

STEFAN RESCH

**RISIKOSELEKTION
IM MITGLIEDER-
WETTBEWERB DER
GESETZLICHEN
KRANKEN-
VERSICHERUNG**



STEFAN RESCH

RISIKOSELEKTION IM MITGLIEDERWETTBEWERB DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 erweiterte die Wahlrechte der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und führte so zu einer Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen um Mitglieder bzw. Versicherte. In diesem Zusammenhang sollte die Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA) das Auftreten von Risikoselektion verhindern. Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Beantwortung der Frage, ob es im Mitgliederwettbewerb der GKV dennoch zu Risikoselektion gekommen ist. Ein Schwerpunkt bildet hierbei die Analyse der Anreizwirkungen des Wettbewerbsrahmens inklusive des RSA. Auf Basis einer eingehenden Untersuchung des Wettbewerbsprozesses werden darüber hinaus potentielle Selektionsinstrumente der Kassen vorgestellt, deren Bewertung die Grundlage für die Beantwortung der Frage nach Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb in der GKV bilden.

Stefan Resch wurde 1970 in Worms geboren und studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim. Seit 1999 ist der Autor wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft. Die Promotion erfolgte 2003.

Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

Herausgegeben von
Heinz König, Hans-Heinrich Nachtkamp,
Ulrich Schlieper, Eberhard Wille

Band 50



PETER LANG

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

STEFAN RESCH

**RISIKOSELEKTION
IM MITGLIEDER-
WETTBEWERB
DER GESETZLICHEN
KRANKEN-
VERSICHERUNG**



PETER LANG
Europäischer Verlag der Wissenschaften

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Zugl.: Mannheim, Univ., Diss., 2003

Open Access: The online version of this publication is published on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

**Gedruckt auf alterungsbeständigem,
säurefreiem Papier.**

D 180

ISSN 0939-7728

ISBN 3-631-52385-8

ISBN 978-3-631-75601-0 (eBook)

© Peter Lang GmbH

Europäischer Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 2004

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany 1 2 3 4 6 7

www.peterlang.de

Vorwort

Nach einer Reihe von Reformen, die vornehmlich Leistungskürzungen beinhalteten, gelang dem Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eine ordnungspolitische Veränderung hin zu mehr Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der anhand der Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit intensivierte Mitgliederwettbewerb sollte Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen und eine stärkere Orientierung an den Präferenzen der Versicherten bewirken. Beide Ziele sind gefährdet, wenn es zu Risikoselektion kommt. Inwieweit Risikoselektion tatsächlich im Mitgliederwettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung vorkam, ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Die Arbeit entstand während meiner Tätigkeit am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft, der Universität Mannheim. Sie wurde im Sommersemester 2003 von der Fakultät für Volkswirtschaftslehre der Universität Mannheim als Dissertation angenommen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Eberhard Wille, der diese Arbeit ermöglichte und sie stets mit konstruktiver Kritik begleitete. Für wertvolle Hinweise und Verbesserungsvorschläge danke ich meinen Lehrstuhlkollegen Christiane Knerr, Andrea Kranzer, Holger Chischinsky, Christian Igel, Gunnar Giese sowie Herrn Prof. Dr. Walter Ried. Ich widme diese Arbeit meinen Eltern und meiner Familie.

Worms, im Dezember 2003

Stefan Resch

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Disposition	1
2.	Das Gesundheitsstrukturgesetz und seine ordnungspolitischen Rahmenbedingungen	5
2.1	Entstehung des GSG	5
2.1.1	Die Notwendigkeit struktureller Reformen	5
2.1.2	Mögliche Ursachen effizienzhemmender Verzerrungen im System der GKV	6
2.1.2.1	Steuerungsdefizite auf der Angebots- und Nachfrageseite	6
2.1.2.2	Strukturprobleme in der Versorgung	7
2.1.2.3	Mängel durch Regulierung	8
2.1.3	Determinanten der politischen Umsetzung	9
2.2	Ziele und Instrumente des GSG	12
2.2.1	Das Zielsystem des GSG	12
2.2.2	Die Instrumente des GSG	14
2.2.2.1	Maßnahmen zur kurzfristigen Ausgaben- bzw. Kostendämpfung	14
2.2.2.2	Maßnahmen zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit	15
2.3	Die Rolle des Wettbewerbs im GSG	18
2.4	Fazit des Kapitels	19
3.	Wettbewerb und Risikoselektion in der GKV	21
3.1	Theoretische Analyse von Versicherungsmärkten	21
3.1.1	Effiziente Produktion und die Theorie der vollkommenen Konkurrenz	21
3.1.2	Allgemeine Effizienzeigenschaften von Versicherungsmärkten	22
3.1.3	Versicherungsmärkte bei asymmetrischer Informationsverteilung	24
3.1.3.1	Adverse Selektion	24
3.1.3.2	Moral Hazard	25
3.2	Die Theorie der Risikoselektion auf Krankenversicherungsmärkten	27
3.2.1	Gruppenäquivalente Prämienberechnung als Voraussetzung für Risikoselektion	28
3.2.2	Die Instrumente zur Risikoselektion	28
3.2.3	Risikoselektion versus Effizienzsteigerung	31
3.2.4	Externe Effekte der Risikoselektion	35
3.2.5	Nach innen gerichtete Risikoselektion	36
3.3	Anreizwirkungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Mitgliederwettbewerb	37
3.3.1	Das Solidaritätsprinzip	37
3.3.2	Zwischenfazit der Analyse des Wettbewerbsrahmens in der GKV	41
3.4	Der Risikostrukturausgleich in der GKV	42
3.4.1	Die Technik des RSA	44
3.4.2	Beitragsbedarf der Kassen	44
3.4.3	Finanzkraft der Kassen	46

3.4.4	Wirkungsweise des RSA	48
3.4.5	Risikoselektion unter dem RSA	48
3.4.6	Notwendige Bedingung für ein gutes Risiko	49
3.5	Fazit des Kapitels	60
4.	Mögliche Motive der Kassen für einen niedrigen Beitragssatz	63
4.1	Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und das Wirtschaftlichkeitsgebot	63
4.2	Die Parameter des Mitgliederwettbewerbs in der GKV	64
4.2.1	Aufgabe und Bestandteile des Marketing-Mix	64
4.2.2	Der Marketing-Mix und seine Instrumente im Mitgliederwettbewerb der GKV	66
4.2.3	Produktpolitik der gesetzlichen Krankenkassen	67
4.2.3.1	Leistungspolitik	67
4.2.3.2	Servicepolitik	72
4.2.4	Preispolitik der gesetzlichen Krankenkassen	74
4.2.4.1	Unterschiedliche Beitragssätze	75
4.2.4.2	Der Einfluss der Rücklagen auf die Höhe des Beitragssatzes	76
4.2.4.3	Beitragssatzdifferenz als Entscheidungsgröße im Wettbewerb	79
4.2.5	Distributionspolitik der gesetzlichen Krankenkassen	83
4.2.6	Die Kommunikationspolitik der gesetzlichen Krankenkassen	86
4.2.6.1	Die Werbung der gesetzlichen Krankenkassen	86
4.2.6.2	Die Verkaufsförderung der gesetzlichen Krankenkassen	88
4.2.6.3	Die Öffentlichkeitsarbeit der gesetzlichen Krankenversicherung	88
4.2.7	Interdependenzen der Instrumente des Marketing-Mix im Mitgliederwettbewerb	89
4.3	Empirische Überprüfung der Bedeutung des Beitragssatzes im Mitgliederwettbewerb der GKV	95
4.4	Fazit des Kapitels	101
5.	Mögliche Motive der gesetzlichen Krankenkassen für die Attrahierung neuer Mitglieder	103
5.1	Mitgliederstabilisierung	103
5.2	Motive der Kassen zur Mitgliederausweitung	104
5.2.1	Öffentliche Aufgabe und Mitgliedergewinnung	104
5.2.2	Größenvorteile bei der Versicherungsproduktion	107
5.2.2.1	Risikoausgleich im Kollektiv als Grundlage der Größenvorteile von Versicherungen	107
5.2.2.2	Größenvorteile und die Frage der optimalen Betriebsgröße einer Versicherung	110
5.2.3	Sonderfall Betriebskrankenkassen	112
5.2.4	Der Zusammenschluss von gesetzlichen Krankenkassen	115
5.3	Anreize zur Ausweitung des Mitgliederbestandes auf Mikroebene der Kassenorgane	117
5.3.1	Die einzelnen Organe der Kassen	117
5.3.2	Mögliche Motive des Verwaltungspersonals	120
5.3.3	Mögliche Motive des Verwaltungsrates	121
5.3.4	Mögliche Motive des Vorstands	121
5.4	Fazit des Kapitels	127

6.	Risikoselektionsinstrumente und Mitgliederwettbewerb in der GKV	129
6.1	Resultate des Wettbewerbsprozesses in der GKV	129
6.2	Instrumente der Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der GKV	134
6.3	Ausgangslage und Wettbewerbsstrategien der gesetzlichen Krankenkassen	145
6.3.1	Die Ausgangsbedingung der einzelnen Kassenarten zu Beginn des Wettbewerbs	145
6.3.2	Plausible Wettbewerbsstrategien der einzelnen Kassenarten	147
6.4	Ambivalenzprüfung der eingesetzten Risikoselektionsinstrumente	149
6.4.1	Ein Wettbewerbsmodell ohne Anreiz zur Risikoselektion	150
6.4.2	Überprüfung der Selektionsinstrumente anhand des anreizneutralen Modells	154
6.5	Fazit des Nachweises von Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der GKV	157
6.5.1	Wohlfahrtswirkung der Risikoselektion	158
6.5.2	Wohlfahrtswirkung der adversen Selektion	159
6.5.3	Wohlfahrtswirkung fehlender Wettbewerbsparameter	160
6.5.4	Abschließende Bewertung des Mitgliederwettbewerbs in der GKV im Hinblick auf die Ziele des GSG	161
7.	Die Reform des RSA und seine Auswirkungen auf den Mitgliederwettbewerb	163
7.1	Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs	163
7.1.1	Disease-Management-Programme	165
7.1.2	Risikopool	167
7.1.3	Morbiditäts-RSA	167
7.2	Auswirkungen der Reform des RSA	168
7.2.1	Wirkungsanalyse der Instrumente der Reform des Risikostrukturausgleichs	169
7.2.1.1	Wirkungen der Einführung von Disease-Management-Programmen	170
7.2.1.2	Wirkungen der Einführung des Risikopool	177
7.2.1.3	Wirkungen der Einführung des Morbiditäts-RSA	177
7.3	Kritikpunkte an den Instrumenten der RSA-Reform	178
7.4	Fazit des Kapitels	180
Literatur		183

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Ziel- und Instrumenteinteilung anhand des Zeithorizonts	12
Abbildung 2.2:	Ziel- und Instrumenteinteilung anhand der Kosten- bzw. Ausgabenhöhe und der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit	12
Abbildung 2.3:	Struktur und Verhältnis der Ziele und Instrumente des GSG	13
Abbildung 2.4:	Oberziel, Zwischenziele und Instrumente des GSG	13
Abbildung 3.1:	Beispiel einer inneren Lösung des Gewinnmaximierungsproblems	34
Abbildung 3.2:	Beispiel einer Randlösung des Gewinnmaximierungsproblems	34
Abbildung 4.1:	Verteilung des allgemeinen Beitragssatzes frei wählbarer gesetzlicher Krankenkassen	80
Abbildung 4.2:	Verteilung der absoluten Differenz aus kassenindividuellem Beitragssatz und durchschnittlichem Beitragssatz	81
Abbildung 4.3:	Maximale Ersparnis durch Wechsel der Kasse in Euro	82
Abbildung 4.4:	Die Merkmale der Distributionswege in der GKV	84
Abbildung 4.5:	Distributionswege der Kassen	85
Abbildung 4.6:	Interdependenzen der Instrumente der Preispolitik	90
Abbildung 4.7:	Bilaterale Interdependenzen der Instrumente der Produkt-, Distributions- und Kommunikationspolitik	93
Abbildung 4.8:	Preispolitisch orientierte Strategie	94
Abbildung 4.9:	Strategie ohne Berücksichtigung der Ziele der Preispolitik	95
Abbildung 5.1:	Zusammenhang zwischen öffentlichem Interesse und öffentlicher Aufgabe	105
Abbildung 5.2:	Aufgabenstellung der Organe einer gesetzlichen Krankenkasse der Kassenarten Ort-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkasse und deren Beziehung zueinander	119
Abbildung 5.3:	Zusammenhang zwischen Vorstandseinkommen und Mitgliederzahl	126
Abbildung 6.1:	Schwerpunktstrategien der am Mitgliederwettbewerb teilnehmenden Kassen	149
Abbildung 7.1:	Ziel-Instrument-Beziehung der RSA-Reform unter Berücksichtigung des Zeithorizonts	169
Abbildung 7.2:	Aufspaltung einer Ursprungszelle aufgrund der Einführung eines DMP	172

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1:	Gründe für den Kassenartenwechsel gegliedert nach den Ursprungskassenarten (Angaben in Prozent)	97
Tabelle 4.2:	Gründe für den Kassenartenwechsel gegliedert nach den Zielkassenarten,(Angaben in Prozent)	98
Tabelle 4.3:	Gründe für die Kassenwahl von Erstmitgliedern	99
Tabelle 4.4:	Kriterien bei der Wahl einer neuen Kasse (Angaben in Prozent)	100
Tabelle 5.1:	Entwicklung der Anzahl der gesetzlichen Kassen, gegliedert nach Kassenarten (Gesamtdeutschland zu Jahresbeginn)	116
Tabelle 5.2:	Vereinbarung der Sozialpartner über die Höhe der Vorstandsvergütung	123
Tabelle 6.1:	Marktanteil (Mitglieder) der Kassenarten in Prozent	130
Tabelle 6.2:	Veränderung des Marktanteils der Kassenarten zum Vorjahr	130
Tabelle 6.3:	Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes nach Kassenarten	131
Tabelle 6.4:	Veränderung des durchschnittlichen Beitragssatzes nach Kassenarten in Prozent	132
Tabelle 6.5:	Anzahl und Anteil der Internet-Benutzer unter den GKV-Mitgliedern auf Basis des SOEP-Datensatzes	137
Tabelle 6.6:	Einschätzung des Gesundheitszustandes der GKV-Mitglieder auf Basis des SOEP-Datensatzes	138
Tabelle 6.7:	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder auf Basis des SOEP-Datensatzes	139
Tabelle 6.8:	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder mit einem Alter <= 35 auf Basis des SOEP-Datensatzes	140
Tabelle 6.9:	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder mit einem Alter zwischen 36 und 60 auf Basis des SOEP-Datensatzes	140
Tabelle 6.10:	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder mit einem Alter > 60 auf Basis des SOEP-Datensatzes	141

Übersichtenverzeichnis

Übersicht 3.1:	Matrix der Determinanten des Vorzeichens der Ableitung von s_j nach X	52
Übersicht 3.2:	Matrix der Determinanten des Vorzeichens der Ableitung von s_j nach X , wenn $K'_j(X) - L'_j(X) < 0$ und $s_j < a$	57
Übersicht 3.3:	Matrix der Determinanten des Vorzeichens der Ableitung von s_j nach X , wenn $K'_j(X) - L'_j(X) > 0$ und $s_j > a$	58
Übersicht 4.1:	Dominierende Ziele der Marketingpolitiken und die dazugehörigen Instrumente	90

1. Einleitung und Disposition

Mit der Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 schuf der Gesetzgeber die Grundlage für einen umfassenden Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen auf Mitgliederebene. Diese ordnungspolitische Neuausrichtung hin zu mehr Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen GKV sollte u.a. als Instrument dienen, den zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten Herr zu werden, die sich mit den bisher gebräuchlichen Methoden der Leistungskürzungen als nicht lösbar erwiesen. Diese Probleme dürften vor dem Hintergrund der zu erwartenden demographischen und medizinisch-technischen Entwicklung in Zukunft noch gravierender werden.

Das Vertrauen in den Wettbewerb als geeignetes Instrument zur Lösung bzw. Abschwächung der finanziellen Probleme der GKV resultiert aus der normativ nachgewiesenen effizienz- bzw. effektivitätssteigernden Wirkung des Wettbewerbsprozesses. Insbesondere in Versicherungsmärkten kann es aber zu Phänomenen kommen, die diese effizienz- bzw. effektivitätssteigernde Wirkung des Wettbewerbsprozesses schwächen oder im ungünstigsten Fall sogar neutralisieren. Eine mögliche Quelle dieser Wettbewerbsverzerrungen in Versicherungsmärkten stellt die Risikoselektion dar.

Nach Einsetzen des Mitgliederwettbewerbs waren spürbare Wechselströme zwischen den Kassen zu beobachten. Davon profitieren konnten insbesondere einzelne Betriebskrankenkassen (BKK), die daraufhin ihren Mitgliederbestand in Einzelfällen um mehrere tausend Prozent steigerten. Der Hauptgrund für diesen Erfolg ist der vergleichsweise niedrige Beitragssatz dieser Kassen.

Schon kurz nachdem sich die Entwicklung der Mitgliederwanderung hin zu beitragsatzgünstigen Kassen abzeichnete, erhoben die Kassen, welche über relativ hohe Beitragssätze verfügten und daher Mitgliederverluste hinnehmen mussten, den Vorwurf der Risikoselektion. Sie argumentierten, dass der Beitragssatzunterschied nicht Folge einer ineffizienten Ressourcenverwendung bei ihrer Leistungserstellung sei, sondern – obwohl ein Risikostrukturausgleich (RSA) zum Einsatz kommt – aus den unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen resultiert, wobei sie den „Billigkassen“ vorwarfen, gezielt gute Risiken zu attrahieren, um so wiederum eine günstige Risikostruktur und damit niedrige Beitragssätze zu generieren.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu überprüfen, ob es im Mitgliederwettbewerb der GKV tatsächlich zu Risikoselektion kam und wenn ja, welche negativen Wohlfahrtseffekte damit einhergingen. Lässt sich Risikoselektion nachweisen, so entspricht dies einem suboptimalen Ergebnis des Wettbewerbsprozesses und damit zumindest einem teilweisen Versagen der ordnungspolitischen Neuausrichtung. Der betrachtete Zeitraum erstreckt sich von der Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit im Jahre 1997 bis zum Jahre 2001. Die zeitliche Beschränkung wird aufgrund der im Jahr 2001 beschlossenen Reform des RSA und der hiermit

einhergehenden Änderung des Wettbewerbsrahmens der GKV notwendig, welche die Anreizstrukturen für gesetzliche Krankenkassen im Markt signifikant veränderte.

Das zweite Kapitel beschreibt mit dem GSG die wettbewerbsrelevante Reform der GKV. Mit der Darstellung dieser Gesetzesänderung wird gleichzeitig die Notwendigkeit struktureller Reformen im System der GKV zu Beginn der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts hervorgehoben. Der Gesetzgeber zielte mit der ordnungspolitischen Entscheidung, einen umfassenden Mitgliederwettbewerb zu initiieren, neben einer Qualitätssteigerung auch darauf ab, die Finanzen der GKV über eine Steigerung der Effizienz bzw. Effektivität zu stabilisieren. Kapitel drei stellt zunächst die theoretischen Voraussetzungen vor, unter denen der Wettbewerb eine maximale Effizienz bzw. Effektivität in der Produktion generiert. Anschließend werden mögliche Phänomene und deren Effekte aufgezeigt, die einer solchen Zielsetzung entgegenwirken können. Die nachfolgende Analyse des Wettbewerbsrahmens der GKV inklusive Risikostrukturausgleich prüft, inwieweit im betrachteten System Anreize bestehen, die zu suboptimalen Ergebnissen des Wettbewerbsprozesses führen können. Es zeigt sich, dass die technischen Voraussetzungen für den Einsatz von Risikoselektion erfüllt sind und folglich die Gefahr der Anwendung von Risikoselektion seitens der Kassen besteht, sofern den Kassen das Ziel Beitragssatzmaximierung unterstellt wird.

Kapitel vier geht der Frage nach, ob die Kassen über ein Motiv verfügen, ihren Beitragssatz zu minimieren, das mit dem Einsatz des Instruments der Risikoselektion kompatibel ist. Die Untersuchung der Bestandteile des Marketing-Mixes der gesetzlichen Krankenkassen identifiziert in diesem Zusammenhang den Beitragssatz als das wirksamste Instrument im Mitgliederwettbewerb. Folglich wird eine rational agierende Kasse versuchen, über Beitragssatzminimierung ihr Ziel der Mitgliedermaximierung zu erreichen.

Kapitel fünf thematisiert die risikoselektionskompatiblen Gründe, warum Kassen ihren Mitgliederbestand maximieren wollen. Danach analysiert Kapitel sechs den Wettbewerbsprozess der GKV im relevanten Zeitabschnitt mit dem Ziel, Risikoselektion anhand des Nachweises des Einsatzes von Risikoselektionsinstrumenten zu beweisen. Nur die tatsächliche Anwendung von Risikoselektionsinstrumenten schließt die in den Kapiteln drei bis fünf aufgebaute Indizienkette mit dem Nachweis von Risikoselektion ab. Anhand eines Modells des Wettbewerbsrahmens der GKV, innerhalb dessen keine Möglichkeit zur Risikoselektion besteht, werden potenzielle Selektionsinstrumente dahingehend überprüft, ob sie auch unter den veränderten Wettbewerbsbedingungen angewandt worden wären. Dies würde eine eindeutige Zuordnung als Risikoselektionsinstrument unmöglich machen. Nur wenn sie in der Realität angewandt worden sind, in dem Modell ohne Risikoselektionsmöglichkeit aber nicht zum Einsatz gekommen wären, handelt es sich eindeutig um Risikoselektionsinstrumente und der Nachweis von Risikoselektion wäre erbracht.

Im letzten Kapitel wird die Reform des RSA aus dem Jahre 2001 dargestellt und im Hinblick auf die gewonnenen Erkenntnisse aus dem bisherigen Wettbewerbsprozess bewertet. Hierbei geht es vor allem um die Frage, ob die Maßnahmen geeignet sind, die bestehenden Wohlfahrtsverluste abzubauen. Abschließend wird theoretisch analysiert und prognostiziert, welche zusätzlichen Wirkungen von der Reform des RSA zu erwarten sind.

2. Das Gesundheitsstrukturgesetz und seine ordnungspolitischen Rahmenbedingungen

2.1 Entstehung des GSG

2.1.1 Die Notwendigkeit struktureller Reformen

Die Kostendämpfungsgesetze der 80er Jahre führten lediglich zu einer temporären Stabilisierung der GKV-Financen.¹ Ein Rekord-Defizit von fast 10 Mrd. DM im Jahre 1992 und ein durchschnittlicher Beitragssatz von fast 13,4 Prozent zum Ende des selben Jahres waren - vor dem Hintergrund der finanziellen Belastungen aus der deutsch-deutschen Vereinigung - klare Signale an die Politik, umgehend langfristig wirksame Maßnahmen einzuleiten (vgl. Wanek, 1994, S. 414; Zipperer, 1993, S. 3).

Die Initiative für eine grundlegenden Reform der GKV ging im Laufe der Zeit von verschiedenen Interessengruppen mit ebenso unterschiedlichen Motiven aus. Zu Anfang des letzten Jahrhunderts begründeten offensichtliche Mängel, die geringe Reichweite des Versicherungsschutzes und die Notwendigkeit einer sinnvollen Koordinierung der einzelnen Zweige der Sozialversicherung den Wunsch nach einer Reform der Krankenversicherung. In diesem Zusammenhang bestand schon damals die Forderung nach einer Verschmelzung der einzelnen Versicherungszweige zugunsten einer Einheitsversicherung.² In der Diskussion, welche Anfang der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts aufgrund der negativen finanziellen Entwicklung in der GKV begann³, wurde nach Antworten auf die Frage gesucht, wie das System der gegliederten solidarischen Krankenversicherung auch in Zukunft finanzierbar gestaltet werden könnte.⁴

Insbesondere die Wissenschaft forderte, sich nicht nur auf Leistungskürzungen und Umschichtungen in der Finanzierung zu beschränken, sondern darüber hinaus strukturelle Änderungen vorzunehmen. So entstand im Laufe der Zeit eine Fülle von Reformvorschlägen.

Ein Großteil der vor allem von ordnungspolitisch orientierten Ökonomen⁵ entwickelten Konzepte zielte darauf ab, das im System vermutete Rationalisierungspotenzial zu erschließen und in Wirtschaftlichkeitssteigerungen zu transformieren (vgl. Wille, 1999, S. 95).

Die Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb des GKV-Systems sollte Fehlreize eliminieren, die als Quelle unnötiger Leistungsausgaben identifiziert wur-

¹ Zu einer Bewertung der einzelnen Komponenten des GRG siehe Pick (1991) S.151-157.

² Siehe z.B. Syrup/Neuloh (1957) S. 132.

³ Zwischen 1970 und 1975 stieg der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2 auf 10,47 Prozent an (vgl. Meyers-Middendorf, 1993, S.272).

⁴ Vgl. Heimsath/Hildebrand (1986) S. 4ff.

⁵ Genannt seien aus der umfangreichen Literatur: Gitter/Oberender (1987); Heimsath/Hildebrand (1986); Jacobs/Reschke (1992); Kronberger Kreis (1987); Münnich (1985); Oberender (1987); Vaubel (1990).

den, und damit eine höhere Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung erreichen.

Eine höhere Wirtschaftlichkeit im System der GKV, welche sich in einer Effizienz- und/oder Effektivitätssteigerung niederschlägt⁶, galt, erst recht im Hinblick auf die zu erwartenden Auswirkungen der künftigen demographischen Entwicklung und der Fortschritte in der Medizintechnik⁷, als eine unabdingbare Voraussetzung für den Fortbestand der sozialen Krankenversicherung (vgl. SVRKaiG, 1989, S. 101; Zipperer, 1993, S. 5).

2.1.2 Mögliche Ursachen effizienzhemmender Verzerrungen im System der GKV

2.1.2.1 Steuerungsdefizite auf der Angebots- und Nachfrageseite

Die Ursachen für ein suboptimal hohes Niveau der Gesundheitsausgaben in der GKV lassen sich nach Gitter/Oberender⁸ in folgende drei Problembereiche gliedern:

- Steuerungsdefizite auf der Angebots- und Nachfrageseite
Strukturprobleme in der Versorgung
Mängel durch Regulierung

Mit Ausnahme bestimmter Ausgabenkategorien, genießt der Versicherte im Krankheitsfall Kostenvolldeckung. Als Konsequenz dieser Regelung ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen preisunempfindlich, und es ist für den Versicherten rational, seine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im Krankheitsfall zu maximieren. Begünstigt wird dieser Anreiz zu so genanntem *Ex-post-Moral-Hazard-Verhalten*⁹ durch die fehlende Kostentransparenz. Der Versicherte kann üblicherweise aufgrund des Sachleistungsprinzips keinen direkten Zusammenhang zwischen seiner Beitragshöhe und den Gesundheitsausgaben, die er verursacht, erkennen.¹⁰

Eine weitere mögliche Folge der preisunelastischen Nachfrage ist die Initiierung von *angebotsinduzierter Nachfrage* durch die Leistungserbringer.¹¹ Der Arzt ist Anbieter von Gesundheitsleistungen und hat darüber hinaus - bedingt durch die

⁶ Zur Unterscheidung zwischen Effektivität und Effizienz siehe Wille (1986) S.106ff.

⁷ Zu den Wirkungen der beiden Effekte auf die zukünftige Finanzierung der GKV siehe Ober-dieck (1998) S. 25.

⁸ Es werden hier nicht alle Argumente der Quelle angeführt, vgl. Gitter/Oberender (1987) S. 17-27.

⁹ Vgl. zur Theorie des Moral Hazard in der Krankenversicherung: Breyer/Zweifel (1997) S. 186 und Abschnitt 3.1.3.2 *Moral Hazard*.

¹⁰ Eine Ausnahme kann eine BKK sein, welche über einen homogenen und überschaubaren Versichertenbestand verfügt, und diesen Zusammenhang erfolgreich kommuniziert.

¹¹ Zur Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage vgl. Zweifel (1982) und Ulrich/Pohlmeier (1993) S. 33-61.

asymmetrische Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient¹² – einen direkten Einfluss auf die Nachfrage der von ihm bereitgestellten Leistungen. Daraus ergibt sich die Gefahr, dass der Arzt sich nicht im Sinne des Systems wirtschaftlich, sondern einkommensmaximierend verhält und die Nachfrage nach seinen eigenen Leistungen über das notwendige Maß ausweitet.

2.1.2.2 Strukturprobleme in der Versorgung

Als Folge von Steuerungsdefiziten herrschte vornehmlich im stationären und ambulanten Sektor ein Überschuss an Kapazitäten bzw. Leistungserbringern vor, der durch die Schlagworte *Bettenberg* und *Ärztenschwemme* Einzug in die öffentliche Diskussion über das Gesundheitswesen fand.¹³

Als ein weiteres Strukturproblem kann ferner der ungleiche Organisationsgrad der Leistungserbringer und der Kassen bezeichnet werden. Einem Oligopol der Kassen stand ein Zwangskartell der Kassenärzte in Gestalt der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber. In den kollektiv-vertraglichen Preisbildungsverhandlungen resultierte daraus eine für jede Gruppe unterschiedlich starke Verhandlungsposition.

Ebenfalls zu Wettbewerbsverzerrungen führte die unterschiedliche Behandlung von Angestellten und Arbeitern vor Einführung des GSG sowie die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV. Demnach besaßen im Grunde nur Angestellte die Option, Mitglied einer Ersatzkasse ihrer Wahl zu werden.¹⁴ Bedingt durch das im Vergleich zur Gruppe der Arbeiter höhere Durchschnittseinkommen und der geringeren Morbidität der Angestellten, verfügten die Ersatzkassen über eine günstigere Risikostruktur als die Ortskrankenkassen. Dementsprechend waren die Ersatzkassen in der Lage, im Durchschnitt günstigere Beitragssätze anzubieten.¹⁵

Zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen der privaten Krankenversicherung (PKV) und den gesetzlichen Krankenkassen führte die Option der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV. Personen mit einem Wahlrecht zwischen der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Kasse und einer privaten Krankenversicherung werden, sofern sie rational entscheiden, die GKV wählen, wenn die Prämie für eine private Vollversicherung den Beitrag zur gesetzlichen Krankenkasse um die individuelle Zahlungsbereitschaft für die Mehrleistungen der PKV übersteigt. Folglich werden in der Solidargemeinschaft der GKV, da die Privaten risiko-

¹² Zur Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient und deren Beziehung zueinander vgl. Schneider (2002).

¹³ Vgl. SVRKAiG (1989) S.103; Details zum Stand vor dem GSG vgl. SVRKAiG (1990) S. 130ff und S. 143.

¹⁴ Die Möglichkeit, in eine Arbeiter-Ersatzkasse zu wechseln, hatte auch eine kleine Gruppe von Arbeitern bestimmter Berufsgruppen.

¹⁵ Ähnlich verhielt es sich mit den BKKen, hier waren zwar Angestellte und Arbeiter versichert, dennoch war das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen vergleichsweise hoch, da sich hier kaum arbeitslose Mitglieder befanden.

äquivalent tarifieren, nur die schlechten Risiken¹⁶ verbleiben, wobei sich die Bezeichnung *schlechtes Risiko* nicht nur an der Morbidität der beitragszahlenden Personen orientiert muss. Ein Mitglied mit geringen Leistungsausgaben kann für eine gesetzliche Kasse auch aufgrund einer entsprechend hohen Anzahl Familienmitversicherter zu einem schlechten Risiko werden. Diese Art *adverser Selektion* belastet die Solidargemeinschaft der GKV finanziell übermäßig.¹⁷

2.1.2.3 Mängel durch Regulierung

In der GKV sind umfangreiche Preis-, Mengen- sowie Qualitätsregulierungen auf der Angebots- und Nachfrageseite zu beobachten. Die Regulierung der Vergütung durch Verwendung eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes oder einer Gebührenordnung entspricht faktisch einer Preisregulierung, die den Marktmechanismus außer Kraft setzt. Die Gebührenordnung schafft für die Leistungsanbieter Anreize, Positionen zu bevorzugen, die einen maximalen Deckungsbedarf bedeuten und folglich Ressourcen verschwenden.¹⁸ Daneben bietet diese Regelung der Vergütung wenig Flexibilität, um sich auf geänderte Bedürfnisse und an medizinische Fortschritte anzupassen.

Eine weitere Form der Vergütungsregulierung ist die Budgetierung. Bei dieser Form der Regulierung besteht die Gefahr, dass es innerhalb des budgetierten Bereichs zu einem Wettbewerb der Leistungsanbieter um den Anteil am Gesamtbudget kommt. Hieraus folgt eine unnötige Leistungsausweitung.¹⁹ Zudem verhindert die Fixierung der Gesamtausgaben einzelner Bereiche eventuell eine sinnvolle Umschichtung zwischen den Sektoren aufgrund von Substitutionsprozessen.

Zusammenfassend lassen sich für die Zeit vor dem GSG in vielen Bereichen der GKV Anreize zu übermäßigen Leistungserstellungen bzw. zur Generierung von Überkapazitäten feststellen. Sofern diese Anreize tatsächlich zu übermäßigen Ausgaben führten, handelt es sich dabei im Sinne der gesamtwirtschaftlichen Allokation um nichts anderes als eine Verschwendung von knappen Ressourcen (vgl. Wille, 1999, S. 100ff). In diesem Fall stellen die kursorisch beschriebenen Problemfelder und Fehlanreizstrukturen im Umkehrschluss Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Systems der GKV dar.

¹⁶ Die privaten Krankenversicherungen tarifieren theoretisch über den gesamten Lebenszeitraum risikooäquivalent, wobei in jungen Jahren mehr eingezahlt wird als nötig, um die Beiträge im Alter vergleichsweise moderat halten zu können (vgl. Kulbe, 1993, S.165ff).

¹⁷ Zu Theorie der adversen Selektion siehe z.B. Akerlof (1970), Breyer/Zweifel (1997). In Abschnitt 3.1.3.2 *Adverse Selektion* wird das Phänomen näher beleuchtet.

¹⁸ Auch wenn man das Budget in einem Sektor beschränkt, also durch die Deckungsbeitragsmaximierung keine zusätzlichen Mittel in diesen Sektor fließen, so könnte bei günstigerer Anreizstruktur das Gesamtbudget niedriger ausfallen.

¹⁹ Dieses Phänomen wird auch als sog. „Hamsterrad-Effekt“ bezeichnet.

2.1.3 Determinanten der politischen Umsetzung

Anfang der neunziger Jahre stand der Gesetzgeber vor dem Problem zu entscheiden, welche Defizite er durch eine Gesetzesänderung zu beheben versucht. Eine mögliche Vorgehensweise hätte darin bestanden, zuerst jedes einzelne Problemfeld genau zu analysieren und den Grad einer möglichen Ineffizienz zu quantifizieren. Im zweiten Schritt wäre es darum gegangen, Änderungsvorschläge zu entwickeln, um die identifizierten Einsparungspotenziale - unter Einhaltung der Grundprinzipien der GKV²⁰ - mobilisieren zu können. Mit der Umsetzung der zielführendsten Vorschläge wäre die Optimierung des Systems abgeschlossen.

Dass der Gesetzgeber nicht das auf die maximale Ausnützung von Rationalisierungspotenzialen ausgerichtete Vorgehen wählte, sondern, wie noch zu zeigen sein wird, letztendlich eine unvollkommene Reform auf den Weg brachte, geht auf verschiedene Faktoren zurück.

Zeitdruck aufgrund der angespannten finanziellen Lage der GKV

Die Wirkung des GRG auf den durchschnittlichen Beitragssatz in der GKV war nur von kurzer Dauer.²¹ Bereits im Jahre 1991 lag der Anstieg der Ausgaben in allen Leistungsbereichen wieder über dem der Grundlohnsumme. Dafür verantwortlich waren insbesondere die Ausgabenbereiche Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz. Die Folge dieser Entwicklung war ein bei allen Kassenarten zu beobachtender Beitragssatzanstieg im Jahre 1992 (vgl. Pfaff/Busch/Rindsfüßer, 1994, S. 96/97). Dieser Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes im Herbst 1992 über das Niveau vor Einführung des GRG²² machte Sofortmaßnahmen zur Kostendämpfung zwecks kurzfristiger Stabilisierung der GKV unumgänglich (vgl. Oldiges, 1993, S. 14; Paquet, 1992, S. 704; Stegmüller, 1996, S. 66). Der Gesetzgeber stand angesichts der finanziellen Entwicklungen unter enormem Zeitdruck. Eine neue, umfassende normative Analyse der Problemfelder der GKV wäre wohl in der damaligen Situation aufgrund des Zeitdrucks nicht realisierbar gewesen.

Bei der Ausarbeitung der Reformüberlegungen konnte das Ministerium jedoch auf die bis dahin von der Wissenschaft erarbeiteten Reformmodelle zurückgreifen. Zusätzlich standen die Jahres- und Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Verfügung, in denen

²⁰ Das Solidaritätsprinzip ist ein solches Grundprinzip der GKV, welches sich u.a. in § 3 *Solidarische Finanzierung* und § 61 *Vollständige Befreiung* des Neunten Abschnitts *Härtetfälle*, SGB (V), niederschlägt. Effizienzmaximierende Maßnahmen könnten durchaus mit dem § 61 kollidieren, der im Verdacht steht, Ex- ante und Ex-post-Moral-Hazard zu hervorzurufen.

²¹ Vgl. Abschnitt 1.5. *Das Gesundheitsreform-Gesetz von 1988*.

²² Im Jahr 1989 betrug der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV 12,9 Prozent, Ende des Jahres 1992 stieg er auf 13,4 Prozent.

der Rat die Defizite der einzelnen Leistungsbereiche hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit untersuchte und Reformvorschläge abgab.²³ Darüber hinaus konnte bei der Erarbeitung des Strukturreformvorschlags auf bereits existierende Analysen zurückgegriffen werden, die das Ministerium bereits unter Ministerin Hasselfeld formuliert hatte (vgl. Perschke-Hartmann, 1994, S. 258).

Das politische Kräfteverhältnis

Die Durchführung selbst einer umfassenden Gesetzesreform stellt für eine Regierungspartei in der Bundesrepublik Deutschland kein Problem dar, sofern sie in den entscheidenden Gremien, dem Bundestag und dem Bundesrat, über eine verlässliche Mehrheit verfügt. In der 12. Legislaturperiode befand sich keine einzelne Partei in der Regierungsverantwortung, sondern eine Koalition aus CDU und FDP. Ein Reformvorschlag der GKV musste folglich mit dem politischen Programm beider Parteien übereinstimmen und von beiden Parteien getragen werden. Im Bundesrat verfügte die Koalition über keine Mehrheit. Obwohl die Bundesländer in ihrem Abstimmungsverhalten frei sind, wäre jeder Versuch, eine Gesundheitsreform gegen den Willen der oppositionsregierten Länder im Bundesrat zu verabschieden, zum Scheitern verurteilt gewesen (vgl. Wanek, 1994, S. 415).

Es erscheint bereits angesichts der politischen Machtkonstellationen des Jahres 1992 unwahrscheinlich, eine im Sinne der normativen Wirtschaftlichkeitsmaximierung erarbeitete Gesundheitsreform zu verabschieden. Jedes zu verabschiedende Gesundheitsreformgesetz schien dazu verdammt, ein Kompromiss zu werden. Im Falle des GSG erarbeiteten die Koalitionspartner in einer dreiwöchigen Klausur am Nürburgring die Eckpunkte ihres Reformvorschlags. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde die oppositionelle SPD in die Beratungen über den Gesetzentwurf miteinbezogen. Nach mehrtägigen, konsensorientierten Verhandlungen standen die Eckpunkte eines gemeinsamen Kompromisses fest. Auf dieser Grundlage entstand das GSG, welches von Bundestag und Bundesrat verabschiedet wurde und am 1. Januar 1993 in Kraft trat (vgl. Perschke-Hartmann, 1994, 258ff; Zipperer, 1993, S. 3ff).

Rolle und Einfluss der Interessengruppen

Die wichtigsten Interessengruppen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland sind in Verbänden zusammengeschlossen, welche die Interessen ihrer Mitglieder bei den politischen Entscheidungsträgern vertreten und die Positionen der Gruppen in der Öffentlichkeit kommunizieren. Verbände mit Zwangsmitgliedschaft in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft sind darüber hinaus im Rahmen der Selbstverwaltung Vollzugsträger ge-

²³ Vgl. z.B. SVRKAiG (1987) S. 140, (1989) S. 103-130, (1990) S.130-142, S. 152ff, S. 156-169.

setzlicher Maßnahmen bzw. nehmen öffentliche Aufgaben wahr (vgl. Eichhorn, 1991, S. 460).

Der Gesetzgeber sieht sich bei der Umsetzung von Gesetzesänderungen auf die Mitarbeit der öffentlich-rechtlichen Verbände, aber u.U. auch auf die privaten angewiesen. Folglich ist es politisch rational, Maßnahmen auszusparen, die von den Verbänden offen abgelehnt und bekämpft werden (vgl. Wanek, 1994, S. 310). Neben dieser eher passiven Einflussnahme betreiben die Verbände direkte Lobbyarbeit in Form einer unauffälligen Gesprächsdiplomatie über den Kontakt mit ihnen nahe stehenden Parlamentariern, Beamten und Regierungsmitgliedern (vgl. Wanek, 1994, S. 314).

Dieser Einfluss kann bereits im Planungsstadium neuer Gesetzesvorhaben zum Tragen kommen. Daneben unterhalten die Parteien unterschiedlich enge Klientelbeziehungen zu den wichtigsten Interessengruppen innerhalb des Gesundheitswesens. Auf diese Weise ist es für die Verbände nicht nötig, zu viel Gewicht auf eine öffentlichkeitsorientierte Druckentfaltung zu legen, welche sich als kontraproduktiv erweisen kann.²⁴ Aufgrund dieses Beziehungsgeflechts läuft jede Reform des Gesundheitswesens Gefahr, bereits im Planungsstadium zu einem Kompromiss mit den Interessengruppen degeneriert zu werden.²⁵

Eine umfassende Gesundheitsreform, die alle Ineffizienzen des Systems beseitigen würde, was für die Mitglieder einiger Interessengruppen mit dem Verlust von Einkommen oder Macht einherginge, zöge den massiven Widerstand der Vertreter dieser Gruppen nach sich. Die vollständige Durchsetzung einer solchen Reform erscheint daher unter den gegebenen Einflussmöglichkeiten und Verflechtungen nahezu unmöglich.

Bei den Beratungen über das GSG zwischen der Regierungskoalition, Vertretern der Länder und der SPD-Bundestagsfraktion Anfang Oktober 1992 in Bad Lahnstein nahmen die Vertreter der Interessenorganisationen nicht direkt teil.²⁶ Dies mag ein Grund dafür gewesen sein, dass mit dem GSG ein – zumindest im Verhältnis zum GRG – grundlegendes und weitreichendes Gesetz gelang (vgl. Stegmüller, 1996, S. 67).

²⁴ Diese Erfahrung mussten die Zahnärzte machen (vgl. Zipperer, 1993, S. 11).

²⁵ So führt Döhler aus, dass das Scheitern umfassender gesundheitspolitischer Reformen in Deutschland „zwar auch, aber nicht in erster Linie den lobbyistischen Fertigkeiten der beteiligten Verbandseliten zuzuschreiben“ ist (vgl. Döhler, 1990, S. 547; Wanek, 1994, S. 309).

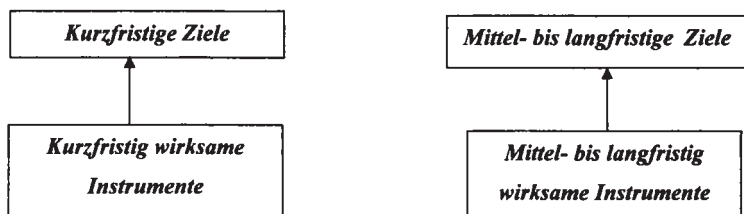
²⁶ Es kam während der Verhandlungspausen zu Gesprächen zwischen den Verhandlungsführern und Vertretern wichtiger Interessengruppen (vgl. Perschke-Hartmann, 1994, S. 260).

2.2 Ziele und Instrumente des GSG

2.2.1 Das Zielsystem des GSG

Die Ziele des GSG und seine Instrumente lassen sich in zwei Kategorien einteilen.²⁷ Dabei ist es möglich, zwei Kriterien anzulegen, anhand derer eine Einordnung in eine der beiden Kategorien vorgenommen werden kann. Ein Einteilungsversuch zielt auf den zeitlichen Horizont der Ziele ab und korrespondiert mit der Zeitspanne der Wirkungsentfaltung der Instrumente. Eine schematische Darstellung gibt die folgende Abbildung:

Abbildung 2.1: Ziel- und Instrumenteinteilung anhand des Zeithorizonts



Quelle: Eigene Darstellung

Die zweite Möglichkeit der Einteilung orientiert sich an den Zielinhalten des Gesetzes. Beabsichtigt war eine Senkung der Kosten- bzw. Ausgabenhöhe und eine Steigerung der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit in der GKV. Abbildung 2.2 gibt diese Zweiteilung inklusive der Verbindung mit der Instrumentenebene wieder:

Abbildung 2.2: Ziel- und Instrumenteinteilung anhand der Kosten- bzw. Ausgabenhöhe und der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit

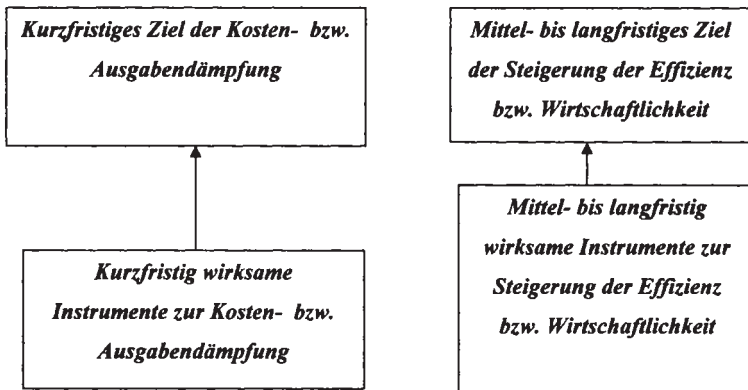


Quelle: Eigene Darstellung

²⁷ Diese Einteilung folgt inhaltlich dem Vorgehen Zipperes (1993).

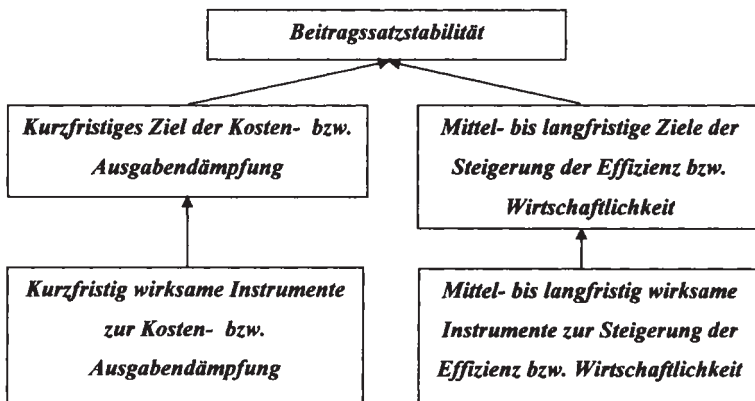
Bedingt durch den Aufbau und die Zusammenhänge in der GKV ergeben sich bei der Verbindung der beiden Ziele *Kostendämpfung* und *Effizienzsteigerung* mit den beiden zeitlichen Dimensionen keine Konflikte, lassen sich doch bloße Ausgabenbegrenzungen kurzfristig leichter umzusetzen als Effizienzsteigerungen. Die Verschmelzung beider Einteilungsversuche - dargestellt in Abbildung 2.3 - beschreibt letztendlich die Struktur und das Verhältnis der Ziele und Instrumente des GSG.

Abbildung 2.3: Struktur und Verhältnis der Ziele und Instrumente des GSG



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 2.4: Oberziel, Zwischenziele und Instrumente des GSG



Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Zielen *kurzfristige Kosten- bzw. Ausgabendämpfung* und *langfristige Steigerung der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit* handelt es sich um Zwischenziele auf dem Weg hin zu einer dauerhafter Beitragssatzstabilität in der GKV (siehe Abbildung 2.4).

Der Gesetzgeber maß diesem „Oberziel“ einen so hohen Stellenwert bei, dass er den Grundsatz der Beitragssatzstabilität im SGB (V) verankerte (§ 71 Abs. 1). Das GSG zielte darauf ab, die Stabilität der Beiträge durch Kostendämpfung kurzfristig herbeiführen und anhand einer höheren Wirtschaftlichkeit des Systems langfristig sicherzustellen (vgl. Oldiges, 1993, S. 13; Zipperer, 1993, S. 5). Mit der Wahl der Effizienz- bzw. Wirtschaftlichkeitssteigerung als Zwischenziel oder Quasiinstrument zur Erhaltung der Beitragssatzstabilität trug die Politik den alten Forderungen aus der wissenschaftlichen Diskussion um die Zukunft der GKV Rechnung. Dagegen sollte das System anhand einer kurzfristigen Kostendämpfung umgehend stabilisiert werden. Diese Kombination aus traditionellen Kostendämpfungsmaßnahmen und strukturellen Reformen fand nicht nur einhellige Zustimmung; manche Autoren kritisierten diese gemischte Strategie und warfen dem Gesetz eine fehlende einheitliche Steuerungskonzeption vor.²⁸

2.2.2 Die Instrumente des GSG

2.2.2.1 Maßnahmen zur kurzfristigen Ausgaben- bzw. Kostendämpfung

Budgetierung

Bei der Budgetierung handelt es sich um das wichtigste und zugleich wirksamste Instrument des GSG zur kurzfristigen Ausgabendämpfung. Die Regelung im GSG sah vor, dass die Ausgaben in den wichtigsten Leistungsbereichen der GKV im Zeitraum zwischen 1993 und 1995 nur noch im gleichen Verhältnis wie die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder steigen durften.²⁹ Ausgangsbasis dieser Vorgabe war das um die Veränderungen der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1992 erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 1991. Für die Leistungsbereiche Krankenhaus, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Arznei-, Heil- und Verbandmittel und stationäre Kuren wurden einzelne sektorale Budgets gebildet (vgl. Zipperer, 1993, S. 5).

Die Budgetierung erstreckte sich nicht über alle Leistungsbereiche und wies zudem Lücken auf, was, wie im Falle des stationären Sektors, dazu führte, dass der Anteil der stationären Versorgungsausgaben überproportional anstieg, obwohl die Verweildauer parallel dazu zurückging. Im ambulanten Sektor blieb das ambulante Operieren von der Budgetierung ausgeklammert.

²⁸ Vgl. z.B. Stegmüller, 1995, S. 67.

²⁹ Diese Vorgabe galt auch für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, wobei hier das Wort Budgetierung nicht angebracht ist (vgl. Zipperer, 1993, S. 5).

Einige andere Leistungsbereiche, wie z.B. Krankengeld und Fahrtkosten, blieben auch weiterhin unbeschränkt (vgl. Schönbach, 1999, S. 63-73).

Ausweitung der Zuzahlungen und Einschränkung der Leistungen

Diese beiden „klassischen“ Instrumente zur kurzfristigen Ausgabendämpfung waren Hauptbestandteil der Kostendämpfungsgesetze der siebziger und achtziger Jahre.³⁰

Im Verhältnis zum Stellenwert jener Jahre fällt ihr Gewicht, gemessen anhand der daraus für die Betroffenen resultierenden finanziellen Konsequenzen, im GSG relativ bescheiden aus.³¹

Die konkreten Maßnahmen betrafen fast alle wichtigen Leistungsbereiche der GKV und setzen sich aus Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte und stationäre Kuren, gestaffelten Zuzahlungsregelungen bei Arzneimitteln - für 1993 nach dem Preis und ab 1994 nach der Packungsgröße -, einer Begrenzung des Leistungskatalogs beim Zahnersatz und Ausschluss kieferorthopädischer Leistungen bei Erwachsenen zusammen.

Nicht ganz in eine der beiden Kategorien einteilen lässt sich die Erweiterung der Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte im Ruhestand (Neufälle) und freiwillig versicherte Selbstständige. Diese Maßnahmen erhöhten die Aufwendungen für den Versicherungsschutz beider Gruppen c.p. (vgl. Stegmüller, 1994, S. 69/70; Zipperer, 1993, S. 12).

2.2.2.2 Maßnahmen zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit

Sämtlichen folgenden Maßnahmen zielten auf eine Veränderung der Struktur der GKV ab. Anhand der strukturellen Veränderungen des Systems sollte eine höhere Effizienz bzw. Effektivität erreicht werden, die sich ihrerseits in einer mittel- bis langfristigen finanziellen Entlastung der GKV, aber auch in einer höheren Qualität der Leistungen niederschlagen sollte.

Änderung der Leistungsvergütung im stationären Sektor

Eine wichtige Änderung des GSG bedeutete die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips (§ 4 KHG) ab dem Jahr 1993. Die bisherige Entgeltform in Gestalt von tagesgleichen, pauschalierten Pflegesätzen sollte so schnell und weitgehend wie möglich durch differenzierte Entgelte mit prospektiven Finan-

³⁰ Einen chronologischen Überblick über die historische Entwicklung in der GKV geben Ferich/Frey (1996).

³¹ Von der erwarteten finanziellen Entlastung im Jahr 1993 in Höhe von rd. 10,655 Mrd. DM sollten rd. 3,530 Mrd. DM durch Ausweitung der Zuzahlung und Leistungseinschränkungen aufgebracht werden (vgl. Zipper, 1993, S. 12).

zierungsanteilen in Form von Fallpauschalen, Sonderentgelten und einem sog. Restbudget ersetzt werden. Ab dem Jahr 1996 sollte die Regelung für alle Krankenhäuser verbindlich sein (vgl. Stegmüller, 1994, S. 72/73).

Das GSG gab den Krankenhäusern erstmals die Möglichkeit, im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung in einem zeitlich genau festgelegten Umfang tätig zu werden. Dabei sollte es den Krankenhäusern erlaubt sein, im Vorfeld eines eventuell notwendigen stationären Aufenthalts entsprechende diagnostische Leistungen zu erbringen. Gleiches galt für die nachstationäre Behandlung (vgl. Zipperer, 1993, S. 6). Eine weitere Neuerung für die Krankenhäuser bedeutete die Möglichkeit des ambulanten Operierens, die der Verzahnung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor dienen sollte (Stegmüller, 1994, S. 74).

- Strukturelle Änderung der ambulanten Versorgung

In der ambulanten ärztlichen Versorgung markierte die Neuordnung der allgemeinärztlichen bzw. hausärztlichen Tätigkeit den wichtigsten Reformschritt des GSG. Die entsprechenden Regelungen definieren Inhalte und zu erfüllende Voraussetzungen einer allgemeinmedizinischen Tätigkeit und grenzen diese auch im Hinblick auf die Vergütung von der fachärztlichen Tätigkeit ab. Ziel bildete die Umsetzung der Perspektive eines langfristig zu etablierenden Hausarztmodells, in dem der Allgemeinmediziner wieder verstärkt die Rolle eines Koordinators medizinischer Leistungen übernimmt.

Mit der Neuordnung des vertragsärztlichen Niederlassungsrechts im § 99ff SGB (V), griff der Gesetzgeber direkt in die Struktur der ambulanten Versorgung ein. So war geplant, ab dem Jahr 1999 die Zahl der zugelassenen Vertragsärzte in Abhängigkeit von Verhältniszahlen³² und unter Berücksichtigung der Relation von Fach- und Hausärzten zu beschränken. Auf diese Weise hoffte man, die Zunahme der in den letzten Jahren stark angewachsenen Zahl von niedergelassenen Ärzten in Zukunft begrenzen zu können, maß die Wissenschaft diesem Phänomen doch eine Mitschuld an den hohen Ausgabenzuwächsen in der GKV zu (vgl. SVRKAiG, 1987, S. 44ff; Stegmüller, 1994, S. 74/75).

Freie Kassenwahl für alle Mitglieder der GKV

Die Einführung der freien Kassenwahl für alle Mitglieder der GKV gilt unbestritten als die wohl bedeutendste und meistdiskutierte Änderung des GSG.³³ Dabei stellte nicht die Möglichkeit der freien Kassenwahl die eigentliche Neuerung des Gesetzes dar, denn dieses Recht besaßen Angestellte und ein kleiner

³² Der Zahl der Versicherten pro Arzt.

³³ Speziell in den Presseorganen der Bundeskassenverbände finden sich eine Reihe von Artikeln zu diesem Thema. Dies ist verständlich, waren und sind doch die Kassen vom Kassenwahlrecht direkt betroffen.

Teil der Arbeiter bereits vor dem GSG. Die relevante Neuerung bestand darin, dass ab dem 1.1.1996 mit Wirkung zum 1.1.1997 – von Ausnahmen abgesehen – grundsätzlich jedes versicherungspflichtige bzw. versicherungsberechtigte Mitglied seine Kasse frei wählen darf. Mit dieser Änderung beseitigte der Gesetzgeber die zwar historisch gewachsene, aber nicht mehr zu begründende Trennung von Primär- und Wahlkassen.³⁴ Gleichzeitig hob das Gesetz die Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten auf, deren Nachteile für die Arbeiter nicht nur in der Vorenthaltung des Kassenwahlrechts, sondern auch in tendenziell höheren Beiträgen der Primär- gegenüber den Wahlkassen lagen (vgl. Schneider, 1993, S. 49; Van Stiphout, 1995, S. 158).

Im Einzelnen sah das GSG vor, dass grundsätzlich jede versicherungspflichtige bzw. versicherungsberechtigte Person Mitglied in einer Ersatz- oder Ortskrankenkasse werden konnte.³⁵ Für Betriebs- und Innungskassen gilt dies nur, wenn sie sich in der Satzung dazu verpflichten, auch Betriebsfremden die Möglichkeit der Mitgliedschaft zu gewähren.³⁶

Die Kündigung der Mitgliedschaft als Voraussetzung für einen Kassenwechsel konnte ab dem 1.1.1996 erfolgen. Die Mitgliedschaft in der neuen Kasse erlangte dann ab dem 1.1.1997 Wirksamkeit. Die ursprüngliche Regelung des GSG sah weiter vor, dass von nun an die Mitgliedschaft unterjährig bis zum 30. September des Jahres mit Wirkung zum 31. Dezember gekündigt werden konnte. Von dieser Wahlfreiheit ausgeschlossen waren die Bundesknappschafts-, See- und Landwirtschaftskasse mit ihren Mitgliedern (Schneider, 1993, S. 50ff).

Straffung der Organisation der gesetzlichen Krankenkassen

Das GSG enthielt speziell für die Betriebs- und Innungskrankenkassen (IKK) weitere organisatorische Änderungen. So stieg die notwendige Mindestmitgliederzahl bei der Neugründung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse auf 1.000 Beschäftigte an.

Eine von den Vertretern der Betriebs- und Innungskrankenkassen besonders kritisierte Änderung sah vor, dass darüber hinaus die Mehrheit der Beschäftigten (und nicht die der an der Abstimmung beteiligten Beschäftigten) der Gründung einer BKK zustimmen muss.

Die Verwaltungskosten für die Beschäftigten von Betriebskrankenkassen, die bisher vom Mutterunternehmen finanziert wurden, können ab dem 1. Januar 1996 durch Satzungsbeschluss von der Kasse selbst durch Beitragseinnahmen aufgebracht werden (vgl. Heinz, 1992, S. 625).

³⁴ Siehe z.B. SVRKaIG, 1989, S. 117.

³⁵ Zu den Einschränkungen aufgrund z.B. des Beschäftigungs- und Wohnortes siehe van Stiphout (1996) S. 372ff.

³⁶ Betriebsfremde sind in diesem Zusammenhang Personen, die oder deren Ehegatte weder in dem Betrieb beschäftigt waren oder beschäftigt sind.

Eine Straffung der Struktur aller Krankenkassen sollte die Neugestaltung der Selbstverwaltung bewirken. Laut Gesetzgeber ergab sich diese Notwendigkeit durch die neuen Anforderungen an die Kassen aufgrund der Auswirkungen der freien Kassenwahl. Um in der neuen Wettbewerbssituation bestehen zu können, wurden ab dem 1. Januar 1996 die bisherigen Organe Vorstand und Vertreterversammlung zu einem neuen Organ, dem Verwaltungsrat, zusammengefasst. Einem neuen, hauptamtlichen Vorstand oblag seither die Erfüllung der notwendigen Leistungs- und Managementaufgaben; die Funktion des Geschäftsführers entfiel (Zipperer, 1993, S. 9).

Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA)

Als Grundlage für den durch die freie Kassenwahl erwarteten Mitgliederwettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen führte das GSG einen Risikostrukturausgleich bereits mit Wirkung ab dem 1.1.1994 ein. Der Risikostrukturausgleich sollte die zum Teil historisch bedingten Beitragssatzunterschiede in der GKV bis zum Einsetzen des Wettbewerbs mit Beginn der freien Kassenwahl verringern und so gleiche Wettbewerbschancen gewährleisten. (vgl. Schneider, 1993, S. 54ff; Stegmüller, 1994, S. 84/85).

2.3 Die Rolle des Wettbewerbs im GSG

Drei fundamentale Allokationsmechanismen, öffentliche Planung bzw. staatlich administrative Steuerung, korporative Koordination sowie Markt- und Preismechanismus, kommen in der GKV zum Einsatz. Im stationären Sektor dominiert die öffentliche Planung, die Verteilung der Vergütung für die ambulante Behandlung erfolgt durch korporative Koordination und im Arzneimittelmarkt sowie bei den meisten Hilfsmitteln kommt der Markt- und Preismechanismus zum Einsatz (vgl. Wille, 1999, S. 102).

Auch wenn demnach nicht in allen Bereichen der GKV der Markt- und Preismechanismus zur Anwendung kommt, zeigt Wille (1999, S. 96), dass die Schlussfolgerung, in diesen Bereichen könne es daher keine Wettbewerbsprozesse geben, nicht korrekt ist. Der Wettbewerbsprozess kann auch bei Verwendung anderer Allokationsmechanismen als dem Preis- und Marktmechanismus effizienz- und effektivitätssteigernd wirken.

Die Einführung der freien Kassenwahl für grundsätzlich alle Mitglieder der GKV³⁷ bedeutete eine „Stärkung und Fundierung“ (Wille, 1999, S. 96) des Mitgliederwettbewerbs, der bereits vor dem GSG zwischen den Ersatzkassen und den Ortskrankenkassen sowie zwischen den gesetzlichen Kassen und den privaten Krankenversicherungen stattfand (vgl. Jacobs/Reschke, 1992, S. 15ff).

³⁷ Zu den Ausnahmen siehe Abschnitt 2.2.2.2 *Maßnahmen zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit.*

Der Mitgliederwettbewerb in der GKV spielte sich vor dem GSG ohne eine steuernde Wettbewerbsordnung ab. Anstelle derer sorgte die Regelung der beschäftigungsabhängigen Kassenzuweisung in Verbindung mit der eingeschränkten Wahlfreiheit für Risikoselektionsprozesse, die letztendlich in Beitragssatzunterschieden mündeten, welche nicht nur die Effizienz, sondern vor allem die Versichertenstruktur der Kasse widerspiegeln (vgl. Smigielski, 1993, S. 85/86).

Mit der Einführung der freien Kassenwahl beabsichtigte der Gesetzgeber, eine Wettbewerbsordnung zu schaffen, die den Wettbewerb als ordnungspolitisches Steuerungsprinzip in der GKV stärken und für gleiche Wettbewerbschancen als Voraussetzung eines effektiven Kassenwettbewerbs um GKV-Mitglieder sorgen sollte.

Bewertet man die Änderungen des GSG aus ordnungspolitischer Sicht, so sollte die Initiierung eines „effektiven“ Mitgliederwettbewerbs eine Reihe von Funktionen erfüllen, die sich aus den Effekten eines Wettbewerbsprozesses unter Verwendung des Allokationsmechanismus Markt- und Preismechanismus in einer Marktwirtschaft idealtypisch ergeben.

Vor allem folgende Funktionen eines funktionsfähigen Wettbewerbs erscheinen für die GKV von Bedeutung (vgl. Wille, 1999, S. 103/104):

Einräumung von Handlungs- und Wahlfreiheiten,
Steuerung der Produktion von Gütern und Dienstleistungen nach den Präferenzen der Konsumenten,
Förderung von effizienter Produktion durch Zwang zur Rationalisierung,
Stimulierung des technischen Fortschritts und einer flexiblen Anpassung an veränderte Daten.

Im Hinblick auf die Beweggründe für die Einführung des GSG ist vor allem die Funktion der Förderung einer effizienten Produktion hervorzuheben - bedeutete doch gerade die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Systems der GKV durch Erhöhung der Effizienz bzw. Effektivität eines der beiden Hauptziele des GSG.³⁸

2.4 Fazit des Kapitels

Mit dem GSG unternahm der Gesetzgeber den ersten ernst zu nehmenden Versuch in der Geschichte der GKV, den finanziellen Schwierigkeiten des Systems mit strukturellen Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und nicht nur mit reinen Leistungskürzungen bzw. einer weiteren Ausweitung der Finanzierungsbasis zu begegnen. Kern des GSG bildet die Schaffung eines Wettbewerbsrahmens für die GKV, innerhalb dessen ein fairer Mitgliederwettbewerb zwischen den Kassen ablaufen sollte. Das dominierende Ziel des initiierten

³⁸ Siehe Abschnitt 2.1.5 *Ziele und Instrumente des GSG*.

Mitgliederwettbewerbes lag in einer mittel- bis langfristigen Verbesserung der Effizienz bzw. Effektivität der Erstellung von Gesundheitsleistungen und deren Qualität.

3. Wettbewerb und Risikoselektion in der GKV

3.1 Theoretische Analyse von Versicherungsmärkten

3.1.1 Effiziente Produktion und die Theorie der vollkommenen Konkurrenz

Die Behauptung, der Wettbewerbsprozess führe unter geeigneten Umständen zu einer effizienten Produktion, kann allgemein anhand der Theorie der *vollkommenen Konkurrenz* begründet werden.³⁹ Dazu soll ein partielles Gleichgewichtsmodell betrachtet werden, das die folgenden Bedingungen eines vollkommenen Marktes erfüllt:⁴⁰

homogenes Gut

fehlende Präferenzen der Konsumenten bzgl. bestimmter Verkäufer,

keine räumliche Differenzierung zwischen einzelnen Anbietern bzw. Käufern = keine Transportkosten (Punktmarkt),

keine zeitlichen Differenzierungen zwischen einzelnen Anbietern bzw. Nachfragen = gleiche Lieferbedingungen sowie

vollständige Markttransparenz und vollkommene Information.

In Verbindung mit den folgenden Annahmen ergibt sich ein Partialmodell der vollständigen Konkurrenz mit folgenden Eigenschaften:

Die Anbieter sehen den Marktpreis als exogen und gegeben an. Sie maximieren ihren Gewinn anhand der Faktoreinsätze und Wahl der Angebotsmenge.

Die Nachfrager orientieren sich nur am Preis, der billigste Anbieter vereinigt die gesamte Nachfrage auf sich.

Es bestehen keine Marktzutrittsbeschränkungen, freier Marktzu- und -austritt sind möglich.

Jedes Unternehmen bietet dann genau die Menge des Gutes an, bei der die notwendige Gewinnmaximierungsbedingung der Gleichheit von Preis und Grenzkosten erfüllt ist. Kurzfristig können die Unternehmen auf diese Weise positive und negative Gewinne erzielen.

Liegen die Durchschnittskosten eines Unternehmens über dem Marktpreis und werden die variablen Kosten durch den Preis gedeckt, so erwirtschaftet das Un-

³⁹ Die Theorie als solche ist nicht unumstritten, und es existieren auch alternative Wettbewerbstheorien (siehe Meyers-Middendorf, 1993, S. 137-171; Olten, 1995). Um den Zusammenhang zwischen effizienter Produktion und dem Wettbewerbsprozess zu erklären, können die Unzulänglichkeiten der Theorie der vollkommenen Konkurrenz vernachlässigt werden.

⁴⁰ Eine formale Herleitung der Ergebnisse findet sich fast jedem Mikroökonomie-Lehrbuch nachgelesen werden, siehe z.B. Varian (1994).

ternehmen zwar einen Verlust, wird aber zumindest kurzfristig im Markt verbleiben. Werden kurzfristige Gewinne erzielt, so treten neue Unternehmen in den Markt ein. Zudem besitzen die bereits etablierten Firmen einen Anreiz, ihre Kapazitäten auszuweiten und zu optimieren. Als Folge der Angebotserhöhung verschiebt sich die Angebotskurve solange nach rechts, bis der Preis den minimalen Durchschnittskosten der Unternehmen entspricht und diese keine Gewinne mehr erzielen.

Die Ergebnisse des Partialmodells der vollkommenen Konkurrenz lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Der Output wird mit der effizientesten Technik, also mit den minimalen Kosten (Ressourceneinsatz), produziert.

Die Konsumenten bezahlen den minimal möglichen Preis, der gerade die Stückkosten der Produktion deckt.

Es werden keine Ressourcen verschwendet; da die Unternehmen bei voller Kapazitätsauslastung produzieren.

Die Unternehmensgewinne beschränken sich auf die Opportunitätskosten des eingesetzten Kapitals.

Die Ergebnisse des Modells beschreiben den Zusammenhang zwischen Preismechanismus, Wettbewerb bzw. Konkurrenz und dem Zwang der Unternehmen, effizient zu produzieren.

