

# 10 Jahre freie Kassenwahl Sozio-ökonomische Profile – Mehrfachwechsel – Präferenzen

*10 Jahre freie Kassenwahl sind Anlass einer Bilanz. Auf Basis der Daten des Sozio-ökonomischen Panels werden ausgewählte Aspekte einer 10jährigen Entwicklung nachgezeichnet. Es werden Trends identifiziert und Entwicklungsphasen durch unterschiedliche Präferenzprofile der Kassenwechsler verdeutlicht. Nach einer kurzen Rückbesinnung auf Begründungen und Erwartungen, die mit der politischen Entscheidung für eine freie Kassenwahl verknüpft waren, werden die sozio-ökonomischen Profile der Wechsler 1997-2005 beschrieben. Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen anschließend die Mehrfachwechsler („Kassenhopper“). Am Indikator „Mehrfachwechsel“ soll vor allem untersucht werden, ob sich Tendenzen einer Veränderung der Präferenzen für die Absicherung des Krankheitsrisikos begründen lassen.*

■ Hanfried H. Andersen und Markus M. Grabka

## 1. Die freie Wahl der Kasse: Begründungen und Erwartungen

10 Jahre freie Kassenwahl sind Anlass einer Bilanz. Entsprechende Analysen verlangen einen zumindest kurzen Rückgriff auf Begründungen und Erwartungen, die mit der Entscheidung für eine freie Wahl der Kasse verknüpft waren. Dann erfordern sie die Beobachtung von Trends über die Zeit und sie sollten einen begründeten Ausblick auf die künftige Entwicklung geben.

Vordringliches Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), mit dem die Kassenwahlfreiheit kodifiziert wurde, war die Aufhebung der berufsständisch orientierten Zuweisung bei erheblichen Beitragssatzunterschieden<sup>1</sup>. Diese Ungleichbehandlung war nur durch die freie Wahl der Kassen behebbar. Der Wettbewerb zwischen den Kassen war Bedingung und Folge der Aufhebung von Ungleichheiten.

Allerdings hatte diese Entscheidung auch den Charakter eines gesellschaftlichen Experiments. Denn Prognosen darüber, ob und in welchem Ausmaß die Versicherten von den neuen Wahlmöglichkeiten Gebrauch machen würden, waren kaum möglich; empirische Analysen zu den Präferenzen der Versicherten lagen nicht vor. Bei weitgehend identischem Leistungskatalog konnte zwar angenommen werden, dass die Höhe des Beitragssatzes maßgeblicher Entscheidungsparameter war; dennoch konnte nur spekuliert werden, welche quantitativen Auswirkungen die freie Kassenwahl haben würde. So hieß es in einem Gutachten zu den wirtschaftlichen

und sozialen Auswirkungen von Wahlmodellen in der Krankenversicherung, dass es völlig offen sei wie hoch das Wanderungspotential in Abhängigkeit von Beitragsatzunterschieden sei, wie sich im Wettbewerbsprozess die Risikostrukturen, Versichertenbestände und Beitragsätze entwickeln würden und ob dabei mit einer verstärkten Risikomischung oder -entmischung zwischen den miteinander konkurrierenden Kassen zu rechnen sei<sup>2</sup>.

Eine detaillierte Nachzeichnung der Entwicklung des Wechslerverhaltens ist nur auf Basis survey-gestützter Daten möglich. Zwar sind aus der Routinestatistik die Bewegungen zwischen den Kassenarten bekannt, Gewinne und Verluste werden auf Basis der Mitgliederstatistik ausgewiesen. Für eine Beschreibung der sozio-ökonomischen Profile und ihrer Veränderungen, der Analyse von Wahlmotiven und Präferenzen, der Bestimmung von Risikoprofilen und ihrer Veränderungen über die Zeit oder der Analyse des Problems der Mehrfachwechsler („Kassenhopper“) bedarf es survey-gestützter Langzeitbeobachtungen. Hinzu kommt: Bestimmte Fragestellungen können nur mit Panel-Daten beantwortet werden.

Auf Basis des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) sind in dieser Zeitschrift bereits zwei Beiträge zur Analyse der Konsequenzen der freien Kassenwahl erschienen. Im ersten Beitrag<sup>3</sup> standen nach zwei Jahren Erfahrungen mit der Kassenwahl die Präferenzen, Motive und Einflussfaktoren auf den Kassenwechsel im Zentrum der Analysen. Damals wurde festgehalten, dass es kein eindimensional strukturiertes Wechselverhalten gibt, auch waren keine eindimensional strukturierten Risikoprofile erkennbar. Zwar dominierte immer die Höhe des Beitragssatzes, aber von erheblicher Bedeutung waren auch vermutete Leistungsunterschiede, der Service einer Kasse

Dr. Hanfried H. Andersen, Technische Universität Berlin,  
Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht  
Dr. Markus M. Grabka, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin)

und – vor allem eine Folge von Informationsdefiziten – das Image einer Kasse.

In einem zweiten Beitrag wurden nach sechs Jahren Erfahrungen freier Kassenwahl die Risikoprofile der Kasenwechsler im Zeitablauf untersucht<sup>4</sup>. Vor allem wurde gefragt, ob es zu den befürchteten Verwerfungen gekommen ist. Als Fazit wurde festgehalten, dass in der Längsschnittanalyse Tendenzen einer „Verdurchschnittlichung“<sup>5</sup> der Risikoprofile von Kassenwechslern festzustellen waren. Zugleich deuteten sich Tendenzen „passiver Risikoselektion“ an; d.h. Wechsler mit guten Risikoprofilen wählten eher eine Kasse mit einem niedrigen Beitragssatz, Wechsler mit schlechteren Risikoprofilen tendierten zu Kassen mit einem eher höheren Beitragssatz. Diese Tendenzen – sowohl im Hinblick auf „Verdurchschnittlichung“ wie im Hinblick auf passive Risikoselektion haben sich in den letzten Jahren verfestigt<sup>6</sup>.

Im Zentrum dieses Beitrages auf Basis der Daten des SOEP steht die Frage nach den Mehrfachwechslern, den „Kassenhoppern“. Über die Gruppe der Mehrfachwechsler liegen relativ wenige Informationen vor. Weder sind die Anteile bekannt, noch die sozio-ökonomischen Merkmale, noch gibt es Informationen über die Risikoprofile. Hypothesen, besser: Mutmaßungen besagen, dass es vor allem die Wechsler auf der Suche nach dem günstigsten Beitragssatz sind. Für diese Versicherten ist die Höhe des Beitragssatzes das dominante Motiv. Es liegt auf der Hand, dass Fragen im Zusammenhang von Mehrfachwechsel und Beitragssatzhöhe nur mit Paneldaten zu beantworten sind.

Im ersten Abschnitt werden die bereits in den beiden vorhergehenden Beiträgen vorgelegten Vergleiche der Entwicklungen der sozio-ökonomischen Profile von Wechsler und GKV-Mitgliedern insgesamt auf den letzten verfügbaren Informationsstand gebracht. In der anschließenden Analyse von Mehrfachwechslern soll vor allem untersucht werden, ob sich anhand des Indikators „Mehrfachwechsel“ Hinweise auf Veränderungen der Präferenzen für einen Kassenwechsel ableiten lassen. In einer zusammenfassenden Übersicht wird dann versucht, die Entwicklung von 10 Jahren freier Kassenwahl als Phasen unterschiedlicher Profiltypen darzustellen.

## 2. Entwicklungen im Vergleich: 1997 bis 2005

### Wechslerquoten, regionale Verteilungen und aufnehmende Kassenarten

Es ist immer wieder darüber diskutiert worden, wie die Höhen der Wechslerquoten zu beurteilen sind; wann sind Quoten als „hoch“ oder als „niedrig“ zu bezeichnen; welche Quotenhöhe indiziert einen „intensiven“ Wettbewerb? Lässt sich überhaupt Wettbewerbsintensität an der Höhe der Wechselquoten ablesen? Welche Höhe entspricht den Erwartungen, welche Quote ist eher überraschend.

