

**Karin Höppner, Stefan Greß, Heinz Rothgang,
Jürgen Wasem, Bernard Braun, Martin Buitkamp**

**Grenzen und Dysfunktionalitäten des
Kassenwettbewerbs in der GKV: Theorie und
Empirie der Risikoselektion in Deutschland**

ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2005

Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
D-28209 Bremen
eMail: k.hoepfner@zes.uni-bremen.de

Karin Höppner, Bernard Braun und Martin Buitkamp sind wissenschaftliche Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik. Prof. Dr. Heinz Rothgang ist Professur für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der FH Fulda. Prof. Dr. Jürgen Wasem ist der Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Dr. Stefan Greß ist wissenschaftlicher Assistent an diesem Lehrstuhl.

Die Ergebnisse dieses Beitrags beruhen auf den Ergebnissen eines Forschungsvorhabens, das von der Hans-Böckler-Stiftung großzügig gefördert wurde. Die Autoren bedanken sich an dieser Stelle für diese Förderung.

Herausgeber:
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
- Barkhof -, Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421/218-4362
Fax: 0421/218-7540
e-mail: srose@zes.uni-bremen.de
<http://www.zes.uni-bremen.de>
ZeS-Arbeitspapiere
ISSN 1436-7203

Zusammenfassung

Eine der Funktionsbedingungen für Kassenwettbewerb ist, dass Risikoselektion unterbunden wird. Denn Gegenstand des Kassenwettbewerbs sollen nicht bestimmte Merkmale von Versicherten sein (z.B. der Gesundheitszustand), vielmehr sollen die Anreize zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung verstärkt werden. In einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem mit Risikoselektion werden die Interessen schlechter Risiken unzureichend berücksichtigt. Risikoselektion in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll durch den Risikostrukturausgleich (RSA) verhindert werden. Seine Ausgestaltung muss bisher als unzureichend bezeichnet werden. Die Versichertenmerkmale Einkommen und Morbidität werden nicht hinreichend ausgeglichen. Theoretisch bestehen für die Krankenkassen also deutliche Anreize, Risikoselektion zu betreiben, was sich in der Empirie durch zahlreiche Beispiele belegen lässt.

Summary

One of the requirements for the good functioning of competition among sickness funds is the absence of risk selection. Selection by funds has adverse effects which counter the positive effects of competition, to name the improvement of quality and efficiency of medical care. The interests of insured persons with high risks are inadequately accounted for in a competitive health insurance market with risk selection.

Risk selection in the German statutory health insurance market is to be preserved by a system of risk equalization payments among German Statutory Sickness Funds. This risk compensation scheme is so far incomplete. The compensation for morbidity and income is inadequate. In theory, there are strong incentives for the sickness funds to select good risks, which can be affirmed by many examples.

Inhalt

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Einleitung | 5 |
| 1.1 | Ziele und Funktionen des Kassenwettbewerbs | 6 |
| 1.2 | Theorie der Selektion in der Krankenversicherung | 8 |
| 1.2.1 | Adverse Selektion | 8 |
| 1.2.2 | Risikoselektion | 11 |
| 1.2.3 | Dysfunktionale Folgen von Risikoselektion | 12 |
| 1.2.4 | Instrumente der Risikoselektion | 13 |
| 2 | Empirie der Risikoselektion in Deutschland | 15 |
| 2.1 | Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs in der GKV | 16 |
| 2.1.1 | Kassenwahlrechte | 16 |
| 2.1.2 | Risikostrukturausgleich (RSA) | 17 |
| 2.1.3 | Grundsätzliche Funktionsweise des RSA | 18 |
| 2.1.4 | Anreize zur Risikoselektion im RSA-System vor 2002 | 21 |
| 2.1.5 | Weiterentwicklung des RSA | 23 |
| 2.1.6 | Anreize zur Risikoselektion im gegenwärtigen RSA-System | 27 |
| 2.2 | Krankenkassen und Risikoselektion | 30 |
| 2.2.1 | Risikoselektion in der Zielhierarchie von Krankenkassen | 31 |
| 2.2.2 | Identifikation guter und schlechter Risiken | 34 |
| 2.2.3 | Wandel der Krankenkassen | 35 |
| 2.3 | Formen der Risikoselektion in der GKV | 37 |
| 2.3.1 | Selektiver Vertragsabschluss | 37 |
| 2.3.2 | Gezielte Gestaltung des Versicherungsangebots bzw. der Zusatzversicherung | 41 |
| 2.3.3 | Anbieten von weiteren Versicherungsprodukten, die nicht im Zusammenhang mit Krankheitsrisiken stehen | 44 |
| 2.3.4 | Versicherungsvermittler | 44 |
| 2.3.5 | Selektive Werbe- und Marketingstrategien | 45 |
| 2.3.6 | Anzahl und Lage der Geschäftsstellen sowie regionale Tätigkeit der Kassen | 49 |
| 2.3.7 | Guter oder schlechter Service | 50 |
| 2.3.8 | Prämiengestaltung und Selbstbehalte | 50 |
| 2.3.9 | Risikoselektion durch Leistungsanbieter | 52 |
| 2.3.10 | Informieren über einen Kassenwechsel oder Warnen vor einem Wechsel | 54 |
| 2.3.11 | Golden Handshake | 55 |
| 2.3.12 | Einfluss der Arbeitgeber bzw. der Träger von Sozialleistungen | 55 |
| 2.3.13 | Risikoselektion im Zusammenhang mit Kassenfusionen | 56 |
| 3 | Ausblick | 57 |
| 4 | Fazit | 59 |
| 5 | Literatur | 60 |

1 Einleitung

Das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz, GSG) trat am 1.1.1993 in Kraft und sollte die GKV in eine solidarische Wettbewerbsordnung überführen. Kernelement war dabei die Einführung des Rechts auf freie Kassenwahl für nahezu alle Versicherte (1996), die durch die Einrichtung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen allen Kassen (1994) flankiert wurde.

Die Organisationsreform des gewachsenen GKV-Systems ist vor dem Hintergrund der steigenden finanziellen Defizite in der GKV im Jahr 1992 zu sehen, wobei der Gesetzgeber durch die eingeleiteten Strukturmaßnahmen die Ausgabenentwicklung mittel- und längerfristig stabilisieren wollte. Gleichzeitig sollte die sozialpolitisch und verfassungsrechtlich bedenkliche Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten aufgehoben werden.¹ Als Folge des Zuweisungssystems war es zu hohen Beitragssatzunterschieden der Kassen zwischen 8% und 16,8% gekommen (Deutscher Bundestag 1992). Die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung stand damit nicht explizit im Vordergrund der Reform.

Der RSA wird als Voraussetzung für die Durchführung eines regulierten Kassenwettbewerbs angesehen. Er wurde zwei Jahre vor der Wahlfreiheit der Versicherten eingeführt, um gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen zu schaffen. Die erheblichen Beitragssatzunterschiede waren nämlich in erster Linie auf eine unterschiedliche Versichertenstruktur zurückzuführen. Er soll verhindern, dass gute oder schlechte Merkmale der Versicherten Gegenstand des Wettbewerbs unter den Kassen bilden, Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöhen und Beitragssatzgerechtigkeit schaffen. Schließlich kommt dem RSA eine solidaritätssichernde Funktion zu. Entsprechend dem Solidarprinzip darf die Höhe des Beitragssatzes nicht vom Krankheitszustand des Versicherten abhängen. Im Falle einer Risikoentmischung könnten die Mitglieder von Kassen mit guten Risiken durch niedrigere Beiträge begünstigt werden, eine solidarische Beitragssatzgerechtigkeit wäre dann nicht mehr gegeben (Jacobs et al. 2001).

Die ursprüngliche Ausgestaltung des RSA konnte jedoch die Versichertenmerkmale Einkommen und Morbidität nicht hinreichend ausgleichen (Lauterbach/Wille 2001; Jacobs et al. 2001). In dieser Situation ist Risikoselektion aus Sicht der Krankenkassen sogar verständlich, denn 10 % der Versicherten verursachen 80 % der Kosten für Arzneimittel, Krankenhausversorgung und Krankengeld. Etwa die Hälfte der Versicherten verursachen weniger als 50 Euro Kosten pro Jahr und 2 % verursachen mehr als 10.000 Euro im Jahr,

¹ Das Zuweisungssystem der gewachsenen GKV bedeutete faktisch, dass in erster Linie Angestellte ein Wahlrecht zwischen beitragsgünstigeren Angestellten-Ersatzkassen und den so genannten Primärkassen hatten.

was gleichbedeutend ist mit der Hälfte der Gesamtkosten in der GKV pro Jahr (Rosenbrock 2003).

Weiterhin wurde eine defizitäre Versorgung chronisch Kranker bemängelt, die im Zusammenhang mit der Angst der Kassen zu bewerten ist, durch Optimierung der Versorgungsstrukturen für Chroniker diese „schlechten Risiken“ anzuziehen und dadurch einen Wettbewerbsnachteil zu erleiden. 2001 wurde darum das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung verabschiedet, das stufenweise bis 2007 umgesetzt wird. Trotz begonnener Reform finden sich nach wie vor Hinweise auf Risikoselektion. Beispielsweise wurden die Regionalchefs einer großen Ersatzkasse Ende 2003 in einer internen Anweisung aufgefordert, „den Bestand der Sozialhilfeempfänger/Asylbewerber so gering wie möglich zu halten“.²

Dieser Beitrag geht darum der Frage nach, ob und in welcher Form Risikoselektion die Funktionsfähigkeit des Kassenwettbewerbs in der GKV einschränkt. Dazu setzt sich dieses Kapitel zunächst mit den theoretischen Grundlagen zur Selektion in der Krankenversicherung und den verschiedenen in der Literatur beschriebenen Instrumenten der Risikoselektion auseinander. In Kapitel 2 werden die Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs in Deutschland beschrieben und im nächsten Schritt untersucht, welche Formen der Risikoselektion vor diesem Hintergrund eine Rolle spielen. Kapitel 3 geht der Frage nach, welche Formen von Risikoselektion zukünftig, auch vor dem Hintergrund bereits beschlossener Reformen, zu erwarten sind und wie sie unterbunden werden könnten. Ein Fazit in Kapitel 4 schließt diesen Beitrag ab.

1.1 Ziele und Funktionen des Kassenwettbewerbs

In der Literatur existiert keine einheitliche Wettbewerbstheorie (McNulty 1968). Vielmehr ist auf die Frage, was unter Wettbewerb zu verstehen ist, wie Wettbewerbsprozesse verlaufen sollten und unter welchen Regeln oder Beschränkungen diese Prozesse ablaufen sollten, von unterschiedlichen wettbewerbstheoretischen Ansätzen verschiedene Antworten entwickelt worden (Kerber 2003: 318). Grob lässt sich jedoch eine Unterscheidung in statische und in dynamische Konzepte treffen. Statische Wettbewerbskonzepte betonen die Sicherstellung einer effizienten Produktion von homogenen Gütern (zu einheitlichen Preisen), dynamische Konzepte legen den Schwerpunkt hingegen in erster Linie auf die Innovation von heterogenen Produkten und Prozessen. In Anlehnung an Berg (1981) werden dem Wettbewerb sechs Wettbewerbsfunktionen zugeschrieben, wobei die ersten vier eher als statische und die letzten zwei als dynamische Funktionen bezeichnet werden können:

² Vgl. Der Tagesspiegel vom 27.12.2003: „Große Krankenversicherungen wollen nicht noch mehr Sozialhilfeempfänger, weil sie zu teuer sind.“

1. Durch die Steuerungsfunktion des Wettbewerbs wird der Unternehmer zur Bereitstellung eines Angebots an Gütern und Leistungen angehalten, die den Konsumentenpräferenzen entsprechen.
2. Die Effizienz- oder Allokationsfunktion gewährleistet eine größtmögliche Effizienz bei der Produktion durch einen optimalen Einsatz der Produktionsfaktoren.
3. Durch die Kontrollfunktion wird die wirtschaftliche Macht kontrolliert und begrenzt.
4. Die Verteilungsfunktion des Wettbewerbs gewährleistet eine leistungsgerechte Einkommensverteilung.
5. Durch die Innovationsfunktion werden Produkt- und Prozessverbesserungen realisiert.
6. Die Anpassungsfunktion ermöglicht eine schnelle, flexible Anpassung der Produktionsvorgänge auf veränderte Rahmenbedingungen (z.B. veränderte Konsumentenwünsche, Datenänderungen)

Auch wenn bei Einführung des regulierten Wettbewerbs in der deutschen GKV eher statische Wettbewerbsfunktionen im Vordergrund standen (Stabilisierung der Ausgabenentwicklung in der GKV, Aufhebung der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten, Verringerung der Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen), stehen in der heutigen Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens dynamische Wettbewerbsfunktionen an zentraler Stelle (z.B. bei Cassel 2002). Heute wird in erster Linie betont, dass der Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung führen soll (z.B. IGES et al. 2004). Dabei spielen Such- und Entdeckungsprozesse³ eine wichtige Rolle.

Neben den oben geschilderten ökonomischen Wettbewerbsfunktionen kommt dem Wettbewerb jedoch auch eine gesellschaftspolitische Funktion zu. Sie liegt in der Eröffnung von Freiheitsspielräumen (von Hayek 1976).

Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt würde bedeuten, dass Versicherungen risikoäquivalente Prämien erheben, um auf dem Markt bestehen zu können.⁴ Damit wäre die Versicherungsprämie abhängig vom Alter und Gesundheitszustand der einzelnen Versicherten. Verschiedene Versicherungsgruppen würden in solch einem System ohne Versicherungsschutz verbleiben, weil sie sich entweder keine Versicherung leisten können oder wollen. In der GKV gilt jedoch das „kollektive“ Versicherungsprinzip (Cassel 2002), wobei die Beiträge nicht alters-, geschlechts- oder morbiditätsabhängig sein sollen. Der zu leistende finanzielle Beitrag hängt von der Leistungskraft des Einzelnen ab. Um dieses gesell-

³ Von Hayek bezeichnete Wettbewerb als „Entdeckungsverfahren“, um Problemlösungen zu generieren (von Hayek 1976).

⁴ Dies ist in Deutschland in der privaten Krankenversicherung (PKV) der Fall.

schaftspolitisch erwünschte „Solidarprinzip“ in der GKV zu erhalten, müssen bei Einführung wettbewerblicher Steuerungsinstrumente besondere Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dabei kommt dem RSA eine zentrale Bedeutung zu, denn er soll verhindern, dass die Höhe des Beitragssatzes von bestimmten Merkmalen der Versicherten wie dem Gesundheitszustand abhängt. Mit anderen Worten: er soll Risikoselektion verhindern und die Bemühungen der Kassen im Wettbewerbsgeschehen auf die Verbesserung der Versorgungsstrukturen lenken.

In Deutschland wurde zwar 1996 ein Kassenwettbewerb eingeführt (Wettbewerb der Kassen um Mitglieder), Vertragswettbewerb (zwischen Kassen und Leistungsanbietern) findet jedoch kaum statt (Ebsen et al. 2003). Auch das Leistungsangebot ist zu 95% gesetzlich festgelegt. Dadurch beschränkt sich der Wettbewerb um Versicherte in erster Linie auf die Höhe des Beitragssatzes. Plan- und kollektivwirtschaftliche Vorgaben verhindern eine Verbesserung der Versorgungseffizienz und die Entwicklung innovativer Versorgungsformen (Jacobs/Schulze 2004).

1.2 Theorie der Selektion in der Krankenversicherung

In der Literatur werden zwei Formen der Selektion in der Krankenversicherung beschrieben: adverse Selektion und Risikoselektion (van de Ven/Ellis 2000: 771; Pauly 1984). Beide Formen unterscheiden sich hinsichtlich der Aktivitäten, die dabei von den Versicherten und den Versicherern ergriffen werden sowie in den Ergebnissen. Darum soll zunächst eine Abgrenzung dieser beiden Begriffe vorgenommen werden. Da adverse Selektion in der GKV in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle spielt, richtet sich der Fokus dieser Arbeit auf die Risikoselektion.

1.2.1 Adverse Selektion

Adverse Selektion kann auftreten, wenn vor einem Vertragsabschluss Informationsasymmetrien (hidden knowledge) zwischen zwei Marktparteien bestehen.⁵ Wie zuerst durch Akerlof (1970) für den Gebrauchtwagenmarkt beschrieben führen Qualitätsunterschiede der angebotenen Ware bei einem Informationsgefälle zwischen Verkäufer und Käufer dazu, dass die qualitativ hochwertige Ware vom Markt verdrängt wird (adverse selection, negative Auslese). Denn nur die Verkäufer mit ihrem Informationsvorsprung wissen, von welcher Qualität ihr Angebot ist. Dem Käufer ist ausschließlich die durchschnittliche Qualität des Produkts auf dem Markt bekannt, ex ante weiß er nichts über die Qualität des einzelnen

⁵ In der Literatur wird neben der Adversen Selektion auch Moral Hazard (moralisches Risiko) beschrieben, wobei die Informationsasymmetrie nicht vor einem Versicherungsabschluss (ex ante) zum Tragen kommt, sondern ex post (Pauly 1984). An dieser Stelle soll jedoch nicht auf Moral Hazard eingegangen, sondern auf die einschlägige gesundheitsökonomische Literatur verwiesen werden.

Angebots. Auf dem Gebrauchtwagenmarkt beispielsweise sieht der Käufer dem angebotenen Auto nicht den tatsächlichen Verschleißzustand an. Er weiß also auch nicht, ob ein hoher Preis gerechtfertigt ist und wird nur den durchschnittlichen Preis für Gebrauchtwagen dieses Modells bezahlen. Für qualitativ hochwertige Ware ist dieser Durchschnittspreis jedoch zu gering, weswegen der Verkäufer sie nicht anbieten wird und diese Qualitätsstufe vom Markt verschwindet. Damit sinkt die Durchschnittsqualität der zum Kauf angebotenen Autos, was ein Absinken des Durchschnittspreises nach sich zieht. In Folge werden also auch die Angebote mittlerer Qualität verschwinden. Zum Kauf werden nur noch die „lemons“ angeboten, also die Produkte mit minderer Qualität.

Auf den Markt für Krankenversicherungen übertragen bedeutet dies, dass die Versicherungen, die nicht zwischen guten und schlechten Risiken⁶ ihrer Versicherten differenzieren können, eine Art Durchschnittsprämie erheben müssen. Denn besonders günstige Beitragsätze, die die Versicherung für gute Risiken kalkuliert hat, würden natürlich auch von schlechten Risiken (die vorher nicht zu erkennen sind) nachgefragt, wodurch sich für die Krankenversicherung ein finanzieller Verlust ergeben würde und diese Angebote damit unrentabel wären. Für die guten Risiken unter den Versicherten besteht jedoch kein Anreiz, eine bezogen auf ihren guten Gesundheitszustand überteuerte Prämie zu bezahlen. Sie werden darum lieber gar keine Krankenversicherung wählen. Es verbleiben nur noch die schlechten Risiken im Versichertenpool, die einen hohen Preis bezahlen müssen. Es kommt also zur so genannten Antiselektion (Breyer/Zweifel 1999: 162). Entweder verbleiben die guten Risiken ganz ohne Versicherungsschutz oder die Krankenversicherung bietet ihnen ein Versicherungspaket mit niedrigerem Leistungsumfang zu einem günstigeren Beitragsatz an. Damit ist dieses Angebot für schlechte Risiken uninteressant, da sie auf das gesamte Leistungsspektrum angewiesen sind bzw. weil sie sich bei häufiger Inanspruchnahme durch hohe Selbstbehalte schlechter stellen würden als bei Abschluss der Vollversicherung für schlechte Risiken.

Rothschild & Stiglitz (1976) haben ein diesbezügliches formales Gleichgewichtsmodell für einen Versicherungsmarkt mit asymmetrischer Information vorgelegt. Sie konnten zeigen, dass ein vereinendes Gleichgewicht, d.h. ein Gleichgewicht mit einer Vertragskalkulation auf Basis des Durchschnittsrisikos, bereits bei Existenz nur zweier Risikotypen nicht zustande kommt. Möglich ist lediglich ein trennendes Gleichgewicht, bei dem beide Gruppen einen Versicherungsvertrag erhalten, der auf Basis der eigenen Schadenshäufigkeit kalkuliert ist. Während die schlechten Risiken eine Vollversicherung erhalten, können die guten Risiken sich nur zum Teil absichern. Dieses Ergebnis kann auch so interpretiert werden, dass die guten Risiken durch die Bereitschaft zur Übernahme einer (hohen) Selbstbeteiligung glaubhaft signalisieren, dass sie gute Risiken sind. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass sie einen Versicherungsvertrag erhalten, der auf Basis ihrer (niedrigeren) Schadens-

⁶ Anstelle des von Akerlof gebrauchten Begriffs Qualität scheint der Begriff Risiko bzw. Eigenschaften der Versicherten hier geeigneter.

häufigkeit kalkuliert ist. Damit einher gehen Wohlfahrtsverluste, da die guten Risiken keinen vollständigen Versicherungsschutz erhalten. Allerdings ist dies noch der positive Fall. Unter bestimmten Umständen, z.B. bei einer sehr kleinen Anzahl von Versicherten mit einem hohen Risiko, kommt gar kein Gleichgewicht zustande (Rothschild/Stiglitz 1976). Die Folge kann ein komplettes Marktversagen mit Zusammenbruch des Versicherungsmarktes sein.

In der Literatur werden nun zwei Lösungsmöglichkeiten für das Problem der asymmetrischen Information auf Märkten beschrieben: Signaling und Screening. Beim *Signaling* gibt der Marktpartner mit einem Informationsüberschuss private Information preis und baut auf diese Weise seinen Informationsvorsprung ab (Spence 1973). Dabei gilt es, das Misstrauen der Gegenseite zu überwinden, indem glaubhafte und überzeugende Signale ausgesendet werden. Beispielsweise kann der Gebrauchtwagenverkäufer eine zusätzliche Garantie anbieten, mit der er die qualitative Überlegenheit seines Angebots signalisiert. Für den Krankenversicherungsmarkt stellt insbesondere die freiwillige Wahl von Selbstbeteiligung ein solches Signal dar.⁷

Beim *Screening* geht die Initiative vom schlechter informierten Marktpartner aus. Es werden Maßnahmen ergriffen, um das eigene Informationsdefizit zu verbessern. Dabei können Tests zum Einsatz kommen, wie sie von privaten Krankenversicherungen in Form von medizinischen Untersuchungen vor Vertragsabschluß verlangt werden. Auch kann eine Krankenversicherung versuchen, den Versicherten zur Preisgabe von Information zu bewegen, indem sie eine Selbstauskunft verlangt. Befindet sich die Filiale einer Krankenversicherung im fünften Stockwerk eines Gebäudes ohne Aufzug, erhält die Versicherung Information über den Gesundheitszustand (z.B. das Herz-Kreislaufsystem) ihrer potenziellen Versicherten. Denn nur Gesunde werden den langen Treppenaufstieg auf sich nehmen (Stiglitz 2001)⁸. Die Krankenversicherung kann beim Screening auch versuchen, eine *Selbstselektion* (self-selection) der Versicherten zu induzieren (Rothschild/Stiglitz 1976). Dies geschieht z.B., indem Verträge mit unterschiedlicher Anreizstruktur angeboten werden. Durch ihre Wahl geben die Versicherten dabei Information über sich selbst preis.

Wie bereits angedeutet kommt adverse Selektion in einem Krankenversicherungssystem mit einer Versicherungspflicht und mit identischem Versicherungsumfang / Leistungskatalog nicht vor. Dies entspricht im Wesentlichen der Situation in der GKV für deren Pflichtmitglieder.

⁷ Die Krankenversicherung kann auch versuchen, eine *Selbstselektion* (self-selection) der Versicherten zu induzieren (Rothschild/Stiglitz 1976), indem sie aktiv Verträge mit unterschiedlicher Anreizstruktur anbietet.

⁸ Vgl. Stiglitz, Joseph E. (2001): "Information and the change in paradigm in economics. Prize lecture, anlässlich der Verleihung des Nobelpreises."

