

OTTO-WOLFF-INSTITUT für Wirtschaftsordnung

Direktoren: Professor Dr. Juergen B. Donges
Professor Dr. Johann Eekhoff
Geschäftsführer: Dr. Peter Danylow
Dr. Steffen J. Roth

Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt

Markus Jankowski

Anne Zimmermann

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 3/2003

(August 2003)

Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt *

I.	Einführung	2
II.	Prämienglättung und Risikoselektion in der Krankenversicherung	3
III.	Risikoselektion in Systemen mit kollektiv äquivalenter Prämienbemessung	8
	1. Status Quo in der gesetzlichen Krankenversicherung	8
	2. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich	10
IV.	Wettbewerb durch übertragbare risikoangepasste Altersrückstellungen	12
	1. Kapitaldeckung in der privaten Krankenversicherung	12
	2. Risikoangepasste Altersrückstellungen	13
	3. Informationsprobleme bei der Ermittlung risikoangepasster Altersrückstellungen	16
V.	Ausblick	18
	Quellenverzeichnis	18

Korrespondenz:

m.jankowski@wiso.uni-koeln.de

zimmermann@wiso.uni-koeln.de

* Dieser Artikel entstand im Rahmen des Projektes „*Funktionsbedingungen eines kompetitiven Krankenversicherungsmarktes als Grundlage einer konsistenten und nachhaltigen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung*“, welches von dem Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung durchgeführt wird.

I. Einführung

Wettbewerb auf Krankenversicherungsmärkten soll im Sinne eines Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren¹ permanente Anreize zur Erhöhung der Effizienz der Versicherungsleistung und zur Verbesserung von Steuerung und Kontrolle der Qualität der Leistungserbringung gewährleisten. Wenn sich die Versicherungsprämien aber trotz unterschiedlicher erwarteter Krankheitskosten nicht (nennenswert) voneinander unterscheiden, können sich Versicherungsgeber durch gezielte Anwerbung von Versicherten einen Wettbewerbsvorteil verschaffen. Sie können ihre Anstrengungen darauf konzentrieren, Versicherte, deren erwartete Kosten unterhalb der für alle Versicherten (nahezu) gleichen Prämien liegen, anzuwerben (Risikoselektion oder ‚Rosinenpicken‘). Wenn also der Nettoertrag aus der Anwerbung günstiger Risiken positiv ist, bestehen Anreize, Ressourcen aus Bemühungen zur Erhöhung der Effizienz und Versorgungsqualität umzulenken. Die Anstrengungen der Versicherer werden sich vermehrt auf die Entwicklung bestmöglicher Selektionsmechanismen anstelle auf Effizienzsteigerungen konzentrieren. Knappe Ressourcen im Gesundheitswesen werden verschwendet.

In Deutschland werden derzeit – den unterschiedlichen Rahmenbedingungen der beiden Teilsegmente Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) entsprechend – zwei Verfahren zur Vermeidung von Risikoselektion und damit zur Erhöhung der Effizienz des Versicherungswettbewerbs diskutiert.²

- In der GKV wird bereits seit Einführung der Wahlfreiheit für die Versicherten Mitte der 90er Jahre versucht, Risikoselektion durch einen Risikostrukturausgleich zu vermeiden. Da dieser aber zur Zeit noch keine morbiditätsbezogenen Kriterien³ enthält, haben die Krankenkassen die Möglichkeit, durch Anwerbung überdurchschnittlich Gesunder eines Versichertenjahrgangs einen Wettbewerbsvorteil zu erzielen. Als Lösung für dieses Problem wird vielfach ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich empfohlen.
- In der PKV wird das Problem der Risikoselektion derzeit dadurch vermieden, dass den Versicherten die zur Glättung des Prämienverlaufs im Alter gebildete Altersrückstellung bei einem Versicherungswechsel nicht mitgegeben wird. Ein Versicherungswechsel ist dann bereits nach wenigen Jahren Vertragslaufzeit für die meisten Versicherten auch bei Unzufriedenheit mit der alten Versicherung unvorteilhaft, weil sie bei der neuen Versicherung höhere Beiträge in Kauf nehmen müssten. Risikoselektion wird auf diesem Wege vermieden, allerdings um den Preis eines stark eingeschränkten Wettbewerbs um die Bestandskunden in der PKV. Zur Vermeidung von Risikoselektion bei gleichzeitiger Sicherstellung eines funktionstüchtigen Wettbewerbs in der PKV wird vielfach die Übertragung risikoangepasster Altersrückstellungen beim Versiche-

¹ v. HAYEK (1968)

² Siehe exemplarisch SACHVERSTÄNDIGENRAT (2002), S. 446 ff. (# 510 ff.).

³ D.h. die individuelle Erkrankungswahrscheinlichkeit abbildenden Kriterien ...

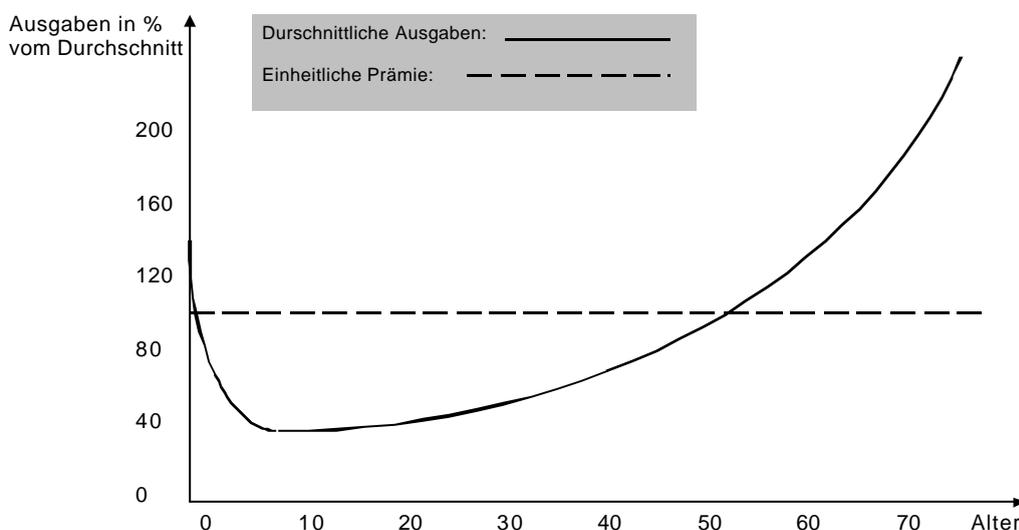
rungswechsel empfohlen.⁴

In dieser Arbeit wollen wir die beiden Mechanismen zur Vermeidung von Risikoselektion in einem kompetitiven Krankenversicherungsmarkt vergleichend gegenüberstellen. Wir werden zeigen, dass einkommensabhängig oder über Kopfpauschalen finanzierte Systeme in Verbindung mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich die Risikoselektion weniger effektiv vermeiden können als ein Versicherungssystem mit individuell risikoäquivalenten Beiträgen in Verbindung mit risikoangepassten Altersrückstellungen.

II. Prämienglättung und Risikoselektion in der Krankenversicherung

Der Ex-post-Ausgleich von Schadensfällen zwischen ex ante nicht unterscheidbaren Risiken, also zwischen Versicherten, die sich während der Vertragsdauer als relativ schlechtes Risiko herausgestellt haben, und solchen, die sich als relativ gutes Risiko herausgestellt haben, ist elementarer Bestandteil einer Versicherung. Die Höhe des Schadens für eine Krankenversicherung wird von zwei Komponenten der Versicherungsleistung bestimmt. Erstens sind die mit der Behandlung einer diagnostizierten Krankheit anfallenden Kosten von der Versicherung zu übernehmen.

