



Direktor: Prof. Achim Wambach, Ph. D.
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

Private Krankenversicherung in den USA – Im Spannungsfeld zwischen Staat und Markt

Ines Läufer

Otto-Wolff-Discussion Paper 07/2013
(Oktober 2013)

Inhaltsverzeichnis

Private Krankenversicherung in Deutschland und in den USA.....	3
Das U.S.-System: Bekannt für die hohe Zahl nicht versicherter Personen	4
Arbeitgeber-Gruppenversicherung: Steuerförderung und Kostenvorteile	5
Staatliche Verzerrung der Nachfrage nach Versicherungsschutz auf Kosten der Langfristigkeit	7
Sozialpolitik und Gesundheitsversorgung: Kein genereller Anspruch auf Unterstützung	9
Affordable Care Act: Zwei Ansätze der Unterstützung für nicht versicherte Personen	9
Ausdehnung Medicaid: Hilfe für Niedrigeinkommen	10
Regulierung des privaten Krankenversicherungsmarktes: Subventionierung hoher Versicherungsprämien	10
Versicherungspflicht	11
Mögliche Probleme der Reform für den Versicherungsmarkt.....	12
Adverse Selektion auf den neuen Exchange Markets	12
Verhinderung effizienten Versorgungswettbewerbs	16
Funktionierender Versorgungswettbewerb im Status quo?	17
Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt?	18
Wettbewerb der Leistungserbringer?	21
Zusammenfassung.....	23
Literaturverzeichnis.....	25

Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirtin Ines Läufer
laeuffer@wiso.uni-koeln.de

Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

Private Krankenversicherung in Deutschland und in den USA

Die im Jahre 2010 verabschiedete Reform von Präsident Obama wurde in Deutschland angesichts der vorgesehenen gravierenden Veränderungen für den privaten Krankenversicherungsmarkt sowie kontroverser Debatten über die Einführung einer Versicherungspflicht unter Einschaltung des Obersten Gerichtshofes mit Interesse verfolgt.

Das amerikanische System gilt oft als „liberales“ Modell im Vergleich zum deutschen Krankenversicherungssystem: Der private Krankenversicherungsmarkt in den USA ist deutlich größer als in Deutschland. Eine Verpflichtung zum Abschluss der Krankenversicherung gab es in den USA bislang nicht. In Deutschland sind die meisten abhängig Beschäftigten in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Alle anderen Personen müssen sich seit Einführung der Versicherungspflicht im Jahre 2009 entweder bei einer Krankenkasse oder bei einer privaten Krankenversicherung versichern.

In beiden Ländern ist der private Krankenversicherungsmarkt in die Kritik geraten: In den USA besitzen rund 50 Millionen Menschen keinen Krankenversicherungsschutz. Dieses Phänomen kann zumindest auf den ersten Blick als unmittelbares Ergebnis des privaten Krankenversicherungssystems erscheinen: Bei freier Preisgestaltung privater Versicherungen sind gerade diejenigen, die eine Krankenversicherung am dringendsten benötigen, mit oftmals unerschwinglichen Prämien konfrontiert. In Deutschland waren in den letzten Jahren insbesondere ältere Personen von einem deutlichen Anstieg ihrer Versicherungsprämie betroffen. Diese finanzielle Belastung im Alter sollte eigentlich durch die langfristige Vorsorge des Versicherungsschutzes vermieden werden. Zwar gibt es mehrere Erklärungsfaktoren, die nicht alle im Verantwortungsbereich des privaten Krankenversicherers liegen (Arentz/Eekhoff, 2013). Nichtsdestotrotz erzeugen die Entwicklungen der letzten Jahre Skepsis gegenüber dem Geschäftsmodell der Versicherer.

Die Regulierung privater Krankenversicherungen weist mittlerweile in beiden Ländern ähnliche Tendenzen auf: So sieht die Reform von Präsident Obama neben der Versicherungspflicht strikte Vorgaben für private Krankenversicherungen hinsichtlich der Prämiengestaltung und der Gestaltung der Leistungskataloge vor. Zudem wurde ein Kontrahierungszwang für die Versicherungen eingeführt. Damit soll der Zugang für die derzeit unversicherten Per-

sonen zu einem Krankenversicherungsschutz ermöglicht werden. In Deutschland wurde im Jahre 2009 der Basistarif für private Krankenversicherungen eingeführt (Göpfahrt, 2012): Im Basistarif besteht Kontrahierungszwang und eine Differenzierung der Prämien ist nur nach Alter erlaubt, eventuelle Vorerkrankungen dürfen keine Rolle spielen. Zudem darf die Prämie maximal dem GKV-Höchstbeitrag entsprechen. Für jene Personen, die auch diesen Höchstbeitrag nicht aufbringen können, ist die Krankenversicherung gezwungen, die Prämienhöhe um die Hälfte zu reduzieren. Ziel dieser Regulierungen war es, Personen, die ihren privaten Krankenversicherungsschutz verloren hatten, wieder in das private Krankenversicherungssystem zu integrieren, ohne sie mit hohen Prämienzahlungen finanziell zu überfordern. Bei Wiederaufnahme in einen Normaltarif der PKV, in dem eine Risikodifferenzierung erlaubt ist, hätten viele dieser Personen aufgrund eventueller Vorerkrankungen ggf. deutlich höhere Prämien bezahlen müssen.

Vor diesem Hintergrund ist eine vergleichende Betrachtung der beiden Versicherungssysteme nahe liegend: Gibt es in beiden Systemen ähnliche Faktoren, die eine große Zahl der Personen ohne Krankenversicherung und hoher Prämien im privaten Krankenversicherungsmarkt erklären können? Lassen sich daraus Rückschlüsse ziehen für die generelle Funktionsfähigkeit von privaten Krankenversicherungsmärkten und deren institutionellen Rahmenbedingungen?

Das U.S.-System: Bekannt für die hohe Zahl nicht versicherter Personen

In den USA hat die Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz in den letzten Jahren zugenommen, sowohl in der Gruppe der einkommensschwachen als auch unter den einkommensstarken Personen (Swartz, 2006, S.2). Mittlerweile besitzen rund 50 Millionen Menschen weder eine private noch eine staatliche Krankenversicherung. Dabei befindet sich die Mehrheit unter ihnen im niedrigen Einkommensbereich (Swartz, 2006, S. 2). Aber auch in höheren Einkommensklassen besitzen viele Personen keine Krankenversicherung (Pauly, 2010, S. 10), was nicht zwangsläufig einen freiwilligen Verzicht auf einen Krankenversicherungsschutz darstellen muss. Je nach Höhe der (nach individuellem Risiko unterschiedlichen) Versicherungsprämie kann die Prämienbelastung auch für Personen mit vergleichsweise hohem Einkommen untragbar sein, so dass diese auf eine Krankenversicherung verzichten müssen. Personen ohne Krankenversicherung haben unabhängig von ihrem Einkommen ei-

nen Zugang zur Notfallversorgung in den Krankenhäusern, die keinen Patienten ablehnen dürfen. Eine darüber hinaus gehende Versorgung kann jedoch nur in Abhängigkeit von der individuellen Zahlungsfähigkeit in Anspruch genommen werden.

Arbeitgeber-Gruppenversicherung: Steuerförderung und Kostenvorteile

Traditionell basiert das amerikanische Krankenversicherungssystem für Personen unter 65 Jahren¹ auf der Versicherung der Arbeitnehmer bei ihrem Arbeitgeber.² Insbesondere große Unternehmen gewähren ihren Arbeitnehmern einen Krankenversicherungsschutz als Lohnbestandteil. Die Lohnauszahlung in Form von Krankenversicherungsschutz etablierte sich im Zuge der Einführung von gesetzlichen Lohnobergrenzen nach dem zweiten Weltkrieg. Um diese Regelung zu umgehen und die Löhne weiterhin flexibel erhöhen zu können, boten die Unternehmen ihren Arbeitnehmern Krankenversicherungsleistungen als zusätzlichen Lohnbestandteil an (Cannon/Tanner, 2007, S. 67). Für den Arbeitgeber macht es keinen Unterschied, ob er den kompletten Lohn ausbezahlt oder ob er einen Teil davon für den Krankenversicherungsschutz des Arbeitnehmers aufwendet und diesen direkt an die Krankenversicherung überweist. Krankenversicherungsschutz kann der Reputation des Arbeitgebers dienen und damit ein Parameter im Wettbewerb um die Arbeitnehmer darstellen, wenn er für diese attraktiver ist als Barlohn.

