

Was ist die beste Strategie eines „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem: Obergrenzen für Versicherungsbeiträge oder risikobezogene Prämiensubventionen?*

Von Wynand P. M. M. van de Ven**

Zusammenfassung: In den 90er Jahren wurden die Krankenkassenmärkte in einigen Ländern wettbewerblicher gestaltet. Eine einfache und nahe liegende Strategie, um in einem solchen Markt einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten zu erzielen, sind Obergrenzen für Versicherungsbeiträge. Jedoch birgt eine solche Regelung Anreize für eine Risikoselektion, durch die der „solidarische“ Ausgleich der Krankheitslasten, die Leistungsfähigkeit, die Betreuungs- und Pflegequalität und auch die Zufriedenheit der Versicherten beeinträchtigt werden. Eine alternative Strategie sind risikobezogene Prämiensubventionen, in Deutschland besser als „Risikostrukturausgleich“ bekannt. Weil bei der zweiten Alternative eine Obergrenze für Versicherungsbeiträge überflüssig wird – und damit auch deren nachteilige Auswirkungen entfallen –, ist dieser Ansatz als Strategie zu bevorzugen. Es ist allerdings in der Praxis schwierig, Zuschüsse gemäß den Risikofaktoren einzelner Personen adäquat zu bemessen. In den meisten Ländern wird deshalb eine Kombination beider Strategien angewendet. Auf diese Weise haben die Krankenkassen finanzielle Anreize zu einer Risikoselektion. Diese Frage ist insbesondere in Deutschland und der Schweiz von großer Bedeutung. Politische Entscheidungsträger sollten der Verbesserung des Systems des Risikostrukturausgleichs aus diesem Grunde allerhöchste Priorität einräumen.

Summary: In the 1990s several countries made their sickness fund market more competitive. A straightforward strategy to achieve solidarity in such a market is premium rate restrictions. However, such regulation induces (incentives for) risk selection which may threaten solidarity, efficiency, quality of care and consumer satisfaction. An alternative strategy is risk-adjusted premium subsidies (or risk equalization). Because sufficiently adjusted subsidies eliminate the need for premium rate restrictions and consequently avoid their adverse effects, the subsidy approach is the preferred strategy. However, in practice it is hard to sufficiently adjust the subsidies to an individual's risk factors. Most countries therefore apply a combination of both strategies. Consequently the sickness funds then have financial incentives for risk selection. The issue is particularly serious in Germany and Switzerland. Policy-makers should therefore give top priority to the improvement of the system of risk adjustment.

1 Einleitung

In den 90er Jahren wurden die Krankenkassenmärkte in zahlreichen europäischen Ländern – z. B. in Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Israel, den Niederlanden, Polen, Russland und der Schweiz – wettbewerblicher gestaltet. Obwohl der Wettbewerb

* Dieser Beitrag beruht teilweise auf van de Ven et al. (2000) und van de Ven et al. (2002). Es wird insbesondere Jochen Schmidt für die hilfreiche Unterstützung bei der Übersetzung gedankt.

** Abteilung für Gesundheitspolitik und Management, Erasmus Universität, Rotterdam, Niederlande, E-Mail: vandeven@bmg.eur.nl

die Krankenkassen anspornen kann, effizienter zu arbeiten und in höherem Maße auf die Bedürfnisse der Versicherten zu reagieren, kann er sie auf der anderen Seite veranlassen, von ihren Mitgliedern risikobezogene Prämien zu verlangen. Für diese Länder hat also folgende Frage große Bedeutung: Mit welcher Strategie kann man in einem Krankenkassenmarkt, auf dem Wettbewerb herrscht, den höchsten Grad an einem „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten erreichen? In diesem Beitrag wird zwischen zwei Strategien unterschieden: (1) einer Obergrenze für Versicherungsbeiträge und (2) risikobezogenen Prämienzuschüssen. Zu Beginn steht die scheinbare Unvereinbarkeit eines „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten mit einem wettbewerblichen Krankenkassenmarkt im Vordergrund (Abschnitt 2). Dann werden die zwei oben genannten Strategien analysiert (Abschnitt 3). Obwohl Politiker der ersten Strategie wegen ihrer angeblich direkten Wirkung den Vorzug geben, wird in diesem Beitrag argumentiert, dass – von einem theoretischen Standpunkt aus betrachtet – die zweite Strategie zu bevorzugen ist. Schließlich werden ein Blick auf die Praxis in einigen Ländern geworfen (Abschnitt 4) und einige Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik gezogen (Abschnitt 5).

2 **„Solidarischer“ Ausgleich der Krankheitslasten in einem wettbewerblichen Krankenkassenmarkt**

In diesem Beitrag wird das Konzept des „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten auf die so genannte „Risikosolidarität“ begrenzt. Dies bedeutet, dass Personen mit hohen Risiken einen Zuschuss von Personen mit geringen Risiken erhalten (die „Einkommenssolidarität“ wird hier nicht betrachtet). Ein „solidarischer“ Ausgleich der Krankheitslasten würde erreicht werden, wenn alle Krankenkassen vorhersehbare Verluste bei Verträgen mit risikoreichen Personen akzeptieren und diese Verluste durch Verträge mit risikoarmen Versicherten wieder ausgleichen würden. Auf einem freien, wettbewerblichen Markt jedoch kann ein solches System der Quersubventionierung nicht aufrechterhalten werden, da der Wettbewerb die vorhersehbaren Gewinne bei jedem Vertrag schmälert. Aus diesem Grund muss eine Krankenkasse bei jedem neuen Vertrag ihre Kosten decken können. Angesichts der Durchschnittsausgaben in den jeweiligen Risikogruppen würde der freie Wettbewerb zu risikobezogenen Prämien führen, die sich leicht durch einen Faktor von 10 oder mehr bei Einbeziehung demographischer Risikofaktoren wie des Alters und durch Faktoren von 100 oder mehr bei Einbeziehung des Gesundheitszustands unterscheiden. Im Falle von Kraftfahrzeug- und Hausratversicherungen werden diese Konsequenzen eines offenen, wettbewerblichen Versicherungsmarktes gesellschaftlich akzeptiert – nicht aber bei Krankenkassen. In den meisten Ländern bemühen sich die Regierungen, einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten zu erzielen. Oft führen diese Maßnahmen zu einer Verminderung des Wettbewerbs auf dem Krankenkassenmarkt, z. B. zu einer monopolistischen nationalen Krankenversicherung. Da eine Einschränkung des Wettbewerbs die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt mindern kann, sind immer mehr Länder auf der Suche nach Möglichkeiten, Wettbewerb und einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten miteinander zu vereinbaren. Eine große Herausforderung ist deshalb die folgende Frage: Welche Strategie ist am besten dazu geeignet, einen solidarischen Ausgleich der Krankheitslasten in einem wettbewerblichen Krankenkassenmarkt zu erreichen?

