

## Krankenkassenwettbewerb in der GKV: Evidenz für Risikoselektion?\*

Von Robert Nuscheler\*\*

**Zusammenfassung:** Seit 1996 können die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands (GKV) ihre Krankenkasse frei wählen. Der Wettbewerb zwischen den Kassen wurde damit erheblich verstärkt. Wegen des Verbots risikoabhängiger Prämien (Diskriminierungsverbot) haben die Krankenkassen einen Anreiz, aktiv Risikoselektion zu betreiben – sich also aktiv um eine Verbesserung ihres Risikopools zu bemühen. In diesem Beitrag wird argumentiert, dass die Wettbewerbsverzerrungen in der GKV nicht auf aktive, sondern auf passive Risikoselektion zurückzuführen sind. Das Problem liegt also nicht im Wettbewerb selbst, sondern in der schlechten Organisation des Wettbewerbs. Ein verbesserter Risikostrukturausgleich würde dieses Problem entschärfen und zudem eine weitere Stärkung des Wettbewerbs ermöglichen.

**Summary:** In 1996, free choice of sickness fund was given to those insured under the German Public Health Insurance System, thus significantly intensifying competition among funds. As funds must not charge risk-related premiums (community rating), there are substantial selection incentives, i.e. funds have incentives to engage in active risk selection to improve their risk pool. In this paper we argue that the distortions observed in the German Public Health Insurance market do not originate from active but from passive risk selection. Thus, the problem is not competition but its insufficient organization. Improved risk adjustment would mitigate this problem and would, additionally, allow for more competition on the market.

### 1 Einleitung

Dem Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt werden von Ökonomen typischerweise drei positive Wirkungen zugeschrieben (vgl. van de Ven und van Vliet 1992: 24): Erstens, da der Wettbewerb auch über die Preise für eine Versicherung stattfindet, werden Anreize zu kostenbewusstem Verhalten gesetzt. Dies bezieht sich sowohl auf die Kosten der Leistungserbringung als auch auf administrative Kosten. Zweitens ist neben dem Preis für eine Krankenversicherung die Qualität ein wesentliches Kriterium, wenn sich ein Versicherter zwischen verschiedenen Anbietern entscheiden muss. Sowohl der Qualität der Leistungserbringung als auch der Servicequalität einer Krankenversicherung, z. B. deren Beratungsleistungen und deren Geschäftsstellendichte, kommt entscheidende Bedeutung zu. Deshalb verspricht man sich vom Wettbewerb um Versicherte eine steigende Qualität im Markt insgesamt. Drittens führt der Wettbewerb zu einer stärkeren Kundenorientierung der Versicherer.

\* Ich bedanke mich bei Dieter Cassel und Heinz Stapf-Finé für wertvolle Hinweise zur ersten Version des Beitrags. Für verbleibende Fehler trage ich die alleinige Verantwortung.

\*\* Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Abteilung Marktprozesse und Steuerung, E-Mail: [robert@wz-berlin.de](mailto:robert@wz-berlin.de)

Seit 1996 können die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) ihre Krankenkasse weitgehend frei wählen. Die damit einhergehende Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen ist vor dem Hintergrund der genannten positiven Effekte zu begrüßen. Dennoch wäre ein Plädoyer für mehr Wettbewerb an dieser Stelle verfrüht, da der Wettbewerb auf Krankenversicherungsmärkten auch negative Begleiterscheinungen haben kann. In der GKV liegt die Ursache für diese negativen Effekte im Diskriminierungsverbot, das es den Krankenkassen verbietet, risikoabhängige Beiträge von ihren Versicherten zu verlangen.<sup>1</sup> Dadurch haben die Krankenkassen einen Anreiz, die „schlechten Risiken“ (Versicherte mit hohen erwarteten Leistungsausgaben) abzuschrecken bzw. ihnen Versicherungsschutz zu verweigern, da sie bei einheitlichen Prämien Verluste verursachen. Umgekehrt entstehen Gewinne durch „gute Risiken“ (Versicherte mit niedrigen erwarteten Leistungsausgaben). Die Krankenkassen haben also einen Anreiz, sich aktiv um einen guten Risikopool zu bemühen.

Wir unterscheiden hier zwei verschiedene Arten der Risikoselektion, aktive und passive Risikoselektion. *Aktive* Risikoselektion liegt dann vor, wenn sich eine Krankenkasse aktiv (und erfolgreich) um einen guten Risikopool bemüht. Es kann jedoch auch dann zur Entmischung von Risiken kommen, wenn sich keine Krankenkasse aktiv um einen guten Risikopool bemüht. In diesem Fall sprechen wir von *passiver* Risikoselektion, einem Phänomen, das heterogene Wechselkosten der Versicherten voraussetzt. Sind die Wechselkosten für gute Risiken geringer als für schlechte Risiken, so neigen die guten Risiken eher zu einem Versicherungswechsel. Dies kann bei asymmetrischen Wechslerströmen zwischen den Krankenkassen zu adverser Selektion führen, was bei einem unvollständigen Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen Wohlfahrtsverluste zur Folge hätte.<sup>2</sup> Während aktive Risikoselektion ein direkter negativer Effekt des Wettbewerbs ist, mehr Wettbewerb im Markt also schlecht wäre, gilt dies nicht für passive Risikoselektion, die auf eine unzureichende Organisation des Wettbewerbs hinweist. Die unterschiedliche Bewertung von Wettbewerb unterstreicht die Bedeutung der hier vorgenommenen Unterscheidung.