Abbildung 1: Risikoprofil in der Gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (1998)

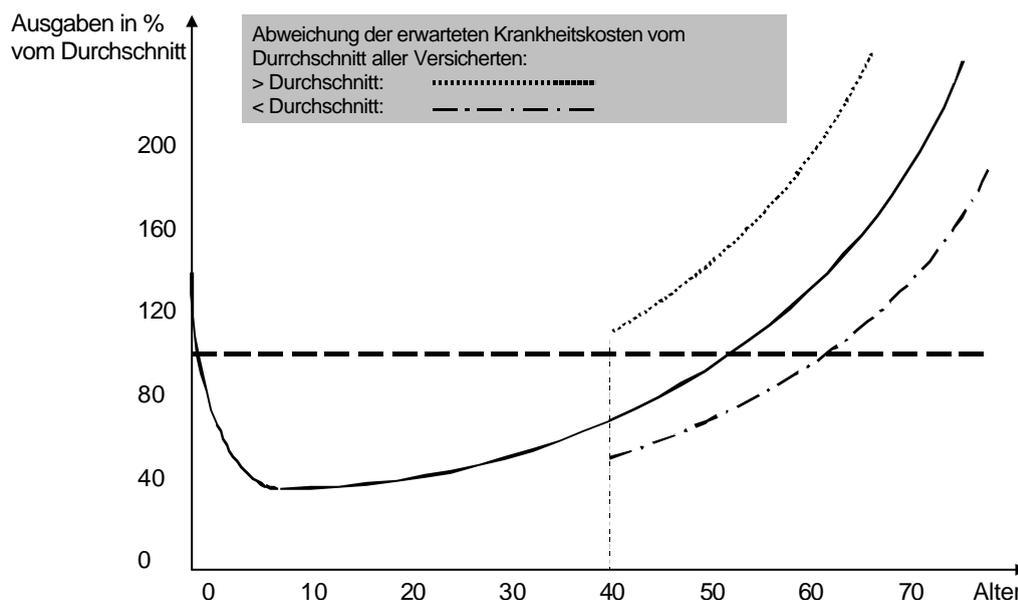
Das typische zeitbezogene Risikoprofil eines Versicherten weist folgenden Verlauf auf (Abbildung 1): Die durchschnittlichen Ausgaben sind im ersten Lebensjahr relativ hoch

⁴ In der gesundheitspolitischen Diskussion wird üblicherweise der Begriff „individualisierte Altersrückstellungen“ verwendet (vgl. DONGES ET.AL. [2002] und SACHVERSTÄNDIGENRAT [2002]). Hier soll der Begriff „risikoangepasste Altersrückstellungen“ für das gleiche Konzept verwendet werden. So kann deutlicher hervorgehoben werden, dass es sich bei den „individualisierten“ übertragbaren Altersrückstellungen nicht um individuelle Sparkonten handelt, sondern selbstverständlich nach wie vor ein Risikoausgleich innerhalb eines – nunmehr stärker ausdifferenzierten – Versichertenkollektivs stattfindet.

und sinken bis etwa zum siebten Lebensjahr. Danach steigen sie kontinuierlich an, wobei Frauen bis zum Alter von etwa 51 Jahren ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen als Männer.⁵

Zweitens kann zwischen einer zufällig eintretenden Erkrankung in einer Periode und den künftig zu erwartenden Krankheitskosten eines Versicherten ein Zusammenhang bestehen. Dies wird beispielsweise bei überhöhtem Blutdruck oder Diabetes der Fall sein, da für Personen mit diesen Diagnosen das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder anderen Gefäßerkrankungen ansteigt. In diesen Fällen erhöhen sich die in künftigen Jahren zu erwartenden Krankheitskosten. Die Versicherung dieses Risikos impliziert, dass sich die Krankenversicherungsprämien von betroffenen Versicherten in laufenden Verträgen trotz der erhöhten erwarteten Ausgaben nicht ändern (Abbildung 2).⁶ Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass sich Versicherungsnehmer gegen beide Komponenten des Krankheitskostenrisikos abzusichern wünschen.⁷ Auch Geburtsschäden und Erbkrankheiten lassen sich auf diese Weise versichern, wenn der Abschluss der Versicherung unmittelbar bei Geburt erfolgt.

Abbildung 2: Änderung der erwarteten Kosten im Zeitablauf



Eigene Darstellung

⁵ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (1998), Abschnitt 8.3 ‚Ausgaben nach Bevölkerungsgruppen‘

⁶ Versicherungsprämien in kurzfristigen Verträgen würden also nach Ablauf eines Geschäftsjahres dem auf Basis neuer Informationen zu berechnenden Krankheitskostenrisiko angepasst. Bei einigen Versicherten wären erheblich steigende Prämien die Folge. Dieses Risiko wird in der versicherungstheoretischen Literatur auch als ‚Prämienrisiko‘ bezeichnet. Vgl. z.B. KIFMANN (2002).

⁷ Vgl. PAULY (1994), S. 312. Eine Versicherungsprämie, die Änderungen des Erkrankungsrisikos im Zeitablauf nicht abbildet, hat allerdings unvermeidlich moral hazard zur Folge, da die Versicherten ein durch ihr Verhalten bedingt höheres Erkrankungsrisiko im Zeitablauf nicht auch durch höhere Versicherungsprämien bezahlen müssen. Risiken aus individuellem Verhalten – und nicht aus ex ante unbekanntem Faktoren der individuellen Grundausstattung – werden somit vergesellschaftet. Derartiges moral hazard muss im Rahmen einer Versicherungspflicht über obligatorische Selbstbehalte so weit als möglich vermieden werden.

Die Wahrscheinlichkeit zufälliger Erkrankungen und damit die Höhe der erwarteten Gesundheitsausgaben steigt mit zunehmendem Alter im Schnitt stark an. Daher müssten Krankenversicherungsprämien in Höhe der durchschnittlich in einem Geschäftsjahr erwarteten Ausgaben im Zeitablauf ansteigen. Es dürfte im Interesse vieler Menschen liegen, eine durch steigende Krankenversicherungsprämien bedingte Reduzierung des Lebensstandards im Alter zu vermeiden.⁸ Die Verringerung des disponiblen Einkommens durch steigende Krankenversicherungsprämien im Alter kann entweder im Rahmen eines Umlageverfahrens oder durch den Aufbau eines Kapitalstocks verhindert werden. Im Umlageverfahren werden die Defizite der älteren Versicherten, deren erwartete Krankheitskosten über der vereinbarten Prämie liegen, aus den Überschüssen der jüngeren Versicherten finanziert, deren erwartete Krankheitskosten unter der vereinbarten Prämie liegen. Im Kapitaldeckungsverfahren wird die Prämie so bemessen, dass in jungen Jahren ein Kapitalstock aus Prämienzahlungen, die oberhalb der durchschnittlich erwarteten Kosten liegen, aufgebaut wird (Altersrückstellung). Dieser Kapitalstock wird später zur Deckung der Differenz zwischen – nun höheren – erwarteten Kosten und vereinbarter Prämie genutzt. Das Unsicherheitselement resultiert aus der Ungewissheit über die Restlebensdauer. Eine trotz altersbedingt steigenden erwarteten Krankheitskosten gleichbleibende Krankenversicherungsprämie beinhaltet also eine Art Rentenversicherung.

Abstrahiert man von technischem und organisatorischem Fortschritt sowie steigender Lebenserwartung sind die Krankenversicherungsprämien in einem nach diesem Muster aufgebauten System für alle Versicherten einer Versicherungsgesellschaft, die zum Zeitpunkt der Geburt einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben, identisch. Die Prämien von Versicherten, die zu einem späteren Zeitpunkt in die Versicherung aufgenommen werden, können hiervon abweichen, sofern sie auf Basis der dann verfügbaren Informationen über die individuellen Erkrankungsrisiken ermittelt werden, also individuell äquivalent sind. Diese weitgehende Angleichung der Versicherungsprämien über alle Versicherten einer Versicherungsgesellschaft kann bei falsch gesetzten Rahmenbedingungen eine ineffiziente Risikoselektion verursachen.⁹ Die Versicherungsprämie allein kann aufgrund der für alle identischen Höhe das Krankheitskostenrisiko von Risikogruppen mit hohen erwarteten Kosten nicht decken während mit Risikogruppen mit niedrigem Krankheitskostenrisiko Überschüsse erwirtschaftet werden. Die Überschüsse der „niedrigen Risiken“ werden dann genutzt, um die Defizite der „hohen Risiken“ auszugleichen.

