



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE FAKULTÄT



Felix Dieterich:

Risikoselektion und Risikoausgleich am Beispiel der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland

Munich Discussion Paper No. 2005-18

Department of Economics
University of Munich

Volkswirtschaftliche Fakultät
Ludwig-Maximilians-Universität München

Online at <http://epub.ub.uni-muenchen.de/718/>

Gliederung

1 Einleitung	3
2 Risikoselektion	5
2.1 Direkte Risikoselektion	7
2.1.1 Mögliche Regulierungsformen zur Vermeidung direkter Risikoselektion.....	8
2.1.1.1 Verbot bzw. Erschwerung von Selektionsmaßnahmen	8
2.1.1.2 Risikostrukturausgleich	8
2.2 Indirekte Risikoselektion.....	9
2.2.1 Indirekte Risikoselektion über den Leistungsumfang	10
2.2.1.1 Gleichgewicht auf einem unregulierten Markt.....	11
2.2.1.2 Gleichgewicht auf einem Markt mit Diskriminierungsverbot.....	13
2.2.1.2.1 Existenz eines vereinenden Gleichgewichts.....	14
2.2.1.2.2 Existenz eines trennenden Gleichgewichts.....	15
2.2.1.3 Mögliche Regulierungsformen zur Vermeidung indirekter Risikoselektion über den Leistungsumfang	17
2.2.1.3.1 Festlegung des Leistungsumfangs	17
2.2.1.3.2 Fixierung der Prämien	17
2.2.1.3.3 Risikostrukturausgleich	17
2.2.2 Indirekte Risikoselektion über die Leistungsstruktur.....	19
2.2.2.1 Gleichgewicht auf einem unregulierten Markt.....	19
2.2.2.2 Gleichgewicht auf einem Markt mit Diskriminierungsverbot.....	21
2.2.2.3 Mögliche Regulierungsformen zur Vermeidung indirekter Risikoselektion über die Leistungsstruktur	23
2.2.2.3.1 Festlegung des Leistungspakets.....	23
2.2.2.3.2 Institutionelle Trennung der Leistungen.....	24
2.2.2.3.3 Risikostrukturausgleich	24
2.3 Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse.....	25
3 Der Risikostrukturausgleich	27
3.1 Aufgaben und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs	27

3.2 Status-quo des Risikostrukturausgleichs in Deutschland	30
3.2.1 Gegenwärtige Organisation des Risikostrukturausgleichs	31
3.2.2 Erfolge und Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen Risikostrukturausgleichs .	33
3.2.2.1 Beitragssatzunterschiede	33
3.2.2.2 Risikofaktoren	37
3.2.2.3 Wechselströme.....	40
3.2.2.4 Risikoselektion	42
3.2.2.5 Qualität und Wirtschaftlichkeit	42
3.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	43
3.3 Mögliche Ansätze zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	44
3.3.1 Die Vorschläge von Lauterbach und Wille	44
3.3.2 Die Vorschläge von IGES, Cassel und Wasem.....	48
3.3.3 Die Vorschläge von Breyer und Kifmann	51
4 Fazit und Ausblick.....	55
5 Anhang I: Literaturverzeichnis	I
6 Anhang II: Tabellen.....	V
7 Anhang III: Formale Berechnung des Risikostrukturausgleichs.....	VIII

1 Einleitung

Als wichtigstes Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), welches der Deutsche Bundestag am 22. Dezember 1992 mit einer breiten Mehrheit von CDU/CSU, SPD und FDP ("Kompromiss von Lahnstein") verabschiedete, darf die Schaffung einer wettbewerblichen Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesehen werden. Beabsichtigt ist diese keineswegs um ihrer selbst Willen, sondern vielmehr um mit ihrer Hilfe Anreize zur Effizienzerhöhung sowie der Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Bevor am 01. Januar des Jahres 1996 deshalb schließlich die Kassenwahlfreiheit zu geltendem Recht wurde, herrschte auf dem deutschen Markt für Krankenversicherungen ein "Mischsystem von Pflicht- und Wahlkassen", das "schwerwiegende Verwerfungen"¹ verursachte. So war beinahe jeder Pflichtversicherte strikt einer Kasse zugeordnet. Angestellte von Unternehmen, die über eine Betriebskrankenkasse (BKK) verfügten, wurden dort, Mitarbeiter von Handwerksbetrieben, die einer Innung angehörten, in der entsprechenden Innungskrankenkasse (IKK) versichert. Für Beschäftigte der betreffenden Sektoren traten Bundesknappschaft, See-Krankenkasse bzw. Landwirtschaftskrankenkasse als Versicherungsgeber ein². Die Ersatzkassen gestatteten darüber hinaus den Angehörigen verschiedener Berufsgruppen den Zutritt, so durften beispielsweise technische Angestellte zur Techniker-Krankenkasse wechseln. Alle übrigen Pflichtversicherten wurden grundsätzlich von der sogenannten "Basiskassenfunktion" der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) erfasst. So hatten die Krankenkassen jeweils fest umschriebene "Zielgruppen", unter denen sie weitestgehend eine Monopolstellung innehatten. Dass dieser Zustand nicht den ökonomischen Anforderungen an Effizienz und Leistungsorientierung gerecht wurde, versteht sich von selbst. So bemühte sich der Gesetzgeber seit den Achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts vermehrt um die Findung einer Organisationsform des Krankenversicherungsmarkts, die den Hayek'schen "Wettbewerb als Entdeckungsverfahren"³ ermöglichen sollte. Jedoch war den Verantwortlichen bewusst, dass mit einer bloßen Liberalisierung des Markts durch freie

¹ Vgl. Deutsche Bundesregierung (2001), S. 4.

² Diese sind auch heute noch als spezifische Sonderformen existent.

³ Hayek (1968), zitiert aus: Jankowski / Zimmermann (2003), S. 1.

Kassenwahl sich kein funktionierendes sozialstaatliches Gesundheitswesen würde realisieren lassen. Zwar könnte ein völlig liberalisiertes Versicherungssystem Bestand haben, allerdings müsste es sich bei der Prämienhebung nach dem Prinzip der Risikoäquivalenz richten dürfen. Das bedeutet, dass sich jeder Versicherungsnehmer einer Untersuchung "auf Herz und Nieren" unterziehen müsste und ihm sodann entsprechend seines individuellen Krankheitsrisikos eine individuelle Prämie abverlangt wird. Jedoch würde dies zur Folge haben, dass ein 80-jähriger durchschnittlich eine zehnmal so hohe Prämie würde entrichten müssen wie ein 20jähriger und ein chronisch Kranker möglicherweise eine hundertmal so hohe wie ein "chronisch Gesunder" gleichen Alters.⁴ Das widerspricht logischerweise dem Gedanken des "Solidarprinzips", welches dem Gesundheitswesen drei essenzielle Grundsätze vorschreibt:

- **Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip:** Es müssen die im Einzelfall medizinisch nötigen sowie ausreichenden und wirtschaftlich sinnvollen Leistungen erbracht werden.
- **Einkommensumverteilung und Familienlastausgleich:** Es müssen einkommensproportionale Beitragssätze erhoben und Familienmitglieder kostenlos mitversichert werden.
- **Generationen- und Geschlechterausgleich:** Die erhobenen Beiträge dürfen nicht nach Alter oder Geschlecht differenziert werden.

Darüber hinaus dürfen chronische Erkrankungen oder risikoerhebliche Vorerkrankungen keinen Einfluss auf die Beitragshöhe haben. Das bedeutet zusammengefasst, dass jeder Versicherte, unabhängig von seinem persönlichen Erkrankungsrisiko, für seine nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erhobenen Beiträge alle medizinisch erforderlichen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen kann. Dieses Solidarprinzip, von dem nach vorherrschender sozialpolitischer Auffassung keinesfalls abgerückt werden darf, erweist sich als erheblich erschwerender Faktor für eine wettbewerbliche Organisation der Krankenkassen. Denn um ihm Genüge zu tun, müssen die Versicherungen sowohl dem "Kontrahierungszwang" als auch dem "Diskriminierungsverbot" unterliegen, d.h. sie dürfen keinen Eintrittswilligen ablehnen und müssen von allen Versicherten einen einheitlichen Beitragssatz (in Prozent des Einkommens) verlangen. Aus dem

⁴ Vgl. van de Ven / van Vliet (1992), S. 23f

Diskriminierungsverbot ergibt sich das zentrale Problem eines freien Kassenwettbewerbs, das Phänomen der Risikoselektion (auch "Rosinenpicken" oder "Cream Skimming" genannt). Um ihr beizukommen, hat sich der Gesetzgeber entschieden, mit der Verabschiedung des GSG auch die Einführung eines sogenannten Risikostrukturausgleichs (RSA) zum 01. Januar 1994 zu beschließen. Seine Aufgabe besteht, wie der Name schon sagt, darin, durch die unterschiedlichen Risikostrukturen der einzelnen Kassen bedingte Vor- oder Nachteile auszugleichen. Trotzdem deuten die seither herrschenden Wechselströme und Beitragssatzentwicklungen darauf hin, dass dies in der Praxis in nicht zufrieden stellender Weise geschieht. So sind die Unterschiede in den Beitragssätzen weiter angestiegen und einige Kassen mussten z.T. enorme Mitgliederzahlen einbüßen (z.B. AOK: 10% zwischen Januar 1996 und Juli 2000⁵).

Die vorliegende Arbeit wird sich im Folgenden zunächst mit der Analyse der Risikoselektion befassen, bevor der Risikostrukturausgleich im Allgemeinen und der deutsche im Speziellen eine genaue Untersuchung erfährt. Sodann werden Vorschläge zu einer Reform des RSA einer eingehenden Betrachtung unterzogen, bevor schließlich ein Fazit gezogen wird, das Empfehlungen zur weiteren Verfahrensweise in den betreffenden Fragen ausspricht.

2 Risikoselektion

Die Versicherungen erhalten von allen Versicherungsnehmern gleichen Einkommens den selben Betrag an Prämien, unabhängig davon, welche Kosten diese individuell verursachen.⁶ So ist es also von entscheidender Bedeutung, wie krankheitsanfällig und einkommensstark die jeweiligen Versicherten sind. Existierende und zutretende Kassen bemühen sich folglich ihre Risikostruktur zu verbessern, indem sie gezielt wohlhabende und gesunde Mitglieder zu gewinnen suchen. Mit den so erreichten Kosten- und Einnahmenverbesserungen lässt sich der Beitragssatz (als wesentlicher Wettbewerbsfaktor) senken, was wiederum dazu genutzt werden kann, neue, erwünschte Versicherte anzuwerben. Das gilt umso mehr, da Einkommensstarke tendenziell besser informiert sind

⁵ Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 2.

⁶ Die Kassen befinden sich also in einer Situation vergleichbar mit dem Fall der "asymmetrischen Information", in welchem sie den Gesundheitszustand der Versicherten nicht beobachten können (vgl. Buchholz et al. (2001), S. 3).

und in höherem Maße von niedrigeren Beiträgen profitieren⁷, Ältere und Kranke oftmals weniger auf Beitragssatzunterschiede reagieren, da sie den Wechsel der Kasse als vermeintliches Risiko empfinden⁸ und Arbeitslose sowie Sozialhilfeempfänger gänzlich unelastisch für Beitragssatzdifferenzen sind, da sie die Kosten ohnehin nicht selbst tragen.⁹ Auf diese Weise kann Risikoselektion für die Kassen mit schlechter Risikostruktur zu einer ruinösen Abwärtsspirale führen, denn für jedes abwandernde gute Risiko (also jeden Versicherten mit einer geringen Krankheitswahrscheinlichkeit) sehen sie sich gezwungen, ihren Beitragssatz weiter zu erhöhen. So büßen sie ihre Wettbewerbsfähigkeit ein und enden schließlich im Konkurs, egal ob sie nun unwirtschaftlich handeln oder nicht. Kassenwettbewerb soll eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versicherungsgeber zum Ziel haben und nicht ein "Hauen und Stechen um junge und gesunde Versicherte"¹⁰, das obendrein auch noch die Charaktereigenschaften eines *beauty contest*¹¹ besitzt, da es sich bei den auf die Selektion der Risikotypen gerichteten Anstrengungen größtenteils um volkswirtschaftlich ineffiziente Aktivitäten handelt.¹² Ein weiterer beachtlicher Nachteil der Risikoselektion ergibt sich aus der Tatsache, dass sie zur Verzerrung des optimalen Leistungsspektrums führt, d.h. Unter- bzw. Überversorgung bestimmter Patienten hervorruft.

Die Selektion von Versicherungsnehmern mit unterschiedlichen Risikostrukturen kann auf vielerlei Weise erfolgen. Grundsätzlich gilt es, zwei elementare Arten der Risikoselektion zu unterscheiden: Die direkte Risikoselektion sowie die indirekte, welche ihrerseits weiterhin danach untergliedert werden muss, ob sie über den Leistungsumfang oder über die Leistungsstruktur erfolgt. In diesem Abschnitt sollen diese verschiedenen Formen der Risikoselektion aufgeführt und mit Hilfe von Modellen auf ihre theoretische Funktionsweise und Bedeutung hin untersucht werden. Außerdem werden Maßnahmen zur Vermeidung des "Rosinenpickens" anhand seines jeweiligen Charakters diskutiert, wobei das Hauptaugenmerk auf einer Beurteilung des Risikostrukturausgleichs im Vergleich zu alternativen Methoden liegt. Der folgende Abschnitt zur Risikoselektion, insbesondere die

⁷ Vgl. Schwarze / Andersen (2001), S. 19.

⁸ Vgl. a.a.O., S. 10.

⁹ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 22.

¹⁰ Jacobs (2003), S. 34.

¹¹ Adaptiert aus der Monopoltheorie: Die Kassen unternehmen Anstrengungen, um sich für ein mögliches Mitglied "herauszuputzen", also (z.B. mit Marketingaktivitäten) attraktiv zu machen. Dabei geht jede Kasse an die Grenze ihrer Zahlungsbereitschaft, jedoch nur jene mit der größten Zahlungsbereitschaft (somit den größten Aufwendungen) kann letzten Endes das Mitglied anwerben, während die Ausgaben der anderen *sunk costs* darstellen.

¹² Vgl. Breyer / Kifmann (2001), S. 2.

Darstellung der Modelle, stützt sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Ergebnisse von Breyer, Zweifel und Kifmann¹³.

2.1 Direkte Risikoselektion

Die direkte oder aktive Risikoselektion kann durch die Krankenkassen erfolgen, wenn diese die Versicherungsnehmer anhand beobachtbarer Eigenschaften unterschiedlichen, nach erwarteten Kosten und Einnahmen differenzierten Gruppen zuordnen können. Als solche Eigenschaften, die Informationen über die zu erwartenden Leistungsausgaben sowie Beitragseinnahmen preisgeben, sind vor allem Merkmale wie Alter oder Geschlecht und Einkommen zu nennen. Mit Hilfe einer solchen Kategorisierung der Individuen ist für den Versicherer leicht ersichtlich, ob die Aufnahme eines potenziellen Versicherten erwünscht ist oder nicht. Mit diesem Wissen können die Krankenkassen schließlich Antragsteller diskriminieren, die auf Grund ihrer Merkmale als den schlechten Risiken zuzurechnen zu sein scheinen. Zum Beispiel können Anträge solcher Individuen mit Fleiß verzögert oder über die Maßen bürokratisch bearbeitet und sie selbst unfreundlich und abschreckend behandelt werden, während gute Risiken umworben, mit Zusatzleistungen geködert und im Extremfall mit Geldzahlungen zu einem Vertragsabschluss verleitet werden. Darüber hinaus können spezielle Marketing- und Vertriebswege durchaus geeignet sein, vermehrt Menschen mit vermuteten niedrigen Erkrankungswahrscheinlichkeiten anzusprechen und als Kunden zu gewinnen. So können sich beispielsweise Werbeblöcke auf Musikkanälen für Krankenkassen auszahlen und Infostände vor Hochschulen oder der Vertrieb via Internet einen Beitrag leisten, die Versichertenstruktur mit jungen und gebildeten Personen zu verbessern.

¹³ Vgl. Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 263-283.

2.1.1 Mögliche Regulierungsformen zur Vermeidung direkter Risikoselektion

2.1.1.1 Verbot bzw. Erschwerung von Selektionsmaßnahmen

Die zunächst offensichtlichste Methode, direkte Risikoselektion auf dem Markt für Krankenversicherungen zu verhindern, ist das gesetzliche Verbot aller Maßnahmen, die dem "Aussieben" schlechter Risiken dienen können. Beispielsweise wäre ein Verbot von Zusatzleistungsangeboten oder Geldzahlungen für gute Risiken relativ leicht umzusetzen und bedürfte keines nennenswerten Verwaltungsaufwands. Auch könnten Regelungen getroffen werden, die den ex-ante Informationsstand der Versicherer verschlechtern. Kassenübergreifend standardisierte Anträge könnten den Informationsfluss dämmen und so ein Unterscheiden der verschiedenen Risikotypen erschweren.

Letztlich ließe sich jedoch mit dieser Form der Regulierung des Krankenversicherungsmarkts nicht vermeiden, dass die Kassen sich den subtileren Arten der Risikoselektion zuwenden, wie z.B. dem "Verbummeln"¹⁴ der Anträge unliebsamer Personen. Außerdem ist ein Verbot oben beschriebener risikostrukturverbessernder Marketing- und Vertriebsaktivitäten nicht denkbar.

2.1.1.2 Risikostrukturausgleich

Unter der Voraussetzung, dass dem Staat als Regulator die selben Möglichkeiten offen stehen, um die Eigenschaften der Versicherungsnehmer zu beobachten, kann auch ein Risikostrukturausgleich das Problem der direkten Risikoselektion vermeiden, wie im Folgenden gezeigt wird.

Unterscheiden sich die Individuen anhand eines Merkmals (wie beispielsweise dem Geschlecht), das hier als Signal s bezeichnet wird und die Ausprägungen 0 oder 1 annehmen kann. Seien die durchschnittlichen erwarteten Leistungsausgaben der jeweiligen Individuen k_s und der Anteil der Individuen, welche das Merkmal $s=1$ tragen λ . Dann entsprechen die durchschnittlichen Ausgaben für eine Person $k^d=(1-\lambda)k_0+\lambda k_1$. Weiter sei $k_1 > k_0$, d.h. Personen mit dem Signal $s=1$ verursachen höhere Kosten und sind daher als Versicherungskunden unerwünscht. Der Staat beobachtet die Eigenschaften der

¹⁴ Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 264.

Versicherten und veranlasst auf Grund dieser Transferzahlungen z_s in Höhe von:

$$z_s = k_s - k^d \quad (2.1)$$

Es werden also schlechte Risiken in Höhe der Differenz zu den Durchschnittsausgaben subventioniert ($z_I = k_I - k^d > 0$), während gute Risiken im selben Umfang besteuert werden ($z_0 = k_0 - k^d < 0$). Im Ergebnis weisen alle Individuen gleich hohe Kosten von k^d auf, alle Personen sind als Kunden für die Versicherer gleich attraktiv. Dem Staat entstehen nur Verwaltungskosten, da sich Subventionen und Steuern die Waage halten:

$$(1-\lambda)z_0 + \lambda z_I = (1-\lambda)k_0 + \lambda k_I - k^d = 0 \quad (2.2)$$

2.2 Indirekte Risikoselektion

Um der sogenannten indirekten oder passiven Risikoselektion nachgehen zu können, muss eine Versicherung das Risiko der Individuen nicht beobachten können. Es genügt, wenn diese ihren eigenen Risikotyp einschätzen können und somit unterschiedliche Präferenzen bezüglich des angebotenen Leistungspakets offenbaren. Durch geeignete Wahl des angebotenen Leistungspakets kann so der Versicherer die Versicherten zur Selbstselektion veranlassen und letztlich überproportional viele hohe Risiken ausschließen, bzw. niedrige Risiken attrahieren. Grundsätzlich kommen für eine solche indirekte Selektion drei verschiedene Methoden in Betracht:

- Diskriminierung schlechter Risiken

Eine Methode ist das Schnüren von Leistungspaketen, die für schlechte Risiken unattraktiv sind. Zählt zum Beispiel eine Kasse die Behandlungskosten von Diabetes mellitus zu den nicht übernahmefähigen Leistungen, so wird ein solcher Patient kaum zu dieser wechseln, der Versicherung bleibt ein solch teurer chronisch Kranker "erspart". Auch könnte es sich lohnen, werdenden Müttern Sonderleistungen, wie z.B. Schwangerschaftsgymnastik oder geburtsvorbereitende Kurse zu verwehren, um auf diese Weise Versicherte zum Wechsel der Krankenkasse zu bewegen und sich selbst so vor einem zukünftig lange Jahre beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen zu wappnen. Die Versicherung kann auf diese Weise für die schlechten Risiken uninteressant werden, ohne an Attraktivität für gute Risiken einzubüßen. Ist diese Methode marktüblich, kann es zu erheblichen Unterversorgungszuständen kommen: Keine Krankenkasse wird beispielsweise eine neue Behandlung für chronisch Kranke - sei sie noch so effizient - in ihr Leistungspaket aufnehmen, da sie befürchten muss, so extrem viele der teuren Chroniker "anzulocken".

Tatsächlich ist die Unter- bzw. Fehlversorgung von mehreren Krankheiten, wie z.B. Diabetes mellitus, koronaren Herzerkrankungen, Hypertonie und Asthma erwiesen.¹⁵

- Attraktion guter Risiken

Auf der anderen Seite haben die Kassen aber auch die Möglichkeit, mit ihrem Leistungsangebot gezielt gute Risiken anzusprechen, gleichzeitig aber den schlechten keinen weiteren Anreiz zu geben, sich für die betreffende Versicherung zu entscheiden. Das Angebot spezieller, direkt auf die Wünsche vornehmlich guter Risiken abgestimmter Leistungen kann die "gern gesehenen" Versicherten in besonderem Maße anziehen. Tendenziell sind sicherlich die Interessenten von Angeboten wie Ernährungs- und Fitnessprogrammen oder besonderen sportmedizinischen Behandlungsmethoden eher junge und gesundheitsbewusste Menschen, die der Krankenkasse relativ niedrige Ausgaben bescheren. So können (und werden) auch ökonomisch ineffiziente Leistungsangebote ihren Weg in das Leistungsangebot der Kassen finden, nur weil sie eine positive Selektionswirkung aufweisen.

