

# pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 01/2013

Januar 2013

## **Managed Competition in den Niederlanden Was sagen die Stakeholder?**

Stephanie Heinemann, Stefan Greß





Stephanie Heinemann, Stefan Greß

## **Managed Competition in den Niederlanden. Was sagen die Stakeholder?**

pg-papers 01/2013

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-07-0

Copyright © pg-papers, Januar 2013

# Inhalt

Zusammenfassung .....	6
1 Hintergrund.....	7
2 Methoden.....	8
3 Risikoadjustierung .....	9
4 Wahlfreiheit der Versicherten .....	11
5 Instrumente zur Versorgungssteuerung .....	13
6 Fazit.....	15
Tabellenverzeichnis .....	17
Literatur .....	18

## Zusammenfassung

**Hintergrund.** Das niederländische Krankenversicherungsgesetz hat die bisher parallel existierenden gesetzlichen und privaten Krankenversicherer seit dem Jahr 2006 in ein stark reguliertes, gemeinsames Krankenversicherungssystem zusammengeführt. Regulierter Wettbewerb (Managed Competition) soll die Effizienz des Krankenversicherungssystems und des Versorgungssystems insgesamt erhöhen.

**Ziel.** Wir untersuchen das Vorliegen dreier zentraler Voraussetzungen für einen gelungenen regulierten Wettbewerb: Risikoadjustierung, Wahlfreiheit der Versicherten und Instrumente für Versorgungsmanagement.

**Methode.** Wir haben von September bis Oktober 2009 Experteninterviews mit zwölf Stakeholdern durchgeführt, transkribiert und analysiert.

**Ergebnisse.** Das niederländische System der Risikoadjustierung ist zwar sehr weit, aber noch nicht perfekt entwickelt. Es gibt weiterhin Anreize für Krankenversicherer zur Risikoselektion, wenngleich dies offensichtlich nur selten geschieht. Der Wettbewerb zwischen Krankenversicherern hat bisher zu keinem ausgeprägten Wechselverhalten der Versicherten geführt. Das Krankenversicherungsgesetz gibt Krankenversicherern neue Anreize, die Wünsche der Versicherten stärker zu berücksichtigen. Die Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung entwickelt sich aber nur langsam.

**Schlussfolgerung.** Die Voraussetzungen für einen erfolgreichen regulierten Wettbewerb in den Niederlanden sind noch nicht vollständig geschaffen: Risikoadjustierung kann noch nicht allen Anreizen zur Risikoselektion entgegenwirken. Versichertenpräferenzen werden erst jüngst zunehmend von Versicherern berücksichtigt und die Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung befindet sich noch im Anfangsstadium.

# 1 Hintergrund

In 2006 trat in den Niederlanden das neue Krankenversicherungsgesetz (Zorgverzekeringswet) in Kraft. Im Rahmen dieser Reform wurden die bisher parallelen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungssysteme in ein gemeinsames, wettbewerbsorientiertes Krankenversicherungssystem zusammengeführt. Die Elemente von Managed Competition (Enthoven, 1978; Enthoven & Van de Ven, 2007) wurden somit noch tiefer in dem niederländischen Gesundheitssystem verankert. Von einem solchen regulierten Wettbewerb erhofft sich der Gesetzgeber, dass die Effizienz auf den Krankenversicherungs- und Krankenversorgungsmärkten gesteigert werden kann, ohne den Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Einwohner einzuschränken (Greß et al, 2001).

Um diese Ziele zu erreichen, müssen drei Voraussetzungen gewährleistet sein (Greß, 2006). Erstens muss auf dem Versicherungsmarkt eine Risikoadjustierung die vorhersehbaren Verluste für schlechte Risiken und die Gewinne für gute Risiken weitgehend kompensieren. Dies muss sowohl aus Effizienz- als auch aus Gerechtigkeitsgründen erfolgen. Zweitens müssen Versicherte die Option haben, ihren Krankenversicherer im Fall von Unzufriedenheit zu wechseln. Unter dieser Voraussetzung haben Versicherer hohe Anreize, ihre Preise und Leistungen an die Präferenzen der Kunden anzupassen. Schließlich ist nur ein präferenzgerechtes Angebot dazu geeignet, neue Kunden zu gewinnen und bestehende Kunden zu halten. Hierdurch soll vor allem die Effizienz auf dem *Krankenversicherungsmarkt* gesteigert werden. Drittens brauchen Versicherer Instrumente für die Steuerung der Versorgung, wobei die Versorgung für definierte Patientengruppen nach bestmöglicher Evidenz innovativ und effizient organisiert werden soll. Hiermit soll die Effizienz auf dem *Krankenversorgungsmarkt* gesteigert werden.