Da es in Deutschland keine Erfahrungen gab, waren Versuche, die zu erwartenden Wanderungsbewegungen

zu quantifizieren, auf Annahmen hinsichtlich einer „Fühlbarkeitsschwelle“ von Beitragssatzdifferenzen<sup>7</sup> angewiesen; d.h., einer Schwelle ab der Versicherte mutmaßlich bereit wären, die Kasse zu wechseln. Häufig genannt wurde ein Wert von 0,5 Prozentpunkten Beitragssatzdifferenz. So nahm die vom 11. Deutschen Bundestag eingesetzte „Enquete-Kommission zur Strukturreform der Krankenversicherung“ an, dass bei diesem Schwellenwert „massive Wanderungsbewegungen“ zwischen den Kassen einsetzen würden<sup>8</sup>. Wesentlich zurückhaltender war der Sachverständigenrat. Er vermutete, dass der Schwellenwert zum Wechseln erst dann erreicht sein würde, wenn ein Beitragssatzunterschied von mindestens 10% vorliegt<sup>9</sup>; bei einem Durchschnittssatz von 14%, also bei etwa 1,4 Prozentpunkten Beitragssatzdifferenz.

Allerdings: Sind die in Deutschland erreichten Quoten „massiv“ angesichts der vermuteten Fühlbarkeitsschwellen? Denn auch heute noch sind die Beitragssatzdifferenzen erheblich höher als die vom SVR hypothetisch genannten 10%. Eine Einschätzung im Vergleich zu einer normativen Orientierung ist nicht möglich; also ein Vergleich mit einem Maßstab, welche Quoten erreicht werden „sollten“<sup>10</sup>. Das primäre Ziel (Abbau von Ungleichheiten) war mit der Möglichkeit des Wechsels erreicht; (fast) jeder GKV-Versicherte kann die Kasse seinen Präferenzen entsprechend wählen. Ob das sekundäre Ziel, die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Kassen, erreicht wurde, misst sich nicht an der Höhe der Wechslerquoten, sondern an einer Beurteilung des „potentiellen Marktes“. Darauf, dass dieser Markt mit einem auf den Beitragssatz konzentrierten Anreiz das Wechslerpotential allerdings kaum ausschöpfen dürfte, wird später noch einzugehen sein.

Eine andere Möglichkeit der Einschätzung ist der internationale Vergleich<sup>11</sup>, bei dem allerdings immer auch die unterschiedlichen Regelungssysteme und historischen Erfahrungen berücksichtigt werden müssen. So sind etwa zwischen Deutschland und der Schweiz die institutionellen Rahmenbedingungen, die Wahlmöglichkeiten, die Wechselkosten und die Wechselnutzen durchaus ähnlich. Aber während die Wechslerquoten in der Schweiz von 5,4% in 1997 auf 2,1% in 1999 zurückgingen, zeigt die Entwicklung in Deutschland ein im internationalen Vergleich eher gleich bleibend hohes Niveau (vgl. Tabelle 1).

Eine datentechnische Vorbemerkung ist notwendig. Wie an der letzten Spalte („Anzahl der Beobachtungen) der Tabelle 1 zu sehen, stieg die Zahl der Beobachtungen von 1999 auf 2000 stark an. In 2000 wurde durch eine Zusatzstichprobe die Datenbasis des SOEP erheblich erweitert. Dadurch entstehen gewisse Probleme bzw. Grenzen in der Interpretation von Zeitreihen. So ist nicht immer zu entscheiden, ob Differenzen bestimmter Merkmalsverteilungen im Vergleich der Jahre 1999 und 2000 partiell nicht auch auf stichprobenbedingte Einflüsse zurückzuführen sind. Auch in den Jahren 1998 und 2002 ist das SOEP durch Substichproben ergänzt worden. Aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahl sollten sich allerdings erhebungsbedingte Effekte nur in geringerem Maße auf die Analyseergebnisse auswirken.

**Tabelle 1: Wechslerquoten, Verteilungen nach Bundesländern und aufnehmenden Kassenarten (Anteile in %)**

| Merkmale              | 1997  |          | 1998  |          | 1999  |          | 2000  |          | 2001  |          | 2002  |          | 2003  |          | 2004  |          | 2005  |          |
|-----------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
|                       | Alle  | Wechsler |
| Kassenwechsler        | 4,0   | –        | 4,4   | –        | 4,5   | –        | 5,7   | –        | 5,8   | –        | 4,3   | –        | 5,3   | –        | 5,9   | –        | 5,1   | –        |
| Alte Länder           | 3,8   | –        | 4,3   | –        | 4,3   | –        | 5,5   | –        | 5,7   | –        | 4,4   | –        | 5,2   | –        | 5,7   | –        | 4,8   | –        |
| Neue Länder           | 4,8   | –        | 4,8   | –        | 5,2   | –        | 6,0   | –        | 6,2   | –        | 3,9   | –        | 5,4   | –        | 6,6   | –        | 5,9   | –        |
| Aufnehmende Kassenart |       |          |       |          |       |          |       |          |       |          |       |          |       |          |       |          |       |          |
| • AOK                 | 38,9  | 9,9      | 39,0  | 12,0     | 37,4  | 15,9     | 36,3  | 14,0     | 35,2  | 12,8     | 34,4  | 14,0     | 34,2  | 17,5     | 33,9  | 17,4     | 32,8  | 22,3     |
| • Ersatzkassen        | 41,3  | 56,7     | 41,7  | 49,4     | 37,6  | 28,0     | 39,6  | 28,5     | 38,5  | 20,3     | 38,6  | 21,1     | 36,9  | 16,2     | 36,3  | 20,0     | 35,7  | 28,2     |
| • IKK                 | 5,7   | 10,5     | 5,6   | 7,5      | 5,9   | 7,5      | 5,8   | 5,9      | 5,6   | 4,2      | 5,8   | 3,9      | 5,6   | 5,0      | 5,7   | 5,7      | 6,3   | 11,0     |
| • BKK                 | 11,3  | 21,5     | 11,7  | 29,4     | 12,3  | 37,4     | 13,7  | 47,2     | 16,2  | 57,9     | 16,5  | 56,3     | 18,9  | 57,6     | 19,7  | 52,2     | 20,2  | 32,8     |
| • Sonstige            | 2,8   | 1,4      | 2,0   | 1,7      | 6,7   | 11,2     | 4,6   | 4,4      | 4,5   | 4,8      | 4,7   | 4,7      | 4,4   | 3,8      | 4,4   | 4,7      | 4,9   | 5,6      |
| N                     | 10430 | 474      | 11218 | 560      | 10840 | 498      | 18461 | 1063     | 16799 | 1006     | 17046 | 830      | 16253 | 950      | 15859 | 1021     | 15039 | 829      |

Quelle: SOEP 1997–2005; wellenspezifische Querschnittsgewichtung; Population: Mitglieder der GKV ohne Familienversicherte.

Insgesamt gesehen sind die Wechslerquoten relativ stabil. Die Verringerung der Quote von 2001 (5,8) auf 2002 (4,3) könnte mit der Einführung der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten zum 1.1.2002 erklärt werden. Diese Regelung dürfte zunächst die Wechselmöglichkeiten eingeschränkt haben. Die Steigerung von 4,3% in 2002 auf 5,9% in 2004 und 5,1% in 2005 könnte zum einen auf einen gewissen Staueffekt resp. Nachholbedarf durch die Mindestbindungsfristen erklärt werden, aber auch auf einen verstärkten Wettbewerb deuten und ein Hinweis darauf sein, dass neue Anreize für einen Wechsel wirksam werden. Mit den Angeboten für neue Versorgungsformen (Disease-Management-Programme, Hausarztmodelle, integrierte Versorgung, Bonusprogramme) und Kooperationen einzelner GKV-Kassen mit privaten Krankenkassen sind zusätzliche Wettbewerbsparameter eingebrochen worden, die zu einer Steigerung der Wechselquoten beitragen könnten. Informationen, die diese Annahmen stützen, werden mit den Analysen der Mehrfachwechsler vorgelegt. Bei der Verteilung nach alten und neuen Bundesländern fällt auf, dass mit Ausnahme des Jahres 2002 die Quoten im Osten immer leicht über denen im Westen lagen. Möglicherweise trägt die im Durchschnitt kürzere Zugehörigkeit zu einer Kasse und eine damit vermutlich geringere Kassenbindung zu einer erhöhten Wechselbereitschaft bei.