1.2.2 Risikoselektion

Risikoselektion tritt auf dem Krankenversicherungsmarkt nicht auf, wenn Krankenversicherungsunternehmen risikogerechte Prämien erheben können. Risikogerechte Prämien führen jedoch zu gewaltigen Preisunterschieden. So konnten Van de Ven et al. (2000) mit Daten der niederländischen Krankenversicherung zeigen, dass sich die Prämien leicht um den Faktor 100 oder mehr unterscheiden, wenn die Morbidität der Versicherten bei der Prämienkalkulation vollständig berücksichtigt wird. Häufig werden derlei Prämienunterschiede als gesellschaftspolitisch unerwünscht angesehen und gelten als unsolidarisch. In der GKV gilt Risikosolidarität, d.h. Beitragsunterschiede auf Grund von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder Familiengröße sind nicht gestattet. Die guten Risiken zahlen einen in Relation zu ihrem Risiko gemessen überhöhten Beitrag, die schlechten Risiken hingegen einen zu niedrigen. Hier sind risikogerechte Prämien also verboten. Die PKV in Deutschland hingegen darf grundsätzlich risikogerechte Prämien erheben und praktiziert dies auch.

Auf einem Krankenversicherungsmarkt ohne bzw. mit eingeschränkt risikogerechten Prämien entstehen für die Versicherer Selektionsanreize, bevorzugt die „guten Risiken“ mit einem positiven Deckungsbeitrag zu versichern. Mit Hilfe von Risikoselektion kann die Versicherung also einen höheren Gewinn erzielen und erlangt einen Wettbewerbsvorteil gegenüber ihren Konkurrenten. Unter Risikoselektion ist dabei eine gezielte Strategie zu verstehen, die eine Verbesserung der Risikostruktur der Versicherten bezweckt. Auf der einen Seite geht es um das Anlocken und Halten der Versicherten mit günstigen Merkmalen, auf der anderen Seite sollen Versicherte mit ungünstigen Merkmalen abgeschreckt bzw. zur Kündigung bewegt werden. Risikoselektion umfasst damit also grundsätzlich zwei Dimensionen.

Maßnahmen der Risikoselektion können offen oder subtil verlaufen, je nach Regulierung des Versicherungsmarktes. Besteht beispielsweise ein Kontrahierungszwang wie in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, dürfen die Krankenkassen Versicherte zwar nicht direkt ablehnen, sie können jedoch auf subtilere Maßnahmen der Risikoselektion zurückgreifen. Dabei gilt Risikoselektion in der GKV als sozialpolitisch unerwünscht. Gegenstand des Kassenwettbewerbs soll nicht die Optimierung der Versichertenstruktur sein, die nur der einzelnen Kasse gelingen kann. Vielmehr sollen durch den Wettbewerb Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung geschaffen werden. Ein Wettbewerb um eine Optimierung der Versichertenstruktur kann hiervon nur ablenken. Die PKV hingegen kann Risikoselektion offen betreiben, da sie keinem Kontrahierungszwang unterliegt.

Risikoselektion kann sowohl vor als auch nach Vertragsabschluß auftreten (Van de Ven/Van Vliet 1992). Krankenkassen können bei potenziellen Neukunden in der Regel zwar nicht zwischen guten und schlechten Risiken unterscheiden. Sie können jedoch gezieltes Marketing betreiben oder Verträge so gestalten, dass risikoreiche Versicherte gezielt abgeschreckt und risikoarme Versicherte angezogen werden. So nutzt die Krankenversicherung

die Selbstselektion der Versicherten für ihre Zwecke. Beispielsweise werden chronisch Kranke, die auf eine gute medizinische Versorgung angewiesen sind, keine Krankenkasse wählen, von der sie eine unzureichende Versorgung erwarten. Gute Risiken hingegen zeigen eine Präferenz für niedrige Prämien und Selbstbehalte. Bietet die Krankenversicherung Verträge mit unterschiedlichem Preis-Leistungs-Verhältnis an, kommt es zu einer Selbstselektion der Versicherten. Durch die Wahl des Versicherungsschutzes offenbart der Versicherte seinen Risikostatus. Nach Versicherungsabschluss (ex post) kann die Versicherung gute von schlechten Risiken besser unterscheiden und durch gezielte Maßnahmen versuchen, die schlechten Risiken zur Kündigung zu bewegen und die guten Risiken zu binden. Eine Selbstselektion der Versicherten kann auch nach Vertragsabschluss stattfinden, wenn die Versicherung z.B. das Leistungspaket verändert, um für bestimmte Versichertengruppen weniger attraktiv zu sein. Es kommt in diesem Fall nicht zu einer Selbstselektion zur Versicherung hin, sondern von ihr weg.

1.2.3 Dysfunktionale Folgen von Risikoselektion

Risikoselektion ist im Kassenwettbewerb als kontraproduktiv anzusehen, da die Verbesserung der Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung sowie die Stärkung der Konsumentensouveränität behindert wird (Van de Ven/Van Vliet, 1992: 24). Van de Ven und van Vliet (1992) beschreiben drei mögliche negative Folgen der Risikoselektion:

1. Krankenkassen mit erfolgreicher Risikoselektion können andere Krankenkassen vom Markt verdrängen, die sich ausschließlich um eine Verbesserung ihrer Effizienz bemühen, wenn die Investitionen in Risikoselektion ein günstigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Der Anreiz zur Verbesserung der eigenen Verwaltungsstruktur sowie zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung ist in dieser Situation nicht mehr gegeben. In der Folge könnte es zu einem „Kassensterben“ kommen, das die Gefahr von Monopolisierungstendenzen in sich birgt (Jacobs et al. 2001: 21).
2. Eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen für risikoreiche Versicherte lohnt sich für die Kasse nicht, weil dadurch schlechte Risiken attrahiert würden und Wettbewerbsnachteile für die Kasse entstünden. Es kommt zu einer Gefährdung der optimalen medizinischen Versorgung von (chronisch) kranken Versicherten. Die Präferenzen dieser Versichertengruppe werden hier nicht berücksichtigt.
3. Durch Risikoselektion erzielen einzelne Kassen Profit auf Kosten anderer Kassen, wobei für die Durchführung der Selektionsmaßnahmen eventuell erhebliche Mittel nötig sind, die nicht in Innovationen der Versorgungsstrukturen investiert werden. Es entsteht ein gesamtgesellschaftlicher Wohlfahrtsverlust.

Im Ergebnis werden die erhofften positiven Effekte des Kassenwettbewerbs untergraben, denn Risikoselektion führt zu einer suboptimalen Qualität, Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung und zu einer unzureichenden Berücksichtigung der Versichertenpräferenzen.

1.2.4 Instrumente der Risikoselektion

Grundsätzlich wird zwischen positiver und negativer Risikoselektion unterschieden (Jacobs et al. 2001). Dabei richtet sich die positive Risikoselektion auf das Anziehen und Halten von guten Risiken, bei der negativen Risikoselektion werden schlechte Risiken abgeschreckt oder zu einem Versicherungswechsel motiviert.

Van de Ven und van Vliet (1992) unterscheiden neben Strategien, die vor dem Versicherungsabschluss greifen, auch solche, die nach Versicherungsabschluss zum Tragen kommen. Bei Die Van de Ven und Van Vliet (1992) findet sich detaillierteste Beschreibung der Selektionsmechanismen. Hintergrund dieses Aufsatzes ist allerdings die Diskussion über die Einführung eines Idealmodells des regulierten Kassenwettbewerbs in den Niederlanden.⁹ Es handelt sich also um theoretische Überlegungen, die zum Teil wiederum auf US-amerikanischer Literatur basieren. Die Übertragbarkeit auf den deutschen Kontext ist darum eingeschränkt. Beispielsweise verfügen deutsche Krankenkassen (bisher) nur über geringe Möglichkeiten, selektive Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Die von Van de Ven und Van Vliet (1992) beschriebenen Instrumente werden nachfolgend aufgeführt, um einige Maßnahmen ergänzt und in Abschnitt 2.3 auf ihre Bedeutung im deutschen Kassenwettbewerb hin durchleuchtet.

1. Selektiver Vertragsabschluss mit Leistungserbringern, die eher gute Risiken anziehen (z.B. mit Sportmedizinern und Fitnesstrainern), und solchen, die hohe Risiken abschrecken (z.B. mit schlechten Kardiologen und Onkologen). Bei dieser Strategie nutzen die Kassen gezielt die qualitativen Unterschiede zwischen den Leistungsanbietern für ihre Zwecke. Es kommt zu einer Selbstselektion der Versicherten.
2. Gezielte Gestaltung des Versicherungspaketes oder der Zusatzversicherungen, um gute Risiken anzuziehen (z.B. durch Angebote im Sport- und Fitnessbereich). Weiterhin können Krankenversicherungen spezielle Programme für chronisch Kranke oder Behandlungen nach schweren Erkrankungen wie wiederaufbauende Brustchirurgie nach einer Tumoroperation aus ihrem Leistungskatalog streichen, um schlechte Risiken abzuschrecken. Dies ist natürlich nur bei Leistungen möglich, die

⁹ Die Beschreibung des Idealmodells durch den US-amerikanischen Gesundheitsökonom Enthoven wurde damals durch eine Expertenkommission unter dem Vorsitz von Dekker (Dekker-Kommission) aufgegriffen. Es ließen sich jedoch später nur ein Teil der Reformvorschläge dieser Kommission in die Tat umsetzen (Greß 2002).

nicht in einem standardisierten Leistungskatalog gesetzlich festgelegt sind. Auch hier kommt es zu einer Selbstselektion.

3. Die Krankenversicherung bietet weitere Versicherungsprodukte an, die hauptsächlich für gute Risiken mit hohem Einkommen interessant sind, z.B. Versicherungen für Segelyachten oder Wintersport.
4. Der Abschluss der Versicherungspolice erfolgt über einen Vermittler, der besser über den Versicherten informiert ist als die Krankenversicherung. Ist dies zum Beispiel ein Anbieter von Lebensversicherungen, kann nach den Gesundheitsrisiken selektiert werden, die beim Abschluss der Lebensversicherung offen gelegt wurden. Für Vertragsabschlüsse mit guten Risiken bzw. für Vermittlung schlechter Risiken an die Konkurrenz können Prämien gezahlt werden.
5. Selektive Werbestrategien sollen insbesondere Zielgruppen mit guten Risiken erreichen. Beispiele sind Werbung in bestimmten Medien wie im Internet oder in bestimmten Zeitschriften, Direktmails oder gezieltes Auslegen von Werbeprospekten im Sportstudio.
6. Anzahl und Lage der Geschäftsstellen können ebenfalls selektierend wirken. Beispielsweise ist eine Verringerung der Anzahl der Geschäftsstellen in unprofitablen Regionen mit schlechter Risikostruktur der Versicherten denkbar. Dies kann zu Risikoselektion führen, wenn die Präsenz einer Geschäftsstelle für schlechte Risiken besonders wichtig ist (Breyer/Kifmann 2001). Im Extremfall könnte sich die Krankenversicherung nur virtuell (im Internet) präsentieren. Eine weitere Möglichkeit ist, dass sich eine Krankenkasse nur in risikogünstigen Regionen öffnet.
7. Auch die Qualität des Service lässt sich gezielt zu Selektionszwecken einsetzen, indem beispielsweise gute Risiken besonders zuvorkommend behandelt werden. Schlechte Risiken hingegen werden eher „gemobbt“.
8. Durch unterschiedliche Gestaltung der Versicherungsprämien kommt es zur Selbstselektion von Versicherten. Prämienreduzierung bei Selbstbehalten werden eher von guten Risiken gewählt, während schlechte Risiken öfter eine Erhöhung der Pauschalprämie wählen.
9. Verbündung der Versicherung mit Leistungsanbietern. Sind Leistungsanbieter am finanziellen Risiko der Versicherung beteiligt, besteht für sie ebenfalls ein Anreiz, „teure“ Patienten zum Versicherungswechsel zu bewegen. Subtile Möglichkeiten wie lange Wartezeiten auf Termine oder Testergebnisse sowie Unhöflichkeiten sind denkbar.
10. Informieren von schlechten Risiken über die Möglichkeit eines Kassenwechsels oder Warnen von guten Risiken vor den vermeintlichen Folgen eines Wechsels.

11. Zahlung eines hohen Geldbetrages an Versicherungsnehmer mit schlechten Risiken, wenn sie die Krankenversicherung wechseln (Golden handshake).
12. Zusätzlich zu diesen in der Literatur beschriebenen Selektionsinstrumenten können Krankenkassen in Deutschland indirekt über den Arbeitgeber Risikoselektion betreiben. Der Arbeitgeber hat ein starkes Interesse an der Kassenwahl seiner Angestellten, da die Kassenbeiträge paritätisch finanziert werden. Er könnte also die Wahl einer beitragsgünstigen Kasse nahe legen.
13. Schließlich ergeben sich Möglichkeiten der Risikoselektion im Zusammenhang mit Kassenfusionen.

2 Empirie der Risikoselektion in Deutschland

In Deutschland besteht in der GKV Kontrahierungszwang, Krankenkassen dürfen also den Abschluss einer Krankenversicherung nicht verweigern oder Versicherte gar zur Kündigung drängen. Auf mehr oder weniger subtile Weise können Kassen trotzdem versuchen, einen risikoarmen Versichertenbestand aufzubauen. Dabei gilt es, möglichst verdeckt zu handeln, um keine negative Publicity zu erzeugen. Konkrete Hinweise auf Risikoselektionsstrategien sind also schwierig zu finden. Erschwerend kommt hinzu, dass eine eindeutige Abgrenzung von Risikoselektionsmaßnahmen als Negativpraktik gegenüber dem Aufbau eines neuen Leistungsmanagements oder neuer Marketingstrategien nicht immer eindeutig ist. Haenecke (2001b: 532) beschreibt, dass Risikoselektion insbesondere bei Kassen mit höheren Beitragssätzen stattfindet, wobei es seiner Meinung nach in erster Linie um das Halten attraktiver Risiken geht. Als Beispiel führt er eine weite Auslegung von Ermessungsspielräumen im Einzelfall auf. Seine Befragung von Krankenkassenmanagern ergab, dass 31 von 61 Managern gezielte Maßnahmen ergreifen, um bestimmte Versicherte in der Kasse zu halten. Zumindest im Bereich der Bestandspflege der Versicherten stellt Risikoselektion also bei der Hälfte der Befragten ein gängiges Instrument dar. Auch van de Ven et al. (2003) sind der Meinung, dass Risikoselektion in der deutschen GKV ein reales Problem ist. Eine Quantifizierung der einzelnen Maßnahmen erscheint jedoch unmöglich.

Um Möglichkeiten der Risikoselektion innerhalb der GKV in Deutschland zu untersuchen, soll in diesem Kapitel zunächst auf die rechtlichen Rahmenbedingungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) eingegangen werden (Abschnitt 2.1). Insbesondere ist zu klären, ob Versichertenmerkmale unzureichend ausgeglichen werden und damit einen Anreiz zur Selektion darstellen. Daraus lässt sich ableiten, welche Versicherten für die Kasse gute bzw. schlechte Risiken darstellen. Weiterhin soll beschrieben werden, welche Ziele die Kassen mit Risikoselektion verfolgen und welche internen organisatorischen Voraussetzungen erfüllt sein müssen (Abschnitt 2.2). Schließlich wird die Klassifikation der Selektionsinstrumente von Van de Ven und Van Vliet (1992) auf den deutschen Kontext übertragen und auf ihre Relevanz für die GKV hin untersucht (Abschnitt 2.3).

2.1 Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs in der GKV

Wie einleitend bereits beschrieben wurde der Risikostrukturausgleich (RSA) in Deutschland im Zusammenhang mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG), das am 1.1.1993 in Kraft trat, eingeführt. Dieses Gesetz wurde sowohl von der Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP als auch von der oppositionellen SPD getragen und wird auch als Kompromiss von Lahnstein bezeichnet (Schöffski/Galas/v. d. Schulenburg 1996). Neben kurzfristig greifenden Maßnahmen zur Sicherung der Stabilität der GKV erachtete man dabei eine Organisationsreform der GKV als notwendig. Diese Organisationsreform wurde von einigen Autoren als einschneidendste Reform im Krankenversicherungswesen nach dem zweiten Weltkrieg bezeichnet (Arnold 1993) und beinhaltete folgende Regelungen:

1. Einführung von Kassenwahlrechten für nahezu alle Versicherte bei Kontrahierungszwang (1996)
2. Einführung des RSA (1994)
3. Neuordnung der Selbstverwaltungsstrukturen der Krankenkassen.¹⁰

2.1.1 Kassenwahlrechte

Die Kassenwahlfreiheit wurde 1996 für nahezu alle GKV-Mitglieder eingeführt. Nur für Angehörige der See- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der Bundesknappschaft gilt dieses Recht nicht, um den Bestand und die Leistungsfähigkeit dieser Kassenarten nicht zu gefährden.¹¹ Beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder haben kein eigenes Kassenwahlrecht, sondern sind an die Entscheidung des Beitragszahlers gebunden. Zunächst galt für die Kündigung eine Stichtagregelung (30.9. eines jeden Jahres). Mit dem Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte wurde dieser Stichtag aufgehoben. Seit dem 1.1.2002 kann die Kasse nach zweimonatiger Kündigungsfrist und bei einer Bindungsfrist von 18 Monaten gewechselt werden (§ 175 SGB V). Bei einer Beitragssatzerhöhung entfällt diese Bindungsfrist.

Zur Wahl stehen nach § 173 SGB V folgende Kassenarten:

1. die Allgemeine Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn der Versicherte in dem Betrieb beschäftigt ist, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,

¹⁰ Auf diesen Aspekt des GSG soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

¹¹ Bei diesen Kassen handelt es sich um Sondersysteme mit zum Teil eigenen Finanzierungs- und Organisationsmechanismen. Siehe auch: Deutscher Bundestag (1992: 113), Drucksache 12/3608.

4. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die entsprechende Satzung dies vorsieht,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Betriebs- und Innungskrankenkassen sind also im Gegensatz zu Allgemeinen Ortskrankenkassen und Ersatzkassen nicht automatisch von allen Versicherten wählbar. Ein so genannter „Öffnungsbeschluss“ muss in der Satzung festgelegt werden und gilt dann ausnahmslos für alle Versicherten.

Laut Monatsstatistik der GKV waren im Jahresdurchschnitt 2003 knapp 70,5 Millionen Deutsche und damit gut 85% der deutschen Bevölkerung in der GKV versichert. Davon durften rund 49 Millionen GKV-Mitglieder¹² ihre Kasse aus einem Angebot von 108 bundesweit geöffneten Krankenkassen wählen.¹³ Hinzu kamen 214 Krankenkassen, die regional geöffnet waren und 115 nicht geöffnete Kassen. Regional geöffnete Kassen dürfen gewählt werden, wenn der Wohn- oder Beschäftigungsort in dem entsprechenden Bundesland liegt. Die Anzahl der Kassen hat sich seit 1994 (1149 Krankenkassen) – hauptsächlich durch Fusionen – sehr stark verringert.

2.1.2 Risikostrukturausgleich

Zentrale ordnungspolitische Aufgabe des RSA ist es, den Einfluss der Versichertenstruktur auf die Höhe des Beitragssatzes auszugleichen (Deutscher Bundestag 1992). Gesetzliche Grundlagen des RSA finden sich in § 266-269 des SGB V sowie in der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, kurz RSAV). Diese Verordnung liegt inzwischen in der neunten Überarbeitung vor. Der RSA wird jährlich durch das Bundesversicherungsamt (BVA)¹⁴ durchgeführt. Beteiligt sind alle Träger gesetzlicher Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Die Kassen erheben und übermitteln die relevanten Daten für die Durchführung des RSA an das BVA (§ 267 SGB V). Um im RSA ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen, könnten die Kassen ein großes Interesse an einer Daten- und Abrechnungsmanipulation haben. Nach Untersuchungen des BVA führten die

¹² In diese Zahl gehen nicht die Mitglieder der Bundesknappschaft sowie der See- und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen ein, da für diese Mitglieder die Kassenwahlfreiheit nicht gilt. Zusätzlich zu den 49 Millionen wahlberechtigten Versicherten gibt es in der GKV ca. 20 Millionen Mitversicherte, die nicht selbst wählen können, sondern an die Wahlentscheidung des Mitglieds gebunden sind.

¹³ Die hier genannten Zahlen sind der Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Mitglieder und Kranke für 2003 entnommen.

¹⁴ Das BVA wurde 1956 als selbständige Bundesoberbehörde nach dem Bundesversicherungsamtgesetz errichtet. Ihm obliegt neben der Durchführung des RSA u.a. auch die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der Sozialversicherung.

Kassen 1998 ungefähr 600.000 Karteileichen.¹⁵ Durch schlecht geführte, veraltete Mitgliederverzeichnisse wiesen einige Kassen wesentlich mehr beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige auf, für die sie im RSA unrechtmäßig zu hohe Ausgleichszahlungen kassieren. Der Prüfdienst der Behörde vermutete einen Schaden in zwei- bis dreistelliger Millionenhöhe jährlich.¹⁶

Zunächst (1994) galt der RSA nur für den Bereich der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV). 1995 wurde dann der seit 1978 durchgeführte Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) in den RSA integriert. Dieser ausgabenorientierte Ausgleich hatte sich als kostentreibend erwiesen, da er keine Anreize zur Ausgabenreduzierung setzte. Vielmehr wurden alle Leistungsausgaben der Rentner zusammengefasst und nicht durch die Beitragszahlungen der Rentner gedeckte Ausgaben durch einen kasseneinheitlichen Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen finanziert (Deutscher Bundestag 2001). Weiterhin erfolgte zunächst eine Trennung der Rechtskreise West und Ost. Seit 1999 wird diese Trennung stufenweise abgebaut, bis im Jahr 2007 ein vollständig gesamtdeutscher RSA erreicht ist. Inzwischen wurde mit Verabschiedung des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2001 eine stufenweise RSA-Reform bis zum Jahr 2007 auf den Weg gebracht. Auf die bisher implementierten Veränderungen des RSA soll nach einer Beschreibung der grundsätzlichen Funktionsweise des RSA eingegangen werden. Auf den für das Jahr 2007 geplanten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) wird näher im Ausblick (Kapitel 4) eingegangen. Denn hier ist noch nicht endgültig bekannt, in welcher Form er eingeführt wird.

2.1.3 Grundsätzliche Funktionsweise des RSA

Der Risikostrukturausgleich vollzieht sich auf zwei Ebenen (Abbildung 1): es kommt zum Ausgleich der unterschiedlichen einkommensabhängigen Einnahmen der Kassen (Finanzkraftausgleich) und zum Ausgleich der unterschiedlichen risikostrukturabhängigen Ausgaben der Kassen (Beitragsbedarfsausgleich) (z.B. Schneider 1994).