Nun erfüllt die Realität nicht alle Annahmen des Modells, speziell der Markt für Versicherungsleistungen birgt Eigenheiten, die sich nicht mit den Annahmen eines vollkommenen Marktes in Einklang bringen lassen.

3.1.2 Allgemeine Effizienzeigenschaften von Versicherungsmärkten

Eine entscheidende Besonderheit von Versicherungsprodukten liegt im Einfluss der dem Verkaufszeitpunkt nachgelagerten Entwicklungen auf den wirtschaftlichen Erfolg des Versicherungsunternehmens. In diesem Zusammenhang gewinnt der zur Abschätzung der wirtschaftlichen Konsequenzen bzw. Risiken notwendige Informationsstand der Unternehmen besondere Relevanz.

Zunächst soll ein der *vollkommenen Konkurrenz* ähnliches Modell eines perfekten Krankenversicherungsmarktes⁴¹ betrachtet werden, welches anhand vollkommener Information der Marktteilnehmer gekennzeichnet ist. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird diese restriktive Annahme über den Informationsstand der Marktteilnehmer immer weiter gelockert und den tatsächlich beobachtbaren Informationsständen und Informationsverteilungen der Realität angepasst.

Bis auf die folgenden Modifikationen gelten die bereits vorgestellten Annahmen:

⁴¹ Die Ergebnisse sind prinzipiell auf alle Versicherungsmärkte übertragbar.

Es wird eine Krankenversicherungspolice gehandelt, die im Krankheitsfall Vollschutz gewährt.

Die Verwaltungskosten steigen proportional mit der Anzahl der verkauften Policen.⁴²

Im Krankheitsfall wird den Versicherten nur die notwendige Behandlung zuteil, auf deren Höhe die Versicherung keinen Einfluss hat.

Die Nachfrager besitzen Risikoaversion.⁴³

Annahmegemäß liegt vollkommene Information vor, so dass die Nachfrager und die Anbieter über die individuelle Wahrscheinlichkeit des Krankheitsfalls und der daraus resultierenden Kosten informiert sind. Die Versicherungsunternehmen bieten nun individuell tarifierte Policen in Höhe des Erwartungswertes der Gesundheitsausgaben zuzüglich der anteiligen Verwaltungskosten an.⁴⁴ Die Unternehmen sind gezwungen, individuell zu tarifieren, da die Nachfrager aufgrund der vollkommenen, symmetrischen Informationsverteilung gleichfalls über ihre erwarteten Gesundheitsausgaben informiert sind und daher eine gruppenäquivalente Prämie – wenn diese höher ausfallen sollte als die individuelle – nicht nachfragen würden.⁴⁵ Ein über den anteiligen Verwaltungskosten liegender Gewinnaufschlag ließe sich, wenn überhaupt, dann nur kurzfristig durchsetzen, da er einen Anreiz für andere Versicherungsunternehmen bedeutet, in den Markt einzutreten. Der Wettbewerbsprozess wird nun dafür Sorge tragen, dass sich nur Versicherungen am Markt behaupten können, die über eine kosteneffiziente Verwaltung verfügen, denn Prämienunterschiede resultieren annahmegemäß nur aus unterschiedlich hohen Verwaltungskosten. Demnach werden Versicherungen, die nicht effizient sind und daher eine höhere Prämie verlangen müssen als ihre effizienten Mitbewerber, langfristig keine Abnehmer für ihre Produkte finden und aus dem Markt ausscheiden.⁴⁶ Der Wettbewerb führt – bei Gültigkeit entsprechender Annahmen – also auch in einem Versicherungsmarkt zu einer effizienten Produktion. Ein Teil dieser Annahmen wird nun mit der Berücksichtigung von asymmetrisch verteilten Informationen aufgegeben und das Modell damit ein Stück weit näher an die in der Realität beobachtbaren Umweltzustände herangeführt.

⁴² Dies hat zur Folge, dass der durchschnittliche Gewinn der Verträge nicht von der Anzahl der Verträge abhängt.

⁴³ Zur Definition der Risikoaversion siehe (Breyer/Zweifel, 1997, S. 281).

⁴⁴ Ein solcher Tarif wird als *marginal fair* bezeichnet. Eine Police in Höhe des Erwartungswertes der Gesundheitsausgaben wird als *fair* bezeichnet (vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 204).

⁴⁵ Dies gilt, sofern die Nachfrager nicht unendlich risikoavers sind.

⁴⁶ Sofern die Prämie zumindest die variablen Kosten abdeckt, kann eine Versicherung zwar kurzfristig mit Verlust anbieten, langfristig muss sie aber aus dem Markt ausscheiden, wenn es ihr nicht gelingt, mit dem Marktpreis die Kosten zu decken.

3.1.3 Versicherungsmärkte bei asymmetrischer Informationsverteilung

3.1.3.1 Adverse Selektion

Es wird angenommen, dass die Nachfrager nach Versicherungsleistungen über ihr individuelles Risiko informiert sind. Die Versicherungsunternehmen verfügen nicht über diese Informationen und können daher das individuelle Risiko einer Person nicht abschätzen. Damit liegt eine asymmetrische Informationsverteilung zuungunsten der Versicherungsunternehmen vor, die insofern nicht individuell tarifieren können. Bei einer solchen Informationsverteilung sehen sich die Versicherungen gezwungen, Mischverträge⁴⁷ anzubieten, deren Grundlage der durchschnittliche Erwartungswert der Schadensausgaben der gesamten Versichertengruppe ist (vgl. Pauly, 1974, S. 55).

Die Theorie der adversen Selektion geht auf einen Artikel von *Akerlof*⁴⁸ zurück. Darin macht der Autor das Informationsgefälle zwischen dem Nachfrager und dem Anbieter über die Qualität des zu handelnden Gutes dafür verantwortlich, dass die gute Ware vom Markt verdrängt wird. Übertragen auf den Markt für Krankenversicherungsleistungen lässt sich das Phänomen folgendermaßen beschreiben: Ist das Krankheitsrisiko mit den daraus resultierenden Behandlungskosten innerhalb einer Bevölkerung heterogen verteilt, wobei nur die Personen selbst über ihr individuelles Risiko informiert sind, so ist es den Versicherungsunternehmen aufgrund der asymmetrischen Informationsverteilung nicht möglich, individuelle Prämien zu kalkulieren. Die Unternehmen sind dann gezwungen, Mischverträge anzubieten. Es wird nun angenommen, die Versicherungsgesellschaft bietet nur einen Vertrag mit voller Schadensabdeckung an und jedes Unternehmen geht davon aus, dass es einen repräsentativen Durchschnitt der Bevölkerung als Kunden gewinnen kann. Dementsprechend orientiert die Versicherung ihre Prämienkalkulation an den erwarteten durchschnittlichen Ausgaben der gesamten Population. Die so ermittelte Prämie wird aber nur für Personen interessant sein, die über eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Morbidität verfügen. Dagegen werden Personen mit niedrigem Krankheitsrisiko die Prämie als zu hoch erachten und keinen Versicherungsschutz nachfragen. Als Konsequenz stellt sich die Risikostruktur einer Versicherung schlechter dar als ursprünglich angenommen, was eine Prämienhöhung notwendig macht. Mit diesem Schritt wird die Versicherung aber auch für Gruppen mit durchschnittlicher Schadenswahrscheinlichkeit unattraktiv, was wiederum zu einer Verschlechterung der Risikostruktur führt und eine weitere Prämienanpassung unumgänglich werden lässt. Am Ende der beschriebenen Entwicklung werden im Gleichgewicht nur noch Personen mit hoher Schadenswahrscheinlichkeit im Versichertenpool verbleiben, es kommt zur so genannten Antiselektion.

⁴⁷ Engl. *pooled contracts*.

⁴⁸ „The Market of ‘Lemons’: Quality Uncertainty and the Market Mechanism”, *Quarterly Journal of Economics*, Volume 84, Issue 3, S. 488-500.

Sofern kein Unternehmen eine Versicherung mit Teildeckung anbietet, werden die Personen mit niedrigerem Schadensrisiko keine Versicherung nachfragen, obwohl sie Präferenzen für einen Krankenversicherungsvollschutz besitzen. Eine Police mit Teildeckung des Schadensfalls ist für diese Personengruppe interessant, weil sie aufgrund der eingeschränkten Leistungen günstiger kalkuliert werden kann und Personen mit hohem Schadensrisiko diese Form der Absicherung dagegen nicht nachfragen, da sie eine umfassende Absicherung vorziehen (vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 161ff.). Selbst wenn die Versicherungen zwei Arten von Policen anbieten, erhält ein Teil der Bevölkerung – Personen mit unterdurchschnittlicher bis durchschnittlicher Morbidität - nicht den vollen Versicherungsschutz, den sie aufgrund ihrer Risikoaversität bei einer fairen Prämie nachfragen würden. Hierin liegt die Ineffizienz der adversen Selektion im gewählten Modellrahmen.

3.1.3.2 Moral Hazard

Nach Abschluss eines Versicherungsvertrages zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgeber ist es in der Regel keiner der beiden Parteien möglich, die Konditionen während der Laufzeit zu modifizieren. Das Versicherungsunternehmen muss im Schadensfall die vereinbarten Leistungen erbringen, sofern der Versicherte seinerseits bis dato die Vertragsbedingungen erfüllt hat. Die Schadenswahrscheinlichkeit bildet aber genauso wie die Schadenshöhe in den seltensten Fällen eine rein exogene Größe. Der Versicherungsnehmer kann oftmals in Grenzen die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts und die aus einem Schaden resultierende Schadenshöhe beeinflussen. Die Versicherung verfügt aber in der Regel nicht über die notwendigen Informationen, den individuellen Einfluss der Betroffenen auf beide Größen quantifizieren zu können. Eine direkte Berücksichtigung des Handlungsspielraums des Versicherten in den Konditionen des Versicherungsvertrages ist somit nicht durchführbar. Zum Nachteil der Versicherungsunternehmen verliert der Versicherungsnehmer nach Kauf der Versicherungspolice den Anreiz, seinen Handlungsspielraum – den er ohne Versicherungsschutz genutzt hätte – im Sinne einer minimalen Schadenswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe auszunutzen. In der ökonomischen Theorie wird die Anpassung im Verhalten eines Versicherungsnehmers nach Abschluss eines Versicherungsvertrages als Moral Hazard bzw. Verhaltensrisiko bezeichnet (Zweifel/Eisen, 2000, S. 293).

Diese Verhaltensanpassung kann in zwei Formen auftreten:⁴⁹ Mit ex ante Moral Hazard wird die Verhaltensänderung nach Abschluss eines Versicherungsvertrages im Hinblick auf die Schadenswahrscheinlichkeit bezeichnet.

Unternehm der Versicherungsnehmer in der Situation ohne Versicherungsschutz noch Anstrengungen, um die Schadenswahrscheinlichkeit zu verringern, so un-

⁴⁹ Zu weiteren Unterscheidungsmöglichkeiten siehe Schneider (2002).

terlässt er dies nun bzw. macht seine Präventionsintensität von den Konditionen des Vertrages abhängig, da er im Schadensfall kompensiert wird (Breyer /Zweifel, 1997, S. 186).

Das Phänomen des ex post Moral Hazard bezeichnet die Verhaltensänderung nach Schadenseintritt und beschreibt den Einfluss des Versicherten auf die Schadenshöhe. Im besonderen Maße relevant ist diese Form des Moral Hazard in Krankenversicherungsmärkten.

In einer Situation ohne Versicherungsschutz fragt eine Person im Krankheitsfall entsprechend ihrer Zahlungsbereitschaft Gesundheitsgüter nach. Besteht ein Krankenversicherungsvollschutz, so hat die Person den Anreiz, ihr Verhalten zu ändern und Gesundheitsgüter bis zur Sättigungsmenge zu konsumieren (vgl. ebenda, S. 186).

Das Versicherungsunternehmen kann anhand von Steuerungsinstrumenten den Vertrag so gestalten, dass der Anreiz zur Ausdehnung der Leistungen beschränkt wird. Dennoch bleibt die Gefahr einer Ausdehnung der Leistungen über das Notwendige hinaus bestehen.⁵⁰

Im Spezialfall der Krankenversicherung hängt die Leistungsnachfrage der Versicherten signifikant von den Leistungserstellern ab. Letztere können je nach Organisation der Leistungserstellung selbst einen Anreiz haben, die Nachfrage nach den von ihnen angebotenen Leistungen zu maximieren.⁵¹

Letztendlich werden die Versicherungsleistungen anhand der Prämien finanziert. Liegen die tatsächlichen Leistungsausgaben über den von den Versicherungen kalkulierten, so müssen die Prämien erhöht werden. Als Folge des Moral Hazard – gleich ob Ex-ante- oder Ex-post- Ausprägung – resultiert eine Umverteilung von Versicherten ohne Schadensfall zu Versicherten mit Schadensfall. Darüber hinaus fließen mehr Ressourcen in den jeweiligen Versicherungsmarkt, als im Sinne des eigentlichen Versicherungsschutzes notwendig gewesen wären.

Selbst wenn die Wirkungen des Moral Hazard durch entsprechende Instrumente abgemildert oder Moral-Hazard-Verhalten sogar verhindert wird, beansprucht die Konstruktion und die Umsetzung dieser Instrumente knappe Ressourcen, die ohne das Moral-Hazard-Verhalten anderweitig hätten eingesetzt werden könnten. Auf den eigentlichen Wettbewerbsprozess mit seiner erhofften positiven Wirkung auf Effizienz und Qualität hat das Phänomen im Grunde keinen Einfluss. Auf beiden Ebenen kann es zu Verbesserungen kommen, ohne dass sich der Grad an Moral-Hazard-Verhalten zwangsläufig ändern muss. Der Wettbewerb kann aber die Anbieter dazu motivieren, im Rahmen der Möglichkeiten gegen Moral-Hazard-Verhalten vorzugehen und auf diese Weise das System effizienter werden zu lassen.

Die Analyse der asymmetrischen Informationen in einem Versicherungsmarkt zeigt, dass die Effizienz eines Wettbewerbsmarktes bei entsprechender Wahl der

⁵⁰ Ausgenommen ist der Fall einer Höchstgrenze der Versicherungsdeckung.

⁵¹ Dieses Phänomen wird als *angebotsinduzierte Nachfrage* bezeichnet. Vgl. Abschnitt 2.1.2.2 *Strukturprobleme in der Versorgung*.

Verhaltensannahmen der Nachfrager nicht ihr Maximum erreicht und folglich auch unter sonst vollkommener Konkurrenz eine gesamtwirtschaftlich ineffiziente Produktion der Versicherungsleistung wahrscheinlich ist.⁵²

Die Theorie der *asymmetrischen Information* kommt der Wirklichkeit näher als die Annahme *vollkommener Information*. In der Realität sucht man beide in ihrer reinen Form vergeblich. So sind die Informationen zwar durchaus asymmetrisch verteilt, dass aber die Konsumenten über ihre Schadenswahrscheinlichkeit soweit informiert und in der Lage sind, eine faire Prämie erkennen bzw. quantifizieren zu können, muss als unrealistisch bezeichnet werden.

Eine weitere Gefahrenquelle für die Effizienz eines Versicherungsmarktes ist die Regulierung. Sie und das Vorhandensein von Transaktionskosten bei der Feststellung des individuellen Morbiditätsrisikos können zu Risikoselektion führen.

3.2 Die Theorie der Risikoselektion auf Krankenversicherungsmärkten

In erster Linie wird in der Literatur die gezielte Attrahierung guter Risiken auf einem Versicherungsmarkt als Risikoselektion⁵³ bezeichnet. Als ein *gutes Risiko* gilt in diesem allgemeinen Fall eine Person, deren Versicherungsprämie höher ist als die erwartete Summe der durch sie verursachten Leistungsausgaben (vgl. Van de Ven/Van Vliet, 1992, S. 23). Dementsprechend verursacht ein *schlechtes Risiko* höhere Kosten, als der Versicherung in Form der Prämienzahlung zufließen.⁵⁴ Entsprechend dieser Logik handelt es sich folglich auch dann um Risikoselektion, wenn eine Versicherung Maßnahmen ergreift, um zu verhindern, dass schlechte Risiken ihre Versicherungsprodukte nachfragen.

Risikoselektion beschränkt sich aber nicht nur auf die Attrahierung bzw. die Abwehr neuer Versicherungskunden. Eine nach innen gerichtete Form der Risikoselektion besteht in der gezielten Entfernung schlechter Risiken aus dem Versichertenbestand mit der Absicht, die Risikostruktur der Versicherung zu verbessern. Berücksichtigt man alle drei Formen der Risikoselektion, so kann man folgende Definition aufstellen: Risikoselektion ist die gezielte, aktive Beeinflussung der Risikostruktur einer Versicherung durch die Attrahierung guter sowie die Abwehrung und Entfernung schlechter Risiken. Zunächst soll die Dar-

⁵² Auf die Darstellung der Pareto-Effizienz-Eigenschaften von Versicherungsmärkten wird verzichtet, da an dieser Stelle nicht eine Bewertung der Gesamtwohlfahrt, sondern der Wettbewerbsprozesse beabsichtigt ist. Zu Pareto-Effizienz-Eigenschaften von Versicherungsmärkten siehe z.B. Arrow (1963) S. 941-973; Greenwald/Stiglitz (1986) S. 229-264; Thomma (1996) S. 121-137, Rothschild/Stiglitz (1976) S. 629-649.

⁵³ Synonym wird im Deutschen der Ausdruck *Risikenpicken* verwendet; im Englischen verwendet man den Begriff *cream-skimming*.

⁵⁴ *Gute* bzw. *schlechte* Risiken dürfen nicht mit hohen bzw. niedrigen Risiken verwechselt werden. Wie im Abschnitt über den Risikostrukturausgleich gezeigt wird, können *niedrige* Risiken gleichzeitig *schlechte* Risiken sein.

stellung auf die nach außen gerichtete Form der Risikoselektion beschränkt werden. Am Ende des Abschnitts erfolgt eine kurze Beschreibung der nach innen zielenden Risikoselektion.

3.2.1 Gruppenäquivalente Prämienberechnung als Voraussetzung für Risikoselektion

Ob eine Versicherung Risikoselektion betreiben kann, hängt in erster Linie von den Marktgegebenheiten ab. Gleichwohl gilt als Grundvoraussetzung für Risikoselektion, dass die Versicherungen anstelle der auf einem perfekten Markt üblichen individuellen Tarifierung eine gruppenäquivalente Prämienberechnung vornehmen. Der Grund für diese Abweichung können zu hohe Transaktionskosten sein, die notwendig sind, um das individuelle Risiko einer Person zu quantifizieren (vgl. Newhouse, 1996, S. 1240). Gruppenäquivalente Prämienberechnung kann aber auch der Gesetzgeber im Rahmen einer Marktregulierung vorgegeben.⁵⁵ Damit Risikoselektion möglich werden kann, muss das Morbiditätsrisiko innerhalb der Gruppen heterogen verteilt sein. Darüber hinaus müssen die Versicherungen zwischen Untergruppen von guten und schlechten Risiken innerhalb einer Prämiengruppe unterscheiden können (vgl. Van de Ven/ Van Vliet, 1992, S. 23).

Der bloße Anreiz reicht insofern bei weitem noch nicht aus, um Risikoselektion tatsächlich auszulösen. Zuerst müssen die Unternehmen über Instrumente verfügen, die sie in die Lage versetzen, gute Risiken identifizieren und ansprechen zu können (vgl. Jack, 2001, S. 26/27).

3.2.2 Die Instrumente zur Risikoselektion

Ob Risikoselektionsinstrumente existieren, und wenn ja, welche Wirkung sie entfalten können, determinieren die von Wettbewerbsordnung und Umwelt definierten Grenzen, innerhalb deren der Wettbewerbsprozess abläuft.⁵⁶ Es kann daher keine universellen Standardinstrumente geben, welche in jedem Markt und unter jeden Umweltbedingungen einsetzbar sind. Wohl ist es aber möglich, Strategien zu entwickeln und daraus – mit unterschiedlichem Schwerpunkt – maßgeschneiderte Risikoselektionsinstrumente für jeden Wettbewerbsmarkt für Krankenversicherungen abzuleiten.

Am Anfang jeder Suche nach geeigneten Selektionsinstrumenten steht die Beantwortung der scheinbar trivialen Frage nach den Kriterien eines guten und schlechten Risikos. In der Einleitung zu diesem Abschnitt wurde bereits eine

⁵⁵ Als Beispiel seien die in den letzten Jahren eingeführten marktorientierten Strategien der Niederlande, Australiens, Deutschlands, Israels, der Schweiz und der USA genannt (vgl. Van de Ven/ Van Vliet, 1992, S. 23).

⁵⁶ Damit sind nicht nur die juristischen Rahmenbedingungen gemeint. Wie offensichtlich eine Versicherung Risikoselektion betreiben kann, hängt auch von der Sensibilität der Öffentlichkeit ab (vgl. Van de Ven/ Van Vliet, 1992, S. 30).

allgemeine Klassifizierung vorgenommen. Diese besitzt aber keine Allgemeingültigkeit. Je nach Ausgestaltung des Wettbewerbrahmens können die Kriterien unterschiedlich ausfallen.⁵⁷ Aber erst wenn die Frage nach der Definition eines guten bzw. schlechten Risikos beantwortet ist, kann die eigentliche Suche nach geeigneten Selektionsinstrumenten beginnen.

Entscheidend für die erfolgreiche Suche nach geeigneten Instrumenten ist das Wissen der Versicherungen um die Merkmale und Eigenschaften von guten und schlechten Risiken innerhalb einer Prämiengruppe. Der erste Schritt hierbei liegt in der Identifikation von Indikatoren, Präferenzen oder Verhaltensweisen, die charakteristisch für die jeweiligen Risiken sind. Je genauer eine Versicherung bestimmte Merkmale einer der beiden Risikogruppen zuordnen kann, desto wirksamer können die Instrumente ausgestaltet werden, mit deren Hilfe gezielt neue Kunden entweder attrahiert oder abgeschreckt werden können.

Die Suche nach den Faktoren, die ein gutes Risiko ausmachen, gestaltet sich jedoch schwierig und ist mit großem Aufwand verbunden. Studien belegen, dass anhand von Merkmalen nur zwischen 15 und 20 Prozent der Varianz der individuellen Gesundheitsausgaben erklärt werden kann (vgl. Van de Ven/Van Vliet, 1992, S. 31).

Wie z.B. die Abwehr schlechter Risiken in der Praxis zu handhaben ist, hängt in erster Linie von den Gestaltungsregelungen der Versicherungsverträge ab. Bei vollkommener Vertragsfreiheit kann das Unternehmen den Vertragsabschluss mit schlechten Risiken verweigern. In sozialen Krankenversicherungsmärkten ist dies meist nicht möglich.⁵⁸ Hier müssen die Versicherungen auf andere Weise dafür sorgen, dass sich die schlechten Risiken für eine andere Krankenversicherung entscheiden.

Folgende Strategien sind generell zur Abwehr schlechter und zur Attrahierung guter Risiken geeignet:⁵⁹

a. *Aufbau hoher Transaktionskosten*

Sind die Transaktionskosten für den Abschluss einer Versicherung hinreichend hoch, so wird ein Nachfrager darauf verzichten. Für eine Versicherung besteht die Strategie deshalb darin, nur schlechte Risiken mit hohen Transaktionskosten zu konfrontieren. Dazu ist es nötig, dass geeignete Merkmale gefunden werden, die den Aufbau der Transaktionskosten für schlechte Risiken ermöglichen. Beispielsweise kann eine Versicherung ihre Filiale in einem der höheren Stockwerke eines Hochhauses ohne Aufzug unterbringen. Gehbehinderte Personen werden den nötigen Aufwand scheuen und eine andere Versicherung wählen.

⁵⁷ Siehe Abschnitt 3.4.7 *Notwendige Bedingungen für ein gutes Risiko* für die Kriterien im GKV-Wettbewerb.

⁵⁸ Der so genannte *Kontrahierungszwang* gilt z.B. in Deutschland, der Schweiz und in den Niederlanden.

⁵⁹ Der Großteil der Beispiele zu den Strategien ist den Arbeiten von Van de Ven/Van Vliet (1992) und Van de Ven/Ellis (2000) entnommen.

b. Selektive Informationen

Verbreitet ein Anbieter von Krankenversicherungen undifferenziert Informationen über sein Produkt, z.B. in Form von Breitbandwerbung, dann werden sowohl gute als auch schlechte Risiken angesprochen. Gelingt es aber, bestimmte Merkmale guter Risiken zu identifizieren, die einen zielgerichteten Transport relevanter Informationen ausschließlich zu dieser Zielgruppe erlauben, so bleiben die schlechten Risiken uninformiert. Ohne die nötigen Informationen werden die Personen aber nicht in der Lage sein, Produkte der Versicherung nachzufragen - dies würde den guten und informierten Risiken vorbehalten bleiben.

c. Gezieltes Leistungsangebot

Sind die Versicherungen nur über die Existenz guter und schlechter Risiken innerhalb der einzelnen Prämiengruppen informiert, ohne genauere individuelle Informationen über die einzelnen Personen zu besitzen, so kann anhand der Ausgestaltung des Leistungsumfangs des Versicherungsvertrags Risikoselektion betrieben werden. In diesem Fall können die guten Risiken mit günstigen Prämien bei eingeschränktem Leistungsangebot angelockt werden, während schlechte Risiken aufgrund der niedrigen Leistungen auf die Nachfrage verzichten. Auf diese Weise nutzen die Versicherungen adverse Selektion als Instrument zur Risikoselektion (vgl. Van de Ven/Ellis, 2000, S. 773).

Können die Krankenversicherungen spezielle Merkmale, wie z.B. eine chronische Krankheit einer Risikogruppe - in diesem Fall den schlechten Risiken - zuordnen, so kann der Leistungsumfang ebenfalls als Selektionsinstrument dienen. Verzichtet eine Versicherung auf bestimmte Leistungsangebote, die nur chronisch Kranke in Anspruch nehmen, so nimmt sie auf diese Weise chronisch kranken Personen ein Motiv, bei diesem Anbieter nachzufragen. Umgekehrt können auch gute Risiken durch besondere Leistungsanreize angelockt werden. Beispielsweise ist die Erstattung von Mitgliedschaftsgebühren in Fitnesscentern vor allem für junge und gesunde Personen attraktiv.

d. Differenzierte Leistungsqualität

Ist es den Anbietern von Krankenversicherungen, z.B. aufgrund von Regulierungsmaßnahmen, nicht möglich, bestimmte Leistungen, die vor allem von schlechten Risiken in Anspruch genommen werden, zu suspendieren, dann bleibt nur die Möglichkeit, über die Qualität der Leistung schlechte Risiken abzuwehren. Die Versicherungen müssen dazu wissen, welche Leistungen verstärkt von schlechten Risiken beansprucht werden. Verzichten sie nun darauf, in diesen Bereichen besonders qualifizierte Leistungserbringer zu verpflichten, setzen sie damit für die schlechten Risiken einen Anreiz, sich bei anderen Anbietern zu versichern.

3.2.3 Risikoselektion versus Effizienzsteigerung

Sind die technischen Voraussetzungen erfüllt und verfügt eine Versicherung über geeignete Methoden, die guten Risiken unter den Nachfragern zu identifizieren, dann fehlt für die Durchführung von Risikoselektion lediglich ein geeignetes Instrumentarium. Damit Risikoselektion für eine Kasse tatsächlich zu einer ernst zu nehmenden Handlungsoption wird, müssen aber zusätzliche betriebswirtschaftliche Voraussetzungen erfüllt sein.

Mit der Risikoselektion beabsichtigt eine Kasse bzw. Versicherung, die Differenz aus der Summe der Beitragseinnahmen und der Summe der Leistungsausgaben zu maximieren. Risikoselektion ergibt unter dieser Prämisse aber nur dann einen Sinn, wenn der zusätzliche, auf die Selektionsaktivitäten zurückführbare Zuwachs an Beitragsüberschuss zumindest den Ressourcenverbrauch aufwiegt.⁶⁰ Kann dieses Minimalziel nicht erfüllt werden, ist der Einsatz von Risikoselektion für ein gewinnmaximierendes Unternehmen nicht sinnvoll.

Sofern ein etwaiger Beitragsüberschuss den Ressourceneinsatz übersteigen sollte, stellt sich für ein Versicherungsunternehmen immer noch die Frage, ob der Einsatz von Risikoselektion auch gewinnmaximal ist, denn die eingesetzten Ressourcen könnten auch für alternative Zwecke verwendet werden.

Im Hinblick auf die Opportunitätskosten und den Unternehmensgewinn spielt die Produktivität eine entscheidende Rolle. Der Gewinn eines jeden Unternehmens hängt in hohem Maße von der Effizienz der Leistungserstellung – der Produktivität – ab, und eine Erhöhung der Produktivität schlägt sich c.p. in einem höheren Gewinn für ein Unternehmen nieder. Ist es einem Versicherungsunternehmen möglich, seine Produktivität mit Hilfe eines entsprechenden Ressourceneinsatzes zu erhöhen, z.B. indem die Verwaltung durch besser bezahltes Personal effizienter arbeitet oder die Einrichtung einer Controlling-Abteilung für eine bessere Überprüfung der Leistungserbringer sorgt, so bedeutet dieser mögliche Produktivitätsanstieg mit seiner Wirkung auf den Gewinn nichts anderes als Opportunitätskosten des Ressourcenverbrauchs für Risikoselektion. Ein Unternehmen steht also vor der Frage, wie es die vorhandenen Ressourcen gewinnmaximierend einsetzen soll.

Um den Gewinn zu maximieren, muss die optimale Ressourcenaufteilung zwischen den Instrumenten für Risikoselektion und Effizienzsteigerung gefunden werden. Die notwendige Bedingung für das Gewinnmaximum soll anhand des folgenden einfachen Modells beschrieben werden. Die Gewinnfunktion sei auf die beiden Faktoren Risikoselektion und Effizienzsteigerung reduziert. Beide

⁶⁰ Ein positiver Beitragsüberschuss bedeutet nicht zwangsläufig einen Gewinnzuwachs in gleicher Höhe. Beschränkt sich die Risikoselektion auf die Attrahierung von guten Risiken, so steigen c.p. aufgrund des gestiegenen Versichertenbestandes die absoluten Verwaltungskosten. Ein Teil des gewonnenen Überschusses kann daher nicht gewinnwirksam werden.

Größen haben einen positiven, aber durch eine abnehmende Grenzrate⁶¹ gekennzeichneten Einfluss auf den Gewinn. Die Gewinnfunktion lässt sich folgendermaßen schreiben:

$$(3.1) \quad G = F(E, R) \quad \text{mit} \quad \frac{dG}{dE} > 0, \quad \frac{d^2G}{dE^2} < 0, \\ \frac{dG}{dR} > 0, \quad \frac{d^2G}{dR^2} < 0;$$

mit:

G = Gewinn der Versicherung

E = Summe der Mittel für Effizienzsteigerung

R = Summe der Mittel für Risikoselektion

Die Maßnahmen zur Effizienzsteigerung erhöhen c.p. - sofern sie sich mindestens amortisieren - den Gewinn des Unternehmens auch dann, wenn keine neuen Versicherten hinzugewonnen werden können. Risikoselektion wirkt sich dagegen c.p. erst bei Veränderungen des Versichertenbestandes auf den Gewinn des Unternehmens aus.

Es soll daher angenommen werden, dass ein Unternehmen am Anfang jeder Periode entscheidet, in welchem Verhältnis es einen Betrag W auf die beiden Instrumente zur Gewinnmaximierung verteilt.⁶² Der Betrag W ist dann folgendermaßen definiert:

$$(3.2) \quad W = E + R.$$

Die Wirkung der Risikoselektion und der Effizienzsteigerung auf den Gewinn wird als additiv angenommen. Das Maximierungsproblem kann somit folgendermaßen formuliert werden:

$$(3.3) \quad \max_{(E,R)} G(E, R) = F_1(E) + F_2(R) \quad \text{u.d.Nb. } W = E + R, \quad F \geq 0, \quad R \geq 0.$$

Die dazugehörige Lagrangefunktion lautet:

$$(3.4) \quad L(E, R) = F_1(E) + F_2(R) + \lambda_1(W - E - R) + \lambda_2 E + \lambda_3 R.$$

⁶¹ Dies ist plausibel, denn im Fall der Risikoselektion wird es relativ leichter sein, zunächst solche guten Risiken zu identifizieren, die sich in den Ausgaben stark von den schlechten Risiken unterscheiden. Diese bringen im Vergleich zu den guten Risiken, welche sich nur marginal von den schlechten unterscheiden, zudem einen höheren Gewinnbeitrag.

⁶² Der Betrag W gehört zur Kategorie Verwaltungskosten und besteht z.B. aus Personal- und Marketingaufwendungen.

Als Bedingung erster Ordnung des Maximierungsproblems unter Annahme der stetigen Differenzierbarkeit von F_1 und F_2 ergibt sich:

$$(3.5) \quad \frac{\partial L}{\partial E} = \frac{\partial F_1}{\partial E} - \lambda_1 + \lambda_2 = 0,$$

$$(3.6) \quad \frac{\partial L}{\partial R} = \frac{\partial F_2}{\partial R} - \lambda_1 + \lambda_3 = 0,$$

$$(3.7) \quad \frac{\partial L}{\partial \lambda_1} = W - E - R = 0.$$

Die Überprüfung der Kuhn-Tucker-Bedingungen zeigt an, ob eine Randlösung oder eine innere Lösung des Maximierungsproblems vorliegt. Bei Existenz einer inneren Lösung kommen beide Instrumente zur Anwendung, es gilt dann $\lambda_2 = \lambda_3 = 0$ sowie $E > 0$ und $R > 0$.

In Abbildung 3.1 ist dieser Fall wiedergegeben. Als notwendige Bedingung für eine innere Lösung ergibt sich:

$$(3.8) \quad \frac{\partial F_1}{\partial E} = \frac{\partial F_2}{\partial R}.$$

Werden beide Instrumente angewandt, so muss laut Gleichung (3.8) im Gewinnmaximum die Grenzrate beider Instrumente gleich hoch sein. Ist dies gewährleistet, zöge eine Ausweitung des einen Instruments auf Kosten des andern eine Reduzierung des Gewinns nach sich. Der Punkt A in Abbildung 3.1 zeigt das Maximum der Gewinnfunktion und die dazugehörige Kombination der beiden Instrumente (R^* , E^*) an. Welche Ressourcenverteilung optimal ist, hängt von den tatsächlichen Funktionsverläufen und Grenzprodukten ab.

Ist der Unterschied in der Grenzproduktivität beider Instrumente hinreichend hoch, so kann es, wie in Abbildung 3.2 durch Punkt B dargestellt, zu einer Randlösung kommen. In diesem Fall gilt die Optimalitätsbedingung der inneren Lösung nicht mehr. Sämtliche Ressourcen fließen in den Einsatz des Instrumentes mit dem höheren Grenzertrag. In Abbildung 3.2 ist beispielsweise der ausschließliche Einsatz der Ressourcen für Risikoselektion ($R = M = R^*$) gewinnmaximierend.

Abbildung 3.1: Beispiel einer inneren Lösung des Gewinnmaximierungsproblems

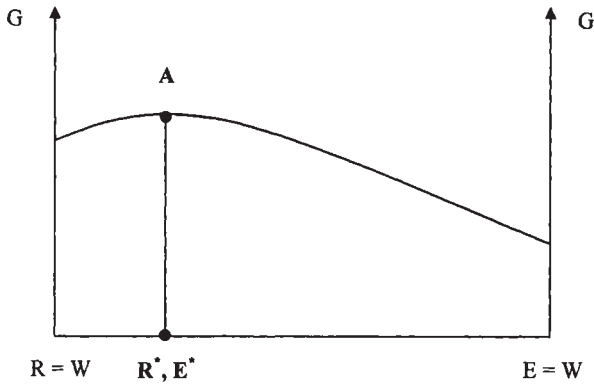
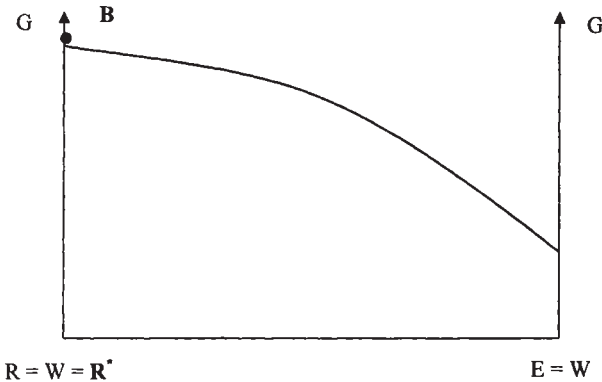


Abbildung 3.2: Beispiel einer Randlösung des Gewinnmaximierungsproblems



Die Lösung des Gewinnmaximierungsgleichung entscheidet folglich darüber, ob nur ein Instrument zum Einsatz kommt oder ob beide Maßnahmen Anwendung finden. Ist letzteres der Fall, zeigt die Gleichung an, in welchem Verhältnis die Ressourcen auf die Instrumente verteilt werden müssen, um ein Gewinnmaximum zu erzielen.

Eine vorläufige Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt, dass folgende Bedingungen erfüllt sein müssen, damit eine Versicherung, die nach Gewinnmaximierung strebt, Risikoselektion betreibt:

Die Risiken innerhalb einer Prämienklasse müssen heterogen sein.

Es sind Instrumente zur Identifizierung und Attrahierung guter Risiken bekannt und verfügbar.

Der Erwerb und Einsatz dieser Instrumente steigert den Gewinn der Versicherung.

Der Einsatz der Risikoselektionsinstrumente ist gewinnmaximierend.

Risikoselektion bleibt nicht ohne Konsequenzen für die Umwelt der Versicherungsunternehmen. Je nach Wettbewerbssituation bzw. Marktumfeld sind externe Effekte die Folge.

3.2.4 Externe Effekte der Risikoselektion

Eine der wichtigsten Konsequenzen aus Risikoselektion kam bereits bei den Überlegungen zur Lösung des Gewinnmaximierungsproblems der Unternehmen zur Sprache: Jede Ressourceneinheit, die für Risikoselektion aufgewendet wird, steht nicht mehr für die Finanzierung von Effizienzsteigerungsmaßnahmen zur Verfügung. Die erfolgreich selektierenden Versicherungen wirtschaften zwar c.p. günstiger als zuvor und realisieren zusätzliche Gewinne, dies aber nur auf Kosten der Unternehmen, die keine oder weniger erfolgreich Risikoselektion betreiben. Aggregiert betrachtet, produziert der Markt weniger effizient als er es könnte, wenn keine Ressourcen in Risikoselektion, sondern in die Effizienzsteigerung geflossen wären (vgl. Van de Ven et al., 1996, S. 176).

Die effizienzsteigernde Wirkung des Wettbewerbsprozesses wird auf diese Weise ausgehebelt. Unternehmen, die keine Risikoselektion betreiben und stattdessen versuchen, effizienter zu produzieren, werden u.U. von anderen risikoselektierenden Konkurrenten vom Markt gedrängt. Durch den Marktaustritt (Bankrott) dieser Unternehmen entstehen gesamtwirtschaftliche Kosten, die zu einer weiteren Effizienzverschlechterung des Marktes beitragen (vgl. Van de Ven/Van Vliet, 1992, S. 24).

Effizienzverbesserungen der Produktion sind in ihrer Wirkung nicht auf die pekuniäre Ebene beschränkt, sondern können sich auch in Outcome- und/oder Qualitätssteigerungen der medizinischen Versorgung niederschlagen. Dementsprechend kann das Auftreten von Risikoselektion die Qualität, insbesondere aber deren Verbesserung bzw. Weiterentwicklung, negativ beeinflussen.

Ein weiterer Aspekt im Hinblick auf die Qualität der Versorgung ist die Diffusion qualitativ hochwertiger medizinischer Leistungen. Besteht, wie in privaten Krankenversicherungsmärkten üblich, kein Kontrahierungszwang, so werden – wie Beispiele aus den USA belegen – Hochrisiken wie chronisch Kranke nicht in Lage sein, eine ihren Präferenzen entsprechende Versicherung abschließen zu können (vgl. Stone, 1996, S. 37). Folglich wird es den betroffenen Personen nur in den seltensten Fällen, d.h. z.B. bei günstigen Einkommens- und/oder Vermögensverhältnissen, möglich sein, in den Genuss einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Versorgung zu gelangen.

3.2.5 Nach innen gerichtete Risikoselektion

Eine auf die Bestände zielende Risikoselektion hat zur Aufgabe, die Risikostruktur einer Versicherung mit Hilfe von Instrumenten zur aktiven Reduzierung der schlechten Risiken zu verbessern. Am einfachsten ließe sich dieses Ziel erreichen, wenn die Versicherungen den schlechten Risiken kündigen würden. Ein allgemeines Kündigungsrecht zugunsten des Versicherungsgebers besteht bei Krankenversicherungen aber in der Regel nicht und die Verträge sind zeitlich meist unbefristet.⁶³ Sofern die Angaben des Versicherten bei Abschluss der Versicherung korrekt waren und er seine vertraglichen Pflichten erfüllt, ist eine außerordentliche Kündigung nicht durchsetzbar.

Die Versicherung verfügt aber über Möglichkeiten, auf subtile Art und Weise schlechte Risiken zur freiwilligen Kündigung des Vertrages zu veranlassen. Das bereits angesprochene Beispiel der selektiven Auswahl der Leistungserbringer stellt auch ein Instrument der nach innen gerichteten Risikoselektion dar.

Generell ist die Qualität der Versorgung im Krankheitsfall ein Kriterium, an dem sich – aufgrund des höheren Grades der Inanspruchnahme – vor allem schlechte Risiken orientieren. Mit abnehmender Versorgungsqualität steigt daher die Bereitschaft schlechter Risiken, die Versicherung zu wechseln.

Diese Politik bleibt freilich nicht ohne Konsequenzen für das Unternehmen. Wird die gesamte Qualität der Leistungserstellung und Versorgung der Versicherten vernachlässigt, so werden u.U. auch gute Risiken die Versicherung wechseln. Ist die Risikoselektion einer Versicherung offensichtlich, so kann die Reputation in der Öffentlichkeit Schaden nehmen und auch gute Risiken abschrecken (vgl. Van de Ven/Van Vliet, 1992, S. 30). Die externen Effekte der nach innen gerichteten Risikoselektion entsprechen in ihrer qualitativen Wirkung dem nach außen gerichteten Äquivalent: Ein effizienzsteigernder Wettbewerb wird zu Lasten der Qualität der Versorgung gestört.

Wie die Analyse des Phänomens Risikoselektion zeigte, kann die effizienzsteigernde Wirkung des Wettbewerbsprozesses auf die Leistungserstellung in Krankenversicherungsmärkten durch Risikoselektion neutralisiert werden. Auf die Qualität der Versorgung hat der Einsatz von Risikoselektionsinstrumenten ebenfalls einen negativ Einfluss. Unter Berücksichtigung der anderen möglichen Verzerrungen in Gestalt von Moral-Hazard-Verhalten und adverser Selektion lautet daher das Fazit aus der theoretischen Analyse, dass nicht ohne weiteres eine Übertragung der Ergebnisse der Theorie der vollkommenen Konkurrenz auf Versicherungsmärkte möglich ist.

Im Hinblick auf die Ziele des GSG gilt es demnach zu prüfen, inwieweit die neue Wettbewerbsordnung Anreize für Adverse Selektion, Moral Hazard und Risikoselektion setzt.

⁶³ In der BRD haben z.B. die privaten Krankenversicherungen auf ein ordentliches Kündigungsrecht verzichtet (vgl. Kulbe, 1993, S. 111).

3.3 Anreizwirkungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Mitgliederwettbewerb

Grundlage des Mitgliederwettbewerbs nach Einführung des GSG bildet die grundsätzliche Kassenwahlfreiheit der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder der GKV ab dem 1.1.1996 mit Wirkung zum 1.1.1997.⁶⁴ Die grundsätzliche Möglichkeit des Kassenwechsels bedeutet eine notwendige, aber noch keine hinreichende Voraussetzung für einen effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen den Anbietern von Versicherungsleistungen im Rahmen der GKV. Als Anbieter von Versicherungsleistungen treten die gesetzlichen Krankenkassen auf, die sich auf vier für den Mitgliederwettbewerb relevante Kassenarten aufteilen.⁶⁵ Allen gesetzlichen Krankenkassen ist ihr Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung gemein (§ 4 Abs.1 SGB (V)).

Aus dem Status einer öffentlichen Körperschaft resultiert ein entscheidender Unterschied zu den privatwirtschaftlichen und gewinnorientierten Krankenversicherungen im Hinblick auf die Gewinnerzielungsmöglichkeiten. Denn nach § 220 SGB (V) unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen einem Gewinnerzielungsverbot. Der Paragraph fordert, dass die mit Hilfe der Beiträge und sonstigen Einnahmen aufgebrachtten Mittel den im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben entsprechen sollen. Etwaige Differenzen können durch Einstellung in oder Entnahme aus den Rücklagen ausgeglichen werden (§ 220 Abs.2 SGB (V)). Übersteigen die Einnahmen die Ausgaben und ist das Rücklagensoll der Kasse erreicht, sind die Beiträge zu senken (§ 220 Abs.3 SGB (V)).

3.3.1 Das Solidaritätsprinzip

Einer der bereits seit langer Zeit gültigen Grundsätze der GKV - Lampert (1994) sieht darin sogar einen „ideologischen Eckpfeiler“ - ist das Solidaritätsprinzip.⁶⁶ Unter Solidarität wird im Zusammenhang mit einer Versichertengemeinschaft die wechselseitige Verbundenheit zwischen einzelnen und bestimmten sozialen Gruppen oder zwischen sozialen Gruppen im Sinne ethisch begründeter gegenseitiger Verantwortlichkeit bzw. Abhängigkeit verstanden (vgl. Lampert, 1994, S. 402).

Im SGB (V) kommt das Solidaritätsprinzip u. a. im § 1 der *Allgemeinen Vorschriften* mit der Bezeichnung der „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ zum Ausdruck. Auch an anderen Stellen des Gesetzes wird auf die Solidarität abgehoben. Dennoch bleibt der Begriff des Solidaritätsprinzips letztendlich schwer zu operationalisieren und unterliegt ähnlich wie andere moralische

⁶⁴ Zu einer ausführlichen Darstellung der Regelungen siehe Abschnitt 2.2.2 *Instrumente des GSG*.

⁶⁵ Ortskrankenkassen, Innungs- und Betriebskrankenkassen sowie Ersatzkassen.

⁶⁶ Einen ausführlichen Überblick über die Geschichte des Solidaritätsprinzips gibt Frerich (1990), S. 30ff, und Meyers-Middendorf (1993) S. 116-124.

Wertbegriffe einem Leerformelverdacht (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e.V., 1994, S. 9; von der Schulenburg, 1988, S. 201ff).

Das Solidaritätsprinzip zielt darauf ab, auf dem Wege einer sozialpolitisch gewollten Umverteilung einen sozialen Ausgleich innerhalb der GKV-Gemeinschaft herbeizuführen. Dieser Ausgleich erfolgt auf verschiedenen Ebenen und zwischen unterschiedlichen Gruppen. Jedes Mitglied der Versichertengemeinschaft soll so viel Gesundheitsleistungen von der Gemeinschaft erhalten wie nötig und ist gehalten, soviel zu ihren Aufwendungen beizutragen, wie es seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zulässt (vgl. Kulbe, 1993, S. 25/26).

In der GKV kann zwischen folgenden isolierten Umverteilungsströmen unterschieden werden (vgl. Meyers/Middendorf, 1992, S. 124):

Das Solidaritätsprinzip bewirkt Umverteilung zwischen

- Beziehern von hohen und niedrigen Einkommen,
- jüngeren und älteren Menschen,
- Erwerbstätigen und Rentnern,
- Frauen und Männern sowie im Rahmen einer horizontalen Umverteilung im Sinne des Lastenausgleichs zwischen
- Familien mit nur einem erwerbstätigen Ehepartner und erwerbstätigen Ledigen bzw. Doppelverdienern und
- Familien mit Kindern und ohne Kinder durch beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienangehöriger.

Die Umverteilungsprozesse und insofern auch das Solidarprinzip kommen in der Anwendung einer Reihe von Regelungen des SGB (V) zum Ausdruck. Diese sind zugleich wichtige Determinanten des Ordnungsrahmens, innerhalb dessen der Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen um die versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder abläuft. Die entsprechenden Regelungen werden nachfolgend vorgestellt und auf die Frage hin untersucht, ob von ihnen Anreize entweder zu adverser Selektion, Moral Hazard oder Risiko-selektion ausgehen.

a. *Versicherungspflicht*

Bereits bei Einführung im Jahr 1883 bildete die Versicherungspflicht ein integraler Bestandteil des Systems der sozialen Krankenversicherung. Vor allem meritorische Überlegungen veranlassten den Gesetzgeber, dieses Instrument als ein charakteristisches Element mit in die neu geschaffene Sozialversicherung aufzunehmen (vgl. Frerich/Frey, 1993 S. 97, Gladen, 1974, S. 61).⁶⁷ Welche Personen in der GKV versicherungspflichtig sind, regelt der § 5 des SGB (V),

⁶⁷ Zur theoretischen Begründung des Versicherungszwangs siehe z.B. Breyer (1992) S. 34-39; Brümmerhof (2001) S. 323ff.

wobei die Versicherungspflicht in der Regel aus dem Beschäftigungsverhältnis resultiert.⁶⁸

Die Versicherungspflicht besitzt im Hinblick auf die möglichen Störfaktoren des Wettbewerbs Einfluss auf die Wirkungen und den Umfang der adversen Selektion. Denn selbst wenn die guten Risiken aufgrund der Beitragshöhe auf eine Versicherung verzichten wollten, so sind sie doch gegen ihren Willen gezwungen, sich zu versichern. Dagegen lassen sich aus der Versicherungspflicht keine direkten Wirkungen oder Anreize auf mögliches Moral-Hazard-Verhalten oder Risikoselektion ableiten.

b. Kontrahierungszwang (ergibt sich aus § 175 Abs.1 Satz 2 SGB (V))

Grundsätzlich gilt seitens der Kassen für jede versicherungspflichtige bzw. versicherungsberechtigte Person in der GKV Kontrahierungspflicht, d.h. dass alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, dem Mitgliedswunsch jedes Versicherungspflichtigen bzw. Versicherungsberechtigten zu entsprechen, sofern die Kasse am Wohn- oder Beschäftigungsort ihre Leistung anbietet (vgl. Steegmüller, 1996, S. 108). Ausnahmen hiervon sind Betriebs- und Innungskrankenkassen, die sich in ihrer Satzung auf Beschäftigte ihres Betriebes bzw. ihrer Innung beschränken, und die Bundesknappschaft, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Seekrankenkasse.

Der den gesetzlichen Krankenkassen auferlegte Kontrahierungszwang dient in erster Linie dem Schutz von Personen mit überdurchschnittlicher Morbidität. Im Zusammenspiel mit den anderen Instrumenten des Solidaritätsprinzips wird durch den Aufnahmезwang die Absicherung chronisch Kranker bzw. Hochrisiken erreicht. Darüber hinaus ergibt sich aus der Logik der Versicherungspflicht für Mitglieder im Umkehrschluss ein Kontrahierungszwang für Versicherungen. Die wichtigste Wirkung des Kontrahierungszwangs liegt in der garantierten Absicherung von schlechten bzw. hohen Risiken, die auf einem privaten Krankenversicherungsmarkt im schlechtesten Fall kein finanzierbares Angebot gefunden hätten.⁶⁹ In diesem Zusammenhang gestaltet sich die Risikoselektion nach außen c.p. aufgrund dieser Regelung schwieriger, da es nicht möglich ist, einem schlechten Risiko die Mitgliedschaft zu verweigern (vgl. Cassel, 1997, S. 12; Oberender/Fleischmann, 2001, S. 601; Scharf, 1990, S. 77).

⁶⁸ Zu den genauen Regelungen siehe z.B. Beske/Hallauer (1999) S. 85; Kulbe (1993) S. 33-83;

⁶⁹ Vgl. zu den Folgen eines fehlenden Kontrahierungszwangs Erfahrungen aus den USA von Stone, 1996, S. 38/39.

c. Einkommensabhängige Beiträge

Entgegen der privatwirtschaftlichen Praxis der risikoäquivalenten Tarifierung bemisst sich in der GKV die Höhe des Beitrags der Mitglieder in der Tendenz nach deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit (*Diskriminierungsverbot*).

Kriterium für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bildet grundsätzlich das Arbeitseinkommen.⁷⁰ Jedes Mitglied einer Krankenkasse wird mit dem gleichen Beitragssatz belastet,⁷¹ wobei die Höhe des gezahlten Beitrags mit der Höhe des beitragspflichtigen Einkommens ansteigt, bis die so genannte Beitragsbemessungsgrenze erreicht ist.⁷² Der Beitrag, den die Kassen erhalten, wird jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Mitglied aufgebracht.

Aus dem Blickwinkel möglicher Verzerrungen des Wettbewerbsprozesses bedeutet der Verzicht auf eine individuelle Beitragsfestsetzung zu Gunsten einer gruppenäquivalenten Tarifierung die Voraussetzung zur Risikoselektion. Denn genau diese Konstellation – eine bzgl. des Risikos heterogene Gruppe mit identischen Beiträgen – gilt als notwendige Bedingung für Risikoselektion.⁷³

Die Abkoppelung vom individuellen Risiko setzt zudem Anreize zu Moral-Hazard-Verhalten.

Bei hinreichend großem Versicherungskollektiv besteht die Gefahr, dass der Einzelne keine direkte Verbindung zwischen seinen Beiträgen und den erhaltenen Leistungen mehr erkennt. Individuelle Prävention ist dann nicht mehr lohnend, und im Krankheitsfall wird der rational agierende Patient bis zur Sättigungsmenge Leistungen nachfragen (vgl. Gitter/Oberender, 1987, S. 17ff)

d. Kostenlose Familienmitversicherung

Die Ehegatten und Kinder von Mitgliedern sind, soweit sie die Voraussetzungen des § 10 *Familienversicherung* des SGB (V) erfüllen, in der GKV mitversichert. Sie besitzen grundsätzlich den gleichen Anspruch auf medizinische Leistungen wie die Mitglieder. Für Personen mit dem Wahlrecht zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung steigt daher mit zunehmender Anzahl von zu versichernden Familienangehörigen die Attraktivität der Mitgliedschaft in der GKV an. Es ist nun zu erwarten, dass die GKV-Mitgliedschaft dann gewählt wird, wenn sie günstiger ist als die private, risikoäquivalente Absicherung. Auf diese Weise kommt es zu einer besonderen Form der adversen Selektion (Gitter/Oberender, 1987, S. 23).

⁷⁰ Abweichendes gilt z.B. für Rentner und Studenten; siehe Abschnitt 4.2.4.1 *Unterschiedliche Beitragssätze in der GKV*.

⁷¹ Ausnahme bildet der ermäßigte Beitragssatz; siehe Abschnitt 4.2.4.1 *Unterschiedliche Beitragssätze in der GKV*.

⁷² Diese liegt für Westdeutschland z.Zt. bei rund 3.825Euro.

⁷³ Vgl. Abschnitt 3.2.1 *Gruppenäquivalente Prämienberechnung als Voraussetzungen für Risikoselektion*.

e. *Nahezu identisches Leistungsangebot*

Der gesetzliche Leistungsanspruch ist im dritten Kapitel *Leistungen der Krankenversicherung* des SGB (V) geregelt. Danach haben Versicherte der GKV grundsätzlich Anspruch auf Leistungen zur Förderung der Gesundheit, Prävention und Früherkennung von Krankheiten. Dieser Anspruch besteht ferner bei Krankheit, Schwangerschaft und Mutterschaft. Darüber hinaus werden u.a. Sterbegeld, Fahrtkosten und gegebenenfalls Krankengeld gewährt.

Die gesamten Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen lassen sich in Regel- bzw. Pflichtleistungen und Satzungsleistungen aufteilen.

Bei den Regel- bzw. Satzungsleistungen, welche den überwiegenden Teil der Leistungen ausmachen,⁷⁴ ist die Dauer und das Ausmaß der Gewährung gesetzlich festgelegt. Sie werden von allen gesetzlichen Krankenkassen in gleicher Höhe und in gleichem Umfang gewährt.

Unter gewissen Umständen kann eine Kasse darüber hinausgehende Leistungen – so genannte Satzungsleistungen – in ihren Leistungskatalog aufnehmen. Diese freiwilligen Leistungen müssen durch Eintrag in die Satzung legitimiert werden und mit der finanziellen Lage der Kasse vereinbar sein (Beske/Hallauer, 1999, S. 87/88).

Mehr Spielraum haben die Kassen bei den Serviceleistungen. Zwar setzt das allgemein gültige Wirtschaftlichkeitsgebot gewisse Grenzen, innerhalb derer kann eine Kasse ihr Angebot an Service- und Betreuungsleistungen aber relativ frei gestalten, z.B. über die Dichte des Filialnetzes und die Öffnungszeitenregelung. Die relative Homogenität der Kassen bzgl. des Leistungsangebots wirkt der adversen Selektion entgegen. Denn gute Risiken haben nicht die Möglichkeit, zu Anbietern mit geringerem medizinischen Leistungsvolumen zu wechseln. Anreize zu Moral-Hazard-Verhalten und Risikoselektion gehen von dem nahezu gleichen Leistungsangebot der Kassen nicht aus.

3.3.2 Zwischenfazit der Analyse des Wettbewerbsrahmens in der GKV

Die bisherige Analyse der Rahmenbedingungen des Mitgliederwettbewerbs in der GKV lässt sich folgendermaßen zusammenfassen :

Die notwendige Bedingung für Risikoselektion ist gegeben. Es besteht folglich die Gefahr, dass der effizienzsteigernde Wettbewerb durch einen Wettbewerb um gute Risiken verdrängt wird.

Es existieren Anreize sowohl für Ex-ante- als auch für Ex-post-Moral-Hazard-Verhalten.

Adverse Selektion in der klassischen Form wird innerhalb der GKV verhindert, an den Rändern zur PKV aber begünstigt.

⁷⁴ Nach Pawisa (1994) S. 580 handelt es sich bei 90 Prozent der im SGB (V) aufgeführten Leistungen um Regelleistungen.

Auf die Gefahr der Risikoselektion im Zusammenhang mit dem Mitgliederwettbewerb in der GKV verwies die Wissenschaft bereits vor der Einführung des GSG. Die meisten Arbeiten zu diesem Thema konstatieren die Notwendigkeit eines Ausgleichsinstruments für die historisch gewachsene Ungleichheit der Risikostrukturen der gesetzlichen Krankenkassen und fordern, gleiche Wettbewerbschancen zu gewährleisten.⁷⁵ Dieser Argumentation folgte der Gesetzgeber im Rahmen des GSG mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahre 1994. Ein Ziel des RSA ist die Verhinderung von Risikoselektion. Um zu klären, ob der RSA dazu in der Lage ist, bedarf es einer genauen Analyse des Aufbaus und der Wirkungen dieses Steuerungsinstruments.

3.4 Der Risikostrukturausgleich in der GKV

In den Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen der Jahre 1988, 1989 und 1990 (SVRKAiG, 1988, S. 75/76; 1989, S. 116-118, 1990, S. 158-160) erläutert der Rat die Notwendigkeit eines Ausgleichs der Risikostrukturen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.

Als Folge der gesetzlichen Rahmenbedingungen, speziell aufgrund des Prinzips der Wahl- und Primärkassen und der damit einhergehenden eingeschränkten Wahlmöglichkeit einzelner Mitgliedsgruppen innerhalb der GKV, variierten die durchschnittlichen Risikostrukturen der verschiedenen Kassenarten in der Zeit vor dem GSG in erheblichen Maße. Die parallel dazu beobachtbaren zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten, insbesondere der Ortskrankenkassen, gingen, zumindest partiell auf die vergleichsweise ungünstige Risikostruktur und geringe Finanzkraft ihrer Mitglieder zurück und nicht monokausal auf mangelnde Effizienz. So gesehen stellte die Einführung eines flankierend wirkenden Risikostrukturausgleichs, der denjenigen Teil der Beitragssatzdifferenzen ausgleicht, der nicht auf Leistungs- und Einkommensunterschiede, sondern auf die Risikostruktur zurückzuführen ist, eine Maßnahme dar, um jeder Kasse die gleichen Chancen im Wettbewerb um Mitglieder einzuräumen (vgl. SVRKAiG, 1988, S. 75).

Der Gesetzgeber sah die Einführung des RSA bereits für das Jahr 1994 vor. In den zwei Jahren bis zum Inkrafttreten der Wahlmöglichkeit für alle Mitglieder der GKV sollte der RSA seine Wirkungen noch vor dem Einsetzen des Wettbewerbsprozesses entfalten, um so für einen unverzerrten Wettbewerbsstart zu sorgen.

Diese etwas überstürzte Einführung des RSA führte zunächst zu Problemen bei der praktischen Umsetzung.⁷⁶ Hieraus eröffneten sich für die Gegner des Konzepts eines Risikostrukturausgleichs weitere Ansatzpunkte, ihre grundsätzliche,

⁷⁵ Siehe z.B. Cassel (1992) S. 173; Gitter et.al. (1988) S. 132ff; Jacobs/Reschke (1992) S. 24-44; Leber (1992) S. 171-191; Scharf (1990) S. 87/88; SVRKAiG (1988) S. 75/76; SVRKAiG (1989) S. 116-118; SVRKAiG (1990) S. 158-160.

⁷⁶ Siehe zu den Problemen bei der Einführung und generell zur Durchführungsproblematik des RSA z.B. Minn (1996) S. 45.

meist interessengeleitete Kritik nun auch um Argumente der mangelnden Praktikabilität des RSA zu erweitern.⁷⁷

Neben der Schaffung möglichst gleicher Startchancen für die Kassen sollte der RSA auch Risikoselektion entgegenwirken, denn der Sachverständigenrat erkannte, dass es ohne entsprechende flankierende Maßnahmen im anstehenden Wettbewerb zu Risikoselektion kommen könnte. Im Hinblick auf die zu erwartenden Folgen für das gegliederte System der GKV sah der Rat im RSA einen Ausgleichsmechanismus, der „Wettbewerb durch Risikoselektion“ so weit wie möglich ausschließen sollte. Darüber hinaus kam dem RSA die Aufgabe zu, dafür Sorge zu tragen, dass nicht durch Risikoselektion faktisch risikoäquivalente Beiträge Einzug in die GKV finden. Daneben sollte den Kassen der Anreiz genommen werden, einzelne Gruppen (gute Risiken) besser zu behandeln als andere (schlechte Risiken).

Aus diesen Überlegungen heraus sah der Rat im RSA ein konstituierendes und damit dauerhaften Element eines gegliederten Krankenkassensystems mit Wahlfreiheit (SVRKAiG, 1989, S. 117).

Damit der RSA in der Lage ist, die an ihn gestellten Anforderungen zu erfüllen, war beabsichtigt, einen Ausgleich der Risikostrukturen über die Faktoren

- Alter,
Geschlecht,
Grundlohn und
- Anzahl der Mitversicherten

vorzunehmen (vgl. SVRKAiG, 1988, S. 75).

Der RSA sollte demnach einnahmenseitig die beitragsverzerrenden Effekte der lohnbezogenen Finanzierung, aber auch die bisherige Nichtberücksichtigung der Morbiditätsrisiken der Leistungsberechtigten eliminieren (vgl. SVRKAiG, 1989, S. 117).

Der Rat sah durchaus einen Sinn in der Verfeinerung des RSA durch den Ausgleich weiterer Risikofaktoren, knüpfte eine Erweiterung aber an folgende Bedingungen (vgl. SVRKAiG, 1990, S. 159):

- a. Die Risikogruppe muss nach Bereinigung um die schon berücksichtigten Faktoren nachweisbar höhere Ausgaben verursachen.
- b. Es muss ein bedeutender Anteil von Versicherten betroffen sein.
- c. Der Anteil der schlechten Risiken muss in den Kassen deutlich unterschiedlich sein.

Im Gutachten des Jahres 1990 wird eine Erweiterung dieser Liste um die EU/BU-Rentner⁷⁸ vorgeschlagen, da diese Gruppen über nachweislich andere

⁷⁷ Siehe z.B. Glanz 1994a, 1994b und zu der verbandspolitisch motivierten Kritik Brinsa (1993) und Heinz (1993).

⁷⁸ Erwerbsunfähigkeit (EU), Berufsunfähigkeit (BU).

Alters-Ausgabenprofile verfügen als der Rest der Mitglieder dieser Altersgruppe.

Weiteren sozioökonomischen Merkmalen, welche ausgabenseitig Verzerrungen verursachen und daher auszugleichen wären, fehlt der empirische Nachweis (SVRKAiG, 1990, S. 159).

Die öffentliche Diskussion über die Gestaltung des RSA, z.B. die Wahl der auszugleichenden Risikofaktoren und die Möglichkeit einer Regionalisierung,⁷⁹ war geprägt von interessengesteuerter Verbandspolitik, denn bereits vor der Einführung war klar, dass das Volumen des RSA und damit die Umverteilungswirkung zwischen den Kassen von den auszugleichenden Risikofaktoren abhängt. Dementsprechend plädierte jede Kassenart je nach Interessenlage entweder für möglichst viele oder möglichst wenige Risikofaktoren im RSA.⁸⁰

Letztendlich folgte die Politik den Vorschlägen des Sachverständigenrates und berücksichtigte die Kriterien Alter, Geschlecht, Anzahl der Mitversicherten, Grundlohn und besondere Morbiditätsrisiken (EU/BU-Rentner).

3.4.1 Die Technik des RSA

Rechtsgrundlage des RSA bilden die Paragraphen 266 und 267 des SGB (V). Danach hat der RSA das Ziel, jede Kasse finanziell so zu stellen, als hätte sie eine, bezogen auf die gesamte GKV, durchschnittliche Risikostruktur.⁸¹

Dazu werden die Unterschiede im risikobedingten *Beitragsbedarf* und in der risikobedingten *Finanzkraft* so ausgeglichen, dass die relative Risikobelastung aller Krankenkassen identisch ist (Schneider, 1994, S. 123). Das bedeutet letztendlich nichts anderes, als dass jede Kasse finanziell so gestellt werden soll, als habe sie – bezogen auf die auszugleichenden Merkmale – sowohl durchschnittliche Ausgaben als auch durchschnittliche Einnahmen.

Der Ausgleich zwischen den Kassen erfolgt über die RSA-Zahlungen. Übersteigt die Finanzkraft einer Kasse deren Beitragsbedarf, so fließt dieser Überschuss über den RSA an solche Kassen, deren Beitragsbedarf die Finanzkraft übersteigt. Die Orientierung an den Ausgaben aller Kassen und deren gesamten beitragspflichtigen Einkommen sorgt dafür, dass sich die Zahlungen in den RSA und aus dem RSA zu null addieren.

3.4.2 Beitragsbedarf der Kassen

Um den Beitragsbedarf zu ermitteln, werden die Versicherten der GKV entsprechend der auszugleichenden Merkmale in Versichertengruppen eingeteilt. (vgl. Schneider, 1994, S. 129):

⁷⁹ Zur Regionalisierung des RSA vgl. Schneider (1994) S. 120/121; Wille/Schneider (1998).

⁸⁰ Siehe zu den Stellungnahmen der Verbände zum RSA z.B. Börngen/Heinz (1992) S. 700; Giehler (1995) S. 270; Heinz (1992) S. 624/625; Nachtigal (1992) S. 714-717; Pannen (1992) S. 379-382; Paquet (1992) S. 709/710;

⁸¹ Mit Ausnahme der Landwirtschaftskrankenkassen.

Morbiditätsorientierte Risikofaktoren: (*Alters- und Geschlechtsgruppen*)

- a. *Alter*
- b. *Geschlecht.*

Leistungsrechtliche Besonderheiten: (*Statusgruppen*)

- c. *Anspruch auf Krankengeld mit Entgeltfortzahlung,*
- d. *Anspruch auf Krankengeld ohne Entgeltfortzahlung,*
- e. *kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung.*

Morbiditätsbedingte Sonderbelastungen: (*Risikogruppen*)

- f. *Versicherte Kategorie c., die eine der folgenden Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit beziehen:*
 - o *EU/BU-Rente*
 - o *Rente für Bergleute*
 - o *Invalidenrente*
- g. *Versicherte Kategorie d., die eine der folgenden Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit beziehen:*
 - o *EU/BU-Rente*
 - o *Rente für Bergleute*
 - o *Invalidenrente*
- h. *Versicherte Kategorie e., die eine der folgenden Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit beziehen:*
 - o *Bergmannsinvalidenrente*
 - o *Bergmannsrente*
 - o *Invalidenrente für Behinderte*

Die Alterseinteilung erfolgt nach Einzeljahren vom Alter 0 bis zum Alter 90. Versicherte mit Alter über 90 werden dem Alter 90 zugeordnet. Die Empfänger von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, welche jünger als 35 sind, werden der Altersklasse 35 zugerechnet, solche, die älter als 65 sind, wechseln das Statusmerkmal zu „Altersrentner“ und gehen in den übrigen Statusmerkmalen auf.

Entsprechend dieser Einteilung folgt aus der Kombination der Merkmale die Gesamtzahl der Versichertengruppen:

$$\begin{aligned} 91(a.) \times 2(b.) \times 3(c., d., e.) &= 546 \\ &+ \\ 31(a.) \times 2(b.) \times 3(f., g., h.) &= 186 \end{aligned}$$

Insgesamt ergeben sich als Summe 732 Versichertengruppen.⁸²

⁸² Ab April 1998 wurden die Merkmale f. und g. zu f.(neu) zusammengefasst und aus h. wurde g.(neu). Die Anzahl der Versichertengruppen verringerte sich dadurch auf 670.