Besonders aufmerksam verfolgt werden die Auswirkungen des Kassenwechsels auf die Anteile der Kassenarten. Die Verteilungen der Werte nach Kassenarten sind folgendermaßen zu lesen. Die Zahlen der Spalte „alle“ geben den Anteil der GKV-Mitglieder an der jeweiligen Kassenart insgesamt an, die Spalte „Wechsler“ differenziert die jeweiligen Anteile der Wechsler nach den aufnehmenden Kassenarten. Diese quantitativen Dimensionen sind aus den Routinestatistiken bekannt und deshalb in diesem Kontext auch als Validitätsüberprüfung für die SOEP-Daten zu werten. Ein erklärender Hinweis ist nötig

für die Verteilung der Werte von 1999. Aus erhebungs-technischen Gründen mussten z.B. die Mitglieder der Gmünder Ersatzkasse der Kategorie „sonstige“ zugerechnet werden. Vor allem aus diesem Grund sind die Anteile der EK-Versicherten in der „GKV insgesamt“ und an der Wechsler zu gering, die Anteile der „sonstigen“ zu hoch.

Die Verteilungen der aufnehmenden Kassenarten zeigen folgende Entwicklungen: Während 1997 und 1998 noch bevorzugt in eine Ersatzkasse gewechselt wurde, ist seitdem ein klarer Trend zu den Betriebskrankenkassen zu beobachten: Dies kann als ein deutlicher Hinweis auf die Bedeutung der Beitragssatzdifferenz als Motiv für einen Kassenwechsel gewertet werden.

Dieser Trend erreicht in 2003 seinen Höhepunkt. Bereits in 2004 deutet sich eine Trendwende an, die in 2005 noch verstärkt wird. So weist die Verteilung nach aufnehmenden Kassenarten im letzten Beobachtungsjahr einige Besonderheiten auf. Der Anteil der AOK ist der höchste seit Beginn der Beobachtungen, der Anteil der Ersatzkassen ist ebenfalls deutlich gestiegen. Der Anteil der IKK ist noch deutlicher gewachsen; hier machen sich die Marketingbemühungen einiger besonders beitrags-günstiger IKK-Kassen bemerkbar. Die stärkste Verände-rung zeigt der Anteil der BKK; der Anteil nähert sich dem des ersten Wechseljahres an. Fazit: In 2005 war die Differenz zwischen den Anteilen der einzelnen Kassenarten an der GKV insgesamt und den Anteilen der Wechsler noch nie so gering.

### Sozio-ökonomische Profile der Kassenwechsler 1997–2005

Basis des in Tabelle 2 aufgeführten Vergleichs der Mittelwerte wichtiger sozio-ökonomischer Merkmale sind alle Mitglieder der GKV ohne mitversicherte Familien-

**Tabelle 2: Sozio-ökonomische Profile in der GKV – Vergleich zwischen Kassenwechsleuren und GKV-Mitgliedern insgesamt**

| Merkmale                                     | 1997 |          | 1998 |          | 1999 |          | 2000 |          | 2001 |          | 2002 |          | 2003 |          | 2004 |          | 2005 |          |
|--|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|
|  | Alle | Wechsler |
| Alter in Jahren                              | 48,9 | 35,0     | 49,1 | 36,2     | 49,4 | 36,2     | 49,5 | 36,7     | 49,7 | 37,3     | 50,0 | 35,4     | 50,3 | 36,4     | 50,6 | 39,2     | 50,8 | 41,2     |
| Frauen (in %)                                | 50,6 | 40,5     | 50,6 | 41,8     | 50,6 | 49,5     | 50,0 | 46,9     | 50,9 | 48,2     | 51,2 | 47,6     | 51,5 | 53,3     | 51,9 | 52,8     | 52,1 | 53,7     |
| Hochschulreife (in %)                        | 12,1 | 20,7     | 12,1 | 20,6     | 12,6 | 16,7     | 13,6 | 23,2     | 13,6 | 24,1     | 13,9 | 20,7     | 13,9 | 20,4     | 14,2 | 19,6     | 14,6 | 23,1     |
| Erwerbstätig (in %) <sup>1</sup>             | 52,0 | 74,7     | 52,3 | 79,5     | 52,8 | 69,6     | 52,7 | 73,8     | 52,0 | 76,2     | 51,2 | 71,9     | 50,1 | 73,0     | 49,6 | 69,4     | 48,8 | 59,0     |
| Gesundheitszustand (in %)                    |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |
| • Sehr gut, gut                              | 44,1 | 58,6     | 46,8 | 64,5     | 44,8 | 65,1     | 45,8 | 65,7     | 45,7 | 65,8     | 44,6 | 60,8     | 45,3 | 60,1     | 44,5 | 55,8     | 42,8 | 53,6     |
| • Zufriedenstellend                          | 35,3 | 31,3     | 33,0 | 24,6     | 34,2 | 21,9     | 34,7 | 24,9     | 34,5 | 25,0     | 35,6 | 31,9     | 34,1 | 29,6     | 33,4 | 30,1     | 34,8 | 29,6     |
| • Weniger gut, schlecht                      | 20,6 | 10,1     | 20,2 | 10,9     | 21,0 | 13,0     | 19,5 | 9,5      | 19,8 | 9,2      | 19,8 | 7,3      | 20,6 | 10,3     | 22,1 | 14,1     | 22,4 | 16,8     |
| Freiwillig versichert (in %)                 | 12,1 | 15,5     | 12,1 | 15,1     | 12,2 | 15,9     | 12,1 | 15,8     | 11,7 | 13,2     | 13,3 | 19,5     | 11,6 | 13,6     | 11,4 | 11,9     | 12,4 | 11,5     |
| PKZV <sup>2</sup>                            |      |          | –    | –        | 9,2  | 16,0     | 9,8  | 12,9     | 10,1 | 14,4     | 11,1 | 13,8     | 11,5 | 16,0     | 12,3 | 16,6     | 13,7 | 16,7     |
| Haushaltseinkommen <sup>3</sup>              |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |      |          |
| • Bis unter 10.000 Euro                      | 9,8  | 9,4      | 9,5  | 6,1      | 9,7  | 6,6      | 9,1  | 7,5      | 8,6  | 6,5      | 9,4  | 12,3     | 9,4  | 3,4      | 9,3  | 6,2      | 9,6  | 9,3      |
| • 10.000-25.000 Euro                         | 41,7 | 34,5     | 43,4 | 36,5     | 41,6 | 37,2     | 41,8 | 34,6     | 41,5 | 33,5     | 41,8 | 29,0     | 41,0 | 32,3     | 42,2 | 36,8     | 43,5 | 41,6     |
| • 25.000-40.000 Euro                         | 31,9 | 36,9     | 32,0 | 39,9     | 32,0 | 36,7     | 31,4 | 35,5     | 31,7 | 37,9     | 30,0 | 37,4     | 30,0 | 39,1     | 29,7 | 34,1     | 28,5 | 26,9     |
| • Mehr als 40.000 Euro                       | 16,6 | 19,2     | 15,1 | 17,5     | 16,7 | 19,5     | 17,7 | 22,4     | 18,2 | 22,1     | 18,8 | 21,3     | 19,6 | 25,2     | 18,8 | 22,9     | 18,4 | 22,2     |
| Arztbesuch (in %)                            | 72,0 | 60,9     | 69,3 | 65,0     | 72,6 | 70,2     | 70,0 | 61,7     | 70,7 | 69,0     | 70,5 | 61,1     | 71,8 | 66,2     | 69,8 | 64,7     | 70,9 | 65,2     |
| User-Frequenz                                | 4,5  | 3,9      | 4,2  | 3,3      | 4,2  | 3,6      | 4,1  | 3,4      | 4,1  | 3,5      | 3,9  | 3,2      | 4,0  | 3,6      | 3,7  | 3,1      | 3,9  | 3,3      |
| Krankenhausaufenthalt (in %)                 | 13,6 | 10,5     | 13,9 | 12,3     | 14,4 | 8,9      | 12,7 | 7,6      | 13,2 | 9,5      | 13,3 | 8,6      | 13,8 | 9,6      | 13,3 | 8,5      | 12,7 | 9,3      |
| Zahl der Nächte im Krankenhaus (pro Patient) | 17,1 | 14,2     | 16,4 | 8,5      | 17,5 | 12,6     | 16,2 | 15,1     | 15,6 | 11,3     | 15,2 | 16,1     | 14,4 | 10,1     | 15,3 | 8,0      | 15,5 | 15,3     |

Quelle: SOEP 1997 - 2005; wellenspezifische Querschnittsgewichtung; Population: Mitglieder der GKV ohne Familienversicherte.