Um den verzerrenden Wirkungen von Risikoselektion zu begegnen, ist der Wettbewerb in der GKV stark reguliert. Zunächst wird durch den Risikostrukturausgleich (RSA) und den teilweisen Ausgabenausgleich ein nicht unwesentlicher Teil der potentiellen Gewinne aus Risikoselektion eliminiert und damit der Anreiz, aktiv Risikoselektion zu betreiben, verringert. Darüber hinaus verbietet der Kontrahierungszwang den Krankenkassen, Versicherte abzulehnen. So kann beispielsweise Personen mit geringem Einkommen oder chronisch Kranken der Versicherungsschutz nicht verweigert werden. Auch die Möglichkeiten, auf indirektem Wege zu einem guten Risikopool zu gelangen, sind stark eingeschränkt. So ist das Leistungspaket zu weiten Teilen durch das Sozialgesetzbuch V festgelegt. Auch die Steuerung der Risikostruktur über Einzelverträge mit Anbietern medizinischer Leistungen ist kaum möglich, da Einzelverträge nur sehr eingeschränkt Anwendung finden können. Weiterhin gibt es bisher nur Pilotversuche mit Selbstbehalttarifen – Tarifen, die eher für gute Risiken attraktiv sind.

<sup>1</sup> Das Diskriminierungsverbot erscheint sowohl aus Gerechtigkeitsgründen als auch aus Effizienzgründen gerechtfertigt. So würde es weitgehend als ungerecht empfunden, wenn chronisch Kranke einen vielfach höheren Beitrag entrichten müssten als der Durchschnittsversicherte. Darüber hinaus bietet das Diskriminierungsverbot eine Versicherung gegen das Prämienrisiko, wenn der eigene Risikotyp noch nicht bekannt ist. Diese Effizienzbegründung setzt jedoch voraus, dass der Risikotyp zu weiten Teilen außerhalb der Einflussmöglichkeiten der Versicherten liegt (Kifmann 2002), was beispielsweise für genetische Prädispositionen zutrifft.

<sup>2</sup> Siehe dazu auch Abschnitt 2 dieses Beitrags.

So verbleiben den Krankenkassen nur sehr wenige Parameter, die sie zur aktiven Risikoselektion einsetzen können. Als die wichtigsten Beispiele seien hier selektive Werbung und das Ausdünnen der Geschäftsstellendichte genannt. Für beide Aktivitäten gibt es in der GKV durchaus Evidenz. Jedoch bedeutet dies noch nicht, dass die Bemühungen der Krankenkassen um die guten Risiken auch erfolgreich sind – und nur dann gäbe es ein relevantes Selektionsproblem. Es ist nun die Aufgabe der empirischen Forschung, die Selektionshypothese zu testen.

Typischerweise wird in empirischen Studien zur Risikoselektion der sogenannte Wechsleransatz verwendet. In ihrem Gutachten finden Lauterbach und Wille (2001), dass Krankenkassenwechsler vor und nach ihrem Wechsel geringere Gesundheitsausgaben verursachen als Nichtwechsler. Ein weiteres Gutachten (Jacobs et al. 2002) gelangt zum selben Ergebnis. Jedoch liefern diese Befunde für sich genommen noch keine Evidenz für aktive Risikoselektion. Eine alternative Erklärung sind geringere Wechselkosten guter Risiken, was in passive Risikoselektion münden kann. Ähnliches gilt für Studien, die den Einfluss des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes auf die Wechselwahrscheinlichkeit analysieren (Andersen und Schwarze 1999, Schwarze und Andersen 2001). Obwohl überzeugende Evidenz für aktive Risikoselektion fehlt, wird diese weithin als Problem für die GKV angesehen (Buchner und Wasem 2003).

Nuscheler und Knaus (2005) schließen diese empirische Lücke, indem sie mithilfe eines multinomialen Logitmodells aktive und passive Risikoselektion voneinander trennen. Da die Betriebskrankenkassen (BKKs) als Gewinner des Wettbewerbs gelten, wird die Selektionshypothese zwischen BKKs und Nicht-BKKs mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 1995 bis 2000 getestet. Es finden sich keine Hinweise auf aktive Risikoselektion, jedoch klare Anzeichen von passiver Risikoselektion zugunsten der BKKs.

In diesem Beitrag gehen wir wie folgt vor: In Abschnitt 2 werden mögliche Ursachen für das Entstehen unterschiedlicher Risikopools sowie deren verzerrende Effekte genannt. Die Situation in der GKV ist Gegenstand des Abschnitts 3. Der Ansatz und die Ergebnisse von Nuscheler und Knaus (2005) werden in Abschnitt 4 vorgestellt. In Abschnitt 5 werden Politikimplikationen diskutiert, gefolgt von einem Fazit in Abschnitt 6.

