

Evidenz für Risikoselektion und Anmerkungen zum optimalen Risikopool

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

Von Heinz Stäpf-Finé*

1 Hintergrund

Vor einer Besprechung der beiden Arbeiten ist es hilfreich, den gesundheitspolitischen Hintergrund zu skizzieren. In Deutschland sind seit 1996 die Wahlmöglichkeiten der Versicherten dergestalt erweitert, dass sie ihre Krankenkasse unabhängig von beruflichem Status oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten Branche oder Betrieb wählen können.

Der damit entstandene Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um die Versicherten wird zum einen flankiert durch den Kontrahierungzwang, der verhindern soll, dass die Kassen offen ungünstigen Risiken die Türe verschließen können. Zum anderen soll der Risikostrukturausgleich dafür Sorge tragen, dass Unterschiede im Beitragssatz nicht mehr auf die unterschiedliche Zusammensetzung der Versicherten zurückzuführen sind – und das gleich in zweifacher Hinsicht: Unterschiede sowohl in der Finanzkraft als auch in der Morbidität der Versicherten sollen ausgeglichen werden.

Bei der Beobachtung der gesundheitspolitischen Realität stellen wir nun folgende Probleme fest: Trotz der getroffenen Vorkehrungen findet Risikoselektion statt. Dem Problem, in welcher Form diese wirkt, widmet sich der Beitrag von Robert Nuscheler, der aufgrund der Analyse auch eine Reihe von Empfehlungen an die Politik ausspricht.

Ein weiteres Problem ist, dass der Risikostrukturausgleich nicht zielgenau genug ist, da er lediglich Alter, Geschlecht, Rentnerstatus sowie Krankengeldanspruch als Proxy für die Risikostruktur der Versicherten berücksichtigt. Daher wird gegenwärtig an einer Verbesserung hin zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gearbeitet, mit dem Ziel der Einführung im Jahre 2007. In der Übergangsphase soll ein Risikopool dafür sorgen, dass die Risiken zwischen den Kassen gerechter verteilt werden. Die konkrete Ausgestaltung wird in dem Beitrag von Mathias Kifmann und Normann Lorenz kritisiert, die Vorschläge für die Optimierung des Risikopools aus einer empirischen Untersuchung ableiten.

Nicht behandelt wird – natürlich aufgrund der Aufgabenstellung – ein weiteres Problem, das aber aufgrund der politischen Bedeutung erwähnt werden sollte. Die Einführung des

* Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Bundesvorstand Berlin, E-Mail: Heinz.Stäpf-Finé@bvv.dgb.de

Wettbewerbs in Deutschland ist bislang nur mit dem Standbein erfolgt. Es findet Wettbewerb unter den Kassen um Versicherte statt. Wichtigstes Element hierzu ist der Beitragssatz, der immer noch Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten aufgrund der historischen Versichertenstruktur widerspiegelt und weil der Risikostrukturausgleich noch fein abgestimmt werden muss. Es steht aber noch aus, dass der Wettbewerb sein Spielbein erhält: dass die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert werden, Einzelverträge mit den Leistungserbringern abzuschließen, um so den Wettbewerb unter den Leistungserbringern um gute Qualität zu vertretbaren Kosten anzufachen. Das war zwar für die „GMG-Reform“ (GKV-Modernisierungsgesetz von 2003) angekündigt, scheiterte aber wieder einmal am mangelnden Mut der Politik. Erst wenn den Kassen somit mehr Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung gegeben werden, kann der Beitragssatz auch unterschiedliche Grade der Effizienz der Versorgung im Sinne eines abgerundeten Wettbewerbs um die beste Versorgungsqualität widerspiegeln.

2 Evidenz für Risikoselektion

Anhand der Auswertung von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) weist Nuscheler nach, dass es Risikoselektion gibt und in welcher Richtung sie wirkt.

Die gute Nachricht vorweg: Die Krankenkassen betreiben keine aktive Risikoselektion, zumindest keine mit empirischen Methoden nachweisbare. Allerdings ist eine passive Risikoselektion nachweisbar, die mit unterschiedlichen Kosten eines Kassenwechsels zu tun hat. Junge, gesunde und gut verdienende Versicherte erweisen sich als mobiler.