Der vom Arbeitgeber angebotene Krankenversicherungsschutz wird in den USA steuerlich gefördert: Sowohl der Anteil der Prämien, den der Arbeitgeber bezahlt, als auch die Prämienbeteiligung des Arbeitnehmer unterliegen keiner Besteuerung. Die individuelle Krankenversicherung muss hingegen von einem zuvor versteuerten Einkommen finanziert werden. Aufgrund der Steuervorteile ist die Gruppenversicherung über den Arbeitgeber günstiger als die Auszahlung des Lohnes und der anschließende Erwerb einer individuellen Krankenversicherung, bei einer ansonsten gleichen Prämie.³

¹ Ab dem 65. Lebensjahr sind alle U.S.-Bürger im System „Medicare“ versichert.

² Der individuelle Krankenversicherungsmarkt ist im Vergleich zum Markt der Gruppenversicherungen sehr klein: Im Jahre 2001 waren weniger als 7 % der Personen unter 65, also rund 16,4 Millionen Amerikaner, dort versichert (Chollet, 2004, S. 47).

³ Besteht für Arbeitnehmer nicht die Option, sich den Verzicht auf Gruppenversicherung in Form des höheren Lohnes auszahlen zu lassen, so ist der Beitritt zu Gruppenversicherung natürlich unabhängig von der Differenz zwischen der Durchschnittsprämie in Gruppenversicherung und der risikoäquivalenten Prämie in der Individualversicherung attraktiver.

Zahlen alle Versicherten die gleiche Prämie, weil der Arbeitgeber die Kosten auf alle Arbeitnehmer gleichermaßen umlegt, also für alle Arbeitnehmer einen Lohnabzug in gleicher Höhe vorsieht, dann ist die Gruppenversicherung für Personen mit einem durchschnittlichen Kostenrisiko aufgrund der Steuerförderung günstiger als der Erwerb einer individuellen Krankenversicherung, unter der Annahme, dass diese also ebenfalls für das durchschnittliche Risiko eine durchschnittliche Prämie verlangt (was nicht in allen Bundesstaaten der USA tatsächlich erlaubt ist).

Von der Durchschnittsprämie profitieren die vergleichsweise höheren Risiken, also Personen, deren Krankheitskostenrisiko höher ist als das in der Durchschnittsprämie abgebildete Gruppenrisiko. In einer alternativ erreichbaren Individualversicherung müssten diese hohen Risiken eine an ihrem Risiko orientierte Prämie entrichten. Daher besteht für die hohen Risiken ein großer Anreiz, der Gruppenversicherung beizutreten.

Gute Risiken hingegen müssten in der Gruppenversicherung c.p. einen entsprechenden Aufschlag auf die risikoäquivalente Prämie einer individuellen Krankenversicherung zahlen. Für gute Risiken könnte die Gruppenversicherung also weniger attraktiv sein als die Nettoauszahlung der Durchschnittsprämie in bar und ein Erwerb der individuellen Krankenversicherung zu einer risikoäquivalenten Prämie. Bei ansonsten gleichen Bedingungen müsste dieser Aufschlag in der Gruppenversicherung also von dem steuerlichen Vorteil mindestens kompensiert werden.

Es kommen neben der Steuerförderung aber auch noch weitere Faktoren hinzu, die die Gruppenversicherung günstiger als eine individuelle Krankenversicherung machen können. Bei einer Gruppengröße, die hinreichend groß ist, um den Risikoausgleich ohne Pooling mit anderen Gruppen vorzunehmen, kann der Arbeitgeber eine (ebenfalls steuerbefreite) Selbstversicherung durchführen. Bei einer Selbstversicherung fallen im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung keine umsatzsteuerpflichtigen Prämienzahlungen an. Des Weiteren können mit dem Verzicht auf einen externen Krankenversicherer auch Verwaltungs- und Transaktionskosten eingespart werden.⁴

⁴ Allerdings verzichtet der Arbeitgeber bei der Selbstversicherung unter Umständen auch auf die Expertise einer Krankenversicherung im Risikomanagement und in der Versorgungsgestaltung.

Auch der Abschluss einer Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber bei einer privaten Krankenversicherung geht mit Kostenvorteilen gegenüber dem Abschluss individueller Verträge einher. Erstens können Werbekosten eingespart werden: Da gerade große Unternehmen aus Reputationsgründen ihren Arbeitnehmern eine Krankenversicherung anbieten, bedarf es seitens der Krankenversicherung deutlich weniger Aufwand, um das Interesse potenzieller Nachfrager zu wecken. Die Arbeitgeber werden selbst aktiv eine Versicherung für ihre Belegschaft nachfragen. Demgegenüber ist es deutlich aufwendiger und damit kostenintensiver, einzelnen Personen auf die Versicherungsprodukte aufmerksam zu machen. Zweitens sind die Vertragsabschlusskosten deutlich geringer, wenn der Vertrag für eine ganze Gruppe geschlossen wird und nicht separat mit jedem einzelnen Arbeitnehmer. Diese Kostenvorteile können auch für gute Risiken zu einem Prämienvorteil der Gruppenversicherung gegenüber einer individuellen Versicherung führen.

Im Ergebnis kann die Kombination aus geringen Verwaltungskosten und der Steuerförderung dazu führen, dass der Beitritt zu einer großen Gruppenversicherung auch dann für niedrige Risiken attraktiv ist, wenn ihr individuelles Risiko unter dem Gruppendurchschnittsrisiko liegt. Für Personen mit einem hohen Risiko ist die Gruppenversicherung in diesem Fall sowohl aufgrund der Subventionierung durch gute Risiken als auch aufgrund der weiteren Kostenvorteile attraktiver als der Abschluss einer individuellen Krankenversicherung.

Staatliche Verzerrung der Nachfrage nach Versicherungsschutz auf Kosten der Langfristigkeit

Die Steuerförderung führt zu einer Ungleichbehandlung zwischen denjenigen, die über ihren Arbeitgeber versichert werden und jenen, denen nur die Option, einen individuellen Versicherungsvertrag abzuschließen, offen steht.⁵

Für die Erklärung der hohen Zahl nicht versicherter Personen in den USA kommt der steuerlichen Ungleichbehandlung eine große Bedeutung zu, weil die beiden Versicherungsvarianten, Arbeitgeber- und Individualversicherung, einen unterschiedlichen Zeithorizont des Versicherungsschutzes aufweisen: Die Arbeitgeber-Gruppenversicherung bietet tendenziell nur einen Versicherungsschutz während der Laufzeit des Arbeitsvertrages und ist somit in der

⁵ Diese Verzerrung zugunsten der Gruppenversicherung wird kritisiert, weil die bei einer neutralen Behandlung beider Versicherungsformen erwartete erhöhte Nachfrage nach individuellen Krankenversicherungsverträgen auch die Verwaltungskosten pro Vertrag reduzieren könnte (Pauly/Percey/Herring, 1999).

Regel nicht langfristig ausgerichtet. Verliert ein Arbeitnehmer, der bereits Vorerkrankungen entwickelt hat, seine Anstellung, so ist der Abschluss einer individuellen Krankenversicherung eventuell nur zu deutlich höheren Prämien möglich. Denn bei einem individuellen Krankenversicherungsvertrag kalkuliert die private Versicherung (sofern die zwischen den Bundesstaaten variierenden Regulierungen dies zulassen), eine risikoäquivalente Prämie. Individuelle Kostenrisiken, insbesondere Vorerkrankungen, spielen also für die Prämienhöhe eine große Rolle.

Demgegenüber kann mit einem individuellen Krankenversicherungsvertrag ein vom Arbeitgeber unabhängiger und damit theoretisch auch ein langfristiger Schutz erworben werden. In vielen Bundesstaaten müssen die Verträge mittlerweile den Anspruch auf eine Erneuerbarkeit zu alten Vertragskonditionen beinhalten, d. h. mögliche Risikoveränderungen in der laufenden Periode dürfen sich nicht in der bei Vertragsverlängerung kalkulierten Prämie niederschlagen. Die Langfristigkeit des Vertrags und damit die Verpflichtung für Versicherungen, das Krankheitskostenrisiko über einen langen Zeitraum decken zu müssen, wird durch einen Prämienaufschlag finanziert (Pauly, 2010). Ob potentielle Versicherte bereit sind, diesen Aufschlag zu bezahlen, hängt von ihrer Risikoaversion sowie von ihrer Gegenwartspräferenz ab. Ist letztere stark ausgeprägt, gewichten die Individuen gegenwärtigen Konsum höher als eine langfristige Absicherung und zahlen daher lieber geringere Prämien, auch wenn sie damit das Risiko eingehen, im Alter sehr hohe Prämien entrichten zu müssen.

