

Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Verbesserung durch Ausbau?

In der laufenden Diskussion wird ein Ausbau des heutigen Risikoausgleichs als geeignete Massnahme gegen die unerwünschte Risikoselektion wahrgenommen.¹ Wegen der ungleichen Verteilung der Versicherten mit extrem hohen Kosten auf die verschiedenen Versicherer ist diese Erwartung nicht ohne weiteres berechtigt. Mit der Einführung einer Rückversicherungslösung dürfte das anvisierte Ziel besser und mit weniger unerwünschten Nebenwirkungen erreicht werden.

TILL BANDI, CHEF DER SEKTION STATISTIK IM BSV

1. Braucht es eine Verbesserung des Risikoausgleichs?

Mit dem Risikoausgleich bezweckte der Gesetzgeber, mindestens für eine Übergangszeit gleiche Spiesse im Wettbewerb für alle Versicherer herzustellen. Es sollte sich mit anderen Worten nicht lohnen, schlechte Risiken vom Eintritt in die eigene Kasse abzuhalten und damit die Kosten zu beeinflussen, der Wettbewerb sollte vielmehr so wirken, dass möglichst die Kosten selber beeinflusst werden. Die spektakuläre Aktion einer grossen Krankenkasse, die 1997 versuchte, schlechte Risiken – d.h. Versicherte mit schlechtem Gesundheitszustand, bei denen also mit hohen Kosten gerechnet werden musste – zu überzeugen, einer anderen Krankenkasse beizutreten, zeigte deutlich auf, dass trotz des neu eingeführten Risikoausgleichs Kassen ein hohes Interesse daran haben können, Risikoselektion auf Kosten anderer Krankenversicherer zu betreiben. Es stellt sich somit die Frage, ob der bisherige Risikoausgleich

- schlecht durchgeführt wurde/wird,
- als Instrument zur Erreichung des Zieles ungeeignet ist oder
- durch einen Ausbau erst seine eigentliche Funktionsfähigkeit erreichen kann.

Bei der Beantwortung der Frage muss berücksichtigt werden, dass der Risikoausgleich nur ein Teil eines komplexen Systems ist, das zum Ziel hat, die Grundversorgung der gesamten Bevölkerung mit medizinischen Leistungen zu wirtschaftlich tragbaren Bedingungen sicherzustellen.

Wie funktioniert der Risikoausgleich?

Zur Erinnerung sei kurz wiederholt, wie der Risikoausgleich heute funktioniert (Abb. 1): Die Versicherer müssen für jüngere Personen die Differenz zwischen dem tiefen Kostendurchschnitt der betreffenden Altersgruppe und dem Gesamtdurchschnitt an den Risikoausgleich beisteuern (Fläche B). Umgekehrt erhalten die Versicherer für ältere Personen den Differenzbetrag zwischen den hohen durchschnittlichen Altersgruppenkosten und den Durchschnittskosten vergütet (Fläche E). Bei diesem Vorgehen ist die Summe der geschuldeten gleich der Summe der vergüteten Kosten. Ziel des Risikoausgleichs ist somit die Verhinderung von Wettbewerbsverzerrungen: Wettbewerb darf nicht gleich Risikoselektion sein.

Mit einem Volumen von mehr als 3 Mrd. Franken macht der Risiko-

ausgleich rund einen Viertel der Pflegekosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus.

2. Wie können die Krankenversicherer ihre Kosten beeinflussen?

Schematisch gesehen gibt es – abgesehen von einer Verwaltungskosten-senkung² – zwei Möglichkeiten, mit denen die Krankenversicherer ihre Kosten beeinflussen können: Kostenmanagement und Risikoselektion.

a) Kostenbeeinflussung durch Kostenmanagement und Kostenkontrollen

Die Versicherer können darauf hinwirken, dass die Kosten ihrer Versicherten möglichst tief sind. Sie können dies tun, indem sie ihre Politik auf die Beeinflussung der verschiedenen Kostenfaktoren des Gesundheitswesens ausrichten.

Hauptsächliche Kostenfaktoren des Gesundheitswesens:

1. Tarife / Preise
2. Anzahl Leistungserbringer / Infrastruktur
3. Verhalten der Versicherten / der Erkrankten
4. Verhalten der Leistungserbringer
5. Technischer Fortschritt

b) Kostenbeeinflussung durch Risikoselektion

Die Krankenversicherer können andererseits versuchen, Personen, deren voraussichtliche Kosten höher liegen als die durchschnittlichen Kosten der übrigen Versicherten (abzüglich des Risikoausgleichbeitrags), systematisch nicht in die Kasse aufzunehmen. Wenn solche Risiken bereits in der Kasse vorhanden sind, können sie versuchen, die betreffenden Versicherten dazu zu bewegen, einer anderen Krankenversicherung beizutreten. Daraus ergibt sich folgendes Wirkungsschema: Nimmt die Konzentration von schlechten Risiken bei einem Krankenversicherer stark zu, dann steigen entsprechend die Prämien, da diese ausreichen müssen, um die entstandenen Kosten zu finanzieren. Infolge der hohen Prämien werden sich dann die Versicherten überlegen, ob sie nicht zu einer Kasse wechseln sollen,

