

Felder, Stefan

Article

Anreize zur Risikoselektion? Anmerkungen zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Schmollers Jahrbuch – Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Journal of Applied Social Science Studies

Provided in Cooperation with:

Duncker & Humblot, Berlin

Suggested Citation: Felder, Stefan (2000) : Anreize zur Risikoselektion? Anmerkungen zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Schmollers Jahrbuch – Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Journal of Applied Social Science Studies, ISSN 1865-5742, Duncker & Humblot, Berlin, Vol. 120, Iss. 2, pp. 187-206, <https://doi.org/10.3790/schm.120.2.187>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/291955>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Anreize zur Risikoselektion? Anmerkungen zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Von Stefan Felder

Abstract

Risk adjustment schemes (RAS) within social insurance are designed to prevent health insurers from engaging in risk selection. We show that the current German RAS still creates incentives for insurers to select risk. In particular the geographic range of RAS, the risk-adjusters and financing health insurance by means of wage contributions rather than premiums create incentives for risk selection. We discuss alternatives to RAS such as health insurance premiums complemented by means tested transfers which could reduce some of the incentive problems.

Zusammenfassung

Die Risikostrukturausgleich (RSA) ist ein Komplement zur bestehenden Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Als ein dem Äquivalenzprinzip geschuldetes Instrument schafft er die Voraussetzung für einen funktionierenden Kassenwettbewerb. Der vorliegende Aufsatz zeigt, dass die Kassen in der GKV trotz oder gar wegen des RSA Anreize zur Risikoselektion besitzen. Diese Anreize stehen im Zusammenhang mit der Finanzierung der GKV über Lohnbeiträge, den berücksichtigten Risikofaktoren und dem geographischen Bezug des RSA. Als Alternative zum einnahmeseitigen RSA, dessen Defizite in der formalen Analyse besonders stark zu Tage treten, wird ein Übergang auf Kopfprämien verbunden mit gezielten Einkommenstransfers diskutiert.

JEL classification: D4, I1, L5

1. Einleitung

Unter normalen Bedingungen entspricht die Prämie für eine Versicherung der erwarteten Leistung zuzüglich eines Aufschlages für Verwaltungskosten

* Ich danke Prof. Dr. Bernt-Peter Robra und Dipl. Volkswirt Andreas Werblow sowie drei anonymen Gutachtern für wertvolle Hinweise und Kommentare und entbinde sie gleichzeitig von jeglicher Verantwortung für Inhalt und verbleibende Fehler.

sten. Die Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen wird durch den Wettbewerb zwischen den Versicherern erzwungen. Denn würden die Beiträge die erwarteten Leistungen übersteigen, so könnten die Versicherer durch Prämienenkung die Zahl ihrer Kunden erhöhen und – vorausgesetzt die Nachfrage ist hinreichend preiselastisch – ihre Gewinne steigern. In jedem Fall gäbe es aber für neue Versicherer Anlass zum Markteintritt, womit eine Tendenz zur Prämienenkung gegeben wäre. Im Gleichgewicht werden daher die Gewinne verschwinden und mit ihnen die Anreize zur Anwerbung neuer Kunden.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat das Äquivalenzprinzip nur eine eingeschränkte Gültigkeit. Erstens richten sich die Beiträge der Versicherten nicht nach den erwarteten Leistungen, da die Beiträge laut Gesetz nicht differenziert werden dürfen. Insbesondere zahlen ältere Personen keine höheren Beiträge, obwohl sie im Durchschnitt mehr Leistungen beanspruchen als jüngere. Zweitens ist die Prämie in der GKV über den Beitragssatz an das Lohneinkommen der Versicherten geknüpft. Wer demnach ein hohes Einkommen bezieht, zahlt höhere Beiträge als jemand mit geringem Einkommen. Ohne weitere Regulierung hätten die Kassen in der GKV aufgrund der Art der Finanzierung und der fehlenden Differenzierungsoption für die Beiträge einen Anreiz, v.a. junge und finanzstarke Personen zu versichern. Die Selektion dieser guten Risiken würde es ihnen erlauben, die Prämien zu senken und dadurch einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht führen solche Selektionsanstrengungen zu einer Ressourcenverschwendung. Es überrascht den Ökonomen deshalb nicht, dass der Gesetzgeber mit Einführung des Wettbewerbs in der GKV auch einen Risikostrukturausgleich (RSA) eingerichtet hat. Dessen Funktion besteht darin, die Lücke zwischen Beiträgen und erwarteten Leistungen der Versicherten zu schließen, so dass die Kassen keinen Anreiz zur Selektion bestimmter Risiken mehr haben.

Trotz des RSA bestehen für die Kassen der GKV jedoch nach wie vor Anreize zur Risikoselektion. Das Ziel des vorliegenden Aufsatzes besteht darin, diese Anreize mit Hilfe eines formalen Modells systematisch herauszuarbeiten. Die existierenden Selektionsanreize stehen im Zusammenhang mit dem geographischen Bezug des RSA, mit der Mechanik des Finanzausgleichs zwischen den Kassen und anderen Eigenheiten des RSA. Im *Abschnitt 2* präsentieren wir eine einfache mathematische Darstellung des RSA und beschreiben das Gleichgewicht zwischen Ausgaben und Einnahmen auf den Ebenen RSA und individuelle Kasse.

In *Abschnitt 3* wird untersucht, unter welchen Bedingungen es für eine Kasse von Vorteil ist, ein bestimmtes Risiko aus Ausgaben- oder Einnahmenüberlegungen zu versichern. Insbesondere wird dabei der Einfluss des

einnahmeseitigen RSA auf die Selektionsentscheidung studiert. Wir unterscheiden zwischen allgemeinen und speziellen Selektionsstrategien. Letztere zeichnen sich dadurch aus, dass ein expliziter Bezug zu den im RSA berücksichtigten Risikofaktoren besteht. Der Einfachheit halber berücksichtigen wir nur das Risiko „Alter“¹ und zeigen, dass eine Kasse mit proportionalen Kostenvorteilen ihre Wettbewerbsposition durch gezielte Einwerbung von alten Versicherten zusätzlich verbessern kann. *Abschnitt 4* befasst sich mit den Implikationen des RSA für den Kassenwettbewerb auf der regionalen Ebene. Im *Abschnitt 5* wird das optimale Design eines RSA in einem umfassenderen Kontext, der den Zuschnitt und die Struktur der Beitragsgestaltung einschließt, diskutiert.

2. Einfache Mathematik des RSA

2.1 Das Gleichgewicht im RSA: Standardisierte Ausgaben, Einnahmen und Beitragssatz

Die zentrale Größe im RSA ist der *Ausgleichsbedarfssatz*. Er gibt den Anteil aller beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder an, der herangezogen werden muss, um die gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungen aller GKV-Versicherten zu finanzieren. Wenn i für die Kassen steht, muss für den *Ausgleichsbedarfssatz* \bar{b} , den wir anschaulicher als *Durchschnittsbeitragssatz* bezeichnen, gelten:

$$(1) \quad \bar{b} = \frac{\sum_i C_i}{\sum_i W_i} .$$

Hierbei bezeichnen C_i die gesamten Leistungsausgaben und W_i die gesamten beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten von Kasse i . Gleichung (1) kann auch als Bedingung für das Gleichgewicht zwischen Ausgaben und Einnahmen im Rechtsgebiet, in dem der RSA seine Anwendung findet, interpretiert werden.