Anhand einer repräsentativen Stichprobe wird der Durchschnitt aller anrechnungsfähigen Leistungsausgabenarten für jede Gruppe ermittelt. Als anrechnungsfähige Leistungsausgaben ergeben sich die um Mehr-, Ermessens- und Erprobungsleistungen verringerten Leistungsausgaben der Kasse (vgl. Schneider, 1994, S. 124). Nicht enthalten sind folglich die Verwaltungskosten, welche im Sinne des RSA keine Leistungsausgaben darstellen.

Das Produkt aus der Anzahl der Gruppenmitglieder einer Kasse und den durchschnittlichen anrechenbaren Leistungsausgaben dieser Gruppe, summiert über alle Gruppen, ergibt den Beitragsbedarf einer Kasse.

Formal lässt sich der Beitragsbedarf einer Kasse (b) folgendermaßen schreiben:⁸³

$$(3.9) \quad b = \sum_{i=1}^n (I_i \cdot x_i);$$

mit

I_i = standardisierte (durchschnittliche), anrechenbare Leistungsausgaben der Gruppe i ,

x_i = Anzahl der Versicherten der Kasse in Gruppe i ,

n = Anzahl der Versichertengruppen (732).

Der gesamte Beitragsbedarf (B) aller Kassen lautet dann:

$$(3.10) \quad B = \sum_{j=1}^z b_j;$$

mit:

b_j = Beitragsbedarf der Kasse j ,

z = Anzahl der Kassen.

3.4.3 Finanzkraft der Kassen

Die Finanzkraft einer Kasse ist das Produkt aus *Ausgleichsbedarfssatz* und Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder einer Kasse.

Der Ausgleichsbedarfssatz ergibt sich als Quotient aus Beitragsbedarf aller Kassen und der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Kassen. Er kann als eine Art „Durchschnittsbeitragssatz“ der GKV interpretiert werden.

⁸³ Die folgende Darstellung orientiert sich an Schneider (1993) S. 52/53.

Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (M) der Mitglieder aller Kassen errechnet sich folgendermaßen:

$$(3.11) \quad M = \sum_{j=1}^n m_j ;$$

mit

m_j = beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Kasse j.

Der Ausgleichsbedarfssatz (a) lässt sich dann folgendermaßen schreiben:

$$(3.12) \quad a = \frac{B}{M} .$$

Daraus folgt die Finanzkraft aller Kassen (F) und die einer einzelnen Kasse (f):

$$(3.13) \quad F = M \cdot a$$

und

$$(3.14) \quad f = m \cdot a .$$

Der Ausgleichsbetrag (c) ist die Differenz aus Finanzkraft und Beitragsbedarf einer Kasse. Ist der Ausgleichsbetrag positiv, so muss die Kasse diesen Betrag in den RSA „einzahlen“, ist er negativ, so erhält sie Zahlungen aus dem RSA in Höhe des Ausgleichsbetrags.

$$(3.15) \quad c = f - b .$$

Aus Gleichung (3.12) und (3.13) folgt, dass die Summe der Ausgleichsbeträge null sein muss:

$$(3.16) \quad C = F - B ,$$

$$(3.17) \quad C = (M \cdot a) - (M \cdot a) = 0 .$$

3.4.4 Wirkungsweise des RSA

Bemerkenswert an der Konstruktion des RSA ist die Orientierung an den Durchschnittsausgaben einer Merkmalsgruppe. Jede Kasse erhält über die Berechnung des Beitragsbedarfs pro Versicherten einen Betrag in Höhe der auf Basis aller Gruppenmitglieder der betreffenden Merkmalsgruppe berechneten Durchschnittskosten. Mit dieser Regelung sollen für die Kassen Anreize gesetzt werden, die Leistungsausgaben der Versicherten zu senken bzw. zu minimieren, denn liegen die Ausgaben für einen Versicherten über dem Durchschnitt der Merkmalsgruppe, so resultiert daraus ein Fehlbetrag und die Kasse wird versuchen, die Kosten unter den Durchschnitt zu drücken, um so ihre Beiträge senken zu können. Selbst eine Kasse, deren Versicherte weniger Kosten verursachen als der Durchschnitt ihrer jeweiligen Merkmalsgruppe, haben aufgrund der Durchschnittsberechnung weiterhin ein Motiv, auf niedrigere Leistungsausgaben hinzuwirken - können sie doch realisierte Einsparungen in Beitragssatzsenkungen transformieren und sich so Wettbewerbsvorteile verschaffen. In beiden Fällen resultieren aus der Ausgabensenkung niedrigere Durchschnittsausgaben der jeweiligen Merkmalsgruppe und so c.p. niedrigere Ausgaben der GKV.

Die übrigen Ausgaben einer Kasse, vornehmlich Verwaltungskosten und Satzungsleistungen, die nicht im RSA Berücksichtigung finden, sind direkt beitragswirksam.⁸⁴ Eine Senkung dieser Kosten dürfte gleichfalls im Interesse der Kassen liegen.

Im Sinne eines effizienzsteigernden Wettbewerbs kann der RSA daher, zumindest bei der isolierten Betrachtung der Wirkungen der Durchschnittsorientierung, als ein konsistentes Instrument bezeichnet werden. Es bleibt aber zu bedenken, dass die vom Gesetzgeber beabsichtigte effizienzsteigernde Wirkung eines vom RSA flankierten Mitgliederwettbewerbsprozesses nur eintritt, wenn die Kassen Instrumente besitzen, die Leistungsausgaben zu beeinflussen, und sie darüber hinaus keine Risikoselektion betreiben.⁸⁵ Es soll jetzt untersucht werden, inwieweit der RSA die Anreize zur Risikoselektion, welche sich aus den Ausprägungen des Solidarprinzips ergeben, neutralisieren kann.

3.4.5 Risikoselektion unter dem RSA

Bevor mit der eigentlichen Analyse der Anreizwirkungen begonnen werden kann, muss ermittelt werden, welchem Zweck die Risikoselektion dienen soll.⁸⁶ Auf einem privaten Krankenversicherungsmarkt konkurrieren die beiden Instrumente Risikoselektion und Effizienzsteigerung typischerweise um den Ein-

⁸⁴ Zum Thema Satzungsleistungen siehe Abschnitt 4.2.3.1 *Leistungspolitik*.

⁸⁵ Vgl. die Ergebnisse des Abschnitt 3.2 *Die Theorie der Risikoselektion auf Krankenversicherungsmärkten*.

⁸⁶ Zu den Anreizwirkungen des RSA siehe auch Felder (2000).

satz für das Ziel Gewinnmaximierung. Im Sonderfall der GKV muss eine andere Zielgröße gefunden werden, da die gesetzlichen Kassen keine Gewinnerzielung betreiben dürfen, sondern gezwungen sind, eventuell auftretende Überschüsse der Einnahmen über die Ausgaben zur Beitragssenkung zu verwenden.⁸⁷

Sofern Kassen erfolgreich gute Risiken attrahieren und schlechte abschrecken, resultiert aus der so praktizierten Risikoselektion c.p. ein niedriger Beitragssatz. Die Analyse der Anreizwirkungen des RSA erfolgt daher unter der Annahme, dass die Kassen bestrebt sind, ihren Beitragssatz möglichst niedrig zu halten. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit den GSG-Zielen Wirtschaftlichkeitssteigerung und Beitragssatzstabilität und wird darüber hinaus durch die Rolle des Beitragssatzes als Instrument der Kassen im Mitgliederwettbewerb der GKV untermauert.⁸⁸

In einem privaten Versicherungsmarkt ist die notwendige Voraussetzung für Risikoselektion erfüllt, wenn im Sinne der Gewinnmaximierung die guten Risiken innerhalb einer Prämiengruppe identifiziert und auch selektiv angesprochen werden können. Ein gutes Risiko definierte sich hierbei über die positive Differenz aus der erwarteten Prämienhöhe und den erwarteten Kosten der Leistungsanspruchnahme.⁸⁹

In der GKV macht die Konstruktion des RSA eine Neudefinition der Bewertung eines Risikos notwendig. Die bisherige hinreichende Bedingung einer positiven Differenz aus Versicherungsprämie und Leistungsausgaben gilt hier nicht. In Einklang mit dem angenommenen Ziel der Risikoselektion ist eine Person nur dann für eine Kasse ein gutes Risiko, wenn die Kasse als Folge der Attrahierung ihren Beitragssatz senken kann. Wie sich zeigen wird, ist es aber durchaus möglich, dass ein und dasselbe Mitglied für die eine Kasse ein gutes, für eine andere dagegen ein schlechtes Risiko bedeutet. Bevor eine Kasse also gute Risiken identifizieren und ansprechen bzw. schlechte abwehren kann, muss sie zunächst wissen, wann eine Person als gutes bzw. schlechtes Risiko einzuordnen ist. Die Bedingungen bzw. Konstellationen, unter denen ein Versicherter ein gutes oder schlechtes Risiko darstellt, sollen jetzt entwickelt werden.

3.4.6 Notwendige Bedingung für ein gutes Risiko

Entsprechend der getroffenen Annahmen über das mittelbare Ziel von Risikoselektion hängt die Bewertung eines Mitglieds von dessen Wirkung auf den Beitragssatz ab. Die Herleitung der Voraussetzung für gute bzw. schlechte Risiken setzt daher an der Berechnung des Beitragssatzes einer Kasse an.

⁸⁷ Vgl. Abschnitt 3.3. *Anreizwirkungen der Rahmenbedingungen im Mitgliederwettbewerb der GKV.*

⁸⁸ Im nächsten Kapitel werden die Wettbewerbsinstrumente der Kassen näher beleuchtet.

⁸⁹ Vgl. Abschnitt 3.2. *Die Theorie der Risikoselektion auf Krankenversicherungsmärkten.*

Die Höhe des Beitragssatzes einer Kasse wird durch die drei zentralen Größen *tatsächliche Leistungsausgaben*⁹⁰, *Finanzkraft* und *Beitragsbedarf* determiniert.⁹¹ Unter Berücksichtigung der Gleichung (3.15) erfolgt die Berechnung des kassenindividuellen Beitragssatzes (s_j) anhand folgender Gleichung:

$$(3.18) \quad s_j = \frac{K_j(X) + [a \cdot M_j(X) - L_j(X)]}{M_j(X)},$$

mit:

$K_j(X)$ = Summe der Leistungsausgaben aller Versicherter als Funktion der Anzahl der Mitglieder der Kasse (*tatsächliche Leistungsausgaben*),

$M_j(X)$ = Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Kasse (*Finanzkraft*),

$L_j(X)$ = Summe der standardisierten Leistungsausgaben pro Versicherter der Kasse (*Beitragsbedarf*).

Der Ausdruck in der eckigen Klammer der Gleichung (3.18) stellt nichts anderes dar als den kassenindividuellen Ausgleichsbetrag c der Gleichung (3.15). Diesen muss, wenn positiv, die Kasse über den RSA an andere Kassen zahlen. Ist der Ausdruck negativ, so erhält die Kasse eine Zahlung aus dem RSA in entsprechender Höhe.

Die Kasse muss folglich mit den ihr zur Verfügung stehenden beitragspflichtigen Einnahmen die tatsächlichen Leistungsausgaben und zusätzlich den Ausgleichsbetrag an den RSA finanzieren, sofern sie über eine überdurchschnittliche Finanzkraft verfügt.

Ist ihre Finanzkraft dagegen unterdurchschnittlich, so muss sie nur die um den Ausgleichsbetrag aus dem RSA verringerten, tatsächlichen Leistungsausgaben durch Beiträge finanzieren. Durch die Umformung der Gleichung (3.18) wird deutlich, welche Zusammenhänge zwischen den standardisierten Leistungsausgaben und den tatsächlichen Leistungsausgaben bestehen:

$$(3.19) \quad M_j(X) \cdot [s_j - a] = K_j(X) - L_j(X).$$

Anhand Gleichung (3.19) ist leicht erkennbar, dass eine Kasse, deren Summe der tatsächlichen Leistungsausgaben niedriger ist als die Summe ihrer standardisierten Ausgaben, einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz aufweisen muss. Entsprechend ist der Beitragssatz überdurchschnittlich hoch, wenn die tatsächlichen Ausgaben die standardisierten übersteigen.

⁹⁰ Die *tatsächlichen Leistungsausgaben* beinhalten die anrechnungsfähigen Ausgaben des RSA und die nichtanrechnungsfähigen Leistungen.

⁹¹ Die Möglichkeiten aufgrund der Rücklagen seien an dieser Stelle ausgeklammert. Siehe dazu Abschnitt 4.2.4.2 *Der Einfluss der Rücklagen auf die Höhe des Beitragssatzes*.

Die entscheidende Frage, ob eine Person für eine Kasse ein gutes oder schlechtes Risiko darstellt, kann auf Basis der Gleichung (3.18) beantwortet werden. Wird die Gleichung nach der Anzahl der Versicherten differenziert, so erhält man die Bedingungen, unter denen der Beitragssatz ab- bzw. zunimmt, wenn sich der Versichertenbestand um eine Person erhöht.⁹²

$$(3.20) \quad \frac{\partial s_j}{\partial X} = \frac{M_j(X) \cdot [K'_j(X) - L'_j(X)] - M'_j(X) \cdot [K_j(X) - L_j(X)]}{M_j^2(X)},$$

mit $K'_j(X), L'_j(X), M'_j(X) > 0$.

Unter Berücksichtigung der Gleichung (3.19) kann man (3.20) folgendermaßen umschreiben:

$$(3.21) \quad \frac{\partial s_j}{\partial X} = \frac{[K'_j(X) - L'_j(X)] - [s_j - a] \cdot M'_j(X)}{M_j(X)}.$$

In der ersten eckigen Klammer steht die Differenz aus den tatsächlichen Leistungsausgaben des neuen Versicherten und den standardisierten Leistungsausgaben, ausgedrückt durch die Differenz aus marginalen tatsächlichen Leistungsausgaben und marginalen standardisierten Leistungsausgaben. Dieser Teil der Formel kann als Ausgabenseite bezeichnet werden.

Ist diese Differenz negativ, so verursacht das Neumitglied in Bezug auf seine RSA-Gruppe unterdurchschnittliche Kosten. Ist die Differenz positiv, so ist sein Leistungsverbrauch überdurchschnittlich.

Die zweite Klammer, welche für die Kasse die Einnahmenseite darstellt, beinhaltet die Differenz aus dem kassenindividuellen Beitragssatz vor Aufnahme des Neumitglieds und dem Ausgleichsbedarfssatz. Ist diese Differenz negativ, dann verfügt die Kasse über einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz. Bei einer positiven Differenz ist der Beitragssatz überdurchschnittlich hoch. Die Ableitung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach der Anzahl der Versicherten stellt nichts anderes dar als das Einkommen des Neumitglieds.

Um die Frage zu beantworten, ob es sich bei einer Person um ein gutes oder schlechtes Risiko handelt, muss das Vorzeichen der Ableitung betrachtet werden. Ist die Ableitung positiv, so steigt durch die Aufnahme des Neumitglieds der Beitragssatz der Kasse an. In diesem Fall handelt es sich für die Kasse um ein schlechtes Risiko. Ist die Ableitung negativ, so sinkt der Beitragssatz durch die Aufnahme, und das Neumitglied stellt für die Kasse ein gutes Risiko

⁹² Anhand dieser Vorgehensweise lässt sich auch eine Bewertung des Versichertenbestandes durchführen, die Voraussetzung einer nach innen gerichteten Risikoselektion ist. In diesem Fall wird von einer Verringerung des Versichertenbestandes um eine Person ausgegangen.

dar. Ist die Ableitung gleich null, so handelt es sich um ein neutrales Risiko, dessen Aufnahme keinen Einfluss auf den Beitragssatz hat.

Das Kriterium zur Beantwortung der Frage, ob eine Person ein gutes Risiko darstellt oder nicht, ist eindeutig: Der Beitragssatz muss nach Aufnahme sinken, also muss die Ableitung negativ sein.

Eine genauere Betrachtung der Ableitung zeigt aber, dass unter bestimmten Annahmen das Vorzeichen nicht eindeutig bestimmt werden kann. Die folgende Matrix zeigt alle möglichen Konstellationen:

Übersicht 3.1: Matrix der Determinanten des Vorzeichens der Ableitung von s_j nach X

	$s_j < a$	$s_j > a$	$s_j = a$
$K_j'(X) < L_j'(X)$?	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$
$K_j'(X) > L_j'(X)$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$?	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$
$K_j'(X) = L_j'(X)$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$	0

Quelle: Eigene Darstellung, eigene Berechnung

Verfügt eine Kasse über einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz, liegt dieser also unterhalb des Ausgleichsbedarfssatzes ($s_j < a$), so führt die Aufnahme einer Person mit Leistungsausgaben über oder gleich den entsprechenden standardisierten Leistungsausgaben zu einer Beitragssatzerhöhung. In diesem Fall zeigt die Matrix eine positive Ableitung nach dem Beitragssatz an. Verursacht eine Person dagegen weniger Leistungsausgaben als der Durchschnitt der Merkmalsgruppe, der sie angehört ($K_j'(X) < L_j'(X)$), dann ist die Wirkung der Aufnahme der Person auf den Beitragssatz einer Kasse mit unterdurchschnittlichem Beitragssatz unbestimmt.

Für eine Kasse mit überdurchschnittlichen Beitragssatz ($s_i > a$), führt die Attrahierung einer Person mit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben dagegen immer zu einer Beitragssatzverringerung. Selbst wenn die Leistungsausgaben gleich den standardisierten Ausgaben sind ($K'(X) = L_j(X)$), handelt es sich für die Kasse noch um ein gutes Risiko, dessen Aufnahme den Beitragssatz senkt. Der letzte mögliche Fall einer Kasse mit überdurchschnittlichen Beitragssatz beschreibt die Situation, in der die tatsächlichen Leistungsausgaben die standardisierten übersteigen. Hier ist ohne weitere Überlegungen keine eindeutige Aussage über die Entwicklung des Beitragssatzes der Kasse möglich.

Entspricht der Beitragssatz einer Kasse exakt dem Beitragsbedarfssatz ($s_i = a$), dann stellt eine Person mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben für die Kasse ein schlechtes und eine mit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben ein gutes Risiko dar. Als neutral gilt ein Risiko, wenn die Höhe der Leistungsausgaben der Höhe der standardisierten Ausgaben entspricht.

Die Matrix weist also zwei Fälle aus, bei denen anhand dieser ersten Approximation keine eindeutige Aussage über die Entwicklung des Beitragssatzes getroffen werden kann. Im ersten Fall handelt es sich um die Kombination aus einem Mitglied mit positiver Differenz zwischen den tatsächlichen Leistungsausgaben und den standardisierten Leistungsausgaben - dem sogenannten Deckungsbeitrag⁹³ - und einer Kasse mit unterdurchschnittlichem Beitragssatz. Im zweiten Fall ist dagegen eine Kombination aus einem Mitglied mit negativem Deckungsbeitrag und einer Kasse mit überdurchschnittlichem Beitragssatz zu beobachten. In beiden Fällen ist es aber möglich, unter Einbeziehung von Durchschnittswerten der Kasse vor Attrahierung des Neumitglieds Grenzen zu definieren, anhand derer eine eindeutige Klassifikation des Risikos unter bestimmten Konstellationen erreicht werden kann.

Die relevanten Größen sind zum einen die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Kasse und zum anderen der durchschnittliche Deckungsbeitrag pro Mitglied. Ansatzpunkt der Analyse bildet die Erkenntnis, dass ein Neumitglied, welches sowohl beim beitragsrelevanten Einkommen als auch bei den tatsächlichen Ausgaben über Werte verfügt, die den Durchschnittswerten der aufnehmenden Kasse entsprechen, keine Veränderung des Beitragssatzes verursacht. Dies wird klar, wenn in der Gleichung (3.20) die Werte des Neumitglieds durch den jeweiligen Kassendurchschnitt ersetzt werden:

$$(3.22) \quad \frac{\partial s_j}{\partial X} = \frac{M_j(X) \cdot \frac{[K_j(X) - L_j(X)]}{X} - \frac{M_j(X)}{X} \cdot [K_j(X) - L_j(X)]}{M_j^2(X)}$$

⁹³ Der hier beschriebene Deckungsbeitrag ist nicht identisch mit der von Lauterbach/Wille (2001) definierten Größe, da letzterer anhand der Differenz aus standardisierten Leistungsausgaben und anrechnungsfähigen Leistungsausgaben berechnet wurde.

und es folgt

$$\frac{\partial s_j}{\partial X} = \frac{0}{M_j^2(X)} = 0.$$

Der erste Schritt bei der Beantwortung der Frage, um welche Art Risiko es sich bei den beiden Spezialfällen handelt, besteht darin, die Ableitung des Beitragsatzes nach der Anzahl der Versicherten gleich null zu setzen:

$$(3.23) \quad 0 = \frac{[K'_j(X) - L'_j(X)] - [s_j - a] \cdot M'_j(X)}{M_j(X)}.$$

Durch einfache Umformung ergibt sich:

$$(3.24) \quad K'_j(X) - L'_j(X) = [s_j - a] \cdot M'_j(X).$$

Zunächst soll angenommen werden, dass das Neumitglied die Risikostruktur der Kasse nicht verändert und folglich über einen Deckungsbeitrag in Höhe des durchschnittlichen Deckungsbeitrags der Kasse verfügt. Dann gilt:

$$(3.25) \quad K'_j(X) - L'_j(X) = \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}.$$

Eingesetzt in Gleichung (3.24):

$$(3.26) \quad \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X} = [s_j - a] \cdot M'_j(X)$$

und

$$(3.27) \quad \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X \cdot [s_j - a]} = M'_j(X).$$

Unter Verwendung der Gleichung (3.18) ergibt sich:

$$(3.28) \quad M'_j(X) = \frac{M_j(X)}{X}.$$

Ist Gleichung (3.28) erfüllt, dann muss das beitragspflichtige Einkommen des Neumitglieds, sofern seine Leistungsausgaben dem Durchschnitt der Kasse entsprechen und die Aufnahme keine Beitragssatzveränderung hervorruft, dem Durchschnittseinkommen der Kassenmitglieder entsprechen.⁹⁴ Wird dies berücksichtigt, so folgt aus Gleichung (3.26):

$$(3.29) \quad \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X} = [s_j - a] \cdot \frac{M_j(X)}{X}.$$

Wird Gleichung (3.29) erfüllt, dann gilt dies auch für Gleichung (3.23), was bedeutet, dass die Ableitung (3.20) nach dem Beitragssatz gleich null sein muss. Es wird nun eine Hilfsvariable β eingeführt, die angibt, ob der Wert der Ableitung (3.20) bei einer marginalen Erhöhung des Mitgliederbestands positiv, negativ oder gleich null ist. Aus Gleichung (3.29) folgt:

$$(3.30) \quad \beta = K'_j(X) - L'_j(X) - [s_j - a] \cdot M'_j(X)$$

und es gilt:

$$\beta = 0 \rightarrow \frac{\partial s_j}{\partial X} = 0 \quad (\text{neutrales Risiko}).$$

$$\beta > 0 \rightarrow \frac{\partial s_j}{\partial X} > 0 \quad (\text{schlechtes Risiko}).$$

$$\beta < 0 \rightarrow \frac{\partial s_j}{\partial X} < 0 \quad (\text{gutes Risiko}).$$

Zunächst soll $K'_j(X) - L'_j(X) = \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}$ gelten:

Ist der Beitragssatz einer Kasse niedriger als der Ausgleichsbedarfssatz, so muss ihr durchschnittlicher Deckungsbeitrag positiv sein und es gilt $K_j(X) - L_j(X) < 0$. Entspricht die Höhe des positiven Deckungsbeitrags des Neumitglieds dem Durchschnitt der Kassenmitglieder, liegt aber sein beitragspflichtiges Einkommen über dem Durchschnittseinkommen der Kassenmitglieder ($M_j(X)/X < M'(X)$), dann ist Gleichung (3.29) nicht mehr erfüllt. In diesem Fall ist $\beta > 0$, und die Attrahierung des Neumitglieds würde zu einer Erhöhung des Beitragssatzes führen. Unter dieser Konstellation handelt es sich für die Kasse um ein schlechtes Risiko. Liegt das beitragspflichtige Einkommen dagegen unter dem

⁹⁴ Es handelt sich folglich bei dieser Darstellung um eine Bestätigung des Ergebnisses der Gleichung (3.22).

Durchschnittseinkommen der Kassenmitglieder, dann handelt es sich um ein gutes Risiko, denn es gilt $\beta < 0$ und die Aufnahme der Person würde den Beitragssatz der Kasse senken.

Liegt der Beitragssatz einer Kasse über dem Ausgleichsbedarfssatz, was einen negativen durchschnittlichen Deckungsbeitrag voraussetzt, und entspricht die Höhe des negativen Deckungsbeitrags des Neumitglieds dem Durchschnitt der Deckungsbeiträge der Kassenmitglieder, so ist $\beta < 0$ und der Beitragssatz sinkt, wenn das Einkommen des Neumitglieds höher ist als das Durchschnittseinkommen der Kassenmitglieder. Im umgekehrten Fall steigt der Beitragssatz an, da das durchschnittliche Einkommen des Neumitglieds im Vergleich zu den Kassenmitgliedern nur unterdurchschnittlich ausfällt und daher $\beta > 0$ gilt.

Als Nächstes wird angenommen, ein Neumitglied verfügt über ein beitragspflichtiges Einkommen in einer Höhe, welches das Durchschnittseinkommen einer Kasse nicht verändert.

Daher gilt nun: $M'_j(X) = \frac{M_j(X)}{X}$.

Unter Zuhilfenahme der Gleichung (3.29) wird ersichtlich, dass eine Person, wenn sie über kassendurchschnittliche beitragsrelevante Einnahmen verfügt und die Kasse einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz aufweist, den selben Deckungsbeitrag erbringen muss wie der Kassendurchschnitt, damit sie für die Kasse ein neutrales Risiko bedeutet. Ist dies erfüllt, dann nimmt entsprechend Gleichung (3.30) β den Wert null an. Liegt der Deckungsbeitrag über dem Durchschnitt der Kassenmitglieder, dann gilt $\beta < 0$ und der Beitragssatz sinkt mit der Aufnahme des Neumitglieds.

Analog dazu verhält es sich, wenn der Beitragssatz über dem Ausgleichsbedarfssatz liegt. In diesem Fall muss eine Person mit durchschnittlichem beitragspflichtigem Einkommen geringere negative Deckungsbeiträge vorweisen als der Durchschnitt der Kasse, damit sie für die Kasse ein gutes Risiko darstellt und $\beta < 0$ gilt.⁹⁵

Für die verbleibenden vier möglichen Konstellationen pro Fall sind nur jeweils zwei eindeutig zu interpretieren. Verfügt eine Kasse über einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz und das Neumitglied über einen im Vergleich zu den Kassenmitgliedern überdurchschnittlichen, positiven Deckungsbeitrag sowie über ein unterdurchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen, so wird β einen Wert kleiner null annehmen und der Beitragssatz der Kasse sinkt. Ist der positive Deckungsbeitrag dagegen im Vergleich zu den Mitgliedern unterdurchschnittlich und das beitragspflichtige Einkommen höher als der Kassendurchschnitt, so steigt der Beitragssatz an und β ist größer null.

Bei einer Kasse mit überdurchschnittlichem Beitragssatz führt die Aufnahme eines Mitglieds mit einem im Verhältnis zum Kassendurchschnitt geringen ne-

⁹⁵ Unter einem geringeren negativen Deckungsbeitrag wird ein geringerer absoluter Wert des Deckungsbeitrags verstanden.

gativen Deckungsbeitrag zu einer Verringerung des Beitragssatzes ($\beta < 0$), sofern er mit einem – bezogen auf den Kassendurchschnitt - überdurchschnittlich hohen Einkommen einhergeht. Dagegen steigt der Beitragssatz der Kasse an ($\beta > 0$), wenn der negative Deckungsbeitrags höher ausfällt als der Kassendurchschnitt und das Neumitglied zudem über ein unterdurchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen verfügt.

Die Übersichten 3.2 und 3.3 fassen die Untersuchungsergebnisse der nicht eindeutig interpretierbaren Konstellationen der Übersicht 3.1 zusammen. Für die Kassen mit einem unterdurchschnittlichen Beitragssatz in der Matrix der Übersicht 3.2 und für solche mit einem überdurchschnittlichen Beitragssatz in Matrix 3.3. Die Konstellationen, welche ohne die Kenntnis der tatsächlichen Werte der relevanten Größen, hinsichtlich der Art des Risikos nicht eindeutig interpretiert werden können, sind jeweils durch ein Fragezeichen gekennzeichnet.

Übersicht 3.2: Matrix der Determinanten des Vorzeichens der Ableitung von s_j nach X , wenn $K'_j(X) - L'_j(X) < 0$ und $s_j < a$

$s_j < a$	$M'_j > \frac{M_j}{X}$	$M'_j < \frac{M_j}{X}$	$M'_j = \frac{M_j}{X}$
$K'_j(X) - L'_j(X) > \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$?	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$
$K'_j(X) - L'_j(X) < \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}$?	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$
$K'_j(X) - L'_j(X) = \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$	0

Quelle: Eigene Darstellung, eigene Berechnung

Übersicht 3.3: Matrix der Determinanten des Vorzeichens der Ableitung von s_j nach X , wenn

$$K'_j(X) - L'_j(X) > 0 \text{ und } s_j > a$$

$s_j > a$	$M'_j > \frac{M_j}{X}$	$M'_j < \frac{M_j}{X}$	$M'_j = \frac{M_j}{X}$
$K'_j(X) - L'_j(X) > \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$?	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$
$K'_j(X) - L'_j(X) < \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}$?	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$
$K'_j(X) - L'_j(X) = \frac{K_j(X) - L_j(X)}{X}$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} < 0$	$\frac{\partial s_j}{\partial X} > 0$	0

Quelle: Eigene Darstellung, eigene Berechnung

Aus den Übersichten 3.2 und 3.3 geht hervor, dass die bisher nicht behandelten Konstellationen ohne Verwendung der tatsächlichen Werte hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Beitragssatz nicht bewertet werden können. Die Problematik ergibt sich bei allen vier Fällen jeweils aus zwei gegenläufigen Effekten, deren jeweilige relative Stärke letztendlich den Ausschlag gibt.

Durch Einsetzen in Gleichung (3.23) ist es aber möglich – vorausgesetzt, die tatsächlichen Leistungsausgaben und die beitragspflichtigen Einnahmen der Person sind bekannt – zu errechnen, um welche Art Risiko es sich für eine Kasse bei den vier Spezialfällen handelt.⁹⁶

Die Analyse zeigt, dass die Konstruktion des RSA den am Mitgliederwettbewerb teilnehmenden Kassen die theoretische Möglichkeit einräumt, ihren Beitragssatz mit Hilfe einer gezielten Auswahl von guten bzw. der gezielten Abwehr von schlechten Risiken zu minimieren, also Risikoselektion zu betreiben. Hierbei ist es notwendig, die Mitglieder der GKV in gute, schlechte und neutrale Risiken einordnen zu können. Sofern die Kassen über die notwendigen Infor-

⁹⁶ Es wird davon ausgegangen, dass hierbei der Ausgleichsbedarfssatz und die standardisierten Ausgaben bekannt sind.

mationen verfügen, erlaubt die Mehrzahl der möglichen Konstellationen eine eindeutige Zuordnung. Obwohl die Kassen nicht alle Informationen besitzen, die eine exakte Einordnung ermöglichen würde, kann ihnen dies zumindest in der Tendenz gelingen. Insofern ermöglicht der RSA die Erfüllung einer notwendigen Voraussetzung zur Risikoselektion.

Eine zweite Erkenntnis bezieht sich auf die Merkmale von guten und schlechten Risiken. Zu Anfang des Mitgliederwettbewerbs wurde insbesondere das Alter als Risikomerkmakolportiert. Junge und gut verdienende Menschen wurden als gute Risiken angesehen, und dementsprechend galten alte und gering verdienende per se als schlechte Risiken. In den folgenden Jahren wuchs die Erkenntnis, dass die Höhe des Deckungsbeitrags das entscheidende Kriterium bei der Einteilung der Risiken sei, und so kann ein Rentner durchaus ein sehr gutes Risiko darstellen. Die Analyse des RSA zeigt, dass solche pauschalen Wertungen nicht den Tatsachen entsprechen. Welche Kriterien ein gutes Risiko ausmachen, ist von den individuellen Umständen einer Kasse abhängig. Das Vorhandensein eines positiven Deckungsbeitrags reicht für sich genommen nicht aus, um ein gutes Risiko zu beschreiben. Unter besonderen Umständen kann selbst ein Mitglied mit negativem Deckungsbeitrag den Beitragssatz einer Kasse senken und damit ein gutes Risiko darstellen.

Eine weitere Erkenntnis betrifft das beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder. Zwar werden generell Einkommensunterschiede über den RSA ausgeglichen, es konnte aber gezeigt werden, dass die Qualität eines Risikos unter bestimmten Umständen auch von der Höhe seines Einkommens determiniert wird. Demnach kann eine Kasse einen Anreiz haben, Mitglieder mit bestimmten Einkommensmerkmalen attrahieren zu wollen. Dies muss aber nicht zwangsläufig bedeuten, dass nur Mitglieder mit hohem Einkommen für solche Kassen interessant sind.

Die bisherige Analyse beschränkte sich auf die Identifizierung von guten, schlechten und neutralen Risiken. Es ist für eine Kasse, die in Betracht zieht, Risikoselektion zu betreiben, aber gerade im Hinblick auf die Abwägung zwischen Aufwand und Ertrag von Bedeutung zu erfahren, wie stark sich die Attrahierung einer Person auf den Beitragssatz auswirkt. In diesem Kontext ist eine Kasse daran interessiert, auch innerhalb der beiden Risikogruppen nochmals nach quantitativer Wirkung auf den Beitragssatz zu differenzieren. Für diese Kasse gilt es, die sehr guten Risiken von den guten Risiken zu unterscheiden.

Eine solche Differenzierung muss sich an den bisherigen Erkenntnissen orientieren. Die Bewertung nach gut und sehr gut – natürlich auch nach schlecht und sehr schlecht – kann unter Verwendung der Formel (3.21) erfolgen, indem die Werte der Ableitung ins Verhältnis gesetzt werden.

Generell hängt die quantitative Wirkung einer Neuaufnahme implizit von der Anzahl der bereits versicherten Personen ab. Unterschiede in der quantitativen Wirkung rühren dann z.B. von der Höhe des Deckungsbeitrags her. Unterschiedliche Deckungsbeiträge zwischen zwei Personen lassen sich z.B. anhand des Altersunterschieds der Personen erklären. Wie bereits dargestellt, wird der Faktor Alter durch den RSA ausgeglichen, indem nach Altersgruppen differenziert wird. In der Realität lässt sich beobachten, dass die Leistungsausgaben und damit auch die standardisierten Ausgaben mit dem Alter zunehmen.⁹⁷ So

⁹⁷ Dies gilt, wenn man von den ersten Lebensjahren absieht.

beliefen sich die durchschnittlichen Ausgaben der RSA-Gruppe *westdeutsche Männer 62 Jahre (Statusgruppe c)* im Jahre 1999 auf ca. 5.000 DM, bei den 45-Jährigen lag der Durchschnitt bei nur 2.460 DM (vgl. VdaK/AEV, 2001). Verursachten beide Personen keinerlei Leistungsausgaben, so wird klar, dass die ältere Person über einen höheren Deckungsbeitrag verfügt und damit c.p. eine stärkere Wirkung auf den Beitragssatz entfaltet. Erfüllen beide die Kriterien eines guten Risikos, so ist der ältere im Verhältnis zum jüngeren c.p. ein sehr gutes Risiko.

3.5 Fazit des Kapitels

Ziel des Kapitels war es darzulegen, welche Theorie hinter der Einführung eines effizienzsteigernden Mitgliederwettbewerbs steht und welche Besonderheiten eines Versicherungsmarktes hierbei zu Ineffizienzen führen können. In diesem Zusammenhang gehört Risikoselektion, neben der adversen Selektion und Moral Hazard, zu den potenziellen Quellen eines suboptimalen Marktergebnisses.

Alle drei Phänomene bedeuten für einen Versicherungsmarkt zumindest die Verschwendung von knappen Ressourcen. Im speziellen Fall der klassischen adversen Selektion kommt es darüber hinaus zu Kosten aus dem Marktein- und austritt von Unternehmen aufgrund der Selbstselektion der guten Risiken. Daneben ist ein Wohlfahrtsverlust der Personen zu beobachten, welche nicht in den Genuss des von ihnen präferierten Umfangs an Versicherungsschutz gelangen. Moral-Hazard-Verhalten führt hingegen ausschließlich zur Verschwendung von Ressourcen⁹⁸, da zum einen Schäden verursacht werden, die – zumindest in dieser Höhe – hätten verhindert werden können und zum anderen Kosten für nicht notwendige Leistungen entstehen.

Beiden Phänomenen ist gemein, dass von ihnen per se kein negativer Einfluss auf die effizienzsteigernde Wirkung eines Wettbewerbsprozesses ausgeht. Die Anbieter von Versicherungsleistungen haben auch bei Moral-Hazard-Verhalten einen Anreiz, möglichst effizient zu produzieren, um sich einen Kostenvorteil zu verschaffen bzw. einen möglichst hohen Gewinn zu erzielen. Sie werden bestrebt sein, das Verhalten ihrer Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zu beeinflussen, um so die Kosten aus Moral Hazard zu minimieren. Adverse Selektion ist letztendlich das Ergebnis eines, wenn auch nicht optimalen, Wettbewerbsprozesses. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Leistungsumfang der Versicherung im Schadensfall zu. Zwar ist es einem Anbieter möglich, anhand der Gestaltung der Schadensleistungen Einfluss auf die Nachfrage zu nehmen, auf einem Markt mit einer Vielzahl von Anbietern ist ein Unternehmen aber weiterhin gezwungen, möglichst effizient zu produzieren, um sich am Markt behaupten zu können. Insofern wirkt sich der Wettbewerb auch bei adverser Selektion prinzipiell effizienzsteigernd aus.

Ebenso wie bei adverser Selektion und Moral Hazard führt Risikoselektion zur Verschwendung von Ressourcen und verringert auf diese Weise die Effizienz eines Marktes. Darüber hinaus und im Gegensatz zu den anderen beiden Phänomenen kann Risikoselektion zudem die effizienzsteigernde Wirkung des Wettbewerbsprozesses neutralisieren. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn Unternehmen Ressourcen für Risikoselektion aufwenden, anstatt sie zur Effizienzsteigerung einzusetzen.

⁹⁸ Zumindest gilt dies, sofern keine Versicherung aufgrund von Moral Hazard bankrott geht.

Die theoretische Analyse zeigte, dass insbesondere Risikoselektion für einen effizienzsteigernden Wettbewerb eine Gefahr darstellt. Auf Basis dieser Erkenntnisse erfolgte eine Untersuchung des Wettbewerbsrahmens der GKV, insbesondere im Hinblick auf die Frage, ob die technischen Voraussetzungen für Risikoselektion als eine der möglichen Ineffizienzquellen erfüllt sind. Es konnte bewiesen werden, dass, obwohl ein Risikostrukturausgleich zum Einsatz kommt, die Möglichkeit zur Risikoselektion besteht, wenn als deren Ziel Beitragssatzminimierung angenommen wird. Sofern die Kassen ein signifikantes, mit der Strategie der Risikoselektion kompatibles Interesse an einem niedrigen Beitragssatz besitzen, besteht die Gefahr von Risikoselektion und damit eines suboptimalen Wettbewerbs.

4. Mögliche Motive der Kassen für einen niedrigen Beitragssatz

Ansatzpunkt für die Suche nach Motiven zur Risikoselektion bildet die Grundannahme der Analyse der Anreizwirkungen des RSA, nach der die Kassen das Ziel der Beitragssatzminimierung verfolgen. Die Absicht der Kassen, den Beitragssatz zu minimieren, stellt folglich eine weitere notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der GKV dar. Sofern kein Anreiz besteht, den Beitragssatz zu minimieren, besteht auch kein Grund, Risikoselektion zu betreiben. Andererseits bedeutet das Vorhandensein eines solchen Motivs noch keinen Beweis für Risikoselektion.

Ziel dieses Kapitels ist es, Beweggründe zu finden, welche das Ziel der Beitragssatzminimierung belegen und zudem mit dem Konzept der Risikoselektion kompatibel sind. Motive für einen niedrigen Beitragssatz können entweder aus externen Vorgaben oder aus der Bedeutung, die dem Beitragssatz aus Sicht der gesetzlichen Kassen zukommt, resultieren.

4.1 Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und das Wirtschaftlichkeitsgebot

Die mittelbare, gesetzliche Forderung nach niedrigen Beitragssätzen lässt sich über § 71 *Beitragssatzstabilität* des SGB (V) herleiten. Diese Regelung schreibt den Krankenkassen und Leistungserbringern in ihrer Fassung vom 21.12.1992 vor, bei den Verhandlungen über die Vergütung den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Die Gesetzesänderung vom 22.12.1999 verschärfte die bisherigen Bestimmungen dahingehend, dass eine Beitragssatzerhöhung von nun an nur noch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zulässig ist.⁹⁹ Flankiert durch den § 12 *Wirtschaftlichkeitsgebot* des SGB (V), der alle Akteure im Gesundheitswesen dazu verpflichtet, nur Leistungen nachzufragen, zu bewirken und zu bewilligen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, hält der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und das Wirtschaftlichkeitsgebot die Kassen zu einer effizienten Leistungserstellung und daraus resultierenden möglichst niedrigen Beitragssätzen an.

Ein Zwang zur Beitragssatzstabilität, wie im § 12 SGB(V) definiert, trägt aber implizit die Gefahr der Risikoselektion in sich. Denn die Kassen haben – wie im Abschnitt über die Risikoselektion dargelegt – die Wahl zwischen der vom Gesetzgeber beabsichtigten Effizienzsteigerung und dem Instrument Risikoselektion.

Dass aus dem vom Gesetzgeber anhand nur einer Sollvorschrift quasi niedrigverordneten Beitragssatz letztendlich kein Motiv zur Risikoselektion abgeleitet werden kann, liegt am Nichtvorhandensein entsprechender Sanktionsmechanismen seitens des Gesetzgebers sowie in einer fehlenden Überprüfbarkeit der Wirtschaftlichkeitspotenziale der einzelnen Sektoren der GKV. Die Kassen

⁹⁹ Ausgenommen sind Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung.

hätten aus dieser Perspektive nur dann einen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben, wenn sie nach einer Beitragssatzerhöhung direkte und merkliche Sanktionen von Seiten einer staatlichen Behörde befürchten müssten. Doch solange den Kassen nicht nachgewiesen werden kann, dass sie vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale nicht nutzen, führt - isoliert betrachtet - der gesetzlich verankerte Grundsatz zur Beitragssatzstabilität zwar zu keiner Verbesserung der Effizienz, liefert aber auch kein Motiv zur Risikoselektion.

Die zweite Ebene, über die der Beitragssatz das Handeln einer Kasse beeinflussen kann, ist der Mitgliederwettbewerb. Für eine Kasse stellt der Beitragssatz in erster Linie ein Wettbewerbsinstrument dar.

Um die Bedeutung des Beitragssatzes im Wettbewerb der Kassen um die Mitglieder zu bewerten, werden zunächst allgemeine Erkenntnisse aus der betriebswirtschaftlichen Erforschung marktwirtschaftlich organisierter Märkte auf den Spezialfall „Gesetzliche Krankenversicherung“ übertragen. Im Zuge der Transformation geht es vor allem darum, die Besonderheiten des Marktes, welche sich einerseits durch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und andererseits durch das spezielle Gut Krankenversicherung ergeben, im Hinblick auf die Gestaltungsmöglichkeiten und die Wirksamkeit des den Kassen zur Verfügung stehenden Marketinginstrumentariums herauszuarbeiten.

4.2 Die Parameter des Mitgliederwettbewerbs in der GKV

4.2.1 Aufgabe und Bestandteile des Marketing-Mix

Je schärfer der Wettbewerbsdruck auf einem Markt ist, desto schwieriger wird es für einen Verkäufer, seine Produkte abzusetzen. In der Sprache der Betriebswirtschaftslehre steigen in diesem Fall parallel mit der Konkurrenzintensität die Absatzwiderstände im Markt an. Die Maßnahmen, mit denen Unternehmen versuchen, bestehende Absatzwiderstände im Markt zu reduzieren, um ihre eigene Wettbewerbssituation zu verbessern bzw. zu stärken, bezeichnet man als absatzpolitische Instrumentarien oder synonym als Marketinginstrumente (vgl. Wöhe, 2000, S. 517).

Entsprechend der gängigen Lehrmeinung lassen sich sämtliche Marketinginstrumente in folgende vier Aktionsparameter bzw. Maßnahmenbündel unterteilen (vgl. Nieschlag/ Dichtl/Hörschgen, 1991, S. 15/16):

- Produktpolitik
- Entgelt-/Preispolitik
- Distributionspolitik
- Kommunikationspolitik

Die *Produktpolitik* hat die Aufgabe, ein an den Bedürfnissen des Nachfragers orientiertes Angebot zu schaffen. Dieses Angebot soll sich zudem positiv von den Produkten der Mitbewerber abheben. Dabei sind unter Produkten auch

Dienstleistungen zu verstehen. Das Instrument *Produktpolitik* gilt allgemein als das dominierende Instrument des Marketing. (vgl. Wöhe, 2000, S. 518). Dem Instrument *Preispolitik* wird hingegen die größte Absatzwirkung der vier Maßnahmenbündel zugeschrieben (vgl. Meffert, 2000, S. 997). Letztendlich dient die *Preispolitik*, ebenso wie die anderen Marketinginstrumente, der Gewinnmaximierung der Unternehmen. Je nach Produkt und Markt- bzw. Wettbewerbslage ist eine differenzierte Wahl der Preisfestsetzungsstrategie notwendig (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, 1992, S. 235-365).

Die *Distributionspolitik* umfasst alle Entscheidungen und Handlungen, welche die Übermittlung von materiellen und/oder immateriellen Leistungen vom Hersteller zum Konsumenten betreffen (vgl. Meffert, 2000, S. 600).

Unter den Begriff *Kommunikationspolitik* werden die Bereiche Werbung, Verkaufsförderung und Öffentlichkeitsarbeit subsumiert. Ziel ist es, die potenziellen Abnehmer zu informieren und zu aktivieren, sie von den Vorteilen eines Angebots zu überzeugen und letztendlich zum Kauf anzuregen (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, 1992, S. 16).

Welche Marketinginstrumente in konkrete Marketing-Maßnahmen transformiert werden und mit welcher Intensität sie zum Einsatz kommen, ist Gegenstand des Marketing-Mix. Der Ausdruck bezeichnet die für eine bestimmte Periode getroffene Auswahl von Marketingaktivitäten auf ihrem qualitativen und quantitativen Niveau. Die Planung des Marketing-Mix verfolgt das Ziel, eine optimale Kombination der Instrumente im Hinblick auf die Erreichung der aus den Unternehmenszielen abgeleiteten Marketingziele zu ermitteln (vgl. Meffert, 2000, S. 971).¹⁰⁰

Die Notwendigkeit der Planung, vor allem aber die Koordination der Instrumente, ist in erster Linie eine Folge der Interdependenzproblematik zwischen den einzelnen Maßnahmen. Dabei können folgende Beziehungen zwischen den Instrumentvariablen auftreten:

substitutiver,
komplementärer oder
konfliktionärer Art.

Ersetzen sich einzelne Instrumente vollständig oder teilweise in ihrer Wirkung auf die Zielerreichung, so handelt es sich um eine substitutive Beziehung. Eine komplementäre Beziehung ist durch eine sich gegenseitig ergänzende Wirkung der ergriffenen Maßnahmen gekennzeichnet (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, 1991, S. 853). Dagegen beeinträchtigen sich die Instrumente bei einem konfliktionären bzw. konkurrierenden Wirkungszusammenhang im Hinblick auf die Zielerfüllung gegenseitig (vgl. Meffert, 2000, S. 973).

¹⁰⁰ Bei erwerbswirtschaftlichen Unternehmen ist ein langfristiges Unternehmensziel die Gewinnmaximierung (vgl. Wöhe, 2000, S. 614), es sind aber auch andere Ziele denkbar wie z.B. eine Erhöhung des Marktanteils, gesellschaftlicher Einfluss oder Prestige (vgl. Meffert, 2000, S. 73).

4.2.2 Der Marketing-Mix und seine Instrumente im Mitgliederwettbewerb der GKV

Vor der Einführung der allgemeinen Kassenwahlfreiheit in der GKV fand Mitgliederwettbewerb in erster Linie um die so genannten Grenzversicherten, also die freiwilligen Mitglieder, pflichtversicherten Angestellten und solche Mitglieder statt, die aufgrund einer Kassenneugründung über besondere Wahlmöglichkeiten zu anderen Kassen verfügten (vgl. Meyers-Middendorf, 1993, S. 259). Aus der Gruppe der gesetzlichen Kassen waren einzig die Ersatzkassen gezwungen, aktiv Mitglieder zu werben. Den übrigen Kassenarten wurden die Mitglieder zugewiesen, so dass für sie keine Notwendigkeit der Mitgliederwerbung bestand.¹⁰¹ Dementsprechend verfügten allein die Ersatzkassen zu Beginn der neunziger Jahre über ein systematisches Marketing, wobei der Vertrieb nur ein Instrument von mehreren darstellte. Der Entwicklungsstand war aber nicht sonderlich hoch und konnte sich nicht mit der Qualität und der Quantität des Marketings z.B. der privaten Krankenversicherungsunternehmen messen (vgl. Nave, 1994, S. 396).

Die Einstellung der gesetzlichen Kassen gegenüber dem Marketing änderte sich spätestens nach der Einführung des GSG im Jahre 1993. Als Folge des ab dem Jahr 1996 einsetzenden Mitgliederwettbewerbs traten die Kassen in eine umfassende Konkurrenz zueinander. Im Laufe der Zeit setzte sich – zumindest in den BKKn – immer weiter die Überzeugung durch, dass für den mittel- bis langfristigen Erfolg eines Anbieters nicht mehr die Frage nach dem „Ob“ zum Marketing, sondern einzig das „Wie“ ausschlaggebend sein wird und letztlich über die Frage des Überlebens einer Kasse entscheidet (vgl. Hellwig, 1999, S. 339). So waren schon vor Einsetzen der Kassenwahlfreiheit alle Kassenarten im Begriff, wettbewerbsfähige und zukunftsfähige Marketingkonzepte zu entwickeln. Dabei ging es zunächst noch um die Definition von Strategien und den Aufbau von Strukturen. Dies war nötig, da die Kassen bisher – wenn überhaupt – mehr unbewusst und unsystematisch Marketing betrieben (vgl. Nave, 1994, S. 396).

Als eine der ersten Maßnahmen begannen die Kassenarten, eigene Leitbilder zu entwerfen.¹⁰² Diese unterschieden sich zwar in der Formulierung des Inhalts, die Grundaussage war jedoch oftmals gleich und lässt sich als „Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der Versicherten“¹⁰³ zusammenfassen. In Bezug auf die Möglichkeiten und die konkrete Ausgestaltung der Marketinginstrumente geben die Rahmenbedingungen der GKV Grenzen vor. Eine Aussage über die Relevanz der einzelnen Aktionsparameter erfordert aber eine Überprü-

¹⁰¹ Ausnahme bilden die Mitglieder der See- und Landwirtschaftskasse sowie der Knappschaft.

¹⁰² Siehe für die BKKn Franz/Paquet (1994) S. 712-721, und o.V. (1993) S. 364-369, für die AOK.

¹⁰³ So das Strategiepapier (Kurzfassung, 1993) der BKKn mit dem Titel „Erfolg im Wettbewerb“.

fung, wie groß der Gestaltungsspielraum der einzelnen Maßnahmenbündel innerhalb dieser Grenzen ist.

4.2.3 Produktpolitik der gesetzlichen Krankenkassen

Das Produkt *gesetzlicher Krankenversicherungsschutz* besteht aus den Regelleistungen und kann zusätzlich Satzungs- bzw. Ermessensleistungen sowie Leistungen im Rahmen der neuen Versorgungsformen beinhalten. Umrahmt werden diese Gesundheitsleistungen von den Serviceleistungen der Kasse (vgl. Blumentritt, 1993, S. 133). Die Produktpolitik der gesetzlichen Krankenkassen lässt sich demnach folgendermaßen unterteilen:

- a. Leistungspolitik
und
- b. Servicepolitik

4.2.3.1 Leistungspolitik der gesetzlichen Krankenkassen

Unter die Leistungspolitik fallen grundsätzlich alle Maßnahmen, welche dem Versicherten im Schadensfall von der Kasse gewährt werden. Mit rund 95 Prozent ist ein Großteil der Krankenversicherungsleistungen im Leistungskatalog gesetzlich festgeschrieben. Diese Gruppe der so genannten Pflichtleistungen bietet folglich – ohne Kombination mit z.B. Managed-Care-Instrumenten - den Kassen keine Möglichkeit der positiven Differenzierung anhand des Leistungsangebots.

Als Abgrenzungsinstrumente auf Leistungsebene stehen den Kassen zwei unterschiedliche Maßnahmenbündel zur Verfügung. Unterscheiden lassen sich beide Gruppen aufgrund ihrer Leistungsmerkmale. Die eine Gruppe hebt einzig auf die Quantität der Leistung ab, wohingegen die zweite Gruppe die Qualität der Leistung in den Vordergrund stellt. Beide Maßnahmenbündel lassen sich folgendermaßen strukturieren:

1. Quantitative Abgrenzungsinstrumente auf Leistungsebene:

- Mehr- bzw. Satzungsleistungen in den Bereichen
 - o *Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung*
 - o *Vorsorge- und Rehabilitationskuren*
 - o *Häusliche Krankenpflege*
 - o *Haushaltshilfen*

2. Qualitative Abgrenzungsinstrumente auf Leistungsebene:

- Modellvorhaben
- Strukturverträge
- Integrierte Versorgungsformen

1. Quantitative Abgrenzungsinstrumente auf Leistungsebene

Mehr- und Satzungsleistungen bieten einer einzelnen Kasse die Möglichkeit, die Quantität der angebotenen Leistungen über das Niveau den Pflichtleistungen zu heben. Zu diesen gesetzlich möglichen Leistungen, welche aber satzungsmäßig festzulegen sind, zählen in erster Linie Präventions- und Rehabilitationsleistungen sowie begleitende Leistungen im Krankheitsfall. Bei Inkrafttreten des GSG verfügten die Kassen in diesen Bereichen über folgende Differenzierungsmöglichkeiten (vgl. Blumentritt, 1993, S. 135):

- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (§20 Abs. 3, § 67 SGB (V))
Vorsorge- und Rehabilitationskuren (§ 23 Abs. 2, § 24, § 40 Abs. 1, § 41, § 67 SGB (V))
Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 2 SGB (V)) und
Haushaltshilfe in anderen Fällen, wenn die im Gesetz namentlich aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt sind (§ 38 Abs. 2 SGB (V)).

Auf den Gestaltungsspielraum der Kassen bei Mehr- und Satzungsleistungen nahm der Gesetzgeber im Zuge der zunehmenden Vereinheitlichung des Leistungskatalogs verstärkt Einfluss. So normierte sowohl das GRG wie auch das GSG Satzungsleistungen der Kassen z.B. in Bezug auf Zahnersatz oder Fahrtkostenerstattung. Dies bedeutete nichts anderes als eine Beschränkung der von den Kassen als Wettbewerbsparameter eingesetzten, kostentreibenden Kannleistungen (vgl. Wüstrich, 1994, S. 45).

Nach Einführung des GSG und in Erwartung des einsetzenden Mitgliederwettbewerbs legten einzelne Krankenkassen die Möglichkeit der Gestaltung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung recht weit aus und boten Freizeitbeschäftigungen mit zweifelhaftem Gesundheitsbezug wie Fitnesszirkel, Tanz- und Kochkurse an. Diese Maßnahmen dienten in erster Linie der Werbung bzw. der Attrahierung neuer Mitglieder und nicht der Erfüllung des eigentlichen Unternehmenszwecks (vgl. Schönbach, 1997, S. 10). Eine Einschränkung dieser Gestaltungsmöglichkeiten bedeutete die Neufassung des § 20 Abs. 3 SGB (V) durch das Gesundheitsreformgesetz 2000. Dieser budgetiert die Ausgaben pro Versichertem für primäre Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Zudem entfielen die Paragraphen 67 und 68, welche die Erprobung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation regelten (vgl. Haenecke, 2001, S. 131). Darüber hinaus gilt, dass die von den Kassen

freiwillig angebotenen Mehr- und Satzungsleistungen nach § 266 Abs. 4 SGB (V) nicht im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen sind (vgl. Marburger/Marburger, 1997, S. 55).

2. Qualitative Abgrenzungsinstrumente auf Leistungsebene

Modellvorhaben, Strukturverträge und Integrationsversorgung bilden die sozialrechtlichen Grundlagen für die Entwicklung innovativer Versorgungsformen. Sie sind aber auch, ob in der Form eines Hausarztmodells, eines Disease-Management-Programms (DMP) oder eines Praxisnetzes, Instrumente der Produktdifferenzierung, die Kassen im Mitgliederwettbewerb nutzen können.¹⁰⁴ Der Gesetzgeber erhoffte sich mit ihrer Einführung - im Vertrauen auf die positiven Erfahrungen von Managed Care im Ausland - eine bessere Versorgungsqualität und Kontrolle der Kosten und Kapazitäten (vgl. Straub, 2001, S. 221).

a. *Modellvorhaben*

Den Grundstein für die Modellvorhaben in der GKV legte der Gesetzgeber mit dem GRG im Jahre 1989. Anhand von Erprobungsregelungen sollte vom geltenden Recht abgewichen und die Beschreitung neuer Wege in der Versorgung ermöglicht werden. Ursprüngliches Ziel der Erprobungsregelungen der Paragraphen 63 – 68 SGB (V) war die Weiterentwicklung des Systems der GKV sowie die Schaffung von Anreizen, Leistungen der GKV kostengünstiger zu erbringen und sparsamer in Anspruch zu nehmen (vgl. Zipperer, 1996, S. 126/127). Im Mittelpunkt der Maßnahmen stand ursprünglich die Kostensenkung und nicht die Schaffung zusätzlicher Wettbewerbsparameter für die Kassen. Selbst eine Qualitätssteigerung in der Versorgung der Versicherten war nicht primäres Ziel der Erprobungsregelungen.

Im Hinblick auf den ab 1996 einsetzenden Mitgliederwettbewerb in der GKV fiel den Erprobungsregelungen nach Einführung des GSG im Jahre 1993 eine neue Aufgabe zu. Die Erprobungsregelungen boten den Kassen eine weitere Möglichkeit, sich auf der Leistungsebene von der Konkurrenz abzuheben mit der Option, anhand eventuell realisierbarer Kostensenkungen zusätzlich über den Beitragssatz an Attraktivität zu gewinnen.¹⁰⁵

Die vom GRG eingeführten Erprobungsregelungen besaßen ausdrücklich Modellcharakter. Dies lässt sich an der Beschränkung der Laufzeit auf längstens fünf Jahre ablesen.¹⁰⁶ Zudem war eine wissenschaftliche Begleitung der Projekte

¹⁰⁴ So argumentiert Karl-Heinz Schönbach im Kontext integrierter Versorgungsleistungen und vernetzter Praxen: „Die Betriebskrankenkassen wollen in Kooperation mit den Gesundheitsberufen eine langfristig glaubwürdige, an Gesundheitszielen orientierte Produktpolitik betreiben“ (Schönbach, 1999 (b), S. 208).

¹⁰⁵ Schönbach (1997) S. 11.

¹⁰⁶ Im Jahre 1997 wurde der Zeitraum im Rahmen des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes auf acht Jahre erhöht.

vorgeschrieben. Beide Voraussetzungen schränken aber die Wirkung der Maßnahme als ein Instrument zur Produktdifferenzierung zumindest langfristig ein (vgl. Meyers-Middendorf, 1993, S. 261/262).

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom Juli 1997 reagierte der Gesetzgeber auf den gestiegenen organisatorischen und strukturellen Gestaltungsbedarf in der gemeinsamen Selbstverwaltung und regelte die Modellvereinbarungen der Paragraphen 63 – 68 SGB (V) unter der Überschrift „Weiterentwicklung der Versorgung“ neu. Mit dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung zu erhöhen, können die Krankenkassen und ihre Verbände auf Bundes- und Landesebene sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben Modelle vereinbaren und durchführen. Die Modellvorhaben geben den Kassen Gelegenheit, innerhalb der engen gesetzlichen Grenzen Managed-Care-Elemente in das System der GKV zu integrieren (vgl. Wille, 1999, S. 139).

Zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung können so genannte *Strukturmodelle* (§ 63 Abs. (1) SGB (V)) initiiert werden. Bei dieser Art der Modellvorhaben sind die Krankenkassen weiterhin gezwungen, sich im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zu bewegen. Die Strukturverträge des § 63 Abs. (3) SGB (V) eröffnen den Modellpartnern die Möglichkeit, das gesamte Leistungserbringerrecht inklusive der Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Pflegerechts außer Kraft zu setzen. Soweit eine Leistung (noch) nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, kann sie im Rahmen eines so genannten *Leistungsmodells* oder *medizinischen Modells* erprobt werden. Es darf sich dabei aber nicht um eine bereits von den Bundesausschüssen abgelehnte Leistung handeln.

Die Modellvorhaben ermöglichen eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Kassenarten möglich. Sofern die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung Gegenstand des Vorhabens ist, bleiben die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner der Krankenkassen. Selektives Kontrahieren mit einzelnen Leistungserbringern kann daher mit Modellvorhaben nicht praktiziert werden (vgl. Wille, 1999, S. 139). Die nachweislich durch ein Modellvorhaben erzielten Einsparungen können von den Krankenkassen an die teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden. Einschränkend ist zu beachten, dass grundsätzlich auch bei Modellvorhaben der Grundsatz der Beitragsstabilität bei der Finanzierung der Vorhaben gilt (vgl. Rüschemann/Roth/Krauss, 2000, S. 5).¹⁰⁷

b. *Strukturverträge*

Mit dem ebenfalls durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom Juli 1997 eingeführten Paragraphen 73 SGB (V) erweiterte der Gesetzgeber den rechtlichen

¹⁰⁷ Ausnahme bilden die Leistungsmodelle nach § 63 Abs. (2) SGB (V) (vgl. Wille, 1999, S. 140).

Rahmen bzgl. neuer Versorgungsansätze um die Möglichkeit des Abschlusses von Strukturverträgen (vgl. Zimmermann, 1999, S. 191/192). Die Strukturverträge verfolgen ebenfalls das Ziel, Managed-Care-Elemente in das System der GKV zu implementieren. Sie versetzen KVen und Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen in die Lage, neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren. Hinsichtlich des Inhaltes sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, in den Bestimmungen der Bundesmantelverträge die Voraussetzung zur Durchführung der Strukturverträge zu schaffen (vgl. Wille, 1999, S. 139).

Im Zuge dieser Vereinbarungen wird dem von den Versicherten gewählten Hausarzt oder einem vom Versicherten gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte – so genannter „vernetzter Praxen“ oder auch „Praxisnetze“ – die Verantwortung für die vertragsärztliche Leistung sowie die ärztlich verordneten bzw. veranlassten Leistungen übertragen. Die veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weiterer Leistungsbereiche können hierbei in die Budget-Verantwortung dieser (Haus-)Ärzte oder Netze eingebunden werden. Dadurch eröffnet sich für beide Konzeptionen die Möglichkeit, Behandlungsabläufe sektorübergreifend zu steuern. Eine Teilnahme an neuen Versorgungsstrukturen auf Grundlage von Strukturverträgen ist für Versicherte und Ärzte freiwillig. Zudem müssen diese Projekte – im Gegensatz zu den Modellvorhaben – nicht wissenschaftlich begleitet werden (vgl. Rüschemann/Roth/Krauss, 2000, S. 6).

Ein wichtiges Charakteristikum der Strukturverträge ist die unbegrenzte Laufzeit. Im Unterschied zu den Modellvorhaben ist eine von den Aufsichtsbehörden zu genehmigende Satzungsänderung bei den teilnehmenden Institutionen notwendig. Darüber hinaus ist es nicht möglich, in Strukturverträgen Abweichungen vom Leistungsrecht zu regeln. Gleiches gilt für die Miteinbeziehung von Krankenhäusern.¹⁰⁸ Von besonderem Interesse für die Bewertung als mögliches Instrument der Produktpolitik ist die Regelung, dass Strukturverträge ein Zusammenwirken von KVen und Krankenkassenverbänden erfordern. Eine beliebige Kooperation zwischen einzelnen Kassen und einer KV ist ausgeschlossen. Die Strukturverträge eignen sich somit nicht für eine einzelne Kasse als Instrument zur Produktdifferenzierung.

c. *Integrierte Versorgungsformen*

Der Gesetzgeber gab den Kassen durch die Gesundheitsstrukturreform 2000 mit den Vorschriften des Paragraphen 140 a – h SGB (V) unter dem Titel „Integrierte Versorgung“ ein weiteres Instrument zur Ausgestaltung der medizinischen Versorgung, welches speziell den individuellen vertraglichen Gestaltungsspielraum der einzelnen Kasse erweitern sollte (vgl. Gerresheim, 2001, S. 213). Ziel der integrierten Versorgungsformen ist es, die Qualität der Versorgung zu

¹⁰⁸ Zu einer umfassenden Übersicht der Unterschiede zwischen Modellvorhaben und Strukturverträgen siehe Wille (1999) S. 141/142.

verbessern, deren Effizienz zu steigern und die Kosten zu senken (vgl. Ehlers, 2001, S. 210).

Die Besonderheit des Gedankens der integrierten Versorgungsformen liegt in einer intensiveren interdisziplinären und sektorübergreifenden Zusammenarbeit sowie in der Reduzierung der Schnittstellenprobleme im Versorgungssystem. Zudem ist beabsichtigt, die Zusammenarbeit von Fachärzten, Allgemeinärzten und Krankenhäusern zu fördern (vgl. Straub, 2001, S. 221).

Als Vorteil der integrierten Versorgungsformen soll für die Versicherten eine Verbesserung der Qualität, insbesondere durch Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und unnötigen Behandlungsterminen resultieren (vgl. Gerresheim, 2001, S. 214). Im Gegensatz zu den Modellvorhaben und Strukturverträgen, bei denen sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen als Monopolisten gegenüberstehen, sind nun einzelne Kassen dazu in der Lage, mit Gruppen von Vertragsärzten Verträge zur Versorgung von Versicherten abzuschließen. Einzelne Kassen können darüber hinaus mit Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie weiteren Leistungserbringern Verträge abschließen. Die generelle Budgetierung der Leistungen der einzelnen Versorgungsbereiche bleibt davon unberührt (vgl. Gerresheim, 2001, S. 213/214).

Die neuen Möglichkeiten der integrierten Versorgungsformen auf Basis des § 140 a – h SGB (V) sind für eine einzelne Kasse – zumindest aus theoretischer Sicht - im Hinblick auf den Kassenwettbewerb von besonderem Interesse. Bietet doch dieses Konzept die Chance, im Alleingang Projekte zu initiieren, anhand derer eine Kasse sich schärfer von der Konkurrenz abgrenzen kann, als dies durch die Modellprojekte oder Strukturverträge möglich ist.

4.2.3.2 Servicepolitik der gesetzlichen Krankenkassen

Ziel der Servicepolitik ist es, über die reine Leistungsgestaltung hinaus eine möglichst umfangreiche Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses des Kunden zu erreichen, und durch die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses den Kunden langfristig an die Kasse zu binden (vgl. Blumentritt, 1993, S. 142). Nach *Farny* zählen zum Service oder Kundendienst alle Leistungen des Versicherungsunternehmens, die nicht vertraglich vereinbarte Hauptleistungen des Versicherungsgeschäfts sind, sondern zusätzlich – also unentgeltlich – erbracht werden.¹⁰⁹

Einige andere Autoren definieren Servicepolitik als Summe der von den Krankenkassen erbrachten Sekundärleistungen, welche sich an den Kunden orientieren bzw. an sie gerichtet sind (vgl. Blumentritt, 1993, S. 141). Unabhängig von der Frage der Definition der Serviceleistungen bzw. -politik herrscht Einigkeit über die Teilung in *Service vor Vertragsabschluss* und *Service nach Vertragsabschluss* (vgl. *Farny*, 2000, S. 724/725). Die Serviceleistungen vor Beginn des

¹⁰⁹ *Farny* (2000) S. 723/724.

Versicherungsverhältnisses dienen der Attrahierung neuer Mitglieder. Mit dem Service nach Vertragsabschluss soll eine hohe Kundenzufriedenheit mit dem Ziel der Bestandspflege und Bestandserhaltung erreicht werden. Die Servicemaßnahmen der Bestandspflege teilen sich in Informations- und Betreuungsleistungen auf, wobei eine hohe Kundenzufriedenheit nicht nur tendenziell die Wechselabsicht der eigenen Mitglieder reduziert, sondern auch die Werbung neuer Mitglieder unterstützt.

Im Rahmen der Servicepolitik stehen den Kassen folgende Instrumente zur Verfügung:

a. Geschäftsstellen

Die Geschäftsstellen ermöglichen, ebenso wie der Außendienst, den persönlichen Kontakt zu den Versicherten. Im Rahmen des Service vor Vertragsabschluss wird potenziellen Neumitgliedern die Möglichkeit geboten, sich in den Geschäftsstellen über das Angebot der Kasse, z.B. die Höhe des Beitragssatzes sowie Art bzw. Umfang der Satzungsleistungen, zu informieren. Über die in Geschäftsstellen ausgelegten Broschüren können die Kassen ihre Versicherten über Themen der Krankheitsverhütung und Gesundheitsvorsorge, aber auch über Änderungen des Leistungsrechts informieren. Daneben werden vom Versicherten benötigte Formulare oder Bescheinigungen von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle ausgestellt bzw. bearbeitet.