Dieses Kalkül kann aber von der steuerlichen Förderung der Gruppenversicherung geprägt werden: Die Erwartung, zu einem späteren Zeitpunkt (mit Arbeitsbeginn) eine geförderte Gruppenversicherung zu erhalten, kann die Zahlungsbereitschaft für einen langfristig ausgerichteten und damit im Vergleich zur Periodenversicherung teureren Vertrag, reduzieren. Die Steuerförderung erhöht also die Nachfrage nach Versicherungsschutz zuungunsten einer nicht langfristig ausgerichteten Krankenversicherung (Pauly/Percey/Herring, 1999; Cochrane, 2013).

Hinzu kommt die Gewissheit, im Alter einen gewissen Krankenversicherungsschutz im Medicare-System zu erhalten, der jedem U.S. Bürger ab dem Alter von 65 Jahren zusteht. Individuellen Krankenversicherungsverträgen kommt also in erster Linie die Funktion zu, vorübergehende Zeitperioden abzusichern.

Sozialpolitik und Gesundheitsversorgung: Kein genereller Anspruch auf Unterstützung

Die Folgen eines fehlenden Zugangs zu oder des Verlusts von einer Gruppenversicherung sind deshalb gravierend, weil es in den USA (im Gegensatz zum deutschen Sozialsystem) keine systematische sozialpolitische Unterstützung gibt.⁶ Nur gewisse Gruppen erhalten sozialpolitische Hilfen in Form öffentlicher Krankenversicherungsprogramme. Das Programm „Medicaid“, welches 1965 auf Bundesebene eingeführt wurde, gewährleistet eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung für bedürftige Personen. Die Kriterien, nach denen diese Bedürftigkeit erfasst wird, unterscheiden sich in den einzelnen Bundesstaaten; gemeinsam ist ihnen jedoch, dass sie deutlich restriktiver sind als in Deutschland. So müssen neben einem geringen Einkommen in den meisten Staaten noch zusätzliche qualifizierende Merkmale, wie etwa eine Behinderung oder eine Unterhaltsverpflichtung für Kinder, hinzukommen. Im Gegensatz zu Deutschland ist also Armut nur eine notwendige, noch keine hinreichende Bedingung für eine sozialpolitische Unterstützung (The Henry Kaiser Family Foundation, 2010).⁷ Personen, deren Kaufkraft für eine Prämie auf dem individuellen Krankenversicherungsmarkt nicht ausreicht, entweder weil die Prämie aufgrund des Risikos sehr hoch ist oder weil das Einkommen auch für eine vergleichsweise geringe Prämie eines guten Risikos zu niedrig ist, erhalten keine Unterstützung, die ihnen den Erwerb der Krankenversicherung ermöglichen würde. Personen, die ihre Arbeitgeber-Gruppenversicherung verloren haben und zugleich Vorerkrankungen oder höheres Alter aufweisen, müssen also je nach Einkommen ohne Krankenversicherungsschutz auskommen.

Affordable Care Act: Zwei Ansätze der Unterstützung für nicht versicherte Personen

Die Reform von Präsident Obama, der Affordable Care Act (ACA) zielt vor allem auf die Reduktion der hohen Zahl von Personen ohne Krankenversicherungsschutz.

⁶ In Deutschland zählt der Zugang zu einer regulären Gesundheitsversorgung zum sozialen Mindeststandard. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung bzw. Krankenversicherung erfolgt für finanziell bedürftige Menschen durch den Steuerzahler.

⁷ Neben der Medicaid gibt es noch das Versicherungsprogramm CHIP („Children’s Health Insurance Program“), welches gezielt Kinder unterstützt und dabei bei der anspruchrelevanten Einkommenshöhe großzügiger ist als Medicaid (The Henry Kaiser Family Foundation, 2011).

Ausdehnung Medicaid: Hilfe für Niedrigeinkommen

Zum einen soll der Zugang über die Ausdehnung des Anspruchs auf Medicaid erleichtert werden. Vorgesehen war die Festlegung einer bundesweit einheitlichen Einkommensgrenze (133 Prozent der nationalen Armutsgrenze), bei deren Unterschreiten ein Anspruch auf Medicaid besteht. Zudem sollte die Unterschreitung der Einkommensgrenze zukünftig ausreichen, um einen Anspruch auf Medicaid zu erhalten. Die bisher zusätzlich erforderlichen Kriterien „Behinderung“ oder „Unterhaltsverpflichtung“ sollten also entfallen (The Kaiser Family Foundation, 2010).⁸

Unter der Annahme der bundesweiten Ausdehnung des Medicaid-Programms wurde davon ausgegangen, dass rund 16 Millionen Menschen auf diesem Wege einen Krankenversicherungsschutz erhalten könnten (White, 2010), davon rund 11 Millionen bislang unversicherte Personen (Eibner/Price, 2012, S. 5).

Die genaue Ausgestaltungsform von Medicaid bleibt jedoch weiterhin den Bundesstaaten vorbehalten, da der Oberste Gerichtshof entschieden hat, dass diese nicht durch den ACA zu einer Ausdehnung der Anspruchskriterien gezwungen werden dürfen (The Kaiser Family Foundation, 2012)⁹. In einigen Staaten müssen daher nach wie vor zusätzlich zum Einkommen weitere Merkmale vorgewiesen werden, um Unterstützung zu erhalten.¹⁰ Die Zahl der durch Medicaid abgesicherten Menschen wird naturgemäß stark von der Entscheidung der einzelnen Staaten über die Ausgestaltung abhängen (Greer/Singh, 2013).

Regulierung des privaten Krankenversicherungsmarktes: Subventionierung hoher Versicherungsprämien

Des Weiteren sollen nun rund 12 Millionen derzeit unversicherte Personen (Eibner/Price, 2012, S. 5) auf dem individuellen Krankenversicherungsmarkt versichert werden. Um hohen Risiken den Zugang zu erleichtern, dürfen die privaten Krankenversicherer ab 2014 die Prämien für neue individuelle Verträge und Arbeitgebersicherungen kleiner Gruppen nur noch in sehr begrenztem Umfang differenzieren.¹¹ Vorerkrankungen und sonstige persönliche Risikofaktoren dürfen nicht mehr berücksichtigt werden. Innerhalb gewisser

⁸ Für einen genauen Überblick siehe: <http://www.medicaid.gov/AffordableCareAct/Provisions/Eligibility.html>.

⁹ Die Bundesregierung hatte dies versucht, indem sie den Staaten drohte, bei Ablehnung der Ausdehnung die bundesstaatlichen Zuschüsse zur Finanzierung von Medicaid zu streichen.

¹⁰ Für einen genauen Überblick: <http://www.advisory.com/Daily-Briefing/Resources/Primers/Medicaid-expansion>

¹¹ Für einen Überblick über die Gesundheitsreform vgl. bspw. Eibner/Price, 2010; Harrington, 2010 a; Göpfahrt, 2012.

Grenzen können das Alter, das Rauchverhalten, der Familienstand und die Wohnregion noch als Kriterien zur Prämiendifferenzierung herangezogen werden. Das Verbot der Prämiendifferenzierung nach dem Gesundheitszustand führt dazu, dass vergleichsweise gesunde Personen eine höhere Prämie bezahlen, als es ihrem Risiko entspricht. Die Überschüsse werden für die Finanzierung der Prämiendefizite von Personen mit hohen erwarteten Krankheitskosten verwendet. Damit soll für jene Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustands hohe Prämien bezahlen müssten und aus diesem Grund bisher keine Versicherung erwerben konnten, der Zugang deutlich erleichtert werden. Flankiert wird diese Prämienregulierung von einem Kontrahierungszwang für Versicherungen.

Damit gleicht das Prinzip des Risikoausgleichs auf dem individuellen Krankenversicherungsmarkt zukünftig eher jenem der Arbeitgeber-Gruppenversicherungen: So wie in (großen) Unternehmen die Arbeitnehmer einem Versicherungspool mit durchschnittlichen Prämien beitreten, können auch jene Personen, die nicht über einen Arbeitgeber versichert sind, in einer Gruppe zu durchschnittlichen Prämien versichert werden.

Versicherungspflicht

Des Weiteren wurde im Zuge der Reform eine allgemeine Versicherungspflicht („Individual Mandate“) für alle Bürger der USA eingeführt.¹² Die Versicherungspflicht kann natürlich auch durch die Versicherung über einen Arbeitgeber erfüllt werden. Arbeitgeber größerer Betriebe (mehr als 50 Arbeitnehmer) müssen ihren Arbeitnehmern eine Krankenversicherung anbieten, also für diese eine Gruppenversicherung abschließen.