3 **Zwei Strategien zur Erzielung eines „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten**

Um einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten auf einem wettbewerblichen Krankenkassenmarkt zu erreichen, gibt es zwei Herangehensweisen: (1) die Strategie der Obergrenze für Versicherungsbeiträge und (2) die Strategie risikobezogener Prämienzuschüsse (oder Risikoausgleich). Beide Strategien werden hier beleuchtet.

3.1 Obergrenzen für Versicherungsbeiträge

Mein System von Obergrenzen für Versicherungsbeiträge kann verschiedene Formen annehmen: die eines Einheitstarifs, orientiert an Gruppen und Klassen, die eines Verbots der Verwendung bestimmter Faktoren bei der Festsetzung von Versicherungsbeiträgen oder die einer Abstufung der Beiträge (nach Gruppen/Klassen). Im Rahmen des Einheitstarifs werden von der Krankenkasse allen Versicherten die gleichen Prämien auferlegt, unabhängig von den Risikofaktoren des einzelnen Versicherten. Dabei wird angenommen, dass die Grenze der Versicherungsbeiträge beim spezifischen Versicherungsschutz angewendet werden kann. Um zu verhindern, dass Krankenkassen sich weigern, Verträge mit risikoreichen Personen entweder abzuschließen oder zu erneuern, können Regierungen die Obergrenze für Versicherungsbeiträge um die Bedingung ergänzen, dass Krankenkassen neue Antragsteller nicht ablehnen dürfen (Kontrahierungszwang). Grenzen für Versicherungsbeiträge zielen generell auf *indirekte* Quersubventionen von risikoarmen hin zu risikoreichen Personen. Um zu verhindern, dass risikoarme Personen keine Versicherung abschließen und sich somit dem „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten entziehen, kann ein Krankenkassenbeitritt vorgeschrieben werden. Grenzen für Versicherungsbeiträge bringen vorhersehbare Gewinne und Verluste für die Kassen mit sich. Im Idealfall sollten in jeder Krankenkasse die prognostizierbaren Gewinne bei den risikoarmen Versicherten die vorhersehbaren Verluste bei den risikoreichen Versicherten ausgleichen und sich auf diese Weise die Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen auflösen. Es ist allerdings möglich, dass dieser Idealfall nicht erreicht wird, da das Versichertenspektrum der Krankenkassen nicht identisch ist, indem beispielsweise einige Krankenkassen ausschließlich risikoarme Personen aufnehmen (d. h. Versicherte, mit denen ein vorhersehbarer Gewinn verbunden ist). Auch wenn das Versichertenspektrum der Krankenkassen identisch wäre, könnten Anreize zu einer Risikoselektion verschiedene ungünstige Effekte mit sich bringen.

3.1.1 Auswirkungen der Risikoselektion

Wenn Krankenkassen Antragsteller nicht abweisen dürfen, haben sie Anreize, *subtilere* Formen der Risikoselektion anzuwenden, die folgende negative Konsequenzen haben können.

1. Im Falle hoher vorhersehbarer Gewinne aus der Risikoselektion haben die Krankenkassen weniger Anreize, auf die Präferenzen der risikoreichen (potentiellen) Versicherten einzugehen. Risikoreiche (bzw. risikoarme) Versicherte sind diejenigen, bei denen die Krankenkassen angesichts der Beschränkungen bei der Prämien differenzierung im Erwartungswert Verluste (bzw. Gewinne) erzielen. Die Krankenkassen können für chronisch Kranke minderwertige Leistungen erbringen und sich entscheiden, mit Anbietern,

die einen guten Ruf bei der Arbeit mit chronisch Kranken haben, nicht vertraglich zusammenzuarbeiten, um Kosten zu sparen. Dies wiederum kann dazu führen, dass Ärzte und Krankenhäuser davon abgehalten werden, einen solchen Ruf zu erlangen. In dem Maße, wie Krankenkassen und ihre vertraglichen Anbieter die finanziellen Risiken teilen, haben auch die Anbieter den Anreiz, profitable Kunden anzuziehen und Patienten, bei denen Verluste zu erwarten sind, abzuweisen. Ergebnis dieser Selektion kann sein, dass risikoreiche Patienten entweder eine schlechte Behandlung erhalten oder – sollten sie es können oder wollen – sich an Krankenkassen mit sehr hohen Prämien wenden, die sich auf die Behandlung risikoreicher Patienten spezialisiert haben – sollte es solche Krankenkassen überhaupt geben. Insbesondere in Fällen, in denen eine landesweite Höchstprämie vorgeschrieben ist (wie in Israel), wäre es für eine Krankenkasse selbstzerstörerisch, als Institution für eine gute Behandlung von chronisch Kranken bekannt zu werden. Die Krankenkasse kann ihre Prämien nicht erhöhen und wird stark frequentiert von Antragstellern, die, wie absehbar, mehr Kosten verursachen als sie Einnahmen erbringen. Insgesamt kann also die Risikoselektion eine *qualitativ gute Behandlung* für chronisch Kranke gefährden.

