenkassen als Einkäufer medizinischer Leistungen für ihre Versicherten.

---

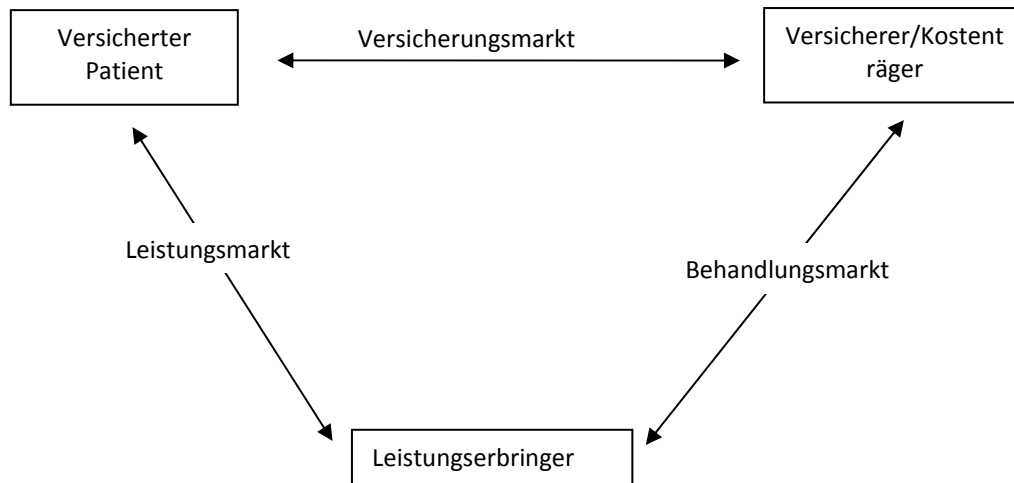
<sup>1</sup> Vgl. Art. 168 AEUV.

<sup>2</sup> Richtlinie 24/2011/EU.

## 2 Der Status quo: Das deutsche Gesundheitswesen und der europäische Binnenmarkt

Die Struktur des Gesundheitswesens lässt sich folgendermaßen darstellen:

Abbildung 1



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Monopolkommission (2010), S. 365.

Transaktionen finden zum einen zwischen Konsumenten als Nachfrager und Versicherern als Anbietern von Versicherungsleistungen auf dem Versicherungsmarkt statt. Tritt der Krankheitsfall ein, bieten Leistungserbringer ihre Gesundheitsleistungen den Konsumenten auf dem Behandlungsmarkt an. Patienten zahlen drittens die in Anspruch genommenen Leistungen nicht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Die Kosten der einzelnen Leistungserbringung werden von der Krankenversicherung getragen. Der Behandlungsmarkt wird im Folgenden größtenteils vernachlässigt. Er fließt jedoch teilweise in die Betrachtung des Leistungsmarktes mit ein. Es werden die Strukturen auf dem Versicherungsmarkt und auf dem Leistungsmarkt untersucht.

### 2.1 Der europäische Binnenmarkt und der deutsche Versicherungsmarkt

Im deutschen gesetzlichen Krankenversicherungssystem sind die Krankenkassen die Kostenträger. Grundsätzlich stehen sie im Wettbewerb zueinander: Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 wurde ein Gesundheitsfonds etabliert. Aus ihm erhalten die Krankenkassen pauschalierte Zuweisungen. Zusätzlich existiert ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (im Folgenden Morbi-RSA). Durch ihn soll vermieden werden, dass einer Krankenkasse aufgrund ihrer Risikostruktur ein Wettbewerbsnachteil entsteht. Die Einnahmen des Gesundheitsfonds erfolgen durch lohnabhängige Beiträge der gesetzlich Versicherten. Zugleich ist es den Krankenkassen gestattet, Zusatzbeiträge zu erheben, die jedoch maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens eines Versicherten

betragen dürfen.<sup>3</sup> „Solidarprinzip und Wettbewerb“<sup>4</sup> sollen durch dieses System gleichzeitig ermöglicht werden.

Gleichzeitig sind die gesetzlichen Krankenversicherungen jedoch Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.<sup>5</sup> Dadurch ist der Marktzugang für private Versicherungsanbieter unmöglich. Auch die Gründung einer Körperschaft öffentlichen Rechts ist mit hohen Hürden verbunden, da es hierzu eines hoheitlichen Aktes bedarf.

Es existiert somit einerseits de jure Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Allerdings ist dieser auf etablierte Anbieter beschränkt, ausländischer Konkurrenz kann nicht in den Markt eintreten. Bisher wird das europäische Wettbewerbsrecht nicht auf die deutschen Krankenkassen angewendet. Nach Auffassung des EuGH gehen sie weder beim Einkauf medizinischer Leistungen<sup>6</sup> noch als Anbieter von Sozialleistungen<sup>7</sup> einer unternehmerischen Tätigkeit nach. Das europäische Wettbewerbsrecht greift jedoch nur für unternehmerische Tätigkeiten. Der gegenwärtige rechtsstand in Deutschland ist ähnlich: In seinem Urteil vom 15.9.2011 lehnte das Hessische Landessozialgericht die Unternehmenseigenschaft von Krankenkassen ab.<sup>8</sup>

Der europäische gemeinsame Binnenmarkt spielt für daher für den gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt bisher keine Rolle.

## 2.2 Der europäische Binnenmarkt und der deutsche Leistungsmarkt

In Deutschland wurde bereits vor Verabschiedung der sogenannten EU-Patientenrichtlinie<sup>9</sup> die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs in der Gesetzgebung berücksichtigt. So ist es laut § 13 Abs. 4 SGB V Versicherten gestattet, Leistungen im EU-Ausland in Anspruch zu nehmen. Der Anspruch auf Erstattung besteht dabei höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte, abzüglich Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und vorgesehene Zuzahlungen. Krankenhausleistungen bedürfen hierbei der vorherigen Zustimmung durch die Krankenkassen. Diese darf jedoch nur versagt werden, wenn „die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei

---

<sup>3</sup> Krankenkassen können pauschale oder einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Die Einkommensprüfung entfällt, solange der pauschale Zusatzbeitrag unter acht Euro liegt.

<sup>4</sup> S. Bundesversicherungsamt (2008).

<sup>5</sup> Vgl. § 4 Abs. 1 SGB V.

<sup>6</sup> vgl. Rs. T-319/99 (FENIN), sowie Entscheidungen zu den Arzneimittelfestbeträgen der deutschen Krankenversicherungsverbände Rs. C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01.

<sup>7</sup> Entscheidung des EuGH vom 17.02.1993 in der Rs. C-159/91 und C-160/91 (Poucet und Pistre).

<sup>8</sup> Vgl. Hessisches Landessozialgericht, Rs. L 1 KR 89/10 KL.

<sup>9</sup> Richtlinie 2011/24/EU.

einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.“<sup>10</sup> Die Krankenkasse kann die Kosten auch ganz übernehmen, falls die entsprechende Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat möglich ist.

Krankenkassen dürfen laut Gesetzgeber auch Verträge mit Leistungserbringern in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union abschließen, solange diese im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind und bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind.<sup>11</sup>

Auf dem Behandlungs- und auf dem Leistungsmarkt scheint so auf den ersten Blick die Möglichkeit realisiert, den europäischen Binnenmarkt im Gesundheitswesen zu nutzen, um gegebenenfalls zu einer effizienteren Versorgung (bezüglich Preis und Qualität) zu gelangen. Allerdings stehen dem auf den zweiten Blick nationale Hürden entgegen:

### **2.2.1 Grenzüberschreitende Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Kollektivvertragssystem**

Gegenwärtig herrschen auf dem deutschen Leistungsmarkt Kollektivverträge im Rahmen der korporatistischen Steuerung vor: Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die der jeweils zugelassenen medizinischen Leistungserbringer des ambulanten Sektors bzw. die Träger im stationären Sektor handeln für alle Akteure einheitliche Verträge und verbindliche Verträge aus.

Für ambulante Leistungen wird im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung<sup>12</sup> ein Jahresbehandlungsbedarf für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten festgesetzt. Dies erfolgt jeweils auf Bezirksebene der jeweils zuständigen Landesverbände. Aus dem Behandlungsbedarf wird über ein Punktesystem das Gesamtbudget für das Folgejahr abgeleitet. Es wird ex ante auf die Vertragsärzte aufgeteilt. Eine nachträgliche Budgetbereinigung ist nur im Zusammenhang mit inländischen Selektivverträgen in engen Grenzen vorgesehen.<sup>13</sup>

Die medizinischen Leistungserbringer erhalten ein praxisbezogenes Budget als sogenanntes Regelleistungsvolumen pro Quartal. Dieses Budget leitet sich aus dem arztgruppenspezifischen Fallwert und der praxisindividuellen Fallzahl des Vorjahresquartals ab. Zudem fließt das Alter des Patientenstammes als Gewichtungsfaktor mit ein. Wird das Leistungsvolumen überschritten, werden die zusätzlichen Leistungen in der Vergütung für

---

<sup>10</sup> S. § 13 Abs. 5 SGB V.

<sup>11</sup> Vgl. § 140e SGB V sowie § 13 Abs. 4 (2) SGB V.

<sup>12</sup> Das Vergütungssystem ist in § 87 2 SGB V und §§ 87a – 87e SGB V geregelt.

