

GKV-Finanzarchitektur als Eckpfeiler der Wettbewerbsordnung: Stand und Weiterentwicklung

JÜRGEN WASEM¹

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen

Für die Wettbewerbsordnung und den Wettbewerb ist die Ausgestaltung der Finanzarchitektur in der GKV zentral. Seit einem halben Jahrhundert befasst sich Politik mit der Daueraufgabe, finanzseitig faire Rahmenbedingungen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen abzustecken. Mit Einkommensausgleich durch den Gesundheitsfonds und Morbi-RSA sind grundsätzlich für die Wettbewerbsordnung geeignete Eckpfeiler vom Gesetzgeber gesetzt worden. Gleichwohl besteht der Bedarf, die Finanzordnung engmaschig zu beobachten. Es ist dann jeweils zu entscheiden, welcher Anpassungen der Finanzordnung es bedarf. Dies gilt gerade aktuell, wo es Hinweise gibt, dass die Finanzsituation der Krankenkassen sehr heterogen ist, ohne dass es in jedem Falle plausibel erscheint, dass dies durch Effizienzunterschiede in Management und Vertragsgestaltung bedingt ist.

Finanzarchitektur und Wettbewerb: Treiber der Entwicklung

Die Diskussion über den Zusammenhang zwischen der Finanzarchitektur der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem Kassenwettbewerb ist beinahe so alt wie die GKV selber. Denn die 1883 errichtete Gesetzliche Krankenversicherung war vom Gesetzgeber von Beginn an als gegliedertes System ausgestaltet worden: Einerseits wurde damit den vorfindlichen Verhältnissen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Krankenkassen, die in den einzelnen deutschen Staaten auf sehr heterogenen Rechtsgrundlagen und aus unterschiedlichen Motiven entstanden waren, Rechnung

getragen; andererseits war dies auch eine bewusste Entscheidung für Dezentralität und Pluralität. Da die Mehrzahl der Krankenkassen von Beginn an jeweils ihre eigenen Beitragssätze kalkulieren und den Haushaltsausgleich realisieren mussten², war auch die unterschiedliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sehr rasch ein Thema.

¹ Der Verfasser dankt Susanne Staudt für kritische Anmerkungen zum Text.

² Bei den Gemeindekrankenkassen wurden die Beitragssätze bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung gesetzlich (auf 1,5 v.H.) festgelegt, wovon die Gemeinde jedoch abweichen konnte (vgl. §§ 9, 10 Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, RGBl. v. 15.06.1883, S. 73)). Vgl. dazu auch Finkenstädt (2010).

Anträge im Reichstag, durch Zuschüsse des Reiches die unterschiedlichen Lasten zwischen den Krankenkassen auszugleichen, finden sich bereits im Kontext der Einführung der Reichsversicherungsordnung.³

Besondere Dynamik erhielt die Thematik der unterschiedlichen Belastungen der Krankenkassen Mitte des 20. Jahrhunderts, nachdem 1941 die Rentner in die Krankenversicherungspflicht einbezogen wurden⁴ und die Beitragszahlungen der Rentenversicherungsträger von Beginn an (auch zur Wahrung der Effizianzanreize bei den Krankenkassen) nicht als kostendeckend ausgestaltet wurden, sondern die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) mit Belastungen der Aktivversicherten verbunden worden war. Diese intergenerationellen Transfers nahmen im Zeitablauf dann wegen der Zunahme der Zahl der Rentner und deren überdurchschnittlicher Ausgabenentwicklung pro Kopf zu, zumal die Politik zur Entlastung der Rentenversicherung die Beitragszahlungen von Rentnern bzw. der Rentenversicherung an die Krankenkassen nicht entsprechend anpasste. Wegen der ungleichen Verteilung der Rentner zwischen den Krankenkassen – das Gesetz von 1941 hatte noch die obligatorische Versicherung aller Rentner bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen vorgesehen, die „normalen“ Spielregeln der Mitgliedschaft in der GKV für Rentner wurden 1956 eingeführt – hatte diese Zunahme der intergenerationellen Transfers je nach Kassenzugehörigkeit erheblich unterschiedliche Auswirkungen auf die finanzielle Belastung der Aktivversicherten (Paulus 1972).