2. In dem Ausmaß, wie einige Krankenkassen risikoarme Personen zu einem Versicherungsabschluss bewegen können, führt diese Art der Auswahl zu einer Marktsegmentierung, in der risikoarme Versicherte niedrige Prämien und risikoreiche Versicherte hohe Prämien zahlen. Dies bedeutet, dass Selektion den „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten bedroht.
3. Im Falle hoher vorhersehbarer Verluste aus der Selektion verspricht die Auswahl der Versicherten für die Krankenkassen größere Profite als die Verbesserung der Effizienz in der Krankenversorgung. Zumindest kurzfristig, wenn einer Krankenkasse für Kosten senkende Tätigkeiten nur beschränkte Mittel zur Verfügung stehen, kann sie es möglicherweise vorziehen, eine Selektion anzustreben statt die Leistungsfähigkeit zu verbessern. Krankenkassen, die eine hohe Behandlungsqualität durch effizientes Wirtschaften sichern und ihre Bewerber nicht selektieren, können Marktanteile an ineffizientere Kassen verlieren, die eine Versichertenselektion betreiben. Das Ergebnis sind Wohlfahrtsverluste. Das Selektionssystem kann also die *Leistungsfähigkeit* des Systems gefährden.
4. Obwohl einzelne Krankenkassen von der Selektion profitieren können, bringt dieses Verfahren keine gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrtsgewinne. Also stellen die zur Risikoselektion verwendeten Mittel wiederum einen Wohlfahrtsverlust dar.

Zusammenfassend wirken Obergrenzen für Versicherungsprämien, die eigentlich zu einem besseren „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten führen sollten, folglich eher als Anreiz zu einer Risikoselektion, die den „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten, Leistungsfähigkeit, Behandlungsqualität sowie eine Kundenzufriedenheit unterminieren können.

3.1.2 Verhinderung der Risikoselektion

Obwohl ein Kontrahierungszwang die Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen verringert, mindert dieser nicht deren Anreize zur Selektion. Im Gegenteil: In gewisser Weise verstärkt der Kontrahierungszwang die Anreize für Krankenkassen, subtilere Formen der

Risikoselektion als den Ausschluss bestimmter Kunden anzuwenden. Wenn Krankenkassen die Freiheit besitzen, verschiedene Formen einer spezifischen Versicherungsleistung anzubieten, können sie ihre Versicherungsleistungen differenzieren und auf diese Weise den Markt segmentieren. Auch wenn die Versicherungsleistungen (z. B. Krankenhausaufenthalt und ärztliche Leistungen) und die Strukturen der Selbstbeteiligung vollständig spezifiziert sind, können Krankenkassen ihre Produkte ausdifferenzieren – entweder über die Qualität, die Zusammensetzung der angebotenen Spezialisierungen und die Arbeitsweisen der ausgewählten Vertragsärzte oder durch den Standort von und den Zugang zu vertraglich gebundenen Einrichtungen sowie durch die Art des Managements, das in Anspruch genommen wird.

Regierungen könnten versuchen, diese Art der Selektion zu unterbinden, indem sie die vollkommene Gleichheit der Anrechte der Versicherten einfordern, z. B. durch ein Verbot selektiver Verträge oder die völlige Standardisierung des Leistungskatalogs der Versicherungen. Angesichts der vielen subtilen Möglichkeiten, mit denen die Krankenkassen die Ansprüche ihrer Versicherten ausdifferenzieren können, ist es äußerst schwierig, diese Art von Verordnungen effizient durchzusetzen. Aber auch wenn Regierungen mit Erfolg eine gesetzliche Krankenversicherung mit vollkommen einheitlichen Bedingungen einführen könnten, würde dies eine Reihe ungünstiger Auswirkungen mit sich bringen. Erstens würde es die Krankenkassen daran hindern, ihre Verträge nur mit günstigen Anbietern abzuschließen. Dies wiederum verringerte das Potential der durch die Krankenkassen geleisteten „managed-care“-Aktivitäten, was einen Verlust der Leistungsfähigkeit der Versorgung mit sich brächte. Zweitens würde ein solcher Einheitsplan die Auswahl des Versicherten mindern und zu einem Wohlfahrtsverlust führen, da er die Möglichkeiten der Krankenkassen, auf die Präferenzen ihrer Kunden einzugehen, verringerte. Und drittens, je nach der Großzügigkeit der völlig standardisierten Versicherungsleistung, könnten gesetzliche Krankenversicherungen den Moral-Hazard-Effekt verschärfen und der Einheitsvertrag die Initiativen der Krankenkassen reduzieren, Versicherungsbedingungen zu entwickeln, die Moral Hazard vermindern. Diese Instrumente zur Reduktion der Risikoselektion würden wahrscheinlich die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt beeinträchtigen.

Auch wenn eine gesetzliche Krankenversicherung mit einheitlichen Bedingungen erfolgreich verhindern könnte, dass Krankenkassen risikoarme Versicherte anlocken, indem sie ihre Versicherungsbedingungen differenzieren, würden den Krankenkassen dennoch andere Instrumente zur Risikoselektion bleiben. Beispiele hierfür sind selektive Werbung, die Kostenaufteilung zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern (so dass Letztere bei der Behandlung Anreize zur Risikoselektion haben), die Entwicklung von Zusatzversicherungen, die Leistungen minderer Qualität für risikoreiche Versicherte, die Schaffung von Anreizen für Versicherungsvertreter, krankheitsanfällige Personen bei anderen Krankenkassen unterzubringen, oder risikoreichen Kunden hohe Geldsummen anzubieten, wenn sie sich bei der nächsten Möglichkeit eine andere Krankenkasse suchen.