Der durchschnittliche Beitragssatz bildet die Grundlage zur Berechnung der *Finanzkraft* einer Kasse. Die Finanzkraft entspricht dem Produkt zwischen dem Durchschnittsbeitragssatz \bar{b} und dem gesamten beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder:

$$(2) \quad F_i = \bar{b} W_i .$$

¹ Der deutsche RSA berücksichtigt neben 91 Altersgruppen das Geschlecht und die Zahl der Familienangehörige. Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner bilden eine weitere gemeinsame Gruppe (vgl. §§ 266, 267 SGB V).

Dieses Finanzvolumen, das der Kasse bei einem durchschnittlichen Beitragssatz zur Verfügung stünde, wird der Kasse im RSA als (standardisierte) Einnahme angerechnet. Auf der Ausgabenseite wird die Kasse mit den *standardisierten Leistungsausgaben* beurteilt. Diese ergeben sich aus den GKV-durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben pro Versichertengruppe. Aus Gründen der Vereinfachung beschränken wir uns bei der Darstellung auf die Ausgleichskategorie „Alter“ und bezeichnen mit $N_{i,a}$ die Anzahl der Versicherten der Altersklasse a in der Kasse i . Die Ausgaben in der Referenzklasse des RSA seien mit \bar{c}_a benannt und umfassen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungsausgaben der Altersklasse a über alle Kassen betrachtet. Für die standardisierten Leistungsausgaben – auch *Beitragsbedarf* genannt – folgt dann für die Kasse i :

$$(3) \quad \bar{C}_i = \sum_a N_{i,a} \bar{c}_a .$$

Aus der Durchschnittsberechnung innerhalb des RSA ergibt sich, dass $\sum_i \bar{C}_i = \sum_i C_i^2$.

Der *Ausgleichsbetrag*, den die Kasse an den RSA leisten muss, entspricht der Differenz zwischen ihrer Finanzkraft und den standardisierten Leistungsausgaben:

$$(4) \quad R_i = F_i - \bar{C}_i .$$

Der Ausgleichsbetrag einer Kasse wird einerseits über die Alterszusammensetzung und andererseits über die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder bestimmt. Die kassenindividuellen Leistungsausgaben hingegen spielen bei der Festlegung des Ausgleichsbetrages keine Rolle. Es handelt sich hierbei um ein wichtiges (beabsichtigtes) Element des RSA, welches impliziert, dass ein hohes Ausgabenniveau einer Kasse nicht zwingend mit hohen Ausgleichsbeträgen aus dem RSA verbunden sein muss. Ob eine Kasse in den RSA einzahlt oder daraus Zahlungen erhält, hängt ausschließlich von ihrer Risikostruktur ab. Kassen, deren Versicherte im Vergleich zum Durchschnitt ein geringes Einkommen erzielen und / oder altersstrukturbedingt hohe standardisierte Leistungsausgaben aufweisen, sind im RSA tendenziell Nettobezieher. Hingegen sind Kassen, die ein besser verdienendes Klientel und / oder ausgabengünstige Risikogruppen versichern, der Tendenz nach Nettozahler.

² Diese Aussage gilt nur für den Fall, dass die Stichprobe des RSA, auf dessen Grundlage die Kosten der Referenzklassen geschätzt werden, repräsentativ ist. Für die qualitative Natur der nachfolgenden Argumente ist diese Einschränkung jedoch ohne Belang.

Aus Sicht des RSA gilt für die Summe der Ausgleichsbeträge über alle Kassen:

$$(5) \quad \Sigma_i R_i = \Sigma_i F_i - \Sigma_i \bar{C}_i .$$

Aus den Gleichungen (2) und (1) folgt unmittelbar $\Sigma_i R_i = 0$. Damit wird deutlich, dass der RSA insgesamt ein Nullsummenspiel ist, bei dem Kassen mit günstiger Risikostruktur solche mit ungünstiger Struktur subventionieren.

2.2 Das kassenindividuelle Gleichgewicht

Wenn das Versicherungsprodukt wie im Falle der GKV weitgehend standardisiert ist, funktioniert der Wettbewerb vor allem auf der Ebene der Prämien: Durch Senkung ihres Beitragssatzes kann sich eine Kasse gegenüber der Konkurrenz einen Vorteil verschaffen³. Langfristig kann die Kasse keine Verluste schreiben, so dass sie ihren Beitragssatz im Gleichgewicht so ansetzt, dass Einnahmen und Ausgaben übereinstimmen. Die Einnahmen der Kasse entsprechen den Beiträgen der Versicherten, d. h. dem Produkt aus dem Beitragssatz und dem gesamten beitragspflichtigen Einkommen ihrer Versicherten. Die Ausgaben setzen sich aus den Ausgaben für Leistungen, den Verwaltungskosten und dem zu leistenden RSA-Ausgleichsbetrag zusammen. Wenn wir von Verwaltungskosten absehen, folgt für das Einnahmen-Ausgaben-Gleichgewicht einer Kasse:⁴

$$(6) \quad b_i W_i = C_i + R_i .$$

Der kassenindividuelle Beitragssatz lässt sich über eine Kombination der Gleichungen (2), (4) und (6) ermitteln:

$$(7) \quad b_i = \bar{b} + \frac{C_i - \bar{C}_i}{W_i} .$$

Aus dieser Gleichung wird noch einmal deutlich, dass eine Kasse, deren Ausgaben bei gegebenem W_i vergleichsweise hoch sind ($C_i > \bar{C}_i$), auch einen relativ hohen Beitragssatz aufweist ($b_i > \bar{b}$). Gleichzeitig erkennt man, dass

³ Neben der Minimierung des Beitragssatzes verfolgen die Kassen möglicherweise andere Ziele, wie z. B. Umsatz- oder Personalmaximierung. Der Spielraum zur Durchsetzung solcher Ziele ist durch das wettbewerbliche Umfeld, in dem sich die Kassen seit der Reform der GKV anfangs der neunziger Jahre bewegen, stark eingeschränkt. Wir konzentrieren uns deshalb auf das Beitragssatzziel.

⁴ Für Nettoempfänger hat der RSA-Ausgleichsbetrag ein negatives Vorzeichen.

der Unterschied umso geringer ausfallen wird, je höher das beitragspflichtige Einkommen ihrer Versicherten ist. Eine Kasse mit einem großen W_i kann sich also immer noch ein großes C_i leisten, ohne ihren Beitragssatz vom Durchschnittsbeitragsatz entfernen zu müssen.

Gelegentlich wird argumentiert, der RSA unterminiere das Kostenbewusstsein der Kassen⁵. Dies ist jedoch nicht der Fall, wie man aus (7) leicht erkennt. Eine Senkung der Leistungsausgaben eröffnet einer Kasse uneingeschränkt die Möglichkeit, ihren Beitragssatz zu reduzieren. Entgegen der landläufigen Meinung wahrt der RSA somit alle Anreize effizienten Ressourceneinsatzes.