Dieser Artikel stellt eine deutschsprachige Zusammenfassung einer qualitativen Studie dar, die die Entwicklung seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes durch Interviews mit Stakeholdern aufarbeitet (Heinemann et al, 2013). In den folgenden Abschnitten werden zuerst die Methoden kurz erläutert und anschließend die Interview-Ergebnisse zum Themen Risikoadjustierung, Wahlfreiheit der Versicherten und Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung präsentiert. Ein Fazit fasst die derzeitige Umsetzung der drei Voraussetzungen für einen regulierten Wettbewerb in den Niederlanden zusammen.

## 2 Methoden

Um einen umfassenden Blick auf die Umsetzung des Zorgverzekeringswet zu erhalten, haben wir im Jahr 2009 zwölf Interviews mit Stakeholdern aus den Bereichen Politik, Leistungserbringer, Versicherte, Versicherer und Wissenschaft geführt. In Tabelle 1 sind die teilnehmenden Interviewpartner mit der dazugehörigen Perspektive auf die Entwicklungen anonymisiert aufgeführt. Gesundheitspolitische Vertreter der drei zum damaligen Zeitpunkt einflussreichsten niederländischen Parteien – die Liberaldemokraten (VVD), die Sozialdemokraten (PvdA) und die Christdemokraten (CDA) – sowie zwei Beamte aus dem Gesundheitsministerium repräsentieren die Sichtweise der Politik. Vertreter des Hausarztverbandes und des Niederländischen Ärzteverbandes nehmen die Perspektive der Leistungserbringer ein. Aus der Perspektive der Versicherten argumentieren Vertreter der größten niederländischen Gewerkschaft sowie der größten Patientenorganisation. Aus Sicht der Krankenversicherer sprechen Vertreter eines großen landesweit tätigen Krankenversicherers sowie eines kleinen regionalen Krankenversicherers. Aus der Perspektive der Wissenschaft spricht ein Forscher, der an der Evaluation des Krankenversicherungsgesetzes beteiligt war. Alle Interviewpartner haben freiwillig an der Studie teilgenommen. Die Interviews dauerten in der Regel eine Stunde. Eine finanzielle Entschädigung hat keiner der Interviewpartner erhalten.

**Tabelle 1** Übersicht der Interviewpartner

Interviewpartner (IP)	Perspektive	Hintergrund
IP1	Forscher	Wissenschaftliche Evaluation der Reform
IP2	Leistungserbringer	Hausarztgewerkschaft
IP3	Leistungserbringer	Niederländische Ärztekammer
IP4	Politiker	Gesundheitspolitischer Experte (VVD)
IP5	Versicherte	Gewerkschaft
IP6 und IP7	Politiker	Gesundheitspolitische Experten (Gesundheitsministerium)
IP8	Politiker	Gesundheitspolitischer Experte (PvdA)
IP9	Versicherer	Kleines, regionales Versicherungsunternehmen
IP10	Versicherte	Patientenorganisation
IP11	Versicherer	Großes, nationales Versicherungsunternehmen
IP12	Politiker	Gesundheitspolitischer Experte (CDA)

Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Jeder Interviewpartner erhielt ein Pseudonym. In einem vierstufigen Prozess wurden Codes entwickelt, die Interviews kodiert, Textstellen paraphrasiert und anschließend thematisch geordnet. Die Ergebnisse wurden entlang der Forschungsfragen strukturiert und die zum Teil redundanten Aussagen in den Originaldaten kondensiert, um wichtige Themen über die Einzelinterviews hinweg zu erkennen.