Zwar könnte eine Regierung versuchen, diese Arten der Risikoselektion durch eine ergänzende Gesetzgebung zu verhindern. Dies könnte z. B. die Unterbindung jeglichen direkten Kontaktes zwischen dem Krankenkassenvertreter und dem Antragsteller während des Vertragsabschlusses betreffen, die Veröffentlichung der Ergebnisse von Umfragen über Kundenzufriedenheit, das Verbot bestimmter Formen der Kostenaufteilung zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern, die Einführung eines moralischen Kodexes für Krankenkassen sowie die Anordnung, Kosten und Verkauf einer standardisierten Versicherungslei-

tung nicht an andere Produkte oder Dienstleistungen zu koppeln. Der Erfolg solcher Maßnahmen ist abhängig vom Umfang der mit den Verordnungen verbundenen vorhersehbaren Gewinne und Verluste, von den Kosten der Risikoselektion (einschließlich solcher Kosten, die sich für eine Kasse aus dem Verlust ihres guten Namens ergeben) wie auch von der Vertragslänge.

Ein Problem aller bereits genannten Maßnahmen zur Reduzierung der Risikoselektion ist, dass sie die Anreize zur Selektion der Versicherten nicht vermindern. Die wirksamste Methode zur Verringerung der Selektion ist die Einführung eines Systems der risikobezogenen Prämiensubventionen (oder Risikoausgleich). Diese Lösung wird im folgenden Teil erörtert. Auch ohne ausreichenden Risikobezug der Beiträge kann der Staat auf wirksame Weise die Selektionsanreize der Krankenkassen verringern, indem er verschiedene Formen der nachträglichen Risikoteilung zwischen Regierung und Krankenkasse einführt. Risikoteilung bedeutet, dass die Krankenkassen von staatlicher Seite einen Teil der Kosten für einige ihrer Versicherten erstattet bekommen (einige Formen der Risikoteilung sind beschrieben in van Barneveld et al. 2001, van Vliet 2000 sowie van de Ven und Ellis 2000). Je größer das Gewicht der kostenbasierten Zahlungen ist, desto geringer ist für die Krankenkassen der Selektions- und Leistungsanreiz. So können bestimmte Formen der Risikoaufteilung zwischen einer Regierung und Krankenkassen beidseitige Koordinierungsmaßnahmen zwischen Leistungsfähigkeit und Risikoselektion mit sich bringen.

3.2 Risikobezogene Prämienzuschüsse

Bei der Suche nach Strategien, die die nachteiligen Auswirkungen der Selektion verhindern, ist es wichtig zu verstehen, dass die Anreize für die Selektion durch Obergrenzen für Versicherungsbeiträge ausgelöst werden. Obwohl diese Obergrenzen auf eine implizite Quersubventionierung zielen, schaffen sie für die Krankenkassen gleichzeitig auch vorhersehbare Gewinne und Verluste und dadurch Selektionsanreize. Aus diesen Gründen ist von einer Obergrenze für Versicherungsbeiträge Abstand zu nehmen.

Als Alternativstrategie zur Erzielung eines „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten wird in diesem Beitrag die explizite Quersubventionierung von risikoarmen an risikoreiche Personen erörtert, während Beitragsbeschränkungen auf eine implizite Quersubventionierung abstellen. Im Rahmen dieser Strategie sind die Krankenkassen völlig frei, Prämien zu verlangen, die nach Risiken abgestuft sind. Um einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten zu erreichen, reguliert der Staat ein Zuschusssystem, indem risikoreiche Personen einen risikobezogenen Prämienzuschuss aus einem Solidaritätsfonds erhalten.¹ Dieser Fonds besteht aus obligatorischen Solidaritätsbeiträgen risikoarmer Personen. Die Solidaritätsbeiträge sind risikobezogen, d. h. je geringer das Risiko, desto höher der Beitrag. Es wird angenommen, dass der Zuschuss nur von den relevanten Risiken der einzelnen Betroffenen abhängig ist und nicht von der Prämie, die der Versicherte tatsächlich zahlt. Würden die Zuschüsse auf der geleisteten Prämie basieren (wie im Falle einer steuerlichen Absetzbarkeit der Prämien), so würde dies den Anreiz der Versicherten verringern, nach noch niedrigeren Prämien Ausschau zu halten, und damit den Krankenkassen den

¹ Hier erörtere ich risikobezogene Prämienzuschüsse als Instrument zur Erzielung eines „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten. Im Falle der Obergrenze für Versicherungsbeiträge wird, wie im vorigen Teil bereits dargelegt, der Risikobezug der Prämien als Instrument zur Verringerung von Selektion angesehen.

Anreiz zu *effizientem Wirtschaften* nehmen. Prämienbezogene Zuschüsse würden Kunden auch dazu bewegen, umfassendere Versicherungsleistungen zu kaufen; dies würde zu größerem *Moral Hazard* führen, als wenn kein Zuschuss gezahlt würde.

Um diese Anreizprobleme zu verhindern, konzentrieren sich meine Überlegungen auf risikobezogene Prämienzuschüsse, d. h. Zuschüsse, die den Risikofaktoren so angepasst sind, dass die Prämien einen Krankenkassenmarkt mit Wettbewerb ermöglichen. Der Zuschuss ist für den Abschluss einer Krankenversicherung mit einer bestimmten Versicherungsleistung bestimmt und nicht übertragbar. Versicherte mit hohem Risiko zahlen ihre risikobezogenen Prämien teilweise mit diesem Zuschuss und teilweise selbst. Im Extremfall, bei dem die Zuschüsse und Solidaritätsbeiträge an die von den Krankenkassen anerkannten Risikofaktoren angepasst sind, wird die Prämie ohne Zuschuss zuzüglich des Solidaritätsbeitrags für diejenigen, die bei derselben Krankenkasse versichert sind, gleich hoch sein.

Ein System der risikobezogenen Prämienzuschüsse ermöglicht mit jeder neuen Vertragsperiode den Abschluss einer neuen Krankenversicherung. Sollte sich die Gesundheit eines Versicherten mit der Zeit verschlechtern und die Krankenkasse aus diesem Grunde die Versicherungsprämie des Versicherten erhöhen, wird der künftige Wert des Zuschusses auch dem veränderten Risiko des Versicherten angepasst. In diesem Sinne bietet ein Zuschussystem auch eine Versicherung gegen das Risiko, künftig ein schlechtes Risiko zu werden (Newhouse 1984, Pauly 1992, Kifmann 2002).