Im Krankheitsfall bietet die Geschäftsstelle eine persönliche Betreuung der Versicherten an und hilft bei der notwendigen Koordination der verschiedenen Leistungsanbieter (vgl. Blumentritt, 1993, S. 145).

Es obliegt den Kassen, eigenständig zu entscheiden, in welchem Umfang sie Serviceleistungen in Form von Geschäftsstellen bereitstellen wollen. Neben der Dichte des Filialnetzes sind die Öffnungszeiten und die Erreichbarkeit der Mitarbeiter Parameter, die eine Kasse festlegen und anhand deren sie sich von anderen Kassen im Wettbewerb unterscheiden kann (vgl. Wüstrich, 1994, S. 48).

b. Außendienst

Der Außendienst einer Kasse kann sowohl potenzielle Neukunden über das Leistungsangebot informieren, als auch Versicherten mit Informationen beratend zur Seite stehen (vgl. Blumentritt, 1993, S. 143; Nave, 1994, S. 399).

c. Mitgliederzeitschrift

Die Mitgliederzeitschrift ist ein Instrument zur Bestandskundenpflege und transportiert die selben Informationen wie die Broschüren der Geschäftsstellen (vgl. Blumentritt, 1993, S. 144).

d. Zentrale telefonische Beratung

Neben der Möglichkeit, sich telefonisch durch die Mitarbeiter der Geschäftsstellen beraten zu lassen, bieten viele Kassen ihren Versicherten telefonische Beratung über eine zentrale Telefonnummer an. Diese Nummer können auch kassenfremde Personen nutzen, um sich über die Kasse zu informieren.

e. Homepage

So gut wie jede frei wählbare gesetzliche Krankenkasse verfügt über eine eigene Homepage. Diese wird sowohl zu Informations- und Betreuungszwecken als auch zur Mitgliederwerbung verwendet. Ein potenzielles Neumitglied erhält auf der Homepage alle für eine Mitgliedschaft relevanten Informationen: von den KV-Bezirken, in denen die Kasse geöffnet ist (wichtig bei nicht bundesweit geöffneten Kassen) bis zum Beitragssatz und den kassenindividuellen Satzungsleistungen. Die Mitglieder der Kasse können sich mit Hilfe des Mediums Internethomepage über gesundheitsrelevante Themen, aktuelle Angebote der Kasse und Gesetzesänderungen informieren. Neben der reinen Bereitstellung von Informationen bieten manche Homepages Serviceleistungen an. So kann der Versicherte oftmals einfache Dokumente wie z.B. einen Auslandskrankenschein herunterladen und selbst ausdrucken.

Die Kassen messen dem Service einen hohen Stellenwert als Instrument im Wettbewerb um die Gunst der Mitglieder bei (vgl. Klemz, 1993; Langosch, 1995, S. 792). Dabei kommt ihnen der in der Servicepolitik vergleichsweise hohe Gestaltungsspielraum entgegen. Auf diese Weise können sich die Kassen durch die Wahl der Instrumente sowie deren Umfang und Qualität wirksam von den Mitbewerbern differenzieren.

4.2.4 Preispolitik der gesetzlichen Krankenkassen

Im Mitgliederwettbewerb der GKV bedeutet Preispolitik nichts anderes als Beitragssatzpolitik. Denn der Preis, den die Mitglieder für die Krankenversicherung zahlen müssen, richtet sich nach dem Beitragssatz der Kasse, bei der sie versichert sind und ihrem beitragspflichtigem Einkommen. Dem Gestaltungsspielraum der gesetzlichen Kassen, innerhalb dessen sie den Beitragssatz festlegen können, setzt der Gesetzgeber, im Vergleich zu den privaten Krankenversicherungen, enge Grenzen.¹¹⁰

¹¹⁰ Zwar unterliegt die Prämienberechnung der privaten Krankenversicherungen der staatlichen Aufsicht in Gestalt des Bundesversicherungsamtes, die Unternehmen verfügbar aber innerhalb der Berechnungsmethode über Variationsmöglichkeiten (vgl. Kulbe, 1993, S. 164).

Wie bereits angeführt, ist es den gesetzlichen Krankenkassen untersagt, Gewinne zu erzielen. Nach § 220 SGB (V) sind die Beiträge so zu bemessen, „dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklagen decken“ (§ 220 Abs.1, Satz 2 SGB (V)). Die Kassenführung muss demnach die Ausgaben und die Einnahmen eines Haushaltsjahres antizipieren und dementsprechend die Beitragssätze in der Satzung festlegen.

4.2.4.1 Unterschiedliche Beitragssätze

Zwar ist in der solidarischen Krankenversicherung die Höhe des Beitragssatzes unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko, es gibt aber dennoch unterschiedliche Beitragssätze innerhalb einer Kasse. Die sieben unterschiedlichen Beitragssätze sind in den Paragraphen 241 bis 248 SGB (V) geregelt:

§ 241 Allgemeiner Beitragssatz

Sofern nichts anderes bestimmt ist, zahlen alle Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz, welcher in der Satzung der Kasse festgesetzt wird. Dieser Beitragssatz gilt für alle Mitglieder, die für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung besitzen.

§ 242 Erhöhter Beitragssatz

Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, zahlen Beiträge nach einem entsprechend höheren Satz.

§ 243 Ermäßigter Beitragssatz

Grundsätzlich muss eine Kasse den Beitragssatz für die Mitgliedergruppe ermäßigen, sofern sie deren Leistungsumfang beschränkt bzw. wenn diese keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Eine Beitragsabstufung nach Familienstand oder Zahl der Angehörigen ist dagegen nicht zulässig.

§ 244 Ermäßigter Beitragssatz für Wehr- und Zivildienstleistende

Die Regelung grundsätzlich vor, den Beitrag für Wehr- und Zivildienstleistende auf ein Drittel bzw. auf ein Zehntel des zuletzt gezahlten Beitrags zu reduzieren. Das Gesetz sieht aber auch die Möglichkeit vor, unter bestimmten Voraussetzungen eine Pauschalberechnung vorzuschreiben.

§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

Für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten wird ein Beitragssatz in Höhe von sieben Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes aller Krankenkassen festgestellt. Beitragsbemessungsgrundlage für die Krankenversicherung für Studenten und Praktikanten bildet der Bedarfssatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Versicherungspflichtig werden Studenten bzw. Praktikanten erst, wenn sie nicht mehr nach § 10 Abs. 2 Nummer 3 SGB (V) familienversichert werden können. Dies gilt in der Regel bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

§ 247 Beitragssatz aus der Rente

Bei versicherungspflichtigen Rentnern gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem allgemeinen Beitragssatz ihrer Krankenkasse.

§ 248 Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Bei Versicherungspflichtigen erfolgt die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Hälfte des jeweils am 1.7. des Jahres geltenden allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr. Das Beitragsaufkommen wird bei versicherungspflichtigen Beschäftigten grundsätzlich hälftig vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgebracht (§ 249 Abs. 1 SGB (V)). Versicherungspflichtige Bezieher von gesetzlichen Rentenzahlungen tragen ebenfalls die Hälfte des Beitrags, die andere Hälfte zahlt der Rentenversicherungsträger (§ 249a SGB (V)). Freiwillige Mitglieder müssen dagegen den Beitrag alleine aufbringen (§ 250 Abs. 2 SGB (V)).

Aufgrund der Mitgliederstrukturen gewinnt insbesondere der allgemeine Beitragssatz sowie der Beitragssatz aus der Rente besondere Bedeutung für den Wettbewerb zwischen den Kassen. Dies würde auch für den Beitragssatz für Studenten und Praktikanten gelten, sofern dieser kassenindividuell festgelegt werden könnte. Es bestünde dann für die Kassen die Möglichkeit, bereits früher einen Preiswettbewerb um in Zukunft attraktive Mitglieder zu führen.

4.2.4.2 Der Einfluss der Rücklagen auf die Höhe des Beitragssatzes

Ein Faktor bei der Berechnung der Beitragssätze einer Kasse sind die Rücklagen (vgl. Breyer/Kifmann, 2001, S. 8). Nach § 261 SGB (V) dienen die Rücklagen der Sicherstellung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse und sollen u.a. die kurzfristige Zahlungsunfähigkeit einer Kasse verhindern. Die Höhe der Rücklagen wird als Prozentsatz der nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Ausgaben für medizinische Leistungen (keine Ausgaben der Pflegekasse) und Verwaltung in der Satzung festgeschrieben.

Das Sozialgesetzbuch legt dazu eine Mindestrücklage in Höhe von einem Viertel der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Ausgaben fest. Als Obergrenze dürfen die laut Haushaltsplan durchschnittlichen Ausgaben eines Monats nicht überschritten werden.

Die Kassenführung ist bei günstiger Konstellation in der Lage, zumindest temporär, mit Hilfe der Rücklagen die Beitragssätze entsprechend ihrer Ziele zu beeinflussen, also Beitragssatz- bzw. Preispolitik zu betreiben. Der Spielraum bei der Beitragssatzgestaltung auf Basis der Anpassung der Rücklagen ist durch die gesetzlich vorgegebene Ober- und Untergrenze der Rücklagen beschränkt. Die maximale Wirkung kann daher folgendermaßen quantifiziert werden. Es soll von einer maximalen Einstellung in die Rücklagen ausgegangen werden. Dann entspricht die Höhe der Rücklagen:

$$(4.1) \quad R_j^{MAX} = d_j \cdot \frac{1}{12};$$

mit:

R_j^{MAX} = maximale Höhe der Rücklagen der Kasse j

d_j = durchschnittliche Jahresausgaben der Kasse j für medizinische Leistungen und
Verwaltung

Um die maximale Wirkung auf den Beitragssatz zu erzielen, ist es notwendig, die Rücklagen auf das vorgeschriebene Minimum zu reduzieren, wobei die folgenden Ausführungen unterstellen, dass sowohl die Ausgaben wie auch die Einnahmen konstant bleiben:

$$(4.2) \quad R_j^{MIN} = \frac{1}{12} \cdot \frac{1}{4} \cdot d_j.$$

Die Veränderung der Rücklagen lässt sich folgendermaßen quantifizieren:

$$(4.3) \quad \Delta R_j = \frac{1}{48} \cdot d_j - \frac{1}{12} \cdot d_j = -\frac{1}{16} \cdot d_j.$$

Die Veränderung von R beeinflusst die Beitragssatzberechnung über die Ausgabenseite. Eine Reduktion der Rücklagen entfaltet in diesem Zusammenhang die gleiche Wirkung wie eine Ausgabensenkung in gleicher, absoluter Höhe. Die Ausgabenseite beinhaltet - da es hier um die Berechnung des Beitragssatzes

geht¹¹¹ - die gesamten Ausgaben einer Kasse. Dazu gehören die medizinischen Leistungsausgaben, die Verwaltungsausgaben und eine eventuelle Zahlung aus oder an den RSA. Dieser Effekt beschränkt sich zeitlich nur auf das Jahr, in dem die Veränderung der Rücklagen stattfand.

Die Gleichung (4.4) zeigt die vereinfachte Formel der Beitragssatzberechnung einer Kasse:

$$(4.4) \quad s_j = \frac{dd_j}{M_j} \cdot 100;$$

mit:

dd_j = Summe aller Ausgaben der Kasse j inkl. medizinischer Leistungsausgaben,
Verwaltungskosten und RSA-Zahlungen

M_j = Summe der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder der Kasse j

Die maximale Beitragssatzwirkung einer Reduktion der Rücklagen setzt voraus, dass die Rücklagen innerhalb eines Haushaltsjahres von der gesetzlich begrenzten Höchstgrenze von einem Zwölftel der durchschnittlichen Leistungs- und Verwaltungsausgaben pro Jahr auf die Mindesthöhe von einem Viertel der monatlichen durchschnittlichen Leistungs- und Verwaltungsausgaben zurückgeführt werden. Um diese maximale Wirkung quantifizieren zu können, wird zunächst in Gleichung (4.5) die Berechnung des Beitragssatzes nach Reduktion der Rücklagen dargestellt:

$$(4.5) \quad s_j^* = \frac{\left(dd_j - \frac{dd_j}{16} \right)}{M_j} \cdot 100;$$

mit:

s_j^* = Beitragssatz nach Rücklagenreduktion

Die Veränderung des Beitragssatzes aufgrund der Reduzierung der Rücklagen, bei sonst konstanten Verhältnissen, gibt Gleichung (4.6) an:

¹¹¹ Der Einfachheit halber wird nur von einem Beitragssatz ausgegangen.

$$(4.6) \quad \Delta s_j = \frac{dd_j}{M_j} \cdot 100 - \frac{\left(dd_j - \frac{dd_j}{16} \right)}{M_j} \cdot 100 = \frac{1}{16} \cdot \frac{dd_j}{M_j} \cdot 100$$

oder

$$(4.7) \quad \Delta s_j = \frac{1}{16} \cdot s_j.$$

Die maximale Veränderung des Beitragssatzes hängt also abhängig von der Höhe des Beitragssatzes vor Reduktion der Rücklagen ab und beträgt exakt 1/16 des ursprünglichen Beitragssatzes. Eine Kasse mit einem Beitragssatz von beispielsweise 14 Prozent kann c.p. mit Hilfe der Reduzierung ihrer Rücklagen vom Maximal- auf das Minimalniveau den Satz um 0,875 Prozentpunkte auf 13,125 Prozent verringern.

Die Reduzierung der Rücklagen muss aber nicht notwendigerweise zu einer Senkung des Beitragssatzes genutzt werden. Steigen die Ausgaben einer Kasse und wäre daher eine Anhebung der Beiträge nötig, so kann anhand der Rücklagenreduktion die notwendige Beitragssatzanhebung abgeschwächt, wenn nicht sogar verhindert werden. Auf diese Weise ließe sich eine Ausgabensteigerung um maximal 1/16, also um 6,25 Prozent, innerhalb eines Haushaltsjahres vollständig kompensieren und eine sonst notwendig gewordene Beitragssatzerhöhung verhindern.

4.2.4.3 Beitragssatzdifferenz als Entscheidungsgröße im Wettbewerb

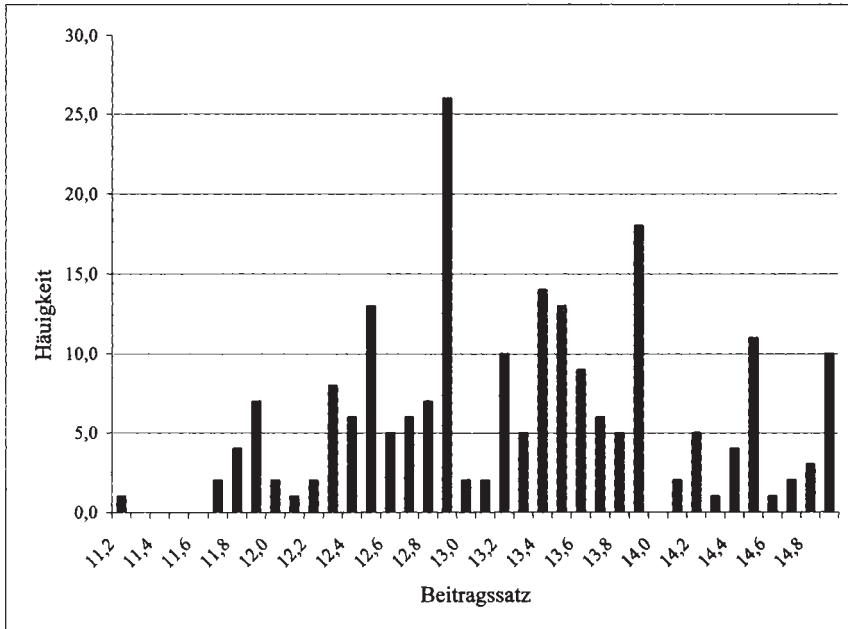
Sind die Bedingungen für einen perfekten Markt erfüllt, so wird die Höhe der Nachfrage nach einem Gut von dessen Preis und der Zahlungsbereitschaft der Konsumenten determiniert.

Mit Ausnahme der freiwillig Versicherten ist die Zwangsnachfrage nach Krankenversicherungsschutz in der GKV der Höhe nach durch die Regelungen des SGB (V) vorgegeben. Die absolute Beitragssatzhöhe übt daher keinen Einfluss auf die Anzahl der pflichtversicherten Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen aus. Ausgehend von den Pflichtmitgliedern und ihren mitversicherten Familienangehörigen handelt es sich in der GKV um einen Verdrängungswettbewerb.¹¹² Pekuniärer Wettbewerbsparameter ist der Beitragssatzunterschied, der aus den unterschiedlich hohen Beitragssätzen der Kassen resultiert.

¹¹² Da im Fokus der Arbeit der Mitgliederwettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen steht, wird die Konkurrenzsituation zu den privaten Kassen an dieser Stelle vernachlässigt.

Abbildung 4.1 zeigt zunächst die Verteilung des allgemeinen Beitragssatzes aller 213 frei wählbaren gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zum 1. März 2002.¹¹³

Abbildung 4.1: Verteilung des allgemeinen Beitragssatzes frei wählbarer gesetzlicher Krankenkassen



Quelle: Eigene Erhebung, Stand 1.3.2002

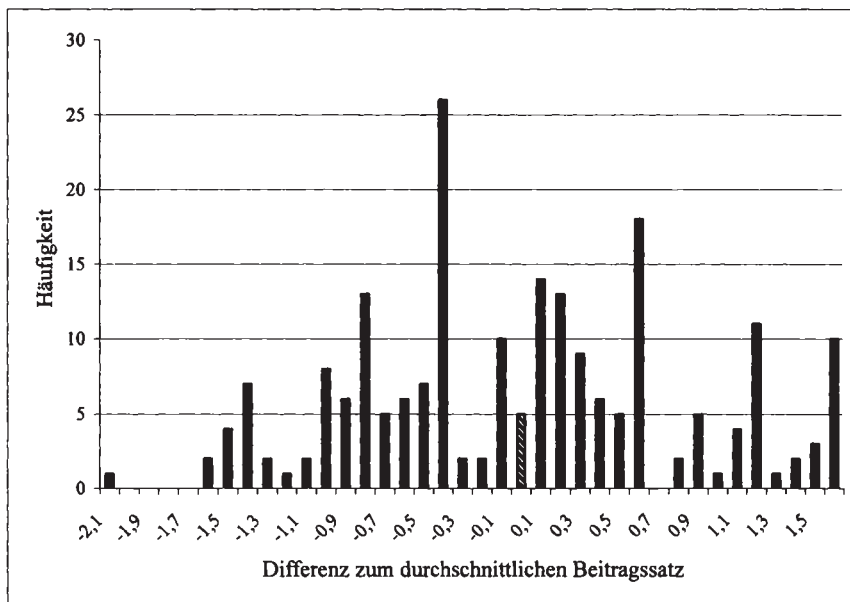
Aus Abbildung 4.1 lässt sich eine starke Streuung der Beitragssätze um den ungewichteten, durchschnittlichen Beitragssatz von 13,3 Prozent ablesen.¹¹⁴ Die günstigste Kasse ist mit einem Beitragssatz von 11,2 Prozent eine Betriebskrankenkasse, ebenso wie zwei der zehn Kassen mit dem höchsten Beitragssatz von 14,9 Prozent, zu denen fünf AOKn, zwei IKKn und eine Ersatzkasse gehören. Der Unterschied zwischen der Kasse mit dem niedrigsten Beitragssatz (11,2 Prozent) und den Kassen mit dem höchsten Beitragssatz (14,9 Prozent) beträgt 3,7 Prozentpunkte. Um einen Eindruck von den Beitragssatzunterschieden zwischen den Kassen zu gewinnen, zeigt Abbildung 4.2 die Verteilung der Dif-

¹¹³ Die freie Wählbarkeit bezieht sich auf die KV-Bezirke, in denen die Kassen geöffnet sind. Daher sind geschlossene BKKn, die Bundesknappschaftskasse, die Landwirtschafts- und Seekrankenkasse nicht aufgeführt.

¹¹⁴ Hierbei handelt es sich um den durchschnittlichen Beitragssatz der 213 frei wählbaren gesetzlichen Krankenkassen.

ferenz aus kassenindividuellem Beitragssatz und durchschnittlichem Beitragssatz:

Abbildung 4.2: Verteilung der absoluten Differenz aus kassenindividuellem Beitragssatz und durchschnittlichem Beitragssatz (Stand 1.3.2002)



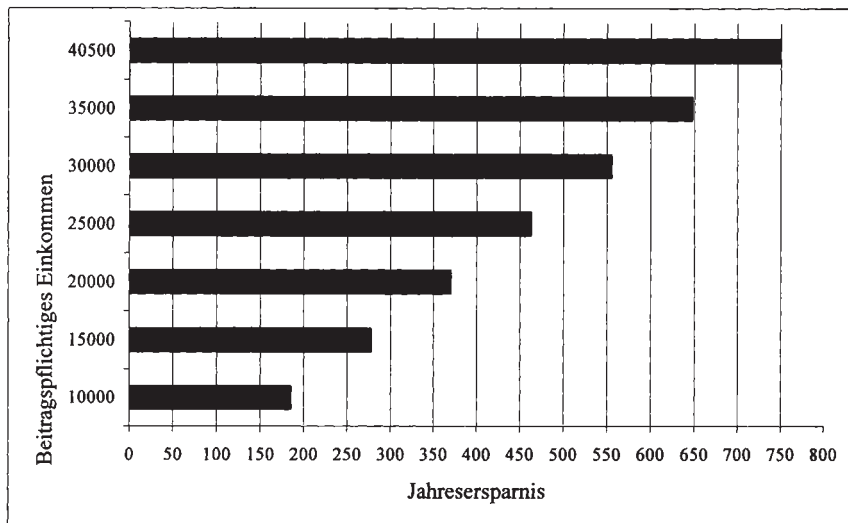
Quelle: Eigene Berechnung, Stand 1.3.2002

Letztendlich ist für die Mitglieder von Bedeutung, wie hoch der Betrag ausfällt, den sie - in Abhängigkeit von der Beitragssatzhöhe und dem beitragspflichtigen Einkommen - an die Krankenkasse zahlen müssen (vgl. Marburger/Marburger, 1997, S. 176). Daher ist der eigentliche pekuniäre Wettbewerbsparameter der Mehrbetrag, den ein Mitglied für den Versicherungsschutz bezahlen muss, wenn er nicht in der günstigsten Kasse versichert ist.¹¹⁵

Abbildung 4.3 zeigt beispielhaft die jährliche Ersparnis eines Mitglieds beim Wechsel von der teuersten Kasse (14,9 Prozent) in die günstigste (11,2 Prozent) in Abhängigkeit vom beitragspflichtigen Jahreseinkommen.

¹¹⁵ Cassel (1992, S. 50) spricht im Zusammenhang von Beitragssatzdifferenz und Kassenwahlentscheidung von einer „Fühlbarkeitsschwelle“, die überschritten werden muss, um einen Wechsel sinnvoll erscheinen zu lassen. Wie hoch diese Schwelle in der

Abbildung 4.3: Maximale Ersparnis durch Wechsel der Kasse in Euro



Quelle: Eigene Berechnung

Demnach liegt die maximale Ersparnis eines Mitglieds, welches von der teuersten in die günstigste Kasse wechselt und mindestens über ein Einkommen in Höhe einer Beitragsbemessungsgrenze von jährlich 40.500¹¹⁶ Euro verfügt, bei fast 750 Euro im Jahr.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Kassen zwar verschiedene Beitragssätze anbieten, diese aber nicht preispolitisch einsetzen können. Die gesetzlichen Regelungen bieten mit Ausnahme der Rückstellungen keinerlei Möglichkeit, kurzfristig auf Marktveränderungen bzw. Marktchancen zu reagieren und sich anhand aktiver Preispolitik Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Den Kassen bleibt folglich als einzige Maßnahme temporärer Preispolitik die Anpassung der Rücklagen. Es bleibt aber anzumerken, dass dieses Instrument in seiner maximalen Wirkung auf ein Haushaltsjahr beschränkt ist. Zudem bedarf es vor dem Einsatz einer Auffüllung der Rücklagen, welche sich negativ, und je nach Dauer mehr oder weniger spürbar, auf die Beitragssätze auswirkt. Dennoch kann der Einsatz des Instruments Rücklagenreduktion unter günstigen Konstellationen nicht zu unterschätzende Wettbewerbsvorteile für eine Kasse erzeugen.

Realität ausfällt, ist unbekannt, häufig wird ein Niveau von 0,5 Prozentpunkten vermutet (vgl. Andersen/Schwarze, 1998, S. 18).

¹¹⁶ Stand 1.9.2002.

Neben der kurzfristigen Beeinflussung des Beitragssatzes über die Rücklagen wird der Beitragssatz langfristig vor allem durch die Leistungsausgaben¹¹⁷ und die Verwaltungskosten determiniert. Der Gestaltungsspielraum für eine aktive Preispolitik ist aber unter den gegebenen Umständen limitiert. Im Hinblick auf die Leistungsausgaben verfügen die Kassen im Rahmen der Preispolitik nur über zwei Instrumente, mit deren Hilfe sie diese c.p. beeinflussen können (vgl. Breyer/Kifmann, 2001, S. 9):

Bei den Vertragsverhandlungen können die Kassen versuchen, niedrige Pauschalen bzw. Punktwerte durchzusetzen.

Es könnten Maßnahmen eingesetzt werden, die der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer dienen, wie z.B. die Kostenübernahmeerklärungen im stationären Sektor.

Beide Instrumente sind in ihrer Wirkung begrenzt. So dürfte aufgrund der Verhandlungsmacht der Ärzte und der sie bei Verhandlungen vertretenden Kassenärztlichen Vereinigungen das Einsparungspotenzial bei der Aushandlung der ambulanten Vergütung sehr gering sein.

Ein weiteres Instrument der Kostensenkung ist die Steigerung der Effizienz in der Krankenkassenverwaltung. Hier steht den Kassen die Möglichkeit offen, über entsprechende Maßnahmen, wie z.B. Rationalisierung, die Ausgaben zu senken und dadurch den Beitragssatz zu entlasten. Es zeigt sich, dass sowohl die kurz- als auch die mittel- bis langfristigen Möglichkeiten der Kassen, aktiv Preispolitik zu betreiben, auf wenige Instrumente beschränkt sind.

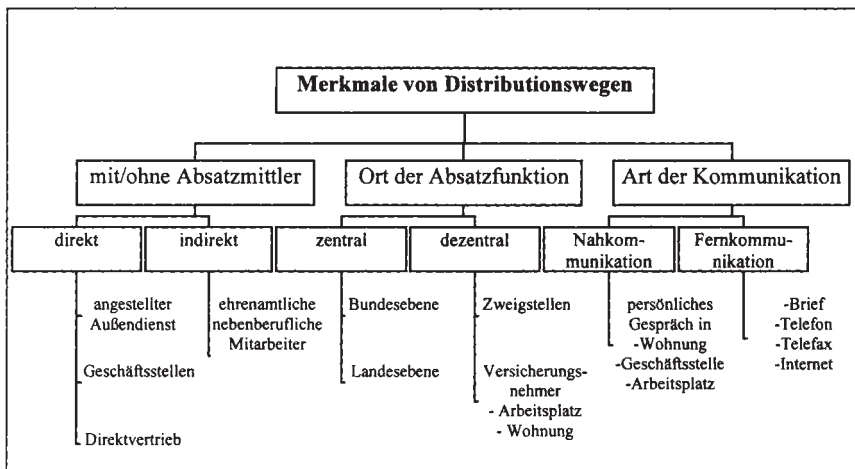
4.2.5 Distributionspolitik der gesetzlichen Krankenkassen

Die Immaterialität des Produktes „Krankenversicherung“ reduziert die distributionspolitischen Entscheidungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Wahl der Distributionswege (vgl. Curtius, 1999, S. 74). Diese lassen sich, wie in Abbildung 4.4 dargestellt, anhand von drei Kriterien untergliedern (vgl. Blumentritt, 1993, S. 147). Das erste Kriterium hebt auf die Existenz eines den Krankenkassen und Versicherungsnehmern zwischengeschalteten Absatzmittlers ab. Dieser ist sowohl rechtlich als auch wirtschaftlich von der Kasse unabhängig. Daher wird, bezogen auf die Sicht der Kassen, in eine direkte Distribution ohne Absatzmittler und eine indirekte Distribution mit Absatzmittler unterschieden. Die indirekte Distribution erfolgt über ehrenamtliche, nebenberuflich tätige Mitarbeiter, die in Betrieben, aber auch in Behörden, Universitäten und Forschungseinrichtungen tätig sind (vgl. Blumentritt, 1993, S. 152). Der wichtigste direkte Absatzweg der Kassen ist die Geschäftsstelle. Sie ermöglicht eine örtliche Repräsentanz. Die Geschäftsstelle

¹¹⁷ Die RSA-Zahlungen sind hier nicht explizit erwähnt, sondern werden implizit in den Leistungsausgaben berücksichtigt. Eine Senkung der Leistungsausgaben führt auch unter dem RSA c.p. immer zu einem niedrigeren Beitragssatz.

arbeitet Hand in Hand mit dem Außendienst zusammen, der von den Kassen seit Einführung des GSG konsequent vergrößert wurde (vgl. Wüstrich, 1994, S. 48). Ein zunehmend an Bedeutung gewinnendes Medium des Direktvertriebs der Kassen ist das Internet. Wie bereits erwähnt, bietet eine eigene Homepage den Kassen die Möglichkeit, mit einem potenziellen Kunden in Kontakt zu treten. Voraussetzung ist aber – wie auch im Falle der Geschäftsstelle –, dass der Kunde den ersten Schritt unternimmt und die Homepage bzw. die Filiale besucht. Der Ort, an dem die Distributionstätigkeit ausgeführt wird, ist das zweite Abgrenzungskriterium. Hier wird zwischen zentralen Standorten auf Bundes- oder Landesebene sowie dezentralen Lokalitäten in Gestalt der örtlichen Zweigstellen oder Wohnung bzw. Arbeitsstelle des Versicherten unterschieden (vgl. Blumentritt, 1993, S. 148).

Abbildung 4.4: Die Merkmale der Distributionswege in der GKV



Quelle: In Anlehnung an Blumentritt (1993), S. 148.

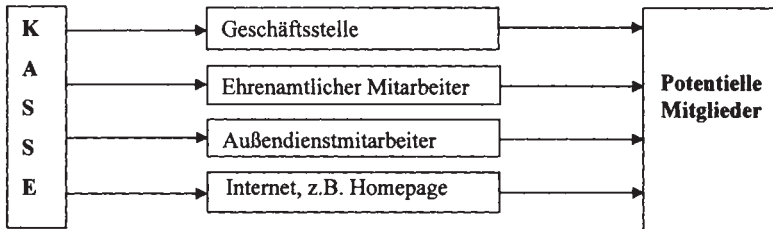
Die Homepage ist eine zentral organisierte Einrichtung. Anhand dieses Distributionsweges kann eine Kasse direkt neue Kunden attrahieren, indem sie Informationen über das eigene Leistungsangebot und die Wechselmöglichkeiten bereitstellt. Oftmals ist ein Mitgliedsantrag online abrufbar, der dann nur noch ausgefüllt und unterschrieben zurückgeschickt werden muss. Auf welche Weise er bei seiner alten Kasse kündigen kann, erfährt der Neukunde dann ebenfalls auf der Homepage. Darüber hinaus unterstützt die von der Zentrale eingerichtete Homepage die Zweigstellen in ihrer Absatztätigkeit, indem sie Informationen, wie z.B. Öffnungszeiten und Telefonnummer, bereitstellt.

Die dritte Unterscheidung erfolgt nach der Art der Kommunikation zwischen Kunde und Distributionsorgan. Das persönliche Gespräch, ob nun in der Geschäftsstelle oder durch den Außendienst in der Wohnung des potenziellen

Neumitglieds, wird als Nahkommunikation bezeichnet (vgl. Blumentritt, 1993, S. 149). Neben den klassischen Fernkommunikationsinstrumenten (siehe Abbildung 4.4) muss das Internet als relativ neues Medium genannt werden. Die Kassen und die Mitglieder können mit Hilfe so genannter E-Mail-Nachrichten¹¹⁸ in Kommunikation treten. Die Möglichkeiten reichen dabei von der Versendung briefähnlicher Nachrichten bis zur Übermittlung ganzer Texte, wie z.B. des Geschäftsberichts einer Kasse.

Die Ausgestaltung der möglichen Distributionswege der gesetzlichen Krankenkassen lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Abbildung 4.5: Distributionswege der Kassen



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 4.5 zeigt die verschiedenen Distributionswege, welche den Kassen zur Verfügung stehen. Grundsätzlich steht es jeder Kasse frei zu entscheiden, welchen Distributionsweg sie mit welcher Intensität nutzt. Die Wahl des Distributionsweges ist aber von grundlegender Bedeutung, da sie langfristige Wirkung entfaltet und nur unter hohen Kosten revidierbar ist (vgl. Blumentritt, 1993, S. 147).

Die strategischen Optionen sind vielfältig und reichen von der Pflege eines dichten Geschäftsstellennetzes bis zur Positionierung als Direktkasse mit fast ausschließlich „virtueller“ Betreuung über Telefon, Telefax und Internet (vgl. Haenecke, 2001, S. 135).

Im Mitgliederwettbewerb ist die Wahl der Art und des Umfangs der Distributionsorgane ein Wettbewerbsinstrument, welches die Kassen entsprechend ihrer Marketingstrategie einsetzen können (vgl. Wüstrich, 1994, S. 48).

4.2.6 Die Kommunikationspolitik der gesetzlichen Krankenkassen

4.2.6.1 Die Werbung der gesetzlichen Krankenkassen

Nach Farny (2000, S. 670) kommt der Werbung von Versicherungsunternehmen die Aufgabe zu, bei den Umworbenen eine Bedarfsempfindung auszulösen und

¹¹⁸ Der Ausdruck steht für *Electronic Mail*.

anschließend Aktivitäten zu initiieren, die zur Bedarfsdeckung anhand des Abschlusses einer Versicherung führen. Die Umsetzung erfolgt durch Abgabe von Informationen im Rahmen des Einsatzes von Kommunikationsmitteln, welche die potenziellen Kunden zu den gewünschten Verhaltensweisen bewegen sollen. Diese Initiierung eines Bedarfsempfindens als Aufgabe der Werbung trifft im Falle der GKV nur für die Versicherungsberechtigten, nicht aber für die Pflichtversicherten zu. Im Mitgliederwerb der GKV steht die Pflege des Mitgliederbestandes, die Attrahierung neuer Mitglieder von anderen Kassen und die Gewinnung von Erstmitgliedern im Fokus der Werbemaßnahmen der gesetzlichen Kassen (vgl. Adelt, 2000, S. 21). Diese Aufgabenstellung der Werbung ist in der GKV noch relativ neu. Denn vor 1993 war es grundsätzlich den Ersatzkassen als einzige Kassenart ohne Zuweisungsmitglieder vorbehalten, Mitglieder mit Hilfe von Werbung zu attrahieren (vgl. Hermann, 1995, S. 434). Den übrigen Kassen verblieb nur die Möglichkeit, im Rahmen der in § 13 SGB (I) geforderten Aufklärungspflicht, Gesundheitsaufklärung gezielt als Werbemaßnahme zu nutzen (vgl. Wüstrich, 1994, S. 48). Die Aufsichtsbehörden billigten dieses Vorgehen, indem sie „eine sehr weit verstandene Praxis der „Aufklärung“ auf Seiten der Pflichtkassen“ tolerierten (Gitter/Oberender, 1987, S. 57). Doch spätestens seit der Einführung des grundsätzlichen Kassenwahlrechts werben Kassen, die untereinander im Wettbewerb stehen, um Mitglieder (vgl. Adelt, 2000, S. 21).

Die entscheidende Frage lautete nun, auf welcher Rechtsgrundlage die Beurteilung der Werbeaktivitäten von gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll. Schon im Jahre 1984 entschied das Bundessozialgericht (BSG) aufgrund eines Streites zweier Kassen, dass der Wettbewerb zwischen Krankenkassen nicht unmittelbar dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) unterliege, die dort aufgestellten Grundsätze aber dennoch entsprechend anwendbar seien. Insbesondere die Grundwertnormen der Paragraphen 1 – 3 UWG sind laut Aufsichtsbehörden der Krankenkassen als Wertmaßstäbe ausdrücklich zu beachten. So darf die Mitgliederwerbung insbesondere weder sittenwidrig noch unwahr sein. Die Aufsichtsbehörden der GKV verabschiedeten in den Jahren 1994 und 1998 gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze¹¹⁹, die zwar rechtlich keinen Verwaltungsakt darstellten, den Kassen aber aufzeigen, welche Art Werbung als lauter und welche als unlauter anzusehen ist. Aus der Rechtsprechung geht hervor, dass vor allem Beitragssatzvergleiche und Werbung mit Superlativen als unlauter verurteilt werden. Gleiches gilt für irreführende Werbung und herabsetzende Behauptungen über Konkurrenten (vgl. Adelt, 2000, S. 23/24). Hinsichtlich der Höhe der Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen sehen die Wettbewerbsgrundsätze Höchstgrenzen vor. Demnach dürfen jährlich maximal 0,15 Prozent

¹¹⁹ Abgedruckt in: Wettbewerb in Recht und Praxis, 1997, S. 499ff und 1998, S. 1023ff.

der monatlichen Bezugsgröße gemäß §18 SGB (IV) je Mitglied für allgemeine Werbemaßnahmen verwendet werden (vgl. Kruse/Kruse, 2002, S. 173).¹²⁰

Die Werbung der Kassen kann in drei Formen unterteilt werden, wobei nach Werbeobjekten, Zahl der Umworbenen sowie nach der Durchführung der Werbemaßnahmen unterschieden wird. Werbeobjekt kann die Kasse oder das Produkt sein. Aber ebenso wie in der privaten Versicherungswirtschaft ist die Werbung des Produktes „Versicherungsschutz“ problematisch, weshalb die gesetzlichen Kassen einer auf sie selbst ausgerichteten Werbung den Vorzug geben. Bei der Unterscheidung nach der Zahl der Umworbenen wird nach Einzel-, Gruppen- und Massenwerbung differenziert. Die Einzelwerbung erfolgt im Rahmen eines persönlichen Gesprächs entweder zwischen den Mitarbeitern der Geschäftsstelle, den Außendienstmitarbeitern, den ehrenamtlichen Mitarbeitern der Kasse oder externen Absatzmittlern und dem potenziellen Neumitglied. Eine weitere Möglichkeit der Einzelwerbung ist die direkte Ansprache von Zielgruppenmitgliedern über Werbebriefe.

Über die Einzelwerbung ist eine wirkungsvolle und zielgerichtete Werbung der Kunden möglich. Diesem Vorteil stehen die generell hohen Kosten dieser Form der Werbung gegenüber (vgl. Blumentritt, 1993, S. 162).

Vorteil der Gruppenwerbung ist die kostengünstigere Durchführung der Maßnahme. Anhand von Anzeigen in den kasseneigenen Veröffentlichungsorganen werden der Pflege des Mitgliederbestandes dienende Informationen kommuniziert. Zielgruppenspezifische Broschüren, in Form von z.B. Zeitschriften für Berufsstarter oder einfachen Infozetteln, werden dort ausgelegt, wo Mitglieder der Zielgruppe relativ leicht anzutreffen sind, wie z.B. in der Mensa einer Universität. Den Kostenvorteil gegenüber der Einzelwerbung erkaufte sich die Gruppenwerbung über eine geringere Zielgenauigkeit der Maßnahmen (vgl. Blumentritt, 1993, S. 163)

Eine Ausnahmeerscheinung ist die Massenwerbung in Form von Fernseh-, Funk- und Plakatwerbung. Hierbei handelt es sich um undifferenzierende Werbemaßnahmen, da, bedingt durch die mangelnde Ausschließbarkeit, keine Unterscheidung nach Zielgruppen möglich ist. Aus diesem Grund und wegen der hohen absoluten Kosten bedienen sich nur große Kassen mit entsprechendem Mitgliederbestand dieser Form der Werbung. Im Hinblick auf die Durchführung der Werbemaßnahmen kann schließlich zwischen Eigen- und Fremdwerbung unterschieden werden. Während bei der Fremdwerbung die Hilfe von Werbeagenturen in Anspruch genommen wird, führen die Kassen bei der Eigenwerbung die Maßnahmen eigenständig durch (vgl. Blumentritt, 1993, S. 164).

¹²⁰ Im Jahr 1996 ergab sich für Westdeutschland pro Jahr und Mitglied eine Höchstgrenze von 6,19 DM (3,16 €). Im Jahr 2003 können pro Mitglied maximal 3,57 € für allgemeine Werbemaßnahmen ausgegeben werden.

4.2.6.2 Die Verkaufsförderung der gesetzlichen Krankenkassen

In der Literatur bezeichnet der Sammelbegriff *Verkaufsförderung* alle Aktionen, die kurzfristig und unmittelbar den Absatz stimulieren sollen (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, 1991, S. 493). Die Verkaufsförderung ist hierbei auf die potenziellen Neumitglieder, die Bestandsmitglieder und/oder auf die Absatzorgane gerichtet. Eine Abgrenzung zu den Instrumenten der Werbung und der Öffentlichkeitsarbeit fällt hierbei im Einzelfall schwer (vgl. Farny, 2000, S. 678).

Verkaufsförderungsmaßnahmen, die auf den Versicherungsnehmer zielen, so genannte Kunden-Promotions, sind in der gesamten Versicherungsbranche aufgrund der Produktbeschaffenheit nicht sehr ausgeprägt¹²¹ (vgl. Blumentritt, 1993, S. 172). Mehr Handlungsmöglichkeiten ergeben sich für die Kassen bei der auf die Absatzorgane gerichteten Verkaufsförderung (vgl. Farny, 2000, S. 678).

Als Mittel für die Verkäufer-Promotion stehen den Kassen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, kontinuierliche Informationen und die Gestaltung von Anreizsystemen sowie Hilfe bei der Führung von Akquisitionsgesprächen zur Verfügung. Darüber hinaus werden die Distributionsorgane von ihren Kassen kontinuierlich über relevante Themen bzgl. der GKV informiert und mit Argumentations- und Demonstrationsmaterial versorgt (vgl. Blumentritt, 1993, S. 173). Ein ausgefallenes Beispiel der Mitglieder-Promotion ist die Auslobung von Werbeprämien für eigene Mitglieder. Nach dem Prinzip „Mitglieder werben Mitglieder“ bieten einzelne Kassen ihren Mitgliedern Sachprämien für jedes von ihnen neu geworbene Mitglied an.¹²²

4.2.6.3 Die Öffentlichkeitsarbeit der gesetzlichen Krankenversicherung

In der Literatur bezeichnet der Begriff *Öffentlichkeitsarbeit* (Public Relations) die planmäßig zu gestaltende Beziehung zwischen der Unternehmung und den unterschiedlichen Teilen der Öffentlichkeit, wie z.B. Kunden, Mitarbeitern, Institutionen oder dem Staat, mit dem Ziel, bei diesen Teilöffentlichkeiten Vertrauen und Verständnis zu gewinnen (vgl. Meffert, 2000, S. 724). Als eine Art Gradmesser der Beziehungen zwischen Öffentlichkeit und Unternehmen und damit der Wirksamkeit der Öffentlichkeitsarbeit kann das Image der Unternehmung in der Öffentlichkeit bezeichnet werden.¹²³ Die Öffentlichkeitsarbeit ist für Versicherungen ein wichtiges Instrument zur Erreichung der Unternehmensziele, nimmt doch Vertrauen und Glaubwürdigkeit im Versicherungsgeschäft

¹²¹ Eine der wenigen Maßnahmen dieser Art ist der Einsatz eines Gutscheins zur Berechnung eines Angebots bzw. der individuellen Versicherungsprämie (Farny, 2000, S. 678).

¹²² So z.B. die „Mann und Hummel BKK“ in ihrer Mitgliederzeitschrift 4/2001.

¹²³ Als Image wird die Gesamtheit aller Einstellungen, Kenntnisse, Erfahrungen, Gefühle usw., die mit dem Meinungsgegenstand verbunden sind, bezeichnet (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, 1991, S. 410).

einen hohen Stellenwert ein. Daher entfaltet Unternehmenswerbung im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit aufgrund der Eigenschaften des Versicherungsproduktes eine ähnliche Wirkung wie die direkte Produktwerbung (vgl. Nickel-Wainger, 1987, S. 160).

Der Unterschied zwischen klassischer Werbung und Öffentlichkeitsarbeit liegt in der zeitlichen Dimension der Instrumente. Public-Relations-Aktivitäten sind langfristig angelegt und zielen auf eine nachhaltige Pflege der guten Beziehungen mit der Öffentlichkeit und des positiven Images einer Unternehmung ab (vgl. Farny, 2000, S. 676). Den gesetzlichen Krankenkassen steht grundsätzlich das gleiche Instrumentarium für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung wie privatwirtschaftlichen Versicherungen oder Unternehmen.¹²⁴ In der Wahl der Höhe der Ausgaben für solche Maßnahmen ist die Kasse dagegen nicht frei in ihrer Entscheidung und muss sich im Zweifelsfall vor der Aufsichtsbehörde rechtfertigen.¹²⁵

In der Praxis betreiben die Kassen in erster Linie Öffentlichkeitsarbeit über die Presse, die als Meinungsbildner und Multiplikator angesehen wird. Die Durchführung obliegt dabei meist den Verbänden und ihren Abteilungen für Öffentlichkeitsarbeit. Diese Stellen versorgen Journalisten mit relevanten Informationen und halten Pressekonferenzen ab. Auf lokaler Ebene werden von manchen Kassen zusätzlich pressewirksame Aktionen durchgeführt. Ziel dieser Veranstaltungen ist der Aufbau bzw. die Pflege der Kontakte zur regionalen Öffentlichkeit und zu kommunalen Einrichtungen (vgl. Blumentritt, 1993, S. 170). Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein Instrument, mit dem sich die Marktteilnehmer von den Konkurrenten abheben können, indem sie ein besonderes Image aufbauen.¹²⁶ Darüber hinaus kann eine Kasse im Zuge der Eigendarstellung in der Öffentlichkeit versuchen, bestimmte Zielgruppen anzusprechen. So haben die BKKn das Image, jung und aufstrebend zu sein, und die Ersatzkassen standen lange Zeit in dem Ruf, eine „exklusive Alternative“ zu bieten (vgl. Haenecke, 2001, S. 138).

4.2.7 Interdependenzen der Instrumente des Marketing-Mix im Mitgliederwettbewerb

Die in vier Politiken unterteilten Maßnahmen des Marketing-Mix verfolgen unterschiedliche Ziele. Dabei können Instrumente eingesetzt werden, die zwar der Zielerreichung des einen Ziels förderlich sind, aber mit dem Ziel einer anderen Politik kollidieren. Bevor die Interdependenzen der Instrumente des Marketing-Mix analysiert werden, fasst zunächst Übersicht 4.1 die dominierenden Ziele und die dazugehörigen Instrumente der einzelnen Marketingpolitiken der gesetzlichen Krankenkassen zusammen:

¹²⁴ Beispiele aus der Versicherungswirtschaft gibt Farny (2000, S. 677).

¹²⁵ Siehe z.B. Ahrens (1994, S. 758).

¹²⁶ Z.B. die AOK als „Gesundheitskasse“ (vgl. Wüstrich, 1994, S. 49).

Übersicht 4.1: Dominierende Ziele der Marketingpolitiken und die dazugehörigen Instrumente

Politik	Ziele	Instrumente
Preispolitik	- Niedriger Beitragssatz	- Niedrige Leistungsausgaben - Niedrige Verwaltungsausgaben - Anpassung der Rücklagen
Produktpolitik	- Hohes Leistungsangebot - Hohe Qualität der Leistungen - Hohe Wirtschaftlichkeit der Leistungen - Hohe Qualität des Service	- Mehr- und Ermessensleistungen - Strukturverträge - Modellvorhaben - Integrierte Versorgung - Dichtes Geschäftsstellennetz - Homepage
Distributionspolitik	- Mitgliedergewinnung	- Geschäftsstellen - Außendienst - Homepage
Kommunikationspolitik	- Imageförderung - Mitgliederwerbung	- Breitbandwerbung - Gezielte Werbung - Imagekampagne

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 4.6 gibt einen Überblick über die Interdependenzen der Instrumente der Preispolitik:¹²⁷

Abbildung 4.6: Interdependenzen der Instrumente der Preispolitik



Quelle: Eigene Darstellung

¹²⁷ Sofern Instrumente in keinerlei Wirkungsbeziehungen zueinander stehen, wird dies in der weiteren Darstellung und Analyse nicht mehr explizit erwähnt.

Aus Abbildung 4.6 geht hervor, dass die neuen Versorgungsformen Strukturverträge, Modellvorhaben und integrierte Versorgungsformen mit den Instrumenten der Preispolitik in Gestalt niedriger Leistungs- und Verwaltungsausgaben kollidieren. Hauptursache der Kollision der Modellvorhaben mit dem Instrument der Verwaltungskostensenkung ist die notwendige Anschubfinanzierung der Projekte, denn abhängig vom Umfang und der Komplexität der Vorhaben entstehen in der Vorbereitung und der Startphase notwendige Umsetzungs- bzw. Projektkosten. Diese Mittel müssen von den beteiligten Kassen bzw. Verbänden zumindest vorfinanziert werden und erhöhen deren Verwaltungskosten.¹²⁸ Zu den Zielen der neuen Versorgungsformen zählt auch die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven (vgl. Zimmermann, 1999, S. 192). Ist ein Projekt diesbezüglich erfolgreich und übertreffen die Einsparungen die Kosten der Anschubfinanzierung, so besteht ein komplementärer Zusammenhang zwischen den Instrumenten der Produkt- und der Preispolitik. Die bisher durchgeführten Projekte waren in Bezug auf Wirtschaftlichkeitssteigerungen nicht sehr erfolgreich. Für die von der AOK betriebenen neuen Versorgungsmodelle konstatiert Frank Bausch, dass „kostenrelevante Einsparungen für die AOK (...) unter Berücksichtigung der Investitionen nicht in der erwarteten Größenordnung realisiert werden“.¹²⁹ Einen eher beschränkten Einsparungseffekt verzeichnete auch das bereits angesprochene Berliner Praxisnetz. Im Budgetzeitraum 1998 konnte eine Einsparung bei den Leistungsausgaben von 4,33 Prozent gegenüber dem Durchschnitt der Versicherten der teilnehmenden Kassen in Berlin realisiert werden, wovon ein Teil in die Infrastruktur des Netzes reinvestiert wurde (vgl. Schönbach, 2000, S. 230).

Nicht jede Krankenkasse, aber zumindest jede Kassenart, die im Mitgliederwettbewerb steht, ist an der Erprobung neuer Versorgungsformen entweder im Rahmen von Strukturverträgen, Modellvorhaben oder der integrierten Versorgung beteiligt.¹³⁰ In der Praxis werden eine Reihe von Vorhaben durchgeführt, deren Schwerpunkt auf einer Qualitätssteigerung der Versorgung und einer Verbesserung des Service liegt (vgl. Bausch, 2000; S. 91, Zimmermann, 1999, S. 198). Dabei kann es sich um Vorhaben wie das vom BKK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse eingeführte Praxisnetz Berlin handeln, mit dessen Hilfe die angestrebten Ziele anhand einer interdisziplinären und sektorenüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Betreuung der Patienten

¹²⁸ Es können sich auch die KVen an den Vorhaben beteiligen bzw. sie initiieren, die dann an den Kosten beteiligt werden. Je nach Ausgestaltung der Verträge und der Art des Modellvorhabens ist auch eine Beteiligung der Leistungserbringer an der Anschubfinanzierung möglich (vgl. Rüschmann, Roth, Krauss, 2000, S. 251).

¹²⁹ Bausch (2000) S. 90.

¹³⁰ Im Jahr 1998 existierten rund 140 Praxisnetze in Deutschland oder waren in einer fortgeschrittenen Projektphase (vgl. Zimmermann, 1999, S. 197), wobei alleine in Hessen jede Kassenart an mindestens einem Projekt beteiligt war (siehe ebenda, S. 197ff).

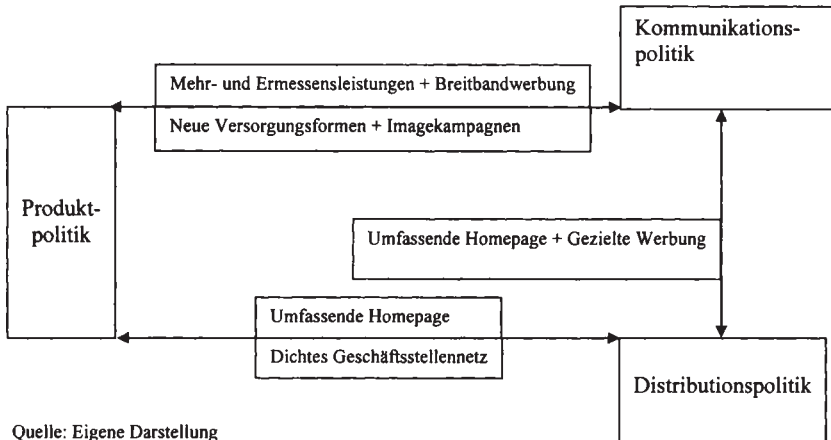
verwirklicht werden sollen.¹³¹ Ein weiteres Modellprojekt mit einem etwas anders gelagerten Schwerpunkt ist die Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried. Dieser Zusammenschluss aus niedergelassenen Vertragsärzten in Kooperation mit dem Ersatzkassenverband setzte sich das Ziel, die Pharmakotherapie seiner Patienten zu optimieren (vgl. Straub, 2001, S. 224). Die Analyse legt den Schluss nahe, dass sich die bisherigen Erprobungsmodelle zwar dazu eignen, die Qualität der Versorgung zu erhöhen, aber nicht als Instrument zur Leistungsausgabensenkung in Frage kommen (vgl. Bausch, 2000, S. 90).

Ein dichtes Geschäftsstellennetz und einen umfangreicher Stab an Außendienstmitarbeitern wählt eine Kasse als Instrumente der Distributionspolitik, wenn sie sich die Möglichkeit schaffen will, eine breite Masse an potenziellen Mitgliedern und Bestandsmitgliedern direkt ansprechen zu können (vgl. Blumentritt, S. 151). Die Unterhaltung eines solchen Filialnetzes ist aber mit nicht unerheblichen Kosten verbunden, welche sich als Verwaltungskosten niederschlagen und so in Konflikt zum Instrument „*niedrige Verwaltungskosten*“ der Preispolitik stehen. Im Rahmen der Kommunikationspolitik kann eine Kasse durch gezielte oder allgemeine Werbemaßnahmen und durch Imagekampagnen versuchen, neue Mitglieder zu werben. Diese Maßnahmen erhöhen aber die Verwaltungskosten der Kasse (vgl. Marburger/ Marburger, 1997, S. 67ff). Daraus resultiert ein Konflikt mit dem Instrumentarium der Preispolitik.

Richtet sich die Werbe- oder Imagekampagne einer Kasse an eine breite Öffentlichkeit - ist sie folglich im Sinne einer Zielgruppenorientierung undifferenziert - kann sich die Risikostruktur der Kasse aufgrund der so gewonnenen Neumitglieder verschlechtern. Dies geschieht, wenn die Risikostruktur der Kasse im Vorfeld der Kampagne besser war als die durchschnittliche Struktur der Neumitglieder. In diesem Fall steigen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Kasse und die Folge ist ein Konflikt mit dem Instrument „*niedrige Leistungsausgaben*“. Gelingt es einer Kasse dagegen, mit einer gezielter Werbekampagne Mitglieder zu gewinnen, die über eine für die Kasse günstige Risikostruktur verfügen, so können die durchschnittlichen Leistungsausgaben gesenkt werden. Unter diesen Umständen sind die Instrumente „*gezielte Werbung*“, und „*niedrige Leistungsausgaben*“ komplementär.

¹³¹ Letztendlich nahmen 17 Betriebskrankenkassen und die Techniker Krankenkasse an dem Projekt teil (Schönbach, 2000, S. 225ff).

Abbildung 4.7: Bilaterale Interdependenzen der Instrumente der Produkt-, Distributions- und Kommunikationspolitik



Quelle: Eigene Darstellung

Wie aus Abbildung 4.7 hervorgeht, herrscht zwischen den Instrumenten der Produkt- und Kommunikationspolitik eine komplementäre Beziehung. Als ein mögliches Beispiel für das Zusammenwirken beider Instrumentengruppen ist eine Breitbandwerbung denkbar, welche darauf abzielt, der Kasse einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz mit Hilfe der Hervorhebung der besonderen Mehr- und Ermessensleistungen zu verschaffen. Vorstellbar ist auch eine Imagekampagne, die den innovativen Charakter einer Kasse durch die Thematisierung der laufenden Modellvorhaben unterstreichen soll.

Zwischen der Produkt- und Distributionspolitik besteht eine substitutive Beziehung. Beide Politiken können ihre unterschiedlichen Ziele mit den gleichen Instrumenten *Homepage* und *dichtes Geschäftsstellennetz* verfolgen. Das Instrument *Homepage* der Distributionspolitik steht dagegen in einem komplementären Verhältnis zur *gezielten Werbung* im Rahmen der Kommunikationspolitik. Die Kassen können gezielt werben, indem sie als Werbeträger ausschließlich ihre Homepage nutzen. Auf diese Weise ist es möglich, bestimmte Personengruppen gezielt anzusprechen und Personen ohne Internetzugang die Nutzung der Werbeinformationen zu verwehren.¹³²

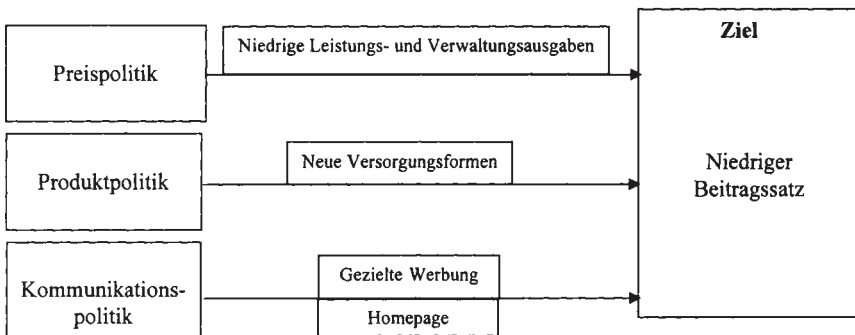
Die Analyse der Interdependenzen der Instrumente des Marketing-Mix zeigt, dass sich die Maßnahmen der Produkt-, Kommunikations- und Distributionspolitik simultan einsetzen lassen, ohne dass die Gefahr eines Zielkonfliktes besteht. Der Einsatz der Instrumente der Preispolitik muss dagegen mit den Maßnahmen der anderen Politiken abgestimmt werden, um Zielkonflikte zu vermeiden. Eine Koordination ist notwendig, da Zielkonflikte

¹³² Die Möglichkeit einer Weitergabe der Information von Personen mit Internetanschluss zu solchen ohne sei an dieser Stelle vernachlässigt.

beim Einsatz der Marketinginstrumente zu ineffizienten Ergebnissen der Maßnahmen führen. Bei bei fehlender Komplementarität oder Substitutivität hemmen sich die Instrumente hinsichtlich der Zielerreichung gegenseitig, wenn sie sich nicht sogar in ihrer Wirkung aufheben (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, 1991, S. 832). In solchen Konfliktfällen ist es notwendig, im Rahmen der Zielplanung die Politikziele und damit auch den Instrumenteneinsatz in ein Zielsystem zu bringen. Dabei müssen, unter Berücksichtigung der Interdependenzen zwischen den Instrumenten, Strategien entwickelt werden, die der Maximierung der Zielerreichung eines oder mehrerer Politikziele dienen und die Ineffizienz im Instrumenteneinsatz minimieren (vgl. Meffert, 2000, S. 79ff).

Nach Analyse der Interdependenz der Instrumente stehen den Kassen grundsätzlich zwei Strategien zur Auswahl. Die eine Strategie – wie in Abbildung 4.8 beispielhaft dargestellt - rückt die Preispolitik in den Mittelpunkt und wählt den Einsatz der Instrumente der anderen Politiken so, dass sie die Zielerreichung der Instrumente der Preispolitik unterstützen.

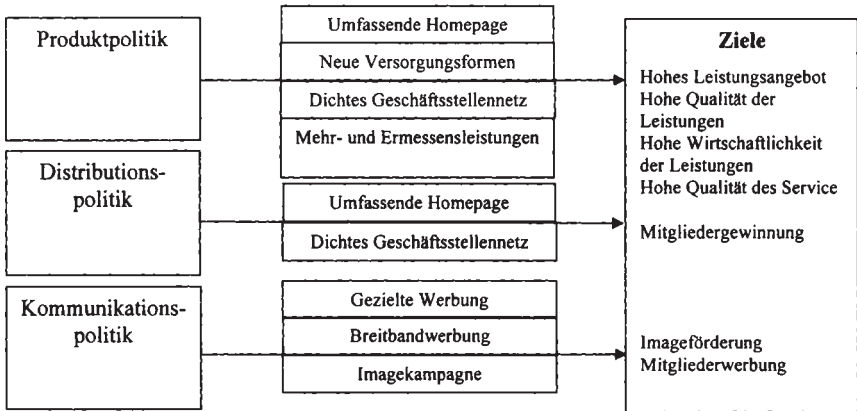
Abbildung 4.8: Preispolitisch orientierte Strategie



Quelle: Eigene Darstellung

Die andere Strategie verzichtet auf die Verwendung der Instrumente der Preispolitik und stimmt die Instrumente der übrigen Politiken so ab, dass eine maximale Zielerreichung der Produkt-, Kommunikations- und Distributionspolitik erreicht wird. Wie diese Strategie aussehen könnte, zeigt Abbildung 4.9.

Abbildung 4.9: Strategie ohne Berücksichtigung der Ziele der Preispolitik



Quelle: Eigene Darstellung

Die Kassen können auch Mischstrategien entwickeln und anwenden. In diesem Fall ist aber aufgrund der theoretischen Überlegungen von einem geringeren Grad der Zielerreichung auszugehen. Welche Strategie eine Krankenkasse sinnvollerweise wählt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ein wichtiges Kriterium ist die bisherige Ausgestaltung der Marketinginstrumente. Verfügt eine Kasse z.B. über ein dichtes Geschäftsstellennetz, so sind preispolitisch orientierte Strategien schwerer durchsetzbar als distributionsorientierte. Dabei ist der Wechsel der bisherigen Strategie und der damit verbundene Auf- bzw. Abbau eines umfangreichen Geschäftsstellennetzes mit hohen Kosten, nicht nur pekuniärer Art, verbunden. Die Kosten des Strategiewechsels sind dafür verantwortlich, dass die vormals gewählte Ausgestaltung der Marketinginstrumente, sozusagen die bestehende Marketing-Infrastruktur, die Entscheidung über die zukünftige Strategie stark beeinflusst.

4.3 Empirische Überprüfung der Bedeutung des Beitragssatzes im Mitgliederwettbewerb der GKV

Die bisherige theoretische Analyse des Marketing-Mix der gesetzlichen Krankenkassen weist den niedrigen Beitragssatz als Ziel der Preispolitik und als Kern einer möglichen Marketingstrategie der Kassen im Mitgliederwettbewerb aus. In der Literatur wird der Beitragssatz als wichtiger, wenn nicht sogar als der wichtigste Parameter des Kunden bei der Wahl der Krankenkasse angesehen. Dies gilt sowohl bei der erstmaligen Wahl nach Eintreten der Versicherungspflicht als auch bei der Entscheidung über Verbleib oder Wechsel in eine andere Kasse (vgl. Cassel, 1997, S. 12; Wütrich, 1994, S. 47).

Es gilt nun zu prüfen, ob die theoretisch herausgearbeitete Rolle des Beitragssatzes durch einen empirischen Nachweis seiner praktischen Relevanz im Wettbewerb der Kassen gestützt werden kann. Daneben soll auch die praktische Bedeutung der anderen Marketingpolitiken im Verhältnis zur Preispolitik überprüft werden. Dazu werden drei Zielgruppen möglicher Marketingstrategien der Kassen untersucht, und zwar Mitglieder, die ihre Kasse wechselten, neue Pflichtmitglieder, welche zum ersten Mal eine Kasse wählen mussten und Mitglieder, die sich mit dem Gedanken tragen, ihre angestammte Kasse zu wechseln.

Die folgende deskriptive Analyse erfolgt auf Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin. Das SOEP liefert personen- und haushaltsbezogene Quer- und Längsschnittdaten für die Bundesrepublik Deutschland. Die erste Datenerhebung erfolgte im Jahre 1984 und erfasste knapp 6000 Haushalte mit insgesamt 12.245 Personen im Alter von mindestens 16 Jahren. In jedem darauf folgenden Jahr fand eine weitere Befragung statt, die nach Möglichkeit jeweils dieselben Personen zu berücksichtigen versuchte. Bedingt durch die im Zeitverlauf entstehende natürliche Fluktuation aufgrund von Todesfällen oder wegen Umzugs fand eine Kompensation durch Neumitglieder in den Befragungshaushalten sowie Neuaufnahmen von Haushalten speziell in Ostdeutschland nach der Wiedervereinigung statt. So gelang es, die Anzahl der Haushalte in etwa konstant zu halten. Im Jahr 1998 umfasste die Befragung insgesamt 14.692 Personen (vgl. Lauterbach/Wille, 2001, S. 193). Die Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland bildet die Grundgesamtheit des SOEP. In Verbindung mit dem Einsatz von Gewichtungsfaktoren kann eine repräsentative Aussage für die Bundesrepublik Deutschland auf Basis der SOEP-Daten abgeleitet werden (vgl. Frick/Haisken-DeNew/Wagner 2000, S. 15ff).

Mit dem Ziel, eine möglichst breite Palette an sozioökonomischen Fragestellungen analysieren zu können, erfolgt die Datenerhebung nicht im Hinblick auf eine spezielle Fragestellung, sondern als Paneldatenbasis (vgl. Boehringer 1998, S. 104ff). Themenschwerpunkte der Befragung bilden die ökonomischen Indikatoren der Haushaltsmitglieder und deren Veränderung. Darüber hinaus erfolgt eine Untersuchung der Haushaltszusammensetzung, der Erwerbsbeteiligung, der beruflichen und regionalen Mobilität sowie der Wohnsituation. Zusätzlich werden auch Fragen zur Bildung und Ausbildung, Zeitverwendung, Zufriedenheit sowie zu Werteinstellungen erhoben (vgl. Hanefeld 1987, S. 13). Ein Teil dieses Fragenkomplexes bezieht sich auf die Gesundheit und die Krankenversicherung der Personen. Darin enthalten sind u.a. konkrete Fragen nach der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, der Krankheitshäufigkeit, dem Versicherungsstatus und der Kassenart sowie nach einem eventuell vollzogenen Kassenwechsel. Ergänzt wird der Fragenkatalog um wellenspezifische Zusatzfragen zu speziellen Themenbereichen. Der Themenbereich der Befragung des Jahres 1997 beinhaltete Fragen zum Thema Kassenwechsel und insbesondere zu den Gründen für einen Wechsel der Kasse (vgl. Lauterbach/Wille, 2001, S. 194).

Die Befragten des Jahres 1997 konnten aus fünf möglichen Motiven für einen Kassenwechsel, auswählen. Zur Auswahl standen *niedrige Beiträge, bessere Leistung, besserer Service, Image* sowie *sonstige Gründe*. Eine Mehrfachnennung von Gründen durch die Befragten war zulässig. Zunächst sollen die Motive der Befragten analysiert werden, welche tatsächlich ihre Kasse wechselten. Die Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über die Motive des Kassenwechsels gegliedert nach den Ursprungskassenarten der Wechsler.

Tabelle 4.1: Gründe für den Kassenartenwechsel gegliedert nach den Ursprungskassen
(Angaben in Prozent)

Gründe für den Kassenwechsel	Alle Wechsler	AOK	Ersatzkassen	BKKn	Innungskassen
Niedrige Beiträge	59,7	65,3	83,1	7,8	16,5
Bessere Leistung	23,0	24,3	10,2	8,2	22,6
Besserer Service	15,6	12,7	14,0	16,0	17,6
Image	16,7	21,1	0,8	17,6	14,8
Sonstige Gründe	20,1	17,2	12,3	66,4	45,1
Summe	135,1	140,6	120,4	116,0	116,6

Quelle: In Anlehnung an Lauterbach/Wille, 2001.

Das dominierende Wechselmotiv dieser Mitgliedergruppe ist der Beitragssatz. Nahezu 60 Prozent aller Wechsler nannten als Grund für ihren Kassenwechsel *niedrigere Beiträge*, welche als niedrige Beiträge der Zielkasse bzw. zu hohe Beiträge der bisherigen Kasse interpretiert werden können. Interessant ist der Umstand, dass vor allem Mitglieder, die aus der AOK oder einer Ersatzkasse kamen, diese aufgrund der hohen Beiträge verließen.¹³³ Bessere Leistungen bzw. besserer Service - Ziele der Produkt- und Distributionspolitik - waren für die Wechsler nicht so sehr von Bedeutung. Das Image als Ziel der Kommunikationspolitik wurde von gut 20 Prozent der Wechsler genannt und kann daher ebenfalls nur als ein untergeordnetes Motiv des Kassenwechsels angesehen werden. Die sonstigen Gründe bilden keine von den Krankenkassen beeinflussbaren Faktoren und sind daher für die Entscheidung der Marketingstrategieausrichtung nicht relevant. Hierunter fallen Gründe wie z.B. der Wohnort- bzw. der Arbeitsplatzwechsel und ein dadurch notwendig oder sinnvoll gewordener Kassenwechsel.