Ohne Ausgleichsmechanismus oder mit einem unvollkommenen Ausgleichsmechanismus

⁸ Grundsätzlich ist allerdings auch vorstellbar, dass aufgrund geänderter Bedürfnisse im hohen Alter eher eine höhere Prämie in Kauf genommen wird, wenn dadurch in jüngeren Jahren mehr Mittel für anderen Konsum zur Verfügung steht. Ferner verfügen im Rentenalter viele Haushalte über mehr Einkommen als in jungen Jahren, etwa bei Einstieg in das Berufsleben, so dass das disponible Einkommen dieser Gruppe auch ohne eine Glättung der Versicherungsprämien nahezu konstant bliebe.

⁹ Vgl. PAULY (1984)

tritt in dieser Situation Risikoselektion auf. Die finanzielle Ausstattung¹⁰, über die ein Versicherungsgeber für seine Versicherten verfügt, bildet dann das individuelle Erkrankungsrisiko nicht (vollständig) ab, die Versicherungsgeber können aber unterschiedliche Risiken identifizieren. Die finanzielle Ausstattung für junge und/oder überdurchschnittlich gesunde Versicherte liegt dann oberhalb der von diesen Gruppen im Erwartungswert entstehenden Kosten. Umgekehrt ist die finanzielle Ausstattung für ältere und/oder relativ kranke Versicherte niedriger als die erwarteten Kosten. Für die Versicherungen besteht die Möglichkeit, sich durch erfolgreiche Anwerbung möglichst junger oder überdurchschnittlich gesunder Versicherter einen Wettbewerbsvorsprung und damit einen entsprechenden Handlungsspielraum bezüglich anderer Versicherungsbestandteile zu sichern. Daher bedarf es eines Ausgleichsmechanismus, der die finanzielle Ausstattung der Risikogruppen den jeweils erwarteten Kosten der Versicherung angleicht, damit auch die Versicherung von Versicherten mit überdurchschnittlich hohen erwarteten Kosten für den Versicherer interessant bleibt.

Möglichkeiten zur Risikoselektion bestehen sowohl ohne als auch mit Kontrahierungszwang. Ohne Kontrahierungszwang können Versicherte mit unterdurchschnittlich hohen erwarteten Kosten gezielt angeworben und gleichzeitige Verträge mit „schlechten“ Risiken abgelehnt werden. Aber auch bei Existenz eines Kontrahierungszwangs sind verschiedene Strategien zur Anwerbung guter bzw. Abschreckung schlechter Risiken möglich.¹¹

- Die Wahl der Vertriebswege und die Marketingstrategien können auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet werden. Beispielsweise dürften der ausschließliche Vertrieb und die Informationsbereitstellung über das Internet oder über Call-Center in erster Linie relativ junge Versicherte anlocken. Ohne Regelungen wie etwa einer Kostenübernahmegarantie durch die Versicherer können unerwünschte Versicherte zum Wechsel der Versicherung bewegt werden, indem ihre Kosten unpünktlich erstattet werden.
- Auch die Gestaltung des Leistungsangebotes kann zur Selektion genutzt werden. Ohne vertraglich zugesicherte Leistungen explizit zu verweigern, gäbe es bei Vertragsfreiheit Möglichkeiten zur Steuerung des Nachfrageverhaltens von Versicherten: Durch die Wahl von Leistungsanbietern (gute Qualität z.B. bei Kinderärzten, dafür weniger gute Qualität bei Kardiologen oder Internisten) und Koordination der Leistungserbringung (z.B. in entsprechenden Disease-Management-Programmen) sowie durch die Wahl des Anstrengungsniveaus bei der Weiterentwicklung von Behandlungen kann Versicherten besonders hohe oder eher unterdurchschnittliche Leistungsqualität signalisiert werden. Großzügige Erstattung von Ausgaben für Behandlungen, die über den Leistungskatalog einer obligatorischen Versicherung hinaus gehen, können ebenfalls auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet werden.

¹⁰ Als finanzielle Ausstattung wird im Folgenden die Summe aus Krankenversicherungsprämie und Ausgleichszahlung (negativ bei Zahlungspflicht) aus dem (an den) gewählten Ausgleichsmechanismus bezeichnet.

¹¹ Vgl. VAN DE VEN/VAN VLIET (1992), S. 29 f.

- Die Kombination mit günstigen Angeboten für bestimmte Zusatzversicherungen dürfte möglich und in Grenzen auch zulässig sein. Hier würden dann gute Risiken angesprochen, die aber aufgrund relativ hoher Risikoaversion an Zusatzversicherungen interessiert sind. Beispielsweise könnte ein Versicherer die Versicherten einer bestimmten Berufsgruppe als unterdurchschnittlich krankheitsanfällig identifizieren und für diese Berufsgruppe selektiv besonders günstige Zusatzversicherungen z.B. für besonders hochwertigen Zahnersatz oder für alternative Heilmethoden anbieten (ähnlich dem „Beamtentarif“ in der Autoversicherung). Die Verluste aus der Unterdeckung in diesen Zusatzversicherungen müssten durch die Erträge aus der erfolgreichen Selektion mindestens kompensiert werden.

Versicherer werden solange nicht auf Risikoselektion verzichten, wie die Kosten von Entwicklung und Einsatz geeigneter Selektionsmechanismen niedriger sind als der Ertrag. Der Ertrag einer erfolgreichen Risikoselektion ist die Differenz zwischen finanzieller Ausstattung und den erwarteten Krankheitskosten eines angeworbenen Versicherten. Erfolgreiche Risikoselektion ermöglicht es den Versicherern also trotz Ineffizienzen oder Wettbewerbsnachteilen aufgrund mangelnder Qualität relativ günstige Versicherungsverträge anzubieten, da aus der Anwerbung „guter Risiken“ in einem unvollkommenen Ausgleichsmechanismus Überschüsse entstehen. Durch erfolgreiche Risikoselektion erreichte Wettbewerbsvorteile erlauben also zumindest vorübergehend die Verschleierung von mangelnder Leistungsqualität, Verwaltungsineffizienzen oder unsauberer Kalkulation von Altersrückstellungen in kapitalgedeckten Systemen. Eher ineffiziente Versicherungen können im Wettbewerb alleine aufgrund ihrer relativ besseren Risikomischung bestehen. Ineffiziente Verwaltungsstrukturen oder Versorgungsangebote, die in einem funktionsfähigen Wettbewerb bestraft würden, können auf diesem Weg kaschiert werden. Effizient arbeitende Versicherungen können umgekehrt allein aufgrund einer relativ schlechten Risikostruktur von den Wettbewerbern verdrängt werden, wenn sie weniger erfolgreich in ihren Selektionsbemühungen sind. Der Wettbewerb dreht sich nicht mehr allein um eine möglichst gute, kostengünstige und verwaltungseffiziente Versorgung aller Versicherten, sondern um Anreize zur Entwicklung optimierter Selektionsstrategien zur Abwerbung von bestimmten Zielgruppen, zumeist relativ gesunde Versicherte mit niedrigen Kostenrisiken. Knappe Ressourcen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung der Bürger werden verschwendet.¹²

Es ist daher notwendig, dass die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen dem Kostenrisiko in den jeweiligen Risikogruppen angepasst wird, um Risikoselektion zu vermeiden. Dieser Mechanismus muss die Rentabilität der Versicherungsverträge vom Alter der Versicherten und von morbiditätsbedingten Faktoren lösen, um den Wettbewerb um alle Versichertengruppen zu gewährleisten.

¹² Vgl. VAN DE VEN/VAN VLIET (1992), S. 23 f.