Auf der *Ausgabenseite* (der Seite des *Beitragsbedarfs*) werden die Komponenten Alter, Geschlecht, die Invalidität in Form von Bezug einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (EU/BU-Rente) und der Umfang des Krankengeldanspruchs berücksichtigt. Differenziert nach diesen Komponenten ergeben sich 670 RSA-Risikogruppen, für die jeweils die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben vom BVA ermittelt und standardisierten Leistungsausgaben zugewiesen werden. Gegenwärtig fließen *nicht* die Satzungs- und Ermessensleistungen sowie die Verwaltungsausgaben der Kassen in diese Berechnung ein (Jacobs et al. 2001: 63). Jede Kasse ermittelt nun für ihren Versichertenbestand den Beitragsbedarf als Summe

¹⁵ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 1.12.1998: „Fischer will Nachzahlungen strecken – Kassen bezogen zu Unrecht Geld für 600.000 Karteileichen.“

¹⁶ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 11.9.1998: „Millionenschaden durch illegale Kassenbeiträge.“

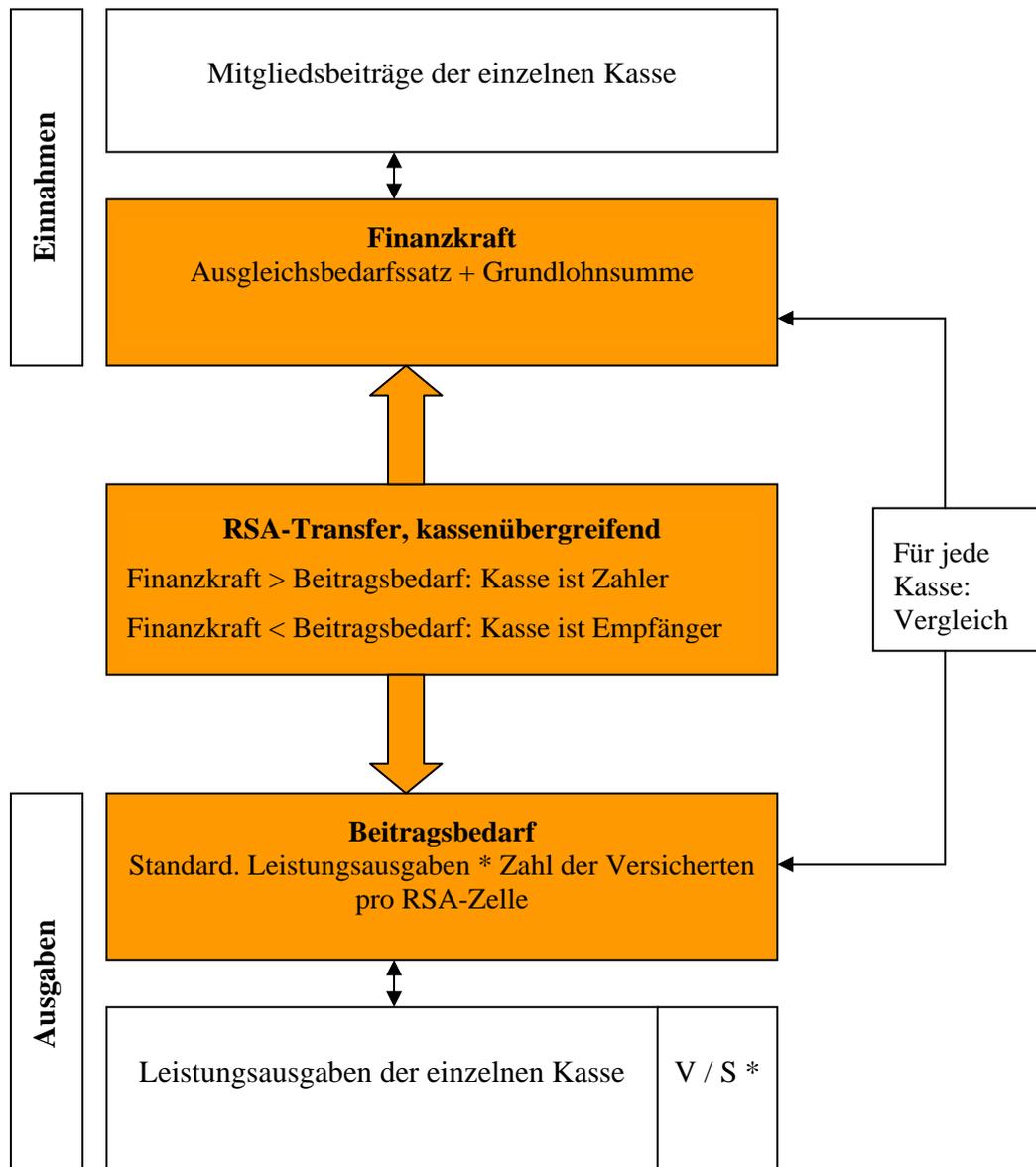
der standardisierten Leistungsausgaben ihrer Versicherten (gewissermaßen die „Soll-Ausgaben“ der Kasse).

Im nächsten Schritt wird der so genannte Ausgleichsbedarfssatz der Kassen ermittelt, der sich aus der Summe der Beitragsbedarfe aller Kassen, dividiert durch die beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder, ergibt. Der vorläufige Ausgleichsbedarfssatz RSA ab Juni 2005 liegt bei 12,8 %.¹⁷ Er entspricht dem durchschnittlichen Beitragssatz der Kassen abzüglich der Ausgaben für Verwaltung und Satzungsleistungen.

Durch Multiplikation der beitragspflichtigen *Einnahmen* aller Versicherten einer Kasse mit dem Ausgleichsbedarfssatz lässt sich die *Finanzkraft* der Kasse ermitteln (gewissermaßen die „Soll-Einnahmen“). Die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen wird auf der Einnahmenseite berücksichtigt, indem für jeden einzelnen der Wert Null in Rechnung gestellt wird. Somit wird in den RSA einbezogen, dass diese Versichertengruppe keine beitragspflichtigen Einnahmen hat. Auf der Ausgabenseite werden sie nicht als gesonderte Versichertengruppe betrachtet.

¹⁷ Diese Zahl ist der 151. Bekanntmachung zum RSA des Bundesversicherungsamtes entnommen.

Abbildung 1: Risikostrukturausgleich in der GKV



* V/S: Leistungsausgaben für Verwaltung und Satzungsleistungen

Quelle: eigene Darstellung, nach VdAK/AEV (2003).

Der Ausgleichsanspruch der einzelnen Krankenkassen im RSA berechnet sich nun durch Gegenüberstellung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft der Kasse. Wenn die Finanzkraft der Kasse den Beitragsbedarf übersteigt, so muss die Differenz im RSA bezahlt werden. Übersteigt hingegen der Beitragsbedarf die Finanzkraft, so handelt es sich um eine Empfängerkasse im RSA.

Das Transfervolumen des RSA ist um so größer, je stärker die Risikoentmischung der Versicherten zwischen den einzelnen Kassen ist. Das Ausgleichsvolumen des RSA für das Jahr 2003 betrug rund 15,1 Mrd. Euro.¹⁸ Ungefähr die Hälfte des Transfers fließt auf Grund von Unterschieden der Einnahmesituationen der Kassen (also im Rahmen des Finanzkraftausgleichs), die andere Hälfte resultiert aus den unterschiedlichen Ausgabenrisiken (Beitragsbedarfsausgleich) (IGES et al. 2004).

2.1.4 Anreize zur Risikoselektion im RSA-System vor 2002

Risikoselektion nach dem Einkommen

Da die Satzung- und Ermessensleistungen sowie die Verwaltungskosten nicht in die Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes einfließen, werden die beitragspflichtigen Einnahmen nur zu ca. 92 % im RSA bereinigt. Das bedeutet, dass Einkommensunterschiede der Versicherten der einzelnen Kassen im gegenwärtigen RSA nicht vollständig ausgeglichen werden. Verwaltungsausgaben und Ausgaben für Satzungsleistungen muss jede einzelne Kasse aus ihren beitragspflichtigen Einnahmen finanzieren, wobei Kassen mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen im Vorteil sind, da sie im Vergleich zu Kassen mit niedrigeren beitragspflichtigen Einnahmen gleich hohe Verwaltungsausgaben und Satzungsleistungen mit einem relativ niedrigeren Teil-Beitragsatz finanzieren können (Jacobs et al. 2001: 33). Immerhin kann diese Differenz im Extremfall bis zu 0,8 Beitragssatzpunkte ausmachen. Kassen mit vielen einkommensstarken Mitgliedern erzielen also einen Wettbewerbsvorteil. Es zeigt sich auch, dass dieser Teil-Beitragsbedarf bei Kassen mit gleicher Finanzkraft entsprechend des Beitragsbedarfs steigt. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Versicherte mit hohem Beitragsbedarf (was einer starken Leistungsanspruchnahme entspricht) höhere Verwaltungskosten verursachen. Hierin zeigt sich auch, dass Satzungsleistungen öfter von älteren Versicherten in Anspruch genommen werden (Jacobs et al. 2001).

Einen Sonderfall bildeten bisher BKKen, denn hier bestand die Möglichkeit der Übernahme der Verwaltungskosten durch das Trägerunternehmen, wodurch noch höhere Beitragssatzvorteile erzielt werden konnten (Lauterbach/Wille, 2001: 31). Mit Inkrafttreten des GMG müssen jedoch alle geöffneten BKKen ihre Personalkosten selbst tragen.

¹⁸ Zusätzlich zu dem Finanzausgleichsverfahren im RSA wurden 0,7 Mrd. Euro im Rahmen des Risikopools verteilt. Damit beträgt das Ausgleichsvolumen beider Finanzausgleichsverfahren insgesamt rund 15,8 Mrd. Euro (vgl. BVA 2004: Pressemitteilung vom 8.11.2004).

Risikoselektion nach Morbidität

Weiterhin besteht ein Anreiz zur Risikoselektion nach Morbidität, da der RSA dieses Merkmal nur indirekt durch eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Invalidität erfasst. Diese Indikatoren bilden die Morbiditätsstruktur der Versicherten jedoch zu ungenau ab (Jacobs et al. 2001: 9).

Lauterbach und Wille (2001: 10) konnten in ihrer Expertise zeigen, dass Kassenwechsler geringere Leistungsausgaben erzeugen als vergleichbare Nicht-Wechsler. Kassenwechsler verursachen vor ihrem Wechsel nur ungefähr 55 % der durchschnittlichen Ausgaben in den Leistungsbereichen Arzneimittel, Krankengeld und Krankenhaus und 65 % der sonstigen Leistungsausgaben (insbesondere Heil- und Hilfsmittel). Kranke Versicherte machen von ihrem Recht des Kassenwechsels also deutlich weniger Gebrauch. Diese signifikanten Morbiditätsunterschiede zwischen Kassenwechslern und Bestandsversicherten führen auf Dauer zu einer Risikoentmischung der Versicherten, weil sich der Wechsel hauptsächlich zu Kassen mit niedrigen Beitragssätzen vollzieht (meist zu Betriebskrankenkassen). Diese beitragsgünstigen Kassen ziehen vermehrt ausgabengünstige Versicherte an, deren Merkmale nicht im RSA ausgeglichen werden und den Kassen einen positiven Deckungsbeitrag generieren. Mit den Daten von Versicherten von Angestelltenkrankenkassen zeigten Lauterbach und Wille (2001), dass 70 % der Kassenwechsler zu einer BKK wechselten, was sie auf die niedrigen Beitragssätze dieser Kassen zurückführen.

Jacobs et al. (2001: 36 ff) stellen eine zunehmende Risikoentmischung zwischen den Kassen fest, die sich in einer Zunahme des RSA-Transfervolumens widerspiegelt. Diese Entwicklung ist ihrer Meinung nach auf eine verstärkte Wanderungsbewegung der jüngeren und gesünderen Versicherten zurückzuführen. Das Merkmal Alter wird im RSA ausgeglichen, weshalb den Kassen hier kein Wettbewerbsvorteil entsteht. Anders verhält es sich jedoch mit der Morbidität. Die Autoren haben ermittelt, dass den stark gewachsenen Kassen in den Ausgabenbereichen „Arzneimittel“ und „stationäre Versorgung“ deutlich niedrigere Kosten entstehen als bei anderen Kassen. Bei den um mehr als das 20fache gewachsenen Kassen liegen die tatsächlichen Ausgaben für Arzneimittel bei 79,5 % des entsprechenden Teil-Beitragsbedarfs, den der RSA veranschlagt, und bei den Ausgaben für die stationäre Versorgung sogar bei 70,3 % des entsprechenden Teil-Beitragsbedarfs. Einen Kassenwechsel haben anscheinend hauptsächlich die gesunden, kostengünstigeren Versicherten vollzogen. Jacobs et al. (2001) werten dies als Indikator für eine unzureichende Abbildung der Morbidität innerhalb des RSA. Auch Knaus und Nuscheler (2002) zeigten anhand von Daten des Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP), dass die Morbidität der Versicherten nicht ausreichend im RSA abgebildet wird. Sie wiesen nach, dass der Gesundheitszustand der Versicherten die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels zu einer BKK unter Kontrolle des Einflusses der RSA-Ausgleichsvariablen signifikant beeinflusst. Ein guter Gesundheitszustand erhöht die Wechselbereitschaft um knapp 7 %.

Die Krankenkassen können also einen Wettbewerbsvorteil erzielen, wenn sie innerhalb jeder RSA-Gruppe besonders viele gesunde und damit ausgabengünstige Versicherte aufweisen. Kassen mit vielen gesunden Bestandsmitgliedern sind doppelt im Vorteil: ihre Bestandsmitglieder verursachen erstens unterdurchschnittliche Leistungsausgaben, die im RSA nicht vollständig ausgeglichen werden, wodurch die Kassen einen „Gewinn“ erzielen. In Folge dessen ist es ihnen zweitens möglich, den Beitragssatz zu senken, was weitere gesunde Neumitglieder anzieht. Risikoselektion nach dem Kriterium Gesundheitszustand lohnt sich also, zumal sie einfacher und kostengünstiger ist als eine aufwendige Verbesserung der Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen. Mit Einführung von speziellen Versorgungsprogrammen für chronisch Erkrankte müssten die Kassen befürchten, schlechte Risiken zu attrahieren und damit eine negative Beitragssatzwirkung zu erfahren. Laut dem (damaligen) Vorstandsvorsitzenden des VdAK handeln Kassen mit derlei Programmen gegen ihre betriebswirtschaftlichen Interessen und gefährden damit ihren Beitragssatz.¹⁹ Der AOK-Verbandschef äußert sich ähnlich: „Wenn wir ein Diabetikerprogramm auflegen, versammeln sich bei uns die Zuckerkranken der Welt“. Die zusätzlichen Ausgaben müssten die Kassen dann allein schultern.²⁰

2.1.5 Weiterentwicklung des RSA

Prinzipiell wird der mit dem GSG implementierte RSA als geeignetes Instrument zum Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen angesehen, gleichzeitig jedoch auf notwendige Reformen hingewiesen (Lauterbach/Wille 2001; Jacobs et al. 2001; Breyer 2001). Basierend auf Experten-Gutachten (Jacobs et al. 2001; Lauterbach/Wille 2001 und ein Konsenspapier der beiden 2001)²¹ ist im Jahr 2001 das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung verabschiedet worden und am 1.1.2002 in Kraft getreten. In der Begründung des Gesetzes heißt es dazu: „Ziel

¹⁹ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 7.9.2000: „Gesetzliche Krankenversicherung – Wettbewerb verleitet Kassen zur Jagd auf Gesunde.“

²⁰ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 2.11.2000: „Wettbewerb der Kassen wird immer härter.“

²¹ Jacobs et al. (2001) schlugen in ihrem Gutachten an das Bundesministerium für Gesundheit vor, einen morbiditätsorientierten RSA einzuführen, ihn durch einen Hochrisikopool zu ergänzen, den Finanzausgleich zu vervollständigen, nicht-managementfähige Leistungen gesondert zu berücksichtigen und in der Übergangszeit einen befristeten Risikopool einzuführen. Lauterbach und Wille (2001) erstellten ihr Gutachten im Auftrag des Verbands der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen sowie des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen und der Innungskrankenkasse. Dabei sollten ausdrücklich auf Basis einer Analyse der Wechselströme in der GKV Reformvorschläge des RSA unterbreitet werden. Die Gutachter schlugen die Einführung einer Wechslerkomponente im RSA sowie die Einführung einer „solidarischen Rückversicherung“ vor. Die Rückversicherung sollte die durchschnittlichen Kosten, die den Kassen für freiwillig an Disease Management Programmen (DMPs) teilnehmenden Patienten entstehen, ersetzen. Ein drittes Gutachten wurde von Breyer (2001) im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen erstellt. Darin wurde die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorgeschlagen. Zwischenzeitlich sollten heterogene Hochrisiko-Gruppen entwickelt und die Komponenten Einkommen und Familienstand im RSA ergänzt werden. Dieses Gutachten fand dann im Gesetzbildungsprozess keine weitere Berücksichtigung.

dieser Weiterentwicklung muss es sein, die mit dem Risikostrukturausgleich in seiner bisherigen Ausgestaltung noch verbundenen Anreize zur Risikoselektion weiter einzuengen und langfristig zu beseitigen. Dies gilt insbesondere für die bisher nur unzureichende Erfassung der morbiditätsbedingten Risikobelastung der Krankenkassen“. Bisher wurde in diesem Zusammenhang ein Risikopool und eine Verknüpfung von DMPs mit dem RSA geschaffen. Weiterhin soll 2007 ein morbiditätsorientierter RSA eingeführt werden.

Schaffung eines Risikopools

Eine solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle, ein so genannter Risikopool, sorgt seit dem 1.1.2002 dafür, dass Krankenkassen für die Betreuung kostenintensiver Patienten einen teilweisen finanziellen Ausgleich erhalten (§ 269, Abs. 1 SGB V). Ziel der Einführung des Risikopools ist zum einen, Anreize zur negativen Risikoselektion besonders ausgabenintensiver Versicherter einzuschränken und zum anderen, Beitragssatzunterschiede im Zusammenhang mit einer ungleichen Verteilung von Hochrisikofällen über die Kassen ebenfalls abzumildern (IGES et al. 2004: 193). Der Risikopool stellt ein Stop-Loss-Modell dar, bei dem die Kassen nur die Kosten bis zu einem Schwellenwert von 20.450 Euro²² im Jahr selbst übernehmen müssen. Die den Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben²³ werden im gemeinsamen Risikopool aller Kassen zu einer Erstattungsquote von 60 % ausgeglichen. Es werden also zum Teil die tatsächlichen Ausgaben erstattet und nicht (wie im RSA) Durchschnittsausgaben. Nach Meinung des Gesetzgebers wird durch die Eigenbeteiligung der Kassen von 40 % der Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln gestärkt.²⁴ Der Selbstbehalt der einzelnen Kassen liegt damit allerdings deutlich über den 20%, die laut Jacobs et al. (2001: 128) zu diesem Zweck ausgereicht hätten.

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2003 wurden zwischen den Krankenkassen rund 700 Millionen Euro im Risikopool umverteilt.²⁵ Dabei wird wie im herkömmlichen RSA für den Risikopool ein gesonderter Ausgleichsbedarfssatz ermittelt, wobei der Ausgleich über die Finanzkraft aller Kassen erfolgt. Der anzuwendende vorläufige Ausgleichsbedarfssatz ab Juni 2005 liegt bei 0,48 %.²⁶ Die Höhe des Ausgleichsbedarfssatzes im RSA sinkt dabei um die Höhe des entsprechenden Satzes im Risikopool. Nach Schätzungen aus dem Jahr 2002 fallen rund ein Prozent der Versicherten unter die Risikopool-Regelung (Helstelä 2002).

²² Diese Zahl bezieht sich auf die Jahre 2002 und 2003.

²³ Gemeint sind hier die Kosten für stationäre Versorgung, Arzneimittel- und Verbandmittel, nicht-ärztliche Kosten der ambulanten Dialyse sowie Kranken- und Sterbegeld. Leistungsausgaben der nicht-ärztlichen ambulanten Dialyse wurden nur im Ausgleichsjahr 2002 nicht berücksichtigt.

²⁴ Diese Meinung spiegelt sich in der Begründung zum Gesetz wider.

²⁵ Vgl. Pressemitteilung des BVA vom 8.11.2004.

²⁶ Vgl. 151. Bekanntmachung zum RSA des BVA.

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Trotz der Möglichkeiten zur Einführung neuer Versorgungsformen für chronisch Kranke im Rahmen von Modellvorhaben, Strukturverträgen und integrierten Versorgungsformen durch das NOG 2 (1997) und das GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000) kam es in der Praxis kaum zur Implementierung solcher Versorgungsinnovationen. Dies hing mit dem fehlenden finanziellen Anreiz für die Kassen zusammen. Im Gegenteil, eine Kasse, die sich durch besonders gute Versorgungsstrukturen für Chroniker auszeichnete, musste damit rechnen, diese schlechte Risiken anzuziehen und finanziellen Verlust zu erleben. Bis zur Einführung des MRSA im Jahr 2007 wurde darum eine gesonderte Berücksichtigung bestimmter chronischer Erkrankungen im RSA durch Verknüpfung des RSA mit so genannten „strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten“ (§ 137f SGB V) erzielt (Lauterbach/Wille 2001). Häufiger verwendet wird der Begriff „Disease Management Programme“, der aus dem US-amerikanischen Managed Care Kontext stammt. Disease Management ist ein systematischer, sektorenübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen ein (Lauterbach et al. 2001: 23).

Die Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierteren Behandlungsprogramme legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest²⁷, wodurch eine starke Normierung der Programme erreicht wird. Die Zulassung der DMP geschieht über das BVA (das ja auch den RSA durchführt) und stellt eine bundesweit einheitliche und neutrale Verfahrensweise sicher.

Die Teilnehmer an DMP-Programmen bilden seit 2003 – getrennt nach Krankheitsbildern – gesonderte RSA-Gruppen (§ 267 Abs. 2 SGB V). Dadurch wird der RSA um ein zusätzliches Kriterium erweitert, wobei eine Kombination mit den bisherigen RSA-Merkmalen erfolgt. Bisher sind die Anforderungen an vier DMPs definiert worden: Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ I sowie Typ II und koronare Herzerkrankheit. Für Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen werden sie derzeit erarbeitet. Der Gesetzgeber erhofft sich von der neuen DMP-Regelung eine Verbesserung der finanziellen Situation von Kassen, die sich gezielt um eine Versorgung chronisch Kranker bemühen. Lauterbach und Wille (2001: 106) schätzen, dass ca. 8 % der Versicherten eine DMP-relevante Morbidität aufweisen, der tatsächliche Anteil der an einer Einschreibung Interessierten jedoch nur bei ca. 2,5 % liegen wird.

²⁷ Dabei sind nach § 137f SGB V folgende Kriterien zu berücksichtigen: Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme, Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten, Dokumentation und Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation).

Je mehr Versicherte an DMPs teilnehmen, desto stärkere Verluste entstehen den Kassen durch Versicherte mit DMP-relevanter Morbidität, die nicht teilnehmen. Denn der Betrag, der innerhalb des RSA zwischen Chronikern und Nicht-Chronikern verteilt wird, bleibt konstant, d.h. es kommt nur zu einer Umverteilung der RSA-Finanzströme. Für die Kassen ist also die Teilnahme ihrer Versicherten mit den entsprechenden Krankheitsbildern enorm wichtig. Der Nettoerlös, den die Kasse durch den erweiterten RSA erhält, richtet sich nach der relativen Teilnehmerzahl: je mehr Versicherte eine Kasse im Vergleich zu den anderen Kassen zur Teilnahme an einem DMP bewegen kann, desto größer die RSA-Transfer-summe, die sie erhält.

Kritisiert wird im Zusammenhang mit der DMP-Systematik, dass die Umverteilung in den jeweiligen Altersgruppen stattfinden. Die Prävalenzen der DMP-relevanten chronischen Krankheiten²⁸ steigen mit dem Alter. Besonders deutlich wird dies in der Altersklasse ab 50 Jahren, und erreicht bei den über 80-jährigen eine Prävalenz von über 60 % (Lauterbach/Wille 2001: 163). Patienten, die für DMPs in Frage kommen, sind also vor allem in den älteren Altersgruppen zu finden. Darum betrifft die Umverteilung über DMP hauptsächlich Kassen mit vielen älteren Versicherten: hier sinkt der Beitragsbedarf je Versicherter im RSA entsprechend dem Anstieg des Beitragsbedarfs der Versicherten, die sich in ein DMP eingeschrieben haben. Kassen mit vielen jungen Versicherten sind von dieser Umverteilung also weniger betroffen.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (MRSA)

Laut Gesetz sollen ab dem 1.1.2007 die Versichertengruppen im RSA nach Klassifikationsmerkmalen gebildet werden, die die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen (§ 268 Abs. 1 SGB V). Ausdrücklich betont der Gesetzgeber, dass die Merkmale des MRSA die Anreize zur Risikoselektion verringern sollen (§ 268 Abs. 1 SGB V). Eine Expertise zu Klassifikationsmodellen für die Gruppeneinteilung des MRSA liegt dem BMGS inzwischen vor (IGES et al. 2004). Dabei haben die Gutachter die Implementierung eines so genannten RxGroups+IPHCC-Modells²⁹ vorgeschlagen. Dieses Modell verwendet als Morbiditätsindikatoren Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelinformationen, wobei ein prospektives Abschlagsverfahren empfohlen wird. Komorbiditäten sollen in Form eines Zuschlagmodells in die Berechnungen einfließen. Das bedeutet, dass sich die standardisierten Leistungsausgaben für einen Versicherten aus einem Basisbetrag und mehreren Zuschlägen bei Vorliegen bestimmter Morbiditätsinformationen ergeben (IGES et al. 2004).