<sup>1</sup>: Vollzeit und Teilzeit beschäftigt; <sup>2</sup>: Private Krankenzusatzversicherung; <sup>3</sup>: Jährliches Nettoeinkommen in Preisen von 2000.

angehörige. Vorgelegt wird ein Vergleich der Querschnittspopulationen der Jahre 1997 bis 2005.

In jedem Jahr liegt das Durchschnittsalter der Wechsler deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt. Allerdings deutet sich in den letzten Jahren eine Trendveränderung an. Das Durchschnittsalter der Wechsler ist insbesondere in den letzten beiden Jahren deutlich gestiegen. Die Verteilung nach dem Geschlecht hat sich ebenfalls geändert. Wechselten 1997 und 1998 Frauen noch wesentlich seltener als die Männer, unterschieden sich in den folgenden Jahren die Anteile kaum mehr. Ab 2003 liegt der Anteil der Frauen schon über dem der Männer.

Die grundlegenden Unterschiede in den Profilen der Schulabschlüsse sind über die Jahre dagegen weitgehend gleich geblieben; bei den Wechsleuren liegen die Anteile der Gruppen mit Hochschulreife deutlich über dem Durchschnitt. Diese Unterschiede könnten allerdings auch mit dem Alter zusammenhängen und sind kein Beweis für den Bildungseinfluss auf die Entscheidung zum Kassenwechsel. So hat etwa die Analyse der Determinanten der Wechselentscheidung 1999/2000 keinen signifikanten Einfluss der Hochschulreife ergeben<sup>12</sup>.

Die Erwerbstätigkeitsquote liegt bei den Wechsleuren immer erheblich über dem Gesamtdurchschnitt. Allerdings zeigt sich auch hier eine Trendwende ab 2004. Vor allem in 2005 ist der Anteil der Erwerbstäigen an der Wechslerpopulation erheblich gesunken. Dennoch ist die Renterquote bei den Wechsleuren allerdings weit unterdurchschnittlich. Das Grundprofil der Einkommensdifferenzen zwischen Wechsleuren und GKV-Mitgliedern insgesamt ist über die Jahre weitgehend gleich geblieben. In jedem Jahr liegen die Anteile der beiden niedrigeren Einkommensklassen bei den Wechsleuren unter dem Gesamt-

durchschnitt, während die Anteile der beiden höheren Einkommensklassen über dem Durchschnitt liegen. In 2005 könnte sich aber auch bei der Einkommensverteilung eine Veränderung andeuten; die Verteilungen nach einzelnen Einkommensgruppen gleichen sich an.

Dass die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kassenwechsler immer erheblich günstiger ist als die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Versicherten insgesamt, ist selbstverständlich in erster Linie ebenfalls auf die Altersverteilungen zurückzuführen. Allerdings könnten die Zahlen ab 2004 möglicherweise auch für dieses, für alle Aspekte des Gesundheitswesens entscheidende Merkmal, auf eine Tendenzwende deuten. Denn der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut/gut einschätzen ist in den letzten Jahren gesunken, während der Anteil der Wechsler mit einer eher schlechten Einschätzung sich seit 2002 mehr als verdoppelt hat. Diese Veränderungen sind nicht mit dem wachsenden Durchschnittsalter der Kassenwechsler zu erklären. Dies heißt deshalb, dass immer mehr Versicherte mit schlechterem Gesundheitszustand die Kasse wechseln.

Auch in der Verteilung der Anteile freiwillig Versicherter ist eine Veränderung eingetreten. Lag bis 2003 der Anteil freiwillig Versicherter in der GKV insgesamt immer deutlich unter der der Wechslerpopulation, so hat sich der Trend zunächst abgeflacht. In 2005 lag der Anteil bei den Wechsleuren schon unter dem in der GKV insgesamt. Ein weiterer Mosaikstein für die Vermutung von Präferenzverschiebungen.

Hinzuweisen ist noch auf das Merkmal „private Zusatzversicherung“, seit 1999 ständig im Frageprogramm enthalten. Leider kann nicht genau spezifiziert werden, welcher Art die Zusatzversicherung ist. Möglich ist eine

kurzzeitige Auslandsversicherung, möglich ist aber auch ein umfassendes Paket zusätzlicher ambulanter und stationärer Leistungen. Diese Pakete werden seit einiger Zeit von zahlreichen Versicherungen in Kooperation mit den privaten Krankenversicherungen angeboten. Die überdurchschnittlichen Anteile von Wechsler mit einer privaten Zusatzversicherung können ein Zeichen dafür sein, dass bestimmte Zusatzversicherungen auch ein Anreiz für den Wechsel darstellen.

Die unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird nach ambulanten und stationären Sektor differenziert. Inanspruchnahmehindikatoren für den ambulanten Sektor sind der Quartalsbesuch, d.h. der Anteil derer, die mindestens einmal in den letzten drei Monaten vor der Befragung beim Arzt waren, die Kontaktfrequenz, d.h. die durchschnittliche Häufigkeit der Arztkontakte, bezogen auf die Gesamtheit der jeweiligen Population (hier also die Mitglieder insgesamt und die Wechsler) und die User-Frequenz, d.h. die durchschnittliche Häufigkeit der Arztkontakte jener Versicherten, die mindestens einmal in den letzten drei Monaten beim Arzt waren. Die Inanspruchnahme des stationären Sektors wird differenziert nach den Anteilen derjenigen, die mindestens einmal im Jahr vor der Befragung im Krankenhaus waren und nach der durchschnittlichen Zahl der im Krankenhaus verbrachten Nächte. Dabei werden die Nächte im Krankenhaus zum einen auf die Gruppen insgesamt, zum anderen nur auf die Gruppen der Krankenhauspatienten bezogen (Verweildauern).

Die Unterschiede zwischen den GKV-Mitgliedern insgesamt und den Kassenwechsler spiegeln vor allem den aus der Tabelle 2 zu erwartenden Einfluss der Altersdifferenzen und des unterschiedlichen Gesundheitszustandes. Die Quartalsinanspruchnahme der Wechsler ist, wenn auch in manchen Jahren nur geringfügig, immer geringer. Auch die durchschnittlichen Kontaktfrequenzen der Kassenwechsler sind meist deutlich niedriger als im Gesamtdurchschnitt. Auch die stationäre Inanspruchnahme der Wechsler liegt – wie allerdings nach der Altersverteilung ebenfalls zu erwarten – deutlich unter der der GKV-Mitglieder insgesamt. Dies gilt sowohl für den Anteil derer, die mindestens einmal im Krankenhaus waren wie – mit Ausnahme des Jahres 2002 – für die durchschnittlichen Verweildauern.

Weil die Altersdifferenzen zwischen Wechsler und Nicht-Wechsler vor allem die Inanspruchnahmedifferenzen bestimmen, sagen diese auch nur wenig darüber aus, ob die Wechsler gute oder schlechte Risiken sind. Die Inanspruchnahme der Wechsler muss deshalb in Relation zu einem Erwartungswert gebracht werden, der sich aus der alters- und geschlechtsstandardisierten Leistungsinanspruchnahme der GKV-Mitglieder insgesamt ableiten lässt. Der relative Beitragsbedarf bezeichnet diese Relation. Die auf dieser Basis berechneten Risikoprofile festigen den bereits im Beitrag von 2002 gezeigten Trend. Langfristig ergibt sich eine "Verdurchschnittlichung", d.h. die Risikoprofile der Kassenwechsler gleichen sich zunehmend dem Gesamtdurchschnitt an; zugleich bestä-

tigt sich der Trend zur „passiven Risikoselektion“: die eher guten Risiken wechseln in beitragsgünstige, die eher schlechten Risiken in teure Kassen<sup>13</sup>.

