

Vermeidung von Risikoselektion als wettbewerbspolitische Gestaltungs- aufgabe in der GKV

**Korreferat zu den Beiträgen von Robert Nuscheler:
„Krankenkassenwettbewerb in der GKV: Evidenz
für Risikoselektion?“ und von Mathias Kifmann
und Normann Lorenz: „Der optimale ‚Risikopool‘
zur Vermeidung von Risikoselektion“**

Von Dieter Cassel*

1 Gesundheitsökonomische Einordnung der Beiträge

Die Selektion von Gesundheits- bzw. Morbiditätsrisiken im Wettbewerb um Versicherte tritt immer dann auf, wenn die Beiträge zur Krankenversicherung nicht risikoäquivalent kalkuliert werden dürfen („Diskriminierungsverbot“). Um die unter den derzeit praktizierten Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) drohende und in jeder Hinsicht unerwünschte Risikoselektion gering zu halten oder gar zu vermeiden, bedarf es besonderer institutioneller Regelungen. Sie müssen bewirken, dass aus Sicht der Kassen eine Äquivalenz von erwarteten Einnahmen und Ausgaben für die verschiedenen Risikogruppen hergestellt wird und damit „versicherte Person“ und „versichertes Risiko“ voneinander getrennt werden. Solche institutionellen Regelungen sind zum einen der „Risikostrukturausgleich (RSA)“ und zum anderen der „(Hoch-)Risikopool“ als eine Art kollektive Rückversicherung. Beide Institutionen sind hinsichtlich ihrer Zielsetzung und Wirkungsweise komplementär und gelten allgemein als notwendige Bestandteile einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“, d. h. einer nach Solidar- und Wettbewerbsprinzipien verfassten GKV (Cassel et al. 2001, Jacobs et al. 2002: 12 ff. und 96 f.).

Sind RSA und Risikopool nicht adäquat konstruiert, entstehen mehr oder weniger große Spielräume zur aktiven und passiven Risikoselektion mit entsprechenden Gefahren für die Funktionalität des Kassenwettbewerbs. Deshalb ist es interessant zu erfahren,

- ob und inwieweit es angesichts der Unzulänglichkeiten des derzeit praktizierten RSA faktisch zu Risikoselektion kommt und welcher reformpolitische Handlungsbedarf sich daraus gegebenenfalls ergibt (Beitrag von Robert Nuscheler) und
- ob es zum derzeit in der GKV praktizierten Risikopool eine bessere Alternative gibt, die für Risikoselektion weniger anfällig ist, ohne die Effizienz der Leistungserbringung merklich zu beeinträchtigen (Beitrag von Mathias Kifmann und Normann Lorenz).

Beiden Beiträgen liegen theoretische Überlegungen und empirische Analysen zugrunde, die dem aktuellen Stand der gesundheitsökonomischen Forschung und ökonomischen

* Fachbereich Betriebswirtschaft, Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg, E-Mail: cassel@uni-duisburg.de

Vorgehensweise entsprechen. Sie sind hinsichtlich der Klarheit des Aufbaus und der Argumentation vorbildlich und kommen zu pragmatisch relevanten Ergebnissen, die beachtenswert sind.