- Selbstbeteiligungstarife

Letztlich können Versicherungen ihre Risikostruktur verbessern, indem sie beispielsweise Tarife mit Selbstbeteiligung schaffen. Für niedrige Risiken kann die erzielbare Beitragssatzsenkung angesichts seltener und geringerer erwarteter Fälligkeit solcher Selbstbehalte eher interessant werden als für Personen, die häufiger und / oder stärker zu erkranken drohen und sich dieser Tatsache bewusst sind. Auf diese Weise wird der entsprechende Tarif gleichzeitig attraktiver für gute und weniger attraktiv für schlechte Risiken.

2.2.1 Indirekte Risikoselektion über den Leistungsumfang

Anhand eines Modells von Breyer, Zweifel und Kifmann¹⁶ soll die Möglichkeit und die Wirkung einer indirekten Risikoselektion untersucht werden, die über eine Differenzierung des Leistungsumfangs erreicht werden kann:

Auf dem beobachteten Versicherungsmarkt herrsche vollkommene Konkurrenz und für die Kassen fallen außer den Versicherungsleistungen keine weiteren Kosten an. Jedes Individuum auf diesem Markt erwirbt genau einen Vertrag. Weiter gebe es unter den

¹⁵ Vgl. Lauterbach / Wille (2001), S. 91.

¹⁶ Vgl. Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 266ff.

Individuen zwei unterschiedliche Risikotypen: π_i , $i=h,l$, mit $0 < \pi_l < \pi_h < 1$. Die niedrigen Risiken sind in der Gesellschaft mit einem Anteil von $0 < \mu < 1$ vertreten. Somit ergibt sich ein durchschnittliches Risiko von $\pi^d = \mu\pi_l + (1-\mu)\pi_h$. Der Nutzen einer Person ist bedingt durch ihren Gesundheitszustand, er entspricht der Menge an Konsumgütern C in Gesundheit und setzt sich im Krankheitsfall aus C und dem Nutzen $v(M)$ aus medizinischer Leistung M zusammen. Eine Behandlung kann die Gesundheit nicht vollständig wieder herstellen ($v < 0$, $v' > 0$, $v'' < 0$). Darüber hinaus sei $v'(0) > 1$.

Daraus folgt, dass sich der erwartete Nutzen eines Individuums ergibt aus:

$$EU_i(C, M) = C + \pi_i v(M) \quad (2.3)$$

Krankenkassen bieten ihre Leistungen dem Sachleistungsprinzip gemäß an und erheben eine Prämie von P_i . Mit einem Einkommen in Höhe von Y ergibt sich die Budgetbeschränkung für die Individuen:

$$Y = C + P_i \quad (2.4)$$

Eingesetzt in (2.3) ergibt sich der Erwartungsnutzen in Abhängigkeit von Y , P und M :

$$EU_i(Y, P_i, M) = Y - P_i + \pi_i v(M) \quad (2.5)$$

2.2.1.1 Gleichgewicht auf einem unregulierten Markt

In der first-best-Situation, die hier als Referenzfall angeführt wird, bieten die Versicherer den Individuen aktuarisch faire Versicherungsverträge¹⁷ zu risikoabhängigen Prämien in Höhe von

$$P_i = \pi_i M \text{ an.} \quad (2.6)$$

Gleichung (2.6) eingesetzt in Gleichung (2.5) ergibt den individuellen Erwartungsnutzen in Abhängigkeit von M . Das Individuum sieht sich dementsprechend mit einem Maximierungskalkül folgender Form konfrontiert:

$$\max_M EU_i(Y, M) = Y - \pi_i M + \pi_i v(M) \quad (2.7)$$

Daraus ergibt sich die Bedingung erster Ordnung:

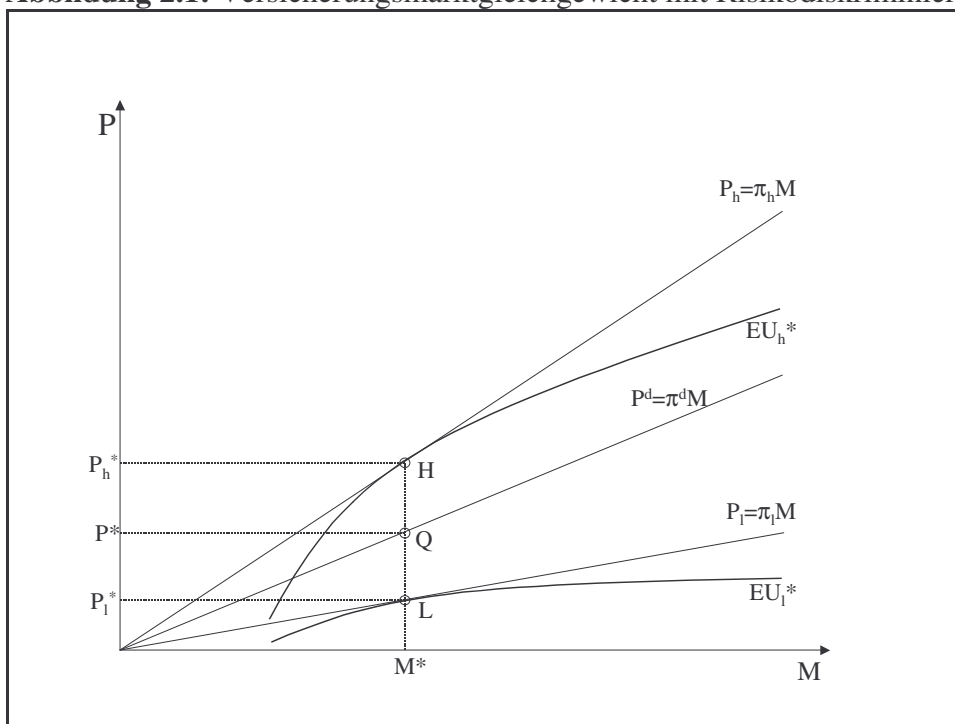
$$\frac{\partial EU_i}{\partial M} = -\pi_i + \pi_i v'[M^*] = 0 \Leftrightarrow v'[M^*] = 1 \quad (2.8)$$

Die Bedingung zweiter Ordnung ist unter oben genannter Annahme, dass $v'' < 0$ ist, per definitionem erfüllt.

¹⁷ Eine "aktuarisch faire Versicherung" macht faktisch Nullgewinne, sie verlangt Prämien in Höhe der erwarteten Versicherungsleistungen.

An der Bedingung erster Ordnung (Gleichung 2.8) ist unschwer ersichtlich, dass die effiziente angebotene Menge medizinischer Leistungen unabhängig vom Risikotyp eines Individuums immer gleich groß ist. Es lohnt sich für alle Individuen, solange Versicherungsschutz nachzufragen, bis der Grenznutzen beider alternativer Einkommensverwendungen (Versicherungsschutz und Konsum) gleich hoch ist. Da der Grenznutzen des Konsums konstant 1 entspricht, ist es für sowohl gute als auch schlechte Risiken optimal, soviel Versicherungsschutz zu verlangen, bis der Nutzen aus der letzten Einheit ebenfalls gleich 1 ist.

Abbildung 2.1: Versicherungsmarktgleichgewicht mit Risikodiskriminierung



Quelle: Breyer / Zweifel / Kifmann.¹⁸

Die Abbildung 2.1 stellt die Situation bei Risikodiskriminierung dar. Die beiden Geraden $P_i = \pi_i M$ bezeichnen dabei die jeweiligen Verhältnisse von Prämien zu Versicherungsleistungen für die beiden unterschiedlichen Risikotypen, die den Versicherern Nullgewinne garantieren. Da $\pi_h > \pi_l$, ist auch P_h steiler als P_l . Die Gerade P^d bezeichnet das selbe Verhältnis für den mit μ gewichteten Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Das totale Differential von Gleichung (2.5) offenbart die Eigenschaften der Indifferenzkurven beider Risikotypen:

¹⁸ Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 268.

$$\left. \frac{dP}{dM} \right|_{EU_i=const.} = \pi_i v'(M) > 0 \quad (2.9)$$

$$\left. \frac{d^2P}{dM^2} \right|_{EU_i=const.} = \pi_i v''(M) < 0 \quad (2.10)$$

Es handelt sich also um streng konkav steigende Indifferenzkurven, die ebenfalls für die schlechten Risiken steiler verlaufen als für die guten. Diese Situation ist intuitiv leicht nachvollziehbar: Die schlechten Risiken sind unter allen Umständen bereit, für eine weitere Einheit M eine stärkere Prämienerrhöhung in Kauf zu nehmen als die guten Risiken. Die Punkte H und L repräsentieren die optimalen Versicherungsverträge für die hohen respektive niedrigen Risikotypen. Sie zeichnen sich durch die selbe Menge an medizinischen Leistungen M aus, wobei auf Grund der unterschiedlichen Krankheitswahrscheinlichkeit verschieden hohe Prämien entrichtet werden müssen. Während die "Gesunden" lediglich P_l^* an Prämie leisten müssen, kostet derselbe Versicherungsumfang die "Kranken" einen höheren Beitrag P_h^* .

Aus dem Grundsatz der solidarischen Krankenversicherung lässt sich die Forderung nach einem Transfer von guten zu schlechten Risiken ableiten, der so geartet ist, dass alle Versicherten unabhängig von ihrem Risikotyp die effiziente Menge Versicherungsleistung (M^*) zum selben Beitragssatz erhalten sollen. Der dementsprechende Vertrag ist in Abbildung 2.1 als Q bezeichnet, mit ihm können alle Versicherungsnehmer zum Preis der Prämie P^* das Recht auf eine Menge M^* an medizinischen Leistungen erwerben.

2.2.1.2 Gleichgewicht auf einem Markt mit Diskriminierungsverbot

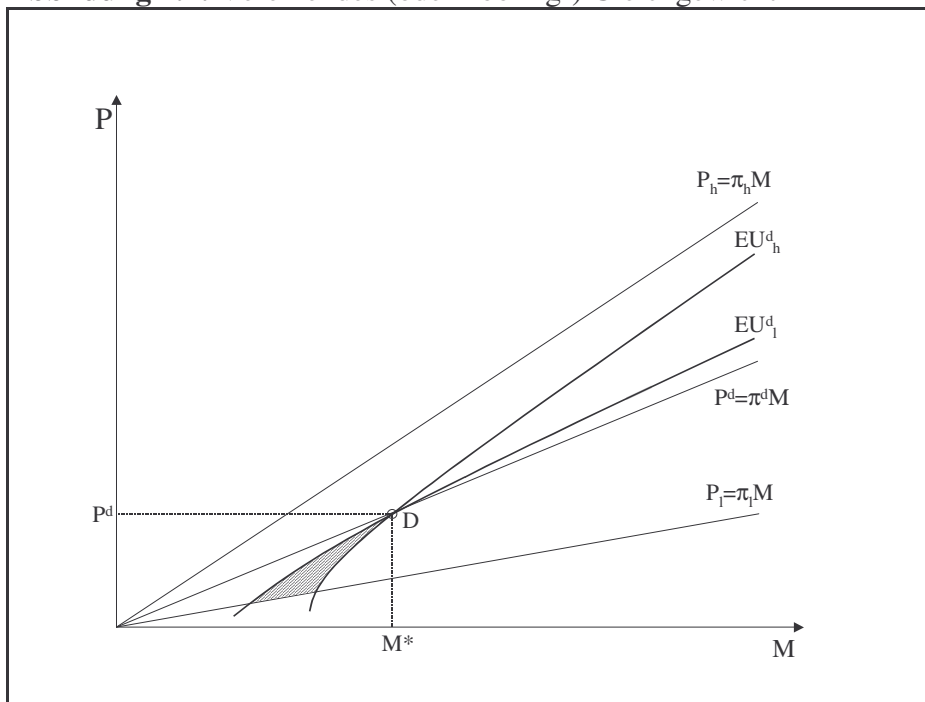
In diesem Abschnitt wird untersucht werden, ob ein sogenanntes Diskriminierungsverbot die oben genannten Forderungen an ein solidarisches Krankenversicherungssystem erfüllen kann. Ein Diskriminierungsverbot vermeidet, dass die Kassen von den unterschiedlichen Risikotypen verschieden hohe Prämien verlangen können. Letztlich bleibt ihnen nichts anderes, als von jedem Versicherten eine Prämie entsprechend dem durchschnittlichen Erkrankungsrisiko der Gesellschaft zu fordern¹⁹. Im Folgenden soll nun untersucht werden,

¹⁹ Insofern verhalten sich die Versicherungen analog zu dem Fall der asymmetrischen Information, in welchem sie den Risikotyp der Versicherten schlicht nicht beobachten können.

ob durch eine solche Maßnahme ein Gleichgewicht erreicht werden kann, wobei zunächst auf die Existenz eines vereinenden und anschließend auf die eines trennenden Gleichgewichts geprüft wird:

2.2.1.2.1 Existenz eines vereinenden Gleichgewichts

Abbildung 2.2: Vereinendes (oder Pooling-) Gleichgewicht



Quelle: Breyer / Zweifel / Kifmann.²⁰

Ein solches vereinendes Gleichgewicht muss auf der Ursprungsgerade $P^d = \pi^d M$ liegen. Jeder angebotene Vertrag oberhalb dieser Pooling-Gerade würde positive Gewinne erwirtschaften, eine konkurrierende Krankenkasse könnte einen Versicherungsvertrag zu günstigeren Bedingungen anbieten und so sämtliche Versicherungsnehmer attrahieren. Ein Vertrag unterhalb der Pooling-Gerade würde Prämien implizieren, welche unter den erwarteten Ausgaben lägen und folglich in den unausweichlichen Ruin der Versicherung führen. Ein denkbarer Punkt für ein vereinendes Gleichgewicht befindet sich in D . In diesem Punkt würde allen Individuen das sozial effiziente Versicherungsniveau M^* zu einer Prämie in Höhe des durchschnittlichen erwarteten Leistungsumfangs angeboten. Nehmen wir an, die Krankenkasse A bietet ebenjenen Vertrag an. Es stellt sich nun die Frage, ob sich dieser als Gleichgewicht stützen ließe. Mit einer solchen Versicherung würden die schlechten Risiken das Nutzenniveau EU^d_h erreichen, die guten EU^d_l . Die

²⁰ Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 270.

Indifferenzkurven der verschiedenen Risikotypen schneiden sich im Punkt D , da - wie oben bereits gezeigt wurde - jene der schlechten steiler verlaufen als jene der guten Risiken. Träte nun Versicherung B auf den Plan, könnte sie einfach antizipieren, dass jeder Vertrag innerhalb der schraffierten Fläche folgende Eigenschaften aufweisen würde:

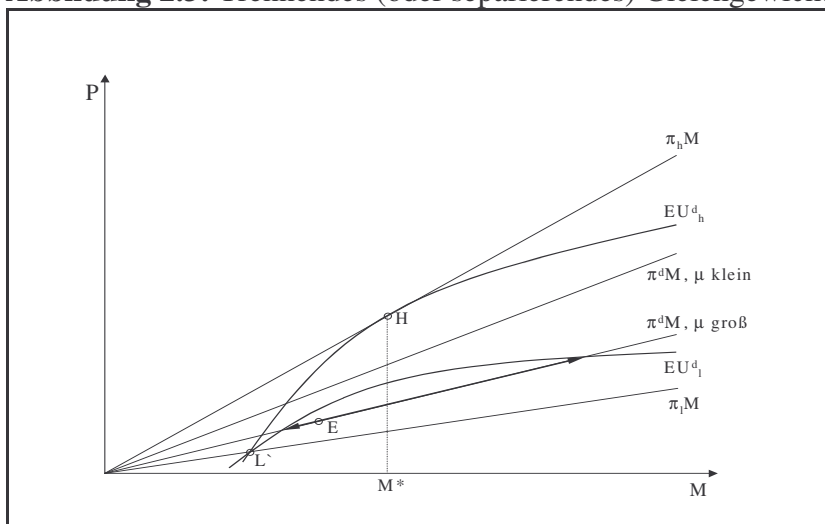
1. Er würde sämtliche guten Risiken anziehen, da alle Punkte in diesem Bereich oberhalb der Indifferenzkurve EU^d_l liegen und somit ein höheres Nutzenniveau für diese Bevölkerungsgruppe implizieren.
2. Er würde keine schlechten Risiken anziehen, denn all diese Punkte liegen unterhalb der sonst für sie erreichbaren Indifferenzkurve EU^d_h .
3. Wenn ausschließlich gute Risiken in diese Versicherung eintreten, erwirtschaftet jeder solche Vertrag positive Gewinne für die Kasse B , da seine Prämie höher ist als das erwartete Niveau der Versicherungsleistungen für gute Risiken ($\pi_l M$).

Angesichts der in Aussicht gestellten positiven Gewinne wäre ein Markteintritt von Kasse B unausweichlich, und wenn sie erst in den Markt eingetreten ist, lässt sich für Kasse A der Vertrag (P^d, M^*) nicht mehr finanzieren, da dieser abhängig ist von der nun in Auflösung befindlichen Risikomischung.

Ein vereinendes Gleichgewicht existiert also nicht.

2.2.1.2.2 Existenz eines trennenden Gleichgewichts

Abbildung 2.3: Trennendes (oder separierendes) Gleichgewicht



Quelle: Breyer / Zweifel / Kifmann.²¹

Möglicherweise existiert aber ein sogenanntes trennendes Gleichgewicht, also eines, in dem nach Risikotyp unterschiedene Verträge angeboten werden. Schlechte Risiken

²¹ Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 272.

müssten unter diesen Umständen nach wie vor das Nutzenniveau EU_h^d aus risikoabhängigen Verträgen erreichen können, während höherer Nutzen mit Verlusten für die Krankenkassen einhergeht und so unmöglich ist.

Der Vertrag, welcher den guten Risiken angeboten wird, muss seinerseits links der Indifferenzkurve der schlechten Risiken liegen, da er sonst auch im Interesse dieser Versicherten läge. Des Weiteren unterliegt er auch der Nullgewinnbedingung, muss also auf der Gerade $\pi_l M$ liegen. Folglich kommt für einen solchen Vertrag nur der Punkt L' in Frage. Dieser attrahiert ausschließlich die guten Risiken, während er ihnen den unter den gegebenen Bedingungen höchstmöglichen Erwartungsnutzen garantiert. Ein Angebot der beiden Verträge H und L' könnte somit ein mögliches Gleichgewicht darstellen. Ob dem tatsächlich so ist, hängt jedoch davon ab, wie groß der Anteil der guten Risiken an der gesamten Bevölkerung ist. Sollte dieser relativ groß sein (in Abbildung 2.3 dargestellt durch die Pooling-Gerade: $\pi^d M$, μ groß), würde (entlang der Pooling-Geraden, zwischen den Pfeilen) eine Menge an Verträgen (z.B. Punkt E) existieren, die ebenfalls Nullgewinne erwirtschaften aber zugleich einen für beide Risikotypen höheren Nutzen implizieren. Unter diesen Umständen wäre ein trennendes Gleichgewicht nicht zu stützen, während E aus den oben angeführten Gründen auch kein vereinigendes Gleichgewicht darstellen kann. Es existierte folglich überhaupt kein Gleichgewicht.

Im Falle relativ weniger guter Risiken unter der Gesamtheit der Versicherten (μ klein) jedoch gäbe es keinen alternativen Versicherungsvertrag, der für einen der beiden Risikotypen einen Anreiz gäbe, von dem ihm angebotenen Vertrag abzuweichen. Zwar brächten alle Verträge, die auf der Nullgewinn-Gerade ($\pi^d M$, μ klein) und rechts der Indifferenzkurve der schlechten Risiken liegen, für diese Personen einen höheren Nutzen, jedoch die guten Risiken würden weiterhin den Vertrag L' vorziehen. Ein trennendes Gleichgewicht wäre in diesem Falle stabil.

Intuitiv bedeuten die Resultate der vorangegangenen Analyse, dass - unter der Voraussetzung, dass nicht zu viele gute Risiken existieren - eine Risikoselektion über den Umfang medizinischer Leistungen erfolgen kann. Der Vertrag L' beinhaltet ein geringeres Leistungsniveau und ist dadurch in der Lage, den guten Risikotyp mit einem höheren Nutzen zu "ködern" ohne gleichzeitig eine für den schlechten Typ interessante Alternative darzustellen.

2.2.1.3 Mögliche Regulierungsformen zur Vermeidung indirekter Risikoselektion über den Leistungsumfang

Es sind mehrere regulative Maßnahmen, zumindest theoretisch, in der Lage, dieser Art des Rosinenpickens von staatlicher Seite Einhalt zu gebieten:

2.2.1.3.1 Festlegung des Leistungsumfangs

Indem der Staat den Krankenkassen exakt vorschreibt, welche Menge an medizinischen Leistungen sie ihren Versicherten im Krankheitsfall zu erbringen haben, könnte er Risikoselektion in dieser Form verhindern. Wird den Versicherern das für beide Risikotypen optimale Niveau M^* auferlegt, stellt sich auf Grund der Nullgewinnbedingung ein Gleichgewicht mit einheitlichen Prämien in Höhe der durchschnittlichen Ausgaben $P = \pi^d M^*$ ein. Jedoch wird sich sowohl die Wahl der Menge M^* , als auch deren Durchsetzung schwierig gestalten und Abweichungen dürften schwer nachvollziehbar sein. Daher scheint diese Maßnahme in der Praxis wenig erfolgversprechend.