### 3. Einmalwechsler/Mehrfachwechsler – zur Analyse der „Kassenhopper“

Einleitend wurden zwei Gutachten zitiert, denen Hypothesen über mutmaßliche „Fühlbarkeitsschwellen“ bzw. die Beitragssatzelastizität zugrunde gelegt wurden. Da nun die Beitragssatzdifferenzen immer deutlich über den angenommenen Grenzwerten lagen, hätten – trafen die Annahmen hinsichtlich der vermuteten „Fühlbarkeitsschwelle“ zu – die prognostizierten „massiven Wanderungsbewegungen“ einsetzen müssen.

Auch wenn – wie bereits erwähnt – es selbstverständlich keine Übereinstimmung darüber geben kann, was als massiv anzusehen ist, dürfte die durchschnittliche Wechslerquote von etwa 5% jährlich kaum als „massive Wanderungsbewegung“ interpretiert werden können. Auch wenn diese Quote im internationalen Vergleich durchaus hoch ist. Deshalb muß die Fühlbarkeitsschwelle für einen erheblichen Teil der Versicherten vermutlich höher liegen.

Auch darf unterstellt werden, dass angesichts der nicht unbeträchtlichen monetären und nichtmonetären Transaktionskosten Warteoptionen wahrgenommen werden und damit die aufgrund der Beitragssatzdifferenzen bzw. der unterstellten Beitragssatzelastizität die zu erwartenen Wechslerquoten zumindest zeitlich zu differenzieren wären<sup>14</sup>. Hinzu kommt, dass durch das frühere Zuweisungssystem die monetären und nichtmonetären Transaktionskosten ungleich verteilt (besser: zugeordnet) waren. Plausibel scheint die Annahme, dass insbesondere die nichtmonetären Transaktionskosten für jene Versicherten eher überdurchschnittlich waren bzw. sind, die in überdurchschnittlich teuren Kassen versichert waren bzw. sind. Dies mag auch erklären, warum die Wanderungsbewegungen weg von den teuren Kassen nicht so stark ausgefallen sind wie es die Beitragssatzunterschiede hätten erwarten lassen.

Wenn man das tatsächliche Wechslerpotential aufzeigen will, dann müssen nicht nur die jährlichen Wechslerquoten herangezogen werden, sondern es muss auch danach differenziert werden, ob einmaliger oder Mehrfachwechsel vorliegt. In diesem Kapitel werden deshalb zunächst einige quantitative Aspekte der Differenzierung von Einmal- und Mehrfachwechsler („Kassenhopper“) vorgelegt. Anschließend werden die Zusammenhänge zwischen Mehrfachwechsel und Beitragssatzentwicklung diskutiert. Angesichts der dominierenden Rolle des Beitragssatzes als Anreiz zum Kassenwechsel dürften diese Ergebnisse für die Identifizierung von Veränderungen am ehesten Hinweise liefern.

#### Quantitative Verteilungen 1997–2005

Die Analyse, ob jemand in bestimmten Zeiträumen einmal oder mehrmals die Kasse gewechselt hat, erfordert Panel-Daten; d.h., dieselben Personen müssen über

**Tabelle 3: Erstwechsler und Mehrfachwechsler im Längsschnitt**

| Wechslerquoten   | 1998      | 1999      | 2000      | 2001      | 2002      | 2003      | 2004      | 2005      |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Habe im Vorjahr gewechselt   | 4,5       | 4,2       | 5,5       | 5,4       | 3,9       | 4,6       | 5,1       | 4,1       |
| Habe im Vorjahr erstmals gewechselt  | 4,5       | 3,1       | 3,4       | 3,2       | 1,8       | 3,0       | 2,8       | 2,4       |
| Habe im Vorjahr mindestens das zweite Mal gewechselt (in % der Wechsler insgesamt) | ---       | 28,6      | 40,0      | 40,7      | 53,8      | 34,8      | 45,0      | 41,5      |
| <b>Kumulierte Anteile</b>  |           |           |           |           |           |           |           |           |
| Wechsler Insgesamt   | 4,5       | 7,5       | 10,5      | 13,5      | 14,7      | 17,2      | 19,7      | 21,2      |
| 1x seit 1997 gewechselt  | 4,5       | 6,9       | 8,3       | 9,8       | 9,4       | 11,2      | 11,9      | 12,4      |
| mindestens 2x seit 1997 gewechselt   | ---       | 0,6       | 2,2       | 3,7       | 5,3       | 6,0       | 7,9       | 8,7       |
| Mehrfachwechsler (in % der Wechsler insgesamt)                                     | ---       | 8,0       | 21,0      | 27,4      | 36,1      | 34,9      | 40,1      | 41,0      |
| <b>Zeitraum der Beobachtungen</b>  | 1997-1998 | 1997-1999 | 1997-2000 | 1997-2001 | 1997-2002 | 1997-2003 | 1997-2004 | 1997-2005 |
| <b>Zahl der Beobachtungen</b>  | 9381      | 8.410     | 7.702     | 6.995     | 6.383     | 5.898     | 5.491     | 5.021     |

Quelle: SOEP; Population: Längsschnitte, aufsteigend 1997–2005.

mehrere Zeitperioden befragt werden (Längsschnittdaten). Daraus resultiert allerdings das Problem, dass die Zahl der Personen mit jeder Befragungswelle zurückgeht: Dies kann der Spalte „Zahl der Beobachtungen“ der Tabelle 3 oben gezeigt werden.

So beträgt in der Spalte „1999“ die Zahl der Beobachtungen für den Beobachtungszeitraum 1997 bis 1999 N=8.410; d.h., 8.410 GKV-Mitglieder haben an diesen drei Befragungen teilgenommen und sind nach den hier zugrunde gelegten Merkmalen jeweils differenzierbar. Die Zahl der Beobachtungen sinkt nach neun Beobachtungsjahren auf N=5.021. D.h., nur noch 5.021 Personen haben an allen neun Befragungswellen teilgenommen und sind jeweils in allen Jahren nach den erforderlichen Merkmalen zu differenzieren. Dies bedeutet eine Reduktion um ca. 40% und ist bei vergleichenden Interpretationen immer zu berücksichtigen.

In der ersten Zeile der Rubrik „Wechslerquoten“ sind die Anteile aller derer aufgeführt, die angaben, im Jahr zuvor die Kasse gewechselt zu haben<sup>15</sup>. In der folgenden Zeile sind die Anteile derjenigen enthalten, die erstmals in dem entsprechenden Zeitraum die Kasse gewechselt haben. Dann wird gezeigt, wie hoch der Anteil derjenigen an der Wechslerquote insgesamt ist, die schon mehr als einmal die Kasse gewechselt haben.

Anschließend werden die korrespondierenden kumulierten Anteile über den neunjährigen Beobachtungszeitraum wiedergegeben. Wie zu sehen, haben nach neun Jahren Beobachtungszeit mehr als 20% der Befragten die Kasse gewechselt. Davon haben ca. 60% im Laufe der neun Jahre nur einmal, etwa 40% mindestens zweimal gewechselt. Eine weitere Differenzierung der Mehrfachwechsler ist für deskriptive Analysen wenig sinnvoll. Denn ca. 75% der Mehrfachwechsler haben zweimal, ca. 25% mehr als zweimal gewechselt.

Nun kann auch für den Anteil an Mehrfachwechsler nicht bewertet werden, ob er den Erwartungen entspricht, als überraschend hoch oder als eher niedrig zu bezeichnen ist. Mit etwa durchschnittlich 40% ist der Anteil der Mehrfachwechsel allerdings beträchtlich. Einige Fragen liegen deshalb nahe: Unterscheiden sich die Wechselmotive von Erstwechslern und Mehrfachwechsler? Sind „Hopper“ vor allem „Schnäppchenjäger“, die immer dann, wenn ihre neue Kasse die Beiträge „angepasst“ (also „erhöht“) hat (bzw. eine Anpassung ankündigt), in eine günstigere wechseln? Sind die – monetären und nichtmonetären (Kassenbindung) – Transaktionskosten so niedrig geworden, dass auch geringere Nutzenzuwächse auf der Beitragssatzebene die Bilanz positiv werden lässt? Oder sind die Wechsler von ihrer neuen – virtuellen? – Kasse enttäuscht und wechseln in eine Kasse mit einem höheren Beitragssatz als der alten aber einem Gewinn an Service? Oder sind es die neuen Angebote vieler Kassen, etwa zur Absicherung besonderer Risiken, besonderer Finanzierungsmodalitäten (z.B. Bonusmodelle), die neuen Formen der Versorgung (z.B. integrierte Versorgung, Hausarztmodelle), besondere Leistungsangebote, die zu einem Wechsel in eine andere Kasse bewegen? Kann man zunehmend trade-offs von Beitrags- und Qualitätsoptionen feststellen?