Aus dieser Erkenntnis entwickelt Nuscheler eine Reihe von Politikimplikationen:

1. Die Empfehlung, den Risikostrukturausgleich (RSA) zielgenauer zu gestalten, ist voll zu teilen. Der Risikostrukturausgleich ist morbidityorientiert auszustalten, um eine Risikoselektion so weit wie möglich auszuschließen. Interessant wären Hinweise aus der Forschung, ob die diskutierten Alternativen wie die Berücksichtigung des Einkommens und des Familienstatus die gleiche Zielgenauigkeit wie der morbidityorientierte RSA erreichen. Das Gleiche gilt für den Vorschlag der Aufnahme einer Wechslerkomponente in den RSA.
2. Der Einbezug der Verwaltungskosten in den RSA ist in der Tat diskussionswürdig. Würden die Verwaltungskosten berücksichtigt, würden Normverwaltungskosten angesetzt und damit auch die Verwaltungskosten dem Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln unterworfen. Auch grundlohnstarke Krankenkassen müssten ihre Verwaltungskosten stärker in den Fokus nehmen.
3. Wettbewerbsverzerrungen aufgrund von unterschiedlichen Kopfpauschalen an die kassenärztlichen Vereinigungen sind zu beseitigen. Ich würde sogar noch einen Schritt weiter gehen und anmahnen, dass eine Angleichung des Organisationsrechts der gesetzlichen Kassen überfällig ist. Es müssen gleiche Bedingungen für alle Kassen bezüglich Neugründung, Öffnung, Fusionen usw. gelten.
4. Die vierte Empfehlung ist differenziert zu betrachten. Viel ist der Forderung abzugewinnen, das Monopol der kassenärztlichen Vereinigungen zu beseitigen und Einzelver-

träge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern zuzulassen. Damit könnte der Wettbewerb endlich auf zwei Beine gestellt werden. Allerdings ist eine wesentliche Voraussetzung für mehr Wettbewerb, dass dieser unter gleichen Bedingungen erfolgt. Und das erfordert einen einheitlichen Leistungskatalog als Grundlage. Der Wettbewerb soll sich auf die Frage konzentrieren, wer gute Qualität anbietet. Die Frage, welche Leistungen eine Kasse finanziert, sollte nicht Gegenstand des Wettbewerbs werden. Denn sonst droht, dass Risikoselektion über eine unterschiedliche Ausgestaltung des Leistungskatalogs betrieben wird.

5. Die Forderung nach Bonusprogrammen kann ebenfalls nicht so pauschal erhoben werden. Wenn damit gemeint ist, finanzielle Anreize für die Versicherten zu schaffen, um an integrierter Versorgung, an Disease-Management oder an hausärztlicher Versorgung teilzunehmen, dann sind diese Maßnahmen sinnvoll. Schließlich profitiert mittelfristig auch die Versichertengemeinschaft davon, wenn unnötige Folgekosten durch sinnvolle Behandlungsformen vermieden werden. Formen der Beitragsermäßigung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen sind jedoch abzulehnen. Sie stellen eine Durchbrechung des Prinzips der solidarischen Finanzierung dar, das u. a. darin besteht, dass Gesunde für Kranke aufkommen. Und sie böten ebenso Möglichkeiten für Formen der Risikoauslese.

3 Der optimale Risikopool

Alarmierend ist die Erkenntnis der Arbeit von Mathias Kifmann und Normann Lorenz, dass die momentane Gestaltung des Risikopools den Anreiz zur Risikoselektion noch verschärfen kann. Gegenwärtig werden 60 % der Ausgaben eines Versicherten erstattet, die einen Schwellenwert von 20 450 Euro erreichen. Ursächlich hierfür ist, dass eine auch teilweise Erstattung von Kosten die Anreize der Kassen mindert, kosteneffizient zu wirtschaften. Zudem entstehen den Kassen bis zum Schwellenwert Kosten, so dass es sich immer noch lohnen würde, Risikoselektion bei chronisch Erkrankten zu betreiben.

Kifmann und Lorenz entwickeln anhand der empirischen Analyse von Schweizer Daten drei verschiedene Arten von optimalen Risikopools: die Erstattung von Kosten zwischen (1) 5 000 bis 10 000 Euro, (2) 12 000 bis 20 000 Euro und (3) 20 000 bis 60 000 Euro/80 000 Euro passgenau für die insgesamt 30 RSA-Zellen.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung des RSA stellt sich die Frage, ob Risikopools als Ergänzung oder Alternative zum RSA weiterverfolgt werden sollen. Der Risikopool mag noch so verfeinert sein, es bleibt immer der Effekt, dass durch eine Kostenerstattung der Anreiz der Kassen zu wirtschaftlichem Verhalten vermindert wird. Vom gegenwärtigen Kenntnisstand aus gesehen spricht vieles dafür, den Risikopool bei der Einführung des morbiditätsorientierten RSA auslaufen zu lassen. In der Tat ist aber bei allen Verfeinerungen des Ausgleichsmechanismus die Frage nach Kosten und Nutzen zu stellen.