### 3 Risikoadjustierung

In einem System von Managed Competition sind alle Einwohner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die Versicherer unterliegen dem Kontrahierungszwang und müssen alle Kunden versichern – auch diejenigen, die vorhersehbar hohe Kosten verursachen werden. Der Verzicht auf risikobezogene Prämien verursacht somit starke Anreize bei Krankenversicherern zur Risikoselektion. Umgekehrt setzt ein solches System wenige Anreize, hochwertige Versorgungskonzepte für schlechte Risiken – etwa chronisch Kranke – zu entwickeln (Van de Ven, 2011). Aus diesem Grund ist es notwendig, ein System zur Risikoadjustierung so weit zu entwickeln, damit die vorhersehbaren Verluste der Krankenversicherer verringert und die Unsicherheit über den vorhersehbaren Gewinn durch Risikoselektion erhöht werden (Van de Ven et al, 2004). Das System der Risikoadjustierung muss nicht perfekt sein, doch muss es aus Sicht der Versicherer attraktiver sein, Risikounterschiede zu akzeptieren statt Risikoselektion zu betreiben (Van de Ven, 2011). Idealerweise führt ein optimiertes System der Risikoadjustierung dazu, dass die Behandlung für schlechte Risiken – wie chronisch Kranke – verbessert wird, da potentielle Effizienzgewinne bei schlechten Risiken (Kranke) höher sind als bei guten Risiken (Gesunde) (Van de Ven, 2011).

Vor diesem Hintergrund werden in der folgenden Analyse anhand der Interviews mit den Stakeholdern die folgenden Fragen zum Stand der Risikoadjustierung im regulierten Krankenversicherungswettbewerb der Niederlande diskutiert:

1. Ist das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden ausgereift genug, um vorhersehbaren Verlusten der Krankenversicherer entgegenzuwirken?
2. Verzichten die Krankenversicherer empirisch auf Risikoselektion?
3. Verbessern die Krankenversicherer die Behandlung von chronisch Kranken?

**Vorhersehbare Verluste.** Aus Sicht von Versichertenvertretern haben Krankenversicherer ausreichende Informationen darüber, ob sie es mit guten oder schlechten Risiken zu tun haben (IP10, Versicherte). Aus Sicht der Krankenversicherer ist dies nicht so. Danach sei das System der Risikoadjustierung sehr komplex und wenig transparent (IP9, Versicherer). Das wiederum bedeutet, dass vorhersehbare Verluste ebenso wie Selektionsgewinne für die Krankenversicherer schwer zu kalkulieren sind. Insofern deutet einiges darauf hin, dass das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden eine negative Risikoauslese wirkungsvoll verhindern kann.

**Risikoselektion.** Dennoch ist aus Sicht der Stakeholder durchaus umstritten, ob die Krankenversicherer auf Selektionsstrategien auch empirisch verzichten. Einige Experten (IP4 [Politiker], IP10 [Versicherte]) fanden, dass diese Frage ohnehin nebensächlich sei. Schließlich seien die Risikopools der vier größten Versicherer (mit einem Marktanteil von insgesamt 90 %) so groß, dass Risikoselektion entweder unmöglich (IP4) oder unwichtig (IP10) sei. Ein Versicherer (IP11) verwies darauf, dass die Risikoselektion sowohl unerlaubt als auch unmöglich sei.

Im Gegensatz zu diesen Kommentaren zeigten zwei Interviewpartner deutlich, dass das Thema Risikoselektion in den Niederlanden trotz eines weit fortgeschrittenen Systems der Risikoadjustierung noch nicht zu den Akten gelegt werden kann. Ein Versicherer (IP9) gab offen zu, dass alle Versicherer das gleiche Ziel hätten: „*healthy persons paying a lot of premium and low cost*“ (Zeile 472). Der Forscher (IP1) berichtete von einem Versicherer, der eine besonders günstige Zusatzversicherung für Studierende anbot, um diese Gruppe der guten Risiken anzulocken. IP12 (Politiker) und IP4 (Politiker) kommentierten, dass diese Art von selektiver Vermarktung an Studenten sehr streng überwacht wurde, um sicher zu sein, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Versicherungspflicht und Kontrahierungszwang eingehalten werden. Letztlich nutzte der Versicherer hier jedoch eine private Zusatzversicherung zur Risikoselektion, so dass die zuständigen Aufsichtsbehörden keine Handhabe zum Einschreiten gehabt hätten (IP4, IP12). Empirisch zeigt sich damit, dass die Krankenversicherer in den Niederlanden trotz eines elaborierten Systems der Risikoadjustierung das Instrument der Risikoselektion zumindest in Einzelfällen weiter nutzen.