1 Als Konsequenz dieser Betrachtungsweise hat der Nationalrat bei der Behandlung der KVG-Teilrevision am 31. Mai 1999 mit knapper Mehrheit beschlossen, das Hospitalisierungsrisiko als zusätzliches Kriterium für die Bemessung des Risikoausgleichs einzuführen. Der Ständerat hat dazu noch nicht Stellung genommen.

2 Hohe Verwaltungskosten können ein Indiz dafür sein, dass ein intensives Kostenmanagement betrieben wird.

deren Prämien tiefer liegen. Der Gesetzgeber rechnet damit, dass die Versicherten bei genügend hohem Prämienunterschied von der ihnen zustehenden Freizügigkeit Gebrauch machen. Dieses theoretische Wirkungsschema setzt allerdings voraus, dass sich die Versicherten rational verhalten und die möglichen Kosten- bzw. Prämienersparnisse nutzen. Obschon der empirische Nachweis dazu noch fehlt, lassen verschiedene Klagen von Krankenversicherern darauf schliessen, dass bei der konkreten Umsetzung dieses Wirkungsschema nicht bzw. noch nicht voll greift. Zur Erklärung der «mangelhaften Wirkungsweise» können verschiedene Überlegungen angeführt werden: Versicherte mit schlechter Gesundheit befürchten, dass bei einer Kündigung ihrer Grundversicherung gleichzeitig auch die Zusatzversicherung gekündigt wird. Dies gibt den Krankenversicherern die Möglichkeit, über eine Risikoselektion bei den Zusatzversicherungen den Risikobestand in der Grundversicherung zu beeinflussen. Ingesamt dürfte die vermeintliche bzw. effektiv begründete Angst von Versicherten mit einem schlechten Gesundheitszustand dazu geführt haben, dass sie nicht im gleichen Mass wie andere Versicherte von ihrer Möglichkeit, durch einen Kassenwechsel Prämien zu sparen, Gebrauch gemacht haben.

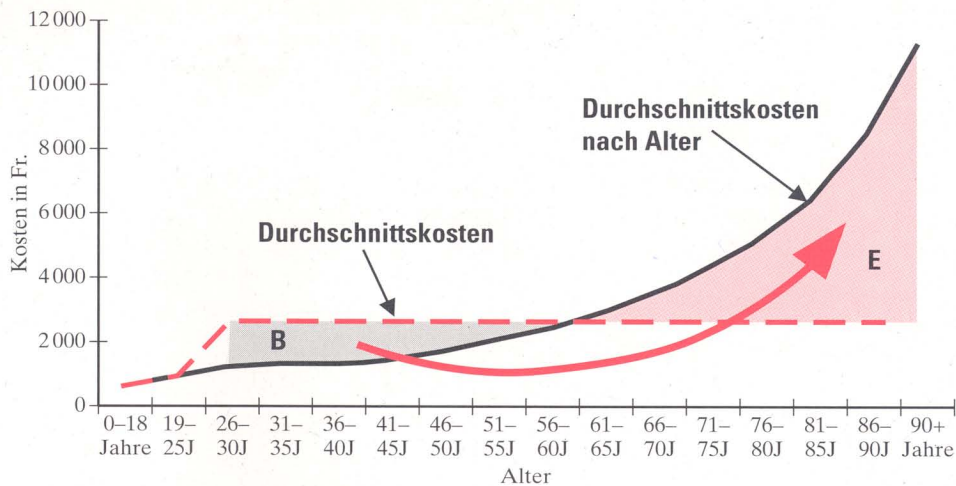
Ein ähnliches Verhalten lässt sich auch stärker bei älteren Versicherten als bei jungen feststellen, da sich erstere eher vor einem Kassenwechsel fürchten. Allerdings werden die Kostenfolgen in diesem Fall durch den Risikoausgleich eher ausgeglichen. Insgesamt kann aber davon ausgegangen werden, dass vorläufig vor allem Versicherte, die als gute Risiken einzustufen sind, eher bereit sind, ihre Kasse zu wechseln.

3. Gesundheitszustand als Kostenfaktor?

Der heutige Risikoausgleich geht davon aus, dass die entstandenen Kosten stark von Alter und Geschlecht abhängig sind. Nicht berücksichtigt wird dabei der Gesundheitszustand. Nun ist es aber offensichtlich, dass auch ältere Personen bei ausgezeichneter Gesundheit sind und umgekehrt junge Versicherte sehr hohe Kosten aufweisen können.