Die Versicherungspflicht ist für das Ziel der Subventionierung von Personen mit hohen Kostenrisiken durch Personen mit niedrigen Kostenrisiken notwendig. Andernfalls würden unter der Bedingung durchschnittlicher Prämien jene Personen, die ein geringes Krankheitsrisiko aufweisen, ihre Nachfrage nach Versicherungsschutz reduzieren. Die Folge des Austritts guter Risiken wären steigende Prämien für die im Markt verbleibenden höheren Risiken (adverse Selektion).

Die Wirksamkeit der Versicherungspflicht ist allerdings fraglich, denn die Nicht-Einhaltung wird lediglich mit einer relativ geringen Strafsteuer geahndet. Je nach Höhe der zu zahlenden

¹² Einige Personengruppen sind davon ausgenommen, insbesondere jene, deren Versicherungsprämie mehr als 8 % des Einkommens betragen würde.

Krankenversicherungsprämie und je nach Risikoaversion kann es daher insbesondere für gute Risiken weiterhin attraktiver sein, auf die Versicherung zu verzichten und die Strafsteuer zu zahlen.

Nicht nur die Effektivität, auch die Legitimität der Versicherungspflicht war und ist umstritten. Obgleich aus juristischer Sicht seit der Entscheidung des Obersten Gerichtshofs als legitim, also verfassungskonform¹³, erachtet, bleibt sie ein in der Bevölkerung sehr umstrittenes, weil sie von vielen Personen als nicht gerechtfertigter Eingriff des Staates in die persönliche Entscheidungsfreiheit empfunden wird.

Mögliche Probleme der Reform für den Versicherungsmarkt

Das Verbot der risikodifferenzierten Prämienkalkulation auf dem Versicherungsmarkt führt zu einer Subventionierung von Personen mit einem hohen Krankheitsrisiko, unabhängig von deren Einkommen. Dies führt insofern zu unsystematischen Verteilungswirkungen, als dass Personen mit einem geringen Risiko und geringem Einkommen unter Umständen Personen unterstützen, die zwar ein höheres Risiko besitzen, aber zugleich ökonomisch deutlich besser situiert sind. Das Ziel, bislang nicht versicherten Personen einen den Zugang zu einem Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen, könnte ausschließlich über die Unterstützung von einkommensschwachen Personen erreicht werden. Unabhängig von der Bewertung der Verteilungswirkungen der Prämienregulierung ist diese deshalb kritisch zu betrachten, weil sie zu Problemen auf dem Versicherungsmarkt führen kann.

Adverse Selektion auf den neuen Exchange Markets¹⁴

Auch unter den Regeln des Affordable Care Acts (ACA) kann die Gefahr der adversen Selektion¹⁵ nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Krankenversicherungsverträge ab 2014 sollen nun vornehmlich auf staatlich organisierten und besonders strikt regulierten Märkten (so genannten „Exchange Markets“) erworben werden. Dort stehen vier standardisierte, unterschiedlich umfangreiche Leistungskataloge (von „Bronze“ über „Silber“, „Gold“ bis zum um-

¹³ Die Verfassungskonformität basiert auf der Interpretation der Strafzahlung bei Nicht-Versicherung als „Steuer“, welche auf Bundesebene eingeführt werden darf.

¹⁴ Dieser Abschnitt folgt Greenwood, 2012.

¹⁵ Die adverse Selektion wird im Hinblick auf die Intention der Prämienregulierung als Problem für Personen mit hohem Risiko angesehen: Deren Prämien steigen mit abnehmendem Anteil der guten Risiken in dem Versicherungskollektiv. Eigentlich jedoch sind die guten Risiken davon betroffen, weil es ihnen nicht möglich ist, einen umfassenderen Leistungskatalog zu risikoäquivalenten Prämien zu wählen. Sie müssen auf einen weniger umfangreichen Katalog ausweichen, um über diesen Weg am Ende doch risikoäquivalente Prämien zahlen zu können.

fassendsten Katalog „Platin“) zur Auswahl. Die Auswahl zwischen Katalogen unterschiedlichen Umfangs, deren Prämien jeweils nur am Durchschnittsrisiko des Tarifs bemessen sein dürfen, könnte dazu führen, dass gute Risiken sich eher für einen geringen, hohe Risiken sich für einen hohen Leistungskatalog entscheiden. Denn für Personen mit geringen erwarteten Kosten würde ein umfangreicher Katalog, dessen Prämien nur am Durchschnittsrisiko des Tarifs bemessen sein dürfen, im Vergleich zu einem reduzierten Katalog einen höheren Subventionsanteil für hohe Risiken beinhalten.¹⁶

Um dieser Gefahr vorzubeugen, sieht der Affordable Care Act vor, dass Versicherungen für die zukünftig hinzukommenden Versicherten einen einzigen Risikopool bilden müssen. Die Versicherungen müssen also sowohl innerhalb der Exchange Markets über alle Tarife hinweg poolen als auch zwischen den auf den Exchange Markets und außerhalb der Exchange Markets abgeschlossenen Tarifen einen Ausgleich vornehmen. In diesem Fall können sich die guten Risiken dem Risikoausgleich mit den hohen Risiken durch eine Tarifwahl nicht entziehen.

Für eine Versicherung wird es aufgrund des Verbots der Prämiendifferenzierung attraktiv, sich auf die Versicherung der niedrigen Risiken zu konzentrieren und diese gezielt zu werben. Die Regelungen des Affordable Care Acts können diese Risikoselektion nicht gänzlich verhindern: Versicherungen besitzen die Möglichkeit, ausschließlich außerhalb der Exchange Markets anzubieten und dort auch nur einen wenig umfangreichen Leistungskatalog anzubieten. Auf den Exchange Markets muss eine Versicherung hingegen auch die umfangreicheren Kataloge Silber und Gold anbieten. Des Weiteren sind die Anforderungen an die angebotenen Leistungskataloge außerhalb der Exchange Markets geringer als jene auf den Exchange Markets. Auf den Exchange Markets müssen die Versicherungen bspw. gewisse Mindestvorgaben bezüglich der Anzahl an Leistungserbringern, mit denen die Verträge schließen, erfüllen. Diese Mindeststandards können die Kosten des Versicherungsschutzes auf den Exchange Markets im Vergleich zu einem außerhalb abgeschlossenen Versiche-

¹⁶ Allerdings ist eine derartige Separierung von guten und schlechten Risiken in unterschiedlichen Leistungskatalogen nur in einem ersten Schritt zu erwarten. Sobald sich in den hohen Leistungskatalogen ausschließlich hohe Risiken befinden, steigen deren Prämien massiv an, da die guten Risiken zum Ausgleich fehlen. In der Folge sind sie gezwungen, auf günstigere Leistungskataloge auszuweichen. Langfristig werden daher alle Versicherten den günstigsten Leistungskatalog wählen, womit die guten Risiken schließlich doch zur Subventionierung der hohen Risiken beitragen müssen, da ihnen der vollständige Austritt aus dem Markt nicht möglich ist.

rungsvertrag erhöhen. Schließlich dürfen sich Versicherungen bei einem Angebot außerhalb der Exchange Markets sowohl durch die Tarifgestaltung als auch durch Marketingmaßnahmen auf die Anwerbung der niedrigen Risiken konzentrieren. Auf den Exchange Markets ist dies hingegen untersagt. Diese Regelungen könnten dazu führen, dass Versicherungen sich auf die Selektion guter Risiken spezialisieren, indem sie nur außerhalb der Exchange Markets den geringstmöglichen Leistungskatalog („Bronze“) anbieten. Sollte es ihnen gelingen, Personen mit geringem Risiko anzuwerben, würde dies zu einer entsprechenden Verschlechterung der Risikostruktur auf den Exchange Markets und damit zu höheren Prämien für die dort versicherten Personen führen.

Allerdings haben die Bundesstaaten die Option, den Versicherungen den ausschließlichen Verkauf von Verträgen jenseits der Exchange Markets zu verbieten. In diesem Falle müssten Versicherungen also auch auf den Exchanges Markets anbieten und die dort nachfragenden Personen, vornehmlich hohe Risiken, mit den guten Risiken außerhalb der Exchange Markets poolen (Silow-Carroll et al., 2011).