**Chronisch Kranke.** Der Forscher (IP1) konstatierte, dass das System der Risikoadjustierung neu definiere, welche Patientengruppen für Versicherer einen Überschuss bzw. einen Verlust bedeuten. Sowohl IP1 wie IP10 (Versicherte) nannten Diabetespatienten als eine Versichertengruppe, für die eine Überkompensation vorhersehbarer Verluste stattfindet. Theoretisch gibt eine solche Überkompensation den Versicherern einen hohen Anreiz, Effizienzgewinne durch Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass bisherige Strukturen durch qualitativ bessere und effizientere Versorgungsstrukturen ersetzt werden. Mit Innovationen für Diabetespatienten könnten Versicherer dann am Markt auftreten, um weitere Diabetiker anzuwerben. Tatsächlich haben mehrere der interviewten Stakeholder (IP2 und IP3 [Leistungserbringer], IP4 [Politiker], IP5 und IP10 [Versicherte], IP9 [Versicherer]) berichtet, dass nach der Implementierung des Zorgverzekeringswet Primärversorgungszentren zur effizienteren Behandlung von chronisch Kranken – insbesondere von Versicherten mit Diabetes mellitus – entwickelt und eingeführt wurden. Insofern deutet einiges darauf hin, dass das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden in der Tat Anreize zur bevorzugten Behandlung von schlechten Risiken bietet.

## 4 Wahlfreiheit der Versicherten

Für die erfolgreiche Umsetzung von reguliertem Wettbewerb spielt auch die Wahlfreiheit der Versicherten eine wichtige Rolle. Unzufriedene Kunden müssen die Möglichkeit haben, sich eine andere Krankenversicherung zu suchen. Hirschman nannte dieses Phänomen „Exit“ (Hirschman, 1970). Die Versicherten müssen die Exit-Option allerdings auch nutzen. Im ersten Jahr nach der Einführung des Zorgverzekeringswet haben etwa 20 % der Versicherten den Versicherer gewechselt. Inzwischen hat sich die Wechselquote auf einem Niveau von 3 % bis 4 % stabilisiert. Das ist mit der Schweiz und Deutschland vergleichbar (Hendriks et al, 2009).

Theoretisch sollten Krankenversicherer durch Verluste von Versicherten angespornt werden, künftig präferenzgerechtere Angebote zu machen. Hendriks et al. schließen daraus, dass Kunden nicht wechseln werden, wenn die Vorteile eines Wechsels nicht deutlich oder überhaupt nicht existent sind (Hendriks et al, 2009: 9). Eine andere Interpretation niedriger Wechselquoten ist, dass der regulierte Wettbewerb keine ausreichenden Effizienzgewinne erwirtschaften kann (Schut & Van de Ven, 2005: 571). Umgekehrt kann eine niedrige Wechselquote aber auch eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Versicherer signalisieren. Der Anteil der Wechsler alleine sagt demzufolge wenig aus.

Seit der Einführung des Zorgverzekeringswet haben sich zudem viele Beschäftigte für einen Kollektivvertrag entschieden, den meist ihr Arbeitgeber mit einem Krankenversicherer abgeschlossen hat (Rosenau & Lako, 2008). Demnach beeinflussen nicht nur Individuen, sondern auch niederländische Arbeitgeber den Wettbewerb auf den Krankenversicherungsmarkt.

In der folgenden Analyse werden in Bezug auf die Wahlfreiheit der Versicherten die Antworten auf die folgenden Fragen diskutiert:

4. Ist ein möglicher Versichertenwechsel ein Ansporn für Versicherer zur Entwicklung präferenzgerechter Angebote?
5. Ist EXIT der zentrale Steuerungsmechanismus?