III. Risikoselektion in Systemen mit kollektiv äquivalenter Prämienbemessung

1. Status Quo in der gesetzlichen Krankenversicherung

Pflichtversicherte in der GKV haben einen am Lohneinkommen bemessenen prozentualen Beitrag zur Krankenversicherung abzuführen. Die zu Grunde liegende Idee einer Finanzierung nach Leistungsfähigkeit wird damit begründet, dass die Versicherung von Krankheitskosten unabhängig von der individuellen Leistungsfähigkeit für jeden Bürger finanzierbar sein soll. Zu diesem Zweck kombiniert die GKV eine lohnbezogene Umverteilung und eine Prämienkalkulation nach dem Prinzip der kollektiven Äquivalenz. Die Summe der jeweils lohnabhängigen Beiträge aller Versicherter muss die Gesamtausgaben der Versicherung decken. Angenommen, sämtliche Versicherten verfügten über identische Löhne. Dann würde jeder Versicherte eine einheitliche Prämie – also quasi eine Kopfpauschale – für den Versicherungsschutz zahlen. Die Umverteilung verschleiert nun diese Eigenschaft der Kopfpauschale dahingehend, dass Versicherte mit niedrigen Einkommen eine niedrigere Prämie bezahlen müssen, während Versicherte mit hohem Einkommen eine hohe Prämie bezahlen müssen. Trennt man diese Umverteilungskomponente von der GKV gedanklich ab, indem man die Umverteilungskomponente in ein separates Transfersystem ausgliedert, wird deutlich, dass die Prämie nach dem Prinzip der kollektiven Äquivalenz ermittelt wird. Die Prämienberechnung erfolgt auf Basis des gesamten Versichertenbestandes einer Versicherungsgesellschaft, ist also vom individuellen Krankheitskostenrisiko unabhängig. Die Summe der Beiträge des gesamten Kollektivs muss der Summe der Ausgaben des Kollektivs in einer Periode entsprechen.

Die Versicherungsprämie wird bei der Berechnung nach kollektiver Äquivalenz nicht nach Alter und der Entwicklung der Krankheitsanfälligkeit (Morbidität) differenziert. Die Glättung der Versicherungsprämie im Zeitablauf wird in der GKV aus den Beitragsüberschüssen der jüngeren finanziert (Umlageverfahren). Der in Deutschland implementierte Risikostrukturausgleich gleicht die Altersstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen ex post an. Der Anspruch einer Versicherung an den Risikostrukturausgleich richtet sich (u.a.) nach der Anzahl der bei ihr Versicherten in den einzelnen Altersgruppen und nach den über alle Versicherungen durchschnittlichen Ausgaben der Versicherten in den jeweiligen Altersgruppen. Anreize zur Risikoselektion nach dem Kriterium Alter werden auf diese Weise eliminiert. Die Orientierung an den durchschnittlichen Kosten liefert Anreize zur Erhöhung der Effizienz, da entweder Verluste reduziert oder Überschüsse erzielt werden können.

Das Prinzip der kollektiven Äquivalenz in der GKV impliziert auch die Versicherung gegen einen Anstieg der künftig erwarteten Krankheitskosten. Versicherte, die sich im Zeitablauf als relativ gute Risiken herausstellen, zahlen einen Beitrag, der über ihrem erwarteten Kostenrisiko liegt. Versicherte, die sich als relativ schlechte Risiken herausstellen, zahlen einen Beitrag, der unter ihrem erwarteten Kostenrisiko liegt. Die Deckung des Risikos erfolgt durch eine Umlage zwischen den Versicherten innerhalb des Kollektivs.

Ohne einen entsprechenden Ausgleichsmechanismus haben die Versicherungsgeber den Anreiz, gute Risiken zu identifizieren und zu umwerben, um durch eine Verbesserung ihrer Risikostruktur einen Wettbewerbsvorsprung zu erzielen. Zur Vermeidung dieser Risikoselektion ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich über alle Versicherungsgesellschaften notwendig, der in Deutschland ab dem Jahre 2007 eingeführt werden soll.¹³

In seiner heutigen Form kann der Risikostrukturausgleich die Anreize zur Risikoselektion nicht zufriedenstellend verringern. Die fehlende Orientierung am zu erwartenden Krankheitskostenrisiko innerhalb der jeweiligen Altersgruppen führt dazu, dass die Versicherer einen Anreiz haben, überdurchschnittlich gesunde Versicherte aller Altersgruppen anzuwerben. Da sich die Ausgleichssumme anhand der über alle Versicherten einer Altersgruppe durchschnittlichen Leistungsausgaben bemisst (Finanzbedarf), führt eine relativ günstige Morbidität des Versichertenbestandes innerhalb einer Altersgruppe c.p. zu einem höheren Nettoertrag (Transferzahlung abzüglich tatsächlich zu deckender Kosten) aus dem Risikostrukturausgleich (bzw. zu einer niedrigeren Nettoeinzahlung (Einzahlung bei relativ jungem Versichertenbestand abzüglich tatsächlich zu deckender Kosten)). Der Beitragssatz der Krankenkasse kann gesenkt werden.

Diese trotz des bestehenden Risikostrukturausgleichs drohende Risikoselektion verzerrt neben den oben beschriebenen negativen Effekten zusätzlich die Anreize zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung aller Patientengruppen. Auch Kostensenkung und Qualitätssteigerungen in wichtigen Behandlungsformen (etwa chronisch Kranker) können zu Risikoselektion führen. Eine Kasse, die freiwillig durch strukturierte Behandlungspläne für z.B. chronisch Kranke eine effizientere Versorgung dieser Gruppe bewirkt, wird mit einem Zustrom an Versicherten mit den entsprechenden Merkmalen zu rechnen haben. Der Krankenversicherung würden aber im Ergebnis Wettbewerbsnachteile entstehen, da chronisch Kranke trotz der verbesserten Versorgung mit großer Wahrscheinlichkeit nach wie vor im Vergleich zur restlichen Altersgruppe überdurchschnittlich hohe Kosten verursachen. Daher unterbleiben Anstrengungen zu einer besseren Versorgung insbesondere der relativ kostenintensiven Patienten, um eine – in diesem Fall für den Versicherer unerwünschte – Risikoselektion zu vermeiden. Die Krankenkassen befinden sich hier in einer durch den unvollständigen Ausgleichsmechanismus induzierten Dilemmasituation. Einerseits nimmt die Behandlung von chronisch Kranken und anderen kostenintensiven Patienten einen großen Teil der Ressourcen im Gesundheitswesen in Anspruch, andererseits verhindern die Rahmenbedingungen Anreize zur Erhöhung der Effizienz und Qualität der

¹³ Vgl. die ausführliche Aufbereitung der Diskussion um einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bei CASSEL/JANßEN (1999) sowie bei CASSEL ET.AL (2001).

Versorgung dieser Zielgruppe.¹⁴

2. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich

Ab dem Jahre 2007 soll der Risikostrukturausgleich in der GKV um morbiditätsbezogene Ausgleichsfaktoren ergänzt werden, um somit die oben dargestellte Risikoselektion möglichst weitgehend zu vermeiden. Das theoretische Konzept des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sieht vor, dass neben den Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht ex ante eine Einteilung in bestimmte Risikogruppen vorgenommen wird. Die Bestimmung unterschiedlicher Morbiditätsklassen kann dabei anhand verschiedener Merkmale erfolgen (z.B. krankheitsbezogen, sofern beobachtbar: verhaltensbezogen etc.).¹⁵ Der Ex-post-Ausgleich unterschiedlicher Krankheitsrisiken erfolgt dann anhand der über alle Krankenkassen durchschnittlichen Ausgaben je Ausgleichskategorie. Die Eingruppierung der Versicherten in Risikoklassen zu Beginn einer Vertragsperiode führt dann dazu, dass die relative Wettbewerbsposition einer Krankenversicherung von ihrer Risikostruktur unabhängig ist und folglich kein Anreiz zur Auswahl guter Risiken mehr besteht. Statt dessen besteht im Krankenversicherungswettbewerb der Druck, durch Auswahl möglichst effizient arbeitender Leistungserbringer und durch Entwicklung entsprechender Behandlungsprogramme Versicherte über ein präferenzgerechtes und effizientes Leistungsbündel an die Versicherungsgesellschaft zu binden.¹⁶ Ein perfekter Risikostrukturausgleich würde folglich Risikoselektion vermeiden und zu einem funktionsfähigen Wettbewerb auch in kollektiv-äquivalent finanzierten Versicherungssystemen führen.