Nun zeigen diese verschiedenen Zeitreihen keine eindeutigen Trends; es lassen sich nicht zwingend Perspektiven für weitere Entwicklungen ableiten. Gleichwohl: Die Nichtlinearitäten von erstmaligem/mehrmaligem Wechsel und die Veränderungen der Anteile legen die Vermutung nahe, dass es Phasen unterschiedlicher Motivkonstellationen gegeben hat. Dabei wird sicherlich eine entscheidende Rolle spielen, welche zusätzlichen

Hinweise sich aus der Analyse der Zusammenhänge von Kassenwechsel und Beitragssatzdifferenzen ableiten lassen.

### Wechselhäufigkeit und Beitragssatzentwicklung

An den Zusammenhängen von Beitragssätzen, Beitragssatzentwicklungen und Kassenwechsel lässt sich vermutlich am deutlichsten demonstrieren, welche Veränderungen die freie Kassenwahl für die Kassenlandschaft gebracht hat. Der Beitragssatz war bisher der dominante Wettbewerbsparameter. Diese zentrale Bedeutung muss sich auch in den deskriptiven Analysen spiegeln.

Beitragssatzbezogene Analysen mit den SOEP-Daten sind allerdings erst ab 1999 möglich. Da bis 1998 lediglich die Kassenarten abgefragt wurden, konnte die Höhe des Beitragssatzes den GKV-Versicherten nicht zugespielt werden. Ab 1999 aber wird neben den Kassenarten auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kasse erhoben. Die großen Ersatzkassen (Barmer, DAK, TK, KKH) werden direkt abgefragt. Die restlichen GKV-Versicherten geben ihre Kassenzugehörigkeit in Klartext an. Dies gilt z. B. für alle BKK-Versicherten.

Herangezogen wurde jeweils der zum 1.1. des Befragungsjahres geltende Beitragssatz. Selbstverständlich sind bei der Verknüpfung mit den Beitragssätzen auch Probleme verbunden. So konnten nicht alle Klartextangaben einer bestimmten Kasse zugeordnet werden. Da es sich meist um eine BKK-Kasse handelte, wurde in diesen Zweifelsfällen der BKK-Durchschnitt des jeweiligen Jahres herangezogen. Da lediglich erheblich weniger als fünf Prozent der Wechsler nicht zweifelsfrei identifiziert werden konnten, kann eine Verzerrung der Ergebnisse weitgehend ausgeschlossen werden.

Gewisse Ungenauigkeiten können auch durch die Fusionen einzelner Betriebskrankenkassen entstehen. Es ist nicht in jedem einzelnen Fall sicher, ob der Zeitpunkt des Wechsels mit dem Zeitpunkt der Verknüpfung von Beitragssatz und aufnehmender Kasse übereinstimmt. Es bedürfte differenzierterer Analysen, um zu überprüfen, ob unterschiedliche Zuordnungen aufgrund unklarer Zeitbezogenheit überhaupt einen merklichen Einfluss auf die Durchschnittswerte haben können. Allerdings ist auch die Zahl derartiger Fälle so gering, dass ebenfalls Verzerrungen weitgehend ausgeschlossen sind. Da in der folgenden Tabelle 4 auch nach Wechselfrequenzen differenziert werden soll, muss als Datenbasis ein Längsschnitt herangezogen werden. Die Populationen sind dabei als aufsteigender Längsschnitt konzipiert, hier von 1999 bis 2004.

Verglichen wird die durchschnittliche Beitragssatzentwicklung für die einzelnen Gruppen. Dabei entspricht die Entwicklung der Zeile 1 "durchschnittliche Beitragssatzentwicklung der GKV-Mitglieder insgesamt" in etwa der Beitragssatzentwicklung der GKV, wie sie in den Routinestatistiken ausgewiesen wird. Die Wechsler werden wiederum in drei Gruppen unterteilt. Die Gruppe der „Wechsler insgesamt“, dann diejenigen, die im entsprechenden Beobachtungsjahr zum „ersten Mal gewechselt“ haben, dann diejenigen, die mehr als einmal

gewechselt haben („Mehrfachwechsler“). Weil der hier zugrunde gelegte Beobachtungszeitraum (erhebungsbedingt) nicht bei Beginn der Wechselmöglichkeiten einsetzt, ergeben sich zwangsläufig folgende Konsequenzen: Die Zahl der unter „erstmals gewechselt“ zugeordneten Befragten wird überschätzt, die Gruppe der „Mehrfachwechsler“ wird unterschätzt. Allerdings zeigen ergänzende Analysen, dass die durchschnittlichen Beitragssatzunterschiede insbesondere zwischen Erstwechsler und Mehrfachwechsler dem in dieser Tabelle dargestellten Trend entsprechen.

Der durchschnittliche Beitragssatz für die GKV-Mitglieder insgesamt (Zeile 1) ist z.B. von 1999 auf 2000 um 0,02 Punkte gesunken; von 2001 auf 2002 mit 0,43 im Beobachtungszeitraum am stärksten gestiegen etc.. Zu beachten ist, dass die GKV-Mitglieder die Basis der Berechnungen sind, nicht die einzelnen, in ihrer Mitgliederzahl äußerst unterschiedlichen Kassen. Die Beitragssatzentwicklung auf Basis der Einzelkassen kann deshalb durchaus von den hier präsentierten Daten abweichen<sup>16</sup>.

Die Zahlen der Spalte „Wechsler insgesamt“ zeigen die erwarteten Unterschiede zur durchschnittlichen Entwicklung aller GKV-Mitglieder. Die Gruppe derjenigen, die im Vorjahr die Kasse wechselten, hatten im Durchschnitt immer eine günstigere Beitragssatzentwicklung. Allerdings unterscheiden sich die Differenzen in den einzelnen Jahren erheblich. So ist die Differenz mit -0,85 Beitragssatzpunkten in 2000 auf 2001 am höchsten, im folgenden Jahr mit -0,03 am niedrigsten.

Besonders aufschlussreich sind die Unterschiede in der Entwicklung der beiden Wechslergruppen. Berücksichtigt man nur diejenigen, die zum ersten Mal in der entsprechenden Zeitperiode wechselten, dann liegt der Wert der Beitragssatzdifferenz mit -1,16 Punkten in 2000/2001 am höchsten, in 2001/2002 mit -0,50 am niedrigsten. Vergleicht man nun die Erstwechsler mit den Mehrfachwechsler wird deutlich, dass Beitragssatzgewinne vor allem durch den erstmaligen Wechsel realisiert wurden. Die Beitragssatzentwicklung der Mehrfachwechsler unterscheidet sich deutlich von jener der erstmaligen Wechsler. Denn während die Beitragssatzentwicklung der Mehrfachwechsler bis 2002/2003 weitgehend jener der GKV-Mitglieder insgesamt entsprach, hatten sich die Mehrfachwechsler in der Zeit von 2003/2004 im Durchschnitt sogar um 0,27 Beitragssatzpunkte verschlechtert; während der Beitragssatz der GKV-Mitglieder insgesamt in diesem Zeitraum um durchschnittlich 0,11 Prozentpunkte gesunken ist.

Diese Zahlen legen die Vermutung nahe, dass die Wechselmotive zwischen Erstwechsler und Mehrfachwechsler differieren. Und sie lassen weiterhin die Vermutung zu, dass sich insbesondere in 2003/2004 die Motive der Mehrfachwechsler geändert haben dürfen; ein weiterer Mosaikstein für die Vermutung, dass sich in der letzten Zeit Veränderungstendenzen vor allem im Kontext der Kassenwahl motive abzeichnen könnten. Wenn Mehrfachwechsler im Durchschnitt eine Erhöhung ihres Beitragssatzes akzeptieren, dann kann die Beitragssatzhöhe für diese Gruppe nicht (mehr) das insgesamt dominierende Kassenwahlmotiv sein<sup>17</sup>.