²⁸ Die hier berücksichtigten chronischen Erkrankungen sind Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Diabetes, Herzinsuffizienz und Asthma.

²⁹ IPHCC steht für Inpatient Hierarchical Condition Categories, die mit dem RxGroups-Modell kombiniert wurden.

Die Berücksichtigung der Merkmale Alter, Geschlecht und „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ wird im MRSA über den Basisbetrag beibehalten. Die Einschreibung in ein DMP als Klassifikationsmerkmal wird jedoch abgeschafft. Stattdessen empfehlen die Gutachter, die Teilnahme an DMPs zukünftig durch eine DMP-Pauschale für Programmkosten zu berücksichtigen, die durch einen Teil-Ausgleichsbedarfssatz zu finanzieren ist.

Jacobs et al. hatten in ihrer Expertise von 2001 noch vorgeschlagen, den heutigen Risikopool ab 2007 in einen Hochrisikopool mit höherem Schwellenwert zu überführt, der eine solidarische Finanzierung für besonders aufwändige Leistungsfälle ermöglicht. Dieser Vorschlag ist inzwischen in die Gesetzgebung eingeflossen (§ 269 Abs. 6 SGB V). IGES et al. (2004) revidieren diesen Vorschlag jedoch in ihrem neuen Gutachten. Der Hochrisikopool könne in Kombination mit dem MRSA nur in geringem Maß eine Erklärung für Ausgabenunterschiede liefern. Angesichts des administrativen Aufwandes bei geringem Nutzen wird von einem Hochrisikopool abgeraten.

2.1.6 Anreize zur Risikoselektion im gegenwärtigen RSA-System

Risikoselektion nach dem Einkommen

Eine Selektion nach dem Einkommen der Versicherten lohnt sich nach wie vor, da dieses Merkmal wie früher nur zu ca. 92 % bereinigt wird. Der Gesetzgeber hat den Vorschlag von Jacobs et al. (2001) zur Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs nicht aufgegriffen. Dieser sah vor, dass Verwaltungskosten in standardisierter Form und pauschaliert nach der Zahl der Versicherten in den RSA einfließen sollte. Alternativ hätten die standardisierten Verwaltungskosten auch proportional zum Beitragsbedarf einer Kasse im RSA ausgeglichen werden können.

Risikoselektion nach Morbidität

Trotz Einführung von DMPs und dem Risikopool bestehen nach wie vor auch Anreize zur Risikoselektion nach Morbidität. DMPs existieren bisher nur für wenige ausgewählte Krankheiten. Damit wird nur ein Ausschnitt des Morbiditätsspektrums der Versicherten wiedergegeben. Bei allen anderen Morbiditäten bleibt der Anreiz zur Risikoselektion erhalten. Versicherte mit entsprechender Morbidität, die nicht am DMP teilnehmen, stellen einen finanziellen Verlust für die Kasse und damit ein schlechtes Risiko dar. Die Kassen könnten also bei diesen Versicherten ein starkes Interesse für negative Selektionspraktiken aufweisen. Weiterhin erhält die Kasse für jeden Patienten mit einer DMP-relevanten Erkrankung den gleichen Betrag, eine Abstufung nach Schweregrad der Morbidität findet nicht statt. Es besteht also ein Anreiz zur positiven Risikoselektion von Versicherten mit weniger schweren Krankheitsverläufen bzw. zur negativen Risikoselektion von schwer Erkrankten. Auch sind die derzeitigen Bemühungen der Kassen, möglichst schnell DMPs zu entwickeln und

ihre Versicherten zur Teilnahme zu motivieren, zu hinterfragen. Zum einen ist dies der Qualität der eingeführten DMPs möglicherweise abträglich, zum anderen bleibt dadurch eventuell die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für andere Erkrankungen auf der Strecke.

Auch der Risikopool lässt Spielraum für Risikoselektion. Momentan werden im Risikopool 60 % der Kosten oberhalb des Schwellenwertes von 20.450 Euro ausgeglichen. Dadurch sinkt zwar der Anreiz für eine Selektion, er bleibt allerdings insofern erhalten, als dass die Kassen die Kosten bis zum Schwellenwert zuzüglich 40 % der Kosten oberhalb des Schwellenwertes weiterhin selbst tragen müssen. Laut Jacobs et al. (2001: 128) hätte nach internationalen Erfahrungen auch ein Selbstbehalt der Kassen von 20 % ausgereicht, um Wirtschaftlichkeitsanreize zu erhalten. Auf diese Weise hätte Risikoselektion noch besser eingedämmt werden können. Auch schlugen die Gutachter in ihrer Expertise einen wesentlich niedrigeren Schwellenwert, nämlich von 20.000 DM, vor. Hier zeigt sich die Problematik des Trade-off zwischen Effizienz und Risikoselektion: Anreize zur Risikoselektion verschwinden nur vollständig, wenn die Gesamtkosten für Hochrisikopatienten ausgeglichen werden. In solch einem System verschwinden allerdings auch die Anreize für ein wirtschaftliches Handeln der Krankenkassen. Dieses Dilemma stellt sich nicht beim MRSA, da er sich an der Morbidität der Versicherten, jedoch nicht an den tatsächlichen Leistungsausgaben orientiert und damit die Wirtschaftlichkeitsanreize erhält. Darum ist der MRSA laut IGES et al. (2004: 194) geeigneter, Risikoselektion zu unterbinden. Ein Hochrisikopool wird ihrer Auffassung nach neben dem MRSA nicht benötigt. Bisher hat der Risikopool zudem keinen Effekt auf Beitragssatzunterschiede ausgeübt, die im Zusammenhang mit einer ungleichen Verteilung von Hochrisikofällen über die Kassen stehen.³⁰

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Anreiz zur Risikoselektion bisher durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung teilweise gesenkt werden konnte, deutliche Anreize jedoch weiterhin bestehen. Im Zusammenhang mit DMPs zeigen sich neue, unerwünschte Wirkungen: es geht nicht primär um eine Optimierung der Versorgungsqualität, sondern in erster Linie um eine Maximierung der Teilnehmerzahlen (Rosenbrock 2003). Chroniker, die nicht für ein DMP in Frage kommen, werden benachteiligt: für diese Versichertengruppe besteht nach wie vor kein Interesse zur Schaffung verbesserter Leistungsangebote. Erst mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ab 2007 könnten sich diese unerwünschten Effekte relativieren. Es bleibt allerdings abzuwarten, wie der Gesetzgeber den MRSA im Einzelnen ausgestaltet.

Synopse

Aus dem bisher Gesagten lässt sich ableiten, dass gute Risiken in der GKV zum einen einkommensstarke Versicherte sind, die die Einnahmenseite der Kasse verbessern. Häufig gel-

³⁰ Vgl. IGES/Lauterbach/Wasem (2004: 195), die sich auf eine mündliche Aussage des BVA beziehen.

ten freiwillig Versicherte³¹ als gute Risiken, weil sie ein hohes Einkommen erzielen. Zum anderen stellen Versicherte, die weniger Leistungsausgaben als der Durchschnitt der entsprechenden RSA-Gruppe verursachen, gute Risiken dar. Dabei stellt eine Risikoselektion nach Morbidität wahrscheinlich den größeren Anreiz dar. Niedrige Einkommen oder hohe Morbiditäten stellen schlechte Risiken dar. Aus der Public Health Forschung ist zudem bekannt, dass sich der Gesundheitszustand mit abnehmendem sozio-ökonomischen Status verschlechtert. Beispielsweise ergab die Auswertung von Helmert et al. (1997), dass die Morbidität in der unteren Einkommensgruppe 1,6 bis 2,8 mal höher ist als in der oberen Einkommensgruppe. Somit stellen niedrige Einkommen im doppelten Sinn schlechte Risiken dar.

Das oft im Zusammenhang mit guten Risiken genannte möglichst niedrige Alter der Versicherten wird dagegen im RSA ausgeglichen.³² Im Wettbewerb der Kassen untereinander bildet dieses Merkmal keinen Selektionsanreiz. Es kann für die Kassen sogar lohnend sein, gesunde ältere Versicherte zu rekrutieren, da sie relativ zum Beitragsbedarf gesehen besonders niedrige Ausgaben verursachen und die Kasse für sie im Vergleich zu jüngeren Versicherten eine höhere Ausgleichssumme im RSA erhält. Es findet jedoch ein Wettbewerb zwischen GKV und PKV um junge, einkommensstarke Männer statt. Denn diese Versichertengruppe stellt das Hauptklientel der PKV dar.³³

Im Zusammenhang mit DMPs ist für die Kassen zum einen eine Teilnahme der Versicherten mit entsprechender Morbidität wichtig, um nicht finanzielle Verluste im RSA zu erleben. Nicht-Teilnehmer sind schlechte Risiken. In der Gruppe der Teilnehmer stellen Versicherte mit leichten, kostengünstigen Krankheitsverläufen gute Risiken dar. Versicherte, für die Leistungsausgaben über den Risikopool ausgeglichen werden, gelten auf Grund des

³¹ Bestimmte Versichertengruppen haben theoretisch auch die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln. Wenn sie dies nicht tun und in der GKV verbleiben, sind sie freiwillig in der GKV versichert. Diese Versichertengruppen sind zum einen Arbeitnehmer, wenn ihr monatliches Bruttoeinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3.900 Euro liegt. Weiterhin handelt es sich hierbei um Beamte und Selbständige unabhängig von ihrem Einkommen. Für Beamte wird ein Teil der Gesundheitsausgaben direkt vom Dienstherrn im Rahmen der Beamtenbeihilfe übernommen. Dieser Anteil bemisst sich nach Familienstand und Kinderzahl, beläuft sich aber auf mindestens 50% der erstattungsfähigen Kosten. Für den fehlenden Anteil kann eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) oder einem privaten Versicherungsunternehmen (PKV) abgeschlossen werden. Da die GKV aber keine Teilkostentarife anbietet, müsste von den Beamten ein vollständiger GKV-Versicherungsschutz ohne Arbeitgeberzuschuss finanziert werden. Dies ist in aller Regel finanziell unattraktiv, so dass für Beamte keine echte Wahl besteht und sich deshalb mehr als 90% der Beamten privat durch so genannte Prozenttarife versichern.

³² Dazu beispielsweise der damalige Vorstandsvorsitzende des VdAK: „Denn die Gefahr ist groß, dass es in der GKV zu einem Wettbewerb ausschließlich um Junge und Gesunde kommt, bei dem die Alten und sozial Schwachen auf der Strecke bleiben“, In: Wie ich es sehe – BKK-Optionen schaden dem System. Die Ersatzkasse 5/99: 742.

³³ In diesem Zusammenhang räumt eine BKK ein, dass tatsächlich viele dieser potentiellen PKV-Kunden zu ihr gewechselt sind. Dies sei jedoch positiv zu bewerten, weil der PKV die Nachfrage weggenommen werde, was über den RSA letzten Endes dem Gesamtsystem GKV zu gute käme. Berliner Zeitung vom 18.4.2000: „Die Kassen lenken von Managementfehlern ab.“

Selbstbehalts von 40 % sowie des Schwellenwertes von 20.450 Euro wahrscheinlich als schlechte Risiken.

So genannte Härtefälle³⁴ sind aus Kassensicht ebenfalls als schlechte Risiken zu bezeichnen. Sie sind von Zuzahlungen befreit, wobei die Finanzierung über die jeweilige Kasse erfolgt. Ein Ausgleich der Kosten zwischen den Kassen existiert nicht. Kassen mit zahlreichen zuzahlungsbefreiten Versicherten können darum negative Beitragssatzeffekte erfahren. Aus diesem Grund schlugen Jacobs et al. (2001) vor, diese Ausgaben über einen für alle Kassen einheitlichen Anteil des Ausgleichsbedarfssatzes zu finanzieren. Der Vorschlag wurde vom Gesetzgeber jedoch nicht aufgegriffen. Langer et al. (2003) konnten an hand von Daten von AOK-Versicherten zeigen, dass zwischen Härtefällen und Nicht-Härtefällen große Kostendifferenzen bestehen, die auf Morbiditätsunterschiede und zum Teil auch auf entgangene Selbstbehalte der Versicherten zurückzuführen sind. Diese Morbiditätsunterschiede werden, wie bereits beschrieben, momentan unzureichend im RSA abgebildet. Langer et al. (2003: 49) schlagen vor, Härtefälle im RSA bis zur Einführung des morbiditätsorientierten RSA durch Bildung eines Härtefallprofils zu berücksichtigen.

Unterschiede der Risikoprofile ergeben sich auch durch schichtspezifisches Gesundheitsverhalten und soziodemographische Merkmale. Versicherte, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung wahrnehmen, sind häufiger Angehörige der oberen sozialen Schichten (Richter et al. 2002). Ebenso verhält es sich mit der Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen (Kirschner et al. 1995). Bei der sportlichen Betätigung zeigt sich, dass sie in den unteren sozialen Schichten besonders selten vorkommt (Helmert 2001). Diese unterschiedlichen Verhaltensweisen guter und schlechter Risiken können einen Ansatzpunkt für Risikoselektion bieten, wie unter 2.3.2 gezeigt werden soll.

Schließlich bestehen auch regionale Unterschiede in der Verteilung guter und schlechter Risiken (z.B. zwischen Städten und ländlichen Regionen, zwischen Bundesländern). In bestimmten Regionen finden sich also mehr gute Risiken als in anderen.

2.2 Krankenkassen und Risikoselektion

In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie Risikoselektion in der Zielhierarchie der einzelnen Krankenkassen einzuordnen ist. Zu beantworten ist auch die Frage, welchen Nutzen die Kassen aus einer Selektion der Versicherten ziehen. Für die Kassen reicht es nicht aus, nur eine Strategie der Risikoselektion zu entwickeln, im nächsten Schritt ist eine Umsetzung notwendig. Dafür sollten kassenintern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Die Kassen

³⁴ Nach § 61 SGB V („Sozialklausel“) sind Versicherte mit einem Haushaltseinkommen unter einer bestimmten Grenze vollständig von Zuzahlungen befreit. Nach § 62 SGB V („Überforderungsklausel“) sind weiterhin Versicherte teilweise befreit, wenn die Zuzahlungen 2 % des Haushaltseinkommens überschreitet. Schließlich sind nach § 62 SGB V auch chronisch Kranke, die sich in Dauerbehandlung befinden, teilweise befreit, wenn die Zuzahlungen 1 % des Haushaltseinkommens überschreiten.

müssen dafür sorgen, dass es zu einer Selbstselektion der Versicherten kommt bzw. sie müssen gute und schlechte Risiken selbst identifizieren können und sie müssen die Selektion organisieren. Weiterhin werden Instrumente zur Risikoselektion benötigt, auf die Abschnitt 2.3 ausführlich eingeht.

2.2.1 Risikoselektion in der Zielhierarchie von Krankenkassen

Für die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind die Ziele im SGB V festgelegt. Diese Ziele können als *normative Ziele* bezeichnet werden. Ihre grundsätzliche Aufgabe ist in § 1 SGB V formuliert: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“. Dieser Paragraph betont zum einen den Solidarcharakter der GKV, zum anderen sollen die Krankenkassen die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit stärken. Neben diesen Funktionen spielt auch die Wirtschaftlichkeit eine wichtige Rolle, die im Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V)³⁵ und im Gebot der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) niedergelegt ist. Diese gesetzlich definierten Aufgaben von Krankenkassen, nämlich Wahrung der Solidargemeinschaft, Stärkung der Eigenverantwortung, Einhaltung vom Wirtschaftlichkeitsprinzip und Beitragssatzstabilität, sind zum Teil widersprüchlich.

Weiterhin muss dieser gesetzliche Handlungsrahmen nicht ausschlaggebend sein für die *positiven Ziele*, die die verschiedenen Akteure innerhalb der Organisation Krankenkasse verfolgen. Niskanen (1971) geht davon aus, dass das Hauptziel einer Organisation (Niskanen spricht in seiner Arbeit von Bürokratien) die Maximierung des Budgets sei. Alle anderen Ziele wie die Verbesserung der Aufstiegschancen oder die Erhöhung des Verdiensts hängen von dieser Budgetmaximierung ab. Downs (1966) betrachtete auch das Handeln einzelner Bürokraten, wobei er von rational handelnden und nutzenmaximierenden Individuen ausging. Er bezog in seine Überlegungen auch ein, dass es für Einzelne durchaus von Nutzen sein kann, sich loyal gegenüber dem Staat oder Bürgern zu verhalten oder aus Bequemlichkeit oder Prestigesuche zu handeln (Behrends 2001). Die Zielorientierung der Individuen oder Gruppen von Individuen innerhalb einer Organisation kann natürlich diver-

³⁵ In diesem Paragraphen heißt es: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“.

gieren (Scott 1986). In diesem Fall setzten sich Organisationen aus verschiedenen Interessenskoalitionen zusammen, was das Vorhandensein eines einheitlichen Organisationsziels in Frage stellt. Insbesondere bei Krankenkassen darf bezweifelt werden, dass ein einheitliches Ziel existiert. Verwaltungsrat, Vorstand oder die einzelnen Mitarbeiter können durchaus unterschiedliche Interessen verfolgen. Bode (2002) beschreibt, wie sich teilweise sehr widersprüchliche Zielsetzungen der Krankenkassen im Wettbewerb ergeben. Serviceorientierung, Kostenmanagement, Solidaritätsgedanken und Selektionspraktiken spiegeln grundsätzliche Ambivalenzen wieder, mit denen Kassen konfrontiert sind. Das Management dieser Spannungen wird in der AOK (und wahrscheinlich auch in den anderen Kassen) hauptsächlich intern „innerhalb der Selbstverwaltung, zwischen Abteilungskulturen sowie in der vertikalen Arbeitsteilung zwischen Marktverantwortung und Politik“ (Bode 2002: 58) ausgeglichen. Der Mangel an Literatur zu diesem Thema ermöglicht es jedoch nicht, Zielkonflikte verschiedener Gruppierungen innerhalb von Krankenkassen detailliert gegeneinander abzugrenzen.

Michels hat darauf hingewiesen, dass sich die Organisation als Mittel zum Zweck verselbständigen kann und dann zum Selbstzweck mutieren (Michels, zitiert nach Scott 1986: 122). In diesem Fall richten sich die Ziele primär auf die Sicherung des Fortbestands sowie des Wachstums der Organisation. Gleichzeitig können sie der Erfüllung von Eigeninteressen der Organisationsführung und beispielsweise zur Verbesserung des Einkommens dienen. Michels beschrieb am Beispiel der sozialdemokratischen Partei des Kaiserreichs, wie der Erhalt und Ausbau der Organisation weitaus wichtiger wurde als die Verfolgung politischer Zielsetzungen. Dabei kommt es laut Michels (1970) unweigerlich zur Oligarchisierung, womit die Tendenz der Verselbständigung der Führungsschicht in einer ursprünglich als „von unten“ gebildeten Interessenorganisation gemeint ist. Dies bezeichnet er als „Ehernes Gesetz der Oligarchie“.

Im Folgenden wird beschrieben, welchen Stellenwert Risikoselektion für Krankenkassen einnimmt. Dabei wird in erster Linie eine Studie zitiert, die Unternehmensziele von Krankenkassenmanagern untersucht hat. Im Hinterkopf sollte allerdings behalten werden, dass die Ziele von anderen Kassenmitarbeitern durchaus konträr sein können.

Risikoselektion entspringt den wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen. Ein günstiger Versichertenbestand bedeutet für die Krankenkasse niedrige Leistungsausgaben und/oder höhere Beitragseinnahmen. Sind die Ausgabenrisiken der Versicherten unzureichend im RSA abgebildet, besteht für die Kassen ein starker Anreiz, Versicherte zu selektieren und zu halten, die mehr Beitragseinnahmen als Leistungsausgaben verursachen (diese Versicherten erzeugen „positive Deckungsbeiträge“). Werden hingegen die einkommensabhängigen Beitragseinnahmen nicht vollständig über den RSA ausgeglichen, besteht ein Interesse an möglichst einkommensstarken Mitgliedern. Mit Hilfe von Risikoselektion kann die

Kasse einen höheren Gewinn erzielen und damit ihr Budget maximieren.³⁶ Dieses stellt natürlich kein Ziel an und für sich dar, sondern sichert letztlich den Kassenfortbestand, woran Kassenmanagement, Mitarbeiter und die Selbstverwaltung gleichermaßen interessiert sein dürften. Denn im Extremfall können Kassen durch die Aufsichtsbehörden geschlossen werden (§146a, § 153, §163 und § 170 des SGB V). In Einzelfällen ist dies bereits geschehen.³⁷ Weiterhin dient die Budgetmaximierung der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags, erhöht die Marktmacht, sichert Arbeitsplätze, verdeutlicht die Qualitäten des Managements nach außen und führt zu Prestigegewinn (Haenecke 2001). Die Kassengröße übt auch einen gewissen Einfluss auf das Gehalt des Managements aus. Da Krankenkassen öffentlich-rechtliche Körperschaften sind, finanzieren sich die Vorstandsgehälter nicht wie bei Unternehmen aus erwirtschafteten Gewinnen, sondern aus den Mitgliederbeiträgen. Vorstände größerer Kassen erhalten jedoch üblicherweise eine höhere Vergütung. Die Gehälter werden durch das BVA kontrolliert, wobei Durchschnittswerte aller Kassen mit vergleichbarer Größe gebildet werden. Bei deutlichem Überschreiten dieser Durchschnittswerte kommt es zu einer Beanstandung durch das BVA.³⁸ Das Budget lässt sich durch eine Erhöhung der Mitgliederzahlen maximieren. Dabei wird nicht nur ein quantitativer, sondern auch ein qualitativer Versichertenzuwachs angestrebt. Krankenkassen mit günstigen Beitragssätzen verzeichnen in Deutschland den größten Mitgliederzuwachs (Schut/Greß/Wasem 2003). Der Beitragssatz stellt anscheinend den wichtigsten Wettbewerbsparameter für die Versicherten dar. Gleichzeitig zeigen verschiedene Studien, dass Kassenwechsler meist bessere Risiken sind als Nicht-Wechsler (Schwarze/Andersen 2001; Knaus/Nuscheler 2002; Lauterbach/Wille 2001). Durch Senkung des Beitragssatzes gewinnen die Kassen also neue, risikoarme Versicherte, die wiederum positive Deckungsbeiträge generieren. Der Vorstand einer virtuellen BKK gibt denn auch offen zu, dass der günstige Beitragssatz der Kasse mit der Risikostruktur der Versicherten zusammenhängt. Die Mitglieder der BKK seien im Durchschnitt jünger und gesünder. Den strategischen Wettbewerbsvorteil seiner Kasse sieht der Vorstand in der günstigen Kostenstruktur und den besseren Risikomerkmale der Versicherten.³⁹

Umgekehrt geraten Kassen mit vielen schlechten Risiken und einem dadurch bedingten hohen Beitragssatz – selbst wenn sie effizient wirtschaften – in einen ruinösen Teufelskreis, weil sie zunehmend gute Risiken an beitragsgünstige Kassen verlieren (IGES et al. 2004: 24).