2.2.1.3.2 Fixierung der Prämien

Denkbar ist auch, die Höhe der Prämien gesetzlich festzuschreiben. Wenn den Versicherern die Möglichkeit genommen wird, Prämienunterschiede zu realisieren, wird sich auf einem vollkommen wettbewerblich orientierten Versicherungsmarkt stets das effiziente Maß medizinischer Leistungen durchsetzen. Bei kassenübergreifend fixierten Prämien in Höhe von $P^d = \pi^d M^*$ haben die Versicherungsgeber mittel- bzw. langfristig keine Möglichkeit, einen anderen als den effizienten Leistungsumfang anzubieten: Zwar würde eine Kasse bei geringerem Leistungsangebot kurzfristig Gewinne erwirtschaften, jedoch kann ein konkurrierendes Unternehmen dieses Niveau marginal überbieten und so sämtliche Versicherungsnehmer und letztlich alle Gewinne auf sich vereinigen. Dieser Prozess würde sich solange wiederholen, bis sämtliche Versicherer tatsächlich M^* anböten. Andererseits wäre die Wahl eines höheren Leistungsumfangs als M^* mit Verlusten für die Kassen verbunden und erschlosse ihnen somit auch keine Handlungsalternative.

2.2.1.3.3 Risikostrukturausgleich

Schließlich bietet auch ein Risikostrukturausgleich eine Handhabe gegen Risikoselektion über den Leistungsumfang. Seine genaue Ausgestaltung richtet sich dabei danach, ob von

staatlicher Seite der Risikotyp der Individuen bestimmt werden kann oder nicht. Ist er als regulative Instanz in der Lage, jede Person exakt ihrem Risikotyp zuzuordnen, so berechnet sich die Höhe der RSA-Zahlungen wie folgt: Die Kassen müssen für jeden ihrer Versicherten, der über eine geringe Krankheitswahrscheinlichkeit verfügt, $P_l^* - P^d$ entrichten, während sie für jeden Versicherten aus der Hochrisikogruppe einen Betrag von $P_h^* - P^d$ erhalten.

Kann der Staat jedoch - was in der Realität der Fall ist - nur Signale (wie z.B. Alter, Geschlecht etc.) beobachten, anhand derer er beurteilen kann, mit welcher *Wahrscheinlichkeit* eine Person zu den guten bzw. schlechten Risiken zählt, so gestaltet sich der Risikostrukturausgleich komplizierter. Diese Tatsache soll hier mit Hilfe eines kurzen, einfachen Beispiels veranschaulicht werden: Der Staat bemisst die Ausgleichszahlungen an den Ausprägungen eines beobachtbaren, unvollkommenen Signals, beispielsweise dem Alter. Sei die Wahrscheinlichkeit q_h , dass ein Individuum mit hohem Risiko das Signal $s="alt"$ aussendet, gleich $2/3$. Mit der Gegenwahrscheinlichkeit $1/3$ ist ein schlechtes Risiko entsprechend also jung. Wenn nun die Krankenkasse A ausschließlich hohe Risiken unter ihren Versicherten besitzt, so müsste sie bei *gerechtem* Risikostrukturausgleich für *jeden* ihrer Versicherungsnehmer RSA-Zahlungen erhalten. In realiter jedoch erhält sie nur für jene zwei Drittel Zahlungen, die der Staat als Alte identifizieren kann. Schlimmer noch: Für dasjenige Drittel junger, aber hochmorbider Versicherter muss Kasse A darüber hinaus Transfers leisten. So haben die Krankenversicherungen erneut einen Anreiz, die "Rosinen herauszupicken", um sich einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen.

Dies Problem des Risikostrukturausgleichs kann offensichtlich gelöst werden, indem der Existenz unvollkommener Signale mit erhöhten Transferleistungen Rechnung getragen wird.²² Die Abgaben für Versicherte, welche das ungünstige Merkmal nicht tragen, muss also auf $z_0^* < P_l^* - P^d$ angehoben werden, während die Versicherungen für jeden Träger dieses Merkmals ebenfalls höhere Subventionen in Höhe von $z_1^* > P_h^* - P^d$ erhalten.

²² Für eine mathematische Herleitung dieses Sachverhalts vgl. Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 276f.

2.2.2 Indirekte Risikoselektion über die Leistungsstruktur

Die Krankenkassen haben neben der Verringerung des gesamten Leistungsumfangs noch eine zweite Möglichkeit, die angebotenen Leistungen dahingehend zu gestalten, dass diese eine Selbstselektion der Versicherten bewirken: Die Verzerrung des Leistungsspektrums zu Ungunsten chronisch Erkrankter mit dem Ziel, diesen Personenkreis vom Abschluss eines Versicherungsvertrags abzuhalten. Die folgenden formalen Betrachtungen beziehen sich auf ein Modell von Breyer, Zweifel und Kifmann²³ in Anlehnung an Glazer und McGuire.²⁴

Gebe es diesmal zwei unterschiedliche Erkrankungen in der beobachteten Gesellschaft, chronische und akute, sowie jeweils darauf abgestimmte medizinische Leistungen M_c und M_a . Gebe es des Weiteren erneut zwei Risikotypen, die mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit π_i , $i = l, h$, ($0 < \pi_l < \pi_h \leq 1$) von einem chronischen Leiden befallen werden. Im Falle einer solchen Erkrankung vermögen spezielle Behandlungsmethoden für Chroniker (M_c) Erleichterung in Form des Nutzens $v_c(M_c)$ (mit $v_c < 0$, $v_c' > 0$, $v_c'' < 0$ und $v_c'(0) > 1$) zu verschaffen. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer akuten Krankheit sei unter beiden Risikotypen mit $0 < \rho < 1$ gleich groß. Die Behandlung mit M_a führt zu einem Nutzen von $v_a(M_a)$ (mit $v_a < 0$, $v_a' > 0$, $v_a'' < 0$ und $v_a'(0) > 1$).

Somit stellt sich der Erwartungsnutzen der Individuen dar als:

$$EU_i(C, M_a, M_c) = C + \rho v_a(M_a) + \pi_i v_c(M_c) \quad (2.11)$$

Der Versicherungsgeber verlangt für die Versicherung des Krankheitsrisikos eine Prämie in Höhe von P_i . Es ergibt sich der Erwartungsnutzen:

$$EU_i(Y, P_i, M_a, M_c) = Y - P_i + \rho v_a(M_a) + \pi_i v_c(M_c) \quad (2.12)$$

Es herrsche vollkommene Konkurrenz ohne Verwaltungskosten, und jeder Versicherte erwerbe genau einen Vertrag.

2.2.2.1 Gleichgewicht auf einem unregulierten Markt

Auch hier werden wir vorerst das Gleichgewicht auf einem unregulierten Markt als Referenzsituation analysieren. In diesem Fall verlangen die Versicherungen von den Versicherungsnehmern die aktuarisch faire Prämie:

²³ Vgl. Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 278ff.

²⁴ Vgl. Glazer / McGuire (2000), S. 1058

$$P_i = \rho M_a + \pi_i M_c \quad (2.13)$$

Aus dem Einsetzen dieser Gleichung in den Erwartungsnutzen des Individuums ergibt sich für dieses das folgende Maximierungskalkül:

$$\max_{M_a, M_c} EU_i(Y, M_a, M_c) = Y - \rho M_a - \pi_i M_c + \rho v_a(M_a) + \pi_i v_c(M_c) \quad (2.14)$$

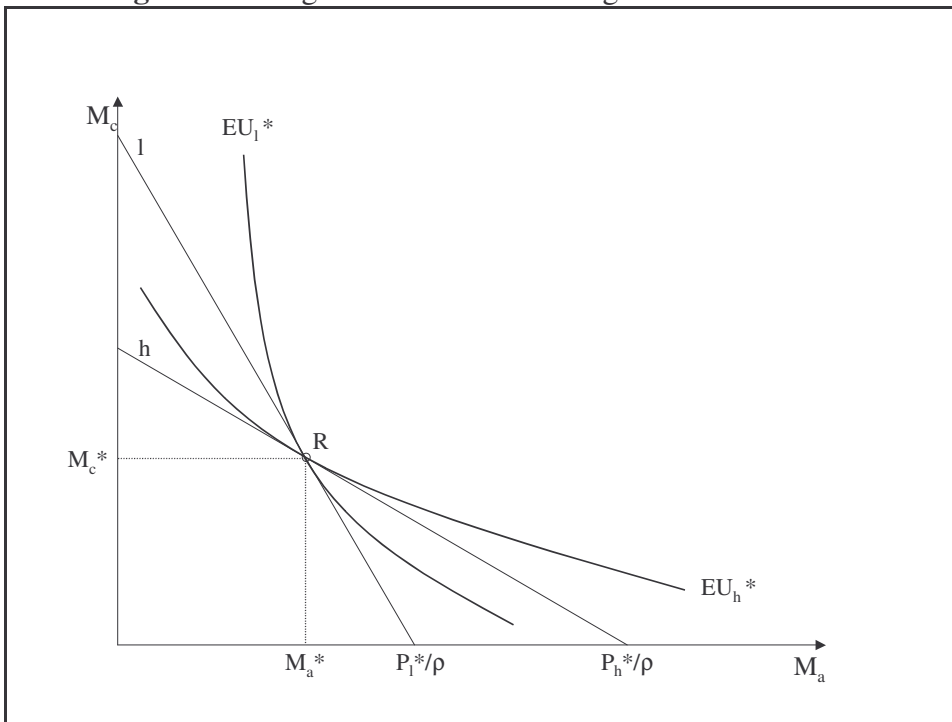
Die beiden Bedingungen erster Ordnung lauten unter der Voraussetzung, dass das Einkommen im Optimum für einen positiven Konsum genügt:

$$\frac{\partial EU_i}{\partial M_a} = -\rho + \rho v_a'(M_a^*) \Rightarrow v_a'(M_a^*) = 1 \quad (2.15)$$

$$\frac{\partial EU_i}{\partial M_c} = -\pi_i + \pi_i v_c'(M_c^*) \Rightarrow v_c'(M_c^*) = 1 \quad (2.16)$$

Die Bedingungen zweiter Ordnung sind erfüllt ($v_a'' < 0$, $v_c'' < 0$). Die effiziente Menge an medizinischen Leistungen ist unabhängig vom Risikotyp gleich groß.

Abbildung 2.4: Gleichgewicht auf einem unregulierten Markt



Breyer / Zweifel / Kifmann.²⁵

Die Abbildung 2.4 stellt alle möglichen Kombinationen der beiden unterschiedlichen medizinischen Leistungen M_a und M_c dar. So steht jeder Punkt im Diagramm für eine spezielle Leistungsstruktur, wobei die Geraden l und h jeweils für die Risikotypen jene

²⁵ Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 280.

beschreiben, deren erwarteter Wert gleich den Ausgaben im Optimum ist.

$$\rho M_a + \pi_i M_c = \rho M_a^* + \pi_i M_c^* = P_i^* \Leftrightarrow M_c = P_i^* / \pi_i - (\rho / \pi_i) M_a \quad (2.17)$$

Durch Ableitung der Gleichung (2.17) erhält man die Steigungen dieser Geraden ($dM_c/dM_a = -\rho/\pi_i$), der X-Achsenabschnitt befindet sich bei P_i^*/π_i .

Totales Differenzieren des Erwartungsnutzens (2.11) zeigt die Eigenschaften der Indifferenzkurven:

$$\left. \frac{dM_c}{dM_a} \right|_{EU_i=const.} = - \frac{\rho v_a'(M_a)}{\pi_i v_c'(M_c)} < 0 \quad (2.18)$$

$$\left. \frac{d^2 M_c}{dM_a^2} \right|_{EU_i=const.} = - \frac{\rho}{\pi_i} \frac{v_a''(M_a)v_c'(M_c) - v_a'(M_a)v_c''(M_c)}{[v_c'(M_c)]^2} \cdot \left. \frac{dM_c}{dM_a} \right|_{EU_i=const.} > 0 \quad (2.19)$$

Beide Indifferenzkurven verlaufen also fallend bei positiver Krümmung, d.h. sie sind konvex. Außerdem hängt die negative Steigung (Gleichung 2.18) proportional von der Krankheitswahrscheinlichkeit ab, mit steigendem Risiko wird sie absolut größer, die Indifferenzkurve schlechter Risiken verläuft somit flacher. Das Optimum ist für die Individuen erreicht, wenn ihre Indifferenzkurve die jeweils für ihren Risikotyp geltende Vertragsgerade (l bzw. h) tangiert. Da die effiziente Menge an medizinischen Leistungen für beide Risikotypen gleich ist, befinden sich beide Tangentialpunkte im Punkt R mit M_a^* und M_c^* , wobei derselbe Versicherungsumfang naturgemäß die schlechten Risiken teurer zu stehen kommt.

2.2.2.2 Gleichgewicht auf einem Markt mit Diskriminierungsverbot

Möglicherweise vermag ein Diskriminierungsverbot, das sozialpolitische Ziel einheitlicher Versicherungsverträge für alle Personen sicher zu stellen. Daher wird auch in diesem Fall, wie schon zuvor im Falle der Risikoselektion über den Leistungsumfang, die Wirkung des Diskriminierungsverbots auf die Risikoselektion über die Leistungsstruktur untersucht. Beabsichtigt ist, dass alle Versicherten die effizienten Mengen M_a^* und M_c^* an medizinischer Versorgung erhalten und dafür die identische Prämie

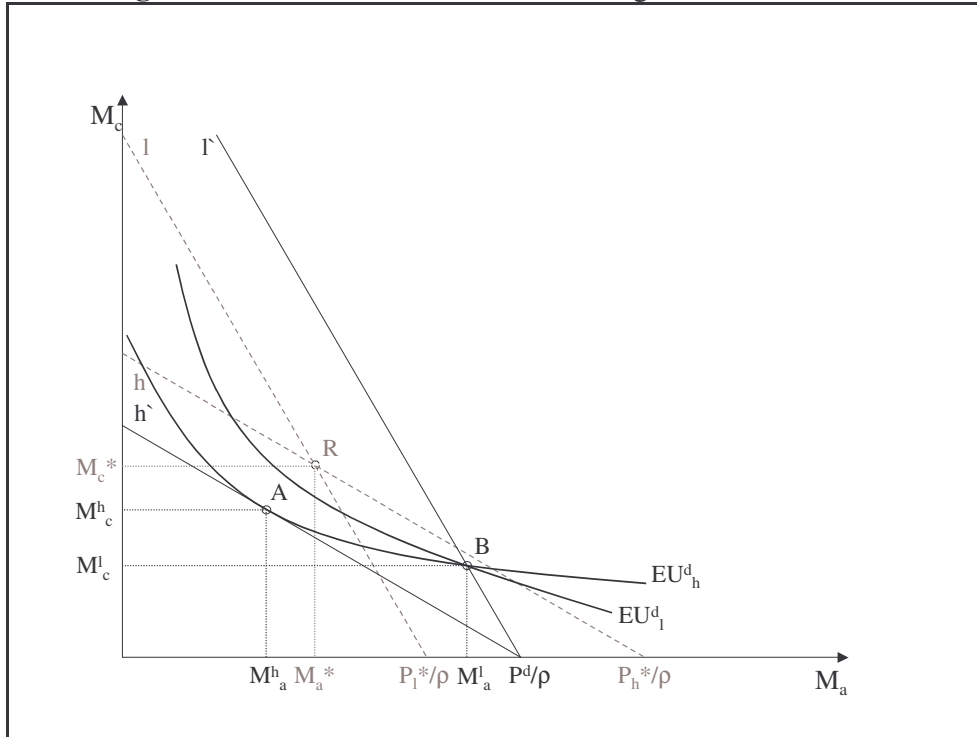
$$P^d = \rho M_a + \pi^d M_c^* \text{ entrichten.} \quad (2.20)$$

Eine Selektion der Risiken über den Leistungsumfang soll ausgeschlossen werden, daher wird im Folgenden davon ausgegangen, dass die Prämie in Höhe von P^d fixiert ist.

Die Versicherer sehen sich mit folgender Nullgewinnbedingung konfrontiert:

$$P^d = \rho M_a + \pi_i M_c \Leftrightarrow M_c = P^d / \pi_i - (\rho / \pi_i) M_a \quad (2.21)$$

Abbildung 2.5: Risikoselektion über die Leistungsstruktur



Quelle: Breyer / Zweifel / Kifmann.²⁶

Durch die Erhebung einer durchschnittlich hohen Prämie verschieben sich die Nullgewinngeraden für beide Risikotypen. Diejenige für gute Risiken verschiebt sich nach rechts (auf l'), während sich die für schlechte nach links (auf h') verschiebt.²⁷ Die beiden neuen Nullgewinngeraden schneiden sich, wie Gleichung (2.21) zeigt, bei $M_c=0$ im Wert $M_a=P^d/\rho$.²⁸

Wie im vorangegangenen Modell zur Risikoselektion über den Leistungsumfang kann auch hier gezeigt werden, dass das einzige mögliche Gleichgewicht trennenden Charakter besitzt und nur bei hinreichend wenigen guten Risiken existiert. Aus Gründen der

²⁶ Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 281.

²⁷ Die Intuition hinter dieser Tatsache sei kurz anhand des Beispiels schlechter Risiken erklärt: Eine über die gesamte Gesellschaft durchschnittliche Prämie ist niedriger, als eine risikoabhängige für Menschen mit schlechterer Gesundheit wäre. Angesichts dieser niedrigen Prämie verringert sich die Menge an medizinischen Leistungen, welche Krankenkassen unter der Nullgewinnbedingung zu erbringen im Stande sind - die Gerade verschiebt sich nach links. Für die guten Risiken verläuft die Argumentation analog.

²⁸ Auch dies ist intuitiv leicht begreiflich: Sollte das Gesundheitswesen eines Landes gänzlich auf die medizinische Versorgung chronischer Krankheiten verzichten, könnte allen Versicherten das selbe Niveau an akutmedizinischer Leistungen zukommen, da sie sich in ihrer Wahrscheinlichkeit akut zu erkranken nicht unterscheiden.

Redundanzvermeidung soll hier jedoch darauf verzichtet und im Folgenden davon ausgegangen werden, dass die Bedingungen für ein solches Gleichgewicht erfüllt sind.

Das hier betrachtete Gleichgewicht zeichnet sich durch folgende Situation aus: Die schlechten Risiken bekommen den unter der Bedingung (2.21) optimalen, also den im Tangentialpunkt von Indifferenzkurve und Nullgewinngerade (h') befindlichen Vertrag angeboten (Punkt A). Unter dieser Prämisse muss der den guten Risiken angebotene Vertrag im Punkt B liegen. Dies ist nämlich der beste Vertrag, welcher erstens nicht von den schlechten Risiken gewählt werden wird und zweitens zu einem Erwartungsgewinn von Null für die Versicherungen führt. In Abbildung 2.5 ist augenscheinlich, dass sowohl gute als auch schlechte Risiken sich gegenüber dem unregulierten Marktgleichgewicht schlechter stellen: Beide erreichen nunmehr nur eine niedrigere Indifferenzkurve, als sie im Punkt R zu erreichen vermochten. Die hohen Risiken haben nun für beide möglichen Schadensfälle weniger Versicherungsschutz, als sie zu bezahlen bereit wären ($M_a^h < M_a^*$, $M_c^h < M_c^*$). Und die niedrigen Risiken sehen sich höheren Ausgaben bei gleichzeitig verzerrter Leistungsstruktur gegenüber ($M_a^l > M_a^*$, $M_c^l < M_c^*$). Sie könnten ihr Nutzenniveau erhöhen, indem sie zugunsten von Behandlungsmethoden für chronische Krankheiten teilweise auf akutmedizinische Leistungen verzichten.

2.2.2.3 Mögliche Regulierungsformen zur Vermeidung indirekter Risikoselektion über die Leistungsstruktur

2.2.2.3.1 Festlegung des Leistungspakets

Der wohl naheliegendste staatliche Eingriff mit dem Ziel, die Risikoselektion über die Leistungsstruktur zu verhindern, ist die Bestimmung eines anzubietenden Leistungspakets. Durch exakte Vorgabe aller Leistungen und derer Umfänge sehen sich die Krankenversicherungen außer Stande, durch geeignete Auswahl von Behandlungsformen, Medikationen oder Zusatzleistungen ungünstige Risiken wie z.B. chronisch Kranke abzuschrecken bzw. günstige Risiken zu locken.

Lediglich in der Umsetzung dürfte diese Maßnahme erhebliche Probleme bereiten, da die Bestimmung der nötigen Leistungen ebenso kompliziert ist wie die Kontrolle der Versicherungen schwierig. So warnen beispielsweise Breyer, Zweifel und Kifmann davor,

dass die Kassen ihre Mitglieder *upcoden*²⁹, indem sie "akutmedizinische Leistungen als Leistungen für chronisch Erkrankte deklarieren"³⁰.