Das Ausmaß der adversen Selektion könnte des Weiteren dadurch reduziert werden, dass (ausschließlich) auf den Exchange Markets Subventionen an Versicherte mit geringem Einkommen gezahlt werden. Somit besteht für gute Risiken mit geringem Einkommen durchaus der Anreiz, sich für eine Versicherung auf den Exchange Markets zu entscheiden, solange die Subvention höher ist als der durch den schlechteren Pool begründete Prämienaufschlag. Die Subventionen zur Prämienfinanzierung sind gestaffelt und werden für Personen mit einem Einkommen zwischen 133 %¹⁷ und 400 % der Nationalen Armutsgrenze vergeben. Referenzwert bildet die zweitniedrigste Prämie für einen Versicherungsumfang in der Kategorie „Silber“ (Health Affairs Policy Brief, 2013). Diese darf einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens nicht überschreiten. Dieser maximale Prozentsatz nimmt mit steigendem Einkommen zu (Eibner/Price, 2012; Harrington, 2010 a; Health Affairs Policy Brief, 2013).

Des Weiteren könnte das Angebot eines Versicherungsvertrages auf den Exchange Markets für die Versicherungen attraktiv sein, weil sie dort gewisse Werbe- und Verwaltungskosten sparen könnten. Die staatlich organisierten Informationsplattformen im Internet könnten

¹⁷ Diese Untergrenze ist begründet mit der eigentlich geplanten bundesweiten Medicaid-Ausdehnung bis zum Einkommen von 133 % des Nationalen Armutslevels.

den Versicherungen einen großen Anteil an Werbeaufwand und Informationskampagnen ersparen. Versicherungen, die sowohl über die Exchange Markets als auch außerhalb anbieten, müssen die jeweils entstehenden Versicherungskollektive gemeinsam versichern, also einen einheitlichen Risikopool bilden. Abhängig von der Höhe der Kostenvorteile durch die Einsparungen im Bereich der Werbung und Vertragsverwaltung könnte es für eine Versicherung also attraktiv sein, auf den Exchange Markets anzubieten. Der Kostenvorteil müsste so hoch sein, dass es für gute Risiken günstiger ist, einen Prämienaufschlag aufgrund des schlechteren Pools zu zahlen, als zu einer Versicherung zu gehen, die nur außerhalb des Exchanges Markets anbietet.

Interessanterweise sieht die Reform keine neuen Regulierungen einer Krankenversicherung vor, die ein Arbeitgeber für eine große Anzahl von Arbeitnehmern abschließt oder als Selbstversicherung anbietet.¹⁸ Die Regulierung der Versicherungsverträge, die zwischen privaten Krankenversicherungen und großen Arbeitgebern abgeschlossen werden, erfolgt damit weiterhin durch die einzelnen Bundesstaaten. Entsprechend kann der Umfang der Leistungskataloge sehr stark variieren. Versichert ein Arbeitgeber seine Belegschaft selbst, so unterliegt er nur (sehr geringen) bundesweiten staatlichen Vorgaben; die einzelnen Bundesstaaten dürfen diese Versicherungsform nicht regulieren. Daher sind die Arbeitgeber sowohl bislang als auch zukünftig frei in der Ausgestaltung der Leistungen, die sie als Selbst-Versicherer anbieten (Monahan/Schwarcz, 2011, S. 26). Aus diesem Grund kann der über einen Arbeitgeber versicherte Leistungskatalog deutlich geringer sein als jener eines individuell abgeschlossenen Versicherungsvertrags. Unter der neuen Bedingung der Exchange Markets könnten Arbeitgeber diesen Spielraum in der Leistungsgestaltung nun nutzen, um die Kosten der Versicherung ihrer Arbeitnehmer zu reduzieren (Monahan/Schwarcz 2011): So könnten Arbeitgeber den Leistungskatalog so reduzieren, dass für Arbeitnehmer mit höherem Risiko der Abschluss einer Versicherung auf den Exchange Markets attraktiver wird als der Beitritt zur Gruppenversicherung.¹⁹ Auch in diesem Fall würde sich die Risikostruktur auf den Exchange Markets verschlechtern.

¹⁸ Vgl. im Folgenden Monahan/Schwarcz (2011).

¹⁹ Unter der Bedingung, dass der Anteil der direkt gezahlten Prämie bei der Arbeitgeber-Gruppenversicherung nicht über 9,5% des jährlichen Haushaltseinkommens liegt, verletzt der Arbeitgeber seine Pflicht zum Angebot einer Krankenversicherung dabei nicht, wenn sich schlechte Risiken auf den Exchange Markets versichern. Allerdings erhalten

Die adverse Selektion zulasten der Versicherungsstruktur auf den Exchange Markets könnte außerdem deshalb entstehen, weil kleine Arbeitgeber dort jederzeit freiwillig einen Versicherungsschutz für ihre Belegschaft erwerben können (Greenwood, 2012). Arbeitgeber, deren Belegschaft recht gesund und damit kostengünstig zu versichern ist, werden sich unter dieser Bedingung dazu entscheiden, ihre Arbeitnehmer über eine Selbstversicherung abzuschließen. Sollte sich die Risikostruktur der Belegschaft verschlechtern, lohnt sich der Abschluss einer Versicherung auf den Exchange Markets, da dort den privaten Versicherern auch bei Gruppenversicherungen eine Prämiendifferenzierung nach dem Gesundheitsrisiko untersagt ist.

Verhinderung effizienten Versorgungswettbewerbs

Des Weiteren führt die Prämienregulierung zu Ineffizienzen auf dem Versicherungsmarkt. Eine Prämienregulierung geht immer mit der Gefahr von Risikoselektion einher (Eekhoff et.al. 2008). Wie im deutschen System der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei einem weitgehenden Verbot der Prämiendifferenzierung auch in einem privaten Krankenversicherungssystem ein zentraler Risikostrukturausgleichsmechanismus notwendig, um eventuelle Nachteile der Versicherungen durch eine ungünstige Versichertenstruktur auszugleichen bzw. die Bestrebungen der Versicherungen unattraktiv zu machen, sich nur auf die Anwerbung kostengünstiger Versicherungsnehmer zu konzentrieren. Andernfalls muss ein Unternehmen, das viele Personen mit Vorerkrankungen und damit hohen Versorgungskosten versichert, eine höhere Durchschnittsprämie verlangen als Wettbewerber, die eine günstigere Risikostruktur aufweisen. Dies wiederum reduziert für gute Risiken die Attraktivität dieser Versicherung, unabhängig davon, wie effizient diese im Vergleich zu ihren Konkurrenten arbeitet. Versicherungen würden verstärkt in Risikoselektionsstrategien investieren, zum Nachteil der Versicherungsnehmer mit hohen Risiken. Der ACA sieht folgerichtig verschiedene Kompensationsmechanismen vor, um Risikoselektionsanreize für die Versicherungen abzuschwächen (American Academy of Actuaries, 2011).

Risikoselektion ist jedoch auch mit einem Risikostrukturausgleich in der Praxis nicht vollständig vermeidbar. Sobald die aus dem Risikostrukturausgleich erfolgenden Kompensationszahlungen der Höhe nach unterhalb der Kostenerwartungen der Versicherungen für gewisse

diese keine Subvention ihres Versicherungsvertrags, da ihre Entscheidung als freiwilliger Verzicht auf die Arbeitgeber-Versicherung gewertet wird.

Risiken liegen, bleiben diese Personen für die Versicherungen schlechte Risiken, die sie entsprechend zu vermeiden suchen. Auch ein gleichzeitiger Kontrahierungszwang kann diese Problematik nicht abschließend lösen. Zudem schwächt ein Risikostrukturausgleich den Anreiz, in eine gute Versorgung für die Versicherten zu investieren. Entwickelt sich ein Versicherter zum hohen Risiko und verursacht dadurch höhere Kosten, werden diese durch den Risikostrukturausgleich kompensiert (jedenfalls wäre dies die Absicht). Umgekehrt werden die Versicherungen für besondere Anstrengungen im Versorgungsmanagement üblicherweise nicht entlohnt. Versicherungen, die sich erfolgreich um die Gesundheit ihrer Versicherten kümmern, tragen also die Kosten der Prävention, müssen aber die höheren Krankheitskosten der Versicherten bei Konkurrenzunternehmen über den Risikostrukturausgleich mitfinanzieren. Umgekehrt werden die Kosten eines relativ kranken Versicherungskollektivs aufgrund unterlassener Prävention später durch den Risikostrukturausgleich erstattet.

Diese unerwünschten Nebeneffekte der Prämienregulierung könnten theoretisch für die Bewertung der Reform in den USA gerade deshalb eine größere Rolle spielen, weil dort bislang zumindest zwei für ein effizientes Versorgungsmanagement notwendige Bedingungen gegeben waren: In den meisten Bundesstaaten konnten private Krankenversicherungen risikoäquivalente Prämien erheben und zudem selektive Verträge mit gewissen Leistungserbringern schließen.²⁰

Funktionierender Versorgungswettbewerb im Status quo?