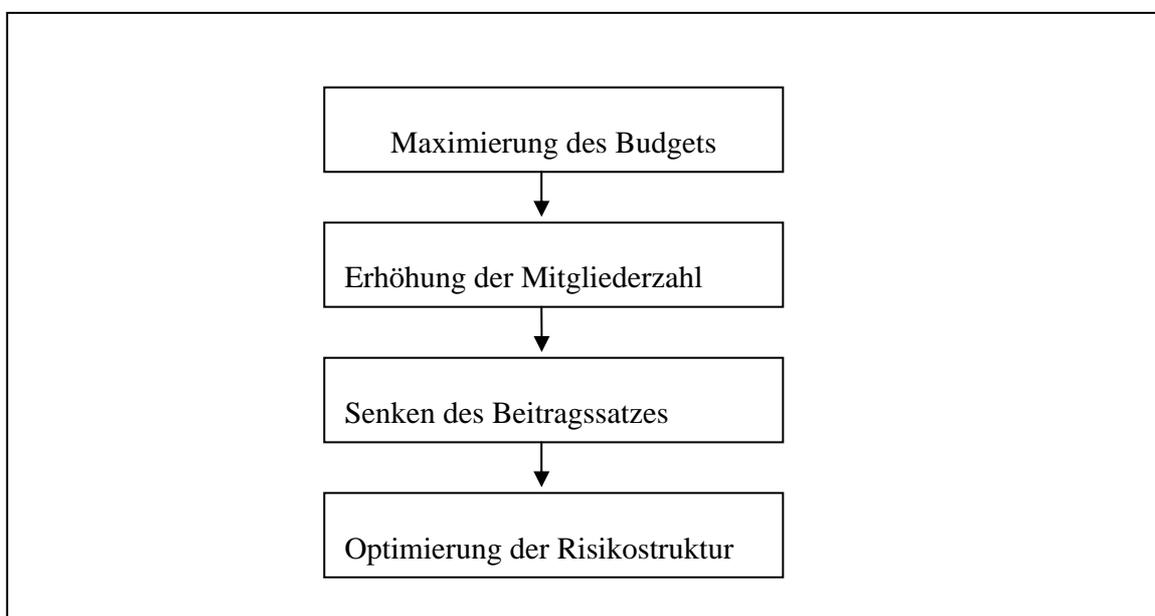
³⁶ Dies ist laut Niskanen Ziel Nummer 1 einer jeden Organisation.

³⁷ Die BKK Düsseldorf wurde zum 31.12.2001 auf Grund von fehlender dauerhafter Leistungsfähigkeit durch das Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen geschlossen. Die Verluste der Kasse in Millionenhöhe wurden überwiegend vom BKK Landesverband NRW übernommen. Wie sich herausstellte, hatte sich der Geschäftsführer um mehrere Millionen DM an den Kassengeldern bereichert. Ärztezeitung vom 26.11.2001.

³⁸ Vgl. Presseerklärung des BVA vom 19.05.2003.

³⁹ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 1.9.2000: „Virtuelle Krankenkasse macht heftig Konkurrenz.“

Abbildung 2: Stellung der Risikoselektion in der Zielhierarchie von Krankenkassen



Quelle: eigene Zusammenstellung nach Haenecke 2001.

Eine repräsentative Befragung von Krankenkassenmanagern nach dem obersten Ziel von Krankenkassen durch Haenecke (2001) ergab, dass nur zwei von 61 Managern eine Verbesserung der Risikostruktur als Primärziel anstreben. Weitaus häufiger hingegen wurden die Sicherung des Kassenfortbestands (27 Befragte), die Erhöhung der Kassengröße (9 Befragte), das Halten der Kassengröße (4 Befragte) und die Erhöhung der Anteile in einem Marktsegment (4 Befragte) genannt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Risikoselektion in der Zielhierarchie der Kassen niedriger eingestuft wird oder eher als Mittel zum Zweck angesehen wird, um z.B. den Kassenfortbestand zu sichern.

2.2.2 Identifikation guter und schlechter Risiken

Voraussetzung für eine Risikoselektion ist, dass Kassen gute von schlechten Risiken unterscheiden können. Sie benötigen also *Information* über die Pro-Kopf-Ausgaben und Einnahmen ihrer Versicherten sowie adäquate Informationstechnologien, um diese verarbeiten zu können. Informationen über die Ausgaben für die einzelnen Versicherten liegen den Kassen aus dem Prozess der Abrechnung mit Leistungsanbietern vor.⁴⁰ Auch Daten über

⁴⁰ Problematisch dürfte für Kassen allerdings die Datenzuordnung aus dem ambulanten Bereich sein. Hier besitzen die Kassenärztlichen Vereinigungen das Datenmonopol. Weiterhin liegen den Kassen häufig keine Daten aus dem Rehabilitationsbereich vor, da oft die Rentenversicherung der Kostenträger dieser Maßnahmen ist. Und schließlich werden bisher noch nicht alle Daten routinemäßig im Da-

die versichertenindividuellen Beitragseinnahmen sind den Kassen bekannt. Es lässt sich also kassenintern der Gewinn bzw. Verlust je Versicherter ermitteln. Damit steht einer Identifikation guter und schlechter Risiken nach Versicherungsabschluss nichts mehr im Wege. Schwieriger ist dies allerdings vor Vertragsabschluss. Hier können sich Kassen die Selbstselektion der Versicherten zu Nutze machen, wenn sie ihre Angebote entsprechend gestalten.

2.2.3 Wandel der Krankenkassen

Die Umweltbeziehungen der Organisation „Krankenkasse“ sind vielfältig und ständigen Veränderungen unterworfen. Dabei kann an zahlreiche Gesundheitsreformen und Gesetzesänderungen gedacht werden, an das Verhalten von Konkurrenzkassen (denen man seit 1996 im Wettbewerb um Mitglieder begegnen muss), an Änderungen der Versichertenrolle und -bedürfnisse (vom Patienten und Versicherten zum Kunden), an Veränderungen im Verhältnis zu Leistungserbringern (z.B. Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens), an Weiterentwicklungen von Informationstechnologien usw. In erster Linie werden die Transformationsprozesse, die sich seit etwa einem Jahrzehnt vollziehen, der Einführung einer (solidarischen) Wettbewerbsordnung zugeschrieben (Bode 2003: 435). Risikoselektion ist als negative Begleiterscheinung des Wettbewerbs der Kassen um Mitglieder anzusehen, die aus Dysfunktionalitäten des RSA resultiert. Wettbewerb in der GKV ist nicht gänzlich neu, sondern bestand bereits vor 1996 im alten Zuweisungssystem zwischen den Ersatzkassen (beinahe ausschließlich Angestellten-Ersatzkassen) und den anderen Kassen. Durch Einführung der freien Kassenwahl für alle Versicherte hat sich der Wettbewerb um Versicherte jedoch deutlich verstärkt und damit eine Notwendigkeit interner Transformationsprozesse erzeugt. Auch Maßnahmen der Risikoselektion haben seitdem deutlich zugenommen. Sie stehen natürlich im Widerspruch zum gesetzlich verankerten Solidarprinzip der Krankenkassen.

Die Veränderungen, die Krankenkassen in den 1990er Jahren vollzogen haben, werden gerne als Paradigmenwechsel von einer Behörde zu einem Dienstleistungsunternehmen, als Wandel von exekutierenden zu steuernden Funktionen bzw. als Wandel vom Payer zum Player beschrieben (z.B. Bode 2002: 3). Die Rolle des Players kann allerdings in zweierlei Weise ausgeübt werden: Zum einen kann die Kasse im Mitgliederwettbewerb primär Maßnahmen ergreifen, die in erster Linie den eigenen Fortbestand sichern, den Beitragssatz senken und gute Risiken attrahieren. Zum anderen kann sie ihre Aufgaben eher in einer Modernisierung des Gesundheitswesens und einer Verbesserung von Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen sehen. Welche dieser beiden Optionen im Vordergrund des Kassenhandelns steht, hängt sicherlich auch von den gesetzlichen Rahmenbedingungen des Kassen-

tenträgeraustausch (DTA) erfasst, so z.B. ambulante Operationen im Krankenhaus, Reha-Daten und zahlreiche Daten aus dem Hilfsmittelbereich.

wettbewerbs ab. Im jetzigen Wettbewerbsrahmen stellt die Risikoselektion sogar eine betriebswirtschaftlich rationale Handlungsweise von Krankenkassen dar.

Die Transformation der Kassen hat sich nicht einheitlich und im gleichen Ausmaß vollzogen, es bestehen Unterschiede zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Handlungsfeldern der Krankenkassen (Niedermeier 2001). Für den Bereich der Gesundheitsförderung kommt Niedermeier (2001: 79) zu dem Ergebnis, dass Krankenkassen „sehr wohl zu sozialpolitischen Innovationen fähig sind, diese sich aber nicht in allen Organisationen in der gleichen Geschwindigkeit und Intensität vollziehen“. Die rege Aktivität der Kassen im Bereich neuer Versorgungskonzepte wird als Indiz für die Wahrnehmung der neuen Rolle als Gestalter (Player) gewertet.

Die Personalpolitik und die Ausbildungsbedingungen bei den Kassen scheinen einen starken Einfluss auf das Veränderungsvermögen der GKV zu besitzen (Niedermeier 2001). Die Literatur (zu Beginn der 90er Jahre) beschreibt das Ausbildungssystem zum Sozialversicherungsfachangestellten als „Reproduktion des vorhandenen professionellen Selbstverständnisses“, das die Kassen „gegen Einflüsse fremder Professionen und Wissensbestände gleichsam immunisiere“ (Weiß 1991, zitiert nach Niedermeier 2001: 78). Dozenten der Ausbildung sind auch heute noch hauptsächlich Sozialversicherungsfachangestellte (Sofa), die Schulungen finden in internatsartigen Einrichtungen statt. Zu einer Ausbildungsreform mit einer Erweiterung des Curriculums kam es 1996. Neue Lehrgebiete wie Systeme der sozialen Sicherung, Informationsverarbeitung und Datenschutz, Marketing, Kommunikation und Kooperation hielten Einzug in die Ausbildung. Der Schwerpunkt liegt jedoch nach wie vor im Versicherungs- und Verwaltungsrecht (Niedermeier 2001).

Ein Indiz für die anhaltende Transformation sind verschiedene Veröffentlichungen in den Zeitschriften der einzelnen Kassen, die eine unzureichende Implementierung gängiger unternehmerischer Techniken kritisieren. So ist beispielsweise Haenecke (2001: 211) der Meinung, dass ein systematisches Krankenkassen-Marketing von vielen Krankenkassen noch nicht umgesetzt wird, da es sich hierbei für viele Kassen um eine sehr junge Disziplin handelt. Durch eine konsequente Umsetzung der Marketing-Theorie könnten Kassen jedoch durchaus Marktvorteile erlangen. Stein (2002: 483) bemängelt, dass Unternehmensleitbilder, die in der privaten Wirtschaft mittlerweile selbstverständlich geworden sind, innerhalb der Krankenkassen zu kurz kommen. Stein sieht für die BKK die Leitbildentwicklung als „immanenten Bestandteil eines Veränderungsprozesses“, weil „Reformprozesse in öffentlichen Verwaltungen nicht Top-down zu realisieren sind, sondern Organisationsentwicklungen unter Einbeziehung aller Mitarbeiter notwendig sind“. Eine zunehmende Marktorientierung der Kassen steht jedoch außer Frage.

Im Rahmen dieser zunehmenden Marktorientierung ist es in allen größeren Kassen zum Aus- und Aufbau von Marketingabteilungen und Vertriebsorganisationen gekommen (Bode 2003: 429), die nach Auffassung des Autors auf eine Attrahierung guter Risiken abzielen. Auch wenn in diesen neu gegründeten oder ausgebauten Abteilungen (oder an anderer Stel-

le innerhalb der Krankenkasse) Selektionsstrategien entwickelt werden, müssen diese im nächsten Schritt an die Mitarbeiter kommuniziert und umgesetzt werden. Erschwert wird dies durch den Verzicht auf eine schriftliche Fixierung der Handlungsanleitungen, da das Risiko der Weitergabe an die Presse oder Aufsichtsbehörden und damit von juristischen Schritten besteht. Eine Umsetzung der Strategie ist zum Teil auf Mithilfe des alteingesessenen Mitarbeiterstammes angewiesen, wenn sie die ausführenden Selektionsinstanzen sind (wie z.B. beim direkten Kundenkontakt im Servicebereich). Entscheidend für eine erfolgreiche Risikoselektion ist in dem Fall, inwieweit die einzelnen Mitarbeiter das neue Leitbild des kundenorientierten Dienstleistungsunternehmens übernommen haben. Denn im Grunde befinden sie sich im Spannungsfeld zwischen den grundlegenden Funktionsbeschreibungen der Sozialgesetzgebung und den Zielsetzungen eines marktorientierten Unternehmens. Gewährleistung von sozialer Sicherheit im Krankheitsfall und eine unternehmerische Konzentration auf die Versorgung guter Risiken stehen sich diametral gegenüber.

2.3 Formen der Risikoselektion in der GKV

In diesem Abschnitt werden die Formen der Risikoselektion in der GKV beschrieben. Dabei wird systematisch untersucht, ob und in welcher Weise die in Kapitel 1 aufgeführten Selektionsinstrumente für den deutschen Kontext relevant sind.

2.3.1 Selektiver Vertragsabschluss

Selektiver Vertragsabschluss zum Zwecke der Risikoselektion bedeutet laut Van de Ven (1992), dass sich die Krankenversicherung qualitative Unterschiede der Leistungserbringer zu Nutze macht. Gute Risiken werden durch Verträge mit Ärzten angelockt, die für sie wichtig sind und eine gute Reputation besitzen (z.B. Sportmediziner). Schlechte Risiken hingegen lassen sich abschrecken, wenn sie sich durch Leistungserbringer oder medizinische Einrichtungen mit schlechtem Ruf versorgen lassen müssten (z.B. „schlechte“ Onkologen oder Kardiologen). Es findet also eine Selbstselektion der Versicherten statt. Die Krankenkassen benötigen für diese Art der Risikoselektion (1) Information über Qualitätsunterschiede der Anbieter und (2) Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens. Weiterhin müssen die Qualitätsunterschiede auch dem Versicherten bekannt sein.

Eine umfassende und zentrale Erhebung der Qualität von Leistungserbringern in Deutschland, die sowohl Krankenkassen als auch Versicherten zugänglich ist, fehlt jedoch bisher. Lediglich Einzelinformationen sind erhältlich. Beispielsweise gehen bei den Kassen Beschwerden einzelner Versicherter über Leistungsanbieter ein, Selbsthilfegruppen veröffentlichen Hinweise auf besonders gute Ärzte oder Stiftung Warentest untersucht zunehmend auch qualitative Aspekte des medizinischen Dienstleistungssektors. Weiterhin sollen ab September 2005 im Zuge der externen Qualitätssicherung im Krankenhaus nach § 137 SGB V gesetzliche Qualitätsberichte aus dem stationären Bereich an die Krankenkassen

geliefert werden, die diese auch den Versicherten zugänglich machen werden. Für den vertragsärztlichen Bereich gibt es keine Qualitätsinformationen. Die Information über die Qualitätsunterschiede der Anbieter ist also für diese Form der Risikoselektion unzureichend.

Weiterhin bestehen in Deutschland nur sehr begrenzte Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens. Krankenkassen und ihre Verbände müssen in weiten Teilen gemeinsam und einheitlich handeln. Für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, besteht eine Zwangsmitgliedschaft bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV) (§ 95 SGB V), die wiederum Kollektivverträge mit den Krankenkassen abschließt. Die KVen besitzen somit ein Verhandlungsmonopol, wobei die Kassen keine Möglichkeiten haben, einzelne Ärzte oder Gruppen von Ärzten von der Versorgung auszuschließen, es sei denn, eine grobe Pflichtverletzung liegt vor. Bei der Krankenhausversorgung können die Kassen den Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus nur unter sehr engen Voraussetzungen kündigen (Ebsen et al. 2003: 15). Eine einheitliche Zulassung findet ebenfalls bei Reha-Einrichtungen (§§ 111 SGB V) und bei Heil- und Hilfsmittelerbringern (§§ 124 und 126 SGB V) statt. Abweichungen vom Kollektivvertrag sind nur im Rahmen von Hausarztmodellen, integrierter Versorgung, Modellvorhaben und DMPs möglich.

Hausarztmodelle sind spätestens seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung) in der GKV möglich, wurden jedoch zunächst kaum umgesetzt.⁴¹ Innerhalb von vier Jahren kam es nur zu einer einzigen Pilotstudie mit Diabetes- und Herz-Kreislauf-Patienten der AOK in Hessen (Wasem et al. 2003). Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) am 1.1.2004 sind die Kassen nun zur Bereitstellung von Hausarztmodellen verpflichtet (§ 73b des SGB V). Versicherte verpflichten sich bei einer Teilnahme, die freiwillig ist, ambulante fachärztliche Leistungen nur nach hausärztlicher Überweisung in Anspruch zu nehmen und binden sich für mindestens ein Jahr an einen Hausarzt. Die Kassen schließen zur Sicherstellung dieser hausarztzentrierten Versorgung selektive Verträge mit qualifizierten Hausärzten oder zugelassenen medizinischen Versorgungszentren ab, wobei kein Kontrahierungszwang besteht. Sächliche und persönliche Kriterien zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung werden durch die gemeinsame Selbstverwaltung festgelegt. Auf diese Weise sollen transparente Zugangskriterien entstehen. Weiterhin muss eine öffentliche Ausschreibung der Stellen im Rahmen von Hausarztmodellen erfolgen. Die Vergütung, auf die sich die Gesamtvertragspartner zu einigen haben, soll überwiegend über Pauschalen erfolgen. Die Einschränkung der freien Arztwahl der Versicherten kann mit einem Bonus belohnt werden. Möglich ist entweder eine Ermäßigung der gesetzlichen Zuzahlungen oder eine Beitragssatzreduzierung (§ 65 a Abs. 2 SGB V). Näheres zur Durchführung der Hausarztmodelle legen die Kassensatzungen fest. Inzwischen haben zahlreiche Krankenkassen, entweder einzeln oder zusammen mit

⁴¹ Vereinzelt praktische Umsetzungen von Pilotprojekten zur Stärkung der Rolle des Hausarztes erfolgten jedoch bereits vor 2000. 1996 entstand beispielsweise in Hessen das so genannte AOK-Hausarztmodell unter Beteiligung von 65 Hausärzten.

anderen Kassen, die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Bei Verpflichtung zur Teilnahme werden die Versicherten auf unterschiedliche Weise belohnt, beispielsweise durch Rückerstattung der Praxisgebühr nach einem Jahr oder durch Ermäßigungen bei der Arzneimittelzuzahlung. Nachdem anfänglich zahlreiche Kassenverbände große Skepsis geäußert hatten (teilweise war von „Marketing-Gag“ die Rede) und die ungesicherten Einspareffekte kritisiert hatten, sind diese kritischen Stimmen inzwischen weitgehend verhallt. In der Praxis muss sich nun zeigen, ob und in welchem Ausmaß sich Einsparungen durch Hausarztmodelle erzielen lassen. Laut Wasem et al. (2003) ist Skepsis angebracht, dass eine Refinanzierung der Bonuszahlungen an die Versicherten durch die Ausgabenersparnisse der Hausarztmodelle möglich ist. Internationale Vergleiche, die Einspareffekte in Gatekeeping-Systemen nur unzureichend belegen können, geben ihnen recht. Ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis der hausarztzentrierten Versorgung ungünstig, bieten sich den Kassen zwei Handlungsstrategien. Zum einen können sie die Bonuszahlungen an die Versicherten auf ein Minimum reduzieren, wodurch der Anreiz zur Teilnahme stark abnimmt und die Bedeutung der Modelle marginal bleibt. Zum anderen können die Kassen versuchen, mit Hausarztmodellen Risikoselektion zu betreiben. Dabei würde die Selbstselektion der Versicherten zum Tragen kommen. Hausarztmodelle ziehen hauptsächlich Versicherte mit unterdurchschnittlicher Morbidität an, wobei der Anreiz zur Teilnahme in einer deutlichen Beitragssatzreduktion besteht. Die (chronisch) kranken Versicherten hingegen sind neben dem Hausarzt auch auf ein gutes Netzwerk von fachärztlicher oder stationärer Versorgung angewiesen. Sie würden also eher DMPs oder auf sie zugeschnittene Integrationsversorgungen wählen. Es bleibt abzuwarten, welche Strategie in der Praxis umgesetzt wird.

Integrierte Versorgungsformen sind seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 möglich. Sie fristeten jedoch (ebenso wie die Hausarztmodelle) zunächst ein „Mauerblümchenda-sein“ (Kuhlmann 2004). Ursache hierfür war die zwingende Beteiligung der KVen an kollektiven Vertragsabschlüssen, die ihre Zustimmung zum Vertragsabschluss zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geben mussten. Mit dem GMG hat der Gesetzgeber dieses Hemmnis grundsätzlich modifiziert, Verträge dürfen nun autonom und direkt zwischen den beteiligten Parteien geschlossen werden. Die Reform sollte die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche überwinden und Substitutionsmöglichkeiten über Leistungssektoren hinweg nutzen.⁴² Die Neuregelung der integrierten Versorgung wird als Kernstück der strukturverändernden Maßnahmen im GMG angesehen (Hiddemann/ Muckel 2004).

Integrierte Versorgung (§ 140 a-d des SGB V) ist eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Die Teilnahme an den Programmen ist für die Versicherten freiwillig und darf ebenso wie die Einschreibung in Hausarztmodelle durch einen Bonus belohnt werden. Verträge können mit ambulanten und stationären Leistungserbringern und Leistungserbringergemeinschaften abgeschlossen wer-

⁴² Vgl. BT-Drucksache 15/1525, S. 130.

den.⁴³ Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der Integrierten Versorgung ist (im Gegensatz zur früheren Gesetzgebung) nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich. Die Vergütung wird mit den jeweiligen Vertragspartnern vereinbart. Als besonderer Anreiz wurde im GMG eine Anschubfinanzierung von integrierten Versorgungsformen vorgesehen. Die Kassen dürfen in den Jahren 2004 bis 2006 bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung⁴⁴ sowie der Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für die neuen Programme abzweigen. Das Versorgungsangebot, die Voraussetzungen einer Inanspruchnahme und die Vergütung ergeben sich aus den Verträgen. Diese Anschubfinanzierung stellt einen starken Anreiz für die Schaffung von Integrationsverträgen dar. So bieten denn inzwischen auch die meisten Krankenkassen ihren Versicherten die Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen an, wobei die Kassen in ihren Angeboten teilweise untereinander stark kooperieren. In der Regel sind diese Programme für Versicherte mit klar umgrenzten Krankheitsbildern angelegt. Versorgungsmodelle für alle Versicherten einer Region (so genannte populationsbezogene integrierte Versorgungsformen) finden sich kaum, denn sie sind in der Planung und Koordination wesentlich aufwändiger und mit starken Unsicherheiten behaftet. Indikationsbezogene Modelle der integrierten Versorgung locken zwar in erster Linie Versicherte mit bestimmten, in der Regel chronischen Erkrankungen an. Theoretisch könnte dies das Interesse der Kassen an diesen neuen Versorgungsmodellen mindern. Im Gegensatz zu DMPs entsteht den Kassen kein finanzieller Nachteil im RSA, wenn sie auf diese Programme verzichten. Trotzdem erhalten Kassen hier die Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu entwickeln und sich spätestens ab 2007 mit Einführung des MRSA damit zu profilieren und die bereits erwähnte Anschubfinanzierung abzuschöpfen.

Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 (NOG 2) eröffnete den Kassen die Durchführung von *Modellvorhaben*.⁴⁵ Modellvorhaben (§ 65-67 SGB V) sollen dazu dienen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Entweder können Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringer weiterentwickelt werden oder neue Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten und zur Krankenbehandlung erprobt werden. Vertragspartner der Kassen sind einzelne oder Gruppen von Leistungserbringern. Auch die KVen bzw. die KBV sind mögliche, jedoch nicht zwingende Partner der Krankenkassen. Ziel, Art, Dauer und Bedingungen der Teilnahme sind in der Kassensatzung festzulegen. Modellvorhaben sind in der Regel auf acht

⁴³ Im einzelnen handelt es sich hierbei um einzelne zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte / Zahnärzte und sonstige zur Versorgung zugelassene Leistungserbringer, Träger von Krankenhäusern, stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sowie ambulanten Reha-Einrichtungen, Medizinische Versorgungszentren, Träger von Einrichtungen, die Integrierte Versorgung anbieten oder um die jeweiligen Gemeinschaften (§ 140 b SGB V).

⁴⁴ Zwischen den KVen der Bundesländer und den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen wird eine Gesamtvergütung verhandelt, die die Kassen dann an die KVen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung entrichten. Diese Gesamtvergütung verteilen die KVen unter den Vertragsärzten.

⁴⁵ Gleichzeitig erhielten die Kassen mit § 73a die Möglichkeit zur Durchführung von Strukturverträgen. Vertragspartner sind dabei ausschließlich die KVen, weswegen hier auf Strukturverträge nicht näher eingegangen werden soll.