<sup>13</sup> Eine Einigung kam diesbezüglich erstmals im Dezember 2010 im Erweiterten Bewertungsausschuss zustande.

das entsprechende Quartal nicht bzw. nur teilweise berücksichtigt (Ausnahmen existieren seit 2012 für Ärzte in unterversorgten Regionen). Allerdings werden zusätzliche Patienten für die Berechnung des praxisbezogenen Budgets im Folgejahr berücksichtigt.

Fragen Patienten Leistungen im Ausland nach, so müsste zunächst erstens das Gesamtbudget nachträglich bereinigt werden. Geschieht dies nicht, führt die Auslandsnachfrage – selbst wenn die Leistungen dort kostengünstiger erbracht werden können – kurzfristig zu einer zusätzlichen Kostenbelastung für die Krankenkassen und damit für die Versicherten, da diese Leistungen zusätzlich zu der Vergütung im Inland finanziert werden müssen.

Zweitens ist das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage<sup>14</sup> in dieser Ausgestaltung des Vergütungssystems gegeben<sup>15</sup>: Ärzte haben zum einen ein Interesse, solange Patienten zu behandeln bis das Regelleistungsvolumen ausgeschöpft ist. Zusätzlich besteht der Anreiz, Patienten zwar nicht innerhalb eines Quartals mehrmals, aber jedes Quartal erneut zu behandeln. Ärzte in unterversorgten Regionen haben sowohl den Anreiz Patienten innerhalb eines Quartals mehrmals sowie jedes Quartal erneut zu versorgen. Dadurch liegt in diesem System der Anreiz vor, fehlende Nachfrage, die durch die Wanderung der Patienten ins Ausland entsteht, durch Leistungsausweitung im Inland zu kompensieren. Ansonsten droht den Leistungserbringern eine geringere Vergütung in den Folgejahren, bedingt durch geringere Fallzahl. In diesem Fall würden sich auch die Regelleistungsvolumina in den Folgeperioden nicht durch eine Verlagerung der Nachfrage ins Ausland absenken. Somit ist auch langfristig möglicherweise kein Kostensenkungseffekt durch Auslandsnachfrage spürbar.

Die Vergütung im stationären Sektor unterscheidet sich zwar von der im ambulanten Sektor: Abgerechnet werden landeseinheitliche Fallpauschalen (DRGs). Allerdings existieren auch hier Budgets ausgehandelt, die dem Regelleistungsvolumen im ambulanten Sektor nicht unähnlich sind: Krankenhausträger und der zuständige Landesverband der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen schließen einen Versorgungsvertrag ab.<sup>16</sup> Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken sind durch die Aufnahme in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes automatisch Vertragspartner. Gekündigt werden<sup>17</sup> kann dieser Vertrag mit einer Frist von einem Jahr. Allerdings müssen dafür die Voraussetzungen gegeben sein, dass „das Krankenhaus 1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder 2. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung

---

<sup>14</sup> Erstmals formuliert von Roemer und Shain (1959), Roemer (1961), erste empirische Untersuchung von Evans (1974).

<sup>15</sup> Der folgende Abschnitt bezieht sich auf Monopolkommission (2010), S. 373.

<sup>16</sup> § 108 SGB V.

<sup>17</sup> Die Regeln zur Kündigung sind in § 110 SGB V formuliert.



der Versicherten nicht erforderlich ist“<sup>18</sup> und diese Gründe dauerhaft bestehen. Zudem müssen die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam kündigen, bei Plankrankenhäusern muss darüber hinaus die für den Krankenhausplan zuständige Landesbehörde zustimmen. Im Rahmen des Versorgungsvertrags wird jährlich ein Gesamtbetrag, das sich aus Erlösbudget<sup>19</sup> (für Leistungen, die über Fallpauschalen und über bundesweite Zusatzentgelte abgerechnet werden) und Erlössumme (für Leistungen nach § 6 Abs. 3 KHEntgG) zusammensetzt, für das Folgejahr zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen vereinbart. Wird das Gesamtbudget unterschritten, werden die Mindererlöse zu 20 Prozent ausgeglichen. Mehrerlöse werden in der Regel zu 65 Prozent ausgeglichen.<sup>20</sup>

Dadurch kommt es auch im stationären Sektor kurzfristig nur dann zu Vorteilen durch die Auslandsnachfrage nach stationären Leistungen, wenn die Kostenersparnis so groß ist, dass die aus dem Mindererlösausgleich entstehenden Kosten überkompensiert werden.<sup>21</sup>

### **2.2.2 Selektivverträge mit ausländischen Leistungserbringern**

Theoretisch könnten Krankenkassen außerhalb der Kollektivverträge für ihre Versicherten ausländische Leistungserbringer kontrahieren, ohne dabei prohibitiv hohe Hürden zu überwinden.<sup>22</sup> Diese Verträge könnten als Preis- und Qualitätsparameter im Kassenwettbewerb genutzt werden und insbesondere in den deutschen Grenzregionen interessant sein. Dem stehen jedoch folgende Punkte entgegen:

#### **2.2.2.1 Fehlende Budgetbereinigung**

Budgetbereinigungen der nationalen Kollektivvergütung sind im System der Selektivverträge mit ausländischen Leistungserbringern nicht vorgesehen. Schließt eine Krankenkasse Selektivverträge mit ausländischen Leistungserbringern, so werden inländische medizinische Leistungserbringer von diesen entlastet. Wird dies jedoch weder im Versorgungsvertrag im stationären Sektor noch im Regelleistungsvolumen im ambulanten Sektor berücksichtigt, führt dies für eine Krankenkasse zu zusätzlichen Kosten durch Selektivverträgen und nicht zu einer Kostenentlastung: Sie muss neben den für die Selektivverträge aufzuwendenden Kosten gleichzeitig die Kosten für die inländische kollektive Vergütung tragen. Im ambulanten Sektor sind die Anreize zum Abschluss von Selektivverträgen daher aufgrund der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung entsprechend gering. Im stationären Sektor lohnen sie sich nur dann, wenn die Kostenersparnis durch stationäre Behandlung im Ausland

---

<sup>18</sup> S. § 109 Abs. 3 SGB V.

<sup>19</sup> S. § 4 Abs 1 und 2 KHEntgG.

<sup>20</sup> Vgl. zu Mehr- und Mindererlösen § 4 Abs. 3 KHEntgG.

<sup>21</sup> Vgl. hierzu auch Allinger et al (2010), S. 74-75.

<sup>22</sup> Vgl. § 140e SGB V.

die Kosten aus dem Begleich der Mindererlöse übersteigt. Die Anreize, Selektivverträge im Kostenwettbewerb zu nutzen, sind daher insgesamt schwach.<sup>23</sup>

Einzig Qualitätswettbewerb ist denkbar: Die Krankenkassen könnten in Einzelbereichen ausländische Leistungserbringer höherer Qualität unter Vertrag nehmen und damit Versicherte gewinnen. Allerdings steht dem teilweise die Ausgestaltung des Versicherungsmarktes mit lohneinkommensabhängigen Prämien, kassenindividuellen Zusatzbeiträgen und morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich entgegen:

### **2.2.2.2 Ausgestaltung des Versicherungsmarktes und Selektivverträge**

Auf dem deutschen Versicherungsmarkt erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten eine Grundpauschale. Ihnen ist es gestattet, Zusatzbeiträge zu erheben, die jedoch maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten betragen dürfen. Zudem existiert ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, in dem 80 Krankheiten berücksichtigt sind.

Es besteht auf einem so ausgestalteten Versicherungsmarkt nicht notwendigerweise der Anreiz, Selektivverträge zu nutzen, um höhere Qualität für alle Versicherten anzubieten:

Erstens werden im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nur 80 Krankheiten berücksichtigt. Dadurch besteht für die Krankenkassen außerhalb des Morbi-RSA der Anreiz, Risikoselektion zu betreiben: Versicherte, deren erwartete Kosten unterhalb der Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds liegen, sind attraktive Kunden, Versicherte, die aufgrund ihres Krankheitsrisikos hohe Kosten erwarten lassen, unattraktive. Zwar besteht im deutschen GKV-System Kontrahierungszwang. Allerdings sind Möglichkeiten der indirekten Risikoselektion nach wie vor gegeben.<sup>24</sup> In einem solchen System bestehen verminderte Anreize, Selektivverträge mit Leistungserbringern höherer Qualität für die Versorgung aller Versicherten abzuschließen, falls diese mit einer Preissteigerung der Versicherungsleistung einhergehen: Denn dies würde dazu führen, dass sich die Kosten der Krankenkasse erhöhen. Muss sie dafür die Zusatzbeiträge anheben, kann dies zu adverser Selektion führen. Gute Risiken sind gegebenenfalls nicht bereit für eine qualitativ höhere Versorgung zu zahlen, die sie selbst erwartungsgemäß nicht in Anspruch nehmen. Zudem kann eine höhere Behandlungsqualität gerade schlechte Risiken, und damit „unerwünschte Kunden“ anziehen. Dasselbe Argument gilt für die Leistungen, die über den Morbi-RSA berücksichtigt sind: Für Krankenkassen lohnend sind medizinische Maßnahmen, deren erwartete Kosten geringer sind als ihr Gewinn für die Krankenkasse. Ein Gewinn ergibt sich für die

---

<sup>23</sup> Vgl. hierzu auch Cassel et al. (2006), S. 66-67 und Monopolkommission (2010), die dieses Problem für Selektivverträge im Inland darstellt.