Ein weiterer Faktor, der im Kontext von GKV-Finanzarchitektur und Kassenwettbewerb seit den 1970er Jahren zunehmend relevant wurde, war die stärkere Fokussierung von Unternehmen auf Begrenzung der Zuwächse ihrer Lohnnebenkosten. Es zeigte sich – mit Unterstützung auch von Unternehmensberatungen, die entsprechende Analysetools entwickelt hatten – für viele Unternehmen, dass die Gründung einer Betriebskrankenkasse (BKK) ein Mittel war, in beträchtlichem Umfang Sozialabgaben reduzieren zu können: Da die erwerbstätigen GKV-Mitglieder in den meisten Unternehmen im Vergleich zum Durchschnitt aller Mitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen erzi-

ten, war die Gründung der BKK, zu der dann sämtliche bislang bei der regionalen AOK versicherten Beschäftigten des Betriebes wechseln mussten, selbst dann meist mit einem günstigeren Beitragssatz verbunden, wenn die neue Krankenkasse auf der Ausgabenseite keine günstigere Ausgabenstruktur aufwies – was aber oft zusätzlich der Fall war. Umgekehrt verschlechterte sich die finanzielle Situation der jeweils betroffenen AOK nach BKK-Errichtung teilweise merklich, weil überdurchschnittlich „gute“ Risiken die Kasse verlassen hatten. So befeuerte die Ausgestaltung der Finanzverfassung des GKV-Systems einen „kollektiven“ Wettbewerb durch Belegschaften von Betrieben (Smigielski 1982).

Auch der Trend zur Angestellten-Gesellschaft mit überdurchschnittlichen Angestellten-Einkommen hatte aufgrund der Ausgestaltung der Finanzierungsmechanik seine Effekte auf den Wettbewerb, auch wenn der günstigere Beitragssatz oftmals nicht das treibende Motiv für den Kassenwechsel war, sondern Statusüberlegungen der vom Arbeiter zum Angestellten mutierenden Beschäftigten ebenfalls eine Rolle spielten. Da Angestellte unabhängig vom jeweiligen Beruf zu zumindest zwei bundesweit tätigen Ersatzkassen (BEK, DAK) wechseln konnten, entfaltete das Wachstum der Zahl der Angestellten eine viel größere Dynamik bei den Ersatzkassen als dies bei den Arbeiter-Ersatzkassen mit ihren spezifischen Berufsbindungen je der Fall gewesen war (Wasem 1989).

Politik unter Druck: Organisationsreform der GKV

Die Politik wurde so zunehmend mit den Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen in den Krankenkassen bei Wettbewerb und gegebener Finanzarchitektur konfrontiert. Reaktionen erfolgten zunächst in Bezug auf die KVdR: 1968 wurde ein erster und 1977 dann (als die Politik zur Stabilisierung der Rentenversicherung deren Beiträge zur KVdR um ein Drittel absenkte und so den intergenerationellen Transfer in der GKV deutlich erhöhte) ein wesentlich ausgebauter Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt⁵. In der ab 1977 geltenden

Regelung dieses Finanzausgleichs wurden die bei den einzelnen Krankenkassen nicht durch die Beitragszahlungen von Rentenversicherungsträgern bzw. Rentnern⁶ gedeckten Leistungsaufwendungen für die Rentner GKV-weit gepoolt; dieser GKV-weite Pool der auf Einzelkassenebene akkumulierten „Defizite“ in der KVdR wurde durch einen Hebesatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Aktivversicherten von allen Kassen gemeinsam finanziert. Der Beitragssatz jeder Krankenkasse für ihre Aktivversicherten enthielt quasi einen bei allen

Die Politik wurde so zunehmend mit den Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen in den Krankenkassen bei Wettbewerb und gegebener Finanzarchitektur konfrontiert.

Krankenkassen gleichen Teilbeitragssatz für die Finanzierung des „Defizits“ in der Krankenversicherung der Rentner. Damit war der „Sprengsatz“ der unterschiedlichen Belastungen von Krankenkassen bzw. ihrer Aktivversicherten aus den intergenerationellen Transfers für die Rentner entschärft.