Jahre befristet. Sie müssen wissenschaftlich evaluiert werden. Werden die erbrachten Leistungen im Rahmen des Modellvorhabens außerhalb der Gesamtvergütung bzw. Krankenhausbudget vergütet, so sind diese Budgets zu verringern. Bestimmte Satzungsleistungen wie Akupunktur, Homöopathie oder Prävention erhalten als Modellvorhaben Einzug in das Angebot von Kassen. Diese Angebote können teilweise als Maßnahmen zur Risikoselektion verstanden werden und sind unter 3.3.2 näher beschrieben.

Verträge zu *Disease Management Programmen* (DMPs) (§ 137 f SGB V) können zum einen mit den jeweiligen KVen oder selektiv in Verbindung mit integrierter Versorgung bzw. Modellvorhaben geschlossen werden. Gestattet sind nicht nur Verträge mit ambulanten Leistungserbringern, sondern auch mit zugelassenen Krankenhäusern⁴⁶ (einzeln oder im Verbund) (§ 116 b Absatz 1 SGB V). Wahrscheinlich wird die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens jedoch kaum genutzt. Denn diese Verträge kosten mehr Zeit als einheitliche Verträge. Den Kassen ist jedoch an einer möglichst schnellen Einführung von DMPs gelegen, wobei sie möglichst viele Teilnehmer aquirieren wollen, um keine Wettbewerbsnachteile zu erlangen. Der VdAK kündete beispielsweise an, Partner der Wahl werde die KV sein.⁴⁷ Da für die Kassen eine möglichst hohe Teilnehmerquote entscheidend ist, investieren sie in die Gewinnung von Teilnehmern. Dabei bieten sich vielfältige Möglichkeiten, die sich auch mit Risikoselektionsinstrumenten verknüpfen lassen: Private Dritte werden mit der Aquse der Teilnehmer beauftragt, Kassen führen eigene Werbekampagnen durch und Ärzten werden zusätzliche Honorare versprochen, wenn sie überdurchschnittliche Einschreibequoten erzielen (Galas/Kumpf 2003: 30). So haben etwa der BKK Bundesverband, einige Betriebskrankenkassen und die Bundesknappschaft die Medical-Contact AG gegründet, deren Kernaufgabe die telefonische Betreuung chronisch kranker Versicherter ist. Dabei werden Patienten, die für ein DMP in Frage kommen, durch ein Screening der Verschreibungsdaten und über Daten aus Krankenhausbehandlungen ermittelt.⁴⁸ Am wichtigsten für die Gewinnung von Teilnehmern ist jedoch die Überzeugungsarbeit von niedergelassenen Ärzten. Wie unter 3.3.9 gezeigt werden soll, können sie bei der Risikoselektion zu Verbündeten von Kassen werden.

2.3.2 Gezielte Gestaltung des Versicherungsangebots bzw. der Zusatzversicherung

Auch durch eine gezielte Gestaltung des Versicherungsangebots oder der Zusatzversicherung kann den Kassen die Selbstselektion der Versicherten zu gute kommen. Diese Möglichkeit der Risikoselektion ist natürlich durch den gesetzlich definierten Leistungskatalog begrenzt.

⁴⁶ Dies sind im einzelnen Plankrankenhäuser, Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag und Universitätskliniken.

⁴⁷ Vgl. Ärzte Zeitung vom 12.2.2002.

⁴⁸ Vgl. Ärzte Zeitung vom 26.2.2002.

Eine weiterreichende Begrenzung des Leistungsangebots ist in Deutschland nicht möglich. Der Leistungskatalog ist im Dritten Kapitel des Sozialgesetzbuchs V sowie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss⁴⁹ festgelegt und zu ca. 95 % identisch (Lauterbach/Wille 2001: 29). Der Ausschluss von Leistungen (wie durch Van de Ven beschrieben), die insbesondere für chronisch Erkrankte relevant sind, ist in Deutschland also nicht möglich. Dieser weitgehend einheitliche Leistungskatalog wahrt den Solidarcharakter der GKV und begünstigt die Transparenz des Angebots (Ebsen et al. 2003: 21). Ein System mit Wahlfreiheiten zwischen unterschiedlich umfangreichen Leistungspaketen würde die Selbstselektion der Versicherten begünstigen: Gute Risiken würden geringere Leistungspakete (zu einem niedrigeren Preis) auswählen als schlechte Risiken. Auf diese Weise käme es zu einer verstärkten Risikoentmischung.

Obwohl der Leistungskatalog gesetzlich festgelegt ist, können die Kassen versuchen, bei schlechten Risiken Behandlungen oder die Zahlung von Krankengeld abzulehnen. So berichtete eine freiwillig Versicherte mit verschiedenen schweren Erkrankungen und Bezug von Krankengeld, ihre Kasse habe die Krankengeldzahlungen kurzfristig eingestellt und dabei auf ein der Versicherten unbekanntes Gutachten des Medizinischen Dienstes verwiesen.⁵⁰

Neben den gesetzlich verankerten Pflichtleistungen besteht die Möglichkeit der Ausgestaltung freiwilliger *Satzungsleistungen*. Diese Leistungen müssen mit dem SGB V zu vereinbaren sein (§194 SGB V) und sind in die Satzung der Krankenkasse aufzunehmen. Alle Versicherten der Kasse haben einen Rechtsanspruch auf diese Satzungsleistungen. Weiterhin existieren so genannte *Ermessensleistungen*, bei denen die Versicherten nur einen Anspruch auf willkürfreie und sachgerechte Ausübung des Ermessens haben. Haenecken (2001 b) beschreibt, dass insbesondere Kassen mit hohen Beitragssätzen versuchen würden, attraktive Versicherte durch eine weite Auslegung dieser Ermessensleistungen zu halten.

⁴⁹ Der vollständige Name lautet: Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Kliniken, kurz GemBa.

⁵⁰ Vgl. Verbraucherzentrale Hamburg, Archiv Gesundheit, 12.11.2002.

Zu den Satzungsleistungen zählen unter anderem⁵¹: Zuschüsse zu ambulanten Kuren⁵², erweiterte häusliche Krankenpflege⁵³, erhöhter Hospiz-Zuschuss⁵⁴ sowie Krankengeld für Selbständige⁵⁵. Denkbar ist, dass sich einzelne Versicherte bei ihrer Wahlentscheidung von solchen Angeboten locken lassen, wobei diese Unterschiede wahrscheinlich nicht allgemein bekannt sind. Auch ziehen nicht alle Satzungsleistungen in erster Linie gute Risiken an. Von den oben aufgeführten ist wohl das Krankengeld für Selbständige am besten geeignet, gute Risiken zu attrahieren. Selbständige und Freiberufler gehören der Gruppe der freiwillig Versicherten an und gelten häufig als gute Risiken.

Ob eine Kostenübernahme alternativer Heilmethoden⁵⁶ wie Akupunktur, Balneo-Phototherapie und Homöopathie und bestimmter Vorsorgeuntersuchungen wie Hautkrebs-Screening oder Neugeborenen-Screening einer Selektion guter Risiken (bzw. einer Abschreckung schlechter Risiken) dienen kann, ist ebenfalls zu hinterfragen. Laut Marstedt und Moebus (2002) wird sowohl in Deutschland als auch international immer wieder die Erfahrung gemacht, dass Nutzer komplementärer Medizin in der Regel chronisch Erkrankte sind. Beispielsweise waren die Nutzer in einem für alle Versicherten offenen Modellprojekt zur Akupunktur des Bundesverbandes der IKKs im Durchschnitt seit sieben Jahren chronisch erkrankt.

Es finden sich jedoch auch eindeutiger Beispiele für risikoselektierende Satzungsleistungen, die zum Teil durch zielgruppenspezifisches Marketing begleitet werden. Einige Betriebskrankenkassen bieten so genannte Aktivwochen für Versicherte an. Dabei werden neben Präventionsmaßnahmen auch Wanderungen und Schwimmbad incl. Sauna geboten. Eine andere Betriebskrankenkasse übernimmt für Entspannungskurse wie Yoga die Kursgebühren von bis zu 130 € im Jahr. Hier werden in erster Linie gesunde und sportliche Versicherte, d.h. gute Risiken angesprochen. Eine AOK bietet ihren Mitgliedern exklusiv verschiedene, kostenfreie Gesundheitskurse wie Rückentraining, Entspannung, Ausdauertraining und Walking an. Auch an diesen Kursen werden eher gute Risiken teilnehmen. Nicht alle Zusatzleistungen fungieren also im Sinne der Risikoselektion, es lassen sich sowohl positive wie negative Beispiele der Wahrnehmung der „Player-Rolle“ ausmachen.

Weiterhin hat Van de Ven die Möglichkeit der Risikoselektion durch das gezielte Gestalten von *Zusatzversicherungen* beschrieben. Seit der Gesundheitsreform 2004 wird den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, Zusatzversicherungen von privaten Ver-

⁵¹ Diese Informationen sind hauptsächlich dem Krankenkassen-Vergleich der Zeitschrift Finanztest vom Juli 2004 entnommen. Dabei wurden 144 Krankenkassen beschrieben.

⁵² Die Zuschüsse betragen maximal 13 Euro am Tag.

⁵³ Die Kasse zahlt Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung auch, wenn kein Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung besteht.

⁵⁴ Über das gesetzliche Mindestmaß von 144,90 Euro pro Tag werden bis zu 241,50 Euro gezahlt.

⁵⁵ Dabei gewähren Kassen das Krankengeld nach einer bestimmten Krankheitswoche, die zwischen ein und sieben Wochen variiert. Die Kassen setzen für die Gewährung zum Teil Altersgrenzen fest.

⁵⁶ Eine Erprobung solcher Leistungen ist im Rahmen von Modellvorhaben möglich.

sicherern zu vermitteln. Dies muss in der Satzung der Kasse festgelegt werden. Gegenstand der Verträge sind „insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung“ (§ 194 Abs. 1a SGB V). Einige Kassen bieten bereits eine viel breitere Palette von Zusatzversicherungen an. Beispiele sind alternative Heilmethoden, Sehhilfen oder Massagen. Profitieren können die Versicherten vor allem dann, wenn ihre Krankenkasse einen günstigen Gruppentarif ausgehandelt hat.

Im Wortlaut heißt es beispielsweise bei einer AOK: „Exklusiv für die Versicherten der AOK: Die Gesundheitskasse hat Tarifangebote mit Preisnachlässen und vorteilhaften Vertragsbedingungen für ihre Versicherten ausgehandelt. Die Konditionen sind deshalb deutlich günstiger als bei einem privat abgeschlossenen Einzelvertrag. Zum Beispiel bekommt ein 30-jähriger Mann Zusatzleistungen für weniger als 5 Euro monatlich, eine 30-jährige Frau für rund 6 Euro. Nahezu jeder Interessierte kann die Zusatzversicherungen abschließen.“ Problematisch an dieser Art von Angeboten ist die „Exklusivität“, die von den meisten Kassen betont wird. Bei einem Kassenwechsel verlieren die Versicherten nämlich den Anspruch auf den Prämienrabatt und müssen für ihre Zusatzversicherung mehr zahlen, wodurch sich die Wechselkosten erhöhen. Auf diese Weise können Zusatzversicherungen der Haltearbeit von Versicherten dienen.

Weiterhin könnte die Kasse durch die Vermittlung der Zusatzversicherung zusätzliche, personenbezogene Informationen erhalten, die sie auch für eine Risikoselektion verwenden kann. Schließlich kommt es im Zusammenhang mit diesen Zusatzversicherungen zur Diskriminierung von alten und kranken Versicherten, da sie von der PKV entweder keine oder eine wesentlich teurere Versicherungspolice angeboten bekommen. Denn die PKV kalkuliert ihre Tarife nach dem Äquivalenzprinzip.

2.3.3 Anbieten von weiteren Versicherungsprodukten, die nicht im Zusammenhang mit Krankheitsrisiken stehen

Das Anbieten von zusätzlichen Versicherungsprodukten, die hauptsächlich für gute Risiken mit hohem Einkommen interessant sind wie Versicherungen für Segelyachten oder Wintersport, ist in der GKV nicht möglich.

2.3.4 Versicherungsvermittler

Risikoselektion über einen Vermittler von Versicherungen ist für die Kasse sinnvoll, wenn dieser über zusätzliche Informationen über den Versicherten verfügt. In Deutschland ist diese Vermittlung nicht ohne weiteres möglich. So darf Mitarbeitern, die hauptamtlich Mit-

glieder aquirieren, kein über die Dienstbezüge hinausreichendes Entgelt gezahlt werden.⁵⁷ Prämien für Vertragsabschlüsse können also nicht gewährt werden. Die Vertragsvermittlung über einen Anbieter von Lebensversicherungen, der nach bestimmten, beim Abschluss der Lebensversicherung offen gelegten Gesundheitsrisiken selektiert, ist ebenfalls nicht mit den Wettbewerbsrichtlinien zu vereinbaren.

Trotzdem lassen sich Beispiele dieser Risikoselektionsform finden. Der Finanzdienstleister MLP hat im Frühjahr 2004 damit begonnen, neben privaten auch einige gesetzliche Krankenkassen zu vermitteln. Bei erfolgreicher Vermittlung erhält MLP einen halben bis einen Monatsbeitrag Provision. Laut Vorstandsvorsitzenden einer Ersatzkasse ist dies nicht mit dem Gesetz zu vereinbaren, er rechnet mit einem juristischen Nachspiel. Eine BKK gibt zu bedenken, dass es sich bei Krankenkassen um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt. Durch die Zahlung der Provisionen würden der Versichertengemeinschaft der betreffenden Kassen Beiträge entzogen.⁵⁸ Inzwischen prüft das BVA den Vorgang.

Eine direkte Möglichkeit der Prämiengewährung für Kassenmitarbeiter bei Vertragsabschluss mit einem günstigen Risiko ist zwar ebenfalls nicht mit dem Gesetz zu vereinbaren. Eine AOK hat 1999 jedoch eine Methode gefunden, dies zu umgehen. Sie schloss Verträge mit selbständig arbeitenden Versicherungsvertretern ab, die für jeden neuen „Zielkunden“ (genau definierte gute Risiken) eine Kopfprämie von 200 bis 300 DM erhielten.⁵⁹ Für die Anwerbung schlechter Risiken wurde hingegen keine Prämie gezahlt.

2.3.5 Selektive Werbe- und Marketingstrategien

Bereits in einem Urteil vom 15.11.1973 wurde bestätigt, dass Ersatzkassen im Rahmen ihres öffentlich-rechtlichen Auftrags zur Mitgliederwerbung berechtigt sind (Marburger/Marburger 1997: 110). Werbung von Ersatzkassen wurde also bereits deutlich vor der Einführung des Kassenwettbewerbs hingenommen. Die Zuweisungskassen hingegen mussten sich in dem Sinne nicht selbst anpreisen, ihnen wurden die Mitglieder ja zugewiesen. Durch den Wettbewerb um Mitglieder hat die Bedeutung von Werbung und Marketing für *alle* Kassen stark an Bedeutung gewonnen. Dabei kann der Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen in stabilisierende Wettbewerbsmaßnahmen („Haltewettbewerb“) und expandierende Wettbewerbsmaßnahmen („Gewinnungswettbewerb“) eingeteilt werden, wobei sich die beiden Formen oft vermengen (Mühlhausen 1999). In zahlreichen Kassen kam es erst im Zusammenhang mit dem zunehmenden Konkurrenzdruck zwischen den Kassen zum Auf- und Ausbau von Marketing- und Vertriebsabteilungen (Bode 2003).

⁵⁷ Dies entspricht den gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der GKV vom 3.11.1994.

⁵⁸ Vgl. Financial Times Deutschland von 20.4.2004: „MLP spaltet Krankenkassen-Lager.“

⁵⁹ Vgl. Die Ersatzkasse, 7/99, S. 827: „Herr Kaiser von der AOK.“

Außer Frage dürfte stehen, dass die Kassen um Mitglieder werben dürfen (und auch müssen) (Adelt 2000: 21). Dabei bewegen sich die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Mitgliederwerbung im Spannungsfeld zwischen dem Europarecht bzw. dem Wettbewerbsrecht (Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb/UWG) und dem Sozialrecht. Zentrale Frage ist, inwieweit Krankenkassen als Unternehmen anzusehen sind. Diese Frage ist noch nicht abschließend geklärt, im einzelnen Fall gilt es, die bisherige Rechtsprechung des BSG bzw. der Landgerichte zu beachten. Die Aufsichtsbehörden haben Höchstbeträge für Werbemaßnahmen vorgesehen. Nicht rechtens sind nach Adelt (2000: 78) Werbeaussagen und Werbemaßnahmen,

- die unwahre Aussagen beinhalten,
- die den Mitbewerber herabsetzen oder diffamieren,
- die unzulässige Kündigungshilfen anbieten,
- die die Autorität Dritter (z.B. Arbeitgeber) einsetzen,
- die die freie Krankenkassenwahl unterlaufen,
- die die Meinungsbildung des Umworbene(n) unsachgemäß beeinflussen.

Immer wieder kommt es in der Praxis zu Verstößen gegen diese Grundsätze. So darf eine Kasse beispielsweise nicht mit der Aussage werben: „Naturmedizin erstmals gleichberechtigt“. Durch diese Werbeaussage könnte der Eindruck entstehen, diese Leistungen würden als Regelleistungen angeboten.⁶⁰ Als irreführend gilt auch ein direkter Beitragssatzvergleich zweier Kassen in einer Postwurfsendung, wenn unzutreffendermaßen der Eindruck entsteht, die eine Kasse sei der günstigste Anbieter auf dem Markt. Auch der Zusatz „Kassenwechsel wirkt wie Steuersenkung“ sei irreführend, weil eine Beitragssatzstabilität versprochen werde, die nicht garantiert werden könne (LSG NRW vom 6.6.2002).⁶¹

Im Zusammenhang mit Risikoselektion lässt sich Werbung einsetzen, um Zielgruppen guter Risiken zu erreichen. Beispiele sind Werbung in bestimmten Medien wie im Internet oder in bestimmten Zeitschriften, Direktmails oder gezieltes Auslegen von Werbeprospekten im Sportstudio. Dabei zeigen die Werbeträger häufig sportliche, junge und gesunde Menschen. Zum Teil werden jedoch auch rüstige und mobile (und gesunde) Senioren gezeigt, die ebenfalls als gute Risiken anzusehen sind.⁶²

Auch eine „Negativ-Werbung“ zur gezielten Abschreckung von schlechten Risiken kann sich als effektiv erweisen. In folgendem Beispiel sollten schlechte Risiken, hier Sozialhilfeempfänger, von einem Vertragsabschluß abgehalten werden. In einer internen Anweisung der Zentrale einer großen Ersatzkasse wurden die Regionalchefs aufgefordert, „den Bestand der Sozialhilfeempfänger/Asylbewerber so gering wie möglich zu halten.“ Diese Interessen-

⁶⁰ Vgl. Die Ersatzkasse 10/97, S. 389: „Bundesversicherungsamt rügt Werbeverhalten der BKK Securita.“

⁶¹ Vgl. Die Ersatzkasse 3/2003: „Irreführende vergleichende Werbung.“

⁶² Vgl. Die Ersatzkasse 7/2000, S. 245: „Die Alten und die BKKn.“

ten sollten im Beratungsgespräch „unauffällig überzeugt“ werden, besser eine andere Kasse zu wählen. Auch berichten Krankenkasseninsider von anderen großen Kassen, die eine „Abwehrhaltung“ gegen den Zulauf von Sozialhilfeempfängern zeigen.⁶³ Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber sind Härtefälle und zählen damit aus Kassensicht zu den besonders schlechten Risiken: Zum einen sind sie zuzahlungsbefreit, zum anderen verursachen sie morbiditätsbedingt höhere Kosten als Nicht-Härtefälle; zudem sind sie auch einnahmenseitig schlechte Risiken, da die Sozialämter nur Mindestbeiträge bezahlen.

Eine Berliner Geschäftsstelle der gleichen Kasse teilte ihren Sozialhilfeempfängern darauf hin schriftlich mit, dass eine persönliche Betreuung nur im 300 Kilometer von Berlin entfernten sächsischen Zwickau möglich sei. Eine persönliche Beratung würde eine Anreise dorthin erfordern. Sollte dieses Serviceangebot nicht zusagen, so könne die Kassenwahl überdacht werden. Dem Brief lag ein frankierter Rückumschlag mit einem Antragsformular für eine andere Kasse und einer Adressenliste anderer Krankenversicherungen bei.⁶⁴

Maßnahmen der *Prävention* lassen sich nicht ausschließlich einer der von Van de Ven (1992) beschriebenen Selektionsformen zuordnen. Zum einen wird durch Angebote der Prävention das Leistungspaket gezielt gestaltet. Zum anderen wurde und wird immer wieder kritisiert, dass sie in erster Linie Marketingzwecken dienen. In dieser Arbeit werden Präventionsmaßnahmen darum in den Abschnitt über selektive Werbestrategien eingegliedert. Bereits in den 70er und 80er Jahren entwickelten einige Kassen ohne expliziten Gesetzauftrag Aktivitäten auf dem Gebiet der Prävention. Dabei spielte auch eine Profilierung gegenüber den begünstigten Ersatzkassen eine Rolle (Niedermeier 2001: 71). Mit dem GRG wurden die gesetzlichen Krankenkassen bereits 1989 zur Mitwirkung bei Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung verpflichtet. § 20 SGB V räumte ihnen dabei einen relativ breiten gesetzlichen Spielraum ein. § 20 SGB V Abs. 3 gestattete es den Kassen, Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten als Satzungsleistungen zu definieren. Innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens boten die Kassen zahlreiche Kurse an, die zum Teil von der Öffentlichkeit wie auch von der Bundesregierung heftig als Werbe-Gag kritisiert wurden (wie der so häufig zitierte Bauchtanzkurs). So gaben die beiden größten Ersatzkassen im Jahr 1995 für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zusammen 250 Millionen DM aus (Marburger/Marburger 1997: 58). Finanziert wurden dabei Kurse für Skigymnastik, Aerobic, Jazztanz und Selbstverteidigung sowie Pannenkurse, Bewerbertraining, Zuschüsse zum Schwimmbadbesuch und Gesundheitsreisen, die hauptsächlich gute Risiken ansprechen. Durch das Beitragsentlastungsgesetz wurde der Leistungsbereich Gesundheitsförderung ab 1997 komplett aus dem SGB V gestrichen. Im nachhinein räumten die Vorstandsvorsitzenden der beiden größten Ersatzkassen ein, man habe sich im Wettbewerb „gegenseitig hochgeschaukelt“ und für das Werben von Mitglie-

⁶³ Vgl. Der Tagesspiegel vom 27.12.2003: „Große Krankenversicherungen wollen nicht noch mehr Sozialhilfeempfänger, weil sie zu teuer sind. Barmer: Risiken gerecht auf alle Kassen verteilen. Gesundheitsministerium warnt vor „Rechtsbruch“.“

⁶⁴ Vgl. Der Tagesspiegel vom 29.12.2003: „Barmer streitet über Umgang mit Sozialhilfeempfängern.“

dem „gesündigt“.⁶⁵ An Stelle von Gesundheitsförderung wurde ab 1997 Aufklärungsarbeit, Beratung und Information zur Verhinderung von Krankheiten in den Vordergrund gestellt (Marburger/Marburger 1997: 59). Trotz dieser Restriktion konnten einige Kassen ihre betrieblichen Präventionsaktivitäten zumindest teilweise aufrechterhalten – wenn auch unter peinlichster Vermeidung jeden Bezugs auf den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ (Rosenbrock/Lenhardt 2002: 17). Die GKV-Strukturreform 2000 brachte dann eine abermalige Neufassung des § 20 SGB V, wobei primäre Prävention insbesondere einen Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheiten zu leisten hat.