2.2.2.3.2 Institutionelle Trennung der Leistungen

Eine zweite mögliche Therapieform für indirekte Risikoselektion über die Leistungsstruktur ist die faktische Splittung des Krankenversicherungsmarkts in einen für chronische und einen für die übrigen Erkrankungen (sog. *carve-out*). Die Individuen hätten also zwei Versicherungsverträge abzuschließen, um gegen jede Form von Erkrankung versichert zu sein. Sodann wäre der Regulator in der Lage, mit der Festsetzung der Prämienhöhe die effizienten Mengen an medizinischen Leistungen auf jedem Markt einzeln zu erzwingen.³¹

Wenn jedoch, was anzunehmen ist, für die Versicherer positive Skalenerträge bei gleichzeitigem Angebot akutmedizinischer Leistungen und solchen für chronische Erkrankungen bestehen, hätten sie ein enormes Maß an Mehrbelastung zu tragen, zumal sich ihre Verwaltungskosten erheblich erhöhen würden. Da die Abgrenzung zwischen chronischen und akuten Krankheiten schwierig und teils uneindeutig ist, wird sich ferner jede der beiden Kassen im Versicherungsfall einer Zahlung zu entziehen versuchen, indem sie die jeweils andere für verantwortlich erklärt.³²

2.2.2.3.3 Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich, dessen Wirksamkeit als Maßnahme gegen direkte bzw. indirekte Risikoselektion über den Leistungsumfang bereits erörtert wurde, nutzt auch im Falle von Risikoselektion über die Leistungsstruktur. Hierfür bedarf es lediglich eines Signals über den Risikotyp der Individuen. Seien:

$$P^d = \rho M_a^* + \pi^d M_c^* \quad \text{und} \quad P_i^* = \rho M_a^* + \pi_i M_c^* \quad (2.22)$$

Weiter sende ein Risikotyp $i=l,h$ mit einer Wahrscheinlichkeit von q_i das Signal s aus. Somit ergeben sich die RSA-Zahlungen in Abhängigkeit des beobachteten Signals aus den folgenden beiden Gleichungen:

$$q_h z_l + (1 - q_h) z_0 = P_h^* - P^d \quad (2.23)$$

²⁹ Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 4.

³⁰ Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 282.

³¹ Analog zu dem Modell mit nur einer Leistung, beschrieben unter Gliederungspunkt 2.2.1.3.2.

³² Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 283.

$$q_l z_l + (1 - q_l) z_0 = -(P^d - P_l^*) \quad (2.24)$$

Aufgelöst nach den Transfers ergibt sich:

$$z_0^* = \frac{q_h P_l^* - q_l P_h^*}{q_h - q_l} - P^d \quad \text{bzw.} \quad z_l^* = \frac{(1 - q_l) P_h^* - (1 - q_h) P_l^*}{q_h - q_l} - P^d \quad (2.25)$$

Wenn die Risikotypen anhand ihrer Merkmale exakt zu bestimmen sind, d.h. bei Existenz perfekter Signale ($q_l=0$; $q_h=1$), bedeutet dies für die Höhe der Zahlungen:

$$z_0^* = P_l^* - P^d < 0 \quad \text{sowie} \quad z_l^* = P_h^* - P^d > 0 \quad (2.26)$$

Wie schon bei der Risikoselektion über den Leistungsumfang zeigt sich also auch hier, dass der Risikostrukturausgleich unter der Voraussetzung perfekter Signale so ausgestaltet sein muss, dass die Versicherungen für jeden Versicherten aus der Gruppe der guten (schlechten) Risiken ein Transfer zu leisten (zu erhalten) haben, welcher der Höhe der Differenz zwischen risikoabhängiger Prämie und gesellschaftlicher Durchschnittsprämie entspricht. Wiederum muss berücksichtigt sein, dass unter der (realitätsnahen) Annahme unvollkommener Signale eine Spreizung (also eine Erhöhung) der RSA-Zahlungen erfolgen muss, um Risikoselektion effektiv zu vermeiden.³³

2.3 Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse

In den bisherigen Abschnitten der vorliegenden Arbeit wurde das Phänomen der Risikoselektion im Bereich des Krankenversicherungswesens aus theoretischer Sicht untersucht. Die hierbei entscheidenden Ergebnisse waren wie folgt:

Risikoselektion auf dem Krankenversicherungsmarkt dient den Kassen dazu, ihre Risikostruktur zu verbessern und so bei gleichen Einnahmen ihre Kosten zu senken, was schlussendlich zu einer verbesserten Stellung und mehr Gestaltungsspielraum im Krankenkassenwettbewerb führt. Sie kann in drei verschiedenen Formen erfolgen, direkt bzw. indirekt über den Leistungsumfang sowie die Leistungsstruktur.

Die direkte Risikoselektion geschieht aktiv über Anwerben von Personen mit niedrigem oder Abschrecken von Personen mit hohem Risiko. Als denkbare Regulative wurden einerseits gesetzliche Maßnahmen zur Erschwerung dieser Handlungsweisen und

³³ Hier sei erneut auf die intuitive Erklärung unter Gliederungspunkt 2.2.1.3.3 bzw. auf die mathematische Herleitung (vgl. Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 276f.) verwiesen.

andererseits ein Risikostrukturausgleich herausgearbeitet, wobei festgestellt wurde, dass Erstere bedeutende Mängel aufweist.

Die zweite Methode der Selektion von Risiken ist jene über den Leistungsumfang. Mit Hilfe eines Modells konnte gezeigt werden, dass es den Krankenkassen möglich ist, die Individuen indirekt zur Selbstselektion zu bewegen, indem im Umfang beschränkte Verträge angeboten werden, die lediglich das Interesse guter Risiken finden. Dieses trennende Gleichgewicht mit nach Risikotyp unterschiedenen Policen ließe sich theoretisch durch drei Arten von staatlichen Eingriffen vermeiden. Die erste Möglichkeit wäre, den Leistungsumfang gesetzlich auf das effiziente, für alle Risikotypen optimale Niveau festzuschreiben, wobei diese Maßnahme auf Grund ihrer schwierigen Durchsetzbarkeit abgelehnt werden muss. Eine andere Möglichkeit besteht in einer Fixierung der Prämien auf das in der effizienten Leistungsmenge resultierende Niveau. Eine letzte Alternative schließlich stellt der Risikostrukturausgleich dar, der - richtig eingesetzt - den Versicherern die Anreize zur Selektion der Individuen über eine Differenzierung des Leistungsumfangs nimmt.

Die dritte Form von Risikoselektion können die Versicherungsgeber betreiben, indem sie die Struktur der verschiedenen vertraglich festgeschriebenen medizinischen Leistungen differenzieren. Sie ist ebenfalls indirekt zu nennen, da auch sie den Kassen ein Werkzeug an die Hand gibt, das die Individuen zur Selbstselektion zwingt. Durch Verringerung der übernommenen Behandlungen für chronisch Kranke kann die betreffende Versicherung erreichen, dass dieser (naturgemäß hochriskante) Personenkreis von einem Vertragsabschluss absieht, ohne jedoch in der Gunst der gesunden Individuen nennenswert zu sinken. Weiter wurden auch hierzu mögliche Gegenmaßnahmen diskutiert: Von einer Regulierung des gesamten Leistungspakets, die letztlich einer Festlegung des Leistungsumfangs (s.o.) für alle medizinischen Bereiche entspricht, ist aus den oben genannten Gründen abzuraten. Ebenso konnte erläutert werden, warum die Organisation des Gesundheitswesens mit strikter Trennung von Versicherungen für chronische bzw. akute Erkrankungen so erhebliche Nachteile mit sich bringt, dass ihr Nutzen in Zweifel gestellt werden darf. Schließlich hat die vorliegende Arbeit dargestellt, weshalb auch die Risikoselektion über die Leistungsstruktur unter Zuhilfenahme eines Risikostrukturausgleichs unterbunden werden kann.

Zwar muss bei einer Implementierung eines RSA berücksichtigt werden, dass die Transferzahlungen angesichts unvollkommener Signale, also da der Staat den jeweiligen Risikotyp nicht exakt bestimmen kann, höher gewählt werden muss als ein bloßer

Ausgleich von durchschnittlichen und risikoabhängigen Prämien. Darüber hinaus zeigt der Risikostrukturausgleich allerdings keine wesentlichen Probleme in der Umsetzung und stellt so aus theoretischer Sicht den vielversprechendsten Ansatz dar, um Risikoselektion, gleich welchen Typs, auf dem Markt für Krankenversicherungen zu verhindern.

3 Der Risikostrukturausgleich

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt dieser Arbeit die Ursachen und Wirkungsweisen der Risikoselektion auf dem Krankenversicherungsmarkt mit theoretischen Mitteln eingehend beleuchtet wurden und ein Risikostrukturausgleich als einzig probates Mittel zur Vermeidung dieses Problems identifiziert wurde, soll dieser nun umfassend untersucht und so letztlich auch der Bezug zur Praxis hergestellt werden. Die Fragen, die es dabei vor allem zu beantworten gilt, lauten: Wie sollte der Risikostrukturausgleich idealerweise ausgestaltet sein, um die an ihn gestellten Anforderungen erfüllen zu können? Wie ist der derzeit in Deutschland implementierte RSA beschaffen und inwieweit wird er den nötigen Gestaltungskriterien gerecht? Welche Alternativen gibt es, um möglicherweise bestehende Unzulänglichkeiten zu beseitigen? Im verbleibenden Teil der vorliegenden Arbeit wird sich mit diesen Fragen eingehend beschäftigt, um geeignete und sachgerechte Antworten zu liefern.

3.1 Aufgaben und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs

Mit dem Risikostrukturausgleich sollen nach Cassel und Janßen³⁴ zweierlei Zielsetzungen verfolgt werden: Einerseits die sozialpolitische Zielsetzung, dass bestehende und entstehende Unterschiede in den Beitragssätzen verringert werden, um so zu gerechten, einheitlichen Lebensumständen zu gelangen. Andererseits die wettbewerbspolitische Zielsetzung der Erreichung ausgeglichener Risikostrukturen, um Anreize zur Risikoselektion zu minimieren und so einen verzerrungsfreien Kassenwettbewerb und dessen Vorzüge zu gewährleisten.

³⁴ Vgl. Cassel / Janßen (1999), S. 11.

Breyer und Kifmann³⁵ differenzieren die Ziele des RSA weiter, indem sie derer vier anführen:

- **Chancengleichheit im Kassenwettbewerb:** Nicht die Kasse mit der besten "Startposition"³⁶, also der besten anfänglichen Risikostruktur, soll sich im Wettbewerb durchsetzen können, sondern jene, die am wirtschaftlichsten agiert, was ein RSA sicherstellen kann.
- **Vermeidung von Risikoselektion:** Einerseits widerspricht Risikoentmischung selbst dem Solidarprinzip, andererseits sind Bemühungen zur Entmischung der Risikostrukturen volkswirtschaftlich ineffizient und sollen daher durch einen RSA unterbunden werden.
- **Anreize zur Wirtschaftlichkeit:** Erstens vermag ein RSA oben erwähnte ineffiziente Handlungen zu vermeiden und zweitens fördert er Wettbewerb, der seinerseits Anreize zur Wirtschaftlichkeit setzt.
- **Verringerung der Beitragssatzdifferenzen:** Indem er Risikostrukturunterschiede zwischen den Kassen betriebswirtschaftlich zur Bedeutungslosigkeit verdammt, kann ein RSA die Beiträge bis auf verbleibende Wirtschaftlichkeitsdifferenzen angleichen und so dem Gleichheitsgrundsatz von Art. 3, Abs. 1 GG Genüge tun.

Letztlich ist jedoch nach Ansicht des Verfassers eine Unterscheidung der "verschiedenen" Ziele nicht wirklich den Tatsachen entsprechend, da sie wenig eigenständig und eher als kausal eng miteinander verknüpfte, positive Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu betrachten sind. So kann der RSA einerseits die *Chancengleichheit im Kassenwettbewerb* dadurch erreichen, dass er die Effekte von in der Vergangenheit erfolgter Risikoselektion eliminiert. Die Vermeidung zukünftiger Risikoselektion bewirkt, dass funktionaler Wettbewerb entstehen kann, der die *Verringerung von Beitragssatzunterschieden* auf durch unterschiedlich wirtschaftliches Handeln bedingtes Niveau erzielt. Diese wiederum setzt *Anreize zur Wirtschaftlichkeit*, da andere beitragsenkende Maßnahmen als gutes und effizientes Haushalten nicht mehr wirken.

Andererseits ist *Vermeidung von Risikoselektion* genaugenommen kein Selbstzweck, sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Erreichung der erwähnten Unterziele ermöglicht.

³⁵ Vgl. Breyer / Kifmann (2001), S. 2ff.

³⁶ a.a.O., S. 2.

Kurz gesagt: Der Risikostrukturausgleich kann, sofern er dem perfekten RSA möglichst nahe kommt, Risikoselektion verhindern und schafft so die Grundlage für Chancengleichheit, Wirtschaftlichkeitsanreize sowie weitgehende Beitragssatzangleichung. Daher wird im Folgenden von der Vermeidung von Risikoselektion als dem einzigen, weil grundlegenden Ziel des RSA ausgegangen.³⁷

Es ist zu betonen, dass es sich bei einem Risikostrukturausgleich nicht um das selbe handelt wie bei einem Ausgabenausgleich.³⁸ Was mittlerweile schon wie eine Plattitüde anmutet, kann angesichts der am RSA von gewisser Seite wiederholt geäußerten Kritik offenbar nicht oft genug gesagt werden. Ein Ausgabenausgleich besäße die unrühmliche Eigenschaft, dass er alle Kosten zwischen den Unternehmen assimilieren würde. So trügen die Versicherungen die Verantwortung für ihre Ausgaben nicht mehr allein, Verschwendung allerorts wäre die Folge. Es ist jedoch schlicht falsch, dass ein Risikostrukturausgleich zu einer völligen Nivellierung der Kosten führt, "der immer wieder erhobene Vorwurf, der Risikostrukturausgleich subventioniere unwirtschaftlich agierende Kassen, wird auch nach der hundertsten Wiederholung nicht richtiger"³⁹. Vielmehr gleichen sich die Kosten und schließlich auch die Beitragssätze genau in dem Maße aneinander an, indem zuvor Unterschiede in der Risikostruktur bestanden.⁴⁰ Die Verzerrungen durch Risikoentmischung können unter einem Risikostrukturausgleich nicht mehr wirken, sie werden gänzlich aufgelöst. Nichtsdestotrotz bleiben die Differenzen in der Effizienz zwischen verschiedenen Kassen bestehen und rufen gleichwohl Beitragssatzunterschiede hervor, die gerade erwünscht sind und die Dienlichkeit des RSA begründen.⁴¹ Die Versicherungen können unter seinem Einfluss keinen Wettbewerb betreiben, indem sie günstige Versicherte "picken", sondern lediglich indem sie ihr Unternehmen "flott machen", die dadurch erzielten Einsparungen in niedrigere Beiträge investieren und so neue Mitglieder zu gewinnen versuchen.

Völlig unerheblich für den Nutzen oder die Qualität eines Risikostrukturausgleichs ist freilich das Transfervolumen. Während dessen Höhe zwar immer wieder von Kritikern als

³⁷ Eine Unterscheidung der verschiedenen "Unterziele" wird indes nötig, wenn man von einem unvollkommenen Risikostrukturausgleich ausgehen muss. Da der bestehende RSA aller Wahrscheinlichkeit nach relativ unvollkommen ist, wird diese Problematik noch einmal unter Gliederungspunkt 3.3.3 als Nachteil des gegenwärtigen Systems diskutiert.

³⁸ Z.B. der frühere Ausgabenausgleich in der Krankenversicherung oder der Finanzausgleich in der Pflegeversicherung.

³⁹ Jacobs (2003), S. 35.

⁴⁰ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 18.

⁴¹ Vgl. Jacobs (2003), S. 35.

vermeintliches Indiz für eine mangelnde Wirksamkeit des RSA ins Feld geführt wird⁴², sagt sie letztlich doch einzig etwas über das Ausmaß der Risikoentmischung aus: Je höher diese ist, desto höher werden auch die Ausgleichszahlungen sein.⁴³

Das Ideal eines Risikostrukturausgleichs wäre erreicht, wenn die Versicherungsgesellschaft der Krankenkassen für jedes Individuum exakt die selben Nettoausgaben aufwies. Jede Abweichung im Erkrankungsrisiko müsste durch RSA-Transfers genau aufgehoben werden. Wie so oft bei Idealen besteht auch hier die Schwierigkeit, dass dieser Zustand nicht erreicht werden kann. Dafür müssten derart viele Parameter in die individuelle Risikokalkulation für jeden einzelnen Versicherten eingehen, dass eine Risikoerfassung ungeheuren Aufwand erzeugen würde. Und selbst dann bliebe ein Rest Ungewissheit, schließlich sind Erkrankungen niemals zuverlässig vorherzusagen. Höchstes anzustrebendes Ziel muss daher eine möglichst starke Annäherung an dieses Ideal bleiben. Die Risikostruktur der Krankenversicherungen muss, um einen funktionalen RSA zu erreichen, so genau ergründet werden, wie unter der Maßgabe der Verhältnismäßigkeit zu rechtfertigen ist. Das bedeutet, es muss das richtige Gleichgewicht zwischen den konkurrierenden Zielen "hohe Genauigkeit des RSA" und "geringer Aufwand der Datengewinnung" gefunden werden.

3.2 Status-quo des Risikostrukturausgleichs in Deutschland

Nennenswerten Kassenwettbewerb gibt es in Deutschland erst seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1996. Anstelle des bis dahin weitgehend berufsgruppenorientierten Krankenkassensystems trat zu diesem Zeitpunkt eine Wahlfreiheit für die Versicherten bezüglich ihrer gesetzlichen Krankenversicherung. Schon zwei Jahre früher (am 01. Januar 1994) wurde der Risikostrukturausgleich in der GKV etabliert, um eine "solidarische Wettbewerbsordnung" zu ermöglichen, also die Erschließung von Kostensenkungspotenzialen durch Wettbewerb ohne gleichzeitige Abkehr vom Solidarprinzip. Dieser neue ordnungspolitische Rahmen hat in der Zwischenzeit das Gesundheitswesen in Deutschland grundlegend verändert. In welchem Umfang jedoch wurden die verfolgten Ziele mittlerweile erreicht? Herrscht tatsächlich Wettbewerb auf dem deutschen Krankenkassenmarkt? Und wird der RSA seinen Aufgaben

⁴² Vgl. BKK Bundesverband (2003)b, S. 1.

⁴³ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 19.

gerecht? Diese Fragen werden, nachdem die gegenwärtige Organisation des Risikostrukturausgleichs dargelegt wurde, näher beleuchtet.

3.2.1 Gegenwärtige Organisation des Risikostrukturausgleichs

Seit das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 im Jahre 1996 geltendes Recht wurde, sind mit wenigen Ausnahmen alle gesetzlichen Krankenkassen für jeden Pflichtversicherten geöffnet worden. Lediglich bei Bundesknappschaft, Seekrankenkasse und den landwirtschaftlichen Krankenkassen wurde an der gesetzlichen Zuweisung nach dem Beruf festgehalten.⁴⁴ Somit ist die freie Kassenwahl - ermöglicht durch den Kontrahierungszwang - nun für mehr als 80%⁴⁵ der GKV-Versicherten Realität.

Im Vorfeld des Gesundheitsstrukturgesetzes bereits herrschte rege Diskussion um die grundsätzliche Notwendigkeit eines RSA einerseits und dessen genaue Ausgestaltung andererseits. Während den Kritikern des Risikostrukturausgleichs⁴⁶ relativ schnell keine große Beachtung mehr geschenkt wurde und der Bedarf eines RSA von einer großen Mehrheit in der Literatur akzeptiert worden war, dauert der Streit darüber, wie ein funktionaler RSA auszusehen hat, in Teilen noch bis heute an. Die Gesetzgebung stand bei seiner Ausgestaltung im Gesundheitsstrukturgesetz vor einer Fülle von Entscheidungen über verschiedene Horizonte:⁴⁷

- den finanzstrukturellen Horizont (einnahmenorientiert, ausgabenorientiert),
- den räumlichen Horizont (regional, länderweit, bundesweit, Zwischenformen),
- den zeitlichen Horizont (befristet mit und ohne degressive Staffelung, unbefristet) und
- den institutionellen Horizont (kassenartenintern, kassenartenübergreifend, durch öffentliche Zuschüsse).

Schließlich wurde sich für einen an Einnahmen orientierten, bundesweiten, unbefristeten, und kassenartenübergreifenden RSA entschieden, der die (in §266 SGB V verankerten) Risikokomponenten Alter, Geschlecht, Invalidität (Status als Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner) und Krankengeldanspruch berücksichtigt. Begründet wurde

⁴⁴ Vgl. Lauterbach / Wille (2001), S. 196.

⁴⁵ Vgl. Cassel / Janßen (1999), S. 11.

⁴⁶ Vgl. z.B. Oberender (1998), S. A3.

⁴⁷ Vgl. Enquete-Kommission (1990), S. 204.

dies wie folgt: Ein Ausgabenausgleich wurde wegen seiner bereits erwähnten Anreize zur Unwirtschaftlichkeit abgelehnt. Die bundesweite Organisation wurde - auf Grund von "Forschungslücken"⁴⁸ bei regionalen Modellen - der Einfachheit halber bevorzugt. Weiterhin wurde die Schaffung gleicher Startchancen im Wettbewerb für alle Kassen als nicht hinreichend angesehen, sondern vielmehr der RSA als nötiges permanentes Steuerungselement für die Funktionalität eines Versicherungswettbewerbs erachtet, was angesichts der oben gemachten Ausführungen zur Risikoselektion leicht nachvollziehbar ist. Ebenso verständlich ist schließlich, dass ein Risikostrukturausgleich nur dann seine Wirkung gänzlich entfalten kann, wenn er kassenartenübergreifend organisiert wird.⁴⁹

Die technische Organisation des RSA gestaltet sich gegenwärtig wie folgt: Er wird auf Grundlage des sogenannten Zell-Ansatzes retrospektiv durchgeführt, d.h. jeder Versicherte wird entsprechend seinem individuellen Risiko einer bestimmten Zelle, also Versichertengruppe zugeordnet. Dies geschieht mit Hilfe der Risikomerkmale Alter und Geschlecht, nach Art des Krankengeldanspruchs (ohne, nach oder vor Ablauf von sechs Wochen) und dem Bestehen einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente. Nach dieser Systematik entstehen 670 unterschiedliche Risikozellen, welche den kassenspezifischen **Beitragsbedarf** widerspiegeln.⁵⁰

Einnahmenseitig wird die **Finanzkraft** der Kassen ermittelt, und zwar anhand des Risikofaktors "beitragspflichtige Einnahmen". Hier geht auch der Risikofaktor "Familienlast" mit ein, indem kostenlos mitversicherte Familienangehörige mit einem Einkommen von Null verrechnet werden. Sodann werden die risikobedingten Eigenschaften Beitragsbedarf und Finanzkraft einer Versicherung miteinander verglichen. Weist diese einen positiven Saldo auf, muss sie den entsprechenden Betrag in den Risikostrukturausgleich einzahlen, anderenfalls erhält sie Transfers in Höhe des negativen Saldos aus dem RSA-Topf.⁵¹

⁴⁸ Enquete-Kommission (1990), S. 206.