Die in Tabelle 4.2 dargestellten Gründe für den Kassenwechsel, gegliedert nach den Zielkassen, liefern zwar keine neuen Informationen über die Relevanz der Motive eines Wechsels, es lässt sich aber zeigen, was die Wechsler von ihrer neuen Kasse erwarten.

¹³³ Die Wechsler müssen hierbei nicht notwendigerweise in eine andere Kassenart gewechselt sein.

Tabelle 4.2: Gründe für den Kassenartenwechsel gegliedert nach den Zielkassenarten
(Angaben in Prozent)

Gründe für den Kassenwechsel	Alle Wechsler	AOK	Ersatzkassen	BKKn	Innungskassen
Niedrige Beiträge	59,7	27,1	59,7	77,4	50,5
Bessere Leistung	23,0	12,7	28,6	10,8	15,6
Besserer Service	15,6	10,8	17,1	8,3	9,0
Image	16,7	10,6	18,7	20,9	14,8
Sonstige Gründe	20,1	42,0	15,7	20,8	33,4
Summe	135,1	103,2	139,3	138,2	123,3

Quelle: In Anlehnung an Lauterbach/Wille, 2001.

Die Wechsler in eine BKK wählten diese vor allem wegen des niedrigen Beitragssatzes. Das gilt auch für die Wechsler in eine IKK oder Ersatzkasse, wobei die anderen Gründe bei den Ersatzkassen-Wechsler stärker ausgeprägt sind als bei den BKK-Wechsler. Von den Wechsler in eine AOK nannten nur 27,1 Prozent den Beitragssatz als einen Grund. Häufigstes genanntes Motiv dieser Befragten mit rund 40 Prozent war „sonstige Gründe“. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Beitragssatz das dominierende Motiv für die Kassenwechsler des SOEP-Datensatzes des Jahres 1997 war. Hinsichtlich der Bedeutung für die Kassenwahl beim Kassenwechsel übertrifft der Beitragssatz jedes einzelne der anderen Motive deutlich.

Eine interessante Größe hinsichtlich der Interpretation der Antworten bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen ist die Summe der prozentualen Nennung aller einzelnen Motive. Aus dieser Summe lässt sich auf die Anzahl der Gründe schließen, die ein Wechsler im Durchschnitt nannte. Bezogen auf alle Wechsler gab ein Wechsler im Durchschnitt 1,3 (135,1 Prozent) Gründe für den Kassenwechsel an. Dieser relativ niedrige Wert zeigt, dass die Wechsler sich bei ihrer Entscheidung tendenziell an einem Parameter – dem Beitragssatz – orientierten. Für die Gruppe der Wechsler lässt sich folgende Aussage formulieren: Können die Ergebnisse des SOEP-Datensatzes als repräsentativ bezeichnet werden, so beweist die empirische Analyse der Wechselmotive die theoretisch angenommene, dominierende Relevanz des Beitragssatzes bei der Wahl der Kasse im Falle eines Kassenwechsels.¹³⁴

Als Nächstes soll die Entscheidungsstruktur der erstmaligen Pflichtmitglieder der GKV im Fokus der Untersuchung stehen. Damit sind Personen gemeint, welche zum ersten Mal pflichtversicherungsspflichtig werden und vor der Entscheidung stehen, welcher Kasse sie beitreten sollen. Für das Marketing von Krankenkassen bedeuten diese Personen eine nicht zu unterschätzende Ziel-

¹³⁴ Es wechselten im Jahr 1996 unter Berücksichtigung der Gewichtungsfaktoren 3,8 Prozent der GKV-Mitglieder des SOEP-Datensatzes, was 1.736.252 Mitgliedern entspricht.

gruppe. So stellte diese Gruppe im SOEP-Datensatz des Befragungsjahres 1997 gewichtet 755.921 Personen oder ca. 1,6 Prozent aller GKV-Mitglieder unter den Befragten. In der Tabelle 4.3 ist das Ergebnis der Analyse der Entscheidungsmotive der Erstmitglieder zusammengefasst dargestellt:

Abbildung 4.3: Gründe für die Kassenwahl von Erstmitgliedern (Angaben in Prozent)

Gründe für die Kassenwahl	Alle Neumitglieder	AOK	Ersatzkassen	BKKn	Innungskassen
Niedrige Beiträge	22,8	19,3	24,0	30,6	27,0
Bessere Leistung	21,6	15,5	24,0	11,0	20,6
Besserer Service	14,9	7,1	20,3	0	13,2
Image	20,3	22,4	24,8	15,4	3,7
Sonstige Gründe	34,3	38,1	30,1	65,1	52,6
Summe	113,9	102,4	123,2	122,1	117,1

Quelle: SOEP '97, eigene Berechnung

Auffällig im Vergleich zu den Motiven der Kassenwechsler ist der mit 22,8 Prozent relativ niedrige Anteil an Beitragssatznennungen und der dafür mit 34,3 Prozent relativ hohe Anteil der *sonstigen Gründe* an den Antworten. Eine Erklärung für die häufige Nennung der *sonstigen Gründe* ist in den besonderen Umständen zu finden, die vorliegen, wenn eine Person zum ersten Mal versicherungspflichtig wird. Hierbei ist es plausibel anzunehmen, dass ein Großteil der beobachteten Personen aufgrund der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vom Status der Familienmitversicherung in den der Pflichtversicherung übertrat. Der hohe Anteil der *sonstigen Gründe* an der Verteilung der Wahlmotive bei BKKn und IKKn kann auf die Wahl des Betriebes bzw. die Berufswahl der Befragten zurückzuführen sein. Dies dürfte vor allem dann der Fall sein, wenn die Befragten ein Handwerk erlernten und daher in eine IKK eintraten, oder weil ihr Betrieb über eine BKK verfügte, in der sie Mitglied wurden. In beiden Fällen kann davon ausgegangen werden, dass zumindest eine gewisse Werbung zu Gunsten der beiden Kassenarten die Entscheidung des Neumitglieds beeinflusste.

Eine von der Kassenart unabhängige Erklärung liegt in der Vermutung einer gewissen Gewohnheitshandlung. Danach werden ein Teil der versicherungspflichtig gewordenen Personen in der Kasse Mitglied, in der sie bereits im Rahmen der Familienversicherung versichert waren. Auf den ersten Blick relativiert die Analyse der Neumitglieder die im Vergleich mit den übrigen Gründen dominierende Bedeutung des Beitragssatzes bei den Motiven der Wechsler. Doch lassen sich die Ergebnisse plausibel nachvollziehen und Gründe finden, warum sich der Beitragssatz bei dieser Personengruppe nicht so prägnant von den anderen Marketinginstrumenten abheben konnte.

Als letzte Zielgruppe sollen die Mitglieder in einer gesetzlichen Krankenkasse betrachtet werden, die sich mit dem Gedanken tragen, ihre Kasse zu wechseln. Mit rund 6,9 Millionen gewichteten Mitgliedern stellte diese Gruppe rund 15 Prozent aller GKV-Mitglieder der SOEP-Befragung des Jahres 1997. Tabelle 4.4 zeigt die Analyse der Antworten dieser Gruppe auf die Frage, welche Kriterien ihrer Meinung nach bei der Wahl der neuen Kasse im Vordergrund stehen.

Abbildung 4.4: Kriterien bei der Wahl einer neuen Kasse (Angaben in Prozent)

Gründe für die Kassenwahl	Alle Mitglieder	AOK	Ersatzkassen	BKKn	Innungskassen
Niedrige Beiträge	63,1	67,9	63,0	51,9	34,5
Bessere Leistung	60,2	58,6	60,5	54,9	89,3
Besserer Service	41,9	43,7	42,9	40,2	13,1
Image	5,5	7,1	4,3	11,0	1,8
Sonstige Gründe	3,5	1,1	4,0	12,9	0
Summe	174,2	178,4	174,7	170,9	138,7

Quelle: SOEP '97, eigene Berechnung

Der Beitragssatz wurde von gut 63 Prozent der Befragten als wichtiges Kriterium für die Wahl einer neuen Kasse im Falle eines Kassenwechsel genannt. Für nicht viel weniger, nämlich rund 60 Prozent, hätten die Leistungen der Kasse ein Entscheidungskriterium bei der Wahl einer neuen Kasse bedeutet. Aber auch dem Faktor *Service* maßen die Befragten, welche sich mit dem Gedanken tragen, ihre Kasse zu wechseln, mehr Gewicht bei als die tatsächlich gewechselten Mitglieder. Nur im *Image* und in *sonstigen Gründen* sahen die bis dato lediglich zu einem Wechsel neigenden Mitglieder keine maßgeblichen Kriterien für die Wahl einer neuen Kasse.

Auffällig ist die hohe Prozentsumme aller wählbaren Kriterien für die Wahl einer neuen Kasse nach einem Kassenwechsel. Hier gaben die Befragten mit durchschnittlich ca. 1,7 Kriterien deutlich mehr Gründe an als die Wechsler mit ca. 1,3. Es hat den Anschein, als würden bei den Überlegungen zu einem Kassenwechsel und der dann notwendigen Wahl einer neuen Kasse mehrere Kriterien miteinbezogen. Im Laufe der intensiveren Beschäftigung mit der Thematik reduzieren die Mitglieder dann ihr Entscheidungsproblem tendenziell auf ein dominantes Kriterium. Die Untersuchung der Motive der drei Mitgliedergruppen *Wechsler*, *Erstmitglieder in der GKV* und *über einen Wechsel nachdenkende Mitglieder* bei der Kassenwahlentscheidung bestätigt die Relevanz des Beitragssatzes. Unter Berücksichtigung der individuellen Begleitumstände jeder der drei Mitgliedergruppen kann somit die theoretisch angenommene Dominanz des Beitragssatzes bei der Kassenwahlentscheidung als empirisch bewiesen angesehen werden.

4.4 Fazit des Kapitels

Im vierten Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche mit dem Instrument der Risikoselektion kompatible Gründe gesetzliche Krankenkassen haben könnten, nach einem möglichst niedrigen Beitragssatz zu streben. Die Analyse zeigte, dass sich aus dem Mitgliederwettbewerb der Kassen ein risikoselektionskompatibles Motiv für den Wunsch nach einem niedrigen Beitragssatz ableiten lässt. Der Beitragssatz, so das Ergebnis der Untersuchung, entfaltet im Mitgliederwettbewerb der Kassen die größte Wirkung. Kassen, die über einen verhältnismäßig niedrigen Beitragssatz verfügen, werden sich demnach im Wettbewerb tendenziell erfolgreicher behaupten können als solche mit einem überdurchschnittlichen Beitragssatz. Der Erfolg im Wettbewerb misst sich in diesem Zusammenhang an dem erzielten Mitgliederzuwachs bzw. -verlust. Demnach verlieren Kassen mit überdurchschnittlichem Beitragssatz Mitglieder, wohingegen vergleichsweise „günstige“ Kassen durch Mitgliederzuwächse gekennzeichnet sind.

Beabsichtigt eine Kasse, im Wettbewerb erfolgreich zu sein bzw. ihren Erfolg zu steigern, so wird sie ihren Beitragssatz minimieren müssen. Es ist für eine Kasse daher rational - sofern sie den Mitgliederbestand maximieren möchte - eine preisorientierte Marketingstrategie zu wählen oder, wenn eine andere Strategie aufgrund besonderer Umstände erfolgversprechender erscheint, zumindest auf die Höhe des Beitragssatzes zu achten. Wobei eine preisorientierte Marketingstrategie nichts anderes bedeutet, als über einen möglichst niedrigen Beitragssatz Mitglieder gewinnen zu wollen.

Es konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der GKV auftreten kann, sofern den Kassen unterstellt wird, sie wollten ihren Beitragssatz möglichst niedrig halten. Mit der Bedeutung des Beitragssatzes als Wettbewerbsinstrument wurde ein Motiv für diese Unterstellung gefunden. Plausibel ist das Motiv aber nur, wenn es gelingt, einen Grund zu finden, warum die Kassen ein Interesse daran haben, ihren Mitgliederbestand maximieren zu wollen. Dieser Ansporn muß, damit es tatsächlich zu Risikoselektion kommen kann, auch mit der Strategie Risikoselektion kompatibel sein.

5. Mögliche Motive der gesetzlichen Krankenkassen für die Attrahierung neuer Mitglieder

5.1 Mitgliederstabilisierung

Das letzte Kapitel zeigte, dass Kassen bestrebt sind, ihren Beitragssatz zu minimieren - wobei sie damit implizit eine der notwendigen Voraussetzungen für Risikoselektion erfüllen - wenn sie beabsichtigen, ihren Mitgliederbestand zu maximieren und sich dabei im Sinne einer optimalen Zielerfüllung rational verhalten. Die so entstandene, zusätzlich notwendige Bedingung in Gestalt eines Motivs der Kassen, den Mitgliederbestand maximieren zu wollen, muss erfüllt sein, um Risikoselektion zumindest theoretisch möglich werden zu lassen. Auch hier gilt es zu beachten, dass ein infrage kommendes Motiv mit dem Instrument Risikoselektion kompatibel sein muss, damit es der Nebenbedingung gerecht werden kann. Sofern die Frage nach der Existenz geeigneter Instrumente zur Risikoselektion ausgeklammert bleibt, ist die Beantwortung der Frage nach den Gründen für eine angestrebte Mitgliedermaximierung der letzte Baustein des normativen Nachweises der potenziellen Gefahr eines Auftretens von Risikoselektion.

Unter Mitgliedermaximierung kann sowohl die Ausweitung als auch die Stabilisierung des Mitgliederbestandes verstanden werden. Daher wird bei der Suche nach geeigneten Motiven die Mitgliedermaximierung in die beiden Komponenten *Mitgliederstabilisierung* und *MitgliederAusweitung* zerlegt.¹³⁵

Je nach Marktposition der einzelnen Kasse kann sich die angestrebte Mitgliedermaximierung in unterschiedlichen operationalen Zielen manifestieren. Die Entwicklung des Mitgliederbestands einer Kasse resultiert aus der Differenz der beiden Stromgrößen *Mitgliederzugang* und *Mitgliederabgang*. Der Beitragssatz – so das Ergebnis des letzten Kapitels – verfügt über die größte Wirkung aller im Mitgliederwettbewerb angewendeten Wettbewerbsinstrumente. Sofern eine Kasse über einen niedrigen Beitragssatz verfügt, ist es daher plausibel anzunehmen, dass ihr Saldo aus Zugängen und Abgängen positiv ausfällt.¹³⁶ In diesem Fall wird sie mit Hilfe der Beitragssatzminimierung das Ziel der Ausweitung des Mitgliederbestandes verfolgen. Liegt hingegen der Beitragssatz einer Kasse überdurchschnittlich hoch, so wird primäres Ziel der Kasse sein, den Mitgliederabfluss, der den Mitgliederzugang übersteigen wird, zu reduzieren, um so den Bestand zu stabilisieren. Gelingt dies langfristig nicht, dann kann die Aufsichtsbehörde in Gestalt des Bundesversicherungsamtes, sofern sie die Leistungsfähigkeit der Kasse als nicht mehr gegeben ansieht, diese Kasse schlie-

¹³⁵ Hinsichtlich der praktischen Relevanz kommt *Haenecke* zu dem Ergebnis, dass die Mitgliedermaximierung im Zielsystem der Kassen eine hervorgehobene Stellung einnimmt (vgl. *Haenecke*, 2001, S.32ff).

¹³⁶ Diese Annahme wird durch die in Abschnitt 6.1 *Resultate des Wettbewerbsprozesses in der GKV* dar-gestellten empirischen Beobachtungen der Entwicklungen der Marktanteile der Kassenarten unterstützt.

ßen.¹³⁷ Im Sinne eines Basis- bzw. Minimalziels verfolgt somit jede Kasse implizit das Ziel der Existenzsicherung, indem mindestens so viele Mitglieder gehalten bzw. neu gewonnen werden sollen, wie nötig sind, um eine Weiterführung der Einrichtung zu ermöglichen (vgl. Haenecke, 2001, S. 32).

Demnach hat eine Kasse, die über einen überdurchschnittlichen Beitragssatz verfügt und aufgrund der Mitgliederverluste Gefahr läuft, geschlossen zu werden, ein Motiv, ihren Beitragssatz zu minieren, um so ihren Mitgliederbestand zu maximieren - also zumindest auf ein existenzsicherndes Maß zu stabilisieren.

Die aus der Existenzsicherung abgeleitete Motivation der Mitgliedermaximierung ist für sich betrachtet kompatibel mit dem Instrument der Risikoselektion. Befindet sich eine Kasse aufgrund zu niedriger Mitgliedszahlen in einer existenzbedrohenden Situation, so besteht die Gefahr, dass es zum Einsatz von Risikoselektion kommt, sofern geeignete Instrumente vorliegen und deren Einsatz im Hinblick auf den Beitragssatz einen höheren Zielerreichungsgrad verspricht als mögliche Alternativverwendungen.

5.2 Motive der Kassen zur Mitgliederausweitung

5.2.1 Öffentliche Aufgabe und Mitgliedergewinnung

Die Konstruktion der gesetzlichen Kassen als Körperschaften des Öffentlichen Rechts schließt zwar die Gewinnerzielung als Motiv für eine Mitgliederausweitung aus, erweitert aber im Gegenzug das Spektrum alternativer Ansätze. Dieser Abschnitt analysiert ein in diesem Kontext prinzipiell in Frage kommendes Motiv, das sich aus der Erfüllung einer Öffentlichen Aufgabe durch die gesetzlichen Kassen herleiten lässt und untersucht seine Kompatibilität mit dem Instrument Risikoselektion.

Nach *Eichhorn*¹³⁸ liegt der Ursprung einer öffentlichen Aufgabe in der Existenz eines öffentlichen Interesses. Dieses wird hierzulande von den legitimierten politischen Instanzen wahrgenommen, artikuliert und durchgesetzt. Auf diese Weise erfolgt die Transformation des öffentlichen Interesses in öffentliche Ziele (Eichhorn, 1983, S. 9).

Aus den öffentlichen Zielen, im Sinne angestrebter Zustände, leiten sich die öffentlichen Aufgaben ab. Die konkrete Formulierung der öffentlichen Aufgabe wird von der Gesetzgebung vorgenommen, wobei je nach regionaler Reichweite des ursprünglichen öffentlichen Interesses bzw. nach rechtlicher Zuständigkeit entweder die staatliche Regierung und Administration oder im kommunalen Bereich die Gemeindevertretung zuständig ist.

Anhand ihrer Zielsetzung können die öffentliche Verwaltung des Bundes, der Länder und Gemeinden sowie deren öffentliche Unternehmen von den privaten

¹³⁷ Die Notwendigkeit der Kassenschließung durch die Aufsichtsbehörde kann auch im Falle des Verlusts der Leistungsfähigkeit aufgrund finanzieller Probleme notwendig werden.

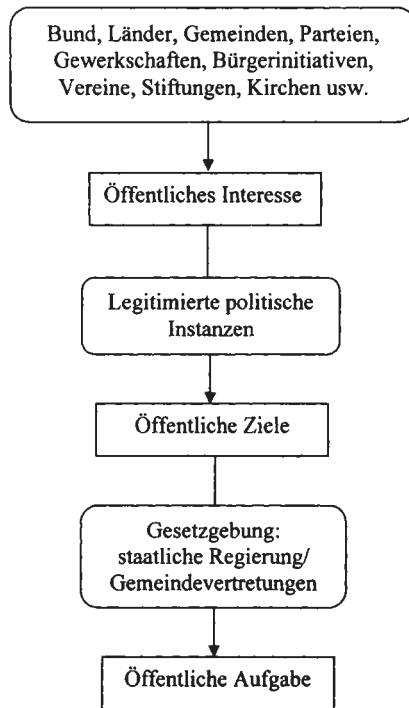
¹³⁸ Eichhorn (1985) S. 177ff.

Haushalten und Unternehmen unterschieden werden: Die öffentlichen Wirtschaftssubjekte verfolgen öffentliche Ziele und dienen damit unmittelbar der Förderung des Gemeinwohls durch die Deckung kollektiver Bedarfe.

Die Erfüllung der öffentlichen Aufgabe obliegt aber nicht notwendigerweise der staatlichen bzw. kommunalen Verwaltung oder eines öffentlichen Unternehmens, auch die Einschaltung privater Unternehmen oder anderer nicht staatlicher Subjekte ist möglich (vgl. Eichhorn, 1985, S. 178).

Die Abbildung 5.1 fasst den geschilderten Zusammenhang zwischen öffentlichem Interesse und öffentlicher Aufgabe zusammen:

Abbildung 5.1: Zusammenhang zwischen öffentlichem Interesse und öffentlicher Aufgabe



Quelle: Eigene Darstellung

Die Formulierung einer öffentlichen Aufgabe bedarf nicht in jedem Fall der konkreten Artikulation eines öffentlichen Ziels. Oftmals bleibt dieses unausgesprochen und es wird nur die aus diesem Ziel abgeleitete öffentliche Aufgabe genannt (vgl. Eichhorn, 1983, S. 11).

Im Falle der Arbeiterversicherung als Vorläufer der jetzigen Sozialversicherung können alle einzelnen Schritte der Entstehung einer öffentlichen Aufgabe identi-

fiziert werden. Zu Anfang stand das öffentliche Interesse an einer stärkeren sozialen Absicherung der Arbeiter, artikuliert durch Gewerkschaften, politische Parteien und die Arbeiterschaft selbst. Der Kaiser - als relevante politische Instanz - formulierte in seiner Thronrede zur Eröffnung des Reichstages vom 17. November 1881 auf Basis des öffentlichen Interesses das politische Ziel, die Arbeiter im Rahmen der Arbeiterversicherung gegen die Folgen von Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter abzusichern. Dem Reichstag oblag die konkrete Formulierung einer aus dem politischen Ziel abgeleiteten öffentlichen Aufgabe, welche er im Falle der Krankenversicherung mit der Verabschiedung des Gesetzes betreffend der Krankenversicherung am 31. Mai 1883 vornahm (vgl. Freich/Frey, 1993, S. 91).

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs übernahm die Bundesrepublik nach Wiedererlangung der rechtlichen Souveränität im Prinzip das bisherige System der Arbeiterversicherung. Als Folge dieser Handlung wurde implizit die bisherige öffentliche Aufgabe der Arbeiterversicherung im Allgemeinen und der Krankenversicherung im Speziellen übernommen.

Für die Krankenversicherung, als ein Zweig der Sozialversicherung, hat der Gesetzgeber im § 1 S.1 SGB (V) folgende Aufgabe vorgegeben: "Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern." Der Gesetzgeber sieht für die Erfüllung dieser Aufgabe keine einer direkten staatlichen Weisung unterworfenen Verwaltungseinheiten vor, sondern Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs.1 SGB (V)). Die Gründe dafür sind in den historischen Wurzeln der Arbeiterversicherung und hier speziell in der Geschichte der Krankenversicherung zu suchen. Bereits vor der Einführung der Arbeiterversicherung bestanden erfolgreich arbeitende Krankenkassen, und der Gesetzgeber übernahm deren Organisation inklusive des Systems der Selbstverwaltung, an dem bis zum heutigen Tage – mit Ausnahme der Zeit des Dritten Reichs¹³⁹ – festgehalten wird (vgl. Peters, 1978, S. 52; Schwenger, 1934, S. 32; Walther, 1998, S. 4).

Ein Merkmal der Körperschaften ist ihre relative Unabhängigkeit. So sollen laut Gesetz die Träger der Sozialversicherung ihre Aufgaben im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgeblichen Rechts in eigener Verantwortung erfüllen (§ 29 Abs.3 SGB (IV)). Folglich sind die Selbstverwaltungen in ihrer Aufgabenerfüllung - im Rahmen der gesetzlichen Regelungen – frei und keinen direkten Weisungen, z.B. denen eines Ministeriums, unterworfen.

Den Krankenkassen gibt das Sozialgesetzbuch (V) als grundsätzliche Aufgabe vor, den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und anhand einer gesundheitsbewussten Lebensführung sowie durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen, z.B. durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder deren Folgen zu überwinden (§ 1 SGB (V)).

¹³⁹ Siehe zu diesem Thema: Lampert (1980) S. 152.

Ob und inwieweit lässt sich aus diesem öffentlichen Auftrag ein Motiv für die Attrahierung neuer Versicherter ableiten ?

Die gesetzlichen Krankenkassen als Selbstverwaltungen haben, ähnlich den Vereinigungen ohne Erwerbscharakter, wie z.B. Vereine, Verbände und Kammern (vgl. Eichhorn, 1984, S. 241), implizit die Aufgabe, das Wohl ihrer Mitglieder, bzw. der Versicherten im Falle der Krankenkassen, zu maximieren. Hierbei müssen die Nebenbedingungen in Form der gesetzlichen Vorgaben, z.B. in Gestalt des Wirtschaftlichkeitsgebotes oder des Leistungskatalogs, berücksichtigt werden. Legt man für die gesetzlichen Kassen den selben Maßstab an wie für öffentliche Verwaltungen oder öffentliche Betriebe, dann sind auch diese darüber hinaus dem Gemeinwohl verpflichtet (vgl. Eichhorn, 1985, S. 177).

Das Gemeinwohl definiert sich in diesem Zusammenhang über die gesamte Versichertengemeinschaft der GKV. Wird nun unterstellt, jede einzelne Kasse versuche, die unter den gegebenen Umständen bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten zu erreichen, so ist es im Sinne einer Maximierung des Gemeinwohls implizit ihre Aufgabe, so viele Versicherte wie möglich zu attrahieren. Je mehr Versicherte von der Kasse mit der besten Versorgung betreut werden, desto größer ist c.p. das Gemeinwohl. Der auf diese Weise induzierte Wettbewerb führt zu einer Steigerung des Gemeinwohls, da die Kassen mit den besten Leistungen die meisten Versicherten attrahieren werden. Insofern ist das Ergebnis identisch mit dem einer klassischen Marktlösung, nur besteht der Anreiz zur Absatzsteigerung nicht in einem höheren Gewinn, sondern in einem gesteigerten Gemeinwohl.

Wird den Kassen eine solche stringente Gemeinwohlorientierung unterstellt, so ergibt sich daraus ein Motiv zur Mitgliederattrahierung. Das aus der öffentlichen Aufgabe abgeleitete und auf der Maximierung des Gemeinwohls basierende Motiv der Mitgliedergewinnung ist aber inkompatibel mit dem Instrument Risikoselektion. Bei der Maximierung des Gemeinwohls wird den Kassen die Absicht unterstellt, möglichst viele Versicherte gewinnen zu wollen, um alle an der optimalen Versorgung partizipieren zu lassen, ohne bestimmte Versicherte vorzätzlich davon auszuschließen, was die Konsequenz von Risikoselektion wäre.

5.2.2 Größenvorteile bei der Versicherungsproduktion

5.2.2.1 Risikoausgleich im Kollektiv als Grundlage der Größenvorteile von Versicherungen

Ebenso wie in der Sachgüterproduktion, erstellen Versicherungen Leistungen anhand der Kombination von Produktionsfaktoren. Das Ergebnis der Versicherungsproduktion, das Wirtschaftsgut Versicherung, ist eine Leistung, die nicht auf den Schadensfall beschränkt ist, sondern als eine davon unabhängige Dauerleistung im Sinne eines Versicherungsschutzes bezeichnet werden kann (vgl. Farny, 1965, S. 8).

Es wird nun der Frage nachgegangen, ob sich bei der Versicherungsproduktion ebenfalls Größenvorteile realisieren lassen, wie dies in der Regel bei der Sachgüterproduktion der Fall ist. Die Besonderheiten bei der Versicherungsproduktion erfordert hierbei, um sämtliche potenziellen Größenvorteile zu erfassen, neben der Betrachtung der klassischen Produktionskosten die Berücksichtigung des versicherungstechnischen Risikos (vgl. Eisen, 1994, S. 102).

Für eine Versicherung, insbesondere wenn sie die Prämien prospektiv festsetzt, ist es von existentieller Bedeutung, wie hoch das Risiko ausfällt, dass die erwartete Schadenshöhe von der tatsächlich realisierten abweicht. In der Literatur gibt es verschiedene Ansätze, die diesem Problem Rechnung tragen sollen.¹⁴⁰ Im Hinblick auf die im Fokus dieser Arbeit stehenden gesetzlichen Krankenkassen und deren spezielle Beitragsberechnung, erscheint es ausreichend, die Vorteile eines großen Versichertenkollektivs anhand des relativen versicherungstechnischen Risikos darzustellen.¹⁴¹ Doch zunächst soll als wahrscheinlichkeitstheoretische Grundlage das Gesetz der großen Zahlen vorgestellt werden.

Eine Versicherung kann die Schadenshöhe eines ihrer Versicherten während einer Periode als eine Zufallsvariable, hier dargestellt durch die Variable X , interpretieren. Die Realisationen dieser Zufallsvariable für jeden Versicherungsnehmer X_1, \dots, X_n des Versichertenkollektivs seien identisch verteilt und unabhängig, mit endlichem Mittelwert μ und endlicher Varianz σ^2 . Definiert man nun die Zufallsvariable X als arithmetischen Durchschnitt dieser Realisationen, dann besagt das Gesetz der großen Zahlen bezüglich der Variable X für jedes $\epsilon > 0$:

$$(5.1) \quad \lim_{n \rightarrow \infty} \Pr[|X - \mu| < \epsilon] = \lim_{n \rightarrow \infty} \Pr[|X - \mu| > \epsilon] = 0.$$

Mit zunehmendem n strebt die Wahrscheinlichkeit, dass das arithmetische Mittel X von seinem wahren Erwartungswert μ absolut um mehr als den beliebig klein wählbaren Wert ϵ abweicht, stets gegen null (vgl. Eisen/Zweifel, 2000, S. 238). Mit Hilfe des Gesetzes der großen Zahlen läßt sich nun das relative versicherungstechnische Risiko einer Versicherung herleiten. Dazu wird der Gesamtschaden eines Versichertenkollektivs L von N Versicherungseinheiten während einer Periode betrachtet:

¹⁴⁰ Vgl. z.B. Albrecht (1982); Eisen/Zweifel (2000) S. 238-240; Kotsch (1991) S. 56ff.

¹⁴¹ Eine Analyse auf Basis z.B. der Ruinwahrscheinlichkeit ist deshalb nicht sinnvoll, da gesetzliche Kassen ihre Beitragssätze so anheben können, dass ein finanzieller Ruin zumindest kurzfristig abgewendet werden kann.

$$(5.2) \quad L_n = \sum_{i=1}^n X_i .$$

Die durchschnittliche Schadenshöhe ergibt sich als

$$(5.3) \quad \bar{X} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i .$$

Fallen die Schäden unabhängig voneinander an, so sind die Kovarianzen zwischen ihnen gleich null und für die Varianz von \bar{X} gilt:

$$(5.4) \quad \text{Var}(\bar{X}) = \frac{1}{n^2} n \sigma^2 = \frac{\sigma^2}{n} ,$$

daraus resultiert der Standardfehler von \bar{X} :

$$(5.5) \quad \sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} .$$

Es folgt nun aus dem Gesetz der großen Zahl (Gleichung (5.1)) unter Zuhilfenahme der Tschebyscheffschen Ungleichung und dem Austausch von ε durch $k\sigma_{\bar{X}}$:

$$(5.6) \quad \lim_{n \rightarrow \infty} \Pr \left[\left| \bar{X} - \mu \right| < \varepsilon \right] = \lim_{n \rightarrow \infty} \Pr \left[\left| \bar{X} - \mu \right| > k\sigma_{\bar{X}} \right]$$

$$\lim_{n \rightarrow \infty} \Pr \left[\left| \bar{X} - \mu \right| > k \cdot \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \right] = 0$$

Unter Berücksichtigung der Gleichung (5.6) lässt sich das relative versicherungstechnische Risiko als Wahrscheinlichkeit definieren, dass der durchschnittliche Schaden den Erwartungswert um mehr als das k -fache übersteigen kann. Mit wachsender Kollektivgröße nimmt die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines solchen Vorfalles aber ab und strebt theoretisch gegen null (vgl. Eisen/Zweifel, 2000, S. 239).

Unter den getroffenen Annahmen gilt demnach, dass mit zunehmender Kollektivgröße die Wahrscheinlichkeit einer Diskrepanz aus erwarteter und realisierter mittlerer Schadenshöhe abnimmt. Eine Versicherung kann folglich durch einen

hohen Versichertenbestand das Risiko, eine unerwartet hohe Schadenssumme tragen zu müssen, verringern.¹⁴²

Welche Erkenntnisse können für die gesetzlichen Krankenkassen aus dem präsentierten Modell abgeleitet werden? In der Realität der GKV werden nicht alle modelltheoretischen Annahmen erfüllt, wie z.B. die Gleichverteilung der Zufallsvariable Leistungsausgaben, aber grundsätzlich sind die Ergebnisse übertragbar. Demnach besteht für eine kleine Kasse ein höheres Risiko, dass die tatsächlichen Leistungsausgaben unerwartet stark vom Erwartungswert abweichen. Es besteht daher für eine kleine Kasse eher die Gefahr größer, einen überproportionalen Anteil an z.B. Hochrisiken unter ihren Versicherten zu haben, als für eine großen Kasse. Dies kann je nach relativer Häufigkeit zum Verlust der Existenz- bzw. Wettbewerbsfähigkeit und damit zur Schließung der Kasse führen. Ein großes Versichertenkollektiv kann die Kasse vor einem überproportionalen Anteil von Hochrisiken schützen und die Ruinwahrscheinlichkeit senken. Im Hinblick auf die Senkung des Risikos unerwartet hoher Leistungsausgaben dürfte einer Kasse daher daran gelegen sein, ihren Versichertenbestand möglichst weit auszudehnen.

Dies widerspricht aber dem Prinzip der Risikoselektion, denn das Gesetz der großen Zahlen impliziert mit zunehmender Kollektivgröße eine dem Erwartungswert annähernde Leistungsausgabenhöhe. Der Erwartungswert wird sich aber mit zunehmender Kollektivgröße dem Erwartungswert des gesamten GKV-Kollektivs annähern. Das Ziel der Risikoselektion ist es aber, gerade keine durchschnittliche Risikostruktur zu besitzen. Folglich ist eine Kasse, bei der die Risikoselektion im Vordergrund steht, in der Möglichkeit beschränkt, die Ruinwahrscheinlichkeit über die Ausweitung des Versichertenkollektivs zu senken. Das Argument des Risikoausgleichs im Kollektiv ist folglich ein Motiv zur Mitgliedererwerb, welches sich nur bedingt mit dem Instrument der Risikoselektion vereinbaren lässt.

5.2.2.2 Größenvorteile und die Frage der optimalen Betriebsgröße einer Versicherung

Für Unternehmen bildet die Kostenführerschaft eine der dominanten Wettbewerbsstrategien. Ziel der Strategie ist es, mit Hilfe eines Kostenvorsprungs innerhalb der Branche einen Wettbewerbsvorteil über einen niedrigeren Preis zu erreichen. Allgemein gilt die Betriebsgröße hierbei als eine der strategischen Erfolgsfaktoren (vgl. Kaluza, 1991, S. 252).

Bedeutet die Betriebsgröße aufgrund ihrer Wirkung auf die Kosten der Produktion für eine gesetzliche Krankenkasse ebenfalls eine strategische Erfolgsgröße,

¹⁴² Damit sinkt aber auch die Wahrscheinlichkeit eines unterdurchschnittlichen Schadenaufkommens.

so stellt sie ein Wettbewerbsinstrument der Preisstrategie dar. Ein Motiv für eine Erhöhung des Mitgliederbestandes lässt sich aber aus der Funktion als Wettbewerbsinstrument nicht ableiten. Denn das Ziel der Preisstrategie ist es, über einen niedrigen Beitragssatz möglichst viele Mitglieder zu attrahieren. Die Betriebsgröße ist folglich Instrument und kann nicht gleichzeitig als Motiv für ihren Einsatz dienen.

Es besteht aber noch eine andere Argumentationslinie, über die eine Beziehung zwischen dem Motiv der Expansion einer Kasse und den Kostenwirkungen der Betriebsgröße hergeleitet werden kann. Als Bindeglied fungiert das im Sozialgesetzbuch verankerte Gebot der Wirtschaftlichkeit. Führt eine Ausweitung der Betriebsgröße, die faktisch mit einer Erhöhung der Mitgliederzahl gleichzusetzen ist, zu geringeren Kosten und c.p. zu niedrigeren Beiträgen, so ist die Kasse im Interesse ihrer Mitglieder angehalten, diese Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

Die erwarteten Größenvorteile setzen sich hauptsächlich aus den Wirkungen von Skalen- und Verbundvorteilen sowie dem Erfahrungskurveneffekt zusammen. Im Falle der Skaleneffekte wird erwartet, dass sich eine bessere Ausnutzung nicht teilbarer Produktionsfaktoren kostensenkend auf die Gütererstellung auswirkt. Die gleiche Kostenwirkung wird in der Ausnutzung von Verbundeffekten gesehen. Hierbei werden Eigenschaften von Produktionsfaktoren im Produktionsprozess eingesetzt, welche bisher in dieser Form nicht genutzt worden sind (Holzheu, 1991, S. 537/538). Der Erfahrungskurveneffekt beschreibt erfahrungsbedingte Kostendegressionseffekte bei der Produktion großer Mengen (Kaluza, 199, S. 253). Diese Größen- und Verbundvorteile sind nicht nur auf die Produktion von Sachgütern beschränkt, sondern auch in reinen Dienstleistungsbereichen, wie z.B. in der Versicherungsbranche, denkbar (Eisen, 1994, S. 103). In der Theorie besteht demnach, zumindest bis zu einer gewissen Grenze, ein negativer Zusammenhang zwischen den Produktionskosten pro Stück und der Betriebsgröße. Damit lässt sich vermuten, dass es ebenfalls eine optimale Betriebsgröße gibt, bei der die Kosten minimal sind und sich eine Kostenführerschaft realisieren lässt. Auf Basis dieser Überlegung hat eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen für verschiedene Branchen versucht, die optimale Betriebsgröße zu finden bzw. die Existenz von signifikanten Größenvorteilen nachzuweisen.¹⁴³ Für die Versicherungsbranche konnte aber bislang keine Klarheit in der Frage nach generellen Größenvorteilen geschaffen werden. Arbeiten über die gesetzlichen Kassen existieren m.W. zu diesem Thema nicht. Allerdings konnte *Kaluza (1991)* für private deutsche Krankenversicherungen Kostensenkungseffekte zumindest bei den Verwaltungskosten nachweisen.

Es bleibt aber zu bedenken, dass selbst wenn sich mit Hilfe der angesprochenen Effekte bei der Verwaltung der gesetzlichen Kassen Kostendegressionseffekte realisieren ließen, die Verwaltungskosten lediglich zwischen drei und fünf Pro-

¹⁴³ Siehe dazu Stigler (1958), Eisen (1994) für Lebensversicherungen und Kern (1995) für private Krankenversicherungen sowie die dort angegebene Literatur.

zent der Gesamtausgaben ausmachen. Die Höhe des potenziellen, absoluten Einsparungspotenzials ist demnach beschränkt. Unter diesen Umständen erscheint es wenig wahrscheinlich, dass die Realisation von Größenvorteilen ein dominierendes Ziel von gesetzlichen Kassen darstellt.¹⁴⁴

Der Wettbewerb rückt auch Kosten und Effizienz der Verwaltung in den Blickpunkt jeder einzelnen Kasse, und jede im Wettbewerb stehende Kasse wird bestrebt sein, die Wirtschaftlichkeit ihrer Administration zu steigern. Hierin ein Hauptmotiv für die Ausweitung der Mitgliederzahl zu suchen, erscheint, aufgrund des fehlenden Wirkungsnachweises, vor allem aber wegen des relativ geringen Einsparpotenzials, ebenfalls wenig plausibel.

Die bisherige Analyse setzte implizit voraus, dass sich durch die Ausweitung der Versichertenzahl einzig der beabsichtigte positive Effekt einer Kosteneinsparung und/oder Risikosenkung einstellt. Unter gewissen Voraussetzungen kann die Ausweitung aber auch negative Effekte für die Kasse bzw. ihre Versicherten generieren.

5.2.3 Sonderfall Betriebskrankenkassen¹⁴⁵

Eine Betriebskrankenkasse ist ursprünglich eine von Arbeitgeber und Arbeitnehmern gemeinsam errichtete, finanzierte und verwaltete Einrichtung.¹⁴⁶ Bei der Errichtung muss die Mehrzahl der versicherungspflichtigen Beschäftigten des Unternehmens dem Vorhaben zustimmen. Bis zur Einführung der freien Kassenwahl im Jahre 1996 war die Mitgliedschaft in einer BKK nur den Beschäftigten des Trägerunternehmens vorbehalten.¹⁴⁷ Aus der gemeinsamen Trägerschaft von Arbeitnehmern und Arbeitgebern und der ausgeprägten Betriebsbezogenheit kann auf eine enge Verbindung zwischen BKK, Versicherten und Trägerunternehmen geschlossen werden. Auf dieser Grundlage können sowohl Versicherte als auch das Unternehmen von der Existenz einer BKK profitieren (vgl. Cassel, 1999, S. 12).

Aus Sicht der Versicherten liegen die Vorteile in der örtlichen Nähe zur Krankenversicherung, einer flexibleren Betreuung und der Reduktion von Bürokratiekosten. So kann der Kontakt mit der Kasse während der Arbeitszeit geregelt werden, ohne dafür auf Freizeit verzichten zu müssen. Darüber hinaus können

¹⁴⁴ Ein Blick auf die am Wettbewerb teilnehmenden Kassen zeigt zudem, dass insbesondere große Kassen relativ hohe Verwaltungskosten verursachen. Diese lassen sich aber zum Teil mit dem - zumindest quantitativ - höheren Serviceangebot, z.B. in Form eines dichteren Geschäftsstellennetzes, erklären.

¹⁴⁵ Die in diesem Abschnitt genannten Argumente sind im Prinzip auf die Innungskrankenkassen übertragbar.

¹⁴⁶ Zur Geschichte der Betriebskrankenkasse vgl. Friede (1974).

¹⁴⁷ Rentner konnten ebenfalls Mitglied in der BKK sein, sofern diese vorher im Mutterbetrieb beschäftigt waren (vgl. Hamer/Wagener, 1990, S. 222).

Fahrt- bzw. Telefonkosten eingespart werden, die bei Kontakt mit „externen“ Krankenversicherungen anfallen würden (Hamer/Wagener, 1990, S. 204).

Aus der Betriebsnähe ergibt sich für die BKK ein umfassender Einblick in die betriebsspezifischen Ursachen- und Risikokonstellationen primär arbeitsbedingter Erkrankungen. In Unternehmen treten oftmals aufgrund der spezifischen Arbeitsbelastung gleichartige Krankheiten auf. Eine engagierte BKK kann bei solchen Indikationen versuchen, besonders leistungsfähige Therapieanbieter zu identifizieren und ihren Versicherten zu empfehlen. Anhand einer optimalen Diagnose, Therapie und Rehabilitation lässt sich so die Qualität der Versorgung – zum Wohle des Versicherten - verbessern und meist auch verbilligen (Cassel, 1999, S. 28).

Für das Unternehmen können sich durch die BKK auf zwei Ebenen Vorteile ergeben. Durch den örtlichen und persönlichen Kontakt unterstützt die BKK die Personalabteilung, die zudem nun nur noch mit einem Träger der gesetzlichen Krankenkasse - der sich darüber hinaus noch im eigenen Hause befindet - kooperieren muss. Auf diese Weise lassen sich Transaktionskosten vermindern, was sich positiv auf die Verwaltungskosten auswirkt (Friede, 1974, S. 62).

Zudem handelt es sich bei einer BKK meist um eine vergleichsweise kleine Versicherungsgemeinschaft, welche nicht zuletzt wegen der gemeinsamen Betriebszugehörigkeit überschaubar ist. Diese Konstellation fördert die Solidarität innerhalb der Gemeinschaft, aber auch die interpersonelle Kontrolle der Leistungsanspruchnahme. Jedes Mitglied sieht einen direkteren Zusammenhang zwischen den empfangenen Leistungen und den Beitragszahlungen. Die Gefahr von Moral-Hazard-Verhalten nimmt dadurch ab, was sich positiv auf die Leistungsausgaben auswirken kann (Cassel, 1999, S. 13).

Die interpersonelle Leistungskontrolle senkt nicht nur die Leistungsanspruchnahme, sondern wirkt sich darüber hinaus positiv auf die Höhe der Fehlzeiten aus und hilft auf diese Weise, die Personalkosten zu reduzieren. Ist die Qualität der Versorgung im Krankheitsfall höher als bei anderen Kassen, senkt die Existenz einer BKK ebenfalls die Fehlzeiten der Belegschaft (Cassel, 1999, S. 22).

Nicht direkt quantifizierbar ist der positive Effekt, der von der Selbstverwaltung und der Zusammenarbeit innerhalb der BKK ausgeht. Die BKK kann hierbei zum Stabilisierungsfaktor der betrieblichen Sozialordnung und zur beispielhaften Institution des Ausgleichs verschiedenartiger Interessen im Betrieb werden (Friede, 1974, S. 62). Zudem eröffnet die enge organisatorische Bindung an den Betrieb die Möglichkeit, dass sich die Mitglieder der BKK mit der Einrichtung persönlich identifizieren. In diesem Fall könnte eine aus der Mitgliedschaft in der BKK erwachsene, gesteigerte Betriebsidentifikation und Solidarität zu einer höheren Produktivität der Mitarbeiter führen (Hamer/Wagener, 1990, S. 206).

Es zeigt sich, dass die spezielle Konstellation einer BKK für die Versicherten und die Unternehmen Vorteile bringen kann. Mit dem GSG nahm der Gesetzgeber einige Veränderungen vor, die auch die Betriebskrankenkassen betrafen und die Konstellation veränderte, unter deren Gültigkeit die Vorteile einer betrieblichen Versicherung abgeleitet wurden. Nach § 173 Abs.2 Satz 4 SBG (V) kann

eine Betriebskrankenkasse nun auch betriebsfremde Mitglieder aufnehmen, sofern sie ihre Satzung dementsprechend modifiziert. In diesem Fall wird eine BKK als „geöffnet“ bezeichnet. Jede Betriebskrankenkasse steht nun vor der Entscheidung, sich zu öffnen oder auch weiterhin nur Betriebsangehörige aufzunehmen. Bleibt eine BKK geschlossen, so ändert sich für die Kasse und die Versicherten grundsätzlich nichts. Es besteht aber die Gefahr, dass Mitglieder aufgrund des Wahlrechts in andere Kassen abwandern. Für eine geschlossene BKK ist es dann schwierig, den Abfluss an Mitgliedern zu kompensieren. Im Extremfall kann eine Kasse auf diese Weise ihre Existenzfähigkeit verlieren. Beschließt eine BKK dagegen, sich zu öffnen, erwachsen daraus Konsequenzen für die Kasse und auch für die bisherigen Versicherten. Attrahiert eine BKK betriebsfremde Mitglieder, so nimmt die absolute Verwaltungsarbeit der Kasse zu. Es können nun, wie in Abschnitt 5.2.2.2 beschrieben, u.U. Kostendegressionsvorteile erzielt werden. Es besteht aber die Gefahr, dass, bedingt durch eine verhältnismäßig große Anzahl von betriebsfremden Mitgliedern, die Konzentration auf die betriebseigenen Mitglieder nachlässt. Dies wird umso wahrscheinlicher, wenn das Mutterunternehmen nicht länger (oder bei neu gegründeten BKKn von Anfang an) nicht bereit ist, die Personalkosten der Kasse zu übernehmen und diese mit Verweis auf den § 147 Abs.2 SGB (V) auf die BKK abwälzt.

Was die Versorgungsqualität der betriebsfremden Versicherten anbelangt, so kann die eigentliche Stärke einer BKK bei diesem Personenkreis nicht voll zur Wirkung kommen. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Versorgung dadurch schlechter sein muss als die anderer Kassenarten. Der besondere Vorteil einer Kasse, welche das Arbeitsumfeld des Mitglieds genau kennt und auch über eine stärkere persönliche Bindung verfügt, kann sich bei externen Mitgliedern, die u.U. mehrere hundert Kilometer vom Betrieb entfernt wohnen und in einer vollkommen anderen Branche tätig sind, nicht einstellen.¹⁴⁸

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Die Mitgliederexpansion einer Krankenkasse, welche in der bisherigen Analyse nur Vorteile für die Kasse und deren Versicherte brachte, kann im Falle einer BKK auch nachteilige Effekte generieren. Eine Ausweitung des Mitgliederbestandes, sofern diese über die Attrahierung von betriebsfremden Mitgliedern erfolgt, kann die Versorgungsqualität der bisher in der BKK versicherten Personen verschlechtern. Ferner ist es einer BKK nicht möglich, den betriebsfremden Mitgliedern die gleiche Versorgungsqualität zu bieten, zu der sie bei betriebseigenen in der Lage ist. Verfolgt eine Betriebskrankenkasse das Ziel, ihren betriebseigenen Versicherten eine möglichst gute Versorgung zu bieten, so sprechen die angeführten Argumente dafür, die Kasse geschlossen zu lassen. Dies gilt umso mehr, je größer das Versichertenkollektiv aufgrund der Größe des Mutterunternehmens ist.

¹⁴⁸ Einige BKKn versuchen, diesen Nachteil durch die Konzentration auf eine Branche abzumildern.

5.2.4 Der Zusammenschluss von gesetzlichen Krankenkassen

Das SGB (V) bietet die Möglichkeit des Zusammenschlusses zweier oder mehrerer Kassen einer Kassenart. Dies gilt für Allgemeine Ortskrankenkassen, Ersatzkassen, Innungs- und Betriebskrankenkassen.

Sofern sie weiterhin geschlossen bleiben, bietet ein Zusammenschluss den Betriebs- oder Innungskrankenkassen die Möglichkeit, ihren Versichertenbestand zu erhöhen, ohne den bisherigen Arbeitsschwerpunkt ändern zu müssen. Auf diese Weise bleiben die ursprünglichen Strukturen bestehen und die Vorteile einer betriebsnahen Betreuung können auch weiterhin ausgenutzt werden. Darüber hinaus ist es der neu entstandenen „Fusionskasse“ möglich, die bereits angesprochenen potentiellen Größenvorteile zu realisieren und ihre Ruinwahrscheinlichkeit zu senken. Dies gilt unabhängig von der Kassenart.

Die Einführung des GSG im Jahre 1993 führte zu merklichen Verhaltensänderungen der Kassen und mündete in einer stark veränderten „Kassenlandschaft“. Vor allem bei den zuvor regional strukturierten Kassenarten, wie BKK, AOK und IKK, ließen sich bereits in den Folgejahren starke Konzentrationstendenzen beobachten. Diese Reaktion kann als Versuch interpretiert werden, die eigene Wettbewerbsposition durch Realisierung u.a. von Größenvorteilen und Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu stärken (vgl. Cassel, 1999, S. 9).

Die Tabelle 5.1 zeigt deutlich die starken Konzentrationstendenzen in der GKV, insbesondere innerhalb der letzten zehn Jahre. Die Anzahl der Kassen nahm zwar zwischen 1980 und 1990 die Anzahl der Kassen ebenfalls ab, aber nicht so stark wie in den folgenden zwölf Jahren.¹⁴⁹ Dabei ist die beschleunigte Abnahme nach der Einführung des GSG von besonderer Bedeutung.

Mit Blick auf die Entwicklung der Kassenanzahl gilt es aber zu beachten, dass nicht die gesamte beobachtbare Reduktion auf die Fusion von Kassen zurückgeführt werden kann. Ein Teil der Verringerung der Kassenanzahl resultierte aus Kassenschließungen. Zudem kam es bei den Betriebskrankenkassen im betrachteten Zeitraum auch zu Kassenneugründungen (vgl. Cassel, 1999, S. 46).

Die starken Konzentrationstendenzen im Zeitverlauf, besonders die Entwicklung nach Einführung des GSG, unterstützen anscheinend die Theorie, dass der anstehende Mitgliederwettbewerb die Kassen dazu veranlasst hat, auf dem Wege der Fusionen eine höhere Wirtschaftlichkeit und damit zugleich bessere Wettbewerbschancen zu erzielen. Zumindest widersprechen die Zahlen dieser Annahme nicht. Es kann aber als sicher angenommen werden, dass darüber hinaus auch andere Faktoren an der Entwicklung der letzten zwanzig Jahre beteiligt waren.

¹⁴⁹ Abgesehen von der wiedervereinigungsbedingten Erhöhung der Kassenanzahl zu Anfang der neunziger Jahre.

Tabelle 5.1: Entwicklung der Anzahl der gesetzlichen Kassen, gegliedert nach Kassenarten (Gesamtdeutschland zu Jahresbeginn)¹⁵⁰

Jahr	AOKn	BKKn	IKKn	EAN ¹⁵¹	EAR ¹⁵²	GESAMT
1980	271	853	156	7	8	1295
1990	267	692	152	7	8	1026
1993	269	744	169	7	8	1197
1995	92	690	140	7	8	937
1996	20	532	53	7	8	620
1997	18	457	43	7	7	532
1998	18	386	43	7	6	460
1999	17	361	42	7	6	433
2000	17	337	32	7	5	398
2001	17	318	28	7	5	375
2002	17	287	25	7	5	341

Quelle: BMG (2001); Eigene Erhebung für 2002

Schlossen sich die Kassen mit der Absicht zusammen, Kostendegressionsvorteile auf Basis einer höheren Versichertenanzahl zu realisieren, so gingen sie implizit davon aus, dass die Kassengröße einen signifikanten Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit hat. Dies wiederum spräche für die Relevanz des betriebswirtschaftlichen Motivs der Kostendegressionsvorteile bei der Suche nach den Triebfedern der Expansionsbestrebungen gesetzlicher Krankenkassen. Wenn Größenvorteile tatsächlich ein signifikantes Motiv abgaben, dann stellt sich die Frage, warum die Kassen diese Möglichkeit nicht intensiver genutzt haben und es nicht zu weiteren Fusionen gekommen ist. Dies könnte daran gelegen haben, dass die Kassen ihre optimale Betriebsgröße erreicht zu haben glaubten. In diesem Fall bestünde die Motivation, Mitglieder zu attrahieren, um Kostendegressionsvorteile zu erzielen, allerdings nicht mehr, denn eine Zunahme würde den Verlust der optimalen Betriebsgröße bedeuten.

Zusammenfassend muss dem Argument des Kostendegressionsvorteils ein gewisses Gewicht zugestanden werden. Dennoch bleibt es zweifelhaft, ob ihm eine treibende Kraft im Hinblick auf die Absicht nach Mitgliederwachstum zugebilligt werden kann.

¹⁵⁰ Ohne die Bundesknappschaft, See- und Landwirtschaftskrankenkasse.

¹⁵¹ Angestellten Ersatzkassen (EAN).

¹⁵² Arbeiter Ersatzkassen (EAR).

5.3 Anreize zur Ausweitung des Mitgliederbestandes auf Mikroebene der Kassenorgane

5.3.1 Die einzelnen Organe der Kassen

Die bisherige Analyse dieses Kapitels widmete sich der Frage, welchen Anreiz eine Kasse haben könnte, ihren Mitgliederbestand zu maximieren. Hierbei galt eine Kasse stets als eine homogene Einheit, deren beobachtbare Aktivitäten, ebenso wie mögliche Motive zur Mitgliederausweitung, als Ergebnis eines widerspruchslosen bzw. eindeutigen internen Zielsystems angesehen wurden. Gleichwohl handelt es sich bei einer Krankenkasse, ebenso wie bei allen anderen organisatorischen Einheiten, um einen Zusammenschluss aus mehreren Individuen mit mehr oder weniger unterschiedlichen Interessenlagen.

Mögliche, im Hinblick auf die Motivsuche relevante Interessensunterschiede der Kollektivmitglieder rühren aus den unterschiedlichen Aufgabenstellungen bzw. Tätigkeiten der Personen her, welche dem Betrieb angehören. Entsprechend ihrer Funktion lassen sich die für eine Kasse tätigen Personen in folgende drei Gruppen bzw. Organe einteilen:

- a. Verwaltungsrat
- b. Kassenvorstand
- c. Personal für die Durchführung der notwendigen Geschäfte (Verwaltungspersonal)

a. Verwaltungsrat

Der Verwaltungsrat ist das Selbstverwaltungsorgan der gesetzlichen Krankenkassen. Die Mitglieder des Rates werden im Zuge der Sozialwahlen berufen (§ 45 SGB (IV)). Im Fall der am Wettbewerb teilnehmenden Kassen besteht das Gremium aus Vertretern der Arbeitgeber und mindestens zur Hälfte aus Versichertenvertretern (§ 44 Abs.1 Nummer 1 und Abs.4 SGB (IV)).¹⁵³

Nach § 197 SGB (V) fällt Verwaltungsrat u.a. die Aufgabe zu, die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen, den Vorstand zu überwachen, alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind, den Haushaltsplan festzustellen, über die Entlastung des Vorstands zu beschließen und die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten.

b. Kassenvorstand

Der Gesetzgeber legte die Geschäftsführung einer gesetzlichen Krankenkasse der Kassenarten AOK, BKK, IKK und Ersatzkasse mit der Einführung des GSG

¹⁵³ Eine Ausnahme bilden die Ersatzkassen, bei denen der Verwaltungsrat ausschließlich aus Versichertenvertretern besteht.

in die Hand eines hauptamtlichen Vorstands, um so den aus dem Wettbewerbsprozess erwarteten, höheren Ansprüchen an die Kassenführung Rechnung zu tragen. Die Wahl eines qualifizierten Vorstands¹⁵⁴ und des aus ihm hervorgehenden Vorsitzenden ist Aufgabe des Verwaltungsrates.¹⁵⁵ Letzterer verhandelt mit dem Vorstand über die Vergütung der Position, da keine konkreten gesetzlichen Vorgaben über die Höhe und die Bestandteile des Vorstandsgehaltes existieren. Die Hauptaufgabe des Vorstands liegt in der Verwaltung des Versicherungsträgers, wobei er die Kasse grundsätzlich gerichtlich und außergerichtlich vertritt. Daneben ist er verpflichtet, dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von grundsätzlichen Entscheidungen, der finanziellen Situation und der voraussichtlichen Entwicklung der Kasse zu berichten. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, und eine Wiederwahl ist grundsätzlich möglich (SGB IV § 35a Abs. 1, 2 u. 3).

c. Personal für die Durchführung der notwendigen Geschäfte (Verwaltungspersonal)

Das Verwaltungspersonal wird benötigt, um die notwendigen Geschäfte durchführen zu können. Aus der Anstellung bei einer gesetzlichen Krankenkasse erwachsen keine grundsätzlichen Unterschiede zu anderen Beschäftigungsverhältnissen mit der Ausnahme, dass die Vergütung in Anlehnung an den Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) erfolgt.¹⁵⁶

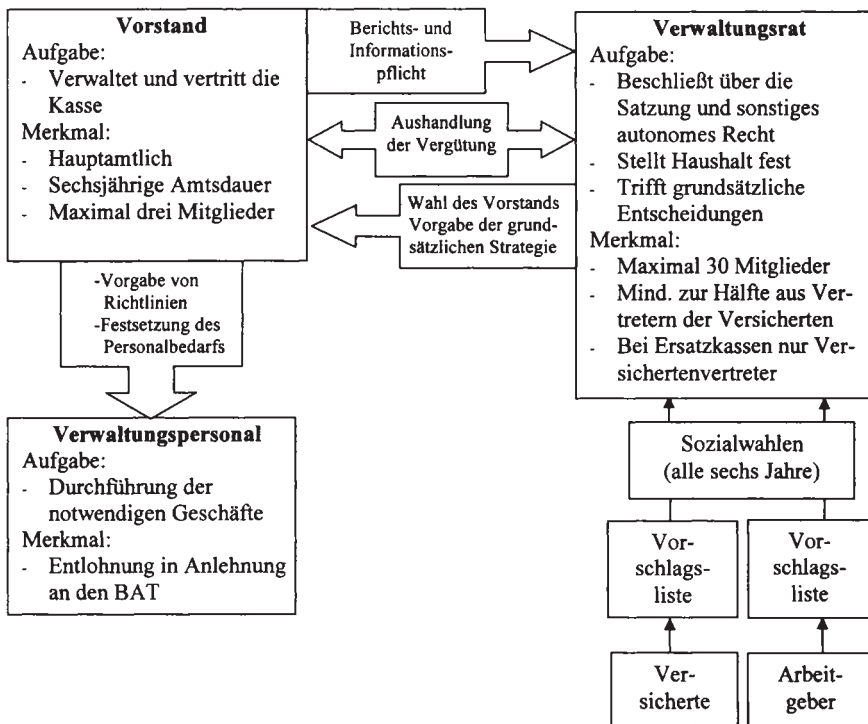
Die Beziehung zwischen den drei Gruppen und ihre jeweiligen Hauptaufgaben sind in der Abbildung 5.2 dargestellt:

¹⁵⁴ Eine genaue Beschreibung der Anforderung gibt der § 35a Abs.6 SGB (IV) vor.

¹⁵⁵ Sofern der Arbeitgeber bei einer BKK auf seine Kosten das notwendige Personal bereitstellt, bedarf die Bestellung der Mitglieder des Vorstands der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat (§ 35a Abs.5 Satz 2 SGB(IV)).

¹⁵⁶ Eine Ausnahme bildet eine BKK, sofern der Arbeitgeber das Personal auf eigene Rechnung stellt

Abbildung 5.2: Aufgabenstellung der Organe einer gesetzlichen Krankenkasse der Kassenarten Ort-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkasse und deren Beziehung zueinander



Quelle: In Anlehnung an Beske/Hallauer, 1999, S. 84.

Im Zusammenspiel aller drei Organe erfüllt eine Kasse die ihr vom Gesetzgeber zgedachten Aufgaben. Bei den in diesem Zusammenhang von der Kasse durchgeführten Aktivitäten handelt es sich um Ergebnisse eines Entscheidungsprozesses, an dem direkt oder indirekt und zudem mit unterschiedlichem Gewicht alle drei Gruppen beteiligt sind. Welche Entscheidung innerhalb des von den gesetzlichen Regelungen determinierten Handlungsspielraums getroffen wird, hängt von der Einflussmöglichkeit der einzelnen Organe und deren Fähigkeit, ihre Interessen im Entscheidungsprozess durchzusetzen, ab. Demzufolge ist die Suche nach einem „Kassenmotiv“ nicht mehr ausreichend. Es gilt nun zu fragen, welches Interesse die einzelnen Gruppen innerhalb einer Kasse an einer Ausweitung des Mitgliederbestandes haben könnten, das mit dem Instrument der Risikoselektion kompatibel ist und ob sie in der Lage sind, ihre diesbezüglichen Vorstellungen durchzusetzen.

Die Prämisse der Kompatibilität zur Risikoselektion schließt hierbei die bereits thematisierte Motivation der Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe und der damit verbundenen Förderung des öffentlichen Wohls als primäre bzw. verhaltensdeterminierende Triebfeder der drei Organe aus. Sofern tatsächlich potenzielle, kostenrelevante Größenvorteile existieren, mag es durchaus im Interesse der Entscheidungsträger liegen, diese auch zu realisieren. Die Motivation für eine Ausdehnung des Mitgliederbestandes kann aber aus dem Blickwinkel der Risikoselektion nicht aus dem Wirtschaftlichkeitsprinzip abgeleitet werden, stehen doch beide, Risikoselektion und Wirtschaftlichkeitsprinzip, in einem konträren Verhältnis zueinander. Kommt es also zur Realisierung von Kostenvorteilen als Folge eines gestiegenen Mitgliederbestandes, welcher mit Hilfe von Risikoselektion erreicht wurde, so kann diese Art der Kostendegression nicht das dominierende Ziel gewesen sein, sondern stellt in diesem Fall nur einen flankierend wirkenden, positiven Nebeneffekt dar. Auch der Risikoausgleich im Kollektiv ist ein Ziel, das nicht gänzlich kompatibel mit dem Instrument Risikoselektion ist und daher in diesem Zusammenhang nicht als Handlungsmotiv taugt.

Nachdem die bislang identifizierten Motive nicht erklären können, warum die Entscheidungsträger einer Kasse, u.U. auch mit Hilfe von Risikoselektion, den Mitgliederbestand ausweiten möchten, soll das Interessensspektrum sowie der Rahmen der Entscheidungsmöglichkeiten jeder der drei Kassenorgane im Hinblick auf die Kompatibilität mit dem Instrument Risikoselektion analysiert werden. Aufgrund der geringsten Einflussmöglichkeit auf die Entscheidungsfindung wird mit dem Verwaltungspersonal begonnen.

5.3.2 Mögliche Motive des Verwaltungspersonals

Je höher der Mitgliederbestand einer Kasse, desto sicherer ist c.p. deren Fortbestand. Zwar kommt es im Verhältnis zu der Gesamtzahl der gesetzlichen Kassen relativ selten vor, aber dennoch besteht zumindest theoretisch die Gefahr, dass eine Kasse aufgrund zu niedriger Mitgliedszahlen ihre Leistungsfähigkeit verliert und von der Aufsichtsbehörde geschlossen werden muss, was den Verlust des Arbeitsplatzes der Mitarbeiter bedeuten würde.¹⁵⁷ Ein weiterer mit einer hohen Mitgliederzahl einhergehender positiver Effekt liegt in den günstigeren Karrieremöglichkeiten der Beschäftigten. Je mehr Mitglieder eine Kasse betreut, desto mehr Verwaltungspersonal ist notwendig, selbst wenn u.U. Skalenerträge realisiert werden können. Für die Angestellten nehmen die Aufstiegsmöglichkeiten mit der Zahl der Mitglieder zu, da auch die Anzahl der Positionen mit Personalverantwortung ansteigt. Die Karrieremöglichkeiten stellen sich daher in einer großen Kasse c.p. günstiger dar als in einer kleinen.

Beide Argumente sprechen dafür, dass die Angestellten einer gesetzlichen Kasse ein Interesse an einem möglichst hohen Mitgliederbestand haben. Darüber hin-

¹⁵⁷ Vgl. Abschnitt 5.1 *Motive der Kassen zur Mitgliederstabilisierung: Sicherstellung der Leistungsfähigkeit.*

aus spricht nichts grundsätzlich gegen den Einsatz von Risikoselektion, um dieses Ziel zu erreichen.

Das Verwaltungspersonal besitzt zwar formal keinerlei Einflussmöglichkeit auf die strategische Ausrichtung bzw. die Entscheidungen der Kassenführung, es kann aber indirekt auf die Entscheidungsträger einwirken. Zudem erfordert ein erfolgreiches Management eine engagierte und überzeugte Belegschaft, die sich mit den Zielen der Führung identifiziert.

5.3.3 Mögliche Motive des Verwaltungsrates

Der Verwaltungsrat einer Kasse besteht mit Ausnahme der Ersatzkassen aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Es ist anzunehmen, dass sowohl die Versicherten als auch die Arbeitgeber an möglichst niedrigen Beitragssätzen interessiert sind. Ein niedriger Beitragssatz bedeutet auf der einen Seite geringere Kosten, und zum zweiten senkt er die Gefahr des Leistungsverlustes der Kasse. Darüber hinaus dürfte in erster Linie den Versicherten an einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung gelegen sein. Ein möglichst niedriger Beitragssatz bei guter qualitativer Versorgung wäre demnach ein plausibles strategisches Ziel des gesamten Verwaltungsrates. Es ist auch vorstellbar, dass der Verwaltungsrat an einem starken Wachstum der Kasse interessiert ist, um innerhalb des Verbands an Einfluss zu gewinnen.¹⁵⁸ In diesem Fall wäre ein niedriger Beitragssatz nur ein Zwischenziel bzw. Instrument, um das Hauptziel zu erreichen. In keinem der beschriebenen Fälle spricht grundsätzlich etwas gegen die Billigung von Risikoselektionsinstrumenten durch den Verwaltungsrat, sofern deren Einsatz keinen negativen Einfluss auf die Qualität der Leistungserstellung bringt. Der Verwaltungsrat muss aber nicht zwingend Risikoselektion als Strategie vorgeben oder ausdrücklich billigen, um Risikoselektion zu ermöglichen. Es kann genügen, wenn er die Ziele, wie z.B. einen möglichst niedrigen Beitragssatz oder hohes Mitgliederwachstum, als eine Art Prinzipal vorgibt und dem Vorstand - dann in der Rolle des Agenten - freie Hand bei der Erreichung der Ziele lässt. Der Vorstand verfügt - dies wird die folgende Analyse zeigen - seinerseits über ein starkes und mit dem Instrument Risikoselektion kompatibles Motiv, den Mitgliederbestand zu erhöhen.