2 Empirische Evidenz für Risikoselektion in der GKV?

Anders als es der Titel des Beitrags von Robert Nuscheler¹ vermuten lässt, geht es dem Autor nicht generell um den empirischen Nachweis der Existenz und des Ausmaßes von Risikoselektion im System der GKV. Stattdessen fokussiert er sein Erkenntnisinteresse auf das Risikoselektionsverhalten des Kassenkollektivs einer bestimmten Kassenart, beschränkt sich auf den Nachweis der aktiven Risikoselektion und lässt den Selektionsparameter „Einkommen“ weitgehend außer Betracht. Dementsprechend lautet seine erkenntnisleitende Fragestellung: Inwieweit praktizieren die Betriebskrankenkassen (BKKs) insgesamt als Kassenart aktive Risikoselektion im Hinblick auf die Morbidität ihrer Versicherten? Diese Frage drängt sich auf, weil die Marktanteilsgewinne der BKKs einen gewissen „Anfangsverdacht“ auf aktive Risikoselektion begründen, wenngleich Mitgliederwanderungen zugunsten der BKKs auch die Folge von passiver Risikoselektion oder eines schlichtweg besseren Leistungsangebots dieser Kassenart sein könnten. Warum dem Verfasser die aktive Risikoselektion so wichtig ist, gibt er eher beiläufig zu erkennen: Wäre sie ein empirisch nachweisbares, quantitativ relevantes Phänomen, würde es sich seiner Meinung nach wegen ihrer negativen Effekte verbieten, den Wettbewerb in der GKV weiter zu stärken. Dagegen könnte bei passiver Risikoselektion mehr Wettbewerb durchaus positiv sein.

Die wettbewerbliche Bedeutung von aktiver und passiver Risikoselektion derart unterschiedlich einzuschätzen, ist jedoch ziemlich abwegig und widerspricht zudem der von Robert Nuscheler selbst dargelegten negativen Effekte der passiven Risikoselektion. Richtig ist und bleibt dagegen, dass beide Erscheinungsformen der Risikoselektion wettbewerbsverzerrend und marktdestabilisierend sind. Sollte die aktive Selektion von Risiken nachweisbar sein, spricht das nicht etwa dafür, den Kassenwettbewerb einzuschränken, sondern dafür, die Institution RSA gründlich zu reformieren und adäquat auszugestalten. Sollte aber keine aktive Risikoselektion nachweisbar sein, könnte der Wettbewerb bei einem inadäquat ausgestalteten RSA auch durch passive Risikoselektion verzerrt sein. Reformpolitisch hieße dies ebenfalls, den RSA zu reformieren und nicht – wie Robert Nuscheler nahe legt – den Wettbewerb quasi als „Gegengift“ gegen seine Verzerrung zu verstärken.

Auch ohne diesen nicht überzeugenden „Aufhänger“ bleibt die empirische Analyse zum Nachweis aktiver Risikoselektion in der GKV interessant. Sie basiert auf einer recht originellen Idee, die darin besteht, die Gruppe der Nicht-BKKs mit ihren internen Wechslern als Referenz zu nehmen und anhand eines selbst berechneten bzw. geschätzten „Gesundheitsindex“ als erklärender Variable herauszufinden, wie sich seine marginalen Änderungen auf die Wechselwahrscheinlichkeit innerhalb der Nicht-BKKs einerseits und zwischen Nicht-BKKs und BKKs andererseits auswirken.

Unterstellt man nun – wie der Autor –, dass es innerhalb der Nicht-BKKs keinerlei aktive Risikoselektion gibt, lässt sich aus den dort beobachteten marginalen Effekten der Einfluss

¹ Dem in diesem Band abgedruckten Beitrag liegt die umfangreiche Studie von Nuscheler und Knaus (2005) zugrunde.

der „Wechselkosten“ auf die Wechselentscheidung ableiten und letztlich als passive Risikoselektion interpretieren. Würde sich dann herausstellen, dass der Gesundheitseffekt für Wechsler zwischen BKKs und Nicht-BKKs größer ist als für Wechsler innerhalb der Nicht-BKKs, ließe dies auf aktive Risikoselektion im BKK-Lager schließen. Tatsächlich kommt dieses Ergebnis auch heraus, ist aber statistisch nicht signifikant. Resignierend stellt Robert Nuscheler fest, dass es zwischen BKKs und Nicht-BKKs keine Hinweise auf aktive Risikoselektion gäbe, räumt aber zugleich ein, dass die BKKs von der passiven Risikoselektion profitierten. Wie sonst wäre auch der Zugewinn von 3 Millionen Wechslern bei den BKKs zu erklären, wo doch die Kassen nach Meinung des Autors praktisch so gut wie keine „Selektionsparameter“ für eine wirksame aktive Risikoselektion haben?