3. Risikoselektion

Ein Anreiz zur Selektion ist grundsätzlich immer dann gegeben, wenn aus Sicht der Kasse die erwarteten Leistungsausgaben für eine Person unter Berücksichtigung der RSA-Zahlung nicht mit der Beitragseinnahme übereinstimmen. Ist die Differenz zwischen Gesamtausgaben und Einnahmen für einen Versicherten beispielsweise aufgrund eines medizinischen Risikos positiv, so würde sich die Kasse finanziell verbessern, wenn sie den Befragten nicht in ihrem Versichertenbestand hätte. Wir unterscheiden im Folgenden zwischen allgemeinen und speziellen Selektionsstrategien. Die allgemeine Selektionsstrategie bezieht sich entweder auf alle (potenziellen) Mitglieder einer Kasse oder auf eine bestimmte Versichertengruppe. Dabei spielen die im RSA berücksichtigten Risikoklassen nur insofern eine Rolle, als mit jeder versicherten Person eine RSA-Zahlung verbunden ist. Von einer speziellen Selektionsstrategie sprechen wir dann, wenn ein RSA-Risikomerkmals explizit im Zentrum steht. Das ist z. B. dann der Fall, wenn eine Kasse über eine Verjüngung ihres Mitgliederbestandes einen finanziellen Vorteil erreichen kann.

Abbildung 1 illustriert den Unterschied zwischen allgemeiner und spezieller Risikoselektion. Die Risikogruppe j der Kasse i weist in jeder Altersgruppe – verglichen mit der entsprechenden Referenzklasse im RSA – um einen konstanten Betrag höhere Leistungsausgaben auf ($c_{i,a}^j = \bar{c}_a + \Delta$ für alle a). Die Selektionsstrategie kann sich demnach – unbesehen des Alters – auf alle Mitglieder der Risikogruppe j richten. Im zweiten Fall k steigt der Ausgabenunterschied zur Referenzklasse mit zunehmendem Alter an ($\partial \Delta_a / \partial a > 0$, mit $\Delta_a = c_{i,a}^k - \bar{c}_a$). Hier macht es für die Kasse Sinn, zusätzlich

⁵ Vgl. Oberender und Ecker (1999, S. 55), Prognos (1996, S. 39). Das Argument taucht auch in der öffentlichen Diskussion häufig auf und weist auf den ersten Blick durchaus Plausibilität auf.

zwischen jungen und alten Versicherten zu unterscheiden. Wir sprechen deshalb von einer speziellen Risikoselektion, die sich explizit auf ein RSA-Risikomerkmal bezieht.

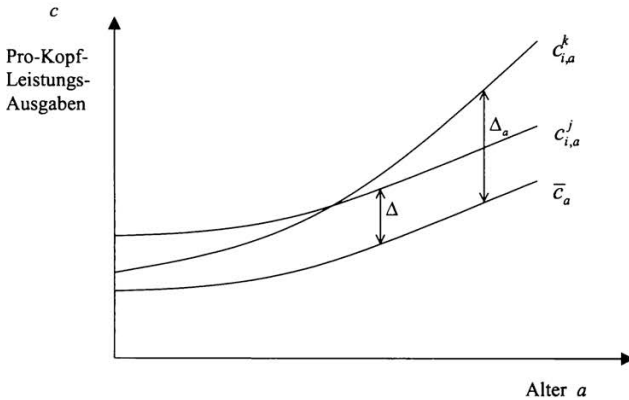


Abbildung 1: Unterschiedliche Risikoprofile

3.1 Risikoselektion allgemeiner Art

Die Gleichung für den kassenindividuellen Beitragssatz (7) erlaubt es uns, Überlegungen anzustellen, ob die Kassen durch gezielte Selektion der Risiken ihren Beitragssatz senken können. Als Risikomerkmal betrachten wir nach wie vor nur das Alter und nehmen an, Alter sei auch ein Merkmal für die Einkommenssituation eines Versicherten. Es bezeichne $w_{i,a}$ und $c_{i,a}$ das durchschnittliche Einkommen bzw. Ausgabenniveau der Altersklasse a in der Kasse i , so dass wir (7) umschreiben können zu:

$$(8) \quad b_i = \bar{b} + \frac{\sum_a N_{i,a} (c_{i,a} - \bar{c}_a)}{\sum_a N_{i,a} w_{i,a}}.$$

Durch Differenzierung von (8) nach $N_{i,a}$ erhalten wir eine Funktion, die angibt, wie sich die Aufnahme eines Angehörigen der Altersgruppe a auf den Beitragssatz der Kasse auswirkt:

$$(9) \quad \frac{\partial b_i}{\partial N_{i,a}} = \frac{1}{W_i} \left[(c_{i,a} - \bar{c}_a) - w_{i,a} \frac{C_i - \bar{C}_i}{W_i} \right].$$

Gemäß (7) ist der Bruch in der eckigen Klammer nichts anderes als die Differenz zwischen dem kassenspezifischen Beitragssatz und dem Durchschnittsbeitragssatz im Rechtskreis. Wir können (9) damit umschreiben zu:

$$(10) \quad \frac{\partial(b_i W_i)}{\partial N_{i,a}} = (c_{i,a} - \bar{c}_a) - w_{i,a}(b_i - \bar{b}) .$$

Die Einwerbung von Angehörigen der Altersklasse a wirkt sich einerseits über die Einnahmen [$w_{i,a}(b_i - \bar{b})$] und andererseits über die Leistungsausgaben [$c_{i,a} - \bar{c}_a$] auf das Beitragsvolumen der Kasse aus. Im Folgenden wollen wir die ausgaben- und einnahmeseitigen Effekte eines zusätzlich aufgenommenen Mitgliedes einer Kasse getrennt betrachten.

Aufgrund der Wirkung auf die Ausgaben muss der Beitragssatz erhöht werden, wenn die Kosten eines Neueintretenden $c_{i,a}$ höher sind als die Kosten der entsprechenden Risikoklasse im RSA \bar{c}_a . Sind umgekehrt die Kosten für die betrachtete Kasse innerhalb einer bestimmten Risikoklasse geringer als die in der entsprechenden RSA-Klasse ($c_{i,a} - \bar{c}_a < 0$), kann die Kasse durch gezielte Neueinwerbungen eine Beitragssatzsenkung erreichen.

Von der Ausgabenseite her gibt es grundsätzlich immer dann Anreize zur Risikoselektion, wenn die erwarteten Ausgaben eines Versicherten nicht mit den standardisierten Ausgaben der Referenzklasse übereinstimmen. Das „Alter“ wird dabei nicht in erster Linie ausschlaggebend sein, da es über \bar{c}_a in den RSA bereits einfließt (für eine Ausnahme vgl. *Abschnitt 3.2*). Dagegen eignen sich Risikomerkmale zur Selektion, die der RSA nicht berücksichtigt. So können Angehörige bestimmter Berufe das Ziel von Risikoselektion sein, falls bekannt ist, dass sie ein besonders geringes Erkrankungsrisiko aufweisen. In diesen Fällen gilt der Selektionsvorteil möglicherweise generell, d. h. unabhängig vom Alter der Versicherten.