**Ansporn für Versicherer.** Versicherer und Versichertenvertreter berichten, dass der Kundenservice seit dem Krankenversicherungsgesetz an Bedeutung zugenommen habe. Einfache Leistungen, wie den Kunden zuhören, deren Wünsche und Präferenzen wahrnehmen, Rechnungen rechtzeitig begleichen und am Telefon erreichbar zu sein (IP11, Versicherer), werden stark nachgefragt. Auch komplexere Leistungen werden verlangt. Hierzu zählen etwa Informationen über die Qualität von regionalen Leistungserbringern (IP9, Versicherer), Case Management (IP10, Versicherte) und zur überregionalen Versorgung (auch in Belgien und Deutschland) – falls Wartelisten vor Ort zu lang seien (IP11, Versicherer). IP11 betonte, dass Kunden anspruchsvoll und demzufolge auch nicht bereit seien, schlechte Serviceleistungen oder lange Wartezeiten hinzunehmen:

*“The customer is emancipated. They don’t say ‘Oh, my insurer says in this hospital you have to wait 12 weeks, that’s it.’ They say to us: ‘I have a problem. I want to have my operation in two*

*weeks. I don't care if it's here or there, but it should happen fast. And YOU (the insurer) will organize it for us. If you don't, then I will say goodbye'." (IP11, Zeilen 398–392)*

IP11 (Versicherer) berichtete, dass sein großes Versicherungsunternehmen Standorte aufgeben und viele Stellen streichen musste, um Kosten zu sparen. Trotzdem wurde der Bereich Kundenservice während dieser Phase ausgebaut, da es für das Überleben der Firma notwendig geworden sei, bessere Serviceleistungen anzubieten. Zumindest im Hinblick auf die Servicequalität schafft die drohende Exit-Option damit nachhaltige Anreize für die Versicherer, präferenzgerechtere Angebote für die Versicherten zu schaffen.

**Versichertenwechsel.** Die Interviews geben interessante Einsichten zur Bewertung der oben dargestellten quantitativen Entwicklung des Kassenwechsels – insbesondere im Hinblick auf Wechselbarrieren. In den Interviews wurden vier Barrieren zum Versicherungswechsel angesprochen. Erstens verstanden die Versicherten häufig nicht, was sie kaufen, wenn sie ein Versicherungsunternehmen wählen. Zweitens würden Versicherte Informationen zu Qualitätsunterschieden meiden. Sie würden es vorziehen zu glauben, dass die Qualität überall gleich gut sei.

Drittens würden die Versicherten ihre individuelle Wahl lieber an das Kollektiv übertragen und diesem vertrauen, gute Entscheidungen zu treffen. In der Tat haben inzwischen viele niederländische Versicherte einen Kollektivvertrag abgeschlossen. IP5 (Versicherte) berichtet, dass nach der Einführung des Zorgverzekeringswet seine Gewerkschaft einen Kollektivvertrag für ihre Mitglieder angeboten habe. Erwartet wurde, dass sich etwa 30.000 Mitglieder für dieses Angebot entscheiden würden. Tatsächlich haben sich im ersten Jahr über 250.000 Gewerkschaftsmitglieder eingeschrieben. Gründe dafür seien ein Prämienrabatt von 10 Prozent (in 2009 waren es rund 100 Euro jährlich) und das Vertrauen in das Kollektiv. Dieses Vertrauen beschreibt er so:

*"...people became a member of [our] collective health insurance contract because they trust [us] not to do weird things. They want [us] to negotiate this for them, to understand it for them." (IP5, Zeilen 760–762)*

Drei Stakeholder (IP1 [Forscher], IP4 [Politiker], IP5 [Versicherte]) fanden es erstaunlich, dass so viele Versicherte sich für einen Kollektivvertrag entschieden haben, da die finanziellen Ersparnisse eher gering ausfielen. IP10 (Versicherte) merkte an, dass der Trend zu großen Versichertenkollektiven eine der Grundannahmen regulierten Wettbewerbs untergrabe – dass Individuen am Markt sich für die beste Versicherung auf der Basis individueller Präferenzen entscheiden werden.

Die Versichertenvertreter (IP5 und IP10) betonten dann auch, dass nicht Individuen, sondern die Personalabteilungen von großen Unternehmen – bzw. von Gewerkschaften – die Entscheidung trafen, ob und wann das Versicherungsunternehmen gewechselt wird. Solch große Gruppen seien träge und eher bereit, die bestehenden Verträge anzupassen – statt gleich mit einem großen Versichertenkollektiv zu wechseln. Vor diesem Hintergrund scheint es eher wahrscheinlich, dass bei Unzufriedenheit zunächst verhandelt als sofort gewechselt wird. In Hirschmans Terminologie steigt damit die Bedeutung der Voice-Option im Vergleich zur Exit-Option (Hirschman, 1970).