Trotz dieser auf den ersten Blick bislang vorherrschenden wettbewerbsförderlichen Bedingungen wird jedoch in der amerikanischen Gesundheitspolitik seit längerem intensiv über Kosten und Qualität des Versorgungsgeschehens diskutiert. Im Zentrum der Kritik stehen die hohe Marktmacht der Leistungserbringer mit den entsprechenden Möglichkeiten zur Preissetzung und die fehlende Ausrichtung des Versorgungsnetzes auf die Bedürfnisse der Versicherten. Die verstärkte Sensibilisierung für die hohen Kosten der Gesundheitsversorgung ist gewiss auch der Tatsache geschuldet, dass der nun gewährte Zugang zur Gesundheitsversor-

²⁰ Im deutschen gesetzlichen Krankenversicherungssystem stehen lohnabhängige Beiträge und der in der Folge notwendige Risikostrukturausgleich einem Versorgungswettbewerb im Wege. Im privaten Krankenversicherungssystem herrscht trotz risikoabhängiger Prämien ein stark eingeschränkter Versorgungswettbewerb: Zum einen reduziert die mangelnde Wechselmöglichkeit der Bestandskunden den Wettbewerbsdruck insgesamt. Viel bedeutender ist aber die Tatsache, dass die Versicherungen keine Möglichkeiten besitzen, die Versorgung zu gestalten: Sie können weder selektive Verträge mit Ärzten schließen, noch die Vergütung frei bestimmen.

gung für viele der Personen ohne Krankenversicherungsschutz mit hohen öffentlichen Ausgaben einhergehen wird und steigende Versicherungsprämien den Subventionsbedarf erhöhen (Göpffahrt, 2012).

Vor diesem Hintergrund stellt sich zum einen die Frage, ob die Versicherungen derzeit in den USA überhaupt ein Interesse haben, die Versorgung im Sinne ihrer Versicherten zu steuern, also für effektive Versorgungsnetzwerke zu sorgen und kostensenkende Maßnahmen zu ergreifen. Warum führen risikoäquivalente Prämien und die Möglichkeit selektiver Verträge mit Leistungserbringern nicht zu einer besseren Versorgung der Versicherten und geringeren Kosten? Für diese Frage wird die Betrachtung der Wettbewerbssituation auf dem Versicherungsmarkt relevant. Zum anderen ist zu überprüfen, ob die Leistungserbringer ihrerseits ausreichend im Wettbewerb stehen, um sich auf selektivvertragliche Regelungen zugunsten der Versicherten einzulassen.

Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt?

Der Versicherungsmarkt in den USA ist sehr konzentriert. In vielen Bundesstaaten gibt es ein oder zwei große Versicherungen, welche den Markt dominieren. Dies mindert erwartungsgemäß den Leistungsdruck auf Seiten der Versicherung, eine sinkende Qualität der Versorgung und kostenträchtige Ineffizienzen wären die Folge.

Ein Grund für die hohe Konzentration des Krankenversicherungsmarktes wird in einer unzureichenden Wettbewerbsaufsicht, also schwacher Kartell- bzw. Fusionskontrolle („Anti-Trust law“) gesehen. Krankenversicherungen sind von der bundesweiten Wettbewerbskontrolle ausgenommen, die Kartell- und Fusionskontrolle liegt damit im Kompetenzbereich der jeweiligen Bundesstaaten (Harrington, 2010 b). Diese kartellrechtliche Ausnahme vom Bundesgesetz wird oftmals als Ursache konzentrierter Versicherungsmärkte angesehen (Harrington, 2010 b; Balto/Kovacs, 2013). Es besteht weiterer Forschungsbedarf um herauszuarbeiten, weshalb die einzelnen Bundesstaaten ihre Regulierungs- und Aufsichtskompetenz systematisch nicht effektiv genug wahrnehmen sollten. Bei der Analyse der Wettbewerbssituation auf dem Krankenversicherungsmarkt müssen neben der Anzahl der privaten Krankenversicherungen ohnehin auch die Arbeitgeber betrachtet werden, die in großer Zahl unmittelbar die Finanzierung der Gesundheitsausgaben übernehmen, also als Selbstversicherer auftreten. Die privaten Versicherungen stehen auch mit diesen großen Arbeitgebern im

Wettbewerb, so dass die alleinige Fokussierung auf die geringe Zahl privater Versicherer dazu führen könnte, die Wettbewerbsintensität auf dem Krankenversicherungsmarkt zu unterschätzen (Gaynor, 2006, S. 506, FN 22).

Nichtsdestotrotz prägt die Befürchtung, dass die Versicherungen zu große Marktmacht besitzen und diese auf Kosten ihrer Versicherten ausnutzen könnten, die Reform von Präsident Obama: Seit 2011 unterliegen Krankenversicherer einer bundesweiten Kontrolle bei der Verwendung der Prämieinnahmen: Vorgegeben ist ein fester Anteil der Prämien, der mindestens für die Gesundheitsversorgung ausgegeben werden muss („Medical Loss Ratio“): Bei den Prämien für große Gruppen müssen mindestens 85 Prozent, bei jenen für kleine Gruppen und Einzelpersonen müssen mindestens 80 Prozent für die medizinische Versorgung aufgewendet werden. Unterschreiten die Versicherungen diesen Anteil, werden sie gezwungen, die „Überschüsse“ an ihre Versicherten auszuschütten. Diese Vorgaben über die Verwendung der Prämieinnahmen sollen verhindern, dass Prämien der Erschließung hoher Gewinne oder der Aufrechterhaltung teurer Verwaltungsstrukturen dienen (Balto/Kovacs, 2013; Harrington, 2010 b).

Diese Vorschrift führt selbstverständlich zu hohem bürokratischem Aufwand, da die Ausgaben und Einnahmen sämtlicher Versicherungen zu überprüfen sind. Unabhängig davon, ob die Kontrolle derartiger Vorgaben überhaupt gelingen kann, ist der prinzipielle Ansatz der Prämienkontrolle problematisch: Erstens ist die Differenzierung zwischen Ausgaben zugunsten der Versicherten und solchen, die nur Kapitaleignern und Angestellten zu Gute kommen, schwierig und kann gewiss nicht einheitlich für alle Versicherungen und deren Angebote erfolgen.²¹ Sollte eine Versicherung bspw. die Koordination der Versorgung ihrer Versicherten gezielt übernehmen wollen, so könnte dies mit einem gewissen Dokumentations- und Kommunikationsaufwand einhergehen. Diese Kosten als Verwaltungs- und damit zu vermeidende Ausgaben zu klassifizieren, würde den Patienteninteressen wohl nicht gerecht werden. Zweitens haben Gewinne privater Unternehmen grundsätzlich eine wichtige Funktion, denn sie stellen einen Anreiz für potenzielle zusätzliche Anbieter dar, in den Markt einzutreten. Eine im Vergleich zum Angebot hohe Nachfrage kann also mittelfristig auf diesem Wege befriedigt werden. Sollte es mangelnden Wettbewerb auf dem privaten Krankenversicherungs-

²¹ Vgl. hierzu ausführlicher Harrington, 2010 b.

markt geben, so müssten dessen Ursachen mittel- und langfristig behoben werden. Es wären bspw. Markteintrittsschranken zu prüfen und die Kontrolle von Fusionen oder Preisabsprachen sollte verschärft werden. Ziel müsste es sein, die Bedingungen der Preisbildung zu verändern, anstatt die Preise selbst über bürokratisch aufwendige, willkürlich festgelegte und undifferenzierte Vorgaben zu steuern. Kurzfristig hingegen könnten Maßnahmen der Missbrauchskontrolle natürlich die einzig wirksamen und angemessenen Schritte sein.

Die Abwanderungsmöglichkeiten der Versicherten und damit der Druck auf die Versicherungen, sich um deren Wünsche zu bemühen, hängen aber nicht nur von der Marktstruktur, sondern auch von der Form der abgeschlossenen Verträge ab. Bei langfristigen Verträgen ist es für Versicherte nicht möglich, nachteilsfrei zwischen den Versicherungen zu wechseln: Langfristige Verträge garantieren eine Vertragsverlängerung zu den alten Vertragsbedingungen. Prämien erhöhungen aufgrund einer Veränderung der individuellen Risikofaktoren sind also ausgeschlossen. Dieser langfristige Vertrag bindet den Versicherten aber zugleich an diese Versicherung, wenn die Rücklagen, die ein Versicherter im Laufe der Zeit zum Schutz vor Prämien erhöhungen aufgebaut hat, bei einem Wechsel nicht mitgenommen werden können.²² Die Versicherung könnte also die reduzierte Wechselmöglichkeit ausnutzen, indem sie ihre Gewinne über eine Reduktion der Leistungsqualität erhöht (Pauly/Percey/Herring, 1999). Prinzipiell stehen diesen Anreizen aber negative Reputations effekte entgegen. Potenzielle Neukunden würden sich gegen einen Vertragsabschluss mit einer für geringe Qualität bekannten Versicherung entscheiden.