Die Anreize auf der Einnahmeseite einer Kasse ergeben sich gemäß (10) aus einem Vergleich ihres Beitragssatzes b_i mit dem durchschnittlichen Beitragssatz \bar{b} . Liegt der kasseninterne Beitragssatz über \bar{b} , dann ist es grundsätzlich für die Kasse finanziell interessant, neue Mitglieder einzuwerben. Dieses Ergebnis wird durch den Mechanismus des RSA verursacht, das gesamte beitragspflichtige Einkommen über den Ausgleichsbedarfsatz auf die Kassen aufzuteilen. Im RSA wird einer Kasse für einen Versicherten mit beitragspflichtigem Einkommen in der Höhe von $w_{i,a}$ eine Finanzkraft von $\bar{b}w_{i,a}$ angerechnet. Die tatsächlichen Einnahmen der Kasse betragen jedoch $b_i w_{i,a}$. Ist folglich $b_i > \bar{b}$, so rechnet sich jede Neueinwerbung von der Einnahmeseite her. Umgekehrt kann die Kasse mit einem Beitragssatz niedriger als \bar{b} ihren Beitragssatz über eine Reduktion der Mitgliederzahl verringern. Dies erklärt sich daher, dass der Kasse innerhalb des RSA eine höhere Einnahme angerechnet wird, als sie selbst tatsächlich erzielt.⁶ Man beachte,

⁶ Es gibt Hinweise darauf, dass den Krankenkassen diese Zusammenhänge bekannt sind. So forcieren Kassen in der Taggeldversicherung den Verkauf von Verträgen mit längeren Karenzfristen verbunden mit einer Beitragssatzermäßigung. Eine

dass das beitragspflichtige Einkommen – da es im RSA vollumfänglich berücksichtigt wird – bei diesen Überlegungen keine Rolle spielt. Damit liegt auch kein Wettbewerbsproblem in dem Sinne vor, dass es für eine Kasse einnahmeseitig von Vorteil wäre, eine Altersgruppe oder allgemein eine bestimmte Einkommensgruppe zu kontrahieren. Wenn es einen Vorteil für Neueinwerbungen bzw. für eine Verkleinerung der Versichertenzahl gibt, hat dies mit dem relativen Beitragssatzniveau zu tun und gilt dann entsprechend für alle Einkommensgruppen.

Der Anreizmechanismus, wie er aus (10) deutlich wird, hat für den Kassenwettbewerb Implikationen grundsätzlicher Art. Alle Kassen, die einen überdurchschnittlichen Beitragssatz aufweisen, haben einen Anreiz, sich zu vergrößern, weil sie dadurch ihre Einnahmen erhöhen und in der Folge ihren Beitragssatz reduzieren können. Gleichzeitig ist es für die Kassen mit einem niedrigen Beitragssatz finanziell interessant, die Zahl ihrer Versicherten zu senken. Aus Sicht der Kasse dürfte es einfacher sein, die Versichertenzahl zu erhöhen, da die gegenteilige Strategie schlecht zu vermitteln ist bzw. Gefahr läuft, die Reputation der Kasse nachhaltig zu schädigen. Beiden Strategien ist gemeinsam, dass die Voraussetzung, die sie überhaupt erst ermöglichen – nämlich die Höhe des Beitragssatzes – den Interessen der Versicherten gerade entgegengesetzt sind. Diese werden Krankenversicherungsverträge mit möglichst niedrigem Beitragssatz kaufen wollen. Auf der Angebotsseite halten aber eher Kassen mit einem hohem Beitragssatz nach neuen Kunden Ausschau.⁷

Die spezifischen Anreizwirkungen des einnahmeseitigen RSA folgen aus der Art und Weise, wie die kassenindividuelle Finanzkraft berechnet wird. Würde man die Berechnungsart ändern, so würde zwar der beschriebene Defekt nicht auftreten, man würde sich aber andere Probleme einhandeln. So könnte die Ermittlung der Finanzkraft statt über das Produkt des durchschnittlichen Beitragssatzes mit dem kassenspezifischen beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten berechnet werden über das Produkt des kassenindividuellen Beitragssatzes mit einem durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten. Bei einem solchen RSA-Schema besäße der Beitragssatz im Gegensatz zur aktuellen Vorgehensweise keine

Erklärung hierfür ist der beschriebene Mechanismus, wonach der RSA bei der Berechnung der Finanzkraft einer Kasse den kassenindividuellen Beitragssatz – und damit auch den reduzierten Satz für das Taggeld – nicht in Rechnung stellt.

⁷ Die Kassen haben – wenn auch sehr eingeschränkt – die Möglichkeit, das Leistungsangebot zu differenzieren. Ein hoher Beitragssatz gereicht dem Nachfrager dann nicht zum Nachteil, wenn die Qualität des Versicherungsangebotes in Form von zusätzlichen Leistungen, inklusive der Kulanz der Kasse stimmt. Unsere Überlegungen zur Mechanik des RSA implizieren für eine Kasse, die eine Strategie der Leistungsdifferenzierung verfolgt, dass sie ihre zusätzlichen Kosten teilweise über Transfers aus dem RSA finanzieren kann.

Anreizwirkungen für die Kassen. Nachteilig ins Gewicht fiel bei dieser Alternative jedoch, dass sich Risikoselektion auf die finanzstarken Personen richten würde, da die Neuversicherung eines jeden mit $w_{i,a} > \bar{w}_a$ die Einnahmen einer Kasse erhöhte. Eine solche Anreizwirkung wäre jedoch weder aus Effizienzerwägungen erwünscht, noch aus verteilungspolitischer Sicht opportun.

3.2 Risikoselektion bezogen auf Risikomerkmale des RSA

In diesem Abschnitt wird die Analyse der Anreizwirkungen, die vom RSA auf die Kassen ausgehen, vertieft, indem die Risikostruktur einer Kasse expliziter als bisher erfasst wird. Anders als im letzten Abschnitt bezieht sich potenzielle Risikoselektion hierbei ausschließlich auf Risikofaktoren, die in den RSA einbezogen sind. Zu diesem Zweck betrachten wir nur zwei Altersgruppen, nämlich jung und alt ($a = 1, 2$). Der Anteil der Jungen im Versichertenkollektiv der Kasse i sei mit l_i bezeichnet. Die Ausgaben der alten Versicherten seien bei allen Kassen höher als jene der jungen ($c_{2,i} - c_{1,i} > 0$, für alle i). Um die Notation zu vereinfachen, beschränken wir uns auf die Betrachtung von Pro-Kopf-Größen. Für den Budgetausgleich der Kasse i gilt dann

$$(11) \quad b_i(l_i w_{1,i} + (1 - l_i)w_{2,i}) = l_i c_{1,i} + (1 - l_i)c_{2,i} + r_i ,$$

wobei gemäß (4) und (2)

$$(12) \quad r_i = \bar{b}(l_i w_{1,i} + (1 - l_i)w_{2,i}) - (l_i \bar{c}_1 + (1 - l_i)\bar{c}_2) .$$

Wir können (11) umschreiben zu:

$$(13) \quad (b_i - \bar{b})(l_i w_{1,i} + (1 - l_i)w_{2,i}) = l_i c_{1,i} + (1 - l_i)c_{2,i} - l_i \bar{c}_1 - (1 - l_i)\bar{c}_2 .$$

Für die Ableitung der Pro-Kopf-Einnahmen nach l_i ergibt sich nach einigen Umformungen:

$$(14) \quad \frac{\partial(b_i w_i)}{\partial l_i} = (\bar{c}_2 - \bar{c}_1) - (c_{2,i} - c_{1,i}) - (b_i - \bar{b})(w_{1,i} - w_{2,i}) ,$$

mit $w_i = l_i w_{1,i} + (1 - l_i)w_{2,i}$ als dem beitragspflichtigen Pro-Kopf-Einkommen der Versicherten von Kasse i . Wie bei Gleichung (10) können wir wie-

derum je einen ausgaben- und einnahmeseitigen Effekt der Risikoselektion auf den Beitragssatz unterscheiden. Betrachten wir zunächst die Ausgaben-seite.