<sup>24</sup> Vgl. beispielsweise Jankowski und Zimmermann (2004), sowie ausführlicher Abschnitt 3.2.

Krankenkasse nur, wenn die Kosten für die Versicherten unterhalb der Zuweisungen aus dem RSA liegen, sie aber gleichzeitig nicht in eine niedrigere Risikoklasse fallen und die Krankenkasse somit insgesamt niedrigere Einnahmen verzeichnet. Auch an dieser Stelle ist der Anreiz, höhere Qualität zu einem höheren Preis anzubieten, nicht gegeben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass durch das kollektivvertragliche System auf dem Leistungsmarkt und durch die Ausgestaltung des deutschen Krankenversicherungsmarktes das Potential, das ein europäischer Binnenmarkt für das Gesundheitswesen hinsichtlich Preis- und Qualitätswettbewerb bietet, ungenutzt bleibt.

### **3 Folgerungen für die Politik**

Für ein Gesundheitssystem lassen sich zwei Ziele als maßgebend herausstellen: Zum einen eine präferenzgerechte Versorgung für die Bevölkerung mit medizinischer Versorgung, zum anderen die Ermöglichung des Zugangs zu medizinischen Leistungen unabhängig vom individuellen Einkommen.

In der ökonomischen Theorie wird generell dem wettbewerblichen Markt die einer staatlich vorgenommenen Ressourcen- und Güterverteilung überlegene Allokationsfunktion zugerechnet, sofern kein Marktversagen vorliegt.<sup>25</sup> In diesem Zusammenhang spielt auch der Binnenmarkt eine Rolle, da durch einen grenzüberschreitenden Handel mit Gütern und Dienstleistungen höhere Wohlfahrtsgewinne erwartet werden als für autarke Märkte.

Es stellt sich daher die Frage, ob Reformen hin zu einer stärkeren Marktöffnung im deutschen gesetzlichen Krankenversicherungssystem die beiden oben genannten Ziele verfehlt würden.

#### **3.1 Die Ausgestaltung des Leistungsmarktes**

Um zu Schlussfolgerungen für die Ausgestaltung des Leistungsmarktes zu kommen, ist ebenso der Behandlungsmarkt zu betrachten. Denn existieren dort Verwerfungen, können sie sich auf die Funktionsfähigkeit des Leistungsmarktes auswirken.

##### **3.1.1 Marktversagen auf dem Behandlungsmarkt?**

Medizinische Leistungserbringer haben aufgrund ihres Expertenwissens einen Informationsvorsprung gegenüber den Patienten. Gleichzeitig fallen Produktion und Konsum der Leistung, wie auch bei anderen Dienstleistungsprodukten, zusammen.<sup>26</sup> Dies eröffnet Leistungserbringern einen diskretionären Handlungsspielraum. Kann ein Patient die Qualität eines Gutes oder einer Leistung nicht beurteilen, kann sich möglicherweise auch die

---

<sup>25</sup> Vgl. z.B. Kirchgässner (2000), S.9-10.

<sup>26</sup> Vgl. Arrow (1963), S. 949.

Behandlungsqualität nach dem Kosten-Nutzen-Kalkül des Anbieters und nicht nach dem des Nachfragers richten. Die Folge wäre ein mangelnder Qualitätswettbewerb aufgrund adverser Selektion.<sup>27</sup>

Einige Autoren bescheinigen der Beziehung zwischen Arzt und Patient eine besonders starke Ausprägung dieser Informationsasymmetrie im Vergleich zu der zwischen Anbietern und Nachfragern auf anderen Dienstleistungsmärkten.<sup>28</sup> Doch selbst wenn dies der Fall sein sollte, lässt sich aufgrund dieses Arguments alleine noch nicht auf notwendige staatliche Regulierung schließen.

Die Qualität medizinischer Dienstleistungen ist möglicherweise schwerer zu beurteilen als die anderer Dienstleistungen, da das Behandlungsergebnis nicht alleine von der Qualität des Anbieters, sondern auch vom Verhalten des Patienten<sup>29</sup>, dessen Konstitution, Umwelteinflüssen etc. abhängt. Würde ausschließlich das Behandlungsergebnis betrachtet und wäre im Extrem gar nicht beurteilbar, ob es auf die Qualität eines Anbieters zurückzuführen ist, könnte Qualitätswettbewerb tatsächlich nicht existieren. Dann wären aber auch staatliche Instrumente wirkungslos. Selbst ärztliche Haftung wäre nicht möglich, da auch seitens des Gesetzgebers nicht beurteilbar wäre, ob ein negatives Behandlungsergebnis auf medizinische Fehler zurückzuführen ist oder nicht.

Allerdings sind Korrelationen zwischen dem Behandlungsergebnis und zwischen den Strukturen als auch den Prozessen, unter denen ein Behandlungsergebnis zustande gekommen ist, feststellbar.<sup>30</sup> Zu den Strukturen zählen z.B. die technische Ausstattung, die personelle Ausstattung und die Qualifikation eines Leistungserbringers. Der Prozess einer medizinischen Dienstleistung kann beispielsweise mit Behandlungsleitlinien und -standards, die innerhalb einer Profession existieren, abgeglichen werden. Kommt ein schlechtes Behandlungsergebnis zustande, kann somit zumindest überprüft werden, ob Behandlungsstruktur oder –prozess bereits Mängel aufwiesen, die das Ergebnis negativ beeinflusst haben könnten.

Zwar besitzt der einzelne medizinische Leistungserbringer auch hinsichtlich der Qualität der Behandlungsstruktur und des –prozesses der von ihnen angebotenen Leistungen einen Informationsvorsprung gegenüber den Patienten. Das heißt aber nicht, dass der einzelne Patient grundsätzlich nicht die Möglichkeit hat, die Qualität zu beurteilen: Leistungen, die ein einzelner selbst häufig nachfragt, kann er hinsichtlich Struktur, Prozess und Ergebnis miteinander vergleichen und so die Qualität eines Anbieters abschätzen. Bei den Leistungen,

---

<sup>27</sup> Akerlof (1970)

<sup>28</sup> Vgl. z.B. Ulrich, Schneider (2004), S. 2.

<sup>29</sup> Vgl. z.B. Ulrich und Schneider (2004).

<sup>30</sup> Die Unterscheidung der verschiedenen Qualitätsbereiche geht auf Donabedian (1980) zurück.

die der einzelne nicht häufig nachfragt, können Signaling- und Screening-Instrumente durch die Marktteilnehmer genutzt werden.<sup>31</sup> Zwar zeigt sich, dass es in bestehenden Gesundheitssystemen bisher kaum private Informationsintermediäre für die Qualität der Leistungserbringung gibt. Dies führt teilweise zu dem Schluss, dass ein privater Markt für Informationen nicht funktioniert. Allerdings könnte das Fehlen eines solchen Marktes auch damit zusammenhängen, dass in den existierenden Gesundheitssystemen Überregulierung, weit gefasste Werbeverbote, mangelnder oder nicht vorhandener Wettbewerb zwischen Versicherungen oder Leistungserbringern die Existenz eines funktionierenden privaten Informationsmarktes verhindern.<sup>32</sup> Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Allerdings lässt sich aus dem Argument eines möglicherweise nicht funktionsfähigen Marktes für Informationen alleine kein staatliches Eingreifen auf dem *Behandlungsmarkt* ableiten. In diesem Fall wäre der Staat als Informationsintermediär auf dem *Markt für Informationen* gefragt – darüber hinaus gehende kollektive Aufgaben lassen sich mit diesem Argument nicht begründen.

### 3.1.2 Marktversagen auf dem Leistungsmarkt?

Der Informationsvorsprung medizinischer Leistungserbringer hinsichtlich Definition von Art und Umfang der Behandlung, wird auch als für den Leistungsmarkt problematisch erachtet: Leistungserbringer können die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nach eigener Gewinnmaximierung bzw. Realisierung eines Zieleinkommens statt nach dem Kosten-Nutzen-Kalkül des Patienten ausrichten. Diese arztinduzierte Nachfrage führt zu überhöhten Gesundheitsausgaben und damit zu überhöhten Versicherungskosten.

Existieren Krankenversicherungen, die im Wettbewerb zueinander stehen, ist das erste Problem zunächst eines auf Versicherungsebene: Arztinduzierte Nachfrage führt zu steigenden Kosten der Versicherungsleistung. Die Versicherungen haben daher ein Eigeninteresse daran, „gute“ von „schlechten“ Leistungserbringern zu unterscheiden. Sind selektive Verträge möglich, ist davon auszugehen, dass ein Wettbewerb um Versicherte gleichzeitig einen Wettbewerb um die effizienteste Vertragsausgestaltung zwischen Versicherern und Leistungserbringern sowie um Behandlungsstandards induziert, da die Versicherungen die Kosten der Dienstleistung möglichst gering halten möchten.<sup>33</sup> Zwar könnte hier das Problem der mangelnden Kontrollmöglichkeit der Leistungserbringung angeführt werden. Allerdings setzt sich dieses Problem auf die kollektive Ebene fort. Sind

---

<sup>31</sup> Pauly (1988, S. 228, unterscheidet bei diesen Leistungen noch zwischen denjenigen, die ein Leistungserbringer häufig anbietet und denjenigen, die selten nachgefragt und selten erbracht werden. Bei letzteren kann aber aufgrund der Spezialisierung einiger weniger Leistungserbringer davon ausgegangen werden, dass diese die Leistung relativ häufig erbringen und dadurch ein Vergleich wieder möglich wird. Aus diesem Grund wird hier auf eine weitere Unterscheidung verzichtet.