Das einigermaßen überraschende Ergebnis – es ist keine aktive Risikoselektion der BKKs nachweisbar – widerspricht jedoch vielfacher anekdotischer Evidenz und auch theoretischer Plausibilität: Ist aktive Risikoselektion aufgrund eines unvollständigen RSA möglich, befinden sich alle Kassen in einem „Gefangenendilemma“ und müssen um ihrer Existenz willen Risikoselektion praktizieren. Dass sie in den Geschäftsstellen und Lohnbüros sehr subtile Möglichkeiten dazu haben, wissen Praktiker nur zu genau. Und da auch der Beitragssatz – zumindest in gewissen Grenzen – strategisch gestaltbar ist, lässt er sich als besonders wirksamer Selektionsparameter einsetzen.

Geht man aber davon aus, dass alle Kassen unter den gegebenen Umständen aktive Risikoselektion praktizieren (müssen), gibt das Vorgehen des Autors aufgrund seiner restriktiven Annahme, innerhalb der Nicht-BKKs finde keine aktive Risikoselektion statt, nichts her für gesicherte Aussagen über die generelle Existenz und das Ausmaß der Risikoselektion. Der einzige zulässige Schluss wäre angesichts des empirischen Ergebnisses, dass die BKKs nicht erfolgreicher als andere Kassen sind, was er auch in seiner Zusammenfassung freimütig einräumt.

Nun sind aber gerade die BKKs hinsichtlich ihres Geschäftsmodells, ihrer Beitragssätze und ihrer Marktperformance sehr heterogen, jedenfalls bei weitem heterogener als die Nicht-BKKs, insbesondere die großen „Versorgerkassen“ (AOK und Ersatzkassen). Man müsste also schon die gemessen am Marktanteilsgewinn und an der Beitragssatzentwicklung seit 1996 „erfolgreichen“ BKKs zu einer Gruppe zusammenfassen und dieser auch noch die „erfolgreichen“ Nicht-BKKs – die es ja auch gibt – zuschlagen, um die Gruppen zu homogenisieren und die „Hauptverdächtigen“ für aktive Risikoselektion der Gruppe der (annahmegemäß) nicht aktiv risikoselektierenden Kassen gegenüberzustellen. Das SOEP gibt aber eine solche Gruppenbildung für den Untersuchungszeitraum nicht her.

Schließlich dürfte noch ein weiterer Einwand ergebnisrelevant sein: Über die gesundheits- und servicebezogenen Selektionsparameter „Randsortiment“, „Kundenfreundlichkeit“, „Kundennähe“, „Marketing“ usw. hinaus selektieren die Kassen ein- und austrittswillige Mitglieder erfahrungsgemäß auch nach finanzwirksamen Parametern „Beitragssatz“ und – neuerdings – „Wahltarife“. Soweit sich die vorliegende Analyse lediglich auf den Gesundheitsstatus bzw. -index als erklärende Variable stützt, bleiben diese Determinanten der Wechselentscheidung außen vor. Gerade Beitragssätze bzw. Beitragssatzdifferenzen spielen nach dem Stand der bisherigen Erkenntnis (z. B. Schwarze und Andersen 2001) eine prominente Rolle für den Kassenwechsel im derzeitigen System. Was liegt da für die Kassen näher, als primär diesen Selektionsparameter einzusetzen? Bleibt er im Erklärungsmodell unberücksichtigt und seine Beziehung (Korrelation) zu anderen Selektionsparametern aus Mangel

an geeigneten Daten im Dunkeln, darf man sich über das „kontraintuitive“ Ergebnis nicht wundern.

Wenn Robert Nuscheler beabsichtigt haben sollte, mit seiner Herangehensweise ein „einwandfreies“ Ergebnis zu liefern und die BKKs vom Makel der aktiven Risikoselektion zu befreien, war es trotz der anerkennenswerten Originalität des Ansatzes und der handwerklich sauberen ökonomischen Bearbeitung der SOEP-Daten doch wohl eher eine „Mission impossible“. Das vehemente und anerkennenswerte Eintreten für eine Reform des RSA und mehr Wettbewerb in der GKV am Schluss des Beitrags bleibt davon freilich unberührt – dies deshalb, weil die Forderung nach einem adäquat ausgestalteten RSA wegen der persistenten Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen im GKV-Versicherungsmarkt durch passive Risikoselektion auch dann berechtigt wäre, wenn es keinerlei aktive Risikoselektion gäbe.