Die Kasse kann durch eine Erhöhung des Anteils der jungen Versicherten den Beitragssatz senken, vorausgesetzt, die Differenz der Leistungsausgaben zwischen alten und jungen Versicherten ist innerhalb der Kasse größer als im RSA $[(c_{2,i} - c_{1,i}) > (\bar{c}_2 - \bar{c}_1)]$. Falls diese Differenz gleich groß ist, ist der Beitragssatz der Kasse unabhängig von der Risikostruktur. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn eine Kasse im Vergleich zum Durchschnitt höhere Ausgaben aufweist, die aber unabhängig von der Risikostruktur der Kasse sind – z. B. für jede Altersklasse ein bestimmter gleicher DM-Betrag über den Kosten der Referenzklasse (vgl. die Kurve $c_{i,a}^j$ in *Abbildung 1*). In diesem Fall kann die Kasse durch eine Änderung der Risikostruktur keinen Vorteil erlangen.

Wenn der Kostenunterschied zwischen alten und jungen Versicherten innerhalb der Kasse hingegen größer oder kleiner ist als im RSA, lohnt sich gemäß (14) die Risikoselektion. Ist der Ausgabenunterschied innerhalb der Kasse größer, dann ist es finanziell interessant, vermehrt junge Leute zu versichern. Hat die Kasse umgekehrt gegenüber der Konkurrenz Kostenvorteile in der Weise, dass sie bei den älteren Versicherten absolut gesehen höhere Einsparungen erzielt als bei den jüngeren, ist es von Vorteil, wenn sie vor allem ältere Personen versichert.

In der Realität würde man in erster Linie prozentuale Kostenunterschiede erwarten. Wenn eine Kasse durch besondere Anstrengungen die Ausgaben reduziert, so ist davon auszugehen, dass bei den teuren (d. h. älteren) Patienten absolut gesehen höhere Einsparungen erzielt werden als bei kostengünstigen Patienten. In diesem Fall gibt der RSA den Kassen Anlass für Risikoselektion⁸.

Die Richtung der damit verbundenen Wettbewerbsverzerrung kann aus gesellschaftlicher Sicht durchaus erwünscht sein, indem Anreize gegeben sind, bei ausgabenintensiven Versicherten Anstrengungen hinsichtlich Kostensenkungen vorzunehmen. Im Rahmen von Managed-Care-Modellen lohnt es sich für eine Kasse, ältere Versicherte zu kontrahieren, wenn bei ihnen ein vergleichsweise günstiges Ausgabenniveau erreicht werden kann (vgl. Felder und Beck, 1999)⁹.

⁸ Die Struktur von Kostenunterschieden ist bisher noch nicht erforscht worden. Erste Untersuchungen über die regionalen Unterschiede von Risikoprofilen in der Schweiz verwerfen die Hypothese von absoluten – d. h. altersunabhängigen – Ausgabenunterschieden. Proportionale Unterschiede erklären dagegen die Verhältnisse weit besser (eigene Berechnungen).

⁹ Die volkswirtschaftliche Effizienzwirkung von Managed Care sind jedoch nicht notwendigerweise positiv. Es gibt Fälle, in denen die Einführung von Managed Care

Zusätzlich zu den Wirkungen über die Ausgabenseite gibt es einen Effekt über die Einnahmeseite: Weist eine Kasse einen vergleichsweise hohen Beitragssatz auf, lohnt sich eine Erhöhung des Anteils der Jungen, vorausgesetzt, deren beitragspflichtiges Einkommen ist höher als jenes der alten Versicherten. Dies ist gegenüber Gleichung (10) kein qualitativ neues Resultat, denn wie wir gesehen haben, führt ein überdurchschnittlicher Beitragssatz dazu, dass eine Kasse ihre Wettbewerbsposition durch Neueinwerbungen verbessern kann. Der Vorteil ist – wie leicht einzusehen ist – umso größer, je höher das beitragspflichtige Einkommen des Eingeworbenen ist. Insofern ist es nicht überraschend, dass eine Erhöhung des Anteils junger Versicherter, dann eine Einnahmeverbesserung darstellt, wenn deren Einkommen höher ist als das Einkommen der alten Versicherten.

Bemerkenswerter ist das Resultat auf die Ausgabenseite bezogen. Wie wir gezeigt haben, erreicht der RSA, obwohl er im Durchschnitt den Ausgabenunterschied zwischen den Risikoklassen ausgleicht, im Allgemeinen das Ziel, Risikoselektion in Bezug auf die durch den RSA berücksichtigten Kategorien zu vermeiden, nicht.

4. Implikationen für den Kassenwettbewerb auf regionaler Ebene

Paragraph 220 SGB V schreibt den Kassen in der GKV einen einheitlichen Beitragssatz in ihrem Tätigkeitsgebiet vor. Dieser Grundsatz ist im Moment noch durch die Möglichkeit eines differenzierten Satzes nach alten und neuen Bundesländern aufgeweicht. Mit dem beschlossenen Vollzug der Vereinigung der beiden Rechtskreise wird aber diese Option wegfallen. Paragraph 220 zwingt die Kassen nicht nur zu einer Mischkalkulation innerhalb ihres geographischen Tätigkeitsbereiches, sondern verleitet sie auch zu strategischem Verhalten, wie man mit Gleichung (10) illustrieren kann. Zwar unterscheidet der RSA zwischen Ost und West und trägt damit dem unterschiedlichen Ausgabenniveau in den beiden Rechtsgebieten des RSA Rechnung. Trotzdem gibt es innerhalb der Rechtsgebiete große regionale Kostenunterschiede, so dass die Differenz $c_{i,a} - \bar{c}_a$ etwa in teuren Ballungsgebieten positiv, in ländlichen Gebieten jedoch eher negativ ausfallen wird. Das Auseinanderfallen des geografischen Bezugs zwischen RSA und den Tätigkeitsge-

trozt Ausgabensenkung zu einer Verschlechterung der Effizienz führt. Der Grund hierfür liegt darin, dass Managed-Care-Verträge für Versicherte zusätzliche Kosten etwa im Zusammenhang mit der eingeschränkten Arztwahl bedeuten, Kosten, die von den einzelnen Versicherten ganz verschieden eingeschätzt werden können. Wenn sich nun als Folge von verzerrten Prämien im Zusammenhang mit der fehlenden Differenzierungsoption, Personen mit hohen subjektiven Kosten für Managed Care entscheiden, kann die gesamtwirtschaftliche Effizienz abnehmen (vgl. dazu Felder, 1998 und Kifmann, 1999).

bieten der Kassen hat wichtige Konsequenzen für den Kassenwettbewerb auf der regionalen Ebene.