Allerdings birgt ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich wenig Anreize für eine – im Sinne des Bürgers liegende – auch langfristig qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten. Wenn der morbiditätsorientierte RSA Risikoselektion so gut wie möglich verhindern soll, dann ist es notwendig, neue Informationen über die Morbidität der Versicherten in regelmäßigen Zeitabständen in die Risikoklassifizierung einfließen zu lassen. Da sich dann aber eine Verschlechterung (Verbesserung) des allgemeinen Gesundheitszustandes des Versichertenpools nicht negativ (positiv) auf die Wettbewerbssituation der Versicherungsgesellschaft auswirken kann, besteht kein unmittelbarer Anreiz für die Versicherung mehr, z.B. über Präventivprogramme oder optimierte Behandlungsabläufe langfristig das Wohlergehen der Patienten zu fördern. Oder umgekehrt: Die Kosten präventiver Maßnahmen wären alleine von den Versicherten des durchführenden Versicherungsgebers zu tragen, während der Nutzen aufgrund der geringeren Ausgleichszahlung aus

¹⁴ Es wird zwar versucht, dieses Dilemma durch eine besondere Berücksichtigung von Chronikerprogrammen im Risikostrukturausgleich zu beseitigen. Die administrative Vorgabe der Behandlungsleitlinien verhindert aber einen Wettbewerb um die effizienteste Versorgung von Chronikern und ignoriert damit die Tatsache, dass auch in der medizinischen Wissenschaft und Praxis heute bereits unterschiedliche Auffassungen über die optimale Behandlung vieler Diagnosen bestehen und künftig neue Verfahren entwickelt werden könnten.

¹⁵ Vgl. für einen Überblick BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003), S. 286 ff.

¹⁶ Vgl. ausführlich z.B. CASSEL/JANßEN (1999).

dem Risikostrukturausgleich über alle Versicherten streut. Der durchführende Versicherungsgeber würde tendenziell sogar einen Wettbewerbsnachteil erleiden, da er c.p. eine höhere Versicherungsprämie verlangen müsste. Es kann zumindest angezweifelt werden, ob die Erträge aus der Signalisierung einer hohen Versorgungsqualität ausreichen, um diese Kosten zu kompensieren.

Der „perfekte“ morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich könnte zwar einen von Risikoselektion freien Preiswettbewerb ermöglichen, im statischen Sinne also Effizienz herstellen. Er würde aber Anreize für die Entwicklung von besseren Behandlungsmethoden, Behandlungsprogrammen oder präventiven Maßnahmen zu einer weitergehenden Verbesserung der Versorgung der Versicherten reduzieren. Darüber hinaus scheitert ein „realer“ morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zusätzlich a) an der mangelnden administrativen Spezifizierbarkeit der Ausgleichskriterien und b) an der mangelnden Überprüfbarkeit der Risikoklassifikation der Versicherten durch die Versicherungsgeber, die ihrerseits kein Eigeninteresse an einer korrekten Klassifizierung haben.

Zu a) Für Versicherer ist Risikoselektion so lange rational, bis die Grenzkosten der Selektion gerade dem dadurch erzielten Grenznutzen aus Wettbewerbsvorteilen entsprechen. Die Vermeidung von Risikoselektion könnte daher auch durch eine unvollständige Festlegung von Ausgleichskriterien effizient erreicht werden. Wenn die Ausgleichskriterien gerade soweit ausdifferenziert sind, dass die Kosten der weiteren Differenzierung von Zielgruppen marginal über den Erträgen aus der Selektion liegen, besteht kein Anreiz mehr, Versicherte allein aufgrund ihrer Risikoklasse und der damit verbundenen finanziellen Ausstattung anzuwerben. Eine Regulierungsbehörde, die die Ausgleichskriterien festlegt, müsste folglich über Kenntnisse über die erwarteten Kosten unterschiedlicher Zielgruppen und Selektionsstrategien verfügen. Da diese Informationen von den Krankenversicherern kaum bereitgestellt werden dürften, erfordert das Verhindern von Risikoselektion ein stark ausdifferenziertes Klassifikationssystem, welches im Umkehrschluss erheblichen administrativen Aufwand bei den Krankenversicherern verursacht. Zusätzlich ist eine ständige Anpassung vor allem an neuartige diagnostische Methoden notwendig, da durch die Weiterentwicklung der Diagnostik zusätzliche Möglichkeiten zur Identifikation von Zielgruppen entstehen. Sofern es nicht gelingt die Ausgleichskriterien vollständig zu definieren und zeitnah anzupassen, droht weiterhin Risikoselektion.

Zu b) Sofern die Spezifikation des Ausgleichsmechanismus unvollständig oder die Eingruppierung in einzelne Risikoklassen nicht vollständig verifizierbar ist, können sich Versicherungsgeber durch Einstufung der Versicherten in die jeweils höchstmögliche Ausgleichskategorie zusätzlich einen Wettbewerbsvorsprung verschaffen. Durch Eingruppierung relativ gesunder Versicherter in möglichst hohe Risikoklassen kann die Risikomischung innerhalb der jeweiligen Klasse verbessert werden. C.p. resultiert ein höherer Transfer aus dem Risikostrukturausgleich. Aufgrund der an den durchschnittlichen Kosten in einer Risikoklasse orientierten Berechnung der Ausgleichszahlung werden sich diese aber wieder reduzieren, wenn alle Versicherungsgeber diesem Anreiz folgen. Leidtragende sind Versicherte mit relativ hohem Risiko, die nicht mehr in eine höhere Klasse

eingeorndet werden können. Sie werden für die Versicherer zu unerwünschten Risiken, da die Ausgleichsbeträge nicht mehr zur Deckung ihres Risikos reichen.

Der Wettbewerb beschränkt sich in kollektiv äquivalenten Krankenversicherungssystemen mit Risikostrukturausgleich also hauptsächlich auf die Verwaltungskosten und auf die kurzfristige Optimierung der Behandlungskosten ohne Berücksichtigung langfristiger Effekte. Zudem lässt sich Risikoselektion mit den damit verbundenen Ineffizienzen vermutlich nicht vollständig vermeiden.

IV. Wettbewerb durch übertragbare risikoangepasste Altersrückstellungen

1. Kapitaldeckung in der privaten Krankenversicherung

Bestimmte Berufs- oder Einkommensgruppen haben die Möglichkeit, sich in der substitutiven privaten Krankenversicherung zu versichern. Die Prämien werden nach dem Prinzip der individuellen Äquivalenz berechnet. Individuelle Äquivalenz bedeutet, dass die Krankenversicherungsprämie das individuelle Krankheitskostenrisiko in einer bestimmten Periode widerspiegelt. Der Versicherte wird bei Eintritt in die Versicherung auf Basis des individuellen Krankheitskostenrisikos in eine bestimmte Risikoklasse eingeordnet. Die Versicherungsprämie richtet sich folglich nach den während der Vertragslaufzeit zu erwartenden Ausgaben, die sich aus den individuellen Risikomerkmale ergeben. Bei schwer kalkulierbaren Hochrisiken oder bei nicht mehr versicherbaren Leistungen (Leistungen bei denen die Eintrittswahrscheinlichkeit gleich eins ist) kann der Versicherungsgeber auch Leistungen ausschließen.