⁴⁹ Insbesondere angesichts der auch schon vor 1992 herrschenden erheblichen Beitragssatzunterschiede, die nicht nur zwischen einzelnen Kassen sondern vor allem zwischen Kassenarten bestanden.

⁵⁰ Vgl. Breyer / Zweifel / Kifmann (2003), S. 299.

⁵¹ Für eine Erläuterung der formalen Berechnung des Risikostrukturausgleichs sei auf Anhang III verwiesen.

3.2.2 Erfolge und Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen Risikostrukturausgleichs

"Ohne RSA wäre eine große Zahl von Krankenkassen nicht lebens- und schon gar nicht wettbewerbsfähig" konstatiert Jacobs⁵². Und das, so er weiter, "keineswegs aus Gründen mangelnder Effizienz, sondern allein auf Grund der Zusammensetzung ihrer Versichertenschaft". Tatsächlich gibt es eine Vielzahl von Hinweisen, die zu belegen scheinen, dass der Risikostrukturausgleich zu einer unverzichtbaren Flankierung des Krankenkassenwettbewerbs geworden ist. Jedoch mehren sich auch die Stimmen, die sagen, dass der RSA in seiner heutigen Form nicht weitreichend genug und zu ungenau gestaltet ist, um seiner Funktion vollends gerecht zu werden. Im Folgenden werden diese Erfolge und Unzulänglichkeiten im Hinblick auf diverse gewichtige Aspekte aufgezeigt, die zwar teils eng miteinander verwoben sind und daher auch Überschneidungen aufweisen, jedoch zum Ziele der Übersichtlichkeit hier als voneinander weitgehend unabhängige Punkte behandelt werden.

3.2.2.1 Beitragssatzunterschiede

Wie bereits beschrieben, würde bei fehlendem Risikostrukturausgleich der Löwenanteil der Beitragssatzdifferenzen durch die bestehende und gezielt betriebene Risikoentmischung zwischen den Krankenkassen verursacht. In ihrem Gutachten vergleichen IGES, Cassel und Wasem⁵³ rechnerisch die Beitragssätze, die für ausgabendeckendes Wirtschaften in den Situationen mit bzw. ohne RSA kalkuliert werden müssen. Eine Zusammenfassung ihrer Ergebnisse zeigt die folgende Tabelle:

⁵² Jacobs (2003), S. 36.

⁵³ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 31ff.

Tabelle 3.1: Rechnerisch ausgabendeckende Beitragssätze mit und ohne RSA nach Typen von Krankenkassen 1999⁵⁴

Typ	Finanzkraft in bpE je Vers.	Beitrags- bedarf je Vers.	Anzahl der Kassen	Anzahl der Ver- sicherten in Mio.	Mittlerer ausgabendeckender Beitragssatz		
					Ur-Bei- tragssatz	mit RSA- Leist.gen	RSA nicht im RSA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Niedrig	niedrig	*	0,0	/	/	/
2	Niedrig	mittel	12	13,5	18,2 %	12,5 %	1,3 %
3	Niedrig	hoch	*	0,9	20,7 %	13,3 %	1,5 %
4	Mittel	niedrig	43	5,2	11,0 %	12,8 %	1,0 %
5	Mittel	mittel	170	35,1	13,9 %	12,7 %	1,1 %
6	Mittel	hoch	41	3,7	20,1 %	13,2 %	1,3 %
7	Hoch	niedrig	118	3,1	7,5 %	12,1 %	0,5 %
8	Hoch	mittel	110	8,4	9,4 %	12,3 %	0,7 %
9	Hoch	hoch	*	0,1	13,2 %	12,2 %	0,8 %
alle ausgewerteten Kassen			500	70,0	13,8 %	12,7 %	1,0 %

Quelle: IGES / Cassel / Wasem nach Daten des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und des Bundesversicherungsamts (BVA) sowie Stamm- und Veränderungsdaten der Kassen (von BMG, BVA, Bundesanstalt für Arbeit (BfA), Spitzenverbände)⁵⁵.

Bei der Untersuchung wurden zunächst alle Kassen gemäß ihres Beitragsbedarfs sowie der beitragspflichtigen Einkommen ihrer Versicherten einer von jeweils drei Gruppen zugeordnet. So entstanden den verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten der Gruppen entsprechend neun Kategorien von Krankenversicherungen (dargestellt in den Spalten 1 und 2). Es ist hervorzuheben, dass die Gutachter diese Kategorisierung vorzogen, um tatsächlich homogene Kassentypen zu erhalten und so auf eine Differenzierung nach Kassenart verzichten. Die weiteren Spalten bezeichnen die Anzahl der jeweils einer Kategorie zugeordneten Kassen (Spalte 3), deren Versichertenbestand (Spalte 4) sowie die "Ur-Beitragssätze", also jene, die im Jahre 1999 unter Abwesenheit des RSA hätten

⁵⁴ Anmerkungen: Abweichungen rundungsbedingt; (1) bpE niedrig/hoch: 15 Prozent unter/über dem GKV-Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen von 25.690,71 DM je Vers.; (2) Beitragsbedarf niedrig: unter 2.600 DM; hoch: über 3.800 DM je VJ; (3) Fusionsstand 1.07.2000; Krankenkassen mit Ost- und Westkasse zählen als zwei Einheiten; (5) allgemeiner Beitragssatz (ermäßigte und erhöhte Beitragssätze ignoriert). RSA: Rechtslage 01.01.2000, jedoch getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West (d.h. GKVFG ignoriert); ohne Finanzausgleiche nach §§ 265/265a SGB V; ohne Berücksichtigung von Zinserträgen oder -zahlungen; Stichtagsregelung für KVdR-Beiträge ignoriert. Ohne Aufbau von Betriebsmitteln bei neu errichteten Kassen; (6) Teil-Beitragssatz für RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach dem Status quo des RSA; (7) Teil-Beitragssatz für nicht RSA-berücksichtigungsfähige Ausgaben (Verwaltung, Kuren usw.) nach dem Status quo des RSA; * weniger als fünf Kassen; / nicht ausgewiesen

⁵⁵ IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 32.

erhoben werden müssen (Spalte 5). Die beiden letzten Spalten verzeichnen die Beiträge für die Situation mit RSA, wobei Spalte 6 die rechnerischen Ausgabendeckungssätze für im RSA berücksichtigte Leistungen darstellt, während schließlich Spalte 7 die Teilbeitragssätze für Verwaltungsaufgaben und (zusätzliche, nicht im Pflichtleistungskatalog enthaltene) Satzungsleistungen notiert, welche nicht vom RSA erfasst werden. Die positiven Auswirkungen eines Risikostrukturausgleichs werden an dieser Tabelle gut sichtbar: Zwischen den 500 untersuchten Krankenkassen hat er eine frappierende Angleichung der Beitragssätze zur Folge. Gegenüber dem unregulierten Zustand, in dem Kassen mit einer niedrigen Finanzkraft und mittlerem bzw. gar hohem Beitragsbedarf Sätze von 18,2% und 20,7% hätten erheben müssen, genügen mit RSA Sätze von 13,8% respektive 14,8%.

Die Beiträge der durch mittlere Finanzkraft geprägten Versicherungsunternehmen weisen im Falle eines fehlenden Risikostrukturausgleichs eine Spannbreite von beachtlichen 11,2% auf, die auf relativ unwesentliche 0,7% verringert werden kann.

Hingegen bewirkt der Risikostrukturausgleich bei den finanzstarken Versicherungen allgemein deutlich ansteigende Beiträge: Jene mit niedrigem oder mittlerem Beitragsbedarf profitieren weit geringer von ihrer günstigen Risikostruktur und müssen die Sätze von 7,5% bzw. 9,4% auf 12,6% bzw. 13,0% anheben. Lediglich bei den Kassen mit sowohl hohem Beitragsbedarf als auch hoher Finanzkraft gleichen sich die konträr gerichteten Auswirkungen des RSA weitgehend aus: Er verursacht eine geringfügige Beitragssenkung in Höhe von 0,2%.

Angesichts dieser starken Korrelation von guter Risikostruktur und niedrigem Ur-Beitragssatz sowie dem hohen Niveau der Beitragssatznivellierung durch die Einführung eines Risikostrukturausgleichs kann konstatiert werden, dass diese Regulierungsmaßnahme einen wichtigen Beitrag für die Erhaltung des deutschen solidarischen Krankenversicherungssystems leistet. Es ist anzunehmen, dass es bei einer derartig hohen Spreizung der Beiträge, wie sie diesen Zahlen zufolge ohne einen RSA entstanden wäre, kaum eine Überlebenschance gehabt hätte. Die Möglichkeit, bis zu 13,5% des Bruttoeinkommens durch einen Krankenkassenwechsel einzusparen, hätte beinahe jeden Einkommensbezieher zu einer anderen Kasse bewegt. Zwar dürfte dies die Beitragssätze der "günstigen" Versicherungen wiederum anheben, jedoch würden fast ausschließlich Alte, schlecht Informierte und Nichterwerbstätige in den teuren, "ungünstigen" verbleiben. Im Ergebnis hätten wir ein Zwei-Klassen-Gesundheitssystem mit unvermeidbarem Kassensterben und extremen Auffangkosten für die öffentliche Hand.

Dieses Gedankenspiel auf Basis der oben dargestellten Daten veranschaulicht recht plastisch, dass der Risikostrukturausgleich als unabdingbarer Bestandteil des Kassenwettbewerb betrachtet werden muss.

Gleichwohl offenbaren die Zahlen der voranstehenden Tabelle auch, dass trotz RSA weiterhin nicht zu vernachlässigende Beitragssatzdifferenzen fortbestehen. Die Krankenkassengruppen in den extremen Ausprägungen, d.h. mit hoher Finanzkraft und niedrigem Beitragsbedarf bzw. niedriger Finanzkraft und hohem Beitragsbedarf weisen einander gegenübergestellt noch immer gravierende Unterschiede auf. Zwar wurde bereits ausgeführt, dass solche Beitragssatzunterschiede, welche die unterschiedliche Wirtschaftlichkeit der Kassen widerspiegeln, erwünscht sind. Jene hier Betrachteten rühren jedoch eindeutig von verschiedenen Risikostrukturen her.⁵⁶ Während jene Kassen in der ungünstigen Position 14,8% des Einkommens ihrer Versicherten verlangen müssen, kommen jene in der günstigen Ausgangslage mit lediglich 12,6% aus. Könnte es denn sein, dass eben diese "ungünstigen" Versicherungen nur deshalb teurer sind, weil sie sich einen aufwändigeren, ineffizienteren Verwaltungsapparat leisten? Diese Möglichkeit, die faktisch voraussetzt, dass der RSA einwandfrei funktioniert und die betreffenden Kassen an ihrer Situation "selbst schuld" sind, ist zwar nicht ausgeschlossen, jedoch sehr unwahrscheinlich: Im Gegenteil ist eher denkbar, dass die "günstigen" Kassen auf Grund ihres Beitragssatzvorteils Anreize zur Unwirtschaftlichkeit haben, da ihnen u.U. schon ein geringerer als der tatsächliche Wettbewerbsvorteil genügen kann.

Außerdem zeigen die Daten, dass der für Verwaltungskosten und Satzungsleistungen nötige Teilbeitragssatz *ceteris paribus* mit steigendem Beitragssatz sowie fallender Finanzkraft zunimmt. Das mag daran liegen, dass leistungsintensive Versicherte durchschnittlich auch mehr Verwaltungskosten verursachen und ältere Kassenmitglieder proportional mehr Satzungsleistungen in Anspruch nehmen.⁵⁷ Auch hier zeigt sich eine Unzulänglichkeit des bestehenden Risikostrukturausgleichs, da dies eine weitere Diskriminierung der mit schlechten Risikotypen ausgestatteten Kassen bedeutet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der gegenwärtige RSA zwar einen großen Beitrag für die Angleichung der Beitragssätze leistet, jedoch weitere Unterschiede zwischen Kassen

⁵⁶ So beispielsweise Lauterbach und Wille: Da der Anteil von Verwaltungs- und sonstigen Kosten der Krankenkassen lediglich ca. 10% beträgt, können in diesen Bereichen höchstens Beitragssatzunterschiede von etwa 0,5% entstehen (vgl. Lauterbach / Wille (2001), S. 31).

⁵⁷ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 33.

mit abweichender Risikostruktur gestattet und somit seiner angedachten Rolle nur teilweise gerecht werden kann.

3.2.2.2 Risikofaktoren

Breyer und Kifmann haben mit Hilfe von OLS-Regressionen die Erklärungskraft derzeit bestehender sowie denkbarer weiterer Faktoren für den Risikostrukturausgleich untersucht.⁵⁸ Die (ausgabenseitigen) Faktoren Alter, Geschlecht und Invalidität (Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente), aus denen sich bisher die jeweilige Höhe der RSA-Transfers berechnet, sind ihren Ergebnissen zu Folge höchstens dazu in der Lage, zwischen 11,8% (für die unter 60-jährigen) und 22,4% (für die über 60-jährigen) der Varianz der Leistungsausgaben zu erklären⁵⁹ (was für einen retrospektiv durchgeführten RSA kein besonders hoher Grad ist). Diese Zahlen unterstreichen was ohnehin einleuchtend erscheint: Die gegenwärtigen Risikofaktoren können die tatsächlichen Risiken der Versicherten in der GKV nicht hinreichend genau widerspiegeln.⁶⁰ Abgesehen davon, dass somit die RSA-Zahlungen nicht genau die Risikomischungsnachteile der Kassen aufwiegen können, bringt diese Tatsache ein weiteres entscheidendes Problem mit sich: Sie fördert Konflikte zwischen den beabsichtigten Unterzielen des Risikostrukturausgleichs "Chancengleichheit im Kassenwettbewerb" und "Vermeidung von Risikoselektion". Zwar sind, wie oben beschrieben, diese Ziele automatisch erfüllt, wenn der RSA perfekt ist, wenn sich jedoch seine Berechnung auf nur wenige unvollkommene Faktoren stützt, kann ein solcher Zielkonflikt zum Tragen kommen.⁶¹ Dieser Sachverhalt soll, Bezug nehmend auf Breyer und Kifmann⁶², an Hand eines einfachen Beispiels verdeutlicht werden:

Tabelle 3.2: Alter als unvollkommenes Signal für den Risikotyp

Kasse	Schlechte Risiken	Gute Risiken	Alte	Junge	Ø-Kosten
I	2	8	1	9	12
II	8	2	4	6	18
Σ	10	10	5	15	15

	Schlechte Risiken	Gute Risiken	Σ
Alte	4	1	5
Junge	6	9	15
Σ	10	10	20

Quelle: Breyer / Zweifel.⁶³

⁵⁸ Vgl. Breyer / Kifmann (2001), S. 39ff.

⁵⁹ Vgl. a.a.O., S. 60f.

⁶⁰ Empirische Untersuchungen aus anderen Ländern bestätigen dies: Vgl. z.B. van Barneveld et. al. (1998).

⁶¹ Auf diese Tatsache wurde im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit unter Gliederungspunkt 2.2.1.3.3 bereits kurz hingewiesen.

⁶² Vgl. Breyer / Kifmann (2001), S. 11ff.

⁶³ Vgl. a.a.O., S. 11.

Tabelle 3.2 beschreibt eine kleine Ökonomie und die Verteilung ihrer Versicherten nach Alter und danach, welcher der beiden Krankenkassen sie angehören. Außerdem sind deren durchschnittliche Kosten dargestellt, die sich daraus ergeben, dass schlechte Risiken Kosten in Höhe von 20 und gute von lediglich 10 Geldeinheiten (GE) verursachen.

- a) **Referenzfall perfekter RSA:** Könnte der Regulator einen perfekten Risikostrukturausgleich umsetzen, d.h. wäre er in der Lage, den genauen Risikotyp jedes Bürgers zu erkennen, könnte er einfach die Kosten für beide Risikotypen angleichen. Die Kassen hätten einen Betrag von 5GE für jedes gute Risiko zu entrichten und ebenfalls 5GE für jedes schlechte zu erhalten. Alle Bürger würden dann Kosten von 15GE bei ihren Versicherungen verursachen, Risikoselektion wäre erfolgreich vermieden und es herrschte Chancengleichheit.
- b) **Vermeidung von Risikoselektion ausschließlich nach dem Alter:** Wenn die Kassen nur anhand des Alters abschätzen können, welche Versicherten für sie interessant sind, müsste ein RSA die Eigenschaft besitzen, die Kosten für beide Altersgruppen zu egalisieren. Die Durchschnittskosten betragen für Junge und Alte 14GE bzw. 18GE, somit kann Risikoselektion verhindert werden, indem jeder junge Versicherte zu einer Zahlungspflicht in Höhe von 1GE führt, jeder alte zu einem Anspruch von 3GE.
- c) **Vermeidung von Risikoselektion ausschließlich nach dem Risikotyp:** Um die oben erläuterte indirekte Risikoselektion zu verhindern, dürfen die Kosten, unabhängig davon, wie viele gute oder schlechte Risiken eine Kasse beherbergt, nicht abweichen. Im behandelten Beispiel sind 40% der schlechten Risiken alt und nur 10% der guten Risiken. Seien z_J und z_A die jeweiligen RSA-Zahlungen, ergibt sich für die Extremfälle (nur gute oder nur schlechte Risiken):

$$\emptyset\text{-Kosten bei nur guten Risiken:} \quad 10+0,1z_A+0,9z_J=15 \quad (3.1)$$

$$\emptyset\text{-Kosten bei nur schlechten Risiken:} \quad 20+0,4z_A+0,6z_J=15 \quad (3.2)$$

Aufgelöst nach den Unbekannten ergeben die Gleichungen (3.1) und (3.2): $z_A = -25$ bzw. $z_J = 8,33$, für jeden Alten erhält seine Krankenkasse einen Anspruch auf 25GE, während jeder junge Versicherungsnehmer zusätzliche 8,33GE kostet. Ein solcher, im Vergleich zum vorangegangenen Fall überkompensierender RSA ist

folglich optimal, wenn das beobachtbare Signal unvollkommen, also nicht perfekt mit dem Risikotyp korreliert ist, sondern nur einen "Anhaltspunkt" gibt.⁶⁴

d) Verwirklichung von Chancengleichheit im Kassenwettbewerb: Um dem Gebot der Chancengleichheit gerecht werden zu können, müssen die Durchschnittskosten beider Kassen angeglichen werden. So hat Kasse I mit der günstigeren Risikomischung eine Transferleistung an Kasse II zu tätigen, und zwar durchschnittlich 3GE je Versicherten. Ebenso muss Kasse II durchschnittlich 3GE je Versicherten aus dem RSA-Topf erhalten, damit schließlich beide Versicherungen Durchschnittskosten von 15GE aufweisen:

$$\text{Kasse I:} \quad \frac{(z_A + 9z_J)}{10} = 3 \quad (3.3)$$

$$\text{Kasse II:} \quad \frac{(4z_A + 6z_J)}{10} = -3 \quad (3.4)$$

Aus den Gleichungen (3.3) und (3.4) ergibt sich $z_A = -15$ und $z_J = 5$. Dies bedeutet, jede Krankenkasse muss 5GE pro jungen Versicherten in den RSA einzahlen und erhält 15GE für jeden alten Versicherten. Auch dieser Risikostrukturausgleich wirkt verglichen mit jenem zur Vermeidung von Risikoselektion nach dem Alter (Fall b) überkompensierend. Allerdings kann er nur dann Chancengleichheit garantieren, wenn alle beteiligten Kassen die selbe Alters- und Risikostruktur wie die Gesamtbevölkerung aufweisen. Im Beispiel sind 80% aller Alten und 40% aller Jungen als schlechte Risiken zu bezeichnen, folglich sollte Kasse I $4 \times 0,8 + 6 \times 0,4 = 5,6$ schlechte Risiken versichern. Da sie jedoch 8 hochriskante Versicherte führt, hätte sie einen noch höheren Beitragsbedarf - die RSA-Zahlungen müssten weiter gespreizt werden, um Chancengleichheit zu ermöglichen.