<sup>32</sup> Oberender und Zerth (2004), S. 116.

<sup>33</sup> Vgl. Börsch-Supan (2007), S. 6.

hingegen Selektivverträge möglich, laufen die Informationen über Vertragsgestaltung, über Diagnose und verordnete Therapie sowie Höhe der Behandlungskosten und Kosten von Folgebehandlungen bei den einzelnen Versicherern zusammen. Dadurch können sich Erfahrungswerte bilden. Der Versicherungswettbewerb induziert in diesem Fall auch einen Wettbewerb um die beste Vertragsgestaltung.

Ein mögliches Auftreten von arztinduzierter Nachfrage liefert somit kein überzeugendes Argument für staatliches Eingreifen.

### *Optionsnutzen als Marktversagensargument?*

Die Vorhaltung medizinischer Behandlungskapazitäten stiftet durch ihre reine Existenz einen Nutzen, so lautet eine These.<sup>34</sup> Dieser sogenannte Optionsnutzen entsteht dieser Idee nach daraus, dass Bürger, selbst wenn sie die medizinischen Kapazitäten nie in Anspruch nehmen werden, alleine aus deren Existenz einen Nutzen ziehen. Diese Optionsgüter werden öffentliche Gutseigenschaften zugesprochen, da keine Ausschließbarkeit und keine Rivalität im Konsum bestehen. Gleichzeitig kann die Zahlungsbereitschaft verschleiert werden, so dass in der Folge die Anbieter eine zu geringe Kapazität vorhalten, weil sie diesen Optionsnutzen in ihrem Kalkül nicht berücksichtigen.

Allerdings ist die Definition des Optionsnutzens als Marktversagensargument ausführlicher zu diskutieren: Zunächst lässt sich feststellen, dass jedem Gut Optionsnutzen zugesprochen werden könnte – für den Fall, dass sich der einzelne zu einem späteren Zeitpunkt für dessen Konsum entscheidet. Auf einem Wettbewerbsmarkt ist zu erwarten, dass sich das Ausmaß der Behandlungskapazität an der Zahlungsbereitschaft der Nachfrager ausrichtet: Sie werden anhand der statistisch erwarteten Inanspruchnahme und ihrer Risikoneigung entscheiden und einen dementsprechenden Umfang versichern. Unterscheidet sich die Zahlungsfähigkeit für ein bestimmtes Kapazitätsangebot regional, können ohne weiteres staatliches Handeln Unterschiede in der Kapazitätsvorhaltung entstehen. Das Problem, das bezüglich medizinischer Behandlungskapazitäten gesehen wird, kann somit nicht alleine aus der Nachfrage heraus entstehen. Einzig der Katastrophenfall ist in dieser Betrachtung problematisch: Da die Eintrittswahrscheinlichkeit unkalkulierbar ist, ist die Vorhaltung von Behandlungskapazitäten im Katastrophenfall nicht marktlich bereitzustellen. Hier ist eine staatliche Finanzierung über Steuermittel vorzuziehen.

Hinzu tritt in dieser Diskussion jedoch eine ethische Komponente: Die der Frage der Ausschließbarkeit im Bedarfsfall. Ist es gesellschaftlich nicht verantwortbar, jemanden von einer notwendigen medizinischen Behandlung aufgrund von Kapazitätsmangel auszuschließen, kann es zu Freifahrerverhalten kommen: Wissen die Nachfrager um die

---

<sup>34</sup> Vgl. z.B. Breyer, Zweifel, Kifman (2005), S. 172.

Nicht-Ausschließbarkeit, besteht gegebenenfalls kein Interesse, eine entsprechende Kapazität zu versichern. Dies rechtfertigt jedoch noch kein staatliches Kapazitätsangebot. Wird aus ethischen Gründen eine gewisse Erreichbarkeit, ein Maximum an Wartezeit etc. als gesellschaftspolitisch erwünscht erachtet, kann jedoch die Vorgabe, Kollektivverträge zu schließen, möglicherweise die vorzuziehende Lösung darstellen.<sup>35</sup> Allerdings ist hierbei zu diskutieren, ob tatsächlich jegliche medizinische Versorgung unter dieses Problem fällt, oder ob dies hauptsächlich für die medizinische Notfallversorgung relevant ist. Hier wird sich für letzteres ausgesprochen: Ist eine Behandlung nicht unmittelbar lebensnotwendig, ist fraglich, ob aus gesellschaftlicher Sicht Wartezeiten bzw. lange Wege zum Therapeuten tatsächlich zu einem ethischen Dilemma führen.

Die Subventionierung eines regionalen Angebots ist nur dabei jedoch nur eine suboptimale Lösung, da hier indirekt auch die Personen unterstützt werden, die sich die entsprechende Kapazitätshaltung leisten könnten. Es ist vorzuziehen, Versicherte, die sich eine Versicherungsprämie, in der auch die Kosten für die Notfallversorgung enthalten ist, nicht leisten können, staatlich zu unterstützen. Einzig die Vorhaltung von Kapazitäten für den Katastrophenfall kann demnach als staatliche Aufgabe definiert werden.

### 3.1.3 Fazit für Reformoptionen auf dem Leistungsmarkt

Ist kein Marktversagen zu erwarten, so gibt es für den Leistungsmarkt auch die Option, stärker die Chancen, die der Binnenmarkt bietet, zu nutzen.

**Kurzfristig** könnten zumindest Kostenvorteile ausländischer Leistungserbringer stärker genutzt werden. Dazu wäre erstens die Bereinigung des Regelleistungsvolumens um Verträge, die mit ausländischen Leistungserbringern geschlossen werden, notwendig. Zweitens wäre auch die Schätzung des erwarteten Behandlungsbedarfs regelmäßig unter der Berücksichtigung der Patienten zu treffen, die entsprechende Leistungen im Ausland nachfragen.

Drittens könnte im stationären Sektor vollständig auf die Abrechnung über Erlösbudgets verzichtet werden. Die Monopolkommission weist beispielsweise darauf hin, dass „die Fallpauschalen die Anreize zu einer ineffizienten, angebotsinduzierten Nachfrage weitgehend ausschließen“.<sup>36</sup>

**Mittelfristig** ist sowohl auf dem ambulanten als auch auf dem stationären Sektor eine Abkehr vom Kollektivvertragssystem in den Bereichen, die nicht für eine unmittelbare Versorgung vor Ort notwendig sind, empfehlenswert. Es sollte Krankenkassen gestattet sein, für alle anderen Leistungen ihre eigenen Verträge zu entwickeln und Tarife mit freier

<sup>35</sup> Vgl. Monopolkommission (2010), S. 379-380.

<sup>36</sup> s. Monopolkommission (2010), S. 375.

Arztwahl neben Tarifen mit eingeschränkter Arztwahl anzubieten. Dazu könnten auch ausländische Leistungserbringer unter Vertrag genommen werden, ohne dass sich Konflikte durch mögliche zusätzliche Kosten ergeben. Die Verbände könnten hierbei Musterverträge entwickeln, von denen jedoch individuell abgewichen werden kann.

In den Bereichen, in denen eine Versorgung in Wohnortnähe notwendig ist, könnten zumindest auch medizinische Versorger in grenznahen Gebieten im Ausland mitberücksichtigt werden, um Kapazität einzusparen. Hierfür wäre eine gemeinsame Planung der Versicherungen und Leistungserbringer im Inland und der der entsprechenden verantwortlichen Akteure der Nachbarstaaten notwendig.

## **3.2 Die Ausgestaltung des Versicherungsmarktes**

### **3.2.1 Marktversagen auf dem Versicherungsmarkt?**

Kosten, die durch Krankheit entstehen, zu versichern, ist grundsätzlich möglich. Individuelle Kosten durch Krankheit sind für den einzelnen zwar unsicher, aber gleichzeitig ist ihre Verteilung in einer Gruppe von Fällen bekannt. Aufgrund statistischer Erfahrungswerte können Wahrscheinlichkeiten abgeschätzt werden, mit denen unter gegebenen Bedingungen bestimmte Krankheiten und damit bestimmte Kosten in einer bestimmten Periode eintreten können. Das Krankheitskostenrisiko ist somit messbar und damit auch versicherbar: Es kann für die betrachtete Periode eine Versicherungsprämie berechnet werden, die dem Kostenerwartungswert der Versicherten eines homogenen Risikopools entspricht. Grundsätzlich kann eine lebenslange Krankenversicherung zu einem bei Versicherungsbeginn festgelegten Prämienpfad bereitgestellt werden. Jeder Versicherte einer Kohorte, deren Mitglieder bei Versicherungsbeginn dasselbe Risiko aufwiesen, zahlt dieselbe individuell risikoäquivalente Versicherungsprämie, die sich nach einem Schadenseintritt nicht ändert.