3 Vermeidung von Risikoselektion mit einem „optimalen“ Risikopool?

Auch bei einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA („Morbi-RSA“), wie sie nach der RSA-Reform von 2001 ab dem Jahr 2007 gelten soll, wird ein – wenn auch sehr kleiner – Teil der Versicherten mit seinen Ausgaben aufgrund atypischer Krankheitsverläufe extrem oberhalb der standardisierten Leistungsausgaben liegen. Es erscheint deshalb sinnvoll, für diese Versicherten einen ergänzenden Hochrisikopool einzurichten. Damit werden zugleich mehrere Ziele verfolgt:

- Die Belastung von Kassen, die überdurchschnittlich viele extrem teure Versicherte in ihrer Versichertenklientel haben, soll beitragsatzwirksam begrenzt werden.
- Trägt der Hochrisikopool Teile der Ausgaben der sehr teuren Versicherten, sind die Ausgabenunterschiede in den einzelnen RSA-Risikogruppen und damit auch die Anreize zur Risikoselektion geringer.
- Bei einem prospektiven Modell des morbiditätsorientierten RSA werden in erster Linie chronische Erkrankungen berücksichtigt. In einem solchen Modell käme dem Hochrisikopool die Aufgabe zu, die Belastungsspitzen durch sehr teure Akutfälle zu begrenzen und eine Art GKV-interne Rückversicherung darzustellen.

Mit der RSA-Reform von 2001 wurde ab dem Jahr 2002 ein retrospektiver Risikopool vom Typ „Stop-loss mit Selbstbeteiligung oberhalb eines Schwellenwerts“ (aktuell: 40 %/20 450 Euro) eingeführt. Er wurde ursprünglich von den RSA-Gutachtern (Jacobs et al. 2002: 127) sogar mit einem um 50 % niedrigeren Schwellenwert empfohlen, um damit – bis zur Einführung des Morbi-RSA – den Anreiz zur Risikoselektion gegen Versicherte mit relativ hohen Ausgaben zu verringern.

Dem setzen Mathias Kifmann und Normann Lorenz nun die These entgegen, dass der gegenwärtige Risikopool die Anreize zur Risikoselektion sogar erhöhen kann. Sie verdeutlichen dies an Rechenbeispielen für unterschiedliche Risikopools bei konstanten und gestiegenen Kosten und leiten daraus ihre erkenntnisleitende Fragestellung ab: Wie müsste ein Risikopool ausgestaltet sein, der die Differenz der erwarteten Kosten zwischen den Risikotypen und damit den Anreiz zur aktiven Risikoselektion unter den Nebenbedingungen der Vermeidung von Kosteninflation und -deflation, eines unausgeglichenen Budgets sowie

eines Kostenanstiegs über einen bestimmten Schwellenwert hinaus minimiert? Einen solchen Risikopool bezeichnen sie als „optimal“. Ihr Grundgedanke zu seiner Konstruktion ist einfach, aber theoretisch zwingend; seine Bestimmung mit der Methode der dynamischen Optimierung ist formal elegant und anspruchsvoll, und das Ergebnis ist überraschend, wenn nicht gar paradox.