## 5 Instrumente zur Versorgungssteuerung

Ziel des Zorgverzekeringswet war, dass Krankenversicherer zu guten und umsichtigen Einkäufern von Gesundheitsleistungen für ihre Versicherten werden (Van de Ven & Schut, 2009). Die Krankenversicherer sollen für ihre Versicherten die bestmögliche Versorgung organisieren und die Versorgungswege mit den betreffenden Leistungserbringern vertraglich regeln. Den Krankenversicherern stehen in den Niederlanden dazu zwei Instrumente zur Verfügung – die hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping) und die selektivvertragliche Versorgung durch ausgewählte Leistungserbringer (Preferred Provider Networks). Der erfolgreiche Einsatz dieser Instrumente hängt davon ab, dass die Versicherten gleichzeitig ihrem Hausarzt und ihrem Versicherer vertrauen, dass diese die bestmögliche Versorgung für sie organisieren.

Ein für die gesamte Bevölkerung verpflichtendes Gatekeeping ist seit jeher integraler Bestandteil des niederländischen Versorgungssystems und wird von den Versicherten akzeptiert. Selektivverträge mit auserwählten Leistungserbringern sind dagegen vergleichsweise neu. Unterschiede in der Qualität sind für die Versicherten schwer zu erkennen. Für die Versicherten sind daher andere Auswahlkriterien von Bedeutung wie z.B. Standort, finanzielle Anreize und die Rolle des Hausarztes (Boonen et al, 2008). Bisher haben die Versicherten wenig Vertrauen in ihre Krankenversicherer. Dies mindert die Akzeptanz von Selektivverträgen mit einem eingeschränkten Kreis von Leistungserbringern (Boonen & Schut, 2010). Boonen und Schut gehen jedoch davon aus, dass eine Zunahme an vertrauenswürdigen Informationen über die Qualität von Leistungserbringern dieses Vertrauensproblem lösen könnte (Boonen & Schut, 2011).

In der folgenden Analyse werden in Bezug auf die Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung diese Fragen beantwortet:

6. Wird die Patientenversorgung durch hausärztliche Gatekeeper aktiv gesteuert?
7. Schließen Versicherer Selektivverträge mit auserwählten, innovativen Leistungserbringern und werden diese Angebote von den Versicherten angenommen?

**Gatekeeping.** Der Hausarzt wird nach Einschätzung der Repräsentanten von Ärzteverbänden weiterhin als Gatekeeper im niederländischen Gesundheitssystem von den Versicherten akzeptiert (IP2 und IP3 [Leistungserbringer]). Allerdings haben Hausärzte nach der Einführung des Zorgverzekeringswet einen erhöhten Arbeitsaufwand. Die Versicherer versuchen möglichst, Patienten vom Krankenhaus fernhalten (IP3, Leistungserbringer). IP10 (Versicherte) unterstreicht die zentrale Rolle des Hausarztes, da seiner Meinung nach Primärversorgungsteams (Hausärzte und speziell ausgebildetes Pflegepersonal) die Wiedereinweisung oder akute Einweisung von Patienten an Krankenhäusern stark reduzieren könnten.

Seit der Einführung des Zorgverzekeringswet experimentieren einige Versicherer mit interdisziplinären Primärversorgungszentren (Hausärzte, Physiotherapeuten, speziell ausgebildetes Pflegepersonal, Psychologen). Die Entstehung dieser Zentren wurde von verschiedenen Stakeholdern berich-

tet (IP2 und IP3 [Leistungserbringer], IP4 [Politiker], IP5 und IP10 [Versicherte], IP 9 [Versicherer]). Der Fokus dieser Zentren liegt danach auf dem effizienten Management von chronisch Kranken durch die Vermeidung von teuren Spezialbehandlungen. Die Versicherer wollen mit diesen Zentren Kosten sparen und gleichzeitig die Qualität der Versorgung für chronisch Kranke verbessern.