Diese Beispielrechnungen zeigen sehr anschaulich, dass im Falle unvollkommener Signale für den Risikotyp die Ziele des Risikostrukturausgleichs miteinander konfliktieren können. Jedes Ziel beansprucht zu seiner Erreichung ein unterschiedliches Transferaufkommen, es sei denn, dass in der Realität tatsächlich die Alters- und Risikostrukturen der einzelnen Krankenkassen jenen der gesamten Bevölkerung entsprächen. In diesem Falle könnte "Vermeidung von Risikoselektion nach dem Alter" und "Chancengleichheit" mit ein und

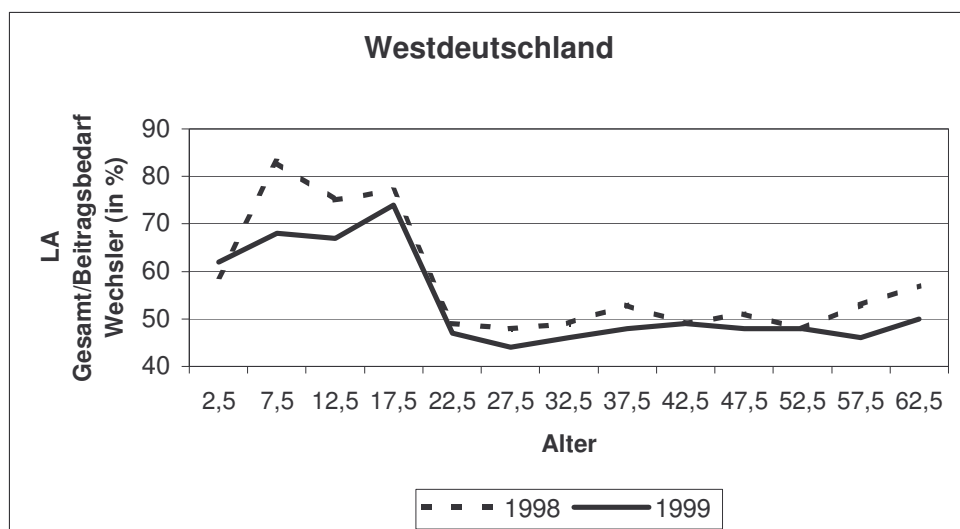
⁶⁴ Vgl. Glazer / McGuire (2000), S. 1064f.

dem selben RSA erreicht werden. Jedoch ist es nicht möglich, einen unvollkommenen RSA so zu konstruieren, dass sowohl Chancengleichheit erreicht als auch beide Arten der Risikoselektion vermieden werden können. Ziel sollte also sein, den Risikostrukturausgleich möglichst "perfekt" zu gestalten, um allen Zielen möglichst gerecht zu werden.

3.2.2.3 Wechselströme

Lauterbach und Wille machen in ihrem Gutachten zum Risikostrukturausgleich die Wechselströme als wichtigen Faktor für Risikoentmischung aus. Sie sind der Meinung, dass der Großteil der Versicherten von jungen Betriebskrankenkassen diesen Kostenvorteile bringt, welche nicht im derzeitigen RSA ausgeglichen werden.⁶⁵ Mit empirischen Erhebungen konnten sie zeigen, dass Kassenwechsler über alle Altersgruppen, Krankenkassen, Regionen und Leistungsbereiche durchweg einen positiven Deckungsbeitrag aufweisen, d.h. dass die für diese Personen notwendigen Leistungsausgaben niedriger sind als der Beitragsbedarf, den die Kassen für sie erhalten.⁶⁶ Dieser Zusammenhang wird trefflich durch die beiden folgenden Abbildungen veranschaulicht. Sie zeigen das Verhältnis von Leistungsausgaben zu Beitragsbedarf von Wechslern im Vergleich zu Nicht-Wechslern nach Altersgruppen:

Abbildung 3.1: Leistungsausgaben und Beitragsbedarf für Wechsler gegenüber Nicht-Wechslern in Westdeutschland



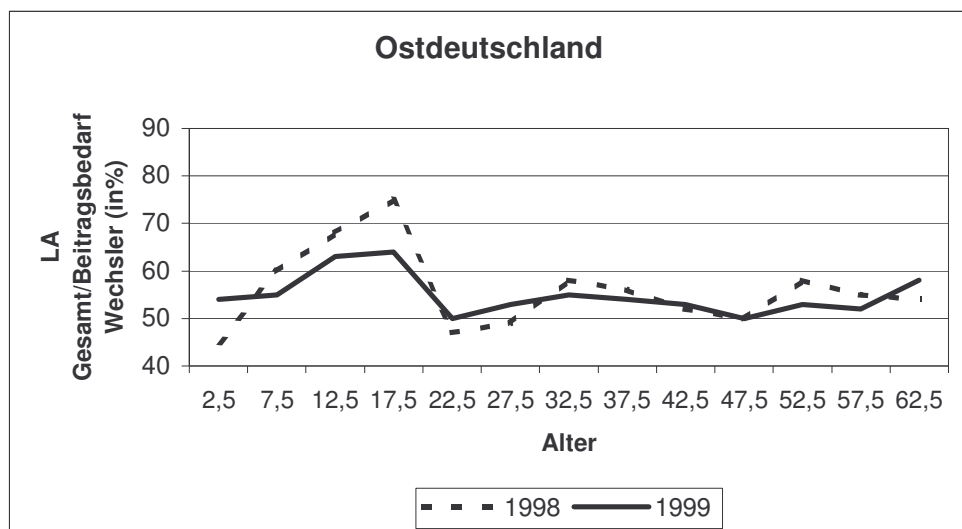
Quelle: Lauterbach / Wille⁶⁷

⁶⁵ Vgl. Lauterbach / Wille (2001), S. 31.

⁶⁶ Vgl. a.a.O., S. 36ff.

⁶⁷ Vgl. a.a.O., S. 10.

Abbildung 3.2: Leistungsausgaben und Beitragsbedarf für Wechsler gegenüber Nicht-Wechslern in Ostdeutschland



Quelle: Lauterbach / Wille⁶⁸

Es ist unschwer zu erkennen, dass Wechsler aller Altersgruppen ein wesentlich (in Extremfällen um knapp 60%) besseres Leistungsausgaben-Beitragsbedarf-Verhältnis aufweisen als bei einer Krankenkasse verbleibende Versicherte. Im Schnitt sind Wechsler, so konnten Lauterbach und Wille beweisen, in den wichtigsten Bereichen (Krankenhaus, Arzneimittel und Krankengeld) um 55%, in anderen Bereichen gar bis zu 65% kostengünstiger.⁶⁹ Selbst sieben Jahre nach ihrem Wechsel, so konnten die Gutachter anhand empirischer Daten aus der Schweiz belegen, dürfte der risikostruktur-adjustierte Kostenvorteil von Wechslern noch bei ca. 30% liegen.⁷⁰

Somit bestehen die Wechselströme größtenteils aus guten Risiken, was insbesondere den neu gegründeten oder neuerdings geöffneten Krankenkassen eine äußerst günstige Risikostruktur beschert, da deren Versichertenbestand naturgemäß fast ausschließlich Wechsler beherbergt. Allgemein führt der Kassenwechsel unter dem derzeitigen Risikostrukturausgleich zu Risikoentmischung und allen damit verbundenen, bereits diskutierten Nachteilen für das System der gesetzlichen Krankenversicherung.

⁶⁸ Vgl. Lauterbach / Wille (2001), S. 10.

⁶⁹ Vgl. a.a.O., S. 45.

⁷⁰ Vgl. a.a.O., S. 47.

3.2.2.4 Risikoselektion

Der vierte zu nennende Aspekt, der Aufschluss über die Errungenschaften und Mängel des heutigen Risikostrukturausgleichs gibt, ist die Risikoselektion. Dieser Gesichtspunkt ist ebenso bedeutend wie schnell analysiert. Der RSA in seiner derzeitigen Form hat erreicht, dass nun nicht mehr von vornherein mehr als die Hälfte aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung als unerwünscht angesehen werden müssen, weil sie über geringes Einkommen verfügen, beitragsfrei mitversicherte Angehörige haben oder höheren Alters sind.⁷¹ Denn diese Risikofaktoren werden durch die entsprechenden Komponenten des RSA ausgeglichen. Anders verhält es sich mit jenen, die durch ihren Gesundheitszustand bedingt als schlechte Risiken zu bezeichnen sind, denn eine weitergehende Differenzierung nach dem Morbiditätsrisiko besteht nicht. So wird, um das Beispiel von IGES, Cassel und Wasem⁷² aufzugreifen, für eine 40-jährige zuckerkranken Frau ihrer Kasse der Beitragsbedarf zugerechnet, den 40-jährige Frauen durchschnittlich verursachen. Natürlich aber wird sie durch ihre Krankheit stets höhere Leistungsausgaben induzieren und folglich ihrer Kasse einen negativen Deckungsbeitrag bescheren. Daher werden die Krankenkassen nach Kräften versuchen, solche teuren Mitglieder auszugrenzen. Der Risikostrukturausgleich lässt also - trotz eines sicherlich erzielten Teilerfolgs - noch immer erheblichen Spielraum für Risikoselektion und erfüllt so seine Aufgabe auch aus dieser Perspektive nicht zufrieden stellend. Nicht zuletzt wird diese Tatsache durch die stetig steigenden Summen des RSA-Transfers gestützt, die seit 2000 um ca. 21% zugenommen haben.⁷³ Eine Ausdehnung der Transfers kann bei gleichem Risikostrukturausgleich nur von einer zunehmenden Risikoentmischung herrühren.

3.2.2.5 Qualität und Wirtschaftlichkeit

Verglichen mit Zeiten vor der Einführung der Kassenwahlfreiheit hat sich bei den Krankenkassen der GKV einiges getan. Ihre Anstrengungen, brach liegende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren, haben durchaus Früchte getragen. Als Erfolge dieser Anstrengungen dürfen z.B. die Fusionswelle im AOK-System, die aus 236 nur noch 17 Länder-AOKs werden ließ⁷⁴, oder das entscheidend verbesserte Handeln in Bezug auf

⁷¹ Vgl. Jacobs (2003), S. 37.

⁷² Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 66.

⁷³ Vgl. BKK Bundesverband (2003)a, S. 2.

⁷⁴ Vgl. Jacobs (2003), S. 37.

Ausgabenmanagement und Kundenorientierung gewertet werden. Grundsätzlich wird heute weit mehr Gewichtung auf Kundenbetreuung, Controlling, Fallmanagement und Vertragspolitik gelegt und auch das mittlerweile höher qualifizierte Personal der Kassen spricht für deren Ambitionen in Richtung Wirtschaftlichkeit.⁷⁵ Doch trotz der verstärkten Einflussnahme der Krankenkassen auf Mengen-, Preis- und Strukturkomponenten des Leistungs- und Ausgabengeschehens bestehen noch immer Defizite, insbesondere auf dem Gebiet des Versorgungsmanagements von chronisch Kranken. Wie erwähnt scheuen die Kassen gezielte Versorgung von Chronikern, da sie befürchten, hierdurch weitere dieser ungünstigen Risiken anzuziehen.⁷⁶ So kann und muss behauptet werden, dass "die gesundheitspolitisch erwünschten Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit insbesondere der Chroniker-Versorgung durch den bisherigen RSA noch nicht hinreichend 'geschärft' " sind.⁷⁷

3.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass der bestehende Risikostrukturausgleich, trotzdem er gewisse Erfolge gezeitigt hat, noch z.T. frappierende Schwächen aufweist. Er konnte in den Jahren seit Einführung der Kassenwahlfreiheit die beabsichtigte Angleichung der Beitragssätze nicht im erforderlichen Umfang gewährleisten. Um den zweiten entscheidenden Kritikpunkt zu nennen, führt die offensichtlich nicht ausreichend ausgefeilte Konzeption des RSA schon per se dazu, dass er nie alle ihm zugeordneten Aufgaben erfüllen können. Schlimmer noch, wie die Analyse der Wechselströme aufzeigt, war er offenbar nicht in der Lage, eine zumindest teilweise sogar voranschreitende Risikoentmischung zu verhindern. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass vornehmlich Versicherte mit gutem Risiko die Kasse wechseln, andererseits darauf, dass Krankenversicherungen noch immer die Möglichkeit haben, ihre Risikostruktur durch Selektion der Mitglieder positiv zu beeinflussen. Schließlich ist nicht von der Hand zu weisen, dass der Risikostrukturausgleich, obschon er im Ansatz brauchbar erscheint, große Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotentiale ungenutzt lässt.

⁷⁵ Vgl. Deutsche Bundesregierung (2001), S. 6f.

⁷⁶ Vgl. Jacobs (2003), S. 37.

⁷⁷ Jacobs (2003), S. 37.

Kurz: Es besteht dringender Handlungsbedarf, will man das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht dem Niedergang anheim fallen lassen.

3.3 Mögliche Ansätze zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

In diesem Abschnitt werden Möglichkeiten aufgezeigt, dem Problem der Risikoselektion in der GKV Herr zu werden. Es soll sich dabei auf die vielversprechendsten Vorschläge reduziert und lediglich eine Analyse der verschiedenen Entwürfe zur *Verbesserung des bestehenden RSA* unternommen werden, um so der Themenstellung der Arbeit zu entsprechen. Daher finden in der vorliegenden Arbeit andere Anregungen wie z.B. der Wechsel in ein Finanzausgleichssystem oder ähnliche Maßnahmen keine Beachtung, zumal diese nach allgemeiner Auffassung größtenteils sehr schwerwiegende Mängel haben und daher ohnehin wenig Erfolg versprechen.

3.3.1 Die Vorschläge von Lauterbach und Wille

Unter diesem Gliederungspunkt sollen die grundlegenden Vorschläge für eine Weiterentwicklung des RSA im Gutachten für die GKV-Spitzenverbände zunächst ausgeführt und später gewürdigt werden.

Lauterbach und Wille haben nicht nur, wie bereits erläutert, die Wechselströme als Ursache für eine stetig fortschreitende Risikoentmischung ausgemacht. Sie fordern vielmehr - quasi im Umkehrschluss - dass Wechsler, da sie empirisch weit geringere Leistungsausgaben verursachen, bei ihren neuen Krankenkassen den im RSA kalkulierten Beitragsbedarf "drücken" sollen.⁷⁸ Dies muss nach ihrem Dafürhalten dadurch geschehen, dass der Status als "Wechsler" zusätzlich zu den bisherigen als neuer Faktor in den Risikostrukturausgleich eingeht. Dabei diskutieren die Gutachter verschiedene Methoden der Einbeziehung dieses Wechslerstatus:⁷⁹

- **Variante A** sieht vor, das Kriterium "Wechsler" in der selben Form wie die bisherigen Kriterien in den RSA einzubringen, d.h. jene Krankenkasse, die einen Wechsler aufnimmt, hat für diesen eine Zahlung in den RSA-Topf zu erbringen.

⁷⁸ Vgl. Lauterbach / Wille (2001), S. 48ff.

⁷⁹ Vgl. a.a.O., S. 62ff.

- **Variante B** hingegen soll die Krankenkassen dazu zwingen, sich gegenseitig für abgeworbene Mitglieder zu "entschädigen". So hat die aufnehmende Kasse quasi direkt an die abgebende einen Transfer zu leisten, der diese für den entgangenen positiven Deckungsbeitrag kompensieren soll.⁸⁰

Letzten Endes besteht der Unterschied zwischen beiden Varianten darin, dass der in Variante A geleistete RSA-Beitrag auch jenen Kassen zu Gute kommt, deren Versicherungspflicht unverändert geblieben ist, während mit Variante B ausschließlich die Kassen Kompensation erfahren, die auch Versicherte eingebüßt haben. Das bedeutet, die erste Variante stellt alle Krankenkassen so, als haben sie die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Bevölkerung zu tragen. Die zweite stellt faktisch alle Versicherungen so, als haben sie fortwährend ihre anfängliche Risikostruktur behalten. Es ist kein Geheimnis und wurde auch oben erläutert, dass sowohl zu Beginn der Kassenwahlfreiheit als auch jetzt noch ein erhebliches Maß an Risikoentmischung in der GKV bestand und besteht. Es ist keinesfalls einzusehen, warum dieser ungünstige und zufällige Status-quo mit Hilfe einer Wechslerkomponente vom Typ B auf lange Frist zementiert werden soll. Variante B ist also strikt abzulehnen.⁸¹ Dennoch kritisieren die Gutachter an Variante A, dass sie, indem sie über den RSA den Beitragsbedarf für Bestandsversicherte erhöht, auch jene Kassen begünstige, die keine Mitglieder haben abgeben müssen. Dies, so Lauterbach und Wille wörtlich, "wäre nichts anderes als eine neuerliche Wettbewerbsverzerrung"⁸², folglich empfehlen sie die Einführung einer Wechslerkomponente vom Typ B. Weiterhin schlagen sie vor, den Status "Wechsler" für jeden gewonnenen Versicherten fünf Jahre aufrecht zu erhalten, da sie vermuten, dass sich der positive Deckungsbeitrag von Wechslern um jährlich 20% reduziert.⁸³

Unter Zuhilfenahme zweier Modellrechnungen mit bzw. ohne Wechslerstatus wurden exemplarisch Beitragssätze und Mitgliederzahlen über acht Jahre für zwei fiktive Krankenkassen kalkuliert.⁸⁴ Zu Grunde gelegt wurde dabei zum Zweck der Vergleichbarkeit ein Modell, in welchem Beitragssätze sowie Mitgliederzahlen

⁸⁰ Lauterbach / Wille diskutieren an dieser Stelle noch eine dritte Variante, die jedoch lediglich eine Modifikation der zweiten darstellt und daher hier unberücksichtigt bleiben soll.

⁸¹ Vgl. Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 7f.

⁸² Lauterbach / Wille (2001), S. 64.

⁸³ Vgl. a.a.O., S. 89.

⁸⁴ Vgl. a.a.O., S. 72ff.

ausschließlich durch Wechselströme zu Stande kommen. Die Ergebnisse stellen sich dar wie folgt:

Tabelle 3.3: Entwicklung der Beitragssätze und Mitgliederzahlen ohne Einführung einer Wechslerkomponente

Jahr	AOK Y		BKK X	
	Beitragssatz	Mitgliederzahl	Beitragssatz	Mitgliederzahl
2000	13,90%	2,40 Mio.	11,90%	0,60 Mio.
2001	13,98%	2,34 Mio.	11,82%	0,66 Mio.
2002	14,07%	2,26 Mio.	11,75%	0,74 Mio.
2003	14,18%	2,18 Mio.	11,68%	0,82 Mio.
2004	14,32%	2,09 Mio.	11,61%	0,91 Mio.
2005	14,50%	1,99 Mio.	11,54%	1,01 Mio.
2006	14,72%	1,87 Mio.	11,48%	1,13 Mio.
2007	15,01%	1,74 Mio.	11,42%	1,26 Mio.
2008	15,39%	1,59 Mio.	11,37%	1,41 Mio.

Quelle: Lauterbach / Wille⁸⁵

Tabelle 3.4: Entwicklung der Beitragssätze und Mitgliederzahlen mit Einführung einer Wechslerkomponente über 5 Jahre

Jahr	AOK Y		BKK X	
	Beitragssatz	Mitgliederzahl	Beitragssatz	Mitgliederzahl
2000	13,90%	2,40 Mio.	11,90%	0,60 Mio.
2001	13,91%	2,34 Mio.	12,05%	0,66 Mio.
2002	13,92%	2,27 Mio.	12,18%	0,73 Mio.
2003	13,93%	2,21 Mio.	12,28%	0,79 Mio.
2004	13,95%	2,15 Mio.	12,37%	0,85 Mio.
2005	13,96%	2,08 Mio.	12,45%	0,92 Mio.
2006	14,05%	2,02 Mio.	12,36%	0,98 Mio.
2007	14,15%	1,94 Mio.	12,30%	1,06 Mio.
2008	14,26%	1,86 Mio.	12,26%	1,14 Mio.

Quelle: Lauterbach / Wille⁸⁶

Die Werte der Tabellen 3.3 und 3.4 zeigen, dass sich ohne Wechslerkomponente kalkulatorisch der Beitragssatz der AOK Y um 1,49% erhöht und ihre Mitgliederzahl um ca. 34% schwinden, während die BKK X angesichts von um 0,53% niedrigeren Beitragssätzen ihre Versichertenschaft um 135% steigern kann. Mit Wechslerkomponente relativieren sich die Zahlen erheblich: In diesem Fall steigen die Beiträge bei der AOK Y nur um 0,36%, sie verliert 22,5% ihrer Versicherten. Bei der BKK X erhöht sich der erhobene Beitragssatz ebenfalls um 0,36%, ihre Mitgliederzahlen steigen mit einem Faktor von lediglich 90% vergleichsweise moderat. Nach Ansicht der Gutachter Lauterbach und

⁸⁵ Lauterbach / Wille (2001), S. 79.

⁸⁶ A.a.O., S. 80.

Wille ist somit die "dargestellte Wechslerkomponente geeignet, die Risikoentmischung in der GKV durch Kassenwechsler deutlich zu reduzieren"⁸⁷.

Darüber hinaus treten Lauterbach und Wille dafür ein, eine Pauschale für chronisch kranke Wechsler einzuführen.⁸⁸ Beabsichtigt ist, durch diese Maßnahme die herrschende Unterversorgung von Chronikern zu vermeiden. Das Gutachten plädiert dafür, sieben ausgewiesene chronische Krankheiten⁸⁹ als Ausgleichskriterien einzuführen. Für jeden an einer von ihnen erkrankten Wechsler soll seine Kasse eine pauschale Zahlung in Höhe der durchschnittlichen Mehrausgaben erhalten.

Die Vorschläge der Gutachter sind, trotz einiger grundsätzlich richtiger Ansatzpunkte, über weite Strecken hin abzulehnen. Zunächst, um die gewichtigste Kritik an der *Pauschale für chronisch kranke Wechsler* anzuführen, ist nicht einsichtig, warum ein solcher Ausgleich nicht auch für Nicht-Wechsler bestehen soll. Weshalb muss eine Kasse, die derzeit schon überdurchschnittlich viele Chroniker versichert, diesen Zustand ertragen, während eine, die viele chronische Fälle aufnimmt, dafür Entschädigung erhält?⁹⁰ Das Gutachten begründet den Ausschluss von Bestandsversicherten mit der hohen Manipulationsgefahr durch die Krankenkassen, welche evtl. akut Erkrankte zu Chronikern heraufstilisieren könnten. Eine Erklärung, warum diese Gefahr bei einer ausschließlichen Berücksichtigung von Wechslern gebannt sein soll, bleiben Lauterbach und Wille (logischerweise) schuldig. Außerdem ist die Einbeziehung von sieben Chroniker-Komponenten mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden, schließlich verursachen sie eine Verachtfachung der bisher 670 Risikozellen.⁹¹ Jedoch auch die empfohlene *Wechslerkomponente* im Risikostrukturausgleich birgt eine Fülle an Schwächen. So treten sie mit der von ihnen angeratenen Variante B aus den oben genannten Gründen genau für den falschen, weil wettbewerbshinderlichen Typus ein. Ferner soll die Ausgleichszahlung strikt für die vorgeschlagenen fünf Jahre fort dauern, und zwar unabhängig davon, ob das betreffende Mitglied möglicherweise zwischenzeitlich in die private Krankenversicherung (PKV) wechselt oder gar stirbt. Im Ergebnis wird so die abgebende Kasse für etwas kompensiert, das sie unter keinen Umständen hätte realisieren können. Schulz, Breyer und Kifmann verstehen dies zu Recht als Versuch, die Verliererkassen möglichst lange zu

⁸⁷ Lauterbach / Wille (2001), S. 89.