Die Verfasser gehen davon aus, dass der derzeit in der GKV praktizierte Risikopool die Selektion von Gesundheitsrisiken statt – wie beabsichtigt – unattraktiver zu machen, sie sogar begünstigen kann. Dies ist dann der Fall, wenn die erwartete Erstattung aus dem Risikopool für niedrige Risiken höher als für hohe Risiken ist. Die Differenz der erwarteten Ausgaben zwischen hohen und niedrigen Risiken nimmt dann zu und folglich auch der Anreiz für die Krankenkassen, Risikoselektion zu praktizieren. Dieser theoretische Einwand begründet a priori den Verdacht auf eine potentielle Fehlwirkung des Risikopools. Bedingung dieses möglichen Fehlanreizes ist das Kriterium für die Auswahl eines Versicherten in den Risikopool. Hiernach ist die Aufnahme dann begründet, wenn die Ausgaben eines Versicherten einen festgelegten Schwellenwert (SW: derzeit 20 450 Euro) überschreiten (Tabelle 1).²

Kommt es infolge des Ausgabenausgleichs im Risikopool zu Effizienzverlusten bzw. Ausgabenerhöhungen, können die Fehlanreize – je nach Art der Erhöhung – sogar noch zunehmen. Im Rechenbeispiel der Autoren wird eine proportionale Ausgaben- bzw. Kostenerhöhung von 5 % unterstellt. Sie führt zu einer Vergrößerung der Differenz der erwarteten Ausgaben, was mit der unterstellten Wahrscheinlichkeitsmassen- bzw. Dichtefunktion der Ausgaben zusammenhängt. Der tiefere Grund für die Kifmann und Lorenz aufgezeigten möglichen Fehlwirkungen des derzeit praktizierten Risikopools liegt somit in der Kriterienwahl für die Aufnahme der Versicherten, deren Ausgaben in den Risikopool einfließen.

Wenn nun – wie die Autoren richtigerweise unterstellen – die Kassen Risikoselektion auf der Grundlage erwarteter Gesundheitsausgaben praktizieren, ist letztlich die Verteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Risikotypen entscheidend. Es ist deshalb nahe liegend, für jeden Risikotyp eine Ausgabenausgleichsfunktion abzuleiten, die auch die ausgleichsinduzierten Ausgabensteigerungen mit berücksichtigen.

Ihre Optimierung führt zu dem überraschenden Ergebnis, dass der Anreiz zur Risikoselektion dann am effektivsten vermindert wird, wenn die Ausgaben nicht – wie nach bisher vorherrschender Meinung – *ab* einem bestimmten Schwellenwert, sondern *bis* zu einem Schwellenwert erstattet werden, der für jeden Risikotyp (z. B. RSA-Zellen) gesondert zu berechnen ist. Im Vergleich mit dem derzeitigen Risikopool wird dadurch die Steuerungseffizienz zwar deutlich verbessert, aber der Ausgleich wird zugleich technisch komplizierter und wirtschaftlich aufwendiger. Ob der theoretisch optimale Risikopool dies praktisch rechtfertigt, bleibt zu diskutieren.

Immerhin ließe sich der Anreiz zur Risikoselektion auch dadurch wirksam reduzieren, dass im derzeitigen Ausgleichsverfahren die Schwellenwerte gesenkt werden (Tabelle 1) oder statt des „retrospektiven“ Risikopools ein „prospektives“ Verfahren angewandt wird, wie dies seit geraumer Zeit für die Niederlande diskutiert wird (van Barneveld et al. 1998) und

² Ich danke meinem Mitarbeiter Andreas Postler für kritische Hinweise und die Ausarbeitung der Tabellen. Zur Notation siehe den Beitrag von Mathias Kifmann und Normann Lorenz in diesem Band.

Tabelle 1

Wirkungen unterschiedlicher Risikopools bei konstanten Kosten

	Typ <i>h</i>		Typ <i>l</i>	
Ohne Risikopool				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 22 000 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 50 000 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_1 = 10\%$
Erwartete Kosten	17 600 Euro		5 000 Euro	
Kostendifferenz	12 600 Euro			
Risikopool I – SW 20 000				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 20 800 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 32 000 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	16 640 Euro		3 200 Euro	
Kostendifferenz	13 440 Euro (+840 Euro)			
Risikopool Ia – SW 17 500				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 19 300 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 30 500 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	15 440 Euro		3 050 Euro	
Kostendifferenz	12 390 Euro (–210 Euro)			
Risikopool Ib – SW 10 000				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 14 800 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 26 000 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	11 840 Euro		2 600 Euro	
Kostendifferenz	9 240 Euro (–3 360 Euro)			
Risikopool II – EG 2 500				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 19 500 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 47 500 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	15 600 Euro		4 750 Euro	
Kostendifferenz	10 850 Euro (–1 750 Euro)			

I – Derzeitiger Risikopool; II – Optimaler Risikopool; SW = Schwellenwert; EG = Erstattungsgrenze.