Die Versicherungsprämie wird durch den Aufbau von Altersrückstellungen für das jeweilige Versichertenkollektiv im Zeitablauf geglättet. Die Versicherten zahlen zu Beginn der Vertragslaufzeit eine Prämie, die oberhalb der im jeweiligen Kollektiv im Schnitt erwarteten Krankheitskosten liegt. Aus den Beitragsüberschüssen der Versicherten wird durch die Bildung von Altersrückstellungen ein Kapitalstock für das jeweilige Kollektiv aufgebaut (dies entspricht dem Kapitaldeckungsverfahren in einer Rentenversicherung). Dieser Kapitalstock wird mit zunehmendem Alter zur Glättung der Versicherungsprämie wieder abgebaut. Die Höhe der Altersrückstellung eines Versichertenkollektivs muss jederzeit der Differenz aus den Barwerten der künftigen Beitragseinnahmen und den Barwerten der künftig erwarteten Kosten entsprechen. Die Versicherungsprämien ändern sich auch nicht, wenn zusätzliche Informationen über die Morbidität der Versicherten bekannt werden. Daher ist auch der Anstieg der erwarteten Kosten im Zuge bestimmter Erkrankungen in der privaten Krankenversicherung mit abgesichert. Das Prinzip der individuellen Äquivalenz führt also keineswegs zwangsläufig zu einer Verteuerung des Krankenversicherungsschutzes aufgrund schwerer Erkrankungen. Dies gilt allerdings nur in laufenden Verträgen, da c.p. bei einem Versicherungswechsel ein morbiditätsbedingter Prämienanstieg oder Leistungsausschluss hingenommen werden müsste.

In der aktuellen Ausgestaltung der PKV fallen die Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel dem Versichertenpool der abgebenden Versicherung zu. Daher ist ein Wechsel für die Versicherten auch ohne Erhöhung der erwarteten Krankheitskosten bereits nach wenigen Jahren nicht mehr vorteilhaft, selbst wenn die aufnehmende Versicherung über ein erheblich effizienteres Angebot verfügt. Die Kündigung des Vertrages ist dem Versicherungsnehmer zwar grundsätzlich gestattet. Jedoch müsste der Versicherungsnehmer bei einem Wechsel zwangsläufig eine höhere Versicherungsprämie in Kauf nehmen. Dies resultiert aus altersbedingt oder morbiditätsbedingt höheren erwarteten Kosten und aus der nunmehr kürzeren Zeitdauer für den Aufbau einer hinreichend hohen neuen Altersrückstellung.

Diese ‚Vererbung‘ der Altersrückstellung an die Versichertengemeinschaft der abgebenden Versicherung wird mit anderenfalls drohender Risikoselektion gerechtfertigt. Die Kalkulation der Rückstellung erfolgt für die bei Eintritt in die Versicherung festgelegte Risikoklasse. Bei Mitgabe einer durchschnittlich hohen Altersrückstellung würde ein Anreiz für die Versicherungen bestehen, sich aus einer Risikoklasse diejenigen Versicherten herauszupicken, deren Krankheitskostenrisiko sich im Vergleich zu anderen Versicherten seiner Risikoklasse unterdurchschnittlich entwickelt hat. Die Altersrückstellungen dieser Versicherten wären höher, als zur Deckung der Differenz zwischen erwarteten Krankheitskosten und vereinbarter Prämienzahlung notwendig. Auch eine Versicherung ohne Effizienzvorsprünge könnte diesem Versicherten daher eine günstigere Prämie anbieten, als er im bestehenden Vertrag zu tragen hat. Die Übertragung von durchschnittlichen Altersrückstellungen wird daher folgerichtig abgelehnt. Der Preis für diese Art der Vermeidung von Risikoselektion ist ein stark eingeschränkter Wettbewerb um den bestehenden Kundenstamm mit den damit verbundenen drohenden Ineffizienzen auf dem Krankenversicherungsmarkt.

2. Risikoangepasste Altersrückstellungen

Die vermeintliche Zwickmühle zwischen fehlendem Wettbewerb und Risikoselektion bei Übertragung durchschnittlich hoher Altersrückstellungen lässt sich auflösen, wenn die Altersrückstellungen bei Änderungen des Krankheitskostenrisikos entsprechend angepasst werden.¹⁷ Bestimmte Erkrankungen führen dazu, dass künftig das individuelle Erkrankungsrisiko dauerhaft höher ist als das über alle Versicherten durchschnittliche. Die auf der Basis der ursprünglichen Risikoeinschätzung gebildete Altersrückstellung reicht für diese Versicherten nicht mehr aus, die Differenz zwischen dem Barwert der erwarteten Kosten und dem Barwert der vereinbarten Prämien auszugleichen. Behält der Versicherte seinen ursprünglichen Versicherungsvertrag, wird die Änderung der erwarteten Kosten innerhalb seines Risikopools von den Versicherten ausgeglichen, die sich ex post als relativ gutes Risiko herausgestellt haben (und den Vertrag ebenfalls nicht kündigen). Effizienz auf dem Versicherungsmarkt erfordert aber, dass ineffiziente Versicherungsange-

¹⁷ MEYER (1992)

bote durch Abwanderung der Versicherten zu Wettbewerbern sanktioniert werden können. Zur Vermeidung von Risikoselektion im Zusammenhang mit der Übertragung von Altersrückstellungen auf die neue Versicherung müssen nun die Altersrückstellungen dem geänderten Risiko angepasst werden. Die Altersrückstellung wird in Höhe der Differenz zwischen den nun höheren erwarteten Krankheitskosten und der bei Eintritt in die Versicherung vereinbarten Prämienhöhe ausgewiesen. Die Änderung der erwarteten Kosten schlägt sich also nicht in einer Erhöhung der Versicherungsprämie nieder sondern in einer Anpassung der Altersrückstellung.

Dieses Verfahren entspricht dem üblichen Vorgehen bei Realisierung eines Schadensfalles: Die Versichertengemeinschaft trägt ex post die entstandenen Kosten zur Deckung des Schadens. Der Schaden besteht in den unmittelbar anfallenden Behandlungskosten sowie in den künftig höheren erwarteten Krankheitskosten. Die Behandlungskosten werden dem Versicherten aus dem laufenden Prämienaufkommen erstattet. Die Altersrückstellung deckt die Änderung der künftig erwarteten Kosten in Folge bestimmter Erkrankungen. Bei konstanter Altersrückstellung müsste die Versicherungsprämie des Versicherten ansteigen, damit weiterhin die Altersrückstellung die Differenz zwischen den Barwerten erwarteter Kosten und Prämien abbilden kann. Der Schaden aus dem geänderten Erkrankungsrisiko entspricht daher dem Betrag, der notwendig ist, bei konstanter Prämie die künftigen Kostenrisiken zu decken. Die Versichertengemeinschaft deckt diesen Schaden aus der nach unten angepassten Altersrückstellung für ex post überdurchschnittlich gesunde Versicherte. Die Höhe der Altersrückstellung wird also dem geänderten Erkrankungsrisiko angepasst.¹⁸ In der Summe bleiben die Altersrückstellungen ausreichend hoch, da sich auch Versicherte herausstellen werden, die überdurchschnittlich gesund sind und deren Altersrückstellung folglich nach unten angepasst werden kann. Die ursprünglich vereinbarte Prämienhöhe bleibt sowohl für hohe als auch für niedrige Risiken gleich.

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung wird die aufnehmende Versicherung sämtliche zur Verfügung stehenden Informationen zum individuellen Krankheitskostenrisiko zur Ermittlung der Versicherungsprämie nutzen. Die dem individuellen Risiko des Versicherten angepasste Altersrückstellung wird mitgegeben und auf die aufnehmende Versicherung übertragen. Die individuell äquivalente Versicherungsprämie bei dem aufnehmenden Versicherer setzt sich dann aus der Differenz zwischen dem individuellen Krankheitskostenrisiko und der eingebrachten Altersrückstellung zusammen.¹⁹ Die Versicherungsprämien unterscheiden sich zwischen den unterschiedlichen Versicherungsgebern bei korrekt ermittelten Altersrückstellungen folglich allein durch die Effizienz der Versicherungsleistung und der medizinischen Leistungserbringung. Die Sorge vor stark ansteigenden Prämien in Folge der Anwendung des Prinzips der individuellen Äquivalenz ist

¹⁸ Insofern entspricht dieses Verfahren der von COCHRANE (1995) vorgeschlagenen „Prämienversicherung“. Allerdings schlägt COCHRANE eine institutionelle Trennung von Krankenversicherung und Prämienversicherung vor.

