

## **Wettbewerb sagen, aber Einheitskasse meinen**

**Korreferat zu dem Beitrag von Stefan Greß:  
„Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb  
in der GKV – Effekte und Perspektiven“**

Von Stefan Felder\*

Die Mitte der 90er Jahre eingeführte Kassenwahlfreiheit der Versicherten hat zu einer deutlichen Intensivierung des Kassenwettbewerbs in der GKV geführt. Diese Entwicklung wird nicht von allen Ökonomen als positiv angesehen. Zwar wird die Funktion des Wettbewerbs in der Krankenversicherung und dem Markt für Gesundheitsgüter gewürdigt, gleichzeitig werden aber die Vorbehalte gegen den Wettbewerb so laut verkündet, dass der Eindruck entsteht, die Autoren möchten das Rad der Zeit zurückdrehen. Stefan Greß spricht sich am Rande seines Beitrages sogar für eine Einheitskasse aus.

Es ist unter Ökonomen weitgehend unbestritten, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen einer Regulierung bedarf. Insbesondere auf dem Krankenversicherungsmarkt würde es aufgrund asymmetrischer Informationsverteilung zwischen Versicherern und Versicherten zu Adverser Selektion kommen, die die Stabilität des Marktes bedrohte. Eine staatliche Zwangsversicherung, die einen Teil des Kostenrisikos abdeckt, könnte dieses Problem lösen. Insofern geht die Feststellung von Greß, der Wettbewerb könne aufgrund der gesetzlich nicht zugelassenen Möglichkeit der Kassen, Krankenversicherungsverträge zu differenzieren, nicht funktionieren, völlig am Problem vorbei. Es ist gerade umgekehrt, der Wettbewerb drohte zu versagen, wenn den Kassen diese Option zugestanden würde.

Im Zentrum des Beitrages von Greß steht der Preiswettbewerb in der GKV. Er stellt fest, dass die Nachfrage nach Krankenversicherung in der GKV sehr elastisch auf Beitragssatzänderungen reagiert. Die empirisch ermittelte Preiselastizität ist betragsmäßig in den letzten Jahren gestiegen und betrug im letzten Jahr rund –6 (für Details vgl. Greß et al. 2002). Dieser Wert wird im Vergleich zu amerikanischen und niederländischen Studien als hoch eingeschätzt.

Ich möchte mich im Folgenden etwas näher mit der Preiselastizität der Nachfrage nach Versicherungspolice beschäftigen. Die Versicherungsdeckung in der GKV ist weitgehend standardisiert. Beim Deckungsumfang gibt es kaum, hinsichtlich Zuzahlungen und Kündigungsfristen überhaupt keine Unterschiede zwischen den Angeboten der Kassen. Von daher würde man zunächst eine hohe Preiselastizität der Nachfrage nach Krankenversicherungspolice erwarten. Im Falle perfekter Homogenität der Angebote müsste die Preiselastizität gar unendlich sein. Dies hätte zur Folge, dass Unterschiede in den Beitragssätzen der Kassen höchstens vorübergehend existieren könnten, da Beitragssatzdifferenzen die Versicherten veranlassen würden, teure Versicherungspolice gegen günstigere einzutauschen und so teure Police aus dem Markt gedrängt würden.

\* Lehrstuhl Gesundheitsökonomie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, E-Mail: stefan.felder@ismhe.de

In Wirklichkeit gibt es dennoch Beitragssatzunterschiede, und die Prämielastizität der Versicherungsnachfrage ist nach oben begrenzt. Es existieren verschiedene Faktoren, die eine geringere Prämielastizität erklären können. Erstens besteht nach wie vor eine starke Bindung der Versicherten an die Kassen (die Kassenwahlfreiheit wurde erst 1996 eingeführt). Ein zweiter wichtiger Faktor ist in der Sachwalterfunktion der Krankenkasse zu finden. Die Kasse informiert die Versicherten über die verschiedenen Leistungserbringer, berät sie in der Prävention usw. Dadurch entwickelt sich ein Vertrauensverhältnis mit dem Ergebnis, dass die Versicherten bei Prämienänderungen weniger elastisch reagieren. Drittens entstehen den Versicherten Suchkosten, wenn sie die Kasse wechseln wollen, so dass sie nach einem Prämienanstieg nicht gleich den Vertrag kündigen.