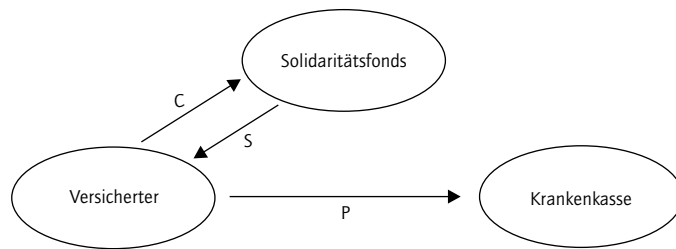
Es gibt mindestens drei Möglichkeiten, die Zahlungen der Zuschüsse zu organisieren (vgl. Abbildung 1). Bei der ersten, bereits erläuterten Methode (Form A) gibt es einen Ausgleich zwischen den Versicherten. Eine Alternative hierzu ist, dass der Zuschuss direkt an die Krankenkasse fließt und der Versicherte so die Prämie abzüglich des Zuschusses an die Krankenkasse zahlt (Form B). Eine weitere Möglichkeit ist es, dass der Versicherte die Prämie abzüglich des Zuschusses zuzüglich des Solidaritätsbeitrages an die Krankenkasse abführt, während die Kasse und der Solidaritätsfonds die Nettodifferenz von allen Solidaritätsbeiträgen und Zuschüssen der betreffenden Kunden abgleichen (Form C). Obwohl Form A (oft „Zuschussmodell“ genannt) und Form C (oft „Risikoausgleichsmodell“ genannt) auf den ersten Blick sehr unterschiedlich scheinen, ist es wichtig, dass die drei Formen sich ausschließlich dadurch unterscheiden, wie die Zahlungen organisiert sind. Die Art und Weise, nach der die Solidaritätsbeiträge und die Prämienzuschüsse errechnet werden, kann vollkommen identisch sein.

Trotzdem kann man zwischen den drei Formen einige Unterschiede erkennen. Erstens ist die direkte individuelle Zahlung an die Krankenkasse unter Form B (Prämie abzüglich Zuschuss) um einiges geringer als unter den Formen A und C. Auf diese Weise werden die Kostenersparnisse der Krankenkassen eine erheblich größere proportionale Auswirkung auf die direkte Höhe der Zahlungen unter Form B haben als im Falle der Formen A und C. Die Differenz der absoluten Höhe und der proportionalen Veränderung der Direktzahlungen kann auf unterschiedlichen Selbstauskünften der Versicherten beruhen (Buchmueller und Feldstein 1997). Zweitens ist die eigentliche Summe, die bei Form C durch den Solidaritätsfonds fließt, im Vergleich zu den Formen A und B ziemlich gering.

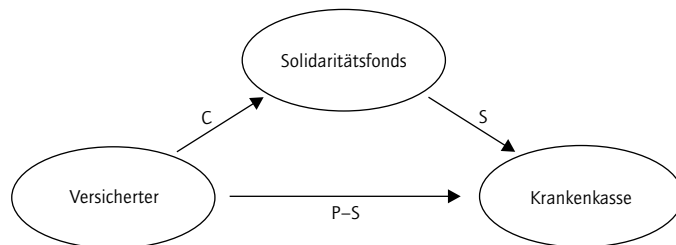
Abbildung 1

Drei unterschiedliche Formen von Zuschusssystemen

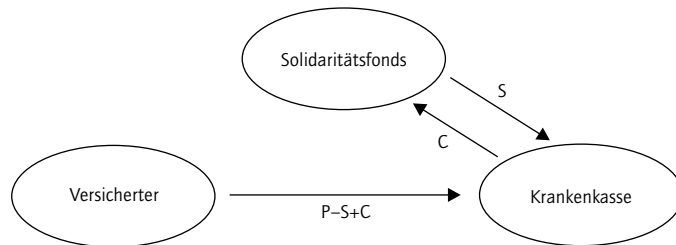
Form A



Form B



Form C



C = Solidaritätsbeitrag;
S = Risikoabhängiger Zuschuss;
P = Risikotarifierter Beitrag;

Quelle: Eigene Darstellung.

4 Die Praxis in einigen Ländern

In dem Fall, in dem ein System der expliziten Prämienzuschüsse (die zweite Strategie) keinen ausreichenden „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten schafft – aus welchen Gründen auch immer –, kann dies mit Obergrenzen für Versicherungsbeiträge und durch Kontrahierungszwang (erste Strategie) erreicht werden. Eine Kombination beider Strategien wird zurzeit in einigen Ländern praktiziert. Die Begrenzungen in der Praxis, die die Festsetzung von Versicherungsbeiträgen betrifft, gelten in diesem Falle für die direkten Zahlungen des Versicherten an seine Krankenkasse, d. h. entweder die Prämie (Form A) oder die Prämie abzüglich Zuschuss (Form B) oder die Prämie abzüglich Zuschuss zuzüglich Solidaritätsbeitrag (Form C).