Die Diskussionen über die Disparitäten, die sich bei den Aktivversicherten entwickelten, nahmen allerdings an Intensität zu. Sie mündeten in grundsätzliche Debatten über die Frage der Intensität von Kassenwahlfreiheit, Wettbewerb, Lastenverteilung und Beitragsgerechtigkeit. Das Gesundheitsreformgesetz von 1988 griff die Thematik nur unzureichend auf, indem es fakultative und obligatorische kassenarteninterne Finanzausgleiche auf der Ebene der Landesverbände der Krankenkassen bzw. der

3 Vgl. Antrag Albrecht u. Genossen, Nr. 98 v. 14.02.1912, Verhandlungen des Reichstags, Bd. 298, S. 156.

4 Vgl. § 4 Gesetz über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung v. 24.07.1941, RGBl. I S. 443.

5 Vgl. § 393b RVO i.d.F.d. KVKG vom 27.06.1977, BGBl. I. S. 1069. Dazu Wasem (1986, S. 181ff.).

6 Der Beitragssatz für die Beiträge auf Renten wurde einheitlich für alle Krankenkassen vom Gesetzgeber festgelegt – eine Regelung, die der Gesetzgeber noch bis 1997 beibehielt.

Verbände der Ersatzkassen vorsah,⁷ in seiner Allgemeinen Begründung jedoch auf den noch ausstehenden Reformschritt einer größeren Organisationsreform der GKV verwies.⁸ Diese wurde sodann – nach weiter intensiver Diskussion, in der sehr unterschiedliche Optionen, darunter auch die der Abkehr von einem System mit Wahlfreiheit zu einem Zuweisungssystem wie in der Rentenversicherung, formuliert wurden – mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992⁹ umgesetzt.

Das GSG erweiterte die Kassenwahlfreiheit für nahezu alle GKV-Mitglieder wesentlich und modifizierte die Finanzarchitektur durch Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA). Dabei wurde der bisherige KVdR-Finanzausgleich abgeschafft, indem der RSA sowohl für Aktivversicherte als auch für Rentner Anwendung fand. Wie zuvor der KVdR-Finanzausgleich finanzierte sich auch der RSA – bis 2008 – über einen Hebesatz (den sogenannten Ausgleichsbedarfssatz) auf die beitragspflichtigen Einnahmen bei den Kassen (Wasem 1993) – daraus wurden nun allerdings nicht mehr die tatsächlich bei den einzelnen Kassen entstandenen Defizite der KVdR finanziert, sondern standardisierte Zuweisungen an die Krankenkassen für die Leistungsausgaben der Versicherten, die zunächst nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus differenziert wurden.

Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 als Zäsur

Insbesondere mit dem Ausbau der Kassenwahlfreiheit und der Streichung der berufsbezogenen Bindungen bei den Ersatzkassen sowie der Möglichkeit für Betriebs- und Innungskrankenkassen, sich für betriebs- bzw. handwerksfremde Versicherte zu öffnen, bildete das GSG eine Zäsur nach 100 Jahren GKV, die die GKV nachhaltig prägen sollte. Mit dem GSG wurde gleichzeitig der Beginn einer intensiven Phase neuer Debatten um die GKV-Finanzarchitektur im Kontext des Kassenwettbewerbs ausgelöst. Die in dieser Debatte vorgelegten Analysen zeigten rasch, dass die mit dem GSG beschlossene Ausgestaltung des RSA unzureichend auf die Heterogenität der Versichertenstrukturen zwischen den Krankenkassen

(Jacobs et al. 2002) sowie auf die durch Kassenwechsel ausgelösten Dynamiken (Lauterbach und Wille 2001) ausgerichtet war. Die RSA-Reform von 2001¹⁰ mit ihrer Erweiterung des RSA um eine Variable für den Teilnahmestatus an Disease-Management-Programmen und der Ergänzung des RSA um einen Risikopool ab 2002 sowie die Einführung des morbiditätsorientierten RSA (beschlossen zunächst ab 2007, umgesetzt schließlich für 2009) waren Reaktionen auf diese Entwicklungen und die Ergebnisse der Analysen.

Rasch nach Ausbau der Kassenwahlfreiheit durch das GSG hat sich gezeigt: Wettbewerb in der GKV ist insbesondere Beitragssatzwettbewerb.