Die Anreizsituation für eine überregional tätige Kasse, die in einer Hochversorgungsregion mit generell hohen Ausgaben tätig ist, lässt sich wie folgt beschreiben. Die Kasse könnte – anders als die ausschließlich regional tätige Kasse – ihren (überregionalen) Beitragssatz reduzieren, wenn sie im teuren Ballungsgebiet die Zahl ihrer Versicherten reduziert (vgl. Jacobs und Wassem, 1999). Zur Lösung dieses wettbewerbpolitischen Problems bietet sich zunächst an, dass man den Kassen eine optionale regionale Differenzierung ihrer Prämien zugesteht (vgl. dazu im Detail Wille und Schneider, 1997).

Gesetzt den Fall, eine regionale Beitragssatzdifferenzierung wäre möglich. Welche Konsequenzen ergäben sich daraus für den regionalen Kassenwettbewerb? Zunächst würde eine regionale Quersubventionierung innerhalb der überregional tätigen Kassen weitgehend ausbleiben. Das Einnahmen-Ausgaben-Gleichgewicht einer Kasse (vgl. Gleichung (6)) würde damit auch auf regionaler Ebene gelten, wobei offen bliebe, wie weit die regionale Differenzierung tatsächlich gehen würde. Denn mit zunehmendem Differenzierungsgrad der Prämien werden die Verwaltungskosten einer Kasse steigen. Zudem erhöhen sich die Informationskosten der Versicherten, so dass sich eine weitere Differenzierung ab einer gewissen Grenze nicht lohnt. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Prämienregulierung in der Schweiz, die den Krankenkassen erlaubt, pro Kanton maximal drei Prämienregionen zu bilden. Bei 26 Kantonen ergeben sich für eine Kasse im Maximum 78 unterschiedliche Prämien, eine Zahl, die von den Kassen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Im Moment sind vom Gesetzgeber aus Gründen der Markttransparenz Bestrebungen im Gange, die Prämienregionen zu vereinheitlichen.

Die Anreize für die Kassen können weiterhin mit Gleichung (10) beschrieben werden. In einem teuren Versorgungsgebiet gibt es von der Ausgaben- seite her einen Anreiz, sich aus dem Markt zurückzuziehen. Andererseits wird der regionale Beitragssatz dann über dem durchschnittlichen liegen, so dass es von der Einnahmenseite betrachtet finanziell von Interesse wäre, den Marktanteil zu erhöhen. In einem ausgabengünstigen Versorgungsgebiet sind die Verhältnisse umgekehrt, so dass das Vorzeichen des Gesamteffekts wiederum nicht eindeutig ist.

Eindeutige Resultate lassen sich ableiten, wenn wir Ausgabenunterschiede unabhängig von den Risiken unterstellen. Wir setzen die Kasse i mit der Region gleich und nehmen an, das relative Kostenniveau der Region sei durch x_i repräsentiert. Unabhängig vom Alter seien die Leistungsausgaben das x_i -fache der Ausgabe der jeweiligen Referenzklasse im RSA. Wir können dann Gleichung (9) umschreiben zu:

$$\frac{\partial(b_i W_i)}{\partial N_{i,a}} = \bar{c}_a(x_i - 1) - w_{i,a} \frac{\bar{C}_i(x_i - 1)}{W_i}.$$

Nach einigen Umformungen ergibt sich:

$$(15) \quad \frac{\partial(b_i W_i)}{\partial N_{i,a}} = (x_i - 1) \bar{c}_i \left[\frac{\bar{c}_a}{\bar{c}_i} - \frac{w_{i,a}}{\bar{w}_i} \right],$$

mit $\bar{w}_i := W_i / \sum_a N_{i,a}$ als dem durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten und $\bar{c}_i := \bar{C}_i / \sum_a N_{i,a}$ als den standardisierten Pro-Kopf-Leistungsausgaben der Kasse i .

Wir gewinnen damit folgende eindeutige Aussagen: Ist eine Region ausgabenintensiv ($x_i > 1$), lohnt sich aus Sicht der Kasse eine Erhöhung der Versichertenzahl, falls das beitragspflichtige Einkommen der Neueintretenden das Durchschnittseinkommen um einen größeren Faktor übersteigt, als die standardisierten Ausgaben der entsprechenden Altersklasse die standardisierten Pro-Kopf-Leistungsausgaben der Kasse i ($\frac{w_{i,a}}{\bar{w}_i} > \frac{\bar{c}_a}{\bar{c}_i}$). Ist diese Bedingung nicht erfüllt, führt die Neueinwerbung zu einem Anstieg des Beitragsatzes und ist finanziell nicht interessant. Da junge Versicherte unterdurchschnittliche Ausgaben aufweisen, müsste eine Kasse in einer ausgabenintensiven Region ihre Einwerbungsanstrengungen besonders auf junge und finanzstarke Personen ausrichten¹⁰.

Wie lässt sich dieses Resultat erklären? Wir erinnern uns, dass überdurchschnittliche Leistungsausgaben gleichbedeutend sind mit einem Beitragsatz größer als \bar{b} . Zudem wurde aus (7) ebenfalls deutlich, dass die Differenz $b_i - \bar{b}$ mit der Zunahme von W_i abnimmt. Falls nun – wie vorausgesetzt – alle Mitglieder der Kasse dieselben (erwarteten) Leistungsausgaben aufweisen, garantiert die Bedingung in der eckigen Klammer von (15), dass der Beitragssatz sinken kann, da der Kasse für den Neueintretenden auf der Einnahmeseite im RSA weniger angerechnet wird als auf der Ausgabenseite. Dies lässt sich auch daran erkennen, dass in diesem Fall das Verhältnis zwischen standardisierten Leistungsausgaben und beitragspflichtigen Einkommen der Kassenmitglieder abnimmt.

Falls $x_i < 1$, so ist es für die Kasse von Vorteil (von Nachteil), einen Versicherten hinzuzugewinnen, dessen standardisierte Ausgaben im Vergleich zu den durchschnittlichen Ausgaben höher (geringer) sind als sein beitragspflichtiges Einkommen in Relation zum Kassendurchschnitt. Die Begründung ist analog zum ersten Fall und ist aus (15) ersichtlich. Für eine Kasse

¹⁰ Siehe Jacobs und Wasem (1999, S. 164), die intuitiv zum selben Resultat gelangen.

in einer ausgabengünstigen Region sind damit vor allem ältere Personen mit vergleichsweise geringem beitragspflichtigen Einkommen von Interesse.

Die simultane Betrachtung der ausgaben- und einnahmeseitigen Effekte des RSA zeigt also, dass es Anreize gibt, die Versicherten nach ihrer Einkommenssituation auszuwählen. Die Anreizwirkungen werden dabei – wie wir gesehen haben – unterschiedlich sein, je nach dem ob es sich um eine teure oder günstige Versorgungsregion handelt.