**Tabelle 4: Kassenwechsel und Beitragssatzveränderungen 1999 bis 2004 (in Beitragssatzpunkten)**

|   | 1999/2000 | 2000/2001 | 2001/2002 | 2002/2003 | 2003/2004 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Durchschnittliche Beitragssatzentwicklung GKV-Mitglieder insgesamt</b> | -0,02     | -0,01     | 0,43      | 0,29      | -0,11     |
| <b>Wechsler insgesamt</b>   | -0,60     | -0,85     | -0,03     | -0,56     | -0,36     |
| <b>erstmals gewechselt</b>  | ---       | -1,16     | -0,50     | -0,91     | -0,74     |
| <b>Mehrfachwechsler</b>   | ---       | -0,19     | 0,46      | 0,27      | 0,27      |

Quelle: SOEP; Population: Längsschnitte, aufsteigend 1999–2004

#### 4. Entwicklungsphasen – Präferenzprofile

Vor dem Hintergrund der in den vorhergehenden Abschnitten vorgelegten empirischen Befunde soll versucht werden, Besonderheiten in der Entwicklung der letzten 10 Jahre zu identifizieren. Es sollen Tendenzen pointiert werden, aus denen sich Hinweise auf zukünftige Trends ableiten lassen. Durch die Hervorhebung (oder auch: gelegentliche Überzeichnung) sollen Spezifika identifiziert werden, durch die sich bestimmte Entwicklungsphasen charakterisieren lassen und die deshalb auch die Veränderungen über die Zeit deutlicher werden lassen.

Im folgenden wird die bisherige Entwicklung modellhaft in drei Phasen gegliedert. Selbstverständlich lassen sich keine genauen zeitlichen Grenzen fixieren; die Phasen überlappen sich notwendig. Aber die empirischen Ergebnisse erlauben zumindest eine relativ genaue Festlegung zeitlicher Spannen, denen das je Besondere einzelnen Phasen zugeordnet werden kann. Die erste Phase ist geprägt durch „Orientierung und Präferenzbildung“, anschließend stand die „Suche nach der billigsten Kasse“ im Vordergrund des Wechslergeschehens; die letzte – zurzeit noch andauernde – Phase lässt sich mit „Tendenzen der Veränderungen individueller Präferenzen“ umschreiben.

#### Zu Beginn der freien Kassenwahl: Orientierung und Präferenzbildung

Zu Beginn der freien Kassenwahl sind immer wieder Befürchtungen laut geworden, die vor einer Überforderung der GKV-Versicherten gewarnt haben. Empirische Analysen, die das Wissen der Bevölkerung über die Modalitäten der Krankenversicherung (z.B. über die tatsächliche Höhe des Beitragssatzes) erhoben, konstatierten eher eine „Welt hinter den Bergen“<sup>18</sup>. Aber verstärkt durch die Marketinganstrengungen der Kassen und vielfältige Informationskampagnen setzten Prozesse ein, die nicht nur den Informationsstand verbesserten, sondern bei immer mehr Versicherten zu einem Prozess der Bildung manifester Präferenzen für bestimmte Formen der Absicherung des Krankheitsrisikos führten.

Die erste Phase des Kassenwechsels war deshalb zunächst geprägt durch vergleichsweise heterogene Wechselmotive. Zwar war der Beitragssatz immer schon das wichtigste Motiv. Aber relativ größere Bedeutung hatten zu Beginn auch das Image der Kasse oder vermutete Leistungsunterschiede<sup>19</sup>. Bevorzugte Zielkassen in dieser Phase waren noch die Ersatzkassen.

#### Nach wenigen Jahren Erfahrung: Die Suche nach der „billigsten“ Kasse

Die zweite Phase – der Beginn ist etwa auf 1998/1999 zu legen – war geprägt durch einen nahezu ausschließlich auf den Beitragssatz konzentrierten Wettbewerb. Stichworte sind hier die „virtuellen Krankenkassen“ oder „Wechselkomponente“<sup>20</sup>. Diese Phase war auch geprägt durch die Zunahme des Anteils der Mehrfachwechsler an der Population der Kassenwechsler. Mehrfachwechsler haben in dieser Phase im Durchschnitt noch einen Beitragssatzvorteil erzielt. Aber es war vor allem ein Wettbewerb zwischen den „billigen“ Kassen, also vor allem innerhalb der BKK.

Zu fragen wäre nur, warum bei den vermuteten Beitragssatzelastizitäten nicht mehr Versicherte die Kasse wechselten. Die Ursachen dafür, dass in dieser Phase der Anteil der Erstwechsler eher stagnierte bzw. sogar zurückging, könnte in den monetären und nichtmonetären Transaktionskosten der bisherigen Nicht-Wechsler, im Kontext der Warteoptionen und dem Fehlen versorgungsorientierter Wettbewerbsparameter gesucht werden.

#### Heute: Tendenzen der Veränderung individueller Präferenzen

Einige Anzeichen weisen darauf hin, dass sich um 2002/2003 neue Trends andeuten. Mehrfach wurde bei der Interpretation vor allem der Längsschnittdaten darauf verwiesen, dass der Beitragssatz seine überragende Bedeutung als Wechselmotiv zunehmend verlieren könnte. Basis der hier vorgelegten Analysen sind die

getroffenen Entscheidungen (observed preferences). Und dass der Beitragssatz vor allem in der zweiten Phase das entscheidende Motiv für einen Wechsel war, also ein Indikator für die beobachteten Präferenzen dürfte kaum zu bezweifeln sein.

Von den getroffenen Entscheidungen ist die Wechselbereitschaft zu unterscheiden. Deren Quote liegt notwendig immer erheblich über jener der tatsächlichen Wechsler. Und Informationen darüber, welche Anreize zur Ausschöpfung des Wechselpotentials zu setzen wären, sind in zahlreichen empirischen Untersuchungen immer wieder erhoben worden (stated preferences). Vor allem die hohe Akzeptanz der Versicherten für neue Formen der Versorgung spiegeln Veränderungen von Präferenzprofilen der Versicherten<sup>21</sup>. Auch könnten die zahlreichen Angebote an Zusatzversicherungen eine deutlich zunehmende Rolle spielen.

Der potentielle Markt heute dürfte geprägt sein durch trade-offs von monetären Zielen durch qualitäts- bzw. versorgungsrelevante Optionen. Ein Qualitäts- und Versorgungswettbewerb wird deshalb auf Dauer mehr zur Steigerung des Wechselpotentials beitragen als Beitragssatzdifferenzen wie sie zurzeit die Kassenlandschaft bestimmen. Der potentielle Markt für den Beitragssatzwettbewerb stagniert (oder auch: schrumpft), der potentielle Markt für Versorgungs- bzw. Qualitätsoptionen wächst deutlich. Es liegen hinreichende Informationen vor, die es potentiellen Wettbewerbern ermöglichen, jene strukturellen Arrangements zu konfigurieren, die – je nach Klientel bzw. Kundenprofil – ein Höchstmaß an Attraktivität und Akzeptanz erwarten lassen<sup>22</sup>. Und es liegen damit auch hinreichende Informationen dafür vor, wie die Rahmenbedingungen gesetzt werden müssen, damit die Versicherten entsprechend ihrer je individuellen Präferenzen entscheiden können.

## **5. Gesundheitsreform 2006: Neue Rahmenbedingungen für verstärkten Versorgungs- und Qualitätswettbewerb?**

Wenn man sich die zahlreichen Urteile über 10 Jahre freie Kassenwahl bzw. 10 Jahre Kassenwettbewerb zusammenfassend ansieht, dann besteht bei allen Differenzen im einzelnen weitgehend Übereinstimmung darin, dass ein über den Beitragssatz hinausgehender Wettbewerb nicht stattgefunden hat. Es gab „Wettbewerbsrhetorik“ ohne die notwendigen ermöglichen Rahmenbedingungen für den Versorgungs- und Qualitätswettbewerb<sup>23</sup>.

Welches Wechslerpotential möglich ist, wenn die Rahmenbedingungen sich entsprechend ändern und wenn die Versicherten darauf eingestellt sind, lässt sich am Beispiel Hollands zeigen. In 2003 lag die Wechslerquote bei 2,5%<sup>24</sup>, etwa ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der umfassenden Krankenversicherungsreform haben bereits rund 21% aller Versicherten gewechselt<sup>25</sup>. Selbstverständlich sind allen Vergleichen mit anderen Ländern Grenzen gesetzt, aber es darf auch in Deutschland unterstellt werden, dass bei entsprechenden Rahmenbedin-

gungen die Quoten eines primär lediglich auf den Beitragssatz orientierten Wettbewerbs weit übertroffen werden dürften.