## 2 Risikoselektion und ihre negativen Auswirkungen

Wie bereits in der Einleitung erläutert, unterscheiden wir zwischen aktiver und passiver Risikoselektion. Dass es aufgrund von aktiver Risikoselektion zur Separierung von Risiken kommen kann, ist offensichtlich und soll daher hier nicht weiter thematisiert werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang nur, dass sich die Krankenkassen *aktiv* und erfolgreich um eine bessere Risikostruktur bemühen. Da gute Risiken jedoch durch geringere Wechselkosten eine höhere Wechselneigung haben als schlechte Risiken, kann es auch ohne aktive Risikoselektion zur Entmischung von Risiken kommen. Zur Illustration sei folgende Situation betrachtet: Angenommen wird, dass es zwei Krankenkassen G und S gibt, die identische Leistungen anbieten. Die Kasse G weise eine bessere Risikostruktur auf als Kasse S. Ist der zwischen den Kassen bestehende RSA unvollständig, so kann Kasse G auch nach dem Risikoausgleich einen geringeren Beitragssatz anbieten als Kasse S. Es gebe nun zwei Versicherte der Kasse S, g und s, die sich nur in ihrem Risikotyp unterscheiden. Beide würden in gleichem Ausmaß von den niedrigeren Beitragssätzen der Kasse G

profitieren. Sind die Wechselkosten nun derart, dass das gute Risiko (der Versicherte *g*) zu Kasse *G* wechselt, das schlechte Risiko (der Versicherte *s*) jedoch bei Kasse *S* verbleibt, kommt es zur Ansammlung von schlechten Risiken in Kasse *S*. Mehr noch: Ist *g* ein besseres Risiko als der Durchschnitt der Versicherten der Kasse *G*, verbessert sich der Risikopool der Kasse *G* und das Beitragssatzdifferential steigt. Man beachte hierbei, dass dies keine Selektionsaktivitäten seitens der Kasse *G* erfordert. Es genügt ein hinreichend unvollständiger RSA zusammen mit Wechselkosten, die negativ mit dem Risikotyp korrelieren.<sup>3</sup>

Der Umfang der negativen Auswirkungen von Risikoselektion hängt nun davon ab, ob aktive oder passive Risikoselektion vorliegt. Für aktive Risikoselektion nennen Van de Ven und Van Vliet (1992: 24) und Van de Ven und Ellis (2000: 774–776) folgende Probleme: Erstens, um schlechte Risiken abzuschrecken, können insbesondere chronisch Kranke schlechte Leistungen erhalten. Sind die Vorteile eines Wechsels hinreichend groß (z. B. durch einen niedrigen Beitragssatz), werden chronisch Kranke dennoch zu Kassen mit geringer Qualität wechseln. Im Gleichgewicht auf dem Versicherungsmarkt mit aktiver Risikoselektion wird deshalb die Qualität medizinischer Leistungen und auch die Servicequalität geringer sein als in einem Markt ohne aktive Risikoselektion. Zweitens könnten ineffiziente Kassen, die erfolgreich Risikoselektion betreiben, effiziente Kassen aus dem Markt verdrängen. Drittens verursachen Selektionsaktivitäten Kosten, ohne dass damit notwendigerweise Vorteile verbunden wären. Viertens könnte der Versicherungsmarkt instabil sein, da auf Krankenversicherungsmärkten nicht unbedingt ein Gleichgewicht existiert (vgl. Rothschild und Stiglitz 1976). Fünftens könnte nur unzureichende Versicherungsdeckung bereitgestellt werden. Da gute Risiken eher bereit sind, Selbstbehalte in Kauf zu nehmen als schlechte Risiken (Schellhorn 2002, Werblow 2002), besteht die Gefahr, dass Selbstbehalttarife zur aktiven Risikoselektion eingesetzt werden. Da jedoch auch die guten Risiken das (finanzielle) Gesundheitsrisiko lieber auf eine Krankenkasse abwälzen würden, im Versicherungsmarktgleichgewicht aber nicht können, entsteht ein Wohlfahrtsverlust. Während die Instabilität des Krankenversicherungsmarktes für die GKV ein Problem darstellen kann, ist die Selektion von guten Risiken durch Selbstbehalttarife praktisch ausgeschlossen. Einerseits dürfen derartige Verträge nur sehr eingeschränkt angeboten werden, und andererseits ist der Leistungsumfang der Krankenkassen zu weiten Teilen reguliert.