Des Weiteren wäre von diesem Problem nur ein vergleichsweise geringer Anteil des privaten Versicherungsmarktes betroffen, da die individuellen Versicherungsverträge aufgrund der Dominanz von Arbeitgeber-Gruppenversicherungen nur einen geringen Anteil an den privaten Versicherungsverträgen ausmachen. Als Erklärungsfaktor allgemein hoher Verwaltungskosten und möglicher Ineffizienzen auf dem privaten Markt dient diese Tatsache also nur bedingt.

²² Dieses Problem besteht ebenfalls im deutschen PKV System, in dem nur durchschnittliche Altersrückstellungen in Höhe des Basistarifs übertragen werden und die Versicherten nach einer gewissen Zeit nicht mehr nachteilsfrei die Versicherung wechseln können (Arentz/Eekhoff 2013).

Wettbewerb der Leistungserbringer?

In jüngster Zeit ist die gesundheitspolitische Debatte auch von einem kritischen Blick auf die Rolle der medizinischen Leistungserbringer geprägt. Experten beklagen auch hier einen mangelnden Wettbewerb zwischen den Anbietern, der auf Kosten der Nachfrager, also der Versicherungen und damit letztendlich der Versicherten besteht.

So haben in den letzten Jahren zahlreiche Krankenhausfusionen stattgefunden (Gaylor, 2006). Lange Zeit wurden Zusammenschlüsse von Krankenhäusern entweder gar nicht oder aber erfolglos durch die dafür zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Department of Justice verfolgt (Berenson et. al., 2012; Balto, 2012). Die größten Krankenhäuser, so die These, könnten in den freien Preisverhandlungen mit den privaten Krankenversicherungen höhere Preise durchsetzen, weil eine Versicherung auf diese großen fusionierten Krankenhäuser angewiesen sei.²³

Aus ökonomischer Perspektive ist aber auch hier Skepsis gegenüber vorschnellen Schlüssen angezeigt. Denn die Feststellung, dass Leistungserbringer derzeit hohe Gewinne machen, erlaubt alleine noch keine Bewertung bzw. wirtschaftspolitische Schlussfolgerung. Höhere Gewinne würden zusätzliche Anreize für weitere Anbieter darstellen, auf den Markt einzutreten. Sofern es sich um offene Märkte handelt, wäre in der Folge mit einer Ausdehnung des (offensichtlich zu geringen) Angebots zu rechnen.

Allerdings ist es fraglich, ob bzw. inwieweit der Markt der Leistungserbringer tatsächlich frei von Barrieren und damit bestreitbar ist: So gilt in 35 Bundesstaaten die Regel, dass ein Krankenhaus vor der Marktzulassung zunächst einen Nachweis über weiteren Bedarf an Anbietern („Certificate of Need“) erbringen muss. Diese Regulierung sollte dazu beitragen, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen (Cannon/Tanner 2007, S. 141). Allerdings hat sie de facto vor allem dazu geführt, dass bestehende Anbieter auf dem Krankenhausmarkt einen großen Einfluss bei der Entscheidung über die Zulassung weiterer Konkurrenten besitzen. Der mit einem Neueintritt weiterer Anbieter verbundene Rückgang der Gewinne bestehen-

²³ Für große Aufmerksamkeit in Washington sorgte im März 2013 ein ausführlicher Bericht des Journalisten Steven Brill im Time Magazine (Brill, 2013). Motiviert durch große Skepsis gegenüber von Krankenhäusern erstellten Rechnungen hatte sich Brill das Ziel gesetzt, deren Zustandekommen genauer zu untersuchen: So geht er den einzelnen Kostenfaktoren nach (bspw. die Einkaufspreise für medizinische Produkte) und vergleicht diese mit den in der Krankenhausrechnung ausgewiesenen Preisen. Angesichts der über diesen Weg ermittelten hohen Gewinnspannen der Krankenhäuser geht Brill davon aus, dass diese eine hohe Preissetzungsmacht besitzen.

der Krankenhäuser wird in diesem Prozess sogar explizit als Argument gegen die Zulassung weiterer Krankenhäuser angeführt (Cochrane, 2013, S. 5; Cannon/Tanner 2007, S. 141).

Des Weiteren nehmen im Krankenhausmarkt die Non-Profit-Krankenhäuser eine besondere Rolle ein. Diese erbringen insbesondere Leistungen für Personen ohne Krankenversicherungsschutz bzw. Personen mit geringem Einkommen und erfüllen damit eine besondere, gemeinwohlorientierte Funktion. Diese Gemeinwohlorientierung hat zu einem besonderen Schutz dieser Krankenhäuser geführt, der zu der Genehmigung zahlreicher Fusionen führte und damit die Marktmacht der Non-Profit-Krankenhäuser erhöhte (Gaynor, 2006). Diese Krankenhäuser dürfen zwar, anders als es die Bezeichnung nahe legt, ebenfalls Gewinne machen. Diese Gewinne wiederum, so die Annahme, kommen auf diesem Wege auch den Bedürftigen zugute. Die hohen Gewinne dieser in manchen Städten monopolartig agierenden Krankenhäuser könnten theoretisch tatsächlich der Bereitstellung unentgeltlicher Leistungen für Bedürftige dienen. Die gesundheitspolitische Debatte ist jedoch geprägt von Kritik am Machtzuwachs dieser Krankenhäuser und es wird bezweifelt, dass diese tatsächlich (nur) gemeinwohlorientiert agieren.²⁴

Als ein weiterer Grund für die derzeit unanfechtbar scheinende Macht großer Anbieter wird deren einmal aufgebaute Reputation bei den Versicherten angesehen. Die Versicherungen können trotz der formal bestehenden Möglichkeiten selektiver Verträge diese Krankenhäuser nicht vom Vertragsschluss ausschließen, da sie ansonsten die Abwanderung ihrer Versicherten befürchten müssen. Diesen so genannten „must have hospital systems“ wird ebenfalls eine Preissetzungsmacht attestiert (Berenson et.al., 2012). Ein Problem der Abhängigkeit der Versicherungen von diesen renommierten Leistungserbringern besteht dann, wenn die Versicherten die Wertschätzung der Krankenhäuser ohne eine vollständige Kostenabwägung vornehmen. Aufgrund der Versicherung dieser Leistungen sind die Verbraucher weniger preissensitiv, weil sie aus individueller Sicht bei der Leistungsanspruchnahme die Kos-

²⁴ Hinzu kommt, dass die (hier unterstellte) Finanzierung der Versorgung Bedürftiger durch höhere Gewinne in der Normalversorgung, die ein monopolartiges agierendes Krankenhaus durchsetzen kann, tatsächlich keine sozialpolitisch sinnvolle Umverteilung erwarten lässt. Die höheren Preise der Leistungserbringer und die in Folge höheren Prämien treffen alle Versicherten in gleichem Maße, unabhängig von deren Einkommen. Die über die Preise finanzierte „Solidarität“ führt also nicht zu einer Belastung der wirtschaftlichen stärkeren Gesellschaftsmitglieder nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit (Gaynor, 2006).

ten nicht tragen. Diese mangelnde Preissensitivität könnte dazu führen, dass renommierte Krankenhäuser²⁵ hohe Preise für ihre Leistungen verlangen können.²⁶

Zusammenfassung

Das amerikanische Gesundheitssystem ist entgegen der in Deutschland verbreiteten Auffassung kein liberales, wettbewerbliches System.

Zum einen findet mit der einseitigen Steuerförderung der Arbeitgebergruppenversicherung eine Verzerrung der individuellen Nachfrage nach Versicherungsschutz statt. Da die Arbeitgeber-Gruppenversicherung jobgebunden ist, gewährleistet diese keinen langfristigen Schutz. Da bei Verlust der Versicherung ein individueller Versicherungsvertrag oftmals nur zu hohen Prämien erhältlich wäre und eine systematisch am Einkommen orientierte sozialstaatliche Unterstützung fehlt, könnte die (unter der Bedingung der Steuerförderung getroffene) frühe Entscheidung zur Gruppenversicherung langfristig dazu führen, dass kein Versicherungsschutz mehr erhältlich ist. Zum anderen stehen sowohl auf dem Versicherungsmarkt als auch auf dem Leistungserbringungsmarkt, vor allem dem Krankenhausmarkt, verschiedene Faktoren einem Vertragswettbewerb entgegen. Diese verhindern, dass das eigentlich aufgrund Vertragsfreiheit und risikoäquivalenter Prämienkalkulation bestehende Potenzial für Versorgungswettbewerb im privaten Krankenversicherungssystem genutzt werden kann.