Im Folgenden wird nicht davon ausgegangen, dass auf Versicherungsmärkten per se Marktversagen in dem Ausmaß vorliegt, dass ein staatliches Angebot dieser Leistungen notwendig macht. Wie beispielsweise Zweifel und Eisen<sup>37</sup> ausführlich argumentieren, weisen Versicherungsmärkte und Versicherungsprodukte grundsätzlich keine solchen Besonderheiten auf, die massive staatliche Regulierung oder ein staatliches Angebot aufgrund von Marktversagen notwendig erscheinen lässt. Die Existenz privater Versicherungsmärkte, auf denen mehrere Anbieter um Versicherte konkurrieren, bietet zumindest keinen Anhaltspunkt für ein massives Marktversagen.<sup>38</sup> Daher werden hier auch

---

<sup>37</sup> Zweifel und Eisen (2003), insbes. S. 348 ff.

<sup>38</sup> Vgl. z.B. Jankowski (2006), S. 63 ff.



nicht alle Argumente für ein mögliches Marktversagen ausführlich geprüft, die Versicherungsmärkte im Allgemeinen betreffen.

Die Existenz von Vollversicherungen zu risikoabhängigen Prämien für alle Versicherten, beispielsweise auf dem privaten deutschen Krankenversicherungsmarkt, lässt den Schluss zu, dass die Problematik eines separierenden Marktgleichgewichts aufgrund eines systematischen Informationsvorsprungs der Versicherten für den Krankenversicherungsmarkt nicht zutrifft: Da das Krankheitskostenrisiko von Krankenversicherungsunternehmen hinreichend bewertet werden kann und die Versicherten wahrscheinlich bei Vertragsschluss keinen nennenswerten Informationsvorsprung besitzen, ist davon auszugehen, dass auch gute Risiken eine Vollversicherung abschließen können.<sup>39</sup>

Auch das Problem des moral hazard zu Lasten des Versicherungsanbieters<sup>40</sup>, die Beeinflussung der Schadenshöhe durch den Versicherten selbst, stellt keine Besonderheit des Krankenversicherungsmarktes dar. Grundsätzlich ist, wie auch auf anderen Versicherungsmärkten, keine hinreichende Bedingung für einen Staatseingriff gegeben, sondern private Lösungen möglich: Das Problem kann auf dem Versicherungsmarkt selbst erstens durch die Einführung von Selbstbehalten<sup>41</sup> gelöst werden. Zum einen wird durch sie (teilweise) die Nullpreisillusion überwunden, zum anderen dienen sie als Signal der kostenbewussteren Versicherten gegenüber der Versicherungsgesellschaft.<sup>42</sup> Zwar stellt die Einführung von Selbstbehalten nur eine zweitbeste Lösung dar: Versicherte, die sich keine Vorteile zu Lasten des Versicherungsanbieters verschaffen, werden keine Vollversicherung zu einer diesem Verhalten entsprechenden Prämie erhalten. Allerdings ist diese Lösung jeglichem staatlichen Eingriff überlegen, da auch der Staat keine Information über das Verhalten der Versicherten besitzt. Ist für Versicherer zweitens selektives Kontrahieren der Leistungserbringer möglich, kann zudem auch das Problem der mangelnden Kostenkontrolle teilweise überwunden werden, wie oben argumentiert wurde.

---

<sup>39</sup> Vgl. hierzu z.B. Breyer (2004), S. 681 und Jankowski (2006), S. 68 ff. und die dort zitierte Literatur. Anders stellt sich dies dar, falls entsprechende Datenschutzvorschriften die Kommunikation entsprechender Risikomerkmale verbietet. Dies wird hier im Folgenden ausgeblendet. Hier besteht Forschungsbedarf.

<sup>40</sup> In der Literatur wird zwischen ex ante und ex post moral hazard unterschieden. Für signifikanten ex ante moral hazard, den nicht vorhandenen Anreiz der Verhinderung eines Schadenseintritts, in der Krankenversicherung kommt die Empirie bisher zu keinem eindeutigen Ergebnis (vgl. Vgl. z.B. Dave, Kaestner (2006), S. 2 ff). Ex post moral hazard hat sich hingegen als empirisch relevant erwiesen (Vgl. Breyer, Zweifel, Kifman (2005) S. 264 ff. und die dort zitierte Literatur). Nullpreisillusion und damit übermäßige Inanspruchnahme der Versicherung nach Eintritt eines Schadens in Form übermäßiger medizinischer Versorgung können zu steigenden Kosten und damit zu einem Prämienanstieg der Versicherung führen. Da die Versicherten die finanziellen Kosten der Behandlung nicht selbst tragen müssen, werden sie medizinische Leistungen bis zu dem Punkt nachfragen, an dem sie noch einen marginalen Nutzen erwarten.

<sup>41</sup> Eine Auslistung verschiedener Ausgestaltungsmöglichkeiten von Selbstbehalten findet sich beispielsweise bei Eekhoff et al. (2008), S. 89 ff.

<sup>42</sup> Vgl. beispielsweise Jankowski (2006), S. 74 f.

Adverse Selektion kann entstehen, wenn Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss die Qualität eines Versicherungsunternehmens nicht abschätzen können. Dazu gehört zum einen die Qualität der Leistungen, zum anderen auch die Einschätzung, ob die Kalkulation des Versicherungsunternehmens aktuarisch richtig ist. Versicherungsunternehmen könnten beispielsweise Neukunden mit einer zu Versicherungsbeginn zu niedrigen Prämie werben, die im späteren Versicherungsverlauf drastisch erhöht werden müsste und von einem ursprünglich vereinbarten Prämienverlauf abweicht. Könnten Versicherungsnehmer nicht zwischen Versicherern mit einer aktuarisch fairen Prämie und Versicherern mit zu niedriger Prämie unterscheiden, käme es zu adverser Selektion der Anbieter und zu einem Nicht-Zustandekommen von einem Versicherungsmarkt zu aktuarisch fairen Prämien.

Letztlich handelt es sich hierbei um Varianten des Arguments der mangelnden Transparenz, die Versicherungsmärkten von einigen Autoren generell beschieden wird.<sup>43</sup> Erstens spricht jedoch die Existenz von unabhängigen Versicherungsmaklern und –beratern in der Realität dafür, dass Versicherungskunden eine gewisse Zahlungsbereitschaft für Transparenz aufweisen. Es ist nicht ersichtlich, weshalb dies bei einer lebenslangen Krankenversicherung nicht der Fall sein sollte. Gleichzeitig ist vorstellbar, dass Krankenversicherungsunternehmen ihre Kalkulationsgrundlagen zugänglich machen und somit selbst zur Transparenz beitragen. Allerdings gilt das Interesse an Kontrolle und Transparenz seitens der Versicherten nur für den Fall, dass Unternehmen bzw. deren Versicherungskunden auch für Fehler des Versicherers haften, indem Verluste zunächst bei den Versicherungsnehmern selbst anfallen und nicht sozialisiert werden.

Moral hazard seitens des Versicherers wäre das Absenken der Qualität seiner Leistungen nach Vertragsabschluss, um Gewinne zu erzielen. Dann dürften jedoch erstens keinerlei Reputationseffekte wirken.<sup>44</sup> Zweitens müsste der Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen nicht oder nur eingeschränkt existieren, so dass Versicherungsunternehmen bei diesem Verhalten nicht mit einem Kundenverlust rechnen müssten.<sup>45</sup> Allerdings könnte durch die Kalkulation einer Krankenversicherung als lebenslange Versicherung das Problem der asymmetrischen Information zu Lasten des Versicherungsnehmers ein anderes Gewicht erhalten.

Genau dies wird in der Literatur diskutiert: Lebenslange Vollversicherungsmodelle wie Krankenversicherungen mit garantiert erneuerbaren Verträgen<sup>46</sup> sowie die deutschen private Krankenversicherungen, weisen das Problem des Lock-in-Effekts für schlechte bzw. für alle Risiken auf. Für Versicherte eines bestimmten Alters lohnt sich der Wechsel des

---

<sup>43</sup> Vgl. hierzu die ausführliche Diskussion bei Zweifel und Eisen (2003), S. 349.

<sup>44</sup> Vgl. Kifmann (2000).

<sup>45</sup> Vgl. hierzu auch Eekhoff, Jankowski und Zimmermann (2006).

<sup>46</sup> Vgl. hierzu Pauly, Kunreuther und Hirth, (1995) und Herring und Pauly, (2006).

Versicherers nicht, da sie hohe alters- bzw. morbiditätsbedingte Prämienaufschläge in Kauf nehmen müssten. Wettbewerb findet in diesen Modellen nur um Neukunden statt. Dies ist dann problematisch, wenn die realitätsfernen Annahmen der homogenen Nachfrager sowie der vollkommenen Information aufgegeben wird: Neukunden müssten bei Vertragseintritt wissen, wie sie das Versicherungsunternehmen im Alter versorgen wird. Können sie jedoch nicht davon ausgehen, dass sie in ihren Präferenzen mit den Altkunden übereinstimmen, bieten sich ihnen wenige Anhaltspunkte, um dies zu beurteilen. Auch ein unabhängiger Versicherungsmakler wäre nur in der Lage, Informationen über die präferenzgerechte Versorgung der gegenwärtigen Altkunden zu beziehen. Gleichzeitig kann es sein, dass Individuen bei Vertragsabschluss ihre eigenen Präferenzen im Alter nicht genau kennen. In diesem Fall besteht ein systematischer Informationsvorteil der Versicherungen gegenüber den Versicherten bezüglich ihrer Versorgungsqualität im Alter, der durch die privaten Marktakteure nicht überwunden werden kann.