Aber auch bei passiver Risikoselektion kann es, wenn auch in geringerem Umfang, zu Verzerrungen kommen (Breyer et al. 2005: 298). Neue Kassen könnten mit niedrigen Beitragssätzen in den Markt eintreten. Da die guten Risiken eher zum Wechsel neigen, können die eintretenden Kassen damit dennoch mindestens ihre Kosten decken. In der Folge müssten etablierte Kassen ihre Beitragssätze erhöhen und könnten im Extremfall ganz aus dem Markt verdrängt werden. Diese Situation kann selbst dann noch eintreten, wenn die etablierten Kassen effizienter sind als die neu eintretende Kasse. Derselbe Mechanismus wirkt bei immer wieder neuen Markteintritten, so dass eine Situation zu erwarten ist, in der Beitragssätze – oder sogar ganze Krankenkassen – nur kurzfristig Bestand haben. In einem derart dynamisch instabilen Markt ist es unwahrscheinlich, dass in effiziente Versorgungsstrukturen investiert wird. Die oben erwähnten Effekte zwei und vier können also gemeinsam wirken.

<sup>3</sup> Auf die Bedeutung von Wechselkosten für die Wechselentscheidung weisen u. a. Buchmueller und Feldstein (1997: 233) hin.

Wechseln nun vornehmlich die guten Risiken, ist dies noch keine Evidenz für aktive Risikoselektion, da sowohl bei aktiver als auch bei passiver Risikoselektion die guten Risiken wechseln. Eine Trennung dieser beiden Argumente, wie sie in Nuscheler und Knaus (2005) vorgenommen wurde, ist daher eine unabdingbare Voraussetzung für Politikimplikationen. Findet man in einem Markt aktive Risikoselektion, wäre eine weitere Stärkung des Wettbewerbs wenig ratsam, da auf diese Weise den Versicherern mehr Instrumente zur Risikoselektion an die Hand gegeben würden. Bei passiver Risikoselektion hingegen kann mehr Wettbewerb durchaus positive Wirkungen entfalten. Er müsste allerdings anders organisiert bzw. reguliert werden.

### 3 Einige Beobachtungen aus der GKV

Seit 1996 können die Versicherten der GKV ihre Krankenkasse im Wesentlichen frei wählen. Um die komparativen Wettbewerbsvorteile von Kassen mit (zufällig) guter Risikostruktur zu verringern, wurde 1994 der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Da die Beiträge als Prozentsatz vom Einkommen erhoben werden, werden unterschiedliche Einkommensstrukturen vorweg ausgeglichen. Auf der Ausgabenseite werden die Auswirkungen unterschiedlicher Risikostrukturen durch die Variablen Alter, Geschlecht, Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsstatus und die Art des Krankengeldanspruchs abgemildert. Weitere bereits in der Einleitung erwähnte Regulierungsinstrumente sind der Kontrahierungszwang, die weitgehende Regulierung des Leistungspakets, die stark eingeschränkte Möglichkeit von Einzelverträgen und die ebenfalls stark eingeschränkte Möglichkeit von Selbstbehalttarifen. Ergänzend traten im Jahre 2002 Disease-Management-Programme und ein (teilweiser) Ausgabenausgleich hinzu.<sup>4</sup>

Durch die umfassende Regulierung des Wettbewerbs haben die Krankenkassen kaum Möglichkeiten, Risikoselektion zu betreiben. Selektive Werbung und die Reduzierung der Geschäftsstellendichte verbleiben als die wesentlichen Selektionsparameter. Letzteres ist bzw. war insbesondere bei Betriebskrankenkassen (BKKs) zu beobachten. Tatsächlich können die BKKs als Gewinner des Wettbewerbs angesehen werden. Sie gewannen von 1995 bis 2001 gut 3 Millionen Millionen Versicherte hinzu, während die Ersatzkassen (EKs) und Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs) im selben Zeitraum ungefähr in gleicher Höhe Mitglieder verloren, wobei die AOKs die Hauptlast zu tragen hatten.

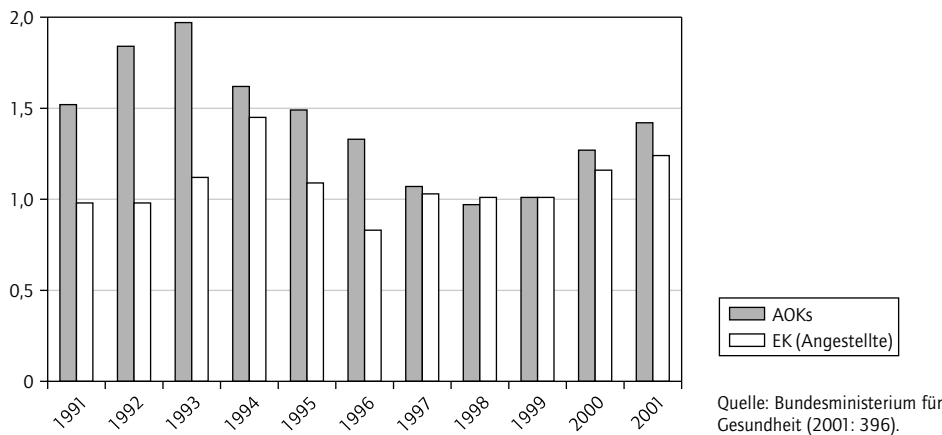
Als ein entscheidender Beweggrund für einen Kassenwechsel wird der Beitragssatz genannt. Dies wird durch eine Studie von Schwarze und Andersen (2001) untermauert (vgl. dazu auch Greß (2002)). Vor diesem Hintergrund ist ein Blick auf die durchschnittlichen Beitragssätze erhellend. Abbildung 1 zeigt die Abweichung der durchschnittlichen Beitragssätze der AOKs und EKs von denen der BKKs.<sup>5</sup> Der Wettbewerb zusammen mit dem RSA führte zunächst, zumindest von der Tendenz her, zu einer Angleichung der durchschnittlichen Beitragssätze. Die Beitragssatzdifferenz schwankte seit Mitte der 90er Jahre um 1 Prozentpunkt und war damit weiterhin recht hoch. Da die Differenz zudem in den Jahren von 1999 bis 2001 wieder stieg, erscheint Risikoselektion seitens bzw. zugunsten der BKKs als eine nahe liegende Arbeitshypothese.