5.3.4 Mögliche Motive des Vorstands

Die Hauptaufgabe des Vorstands liegt in der Führung des operativen Geschäfts einer Kasse. Gleichwohl muss er hierbei die strategischen Vorgaben des Verwaltungsrates ebenso wie die gesetzlichen Vorgaben berücksichtigen. Innerhalb dieser Grenzen ist er aber in seiner Entscheidung frei und verfügt somit über die Möglichkeit, entsprechend seiner persönlichen Präferenzen zu agieren. Da andere Handlungsmaxime, wie die Gemeinwohlorientierung im Rahmen der Er-

¹⁵⁸ Insofern hat auch ein Verband ein Interesse an einem starken Wachstum seiner Mitglieds-kassen, denn je mehr Versicherte er vertritt, desto größer ist sein Einfluss.

füllung einer öffentlichen Aufgabe, ausgeschlossen werden sollen, beschränkt sich die Analyse auf die persönlichen Präferenzen des Vorstands. Es wird daher angenommen, dieser treffe seine Entscheidungen mit der Absicht, seinen Eigenutzen zu maximieren. Ziel ist es, ein aus den persönlichen Präferenzen des Vorstands ableitbares, risikoselektionskompatibles Motiv für eine Mitglieder- ausweitung zu finden. Dazu ist es notwendig, solche Faktoren zu identifizieren, die den Nutzen des Vorstands im Rahmen seiner Tätigkeit determinieren und mit der Kassengröße in Verbindung stehen.

Eine solche Nutzendeterminante könnte das Prestige sein, welches mit dem Vorsitz einer Kasse verbunden ist. Je mehr Mitglieder in einer Kasse versichert sind, desto höher ist der notwendige Personalbestand. Sofern die Höhe der Personalverantwortung als Indikator für das Prestige einer Stellung gilt, wird ein Vorstand, der aus Prestige einen positiven Nutzen zieht, ein Interesse an einem möglichst hohen Mitglieder- bzw. Versichertenbestand haben. Ein weiterer Prestigeindikator könnte in dem Einfluss bestehen, den der Vorstand innerhalb des Verbands der Kassenart, bei politischen Parteien oder öffentlichen Medien genießt. Auch hier besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der Mitglieder und dem Prestige des Vorstands.

Die zweite mit der Mitgliederzahl einer Kasse korrelierte Größe, welche darüber hinaus noch Einfluss auf den Nutzen des Vorstands ausübt, ist die Vorstandsvergütung. Da die Kassen keinen Überschuss erzielen dürfen, ist es ihnen auch nicht möglich, ein Vergütungssystem für die Kassenführung auf Gewinnbasis - wie es oftmals bei Unternehmen zu finden ist - zu installieren. Es kann aber gezeigt werden, dass eine Koppelung der Vergütung des Kassenvorstands an den Erfolg der Kasse möglich ist, sofern die Anzahl der Mitglieder als Erfolgsindikator definiert wird.

Wie bereits angesprochen, veränderte das GSG die Führungsstruktur der Kassen grundlegend. Nach § 35a Abs. 5 SGB (IV) wählt der Verwaltungsrat einen hauptamtlichen Vorstand. Die Höhe der Vergütung des Vorstandes unterliegt keiner direkten gesetzlichen Weisung. Dennoch muss auch bei Festlegung der Vorstandsbezüge der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, welcher sich u.a. in § 4 Abs.4 SGB (V) und § 69 Abs. 2 SGB (IV) niederschlägt, berücksichtigt werden (vgl. Dudda, 1996, S. 118). Auf Basis dieser Grundlage verhandelt der potenzielle Vorstand mit dem Verwaltungsrat über die Höhe der Bezüge und eventueller Zusatzleistungen in Form von z.B. Erfolgszulagen und Versorgungsbezüge nach Ausscheiden aus der Kassenleitung. Die Aufsichtsbehörde kann aber, wenn ihr die Entlohnung unangemessen hoch erscheint und sie einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip vermutet, im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht (§ 89 Abs. 1 SGB (IV)) dagegen vorgehen. Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Regelung verständigten sich die Sozialpartner im Jahre 1994 auf freiwilliger Basis auf ein Vergütungsschema für Kassenvorstände. Hierbei orientiert sich die Entlohnung des Vorstands an den Bezügen von Beamten mit als vergleichbar angesehenen Positionen, wobei als Unterscheidungsmerkmal die Anzahl der Kassenmitglieder gewählt und so das Vorstandsgehalt an die Kas-

sengröße gekoppelt wurde. Tabelle 5.2 zeigt die Daten der Vereinbarung aus dem Jahr 1996:

Tabelle 5.2: Vereinbarung der Sozialpartner über die Höhe der Vorstandsvergütung

Anzahl der Mitglieder	Bruttoeinkommen in Tsd. DM	Entsprechende Besoldungsgruppe
> 2,5 Mio	150 – 190	B 7 – B 8
1,5 bis 2,5 Mio	140 – 160	B 6 – B 7
700 000 bis 1,5 Mio	135 – 170	B 5 – B 6
400 000 bis 700 000	125 – 160	B 4 – B 5
200 000 bis 400 000	120 – 152	B 3 – B 4
100 000 bis 200 000	115 – 145	B 2 – B 3
75 000 bis 100 000	110 – 140	A 16 – B 2
50 000 bis 75 000	95 – 120	A 15 – A 16
25 000 bis 50 000	85 – 105	A 15

Quelle: Eigene Darstellung

Da es sich um eine freiwillige Vereinbarung handelt, ist es durchaus fraglich, ob auch alle Kassen tatsächlich diesem Schema folgen. Es ist zudem zu beobachten, dass die Kassen kein Interesse besitzen, die Vergütung ihrer Vorstände offen zu legen. Ein Großteil der Kassen geht sogar so weit, sich einer Prüfung des Haushaltsplans, in dem auch die Vergütung der Vorstands ausgewiesen werden muss¹⁵⁹, durch das Bundesversicherungsamt (BVA) als zuständige Aufsichtsbehörde zunächst zu widersetzen¹⁶⁰ (vgl. Bundesversicherungsamt, 2001, S. 23). Der Grund hierfür könnte sein, dass die Mehrheit der Kassenvorstände eben nicht entsprechend der freiwilligen Vergütungsregelungen entlohnt wird, sondern höhere Bezüge erhält und die Kassen diesen Umstand möglichst geheim halten möchten.¹⁶¹ Dennoch besteht nach Aussage des BVA zumindest tendenziell ein beobachtbarer Zusammenhang zwischen der Vorstandsvergütung und der Kassengröße.

¹⁵⁹ Nach § 7 Abs. 3 Satz 3 Verordnung über das Haushaltswesen der Sozialversicherung (SVHV) muss eine außertarifliche Besoldung, zu der die Vorstandvergütung zu zählen ist, entweder mit dem Verweis auf andere Lohngruppen oder als Betrag ausgewiesen werden.

¹⁶⁰ Das BVA ist zurzeit noch damit beschäftigt, die Vergütung der Vorstände gesetzlicher Kassen zu prüfen. Auf Anfrage teilte das Amt mit, dass eine Weitergabe bzw. Publikation der Daten zu diesem Zeitpunkt nicht möglich sei, da es sich um personenbezogene Daten handle und noch geklärt werden müsse, ob eine Veröffentlichung rechtlich möglich sei.

¹⁶¹ So kritisiert der Präsident des BVA, Rainer Daubenbüchel, dass manche Vorstandsbezüge selbst kleiner und mittlerer Kassen die Bezüge eines Bundesministers übertreffen (vgl. v. Leszcynski, 2002, S. 7).

Neben der Aufsichtsbehörde existieren aber noch weitere, die Vergütung zumindest nach oben hin beschränkende Regulative: die interessierte Öffentlichkeit, insbesondere Arbeitgeber und Mitglieder, andere Beteiligte in der Gesundheitsversorgung, die in einer gewissen fiskalischen Konkurrenz zu den Kassen stehen, wie z.B. die Kassenärzte und - über die negative Wirkung auf den Beitragssatz - der Wettbewerb zwischen den Kassen.

In der öffentlichen Diskussion über die Kosten des Gesundheitssystems wird immer wieder, und besonders in der Zeit steigender Beitragssätze, die Höhe der Verwaltungskosten thematisiert und auch kritisiert (vgl. Kruse/Kruse, 2002, S. 180). Vor allem Leistungserbringer, von denen im Rahmen anstehender Sparmaßnahmen finanzielle Zugeständnisse erwartet werden, verweisen gerne auf alternative Einsparpotentiale in der Kassenverwaltung (siehe z.B. v. Leszczyński (2002)).

Die Vorstandsbezüge sind Teil der so genannten *persönlichen Verwaltungskosten* einer Kasse, welche wiederum in den gesamten Verwaltungskosten enthalten sind. Führen verhältnismäßig hohe Personalkosten bei einer Kasse zu übermäßigen Verwaltungskosten¹⁶², so wird diese Kasse in der Öffentlichkeit unter Druck geraten. Auch oder gerade weil die Höhe der Vorstandsvergütung einer Kasse nicht veröffentlicht wird und nur in Einzelfällen an die Öffentlichkeit dringt, stehen die Personalkosten unter besonders kritischer Beobachtung. Neben den ungünstigen Effekten auf den Beitragssatz ergeben sich folglich aus hohen Verwaltungskosten zusätzlich negative Wirkungen auf das Öffentlichkeitsmarketing der Kasse und schwächen auf diese Weise ihre Wettbewerbsposition.

Die Kassen bzw. der Verwaltungsrat sind also nicht gänzlich frei bei der Festlegung der Vorstandsvergütung und müssen sich an gewisse Nebenbedingungen halten. Es ist jedoch möglich aufzuzeigen, dass die Bezüge des Vorstandes mit zunehmender Mitgliederzahl steigen können, ohne dass der Anteil der Verwaltungskosten und damit die Gefahr einer negativen Wahrnehmung in der Öffentlichkeit zunimmt.

Nach § 35a Abs.4 SGB (IV) darf der Vorstand einer Krankenkasse mit bis zu 500.000 Mitgliedern nur aus zwei Personen bestehen; liegt die Mitgliederzahl darüber, so dürfen es maximal drei Personen sein. In der folgenden Analyse wird davon ausgegangen, dass der Vorstand nur aus einer Person besteht.

Es wird nun eine Kasse mit M Mitgliedern betrachtet, deren persönliche Verwaltungskosten K Euro betragen. Die persönlichen Verwaltungskosten setzen sich folgendermaßen zusammen:

$$(5.7) \quad K = b \cdot G + Y \cdot 1; \quad b, G, Y > 0$$

mit:

¹⁶² Das Vorstandsgehalt mag bei mitgliederstarken Großkassen kaum Einfluss auf die Höhe der Personalkosten ausüben, bei kleinen Kassen kann es aber durchaus einen spürbaren Effekt haben.

b = Anzahl der Mitarbeiter der Kasse
 G = Durchschnittsgehalt der Mitarbeiter
 Y = Vorstandsgehalt

Die persönlichen Verwaltungskosten sind gleich der Summe aus dem Gehalt der Mitarbeiter und dem Gehalt des Vorstands. Es wird angenommen, dass sich die Zahl der Beschäftigten proportional mit der Anzahl der Mitglieder ändert:

$$(5.8) \quad \bar{c} = \frac{M}{b} = \textit{konstant}$$

Der Einfachheit halber werden keine Kostendegressionsvorteile bei der Verwaltung zugelassen, G bleibt daher konstant und es gilt:

$$(5.9) \quad K = \frac{M}{c} \cdot \bar{G} + Y$$

Die persönlichen Verwaltungskosten pro Mitglied ergeben sich dann als:

$$(5.10) \quad \frac{K}{M} = \frac{\bar{G}}{c} + \frac{Y}{M}$$

Von der relativen Höhe der Verwaltungskosten in Prozent der Kassengesamtausgaben wird angenommen, dass sie nicht überdurchschnittlich hoch liegen. Es besteht daher keine Gefahr einer öffentlichen Kritik bzgl. der Verwaltungskosten. Angenommen, die Kasse beabsichtigt ihre relativen Verwaltungskosten konstant zu halten, dann ist dies gleichbedeutend mit der Konstanthaltung der persönlichen Verwaltungskosten pro Mitglied, sofern die anderen relevanten Parameter im Durchschnitt unverändert bleiben. Es muss daher gelten:

$$(5.11) \quad \left(\frac{K}{M} \right) = \frac{\bar{G}}{c} + \frac{Y}{M} = \textit{konstant}$$

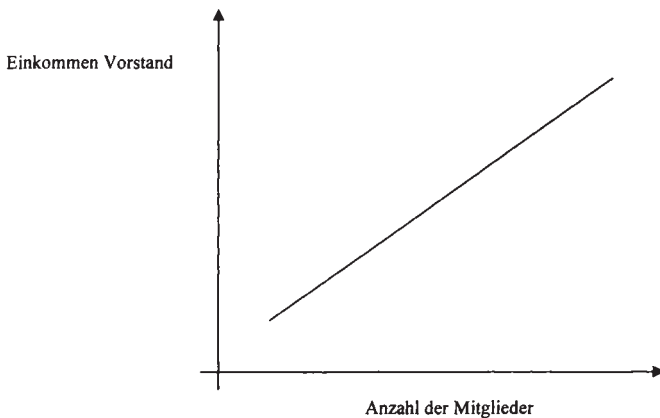
Wie verändert sich jetzt das Einkommen des Vorstandes, wenn die Anzahl der Mitglieder zunimmt? Dazu wird Gleichung (5.11) nach Y aufgelöst und anschließend nach M differenziert:

$$(5.12) \quad Y = \left[\left(\frac{\bar{K}}{M} \right) - \frac{\bar{G}}{c} \right] \cdot M$$

$$(5.13) \quad \frac{\partial Y}{\partial M} = \left(\frac{\bar{K}}{M} \right) - \frac{\bar{G}}{c} = \frac{Y}{M} = \textit{konstant}$$

Die Ableitung der Gleichung (5.12) zeigt ein konstantes Wachstum des Vorstandseinkommens. Mit jedem neuen Mitglied steigt das Einkommen des Vorstandes genau um den Betrag, der in der Ausgangslage pro Mitglied für das Einkommen des Vorstandes aufgewendet wurde. Abbildung 5.3 illustriert den Zusammenhang zwischen Einkommen des Vorstandes und der Mitgliederzahl einer Kasse:

Abbildung 5.3: Zusammenhang zwischen Vorstandseinkommen und Mitgliederzahl.



Besteht der Vorstand aus zwei oder drei Personen, so ist das Vorstandgehalt jedes einzelnen dementsprechend geringer, der konstante Anstieg pro neuem Mitglied bleibt aber bestehen.¹⁶³

Das Gehalt des Vorstandes kann also unter bestimmten Umständen mit der Zunahme der Mitgliederzahl einer Kasse ansteigen, ohne dass dadurch der Anteil der Verwaltungskosten steigen muss.

Die Analyse zeigte, dass das Prestige eines Vorstands mit der Mitgliederzahl ansteigt und die Vorstandsvergütung mit der Anzahl der Mitglieder verknüpft

¹⁶³ Steigt die Anzahl der Vorstandsmitglieder an, so sinkt zunächst das Einkommen der bisherigen Vorstandsmitglieder, nimmt aber dann wieder mit jedem neuen Mitglied zu.

werden kann. In diesem Fall liegt es im Interesse eines eigennutzmaximierenden Vorstands, den Mitgliederbestand seiner Kasse zu maximieren, denn je mehr Mitglieder in einer Kasse versichert sind, desto höher kann die Vergütung der Kassenführung dotiert werden und desto höher fällt das Prestige des Vorstands aus.¹⁶⁴

Da die Vertragslaufzeit entsprechend dem Modus der Sozialwahlen sechs Jahre beträgt, kann in diesem Zeitraum keine Anpassung der Vergütung aufgrund einer Veränderung der Mitgliederbestände erfolgen. Es sei denn, es wird explizit eine variable, erfolgsabhängige Vergütung festgelegt, was aber nach Auskunft des BVA in der Praxis eher die Ausnahme darstellt. Dennoch bleibt, auch wenn keine erfolgsabhängige Vergütung vereinbart wurde, der Anreiz bestehen, auf einen maximalen Mitgliederbestand hinzuwirken, da für einen Vorstand grundsätzlich die Möglichkeit der Wiederwahl besteht.

Die Frage, ob die Angehörigen der drei Kassenorgane ein Interesse haben, den Mitgliederbestand zu maximieren, das mit dem Instrument der Risikoselektion kompatibel ist, kann nach der vorliegenden Analyse eindeutig positiv beantwortet werden. Jede einzelne Gruppe verfügt über ein Motiv, welches im Zusammenhang mit dem Mitgliederbestand steht und grundsätzlich in Einklang mit dem Instrument Risikoselektion gebracht werden kann. Diese Tatsache bedeutet freilich nicht zwangsläufig den Einsatz von Risikoselektionsinstrumenten. Es ist durchaus vorstellbar, dass die am Anfang der Analyse ausgeschlossenen Motive innerhalb der Gruppen dominieren und somit auf Risikoselektion verzichtet wird. Wobei es auch durchaus diesbezüglich zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen den Gruppen kommen kann. So ist denkbar, dass der Verwaltungsrat Risikoselektion ablehnt, der Vorstand aber dieser Strategie zuneigt und vice versa. Welche Entscheidung letztendlich von der Kasse realisiert wird, hängt, neben dem Ergebnis einer Kosten/Nutzen-Analyse des Einsatzes von Risikoselektionsinstrumenten, vom Durchsetzungsvermögen bzw. den Durchsetzungsmöglichkeiten der Organmitglieder ab.

Es bleibt aber dennoch festzuhalten, dass die Korrelation der Vorstandsvergütung mit der Mitgliederzahl grundsätzlich ein plausibles Motiv darstellt, die Maximierung des Mitgliederbestandes mit Hilfe von Risikoselektion anzustreben.

5.4 Fazit des Kapitels

Ziel des Kapitels war es, plausible und mit dem Instrument Risikoselektion kompatible Motive zu finden, die erklären, warum gesetzliche Krankenkassen das Ziel *Mitgliedermaximierung* verfolgen.

¹⁶⁴ Die angesprochene Maximierung schließt auch Vorstände solcher Kassen mit ein, die einen negativen Saldo aus Zugängen und Abgängen aufweisen, aber nicht in ihrer Existenz bedroht sind. Der nutzenmaximierende Vorstand hat in einem solchen Fall die Absicht, seinen aufgrund der Kassenschrumpfung entstandenen Nutzenverlust zu minimieren, indem er den Mitgliederbestand maximiert, was einer Stabilisierung gleichkommt.

Es zeigte sich, dass sowohl anhand betriebswirtschaftlicher Kostendegressionsargumente der versicherungstechnischen Theorie des Risikoausgleichs im Kollektiv als auch durch die Implikationen der öffentlichen Aufgabe einer gesetzlichen Krankenkasse theoretisch das Bestreben der Kassen nach Maximierung der Mitgliederzahl begründet werden kann. Beiden Ansätzen ist aber die Inkompatibilität der Zielerreichung mit Hilfe von Risikoselektion gemein. Insofern sind beide Ansätze nicht als Motiv für eine Mitgliedermaximierung unter Verwendung des Instruments Risikoselektion geeignet.

Zu einem anderen Ergebnis gelangt die Analyse einer Kasse, die sich aufgrund von Mitgliederschwund in ihrer Existenz bedroht sieht. Eine solche Kasse kann sich unter bestimmten Umständen der Risikoselektion bedienen, wenn sie sich davon einen Anstieg der Mitgliederzahlen und damit die Rettung der Einrichtung erhofft.

Ein anderes, von der Situation der Kasse unabhängiges Motiv, liefert die Analyse des Entscheidungsverhaltens einer gesetzlichen Krankenkasse auf Mikroebene. Hierbei lässt sich zeigen, dass sämtliche an der Entscheidungsfindung innerhalb der Kasse beteiligten Organe ein Interesse an der – oder zumindest keine Einwände gegen die – Formulierung des Ziels Mitgliedermaximierung haben, wenn ihnen eine entscheidungsdeterminierende Gemeinwohlorientierung abgesprochen wird. Insbesondere dem Kassenvorstand, sofern er ausschließlich beabsichtigt, seinen Eigennutzen zu maximieren, ist insbesondere aufgrund der Korrelation mit dem Einkommen an einem möglichst hohen Mitgliederbestand gelegen. Richten die Kassenorgane ihre Entscheidungen an der Maximierung ihres Eigennutzens aus, so stellt Risikoselektion unter den getroffenen Annahmen ein mögliches Instrument zur Mitgliedermaximierung dar.

Mit der Existenz der risikoselektionskompatiblen Motive zur Mitgliedermaximierung ist der letzte fehlende Baustein eines theoretischen Nachweises der Gefahr von Risikoselektion gefunden. Gleichwohl ist damit nicht bewiesen, dass Risikoselektion auch tatsächlich zur Anwendung kommt. Ist dies der Fall, dann müssen zwangsläufig Risikoselektionsinstrumente eingesetzt werden.

6. Risikoselektionsinstrumente und Mitgliederwettbewerb in der GKV

6.1 Resultate des Wettbewerbsprozesses in der GKV

Das letzte Kapitel schloss mit dem Ergebnis, dass alle notwendigen Voraussetzungen für Risikoselektion in der GKV erfüllt sind, sofern die Kassen über entsprechende Risikoselektionsinstrumente verfügen. Eine rational agierende Kasse wird aber, wie in Abschnitt 3.2.3.1 dargestellt, nur dann Risikoselektion betreiben, wenn der Einsatz alternativer Effizienzsteigerungsinstrumente einen geringeren Zielerreichungsgrad erwarten lässt. Der Beweis von Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der GKV ist unter diesen Umständen erst mit dem Nachweis des Einsatzes von Risikoselektionsinstrumenten erbracht.

Erklärtes Ziel der Risikoselektion ist die Veränderung und Optimierung der Risikostruktur und ein daraus resultierender minimaler Beitragssatz. Daher wird zunächst, bevor direkt nach Selektionsinstrumenten im Mitgliederwettbewerb gesucht wird, der Wettbewerbsprozess in aggregierter Form analysiert und danach gefragt, ob sich im Zeitablauf Veränderungen der Risikostruktur der Kassen beobachten lassen. Ist dies der Fall, so könnte dies auf den erfolgreichen Einsatz von Risikoselektionsinstrumenten zurückzuführen sein.

Die Analyse des Wettbewerbsprozesses¹⁶⁵ erfolgt auf Basis der Auswertung zweier Parameter: Marktanteil und Beitragssatz. Beobachtungsgegenstand sind die zu Kassenarten zusammengefassten Krankenkassen. Demnach werden die Marktanteile und der durchschnittliche Beitragssatz der einzelnen Kassenarten betrachtet. Es ist unstrittig, dass hierbei aufgrund des hohen Aggregationsgrades Informationen verloren gehen. Die Alternative, eine nach einzelnen Kassen differenzierte Untersuchung, wäre zu aufwendig und aufgrund der schwierigen Informationslage wohl auch nicht durchführbar. Zudem lassen sich auf Grundlage der gewählten Größen zumindest tendenzielle Aussagen treffen, die, ergänzt durch andere empirische Arbeiten, Antwort auf die Frage geben, ob sich die Risikostruktur der Kassen im Wettbewerbsprozess verändert hat.

Als Erstes soll ein Überblick über die Entwicklung der Marktanteile der einzelnen Kassenarten gegeben werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Veränderungen der Anteile auf Kassenwechsler, aber auch auf Erstmitglieder und Personen zurückgehen kann, welche die GKV verlassen haben.

¹⁶⁵ Der Analysezeitraum erstreckt sich auf die Jahre 1996 bis 2001. Am 10. Dezember 2001 verabschiedete der Bundestag das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, welches am 1.1.2003 in Kraft trat, und veränderte damit die Anreizwirkungen des RSA merklich (siehe Kapitel sieben).

Tabelle 6.1: Marktanteil (Mitglieder) der Kassenarten in Prozent

Jahr	Gesamt*	AOKn	BKKn	IKKn	EAR	EAN
1996	96,3	43,0	10,3	6,0	1,9	35,1
1997	97,4	41,5	10,7	6,1	2,1	36,0
1998	96,4	40,7	11,4	6,3	2,2	35,8
1999	96,4	39,9	12,6	6,4	2,3	35,2
2000	96,4	39,1	14,6	6,4	2,0	34,5
2001	96,6	38,3	16,5	6,3	1,9	33,5

Quelle: BMG 2001

* Ohne Landwirtschafts-, Seerkrankenkasse und Bundesknappschaft

Wie aus Tabelle 6.1 hervorgeht, haben vor allem die Ortskrankenkassen und die Ersatzkassen im Mitgliederwettbewerb Marktanteile eingebüßt. Nutznießer der allgemeinen Wahlfreiheit waren die Innungskassen und im besonderen Maße die Betriebskrankenkassen. Sie konnten ihren Marktanteil innerhalb des Beobachtungszeitraums um nahezu zwei Drittel erhöhen.

In der Tabelle 6.2 sind die prozentualen Veränderungen des Marktanteils aufgeführt. Anhand dieser Daten kann der Verlauf des Wettbewerbsprozesses deutlicher dargestellt werden. So verloren die AOKn kontinuierlich Marktanteile, umgekehrt konnten die BKKn im Durchschnitt stetig zulegen.¹⁶⁶ Eine etwas andere Entwicklung nahmen die Ersatzkassen. Im ersten Jahr konnte die Kassenart zwar von der neuen Wahlfreiheit der Mitglieder profitieren, doch in den folgenden Jahren nahm der Marktanteil, zumindest der Angestelltenersatzkassen, kontinuierlich ab.

Tabelle 6.2: Veränderung des Marktanteils der Kassenarten zum Vorjahr in Prozent

Jahr	Gesamt	AOKn	BKKn	IKKn	EAR	EAN
1997	1,1	-3,5	3,8	1,6	10,5	2,5
1998	-1,0	-1,9	6,5	3,2	4,7	-0,5
1999	0,0	-2,0	7,0	1,6	4,5	-1,7
2000	0,0	-2,0	13,7	0,0	-13,0	-2,0
2001	0,2	-2,0	13,1	-1,6	-5,0	-2,9

Quelle: BMG 2001; Eigene Berechnung

¹⁶⁶ Einige BKKn konnten zwischen 1997 und 2000 ihren Mitgliederbestand mehr als verzehnfachen (Vgl. Friel/Devigne, 2000, S.35).

Tabelle 6.3 zeigt die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes der Kassenarten im Zeitverlauf.

Tabelle 6.3: Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes nach Kassenarten

Jahr	Gesamt ¹⁶⁷	AOKn	BKKn	IKKn	EAR	EAN
1996	13,48	13,90	12,57	13,07	12,84	13,40
1997	13,58	13,80	12,73	13,12	12,99	13,76
1998	13,62	13,79	12,82	13,18	13,03	13,83
1999	13,60	13,77	12,76	13,48	13,44	13,77
2000	13,57	13,84	12,57	13,70	13,63	13,73
2001	13,54	13,90	12,48	13,77	13,65	13,72

Quelle: BMG 2001

Der Beitragssatz einer Kasse wird zum überwiegenden Teil von der Risikostruktur der Versicherten, den Verwaltungskosten und den RSA-Zahlungen determiniert.¹⁶⁸ So gesehen, ergaben sich die Unterschiede in den Beitragssätzen des Jahres 1996 vornehmlich aufgrund historisch bedingter Unterschiede in der Risikostruktur der Kassenarten und unterschiedlich hoher Verwaltungsausgaben.

Die Ortskrankenkassen verfügten am Anfang des Beobachtungszeitraumes im Durchschnitt über den höchsten Beitragssatz aller Kassenarten. Der durchschnittliche Beitragssatz der Angestelltenersatzkassen entsprach mit 13,4 Prozent in etwa dem GKV-Durchschnitt von 13,48 Prozent. Alle übrigen am Mitgliederwettbewerb teilnehmenden Kassenarten blieben mit ihrem durchschnittlichen Beitragssatz unterhalb der 13,48 Prozent.

Zunächst nahm der GKV-Beitragssatz bis zum Jahr 1998 leicht zu, dann ging er wieder geringfügig zurück und lag mit 13,54 Prozent im Jahre 2001 leicht über dem Wert des Ausgangsjahres. Die Ortskrankenkassen konnten zunächst ihren durchschnittlichen Beitragssatz senken, ab dem Jahr 2000 stieg er aber wieder an und erreichte am Ende exakt das Niveau des Jahres 1996. Entgegengesetzt verlief die Entwicklung bei den BKKn. Hier nahm der durchschnittliche Beitragssatz in den ersten beiden Wettbewerbsjahren zu, ohne den GKV-Durchschnitt zu überschreiten und sank in den Folgejahren unter das Ausgangsniveau.

Der Beitragssatz der IKKn und Arbeiterersatzkassen stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich an, wobei der durchschnittliche Beitragssatz beider Kassenarten im Jahre 2001 über dem Durchschnitt lag. Die Angestelltenersatzkassen mussten zu Anfang einen massiven Anstieg verkraften und, obwohl der Bei-

¹⁶⁷ Inklusive Seekrankenkassen und Bundesknappschaft.

¹⁶⁸ Siehe. Abschnitt 3.4.7 *Notwendige Bedingung für ein gutes Risiko*.

tragssatz in drei aufeinanderfolgenden Jahren sank, lag er 2001 noch über dem GKV-Durchschnitt. Eine andere Darstellungsform der beschriebenen Entwicklung des Beitragssatzes zeigt Tabelle 6.4. Hier wird die prozentuale Veränderung des durchschnittlichen Beitragssatzes im Beobachtungszeitraum dargestellt.

Tabelle 6.4: Veränderung des durchschnittlichen Beitragssatzes nach Kassenarten in Prozent

Jahr	Gesamt	AOKn	BKKn	IKKn	EAR	EAN
1997	0,7	-0,7	1,2	0,3	1,1	2,6
1998	0,2	-0,07	0,6	0,4	0,3	0,5
1999	-0,1	-0,1	-0,4	2,2	3,1	-0,4
2000	-0,2	0,5	-1,4	1,6	1,4	-0,2
2001	-0,2	0,4	-0,7	0,5	0,3	-0,07

Quelle: BMG; Eigene Berechnung

Nun ergibt sich aus der Architektur des RSA und den Rahmenbedingungen der GKV eine Besonderheit des Beitragssatzes. Er ist nicht nur die wichtigste Determinante im Mitgliederwettbewerb, sondern kann durch die von ihm mitbestimmten Ergebnisse des Wettbewerbsprozesses selbst beeinflusst werden. Dies geschieht immer dann, wenn sich die Risikostruktur einer Kasse aufgrund des Mitgliederwettbewerbs ändert. Insbesondere wenn Mitglieder wechseln, deren durchschnittliche Risikostruktur nicht dem Durchschnitt der Kasse bzw. Kassenart entspricht, bei der sie Mitglied waren bzw. zu der sie wechseln.¹⁶⁹

Wird die Entwicklung der Beitragssätze und der Marktanteile unter diesem Aspekt beleuchtet, so treten neue Erkenntnisse zu Tage. Zum einem lässt sich die Bedeutung des Wettbewerbsinstruments Beitragssatz untermauern,¹⁷⁰ denn Kassenarten mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen bauten ihre Marktanteile im Laufe des Wettbewerbsprozesses aus, wohingegen solche mit überdurchschnittlichen Beitragssätzen Netto-Mitgliederverluste hinnehmen mussten. Darüber hinaus soll nun der Versuch unternommen werden, Veränderungen in der Risikostruktur der Kassenarten mit Hilfe der Beobachtungen aufzudecken.

Wie bereits festgestellt, gelang es den Betriebskrankenkassen, ihren Marktanteil im Beobachtungszeitraum stark auszudehnen, was einer Zunahme der Mitgliederzahl gleichkommt. Im gleichen Zeitraum ging ihr durchschnittlicher Beitragssatz zwar nicht kontinuierlich, aber letztendlich doch zurück. Da es sich hierbei um den gewichteten durchschnittlichen Beitragssatz einer Kassenart handelt, gibt es prinzipiell drei mögliche Gründe für diese Entwicklung. Es könnte sein, dass die Kassen c.p. die Effizienz der Leistungserstellung gesteigert

¹⁶⁹ Andere denkbare Ursachen für die Veränderung der Risikostruktur sind die Abwanderung in die PKV und die Attrahierung von GKV-Erstmitgliedern.

¹⁷⁰ Zum gleichen Ergebnis kommen Böcking/Göpfert/Merker/Kirch (2002).

haben und so Beitragssatzsenkungen realisierten. Dagegen sprechen aber die Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen mit der Erkenntnis, dass die Kassen bis auf die Reduktion der Verwaltungskosten kein Instrument zur Verfügung haben, um die Versorgung effizienter und damit billiger zu erbringen. Der zweite Erklärungsversuch besteht darin, dass die Wechsler in eine Betriebskrankenkasse vor allem zu günstigen Kassen, also solchen mit niedrigen Beitragssätzen, wechselten und so den durchschnittlichen Beitragssatz drückten. Vor dem Hintergrund der Dominanz des Beitragssatzes als wichtigstes Wahl- bzw. Wechselkriterium erscheint diese Alternative sehr wahrscheinlich. Als Folge des Wechsels in die günstigen Kassen nimmt c.p. innerhalb der Kassenart der Anteil der Mitglieder, die in einer beitragsgünstigen BKK Mitglied sind, zu und der durchschnittliche Beitragssatz der Betriebskrankenkassen ab. Ohne weitere Annahmen bleibt dieser Zustand aber nicht bestehen und der Beitragssatz würde c.p. in Zukunft ansteigen, was zur dritten Erklärung überleitet.

Handelt es sich bei den Wechslern um Personen, die im Durchschnitt über eine schlechtere Risikostruktur verfügen als die jeweils aufnehmenden Kassen, so muss c.p. der Beitragssatz dieser Kassen in Zukunft steigen.¹⁷¹ Andererseits vermag eine Kasse ihren Beitragssatz zu senken, wenn die Neumitglieder eine bessere Risikostruktur aufweisen als der bisherige Mitgliederbestand.¹⁷² Lauerbach und Wille (2001) konnten nachweisen, dass Wechsler tendenziell über einen positiven Deckungsbeitrag verfügen. Sie verursachen folglich weniger Leistungsausgaben als der Durchschnitt ihrer jeweiligen RSA-Gruppe. Es ist demnach plausibel anzunehmen, dass die Beitragssatzreduktion bei den Betriebskrankenkassen hauptsächlich auf den Zufluss guter Risiken zurückzuführen ist. Damit hätte sich die Risikostruktur der BKKen im Durchschnitt aufgrund des Wettbewerbs verbessert.

Die beobachteten Marktanteilszuwächse der Betriebskrankenkassen riefen aufgrund der relativ stabilen Anzahl an GKV-Mitgliedern entsprechende Verluste bei den anderen Marktteilnehmern hervor. Insbesondere die Orts- und Ersatzkassen verloren im Wettbewerb an Boden. Bei den Ersatzkassen war zudem ein Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes zu beobachten. Es liegt also nahe, zu vermuten, dass die Ersatzkassen im Hinblick auf ihre Risikostruktur gute Risiken abgeben haben und sich ihre Risikostruktur folglich verschlechterte. Bei den Ortskrankenkassen sieht die Situation in Bezug auf die Veränderung der Marktanteile ähnlich aus, wobei die Verluste hier etwas höher ausfallen. Im Unterschied zu den Ersatzkassen konnten die AOKn ihren Beitragssatz aber konstant halten. Dies lässt vermuten, dass aus Sicht der Ortskassen nur neutrale Risiken die Kassenart verlassen haben und zu anderen Kassen gewechselt sind. Da aber die Untersuchungen über die Ausgabencharakteristik von Wechslern etwas anderes nahe legt, spielen wohl bei den Ortskrankenkassen die beiden

¹⁷¹ Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass eine Kasse z.B. über die Auflösung von Rücklagen eine eigentlich notwendige Beitragssatzanpassung verzögern kann.

¹⁷² Siehe dazu die Ergebnisse des Abschnitts 3.4.7. *Notwendige Bedingung für ein gutes Risiko.*

ersten Erklärungsansätze eine wichtigere Rolle als bei den übrigen beiden Kassenarten.

Im Rahmen eines Fazits der Analyse des Wettbewerbsprozesses lassen sich zwei wichtige Erkenntnisse formulieren:

- Der Mitgliederwettbewerb auf Basis der allgemeinen Wahlfreiheit hat seit seiner Einführung zu spürbaren Verschiebungen bei den Marktanteilen der Kassenarten geführt.

Es kann als sicher angenommen werden, dass sich die Risikostruktur der Kassenarten und damit zumindest die Risikostruktur einzelner Kassen geändert hat.

Ist die Ursache der Veränderung der Risikostruktur Risikoselektion, dann müssen Selektionsinstrumente zum Einsatz gekommen sein.

6.2 Instrumente der Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der GKV

Die Suche nach Selektionsinstrumenten erfolgt auf Basis der Überlegungen des Abschnitts 3.2. zur Theorie der Risikoselektion. Demnach handelt es sich bei allen Maßnahmen, die der aktiven Beeinflussung der Risikostruktur durch die Attrahierung guter sowie die Abwehr und Entfernung schlechter Risiken dienen, um Risikoselektionsinstrumente.

Die identifizierten Instrumente werden nach den ebenfalls bereits vorgestellten Selektionsstrategien geordnet vorgestellt. Es geht hierbei nicht darum, alle praktizierten Maßnahmen bzw. angewandten Instrumente aufzulisten, was einer umfassenden Prüfung aller im Wettbewerb befindlichen Kassen über einen großen Zeitraum bedurft hätte. Vielmehr soll anhand von konkreten Beispielen nachgewiesen werden, dass Risikoselektionsinstrumente in der Praxis des Mitgliederwettbewerbs tatsächlich eingesetzt wurden bzw. werden. Die gefundenen Beispiele zeigen darüber hinaus, wie weit das Spektrum der Selektionsinstrumente ausfällt und wie groß deren Relevanz in der Praxis ist.

a. Aufbau hoher Transaktionskosten

Geringe Filialdichte

Betriebskrankenkassen verfügen im Vergleich zu den Ersatz- und Ortskrankenkassen über eine relativ geringe Filialdichte.¹⁷³ Daher muss die durchschnittliche räumliche Distanz zwischen den Versicherten und der ihnen nächstgelegenen Filiale bei geöffneten BKKn höher liegen als bei den anderen am Wettbewerb

¹⁷³ Die BKK mit dem zurzeit dichtesten Geschäftsstellennetz ist die Siemens BKK mit 78 Geschäftsstellen. Mit ca. 1500 Geschäftsstellen bieten die Ortskrankenkassen die meisten Anlaufstellen aller gesetzlichen Kassen, gefolgt von der Barmer Ersatzkasse mit 1123 und der DAK mit 1019. Die IKK Westfalen verfügt mit 82 Geschäftsstellen über die größte Zahl von Anlaufstellen aller Innungskassen.

beteiligten Kassen. Für solche GKV-Mitglieder, die auf eine persönliche Betreuung Wert legen, würden aus der Mitgliedschaft in einer BKK höhere Transaktionskosten resultieren und diese Kassen c.p. unattraktiver werden lassen.¹⁷⁴

Eine geringe Filialdichte ist dann ein Risikoselektionsinstrument, wenn die Präferenz für eine persönliche Beratung in einer Filiale mit einer überdurchschnittlichen Morbidität bzw. hohen Leistungsausgaben korreliert ist, es sich also bei diesen Personen tendenziell um schlechte Risiken handelt und die Kasse deswegen auf ein dichtes Filialnetz verzichtet. In diesem Fall werden die GKV-Mitglieder mit hohem Betreuungsbedarf, sofern die Transaktionskosten hinreichend hoch sind, einer anderen Kasse den Vorzug geben, welche die gewünschten Leistungen bereitstellt. Der so motivierte Verzicht auf ein dichtes Filialnetz bildet folglich ein Risikoselektionsinstrument der Betriebskrankenkassen, das schlechte Risiken mit hohem persönlichen Beratungsbedarf abwehrt, potenzielle Mitglieder mit gutem Gesundheitszustand, die tendenziell wenig bis keinen Betreuungsbedarf haben,¹⁷⁵ dagegen in ihrer Entscheidung nicht tangiert.¹⁷⁶

b. *Selektive Informationen*

Zielgruppenwerbung

Mit Zielgruppenwerbung versucht eine Kasse, eine bestimmte Gruppe von Personen gezielt anzusprechen. Handelt es sich dabei um gute Risiken und ist sich die Kasse dessen bewusst, so findet zumindest der Versuch der Risikoselektion statt. Eine bevorzugte Gruppe bei der Zielgruppenwerbung sind junge Personen mit geringer Morbidität. Als ein Indikator für eine tendenziell niedrige Morbidität und den daraus resultierenden niedrigen Leistungsausgaben gilt das Bildungsniveau.¹⁷⁷ Insofern gelten vor allem Studenten grundsätzlich als gute Risiken, auch wenn sie noch nicht berufstätig sind. Wenn einzelne Ersatzkassen und

¹⁷⁴ Die BKKn bieten zwar die Möglichkeit an, dass Berater zu den Mitgliedern nach Hause kommen, dies aber erst nach vorheriger telefonischer Konsultation.

¹⁷⁵ Vgl. Kruse/Kruse, 2002, S. 171.

¹⁷⁶ Dagegen könnte argumentiert werden, dass gute Risiken aus Vorsicht, sie könnten auch krank werden und dann einen hohen Beratungsbedarf haben, doch Präferenzen für eine persönliche Beratung entwickeln. Dem kann entgegengehalten werden, dass die Mitglieder aufgrund der Wechselmöglichkeit und des Kontrahierungszwangs bei einem Krankheitsfall relativ unproblematisch in eine Kasse mit persönlicher Beratung wechseln können.

¹⁷⁷ So ist im *Gesundheitsbericht für Deutschland* nachzulesen, „dass Personen mit hohem Bildungsniveau einen deutlich besseren Gesundheitszustand aufweisen als Personen mit niedrigem Bildungsniveau“ (Statistisches Bundesamt, 1998, S. 111). An gleicher Stelle wird zudem darauf hingewiesen, dass es sich bei dem Bildungsniveau aber nur um einen Indikator und nicht um eine Ursachenquelle handelt.

AOKn mit Hilfe von Informationsständen und der Auslage von Werbezetteln¹⁷⁸ versuchen, Studenten schon vor dem Eintritt in das Berufsleben an sich zu binden, handelt es sich isoliert betrachtet um Risikoselektion. Dies gilt zumindest dann, wenn sie nicht alle potenziellen Mitgliedergruppen gezielt ansprechen, sondern nur solche, welche tendenziell die Risikostruktur der Kassen zu verbessern versprechen.

Infostände und Werbezettel sind demnach Selektionsinstrumente der Zielgruppenwerbung im Rahmen der Strategie der selektiven Information.

Gezielte Auswahl der Informationskanäle

Eine Grundvoraussetzung für die Mitgliedschaft in einer bestimmten gesetzlichen Krankenkasse ist die Kenntnis über die Existenz der Kasse und die Möglichkeit, der Kasse den Mitgliedsantrag in der notwendigen Form zukommen zu lassen. So lässt sich auf Basis der beiden Voraussetzungen durch geschickte Auswahl der Informationskanäle ein Selektionsinstrument konstruieren.

Im Gegensatz zu den großen, überregionalen Ersatzkassen und den Ortskrankenkassen waren die vor der Einführung der freien Kassenwahl nur für Betriebsangehörige wählbaren BKKn vorwiegend regional bekannt. Da die BKKn fast gänzlich auf Breitbandwerbung im Fernsehen und Hörfunk verzichteten, sind Personen, die beabsichtigen, in einer BKK Mitglied zu werden, entweder auf Informationen durch Bekannte bzw. Arbeitskollegen angewiesen oder gezwungen, eigenständig auf Informationssuche zu gehen. Eine Möglichkeit dazu besteht darin, sich anhand von entsprechenden Berichten in Printmedien zu informieren¹⁷⁹ oder eine Internetrecherche durchzuführen. Hierzu muß die betreffende Person Zugang zum Internet haben und in der Lage sein, die notwendigen Informationen ausfindig zu machen. Jede BKK und so gut wie alle anderen Kassen verfügen über eine eigene Homepage, auf der sämtliche Informationen zum Kassenwechsel und zur Mitgliedschaft aufgeführt sind. Da die notwendigen Informationen für eine Mitgliedschaft in einer BKK – bis auf die angegebenen Ausnahmen – nur über das moderne Medium Internet zugänglich sind, können tendenziell nur Personen neue Mitglieder werden, die über bestimmte Merkmale verfügen. Hierzu sind Berufstätige zu zählen, die aufgrund ihrer Tätigkeit mit dem Internet vertraut sind sowie vor allem junge Menschen und Personen, die ein entsprechendes Interesse an Technik bzw. an Medien haben. Zusammengekommen handelt es sich um Versicherte, von der angenommen wird, dass sie im Durchschnitt über eine geringe Morbidität verfügt und daher tendenziell gutes Risiken darstellen.

¹⁷⁸ So beobachtet an der Universität Mannheim.

¹⁷⁹ Diese Berichte erscheinen unregelmäßig und meist in Form von Beitragssatzvergleichen, unter Angabe der Homepage der Kassen.

Ob sich diese Theorie erhärten lässt, soll eine empirische Analyse zeigen. Die Überprüfung der These, dass Personen, die das Internet nutzen, tendenziell über eine niedrigere Morbidität verfügen, basiert auf der Analyse des SOEP-Datensatzes. In der Welle „R“ des Befragungsjahres 2001 (Bezugszeitraum 2000) waren neben den zu jeder Befragung gehörenden Standardfragen, wie beispielsweise zum Themenkomplex Gesundheit, Fragen über die individuelle Nutzung des Internets enthalten. Die Befragten sollten in diesem Zusammenhang zwei separate Fragen nach der beruflichen und privaten Nutzung des Internets beantworten.¹⁸⁰

Von den 22.351 befragten Personen gaben 16.785 an, sie seien Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgrund der Gewichtung entspricht dies einer Anzahl von 51.289.281 Personen, was der tatsächlichen Zahl von 51.036.282 Mitglieder sehr nahe kommt.¹⁸¹

Bezüglich der Nutzung des Internets ergibt die Auswertung des SOEP-Datensatzes folgendes Bild: 15.414.731 Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung nutzten im Jahre 2000 das Internet.¹⁸² Das Internet nicht genutzt zu haben, erklärten 34.740.229 der Befragten. Die restlichen 1.134.321 Mitglieder gaben keine oder keine eindeutige Antwort auf die Fragen bezüglich ihrer Internet-Nutzung.¹⁸³ Tabelle 6.5 fasst die Ergebnisse inklusive der Nennung der prozentualen Anteile zusammen:

Tabelle 6.5: Anzahl und Anteil der Internet-Benutzer unter den GKV-Mitgliedern auf Basis des SOEP-Datensatzes

	Absolut	Prozent
Alle Mitglieder	51.289.281	100
Nutzen das Internet	15.414.731	30,1
Nutzen das Internet nicht	34.740.229	67,7
Keine eindeutige Antwort	1.134.321	2,2

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnung

¹⁸⁰ Als Personen, welche das Internet nutzen, gelten solche Befragte, die mindestens eine der beiden Fragen mit Ja beantworteten. Demnach haben Personen, die beide Fragen verneinten, das Internet nicht genutzt.

¹⁸¹ Bezüglich des Aufbaus und der Struktur des SOEP-Datensatzes vgl. Abschnitt 4.3 *Empirische Überprüfung der Bedeutung des Beitragssatzes im Mitgliederwettbewerb der GKV* und die dort angegebenen Literatur.

¹⁸² Auch diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl der Beobachtungen multipliziert mit den jeweiligen Gewichtungsfaktoren. In den folgenden Ausführungen wird auf den Terminus „gewichtet“ verzichtet.

¹⁸³ Beantwortete der Befragte nur eine Frage mit Nein und ließ die zweite unbeantwortet, so lässt sich diese Person nicht eindeutig zuordnen.

Wie in Tabelle 6.5 aufgeführt, nutzten knapp ein Drittel der Mitglieder im Jahre 2000 das Internet. Im Hinblick auf die zu überprüfende These stellt sich nun die Frage, ob dieser Personenkreis über einen tendenziell besseren Gesundheitszustand verfügte – als ein Indikator für die Leistungsausgaben – als die übrigen GKV-Mitglieder. Die Befragung erhebt den tatsächlichen Gesundheitszustand nicht, gleichwohl werden die Befragten aber um die Einschätzung ihres eigenen Gesundheitszustandes anhand einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) gebeten. Die subjektive Bewertung der eigenen Morbidität gilt durchaus als verlässlicher Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand. Aus diesem Grund wird die Annahme getroffen, dass je besser die Einschätzung des Gesundheitszustandes ausfällt, desto geringer die Leistungsausgaben dieser Person in der Tendenz sein werden. Wie die GKV-Mitglieder unter den Befragten ihren Gesundheitszustand einschätzten, zeigt Tabelle 6.6.

Tabelle 6.6: *Einschätzung des Gesundheitszustandes der GKV-Mitglieder auf Basis des SOEP-Datensatzes*

Einschätzung des Gesundheitszustands	Absolut	Prozent
1 (sehr gut)	4.891.318	9,5
2 (gut)	18.385.350	35,9
3 (zufriedenstellend)	17.707.707	34,5
4 (weniger gut)	7.725.477	15,1
5 (schlecht)	2.462.881	4,8
Keine Angaben	116.545	0,2

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnung

Mit Blick auf die Ausgangsfragestellung ist es notwendig, zu überprüfen, ob sich die Internet-Nutzer hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes, abgebildet durch ihre Selbsteinschätzung, tendenziell von den übrigen GKV-Mitgliedern unterscheiden.

Die Ergebnisse der Tabelle 6.7, in der die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands der Internetnutzer und der Nicht-Internetnutzer aufgeführt ist, lassen sich nun dahingehend interpretieren, dass die Internet-nutzer unter den GKV-Mitglieder¹⁸⁴ ihren Gesundheitszustand tendenziell höher einschätzten als die Mitgliedergruppe, welche das Internet nicht nutzte. So schätzten gut 60 Prozent der Nutzer ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, während nur knapp 40 Prozent der übrigen GKV-Mitgliedern bezüglich ihres Gesundheitszustands die gleiche positive Einschätzung trafen. Dagegen lag der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder

¹⁸⁴ Mit GKV-Mitgliedern ist im Rahmen dieser Analyse der Personenkreis gemeint, der angab, Mitglied in der GKV zu sein und eine eindeutige Antwort auf die Frage nach seiner Internetnutzung gab.

schlecht bezeichneten, bei den Internetbenutzern mit 10 Prozent weit unter den 23,9 Prozent der übrigen GKV-Mitglieder.

Tabelle 6.7: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder auf Basis des SOEP-Datensatzes

Einschätzung des Gesundheitszustands	Internet-Benutzer	Prozent	Sonstige	Prozent
	Absolut		Absolut	
1 (sehr gut)	2.451.513	15,9	2.366.377	6,9
2 (gut)	7.110.434	46,3	10.956.743	31,6
3 (zufriedenstellend)	4.268.481	27,8	13.049.798	37,6
4 (weniger gut)	1.354.533	8,8	6.097.777	17,6
5 (schlecht)	189.992	1,2	2.202.773	6,3
Gesamt	15.374.953	100	34.673.468	100

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnung

Wird die individuelle Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch einen Befragten als Indikator seiner tatsächlicher Morbidität und damit seiner Leistungsausgaben akzeptiert, so unterstützen die Ergebnisse die These, dass sich Internetbenutzer tendenziell durch geringere Leistungsausgaben auszeichnen. Nun ist die Wahrscheinlichkeit, ob eine Person das Internet nutzt oder nicht, unter anderem abhängig vom Alter des Betroffenen. Junge Menschen beschäftigen sich tendenziell häufiger und intensiver mit neuen Medien und daher wird die Internetnutzung unter den Jüngeren weiter verbreitet sein als unter Älteren. Dazu kommt, dass Berufstätige im Rahmen ihrer Tätigkeit mitunter das Internet nutzen. Auch dieses Argument spricht für eine negative Korrelation des Alters mit der Wahrscheinlichkeit der Internetnutzung. Es stellt sich demnach die Frage, ob die tendenziell bessere Einschätzung des Gesundheitszustands durch Internetnutzer nur ein statistisches Artefakt darstellt, da ältere Personen im Durchschnitt seltener das Internet nutzen und zudem tendenziell über eine schlechtere Morbidität verfügen als Jüngere.

Für die Überlegungen hinsichtlich einer möglichen Risikoselektion über die Beschränkung der Informationskanäle auf das Medium Internet spielt dies zunächst keine Rolle, wird doch das Merkmal Alter im RSA ausgeglichen und ist den selektierenden Kassen in erster Linie an Personen gelegen, die jeweils altersspezifisch über eine geringe Morbidität verfügen. Solche Kassen müssten sogar ältere Mitglieder mit niedriger Morbidität jungen mit niedriger Morbidität vorziehen, weil sie für die ältere einen höheren Deckungsbeitrag realisieren können. Es gilt insofern zu überprüfen, ob die Internetnutzung einzig vom Alter abhängt, wird nun überprüft. Dazu werden drei Alterklassen gebildet und die Einschätzung des Gesundheitszustands nach Internetnutzern und übrigen GKV-Mitgliedern unterschieden.

Tabelle 6.8: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder mit einem Alter ≤ 35 auf Basis des SOEP-Datensatzes

Einschätzung des Gesundheitszustands	Internet-Benutzer Absolut	Prozent	Sonstige Absolut	Prozent
1 (sehr gut)	1.687.816	23,0	1.332.447	19,1
2 (gut)	3.695.780	50,5	3.372.110	48,2
3 (zufriedenstellend)	1.500.665	20,5	1.740.196	24,9
4 (weniger gut)	404.481	5,5	440.372	6,3
5 (schlecht)	36.827	0,5	101.714	1,5
Gesamt	7.325.569	100	6.995.113	100

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnung

Die Altersgruppe der bis zu 35-Jährigen ist in Bezug auf die individuelle Einschätzung des Gesundheitszustandes relativ homogen. Es lassen sich nur geringe Unterschiede in der eingeschätzten Morbidität zwischen den Internetnutzern und Nicht-Internetnutzern feststellen. Mit 73,5 Prozent liegt der Anteil der Nutzer, die ihren Gesundheitszustand mit gut oder sehr gut angaben, nur geringfügig höher als die 67,1 Prozent der Personen, welche das Internet nicht nutzten. Gleiches gilt für die Befragten mit hoher selbst eingeschätzter Morbidität. Hier bescheinigten sich 6 Prozent der Internetnutzer einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand. Aus dem Kreis der übrigen GKV-Mitglieder taten dies 7,8 Prozent.

Tabelle 6.9: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder mit einem Alter zwischen 36 und 60 auf Basis des SOEP-Datensatzes

Einschätzung des Gesundheitszustands	Internet-Benutzer Absolut	Prozent	Sonstige Absolut	Prozent
1 (sehr gut)	733.104	9,8	680.410	5,0
2 (gut)	3.251.462	43,4	5.150.459	37,8
3 (zufriedenstellend)	2.484.268	33,2	4.795.764	35,3
4 (weniger gut)	883.707	11,8	2.197.264	16,2
5 (schlecht)	137.235	1,8	768.643	5,7
Gesamt	7.489.776	100	13.592.540	100

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnung

Die Mitglieder der mittleren Altersgruppe wirken in ihrer individuellen Gesundheitseinschätzung nicht so homogen wie die jüngste Altersgruppe. Der Anteil der Internetnutzer, die ihren Gesundheitszustand mit gut oder sehr gut einstufen, lag mit 53,2 Prozent deutlich höher als die 43,8 Prozent der Personen, die

das Internet nicht nutzen. Zur gleichen Schlussfolgerung verleitet die Analyse der Anteile der Personen mit hoher selbst eingeschätzter Morbidität. Nur 13,6 Prozent der Internetnutzer stuften ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein. Dagegen taten dies 21,9 Prozent der übrigen GKV-Mitglieder.

Tabelle 6.10: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Internet-Nutzer und der übrigen GKV-Mitglieder mit einem Alter > 60 auf Basis des SOEP-Datensatzes

Einschätzung des Gesundheitszustands	Internet-Benutzer Absolut	Prozent	Sonstige Absolut	Prozent
1 (sehr gut)	30.592	5,5	353.519	2,5
2 (gut)	163.190	29,2	2.434.172	17,2
3 (zufriedenstellend)	283.545	50,7	6.513.836	46,2
4 (weniger gut)	66.345	11,9	3.460.140	24,6
5 (schlecht)	15.929	2,8	1.332.415	9,5
Gesamt	559.601	100	14.094.082	100

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnung

Die Gruppe der über 60-Jährigen weist in Bezug auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Internetnutzern und Nicht-Internetnutzern auf. 34,7 Prozent der Internetnutzer bezeichneten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, wohingegen nur 19,7 Prozent der Nicht-Internetnutzer für sich der selben Meinung waren. Dagegen schätzten 14,7 Prozent der Nutzer ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein, was deutlich unter dem Wert von 34,1 Prozent liegt, der sich für die Personen ergibt, die das Internet nicht nutzen.

Zusammenfassend lassen sich folgende Erkenntnisse aus der Analyse des selbst eingeschätzten Gesundheitszustands, der in drei Altersklassen unterteilt und nach Internetnutzern und Nicht-Internetnutzern unterschiedenen GKV-Mitglieder formulieren:

- Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Internetnutzer ab. Nutzen noch gut 50 Prozent der Befragten, die jünger als 36 Jahre alt waren und eine eindeutige Antwort auf die Fragen der Internetnutzung gaben, das Internet, so sank die Zahl in der mittleren Altersgruppe auf gut ein Drittel ab und erreichte bei der Gruppe der über 60-Jährigen gerade noch knapp 4 Prozent.
- Die selbst eingeschätzte Morbidität nimmt im Durchschnitt mit steigendem Alter zu. In der jüngsten Altersgruppe lag der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichneten sowohl bei den Internetnutzern als auch bei den Nicht-Internetnutzern bei ca. 70 Prozent. In der mittleren Altersklasse sank der Wert auf 53,2 bzw. 43,8 Prozent ab. In der höchsten Altersklasse schätzten nur noch 34,7 bzw. 14,7

ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Dagegen stieg der Anteil der Personen mit einem von ihnen selbst als weniger gut oder schlecht eingeschätzten Gesundheitszustand sowohl bei Internetnutzern als auch bei Nicht-Internetnutzern mit jeder höheren Alterklasse an.

- Der Unterschied zwischen Internetnutzern und Nicht-Internetnutzern bezüglich des selbst eingeschätzten Gesundheitszustands nahm mit zunehmendem Alter zu. Waren die Strukturen in der jüngsten Alterklasse noch relativ homogen, so vergrößerte sich die Differenz zwischen den Einschätzungen des Gesundheitszustandes beider Gruppen in den beiden folgenden Alterklassen. Die Internetnutzer schätzten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt tendenziell besser ein, als dies die Nicht-Internetnutzer taten.

Die in Tabelle 6.7 aufgezeigte positive Korrelation zwischen der Nutzung des Internets und des selbst eingeschätzten Gesundheitszustands dürfte zu einem großen Teil darauf zurückzuführen sein, dass junge Menschen im Durchschnitt über eine geringere Morbidität verfügen als ältere und zudem noch öfter als diese das Internet nutzen. Die Analyse der Alterklasse zeigte aber auch, dass zumindest bei den älteren Menschen die Internetnutzer im Durchschnitt über einen tendenziell besseren selbst eingeschätzten Gesundheitszustand verfügen als die Nicht-Internetnutzer. Dieser Effekt erklärt zum Teil die Ergebnisse in Tabelle 6.7.

Für eine Kasse, die mit Hilfe einer Beschränkung bzw. Konzentration auf den Informationskanal Internet Mitglieder mit einer niedrigen Morbidität attrahieren möchte, bedeuten diese Ergebnisse Folgendes: Mit Hilfe der Beschränkung auf das Internet als Hauptinformationsmedium werden vor allem junge Personen angesprochen, die, im Vergleich zu gesamten GKV-Gemeinschaft, über eine unterdurchschnittliche Morbidität verfügen. Darüber hinaus zeichnet sich der Kreis der älteren Personen, welche das Internet nutzen und somit an die notwendigen Informationen für eine Mitgliedschaft gelangen können, ebenfalls durch eine unterdurchschnittliche Morbidität aus. Die Strategie einer gezielten Informationssteuerung über das Medium Internet mit dem Zweck der Attrahierung niedriger Morbiditäten erscheint folglich zumindest theoretisch praktikabel.

Beschränkt sich eine Kasse darauf, Informationen primär nur über ein modernes Medium wie das Internet bereitzustellen, so schließt sie automatisch den Großteil der Personen aus, die keinen Zugang zu diesem Medium haben. Geschieht dies, weil es sich bei den Personen, die Zugang haben, mehrheitlich um gute Risiken handelt und schlechte Risiken tendenziell keinen Internetanschluss besitzen, so ist die gezielte Beschränkung auf den Informationskanal Internet ein Instrument der Risikoselektion.

c. *Gezieltes Leistungsangebot*

Strategischer Verzicht auf die spezielle Versorgung von Hochrisiken

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Beobachtungszeitraum darauf verzichtet, flächendeckende Programme zur besonderen Versorgung chronisch kranker Versicherter einzuführen. Der Grund hierfür sind erwartete negative Konsequenzen auf den Beitragssatz. Neben den Kosten einer Anschubfinanzierung fürchteten die Kassen insbesondere negative finanzielle Konsequenzen aus der Verschlechterung der Risikostruktur ihres Versichertenbestandes. Diese sind zu erwarten, wenn für chronisch Kranke attraktive und damit versorgungsqualitätssteigernde Programme nicht auch zu signifikanten Effizienzsteigerungen und daraus resultierenden Kostensenkungen führen. Dabei wäre es für eine Kasse im Interesse ihrer Patienten, aber auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll, die Versorgung chronisch Kranker z.B. innerhalb indikationspezifischer Disease-Management-Programme zu organisieren.¹⁸⁵ Mit Hilfe einer spezifischen Betreuung ließe sich – je nach Indikation – eine Steigerung der Qualität, aber auch der Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreichen (vgl. Amelung/Schumacher, 1999, S. 122-129). Isoliert betrachtet, ist es einer Kasse auf diese Weise möglich, ihre Ausgaben und damit ihren Beitragssatz senken.

Der Erfolg eines solches Disease-Management-Programms würde aber für Versicherte anderer Kassen mit der gleichen Indikation einen Anreiz setzen, in eine Kasse zu wechseln, die eine solches Programm anbietet. Als Folge dieser Wanderung nähme c.p. der Anteil chronisch kranker Personen dieser Kasse zu. Da aber die Wechsler mit schweren chronischen Erkrankungen über negative Deckungsbeiträge verfügen und in den allermeisten Fällen für die Kasse ein schlechtes Risiko darstellen, müsste eine Kasse, die erfolgreiche Disease-Management-Programme anbietet, sofern der Einsparungseffekt nicht dominiert, ihren Beitragssatz erhöhen. Die Kassen besitzen folglich ein starkes ökonomisches Motiv, keine solchen Programme anzubieten, bzw. wenn sie sich doch dazu entschließen, diese – sofern sie erfolgreich sind – zumindest nicht öffentlich zu bewerben (vgl. Breyer/Kifmann, 2001, S. 9; Lauterbach/Wille, 2001, S. 92; Lauterbach/Wille/Stock/Wendland, 2001, S. 192).

Der strategische Verzicht auf die Bereitstellung von speziellen Versorgungsangeboten, wie z.B. Disease-Management-Programme, mit der Absicht, den Zufluss schlechter Risiken zu verhindern, kann als ein Instrument der Risikoselektion interpretiert werden.

Selektive Auswahl der Angebotsregionen

In erster Linie determinieren die persönlichen Merkmale eines Versicherten die Höhe der Leistungsausgaben. Es existieren aber regionale Unterschiede in den

¹⁸⁵ Disease-Management-Programm (DMP). Eine Erklärung des Instruments Disease Management geben Amelung/Schumacher (1999) S. 122-129.

Leistungsausgaben, die nicht Resultat einer ungünstigeren Risikostruktur der Einwohner sind, sondern durch ein höheres Preisniveau und/oder unterschiedliche Angebotsstrukturen der Leistungserbringer hervorgerufen werden (vgl. Wille/Schneider, 1998, S. 12).

Ein Großteil der Betriebskrankenkassen hat sich nicht bundesweit geöffnet. Für eine solche BKK gilt, dass dort nur Personen Mitglied werden können, die in einem Gebiet leben oder dort beschäftigt sind, für das sich die BKK geöffnet hat.¹⁸⁶ Verzichteten BKKn darauf, sich für Regionen zu öffnen, in denen vergleichsweise hohe Leistungsausgaben zu beobachten sind,¹⁸⁷ so werden damit die im Vergleich zu den in anderen Gebieten mit niedrigeren Leistungsausgaben lebenden bzw. arbeitenden Personen als durchschnittlich schlechtere Risiken zu bezeichnende GKV-Mitglieder abgewehrt.¹⁸⁸ Die gezielte selektive Auswahl der Regionen, in denen eine Krankenkasse ihre Leistungen anbietet, ist folglich ein Instrument zur Risikoselektion.

Niedriger Beitragssatz und geringe Filialdichte

Der Beitragssatz bildet die wichtigste Determinante im Mitgliederwettbewerb. Verfügen Kassen über eine günstige Risikostruktur und daraus resultierend über einen niedrigen Beitragssatz, so sind sie grundsätzlich für jedes GKV-Mitglied attraktiv. Es besteht demnach die Gefahr, dass sich die Risikostruktur verschlechtert, wenn nicht nur gute Risiken aufgrund des günstigen Beitragssatzes in diese Kasse wechseln. Um dies zu verhindern, muss eine Maßnahme gefunden werden, die zwar die Attraktivität der Kasse bei schlechten Risiken senkt, aber ohne Einfluss auf die guten Risiken ist.

Wie bereits dargelegt, bewerten Personen mit hoher Morbidität die Attraktivität einer Kasse nicht nur nach dem Beitragssatz, sondern vor allem nach den verfügbaren Leistungen. Hierzu zählen auch die Beratungsleistungen der Krankenkassen. Indem sie auf ein dichtes Filialnetz verzichtet, verringert eine Kasse ihre Betreuungsleistungen und senkt ihre Attraktivität bei Personen mit hohem Bedarf an persönlicher Betreuung, also tendenziell schlechten Risiken. Die guten Risiken hingegen dürften aufgrund ihrer geringen Morbidität keine ausgeprägten Präferenzen für eine persönliche Betreuung haben und werden gerne darauf verzichten, wenn sie im Gegenzug mit niedrigen Beitragssätzen kompensiert werden. Als Resultat entscheiden sich die guten Risiken tendenziell für die Mitgliedschaft in einer Kasse mit geringem persönlichem Betreuungsangebot, während die schlechten Risiken durch die geringen Serviceleistungen abgeschreckt werden und eine Kasse wählen, welche zwar höhere Beiträge verlangt, aber

¹⁸⁶ Die Einteilung der Gebiete entspricht den KV-Bezirken.

¹⁸⁷ Z.B. die Stadtstaaten Berlin und Hamburg.

¹⁸⁸ So waren von den neun BKKn, die am 1.7.2002 über einen Beitragssatz von weniger als 12 Prozent verfügten, nur zwei bundesweit geöffnet. Von den insgesamt 159 geöffneten BKKn waren zum gleichen Zeitpunkt nur 40 bundesweit geöffnet.

auch bessere Betreuungsleistungen bietet. Es handelt sich hierbei um eine besondere Form der adversen Selektion.¹⁸⁹

Indem Betriebskrankenkassen mit niedrigen Beitragssätzen bewusst auf ein dichtes Filialnetz verzichten, um auf diese Weise für schlechte Risiken tendenziell unattraktiv zu werden, nutzen sie die adverse Selektion als ein Selektionsinstrument mit der Absicht, schlechte Risiken abzuwehren und gute zu attrahieren.¹⁹⁰

Bei sämtlichen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Risikoselektionsinstrumente, sofern sie mit der Absicht eingesetzt werden, die Risikostruktur des Mitgliederbestandes einer Kasse zu verbessern bzw. dessen Verschlechterung zu verhindern. Einige dieser Maßnahmen sind aber auch Instrumente, die aus den Startbedingungen und einer im Wettbewerbsrahmen Erfolg versprechenden Wettbewerbsstrategie resultieren und nicht auf Risikoselektion ausgerichtet sind. Folgt eine Kasse einer aus ihrer individuellen Sicht rationalen Wettbewerbsstrategie und setzt Instrumente ein, die auch Selektionsinstrumente sind, so kann die Frage, ob es sich hierbei um gezielte Risikoselektion handelt, nicht beantwortet werden. Die nächsten Abschnitte sollen daher klären, welche der identifizierten Selektionsinstrumente auch als „normale“ Wettbewerbsinstrumente eingesetzt werden können.

6.3 Ausgangslage und Wettbewerbsstrategien der gesetzlichen Krankenkassen

Die Beantwortung der Frage, welche Instrumente als reine Selektionsinstrumente eingesetzt worden sind bzw. werden, bedarf zunächst einer kassenartenorientierten Analyse der Ausgangsbedingung des Mitgliederwettbewerbs im Jahre 1996. Mit Hilfe der so gewonnenen Erkenntnisse wird anschließend die Wahl der Marketingstrategie und der damit einhergehende Instrumenteneinsatz für jede Kassenart nachvollzogen. Schließlich werden die angewendeten Instrumente anhand eines Modells ohne Risikoselektionsmöglichkeit dahingehend überprüft, ob sie innerhalb der modifizierten Rahmenbedingungen ebenfalls zum Einsatz gekommen wären. Ist dies nicht der Fall, so handelt es sich eindeutig um reine Selektionsinstrumente und der Beweis von Risikoselektion ist erbacht.