Regionale Ausgabenunterschiede haben auch Effekte auf die Selektionsstrategien im engeren Sinne (vgl. Felder, 1999). Unter der gegebenen Annahme, dass eine Region bei beiden Altersklassen dasselbe relative Ausgaben-niveau aufweist, ergibt sich analog zu Gleichung (14):

$$(16) \quad \frac{\partial(b_i w_i)}{\partial x_i} = (1 - x_i)(\bar{c}_2 - \bar{c}_1) - (b_i - \bar{b})(w_{1,i} - w_{2,i}).$$

Da die alten Versicherten höhere Ausgaben und ein niedrigeres Lohn-einkommen als die jungen aufweisen, erzielen wir dank (16) eindeutige Ergebnisse. In einer ausgabenintensiven Region ($x_i > 1$) liegt der regionale Beitragssatz über dem durchschnittlichen. Eine Erhöhung des Anteils der Jungen im Versichertenbestand der Kassen würde deshalb sowohl ausgaben- als auch einnahmeseitige Vorteile bringen¹¹. Die gegenteilige Strategie, sprich eine Erhöhung des Durchschnittsalter der Versicherten, lohnt sich dagegen in einer Region mit vergleichsweise niedrigem Ausgabenniveau.

Bis 1998 gab es in den beiden GKV-Rechtsgebieten West und Ost je einen RSA. Danach wurde das beitragspflichtige Einkommen der Versicherten bundesweit ausgeglichen. Ab 2001 ist auch auf der Ausgabenseite ein stufenweiser Übergang auf einen einheitlichen RSA geplant. Parallel zu dieser Zentralisierung wurde intensiv über eine entgegengesetzte Entwicklung, nämlich eine Regionalisierung des RSA diskutiert, eine Diskussion, die sich vor allem aus der Tatsache nährte, dass es beträchtliche Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen den Ländern gibt (vgl. Jacobs et al., 1998). Unser Modell erlaubt es, die Wirkungen einer Regionalisierung des RSA auf die Regionen zu beschreiben. Für den Beitragssatz in Region i gilt in Abhängigkeit ihres relativen Ausgabenniveaus x_i :

$$(17) \quad b_i = \bar{b} + \frac{\bar{C}_i(x_i - 1)}{W_i}.$$

¹¹ Es ist natürlich möglich, dass es in der Region i Kassen gibt, die einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz aufweisen. Für diese ist eine Strategie der Erhöhung des Anteils der jungen Versicherten nicht notwendigerweise profitabel.

Der Beitragssatz der Region i in einem regionalisierten RSA beträgt:

$$\bar{b}_i := \frac{C_i}{W_i} = \frac{\bar{C}_i x_i}{W_i} .$$

In (17) eingesetzt, ergibt nachdem \bar{b}_i von beiden Seiten subtrahiert wurde:

$$(18) \quad b_i - \bar{b}_i = \bar{b} - \frac{\bar{C}_i}{W_i} .$$

Multipliziert man beide Seiten mit W_i und setzt (2) und (4) auf der rechten Seite dieser Gleichung ein, so resultiert:

$$(19) \quad (b_i - \bar{b}_i)W_i = R_i .$$

Damit haben wir ein eindeutiges Kriterium, um zu bestimmen, ob eine Region von einer Regionalisierung des RSA profitiert ($\bar{b}_i < b_i$). Die Region i zöge nach (19) aus einer Regionalisierung einen Vorteil, falls $R_i > 0$, d. h. falls sie im bestehenden RSA ein Nettozahler ist. Dieses Resultat erscheint auf den ersten Blick als völlig trivial. Interessant aber ist – wie aus Gleichung (18) deutlich wird –, dass das regionale Ausgabenniveau (gegeben durch x_i) völlig unerheblich für den Effekt der Regionalisierung ist. Der Grund hierfür ist, dass der Ausgleichsbedarf R_i von den standardisierten Leistungsausgaben und nicht von den tatsächlichen Ausgaben abhängt. Das Vorzeichen des Ausgleichsbedarfs wird nämlich ausschließlich durch die Risikostruktur der Region i im Vergleich zum gesamten Rechtsgebiet des RSA bestimmt. Hat eine Region also eine ungünstige Versichertenstruktur, weil sie beispielsweise stark überaltert ist, dann wird sie im RSA ein Nettozahler sein. Die Region würde in diesem Fall von einer Regionalisierung des RSA negativ betroffen, da der Nettotransfer aus dem übrigen Rechtsgebiet ausbliebe. Umgekehrt würde eine Region mit einer günstigen Risikostruktur von einer Regionalisierung profitieren, da sie keine Nettoszahlungen in andere Regionen mehr leisten müsste.

Der umgekehrte Fall, die Wirkung einer Zentralisierung des RSA auf die Bilanz der Regionen, lässt sich mit Gleichung (19) nicht beurteilen. Dieser Fall ist schwieriger zu untersuchen, da sich mit der Zentralisierung des RSA die standardisierten Leistungsausgaben als Folge einer veränderten Risikostruktur und Ausgabenniveaus im relevanten Rechtsgebiet ändern. Es lässt sich allerdings leicht zeigen, dass für die Richtung des Effektes nur die Verteilung der Risikostruktur über die Regionen verantwortlich ist – die Unterschiede im regionalen Ausgabenniveau haben nur eine Auswirkung auf das Ausmaß des Effektes. Mit andern Worten, die Tatsache, dass eine

Region hohe Leistungsausgaben aufweist, ist nicht hinreichend dafür, dass sie von einer Zentralisierung des RSA profitieren würde. Dies ist selbst dann nicht zwingend der Fall, wenn die standardisierten Leistungsausgaben im neuen Rechtskreis zunehmen.

5. Abschließende Bemerkungen

Pauly (1984) hat darauf hingewiesen, dass Risikoselektion in der Krankenversicherung vor allem deshalb ein Problem darstellt, weil in sozialen Versicherungssystemen keine differenzierten Prämien zugelassen sind. Die uniforme Prämienvorschrift eröffnet den Krankenversicherern die Möglichkeit, durch Einwerbung guter Risiken einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen.

Die Feststellung von Pauly bedeutet im Umkehrschluss jedoch keineswegs, dass ein nicht regulierter Krankenversicherungsmarkt mit differenzierten Prämien aus Sicht der Versicherten die beste Lösung darstellt. Im Unterschied zu anderen Versicherungen unterliegt die Krankenversicherung einem ausgeprägt hohen Prämienrisiko. Wie die Erfahrungen mit der privaten Krankenversicherung in den Vereinigten Staaten zeigen, ist ein Versicherter trotz abgeschlossenem Vertrag bei Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nicht gegen einen Prämienanstieg geschützt (vgl. Chollet und Lewis, 1997). Vielmehr muss er davon ausgehen, dass der Versicherer in diesem Fall seine Leistungen einschränkt oder ihn mit einem Anstieg der Prämie konfrontiert.

Ob der Versicherungsmarkt in der Lage wäre, einen adäquaten Schutz gegen das Prämienrisiko anzubieten, ist eine offene Frage. Wie Cochrane (1995) gezeigt hat, bedarf es hierzu Versicherungsverträge, welche die Leistungen in Abhängigkeit der möglichen Gesundheitszustände des Versicherten definieren. Zum einen ist es angesichts des technischen Fortschritts in der Medizin sehr schwierig, die Leistungen der Versicherung ex ante an zukünftige Gesundheitszustände zu knüpfen. Zum andern kann der Versicherte im Voraus nicht sicher sein, dass er gegenüber der Kasse seine Ansprüche glaubhaft machen und durchsetzen kann. Dieser dürfte damit beim Kauf solcher Policen eher zurückhaltend sein.