¹⁹ Wenn sich ein Versicherter relativ früh als überdurchschnittlich gesund herausstellt, besteht die Möglichkeit, dass die Altersrückstellung negative Werte annimmt, da die Differenz der zwischen den Barwerten der erwarteten Kosten und der Prämienzahlungen in diesem Fall negativ sein kann.

unberechtigt.

Wenn bei einem Versicherungswechsel eine Altersrückstellung übertragen wird, die durch Eingruppierung in die korrekte Risikoklasse die Differenz zwischen erwarteten Kosten und Barwert der Versicherungsprämien deckt, findet keine Risikoselektion mehr statt. Auch der Versicherte mit einem relativ hohen Krankheitskostenrisiko ist dann für die Versicherungen ein gewinnbringender Kunde. Voraussetzung hierfür ist lediglich, dass die Versicherer keine Möglichkeit haben, durch fehlerhafte Ermittlung von Altersrückstellungen der Gesamthöhe nach oder von risikoangepassten Rückstellungen für die einzelnen Versicherten einen Wechsel von aus ihrer Sicht schlechten Risiken zu forcieren oder einen Wechsel von aus ihrer Sicht guten Risiken zu verhindern.

Der Wettbewerb um Neuversicherte führt zu einer möglichst genauen Bemessung der gesamten Altersrückstellung für den Versichertenpool. Sollte ein Wettbewerber versuchen, durch zu niedrig bemessene Rückstellungen zusätzliche Gewinne zu erzielen oder Ineffizienzen zu verschleiern, können Wettbewerber bei gleicher Prämie höhere Rückstellungen ausweisen und Neuversicherte an sich ziehen. Der Ausweis einer zu niedrigen Rückstellung in Kombination mit einer niedrigeren Prämie hätte zur Folge, dass die künftigen Ansprüche der Versicherten nicht mehr gedeckt wären. Dies würde einen Anstieg der Versicherungsprämien im Alter nach sich ziehen und damit den Wettbewerbsvorteil aus der zu niedrig bemessenen Altersrückstellung wieder kompensieren. Folglich besteht keine Möglichkeit, durch eine zu niedrig bemessene Gesamtrückstellung den Wettbewerb um die Bestandskunden zu verhindern.

Es lässt sich weiterhin zeigen, dass die Versicherer Altersrückstellungen möglichst genau den sich ändernden Risiken anpassen werden, wenn rechtlich gesichert und durchsetzbar ist, dass die Summe der Altersrückstellungen über alle Versicherten stets der gesamten bilanziell ausgewiesenen Altersrückstellung entsprechen muss. Andernfalls könnten die Versicherer zunächst versuchen, wechselwillige Versicherte durch eine zu niedrig ausgewiesene Rückstellung an sich zu binden. Die Kombination aus mitgeführter – zu niedrig bemessener – Altersrückstellung und individuellem Krankheitskostenrisiko würde bei einer anderen Versicherung c.p. zu einer höheren Versicherungsprämie führen. Also müsste im Umkehrschluss die aufnehmende Versicherung erheblich effizienter sein, um die falsch kalkulierte Rückstellung zu kompensieren. Die Anreize zum Wechsel der Versicherung wären also für diese Versichertengruppe auch bei Unzufriedenheit mit dem bisherigen Versicherungsgeber relativ gering.

Allerdings existiert eine Untergrenze in Höhe einer Altersrückstellung, die zwar nach Maßgabe der von der abgebenden Versicherung erwarteten Kosten für den Versicherten zu niedrig bemessen ist, aber gerade noch ausreicht, um den Versicherten nicht vom Wechsel abzuhalten. Auf diese Weise kann nun die abgebende Versicherung den Vorteil des Versicherten aus der niedrigeren Versicherungsprämie der Konkurrenz oder aus dem Nutzen aus höherer Qualität abschöpfen, da sie die Differenz zwischen eigentlich benötigter, weil kostendeckender, und tatsächlich mitgegebener Altersrückstellung einbehält. Lassen sich Gruppen identifizieren, bei denen dieser Mechanismus besonders einfach

funktioniert – z.B. Paare mit Kinderwunsch – können zusätzlich Risikoselektionsmechanismen eingesetzt werden – z.B. durch fehlendes Angebot spezialisierter Gynäkologen oder Geburtshelfer. Wettbewerbshemmnisse und Risikoselektion ließen sich also ohne oben genannte Bedingung nicht vollständig vermeiden. Sie ist daher eine notwendige Voraussetzung für das hier dargestellte Verfahren.

Mit der Durchsetzung dieser Regel kann ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern gewährleistet werden. Würde die abgebende Versicherung versuchen, beispielsweise relativ Gesunde im Bestand zu halten, indem sie die Altersrückstellungen für diese Gruppe zu niedrig bemisst, müsste sie mit der Abwanderung anderer ebenfalls Ertrag bringender Versicherter rechnen. Wenn die korrekte Bemessung der gesamten Altersrückstellung gewährleistet ist und die Summe der einzeln ausgewiesenen Rückstellungen dieser entsprechen muss, impliziert eine zu niedrige Rückstellung für relativ Gesunde eine zu hohe Rückstellung für relativ kranke. Dann aber droht deren Abwanderung, da eine andere Versicherung auch ohne Effizienzvorsprung eine niedrigere Prämie anbieten kann. Die verbleibenden Versicherten der Kohorte müssten aufgrund der dann zu niedrig bemessenen verbleibenden Altersrückstellung in Zukunft einen erheblichen Prämienanstieg oder Qualitätseinbußen in der Versorgung in Kauf nehmen. Dieser Prämienanstieg macht seinerseits trotz der zu niedrig bemessenen Altersrückstellung einen Wechsel zu einer anderen Versicherung für die Versicherten interessant. Ist die Altersrückstellung insgesamt nicht angemessen berechnet, droht also Scheitern im Wettbewerb. Auch relativ Kranke können daher für eine Versicherung attraktiv sein, wenn sie eine hinreichend hohe Altersrückstellung mitführen. Die Argumentation kann analog auch für den umgekehrten Fall geführt werden.²⁰

Das Konzept der übertragbaren risikoangepassten Altersrückstellungen kann gleichzeitig den wünschenswerten Wettbewerb um die effizienteste Versicherungsleistung und die bestmögliche Versorgung der Versicherten gewährleisten und Ineffizienzen durch Risikoselektion vermeiden. Allerdings wurde in den bisherigen Ausführungen davon ausgegangen, dass die Versicherungsgeber dazu in der Lage sind, die risikoangepassten Altersrückstellungen perfekt zu berechnen. Diese Annahme dürfte ebenso unrealistisch sein, wie die Annahme eines perfekt administrierbaren Risikostrukturausgleichs. Allerdings führt der Wettbewerbsmechanismus erstens zu der bestmöglichen Nutzung der gegebenen Informationen und zweitens zu einer stetigen Verbesserung der Informationslage.