⁸⁸ Vgl. a.a.O., S. 90ff.

⁸⁹ Diabetes mellitus, Asthma, Hypertonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Brustkrebs.

⁹⁰ Vgl. Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 9.

⁹¹ Vgl. a.a.O., S. 8.

subventionieren.⁹² Der Hauptkritikpunkt an besagtem Gutachten muss aber der folgende sein: Zwar scheint der Status "Wechsler" als Proxy für gute Risiken eine gewisse Erklärungskraft zu besitzen, jedoch kann er nie wirklich etwas über das Risiko von Versicherten aussagen. So bemängeln Schwarze und Andersen, dass die "Unterschiede zwischen Wechslern und Nichtwechslern keine ursächliche Bedeutung für die individuelle Kassenwahlentscheidung haben".⁹³ Und vor allem verlieren die Krankenkassen durch die Fälligkeit einer Ausgleichszahlung den Großteil der Anreize zum Gewinnen neuer Mitglieder.⁹⁴ Und was ist ein Wettbewerb ohne Konkurrenz um Marktanteile?

3.3.2 Die Vorschläge von IGES, Cassel und Wasem

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) haben auch das IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung), vertreten durch Klaus Jacobs und Peter Reschke, sowie Dieter Cassel und Jürgen Wasem ein Gutachten erstellt, indem sie den Risikostrukturausgleich untersuchen und Vorschläge zu dessen Weiterentwicklung machen. Die Kernpunkte ihrer Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt und einer kritischen Würdigung unterzogen.

Auch sie bemerken die Unzulänglichkeiten des derzeitigen RSA und bemängeln am gegenwärtigen System insbesondere die lediglich indirekte Ermittlung des Beitragsbedarfs über Alter, Geschlecht und Invalidität. Um diesen Problemen entgegen zu treten, stellen sie sich der Frage, ob eine direkte Morbiditätsorientierung in Hinblick auf Zweckdienlichkeit und erforderlichen Aufwand gerechtfertigt erscheint.⁹⁵ Drei Grundmodelle stellen die Gutachter vor, allerdings sehen sie es "nicht als ihre Aufgabe an, bereits zum jetzigen Zeitpunkt ein konkretes Modell [...] vorzuschlagen"⁹⁶: Zunächst sind zwei dieser Modelle zu nennen, nämlich die der Adjusted Clinical Groups (ACG) sowie Diagnostic Cost Groups (DCG) in der Variante der Hierarchical Condition Categories (DCG/HCC).⁹⁷ Den beiden aus den USA stammenden Modellen ist gemeinsam, dass sie versuchen, die Versicherten ihren Diagnosen entsprechend möglichst homogenen Gruppen zuzurechnen. Dabei wird in beiden Fällen auf die Internationale Klassifikation von Krankheiten und

⁹² Vgl. Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 8.

⁹³ Vgl. Schwarze / Andersen (2001), S. 20.

⁹⁴ Vgl. Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 5.

⁹⁵ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 69ff.

⁹⁶ A.a.O., S. 73.

⁹⁷ Vgl. a.a.O., S. 73-79.

Todesfällen (ICD) Bezug genommen und so anhand von Stichproben der durchschnittliche Beitragsbedarf für die jeweiligen Erkrankungen ermittelt, der sodann im RSA auf die betroffenen Versicherten angewandt wird. Die dritte vorgestellte Methode der Morbiditätsorientierung basiert nicht auf Diagnosen sondern auf den verschriebenen Medikamenten und Wirkstoffen. Grundlage der Pharmaceutical Cost Groups (PCG) sind bestimmte pharmakologische Wirkstoffgruppen, die zur Behandlung von 28 spezifischen, als chronisch eingestuften Krankheiten eingesetzt werden. So werden alle Versicherten, welche im vergangenen Jahr je nach Variante drei bzw. vier Verschreibungen der angesprochenen Medikamente erhalten haben, einer von acht PCG zugeordnet. Diese Maßnahme hat zumindest in der Theorie zur Folge, dass sich die Erklärungskraft der RSA-Faktoren - gegenüber einer bloßen Berücksichtigung von Alter und Geschlecht - verdoppelt.⁹⁸ Ob eine dieser vorgeschlagenen Optionen tatsächlich dazu geeignet ist, den deutschen Risikostrukturausgleich zu verfeinern und wie sie dazu angepasst werden müsste, lassen die Gutachter offen.

Konkreter gestalten sie ihren Vorschlag zur Einführung eines Hochrisikopools. Der erscheint angesichts einer außerordentlich schiefen Verteilung der Leistungsausgaben angebracht, denn schließlich verursachen die kostenintensivsten 2% der Versichertenschaft beinahe 45% aller Kosten.⁹⁹ Solche oftmals durch Multimorbidität verursachte Extremkosten werden weder derzeit berücksichtigt, noch ist zu erwarten, dass ein modifizierter RSA in der Lage wäre, sie zukünftig zu berücksichtigen. Um jedoch auch diese "Ausgaben-Ausreißer" zwischen den Krankenkassen angemessen ausgleichen zu können, fordern die Gutachter die Implementierung solch eines Risikopools.¹⁰⁰ Sie führen drei mögliche konzeptionelle Ausprägungen an:

- **Vollständige Finanzierung durch den Pool:** In dieser Form würde der Risikopool alle Kosten der als Hochrisiken identifizierten Versicherten übernehmen. Die Ausgabenrisiken würden gänzlich ausgeglichen und Selektionsanreize entfernt. Jedoch ist dies gleichzusetzen mit einem Ausgabenausgleich und den damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Kassen. Sollte als Kriterium für Hochrisikoversicherte ein bestimmter Schwellenwert angenommen werden, so bestünden darüber hinaus noch Verschwendungsanreize, denn wenn sie die Kosten

⁹⁸ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 79.

⁹⁹ Vgl. Felder (2001), S. 29.

¹⁰⁰ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 113ff.

bestimmter Versicherter absichtlich über diese Schwelle treibt, werden ihr diese vollständig vom Risikopool abgenommen. Dieses Modell ist also weitgehend unpraktikabel.

- **Finanzierung durch den Pool mit Selbstbeteiligung:** Ein solcher Risikopool würde einen prozentualen Anteil aller Kosten der hoch- und höchstriskanten Versicherten tragen. Hier besteht ein Trade-off zwischen Selektions- und Kostensenkungsanreizen. Je größer der von der Versicherung selbst zu übernehmende Anteil ist, desto größer ihr Anreiz zur Wirtschaftlichkeit, aber desto größer auch ihr Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Außerdem kann sich auch hier lohnen, die Ausgaben von Mitgliedern, die bereits knapp unterhalb des Schwellenwerts liegen, leicht anzuheben, um von der Beteiligung des Pools zu profitieren. Auch dieser Ansatz scheint daher nicht vielversprechend
- **"Stop-loss-Modell":** Diese Methode sieht vor, dass der Risikopool lediglich die über den Schwellenwert hinaus gehenden Kosten übernimmt. Zwar bleiben unterhalb der Schwelle sämtliche Wirtschaftlichkeitsanreize erhalten, darüber jedoch fallen diese völlig weg, weshalb letztlich auch diesem Modell eine Absage erteilt werden muss.

In Anbetracht der Tatsache, dass keine der Modellalternativen in ihrer ursprünglichen Form Aussicht darauf hat, von Erfolg gekrönt zu sein, schlagen die Gutachter einen Zwittertyp aus der zweiten und dritten Methode vor:¹⁰¹ Ein sogenanntes "Stop-loss-Modell mit Selbstbeteiligung", kann nach ihrer Auffassung die positiven Eigenschaften der beiden zu Grunde liegenden Modelle weitestgehend in sich vereinen. Demnach trägt die Kasse sämtliche Kosten eines Versicherten selbst, bis der Schwellenwert erreicht wird. Alle darüber hinaus gehenden Ausgaben werden anteilig von der Kasse und dem Risikopool übernommen. IGES, Cassel und Wasem konkretisieren ihren Vorschlag, indem sie das zehnfache der durchschnittlich für Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld anfallenden Ausgaben als geeigneten Schwellenbetrag und eine Selbstbeteiligung an den zusätzlichen Kosten in Höhe von 20% anregen.¹⁰²

¹⁰¹ Vgl. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 119.

¹⁰² Vgl. a.a.O., S. 126ff.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Gutachter mit einer Morbiditätsorientierung als mittel- und langfristiger Weiterentwicklungsalternative des RSA einer von vielen Seiten geäußerten Forderung erneut Stimme verleihen. Außerdem bringen sie den Risikopool als eine mögliche, den Risikostrukturausgleich auch kurzfristig ergänzende Komponente wieder in den Mittelpunkt der Diskussion. Jedoch widmen sie sich leider der genauen Ausgestaltung ihrer Vorschläge mehr als zögerlich, können praktisch keine Belege (z.B. empirischer Art) für deren Wirksamkeit vorweisen und ergehen sich - man muss es so sagen - zum Teil in Nebensächlichkeiten. Wo sie konkrete Werte für den Schwellenbetrag und die Selbstbeteiligung des Risikopools empfehlen, berufen sie sich auf Vorschläge der "internationalen Diskussion"¹⁰³. So können die vorgeschlagenen Richtwerte (zehnfache der Durchschnittskosten als Schwelle bzw. 20% Selbstbeteiligung) den Beigeschmack der Willkür nicht abstreifen. Eine empirische Untersuchung der Wirkung eines Risikopools auf die Beitragssätze wäre daher wünschenswert, denn wenn sich die Risikostrukturen der Kassen bei den hochriskanten Versicherten weitgehend gleichen und nur bei jenen mit relativ geringen Ausgaben stark abweichen, könnte der Schwellenwert leicht zu hoch gewählt sein. Dann hätte ein Risikopool zwar die nachteiligen Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit, jedoch ohne die Beitragssatzspanne entscheidend zu senken.¹⁰⁴ Allerdings könnte die Schwelle auch zu niedrig gewählt sein, wenn Unterschiede in den Risikostrukturen der Kassen vor allem unter den teuren Versicherten bestehen.

3.3.3 Die Vorschläge von Breyer und Kifmann

Sehr viel konkreter in ihren Aussagen und Vorschlägen werden da Breyer und Kifmann in ihrem Gutachten für den Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Sie teilen die Ansicht, dass es auf längere Sicht keine Alternative zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich geben kann.¹⁰⁵ Aber anders als die Gutachtergruppe um das IGES sprechen sie sich letzten Endes auch für fest umrissene Methoden aus, um das gesteckte Ziel zu erreichen. Die gewünschte Morbiditätsorientierung des RSA empfehlen die Gutachter mittels diagnosebezogener Risikogruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) zu

¹⁰³ IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 126.

¹⁰⁴ Vgl. Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 5.

¹⁰⁵ Ebenso Cassel (2001), S. 6.

implementieren¹⁰⁶. Dabei handelt es sich um separate Risikogruppen, welchen bestimmte chronisch Kranke ihrem Behandlungsaufwand entsprechend zugeordnet werden können.¹⁰⁷ Schon heute müssen Krankenhäuser und Vertragsärzte sämtliche Diagnosen gemäß Norm "ICD-10-SGB V" verschlüsseln um so ihre Leistungsabrechnungen mittels diagnosebezogener Fallpauschalen ausreichend transparent zu gestalten. Zwar fallen die so ermittelten Diagnosegruppen teilweise wegen zu geringer Versichertenzahlen zu klein aus, jedoch könnten solche unter Wahrung relativer Homogenität zu größeren Gruppen zusammengefasst werden. Außerdem besteht die Gefahr der Manipulation durch die Krankenkassen, die u.U. ihre Versicherten zu häufigen Arztbesuchen motivieren könnten, um für sie so ein *upcoding*, also ein Einstufen in einer höheren Risikogruppe zu erreichen. Allgemein wird diese Gefahr hingegen als nicht zu gravierend eingeschätzt. Daher scheint eine Adaption dieses Modells auf die Morbiditätsorientierung des RSA - trotz nicht unerheblichen Aufwands - als umsetzbar und angesichts der Bedeutung eines funktionalen RSA durchaus lohnend.

Mit Hilfe von OLS-Regressionen haben Breyer und Kifmann außerdem diverse zusätzliche Variablen konstruiert und deren Erklärungskraft für die Leistungsausgaben der Versicherten untersucht.¹⁰⁸ Den der Arbeit angefügten Ergebnistabellen dieser Regressionsanalyse sind erstaunliche Erkenntnisse abzugewinnen:¹⁰⁹ Während die heute verwandten Risikofaktoren Alter, Geschlecht und Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit fast 12% und gut 22% der Leistungsausgaben von unter respektive über 60-jährigen erklären (Spalte 1), steigt die Genauigkeit der Schätzung tatsächlicher Ausgaben enorm an, sobald weitere Faktoren in die Kalkulation eingehen.

In Spalte 2 wurden mit den Variablen "allein stehend" und "beitragspflichtige Einnahmen" zwei zusätzliche demographische Variablen hinzugezogen. Bei den Jüngeren hat das Einkommen einen starken Einfluss auf die Leistungen. Diese Variable weist einen Regressionskoeffizienten von -0,0348 auf, was bedeutet, dass ein Versicherter, der - bei gleichem Alter und Geschlecht - um € 10.000 mehr verdient, beinahe € 350 weniger

¹⁰⁶ Vgl. Breyer / Kifmann (2001), S. 30.f

¹⁰⁷ Für eine Übersicht alternativer Modelle der Risikogruppierung vgl. z.B. IGES / Cassel / Wasem (2001), S. 73-79 oder Pollock (2002).

¹⁰⁸ Vgl. Breyer / Kifmann (2001), S. 42ff.

¹⁰⁹ Siehe Anhang II.

Ausgaben verursacht.¹¹⁰ Gleichzeitig erhöht sich der Anteil der erklärten Varianz unter den Jüngeren auf 12,5%. Ursächlich hierfür dürfte ein verantwortungsbewussterer Umgang mit Ressourcen und ein gesundheitsbewussterer Lebenswandel der höher Gebildeten (und damit besser Verdienenden) sein.¹¹¹ Zwar ist bei den jüngeren Versicherten die Variable "allein stehend" nicht signifikant, jedoch zeigen die Daten, dass bei älteren Personen, wenn sie alleine leben, die Ausgaben um gut € 350 steigen. Offenbar rührt dies daher, dass Rentner längerer stationärer Behandlungen bedürfen, wenn sie schlechtere Pflegemöglichkeiten zu Hause haben.¹¹² Darüber hinaus dürfte aber auch das Thema "Arztbesuch aus Langeweile" eine Rolle spielen.

Die dritte Spalte zeigt die Ergebnisse der Regression bei Ergänzung um die Variable "Verstorben". Der Hintergrund dieser Variable ist die Vorstellung, dass Menschen in ihrem letzten Lebensjahr mehr an Leistungen benötigen als zuvor. Tatsächlich zeigen Breyer und Kifmanns Resultate, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor dem Tod extrem zunimmt, und zwar um ca. € 3.000 bei den Älteren und ganze € 6.000 bei den unter 60-jährigen. Des Weiteren steigt der Anteil der erklärten Varianz auf über 14 bzw. 23 Prozent.¹¹³

Zuletzt haben die Gutachter die Regression mit zusätzlicher Einbeziehung der Vorjahresausgaben für jeden Versicherten durchgeführt (Spalte 4). Diese Variable hat Regressionskoeffizienten mit Werten von 0,535 und 0,466, was darauf schließen lässt, dass solche Versicherte, deren Ausgaben im letzten Jahr um € 1.000 höher waren, auch im aktuellen Jahr durchschnittlich um € 466 bzw. € 535 mehr Kosten verursachen werden. Außerdem vermögen die Faktoren inklusive der Vorjahresausgaben 36% bzw. 38% der gesamten Varianz zu erklären, was ein außergewöhnlich hoher Wert ist.¹¹⁴ Allerdings räumen die Gutachter selbst ein, dass die Einbeziehung der Vorjahresausgaben einem partiellen Ausgabenausgleich entspricht und so in Hinblick auf die Anreizkompatibilität zur Wirtschaftlichkeit problematisch ist. Denn so geht eine Kostensenkung in einem Jahr mit einer Senkung der Ausgleichszahlung im nächsten einher.¹¹⁵

Ferner haben Breyer und Kifmann mittels Simulationen in verschiedenen Risikostrukturausgleichsszenarien den Einfluss der von ihnen untersuchten Variablen auf

¹¹⁰ Folglich sind Versicherte mit geringem Einkommen ein "doppeltes Übel" für ihre Krankenkassen: Erstens bescheren sie ihnen eine geringere Beitragssumme, zweitens zeichnen sie sich durch höhere Ausgaben aus.

¹¹¹ Vgl. Breyer / Kifmann (2001), S. 44.

¹¹² Vgl. ebenda.

¹¹³ Vgl. ebenda.

¹¹⁴ Vgl. a.a.O., S. 45.

die Beitragssätze fiktiver Krankenkassen mit zufälligen Risikostrukturen analysiert. Ihre Ergebnisse stellt Tabelle A3 dar.¹¹⁶ Bemerkenswert ist zunächst, dass der gegenwärtige RSA (Modell 1b) scheinbar einen nicht in Abrede zu stellenden Nutzen stiftet, er kann die Beiträge um 2,77% aufeinander zu bewegen, sodass die Differenz nur noch 5,18% statt 7,95% ohne RSA beträgt. Außerdem scheint die Nutzung der beiden zusätzlichen demographischen Faktoren "allein stehend" und "beitragspflichtiges Einkommen" (Modell 2) ebenfalls in der Lage zu sein, die Beiträge der Kassen leicht anzugleichen und so die Beitragssatzspanne um weitere 0,32% schrumpfen zu lassen. Ferner hat offenbar die Einführung eines Hochrisikopools nach dem "Stop-loss-Modell mit Selbstbeteiligung" je nach zu Grunde liegendem Schwellenwert und Selbstbeteiligungsgrad die Fähigkeit, bis zu 0,71% (Modell 4d) des gegenwärtigen Beitragssatzunterschieds (Modell 1b) zu beseitigen.¹¹⁷ Darüber hinaus senkt eine zusätzliche Sterbekostenpauschale (Modell 5) gegenüber dem Modell 2 die Beitragssatzspanne erneut um 0,1%. Letztlich würde wohl eine Einbeziehung der Vorjahresausgaben (Modell 6) die Beiträge aus Modell 2 bis auf einen Rest von 1,42% fast vollständig nivellieren.

Die aus den Ergebnissen von Breyer und Kifmann abgeleiteten Empfehlungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:¹¹⁸

1. Der Risikostrukturausgleich sollte grundsätzlich beibehalten werden.
2. Kurzfristig könnte die Einbeziehung sozio-demographischer Merkmale wie Einkommen und Familienstand oder die Leistung einer Sterbekostenpauschale den RSA entscheidend verbessern.
3. Langfristig sollte er um diagnosebezogene Morbiditätsmaße erweitert werden.
4. Sollte die Einführung von Maßnahmen nötig erscheinen, welche die Anreize zur Wirtschaftlichkeit senken, ist einer Berücksichtigung der Vorjahresausgaben vor Alternativen wie einem Risikopool der Vorzug zu geben.
5. Dennoch sollten weitere Untersuchungen vorgenommen werden, um noch präzisere Aussagen treffen zu können. Hierbei sind insbesondere die Krankenkassen gefragt, die zukünftig genauere Daten liefern müssten, damit z.B. auch eine Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Kassen ermöglicht wird.

¹¹⁵ Vgl. Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 6.

¹¹⁶ Siehe Anhang II.

¹¹⁷ Beachte: Breyer / Kifmann bezeichnen den Risikopool nach dem "Stop-loss-Modell" als "Rückversicherung für teure Fälle".

¹¹⁸ Breyer / Kifmann (2001), S. 53-56.

4 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, wie Risikoselektion auf dem Versicherungsmarkt entsteht, wie sie wirkt und warum sie eine Gefahr für den solidarischen Wettbewerb im Krankenkassensystem bedeutet. In der Folge wurde der Risikostrukturausgleich als Gegenmaßnahme untersucht, seine Aufgaben aus theoretischer Sicht dargelegt, seine Unzulänglichkeiten in der heute in Deutschland praktizierten Form erläutert und verschiedene mögliche "Heilmittel" diskutiert. Dabei konnte festgestellt werden, dass offenbar alle gegenwärtig bestehenden Probleme des Risikostrukturausgleichs durch den sog. perfekten RSA beseitigt werden könnten. Eine gute Annäherung an dieses unerreichbare Ideal scheint der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zu sein¹¹⁹, also einer, der das individuelle Krankheitsrisiko der Versicherten erfasst und so nicht mehr nur auf Proxy-Variablen zurückgreifen muss, um die Risikostruktur der einzelnen Krankenkassen zu ermitteln. Mit einer gemeinsamen Erklärung haben IGES, Cassel und Wasem sowie Lauterbach und Wille auf ein Schreiben von Bundesgesundheitsministerin Schmidt reagiert. Die Ministerin hatte die beiden Gutachtergruppen in diesem Brief gebeten, "kurzfristig noch einmal miteinander in einen Dialog einzutreten, um - ausgehend von den Gemeinsamkeiten der Problemanalyse - die Möglichkeiten eines gemeinsamen Lösungsvorschlags auszuloten"¹²⁰. Im Ergebnis dieses Konsenspapiers schloss sich nun mit Lauterbach und Wille auch die dritte der Gutachtergruppen den Befürwortern eines morbiditätsorientierten RSA an. Da dieser nach einhelliger Meinung nicht vor dem Jahre 2007 einzuführen ist, stünden mehrere Alternativen zu einer vorübergehenden Anpassung des RSA zur Auswahl: Eine Wechslerkomponente wie von Lauterbach und Wille präferiert¹²¹, ein Risikopool nach dem "Stop-loss-Modell" mit Selbstbeteiligung, der von IGES, Cassel und Wasem vorgeschlagen wird¹²² oder, um den Empfehlungen von Breyer und Kifmann zu folgen, die Einführung zusätzlicher sozio-demographischer Faktoren in

¹¹⁹ Vgl. Sachverständigenrat (2001), S. 165.