Die auf Wettbewerb und Finanzarchitektur in der GKV bezogenen Debatten wurden seit Anfang des letzten Jahrzehnts allerdings überlagert von zwei weiteren Diskussionen: Einerseits ging es um die Parität der Beitragsfinanzierung und die Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge, andererseits um die Zukunft des dualen Krankenversicherungssystems aus GKV und PKV.¹¹ Aus beiden Diskussionssträngen ist insbesondere die mit dem GKV-WSG von 2007¹² ab 2009 eingeführte Konstruktion „Gesundheitsfonds mit Zusatzbeiträgen“ hervorgegangen. Diese Konstruktion war insoweit keine unmittelbare Reaktion auf die Situation im Kassenwettbewerb, sondern viel mehr ein politischer Kompromiss der großen Koalition zwischen Kopfpauschale und Bürgerversicherung (Pressel 2012). Allerdings wirkte die neue Finanzierungssystematik ihrerseits wiederum intensiv auf den Wettbewerb im GKV-System zurück – insbesondere veränderte sie die Merkmlichkeit der Beitragsunterschiede zwischen den Kassen.

Merkmlichkeit der Beitragsunterschiede

Bereits rasch nach Ausbau der Kassenwahlfreiheit durch das GSG hat sich gezeigt: Wettbewerb in der GKV ist insbesondere Beitragssatzwettbewerb. Im Kassenwettbewerb ist von entscheidender Bedeutung, in welcher Höhe die Beiträge an eine Krankenkasse zu leis-

ten sind. Noch in den achtziger Jahren konnte man davon ausgehen, dass die Versicherten auf der individuellen Ebene – im Gegensatz zu den beschriebenen Kollektiventscheidungen – insgesamt nur wenig über ihre Beitragsbelastung und die bei konkurrierenden Krankenkassen wussten, die GKV-Finanzarchitektur galt als „Welt hinter den sieben Bergen“ (Alber und Ryll 1990). Nach der Entscheidung des Gesetzgebers zum Ausbau der Kassenwahlfreiheit hat sich dies deutlich verändert.

Empirie hierzu liegt auf zwei Ebenen vor: Zum einen sind dies Studien, die auf aggregierter Kassenebene analysieren, ob ein Zusammenhang zwischen Mitgliederentwicklung (und Marktanteil) der Krankenkassen und ihrem Beitragssatz besteht. Studien liegen hierzu für die Jahre 1996 bis 2008, also vom Wirksamwerden der Einführung der Wahlfreiheit bis zum Übergang zum Gesundheitsfonds-Zusatzbeitrags-Regime, vor. Sie zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen Mitgliederentwicklung bzw. Marktanteil und Höhe des Beitragssatzes (Schut et al. 2003), jedoch auch eine relativ hohe Beharrung finanziell eher unattraktiver Kassen (Tamm et al. 2007). Der andere Untersuchungsansatz arbeitet auf der individuellen Ebene der Versicherten, insbesondere mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panels. Hier forschte man über die Charakteristika und Einstellungen von Kassenwechslern und Nicht-Kassenwechslern (Andersen und Schwarze 1999; Andersen et al. 2002). Wesentliches Ergebnis dieser Untersuchungen: Der Beitragssatz stellte das dominante Motiv für einen Wechsel dar. Zudem: Insbesondere „gute Risiken“ (nach RSA) wechselten, allerdings mit der Besonderheit, dass zu Kassen mit höherem Beitragssatz in der Tendenz eher die „schlechten Risiken“ wechselten. Zudem wurde festgestellt, dass das Wissen über die Rahmenbedingungen des Kassenwechsels bei Nicht-Wechslern signifikant schlechter war als bei den Wechslern (Braun et al. 2006).

7 Vgl. §§ 265, 266 SGB V i.d.F. d. GRG vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477.

8 Vgl. Allgemeine Begründung des GRG; BT-Drucks. 11/2237., Abschn. III. d)

9 Vgl. GSG v. 21.12.1992, BGBl. I S. 2266.

10 Vgl. Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung v. 10.12.2001, BGBl. I S. 3465.

11 Vgl. etwa Wasem und Walendzik (2011).

12 Vgl. GKV-WSG v. 26.03.2007, BGBl. I S. 378.

Ebenfalls mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels haben Schmitz und Ziebarth das Versichertenverhalten für die Zeit nach 2008 mit der Zeit vor 2009 verglichen (Schmitz und Ziebarth 2014). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Preiselastizität der Nachfrage der Versicherten im Hinblick auf Zusatzbeiträge – je nach Operationalisierung der Preiselastizität – zwei- bis vierfach höher war als die im Hinblick auf die Beitragssätze im alten Regime.