<sup>4</sup> Die Wirkungen der Disease-Management-Programme und des Ausgabenausgleichs werden im Rahmen dieser Studie nicht einbezogen.

<sup>5</sup> Wegen der geringen Mitgliederzahl verzichten wir aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die Darstellung der Ersatzkassen für Arbeiter.

Abbildung 1

**Beitragssatzdifferenzen im Vergleich zu BKKs  
In Prozentpunkten**



Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich die Argumentation in diesem Beitrag sowie in Nuscheler und Knaus (2005) nur auf Risikoselektion zwischen BKKs und Nicht-BKKs bezieht und nicht auf einzelne Krankenkassen oder andere Gruppen von Krankenkassen. Andere Hypothesen wären ohne weiteres denkbar, sind jedoch mit den Daten des SOEP für die Jahre 1995 bis 1997 wegen unzureichender Informationen über die Krankenkassenzugehörigkeit nicht testbar.<sup>6</sup>

#### 4 Risikoselektion in der GKV – aktiv oder passiv?

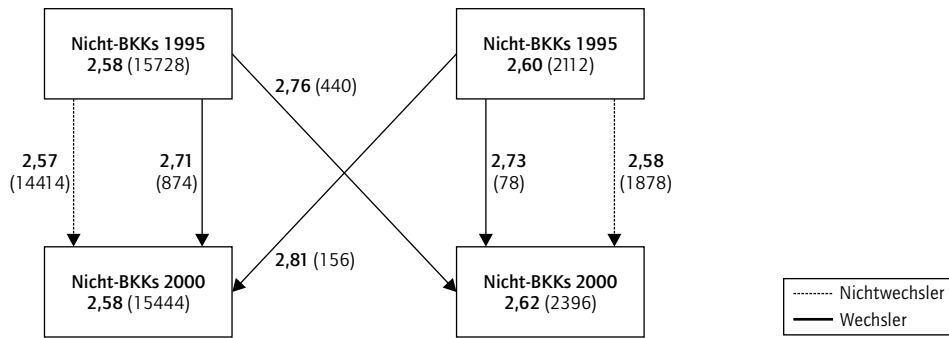
Zur Überprüfung, ob und gegebenenfalls welche Version der Risikoselektion vorliegt, können die Daten des SOEP verwendet werden. In diesem Mikrodatensatz stehen umfassende individuelle Informationen über einen langen Zeitraum zur Verfügung (für mehr Informationen zum SOEP vgl. Wagner et al. 1993; SOEP Group 2001).

Es wird der Zeitraum 1995 bis 2000 betrachtet. In dieser Zeit konnten die Versicherten einmal im Jahr (zum Jahreswechsel) ihre Krankenkasse wechseln. Insgesamt finden also fünf Wechselzeitpunkte Eingang in die Analyse. Zunächst wurden die Daten von 1995 bis 2000 in einem Analysesample zusammengefasst und anschließend bestimmte Personengruppen eliminiert. So beinhaltet das Analysesample nur GKV-Versicherte und nicht etwa privat Versicherte. Weiterhin wurden Mitversicherte ausgeschlossen, da diese ihre Krankenkasse nicht frei wählen können. Schließlich wurde die Analyse auf Versicherte im Alter von 25 bis 54 Jahren beschränkt, um spezielle Anreize, die sich aus dem Status als Auszubildender oder Student oder der zeitlichen Nähe zum Renteneintritt ergeben, auszuschließen.

<sup>6</sup> Dies macht im Übrigen auch eine Einbeziehung der Beitragssätze in die ökonomische Analyse unmöglich.

Abbildung 2

**Gesundheitszustand und Wechselentscheidung<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Die Werte ohne Klammer geben den durchschnittlichen Gesundheitszustand der jeweiligen Versichertengruppe an. Die Werte in Klammern sind die Fallzahlen, auf die sich die durchschnittlichen Werte beziehen.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des SOEP (1995 bis 2000).