Form C findet Anwendung in Kolumbien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Irland und der Schweiz. In Irland und der Schweiz fordert das Gesetz, dass Direktzahlungen an Krankenkassen für alle Mitglieder gleich hoch sind (Schweiz: innerhalb derselben Region). In Kolumbien und Deutschland machen Direktzahlungen einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens des Versicherten aus. In Kolumbien ist dieser Prozentsatz (1997: 12 %) unabhängig von der gewählten Krankenkasse, während er in Deutschland zwar zwischen Krankenkassen unterschiedlich sein kann, für alle Mitglieder derselben Kasse aber gleich hoch sein muss. In Belgien, Israel, den Niederlanden, Russland und den USA („Medicare Risk Plans“) wird zurzeit Form B praktiziert. In den Niederlanden und den USA (Medicare) verlangt das Gesetz, dass Direktzahlungen für alle Versicherten in derselben Krankenkasse gleich hoch sein müssen (USA: je nach Region). Die Höhe der Direktzahlung hängt vom Wettbewerb zwischen den Kassen ab. In Israel und Russland dürfen die Kassen von ihren Mitgliedern keine Direktzahlungen verlangen. Per Gesetz entspricht die Prämie daher dem Zuschuss. In allen genannten Ländern werden die Beschränkungen in der Praxis zur Festsetzung von Versicherungsbeiträgen durch einen periodischen Kontrahierungszwang für spezifische Gesundheitsversicherungen ergänzt.

In den meisten Ländern gelten Alter und Geschlecht als die einzigen Ausgleichsparameter; manchmal werden diese durch einen Behinderungsindikator (Niederlande) oder durch den Status als Fürsorgeempfänger (USA) ergänzt (van de Ven und Ellis 2000). Die Region als Ausgleichsparameter ist zwiespältig zu bewerten. Mit diesen schwachen Risikoindikatoren können die vorhersehbaren Verluste im Falle einer Obergrenze für Versicherungsbeiträge oft ziemlich hoch sein, was genügend Spielraum für profitable Formen der Risikoselektion zulässt. Zum Beispiel kann vorausgesagt werden, dass die 5 % der Versicherten mit den höchsten Behandlungskosten in einem bestimmten Jahr über die (mindestens) nächsten vier Jahre pro Kopf doppelt so hohe Ausgaben verursachen werden wie der Durchschnitt für ihr Alter und Geschlecht (van Vliet und van de Ven 1992).

Die wirksamste Strategie zur Verhinderung der Risikoselektion ist ein guter Risikostrukturausgleich, insbesondere auf der Basis von Morbiditätsindikatoren („Morbiditäts-RSA“). In der Fachliteratur wird eine Reihe weiterer Ausgleichsparameter vorgeschlagen, z. B. Ausgaben in früheren Jahren, frühere Nutzung der Versicherung (vor allem in Verbindung mit diagnostischen Informationen), eigene Berichte mit Informationen zur Gesundheit und Todesfälle (zur Übersicht vgl. van de Ven und Ellis 2000). Ein Durchbruch in der praktischen Anwendung eines Morbiditäts-RSA war die Einführung von „DRGs (Diagnosis Related Groups)“ am 1. Januar 2000 in den monatlichen Zahlungen von Medicare an die Krankenkassen in den USA (Pope et al. 2000, Greenwald 2000). DRGs stellen Morbiditätsindikatoren dar, die sich auf die Diagnose früherer Krankenhauseinweisungen stützen; dieser Ansatz wurde von Ash, Ellis und Kollegen entwickelt (Ash et al. 1989, Ellis und Ash 1995). Ein zweiter Durchbruch in der praktischen Durchsetzung eines Morbiditäts-RSA ist die Einführung der „Pharmazeutischen Kostengruppen“ im niederländischen Krankenkassensystem am 1. Januar 2002 (vgl. Lamers 1999, van Vliet und Lamers 2000). Vom 1. Januar 2004 an wird die niederländische Regierung auch die „Diagnostischen Kostengruppen“ als Risikofaktor in das Risikoausgleichsmodell eingliedern. Die Durchsetzung dieses Morbiditäts-RSA wird die Nettogewinne der Selektion erheblich senken. Ob er die finanziellen Anreize der Krankenkassen, die Präferenzen chronisch Kranker nicht zu beachten, beseitigen wird, bleibt eine durch die Empirie zu beantwortende Frage.

Im Falle des unvollständigen Risikoausgleichs ist eine Kostenaufteilung zwischen Solidaritätsfonds und Krankenkassen eine wirkungsvolle Strategie zur Senkung der Anreize für die Risikoselektion. Obwohl die Kostenaufteilung einen „Trade-off“ zwischen Risikoselektion und Effizienz mit sich bringt, scheint sie eine vielversprechende kurzfristige Lösung zur Verringerung des Selektionsproblems zu sein.

Aus einem Vergleich von Märkten, auf denen Wettbewerb zwischen Krankenkassen herrscht, in fünf europäischen Ländern für das Jahr 2000 (Belgien, Deutschland, Israel, Niederlande und Schweiz) schließen van de Ven et al. (2002), dass die Risikoselektion in Deutschland und der Schweiz ein großes Problem darstellt. Obwohl die Ausgleichsparameter die künftigen individuellen gesundheitlichen Ausgaben in allen fünf Ländern relativ unzuverlässig vorhersagen und es in allen fünf Ländern strenge Restriktionen für die direkten Prämienbeiträge der Kunden an die Kassen gibt, ist es nicht überraschend, dass – insbesondere in Deutschland und der Schweiz – die Risikoselektion ein wirkliches Problem ist. Dies sind die beiden einzigen Länder ohne jegliche Form der gesetzlichen Kostenteilung (d. h. die Krankenkassen tragen das ganze finanzielle Risiko) und mit einem „echten“ wettbewerblichen Krankenkassenmarkt. In beiden Ländern gibt es eine große Zahl von Krankenkassen. Belgien dagegen hat nur sechs Krankenkassen, die alle ein relativ geringes finanzielles Risiko tragen (um die 10 %). In Israel gibt es lediglich vier Krankenkassen, die sich dementsprechend wie ein Kartell verhalten. Die Niederlande liegen hier in der Mitte: Dort gibt es 24 Krankenkassen (von denen die vier größten Kassen einen Marktanteil von 42 % besitzen) mit einem über die letzten fünf Jahre hinweg stark gestiegenen finanziellen Risiko. Es kann – vor allem in Deutschland und der Schweiz – erwartet werden, dass die Selektion ohne große Verbesserungen in der Risikoausgleichsformel oder ohne die Einführung jeglicher Form der Kostenteilung in den nächsten Jahren steigen wird.