Die deutlich größere Preissensibilität nach 2008 macht deutlich: Offenbar kommt es nicht nur auf die Höhe der Beitragsunterschiede an – denn die waren vor 2009 größer als danach, führten aber vor 2009 zu geringeren beitragsinduzierten Kassenwechseln. Einen wesentlichen Einfluss hat vielmehr die Merkhlichkeit der Beitragsunterschiede, die vor 2009 wohl insbesondere deswegen geringer war als danach, weil die Beiträge im Quellenabzugsverfahren direkt vom Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger eingezogen wurden. Darüber hinaus gehen von einem einkommensabhängigen Beitrag offenbar weniger intensive Signale aus als von einem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag. Schließlich ist die Merkhlichkeit – wie auch vorher schon gemutmaßt worden war (Felder 2007) – wohl besonders hoch, wenn die meisten Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag erheben, die wenigen, die ihn vereinnahmen müssen, daher besonders hervorstechen.

Gegenüber merklichen Preissignalen spielen Versorgungsaspekte bislang also eine allenfalls sekundäre Rolle bei den Kassenwahlentscheidungen. Ob sich dies nachhaltig ändern könnte, ist – vor dem Hintergrund, dass die große Mehrheit der Versicherten gesund und eher am Beitragssatz interessiert ist – eine offene Frage. In jedem Falle bedeutet es, dass die Rahmenbedingungen, die die GKV-Finanzarchitektur für die relative Attraktivität der kassenindividuellen Beitragskomponenten setzt, für den Wettbewerb zentral sind und der besonderen Aufmerksamkeit des die Wettbewerbsordnung gestaltenden Gesetzgebers bedürfen.

Determinanten für Beitragsunterschiede und Ausgleichsbedarf – wo stehen wir?

Insbesondere sollte die Finanzarchitektur dazu beitragen, dass Beitragssatzunter-

schiede genau auf solchen Faktoren beruhen, für die dies gerechtfertigt erscheint. Daher ist es notwendig, bei den Ursachen für Unterschiede in den (Zusatz-)Beitragssätzen zwischen Krankenkassen zu differenzieren. Im Wesentlichen können solche Unterschiede auf sieben Ursachenkomplexen beruhen¹³:

- Unterschiede in der ausgabenseitigen „Risikostruktur“ der Versicherten, insbesondere aufgrund der Morbidität, sollten nicht zu Beitragsunterschieden führen. Dabei wird Morbidität hier im weiteren Sinne verstanden und schließt etwa soziodemographische Faktoren¹⁴ mit ein. Soweit für Versichertengruppen systematisch Unterdeckungen nach Morbi-RSA bestehen, sollten diese durch Modifikation des RSA abgebaut werden. Dies ist teilweise noch der Fall, so sind Multimorbide etwa nach wie vor unterdeckt (Drösler et al. 2011). Wichtig erscheint mir, darauf hinzuweisen, dass nur solche Unterschiede in den Risikostrukturen ausgeglichen werden sollten, die tatsächlich auch zu Ausgabenunterschieden zwischen den Kassen führen; hier besteht nach meiner Einschätzung (etwa mit Blick auf die Berücksichtigung der einzelnen Leistungsbereiche im RSA) Untersuchungsbedarf. Auch sollte untersucht werden, inwieweit Verzerrungen aus der prospektiven Ausrichtung des Morbi-RSA bestehen – dies bedeutet nicht automatisch, auf ein zeitgleiches Verfahren überzugehen, aber würde eine bewusste Reflexion über die heute nicht explizit gemachten Trade-offs mit sich bringen.
- Inwieweit auch der Wohnort der Versicherten, damit also die Regionaldimension, zu Beitragsunterschieden führen oder im Gegensatz im RSA berücksichtigt oder auf anderem Wege ausgeglichen werden sollte, ist eine komplexe Frage, die zurecht kontrovers diskutiert wird.¹⁵ Gegenwärtig wird die Region nicht im RSA berücksichtigt, anders als etwa in den Niederlanden, wo eine differenzierte Regionalvariable Anwendung findet. Hingegen wird eine vollständige Regionalisierung des RSA, wie sie in der Schweiz praktiziert wird, in Deutsch-

land sicherlich nicht dem Verständnis der GKV als bundesweiter Solidargemeinschaft entsprechen.

- Unterschiede in der Zahl der Versicherten, in der Relation von beitragspflichtigen Mitgliedern zu beitragsfrei versicherten Familienangehörigen sowie in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sollten nicht zu Beitragsunterschieden führen. Mit Einführung des Gesundheitsfonds und der aktuellen Ausgestaltung des Einkommensausgleichs für die Zusatzbeiträge ist dies im Großen und Ganzen gewährleistet; insbesondere führen gegenüber der Zeit vor Einführung des Gesundheitsfonds unterschiedlich hohe beitragspflichtige Einnahmen nicht mehr zu Beitragssatzunterschieden bei der Finanzierung von Satzungs- und Ermessensleistungen

Gegenüber merklichen Preissignalen spielen Versorgungsaspekte bislang eine allenfalls sekundäre Rolle bei den Kassenwahlentscheidungen.

sowie der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Eine gewisse, unter Umständen in Bezug auf den Zusatzbeitrag relevante Verzerrung je nach Mitglieder-Familienangehörigen-Relation ergibt sich insoweit, als der Einkommensausgleich und die Berechnung der Unterdeckung im RSA-Verfahren auf die Größe „je Mitglied“ abstellen, die Größe „je Versicherten“ hingegen sachgerechter wäre (Wasem et al. 2014).

- Bezüglich der Unterschiede im Leistungsniveau der Kassen kann zwar kontrovers diskutiert werden, inwieweit kassenindividuelle Differenzierungen im Leistungskatalog in einer grundsätzlich nach dem Solidarprinzip organisierten Krankenversicherung sinnvoll sind (Wasem 2015), soweit der Gesetzgeber sie aber zugelassen hat, sind den Leistungsniveaus

¹³ Vgl. etwas weniger differenziert und auf die damaligen Verhältnisse bezogen auch Jacobs et al. (2002: S. 27ff.).

¹⁴ Vgl. beispielhaft Lux et al. (2015).

¹⁵ Vgl. beispielhaft Wille und Schneider (1997); Jacobs et al. (1998); Wasem et al. (2007); Göppfarth (2011); Ulrich und Wille (2014).

entsprechende Beitragssatzunterschiede sachgerecht. Allerdings ist eine Einschränkung notwendig: Mit Differenzierungen im Leistungskatalog gehen auch Selbstselektionseffekte der Versicherten einher – deren Wirkungen sollten durch den RSA kompensiert werden. Es ist zu vermuten, dass solche Selektionseffekte bestehen, für die der RSA nicht kontrolliert – allerdings fehlt hierzu für Deutschland empirische Evidenz.

- Auch aus Unterschieden im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten resultierende Beitragssatzunterschiede erscheinen sachgerecht. Zum einen kann die Krankenkasse das Inanspruchnahmeverhalten – in gewissen Grenzen – durchaus beeinflussen. Zum anderen ist es zwar für die Krankenkasse und ihre Position im Kassenwettbewerb „misslich“, wenn ihre Versicherten eine überdurchschnittliche Inanspruchnahmeneigung zeigen, dass diese aber von den Versicherten selber durch entsprechend höhere Beiträge und nicht durch den RSA oder andere Ausgleichsmechanismen von den Versicherten anderer Krankenkassen finanziert werden sollten, liegt nahe. In der gegenwärtigen Ausgestaltung der Finanzarchitektur ist dies grundsätzlich angemessen berücksichtigt.
- Aus unterschiedlicher Effizienz der Kassenorganisation resultierende Beitragssatzunterschiede erscheinen geradezu erwünscht, da sie die richtigen Anreize im Kassenwettbewerb für eine wirtschaftliche Organisation der Kasse setzen. Daher sollten die ceteris paribus hieraus resultierenden Beitragsunterschiede nicht nivelliert werden. Durch die Standardisierung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungskosten an die Krankenkassen werden hier grundsätzlich die richtigen Anreize gesetzt (Wasem et al. 2010), auch wenn die genaue Gewichtung der beiden Ansatzpunkte für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben (Zahl und Morbidität der Versicherten) kontrovers diskutiert werden kann¹⁶.
- Gleiches gilt für Unterschiede in der Effizienz der Organisation des Leistungsgeschehens: Ein Krankenkasse, die z.B. durch kluge Verträge zur Integrierten Versorgung oder durch besonders viele Rabattverträge mit

pharmazeutischen Herstellern Kostenvorteile erwirtschaftet, sollte diese im Beitragssatz an ihre Versicherten weitergeben können. Durch die Standardisierung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Leistungsausgaben ist dies grundsätzlich erfüllt.

Was bleibt zu tun?

Die vorstehenden Überlegungen haben deutlich gemacht, dass die aktuelle Finanzarchitektur der GKV Ergebnis einer langjährigen Entwicklung ist, in der der Gesetzgeber vielfach auf sich jeweils ändernde Rahmenbedingungen reagiert hat. Mit dem morbiditätsorientierten RSA einerseits und dem vollständigen Einkommensausgleich sowohl der Beiträge an den Gesundheitsfonds als auch für die Zusatzbeiträge andererseits sind wesentliche Eckpunkte für den Kassenwettbewerb grundsätzlich – bei allen Verbesserungspotentialen im Einzelnen – angemessen ausgestaltet.

In der jüngsten Zeit haben sich allerdings die finanziellen Situationen der Krankenkassen offensichtlich wieder weiter auseinander entwickelt. Die Ursachen hierfür sind bisher nicht systematisch untersucht. Dies erscheint aber notwendig, um feststellen zu können, ob Handlungsbedarf für den Gesetzgeber als Gestalter der Finanzarchitektur des GKV-Systems besteht. Dass sich die Effizienzunterschiede im Handeln der Kassen stärker als früher unterscheiden, ist zumindest nicht auf den ersten Blick erkennbar. Zu fokussieren könnten etwa sein: der prospektive Charakter des Morbi-RSA-Systems, die Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Erkrankungen, der Verzicht auf eine Regionalvariable im RSA, ein Mismatch zwischen Ausgestaltung des Morbi-RSA und Ausgestaltung der Vergütungssysteme in den Leistungssektoren. Es erscheint notwendig, diese Fragen systematisch zu untersuchen. Die GKV-Finanzarchitektur muss zwar für die Kassen einschätzbar bleiben und bedarf daher einer gewissen Stetigkeit – bei erkennbaren Fehlentwicklungen muss der Gesetzgeber hingegen nachjustieren.

16 Vgl. zur Empirie Drosler et al. (2011).

Literatur

- Alber, J. und A. Ryll (1990).** Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung. Sozialer Fortschritt, Jg. 39, Heft 7, S. 165-175.
- Andersen, H. H. und J. Schwarze (1999).** Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische Analyse. Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 53, Heft 5-6, S. 10-28.
- Andersen, H. et al. (2002).** Wechslerprofile-Risikoprofile. Relativer Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997-2001. Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 56, Heft 7-8, S. 19-32.
- Braun, B. et al. (2006).** Barrieren für einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalität, Bequemlichkeit, Informationsdefizite? In: Böcken, J. et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh, Verlag Bertelsmann-Stiftung, S. 11-31.
- Drösler, S. et al. (2011).** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung. Download unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht_morbi-rsa.pdf. Bonn.
- Felder, S. (2007).** Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb. In: Göppfarth, D. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds. Sankt Augustin, Asgard Verlag, S. 215-230.
- Finkenstädt, V. (2010).** Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommensumverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge. Köln, Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Göppfarth, D. (2011).** Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung? In: Repschläger, U. et al. (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2011., BARMER GEK, S. 16-40.
- Jacobs, K. et al. (1998).** Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.
- Jacobs, K. et al. (2002).** Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.
- Lauterbach, K. und E. Wille (2001).** Modell eines fairen Kassenwettbewerbs. Sofortprogramm "Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung" unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV). Köln/Mannheim, mimeo.
- Lux, G. et al. (2015).** Die Berücksichtigung von Zuzahlungsbefreiungen im RSA-Ausgestaltungsmöglichkeiten und Wirkungen einer erweiterten Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren. IBES Diskussionspapier Nr. 207. Universität Duisburg-Essen, IBES.
- Paulus, K. H. (1972).** Die Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Entwicklung und Reformen unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierung. Diss., Universität zu Köln.

Pressel, H. (2012). Der Gesundheitsfonds. Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen. Wiesbaden, Springer VS.

Schmitz, H. und N. R. Ziebarth (2014). Does framing prices affect the consumer price sensitivity of health plan choice? Manuskript.

Schut, F. et al. (2003). Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Jg. 3, Heft 2, S. 117-139.

Smigielski, E. (1982). Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt*, Jg. 31, Heft 10, S. 234-243.

Tamm, M. et al. (2007). Elasticities of Market Shares and Social Health Insurance Choice in Germany: A Dynamic Panel Data Approach. *Health Economics*, Jg. 16, Heft 3, S. 243-256.

Ulrich, V. und E. Wille (2014). Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP). Bayreuth und Mannheim.

Wasem, J. (1986). Sozialpolitische und ökonomische Analyse von Organisationsproblemen in der Gesundheitssicherung älterer Menschen. Frankfurt, Peter Lang.

Wasem, J. (1989). Die Probleme der Versicherten- und Kassenstruktur und ihre Reform – ein Überblick. *Sozialer Fortschritt*, Jg. 39, Heft 2, S. 53-59.

Wasem, J. (1993). Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich – Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV. *Sozialer Fortschritt*, Jg. 42, Heft 1, S. 31-39.

Wasem, J. (2015). Zur Rolle des Kassenwettbewerbs in der Gesundheitsversorgung. *Implicon plus*. Heft 5.

Wasem, J. et al. (2007). Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: D. Göppfart et al. (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin, Asgard Verlag, S. 139-162.

Wasem, J. et al. (2010). Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungskosten – ist eine Reform notwendig? In: D. Göppfart et al. (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010 – Von der Selektion zur Manipulation?* Heidelberg, medhochzwei Verlag, S. 156-167.

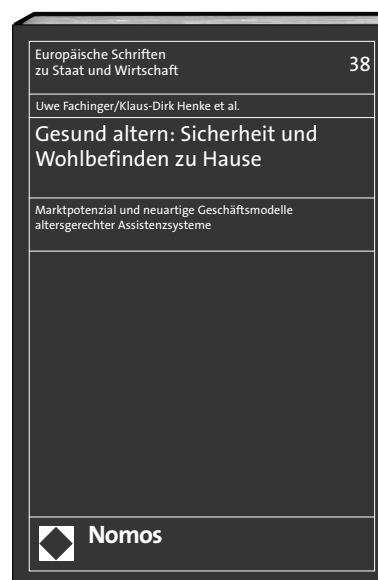
Wasem, J. et al. (2014). Beim Einkommensausgleich Versichertenbezug herstellen, beim Krankengeld Kurs beibehalten. *Highlights Magazin*, Heft 5, S. 35-38.

Wasem, J. und A. Walendzik (2011). Optionen zur "Überwindung" der Marktsegmentierung zwischen GKV und PKV. In: E. Wille und K. Knabner (Hrsg.): *Reformkonzepte im Gesundheitswesen nach der Wahl*. Frankfurt am Main, Peter Lang, S. 43-66.

Wille, E. und U. Schneider (1997). Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, Jg. 3, Heft 4, S. 141-158.

Gesund altern

Sicherheit und Wohlbefinden zuhause



Gesund altern: Sicherheit und Wohlbefinden zu Hause

Marktpotenzial und neuartige Geschäftsmodelle
altersgerechter Assistenzsysteme

Von Prof. Dr. Uwe Fachinger, Hellen Koch, M.A., Dipl.-Vw. Birte Schöpke,
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke und Dr.-Ing. Sabine Troppens

2015, 242 S., brosch., 59,- €

ISBN 978-3-8487-1712-5

(Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 38)

www.nomos-shop.de/24013

Altersgerechte Assistenzsysteme stehen im Mittelpunkt der Arbeit. Es werden Güter des täglichen Bedarfs, genauso wie Luxusgüter für alle Lebensbereiche sowie die damit in Verbindung stehenden Dienstleistungen betrachtet. Die untersuchten Märkte weisen positive makroökonomische Effekte auf, sodass sich in Deutschland aufgrund der demographischen Entwicklung ein Pilot- und Leitmarkt für altersgerechte Assistenzsysteme entwickeln kann.

Die quantitative Abschätzung der Umsatzpotenziale erfolgt auf der Basis einer Szenarienanalyse. Die Ergebnisse werden dem Nachfragepotenzial unter Berücksichtigung der Zahlungsbereitschaft gegenübergestellt. Es ergeben sich erwartungsgemäß erhebliche Diskrepanzen zwischen den Umsatzschätzungen und den Nachfragepotenzialen.



Nomos