Was bringt die neueste Gesundheitsreform wie sie in der Koalitionsvereinbarung angelegt ist? Was den „reinen“ Beitragssatzwettbewerb angeht, so dürfte die angekündigte Finanzierung über den Gesundheitsfonds mit den ergänzenden Bestimmungen zu Zusatzbeiträgen und Zu- und Abschlägen eher dazu führen, dass die Differenzen zwischen den jeweils zu entrichtenden Beiträgen unter jenen liegen dürften, die sich ergäben, wenn man die zur Zeit zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Beitragssatz bestehenden Unterschiede als monetäres Äquivalent auswiese. Allerdings könnte die Form der Finanzierung möglicherweise durchaus einen wettbewerbssteigernden Effekt haben. So besteht immer noch bei einem nicht unerheblichen Teil der Versicherten Unkenntnis über die genaue Höhe der Krankenkassenbeiträge und damit auch über die genaue Höhe der Veränderungen durch den Kassenwechsel. Hinzu kommt: Es kann durchaus die These vertreten werden, dass für eine nicht unerhebliche Zahl von Versicherten ein Unterschied von etwa 20 € monatlich ein stärkerer Anreiz zum Wechsel sein könnte als eine Beitragssatzdifferenz mit gleichem monetären Effekt.

Über den zukünftigen Wettbewerb mit den Zielsetzungen „Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten und Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern“ (Koalitionsvereinbarung) lässt sich ohne Kenntnis der konkreten Rahmenbedingungen nur spekulieren. Die Bereitschaft und die Fähigkeit, mündig und präferenzbestimmt zu entscheiden, ist – dies zeigen die empirischen Analysen immer wieder – erheblich gewachsen. Selbstverständlich sind angesichts der langen Tradition in Deutschland 10 Jahre zu kurz, damit die gesamte betroffene Bevölkerung auch in der Lage ist, selbst, d.h. entsprechend den eigenen, individuellen Präferenzen zu entscheiden.

Um auf das immer wieder zitierte „Vorbild“ Holland zurückzukommen. Es war ein sehr langer Prozeß, der zu den jetzt geltenden Reformen geführt hat. Vielleicht war es die „List der Vernunft“, dass es in Deutschland 10 Jahre der Orientierung, der Informierung und den damit verbundenen Prozessen der Präferenzbildung gebraucht hat, bis ein Zeitpunkt erreicht war, zu dem die Versicherten „mündig“ geworden sind, so dass die Implementierungsrisiken einer erheblich weitergehenden Reform überschaubar geworden sind. Das vor 10 Jahren befürchtete Risiko der Überforderung der Versicherten dürfte jedenfalls wesentlich vermindert worden sein. Die (latenten) Kosten der Implementierung wachsen mit dem Grad der Innovation. Der Innovationsgrad weitergehender wettbewerblicher Orientierung nach 10 Jahren freier Kassenwahl ist deutlich gesunken. Die Versicherten haben gezeigt, dass sie für ein Mehr an Wettbewerb bereit sind.

## Fußnoten:

- 1 Ausführlich dazu H. Reiners und M. Pfaff in Göppfarth, D; Greß, St; Jacobs, K.; Wasem, J (2006): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit, asgard verlag
- 2 Cassel, D (1992), Wirtschaftliche und soziale Auswirkungen von Wahlmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos
- 3 Andersen, HH, Schwarze, J (1999), Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische Analyse, in: Arbeit und Sozialpolitik (53), S. 10-16
- 4 Andersen, HH, Grabka, MM, Schwarze, J (2002), Wechslerprofile – Risikoprofile. Zum relativen Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997 – 2001, in: Arbeit und Sozialpolitik Heft 7/8, S. 19-32
- 5 Daubensbüchel, R, Pfohl, A (2003), Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen, Forum für Gesundheitspolitik 10
- 6 Andersen, HH; Grabka, M (2006): Kassenwechsel in der GKV 1997 – 2004. Profile – Trends – Perspektiven, in: Göppfarth et al.
- 7 Cassel, D op. cit.
- 8 Deutscher Bundestag (1990), Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Bonn: Deutscher Bundestag
- 9 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden: Nomos
- 10 Vgl. dazu Laske-Aldershof, T et al.(2006), in: Göppfarth, D. et al.
- 11 ebd.
- 12 Vgl Schwarze, J, Andersen, HH (2001), Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?, in: Schmollers Jahrbuch (121)
- 13 Ausführlich dazu Andersen, HH; Grabka, M 2006, op. cit.
- 14 Andersen, HH, Schwarze, J (1996), Die freie Kassenwahl – ein gesellschaftliches Experiment: Ökonomische und soziologische Analysen individueller Entscheidungsprozesse und Präferenzbildungen, in: Zeitschrift für Sozialreform, 11/12, 42. Jg.
- 15 Vergleicht man diese Zahlen mit denen der Tabelle 1, dann differieren die Quoten etwas. Diese Differenzen sind auf die unterschiedlichen Populationen zurückzuführen.
- 16 Greß, St, Tamm, M, Tauchmann, H, Wasem, J (2005), Price Elasticities and Social Health Insurance Choice in Germany. A Dynamic Panel Data Approach, RWI: Discussion Pap
- 17 Für eine detaillierte Analyse der Zusammenhänge von Kassenwechsel und Beitragssatzentwicklung vgl. Andersen, HH; Grabka; M (2006), op. cit.
- 18 Alber, J; Rydl, A (1990), Die Krankenversicherung im Bewusstsein der Bevölkerung. Welt hinter den Bergen oder Objekt rationalen Kalküls?, in: Sozialer Fortschritt, 7
- 19 Andersen, HH, Schwarze, J (1999), op. cit.
- 20 Vgl. 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
- 21 Vgl. Andersen, HH (2002), Der VdAK/AEV Versichertenreport 2001. Neue Wege in der Gesundheitsversorgung; Befragung zu den Zielen und Wünschen von Versicherten der Ersatzkassen, Endbericht; Andersen, HH, Schwarze, J (2002), Zur Akzeptanz integrierter Versorgungsmodelle, in: Preuß, K-J, Räbiger, J, Sommer JH: Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Schattauer
- 22 Ein zusammenfassender Überblick findet sich in: Streich, W; Braun, B; Helmert, U (2005): Surveys im Gesundheitswesen. Entwicklungen und Perspektiven in der Versorgungsforschung und Politikberatung, asgard verlag
- 23 Vgl. die Beiträge von Hermann, C; Klusen, N und Pütz, C; Sjuts, R und Winkler, S in Göppfarth, D. et al., op. cit.
- 24 Laske-Aldershof, T. et al. op. cit.
- 25 Greß, S.: Manouguian, M; Wasem, J(2006), Krankenversicherungsreform in den Niederlanden. Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland? Diskussionsbeitrag Universität Duisburg-Essen

## Wohin tendiert das deutsche Gesundheitswesen?



### Liberalisierung im Gesundheitswesen

Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung

mit Beiträgen von: Johannes Blome-Drees, Günther E. Braun, Helmut Brede, Peter Eichhorn, Peter Friedrich, Jan Güssow, Joachim Merk, Holger Mühlenkamp, Karl Oettle, Günter Püttner, Ingrid Schmale, Frank Schulz-Nieswandt

Herausgegeben von Günther E. Braun und Frank Schulz-Nieswandt

2006, 196 S., brosch., 36,- €, ISBN 3-8329-1766-7

(Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, Bd. 53)

Gesundheitspolitik ist längst zur permanenten Gesundheitsreformpolitik geworden. Der Sammelband untersucht aus interdisziplinärer Sicht die verschiedenen Facetten einer Liberalisierung im Gesundheitswesen. Dabei wird insbesondere der Systemwandel zwischen Wettbewerb und Regulierung hin zu einer solidarischen Wettbewerbsordnung betont.

Bitte bestellen Sie bei  
Ihrer Buchhandlung oder bei:  
Nomos Verlagsgesellschaft  
76520 Baden-Baden | [www.nomos.de](http://www.nomos.de)