5 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Beitrag stand die Frage im Mittelpunkt, wie Regierungen in einem wettbewerblichen Krankenkassenmarkt einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten erzielen können. Eine einfache Strategie ist beispielsweise die Einführung von Beitragsobergrenzen für eine spezifische Krankenversicherung, möglicherweise kombiniert mit einem jährlichen Kontrahierungszwang. Der Beitrag kommt jedoch zu dem Schluss, dass Obergrenzen für Versicherungsbeiträge erhebliche Anreize für die Risikoselektion schaffen, was wiederum einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten, die Leistungsfähigkeit, die Qualität der Behandlung sowie die Kundenzufriedenheit negativ beeinflusst. Je weniger streng diese Obergrenzen gestaltet sind, desto weniger groß sind die Probleme, die sich aus der durch Verordnungen induzierten Selektion ergeben, die ihrerseits einen nicht so guten „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten bewirken. Selektionsprobleme können zwar durch bestimmte Formen der Kostenaufteilung zwischen staatlicher Seite und Krankenkassen verringert werden, aber eine Kostenteilung verringert auch die Anreize der Krankenkassen zur Leistungsfähigkeit. Es gibt hier also einen „Trade-off“ zwischen einem „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten, der Effizienz in der Versorgung und den nachteiligen Wirkungen der Risikoselektion.

Eine alternative Strategie zur Erlangung eines „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten ist ein System der risikobezogenen Prämiensubventionen (oder Risikoausgleich). Bei dieser Strategie können die Kassen risikobezogene Prämien festlegen, so dass die Se-

lektionsprobleme, die sich aus den Obergrenzen für Versicherungsbeiträge ergeben, erst gar nicht zum Tragen kommen. Um einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten zu erreichen, erhalten risikoreiche Personen einen risikobezogenen Prämienzuschlag aus einem Solidaritätsfonds, der mit gesetzlichen Beiträgen risikoarmer Versicherter aufgefüllt wird.

Wegen der scheinbar direkten Effekte neigen Politiker eher dazu, Obergrenzen für Versicherungsbeiträge zur Erreichung eines „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten in einem wettbewerblichen Krankenkassenmarkt risikobezogenen Prämiensubventionen vorzuziehen. Um jedoch die nachteiligen Auswirkungen der Selektion, verursacht durch die Obergrenzen, zu beseitigen, müssen diese Beschränkungen um einen ausreichenden Mechanismus zum Risikoausgleich ergänzt werden. Da ein System hinreichend risikobezogener Prämiensubventionen die Notwendigkeit von Obergrenzen für Versicherungsbeiträge beseitigt und so ihre Nachteile umgeht, ist der Ansatz der Prämiensubventionen als Strategie zu bevorzugen.

Diese Schlussfolgerung ist für die Gesundheitspolitik von beträchtlicher Relevanz. Im Jahre 1994 z. B. entschied das schweizerische Parlament, ob die Dauer des Modells des Risikoausgleichs auf 30 Jahre befristet wird. Das bedeutet, dass die Schweiz als langfristige Lösung anstrebt, einen „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten in einem wettbewerblichen Krankenkassenmarkt nicht durch risikobezogene Prämiensubventionen (oder durch ein System des Risikoausgleichs) zu erreichen, sondern indem Obergrenzen für Versicherungsbeiträge mit einem Kontrahierungszwang verbunden werden. Aus diesem Beitrag wird deutlich, dass dieser Entscheidung leicht widersprochen werden kann. Auch wenn am Ende dieses Zeitraums, aufgrund der Mobilität der Kunden, alle Krankenkassen ihr Versicherungsspektrum identisch ausgestaltet haben werden, wird – im Falle der Nichtexistenz eines Risikoausgleichs – das permanente Bestehen von Anreizen zur Selektion zur ständigen Bedrohung von einem „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten, der Effizienz und der Behandlungsqualität. Obwohl die Bedingungen des Kontrahierungszwanges den Krankenkassen ein einfaches Selektionsinstrument nehmen, besitzen sie dennoch eine ganze Reihe weiterer, subtilerer Selektionsinstrumente und starke finanzielle Anreize, diese zu nutzen. Der größte Teil nachteiliger Auswirkungen (wie in Abschnitt 3.1 beschrieben), die sich aus der Anwendung dieser feinen Selektionsinstrumente ergeben können, würde auch dann zutage treten, wenn alle Krankenkassen mit ihrer Selektion gleichermaßen erfolgreich sind. Dies ist ein ausreichendes Argument dafür (und ein Argument, dass von den Gesetzgebern in der Schweiz womöglich übersehen worden ist), ein hinreichendes Modell des Risikoausgleichs permanent zu gestalten, solange die Kunden eine Auswahl zwischen den risikotragenden Krankenkassen haben, die sich mit strengen Obergrenzen für Versicherungsbeiträge konfrontiert sehen.

Die meisten Länder, in denen ein wettbewerblicher Krankenkassenmarkt besteht, haben (auch weiterhin) keine vollkommene Formel zum Risikoausgleich, jedoch eine strikte Regulierung der direkten Prämienbeiträge ihrer Kunden an ihre Krankenkasse. Einige Länder betreiben überhaupt keine Form der Kostenaufteilung zwischen Solidaritätsfonds und Krankenkassen. In diesem Falle tragen die Kassen das gesamte finanzielle Risiko und haben finanzielle Anreize zur Risikoselektion. Diese Problematik ist in Deutschland und der Schweiz besonders groß. Wenn die Krankenkassen erheblichen finanziellen Zwängen ausgesetzt und deshalb gegenüber den Präferenzen chronisch Kranker gleichgültig sind, können die Nachteile eines wettbewerblichen Krankenkassenmarktes überwiegen. Von daher

ist zu empfehlen, dass die politischen Entscheidungsträger der Verbesserung des Systems des Risikoausgleichs höchste Priorität verleihen. Dies kann am besten durch die Einbeziehung von morbiditätsbezogenen Ausgleichsparametern geschehen. Ein guter morbiditätsorientierter Risikoausgleich ist die einzige effektive Strategie zur Verhinderung der Risikoselektion, die den „solidarischen“ Ausgleich der Krankheitslasten nicht mindert und den Wettbewerb zwischen den risikotragenden Krankenkassen nicht stört.