Eine alternative Versicherungsform zur Deckung des Prämienrisiko ist ein sich automatisch verlängernder Vertrag, bei dem die Versicherten konstante bzw. mit der Teuerung steigende Prämienzahlungen leisten. Die Beitragsüberschüsse in jungen Jahren werden zur Finanzierung der (höheren) Ausgaben im Alter verwendet (Pauly et al., 1995). Dieser Vorschlag weist Ähnlichkeiten zum Kapitaldeckungsverfahren in der Privaten Krankenver-

sicherung auf, mit der er auch den Nachteil teilt, dass die Mobilität der Versicherten stark eingeschränkt wird. Die dritte Alternative ist die uniforme Prämie, die ebenfalls gegen das Prämienrisiko schützt, gleichzeitig aber den wichtigen Vorteil hat, dass die Versicherten ohne hohe Kostenfolgen die Kasse wechseln können (vgl. Kifmann, 1998).

In einer Gesellschaft, in der freie Wahlmöglichkeiten ein hohes Gut darstellen, ist deshalb das in vielen Industrieländern auch tatsächlich zu beobachtende Verbot von risikogerechten Beiträgen möglicherweise die beste Form der Krankenversicherung.

Die Entscheidung für uniforme Beiträge bedeutet dann aber zwingend, dass ergänzend ein RSA eingerichtet werden muss, um den Krankenkassen entscheidende Anreize zu nehmen, bestimmte Risiken vorzuziehen. Allerdings würde es ausreichen, den RSA auf die Ausgabenseite zu beschränken. Der Ausgleich für eine ungünstige ausgabenseitige Risikostruktur konfliktiert mit dem geografischen Bezug des RSA. Je nach regionalem Ausgabeniveau eröffnen sich den Kassen unterschiedliche Selektionsstrategien. Dieses Problem ließe sich auch nicht über eine Regionalisierung des RSA lösen, weil es auch auf Länderebene große Ausgabenunterschiede beispielsweise zwischen urbanen und ländlichen Gegenden gibt. Würde man die Regionalisierung unter die Länderebene treiben, dann böten sich den Kassen Strategieoptionen anderer Art. Falls nämlich in hinlänglich kleinen Regionen das Ausgabeniveau einer hinlänglich großen Kasse Auswirkungen auf das Risikoprofil innerhalb des RSA hätte, wäre es um einen funktionierenden RSA geschehen. Der optimale geografische Zuschnitt des RSA ist damit offen.

Eindeutigere Aussagen lassen sich in Bezug auf den einnahmeseitigen Teil des RSA treffen. Für eine Berücksichtigung der kassenindividuellen Finanzkraft besteht nur solange eine Notwendigkeit, als die GKV über Lohnbeiträge finanziert ist. Bei einer Finanzierung der Krankenversicherung über Kopfbeiträge, wie dies beispielsweise die Schweiz kennt, kann sich der RSA auf die Ausgabenseite beschränken. Das fundamentale Problem beim bestehenden Ausgleich für einnahmeseitige Risiken lässt sich auch durch eine modifizierte Definition der kassenindividuellen Finanzkraft nicht überwinden. Während sich Kassen mit unterdurchschnittlichem Beitragsatz verbessern, wenn sie Policen kündigen, erlangen die teureren Kassen einen Vorteil, wenn sie Versicherte hinzugewinnen. Darüber hinaus erweist sich in bestimmten Situationen – wiederum als Folge der Finanzierung der GKV über Lohnbeiträge – das beitragspflichtige Einkommen eines Versicherten als vorteilhaftes Selektionskriterium.

In Deutschland hat man bis Mitte der neunziger Jahre mehr oder weniger auf Wettbewerb in der GKV verzichtet. Dies war trotz vieler Versicherungs-

träger möglich, weil es neben der Versicherungspflicht für die Versicherten keine Möglichkeit des Kassenwechsels gab. Mit der Einführung der freien Kassenwahl wurde es zwingend, einen RSA einzurichten. Auf einen ausgabenseitigen RSA kann aus den erwähnten Gründen nicht verzichtet werden. Anders beim einnahmeseitigen RSA: Ein Verzicht auf eine Beitragsatzfinanzierung in der GKV würde einen RSA auf der Einnahmeseite erübrigen¹². Die aktuelle Finanzierung ist dagegen nur schlecht mit Kassenwettbewerb vereinbar. Wenn also der Wettbewerb in der GKV aufrechterhalten wird und gleichzeitig ein Einkommensausgleich stattfinden soll, empfehlen sich Kopfprämien ergänzt durch Einkommenstransfers.

6. Literaturverzeichnis

- Breyer, F. / Haufler, A. (2000): Health Care Reform: Separating Insurance from Redistribution, *International Tax and Public Finance* 7, 454 – 462.
- Chollet, D. J. / Lewis, M. (1997): Private Insurance: Principles and Practice, in: Schieber, G.J. (Hrsg.), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, Washington, D.C.: World Bank Discussion Paper no. 364, 77 – 114.
- Cochrane, J. (1995): Time Consistent-Health Insurance, *Journal of Political Economy* 103, 45 – 473.
- Felder, St. (1998): Risk Equalization Schemes, Competition, and Welfare, Diskussionspapier Nr. 3, Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Februar 1998.
- Felder, St. (1999): Regionalisierung, Risikostrukturausgleich und Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 88, 59 – 75.
- Felder, St. / Beck, K. (1999): Risikoausgleich und Managed Care, in: Knappe, E. (Hrsg.), *Wettbewerb in der Krankenversicherung*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 65 – 81.
- Jacobs, K. / Reschke, P. / Wasem, J. (1998): Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragsatzregionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos.
- Jacobs, K. / Wasem, J. (1999): Ordnung und Inhalte eines sinnvollen Kassenwettbewerbs, in: Knappe, E. (Hrsg.), *Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 139 – 168.
- Kifmann, M. (1999): Community Rating and Choice between Traditional Health Insurance and Managed Care, *Health Economics* 8(7) 563 – 578.

¹² Um Verteilungsziele zu erreichen, bedarf es nicht notwendigerweise einer Finanzierung über Lohnbeiträge (vgl. Breyer und Haufler, 2000). Abgesehen davon ist die aktuelle Finanzierung regressiv, da Freiberufler (Ärzte, Rechtsanwälte etc.) nicht in die GKV einbezogen sind und auch Spitzenverdienende aufgrund der gesetzlichen Beitragsbemessungsgrenzen häufig die Option Private Krankenversicherung wählen.

- Kifmann, M.* (1998): Premium Risk and Freedom of Choice, mimeo, Universität Konstanz.
- Oberender, P. / Ecker, Th.* (1999): Der Risikoausgleich in der GKV: Eine ordnungsökonomische Analyse, in: Knappe, E. (Hrsg.), Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 51 – 59.
- Pauly, M. V.* (1984): Is Cream-skimming a Problem for the Competitive Medical Market?, *Journal of Health Economics* 3, 87 – 95.
- Pauly, M. V. / Kunreuter, H. / Hirt, R.* (1995): Guaranteed Renewability in Insurance, *Journal of Risk and Uncertainty* 10, 143 – 156.
- Prognos* (1996): Risikostrukturausgleich und Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse Hamburg, Köln.
- Wille, E. / Schneider, U.* (1997): Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 2 (4), 141 – 158.