#### *Lock in-Effekt und asymmetrische Information als Marktversagensargument?*

Insbesondere deutsche Wissenschaftler<sup>47</sup> haben in den letzten Jahren erarbeitet, wie Wettbewerb zwischen den deutschen privaten Versicherungsunternehmen mit risikoäquivalenten Prämien auch bei Altverträgen möglich werden kann. Es ist möglich, bei Versicherungswechsel individualisierte risikoäquivalente Altersrückstellungen zu übertragen. Sie ergeben sich aus dem Barwert der erwarteten zukünftigen Kosten eines Versicherten abzüglich des Barwertes der erwarteten zukünftigen Prämienzahlungen. Damit entsprechen sie den erwarteten Nettokosten eines Versicherten, die bei dem Versicherer anfallen, bzw. den individuellen Ansprüchen eines Versicherten gegenüber dem Versicherer. Spezifische Kostensteigerungen, die sich erst zu einem Zeitpunkt nach Abschluss des Versicherungsvertrags offenbaren, lassen sich in das Modell integrieren, ohne dass dessen Funktionsweise beeinträchtigt wird.<sup>48</sup>

Durch die Übertragung der individuellen Altersrückstellungen werden die bis zu diesem Zeitpunkt aufgetretenen Risikounterschiede zwischen den Versicherten nivelliert: Ein Versicherter mit geringem Krankheitsrisiko erhält im Vergleich niedrigere Altersrückstellungen als ein Versicherter mit hohem Krankheitskostenrisiko. Ein Wechsel hin zu einem effizienteren Versicherer scheitert dadurch nicht an dem Krankheitsrisiko des Versicherten. Versicherer haben in diesem Modell den Anreiz, individuelle prospektive Altersrückstellungen zu übertragen, falls sie dadurch Gewinne erwarten können. Sind die übertragenen Altersrückstellungen niedriger als die Nettoverpflichtungen des Versicherers gegenüber dem Versicherten, kann er einen Gewinn erzielen. Sind sie jedoch zu niedrig,

---

<sup>47</sup> Vgl. u.a. Meyer (1992), Nell und Rosenbrock (2008); Jankowski (2006); Eekhoff et al. (2008), Baumann, Meier, Werding, (2008).

<sup>48</sup> Vgl. Nell und Rosenbrock (2006).

riskiert der Versicherer, dass der potentielle Wechsler nicht wechselt, da seine Prämienzahlungen bei einem neuen Versicherer zu hoch wären. In diesem Fall trägt das Versicherungsunternehmen die Nettokosten in voller Höhe. Dasselbe Kalkül trifft auf den neuen Versicherer zu: Verlangt er zu hohe Altersrückstellungen, um einen Gewinn zu erzielen, oder fordert er zu hohe Prämienzahlungen, wird er keinen neuen Versicherten gewinnen können. Aus diesem Grund ist zu erwarten, dass Versicherungsunternehmen den Anreiz haben, Altersrückstellungen in der Höhe zu übertragen, die einem Versicherten den Wechsel zu von ihm gewünschten Konditionen ermöglicht. Der Lock in-Effekt wird damit in diesem Modell des privaten Krankenversicherungsmarktes überwunden.

Kann der Lock in-Effekt überwunden werden, ist es sehr fraglich, moral hazard als dominantes Verhalten der Krankenversicherungsunternehmen anzunehmen. Unterstellt man langfristige Gewinnerzielungsabsichten von Krankenversicherungsunternehmen, das Interesse an einem langfristigen Fortbestehen und Wettbewerb zwischen den Unternehmen, sollte ein solches Verhalten eher unwahrscheinlich sein. Zwar kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich einzelne Versicherer zu keinem Zeitpunkt so verhalten und dadurch ihre Insolvenz riskieren. Dass dieses Verhalten jedoch systematisch auf einem Krankenversicherungsmarkt auftreten sollte, kann bisher nicht überzeugend dargelegt werden.

Die Besonderheit des lebenslangen Versicherungsvertrags muss somit nicht per se in einer Unmöglichkeit eines privaten Krankenversicherungsmarktes resultieren. Auch ist durch dieses Merkmal keine besondere staatliche Regulierung notwendig. Ob eine zusätzliche staatliche Informationsbereitstellung über Kalkulationsgrundlagen der Versicherungen, Qualität etc. notwendig ist oder nicht, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. Verwiesen wird hier jedoch ganz allgemein darauf, dass eine staatliche Informationsbereitstellung Bürokratiekosten mit sich bringt und gleichzeitig die Gefahr birgt, Informationspräferenzen zu verfehlen, da Kosten und Nutzen der Information nicht an selber Stelle anfallen. Es müsste somit ausführlich nachgewiesen werden, dass private Informationsbereitstellung systematisch versagt und dadurch den Wettbewerb zwischen Versicherungsunternehmen dauerhaft verzerrt.

### **3.2.2 Gleicher Zugang – die sozialpolitische Komponente im Gesundheitswesen**

Wie im vorangegangenen Abschnitt argumentiert wurde, kann auch das Gut Krankenversicherung auf einem Wettbewerbsmarkt bereitgestellt werden. Die Konsumenten wägen ab, wie viel ihrer Mittel sie für Gesundheits- und wie viele sie für andere Güter aufwenden wollen und eine entsprechende Krankenversicherung abschließen. Allerdings beinhaltet diese Feststellung keine Aussage über die Zahlungsfähigkeit einzelner Gesellschaftsmitglieder und damit die Möglichkeit des individuellen Zugangs zu diesen

Gütern. Einzelne verfügen nicht notwendigerweise über ein ausreichendes Einkommen, um die Prämie für eine Krankenversicherung zu zahlen, die die von ihnen präferierten Behandlungen abdeckt.

Besteht ein gesellschaftlicher Konsens, dass eine gewisse medizinische Versorgung zum Existenzminimum gehört, ist wie bei anderen Gütern auch eine Auswahl der Güter und Dienstleistungen zu treffen, die dem Existenzminimum zugerechnet werden sollen. Jedem Gesellschaftsmitglied unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit den Zugang zu allen existierenden Behandlungsmöglichkeiten zu geben, ignoriert die Tatsache der knappen Ressourcen und das Prinzip der Opportunitätskosten. Sie wäre nur dann gültig, wenn alle Gesellschaftsmitglieder medizinischer Versorgung die absolute Priorität vor allen anderen Gütern einräumten. Davon kann jedoch nur schwer ausgegangen werden.<sup>49</sup>

Gerade die Diskussion der Frage, wie der Zugang aller Bürger zu dieser Grundversorgung organisiert werden kann, führt zu unterschiedlichen Systemgestaltungsvorschlägen für den Krankenversicherungsmarkt.

Im Folgenden werden zwei Krankenversicherungsmodelle analysiert, die gegenwärtig in der Literatur als prominenteste Lösungen gelten können. In beiden existiert Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt. Die Versicherten haben die Wahl zwischen verschiedenen Krankenversicherungen, die privatrechtlich organisiert sind. Sie unterscheiden sich einzig hinsichtlich der Versicherungsprämien - bzw. Beitragsregulierung. Die Einkommensumverteilung zwischen Bedürftigen und Nicht-Bedürftigen wird vollständig in das Steuer-Transfer-System verlagert: Bedürftige erhalten einen Versicherungsprämienzuschuss bzw. die vollständige Übernahme der Versicherungsprämie durch den Staat.

### **3.2.2.1 „Managed competition“: Pauschalbeiträge und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**

Die eine Variante eines Krankenversicherungssystems ist ein Krankenversicherungssystem mit risikounabhängigen, pauschalen Versicherungsbeiträgen.<sup>50</sup> Befürworter des Pauschalbeitrags argumentieren mit der bereits (vor-)geburtlichen Erkennbarkeit von Krankheitsrisiken. Bei risikoäquivalenten Krankenversicherungsprämien resultiere daraus bereits bei Geburt eine Prämien differenzierung. Schlechte Risiken hätten dadurch lebenslang geringere Konsummöglichkeiten als gute Risiken. Sei dies gesellschaftlich nicht

---

<sup>49</sup> Vgl. beispielsweise Kersting (2002), v. Hayek [2005] (1971), S. 404 und Breyer (2009), S. 397.