Laut IP5 (Versicherte) wurde diese Entwicklung erst durch das Krankenversicherungsgesetz möglich gemacht:

*“[Our insurer] is quite active, playing the strongest role in introducing primary care centres. Before the law, this would have been done by the government if they wanted it. They didn’t want it. [...] And now you see that health insurers are starting to come up with such ideas.” (IP5, Zeilen 899–905)*

**Selektivverträge mit Leistungserbringern.** Anders als die hausarztzentrierte Versorgung sind Selektivverträge mit bevorzugten Leistungserbringernetzen untypisch für das niederländische Gesundheitssystem. Das Zorgverzekeringswet gibt Versicherern mehr Anreize, solche Selektivverträge mit Leistungserbringern einzugehen. Allerdings gibt es in den Niederlanden zwei Barrieren zum Abschluss von Selektivverträgen. Erstens müssen die Krankenversicherer den Kreis der Leistungserbringer einschränken können, ohne ihren Sicherstellungsauftrag zu gefährden. Zweitens muss die Auswahl der Krankenversicherer von den Versicherten akzeptiert werden.

Ein Versicherer kann Leistungserbringer nur selektieren, wenn der Sicherstellungsauftrag – der in den Niederlanden bei den Krankenversicherern liegt – dadurch nicht gefährdet wird. In den Niederlanden gab es vor dem Zorgverzekeringswet in einigen Bereichen eher eine Unterversorgung (Wartelisten). Insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung – so haben einige Interviewpartner berichtet – gäbe es zu wenige Leistungserbringer, um Selektivverträge durchzusetzen (IP2 und IP3 [Leistungserbringer], IP5 [Versicherte], IP6 und IP7 [Politiker]).

Die zweite Barriere für Selektivvertragsmodelle in den Niederlanden besteht darin, dass die Versicherten nur ein eingeschränktes Vertrauen in die Auswahl ihres Versicherers haben:

*“...if you go to your insurance, they will say ‘don’t go to that hospital, don’t go to that specialist because he is too expensive or his quality isn’t good enough.’ The insured think, ‘Well, the insurance company goes only for the money. I don’t believe the insurance companies’.” (IP8, Zeilen 804–809)*

IP8 (Politiker) findet, dass die Versicherten der Motivation der Versicherer bei der Auswahl von Leistungsanbietern misstrauen. Auch IP10 (Versicherte) erwähnte, dass Patienten selbst über ihre Leistungsanbieter entscheiden wollen und Versicherern mit Selektivvertragsmodellen eher mit Misstrauen begegnen.

## 6 Fazit

Tabelle 2 fasst alle Ergebnisse zusammen: Für einen erfolgreichen regulierten Wettbewerb auf Krankenversicherungsmärkten müssen drei Voraussetzungen gewährleistet sein. Erstens muss auf dem Versicherungsmarkt eine Risikoadjustierung die vorhersehbaren Verluste für schlechte Risiken und die Gewinne für gute Risiken weitgehend kompensieren. Zweitens müssen Versicherte die Option haben, ihren Krankenversicherer im Fall von Unzufriedenheit zu wechseln. Drittens brauchen Versicherer Instrumente für die Steuerung der Versorgung und müssen diese auch anwenden. Unsere Analyse hat gezeigt, dass diese Voraussetzungen in den Niederlanden noch nicht vollständig umgesetzt werden konnten.

**Tabelle 2 Ergebnisübersicht zu den Voraussetzungen für Managed Competition in den Niederlanden**

Voraussetzung Managed Competition	Expertenmeinung
<b>Risikostrukturausgleich</b>	
1. Ist das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden ausgereift genug, um vorhersehbaren Verlusten der Krankenversicherer entgegenzuwirken?	JA
2. Verzichten die Krankenversicherer empirisch auf Risikoselektion?	NEIN
3. Verbessern die Krankenversicherer die Behandlung von chronisch Kranken?	JA
<b>Wahlfreiheit der Versicherten</b>	
4. Ist ein möglicher Versichertenwechsel ein Ansporn für Versicherer zur Entwicklung präferenzgerechter Angebote?	JA
5. Ist EXIT der zentrale Steuerungsmechanismus?	EHER NEIN
<b>Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung</b>	
6. Wird die Patientenversorgung durch hausärztliche Gatekeeper gesteuert?	JA
7. Schließen Versicherer Selektivverträge mit auserwählten innovativen Leistungserbringern?	EHER NEIN