Mit dem GMG schließlich haben die Kassen seit dem 1.1.2004 die Option erhalten, *Bonustarife* anzubieten. Sie sind grundsätzlich in der Satzung festzulegen (§ 65a SGB V). Zumindest zum jetzigen Zeitpunkt scheinen diese Angebote in erster Linie Marketingzwecken zu dienen. Anspruch auf einen Bonus entsteht durch Inanspruchnahme regelmäßiger Früherkennungsmaßnahmen oder Präventionsleistungen, der Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung, strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten oder integrierten Versorgungsmodellen. Ebenso können bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

Der Bonustarif kann entweder eine Ermäßigung der gesetzlichen Zuzahlungen, eine Beitragsermäßigung oder eine Geld- bzw. Sachprämie bedeuten. Bonusprogramme bieten den Kassen neue Möglichkeiten zur Mitgliederanwerbung und Mitgliederbindung. Seit Inkrafttreten des GMG haben die Kassen darum zahlreich und zügig Bonusprogramme verabschiedet. Die Techniker Krankenkasse bietet bei Mitgliedschaft in einem Sportverein beispielsweise 500 Bonuspunkte (in Sportvereinen finden sich eher gute Risiken), die DAK bietet Bonuspunkte für Präventionsmaßnahmen in den Handlungsfeldern Bewegung (z.B. Aqua-Fitness oder Nordic-Walking), Ernährung und Entspannung (z.B. Yoga oder Tai Chi). Für 3.000 Punkte gibt die TK dann eine Moorwärmflasche und für 19.000 Punkte ein Laufband aus. Zumindest das Laufband ist wohl eher für gute Risiken interessant. Wie unter 3.1.7 beschrieben, werden Maßnahmen der Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen häufiger von Versicherten der oberen Schichten (gute Risiken) wahrgenommen. Zahlreiche Bonusprogramme sind in diesem Bereich angesiedelt. Es soll den Kassen jedoch nicht unterstellt werden, mit Bonusprogrammen ausschließlich Jagd auf gute Risiken zu machen. Abspeckprogramme und Raucherentwöhnungen fördern wohl in erster Linie die Gesundheit der Versicherten, binden die Teilnehmer an die Kasse und führen auf lange Sicht zu Einsparungen von Leistungsausgaben. Schließlich lassen sich zahlreiche Beispiele für Verknüpfungen von DMPs und Bonusprogrammen finden. So erhalten Teilnehmer an strukturierten Behandlungsprogrammen der Hamburg Münchner Krankenkasse einen Bonus von 40 Euro im Jahr. Hierdurch soll der Anreiz zur Teilnahme an DMPs zunehmen, die für die Kassen – wie bereits beschrieben – von großer Wichtigkeit ist.

⁶⁵ Vgl. Süddeutsche Zeitung 14.3.1996: „Schickimicki-Kurse gestrichen.“

Verbraucherschützer befürchten jedoch, dass die Prämien insgesamt mehr Kosten erzeugen als sie einsparen.⁶⁶ Der Gesetzgeber hat einem Ausufern von Marketingaktivitäten im Zusammenhang mit Bonusmodellen den Riegel vorgesetzt, indem er gesetzlich festgelegt hat, dass Aufwendungen für Bonusprogramme mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden müssen. Krankenkassen haben mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Beitragserhöhungen allein deshalb, weil die Krankenkasse in ihrer Satzung Bonusregelungen vorsieht, sind nicht zulässig (§ 65 a SGB V). Ob sich durch diese Programme wirklich Geld einsparen lässt, ist zum jetzigen Zeitpunkt zumindest fraglich.

2.3.6 Anzahl und Lage der Geschäftsstellen sowie regionale Tätigkeit der Kassen

Eine Verringerung der Geschäftsstellenzahl kann zu Risikoselektion führen, wenn die Präsenz einer Geschäftsstelle für schlechte Risiken besonders wichtig ist. Sowohl die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft als auch die Aids-Hilfe raten chronisch Kranken von virtuellen Kassen ab, da ein Ansprechpartner vor Ort von großer Wichtigkeit sei.⁶⁷ Im Extremfall könnte sich die Krankenkasse als eine virtuelle (Internet) Krankenversicherung⁶⁸ präsentieren. Internetnutzer sind nach wie vor jünger, besser gebildet und einkommensstärker als der Durchschnitt der Bevölkerung. Die IKK-Direkt beispielsweise ist ausschließlich per Post, Telefon oder E-Mail zu erreichen. Es kann jedoch auch argumentiert werden, dass virtuelle Kassen nicht nur Risikoselektion betreiben, sondern ihre Verwaltungskosten deutlich senken.

Auch die Lage der Geschäftsstellen lässt sich selektionswirksam einsetzen. Ausschließlicher Zugang über ein Treppenhaus bedeutet für Versichertengruppen mit bestimmten Erkrankungen, dass die Geschäftsstelle persönlich nicht erreichbar ist. Filialen in beliebten Feriengebieten wie auf Mallorca könnten insbesondere für finanzkräftige, rüstige Senioren interessant sein, die während ihres langen Urlaubs nicht auf eine Geschäftsstelle verzichten möchten.

Schließlich sei auf eine Selektionsmöglichkeit hingewiesen, die sich den Kassen im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Verteilung guter und schlechter Risiken über das Bundesgebiet bietet. Bundesweit geöffnete Kassen könnten ihre Marketingstrategien auf

⁶⁶ Vgl. Frankfurter Rundschau vom 23.12.2003: „Das Bonus-Fieber könnte böse Nebenwirkungen haben.“

⁶⁷ Vgl. Frankfurter Rundschau vom 26.2.2001: „Lieber gesund und reich als arm und malade.“

⁶⁸ Virtuelle Krankenkassen werden in erster Linie mit BKKen assoziiert. Der Begriff „virtuelle BKK“ wurde im Zusammenhang mit der Kritik an der Öffnung der BKKen geprägt. Er spielt auf den mit der Öffnung einhergehenden Verlust der Beziehung zum berufsabhängigen Trägerbetrieb an (Müller/Schneider, 1999: 32).

Regionen mit überwiegend guten Risiken richten bzw. in ungünstigen Regionen eher weniger Geschäftsstellen betreiben. Es gibt auch zahlreiche Kassen, die – im Gegensatz zu den bundesweit geöffneten Kassen – nur in bestimmten Regionen tätig sind.

2.3.7 Guter oder schlechter Service

Auch die Qualität des Service lässt sich gezielt im Sinne einer Risikoselektion einsetzen. Schlechter Service bei „teuren“ Versicherten kann beispielsweise eine verzögerte Bearbeitung von Anfragen und Anträgen bedeuten. Gute Risiken werden hingegen besonders zuvorkommend behandelt. Van de Ven et al. (2003) beschreiben in diesem Zusammenhang den Einsatz von Software, die den Kassenmitarbeitern bei telefonischen Kundenanfragen eine Unterscheidung zwischen guten und schlechten Risiken ermöglicht.

Weiterhin können spezielle Dienstleistungsangebote besondere Versichertengruppen anziehen. Denkbar sind beispielsweise Öffnungszeiten in den späten Abendstunden für Berufstätige oder spezielle Informationsangebote.

Insbesondere von besonders günstigen und schnell wachsenden Betriebskrankenkassen wird von schlechtem Service, z.B. einer unzureichenden telefonischen Erreichbarkeit, berichtet.⁶⁹ Zwar findet hier wahrscheinlich keine gezielte Selektion statt (die Kasse ist wohl eher durch das schnelle Wachstum überfordert). Trotzdem können Versicherte auf diese Weise abgeschreckt werden, wenn sie auf eine telefonische Erreichbarkeit der Kasse Wert legen oder darauf angewiesen sind.

Ein konkretes Beispiel für gezieltes „Mobbing“ berichtete eine chronisch erkrankte Versicherte mit Bezug von Krankengeld der Verbraucherzentrale Hamburg.⁷⁰ Die von der Versicherten mit der Post verschickten Zahlscheine für das Krankengeld kamen angeblich alle nicht bei ihrer Kasse an. Das gleiche galt für Faxe. Schließlich bat die Betroffene einen Freund, die Zahlscheine direkt in der Geschäftsstelle abzugeben. Trotzdem traf das Geld immer erst verspätet auf ihrem Konto ein. Als sie sich zu einem Kassenwechsel entschieden hatte, teilte ihr der zuständige Sachbearbeiter telefonisch mit, dass man sie nicht aufnehmen werde. Sie müsse sich gegebenenfalls vor dem Sozialgericht einklagen. Schriftlich wurde die Ablehnung mit dem Bezug von Krankengeld begründet. Fälschlicher Weise wurde behauptet, dieser Bezug stehe einem Wechsel im Wege.

2.3.8 Prämiengestaltung und Selbstbehalte

Adverse Selektion führt, wie in Kapitel 1 beschrieben, zu einer Verdrängung guter Risiken vom Versicherungsmarkt, während schlechte Risiken für den vollen Versicherungsschutz einen hohen Preis bezahlen müssen. Die guten Risiken verbleiben ohne Versicherungs-

⁶⁹ Vgl. Verbraucherzentrale Hamburg, Archiv Gesundheit vom 22.5.2003.

⁷⁰ Vgl. Archiv Gesundheit, 12.11.2002.

schutz, es sei denn, die Kassen bieten ihnen Verträge zu einem niedrigeren Preis-Leistungs-Verhältnis bzw. mit Selbstbehalten an. Durch die Unterschiede in der Angebotsgestaltung kommt es zu einer Selbstselektion der Versicherten. Um diese Mechanismen für die Gewinnung guter Risiken nutzen zu können, benötigen Krankenversicherungen also Gestaltungsspielraum in der Festsetzung der Beitragssätze bzw. von Selbstbehalten. Auf die Vergrößerung des Leistungsumfangs wurde unter 2.3.2 eingegangen.

Bereits durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (NOG, 1997) wurden Elemente aus der privaten Versicherungswirtschaft in der GKV implementiert. Die Kassen erhielten die Möglichkeit, Kostenerstattung, Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen als Satzungsleistungen zu definieren. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 setzte diese Optionen allerdings wieder aus. Mit dem GMG 2004 haben die Kassen nun wieder zwei Möglichkeiten der Tariffdifferenzierung für ihre freiwillig Versicherten (und nur für diese Versichertengruppe) erhalten: Selbstbehalttarife (§ 53 SGB V) und Beitragsrückzahlungen (§ 54 SGB V). Krankenkassen können ihren freiwillig Versicherten seit Anfang 2004 einen *Selbstbehalttarif* anbieten. Die Satzung regelt die Höhe des Selbstbehaltes und die damit verbundene Beitragsermäßigung, die allein dem Versicherten zukommen darf. Teilnahmevoraussetzung ist die Entscheidung des Versicherten für das Kostenerstattungsprinzip. Im SGB V wird nicht die Frage geklärt, ob sich die Selbstbehalte auf die gesamte medizinische Versorgung erstrecken müssen oder auch für Teilbereiche gelten können (Popp 2003: 13). Auch wird nicht eindeutig definiert, ob eine Kasse mehrere Selbstbehaltvarianten anbieten darf, um auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen von freiwillig Versicherten eingehen zu können.

Verschiedene Kassen haben Selbstbehalte in ihr Programm aufgenommen, z.B. die Direktkrankenkasse BIG, die einen Selbstbehalt von wahlweise 1000 oder 500 Euro jährlich anbietet und im Gegenzug eine Beitragsermäßigung von 700 bzw. 350 Euro jährlich gewährt.

Weiterhin kann die Krankenkasse in ihrer Satzung eine *Beitragsrückzahlung* für freiwillige Mitglieder vorsehen. Im Gegensatz zu den Selbstbehalten gilt die Voraussetzung der Teilnahme am Kostenerstattungssystem nicht. Voraussetzung ist lediglich, dass im Kalenderjahr keine medizinischen Leistungen in Anspruch genommen werden. Vorsorgeleistungen bleiben dabei unberücksichtigt. Die Satzung regelt die genaue Höhe des Rückzahlungsbetrages, der ausschließlich dem Versicherten zugute kommt. Popp (2003: 13) kritisiert, dass den Kassen hier die Kontrollmöglichkeiten fehlen würden, die nur in einem Kostenerstattungsprinzip gewährleistet seien.

Selbstbehalte und Beitragsrückzahlungen dürfen ausschließlich freiwillig Versicherten angeboten werden, die als gute Risiken gelten, da sie in der Regel einkommensstarke Versicherte sind. Mit diesen erweiterten Möglichkeiten könnte sich die GKV zumindest preislich zu einer echten Konkurrenz zur PKV entwickeln (Popp 2003).

Weiterhin wird auch durch die *Höhe des Beitragssatzes* Selektion betrieben. Kassenwechsler sind in Deutschland im Durchschnitt bessere Risiken, deren Merkmale (insbesondere die Morbidität) unzureichend im RSA ausgeglichen werden (Knaus/Nuscheler 2002). Kassen-

wechsler weisen eher einen positiven Deckungsbetrag auf und tragen somit zur Subventionierung der anderen Versicherten bei (Lauterbach et al. 2001). Dafür scheinen sie verstärkt auf die Höhe des Beitragssatzes zu achten. Ein starker Zusammenhang zwischen Beitragssatz und Krankenkassenwechsel konnte für Deutschland nachgewiesen werden (Greß et al. 2002). Der Spielraum für die Gestaltung der Beitragssätze ist jedoch durch §§ 220 und § 261 SGB V begrenzt. So darf eine Senkung des Beitragssatzes über eine Auflösung von Rücklagen nur für eine kurze Zeit finanziert werden. Dann muss sie sich selbst tragen (Breyer/Kifmann 2001: 8). Immer wieder kommt es zum Streit und zum Rechtsstreit zwischen dem BVA und einzelnen Krankenkassen, weil das BVA einer Beitragssatzsenkung nicht zustimmen möchte (z.B. bei der IKK-direkt⁷¹ oder bei der Securvita BKK⁷²) oder im Gegensatz zur Krankenkasse eine Beitragssatzerhöhung für notwendig erachtet (z.B. bei verschiedenen BKKen⁷³). Trotzdem verzeichnen zahlreiche Krankenkassen statt der gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen und Betriebsmittel eine Verschuldung. Über den jeweiligen Krankenkassenverband haften schuldenfreie Krankenkassen gegebenenfalls für defizitäre Kassen mit.

Insbesondere bei freiwillig versicherten Selbständigen kann die Kasse versuchen, einen besonders günstigen Beitragssatz anzubieten, um diese guten Risiken anzulocken oder zu halten. Bei Selbständigen zahlt allein der Versicherte (und nicht der Arbeitgeber) den Kassenbeitrag. Der Beitragssatz wird an Hand des Einkommenssteuerbescheides ermittelt. Nach Einschätzung des BVA haben Kassen innerhalb eines Jahres rechtswidrige Beitragssatzminderungen in zwei- bis dreistelliger Millionenhöhe an Selbständige gewährt, um mit „Kampfbeiträgen“ freiwillig Versicherte anzulocken. Laut BVA erwiesen sich die Arbeitsanleitungen einiger Kassen zur Einstufung Selbständiger als unzureichend. Vereinzelt hieß es, dass der Beitragssatz „im gegenseitigen Einvernehmen ausgehandelt werden kann“.⁷⁴ Zum Teil wurde dabei sogar der gesetzliche Mindestbeitrag unterschritten.

2.3.9 Risikoselektion durch Leistungsanbieter

Sind Leistungsanbieter am finanziellen Risiko der Krankenversicherung beteiligt, können sie bei der Risikoselektion zu Verbündeten der Versicherung werden, da beide Parteien gleichgerichtete wirtschaftliche Interessen verfolgen.

Deutsche Leistungserbringer sind zwar nicht direkt am finanziellen Risiko der Krankenkassen beteiligt. Es bestehen jedoch Unterschiede in den Vergütungsvereinbarungen zwischen den KVen (die die niedergelassenen Ärzte vertreten) und den verschiedenen Krankenkassen. So können sich gravierende Unterschiede zwischen den Kopfpauschalen der einzelnen Kassen ergeben, die quartalsweise an die KV gezahlt werden. In Hamburg beispielsweise

⁷¹ Vgl. Presseerklärung des BVA vom 27.2.2004.

⁷² Vgl. Presseerklärung des BVA vom 9.3.2004.

⁷³ Vgl. Presseerklärung des BVA vom 10.10.2002.

⁷⁴ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 11.9.1998: „Kassen unterbieten sich mit Kampfpreisen.“

zahlt eine Ersatzkasse mit 152,19 Euro die höchste Kopfpauschale, die niedrigste Pauschale einer BKK liegt bei nur 28,75 Euro.⁷⁵ Einen Vergleich der Kopfpauschalen der verschiedenen Kassen hat die KV Hamburg ins Internet gestellt.⁷⁶ Die KV Mecklenburg-Vorpommern verzeichnete durch die Wanderungsbewegungen der Versicherten in den ersten neun Monaten des Jahres 2002 eine Abnahme der Gesamtvergütung um 8,5 %. Die Ersatzkassen meinen darum, Ärzte und Zahnärzte sollten gemeinsam das Ziel einer Stabilisierung bzw. Erhöhung der Mitgliederzahlen der Ersatzkassen verfolgen.⁷⁷ Ärzte können also durchaus Präferenzen für Patienten bestimmter Kassen aufweisen und diese auf mehr oder weniger direktem Weg zum Ausdruck bringen. So übte ein Arzt Kritik an einer Patientin, die zu einer BKK wechselte. Diese Kasse war in seinen Augen eine „Billigkasse“. Der Arzt erklärte, er ziehe es vor, Patientinnen besser zahlender Kassen zu behandeln (Sozialgericht Dortmund, S 26 KA 50/01). In Hamburg verweigerten oder verzögerten niedergelassene Ärzte bei rund 50 Versicherten von BKKen die Behandlung. Die Palette der Maßnahmen reichte dabei von abfälligen Bemerkungen, Gängelungen und Forderungen nach sofortiger Barzahlung der Behandlung, über Probleme, überhaupt einen Termin zu bekommen bis hin zur Verweigerung der Behandlung. Die betreffenden Ärzte waren der Meinung, dass diese Patienten „in der falschen Krankenkasse sind“.⁷⁸ Gleichzeitig gestaltete die KV Hamburg Flyer für Patienten, die in Arztpraxen ausgelegt wurden: „Mit einer Billigkasse gefährden Sie die Gesundheitsversorgung.“ Das Papier erklärte das Kopfpauschalen-System, zeigte die Rangfolge der Kassen und machte deutlich: „Ein Wechsel zu Billig-Kassen kann zu Praxis-schließungen, längeren Wartezeiten und schlechterer Gesundheitsversorgung für alle führen“.⁷⁹

Subtilere Mechanismen der Risikoselektion werden hinter den Vergütungsvereinbarungen zwischen einer AOK und der entsprechenden KV vermutet, wonach Ärzte ein höheres Honorar erhalten, wenn sie ihren AOK-Patienten im Vergleich zum Vorjahr weniger Medikamente verordnen. Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. sieht in solchen Praktiken eine Strategie, um schlechte Risiken über den Umweg einer schlechteren medizinischen Versorgung loszuwerden.⁸⁰

Weiterhin können Leistungserbringer bei der Risikoselektion zu Verbündeten der Krankenkasse werden, wenn sie durch eine Kopf- bzw. Fallpauschale vergütet werden. In diesem Fall haben Kassen und Anbieter medizinischer Leistungen gleichgerichtete wirtschaftliche Interessen an Versicherten mit geringer Morbidität. Dieses Problem könnte sich bei integrierten Versorgungsformen (und somit auch bei DMPs) ergeben. Denn hier ist eine Vergü-

⁷⁵ Diese Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 9/2003, S. 75. Erstaunliche Unterschiede.

⁷⁶ Vgl. <http://www.billigwirdteuer.de>

⁷⁷ Vgl. Die Ersatzkasse 3/2003. S. 93: „Honorareinbußen durch Kassenwechsler.“

⁷⁸ Vgl. Hamburger Abendblatt 8.8.2003.

⁷⁹ Vgl. Ärzte Zeitung 08.08.2003.

⁸⁰ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 7.7.2001: „Eine Hand wäscht die andere – AOK Berlin belohnt Ärzte dafür, dass sie keine Arzneien verordnen.“

tung durch Komplexpauschalen oder durch Kopfpauschalen möglich (Ballast 2004). Leistungsanbieter, die wahrscheinlich die wichtigste Instanz sind, um Patienten von einer Teilnahme an neuen Versorgungsmodellen zu überzeugen, könnten Patienten mit weniger schwerer Morbidität bevorzugen. Bei stärker erkrankten Versicherten besteht ein Anreiz zur suboptimalen Versorgung bzw. zur Abschiebung an einen anderen Anbieter.

Mit der geplanten Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina ab 2007, die das System der im Vorhinein vereinbarten Vergütung nach Kopfpauschalen je Mitglied einer bestimmten Krankenkasse ablösen, sollte der Anreiz für Vertragsärzte verschwinden, Versicherte von Krankenkassen mit besonders hohen Kopfpauschalen zu selektieren.

2.3.10 Informieren über einen Kassenwechsel oder Warnen vor einem Wechsel

Es lassen sich sowohl Beispiele dafür finden, dass schlechten Risiken ein Kassenwechsel empfohlen wurde wie auch Beispiele dafür, dass gute Risiken vor vermeintlichen Hindernissen eines Wechsels gewarnt wurden.

So versuchte eine AOK, 130 ältere und hohe Kosten verursachende Mitglieder durch gezielte Anschreiben zum Kassenaustritt zu bewegen.⁸¹ Auch im Raum Rostock wurden AOK-versicherte Dialysepatienten mit Nierenversagen in einem anonymen Schreiben zum Kassenwechsel aufgefordert. Ein Aufnahmeantrag für eine neue Kasse war beigelegt. Die AOK Mecklenburg-Vorpommern wies die Urheberschaft jedoch zurück.⁸²

Um ein gutes Risiko zu halten, warnte eine Ersatzkasse eine abwanderungswillige Versicherte schriftlich, sie werde womöglich bald „ihre intimsten Probleme per Telefon, per Fax oder per Hotline erledigen müssen“.⁸³ Eine AOK-Geschäftsstelle verschickte an Wechselwillige enttäuschte Leserbriefe von Kassenwechslern sowie eine CD-Rom mit einem kritischen Fernsehbeitrag zum Thema.⁸⁴

Schließlich können bei der Bearbeitung von Kündigungsschreiben gezielt Fehlinformationen verbreitet werden, um eine Behinderung des Kassenwechsels (bei guten Risiken) zu erreichen. Eine AOK begründete ihre Ablehnung der formal korrekten Kündigung mit dem Argument, in den letzten 18 Monaten sei es zu einem Arbeitgeberwechsel gekommen, was eine 18-monatige Bindungsfrist an die AOK bewirken würde.⁸⁵

⁸¹ Vgl. Süddeutsche Zeitung 17.8.1996: „AOK legt älteren Mitgliedern Austritt nahe.“

⁸² Vgl. Focus 7.10.1996: „Foulspiel am Schwerkranken.“

⁸³ Vgl. Frankfurter Rundschau vom 26.2.2001: „Lieber gesund und reich als arm und malade.“

⁸⁴ Vgl. Focus vom 30.10.2000: „Hohes Wechselfieber.“

⁸⁵ Vgl. Die Ersatzkasse 11/2003, S. 416: „Sozialgericht untersagt AOK Bayern weitere Behinderung des Kassenwechsels.“

2.3.11 Golden Handshake

Die Zahlung eines hohen Geldbetrages an Versicherungsnehmer mit schlechten Risiken, wenn sie die Krankenkasse wechseln, ist in Deutschland illegal. Diese Form der Risikoselektion konnte nicht nachgewiesen werden. In Anbetracht von Leistungsausgaben für einzelne Versicherte von über 100.000 Euro im Jahr bestehen jedoch zumindest Handlungsanreize in dieser Richtung. Denn trotz Risikopool trägt die Kasse knapp 40 % der Kosten selbst.