¹²⁰ IGES et al. (2001), S. 1.

¹²¹ A.a.O., S. 3.

¹²² A.a.O., S. 2.

den RSA bzw. gegebenenfalls eine Berücksichtigung der Vorjahresausgaben¹²³. Nach Ansicht des Verfassers sollte einer Einführung der weiteren sozio-demographischen Komponenten "Familienstand" und "beitragspflichtiges Einkommen" unbedingt der Vorzug gelten, da sie sicherlich die einfachste und kostengünstigste der Alternativen darstellt. Die Berücksichtigung dieser zusätzlichen Variablen wäre mit weit geringerem Aufwand zu bewerkstelligen als andere Maßnahmen und überdies ausgesprochen schnell umzusetzen. Bestimmt wird aber ihr Erfolg in Hinblick auf einen funktionalen RSA, wie die Regressionsanalysen von Breyer und Kifmann gezeigt haben, nicht ausreichend sein, weshalb eine zusätzliche Ergänzung für die Zeit bis zum Jahr 2007 geboten erscheint. Ob diese nun aus einer Berücksichtigung der Vorjahresausgaben, einer Wechslerkomponente oder einem Risikopool bestehen sollte, lässt sich mit den bis dato vorliegenden Informationen nicht eindeutig bestimmen, dennoch dürfte tendenziell ein Risikopool vorzuziehen sein, da er einerseits relativ große Erfolge in der Vermeidung von Risikoselektion verspricht und andererseits die Anreize zur Wirtschaftlichkeit nicht allzu drastisch zu gefährden droht.

Zwischenzeitlich hat der Gesetzgeber (nicht zuletzt auf die in der vorliegenden Arbeit behandelten Gutachten) reagiert und mit dem "Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung" begonnen, die Weichen für einen neuen, funktionalen und zukunftsorientierten RSA zu stellen. Mit dem am 10. Dezember 2001 vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrats beschlossenen Gesetz, das am 01. Januar 2002 in Kraft trat, sind entscheidende Änderungen des Risikostrukturausgleichs verbunden.

- Mit dem Einfügen der §§ 137f und 137g in das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches wurde die Ausgleichsfähigkeit von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (sog. Disease-Management-Programme / DMP) ab dem Jahr 2002 gesetzlich verankert, um der Unterversorgung solcher Erkrankungen entgegenzuwirken. Dadurch können die Krankenkassen durch Behandlung ihrer Chroniker mit Hilfe geeigneter, genehmigungspflichtiger Programme einen Ausgleichsbedarf aus dem RSA erwerben.
- Mit Änderung der §§ 266, 267 SGB V sowie Erweiterung um § 268 SGB V wurde die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beschlossen. Demnach sollen die für

¹²³ Siehe Gliederungspunkt 3.3.3.

den RSA erheblichen Versichertengruppen ab dem 01. Januar 2007 nach Klassifikationsmerkmalen gebildet werden, die zugleich die Morbidität unmittelbar berücksichtigen, sich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Ausgaben orientieren, Anreize zur Risikoselektion verringern, Qualität und Wirtschaftlichkeit fördern sowie praktikabel und kontrollierbar sind. Zwischenzeitlich hat eine Untersuchung stattzufinden, die sich mit der näheren Ausgestaltung der Morbiditätsorientierung, namentlich mit den Problemen Gruppenbildung, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmalen befasst und ferner eruieren soll, welche der gegenwärtigen Kriterien nach dem 31. Dezember 2006 beibehalten werden können oder müssen.

- Schließlich wurde zum 01. Januar 2002 die Einführung eines Risikopools mit einem Schwellenwert von zunächst € 20.450 und einer Selbstbeteiligung von 40% beschlossen, der finanzielle Belastungen durch aufwändige Leistungsfälle teilweise ausgleicht.

Es muss konstatiert werden, dass der Gesetzgeber offenbar die Probleme des solidarischen Wettbewerbs in der GKV erkannt und größtenteils folgerichtig reagiert hat. Die Einführung eines "Morbi-RSA"¹²⁴ ist auf längere Sicht nicht zu umgehen und scheint die einzige Möglichkeit, das Gesundheitssystem in seiner heutigen Form langfristig aufrecht zu erhalten. Es darf aber nicht vergessen werden, dass bisher wenig mehr als gutgemeinte Vorschläge bestehen, wie die Morbiditätsorientierung in der Praxis umgesetzt werden soll. Der somit relativ langwierigen Vorlaufzeit der Durchsetzung wurde die Legislative gerecht, indem sie mit ausgleichsfähigen DMP und einem Risikopool kurzfristig implementierbare Übergangslösungen fand, die nach derzeitigem Kenntnisstand dazu geeignet sind, den drängendsten Problemen Unter- bzw. Fehlversorgung von Chronikern und Risikoselektion zumindest teilweise Einhalt zu gebieten.

Jedoch muss an der Reform auch Kritik geübt werden: Zwar wurde der Mindestbeitragssatz von 12,5% letztlich nicht wie geplant umgesetzt, was ausdrücklich zu befürworten ist, schließlich kann ein Preisdiktat einer wettbewerblichen Ordnung nur schaden.¹²⁵

¹²⁴ Jacobs (2003), S. 38.

¹²⁵ Vgl. Schulz / Breyer / Kifmann (2001), S. 5f.

Eine Berücksichtigung sozio-demographischer Faktoren, wie von Breyer und Kifmann vorgeschlagen, hätte hingegen wegen ihrer äußerst simplen Umsetzung unbedingt den RSA ins Jahr 2007 begleiten müssen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Problem der Risikoselektion mit all seinen Begleiterscheinungen nun endlich Eingang in das Bewusstsein nicht nur der Ökonomen sondern auch der Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung gefunden hat. Sicherlich ist der Stein der Weisen bisher weder für die Morbiditätsorientierung noch für den RSA im Allgemeinen gefunden, weshalb auch zukünftig die Forschung in diesem Bereich gefragt ist, vor allem aber auch die Bereitschaft der politisch Verantwortlichen zu nach- und verbessernden Reformen. Und das gilt nicht nur für den Risikostrukturausgleich, sondern insbesondere auch für das deutsche Gesundheitssystem im Ganzen.

5 Anhang I: Literaturverzeichnis

van Barneveld, Erik et al. (1998), "Mandatory Pooling as a Supplement to Risk-Adjusted Capitation Payments in a Competitive Health Insurance Market", in: *Social Science and Medicine*, S. 223-232.

BKK Bundesverband (2003)a, *BKK unterstützt die anderen Krankenkassen in diesem Jahr mit rund 8,8 Milliarden Euro – RSA-Zahlungen der BKK haben sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt*, Pressemitteilung vom 22.10.2003, BKK Bundesverband: Essen.
URL: <http://www.bkk.de/bkk/pressemitteilungen/powerslave,id,73,nodeid,15.html>

BKK Bundesverband (2003)b, *Risikostrukturausgleich: Genug ist genug – weniger wäre mehr*, in: Kennzeichen BKK Ausgabe 4/03, BKK Bundesverband: Essen.
URL: <http://www.bkk.de/bkk/content/powerslave,id,365,nodeid,125.html>

Breyer, Friedrich und Mathias Kifmann (2001), *Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV*, DIW-Diskussionspapier Nr. 236, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: Berlin.

Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann (2003), *Gesundheitsökonomie*, 4. Auflage, Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, S. 263-283.

Buchholz et al. (2001), *Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken*, DIW-Diskussionspapier Nr. 247, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: Berlin.

Cassel, Dieter (2001), *The German System of Health Care Needs Less Regulation and More Competition*, Beitrag 16/1, ifo Schnelldienst No. 16, ifo-Institut für Wirtschaftsforschung: München.

Cassel, Dieter und Johannes Janßen (1999), "GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung", in: Knappe, E. (Hrsg.), *Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Tagungsband des Gesundheitsökonomischen Ausschusses im Verein für Socialpolitik, Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 32, Baden-Baden, S. 11-49.

Deutsche Bundesregierung (2001), *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Drucksache 14/5681, Deutscher Bundestag: Berlin.

Enquete-Kommission (1990), *Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung"*, Drucksache 11/6380, Deutscher Bundestag: Berlin, S. 168-223.

Felder, Stefan (2001), "Der Risikoausgleich als Fluch der guten Tat. Risikogerechte Krankenkassenprämien und Subjektförderung als Ausweg", in: *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 250: Zürich, S. 29.

Glazer, Jacob und Thomas McGuire (2000), "Optimal Risk Adjustment in Markets with Adverse Selection: An Application to Managed Care", in: *American Economic Review* 2000, American Economic Association: Princeton, S. 1055-1071

IGES, Dieter Cassel und Jürgen Wasem (2001), *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung: Berlin.

URL: http://www.iges.de/content/e72/e251/e254/RSA-Gutachten2001_ger.pdf

IGES et al. (2001), *Konsenspapier IGES / Cassel / Wasem und Lauterbach / Wille*, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung: Berlin.

URL: <http://www.uni-essen.de/fb5/medizin-management/Lehrstuhl/Download/konsenspapier%2026%2002%2001.pdf>

Jacobs, Klaus (2003), "Dem Wettbewerb die richtige Richtung geben", *Festschrift Peter Kirch*, Januar 2003, S. 34-39.

Jankowski, Markus und Anne Zimmermann (2003), *Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt*, Discussion Paper 3/2003 (überarbeitete Version, September 2003), Otto-Wolf-Institut für Wirtschaftsordnung: Köln.

Lauterbach, Karl und Eberhard Wille (2001), *Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm "Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung" unter Berücksichtigung der Morbidität*, Verband der deutschen Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK): Siegburg.
URL: http://www.vdak.de/download/endgutachten_rsa.pdf.

Oberender, Peter (1998), "Welche Rolle spielt die Gesundheitsökonomie in Deutschland?", in: *Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement* 3, S. A2-A4.

Pollock, Bill (2002), *Risk Adjustment: Time To Start Paying Attention*, Milliman USA.
URL: http://www.milliman.com/health/publications/consultants_corner/18ccr_wmp_riskadj.pdf

Sachverständigenrat (2001), *Jahresgutachten 2001/2002*, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Mainz.
URL: http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/01_ges.pdf

Schneider, Werner (2002), "Kraftakt mit Augenmaß", in: *Gesundheit und Gesellschaft Spezial* 2/02, AOK-Bundesverband: Bonn, S. 4-7.

Schulz, Erika, Mathias Kifmann und Friedrich Breyer (2001), *Risikostrukturausgleich am Scheideweg - Senkung der Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen sollte vermieden werden*, DIW-Wochenbericht 14/01, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: Berlin,
URL: <http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/01-14-1.html>

Schwarze, Johannes und Hanfried Andersen (2001), *Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?*, DIW-Diskussionspapier Nr. 267, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: Berlin.

van de Ven, Wynand und René van Vliet (1992), "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90's", in: Zweifel, P. und H.E. Frech III (Hrsg.), *Health economics worldwide*, Kluwer Academic Publishers, S. 23-46.

6 Anhang II: Tabellen

Tabelle A2: Regressionsergebnisse (OLS) für Leistungsausgaben der unter 60-jährigen
(t-Werte in Klammern), Quelle: Breyer / Kifmann (2001), S.60.

	1	2	3	4
M0-4	1261.954 (9.362)	2932.488 (18.130)	2874.173 (17.953)	1561.660 (9.343)
M5-9	1007.907 (7.687)	2760.551 (17.114)	2701.897 (16.923)	1858.661 (12.087)
M10-14	1149.434 (9.265)	2909.385 (18.651)	2853.569 (18.482)	1853.076 (12.594)
M15-19	718.328 (6.687)	2102.867 (15.485)	2051.903 (15.266)	1418.202 (10.714)
M20-24	775.961 (6.986)	2209.251 (14.946)	2143.768 (14.652)	1454.522 (10.445)
M25-29	946.676 (9.206)	2583.783 (17.668)	2509.681 (17.338)	1638.873 (11.658)
M30-34	1207.457 (10.803)	2954.833 (19.540)	2873.720 (19.199)	1828.570 (12.626)
M35-39	1220.943 (10.886)	3036.612 (20.004)	2954.817 (19.665)	1868.443 (12.956)
M40-44	1543.009 (14.044)	3380.746 (22.587)	3287.895 (22.191)	2074.628 (14.728)
M45-49	1876.927 (17.519)	3728.613 (25.189)	3622.494 (24.721)	2111.175 (15.103)
M50-54	2189.306 (25.326)	4009.122 (30.200)	3878.205 (29.504)	2330.152 (18.422)
M55-59	2438.639 (32.487)	4116.595 (34.470)	3956.368 (33.444)	2383.102 (20.985)
W0-4	1273.064 (9.170)	2957.263 (17.872)	2881.911 (17.596)	1524.670 (9.123)
W5-9	947.858 (6.981)	2709.580 (16.384)	2646.743 (16.169)	1853.389 (11.796)
W10-14	1295.901 (10.124)	3041.791 (19.172)	2977.777 (18.962)	1998.625 (13.333)
W15-19	1350.503 (10.420)	3022.654 (19.132)	2960.062 (18.929)	1922.873 (12.797)
W20-24	1598.743 (10.383)	3096.339 (17.553)	3034.648 (17.381)	1895.238 (11.274)
W25-29	1813.451 (12.484)	3335.637 (19.685)	3272.489 (19.512)	2079.026 (12.742)
W30-34	1721.234 (12.200)	3382.934 (20.130)	3315.790 (19.934)	1966.113 (12.238)
W35-39	1935.687 (14.233)	3672.167 (22.142)	3600.002 (21.931)	2105.997 (13.465)
W40-44	1648.448 (12.570)	3377.004 (20.944)	3299.780 (20.676)	2066.365 (13.678)
W45-49	2121.844 (16.572)	3826.824 (24.192)	3740.939 (23.892)	2252.332 (15.176)
W50-54	2425.352 (23.518)	4044.838 (29.687)	3950.460 (29.290)	2254.795 (17.590)
W55-59	2702.687 (31.360)	4080.009 (35.169)	3977.760 (34.631)	2247.021 (20.425)
EUBU	3983.095 (21.855)	3180.933 (17.058)	3033.756 (16.433)	1116.565 (6.404)
Allein stehend	-	-77.373 (-1.039)	-55.035 (-0.747)	-9.543 (-0.139)
Einkommen	-	-0.034875 (-18.552)	-0.033635 (-18.075)	-0.025735 (-14.074)
Verstorben	-	-	12323.34 (32.170)	-
Ausgaben Vorj.	-	-	-	0.535817 (134.031)
R ² (adj.)	0,1183	0,1250	0,1429	0,3794

Tabelle A2: Regressionsergebnisse (OLS) für Leistungsausgaben der über 60-jährigen
(t-Werte in Klammern), Quelle: Breyer / Kifmann (2001), S.61.

	1	2	3	4
M60-64	3349.259 (27.011)	3733.787 (16.540)	3646.232 (16.243)	2184.436 (10.177)
M65-69	3975.059 (29.053)	4329.151 (19.015)	4185.836 (18.481)	2488.716 (11.491)
M70-74	4859.224 (27.576)	5208.711 (20.429)	4987.865 (19.654)	3093.198 (12.815)
M75-79	5242.325 (20.258)	5559.479 (17.499)	5213.671 (16.475)	3345.361 (11.202)
M80-84	5232.042 (18.718)	5472.257 (16.201)	4903.955 (14.538)	3252.382 (10.282)
M85-89	5999.841 (12.772)	6177.378 (12.126)	5262.332 (10.338)	3747.975 (7.892)
M90-	6536.482 (6.490)	6600.258 (6.416)	5257.868 (5.128)	4089.727 (4.336)
W60-64	3239.055 (23.213)	3446.765 (16.165)	3408.603 (16.078)	1911.990 (9.265)
W65-69	3636.397 (26.760)	3591.451 (20.596)	3527.897 (20.345)	1951.135 (11.376)
W70-74	4675.998 (31.852)	4423.385 (24.199)	4312.862 (23.718)	2533.550 (14.713)
W75-79	5575.320 (28.651)	5260.142 (21.538)	5072.476 (20.871)	3063.209 (13.291)
W80-84	5769.070 (29.414)	5387.517 (20.706)	5033.061 (19.4)	3135.723 (12.769)
W85-89	6437.998 (23.530)	6033.113 (18.403)	5364.470 (16.352)	3531.712 (11.510)
W90-	6864.891 (14.180)	6436.505 (12.419)	5314.003 (10.238)	3449.588 (7.173)
Allein stehend	-	734.479 (5.752)	731.838 (5.765)	501.368 (4.175)
Einkommen	-	-0.012938 (-2.478)	-0.012995 (-2.503)	-0.010302 (-2.078)
Verstorben	-	-	6306.044 (17.968)	-
Ausgaben Vorj.	-	-	-	0.466061 (74.086)
R ² (adj.)	0,2247	0,2259	0,2349	0,3613

Tabelle A3: Beitragssätze der Teilkassen in den RSA-Simulationen, Quelle: Breyer / Kifmann (2001), S. 52.

Modell	Kasse	A	B	Beitrags- satz- spanne
0	Ohne RSA	8,10	16,05	7,95
1	a Bestehender RSA	9,41	14,54	5,13
	b dito (Regression)	9,38	14,56	5,18
2	zus.: Einkommen, allein stehend	9,56	14,37	4,81
3	a Hochrisikopool 2% (nach Gesamtausgaben)	7,19	15,22	8,03
	b Hochrisikopool 2% (nach Gesamtausgaben) + RSA	8,43	13,58	5,15
	c dito (nach Krankenhausaussgaben)	8,65	13,95	5,30
	d dito (nach Arzneimittelaussgaben)	8,61	14,17	5,56
	e Hochrisikopool 5% (nach Gesamtausgaben)	6,67	14,10	7,43
	f Hochrisikopool 5% (nach Gesamtausgaben) + RSA	7,81	12,58	4,77
4	a Rückvers. teurer Fälle (21.500/ 0%)	7,45	13,85	6,40
	b dito + RSA	8,56	12,57	4,01
	c Rückvers. teurer Fälle (30.000/ 20%)	7,79	14,87	7,08
	d dito + RSA	9,00	13,47	4,47
	e Rückvers. teurer Fälle (50.000/ 20%)	8,00	15,50	7,50
	f dito + RSA	9,27	14,03	4,76
	g Rückvers. teurer Fälle (100.000/ 20%)	8,09	15,94	7,85
	h dito + RSA	9,40	14,43	5,03
5	Modell 2 + Sterbekostenpauschale	9,59	14,33	4,74
6	Modell 2 mit Vorjahresausgaben	11,24	12,66	1,42

7 Anhang III: Formale Berechnung des Risikostrukturausgleichs

(Quelle: Cassel / Janßen (1999), S. 23ff)

Mit Hilfe von Stichproben werden die tatsächlichen Ausgaben der Kassen für jede Zelle (L_{pg}) bestimmt, über sämtliche Versicherungen summiert und durch die Anzahl der bundesweiten Zellenangehörigen (V_{pg}) geteilt. So ergeben sich standardisierte Leistungsausgaben je Versicherten (SL_g), d.h. den tatsächlichen kassenspezifischen Kosten wird keine Bedeutung beigemessen:

$$SL_g = \frac{\sum_p L_{pg}}{\sum_p V_{pg}} \quad (7.1)$$

Der risikobedingte Beitragsbedarf einer Kasse ergibt sich aus der Anzahl der Versicherten in jeder Zelle (V_{gk}) und der zellenspezifischen Höhe der standardisierten Ausgaben (SL_g):

$$B_k = \sum_g (V_{gk} \cdot SL_g) \quad (7.2)$$

Die Finanzkraft einer Krankenversicherung (F_k) ihrerseits wird bestimmt von den beitragspflichtigen Einnahmen (bpE_k) multipliziert mit dem Ausgleichsbedarfssatz (ABS):

$$F_k = bpE_k \cdot ABS \quad (7.3)$$

mit

$$ABS = \frac{\sum_k B_k}{\sum_k bpE_k} \quad (7.4)$$

d.h. der Ausgleichsbedarfssatz, der somit dem Beitragssatz einer Krankenkasse mit durchschnittlicher Risikostruktur entspricht, besteht aus dem Verhältnis der über alle Kassen aufsummierten Beitragsbedarfe zu den über alle Kassen aufsummierten beitragspflichtigen Einnahmen.

So gilt für jede Krankenversicherung, dass sie im Falle von den Beitragsbedarf überschreitender (unterschreitender) Finanzkraft einen Betrag abzuführen (zu erhalten) hat, welcher der Differenz von Beitragsbedarf und Finanzkraft entspricht:

$$Z_k = B_k - F_k \quad (7.5)$$

Alle vorangegangenen Gleichungen in (7.5) eingesetzt gibt schließlich:

$$Z_k = \sum_g \left[V_{gk} \cdot \left(\frac{\sum_p L_{pg}}{\sum_p V_{pg}} \right) \right] - bpE_k \cdot \left\{ \frac{\sum_k \sum_g [V_{gk} \cdot \left(\frac{\sum_p L_{pg}}{\sum_p V_{pg}} \right)]}{\sum_k bpE_k} \right\} \quad (7.6)$$