<sup>50</sup> Im Folgenden wird vernachlässigt, dass dieses Modell in der Regel als Umlageverfahren konzipiert ist. Eine Auseinandersetzung mit der Problematik des Umlageverfahrens würde den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen. Breyer ((2004), S. 684) verweist auf die Gestaltungsmöglichkeit als Kapitaldeckungsverfahren.

erwünscht, sondern ein Ausgleich dieser monetären Kosten durch (mögliche) Krankheit Konsens, böten Pauschalprämien die einzig realisierbare Möglichkeit, so das Argument.<sup>51</sup> Mit Pauschalbeiträgen wird die kollektive Äquivalenz innerhalb der Krankenversicherung gewahrt, individuelle Beitragsäquivalenz herrscht nicht vor. Allerdings benötigt diese Art der Versicherungsregulierung weitere Elemente:

Ist die Höhe der Krankenversicherungsprämie nicht abhängig vom erkennbaren individuellen Krankheitsrisiko, besteht bei Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt die Gefahr der Risikoselektion und eine Verfehlung des angestrebten Ziels: Versicherungen werden erstens versuchen, möglichst gesunde Versicherte zu attrahieren, weil diese Gewinne erwarten lassen. Wettbewerbsparameter ist dann nicht die bestmögliche Versorgung aller Versicherten, sondern die bestmögliche Methode, zwischen Versicherten zu selektieren. Zweitens haben nach dem Zeitpunkt der Offenbarung der Risiken auch die guten Risiken selbst ein Interesse, das ursprüngliche Versicherungskollektiv zu verlassen und sich in einem Kollektiv zu sammeln, in dem sich ausschließlich gute Risiken sammeln. Nachträglich kommt es dann zu einem separierenden Marktgleichgewicht und Prämienunterschieden zwischen Versicherten mit hohem und niedrigem Risiko.

Um die Selektion der Versicherten zu verhindern, ist daher mindestens die Einführung eines Kontrahierungszwangs notwendig.<sup>52</sup> Allerdings wird auch dieser Selektion nicht vollständig ausschließen können, da indirekte Selektion weiterhin möglich ist.<sup>53</sup> Daher befürworten einige Autoren zusätzlich einen staatlich administrierten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.<sup>54</sup>

Ein idealer Risikostrukturausgleich gleicht die Risikostruktur zwischen einzelnen Versicherungsunternehmen so aus, dass die Anreize zur Risikoselektion verschwinden. Ein solcher Ausgleichsmechanismus stellt jedoch allokativ im Vergleich zu risikoäquivalenten Versicherungsprämien nur eine Second-best-Lösung dar, wird die Annahme vollständiger Information aufgehoben: Er ist mit administrativem Aufwand verbunden, der umso größer und kostspieliger ist, je mehr Risikovariablen berücksichtigt werden sollen. Aus diesem Grund kommt es erstens zu einem Trade-off zwischen dem Vermeiden von Risikoselektion und damit einem funktionierenden Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen einerseits und gesamtwohlfahrtsschmälernden Verwaltungskosten andererseits.<sup>55</sup>

---

<sup>51</sup> Vgl. z.B. Rochet (1991), Boadway and Leite-Monteiro (2001), Breyer (2004), Boadway et al. (2006).

<sup>52</sup> Z.B. Pimpertz (2001, S. 99 ff.).

<sup>53</sup> Vgl. z.B. Jankowski (2006), S. 181 ff., Breyer und Kifman (2001), S. 7-9 und die dort zitierte Literatur.

<sup>54</sup> Vgl. Beispielsweise Wasem et al. (2008) und die dort zitierte Literatur.

<sup>55</sup> Vgl. Schokkaert et al. (1998) und Jankowski, M. und Zimmermann, A. (2004), sowie Jankowski (2006), S. 163-167.

Zweitens wird auf zentraler Ebene über Ausgestaltungsmerkmale des Risikostrukturausgleichs zur Ermittlung und Zuordnung von Risiken und Kosten sowie Mittelzuteilung entschieden, was wiederum Einfluss auf das Verhalten der Versicherungsunternehmen nimmt. Den Versicherten ist es nicht möglich, in ein Verfahren zu wechseln, das andere Risikoklassenbildung und Mittelzuteilungen vornimmt und dadurch zu einer günstigeren Krankenversicherungsleistung führt. Es fehlt der Vergleich, ob alternative Ausgestaltungsmöglichkeiten des Risikostrukturausgleichs zu einem effizienteres Marktergebnis führen.<sup>56</sup>

Drittens ist bei dieser Ausgestaltung des Krankenversicherungsmarktes sein Einfluss auf das Ergebnis auf dem Leistungsmarkt zu berücksichtigen kann: Jankowski<sup>57</sup> nimmt beispielsweise an, dass bei unvollständig wirkenden Reputationseffekten die Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern die Möglichkeit zur (indirekten) Risikoselektion erhöhen kann und dadurch schlechte Risiken keine präferenzgerechte Versorgung erhalten. Dies ist somit in der Ausgestaltung des Systems zu berücksichtigen.

Zudem werden durch den Risikostrukturausgleich das Kosten-Nutzen-Kalkül bezüglich krankheitskostensenkender Investitionen verzerrt: Verbessert eine Krankenversicherung ihre Risikostruktur, erhält sie geringere Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich und kann so gegebenenfalls ihre Investitionskosten nicht decken.<sup>58</sup> Auch dies ist bei der Implementierung des Verfahrens zu berücksichtigen.

### **3.2.2.2 Risikoäquivalente Prämien**

Um in dem Krankenversicherungsmodell mit risikoäquivalenten Versicherungsbeiträgen und übertragbaren individuellen Altersrückstellungen risikobedingte Prämiendifferenzierung zu verhindern, existieren verschiedene Möglichkeiten: Eine Möglichkeit stellen die von beispielsweise Van de Ven et al.<sup>59</sup> und Zweifel und Breuer<sup>60</sup> vorgeschlagenen risikoabhängigen staatlichen Transfers an Versicherte dar. Allerdings weist Breyer<sup>61</sup> darauf hin, dass dies mit hohem Verwaltungsaufwand verbunden ist und bereits das Schätzen der richtigen Subventionshöhe Probleme aufwirft.

Eine weitere Möglichkeit, alle Bürger zu risikoäquivalenten Krankenversicherungsprämien zu versichern, ohne dass es zur Prämiendifferenzierung aufgrund unterschiedlicher Krankheitsrisiken kommt, schlagen beispielsweise Eekhoff et al.<sup>62</sup> vor, für

---

<sup>56</sup> Vgl. ausführlich zu diesem Punkt z.B. Eekhoff et al. (2008), S. 36-41.

<sup>57</sup> S. Jankowski (2006), S. 186.

<sup>58</sup> Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 39.

<sup>59</sup> Vgl. Van de Ven et al. (2000).

<sup>60</sup> Vgl. Zweifel und Breuer (2006).

<sup>61</sup> Vgl. Breyer (2004).

<sup>62</sup> Vgl. Eekhoff et al. (2008).

Versicherungsunternehmen die Verpflichtung zu etablieren, die Kinder ihrer Versicherten zu einer für den Geburtsjahrgang durchschnittlichen Prämie zu versichern. Durch die Übertragung risikoäquivalenter Altersrückstellungen wird bei Etablierung einer solchen Regel auch ein möglicherweise höheres Risiko der künftigen Eltern bei Versicherungswechsel in den risikoäquivalenten Altersrückstellungen mitberücksichtigt. Dadurch kommt es zu einer Art „Prämienversicherung“ für Ungeborene, die diese (vor-)geburtlichen Risikounterschiede ausgleicht. Hier wird die Hypothese aufgestellt, dass es Versicherten in einem solchen Versicherungsmodell keinen Vorteil verschafft, Informationen bezüglich ihres Risikos dem Versicherer zu verschweigen – sollten sie einen Informationsvorsprung besitzen. Unter Unsicherheit würden Versicherungsunternehmen bei einem Wechsel wahrscheinlich hohe Abschläge der Altersrückstellungen fordern, um Risikoentmischung zu vermeiden (abgebendes Unternehmen), bzw. hohe Zuschläge, wenn sie hohe nicht von niedrigen Risiken unterscheiden könnten (aufnehmendes Unternehmen). Versicherte könnten so einen für sie vielleicht vorteilhaften Versicherungswechsel aufgrund der Mitgabe von zu geringen Altersrückstellungen bzw. der Forderung von zu hohen Altersrückstellungen nicht realisieren. Die Prüfung dieser Hypothese wird künftiger Forschungsarbeit überlassen.

Der Vorteil dieses Modells ist es, dass die Risikoeinschätzung vollständig auf Versicherungsebene verbleibt und somit auch voneinander abweichen kann. Gleichzeitig fallen die Gewinne aus Investitionen zur Kostensenkung oder zur Erhöhung der Qualität vollständig bei den Versicherern an. Es kommt zu keiner Verzerrung der Anreize.<sup>63</sup>

Kann die vorgeburtliche Prämien differenzierung in diesem Modell verhindert werden, stellt es daher die vorzuziehende Variante der Ausgestaltung eines Versicherungsmarktes dar.

### **3.2.3 Folgerungen für die Ausgestaltung des Versicherungsmarktes**

Die Forderung des einkommensunabhängigen „gleichen“ Zugangs zu einer medizinischen (Grund-)versorgung schließt Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt nicht aus. Einzig in der Form, wie sich dieser Wettbewerb ausgestalten lässt und wie viel Regulierung notwendig ist, um diesen gleichen Zugang zu ermöglichen, unterschieden sich die Ansätze in der Wissenschaft. Allerdings nehmen im keinen dieser Ansätze die Krankenkassen „solidarische Aufgaben“ wahr – hierfür ist der Staat verantwortlich. Selbst im Fall eines Morbi-RSA dient dieser nicht der Umverteilung zwischen Bedürftigen und Nicht-Bedürftigen, sondern ist einzig ein Instrument, um Wettbewerb zwischen Versicherungen zu ermöglichen.