Quelle: Eigene Darstellung.

auch von den RSA-Gutachtern (Jacobs et al. 2002: 116) erwogen wurde. Zugleich könnte auch das prospektive Verfahren mit einer Absenkung des Schwellenwertes verbunden werden, um einen noch größeren Ausgleichseffekt zu erzielen (Tabelle 2). Der Vergleich der Alternativen (Tabelle 3), die nach dem Muster der Autoren berechnet wurden, zeigt, dass das Ziel des Ausgabenausgleichs zwischen den Risikotypen – und damit die Absenkung der Selektionsanreize – auch auf diesen Wegen effizient und dazu noch technisch weniger aufwendig zu erreichen wäre.

Die Autoren gehen nicht auf die Interdependenz zwischen ihrem optimalen Risikopool und dem bestehenden RSA ein. Dies kann sich dann als problematisch erweisen, wenn zwischen Effizienz des Risikopools und Effizienz des RSA ein Zielkonflikt besteht. Über-

Tabelle 2

Wirkungen unterschiedlicher Risikopools bei konstanten Kosten

	Typ h		Typ l	
Ohne Risikopool				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 22 000 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 50 000 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_1 = 10\%$
Erwartete Kosten	17 600 Euro		5 000 Euro	
Kostendifferenz	12 600 Euro			
Risikopool III – SW 20 000				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 20 800 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 32 000 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	16 640 Euro		5 000 Euro	
Kostendifferenz	11 640 Euro (–960 Euro)			
Risikopool IIIa – SW 17 500				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 19 300 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 50 000 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	15 440 Euro		5 000 Euro	
Kostendifferenz	10 440 Euro (–2 160 Euro)			
Risikopool IIIb – SW 10 000				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 14 800 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 50 000 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	11 840 Euro		5 000 Euro	
Kostendifferenz	6 840 Euro (–5 760 Euro)			
Risikopool II – EG 2 500				
Kosten mit Wahrscheinlichkeit	0 Euro 19 500 Euro	mit $\pi_0 = 20\%$ mit $\pi_1 = 80\%$	0 Euro 47 500 Euro	mit $\pi_0 = 90\%$ mit $\pi_0 = 10\%$
Erwartete Kosten	15 600 Euro		4 750 Euro	
Kostendifferenz	10 850 Euro (–1 750 Euro)			

II – Optimaler Risikopool; III – Prospektiver Risikopool; SW = Schwellenwert;
EG = Erstattungsgrenze.

Quelle: Eigene Darstellung.

schreiten z. B. bei der gegenwärtigen Ausgestaltung des Risikopools die Ausgaben eines Versicherten den Schwellenwert von 20 450 Euro, so werden diese Ausgaben zu 60 % durch den Risikopool erstattet. Da diese Leistungen nun nicht mehr im RSA berücksichtigt werden müssen, verringern sich die anrechenbaren Beitragsbedarfe. Da die „Ausgabenausreißer“ bei der Berechnung der durchschnittlichen Leistungsausgaben entfallen, entsprechen die anrechenbaren Beitragsbedarfe eher dem tatsächlichen Ausgabenrisiko – der RSA wird somit effizienter.