Der Affordable Care Act zielt auf die Reduktion der hohen Zahl an Personen ohne Krankenversicherungsschutz und geht insbesondere mit einer strikten Regulierung des privaten Versicherungsmarktes einher. Hier soll der Zugang für Personen mit hohen Kostenrisiken deutlich erleichtert werden. Es scheint aber fraglich, ob dieses Ziel des Risikoausgleichs zwischen schon bestehenden hohen und niedrigen Risiken erreicht wird. Gute Risiken könnten sich möglicherweise doch dem gewünschten Ausgleich entziehen.

²⁵ In der Tat gibt in den USA im Gegensatz zu Deutschland bei den Krankenhäusern durchaus ähnlich wie in anderen Industrien große „Marken“ und allseits anerkannte Kliniken, deren Ruf über die Bundesstaatengrenzen hinaus sehr hoch ist.

²⁶ Hinzu kommt die Tatsache, dass die Ärzte in den Krankenhäusern bzw. in ambulanten Praxen einen hohen Einfluss auf die Nachfrageentscheidung des Patienten haben und dessen Behandlungswege sehr stark beeinflussen. Diese angebotsinduzierte Nachfrage könnte die mangelnde Preissensitivität der Versicherten erhöhen und damit zu steigenden Ausgaben der Versicherungen beitragen.

Des Weiteren ist von derartiger Prämienregulierung ein Verzicht auf Versorgungsqualität und – effizienz zu erwarten. Dieser Verzicht mag angesichts der derzeit bestehenden Problemen in der Versorgungssteuerung durch die privaten Krankenversicherungen gering erscheinen. Allerdings lässt sich aus den beobachteten Problemen noch keinesfalls schließen, dass wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitsbereich nicht funktionieren könnten. Forderungen nach der Einführung eines staatlichen Versicherungssystems und die Skepsis gegenüber einem wettbewerblichen Versicherungs- und Gesundheitssystem wirken vor-schnell – angesichts der Tatsache, dass in den USA keineswegs Bedingungen eines effizienten Wettbewerbs erfüllt sind. Es müssten vor allem die Bedingungen bzw. Möglichkeiten einer Angebotsausdehnung untersucht und eventuelle Markteintrittsbarrieren beseitigt werden. Staatlich durchgesetzte Preisregulierung würde hingegen eher zu einem Rückgang des Angebots führen.

Und schließlich würde das Ziel, jedem Bürger einen Zugang zum Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen, auch ohne Nebenwirkungen für das System der Versorgungssteuerung erreicht werden können: Das ausschließliche Kriterium der Einkommenshöhe für den Zugang zu Medicaid und die ebenfalls eingeführte einkommensabhängige Subventionierung des Krankenversicherungsschutzes könnten hier genügen.

Literaturverzeichnis

- American Academy of Actuaries (2011): Risk adjustment and other risk-sharing provisions in the Affordable Care Act. Issue Brief, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, http://www.actuary.org/files/Risk_Adjustment_IB_FINAL_060811.pdf,
- Arentz, Christine/Eekhoff, Johann (2013): Zur Zukunft der PKV: Probleme und Perspektiven. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* (2013); 18: 106-110.
- Balto, David (2012): Obama's healthcare trust busting, zuletzt abgerufen am 18.10.201, <http://www.usnews.com/opinion/blogs/economic-intelligence/2012/10/19/obamas-healthcare-trust-busting>.
- Balto, Balto/Kovacs, James (2013): Consolidation in health care markets: A review of the literature. Robert Wood Johnson Foundation, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, http://www.dcantitrustlaw.com/assets/content/documents/2013/balto-kovacs_healthcareconsolidation_jan13.pdf.
- Berenson, Robert A./Ginsburg, Paul B./Christianson, Jon B./Yee, Tracy (2012): The growing power of some providers to win steep payment increases from insurers suggests policy remedies may be needed, in: *Health Affairs* 31 (5), S.973-980.
- Brill, Steven (2013): Why medical bills are killing us. *Time Magazine* March 4, 2013.
- Cannon, Michael F./Tanner, Michael D. (2007): *Healthy Competition: What's Holding Back Health Care and How to Free It*. Washington: Cato Institute.
- Chollet, Deborah (2004): What have we learned from research on individual market reform?, in: Monheit, Alan C./Cantor, Joel C. (Hrsg.): *State health insurance market reform*, S. 46-63.
- Cochrane, John H., *After the ACA: Freeing the market for health care* (February 6, 2013), zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://ssrn.com/abstract=2213027>.
- Eekhoff, Johann/Bünnagel, Vera/Kochskämper, Susanna/Menzel, Kai (2008): *Bürgerprivatversicherung*. Mohr Siebeck Tübingen.
- Eibner, Christine/Carter C. Price (2012): The effect of the Affordable Care Act on enrollment and premiums, with and without the individual mandate. Santa Monica, CA: RAND Corporation, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1221.
- Gaynor, Martin (2006): Why don't courts treat hospitals like tanks for liquefied gases? Some reflections on health care antitrust enforcement, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13 (3), S. 497-510.
- Göpffarth, Dirk (2012): Access, quality, and affordability in health care in Germany and the United States. AICGS Policy Report 51.
- Greer, S. L./Singh, S. R. (2013): Obama's Health Reform: what is it, and what does it mean for the future of health care in the United States?, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, <https://www.thieme-connect.com/ejournals/html/10.1055/s-0033-1335172>.

- Greenwood, J.D. (2012): The Affordable Care Act's risk adjustment and other risk-spreading mechanisms: Needed support for New Jersey's Health Insurance Exchange. Rutgers Center for State Health Policy/Seton Hall Center for Health & Pharmaceutical Law & Policy, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://law.shu.edu/ProgramsCenters/HealthTechIP/HealthCenter/upload/affordable-care-act-risk-adjustment-9520.pdf>.
- Harrington, Scott E. (2010 a): U.S. health care reform: The Patient Protection and Affordable Care Act, in: *The Journal of Risk and Insurance*, 77(3), S. 703-708.
- Harrington, Scott E. (2010 b): Regime change for health insurance regulation: Rethinking rate review, medical loss ratios, and informed competition. The American Enterprise Institute, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://www.aei.org/files/2010/12/08/Regime-Change-for-Health-Insurance-Regulation.pdf>.
- Health Affairs Policy Brief (2013): Premium Tax Credits, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=97.
- Monahan, Amy/Schwarcz, Daniel, Will employers undermine health care reform by dumping sick employees? (July 30, 2010). *Virginia Law Review*, Vol. 97, p. 125, 2011; Minnesota Legal Studies Research Paper No. 10-37, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://ssrn.com/abstract=1651308>.
- Pauly, Mark (2010): Health reform without side effects. Making markets work for individual health insurance. Stanford: Hoover Institution Press Publication.
- Pauly, Mark/Percy, Allison /Herring, Bradley (1999): Individual versus job-based health insurance: weighing the pros and cons. *Health Affairs*, 18 (6), S. 28-44.
- Silow-Carroll, Sharon/Rodin, Diana/Dehner, Tom/Bern, Jaimie: States in action archive health insurance exchanges: State roles in selecting health plans and avoiding adverse selection. The Commonwealth Fund, Newsletters, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://www.commonwealthfund.org/Newsletters/States-in-Action/2011/Mar/February-March-2011/Feature/Feature.aspx>.
- Swartz, Katherine (2006): *Reinsuring Health. Why more middle-class people are uninsured and what government can do.* New York: Russell Sage Foundation.
- The Henry Kaiser Family Foundation (2010): Focus on health reform. Explaining health care reform: Questions about Medicaid's role.
- The Henry Kaiser Family Foundation (2011): Medicaid and the uninsured. The uninsured and the difference health insurance makes.
- The Kaiser Family Foundation (2012): Focus on health reform. Implementing the ACA's Medicaid-related health reform provisions after the Supreme Court's decision, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://kff.org/health-reform/issue-brief/implementing-the-acas-medicaid-related-health-reform/>.
- White, Chapin (2010): The health care reform legislation. An overview, in: *The Economist's Voice*, 7 (5), S. 1-6.