Da im SOEP keine Daten über die Kosten medizinischer Leistungen erfasst sind, verwenden Nuscheler und Knaus (2005) den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand als Annäherung für den Risikotyp eines Versicherten. Dieser wird auf einer Skala von 0 (schlecht) bis 4 (sehr gut) gemessen.<sup>7</sup> Die Analyse des Einflusses des Gesundheitszustandes auf die Krankenkassenwahl ermöglicht nun die Identifikation von Risikoselektion. Der Illustration dienen die in Abbildung 2 zusammengefassten deskriptiven Statistiken. Die durchschnittlichen Gesundheitszustände für Nichtwechsler, Wechsler innerhalb der Stichprobe (Nicht-BKK zu Nicht-BKK bzw. BKK zu BKK) und Wechsler aus der Stichprobe heraus (Nicht-BKK zu BKK bzw. BKK zu Nicht-BKK) werden mit den Wechselbewegungen verknüpft. Betrachtet man zunächst die Nicht-BKK-Mitglieder und deren Wechselverhalten, so stellt man fest, dass Wechsler deutlich gesünder sind als Nichtwechsler. Unterstellt man nun, dass die Nicht-BKKs untereinander keine aktive Risikoselektion betreiben, so bildet die Differenz in den durchschnittlichen Gesundheitszuständen zwischen Nichtwechslern (2,57) und Wechslern innerhalb der Nicht-BKKs (2,71) gerade die Transaktionskosten eines Wechsels in Einheiten Gesundheit ab. Die Wechsler innerhalb der Nicht-BKKs bilden nun den Vergleichsmaßstab für die Wechsler in Richtung der BKKs. Da Wechsler in diese Richtung mit einem durchschnittlichen Gesundheitszustand von 2,76 gesünder sind als die Wechsler innerhalb der Nicht-BKKs, existiert hier offensichtlich ein Gesundheitseffekt, der über die Transaktionskosten hinausgeht. Es wäre jedoch verfrüht, dies als Evidenz für aktive Risikoselektion seitens der BKKs zu deuten, da sich die Gruppen auch in anderen Merkmalen unterscheiden könnten. Wären die Wechsler in Richtung der BKKs im Durchschnitt deutlich jünger als die Wechsler innerhalb der Nicht-BKKs, so könnte die Differenz einzig in der unterschiedlichen Altersstruktur der Wechslergruppen begründet liegen. Benötigt wird also eine ökonometrische Analyse, die auf einen signifikanten Unterschied in den Gesundheitseffekten testet und dabei weitere Einflussfaktoren auf die Wechselbereitschaft, z. B. das Alter, ein-

<sup>7</sup> Die Codierung im SOEP ist 1 für einen sehr guten und 5 für einen schlechten Gesundheitszustand.

bezieht. Tatsächlich finden Nuscheler und Knaus (2005) keinen signifikanten Unterschied in den Gesundheitseffekten der beiden Wechslergruppen, so dass sich die Vermutung der aktiven Risikoselektion seitens der BKKs nicht bestätigt.

Aber auch ohne ökonometrische Analyse gelangt man hier zu dem Schluss, dass aktive Risikoselektion zwischen BKKs und Nicht-BKKs nur schwer nachzuweisen sein dürfte. Denn die durchschnittlichen Gesundheitszustände der BKK-Versicherten legen den Schluss nahe, dass die Nicht-BKKs aktiv Risikoselektion betreiben. Die Wechsler in Richtung Nicht-BKKs sind mit durchschnittlich 2,81 gesünder als die Wechsler innerhalb der BKKs (2,73). Aber auch hier zeigt die ökonometrische Analyse keinen signifikanten Unterschied in den Gesundheitseffekten an.

Aufgrund der Wechselaktivitäten von 1995 bis 2000 stieg die Differenz im durchschnittlichen Gesundheitszustand zwischen BKKs und Nicht-BKKs auch ohne aktive Risikoselektion. So lagen die Werte für BKKs und Nicht-BKKs 1995 bei 2,60 bzw. 2,58, im Jahre 2000 jedoch bei 2,62 bzw. 2,58. Durch die Heterogenität in den Wechselkosten und die asymmetrischen Wechslerströme zugunsten der BKKs kommt es also – in der Tendenz – zu einer Separierung von Risiken (in dem verwendeten Datensatz wechselten 440 Versicherte von Nicht-BKKs zu BKKs und 156 Versicherte in die umgekehrte Richtung). Wir beobachten somit passive Risikoselektion zugunsten der BKKs. Da der RSA die unterschiedlichen Risikostrukturen nur unvollständig ausgleicht, trägt die Asymmetrie in den Wechslerströmen zur Erklärung der beobachteten Beitragssatzdifferenzen bei. Hierbei ist zu beachten, dass der unvollständige RSA auch der Auslöser für diese Asymmetrie ist, da die BKKs bereits bei Öffnung des Wettbewerbs eine bessere Risikostruktur aufwiesen als die Nicht-BKKs.

Zusammenfassend wollen wir hier festhalten, dass es keine Hinweise auf aktive Risikoselektion zwischen BKKs und Nicht-BKKs gibt. Gleichwohl profitieren die BKKs von passiver Risikoselektion. Einschränkend sei jedoch angemerkt, dass diese Aussagen nur dann Gültigkeit besitzen, wenn es innerhalb der Nicht-BKKs und innerhalb der BKKs keine aktive Risikoselektion gibt. Wäre diese Annahme nicht erfüllt, so müsste unser Fazit lauten, dass die BKKs nicht erfolgreicher aktive Risikoselektion betreiben als Nicht-BKKs. Dass für die beobachteten Verzerrungen zwischen BKKs und Nicht-BKKs passive Risikoselektion verantwortlich ist, bleibt jedoch – unabhängig von der Gültigkeit der Annahme – zutreffend.

## 5 Politikimplikationen

Auch wenn es vereinzelt Hinweise auf aktive Risikoselektion gibt, zeigt die Analyse von Nuscheler und Knaus (2005), dass dort, wo aktive Risikoselektion noch am ehesten zu vermuten war – nämlich zwischen BKKs und Nicht-BKKs –, diese eine untergeordnete, statistisch nicht nachweisbare Rolle spielte. Die BKKs attrahieren die guten Risiken ohne ihr eigenes Zutun. Es findet also eine Entmischung der Risiken statt, ohne dass sich die BKKs (im Aggregat) aktiv darum bemühen würden. Daraus lassen sich viele Einsichten gewinnen und Politikimplikationen ableiten, die wir nun im Folgenden kurz skizzieren.

1. Die BKKs haben im Wettbewerb komparative Vorteile, die sachlich nicht gerechtfertigt erscheinen. Diese Vorteile begründen sich in erster Linie durch die schlechte Organisa-



tion des Wettbewerbs als durch den Wettbewerb selbst. Es muss also für verbesserte Rahmenbedingungen des Wettbewerbs gesorgt werden. Die komparativen Vorteile der BKKs sind zu eliminieren bzw. zu verringern. Ein verbesserter RSA trägt dazu bei, die Vorteile aus der Asymmetrie der Wechslerströme zu reduzieren. Die für 2007 vorgesehene Aufnahme von Morbiditätsindikatoren in den RSA ist also ein Schritt in die richtige Richtung. Wie Breyer et al. (2003) gezeigt haben, würde auch eine Berücksichtigung des Einkommens und des Familienstatus den RSA verbessern. Der Vorteil gegenüber Morbiditätsindikatoren liegt in der erheblich leichteren Verfügbarkeit der erforderlichen Daten und in der geringeren Manipulationsanfälligkeit. Gleiches gilt für die von Lauterbach und Wille (2001) vorgeschlagene Aufnahme einer Wechslerkomponente in den RSA. Als eine wesentliche Erkenntnis wollen wir hier festhalten, dass ein guter RSA auch dann vonnöten sein kann und in der GKV vonnöten ist, wenn aktive Risikoselektion als vernachlässigbar angesehen werden kann.

2. Die BKK-Mitglieder verdienen im Durchschnitt deutlich mehr als die Nicht-BKK-Mitglieder (vgl. Nuscheler und Knaus 2005). Diese Unterschiede werden im Rahmen des RSA zwar vorweg ausgeglichen, jedoch bleiben die Verwaltungskosten davon unberührt. Da Einkommen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen negativ korreliert sind (Breyer et al. 2003), profitieren die BKKs von der derzeitigen Ausgestaltung des RSA. Eine geeignete Einbeziehung der Verwaltungskosten in den RSA erscheint daher geboten.
3. Im Durchschnitt zahlen die BKKs deutlich geringere Kopfpauschalen an die Kassenärztlichen Vereinigungen als die Nicht-BKKs. Dies mündet in Beitragsatzdifferenzen, die letztlich das Hauptmotiv für einen Krankenkassenwechsel darstellen, und führt damit zu Wettbewerbsverzerrungen (vgl. Felder und Robra 2003). Darüber hinaus haben Hamburger Ärzte bereits BKK-Versicherte wegen der zu geringen Vergütungen die Behandlung versagt (Spiegel Online, 18. 12. 2003). Das schreckt in der Tat schlechte Risiken ab und könnte als Instrument zur aktiven Risikoselektion genutzt werden.
4. Da für die Wettbewerbsverzerrungen nicht der Wettbewerb an sich ursächlich ist, sollte man in der GKV mehr Wettbewerb ermöglichen. So ließen sich Qualitätssteigerungen erzielen sowie weitere Effizienzreserven heben. Die Möglichkeiten sind vielfältig: (a) So könnte man das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen beseitigen und Einzelverträge der Kassen mit den Leistungserbringern zulassen. Auf diese Weise könnten die Kassen gezielt mit (kostengünstigen) Anbietern hoher Qualität kontrahieren. (b) Die Wahlfreiheit der Patienten könnte erhöht werden. Welche Leistungen möchte ich versichern (geringere Regulierung der Leistungspakete)? Welche Selbstbeteiligung bin ich bereit zu tragen? (c) Die Ausweitung von Bonusprogrammen könnte angestrebt werden.

Unter Umständen tritt aktive Risikoselektion bisher nicht auf, weil die Möglichkeiten der Kassen, diese zu betreiben, sehr eingeschränkt sind. Mit den unter (4.) genannten Punkten zur Stärkung des Wettbewerbs gäbe man den Kassen nun mehr Instrumente an die Hand (zu den Punkten (a) und (b) vgl. Kifmann 2002). Aus diesem Grund könnte sich eine begleitende Verbesserung des RSA als notwendig herausstellen.

## 6 Fazit

Durch das Diskriminierungsverbot besteht in der GKV die Gefahr, dass Krankenkassen aktive Risikoselektion betreiben. Die erhebliche Stärkung des Wettbewerbs im Jahre 1996 wurde daher von einer Vielzahl von Regulierungsinstrumenten begleitet. Die Bewertung von Wettbewerb in der GKV hängt nun entscheidend davon ab, ob aktive Risikoselektion tatsächlich zu beobachten ist.

Es wurde argumentiert, dass die beobachtbaren Verzerrungen in der GKV, die klar zugunsten der BKKs ausfallen, nicht auf aktive Risikoselektion seitens der BKKs zurückzuführen sind, sondern vielmehr in der Unvollständigkeit des RSA zusammen mit asymmetrischen Wechslerströmen begründet liegen. In dieser Situation kann mehr Wettbewerb durchaus Vorteile mit sich bringen, die sich in höherer Qualität, verbesserter Effizienz und einer stärkeren Kundenorientierung äußern können. Die gefundene Evidenz für passive Risikoselektion unterstreicht einerseits die Bedeutung der aktuellen Reformdebatte zur Verbesserung des RSA und andererseits, dass ein guter RSA auch dann wichtig sein kann, wenn keine aktive Risikoselektion vorliegt.

## Literaturverzeichnis

- Andersen, Hanfried H. und Johannes Schwarze (1999): Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische Analyse. *Arbeit und Sozialpolitik*, 53 (5/6), 10–23.
- Breyer, Friedrich, Martin Heineck und Normann Lorenz (2003): Determinants of Health Care Utilization by German Sickness Fund Members – With Application to Risk Adjustment. *Health Economics*, 12 (5), 367–376.
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann (2005): *Gesundheitsökonomik*. Berlin, Springer Verlag.
- Buchmueller, Thomas C. und Paul J. Feldstein (1997): The Effect of Price on Switching among Health Plans. *Journal of Health Economics*, 16 (2), 231–247.
- Buchner, Florian und Jürgen Wasem (2003): Needs for Further Improvement: Risk Adjustment in the German Public Health Insurance System. *Health Policy*, 65 (1), 21–35.
- Bundesministerium für Gesundheit (2001): *Daten des Gesundheitswesens 2001*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 137. Baden Baden, Nomos Verlag.
- Felder, Stefan und Bernt-Peter Robra (2003): Die Verzerrung des Kassenwettbewerbs durch die Kopfpauschalen in der ambulanten Vergütung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 57 (3/4), 18–25.
- Greß, Stefan (2002): Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV – Effekte und Perspektiven. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71 (4), 490–497.
- Jacobs, Klaus, Peter Reschke, Dieter Cassel und Jürgen Wasem (2002): *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140. Baden Baden, Nomos Verlag.
- Kifmann, Mathias (2002): Community Rating in Health Insurance and Different Benefit Packages. *Journal of Health Economics*, 21 (5), 719–737.
- Lauterbach, Karl W. und Eberhard Wille (2001): *Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich*. Download unter: [www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/endlgutachten\\_rsa.pdf](http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/endlgutachten_rsa.pdf) (Stand: 28.10.2004).
- Nuscheler, Robert und Thomas Knaus (2005): Risk Selection in the German Public Health Insurance System. *Health Economics* (im Erscheinen).

- Rothschild, Michael und Joseph E. Stiglitz (1976): Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, 90 (4), 630–649.
- Schellhorn, Martin (2002): Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71 (4), 411–426.
- Schwarze, Johannes und Hanfried H. Andersen (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? *Schmollers Jahrbuch*, 121 (4), 581–602.
- SOEP Group (2001): The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 Years – Overview. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 70 (1) 7–14.
- Spiegel Online (2003): *Gängelei im Wartezimmer*. Meldung vom 18.12.2003. Kostenpflichtiges Download unter: [www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,278703,00.html](http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,278703,00.html) (Stand: 28.10.2004).
- Van de Ven, Wynand P. M. M. und Randall P. Ellis (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: A. J. Culyer und J. P. Newhouse (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*, Vol. 1. Amsterdam, North-Holland, 755–845.
- Van de Ven, Wynand P. M. M. und René C. J. A. van Vliet (1992): How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market? In: P. Zweifel und H. E. Frech III (Hrsg.): *Health Economics Worldwide*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 23–46.
- Wagner, Gert G., Richard V. Burkhauser und Friederike Behringer (1993): The English Language Public Use File of the German Socio-Economic Panel. *Journal of Human Resources*, 28 (2), 429–433.
- Werblow, Andreas (2002): Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbsthalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71 (4), 427–436.