Obwohl das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden sehr weit entwickelt ist und vorhersehbare Gewinne und Verluste für Versicherer damit schwer zu kalkulieren sind, suchen Versicherer weiterhin nach guten Risiken und betreiben zumindest in Einzelfällen Risikoselektion. Gleichzeitig werden Versicherer zum Teil für chronisch Kranke überkompensiert. Als Folge haben die Krankenversicherer durch die Einführung von Primärversorgungszentren eine Innovation für die effizientere Versorgung von chronisch Kranken eingeführt.

Hinsichtlich des Wechselverhaltens von Versicherten in der Folge der Einführung des Zorgverkeringswet zeigen die Ergebnisse unserer Interviews zweierlei. Einerseits führt schon die drohende Exit-Option dazu, dass die Versicherungen zumindest im Hinblick auf die Servicequalität präferenzgerechtere Angebote erstellen. Zweitens zeigt die Beliebtheit der Kollektivverträge in den Nieder-

landen, dass die Bedeutung der individuellen Wahlentscheidung abnimmt und zunehmend Voice an die Stelle von Exit tritt.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist den Versicherten in den Niederlanden vertraut und wird weiterhin akzeptiert. Nach der Implementierung des Zorgverzekeringswet sind erste Versorgungsinnovationen – interdisziplinär ausgestattete Primärversorgungszentren – entstanden, die den Hausarzt in den Mittelpunkt stellen. Der Abschluss von Selektivverträgen ist für die Krankenversicherer in den Niederlanden vor allem aus zwei Gründen weiterhin problematisch. Erstens können Krankenversicherer nur dann Selektivverträge abschließen, wenn sie durch diese Auswahl ihren Sicherstellungsauftrag nicht gefährden. Das ist jedoch insbesondere in der hausärztlichen Versorgung schwierig. Zweitens begegnen die Versicherten Selektivvertragsmodellen weiterhin mit großer Skepsis.



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht der Interviewpartner .....	8
Tabelle 2	Ergebnisübersicht zu den Voraussetzungen für Managed Competition in den Niederlanden .....	15

## Literatur

- Boonen LH, Donkers B, Schut FT (2010) Channeling consumers to preferred providers and the impact of status quo bias: does type of provider matter? *Health Serv Res* **46**:510–30
- Boonen LH, Schut FT (2011) Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Econ Policy Law* **6**:219–232
- Boonen LH, Schut FT, Koolman X (2008) Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. *Health Econ* **17**:299–316
- Enthoven AC (1978) Consumer-Choice Health Plan. *New England Journal of Medicine* **298**:650–658, 709–720
- Enthoven AC, Van de Ven WPMM (2007) Going Dutch: Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* **357**:2421–2423
- Greß S (2006) Regulated Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison. *International Social Security Review* **59**:27–47
- Greß S, Okma K, Hessel F (2001) Managed Competition in Health Care in The Netherlands and Germany - Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions. *Diskussionspapier 04/2001. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald*
- Heinemann S, Leiber S, Gress S (2012) Managed competition in the Netherlands – A qualitative study. *Health Policy* **109**:113–121
- Hendriks M, de Jong JD, van den Brink-Muinen A, Groenewegen PP (2009) The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expect* **13**:195–207
- Hirschman AO (1970) *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: Harvard University Press
- Rosenau PV, Lako CJ (2008) An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: the New Dutch Health Insurance System. *Journal of Health Politics, Policy and Law* **6**:1031–1055
- Schut FT, Van de Ven WP (2005) Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics* **14**:S59–S74
- Van de Ven WP (2011) Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done? *Health Econ Policy Law* **6**:147–156

Van de Ven WP, van Vliet RC, Lamers LM (2004) Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Aff (Millwood)* **23**:45–55

Van de Ven WP, Schut FT (2009) Managed Competition in the Netherlands: still work in progress. *Health Economics* **18**:253–255

**ISBN 978-3-940713-07-0**

**pg-papers 01/2013**

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda