

Cirsten Roppel

Reduzierung von Risikoselektionsanreizen im System der gesetzlichen Krankenversicherung

Ein ordnungspolitischer Vorschlag



Nomos

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	17
Tabellenverzeichnis	18
Abkürzungsverzeichnis	19
Symbolverzeichnis	21
1. Gegenstand und Vorgehensweise	25
2. Versicherungstheorie und die Rechtfertigung staatlicher Eingriffe in (Versicherungs-)Märkte	31
2.1. Versicherungstheoretische Grundlagen	31
2.1.1. Das versicherungstechnische Risiko und das Angebot von Versicherungsleistungen	32
2.1.2. Die Nachfrage nach Versicherungen	34
2.1.3. Die Nachfrage speziell nach Krankenversicherungen	41
2.2. Staatliche Eingriffe in Versicherungsmärkte aufgrund von ‚Besonderheitsargumenten‘	45
2.3. Marktversagen und Marktmängel als Ursache für staatliche Markteingriffe	48
2.3.1. Einleitende Bemerkung	48
2.3.2. Marktmängel aufgrund von Moral Hazard	50
2.3.2.1. Zu den Ursachen für Moral Hazard	51
2.3.2.2. Das ‚Tempelhof-Modell‘	56
2.3.3. Zu den Marktmängeln aufgrund von Adverser Selektion	59
2.3.3.1. Adverse Selektion auf Märkten mit symmetrischer Informationsverteilung	66
2.3.3.2. Adverse Selektion auf Märkten mit asymmetrischer Informationsverteilung	69
2.3.3.2.1. Asymmetrische Informationsverteilung und das Angebot von separierenden Versicherungsverträgen	71
2.3.3.2.2. Asymmetrische Informationsverteilung und das Angebot von ‚Pooling-Verträgen‘	74
2.3.3.3. Stabile Versicherungsmarktgleichgewichte unter den Bedingungen der Adversen Selektion	77
2.4. Zwischen-Resümee	80
	13

3.	Der Krankenversicherungsmarkt in Deutschland	83
3.1.	Überblick über die gesetzlichen Grundlagen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung	83
3.1.1.	Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre ‚Verfehlungen‘	88
3.1.1.1.	Zu den Auswirkungen des GKV-WSG auf die Solidarität und den Wettbewerb innerhalb der GKV	92
3.1.1.1.1.	Die Einführung von Selbstbehalten und Wahlтарifen in das System der GKV	92
3.1.1.1.2.	Die (modelltheoretischen) Auswirkungen des differenzierten Vertragsangebots	95
3.1.1.2.	Zwischenfazit	101
3.1.2.	Zum Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen	104
3.1.3.	Das Modell des regulierten Wettbewerbs und die Wettbewerbsparameter der GKV	108
3.2.	Risikoselektion im gesetzlichen Krankenkassenwettbewerb aufgrund des Konflikts zwischen Wettbewerb und ‚Solidarität‘	111
3.2.1.	Einleitende Bemerkung	111
3.2.2.	Zum Begriff der ‚Risikoselektion‘	112
3.2.3.	Zu den unterschiedlichen Ausprägungen der Risikoselektion	114
3.2.3.1.	Direkte positive resp. negative Risikoselektion	120
3.2.3.2.	Indirekte positive resp. negative Risikoselektion	121
3.2.4.	Empirie der Risikoselektion im deutschen GKV-System	123
3.2.5.	Zwischenfazit	124
3.3.	Instrumente zur Reduzierung der Anreize zur Risikoselektion	124
3.3.1.	Einleitende Bemerkung	124
3.3.2.	Administrative Regelungen	125
3.3.3.	Implementierung von Finanzausgleichssystemen	128
3.3.3.1.	Das Modell des ‚Ausgabenausgleichs‘	129
3.3.3.2.	Die Möglichkeit zur Rückversicherung	131
3.3.3.3.	Das Modell des Risikostrukturausgleichs	134
3.3.3.3.1.	Auswahl des Ausgleichsverfahrens	135
3.3.3.3.2.	Auswahl der Ausgleichsvariablen	144
3.4.	Zwischen-Resümee	146
4.	Der Risikostrukturausgleich im System der GKV	148
4.1.	Zur Ausgestaltung des RSA-Status quo	148
4.1.1.	Ziele, Charakteristika und Aufgaben des deutschen Risikostrukturausgleichs	148
4.1.2.	Zur praktischen Umsetzung	152
4.1.3.	Formale Darstellung des RSA	155
4.1.4.	Zwischenfazit	159

4.2.	Verfehlungen des RSA-Status quo und Möglichkeiten zur Erhöhung seiner Zielgenauigkeit	160
4.2.1.	Zu den Verfehlungen des RSA-Status quo	160
4.2.2.	Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA durch seine ‚Perfektionierung‘	164
4.2.2.1.	Gruppe der sozioökonomischen und sozialrechtlichen Ausgleichsvariablen	167
4.2.2.1.1.	Alter, Geschlecht, Familienstand und Bildungsniveau	167
4.2.2.1.2.	Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand, Wechselbereitschaft und regionale Unterschiede	169
4.2.2.2.	Gruppe der morbiditätsorientierten Ausgleichsvariablen	171
4.2.2.2.1.	Leistungsausgaben der Vorperiode und sterbebedingte Kosten	171
4.2.2.2.2.	Diagnostische Informationen	173
4.2.3.	Erhöhung der Zielgenauigkeit durch Verbesserung des Risikopools	174
4.3.	RSA-Reform(-vorschlag) für Deutschland	175
4.3.1.	Einleitende Bemerkung	175
4.3.2.	Zum Gutachten ‚Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich‘	176
4.3.2.1.	Darstellung unterschiedlicher morbiditätsorientierter (Versicherten-)Klassifikationsmodelle	176
4.3.2.2.	Zur Empfehlung des Klassifikationsmodells ‚RxGroups+IPHCC‘	180
4.3.3.	Die Auswirkungen des GKV-WSG auf den RSA	181
4.3.3.1.	Zu den geplanten Änderungen	181
4.3.3.2.	Kritische Anmerkungen	183
4.4.	Zwischen-Resümee	185
5.	Flankierende ordnungspolitische Maßnahmen zur Reduzierung von Risikoselektionsanreizen	189
5.1.	Einleitende Bemerkung	189
5.2.	Weitestgehende Beibehaltung der Struktur des RSA-Status quo	190
5.2.1.	Wahl der Ausgleichsvariablen	190
5.2.1.1.	Beibehaltung der Morbiditätsindikatoren des RSA-Status quo und dessen Erweiterung um ‚standardisierte Verwaltungsausgaben‘	190
5.2.1.2.	Erweiterung des RSA-Status quo um einen ‚regionalen Ausgleich‘	192
5.2.2.	Wahl des Ausgleichsverfahrens	195
5.2.2.1.	Beibehaltung des Zellansatzes	195
5.2.2.2.	Beibehaltung des Ist-Kostenansatzes	195
5.2.2.3.	Wechsel zur prospektiven Ausgestaltung des RSA	196
		15

5.2.3.	Zwischenfazit	198
5.3.	„Administrative Regelungen“ zur Reduzierung der Risikoselektionsanreize	199
5.3.1.	Einleitende Bemerkung	199
5.3.2.	Die Erhebung einer ‚Konventionalstrafe‘ als ergänzende ‚ordnungspolitische‘ Maßnahme zur Reduzierung der Risikoselektionsanreize	200
5.3.2.1.	Nachweis der erfolgten Risikoselektion	201
5.3.2.2.	Zur Höhe und ‚Verteilung‘ der Konventionalstrafe	205
5.3.3.	Auswirkung des GKV-WSG auf die Einführung einer Konventionalstrafe	207
5.4.	Zwischen-Resümee	209
6.	Schlussbemerkung	211
	Literaturverzeichnis	215
	Die Autorin	231