Wie wirkt sich dagegen der von Mathias Kifmann und Normann Lorenz konzipierte Risikopool auf die Wirksamkeit des RSA aus? Liegt die Erstattungsgrenze über den durchschnittlichen Leistungsausgaben des RSA, wird er für gute Risiken faktisch ausgehebelt. Die

Tabelle 3

Wirkungen unterschiedlicher Risikopools bei konstanten Kosten im Vergleich

In Euro

	Kostendifferenz	Änderung der Kostendifferenz
Ohne Risikopool	12 600	–
Risikopool I	13 440	+840
Risikopool Ia	12 390	–210
Risikopool Ib	9 240	–3 360
Risikopool III	11 640	–960
Risikopool IIIa	10 440	–2 160
Risikopool IIIb	6 840	–5 760
Risikopool II	10 850	–1 750

Risikopool I = Derzeitiger Risikopool; Risikopool II = Optimaler Risikopool; Risikopool III = Prospektiver Risikopool; Kostendifferenz = Erwartete Kosten Typ h – Erwartete Kosten Typ l ; Änderung der Kostendifferenz = Kostendifferenz „Risikopool x “ – Kostendifferenz „Ohne Risikopool“.

Quelle: Eigene Darstellung.

Kassen sitzen aber weiterhin auf den schlechten Risiken, wodurch die durchschnittlichen Leistungsausgaben für eine entsprechende RSA-Zelle nach oben verzerrt werden: Sie entsprechen somit nicht dem normalen Morbiditätsrisiko. Die Ineffizienzen des RSA können auf diese Weise zunehmen. Für den Fall, dass die Erstattungsgrenze unterhalb der durchschnittlichen Leistungsausgaben liegt, ergibt sich das gleiche Problem, doch scheint es quantitativ nicht ganz so bedeutsam zu sein.

Bei einer prospektiven Ausgestaltung des Risikopools wiederum würden gezielt die „Ausgabenausreißer“ – d. h. die Ausgaben für schlechte Risiken – aus der Berechnung im Risikostrukturausgleich eliminiert. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben entsprächen daher näherungsweise dem normalen Morbiditätsrisiko eines Versicherten, wodurch der Risikostrukturausgleich in jedem Falle effizienter würde.

Somit lässt sich festhalten, dass sowohl der derzeit in Deutschland praktizierte retrospektive als auch ein prospektiver Risikopool in der Lage sind, die Wirksamkeit des RSA im Hinblick auf die Verhinderung von Risikoselektion zu verbessern. Die Verwendung des von Kifmann und Lorenz vorgestellten optimalen Risikopools könnte dagegen die Wirksamkeit des RSA beeinträchtigen und wäre insoweit kontraproduktiv. So „optimal“ – zumindest im Zusammenspiel mit dem RSA – scheint das Poolkonzept der Verfasser also nicht zu sein, zumal seine Handhabung vergleichsweise kompliziert und kostspielig wäre. Soll der „optimale Risikopool“ keine intellektuelle Fingerübung bleiben, sondern als ernsthafte Reformoption in Erwägung gezogen werden, müssten die Verfasser hinsichtlich der Wechselwirkungen mit dem RSA, des Nutzen-Kosten-Vergleichs mit den Poolalternativen und der Alltagsgauglichkeit ihres Konzepts theoretisch und empirisch noch „nachlegen“.

Literaturverzeichnis

- Cassel, D., K. Jacobs und J. Wasem (2002): Der Risikostrukturausgleich soll Wettbewerb und Solidarität sichern. Beitrag zum Zeitgespräch, *Wirtschaftsdienst*, 81, 187–191.
 Jacobs, K., P. Reschke, D. Cassel und J. Wasem (2002): *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Eine Untersuchung im Auftrag des

- Bundesministeriums für Gesundheit: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140. Baden-Baden, Nomos Verlag.
- Nuscheler, R. und Th. Knaus (2005): Risk Selection in the German Public Health Insurance System. *Health Economy* (im Erscheinen).
- Schwarze, J. und H. H. Andersen (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? *Schmollers Jahrbuch*, 121, 581–602.
- Van Barneveld, E. M., L. M. Lamers, R. C. J. A. van Vliet und W. P. M. M. van de Ven (1998): Mandatory Pooling as a Supplement to Risk Adjusted Capitation Payments in a Competitive Health Insurance Market. *Social Science and Medicine*, 47, 223–232.