Aufgrund dieser Erwägungen kann man trotz vermeintlicher Homogenität des Angebotes die GKV als einen Markt auffassen, auf dem monopolistische Konkurrenz herrscht. Die sich verschiebende Kassenlandschaft lässt sich als ein Auffächern des Marktes interpretieren, in dem sich die Versicherten gemäss ihren Präferenzen entscheiden, die Kasse zu wechseln oder bei der bisherigen zu bleiben. Aus einer solchen Perspektive präsentieren sich die aktuellen Vorgänge als nichts Außergewöhnliches.

Schwarze und Andersen (2001) haben kürzlich das Mobilitätsverhalten von GKV-Mitgliedern untersucht. Dabei zeigten sich neben anderen Faktoren vor allem das Alter und das Einkommen als entscheidende Prädiktoren für die Wahrscheinlichkeit eines Kassenwechsels. Ältere Personen wechseln die Kasse weniger häufig als jüngere, einkommensstarke dagegen häufiger als einkommensschwache. Diese Ergebnisse erklären sich als eine Kombination der Effekte von Suchkosten und Beitragssatzfinanzierung. Bei gegebenem Beitragssatz ist der Prämienbeitrag eines GKV-Mitgliedes umso höher, je höher sein Einkommen ist. Falls also eine Schwelle für einen Beitragssatzanstieg existiert, von der an Mitglieder die Kosten auf sich nehmen, einen neuen Vertrag zu suchen, so wird sie umso eher erreicht, je höher das Einkommen ist. Wenn man sich zudem noch vergegenwärtigt, dass die Hälfte des Beitrages der Arbeitgeber bezahlt, dann muss der Beitragssatzunterschied hoch ausfallen, bis sich die Mitglieder bewegen. Insofern verhalten sich ältere und ärmere Mitglieder, die weniger häufig die Kasse wechseln, rational.

Als weiterer signifikanter Faktor für einen Kassenwechsel wurde ein Arztbesuch im letzten Quartal identifiziert. Auch auf dieses Ergebnis werfen die Suchkosten ein erhellendes Licht. Wenn ein Mitglied den Arzt aufsuchen muss, liegt es nahe, sich mit seiner Vertragssituation in der Krankenversicherung zu beschäftigen. Es kommt sowohl mit dem Arzt als auch mit seiner Kasse in Kontakt und wird dabei möglicherweise über alternative Angebote informiert; mit anderen Worten, die Suchkosten eines Mitgliedes, das den Arzt neu aufsucht, sind ceteris paribus geringer als bei Mitgliedern, die keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass weitere Arztbesuche oder ein stationärer Aufenthalt keine zusätzliche Erklärungskraft für einen Kassenwechsel besitzen.

Zum Schluss seines Beitrages referiert Greß über die aus seiner Sicht notwendigen Schritte der Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs in der GKV. Dazu gehören die Ergänzung des Risikostrukturausgleichs (RSA) um Disease-Management-Programme (DMP) und das Aufbrechen von monopsonistischen Strukturen im Vertragswettbewerb zwischen Kassen und Leistungserbringern. Während Gesundheitsökonominnen Letzteres schon seit langem fordern, sind ihre Meinungen hinsichtlich Erweiterungen des RSA geteilt (vgl. Felder 2001).

Bei den DMP ist man gerade dabei, bürokratische Entitäten einzurichten, die das Gegenteil von Vertrags- und Qualitätswettbewerb darstellen. Zudem lässt sich beobachten, wie das neue Instrument innerhalb der korporatistischen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens zum Vorteil der beteiligten Verbände umgebogen wird. Dies kann aber weit weniger überraschen als der Umstand, dass Ökonomen die DMPs als ein Mittel sehen, den Wettbewerb in der GKV neu zu regeln.

### **Literaturverzeichnis**

- Felder, Stefan (2001): Wehret den Anfängen! Gegen Morbiditätsfaktoren im Risikostrukturausgleich. *Wirtschaftsdienst*, 81 (4), 198–202.
- Greß, Stefan, Erik Schut und Jürgen Wasem (2002): *Free Choice of Sickness Funds in Social Health Insurance – Theoretical Foundation and Empirical Findings in Germany*. Paper presented at the Fourth European Conference on Health Economics. Paris, 9. Juli 2002.
- Schwarze, Johannes und Hanfried H. Andersen (2001): *Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?* DIW Diskussionspapiere 267. Berlin.