In der Fachliteratur wird ein wettbewerblicher Krankenkassenmarkt mit dem Modell des regulierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen verbunden (Enthoven 1988). Dieses Modell bedeutet Wettbewerb auf dem Krankenkassenmarkt ebenso wie auf dem Markt der Gesundheitsversorgung. Es besagt auch, dass Regierungen einzelnen Krankenkassen erlauben, Leistungen umsichtig einzukaufen und „Krankheitsmanagement“ zu betreiben. Das heißt, dass Regierungen einzelnen Krankenkassen nicht deren Instrumente entziehen sollten, beispielsweise die selektive Vergabe von Verträgen an Leistungserbringer, das Management der Inanspruchnahme sowie mögliche Verhandlungen mit einzelnen Anbietern über Kosten und Qualität. Stärker als Regierungen oder alle Krankenkassen gemeinsam sollten einzelne Kassen als Käufer von Gesundheitsleistungen agieren. Es ist deshalb wichtig – und dies ist für die Gesundheitspolitik beispielsweise in Deutschland von großer Relevanz –, dass Politiker diese Käufer sorgfältig auswählen. Es gibt hier zwei Möglichkeiten: (1) eine Regierung, die sich für das Gesundheitsmanagement einer zentraler Gesetzgebung bedient, bzw. ein Krankenkassenkartell oder (2) miteinander im Wettbewerb stehende risikotragende Krankenkassen, die mit Leistungserbringern selektiv Versorgungsverträge abschließen. Im Rahmen der ersten Möglichkeit ist es nur schwierig, ein rationales Argument für einen wettbewerblichen Krankenkassenmarkt (und die damit verbundenen Probleme bezüglich eines „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten) zu finden. In diesem Fall ist eine nationale Einheitskasse effizienter. Bei der zweiten Möglichkeit stehen Politiker vor dem Dilemma, dass die Instrumente zum Gesundheitsmanagement auch sehr effektive Mittel zur Risikoselektion sind. Dies unterstreicht, dass der Verhinderung der nachteiligen Auswirkungen der Risikoselektion im Gesundheitswesen eine hohe Priorität eingeräumt werden sollte.

Literaturverzeichnis

- Ash, A. S., F. Porell, L. Gruenberg, E. Sawitz E. und A. Beiser (1989): Adjusting Medicare Capitation Payments Using Prior Hospitalization Data. *Health Care Financing Review*, 10 (4), 17–29.
- Buchmueller, T. C. und P. J. Feldstein (1997): The Effect of Price on Switching Among Health Plans. *Journal of Health Economics*, 16 (2), 231–247.
- Ellis, R. P. und A. S. Ash (1995): Refinements to the Diagnostic Cost Group Model. *Inquiry*, 32 (4), 418–429.
- Enthoven, A. C. (1988): *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Professor Dr. F. de Vries lecture in economics, Vol. 9. Amsterdam, North Holland, Elsevier Science Publisher.
- Greenwald, L. M. (2000): Medicare Risk Adjusted Payments: From Research to Implementation. *Health Care Financing Review*, 21 (1), 1–5.
- Kifmann, M. (2002): *Insuring Premium Risk in Competitive Health Insurance Markets*. Tübingen, Mohr Siebeck.

- Lamers, L. M. (1999): Pharmacy Costs Group: A Risk-Adjuster for Capitation Payments Based on the Use of Prescribed Drugs. *Medical Care*, 37 (8), 824–830.
- Newhouse, J. P. (1984): Risk Selection Asymmetric Information, and a Competitive Insurance Market. *Journal of Health Economics*, 3 (1), 97–100.
- Pauly, M. V. (1992): Risk Variation and Fallback Sickness Funds in Universal Coverage Insurance Plans. *Inquiry*, 29 (2), 137–147.
- Pope, G. C., R. P. Ellis und A. S. Ash (2000): Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment. *Health Care Financing Review*, 21 (2), 93–118.
- Van Barnefeldt, E. M., L. M. Lamers, R. C. J. A. van Vliet und W. P. M. M. van de Ven (2001): Risk Sharing as a Supplement to Imperfect Capitation: A Trade-off Between Selection and Efficiency. *Journal of Health Economics*, 20 (2), 147–168.
- Van de Ven, W. P. M. M. und R. P. Ellis (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: J. P. Newhouse und A. J. Culyer (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, North-Holland, Elsevier, 755–845.
- Van de Ven, W. P. M. M., R. C. J. A. van Vliet, F. T. Schut und E. M. van Barneveld (2000): Access to Coverage for High-Risks in a Competitive Individual Health Insurance Market: Via Premium Rate Restrictions or Risk-Adjusted Premium Subsidies? *Journal of Health Economics*, 19 (3), 311–339.
- Van de Ven, W. P. M. M., K. Beck und F. Buchner (2002): Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Market in Five European Countries. Erscheint in *Health Policy*.
- Van Vliet, R. C. J. A. und W. P. M. M. van de Ven (1991): Towards a Capitation Formula for Competing Health Insurers: An Empirical Analysis. *Social Sciences and Medicine*, 39 (9), 17–29.
- Van Vliet, R. C. J. A. (2000): A Statistical Analysis of Mandatory Pooling Across Health Insurance. *Journal of Risk & Insurance*, 67 (2), 197–217.
- Van Vliet, R. C. J. A. und L. M. Lamers (2000): Verdeelkenmerken voor het ZFW-verdeelmodel gebaseerd op chronische aandoeningen afgeleid uit medicijngebruik in het verleden: tweede fase. *iBMG* (Rotterdam), 1–162.