6.3.1 Die Ausgangsbedingung der einzelnen Kassenarten zu Beginn des Wettbewerbs

Die einzelnen Kassen starteten im Jahre 1996 mit unterschiedlichen Voraussetzungen in den Mitgliederwettbewerb. Ursache dieser Ungleichheit waren vornehmlich historisch gewachsene Strukturunterschiede. Hierbei gilt es zwischen

¹⁸⁹ Siehe zu der Theorie der adversen Selektion Abschnitt 3.1.3. *Versicherungsmärkte bei asymmetrischer Informationsverteilung.*

¹⁹⁰ Vgl. Van de Ven/Ellis (2000) S. 772.

gesetzlich bedingten Strukturunterschieden zwischen den Kassenarten und unterschiedlichen Entwicklungen der Kassen innerhalb einer Kassenart, z.B. aufgrund unterschiedlich großer Mutterunternehmen im Falle der BKKn, zu unterscheiden. Ein Beispiel für die gesetzlich bedingten Unterschiede ist die bereits angesprochene Zuweisungs- und Wahlregelung der Zeit vor dem GSG und die daraus resultierenden tendenziell unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassenarten.¹⁹¹

Der Gesetzgeber gewährte zwar den Kassen eine Schonfrist von drei Jahren, um sich auf den Wettbewerb vorzubereiten, wobei unterschiedliche Risikostrukturen durch die vorgelagerte Einführung des RSA im Jahre 1994 abgemildert werden sollten, eine vollkommen einheitliche Ausgangsposition für alle Kassen dürfte 1996 dennoch nicht bestanden haben (vgl. Wille, 1999, S. 124). Im Folgenden werden kurz die wettbewerbsrelevanten Merkmale der am Wettbewerb teilnehmenden Kassenarten aufgezeigt.

Ortskrankenkassen

Als Folge des anstehenden Wettbewerbs schlossen sich die zuvor regional organisierten Ortskrankenkassen zu zwölf Landes-AOKn zusammen. Mit durchschnittlich 13,83 Prozent lag der Beitragssatz der Kassenart im Jahr 1996 über dem Durchschnitt aller gesetzlichen Krankenkassen. Der Marktanteil betrug im gleichen Jahr 43 Prozent. Die AOKn verfügten in ganz Deutschland über ein dichtes Geschäftsstellennetz und über einen hohen Bekanntheitsgrad.

Ersatzkassen

Im Jahr 1996 existierten acht Arbeiter- und sieben Angestellteneratzkassen. Die Angestellteneratzkassen verfügten über einen durchschnittlichen Beitragssatz von 13,5 Prozent, was in etwa dem durchschnittlichen Beitragssatz aller Kassen in Höhe von 13,48 Prozent entspricht. Der durchschnittliche Beitragssatz der Arbeiterersatzkassen betrug 12,84 Prozent und war damit überdurchschnittlich niedrig. Zusammengenommen erreichten die Ersatzkassen einen Marktanteil von 37 Prozent, wobei auf die Arbeiterersatzkassen lediglich 1,7 Prozent entfielen. Alle großen Ersatzkassen verfügten über ein dichtes Filialnetz. Zudem besaßen zumindest die Angestellteneratzkassen aufgrund der eingeschränkten Wahlmöglichkeit über das Image einer Exklusivkasse.

Betriebskrankenkassen

Mit 12,57 Prozent lag der durchschnittliche Beitragssatz der 532 Betriebskrankenkassen im Jahre 1996 deutlich unter dem der gesamten GKV. Der Marktanteil der BKK betrug 10,3 Prozent. Entsprechend der gesetzlichen Regelung vor

¹⁹¹ Siehe Abschnitt 2.1.2 *Mögliche Ursachen effizienzhemmender Verzerrungen im System der GKV.*

Einführung des GSG waren die Mitglieder der BKKn Mitarbeiter oder ehemalige Mitarbeiter des jeweiligen Mutterunternehmens. Aufgrund der sich daraus ergebenden Konzentration auf das Unternehmen verfügten die BKKn lediglich über Betriebsfilialen. Der überregionale Bekanntheitsgrad der einzelnen Betriebskrankenkassen dürfte dementsprechend gering gewesen sein.

Innungskrankenkassen

Zu Beginn des Mitgliederwettbewerbs waren 53 Innungskrankenkassen am Markt vertreten, welche über einen durchschnittlichen Beitragssatz von 13,07 Prozent verfügten. Der Marktanteil der IKKn belief sich auf 6,0 Prozent. Ebenso wie bei den Betriebskrankenkassen war der Zugang zu dieser Kassenart vor der Einführung der Allgemeinen Wahlfreiheit beschränkt. Obwohl die regional organisierten IKKn ein relativ dichtes Servicenetz besaßen, dürfte der Bekanntheitsgrad der IKKn wegen der Konzentration auf das Handwerk und seine Beschäftigten unter den übrigen GKV-Mitgliedern nicht sehr hoch gewesen sein.

Die kursorische Beschreibung der Wettbewerbsvoraussetzungen stellt freilich nur eine aggregierte Bestandsaufnahme für jede jeweilige Kassenart dar. In jeder Kassenart können Abweichungen von den präsentierten Durchschnittswerten beobachtet werden. Insofern handelt es sich hier nur um eine tendenzielle Beschreibung der Wettbewerbsvoraussetzungen der einzelnen Kassen. Dennoch soll nun aus den ermittelten Wettbewerbsvoraussetzungen für jede Kassenart die plausibelste Wettbewerbsstrategie abgeleitet werden. Diese trifft allerdings nur für die Kassen zu, welche über die tendenziell gleichen Startbedingungen verfügten wie der Durchschnitt der Kassenart, der sie angehören.

6.3.2 Plausible Wettbewerbsstrategien der einzelnen Kassenarten

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der zum Teil konfliktionären Beziehung einzelner Instrumente kristallisierten sich zwei mögliche Basisstrategien für eine Kasse heraus: die preisorientierte Strategie und eine service- bzw. imageorientierte Strategie.

Theoretisch kann jede Kasse eine der beiden Strategien oder eine Mischform wählen, nur legen die bereits gegebenen Strukturen einer Kasse aufgrund hoher Transaktions- bzw. Anpassungskosten die Wahl der Strategie faktisch im Vorhinein fest.¹⁹² Unter Berücksichtigung der bereits ermittelten Wettbewerbsvoraussetzungen soll nun für jede Kassenart die optimale Wettbewerbsstrategie aufgezeigt werden.

¹⁹² Vgl. Abschnitt 4.2.7 *Interdependenzen der Instrumente des Marketing-Mix im Mitgliederwettbewerb.*

Ortskrankenkassen

Die AOKn verfügten zu Beginn des Wettbewerbs über einen relativ hohen Beitragssatz. Eine preisorientierte Strategie wäre daher zumindest mittelfristig wenig erfolgversprechend gewesen. Um den Beitragssatz im Vergleich zur Konkurrenz nachhaltig senken zu können, hätten, da kein Instrument zur Kostensenkung bei den medizinischen Leistungen zur Verfügung stand, die Verwaltungskosten massiv gesenkt und damit auch das Filialnetz drastisch verringert werden müssen. Neben internen Widerständen wären auch Mitgliederproteste zu erwarten gewesen, welche letztendlich wohl zu Imageverlust geführt hätten. Es ist schwer vorstellbar, dass mit Hilfe dieser Instrumente ein langfristig erfolgreicher Wettbewerb mit den schon zu Beginn der Allgemeinen Wahlfreiheit deutlich günstigeren Kassen möglich gewesen wäre. Statt der Preisstrategie wählten die AOKn daher eine von Kosteneffizienzbestrebungen in der Verwaltung flankierte service- und imageorientierte Strategie.

Ersatzkassen

Bei den Ersatzkassen stellte sich die Lage ähnlich dar wie bei den AOKn. Der durchschnittliche Beitragssatz dieser Kassenart lag zwar niedriger als bei den Ortskrankenkassen und im Falle der Arbeiterersatzkassen sogar unterhalb des GKV-Durchschnitts, aber auch hier hätte die Konzentration auf eine Preisstrategie und deren Auswirkungen, z.B. einer Reduktion der persönlichen Serviceleistungen im Falle von Filialschließungen, zu negativen Werbeeffekten und einer Verärgerung der Mitglieder geführt. Im Gegensatz zu den übrigen Kassenarten verfügten die Ersatzkassen aber zu Beginn des Wettbewerbs mit ihrem positiven Leistungsimage über einen komparativen Wettbewerbsfaktor. Letztendlich wählten die Ersatzkassen ebenfalls eine service- und imageorientierte Strategie.

Betriebskrankenkassen

Eine völlig andere Situation ergab sich für die Betriebskrankenkassen, welche über kein dichtes Geschäftsstellennetz verfügten. Für solche BKKn, die einen relativ niedrigen Beitragssatz besaßen, kam nur die Preisstrategie in Frage. Mit einem niedrigen Beitragssatz verfügten sie über einen signifikanten Wettbewerbsvorteil gegenüber den Kassen mit höherem Beitragssatz, auch wenn diese sich auf den Gebieten Service und Image im Vorteil befanden. Die Wahl einer serviceorientierten Strategie wäre dagegen mit hohen Kosten verbunden gewesen, was sich negativ auf den Beitragssatz ausgewirkt hätte. Zudem bestand die Gefahr, dass sich diese Strategie und die dazu notwendigen Maßnahmen, z.B. in Form einer Ausweitung des Filialnetzes und der Initiierung von aufwendigen Werbekampagnen, aufgrund der Konkurrenzsituation und der Erfahrung der

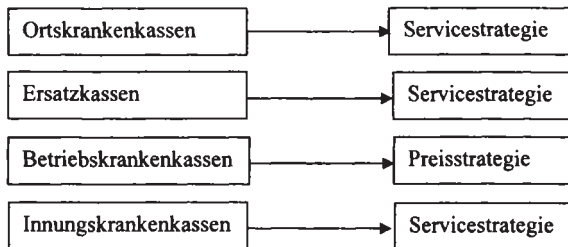
anderen Kassenarten mit hohem Bekanntheitsgrad und dichtem Geschäftsstellennetz als nicht erfolgreich erweisen würden. Solche Betriebskrankenkassen, die nicht über einen niedrigen Beitragssatz verfügen, waren aus den selben Gründen gezwungen, die Preisstrategie zu wählen, auch wenn sie von Beginn an über keinen signifikanten Wettbewerbsvorteil verfügten.

Innungskrankenkassen

Ausgehend von dem bestehenden Servicenetz lag es für die Innungskrankenkassen nahe, sich für eine serviceorientierte Wettbewerbsstrategie zu entscheiden. Unterstützt wird diese Argumentation durch die starke Ausrichtung der Kassenart auf die besonderen Umstände im Handwerk und die daraus entstehenden Profilierungsmöglichkeiten gegenüber der Konkurrenz. Nützlich und unterstützend im Wettbewerb um Mitglieder dürfte sich in diesem Zusammenhang der relativ günstige durchschnittliche Beitragssatz der Kassenart ausgewirkt haben.

Die Ergebnisse der vorangehenden Analyse wird nochmals überblickartig in Abbildung 6.1 illustriert:

Abbildung 6.1: Schwerpunktstrategien der am Mitgliederwettbewerb teilnehmenden Kassen



Quelle: Eigene Darstellung

6.4 Ambivalenzprüfung der eingesetzten Risikoselektionsinstrumente

Ausgehend von der Definition des Begriffs Risikoselektion als einer gezielten Handlung bedarf es des Nachweises der konkreten Absicht, mit Hilfe von Selektionsinstrumenten die Risikostruktur des Mitgliederbestandes verbessern zu wollen, um einer Kasse Risikoselektion beweisen zu können. Lassen sich aber andere plausible Motive finden, welche den Einsatz solcher Art Instrumente, die auch zur Risikoselektion eingesetzt werden können, erklären, so ist dieser Nachweis nicht mehr zweifelsfrei zu führen.

Auf Basis dieser Prämisse gilt es nun, die im Wettbewerbsprozess identifizierten Selektionsinstrumente dahingehend zu überprüfen, ob ihr Einsatz unter den be-

stehenden Wettbewerbsbedingungen auch ohne die Absicht, Risikoselektion betreiben zu wollen, plausibel gewesen wäre. Dazu soll ein Modell verwendet werden, welches die realen Wettbewerbsumstände in der GKV möglichst genau abbildet, aber keine Risikoselektion zulässt.

6.4.1 Ein Wettbewerbsmodell ohne Anreiz zur Risikoselektion

Damit sichergestellt ist, dass die Kassen keine Risikoselektion betreiben wollen, muss ihnen der Anreiz zur Selektion genommen werden. Der gegenwärtige Wettbewerbsrahmen bietet den Kassen die Möglichkeit, mit Hilfe von Selektionsmaßnahmen die Risikostruktur ihres Mitgliederbestandes positiv zu beeinflussen. Eine theoretische Überprüfung der Instrumente muss daher anhand eines modifizierten Modellrahmens erfolgen, der keinen Anreiz zu Risikoselektion generiert und dennoch so weit wie möglich die realen Wettbewerbsverhältnisse abbildet.

Ausgangspunkt bei der Erstellung eines solchen anreizneutralen Modells ist die Erkenntnis, dass eine Kasse durch die Attrahierung bzw. Abwehr von Personen mit bestimmten Eigenschaften, die Risikostruktur ihres Mitgliederbestandes verbessern bzw. vor einer Verschlechterung schützen kann, um auf diese Weise einen möglichst günstigen Beitragssatz zu erreichen. Ob eine Person für eine Kasse ein gutes oder schlechtes Risiko darstellt, kann dabei anhand der Gleichung (3.20) zumindest in den meisten Fällen eindeutig festgestellt werden.¹⁹³ Als Kriterium für die Bewertung des Risikos gilt weiterhin die Entwicklung des Beitragssatzes. Die Gleichung gibt Aufschluss darüber, wie sich der Beitragssatz der Kasse c.p. nach der Attrahierung oder dem Ausscheiden eines Mitglieds entwickelt.

An diesem Punkt setzt die Modifikation der bestehenden Regelungen an. Ziel ist es, zu verhindern, dass die Aufnahme bzw. Abgabe eines Mitglieds die Risikostruktur einer Kasse verändert, was c.p. zu einer Veränderung des Beitragssatzes führen muss. Es ist daher notwendig, ein Regulativ zu implementieren, das jeden Wechsler sowohl für die aufnehmende als auch für die abgebende Kasse zu einem neutralen Risiko transformiert, welches aber keine Wirkung auf den Beitragssatz entfaltet. Dieses Prinzip soll auch für Personen gelten, die sich erstmalig in der GKV versichern. Abgänge aus der GKV werden dagegen nicht berücksichtigt.

Das notwendige Regulativ soll in Form einer Geldzahlung in das Modell eingefügt werden. Die Risikoneutralisation läuft dann folgendermaßen ab: Gewinnt eine Kasse ein gutes Risiko, was c.p. zu einer Senkung des Beitragssatzes führen würde, so muss sie eine Zahlung an einen Fonds leisten. Die Zahlung kommt in Bezug auf ihre Wirkung auf den Beitragssatz einer Erhöhung der tatsächlichen Leistungsausgaben des neuen Mitglieds gleich. Sie muss gerade so hoch sein, um das für die Kasse ehemals gute Risiko in ein neutrales zu transformieren und

¹⁹³ Vgl. Abschnitt 3.4.6 *Notwendige Bedingungen für ein gutes Risiko.*

somit eine Beitragssatzsenkung aufgrund der Aufnahme des neuen Mitglieds zu verhindern. Die Kasse kann daher nicht mit Hilfe von selektiver Attrahierung ihren Beitragssatz senken. Blicke die Zahlung auf die Wechselperiode beschränkt, bestünde für eine strategisch planende Kasse weiterhin der Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Es ist daher notwendig, die Zahlungen in gleicher Höhe über einen gewissen Zeitraum aufrechtzuerhalten. Ist der Zeitraum hinreichend dimensioniert, dann neutralisiert die mit zunehmendem Planungshorizont ansteigende Unsicherheit den Anreiz zur Risikoselektion.

Handelt es sich bei dem Wechsler um ein für die aufnehmende Kasse schlechtes Risiko, dann erhält die Kasse aus dem Fonds eine entsprechende Zahlung, die sicherstellt, dass durch die Aufnahme der Person keine Beitragssatzveränderung notwendig wird. Der Kasse wird auf diese Weise die Motivation genommen, schlechte Risiken abzuwehren, da ihre Aufnahme keinen Einfluss auf den Beitragssatz hat.¹⁹⁴

Das als Risikoneutralisationskomponente zu bezeichnende Regulativ soll auch bei den abgebenden Kassen zum Einsatz kommen. Wechselt ein Mitglied, resultiert daraus für die abgebende Kasse eine Zahlung, wenn es sich bei der Person um ein für die abgebende Kasse schlechtes Risiko handelt. Auch in diesem Fall ist die Höhe so zu bemessen, dass der Wechsel die Beitragshöhe c.p. nicht beeinflusst. Im umgekehrten Fall, wenn es sich für die abgebende Kasse um ein gutes Risiko handelt, erhält die Kasse eine Zahlung, die so zu bemessen ist, dass eine wechselbedingte Beitragssatzerhöhung verhindert wird.

Handelt es sich bei dem Wechsler um ein neutrales Risiko, so entfällt eine Kompensationszahlung per Definition, da aus dem Wechsel keine Beitragssatzveränderung resultiert.

Die Einführung einer solchen Risikoneutralisationskomponente eliminiert sämtliche Anreize aller drei Formen der Risikoselektion: Die selektive Attrahierung ist nicht attraktiv, da jedes neue Mitglied in Bezug auf den Beitragssatz ein neutrales Mitglied darstellt. Die gleiche Argumentation gilt für Maßnahmen zur Abschreckung schlechter Risiken. Ebenfalls unattraktiv wird die Verdrängung schlechter Risiken aus dem Mitgliederbestand, da die Kompensationszahlung bei einem Wechsel in eine andere gesetzliche Kasse für eine Beitragssatzneutralität sorgt.

Die im System der GKV mit RSA bestehenden Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit werden durch die Einführung der Risikoneutralisationskomponente nicht tangiert. Alle Wechsler verbleiben im RSA-System. Die Kassen können weiterhin Geld einsparen, wenn sie die Leistungen der Versorgung wirtschaftlicher erbringen können als der Durchschnitt aller Kassen. Dies gilt sowohl für die bisherigen als auch für die neuen Mitglieder. Die Höhe der Kompensations-

¹⁹⁴ Da der Fonds letztlich von allen Kassen finanziert werden muss, kann ein Wechsel dennoch beitragswirksam sein. Die so notwendige Beitragssatzänderung ist aber innerhalb der GKV nicht wettbewerbswirksam, da sie alle Kassen im gleichen Verhältnis trifft.

zahlung können die Kassen nicht beeinflussen, sodass von dem Instrument auch kein Anreiz zu strategischen Verhaltensänderungen ausgeht.

Die technische Implementierung erfolgt durch eine Erweiterung der Gleichung (3.18) für die Bestimmung des Beitragssatzes aus Abschnitt 3.4.7 um die Risikoneutralisationskomponente Z . Die so modifizierte Gleichung hat folgendes Aussehen:

$$(6.1) \quad s_j = \frac{K_j(X) + Z(X) + [a \cdot M_j(X) - L_j(X)]}{M_j(X)}.$$

Die Risikoneutralisationskomponente Z wird hier als eine Funktion der Anzahl der Mitglieder definiert. Dabei soll angenommen werden, dass Z den Wert null für alle bereits im Bestand befindlichen Mitglieder hat. Z kann nur für Neumitglieder einen Wert ungleich null annehmen.

Die Reaktion des Beitragssatzes auf die Veränderung des Mitgliederbestandes unter Berücksichtigung der Komponente Z gibt Gleichung (6.2) wieder:

$$(6.2) \quad \frac{\partial s_j}{\partial X} = \frac{[K'_j(X) + Z'(X) - L'_j(X)] - [s_j - a] \cdot M'_j(X)}{M_j(X)}.$$

Damit es sich für die Kasse um ein neutrales Risiko handelt, muss die Ableitung gleich null sein. In diesem Fall besitzt die Veränderung der Mitgliederzahl keinen Einfluss auf den Beitragssatz:

$$(6.3) \quad 0 = \frac{[K'_j(X) + Z'(X) - L'_j(X)] - [s_j - a] \cdot M'_j(X)}{M_j(X)}.$$

Bis auf die Risikoneutralisationskomponente handelt es sich in der Gleichung um exogen determinierte Größen. Die Gültigkeit der Gleichung muss daher über die Anpassung der Größe $Z'(X)$ erfolgen. Die Ableitung der Komponente Z nach der Anzahl der Mitglieder stellt den Wert der Risikoneutralisationskomponente der Personen dar, die den Mitgliederbestand verändern. Dies entspricht der Zahlung, die eine Kasse entweder erhält oder leisten muss, um den Beitragssatz konstant zu halten. Durch Umformung erhält man für $Z'(X)$:

$$(6.4) \quad Z'(X) = L'_j(X) - K'_j(X) + [s_j - a] \cdot M'_j(X).$$

Anhand Gleichung (6.4) wird klar, dass a priori nichts darüber gesagt werden kann, ob Z und X sich bei einer Veränderung von X in die gleiche Richtung be-

wegen. Ist $Z'(X)$ positiv, dann muss die Kasse in den Fonds einzahlen, ist die Ableitung negativ, erhält die Kasse Mittel aus dem Fonds. Hat $Z'(X)$ den Wert null, erfolgt dagegen keine Zahlung. Nur wenn die tatsächlichen Werte der exogenen Größen vorliegen, kann die Frage beantwortet werden, ob eine Kasse in den Fonds einzahlen muss oder Mittel daraus erhält.

Der Fonds soll sich aus zwei Quellen finanzieren. Zum einen zahlen Kassen in den Fonds ein, wenn sie ein gutes Risiko attrahieren oder ein schlechtes verlieren. Reichen diese Mittel nicht aus, sollte der Rest entsprechend der jeweiligen Mitgliederzahl und somit anreizneutral von allen Kassen gemeinsam aufgebracht werden. Bleiben innerhalb einer Periode Restmittel übrig, sollten diese in gleicher Weise auf alle Kassen verteilt werden. Welcher Fall eintritt, hängt vom Wechselverhalten der Mitglieder ab. Um dies zu verdeutlichen, soll ein typischer Wechselvorgang zwischen zwei Kassen betrachtet werden. Es wird angenommen, ein Mitglied wechselt von der Kasse B in die Kasse A. Somit ergeben sich die beiden unterschiedlichen Neutralisationskomponenten Z'_A und Z'_B :

$$(6.5) \quad Z'_A(X) = L'_A(X) - K'_A(X) + [s_A - a] \cdot M'_A(X).$$

$$(6.6) \quad Z'_B(X) = L'_B(X) - K'_B(X) + [s_B - a] \cdot M'_B(X).$$

Die Gleichung (6.5.) zeigt den Wert der Neutralisationskomponente für die aufnehmende Kasse. Da diese Kasse ein Mitglied gewinnt, haben auch die einzelnen Komponenten der Gleichung, wie die anrechenbaren Leistungsausgaben des Wechslers ($L'_A(X)$), die tatsächlichen Leistungsausgaben ($K'_A(X)$) und das beitragspflichtige Einkommen ($M'_A(X)$), einen positiven Wert.¹⁹⁵

Anders verhält es sich bei der abgebenden Kasse B. Die Kasse verliert ein Mitglied und folglich sind die anrechenbaren Grenzleistungsausgaben ($L'_B(X)$), genauso wie die anderen von der Anzahl der Mitglieder abhängigen Größen ($K'_B(X)$) und ($M'_B(X)$), negativ. Da es sich aber um ein und denselben Wechsler handelt, ist der Betrag einer jeweiligen Größe bei beiden Kassen gleich groß. Damit muss gelten:

$$(6.7) \quad L'_A(X) = -L'_B(X); K'_A(X) = -K'_B(X); M'_A(X) = -M'_B(X).$$

Wird dies berücksichtigt, so lassen sich die Nettzahlungen aus bzw. an den Fonds, welche sich aus einem Kassenwechsel ergeben, durch die Summe der beiden Kompensationszahlungen $Z'_A(X)$ und $Z'_B(X)$ folgendermaßen quantifizieren:

¹⁹⁵ Theoretisch kann die Variable für die tatsächlichen Leistungsausgaben auch den Wert null annehmen.

$$(6.8) \quad Z'_{Auf}(X) + Z'_{Abg}(X) = [s_{Abg} - s_{Auf}] \cdot M'(X).$$

Anhand Gleichung (6.8) wird deutlich, dass es zu einer Nettozahlung aus dem Fonds kommt, wenn der Beitragssatz der abgebenden Kasse höher ist als der Satz der aufnehmenden Kasse. Der Wechsel führt zu einer Nettozahlung in den Fonds, sofern der Beitragssatz der aufnehmenden Kasse den Beitragssatz der abgebenden übersteigt. Die Höhe der jeweiligen Nettozahlung wird von der Differenz der Beitragssätze und dem beitragspflichtigen Einkommen des Wechslers determiniert.

Entsprechen sich die Beitragssätze der beiden Kassen der Höhe nach, so kommt es zu keiner Nettozahlung in oder aus dem Fonds. In diesem Fall entspricht die Zahlung der einen Kasse genau dem, was die andere Kasse empfängt.

6.4.2 Überprüfung der Selektionsinstrumente anhand des anreizneutralen Modells

Das vorgestellte Modell eines modifizierten Wettbewerbsrahmens erfüllt die an ihn gestellten Ansprüche. Die Kassen haben nach Einführung der Risikoneutralisationskomponente keinen Anreiz mehr, Risikoselektion zu betreiben. Ansonsten bleibt der ursprüngliche Wettbewerbsrahmen unberührt. Als einzige zusätzliche Konsequenz würde sich eine eventuelle Beitragssatzveränderung für alle Kassen in Zusammenhang mit der Finanzierung des Fonds ergeben. Darüber hinaus wäre in der Realität ein gewisser Verwaltungsaufwand bei der Kontrolle bzw. Organisation des Fonds notwendig. Das gewählte Modell ist gleichwohl dazu geeignet, als Grundlage für die Bewertung der von den Kassen eingesetzten Selektionsinstrumente zu dienen. Dazu wird nun angenommen, dass bei Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit zusätzlich zum RSA die vorgestellte Risikoneutralisationskomponente zum Einsatz gekommen wäre. Bevor nun auf die einzelnen Instrumente eingegangen wird, muss geprüft werden, welche Strategie die einzelnen Kassen unter den veränderten Bedingungen gewählt hätten.

Die Ausgangsposition der Kassen, insbesondere deren Beitragssatzunterschiede, hätte sich nicht verändert, da die Neutralisationskomponente erst bei einem Wechsel wirksam geworden wäre. Somit gelten auch für den modifizierten Modellrahmen die Erkenntnisse aus der Analyse der Wettbewerbsbedingungen der Kassenarten. Danach wäre es für die Ersatz- und Ortskrankenkassen plausibel gewesen, ihre Aktivitäten auf eine Produktpolitik auszurichten, da sie auf diesem Gebiet über komparative Vorteile gegenüber den Betriebskrankenkassen verfügten.

Die Betriebskrankenkassen hätten bei rationaler Entscheidung für die Preisstrategie ebenfalls die selbe Strategie gewählt, die sie sich in der Realität aussuchten. So wären viele BKKn mit einem unterdurchschnittlichen Beitragssatz in den Wettbewerb gestartet. Eine Erweiterung der Serviceleitungen hätte nun c.p. die Verwaltungskosten und damit den Beitragssatz steigen lassen. Dazu wäre die

Ungewissheit gekommen, ob damit die Vormachtstellung der anderen Kassenarten auf diesem Gebiet hätte gebrochen werden können. Für die BKKn – auch für solche mit überdurchschnittlichem Beitragssatz – wäre es daher sinnvoll gewesen, mit Hilfe von Kostenminimierung einen möglichst niedrigen Beitragssatz zu erzielen, um am Markt erfolgreich zu sein.

Da keine Kassenart aufgrund der Modifikation des Wettbewerbsrahmens ihre Wettbewerbsstrategie geändert hätte, muss nun jedes einzelne Selektionsinstrument dahingehend überprüft werden, ob es auch unter den veränderten Bedingungen – also ohne die Möglichkeit, Risikoselektion betreiben zu können - eingesetzt worden wäre.

a. Aufbau hoher Transaktionskosten

- Geringe Filialdichte

Sofern die Betriebskrankenkassen einer Preisstrategie folgen, müssen sie bestrebt sein, die Kosten zu minimieren. Daher ist es nicht nur legitim, sondern sogar notwendig, die Verwaltungskosten als einen Kostenfaktor, der von den Kassen direkt beeinflusst werden kann, möglichst niedrig zu halten. Diese Maßnahme würde insofern auch in einem Wettbewerbsrahmen mit Ausgleichskomponente und fehlender Möglichkeit zur Risikoselektion zum Einsatz kommen. Das in der Realität eingesetzte Selektionsinstrument muss folglich nicht zwingend zur Risikoselektion eingesetzt worden sein. Auch wenn eine Kasse nicht die Absicht gehabt hätte, Risikoselektion zu betreiben, wäre dieses Instrument zum Einsatz gekommen.

b. Selektive Informationen

- Zielgruppenwerbung

Insbesondere die Ersatzkassen und Ortskrankenkassen betreiben Zielgruppenwerbung. In einem Wettbewerb, in dem es keine guten oder schlechten Risiken gibt, kann sich aber eine Kasse nicht auf die Bewerbung einer bestimmten Personengruppe beschränken, sondern strebt danach möglichst viele potenzielle Neumitglieder anzusprechen. Beschränkt sich eine Kasse aber hinsichtlich ihrer Werbeaktivitäten auf die Zielgruppe der guten Risiken, so handelt es sich um Risikoselektion. Da Orts- und Ersatzkassen aber parallel zur Zielgruppenwerbung auch Breitbandwerbung betreiben, kann auch das Instrument Zielgruppenwerbung nicht eindeutig als Risikoselektionsinstrument angesehen werden, wenn man es als unterstützende Maßnahme der Breitbandwerbung ansieht.

Dem Verfasser ist zumindest eine Betriebskrankenkasse bekannt, die auf Breitbandwerbung verzichtet, aber anhand von Kinowerbung wirbt. Werden hierbei durch die Auswahl der Filme bestimmte Zielgruppen angesprochen, so handelt es sich um Risikoselektion, denn innerhalb des modifizierten Wettbewerbsrah-

mens hätte eine Kasse keine Zielgruppenwerbung durchgeführt, sondern Breitbandwerbung. Die BKKn hätten aber aus Kostengründen darauf verzichtet.

- *Gezielte Auswahl der Informationskanäle*

Folgen die BKKn stringent der Preisstrategie, so verzichten sie aus Kostengründen auf Werbung und sind bestrebt, die notwendigen Informationen möglichst wirtschaftlich bereitzustellen. Telefonische Beratung und die Bereitstellung von Informationen über die eigene Internet-Homepage sind Instrumente, welche der Umsetzung der Preisstrategie dienen. Folglich ist ihr Einsatz auch in der Modellwelt ohne Risikoselektion sinnvoll. Ein eindeutiger Beweis der Risikoselektion lässt sich daher anhand dieser Instrumente nicht führen.

c. *Gezieltes Leistungsangebot*

- *Strategischer Verzicht auf die spezielle Versorgung von Hochrisiken*

Unter Gültigkeit des modifizierten Modellrahmens führt die Aufnahme eines Hochrisikos bei der aufnehmenden Kasse c.p. nicht zu einem höheren Beitragsatz. Die Kassen haben daher keinen Anreiz mehr, erfolgversprechende Programme zurückzuhalten, um sich auf diese Weise vor dem Zustrom schlechter Risiken zu schützen. Sie sollten im Gegenteil ein Interesse daran haben, qualitätssteigernde Programme anzubieten, da diese im Mitgliederwettbewerb wichtige Instrumente der Produktpolitik sein können. Gelingt es mit Hilfe der Programme nicht nur, die Versorgungsqualität und damit den Nutzen der Mitglieder zu erhöhen, sondern darüber hinaus noch die Wirtschaftlichkeit zu steigern, so dient dies auch der Preisstrategie.

Der Verzicht auf die Einführung spezieller Programme für Hochrisiken durch die gesetzlichen Kassen ist daher ein eindeutiger Fall von Risikoselektion mit dem Ziel, schlechte Risiken abzuwehren.

- *Selektive Auswahl der Angebotsregionen*

Wird jedes Neumitglied für die aufnehmende Kasse zu einem neutralen Risiko transformiert, ist die Beschränkung auf bestimmte Angebotsregionen im Sinne des Ziels Mitgliedermaximierung kontraproduktiv, da nicht die maximale Anzahl der potenziellen Neumitglieder angesprochen werden kann. Unter diesen Bedingungen wäre es für die Kassen rational, in allen Regionen als Anbieter aufzutreten.

Verzichten einzelne BKKn, sich für alle Regionen zu öffnen, muss ihnen diese Politik als Risikoselektion angelastet werden, sofern sie solche Regionen ausparen, die über überdurchschnittliche Leistungsausgaben verfügen.

Niedriger Beitragssatz und geringe Filialdichte

Wie bereits festgestellt, ist die bewusste Beschränkung der Filialdichte nicht zwangsläufig ein Akt der Risikoselektion. Die Kombination dieses Instruments mit einem niedrigen Beitragssatz wäre auch in der Modellwelt ohne Risikoselektion plausibel gewesen.

Für die GKV-Mitglieder ergibt sich aus der Existenz von Kassen mit tendenziell niedrigem Beitragssatz und geringer persönlicher Serviceleistung auf der einen und Kassen mit tendenziell höheren Beitragssätzen und umfassendem persönlichen Service auf der anderen Seite eine Wahlmöglichkeit. In der Realität der GKV bedeutet die Wahlentscheidung der Mitglieder in ihrer Konsequenz adverse Selektion, da die guten Risiken in die günstigeren Kassen abwandern und die schlechten in den teuren verbleiben. Es kommt zu einer so genannten Entmischung der Risiken im Zeitverlauf (vgl. Cassel/Janssen, 1999, S. 17). In der Modellwelt der Risikoselektionskomponente handelt es sich aber nur um eine normale Marktentwicklung, wenn Personen aufgrund ihrer Präferenzen eine Kasse mit wenig oder mit mehr persönlichen Service wählen und entsprechend geringere oder höhere Beiträge leisten müssen.¹⁹⁶ Der Vorwurf, einzelne Kassen würden adverse Selektion als Instrument zur Risikoselektion verwenden, kann demnach nicht zweifelsfrei bewiesen werden.

6.5 Fazit des Nachweises von Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der GKV

Der Gesetzgeber versprach sich von der Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit und des daraus resultierenden Mitgliederwettbewerbs zwischen den gesetzlichen Kassen eine Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssteigerung in der Versorgung und damit eine Erhöhung der Wohlfahrt der GKV-Versicherten.

Die effizienzsteigernde Wirkung des Wettbewerbsprozesses kann aber, so die Erkenntnisse aus der Theorie der Versicherungsmärkte, u.a. durch Risikoselektionsaktivitäten der Konkurrenten reduziert und theoretisch sogar völlig neutralisiert werden.

Die technische Analyse des Wettbewerbsrahmens der GKV, insbesondere die Untersuchung der Anreizwirkungen des RSA, zeigte, dass - obwohl ein Risikostrukturausgleich zum Einsatz kommt - die Möglichkeit zur Risikoselektion besteht, sofern die Kassen ein Interesse an einem möglichst niedrigen Beitragssatz haben.

Dass ein niedriger Beitragssatz ein plausibles Ziel für die Mitbewerber im GKV-Wettbewerb darstellt, zeigte die Relevanz der Größe als wichtigste Determinante der Wechsler bei der Kassenwahlentscheidung.

¹⁹⁶ Damit ist nicht gemeint, dass sich der Unterschied in den Beitragssätzen ausschließlich auf die unterschiedlichen Verwaltungskosten zurückführen lassen könnte. Tatsächlich ergeben sich die Beitragssatzunterschiede hauptsächlich aufgrund unterschiedlicher Risikostrukturen.

Risikoselektion wird aber im Mitgliederwettbewerb der GKV nicht auftreten, wenn keine Kasse ein mit dem Instrument Risikoselektion kompatibles Motiv besitzt, ihren Mitgliederbestand zu maximieren. Die Abhängigkeit des Vorstandsgehaltes von der Mitgliederanzahl stellt ein Motiv dar, einen möglichst hohen Mitgliederbestand anzustreben und kann mit Hilfe von Risikoselektion verfolgt werden.

Es ist jedoch nicht möglich, anhand dieser Kausalkette die Existenz von Risikoselektion zu beweisen. Im Sinne einer statistischen Hypothesenprüfung kann bis zu diesem Punkt nur die Hypothese „Risikoselektion findet nicht statt“ abgelehnt werden, was freilich nicht die Annahme der Nullhypothese „Risikoselektion findet statt“ bedeutet.

Die Analyse des abgelaufenen Wettbewerbsprozesses förderte eine Reihe von Maßnahmen zu Tage, die grundsätzlich zur Risikoselektion eingesetzt werden können. Es konnte aber anhand der theoretischen Einführung einer Risikoneutralisationskomponente gezeigt werden, dass nicht alle diese Instrumente zwangsläufig und einzig nur zur Risikoselektion dienen. Vielmehr handelt es sich zum Teil um Instrumente, die auch innerhalb des Wettbewerbsprozesses eingesetzt worden wären, wenn keine Möglichkeit der Risikoselektion bestanden hätte. Selbst die Anwendung dieser Instrumente beweist noch nicht die Existenz Risikoselektion. Dahingegen bedeutet der Einsatz solcher Instrumente, die in einem Wettbewerbsrahmen ohne Risikoselektionsmöglichkeit nicht angewendet worden wären, innerhalb des Mitgliederwettbewerbs der GKV eindeutig Risikoselektion. Nachdem der Einsatz von Risikoselektionsinstrumenten nachgewiesen werden konnte, stellt sich nun die Frage, welche Verzerrungen bzw. Wohlfahrtsverluste das Auftreten von Risikoselektion verursachte.

6.5.1 Wohlfahrtswirkung der Risikoselektion

Die in ihrer Wirkung bedeutendste Form der Risikoselektion resultiert aus dem Verzicht auf die Einführung von speziellen Versorgungsprogrammen für Hochrisiken bzw. chronisch Kranke. Die auf Zielgruppen beschränkte Werbung und die selektive Auswahl von Angebotsregionen stellt zwar ebenfalls Möglichkeiten der Risikoselektion dar, der negative Einfluss dieser Instrumente auf die intendierte Wirkung des Wettbewerbs dürfte aber gering sein. Zumal es sich bei der Zielgruppenwerbung allenfalls um eine flankierende Maßnahme im Rahmen eines Gesamtmarketingkonzeptes handelt.

Ein ganz anderes Wirkungsspektrum entfaltet der Verzicht auf Chronikerprogramme. Der Einsatz dieses Instruments reduziert den Zielerreichungsgrad auf zwei Wirkungsebenen des Wettbewerbsprozesses. Auf der allokativen Ebene wird die Erschließung möglicher Wirtschaftlichkeitspotenziale in der Versorgung hochmorbider Personen verhindert. In der Konsequenz bedeutet das nichts anderes als eine Verschwendung von knappen Ressourcen. Darüber hinaus wird auf der Qualitätsebene der Zugang zu einer qualitativ höherwertigen

Versorgung bestimmter Personengruppen blockiert, indem zur Qualitätsverbesserung beitragende Programme zurückgehalten werden. Die Risikoselektion führt folglich zu einem in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung suboptimalen Ergebnis des Wettbewerbsprozesses.

Die Hauptaufgabe des Gesundheitssystems liegt in der Versorgung erkrankter Versicherter, wobei solche mit hoher Morbidität, wie chronisch Kranke, in der Versorgung eine – auch mit Hinblick auf ihren Ressourcenverbrauch – herausgehobene Stellung innehaben sollten. Vor diesem Hintergrund erscheint die Aussage gerechtfertigt, dass Risikoselektion, obwohl deren negative Effekte praktisch nicht quantifizierbar sind, in der nachgewiesenen Form eine signifikante Wohlfahrtssteigerung der GKV-Versicherten durch den Mitgliederwettbewerb verhinderte.

6.5.2 Wohlfahrtswirkung der adversen Selektion

Neben der Risikoselektion bedeutet die adverse Selektion eine weitere potenzielle Gefahrenquelle für einen wohlfahrtssteigernden Wettbewerbsprozess. Tendenzen zur adversen Selektion im Mitgliederwettbewerb der GKV konnten bereits bei der Suche nach Risikoselektionsinstrumenten aufgezeigt werden. In diesem Zusammenhang wurde allerdings adverse Selektion als ein spezielles Instrument der Risikoselektion interpretiert. Die Analyse mit Hilfe der Risiko-neutralisationskomponente zeigte aber, dass auch unter den so modifizierten Wettbewerbsbedingungen ein Auftreten der gleichen Art adverser Selektion wie unter realen Verhältnissen plausibel erscheint. Eine eindeutige Klassifikation als Instrument der Risikoselektion kann somit nicht erfolgen. Was bleibt ist die Frage, welche Wirkungen von der im GKV-Wettbewerb beobachtbaren Form der adversen Selektion ausgeht.

Die klassischen Wohlfahrtsverluste aus einer zu geringen und nicht den Präferenzen der Nachfrager entsprechenden Teilabsicherung solcher Versicherten mit niedrigen Leistungsausgaben sind in der GKV nicht zu beobachten. Dafür sorgt die Versicherungspflicht in Verbindung mit dem bis auf die Satzungsleistungen und dem Service faktisch identischen und umfassenden Leistungsangebot der Kassen. Gleichwohl führt die Versicherungspflicht nicht zu einer pareto-optimalen Lösung, sondern kann lediglich eine Pareto-Verbesserung bedeuten (vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 163).

Wechseln Personen mit tendenziell niedriger Morbidität und damit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben von einer Kasse mit überdurchschnittlichem Beitragssatz vornehmlich in Kassen mit zwar geringen Serviceleistungen, aber dafür vergleichsweise niedrigen Beitragssätzen, so entsteht ihnen kein Wohlfahrtsverlust; im Gegenteil, sie zahlen nun c.p. absolut betrachtet geringere Beiträge. Einen Wohlfahrtsverlust erleiden dagegen solche Mitglieder, welche aufgrund ihrer überdurchschnittlich hohen Morbidität besonderen Wert auf persönliche Betreuung legen und daher nicht in eine Kasse mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen und fehlendem persönlichen Service wechseln wollen. Für sie

bedeutet der Verbleib in der teureren Kasse, die nun aufgrund des Abflusses guter Risiken c.p. ihren Beitragssatz anheben muss, erhöhte Beitragszahlungen bei gleichem Leistungsangebot (vgl. Cassel/Janssen, 1999, S. 16/17).¹⁹⁷

Die so stattfindende Risikoentmischung ist demnach Resultat einer auf Basis der Präferenzen der Mitglieder getroffenen freien Willensentscheidung (vgl. Oberender/Ecker, 1999, S. 54). In einem Modell des vollkommenen (unregulierten) Wettbewerbs ließe sich diese Entwicklung nicht kritisieren. Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aber Konflikte mit dem Solidaritätsprinzip. Lässt sich tatsächlich eine Entmischung der Risiken beobachten, folgt daraus eine positive Korrelation zwischen dem Morbiditätsrisiko und dem Beitragssatz bzw. der Beitragshöhe. Genau dieser Zusammenhang spricht gegen die Intention des Solidaritätsprinzips, das versucht, die Beitragszahlungen tendenziell an die Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu koppeln, indem die Beitragshöhe bei gleichem Beitragssatz von der Höhe des beitragspflichtigen Einkommens abhängig ist. Die Selbstselektion im Rahmen des Mitgliederwettbewerbs unterminiert demnach das Solidaritätsprinzip der GKV. Dies ist nicht die zwangsläufige Konsequenz eines Wettbewerbsprozesses, sondern vielmehr ein Produkt der besonderen Umstände. Zu diesen zählen einerseits die Ausgangsbedingung des Wettbewerbs mit ihren damals noch immer beitragsatzwirksamen Risikostrukturunterschieden zwischen den Kassen und andererseits der Wettbewerbsrahmen mit seinem beschränkten Reservoir an Wettbewerbsparametern.

Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems GKV lässt sich dagegen eine positive Wirkung der adversen Selektion konstatieren. Als Folge des Selektionsprozesses nimmt die Zahl der Mitglieder, die bei Kassen mit relativ niedrigen Verwaltungskosten versichert sind, zu. Sofern die Verwaltungskapazitäten der abgebenden Kassen reduziert werden, verringern sich die Verwaltungskosten der gesamten GKV dementsprechend.

6.5.3 Wohlfahrtswirkung fehlender Wettbewerbsparameter

Das Instrumentarium der Kassen im Mitgliederwettbewerb der GKV beschränkt sich faktisch auf die beiden Instrumente Beitragssatz und Service. Die bestehenden Regelungen bieten den Konkurrenten wenig Möglichkeiten, sich anhand von wirklichen Unterschieden im Leistungsangebot, aber auch in der Leistungsqualität, zu profilieren. Die wichtige Eigenschaft des effizienzsteigernden Wett-

¹⁹⁷ Kommt es infolge dieser Entwicklung zu einem Ansteigen des Beitragssatzunterschieds zwischen service- und preisorientierten Kassen, dann kann aufgrund der Mitgliederwanderung eine Dynamik einsetzen, an deren Ende sich eine Wettbewerbssituation einstellt, in der nur noch Hochrisiken in den serviceorientierten Kassen versichert sind. Diese verfügen zwangsläufig über einen extrem hohen, nicht mehr wettbewerbsfähigen Beitragssatz. Ein Weiterbestehen dieser Kassen ist unter den unterstellten Umständen nicht mehr möglich. Als Konsequenz aus den Kassenschließungen müssten die Mitglieder auf die überbliebenen Kassen verteilt werden, wo sie aber nicht mehr die von ihnen präferierten Leistungen in Form von persönlicher Betreuung erhalten.

bewerbs als ein Such- und Entdeckungsverfahren kann unter diesen Umständen nicht in befriedigender Weise zum Tragen kommen. Als dementsprechend gering müssen die bisherigen wettbewerbsbedingten Effizienzsteigerungen in der GKV angesehen werden, wobei die Entwicklung des Beitragssatzes der GKV dafür als Indiz herangezogen werden kann.

Damit die Kassen in einen möglichst intensiven Wettbewerb treten können, müssten sie über einen erweiterten Dispositionsspielraum in der Beziehung zu den Leistungserstellern, also auf der Beschaffungsseite, aber auch in der Beziehung zu den Mitgliedern, der Vertriebs – bzw. Absatzseite, verfügen (vgl. Cassel/Janßen, 1999, S. 41; Jacobs, 2002, S. 15). Auf der Absatzseite kann es unter Umständen zu Problemen mit dem Solidaritätsprinzip kommen, wie z.B. bei einer Einführung von Wahltarifen mit Selbstbeteiligung.¹⁹⁸ Dagegen bieten sich auf der Beschaffungsseite zahlreiche Optionen an.¹⁹⁹ So fehlt den Kassen unter den geltenden Bestimmungen die Möglichkeit, in ausreichender Weise Einfluss auf die Leistungsstrukturen, das Versorgungsgeschehen der Leistungsanbieter und den Prozess der Leistungserbringung zu nehmen. Ein effizienz- bzw. effektivitätssteigernder Leistungswettbewerb kann aber nur entstehen, wenn die Kassen über die angesprochenen Optionen verfügen (vgl. Cassel/Janßen, 1999, S. 43).

Trotz dieser Unzulänglichkeiten brachte der Wettbewerb auch Vorteile für die Versicherten mit sich. Zu den positiven Effekten des Mitgliederwettbewerbs zählt die verstärkte Orientierung der Kassen an den Versichertenpräferenzen. Darüber hinaus ist aufgrund der Dominanz des Beitragssatzes von einer kassenartenübergreifenden Wirtschaftlichkeitssteigerung in der Kassenverwaltung auszugehen. Letztendlich bedeutete die Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit und der daraus resultierenden Angebotszunahme für sich genommen einen Wohlfahrtszuwachs für die Mitglieder der GKV (vgl. Wille, 1999, S. 143).

6.5.4 Abschließende Bewertung des Mitgliederwettbewerbs in der GKV im Hinblick auf die Ziele des GSG

Das dominierende Ziel der Einführung des GSG war die mittel- bis langfristige Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV. Mit Hilfe eines auf der allgemeinen Wahlfreiheit basierenden Mitgliederwettbewerbs sollte die Effizienz/Effektivität und damit die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung als wichtige Determinante der Beitragssätze verbessert werden.

Wird die Wechselhäufigkeit als ein Kriterium der Wettbewerbsintensität angesehen, dann zeigt die in den Tabellen 6.1 und 6.2 im Zeitverlauf dargestellte Veränderung der Marktanteile, dass zumindest die Implementierung des Wett-

¹⁹⁸ Damit ist nicht gemeint, dass eine solche Maßnahme u.U. aus ökonomischer Sicht nicht sinnvoll wäre. Vielmehr geht es an dieser Stelle nur um das mögliche Wirkungsspektrum der Maßnahmen.

¹⁹⁹ Siehe dazu z.B. Wille (1999) S. 132ff.

bewerbs erfolgreich gewesen ist. Im Hinblick auf die Erfüllung des vorgegebenen Ziels des GSG ist es aber entscheidend, wie sich die Beitragssätze im Zeitverlauf entwickelten. Ein Blick auf die Tabellen 6.3 und 6.4 erweckt prima vista den Anschein, dass der Wettbewerbsprozess seine ihm zugewiesene Aufgabe, mittelfristig für niedrige Beiträge zu sorgen, nicht zu erfüllen vermochte. Der gesamte Beitragssatz nahm nicht wie erhofft ab, sondern stieg sogar an und lag während des gesamten Beobachtungszeitraums höher als im Jahr 1996, vor Einführung des Wettbewerbs.²⁰⁰ Für diese Entwicklung sind aber auch andere Faktoren bzw. Einflüsse verantwortlich und ein „Wettbewerbsversagen“ könnte streng genommen nur unter einer Ceteris-paribus-Betrachtung eindeutig nachgewiesen werden. In der theoretischen Analyse von Versicherungsmärkten wurde aber auf die negative Wirkung von Risikoselektion hingewiesen, und die nachfolgenden Untersuchungen konnten den Einsatz von Risikoselektionsinstrumenten nachweisen. Es ist insofern plausibel anzunehmen, dass ein Teil der beobachteten Beitragssatzsteigerungen nicht stattgefunden hätte, wenn es zu keiner Risikoselektion gekommen wäre. Gleichwohl lassen sich dennoch zwei andere positive Effekte des Wettbewerbs, eine Orientierung an den Präferenzen der Konsumenten sowie die Einräumung von Handlungs- und Wahlfreiheiten, zumindest in Grenzen, im Mitgliederwettbewerb der GKV beobachten. Ein weiterer Erklärungsgrund für die anscheinende Unfähigkeit des Wettbewerbsprozesses, die Wirtschaftlichkeit im System der GKV zu steigern, ist der Mangel an wirkungsvollen Wettbewerbsinstrumenten seitens der Kassen. Verfügen die Marktteilnehmer nicht über das notwendige Instrumentarium, um auf der Leistungserstellungsseite eine höhere Wirtschaftlichkeit durchzusetzen, dann kann auch der Wettbewerbsprozess nicht seine volle Wirkung entfalten. Neben einer Steigerung der Effizienz/Effektivität erhoffte sich der Gesetzgeber durch die Initiierung des Wettbewerbsprozesses eine Verbesserung der Qualität der Leistungserstellung. Zumindest bei der Versorgung chronisch kranker Personen hat der Wettbewerb diesbezüglich bisher versagt (vgl. Lauterbach/Wille, 2001, S. 230). Als eine Form der Risikoselektion verzichteten die gesetzlichen Kassen darauf, spezielle Programme für Chroniker einzuführen, mit deren Hilfe nicht nur die Versorgungsqualität, sondern darüber hinaus die Effizienz/Effektivität der Versorgung hätte gesteigert werden können.

²⁰⁰ Diese Entwicklung setzte sich weiter fort und der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV stieg am 1. Oktober 2002 auf einen Wert von 14,04 Prozent an.

7. Die Reform des RSA und seine Auswirkungen auf den Mitgliederwettbewerb

Im Hinblick auf die Intention der Einführung eines umfassenden Mitgliederwettbewerbs in der GKV kommt die bisherige Analyse zu dem Ergebnis, dass, obwohl ein Risikostrukturausgleich zur Anwendung kommt, die Existenz von Risikoselektion eine Maximierung sowohl der Effizienz bzw. Effektivität als auch der Qualität durch den Wettbewerbsprozess verhinderte. Darüber hinaus führte eine spezielle Form der adversen Selektion zu Konflikten mit dem Solidaritätsprinzip. Für die Zukunft birgt diese adverse Selektion zudem die Gefahr in sich, dass es aufgrund des Marktaustritts von serviceorientierten Kassen zu gesellschaftlichen Kosten kommt und sich Mitglieder mit hohem Betreuungsbedarf daraufhin u.U. nicht mehr entsprechend ihrer Präferenzen versichern können.

Gleichwohl können die gefundenen Ergebnisse nicht die in der Diskussion über den Mitgliederwettbewerb am häufigsten gebrauchten Argumente bzw. Anschuldigungen bezüglich des Einsatzes von Risikoselektionsinstrumenten unterstützen. Risikoselektion wurde nicht ausschließlich von „virtuellen“ Betriebskrankenkassen mit minimalem Filialnetz angewendet, sondern von allen Kassen, die auf eine Implementierung von speziellen Versorgungsprogrammen für chronisch Kranke verzichteten. Auch die Selbstselektion von Mitgliedern ist letztendlich nur das Ergebnis einer rationalen Entscheidung auf Basis von persönlichen Präferenzen. Nicht zuletzt aufgrund der ansteigenden Beitragssatzunterschiede zwischen den BKKn und den übrigen Kassenarten, rückte die Frage nach der Wirksamkeit des RSA und einer eventuell notwendigen Reform dennoch in den Mittelpunkt der Diskussionen über die Zukunft der GKV. Welche Maßnahmen der Gesetzgeber diesbezüglich traf und welche Wirkungen sie im Hinblick auf Risikoselektion und adverse Selektion entfalten, wird im Rahmen dieses letzten Kapitels erörtert.

7.1 Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs

In Erwartung der anstehenden Aufhebung der beiden getrennten Rechtskreise in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der damit einhergehenden Einführung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs forderte der Deutsche Bundestag in einer Entschließung vom 16.12.1999 die Bundesregierung auf, eine Untersuchung über die Wirkung des RSA in Auftrag zu geben und ihn über die Ergebnisse dieser Untersuchung bis zum 31.03.2001 zu unterrichten (Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem, 2001, S. 5).

Das Bundesministerium für Gesundheit betraute daraufhin eine Forschergruppe bestehend aus Mitarbeitern des Instituts *IGES* und den Professoren *Cassel* und *Wasem* mit der Erstellung eines Gutachtens, welches unter dem Titel „Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ am 15.02.2001 fertig gestellt wurde (Jacobs/ Reschke/Cassel/Wasem, 2001). Parallel zu dem Gutachten der Forschergruppe *IGES/ Cassel/Wasem* erstellten

die Professoren *Lauterbach* und *Wille* im Auftrag des Verbands der Angestellten- und Arbeitersatzkassen, des Bundesverbandes der Allgemeinen Ortskrankenkassen und des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen ein Gutachten mit ähnlichem Inhaltsschwerpunkt (Lauterbach/Wille, 2001).²⁰¹

Hinsichtlich der Frage nach dem grundsätzlichen Zweck und der Notwendigkeit des RSA kommen beide Gutachtergruppen zu dem gleichen Ergebnis: Der RSA stellt eine notwendige Bedingung für einen funktionierenden Mitgliederwettbewerb in der GKV dar. Darüber hinaus stimmen die Gutachter aber auch darin überein, dass der Kassenwettbewerb nach wie vor verzerrenden Einflüssen unterliegt, die mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs in seiner bisherigen Form nicht vollständig kompensiert werden können und eine Weiterentwicklung des RSA notwendig erscheinen lassen. Die Ursachen dieser Wettbewerbsverzerrungen liegen nach Meinung der Experten vor allem in der unzureichenden Erfassung der unterschiedlichen Gesundheitszustände der Versicherten im RSA und einer damit einhergehenden ungleichen Ausgabenbelastung der Krankenkassen (BMG, 2003, S. 1). Als Indiz hierfür werden tendenzielle Diskrepanzen zwischen den standardisierten Leistungsausgaben des RSA und den tatsächlichen Leistungsausgaben von Wechslern herangezogen, die sich in Beitragssatzvorteilen der aufnehmenden Kassen niederschlagen.

Ein weiteres schwerwichtiges Problem im System der GKV bedeuten fehlende Anreize zur optimalen Versorgung chronisch Kranker. Demzufolge haben Kassen keinen wettbewerbswirksamen Vorteil, wenn sie chronisch Kranken eine optimale Versorgung zukommen lassen. Im Gegenteil, es entstehen ihnen sogar Wettbewerbsnachteile in Form von höheren Beitragssätzen, wenn sie Chroniker erfolgreich versorgen.

Gleichwohl weisen die Gutachten darauf hin, dass ohne die korrigierende Wirkung des Risikostrukturausgleichs weitaus stärkere Verzerrungen im Mitgliederwettbewerb zu beobachten gewesen wären und der RSA daher ein unverzichtbares Element des GKV-Systems darstellt.

Nach Vorlage beider Gutachten am 15. Februar 2001 bat die Bundesministerin für Gesundheit beide Forschergruppen, in einen kurzfristigen Dialog einzutreten, um auf Basis der Gemeinsamkeiten bei der Problemanalyse einen gemeinsamen Vorschlag in Form eines Konsenspapiers zu entwerfen (Jacobs et al, 2001, S. 95). Der gemeinsame Vorschlag der Gutachter war Grundlage des sich anschließenden Diskussions- und Entscheidungsprozesses über die Reform des RSA, welcher mit der Beschließung des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung am 9. November 2001 und der anschließenden Zustimmung des Bundesrates am 20. November 2001 abgeschlossen wurde (BMG, 2003, S. 1). Erklärtes Ziel des Gesetzgebers ist es, mit Hilfe der Reform die Versorgung vor allem von chronisch Kranken zu verbessern, aber auch die Verzerrungen im Wettbewerb, die sich in hohen Beitragssatzunterschieden manifestieren, abzubauen. Hierbei gründet sich das

²⁰¹ Eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse beider Gutachten gibt *Kasper* (2002), S. 71ff.

beschlossene Gesetz im Wesentlichen auf die Vorschläge der beiden Gutachten bzw. des Konsensvorschlags. Die zentralen Bausteine lauten wie folgt:²⁰²

- Finanzielle Förderung der Durchführung von *Disease-Management-Programmen* im Rahmen des Risikostrukturausgleichs, die Einführung eines *Risikopools* für überdurchschnittlich hohe Leistungsaufwendungen für einzelne Versicherte und die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs durch eine direkte Erfassung der Morbiditätsunterschiede der Versicherten (*Morbiditäts-RSA*) und damit verbunden ein gezielter Ausgleich der von den Krankenkassen zu tragenden Morbiditätsbelastung.

7.1.1 Disease-Management-Programme

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihren Versicherten die Teilnahme an speziellen Behandlungsprogrammen für ausgewählte chronische Krankheiten, so genannte *Disease-Management-Programme*, anzubieten. Als *Disease-Management* wird der integrative Ansatz bezeichnet, der eine Koordination der Versorgung über Sektoren und Krankheitsstadien hinweg fördert. Hierbei fußt die Versorgungsverbesserung in *Disease-Management-Programmen* nicht allein auf einer verbesserten Koordination mit Vermeidung von Doppeluntersuchungen u.a., sondern ist gleichsam ein Ergebnis des Einsatz von Leitlinien und anderen Maßnahmen zur Ergebnisverbesserung auf Basis der evidenzbasierten Medizin. Mit Hilfe evidenzbasierter Therapien können beispielsweise kostenintensive Stadien chronischer Erkrankungen sowie Verschlechterungen vermieden oder zumindest hinausgezögert werden (Lauterbach/Wille, 2001, S. 13).

Bis zum Januar 2002 hat der gemäß § 137e SGB (V) im Jahre 2001 neu gebildete Koordinierungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit vier chronische Krankheiten für die strukturierten Behandlungsprogramme empfohlen, und zwar Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung, Brustkrebs und koronaler Herzkrankung.²⁰³ Nach § 137f Abs. 1 SGB (V) waren hierbei vom Koordinierungsausschuss insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

²⁰² Siehe BMG (2003) S. 1.

²⁰³ Der Ausschuss hätte maximal sieben chronische Erkrankungen benennen können, vier waren das Minimum.

Die am 1. Juli 2002 in Kraft getretene Rechtsverordnung (4. Verordnung zur Änderung des Risikostrukturausgleichs) enthielt als Anlagen aber lediglich die Anforderungen für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs. Die Behandlungsprogramme müssen, um vom BVA akkreditiert werden zu können, die vom Koordinierungsausschuss aufgestellten Anforderungen hinsichtlich ihrer Ausgestaltung erfüllen. Nach § 137f Abs. 2 SGB (V) sind insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors und, soweit vorhanden, unter Berücksichtigung der Kriterien nach §137e Abs. 3 Nr. 1,
2. durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137g zu benennen.

Die Zulassung der DMP erfolgt auf Antrag einer Krankenkasse bzw. eines Kasserverbandes innerhalb von 3 Monaten nach Antragstellung und wird mit dem Tag wirksam, an dem die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich der Programmgestaltung, der personenbezogenen Daten und der für die Durchführung der Programme geschlossenen Verträge erfüllt sind (SVRKAiG, 2003, S. 534). DMP werden in Rahmen des RSA gefördert, sofern sie den entsprechenden Qualitätsanforderungen genügen. Die Förderung erfolgt über eine gesonderte Berücksichtigung der Teilnehmer in eigenen Risikoklassen, wobei am Prinzip der Durchschnittserstattung der Leistungsausgaben festgehalten wird. Aus der Vereinbarung der Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen über die Durchführung des Risikostrukturausgleichs vom 29. April 2003 geht hervor, dass die Teilnahme bzw. Einschreibung in ein vom BVA akkreditiertes DMP neben den morbiditätsorientierten Risikofaktoren, leistungsrechtlichen Besonderheiten und den morbiditätsbedingten Sonderbelastungen als viertes Kriterium in den RSA aufgenommen wird.²⁰⁴ Somit erweitert sich die Zahl der Versichertengruppen oder Zellen innerhalb des RSA pro chronischer Krankheit, für die ein DMP zertifiziert werden kann, um 670 Gruppen.²⁰⁵ Es ist aber fraglich, ob in der Praxis tatsächlich jede Gruppe besetzt wird. Insbesondere im Falle des Brustkrebses von Männern aber auch bei Diabetes mellitus Typ 2 (Alterszucker) in jungen Jahren erscheint dies nicht sehr wahrscheinlich.

²⁰⁴ Zu den drei ursprünglichen Kriterien siehe Abschnitt 3.4.2. *Beitragsbedarf der Kassen.*

²⁰⁵ $91*2*3*1 = 546 + 31*2*3*1 = 670$; siehe auch Abschnitt 3.4.2. *Beitragsbedarf der Kassen.*

Die Teilnahme an Disease-Management-Programmen ist für Versicherte freiwillig. Ziel der Programme ist es, den Gesundheitszustand der Betroffenen langfristig zu stabilisieren und schwerwiegende Folgeschäden zu vermeiden. Eine Mitarbeit der Betroffenen ist hierbei unabdingliche Voraussetzung für den Erfolg eines Programms. Daneben soll für Kassen, da sie über die gesonderte Berücksichtigung der Teilnehmer im RSA mit höheren Zuwendungen rechnen können, ein Anreiz geschaffen werden, in einen Wettbewerb um eine verbesserte Versorgung der chronisch Kranken einzutreten.

Auf welche Weise die im Jahre 2007 bestehenden DMP in den Morbiditäts-RSA integriert werden, ist heute noch nicht abzusehen. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenes Gutachten über Klassifikationsmodelle für Versicherte im RSA soll dazu Vorschläge bzw. Modelle entwickeln.²⁰⁶

7.1.2 Risikopool

Der am 01.01.2002 eingeführte Risikopool hat die Aufgabe, überdurchschnittliche Aufwendungen für Versicherte teilweise auszugleichen, um so den Wettbewerbsnachteil solcher Kassen abzumildern, die über einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Hochrisiken verfügen (BMG, 2003, S. 1). Es werden hierbei die Ausgaben für stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sowie Kranken- und Sterbegeld berücksichtigt. Übersteigen diese Ausgaben eines Versicherten innerhalb eines Jahres den Schwellenwert von 20.450 €, so trägt die Solidargemeinschaft der Krankenkassen 60 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags. Die übrigen 40 Prozent muss die Kasse selbst aufbringen, wodurch Wirtschaftlichkeitsanreize in der Versorgung gewahrt bleiben. Der Schwellenwert wird als dynamische Größe festgesetzt und ab 2004 jährlich an die Entwicklung der Durchschnittsentgelte angepasst (vgl. BVA, 2003, S. 2). Mit In-Kraft-Treten des Morbiditäts-RSA im Jahr 2007 wird der Risikopool durch einen Hochrisikopool für besonders aufwendige Leistungsfälle ersetzt (§ 269 Abs. 6 SGB (V)).

7.1.3 Morbiditäts-RSA

Ab dem 01.01.2007 soll das Prinzip der indirekten Erfassung der Morbiditätsunterschiede zwischen den Versicherten durch eine direkte Erfassung dieser Morbiditätsunterschiede abgelöst werden, um in Zukunft zu verhindern, dass Kassen Beitrags- und Wettbewerbsvorteile erzielen können, indem sie vor allem gesunde Versicherte attrahieren (BMG, 2003, S. 2). Dazu hat das Bundesministerium wissenschaftliche Gutachter mit der Klärung der Frage beauftragt, welches Verfahren am besten als Basis für einen bundesdeutschen Morbiditäts-RSA geeignet ist. Deren Abschlussbericht wird für Ende 2003 erwartet.

²⁰⁶ Vgl. Jacobs/Reschke /Lauterbach/Wasem, (2002).

Anschließend ist geplant, in Abstimmung mit den GKV-Spitzenverbänden zu entscheiden, welches Verfahren zur Anwendung kommen wird (Schawo, 2002, S. 13).

Die Klassenbildung des Morbiditäts-RSA wird dann nicht mehr auf Basis der Kennzeichen Alter, Geschlecht, Invalidität, Krankengeldanspruch und Partizipation in einem DMP erfolgen, sondern richtet sich nach der Morbidität der Versicherten (BMG, 2003, S.2). Grundsätzlich existieren zwei verschiedene Grundmodelle, mit deren Hilfe die Morbidität jedes Versicherten differenziert berücksichtigt werden kann. Der aktuarische Ansatz, der auch im bisherigem RSA zum Einsatz kommt, basiert auf dem Prinzip der Zellenbildung. Jeder Versicherte wird hierbei entsprechend seiner Morbidität einer Zelle zugeordnet. Die Kasse erhält dann für jeden Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Zelle. Der Regressionsansatz weist die Versicherten nicht direkt einer Zelle zu, sondern ermittelt Zuschläge für jeden Leistungsfall, z.B. pro medizinischer Indikation. Dieser Zuschlag wird dann dem Grundwert, der z.B. geschlechtsspezifisch ermittelt wird, hinzuaddiert. Die Ermittlung der Zuschläge erfolgt mit Hilfe einer Regression z.B. der Methode der kleinsten Quadrate und somit ebenfalls auf Basis von Durchschnittswerten der Leistungsausgaben (vgl. Jacobs/Reschke/Lauterbach/Wasem, 2002, S. 32ff). In beiden Vorgehensweisen bleibt demnach der Anreiz zu einer effizienten Versorgung erhalten.

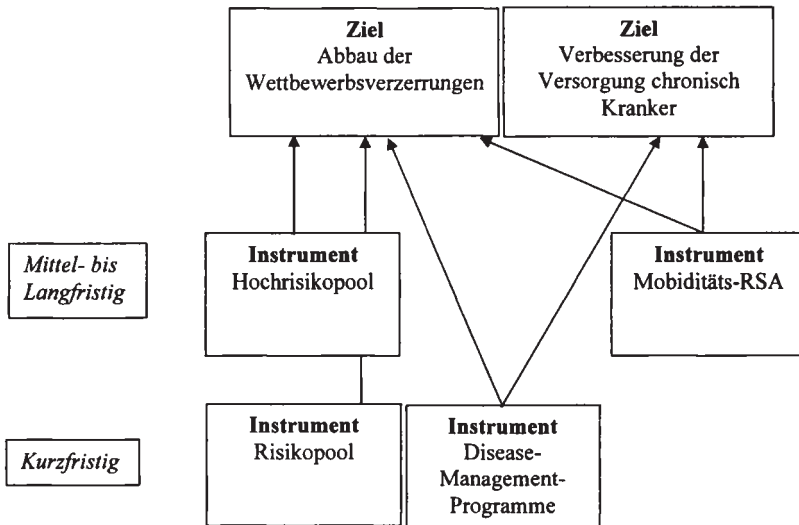
Welches Verfahren, oder sogar eine Mischform aus beiden, letztendlich zur Anwendung kommt und wie die exakte Ausgestaltung aussehen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch völlig offen.