2.3.12 Einfluss der Arbeitgeber bzw. der Träger von Sozialleistungen

Die Kassenwahl ist laut Gesetz alleinige Angelegenheit des Arbeitnehmers. Nichtsdestotrotz haben Arbeitgeber (und Träger von Sozialleistungen) einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Kassenwahl ihrer Arbeitnehmer. Durch die paritätische Finanzierung zahlen Arbeitgeber 50 % der Versicherungsbeiträge ihrer Arbeitnehmer. Arbeitgeberpräsident Hundt vertrat darum die Auffassung, dass es nicht zu Lasten der Arbeitskosten gehen dürfe, wenn Beschäftigte freiwillig in einer teuren Kasse blieben.⁸⁶ Eine Art Kooperation der Kasse mit Arbeitgebern zu Werbezwecken ist also zumindest denkbar. Arbeitgeber verstoßen nicht per se gegen das Wettbewerbsrecht, wenn sie auf eine günstigere Versicherung hinweisen. Sie sollten sich allerdings zurückhaltend äußern und beachten,

- keine Falschaussagen zu treffen,
- Wettbewerber nicht herabzusetzen oder zu diffamieren,
- unzulässige Kündigungshilfen anzubieten,
- nicht die eigene Autorität als Arbeitgeber einzusetzen, um einen Wechsel zu erzwingen,
- die freie Kassenwahl nicht zu unterlaufen,
- keinen unzulässigen fremden Wettbewerb zu fördern (Adelt, 2000: 78).

Der Arbeitgeber hat aber durchaus ein Recht, seine Meinung mitzuteilen, sachlich über einen Kassenwechsel zu informieren und generell auf Einsparungen von Lohnnebenkosten hinzuweisen. Es darf dabei jedoch kein Druck wie in folgendem Beispiel ausgeübt werden: Eine große Warenhausgesellschaft appellierte in einem Schreiben an ihre Mitarbeiter, die laufenden Sanierungsmaßnahmen des Unternehmens durch einen Wechsel zur konzern-eigenen BKK zu unterstützen. „Da allen Beschäftigten eine erfolgreiche Sanierung am Herzen liegt, sind wir sicher, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter seinen persönlichen Krankenkassenbeitrag auf den Prüfstand stellt und mit dem bundesweit günstigen Beitragsatz unserer [...] Betriebskrankenkasse vergleichen wird.“ Die Zentrale zur Bekämpfung

⁸⁶ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 22.4.2000: „Hundt droht Ministerin Fischer.“

unlauteren Wettbewerbs e.V. sah in dem Schreiben einen unzulässigen Eingriff in dem Wettbewerb der Kassen und erhob Klage.⁸⁷

Es lassen sich auch Beispiele für eine versuchte Einflussnahme von Sozial- oder Arbeitsämtern auf die Wechselentscheidung finden. Das Bremer Sozialamt hatte AOK-versicherten Sozialhilfeempfängern schriftlich angedroht, dass sie die Differenz zum durchschnittlichen Beitragssatz selbst zahlen müssten, wenn sie nicht unverzüglich in eine preiswerte Kasse wechseln würden. Eine Liste mit beitragsgünstigen Kassen lag dem Schreiben bei.⁸⁸ Ein anderer Sozialhilfeträger hatte Sozialhilfeempfänger einer Ersatzkasse zum Wechsel aufgefordert und dies mit dem Hinweis verbunden, dass bei einem Kassenverbleib kein Anspruch mehr auf Übernahme der Kassenbeiträge bestehe (LG Aachen, Urteil vom 22.9.2000).⁸⁹

Schließlich wurde vom Hamburger Arbeitsamt berichtet, es habe neu zu versichernde Leistungsempfänger, in erster Linie Spätaussiedler, durchgehend bei einer sehr beitragsgünstigen BKK angemeldet.⁹⁰ Die Betroffenen erhielten von dieser Kasse monatelang keine Versicherungskarte. Das Arbeitsamt zog aus den daraus resultierenden Problemen Konsequenzen und meldete Spätaussiedler fortan bei einer anderen beitragsgünstigen BKK an. Diese Kasse versuchte, sich zum Teil gegen die Neuanträge zu wehren. In einigen Fällen verweigerte sie die Aufnahme mit der Begründung, das Arbeitsamt habe den zu Versichernden keine Wahl gelassen.

2.3.13 Risikoselektion im Zusammenhang mit Kassenfusionen

Schließlich ergeben sich Möglichkeiten zur Risikoselektion im Zusammenhang mit Kassenfusionen, wie nachfolgendes Beispiel illustriert.

Eine BKK in Abwicklung überließ einen Großteil ihrer Berufstätigen und freiwillig Versicherten einer anderen BKK. Teilweise geschah dies ohne vorherige Einwilligung der Betroffenen. Den Rentnern der abgewickelten BKK hingegen wurde in einem Schreiben ausdrücklich empfohlen, eine Ersatzkasse zu wählen.⁹¹

Teilweise werden Fusionen von Kassen genutzt, um die eigene finanzielle Situation aufzubessern. So informierte eine BKK mit hohem Beitragssatz ihre Mitglieder in einem Schreiben über eine bevorstehende Fusion mit einer anderen BKK und kündigte in diesem Zusammenhang Beitragssatzsenkungen auf 12,6 % an. Die Ersatzkassen witterten darin jedoch einen Werbetrick, denn in dem gleichen Schreiben hieß es: „Voraussetzung für diese Fusion

⁸⁷ Vgl. Die Ersatzkasse 3/2002, S. 98: „Arbeitgeber darf Kassenwechsel nicht massiv „empfehlen“.“

⁸⁸ Vgl. Süddeutsche Zeitung 12.4.1996: „In billigere Krankenkassen wechseln.“

⁸⁹ Vgl. Rechtsdienst der Lebenshilfe 2/01: „Sozialhilfeempfänger nicht zur Wahl der billigsten Krankenkassen verpflichtet.“

⁹⁰ Vgl. Verbraucherzentrale Hamburg, Archiv Gesundheit vom 22.5.2003.

⁹¹ Vgl. Focus vom 11.11.1996: „Die Guten ins Töpfchen...Im Gerangel um neue Mitglieder griff eine BKK offenbar zu illegalen Mitteln.“

ist das Vorliegen einer gesetzlichen Mindestreserve. Diese kann mit unserem knapp kalkulierten Beitragssatz von 12,6 % bei gestiegenen Leistungsausgaben zum Jahresende nicht ganz erreicht werden. Wir müssen deshalb den Beitragssatz vom 1.9.00 bis 31.12.00 befristet auf 13,5 % anpassen“.⁹²

3 Ausblick

In Deutschland besteht ein weitgehender Konsens, dass der RSA ein geeignetes Instrument zum Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen darstellt (Lauterbach/Wille 2001; Jacobs et al. 2001; Breyer/Kifmann 2001). Gleichzeitig wurde einstimmig eine Reform der ursprünglichen, mit dem GSG verabschiedeten RSA-Regelung als notwendig erachtet. Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung sind bereits erste Veränderungen, nämlich die Schaffung eines Risikopools sowie eine Verknüpfung von DMPs mit dem RSA, umgesetzt worden. Diese kurzfristig implementierten Maßnahmen sind als Zwischenlösung anzusehen, bis aller Voraussicht nach ab 2007 ein morbiditätsorientierter RSA eingeführt wird. Wie dieser im Einzelnen ausgestaltet wird und ob er eine Mehrheit im Bundesrat findet, bleibt abzuwarten. In Anbetracht von mannigfaltigen Beispielen für unterschiedliche Selektionsformen, die gute Risiken mit hohem Einkommen und geringer Morbidität bevorzugen sowie einkommensschwache und kranke Versicherte diskriminieren, erscheint seine Einführung dringend geboten. Denn an Stelle einer Verbesserung von Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung fließen Ressourcen in die Entwicklung von Selektionsstrategien.

Die Anreize zur Risikoselektion müssen also minimiert werden, damit positive Effekte aus dem Kassenwettbewerb resultieren können und es zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke kommt. Der MRSA bildet hierfür eine wichtige Basis. Ob das vorgeschlagene Klassifikationsmodell tatsächlich die Versicherten- und Morbiditätsmerkmale in adäquater Weise erfasst, wird sich zeigen. Bereits heute zeichnet sich ab, dass eine fortgesetzte Bevorzugung einkommensstarker Versicherter auftreten könnte, da der MRSA voraussichtlich nicht Satzungs- und Ermessensleistungen sowie die Verwaltungskosten bei der Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes berücksichtigt. Dadurch werden Einkommensunterschiede der Versicherten nach wie vor nur zu ca. 92 % ausgeglichen. Auf Risikoselektion wird auch in Zukunft nicht verzichtet werden, wenn die Kosten für den Einsatz dieser Maßnahmen unter dem dadurch erzielten Gewinn liegen. Dabei bietet sich den Kassen auch in Zukunft eine breite Palette an legalen und illegalen Möglichkeiten.

⁹² Vgl. Die Ersatzkasse 10/2000, S. 376-377: „BKK-Marionettentheater: „Mehr Schein als Sein“ oder gefährliches Spiel?“

Das dem MRSA zu Grunde liegende Klassifikationsmodell bedarf einer regelmäßigen Pflege und gegebenenfalls einer Anpassung. Zusätzlich muss überwacht werden, dass es zu keiner Manipulation der verwendeten Daten kommt. Die Daten für den MRSA werden von den Leistungserbringern geliefert, die die Diagnosen dokumentieren sowie die Leistungen verordnen. IGES et al. (2004: 38) sprechen in diesem Zusammenhang von der Gefahr des Upcoding (der Leistungserbringer verändert sein Dokumentationsverhalten, nicht jedoch sein Behandlungsverhalten) und des Gaming (der Leistungserbringer ändert das Behandlungsverfahren, damit die Kasse eine bessere Position im RSA erzielt). Es ist also durchaus vorstellbar, dass Kassen versuchen, durch die Höhe der an die KVen gezahlten Kopfprämien Einfluss auf die Datenerhebung der Leistungserbringer zu nehmen. Wie in diesem Beitrag gezeigt werden konnte, versuchen Ärzte bereits heute zum Teil, massiv Einfluss auf die Kassenwahl ihrer Patienten auszuüben, damit Patienten die Kassen wählen, die hohe Kopfpauschalen zahlen. Die historisch begründeten Differenzen der Kopfpauschalen erweisen sich hier als wettbewerbsverzerrend und sollten aufgehoben werden. Bei einer Ausweitung des selektiven Kontrahierens mit Leistungserbringern könnten sich übrigens ähnliche Probleme ergeben. Denn die in den Verträgen ausgehandelte Vergütung könnte dazu verleiten, Patienten zu diskriminieren, für die ein geringeres Einkommen erzielt wird.

Weiterhin könnte sich ein fortgesetzter Einfluss der Arbeitgeber im Kassenwettbewerb als problematisch erweisen. Selbst wenn Arbeitgeber nicht „im Auftrag“ von Kassen Risikoselektion betreiben, so haben sie doch ein großes Interesse daran, dass ihre Arbeitnehmer günstige Kassen wählen. Dies hängt mit der paritätischen Finanzierung der Kassenbeiträge zusammen und führt bereits heute zu teilweise starken Beeinflussungen der freien Kassenwahl. Arbeitgeber haben wahrscheinlich auch nach Einführung des MRSA in erster Linie ein Interesse, hier möglichst wenig Kassenbeiträge entrichten zu müssen und könnten darum versuchen, die Wahl ihrer Arbeitnehmer zu lenken. Präferenzen der Arbeitnehmer z.B. für qualitative Merkmale von Kassen könnten somit übergangen werden, was zu Wettbewerbsverzerrungen führen würde.

Aber auch ein funktionstüchtiger MRSA reicht nicht aus, damit die positiven Effekte eines regulierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen greifen können. Er verhindert zwar, dass Versichertenmerkmale Gegenstand des Kassenwettbewerbs werden. Er kann jedoch nicht verändern, dass sich die Kassen bisher kaum in ihrem Angebot unterscheiden. Dadurch ist der Beitragssatz momentan als wichtigster Wettbewerbsparameter zu bezeichnen. Es bestehen jedoch kaum Möglichkeiten, Einfluss auf Verträge mit Leistungserbringern oder Innovationen der medizinischen Versorgung zu nehmen und sich mit leistungsseitigen Wettbewerbsparametern bei den Versicherten zu profilieren.

Schließlich ist in einem System des Kassenwettbewerbs zu erwarten, dass die Konkurrenten die stärksten Kontrolleure darstellen. Aufmerksam werden die Handlungen der Mitkonkurrenten und die Einhaltung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen verfolgt. Maßnahmen unlauteren Wettbewerbs werden dabei zur Anzeige gebracht bzw. bei der zuständigen Aufsichtsbehörde gemeldet.

4 Fazit

Der RSA spielt im System des regulierten Kassenwettbewerbs eine zentrale Rolle. Er soll verhindern, dass Versichertenmerkmale Gegenstand des Kassenwettbewerbs werden, den Wettbewerb der Kassen auf eine Verbesserung von Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung ausrichten und die solidarische Komponente in der Wettbewerbsordnung wahren. Risikoselektion ist in diesem Wettbewerbsgeschehen als kontraproduktiv anzusehen. Im Kassenwettbewerb lohnt sich eine Risikoselektion, wenn die Versichertenmerkmale im RSA unzureichend abgebildet werden und eine Selektion für die Kasse einfacher und kostengünstiger ist als eine ressourcenaufwändige Verbesserung der Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen. Dann ist sie aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Krankenkasse sogar verständlich, wenn sie primär Versicherte mit positiven Deckungsbeiträgen zu ihrem Versichertenkollektiv zählen möchte. Es hat sich gezeigt, dass der RSA in Deutschland die Merkmale Morbidität und Einkommen unzureichend berücksichtigt. Damit besteht für Kassen ein deutlicher Anreiz zur Risikoselektion. Dies wird durch zahlreiche Beispiele von Selektionsmaßnahmen aus der Praxis bestätigt. Dabei zeigt sich in acht Jahren Kassenwettbewerb eine breite Palette an Selektionsformen, die vom Einfallsreichtum der Kassen zeugen. Auch vor Gesetzesübertretungen wird dabei zum Teil nicht zurückgeschreckt. Bei diesen Beispielen handelt es sich wahrscheinlich nur um die Spitze des Eisberges, es ist von zahlreichen weiteren, unaufgedeckten Maßnahmen und einer großen Grauzone auszugehen. Mit Einführung des MRSA ist eine deutliche Verbesserung der Situation zu erwarten. Trotzdem ist auch in Zukunft Wachsamkeit geboten und eine regelmäßige Überarbeitung des im MRSA verwendeten Klassifikationsmodells angebracht.

5 Literatur

- Adelt, Klaus-Peter, 2000: „Mitgliederwerbung für Krankenkassen: Was lassen? Wie reagieren? Was tun? Teil 1“, *Die BKK* 1: 21-31.
- Adelt, Klaus-Peter, 2000: „Mitgliederwerbung für Krankenkassen: Was lassen? Wie reagieren? Was tun? Teil 2“, *Die BKK* 2: 71-79.
- Akerlof, George A., 1970: „The market for lemons: Qualitative uncertainty and the market mechanism“, *Quarterly Journal of Economics* 84: 488-500.
- Andersen, Hanfried H.; Russ, Holger, 2000: „Versorgungsqualität, Kundenbeziehungen und Wettbewerb - Einige empirische Anmerkungen zum Loyalitätsmanagement“, *Die BKK* 10: 434-445.
- Andersen, Hanfried H.; Grabka, Markus M.; Schwarze, Johannes, 2002: „Wechslerprofile – Risikoprofile. Relativer Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997-2001“, *Arbeit und Sozialpolitik* 7-8:19-32.
- Ballast, Thomas, 2004: „Markt der Möglichkeiten. Die integrierte Versorgung nach dem GMG“, *Die Ersatzkasse* 6: 136-140.
- Behrends, Silke, 2001: *Neue Politische Ökonomie. Systematische Darstellung und kritische Beurteilung ihrer Entwicklungslinien*. München: Franz Vahlen.
- Berg, Hartmut, 1981: „Wettbewerbspolitik“, in: Dieter Bender; Hartmut Berg; Dieter Cassel (Hrsg.): *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik*, Bd. 2. München: Franz Vahlen, 233.
- Bode, Ingo, 2002: „Vom Payer zum Player – oder: Krankenkassen im Wandel. Der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich“, *Duisburger Beiträge zur Soziologischen Forschung* No. 4. Duisburg.
- Bode, Ingo, 2003: „Multireferenzialität und Marktorientierung? Krankenkassen als hybride Organisationen im Wandel“, *Zeitschrift für Soziologie* 32: 435-453.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter, 1999: *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer.
- Breyer, Friedrich; Kifmann, Mathias, 2001: „Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV“, *DIW Diskussionspapier* Nr. 236. Konstanz.
- Deutscher Bundestag, 1992: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. – Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz). Drucksache 12/3608.
- Deutscher Bundestag, 2001: Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Drucksache 14/5681.

- Cassel, Dieter, 2002: „Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf“, in: Michael Arnold; Jürgen Klauber; Henner Schellschmidt (Hg.), *Krankenhaus-Report 2002*. Stuttgart: Schattauer, 3-20.
- Delnoij, Diana M.J.; Van der Schee, Evelien, 2003: *Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003*. Utrecht: Nivel.
- Downs, Anthony, 1966: *Inside Bureaucracy*. Boston: Little, Brown.
- Ebsen, Ingwer; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Szecsenyi, Joachim; Wasem, Jürgen, 2003: *Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands*. AOK-Bundesverband.
- Galas, Eckart; Kumpf, Sonja, 2003: „Disease-Management-Programme im Risikostrukturausgleich – Anspruch und Wirklichkeit“, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 11-12: 24-31.
- Glanz, Alexander; Kleinschmidt, Matthias, 1998: „Finanzkontrolling in der GKV: RSA-Daten nutzen!“, *Die BKK* 5: 225-234.
- Greß, Stefan; Wasem, Jürgen; Schut, Erik, 2002: „Free Choice of Sickness Funds in Social Health Insurance – Theoretical Foundation and Empirical Findings in Germany. 4th European Conference on Health Economics, Paris, July 8, 2002“, *European Journal of Health Economics* Suppl. 1.
- Greß, Stefan; Groenewegen, Peter P.; Kerssens, Jan J.; Braun, Bernard; Wasem, Jürgen, 2002: „Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands“, *Health Policy* 60: 235-254.
- Greß, Stefan, 2002: *Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande*. Frankfurt: Campus.
- Haenecke, Hanrik, 2001: „Erfolgsfaktoren im Krankenkassen-Marketing“, *Die BKK* 11: 527-532.
- Haenecke, Hanrik, 2001: „Unternehmensziele von Krankenkassen – Eine empirische Analyse“, *Arbeit und Sozialpolitik* 1-2: 27-34.
- Helmert, Uwe, 2001: Sozialschichtspezifische Unterschiede bei somatischen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten, in: Andreas Mielck; Kim Bloomfield (Hg.), *Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Weinheim: Juventa, 175-183.
- Helstelä, Pekka, 2002: „Risikopool. Topf für teure Fälle“, *Gesundheit und Gesellschaft Spezial* 2: 8-9.
- IGES; Lauterbach, Karl; Wasem, Jürgen, 2004: *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Stand: 15. Juli 2004 – Entwurf*.

- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter; Cassel, Dieter; Wasem, Jürgen, 2001: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine, 2004: Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Dieter Cassel (Hg.), *Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos, 89-110.
- Kerber, Wolfgang, 2003: Wettbewerbspolitik, in: Dieter Bender (Hg.), *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik*. München, 297-361.
- Kerssens, Jan J.; Groenewegen, Peter P., 2004: Consumer's preferences in social health insurance. Utrecht: Nivel.
- Kirschner, W; Radoschewski, R.; Kirschner, R., 1995: „§ 20 SGB V: Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin: Asgard.
- Knaus, Thomas; Nuscheler, Robert, 2002: „Health Status and Health Insurance Choice: an Empirical Model for Germany“. *Discussion Paper*, FS IV 02-27, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Kuhlmann, Jens-M, 2004: „Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG“, *Das Krankenhaus* 1: 1318.
- Langer, Bernhard; Pfaff, Anita B.; Rindsfüßer, Christian; Eller, Martina; Mielck, Andreas; Baumann, Hans, 2003: „Berücksichtigung von Härtefällen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs?“, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 5-6: 43-50.
- Lauterbach, Karl; Wille, Eberhard, 2001: *Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich: Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter der Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag von VdAK, AEV, AOK-BV und IKK-BV. Abschlussbericht*. Köln, Mannheim.
- Marburger, Horst; Marburger, Dietmar, 1997: *Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Vertriebspolitik, Außendienst, Rechtsgrundlagen*. St. Augustin: Asgard.
- Marstedt, Gerd; Moebus, Susanne, 2002: *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin*. Berlin: Robert Koch Institut.
- McNulty, Paul J. 1968: „Economic Theory and the Meaning of Competition“, *Quarterly Journal of Economics* 82: 639-656.
- Michels, Robert, 1970: *Zur Soziologie des Parteiwesens in der modernen Demokratie*. Stuttgart: Kröner.
- Müller, Joachim; Schneider, Werner, 1999: „Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in Zeiten des Kassenwettbewerbs – empirische Befunde im dritten Jahr der Kassenwahlrechte“, *Arbeit und Sozialpolitik* 3-4: 20-39.

- Niedermeier, Renate, 2001: *Von der Krankheitsverwaltung zur Gesundheitsgestaltung? Organisationale Lernprozesse in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Niskanen, William A., 1971: *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Aldine Atherton.
- Pauly, Mark V., 1984: „Is cream skimming a problem for the competitive medical market?“, *Journal of Health Economics* 3: 87-95.
- Popp, Ekhard, 2003: „Vom Einprodukt- zum Mehrproduktanbieter. Die neuen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenkassen“, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 11-12: 10-17.
- Richter, Matthias.; Brand, Helmut; Rössler, Gabriele, 2002: „Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW“, *Gesundheitswesen* 64: 417-423.
- Rosenbrock, Rolf; Lenhardt, Uwe, 2002: *Anpassungs- und Modernisierungsprozesse im System arbeitsweltbezogener Präventionsakteure vor dem Hintergrund neuer Aufgabendefinitionen und institutioneller Zuständigkeiten. Forschungsprojekt des Berliner Zentrums Public Health*. Berlin.
- Rosenbrock, Rolf, 2003: „Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung“, *Soziale Sicherheit* 3: 87-90.
- Rothschild, Michael; Stiglitz, Joseph E. , 1976: „Equilibrium in competitive insurance markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information“, *Quarterly Journal of Economics* 90: 629-649.
- Schneider, Werner, 1994: *Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Schöffski, Oliver; Galas, Eckart; Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d., 1996: „Der Wettbewerb in der GKV unter besonderer Berücksichtigung der Kassenwahlfreiheit“, *Sozialer Fortschritt* 12: 293-305.
- Schut, Erik; Greß, Stefan; Wasem, Jürgen, 2003: „Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands“, *International Journal of Health Care Finance and Economics* 3: 117-138.
- Schwarze, Johannes; Andersen, Hanfried H., 2001: „Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?“, *DIW Diskussionspapier Nr. 267*. Berlin.
- Scott, W. Richard, 1986: *Grundlagen der Organisationstheorie*. Frankfurt/New York: Campus.
- Spence, Michael A., 1973: „Job Market Signaling“, *Quarterly Journal of Economics* 87: 355-374.

- Van de Ven, Wynand P.M.M.; Van Vliet, René C.J.A., 1992: „How can we prevent cream skimming in a competitive health market?“ in: Peter Zweifel; H.E. Frech (Hg.), *Health Economics Worldwide*, Dordrecht: Kluwer, 23-46.
- Van de Ven, Wynand P.M.M.; Randall P. Ellis. 2000: „Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets“ in: Anthony J. Culyer; Joseph P. Newhouse (Hg.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier, 755-845.
- Van de Ven, Wynand P.M.M.; Beck Konstantin; Buchner Florian; Chernichovsky Dov; Gardiol Lucien; Holly Alberto; Lamers Leida M.; Schokkaert Erik; Shmueli Amir; Spycher Stefan; Van de Voorde Carine; van Vliet René C.J.A.; Wasem Jürgen; Zmora Irith, 2003: „Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries“, *Health Policy* 65: 75-98.
- Von Hayek, Friedrich A., 1976: *Individualismus und Wirtschaftliche Ordnung*. Salzburg: Neugebauer.
- Wasem, Jürgen; Greß, Stefan; Hessel, Franz, 2003: „Hausarztmodelle in der GKV – Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen“, *Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen*. Campus Essen.