<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Vgl. Jankowski (2006), S. 172-193.

<sup>64</sup> Vgl. hierzu auch Säcker (2012).



Auf dem gegenwärtigen deutschen gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt werden zwar keine pauschalen, sondern einkommensabhängigen Prämien erhoben. Auch dies spricht jedoch nicht für eine „soziale Aufgabe“ der Krankenkassen: Die lohnabhängigen Beiträge der Versicherten werden im Gesundheitsfonds gesammelt und erst anschließend auf die Krankenkassen verteilt. Letztlich entspricht dies einem Pauschalprämienmodell - nur ist ein zusätzliches Instrument zwischengeschaltet, um diese Prämienpauschalität zu erreichen.

Deshalb spricht nichts gegen die Öffnung des Versicherungsmarktes für weitere Anbieter, solange sie ebenfalls am Morbi-RSA teilnehmen. **Kurz- bis mittelfristig** wäre daher eine privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen anzustreben und die Anwendung des Wettbewerbsrechts explizit zuzulassen.

**Langfristig** wäre zu diskutieren, ob nicht eine Umstellung auf risikoäquivalente Prämien und übertragbare Altersrückstellungen zusätzliche Effizienzgewinne für den Versicherungsmarkt erwarten lässt, da so die Probleme, die ein Morbi-RSA auch im Zusammenhang mit Selektivverträgen mit sich bringt vermieden werden können.

#### **4 Zusammenfassung**

In diesem Papier wurde herausgestellt, welche rechtlichen Hürden im deutschen gesetzlichen Krankenversicherungssystem der Nutzung des gemeinsamen Binnenmarktes entgegenstehen. Es wurde gezeigt, dass sowohl auf dem Leistungs- als auch auf dem Versicherungsmarkt Reformen möglich sind, ohne dass die Ziele, die einem Gesundheitssystem zugrunde liegen – Versorgung mit medizinischen Gütern und Dienstleistungen und einkommensabhängiger Zugang zu einer (Grund-)Versorgung – gefährdet werden. Im Gegenteil lassen sich dann durch die Nutzung des Binnenmarktes Effizienzvorteile erwarten.

## 5 Literaturverzeichnis

Akerlof, G.A. (1970): The Market for 'Lemons': Quality, Uncertainty and the Market Mechanism. In: The Quarterly Journal of Economics, 84, 3, S. 488–500.

Allinger, H., Lüdeke, H., Siebenschuh, A., Berndt, S., Lübke, C., Müllerová, M., Skrelja, D. (2010): Zum Ausbau der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen im bayerisch-tschechischen Teil der Euregio Egrensis. Der Krankenhausbereich. INWISO, Institut für empirische Wirtschafts- und Sozialforschung (Hrsg.). Im Internet: [http://www.inwiso.de/images/Downloads/Euregio\\_de\\_Krankenhaus.pdf](http://www.inwiso.de/images/Downloads/Euregio_de_Krankenhaus.pdf). abgerufen: 20.04.2012.

Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In: American Economic Review, 53, S. 941-973.

Baumann, F., Meier, V., Werding, M. (2008): Transferable Ageing Provisions in Individual Health Insurance Contracts. Ger. Economic Rev. 9, pp.287-311 (2008).

Boadway, R.; Leite-Monteiro, M. (2002): Social Insurance and Redistribution. Queen's Economics Department Working paper No. 1004.

Boadway, R.; Leite-Monteiro, M., Marchand, M.; Pestieau, P. (2006): Social Insurance and Redistribution with Moral Hazard and Adverse Selection. In: Scandinavian Journal of Economics, 108 (2), S. 279-298.

Börsch-Supan, A. (2006): Nachfrageseitiger Wettbewerb im Gesundheitswesen, me Discussion Papers, 130.

Breyer, F. (2004): How to Finance Social Health Insurance: Issues in the German Reform Debate. In: The Geneva Papers on Risk and Insurance. Vol. 29, No. 4, S. 679-688.

Breyer, F. (2009): Health Care Rationing and Distributive Justice, in: Rationality, Markets and Morals. Studies at the Intersection of Philosophy and Economics (<http://www.rmm-journal.de/>), Vol. 0, S. 395-410.

Breyer, F. und Kifmann, M. (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. In: DIW Diskussionspapiere, Diskussionspapier Nr. 236.

Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M. (2005), Gesundheitsökonomik, 5. überarb. Aufl., Berlin: Springer.

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-Bundesverbands. Vorgelegt im Juli 2006. Im Internet: [http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_gesundheitssystem/wido\\_ges\\_gutachten\\_2\\_1006.pdf](http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_2_1006.pdf) (abgerufen am 20.04.2012).

Dave, D., Kaestner, R. (2006), Health Insurance and Ex Ante Moral Hazard: Evidence from Medicare. NBER Working Paper No. 12764.

Donabedian, A. (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment and Monitoring. Ann Arbor. Michigan.

Eekhoff, J., Bünnagel, V., Kochskämper, S., Menzel, K.(2008): Bürgerprivatversicherung. Tübingen: Mohr Siebeck.

Eekhoff, J., Jankowski, M., Zimmermann, A. (2006): Risk-Adjustment in Long-Term Health Insurance Contracts in Germany. In: Geneva Papers on Risk & Insurance - Issues & Practice, 31, S. 692-704.

Evans, R.G. (1974): Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In: Perlman, M. (Hrsg.): The Economics of Health and Medical Care. New York: Macmillan, S. 162-73

v. Hayek, Friedrich August [2005] (1971); Die Verfassung der Freiheit, 4. Aufl., Tübingen: Mohr Siebeck.

Herring, B., Pauly, M. V. (2006): Incentive-compatible guaranteed renewable health insurance premiums. Journal of Health Economics 25, S.. 395-417.

Jankowski, M. (2006): Wettbewerb, Versicherungspflicht und Risikoanpassung. Zur Begründung und Gestaltung einer obligatorischen Krankenversicherung in der Wettbewerbsordnung. In: Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 130. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln: Köln.

Jankowski, M., Zimmermann, A. (2004), Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt, in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, 01/2004.

Kifmann, M. (2000): The premium risk problem in health insurance. Schmollers Jahrb., 120, S. 567-586.

Kirchgässner, G. (2000): Staatliche Bereitstellung von Gütern: allokativen und distributiven Aspekte. In: Swiss Political Science Review, 6, 1, S. 9-28.

Monopolkommission (2010): Hauptgutachten XVIII: (2008/2009): Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen. In: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 17/2600. 22.07.2010.

Nell, M., Rosenbrock, S. (2008): Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 9 (2), S. 173-195.

Nell, M., Rosenbrock, S. (2006): Das Inflationsproblem bei der Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung. In: Working Papers on Risk and Insurance. Hamburg University, No. 18.

Oberender, P. O. und Zerth, J. (2004): Ordnungsökonomische Konsequenzen einer flächendeckenden Versorgung im liberalisierten Gesundheitswesen: Notwendigkeit einer Regulierung?, in: Cassel, D. (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Nomos: Baden-Baden, S. 111-139.

Pauly, M. V. (1988): Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers. In: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 13, No. 2, S. 227-237.

Pauly, M. V., Kunreuther, H., Hirth, R. (1995): Guaranteed Renewability in Insurance. Journal of Risk and Uncertain. 10, S. 143-156.

Pimpertz, J. (2001), Marktwirtschaftliche Ordnung in der privaten Krankenversicherung. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 121. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln: Köln.

Roemer, M. I. (1961): Bed Supply and Hospital Utilization: a Natural Experiment. In: Hospitals, 35, S. 36-42

Roemer, M. I., Shain, M (1959): Hospital Utilization under Insurance. Chicago: American Hospital Association.

Rochet, J.-C. (1991); Incentives, Redistribution and Social Insurance. In: The Geneva papers on Risk and Insurance Theory, 16:2, S. 143-165.

Säcker, F. J. (2012): Gesetzliche Krankenkassen als Unternehmen i. S. des Wettbewerbsrechts. Zum Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 15. 9. 2011 (L1 KR 89/10 KL). In: Die Sozialgerichtsbarkeit, 2, S. 61-66.

Schokkaert, E., Dhaene, G., van de Voorde, C. (1998): Risk Adjustment and the Trade Off Between Efficiency and Risk Selection: An Application of the Theory of Fair Compensation. In: Health Economics 7, 5. S.465-480.

Ulrich, V. und Schneider, U. (2004): Die Rolle des Patienten im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung, Diskussionspapier 04-04.

Van de Ven, W.P.M.M., van Vliet, R.C.J.A., Schut, F. T., van Barneveld, E. M. (2000): Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies? In: Journal of Health Economics 19, pp. 311–339.

Wasem, J.; Lux, G.; Schillo, S.; Staudt, S.; Jahn, R. (2008): Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Ausgestaltung und Perspektiven für die Versorgung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 62. Jg., Nr. 4, S. 15-22.

Zimmermann, A. (2007): Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Status Quo und Perspektiven der Ausgestaltung. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 132. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln.

Zweifel, P., Breuer, M. (2006): The case for risk-based premiums in public health insurance. Health Economics, Policy and Law 1, pp. 171-188.

Zweifel, P. und Eisen, R. (2003): Versicherungsökonomie. Springer: Berlin, Heidelberg, 2. Aufl.