7.2 Auswirkungen der Reform des RSA

Das Ziel der Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker ist, entsprechend den Ergebnissen des letzten Kapitels, unter den gegebenen Wettbewerbsbedingungen gleichzusetzen mit dem Ziel einer Verringerung bzw. der Eliminierung von Risikoselektion. Die Intention des Abbaus von Wettbewerbsverzerrungen bedeutet letztendlich in der Konsequenz nichts anderes als die Absicht, den Beitragssatz solcher Kassen zu verringern, die über eine ungünstigere Risikostruktur verfügen als Kassen mit günstiger Risikostruktur und daraus resultierenden niedrigeren Beitragssätzen. Eine erfolgreiche Verringerung der Beitragssätze bzw. der Beitragssatzunterschiede würde dann aufgrund der Dominanz des Beitragssatzes als Wechselmotiv Wirkungen sowohl auf das Wechselverhalten als auch auf den Umfang der Kassenwechsel und damit auf die adverse Selektion der Mitglieder entfalten.

Die Beziehung zwischen den Instrumenten und den anvisierten Zielen der Reform des RSA fasst Abbildung 7.1 unter Berücksichtigung des Zeithorizonts zusammen:

Abbildung 7.1: Ziel-Instrument-Beziehung der RSA-Reform unter Berücksichtigung des Zeithorizonts



Quelle: Eigene Darstellung

Mit der nachfolgenden Analyse der potenziellen Wirkungen der Instrumente und deren Zielerreichungsgrad wird somit auch der Frage nachgegangen, ob die Instrumente in der Lage sind, Risikoselektion zu verhindern und adverse Selektion zumindest einzudämmen.

7.2.1 Wirkungsanalyse der Instrumente der Reform des Risikostrukturausgleichs

Grundsätzlich bedarf eine fundierte Wirkungsanalyse einer genauen Kenntnis der Ausgestaltung der zu analysierenden Instrumente. Da diese Voraussetzung nur für die DMPe und den Risikopool zutrifft, ist der Abschnitt über den Morbiditäts-RSA entsprechend allgemein gehalten. Darüber hinaus muss sich die Analyse der Instrumente der RSA-Reform aufgrund fehlender empirischer Daten auf eine theoretische Prüfung der Wirkungen beschränken.

7.2.1.1 Wirkungen der Einführung von Disease-Management-Programmen

Ein wichtiges Ziel der Einführung von DMPen ist die Steigerung der Versorgungsqualität von chronisch Kranken. Entsprechend den Ausführungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen besteht ein Konsens darüber, dass strukturierte Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Qualität führen und ein wertvolles Instrument zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sein können (SVRKAiG, 2003, S. 537/538). Ob die DMPe letztlich eine Verbesserung der Versorgungsqualität bewirken, lässt sich nicht abschließend beurteilen, es wird aber nicht unwesentlich davon abhängen, in welchem Maße die in Abschnitt 7.1.1 aufgeführten gesetzlichen Vorgaben des § 137f SGB(V) von den Kassen erfüllt werden.

Notwendige Voraussetzung für die Initiierung von RSA-wirksamen DMPen in der Praxis bildet die Anmeldung konkreter Programme durch eine Kasse oder einen Kassenverband. Bis zur Reform des RSA hatten die Kassen aber keinen Anreiz, spezielle Programme für chronisch Kranke aufzulegen, da sie in der Konsequenz Wettbewerbsnachteile befürchteten, was eindeutig eine Form der Risikoselektion bedeutete. Die Verknüpfung der DMPe mit dem RSA eliminiert diesen Anreiz, denn die separate Gruppenbildung für die in DMPen eingeschriebenen Chroniker eröffnet den Kassen die Möglichkeit, den vormaligen hohen negativen Deckungsbeitrag dieser Personen signifikant zu reduzieren, wenn nicht sogar in einen positiven Betrag zu transformieren. Auf diese Weise werden vormalig schlechte Risiken zu guten, mit deren Hilfe der Beitragssatz gesenkt werden kann. Eine Kasse muss folglich nicht mehr befürchten, dass sie nach der Implementierung eines erfolgreichen Chronikerprogramms den Beitragssatz anheben muss, weil eine signifikante Anzahl von chronisch Kranken mit hohem negativen Deckungsbeitrag die Mitgliedschaft erlangte, um an dem Programm zu partizipieren.²⁰⁷ Die Kasse wird unter diesen modifizierten Bedingungen DMPe anbieten, sofern sie sich davon eine effizientere bzw. effektivere und damit wirtschaftlichere Versorgung und/oder eine höhere Qualität der Versorgung verspricht.

Die Transformation eines vormaligen, aufgrund des hohen negativen Deckungsbeitrags, schlechten Risikos erfolgt auf Basis der Einführung eines weiteren Merkmals in die RSA-Systematik. Für jede Ausprägung des neuen Merkmals in Form der Teilnahme an einem akkreditierten DMP werden im RSA 670 zusätzliche Zellen gebildet. Die standardisierten Leistungsausgaben eines eingeschriebenen Versicherten ergeben sich dann als Durchschnitt der anrechnungsfähigen Leistungsausgaben aller dieser Zelle zugeordneten, eingeschriebenen Versicherten. Folglich werden, bedingt durch die höheren Kosten der Versorgung chronisch Kranker, die standardisierten Leistungsausgaben der DMP-Partizipanten deutlich höher ausfallen als die standardisierten Leistungsausgaben der korrespon-

²⁰⁷ Die Kasse muss auch nicht befürchten, dass chronisch Kranke in die Kasse wechseln und sich nicht in ein DMP einschreiben. Denn dann hätten diese Personen keinen Grund gehabt, ihre Kasse zu wechseln.

dierenden Versicherten, also denen, die bis auf die Teilnahme an den DMPen die gleichen RSA-Merkmalsausprägungen aufweisen.

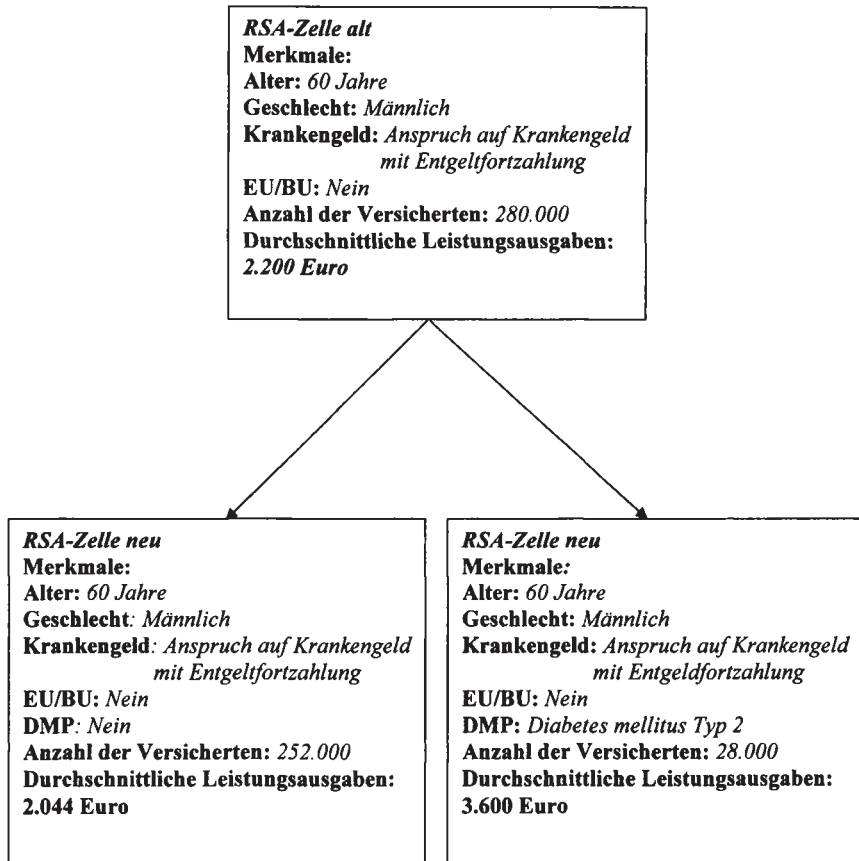
Die Abbildung 7.2 illustriert die Wirkung der Einführung eines zusätzlichen Merkmals auf die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben der korrespondierenden „Ursprungszellen“ anhand eines DMPes für Diabetes mellitus Typ 2.²⁰⁸ Bei den angegebenen Daten handelt es sich nicht um beobachtete Werte, sondern um Schätzungen auf Basis frei zugänglicher Daten, sie können nicht als valide Prognose angesehen werden, sondern stellen eine grobe Approximation dar, mit deren Hilfe lediglich die „technischen“ Konsequenzen aus der Einführung der DMPe aufgezeigt werden.²⁰⁹

Neben der Wirkung auf die Risikoeinstufung potenzieller Mitglieder und der damit zusammenhängenden Form der Risikoselektion können sich für eine Kasse über eine u.U. notwendig gewordene Neubewertung der Bestandsversicherten Konsequenzen aus der Einführung von DMPen ergeben. Zunächst kann festgehalten werden, dass solche Kassen, die chronisch Kranke in ihren Reihen haben, welche sich in DMPe einschreiben (vgl. Abbildung 7.2), in den Genuss höherer standardisierter Leistungsausgaben dieser Versicherten gelangen. Aus der selben Abbildung geht aber auch hervor, dass die standardisierten Leistungsausgaben in der Ursprungszelle im Gegenzug zurückgehen. Ursache hierfür ist die finanzielle Neutralität der Aufspaltung der Ursprungszelle durch die Einführung des DMPes. Sofern die standardisierten Leistungsausgaben in der neu geschaffenen DMP-Zelle höher liegen als in der Ursprungszelle vor Einführung des DMPes, müssen die standardisierten Leistungsausgaben in der Ursprungszelle nach Einführung des DMPes gesunken sein. Eine Kasse erfährt demnach aufgrund der Einführung eines DMPes den Vorteil höher standardisierter Leistungsausgaben, sofern sich ihre Versicherten in das DMP eintragen. Die Kasse muss aber auf der anderen Seite mit weniger RSA-Mitteln für diejenigen Versicherten rechnen, die nach der Spaltung in der ursprünglichen Zelle verbleiben und sich nicht in ein DMP einschreiben.

²⁰⁸ Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass sich die Ursprungszelle nur teilt, also nur DMPe für eine chronische Krankheit eingerichtet werden können. Die grundsätzlichen Ergebnisse sind aber auf den Fall, dass mehrere Zellen aufgrund von DMPen mit unterschiedlichen Indikationen gebildet werden, übertragbar.

²⁰⁹ Die Anzahl der Versicherten der Ursprungszelle errechnet sich aus den entsprechenden RSA-Daten des Jahres 2000. In Anlehnung an die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys (Thefeld, 1999, S. 86) wurde bei Diabetes mellitus Typ 2 eine Prävalenz von 10 Prozent zu Grunde gelegt. Die Durchschnittsausgaben für Diabetiker entsprechen den Werten eines AOK-versicherten Diabetikers, ebenfalls aus dem Jahr 2000 (Graf, 2002, S. 10). Hierin sind alle Leistungsausgaben enthalten, und zwar auch solche, die nicht auf Diabetes, sondern auf anderen Indikationen beruhen. Diese sind aber nicht altersdifferenziert und beinhalten zudem sämtliche Leistungsausgaben. Schließlich wird eine Einschreibungsquote von 100 Prozent angenommen, um die maximale finanzielle Wirkung der Spaltung der ursprünglichen RSA-Zelle aufzuzeigen.

Abbildung 7.2: Aufspaltung einer Ursprungszelle aufgrund der Einführung eines DMP



Quelle: Eigene Darstellung, eigene Berechnung

Unter welchen Voraussetzungen eine Kasse von der Einführung der DMPe profitiert, soll anhand der folgenden formalen Überlegungen hergeleitet werden. Zunächst wird die Ursprungszelle vor Einführung des Merkmals *Teilnahme an einem akkreditierten DMP* betrachtet. Die standardisierten Leistungsausgaben, welche jede Kasse für einen in dieser Zelle befindlichen Versicherten über den RSA erhält, sind die durchschnittlichen anrechnungsfähigen Leistungsausgaben aller Zellenangehörigen. Sie seien folgendermaßen definiert:

$$(7.1) \quad d_x = \frac{A_x}{N_x}$$

mit:

d_x = standardisierte Leistungsausgaben pro Versicherter der Zelle x

A_x = Gesamtvolumen der anrechenbaren Leistungsausgaben aller Versicherten der Zelle x

N_x = Anzahl der Versicherten der Zelle x

Als Summe der standardisierten Leistungsausgaben der Versicherten einer Kasse y in der Zelle x ergibt sich dann:

$$(7.2) \quad D_x^y = N_x^y \cdot d_x$$

mit:

N_x^y = Anzahl der Versicherten der Kasse y in der Zelle x

Eine Kasse profitiert von der Einführung eines DMPes, wenn ihr als Konsequenz eine höhere Summe an standardisierten Leistungsausgaben für ihre Versicherten gutgeschrieben wird. Die Fokussierung auf die standardisierten Leistungsausgaben ist an dieser Stelle ausreichend, da aufgrund der Einführung von DMPen und deren Einbindung in den RSA mit Hilfe zusätzlicher RSA-Zellen nur eine Umschichtung der Zuweisungen in Gestalt der standardisierten Leistungsausgaben innerhalb der RSA-Systems bewirkt wird. Solche Versicherten, die sich in DMPen einschreiben, erzeugen c.p. höhere standardisierte Leistungsausgaben als vor Einführung des DMPes, dahingegen reduzieren sich im Vergleich zur Ausgangssituation die standardisierten Leistungsausgaben derjenigen, die in der Ursprungszelle verbleiben. Alle übrigen beitragsrelevanten Größen bleiben unberührt, sofern von den Kosten der Anschubfinanzierung abgesehen wird.

Es soll nun angenommen werden, dass sich eine gewisse Anzahl der Versicherten der Zelle x in ein akkreditiertes DMP einschreibt. Die ursprüngliche Zelle wird daraufhin „geteilt“, es entsteht eine neue Zelle, die zunächst ausschließlich aus Mitgliedern der Ursprungszelle besteht und so deren Größe in gleicher Höhe reduziert. Wird die plausible Annahme getroffen, dass die durchschnittlichen anrechenbaren Leistungsausgaben der DMP-Partizipanten höher ausfallen als die der Personen mit durchschnittlicher Morbidität, dann werden die standardisierten Leistungsausgaben der Ausgangszelle sinken und unterhalb jener der neuen DMP-Zelle sein, die wiederum höher sein müssen als die der Ausgangszelle. Der Einfachheit halber soll angenommen werden, die Versicherten einer Kasse y waren ursprünglich sämtlich Angehörige der Ausgangszelle. Die Ver-

änderung der Summe der anrechnungsfähigen Leistungsausgaben der Versicherten der Kasse lässt sich dann folgendermaßen schreiben:

$$(7.3) \quad \Delta D_x^y = [d_{x,n} \cdot N_{x,n}^y - d_x \cdot N_x^y] + N_c^y \cdot d_c$$

mit:

$d_{x,n}$ = standardisierte Leistungsausgaben der Zelle x nach Einführung der DMPe

$N_{x,n}^y$ = Anzahl der Versicherten der Kasse y in der Zelle x nach Einführung der DMPe

N_c^y = Anzahl der Versicherten der Kasse y in der Chroniker-Zelle

d_c = standardisierte Leistungsausgaben der Chroniker-Zelle

Der Ausdruck in der großen Klammer muss aufgrund der getroffenen Annahmen über die unterschiedliche Höhe der Leistungsausgaben negativ sein. Wenn sich kein Versicherter der Kasse y in das DMP eingeschrieben hat, sinken in der Ursprungszelle, bedingt durch den Abfluss Versicherter anderer Kassen in die Chroniker-Zelle die standardisierten Leistungsausgaben $d_{x,n}$. Da die Anzahl der Versicherten der Kasse y in der Zelle konstant geblieben ist, nimmt die Klammer einen negativen Wert an. Die Summe der standardisierten Leistungsausgaben der Kasse y nimmt insgesamt ab, da der Wert der Klammer nicht durch Versicherte in den Chroniker-Zellen ausgeglichen wird. Schreiben sich dagegen alle Versicherten der Kasse y in das DMP ein, so wird die Summe der standardisierten Leistungsausgaben der Kasse y ansteigen, da annahmegemäß $d_{x,n} < d_c$ gilt. Ist keine der beiden Extremsituationen zu beobachten, sondern schreibt sich ein Teil der Versicherten in die DMPe ein, so muss bei der Beantwortung der Frage, ob die Kasse von der Einführung profitiert, das Verhalten sämtlicher Angehörigen der Ursprungszelle berücksichtigt werden. Ausgangspunkt der Überlegung ist die Ursprungszelle vor der Einführung des DMPes mit dem in Gleichung (7.1) dargestellten Zusammenhang zwischen Zellengröße, Summe der Leistungsausgaben und standardisierten Leistungsausgaben. Die Aufspaltung der Ursprungszelle generiert zwei „neue“ Zellen, die sich hinsichtlich der drei genannten Größen – abgesehen von einer zufälligen Übereinstimmung – voneinander und von der Ursprungszelle unterscheiden. Beide zusammengefasst bilden freilich wieder die Ursprungszelle, so dass gilt:

$$(7.4) \quad d_x = \frac{A_x}{N_x} = [d_{x,n} \cdot N_{x,n} + d_c \cdot N_c] \cdot \frac{1}{N_x}$$

Die jeweilige Zellengröße ($N_{x,n}$, N_c) ergibt sich aus dem Einschreibeverhalten der Versicherten. Zusammen mit den jeweiligen anrechnungsfähigen Leistun-

gausgaben lässt sich die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben der beiden Zellen ($d_{x,n}$, d_c) errechnen. Wird nun wieder die einzelne Kasse y betrachtet, dann ergibt die Zusammenfassung der Gleichungen (7.2) und (7.3) folgenden Zusammenhang:

$$(7.5) \quad d_x^y = \frac{A_x^y}{N_x^y} = [d_{x,n} \cdot N_{x,n}^y + d_c \cdot N_c^y] \cdot \frac{1}{N_x^y}$$

Gleichung (7.5) beschreibt die Kasse y als eine Teilpopulation der ursprünglichen Ausgangszelle. Die Größe d_x^y ist hierbei als gewichtete standardisierte Leistungsausgabe der Versicherten der Kasse y zu interpretieren, die sich der Höhe nach von den standardisierten Leistungsausgaben der Ursprungszelle (d_x) und der gewichteten standardisierten Leistungsausgaben der beiden Nachfolgezellen ($[d_{x,n} \cdot N_{x,n} + d_c \cdot N_c] \cdot \frac{1}{N}$), welche beide den gleichen Wert aufweisen müssen, unterscheiden kann. Um zu zeigen, unter welchen Voraussetzungen eine Kasse von der Zellensplittung profitiert, werden die standardisierten Leistungsausgaben vor Einführung des DMPes von den gewichteten standardisierten Leistungsausgaben der Kasse y abgezogen. Da die Anzahl der Versicherten der Kasse y konstant geblieben ist, lässt sich am Vorzeichen der Differenz ablesen, ob die Summe der standardisierten Leistungsausgaben der Kasse zurückgeht, konstant bleibt oder ansteigt.

$$(7.6) \quad d_x^y - d_x = [d_{x,n} \cdot N_{x,n}^y + d_c \cdot N_c^y] \cdot \frac{1}{N_x^y} - [d_{x,n} \cdot N_{x,n} + d_c \cdot N_c] \cdot \frac{1}{N_x}$$

bzw.

$$(7.7) \quad d_x^y - d_x = d_{x,n} \left(\frac{N_{x,n}^y}{N_x^y} - \frac{N_{x,n}}{N_x} \right) + d_c \left(\frac{N_c^y}{N_x^y} - \frac{N_c}{N_x} \right).$$

Da $\left(\frac{N_{x,n}^y}{N_x^y} + \frac{N_c^y}{N_x^y} \right) = \left(\frac{N_{x,n}}{N_x} + \frac{N_c}{N_x} \right) = 1$ gilt,

muss sich der Wert der beiden Klammern in Gleichung (7.7) dem Betrag nach entsprechen. Die Differenz aus $d_x^y - d_x$ ist folglich genau dann positiv, wenn der relative Anteil der Versicherten der Kasse y , der sich in das DMP einschreibt, höher ausfällt als der entsprechende Anteil aller Versicherten der Ursprungszelle. In diesem Fall gilt :

$\left(\frac{N_{x,n}^y}{N_x^y} - \frac{N_c}{N_x}\right) > 0$ und damit muss $\left(\frac{N_{x,n}^y}{N_x^y} - \frac{N_{x,n}}{N_x}\right) < 0$ sein, und da $d_{x,n} < d_c$ gilt, ergibt sich

$$d_x^y - d_x > 0.$$

Schreiben sich dagegen die Versicherten der Kasse y im Verhältnis zur Gesamtpopulation der Ausgangszelle nur unterproportional in das DMP ein, so sinken die gewichteten standardisierten Leistungsausgaben und damit die Summe der standardisierten Leistungsausgaben der Kasse. Entspricht der Anteil der Eingeschriebenen der Kasse y genau dem Anteil der Versicherten der Ursprungszelle, der an einem DMP teilnimmt, dann verändert sich die Summe der standardisierten Leistungsausgaben nicht.²¹⁰

Zusammenfassend können folgenden Aussagen bezüglich der finanziellen Wirkungen der Einführung von DMPen für eine Kasse getroffen werden:

Die Einführung von DMPen generiert nur finanzielle Effekte, wenn sich Versicherte in diese Programme einschreiben.

Es werden nur Kassen tangiert, deren Versicherte einer Zelle zugeordnet waren, die sich nach Einführung eines DMPes teilte.

Eine Kasse profitiert von der Einführung eines DMP, wenn sich nach der Teilung einer Zelle, bezogen auf die Ursprungszelle, überdurchschnittlich viele ihrer Versicherten in das DMP einschreiben. Ist die Quote dagegen unterdurchschnittlich, dann reduziert sich die Summe der standardisierten Leistungsausgaben der Kasse.

Im Hinblick auf die bisherigen Erkenntnisse erscheinen in Bezug auf die momentane Situation im Mitgliederwettbewerb der GKV folgende Entwicklungen als plausibel:

Da keine Kasse mehr einen massiven negativen Effekt aus der Einführung strukturierter Behandlungsarten erwarten muss, werden insbesondere Kassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von chronisch kranken Versicherten, für die akkreditierte DMPE eingerichtet werden können, DMPE anbieten. Gelingt es einer solchen Kasse, einen Großteil ihrer berechtigten Chroniker in diese Programme einzuschreiben, so wird sie c.p. über eine höhere Summe an standardi-

²¹⁰ Ein Versicherter mit relativ hohen anrechnungsfähigen Leistungsausgaben verursacht durch das Einschreiben in ein DMP einen stärkeren Effekt sowohl auf die standardisierten Leistungsausgaben der Ursprungszelle als auch auf die der Chroniker-Zelle. Auf diese Weise profitiert eine Kasse von der Einschreibung eines Versicherten mit extrem hohen tatsächlichen anrechnungsfähigen Leistungsausgaben mehr als von der eines Versicherten mit nur durchschnittlichen tatsächlichen anrechnungsfähigen Leistungsausgaben. Der quantitative Effekt ist hierbei stark abhängig von der jeweiligen Zellengröße.

sierten Leistungsausgaben verfügen können, die sie beitragswirksam einsetzen kann. Dieser Effekt wird umso deutlicher ausfallen, je größer der Anteil der Kasse an einer Zelle ist, die sich aufgrund der Einführung eines DMPes teilt.

Im Mitgliederwettbewerb der GKV ist zu beobachten, dass vor allem in den AOKn der Anteil der chronisch Kranken mit mindestens 20 Prozent²¹¹ relativ hoch ist. Insofern besitzen die Ortskrankenkassen gute Chancen, von der Neuregelung beitragswirksam zu profitieren, wenn es ihnen gelingt, ihr Einschreibungspotential zu mobilisieren. Da die chronischen Krankheiten – insbesondere Diabetes mellitus Typ 2 – vor allem im höheren Alter vorkommen, werden nicht hauptsächlich die geöffneten Betriebskrankenkassen, die tendenziell über ein jüngeres Klientel verfügen, im Gegenzug finanzielle Einbußen hinnehmen müssen, sondern die Ersatzkassen. Diese haben nämlich eine der Ortskrankenkassen ähnliche Alterstruktur, aber einen geringeren Anteil an chronisch kranken Versicherten.

Die Einführung der DMPe wird folglich vor allem den AOKn nützen und, je nach der quantitativen Wirkung, Beitragssatzwirkungen entfalten. Ob sich auf diese Weise der Umfang der adversen Selektion kurzfristig verringern lässt, erscheint aber – nicht zuletzt wegen der negativen Wirkung auf die Ersatzkassen und der anscheinenden Neutralität der BKKn – zumindest fragwürdig. Mittelfristig besteht jedoch die Chance, dass neben Qualität auch die Effektivität und Effizienz der Versorgung der Chroniker in DMPen zunimmt.

7.2.1.2 Wirkungen der Einführung des Risikopool

Der Risikopool vermindert die finanziellen Belastungen einer Kasse, die ihr durch Versicherte mit weit überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben entstehen. Kassen mit einem verhältnismäßig hohen Anteil solcher „Hochrisiken“ werden u.U. mit Hilfe der Zahlungen aus dem Risikopool in die Lage versetzt, c.p. ihren Beitragssatz zu senken. Die Mittel des Pools werden von der Gemeinschaft aller gesetzlicher Kassen aufgebracht, so dass im Gegenzug, da keine zusätzlichen Mittel in das System fließen, andere Kassen finanzielle Einbußen hinnehmen müssen, welche beitragswirksam sein können. Auch bei diesem Instrument ist aber nicht sicher, welche quantitativen Effekte in der Praxis zu erwarten sind und ob sich die adverse Selektion damit wirksam bekämpfen lässt.

7.2.1.3 Wirkungen der Einführung des Morbiditäts-RSA

Eine Wirkungsprognose über einen Morbiditäts-RSA, dessen genauer Aufbau noch nicht bekannt ist, kann nur sehr oberflächlich ausfallen. Grundsätzlich kann ein entsprechend gestalteter morbiditätsorientierter RSA den Anreiz zur Risikoselektion auf ein unbedeutendes Maß reduzieren, indem die Kriterien so gewählt werden, dass eine Identifikation von guten Risiken nicht mehr möglich

²¹¹ Vgl. Eschner (2001) S. 14.

ist.²¹² Wird dies erreicht, dann resultieren im Optimalfall Beitragssatzunterschiede einzig durch die unterschiedliche Produktivität in der Leistungserstellung. Der Beitragssatzunterschied zwischen den Kassen und damit der Umfang der adversen Selektion wird dann u.a. davon abhängen, welche Gestaltungsmöglichkeiten die Kassen bis dorthin haben werden.

7.3 Kritikpunkte an den Instrumenten der RSA-Reform

Die Hauptkritik an den Reforminstrumenten basiert auf potenziellen Fehlanreizen, die in der Praxis von den Instrumenten generiert werden könnten. Hinsichtlich der Verknüpfung des RSA mit den DMPen, aber auch im Zusammenhang mit der Einführung eines Morbiditäts-RSA, wird in diesem Zusammenhang auf die Gefahr eines möglichen Verlustes des Anreizes zur Wirtschaftlichkeit hingewiesen (Vgl. Oberender/Fleischmann, 2001, S. 605ff). Dieser geht verloren, wenn einer Kasse - wie bei einem Finanzausgleich - ihre tatsächlichen Leistungsausgaben durch den RSA ersetzt werden. Im Falle der DMPe kann dies eintreten, wenn eine Kasse bei einer oder mehreren chronischen Krankheiten, für die sie akkreditierte DMPe betreibt, über einen sehr hohen Marktanteil verfügt und daher einen Großteil der Mitglieder in den jeweiligen RSA-Zellen stellt. Je größer der Anteil einer Kasse an den Angehörigen einer Zelle ist, desto näher müssen sich die standardisierten Leistungsausgaben der Zelle und die durchschnittlichen anrechnungsfähigen Leistungsausgaben der in der betrachteten Kasse versicherten Zellenangehörigen kommen. Im Extremfall, also dann, wenn der Zelle ausschließlich Versicherte einer Kasse angehören, sind beide Größen identisch.²¹³ Unter diesen Umständen ist der Effekt der Durchschnittsbildung neutralisiert, da die Kasse ihre tatsächlichen anrechnungsfähigen Leistungsausgaben der betroffenen Zellenmitglieder ersetzt bekommt. Diese Kasse hat folglich keinen Anreiz, ihre Leistungsausgaben zu senken, da sie auf diese Weise keinen positiven Deckungsbeitrag erwirtschaften kann. Der RSA funktioniert bei dieser Konstellation wie ein Finanzausgleich.

Die gleiche Problematik kann sich bei der Einführung eines morbiditätsorientierten RSA ergeben, sofern sich dessen Systematik gleichfalls an der Durchschnittsbildung orientiert. Als dessen Besonderheit lässt sich ein negativer Tradeoff zwischen der Wirksamkeit bei der Verhinderung von Risikoselektion und dem Anreiz zur Wirtschaftlichkeit beobachten. Je genauer die Morbidität im RSA abgebildet wird, desto feiner müssen die Kriterien definiert werden, nach denen sich die standardisierten Leistungsausgaben berechnen. Dementsprechend kleiner wird aber auch die Anzahl der Versicherten sein, welche die unterschiedlichen standardisierten Leistungsausgaben determinieren. Mit abnehmender Personenzahl nimmt aber die Gefahr zu, dass eine Kasse einen dominie-

²¹² Vgl. Abschnitt 3.2.1 *Gruppenäquivalente Prämienberechnung als Voraussetzung für Risikoselektion* und Van De Ven/ Van Vliet, 1992, S. 23.

²¹³ Zufallsbedingt können beide Größen übereinstimmen, obwohl diese Voraussetzung nicht erfüllt ist.

renden Anteil an diesen Versicherten stellt und daher keinen Anreiz mehr besitzt, deren Versorgung effizienter bzw. effektiver zu gestalten. Werden dagegen die Kriterien hinreichend weit gefasst, dann sinkt zwar die Gefahr der Dominanz einzelner Kassen innerhalb einer Morbiditätsgruppe, dies hat aber zur Konsequenz, dass die Homogenität der Morbidität der jeweils zusammengefassten Versicherten mit der Größe des Kollektivs abnimmt und so die potenziellen positiven Deckungsbeiträge aus Risikoselektion ansteigen.

Neben den Wirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsanreize des RSA setzt eine stärkere Orientierung an der tatsächlichen Morbidität der Versicherten, gleichgültig ob im Rahmen von DMPen oder eines morbiditätsorientierten RSA, für die Kassen den Anreiz, ihre Versicherten jeweils in Gruppen mit möglichst hoher Morbidität unterzubringen. So hat eine Kasse ein starkes finanzielles Interesse daran, dass sich möglichst viele ihrer Versicherten in DMPe einschreiben. Denn je höher der Anteil der Eingeschriebenen in ihrer Kasse ist, desto größer fällt die Summe der standardisierten Leistungsausgaben für die Kassen aus.²¹⁴

Die Kassen könnten danach versucht sein, auch Versicherte zum Einschreiben in DMPe zu bewegen, die eigentlich nicht über die notwendigen Indikationen verfügen, nur um in den Genuss höherer standardisierter Leistungsausgaben zu gelangen (Vgl. Oberender/ Fleischmann, 2001, S. 606).²¹⁵ Darüber hinaus haben die Kassen – wie im Falle eines morbiditätsorientierten RSA – in diesem Kontext keinerlei Interesse an Prävention, da diese einerseits die DMP-Zahlungen verhindern kann und andererseits keine positiven finanziellen Effekte innerhalb eines Morbiditäts-RSA generiert. Im Hinblick auf potenzielle Anreize zur Risikoselektion sind in diesem Zusammenhang solche Versicherten von Interesse, die zwar in ein DMP eingeschrieben sind, aber aufgrund relativ niedriger Morbidität geringe tatsächliche anrechnungsfähige Leistungsausgaben verursachen. Die signifikante Attrahierung dieses Versichertenkreises kann einer Kasse Beitragssatz- und damit Wettbewerbsvorteile ermöglichen.

Wird unterstellt, dass bei den bisher benannten DMP-Indikationen Unterversorgung vorlag, kann es bis zur Ausdehnung der Programme auf alle relevanten Indikationen aufgrund der veränderten Ressourcenverteilung zu einer Diskriminierung von Patienten mit anderen (chronischen) Erkrankungen kommen. Eine solche Wirkung kann zwar auch von anderen ausgabensteigernden Innovationen ausgelöst werden, doch ist davon selten innerhalb eines kurzen Zeitraums eine potenziell vergleichbar große Patientengruppe betroffen (SVRKAiG, 2003, S. 542).

Aus der Verknüpfung der DMPe mit dem RSA erwächst zumindest innerhalb des Zeitraums in dem noch keine Evaluation vorgenommen wird bzw. deren Ergebnisse nicht allen Einschreibewilligen zugänglich gemacht worden ist, die Gefahr einer zwar flächendeckenden, aber im Hinblick auf die Qualität subopti-

²¹⁴ Vgl. Abschnitt 7.2.1 *Wirkungen der Einführung von Disease-Management-Programmen*.

²¹⁵ Die Manipulationsgefahr verschärft sich noch aufgrund der Tatsache, dass die Ärzte ihrerseits ein Interesse an einer möglichst hohen Einschreibungsquote haben (vgl. SVRKAiG, 2003, S. 543).

malen Versorgung. Eine Krankenkasse verfügt über einen starken finanziellen Anreiz, anstelle mit einer beschränkten Zahl von hoch qualifizierten Leistungserbringern ein begrenztes Programm durchzuführen, mit möglichst vielen Ärzten bzw. KVen und Patienten, auch wenn diese den vorgeschriebenen Anforderungen nicht genügen, ein möglichst weitreichendes DMP zu betreiben. Die Kasse besitzt darüber hinaus auch kein Interesse daran, Sanktionen gegen Ärzte oder Patienten zu ergreifen, welche nicht oder nicht mehr die vorgeschriebenen Anforderungen erfüllen. Aus diesem Grund generiert die Einbindung der DMPe in den RSA zumindest in der Anfangsphase wenig Anreize für einen Qualitätswettbewerb zwischen Gruppen und Leistungsanbietern im Sinne eines empirisch fundierten Suchprozesses. Daher muss der Qualitätssicherung im Rahmen der DMPe besonderes Gewicht beigemessen werden (vgl. SVRKAiG, 2003, S. 543).

7.4 Fazit des Kapitels

Mit der Reform des Risikostrukturausgleichs beabsichtigt der Gesetzgeber, die Versorgung chronisch Kranker sowohl in qualitativer wie auch in wirtschaftlicher Hinsicht zu verbessern. Darüber hinaus sollen bestehende Verzerrungen im Mitgliederwettbewerb der GKV angebaut werden. Das gewählte Instrumentarium in Gestalt von DMPen, Risikopool und Morbiditäts-RSA ist, soweit eine Beurteilung aufgrund der heutigen Informationslage dies zulässt, zumindest hinsichtlich der aus dem Einsatz theoretisch zu erwartenden Effekte geeignet, die angestrebten Ziele zu erreichen. Mit der Einführung der DMPe wird den Kassen der Fehlanreiz genommen, aus wettbewerblichen Gründen auf die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen - zumindest für einige wenige DMP-fähige chronische Krankheiten - zu verzichten. Eine Verbesserung der Versorgung der an diesen Indikationen erkrankten Personen ist im Lichte der bisherigen Erfahrungen zumindest sehr wahrscheinlich. Die DMPe werden zudem, ebenso wie der Risikopool, die finanziellen Nachteile solcher Kassen abmildern, die über einen relativ hohen Anteil von chronisch Kranken verfügen. Eine Verringerung der Beitragssatzunterschiede und der damit zusammenhängenden adversen Selektion erscheint c.p. zumindest in der Tendenz plausibel. Der für das Jahr 2007 geplante Morbiditäts-RSA soll bezüglich dieser beiden positiven Effekte - sowohl, was die qualitative als auch die quantitative Wirkung anbelangt - die Instrumente DMP und Risikopool übertreffen und einen im Hinblick auf die Anreizwirkungen optimalen Mitgliederwettbewerb ermöglichen.

Es muss aber angemerkt werden, dass sich aus der Konstruktion der Instrumente Gefahren ergeben, die letztendlich die zielführende Wirkung der Maßnahmen lähmen können. Ob sich die Kritikpunkte als relevant erweisen, wird die zukünftige Entwicklung des Mitgliederwettbewerbs zeigen. Gleichwohl gilt es zu bedenken, dass der Gesetzgeber mit der Reform des RSA nicht alle Kritikpunkte am bisherigen Wettbewerb der Kassen anging. Solange den Kassen wichtige Wettbewerbsparameter wie die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens oder

eines differenzierten Leistungsangebots vorenthalten werden, ist letztlich ein sowohl in normativer wie in positiver Hinsicht optimaler Mitgliederwettbewerb nicht zu erreichen.

Literatur

- Adelt, K.-P.** (2000), Mitgliederwerbung für Krankenkassen: Was lassen? Wie reagieren? Was tun?, in: Die Betriebskrankenkasse 1/2000, S. 21-31.
- Ahrens, H. J.** (1994), Werbung für die AOK, in: DOK 23-24 (1994), S. 758.
- Akademie für Ethik in der Medizin e.V.** (1994), Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform Stufe 3, Göttingen.
- Akerlof, G.** (1970), The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, Volume 84, Issue 3, S. 488-500.
- Albrecht, P.** (1982), Gesetze der großen Zahlen und Ausgleich im Kollektiv - Bemerkungen zu Grundlagen der Versicherungsproduktion, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 71, 1982, S. 501-538.
- Amelung, V. E., Schumacher, H.** (1999), Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Gabler.
- Andersen, H., Schwarze, J.** (1998), Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/98, S. 11-23.
- Arrow, K. J.** (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Volume 53, Issue 5, S. 941-973.
- Bausch, F.** (2000), Praxisnetze und integrierte Versorgungsformen als innovative Suchprozesse, in: Albring M., Wille E. (Hrsg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt am Main et al.: Lang. S. 89-96.
- Beske, F., Hallauer, J.** (1999), Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur - Leistung - Weiterentwicklung, Köln: Deutscher Ärzteverlag.

- Blumentritt, M.** (1993), Imagepolitik gesetzlicher Krankenversicherungen, Bergisch-Gladbach, Köln: Eul.
- Böcking, W., Göpfert, P., Merker, N., Kirch, W.** (2002), The Relevance of Price in a Customer's Choice of Statutory Health Insurance Providers in Germany, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10 Jg., 3. Vj. 2002, S. 242-251.
- Boehringer, M.** (1998), Gesundheitsmessung. Theoretische Analyse und empirische Analyse unter der besonderen Berücksichtigung von Paneldaten, Schulze-Kirchner Verlag Idstein, S. 104ff.
- Börngen, D., Heinz, G.** (1992), Das Gesundheits-Strukturgesetz 1993, in: Die Betriebskrankenkasse 12/92. S. 700-703.
- Breyer, F.** (1992), Wahlfreiheit in der Gesetzlichen Krankenversicherung - eine wohlfahrtstheoretische Analyse, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): *Systeme der Gesundheits-sicherung im Wandel*, Baden-Baden: Nomos, S. 33-52.
- Breyer, F., Kifmann, M.** (2001), Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW Diskussionspapier Nr. 236, Berlin.
- Breyer, F., Zweifel, P.** (1997), *Gesundheitsökonomie*, Berlin et al., Springer.
- Brinsa, M.** (1993), Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 - Anfang vom Ende oder Beginn einer neuen Ära der Betrieblichen Krankenversicherung?, in: *Die Betriebskrankenkasse* 3-4/93, S. 160-164.
- Brümmerhoff, D.** (2001), *Finanzwissenschaft*, München, Wien: Oldenbourg.
- Bundesministerium für Gesundheit** (2001), *Daten des Gesundheitswesens*, Bonn, Baden-Baden: Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit** (2003), *Informationen zur Neuordnung des Risikostrukturausgleichs*, Internet: www.bmgesundheits.de, Stand: 11.10.02.

Bundesversicherungsamt (2001), Tätigkeitsbericht 2001, Bonn.

Bundesversicherungsamt (2003), Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA), Internet: www.bva.de+ Stand: 10.04.03.

Cassel, D. (1992), Wirtschaftlichkeit und soziale Auswirkungen von Wahlmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos.

Cassel, D. (1997), Ausbau der Wettbewerbskonzeption der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/97, S. 10-18.

Cassel, D. (1999), Betriebskrankenkassen als Baustein einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Cassel, D., Janßen, J. (1999), GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Knappe E. (Hrsg.): Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos, S. 11-49.

Curtius, B. (1999), Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen: Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile, Mering: Hampp.

Döhler, M. (1990), Gesundheitspolitik nach der "Wende": Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin: Ed. Sigma Bohn.

Dudda, F (1996), Die Binnenstruktur der Krankenversicherungsträger nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, Frankfurt am Main: Lang.

Ehlers, A. (2001), Integrierte Versorgung - Einführung, in: Albring M., Wille E. (Hrsg.): Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung, Frankfurt am Main et al.: Lange.

- Eichhorn, P.** (1985), Essentialien der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse für Regierung, Verwaltung und öffentliche Unternehmen, hrsg. von Peter Eichhorn, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, hrsg. von Peter Eichhorn und Peter Friedrich, Band 85, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S. 175-184.
- Eichhorn, P.** (1983), Aufgaben und Ziele öffentlicher Unternehmen in der sozialen Marktwirtschaft, in: Der Nahverkehr, 1. Jahrgang, Heft 3, 1983, S. 8-13.
- Eichhorn, P.** (1983), Betriebswirtschaftslehre und Gemeinwohl, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaftslehre, 54. Jg., Nr. 3, 1984, S. 238-251.
- Eichhorn, P.** (1991), Verwaltungslexikon, Baden-Baden: Nomos.
- Eisen, R.** (1994), Größenvorteile in der deutschen Lebensversicherung - Eine empirische Untersuchung mit Hilfe der "Survivor-Technik", in: Schweber R. (Hrsg.): Dieter Farny und die Versicherungswissenschaft.
- Eschner, M.** (2002), Chronisch Kranke besser versorgen, in: Gesundheit und Gesellschaft, 10/2001, 4. Jahrgang. S. 14/15.
- Farny, D.** (1965), Produktions- und Kostentheorie der Versicherung, Karlsruhe: Verl. Versicherungswirtschaft.
- Farny, D.** (2000), Versicherungsbetriebslehre, Karlsruhe: VVW.
- Felder, S.** (2000), Anreize zur Risikoselektion? Anmerkungen zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schmollers Jahrbuch 120, S. 187-206.
- Franz, A., Paquet, R.** (1994), Die Kundenorientierung steht an erster Stelle - BKK-System mit neuem Leitbild, in: Die Betriebskrankenkasse 12/94, S. 712-721.
- Frerich, J.** (1990), Sozialpolitik: Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, München; Wien: Oldenbourg.

- Frerich, J., Frey, M.** (1993), Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Band.1: Von der vorindustriellen Zeit bis zum Ende des Dritten Reiches, München; Wien: Oldenbourg.
- Frerich, J., Frey, M.** (1996), Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Band 3: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der Deutschen Einheit, München; Wien: Oldenbourg.
- Frick, R., Haisken-DeNew, Wagner, G.** (2000), Overview of the GSOEP, in: Frick, R., Haisken-DeNew, Wagner, G. (Hrsg.): Desktop Companion to the German Socio-Economic Panel Study (GSOEP), DIW S. 15ff.
- Friel H., Devigne S.** (2000), Catch as catch can, in: Zahnärztliche Mitteilungen 12/2000, S. 34.
- Gerresheim, W.** (2001), Bisherige Erfahrungen mit integrierten Versorgungsformen im Bereich der AOK, in: Albring M., Wille E. (Hrsg.): Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung, Frankfurt am Main et al.: Lang.
- Giehler, T.** (1995), Krankenkassen-Wahlrechte '96 / Risikostrukturausgleich, in: Die Betriebskrankenkasse 5/95. S. 267-270.
- Gitter, W. et. al.** (1988), Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gerlingen: Bleicher.
- Gitter, W., Oberender, P.** (1987), Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos.
- Gladen, A.** (1974), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Steiner: Wiesbaden.
- Glanz, A.** (1994a), Der Risikostrukturausgleich zeigt seine Schwachstellen, in: Die Betriebskrankenkasse 3-4/94, S. 162-167.

- Glanz, A.** (1994b), Risikostrukturausgleich: Starker Ausgleich auf schwachen Füßen, in: Betriebskrankenkasse 10/94, S. 567-571.
- Graf, J.** (2002), „DMP“ lernt laufen, in: Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 7-8/02, 5. Jg. S. 10-11.
- Greenwald, B. C., Stiglitz, J. E.** (1986), Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets, in: The Quarterly Journal of Economics, Volume 101, Issue 2, S. 229-264.
- Haenecke, H.** (2001), Krankenkassen-Marketing: eine empirische Analyse der Erfolgsfaktoren, München, Mering: Hampp.
- Hamer, E., Wagener, A.** (1990), Betriebskrankenkassen und Mittelstand, Mittelstandsinst. Niedersachsen. Bonn : Mittelstands-Verl.-Ges..
- Hanefeld, U.** (1987), Das Sozio-ökonomische Panel. Grundlage und Konzeption. Campus Verlag, Frankfurt/New York, S. 13.
- Heimsath, D., Hillebrandt, B.** (1986), Optionen für die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung: eine Bestandsaufnahme von Reformvorschlägen, Hrsg. von der Robert Bosch Stiftung. - Gerlingen: Bleicher.
- Heinz, G.** (1992), Die Betriebskrankenkassen und das Gesundheits-Strukturgesetz, in: Die Betriebskrankenkasse 11/92, S. 623-627.
- Heinz, G.** (1993), Das Gesundheitsstrukturgesetz und die neue Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Betriebskrankenkasse 7/93, S. 419-424.
- Hellwig, R.** (1999), Aus Freude am Fahren - BKK. Oder: Markenwert als Maßstab bei der Investition in Marketingmaßnahmen, in: Die Betriebskrankenkasse 7/99, S. 338-344.
- Hermann, C.** (1995), Kassenwettbewerb und staatliche Aufsicht, in: DOK 13, 1995, S. 431-436.

- Höhn, H.** (2002), Langlebigkeit und Altern: Gene oder Umwelt?, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Band 91, S. 237-258.
- Holzheu, F.** (1991), Skalen- und Verbundvorteile von Unternehmen mit besonderem Blick auf Versicherungsunternehmen, in: ZVersWiss, 80. Band, 1991, S. 531-559.
- Horvát, P.** (1993), Controlling, Verlag Vahlen, München.
- Jack, W.** (2001), Controlling selection Incentives when Health Insurance Contracts are endogenous, in: Journal of Public Economics, Volume 80, S. 25-48.
- Jacobs, K. et. al.** (1991), Konsenspapier Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille, in: forum für Gesundheitspolitik 3-4(7), S. 95-96
- Jacobs, K., Reschke, P., Cassel, D., Wasem, J.** (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht, Berlin, Duisburg, Greifswald.
- Jacobs, K.** (2002), Vergütungssysteme und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wille E. (Hrsg.): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos, S. 11-34.
- Jacobs, K., Reschke, P.** (1992), Freie Wahl der Krankenkasse, Baden-Baden: Nomos.
- Kaluza, B.** (1991), Die Betriebsgröße - ein strategischer Erfolgsfaktor von Versicherungsunternehmen?, in: ZVersWiss, 80. Band, 1991, S. 251-273.
- Kasper, S.** (2002), Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriften zur Sozialpolitik Bd. 12, eurotrans-Verlag, Weiden und Regensburg.
- Kern, A. O.** (1995), Die "optimale" Unternehmensgröße in der deutschen privaten Krankenversicherung, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg, Beitrag Nr.129.

- Klemz, W.** (1993), Managemententwicklung als Erfolgsfaktor im Wettbewerb, Die Betriebskrankenkasse 10/93, S. 556-561.
- Kotsch, H.** (1991), Größenvorteile von Versicherungsunternehmen und Versicherungsaufsicht: ein Property-Rights-Ansatz zur wirtschaftspolitischen Diskussion um den gemeinsamen Versicherungsmarkt in Europa ab, Karlsruhe : VVW.
- Kronberger Kreis** (1987), Mehr Markt im Gesundheitswesen, Bad Homburg.
- Kruse, U., Kruse, S.** (2002), Die Verwaltungskosten in der Diskussion, in: Die Sozialversicherung Juli 2002, S. 169-180.
- Kulbe, A.** (1993), Die gesetzliche und private Krankenversicherung, Freiburg i.Br.: Haufe.
- Lampert, H.** (1994), Lehrbuch der Sozialpolitik, Springer-Verlag Berlin et al.
- Langosch, J.** (1995), Der Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen aus rechtlicher Sicht, in: DOK 23-24 (1995), S. 790-793.
- Lauterbach, K., Wille, E.** (2001), Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV), Köln/Mannheim.
- Lauterbach, K., Wille E., Stock, S., Wendland, G.** (2001), Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs unter Wettbewerbsbedingungen, in: Wirtschaftsdienst, Nr.4, 81. Jg. 2001, S. 191-194.
- Leber, W.-D.** (1992), Aufgaben und Auswirkungen eines Risikostrukturausgleichs bei der Neuordnung des Kassenwettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Oberender, P. (Hrsg.): Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos.

- Leszczynski v., D** (2002), Gehälter der Krankenkassen-Bosse sind ins Zwielficht geraten, in: Hartmannbund Magazin 3/2002, S. 7-8.
- Marburger, H., Marburger D.** (1997), Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen, Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippe.
- Meffert, H.** (2000), Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Verlag Dr. Theo Gabler GmbH, Wiesbaden.
- Meyers-Middendorf J.** (1993), Die Gestaltungsrelevanz marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln: Müller Botermann Verlag.
- Minn, N.** (1996), Risikostrukturausgleich - Solidarität nicht überfordern!, in: Die Ersatzkasse 2/96, S. 41-48.
- Münnich, F.** (1985), Möglichkeiten einer Marktsteuerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Begründung und Zielsetzung -, in: Geigant, F., Oberender P. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Gerlingen: Bleicher.
- Nachtigal, G.** (1992), AOK mit Konzepten setzt Zeichen, in: DOK 19/20. S. 714-717.
- Nave, R.** (1994), Der Wettbewerb in der GKV rückt den Vertrieb in den Mittelpunkt, in: Die Betriebskrankenkasse 7/94, S. 396-399.
- Newhouse, J. P.** (1996), Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection, in: Journal of Economic Literature, Vol. XXXIV, September 1996, S. 1236-1263.
- Nickel-Waninger, H.** (1987), Versicherungsmarketing auf der Grundlage des Marketing von Informationsprodukten, Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe.
- Nieschlag, R., Dichtl, E., Hörschgen, H.** (1991), Marketing, Duncker&Humbolt, Berlin.

- Oberdieck, V.** (1998), Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung? Demographische und medizinische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Hamburg: S+W Steuer- und Wirtschaftsverlag.
- Oberender, P.** (1987), Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung, in: Oberender, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen im Umbruch?, Bayreuth: Verlag P.C.O., S.21-34.
- Oberender, P., Ecker, T.** (1999), Der Risikostrukturausgleich in der GKV: eine ordnungspolitische Analyse, in: Knappe E. (Hrsg.): Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos, S. 51-60.
- Oberender, P., Fleischmann, J.** (2001), Der Risikostrukturausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen: Notwendiger Garant der Solidarität oder Bestandsschutz für leistungsschwache Krankenkassen?, in: WiSt Heft 11, November 2001, S. 599-606.
- OECD** (2001), OECD Gesundheitsdaten 2001, CD-ROM, CREDES, Paris.
- Oldiges, F. J.** (1993), Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft getreten, in: DOK 1/2, 1993, S. 13-15.
- Olten, R.** (1995), Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik, München, Wien: Oldenbourg.
- o.V.** (1993), Aktuelle Fragen aus der Verbandsarbeit, in: DOK 11, 1993, S. 365-369.
- o.V.** (1998), Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998, in: Wettbewerb in Recht und Praxis, 10/98, S. 1023-1025.
- Pannen, C.** (1992), Wahlfreiheit und Solidarität, in: DOK 12, S. 379-382.
- Paquet, R.** (1992), Die Entwicklung des Gesundheits-Strukturgesetzes, in: Die Betriebskrankenkasse 12/92, S. 704-711.

- Pauly, M. V.** (1974), Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection, in: Quarterly Journal of Economics, Volume 88, Issue 1, S. 44-62.
- Pawisa, K.** (1994), BKK-Leistungsangebot unter Wettbewerbsaspekten, in: Die BKK 10/94, S. 580-582.
- Peters, H.** (1978), Die Geschichte der sozialen Versicherung, 3. Aufl., Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippe.
- Perschke-Hartmann, C.** (1994), Die doppelte Reform: Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, Leske+Budrich, Opladen.
- Pfaff A., Busch S., Rindsfüßer C.** (1994), Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Campus Verlag, Frankfurt/Main New York.
- Pick, P.** (1991), Zwei Jahre Gesundheitsreformgesetz. Bilanz und weitere Perspektiven, in: DOK 4-5/1991, S. 151-157.
- Rothschild, M., Stiglitz, J.** (1976), Equilibrium in Competitive Markets: An Essay in the Economics of Incomplete Informations, in: The Quarterly Journal of Economics, Volume 90, S. 629-649.
- Rüschmann, H.-H., Roth, A., Krauss, C.** (2000), Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care: Aufbau - Ergebnisse - Zukunftsvision, Berlin et al.: Springer.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (1987), Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (1988), Jahresgutachten 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden: Nomos.

- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1989),**
Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der
Gesundheitsversorgung, Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1990),**
Jahresgutachten 1990: Herausforderungen und Perspektiven der
Gesundheitsversorgung, Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1991),**
Jahresgutachten 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Baden-Baden:
Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1992),**
Sondergutachten 1991: Stabilität ohne Stagnation?, in: Jahresgutachten 1992: Ausbau in
Deutschland und Aufbruch nach Europa, Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001),**
Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden:
Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003),**
Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bonn.
- Scharf, B.** (1990), Wahlfreiheit, Wettbewerb und Finanzausgleich - Solidarisierung oder
Ökonomisierung des Sozialen Krankenversicherung?, in: WSI Mitteilungen 2/1990, S.
75-88.
- Schawo, D.** (2002), Wider den Wettbewerb um Gesunde, in: Gesundheit und Gesellschaft,
Spezial 2/05, 5. Jg., S. 12-13.
- Schneider, U.** (2002), Theorie und Empirie der Arzt-Patient-Beziehung, Peter Lang,
Frankfurt am Main et.al.

- Schneider, W.** (1993), Die Organisationsreform: Ein historischer Durchbruch, in: DOK 1/2, 1993, S. 49-57.
- Schneider, W.** (1994), Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Schönbach, K.-H.** (1997), Marktorientierung der Kassen, in: Die Betriebskrankenkasse 1/97, S. 9-17.
- Schönbach, K.-H.** (1999b), Integration 'Vernetzter Praxen' in die GKV, in: Albring M., Wille E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt am Main et al.: Lang. S. 205-217.
- Schönbach, K.-H.** (2000), Erste Erfahrungen mit kombinierten Budgets, in: Albring M., Wille E. (Hrsg.): Rationalisierungsreserven in deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt am Main et al.: Lang. S.225-243.
- Schulenburg v. d., J.-M.** (1988), Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit - Probleme einer wettbewerbsorientierten Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hauser, H. und von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.): Health Maintenance Organizations, S. 195-245.
- Schwenger, R.** (1934), Die deutschen Betriebskrankenkassen, Duncker & Humblot, München.
- Smigelski, E.** (1993), Organisationsreform und Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Oberender, P. (Hrsg.): Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland, Baden-Baden: Nomos, S. 85-109.
- Statistisches Bundesamt** (1998), Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stegmüller, K.** (1996), Wettbewerb im Gesundheitswesen: Konzeptionen zur "dritten Reformstufe" der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a.M.:VAS.

- Stigler, G.** (1958), The economies of scale, in: *The Journal of Law and Economics* 1, S. 54-71.
- Stone, D.** (1996), Das strategische Verhalten der Versicherer unter der Marktreform: die politische und kulturelle Auswirkung von Wettbewerb, in: Behrens J. et al. (Hrsg.): *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*, Baden-Baden: Nomos, S. 35-48.
- Straub, C.** (2001), Die Modellvorhaben der ersten Generation - Bewertung und Konsequenzen, in: Albring M., Wille, E. (Hrsg.): *Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung*, Frankfurt am Main et al.: Lang.
- Syrup, F., Neuloh, O.** (1957), *Hundert Jahre Staatliche Sozialpolitik 1839 – 1939*, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Thefeld, W.** (1999), Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands, in: *Gesundheitswesen* 61 (1999), Sonderheft 2, Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York, S. 85-89.
- Thomma, T.** (1996), Zur Pareto-Effizienz von Krankenversicherungssystemen am Beispiel USA und Deutschland, in: Behrens J. et al. (Hrsg.): *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*, Baden-Baden: Nomos, S.121-140.
- Ulrich, V., Pohlmeier W.** (1993), Arztwahl und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: Ein ökonomischer Ansatz zur Modellierung des Entscheidungsprozesses im ambulanten Bereich, in: Oberender, P. (Hrsg.): *Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland*, Baden-Baden: Nomos. S. 33-61.
- van Stiphout, T.** (1995), Krankenkassenwahl ab 1996, in: *Die BKK* 3-4/95, S. 158-166.
- Van De Ven, W., Ellis, R. P.** (2000), Risk Adjustments in Competitive Health Plan Markets, in: Culyer, A.J. and Newhouse, J.P. (Hrsg.): *Handbook of Health Economic*, Volume 1, Elsevier Science B.V., S. 757-84.

- Van De Ven, W., Van Vliet, R., van Barneveld, E., Lamers, L.** (1996), Risikoausgleich in einem wettbewerblich strukturierten Krankenversicherungsmarkt: Reichen Alter und Geschlecht aus?, in: Oberender, P. (Hrsg.) *Alter und Gesundheit*, Baden-Baden: Nomos, S. 175-195.
- Van De Ven, W., Van Vliet, R.** (1992), How can we prevent Cream Scimming in a competitive Health Insurance Market?, in: Zweifel, P. und Frech, H.E. (Hrsg.), *Health Economics Worldwide*. Kluwer Academic Publishers. S. 23-46.
- Varian, H.** (1994), *Mikroökonomik*, München, Wien: Oldenbourg.
- Vaubel, Roland** (1990), *Sozialpolitik für mündige Bürger: Optionen für eine Reform*, Baden-Baden.
- VdAK/AEV** (2001), *Risikostrukturausgleich: Zahlen, Fakten, Hintergründe 2000/2001*, VdAK, Siegburg.
- Walther, P.** (1998), *Betriebskrankenkassen von der Reichsversicherungsordnung bis zur Machtergreifung*, Aachen: Shaker.
- Wanek, V.** (1994), *Machtverteilung im Gesundheitswesen: Struktur und Auswirkungen*, Frankfurt (Main): VAS.
- WHO** (2000), *The world health report – WHO, Health systems: improving performance*. Geneva.
- Wille, E.** (1986), Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen insbesondere im Krankenhaus, in: Wille, E. (Hrsg.): *Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens*, Frankfurt et al., S.91-126.

- Wille, E.** (1999), Auswirkungen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos, S. 95-156.
- Wille, E., Ried, W.** (1994), Indikatoren als Instrumente einer gesamtwirtschaftlichen Steuerung von Gesundheitsausgaben, in: Theurl, E. (Hrsg.), Tödliche Grenzen. Rationierung im Gesundheitswesen, Meran, S. 107-153.
- Wille, E., Schneider U.** (1998), Zur Regionalisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (Hrsg.): Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung: Was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten?, Berlin, S. 23-58.
- Wöhe, G.** (2000), Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Verlag Franz Vahlen München.
- Wüstrich, T.** (1994), Wettbewerb und soziale Krankenversicherung: eine methodisch-empirische Untersuchung zur Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs, Bayreuth: Verlag PCO.
- Zimmermann, G. W.** (1999), Integrierte Versorgungsformen. Qualitätsgemeinschaften und Praxisnetze, in: Albring M., Wille E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt am Main et al.: Lang.
- Zipperer, Manfred** (1993), Das Gesundheitsstrukturgesetz - ein weiterer wichtiger Reformschritt, in: Die Betriebskrankenkasse 1/93, S. 3-14.
- Zipperer, M.** (1996), Stellenwert von Erprobungsleitungen in der 3. Stufe der Gesundheitsreform, in: Ersatzkasse 4/96, S. 125-130.
- Zweifel, P.** (1982), Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens, Berlin et al., Springer.
- Zweifel, P., Eisen, R.** (2000), Versicherungsökonomie, Springer-Verlag Berlin et al.

STAATLICHE ALLOKATIONSPOLITIK IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

- Band 1 Horst Siebert (Hrsg.): Umweltallokation im Raum. 1982.
- Band 2 Horst Siebert (Hrsg.): Global Environmental Resources. The Ozone Problem. 1982.
- Band 3 Hans-Joachim Schulz: Steuerwirkungen in einem dynamischen Unternehmensmodell. Ein Beitrag zur Dynamisierung der Steuerüberwälzungsanalyse. 1981.
- Band 4 Eberhard Wille (Hrsg.): Beiträge zur gesamtwirtschaftlichen Allokation. Allokationsprobleme im intermediären Bereich zwischen öffentlichem und privatem Wirtschaftssektor. 1983.
- Band 5 Heinz König (Hrsg.): Ausbildung und Arbeitsmarkt. 1983.
- Band 6 Horst Siebert (Hrsg.): Reaktionen auf Energiepreissteigerungen. 1982.
- Band 7 Eberhard Wille (Hrsg.): Konzeptionelle Probleme öffentlicher Planung. 1983.
- Band 8 Ingeborg Kiesewetter-Wrana: Exporterösinstabilität. Kritische Analyse eines entwicklungspolitischen Problems. 1982.
- Band 9 Ferdinand Dudenhöfer: Mehrheitswahl-Entscheidungen über Umweltnutzungen. Eine Untersuchung von Gleichgewichtszuständen in einem mikroökonomischen Markt- und Abstimmungsmodell. 1983.
- Band 10 Horst Siebert (Hrsg.): Intertemporale Allokation. 1984.
- Band 11 Helmut Meder: Die intertemporale Allokation erschöpfbarer Naturressourcen bei fehlenden Zukunftsmärkten und institutionalisierten Marktsubstituten. 1984.
- Band 12 Ulrich Ring: Öffentliche Planungsziele und staatliche Budgets. Zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch nicht-staatliche Entscheidungseinheiten. 1985.
- Band 13 Ehrentraud Graw: Informationseffizienz von Terminkontraktmärkten für Währungen. Eine empirische Untersuchung. 1984.
- Band 14 Rüdiger Pethig (Ed.): Public Goods and Public Allocation Policy. 1985.
- Band 15 Eberhard Wille (Hrsg.): Öffentliche Planung auf Landesebene. Eine Analyse von Planungskonzepten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 1986.
- Band 16 Helga Gebauer: Regionale Umweltnutzungen in der Zeit. Eine intertemporale Zwei-Regionen-Analyse. 1985.
- Band 17 Christine Pfitzer: Integrierte Entwicklungsplanung als Allokationsinstrument auf Landesebene. Eine Analyse der öffentlichen Planung der Länder Hessen, Bayern und Niedersachsen. 1985.
- Band 18 Heinz König (Hrsg.): Kontrolltheoretische Ansätze in makroökonomischen Modellen. 1985.
- Band 19 Theo Kempf: Theorie und Empirie betrieblicher Ausbildungsplatzangebote. 1985.
- Band 20 Eberhard Wille (Hrsg.): Konkrete Probleme öffentlicher Planung. Grundlegende Aspekte der Zielbildung, Effizienz und Kontrolle. 1986.
- Band 21 Eberhard Wille (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. 1986.
- Band 22 Bernd Gutting: Der Einfluß der Besteuerung auf die Entwicklung der Wohnungs- und Baulandmärkte. Eine intertemporale Analyse der bundesdeutschen Steuergesetze. 1986.
- Band 23 Heiner Kuhl: Umweltressourcen als Gegenstand internationaler Verhandlungen. Eine theoretische Transaktionskostenanalyse. 1987.

- Band 24 Hubert Hombach: Besteuerung, Inflation und Kapitalallokation. Intersektorale und internationale Aspekte. 1987.
- Band 25 Peter Müller: Intertemporale Wirkungen der Staatsverschuldung. 1987.
- Band 26 Stefan Kronenberger: Die Investitionen im Rahmen der Staatsausgaben. 1988.
- Band 27 Armin-Detlef Rieß: Optimale Auslandsverschuldung bei potentiellen Schuldendienstproblemen. 1988.
- Band 28 Volker Ulrich: Preis- und Mengeneffekte im Gesundheitswesen. Eine Ausgabenanalyse von GKV-Behandlungsarten. 1988.
- Band 29 Hans-Michael Geiger: Informational Efficiency in Speculative Markets. A Theoretical Investigation. Edited by Ehrentraud Graw. 1989.
- Band 30 Karl Sputeck: Zielgerichtete Ressourcenallokation. Ein Modellentwurf zur Effektivitätsanalyse praktischer Budgetplanung am Beispiel von Berlin (West). 1989.

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

- Band 31 Wolfgang Krader: Neuere Entwicklungen linearer latenter Kovarianzstrukturmodelle mit quantitativen und qualitativen Indikatorvariablen. Theorie und Anwendung auf ein mikroempirisches Modell des Preis-, Produktions- und Lageranpassungsverhaltens von deutschen und französischen Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes. 1991.
- Band 32 Manfred Erbsland: Die öffentlichen Personalausgaben. Eine empirische Analyse für die Bundesrepublik Deutschland. 1991.
- Band 33 Walter Ried: Information und Nutzen der medizinischen Diagnostik. 1992.
- Band 34 Anselm U. Römer: Was ist den Bürgern die Verminderung eines Risikos wert? Eine Anwendung des kontingenten Bewertungsansatzes auf das Giftmüllrisiko. 1993.
- Band 35 Eberhard Wille, Angelika Mehnert, Jan Philipp Rohweder: Zum gesellschaftlichen Nutzen pharmazeutischer Innovationen. 1994.
- Band 36 Peter Schmidt: Die Wahl des Rentenalters. Theoretische und empirische Analyse des Rentenzugangsverhaltens in West- und Ostdeutschland. 1995.
- Band 37 Michael Ohmer: Die Grundlagen der Einkommensteuer. Gerechtigkeit und Effizienz. 1997.
- Band 38 Evamaria Wagner: Risikomanagement rohstoffexportierender Entwicklungsländer. 1997.
- Band 39 Matthias Meier: Das Sparverhalten der privaten Haushalte und der demographische Wandel: Makroökonomische Auswirkungen. Eine Simulation verschiedener Reformen der Rentensicherung. 1997.
- Band 40 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Innovationen in der Arzneimitteltherapie. Definition, medizinische Umsetzung und Finanzierung. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 25.-27.10.1996. 1997.
- Band 41 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 7.-8.11.1997. 1998.
- Band 42 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 5.-7.11.1998. 1999.
- Band 43 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. 2000.
- Band 44 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung. 2001.

- Band 45 Martin Pfaff / Dietmar Wassener / Astrid Sterzel / Thomas Neldner: Analyse potentieller Auswirkungen einer Ausweitung des Pharmaversandes in Deutschland. 2002.
- Band 46 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Konfliktfeld Arzneimittelversorgung. 2002.
- Band 47 Udo Schneider: Theorie und Empirie der Arzt-Patient-Beziehung. Zur Anwendung der Principal-Agent-Theorie auf die Gesundheitsnachfrage. 2002.
- Band 48 Manfred Albring / Eberhard Wille: Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen. 2003.
- Band 49 Uwe Jirjahn: X-Ineffizienz, Managementanreize und Produktmarkt Wettbewerb. 2004.
- Band 50 Stefan Resch: Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung. 2004.

Thomas Klose

Der Wert besserer Gesundheit

Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien, 2002.
XVI. 412 S., 16 Abb., 20 Tab.

Europäische Hochschulschriften:

Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft Bd. 2845

ISBN 3-631-38874-8 · br. € 68.50*

Weltweit stoßen Gesundheitssysteme an die Grenzen ihrer Finanzierbarkeit, begründet insbesondere durch medizinisch-technologischen Fortschritt. Ökonomische Evaluationen bieten Ansätze zum rationalen Umgang mit Gesundheitstechnologien. Die Kostennutzenanalyse ist die theoretisch beste Evaluationsmethode. Ihre praktische Bedeutung ist wegen noch bestehender methodischer Probleme aber gering. Diese zu lösen ist das primäre Ziel dieses Buches. Der erste Teil umfasst theoretische Analysen und systematische Aufarbeitungen empirischer Methoden. Diese sind Grundlage einer empirischen Studie, in der im zweiten Teil Hypothesen aus den vorhergehenden Analysen erfolgreich getestet werden. Durch zahlreiche methodische Neuerungen und innovative Ergebnisse leistet dieses Buch einen Beitrag zur Etablierung der Kostennutzenanalyse in der Evaluation von Gesundheitstechnologien.

Aus dem Inhalt: Eigenschaften der Präferenzen über Gesundheit und Geld und ihre Bedeutung für den Wert besserer Gesundheit · Anspruch und Realität der Bewertung von Gesundheitsleistungen: Brückenschläge · Qualitätsgleiche Lebensjahre und Zahlungsbereitschaft: Unterschiede · Systematische Analyse empirischer Methoden der Bewertung von Gesundheitsleistungen · Empirische Studie zur Zahlungsbereitschaft von Diabetikern



Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

Auslieferung: Verlag Peter Lang AG

Moosstr. 1, CH-2542 Pieterlen

Telefax 00 41 (0) 32 / 376 17 27

*inklusive der in Deutschland gültigen Mehrwertsteuer

Preisänderungen vorbehalten

Homepage <http://www.peterlang.de>