3. Informationsprobleme bei der Ermittlung risikoangepasster Altersrückstellungen

Für die korrekte Ermittlung der risikoangepassten Altersrückstellungen benötigen die Versicherungen als Datenbasis die im Durchschnitt erwarteten künftigen Krankheitskosten für alle Risikoklassen. Diese Informationserfordernis geht weit über die eines morbi-

²⁰ Vgl. DONGES ET.AL. (2002), S. 43 ff.

ditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hinaus, da nicht lediglich kurzfristige Projektionen auf der Basis neu hinzu gewonnener Informationen notwendig sind sondern langfristige Studien über Diagnosen, Behandlungsmethoden, Folgekosten und Risikoänderungen. Vielfach wird daher die Möglichkeit zur Berechnung risikoangepasster Altersrückstellungen angezweifelt.²¹

Allerdings kann dieses Informationsproblem gelöst werden. Insbesondere bedeutet die Tatsache, dass Risikoselektion bei Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen als Problem angesehen wird, dass es den Versicherern bereits heute möglich scheint, die erwarteten Kosten unterschiedlicher Risikotypen langfristig zu kalkulieren. Die Versicherungsgesellschaft kann nur dann profitabel Risikoselektion betreiben, wenn die Vorteile hinreichend exakt kalkuliert werden können. Die Selektion von Versicherten bestimmter Risikoklassen ist für die Versicherungsgeber nur dann vorteilhaft, wenn die erwarteten Beiträge zuzüglich der mitgeführten Altersrückstellung die erwarteten Krankheitskosten übersteigen. Soweit es Krankenversicherern möglich ist, guten Risiken aufgrund der erwartungsgemäß relativ zum individuellen Risiko zu hohen Altersrückstellung eine günstigere Versicherungsprämie anzubieten, muss es auch möglich sein, für diese Gruppe eine Anpassung der Altersrückstellung vorzunehmen. Umgekehrt gilt dies auch für relativ schlechte Risiken. In dem Maße, in dem Risikoselektion möglich ist, können folglich auch risikoangepasste Rückstellungen berechnet werden.

Zusätzlich wird der Wettbewerb die Versicherungsgesellschaften zur Optimierung der Kalkulationsgrundlagen zwingen, da sie bei fehlerhafter Kalkulation Wettbewerbsnachteile zu befürchten haben. Dabei ist es keinesfalls notwendig, dass die Versicherer auf möglichst weit ausdifferenzierte Klassifikationssysteme zurückgreifen. Eine weitere Ausdifferenzierung von Zielgruppen muss Wettbewerbsvorteile versprechen, die hinreichend groß sind, um für die höheren Kosten des verfeinerten Selektionsmechanismus zu kompensieren. Umgekehrt wird auch die Risikoanpassung der Altersrückstellung so lange weiter verfeinert, wie die erwarteten Opportunitätskosten durch erfolgreiche Risikoselektion von Konkurrenten höher sind als die Kosten einer weiteren Ausdifferenzierung des Klassifikationssystems. Das Kalkül der Versicherer wird also berücksichtigen, dass eine weitere Ausdifferenzierung der Risikoklassen einerseits Abwanderung von Versicherten durch gezielte Risikoselektion anderer Versicherer verhindert, andererseits die zusätzliche Informationsverarbeitung auch zusätzliche Kosten verursacht. Die optimale Ausdifferenzierung des Klassifikationssystems ist erreicht, wenn sich die Grenzkosten der beiden Kostenkategorien gerade angleichen.

Wettbewerb zwischen den Versicherern bedeutet auch, dass unterschiedliche Klassifikationssysteme entstehen können. Wenn sich die bewusst hingenommenen Ungenauigkeiten über alle Versicherer in etwa ausgleichen, resultiert hieraus im Wettbewerb kein systematisches Selektionsproblem mehr, vielmehr werden Versicherer bemüht sein, Verfahren zu entwickeln, die die Ungenauigkeit günstig reduzieren können. Wenn sich im Zuge dieses

²¹ Vgl. EXPERTENKOMMISSION (1996), Kap. 14.4.3.

Prozesses ein Wettbewerber als treffsicherer bei der Risikoklassifikation herausstellen sollte, wäre der ausgelöste Wanderungsprozess der Versicherten ein wünschenswertes Wettbewerbsergebnis, da auf diese Weise im Rahmen eines Entdeckungsprozesses das effizienteste Kalkulationsschema identifiziert würde.

Das Konzept der übertragbaren risikoangepassten Altersrückstellungen kann also die lock-in-Probleme der privaten Krankenversicherung lösen und gleichzeitig Risikoselektion vermeiden. Es bietet daher ein sinnvolles Instrument zur Steigerung des Wettbewerbs in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen und einen sinnvollen Reformansatz für die soziale Krankenversicherung – nicht nur in Deutschland.

V. Ausblick

Es ist unstrittig, dass der Wettbewerb in beiden Segmenten des bestehenden deutschen Krankenversicherungsmarktes seine effizienzsteigernden Wirkungen nicht voll entfalten kann. Die private Krankenversicherung ist durch einen lock-in-Effekt gekennzeichnet, durch den sich der Wettbewerb nahezu ausschließlich auf das Neukundengeschäft konzentriert. In der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Problem der Risikoselektion, welches sich voraussichtlich auch durch die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA nicht gänzlich vermeiden lässt. Die Lösung der Probleme beider Marktsegmente der Krankenversicherung in Deutschland liegt in einer Versicherungspflicht in einem kapitalgedeckten wettbewerblichen System, welches nicht mehr nach Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen oder nach Einkommenshöhe diskriminiert. Übertragbare risikoangepasste Altersrückstellungen stellen sicher, dass sich die Prämien zwischen altem und neuem Versicherungsvertrag lediglich aufgrund unterschiedlicher Effizienz der Verwaltungs- und der Leistungsseite unterscheiden können. Der im Zusammenhang mit der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen wünschenswerte soziale Ausgleich kann im Steuer-Transfer-System zielgenauer erfolgen. Reformbemühungen im Gesundheitswesen sollten daher schrittweise auf die Einführung des geschilderten Systems hinwirken. Dabei gilt es insbesondere, die schwierige Aufgabe der Übertragung bereits heute im Rahmen des Umlageverfahrens entstandener Ansprüche auf eine Prämienglättung im Alter in das kapitalgedeckte System zu lösen.

Quellenverzeichnis

- BREYER, F. / ZWEIFEL, P. / KIFMANN, M. (2003): Gesundheitsökonomie. 4. Auflage, Heidelberg.
- 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.

- CASSEL, D. / JACOBS, K. / RESCHKE, P. / WASEM, J. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin u.a..
- COCHRANE, J. H. (1995): Time-Consistent Health Insurance. *Journal of Political Economy* 103, Nr. 3, S. 445 – 473.
- DONGES, J. B. / EEKHOFF, J. / FRANZ, W. / MÖSCHEL, W. / NEUMANN, M.J.M / SIEVERT, O. (KRONBERGER KREIS) (2002): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft – Frankfurter Institut Bd. 39, Berlin.
- EXPERTENKOMMISSION (1996): Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter. DEUTSCHER BUNDESTAG (HRSG.): Drucksache 13/4945 vom 18.06.1996.
- KIFMANN, M. (2002): Insuring Premium Risk in Competitive Health Insurance Markets. Tübingen.
- MEYER, U. (1992): Zwei überflüssige Wettbewerbshemmnisse in der privaten Krankenversicherung. In: BOCK, T. (HRSG.): Sozialpolitik und Wissenschaft – Positionen zur Theorie und Praxis der sozialen Hilfen, Frankfurt am Main, S. 182 - 202.
- PAULY, M. V. (1984): Is Cream-Skimming a problem for the competitive medical market? *Journal of Health Economics* 3, S. 87 – 95.
- PAULY, M. V. (1994): Avoiding the mistreatment of bad risks in a democracy: Universal Health Insurance from a Constitutional Perspective. *Constitutional Political Economy* 5, Nr. 3, S. 307 – 318.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN LAGE IN DEUTSCHLAND (2002): Zwanzig Punkte für Wachstum und Beschäftigung - Jahresgutachten 2002/2003. Stuttgart.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 – Kurzfassung. Wiesbaden.
- VAN DE VEN, W. P. M. M. / VAN VLIET; R. C. J. A. (1992): How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90's. In: ZWEIFEL, P. / FRECH III, H. E. (HRSG.): *Health Economics Worldwide*, Dordrecht, S. 23 – 46.
- VON HAYEK, F. A. (1968): Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. Kieler Vorträge 56, Kiel.