Schematische Darstellung des Risikoausgleichs

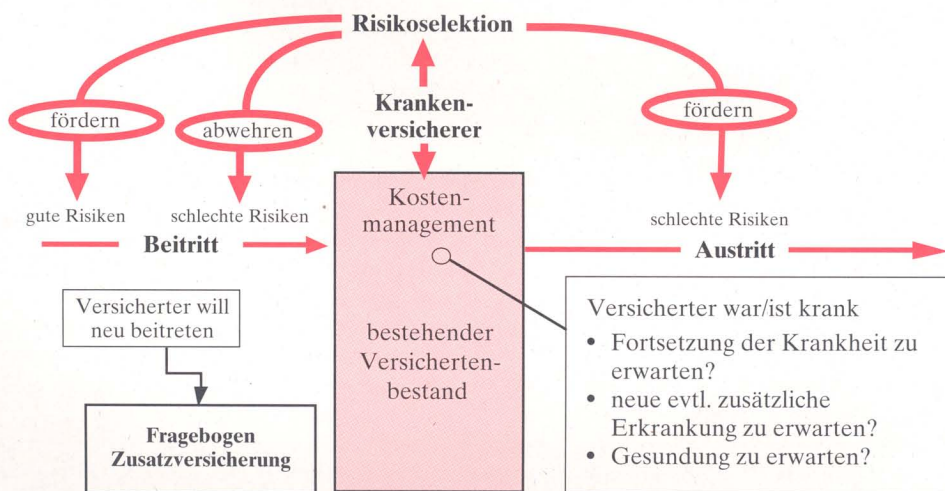
1



Die Zahlen beziehen sich auf den Risikoausgleich 1997.

Ansatzpunkte für Risikoselektion

2



Verschiedene Versicherer, die an einem höheren Kostenausgleich interessiert sind, haben deshalb gezeigt, dass zur Erklärung der Kosten andere Indikatoren, die insbesondere etwas über den Gesundheitszustand der Versicherten aussagen, herangezogen werden könnten.

Während beim heutigen Vorgehen die gesamten Kosten den Faktoren Alter und Geschlecht zugeordnet werden, gehen die Vorschläge davon aus, dass der Gesundheitszustand als wesentlicher Bestimmungsfaktor der Kosten direkt und nicht über die Zuordnung zu Altersgruppen in den Risikoausgleich einbezogen werden sollte.

Mit der Einführung weiterer Faktoren besteht die Gefahr, dass der Risikoausgleich wesentlich kom-

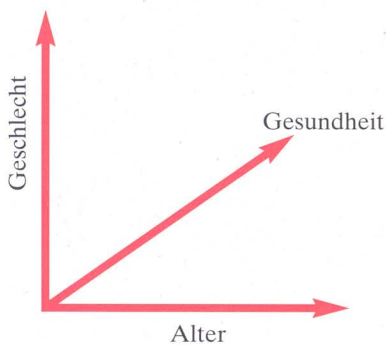
pliziert und auch weniger transparent wird. Und dies unter Umständen, ohne dass der Anreiz zur Risikoselektion wesentlich gesenkt würde.

4. Die Kostenstruktur als Grundlage und Begrenzung von Lösungsvarianten

Wie insbesondere aus Abbildung 4b hervorgeht, sind die Kosten der Krankenversicherer extrem einseitig verteilt. Im Spitalbereich verursachen beispielsweise die teuersten 20% der Fälle rund 95% der gesamten Kosten. In absoluten Zahlen ausgedrückt: Rund 600 Personen verursachen Kosten von mehr als 100 000 Franken pro Jahr. Es ist naheliegend, dass diese teuren Fälle

Versichertenmerkmale und Kostenfaktoren

3



nicht schön regelmässig auf die verschiedenen Versicherer verteilt sind. Angesichts einer derart extremen Kostenverteilung vermindert daher die vorgeschlagene Umgestaltung des Risikoausgleichs den Anreiz zur Durchführung gezielter Risikoselektionen kaum.

5. Lösungsvarianten und ihr Beitrag zur Vermeidung von Risikoselektionen

a) Kostenausgleich

Einheitskasse

Anhand des Extremfalls «Einheitskasse» kann gezeigt werden, wo die Vor- und Nachteile eines verstärkten Kostenausgleichs liegen würden.

Durch die Einführung einer Einheitskasse wären sämtliche Versicherten einer einzigen Kasse angeschlossen und damit würde ein vollständiger Kostenausgleich zwischen guten und schlechten Risiken sichergestellt. Dementsprechend wäre ein Risikoausgleich nicht notwendig. Automatisch wären nicht nur die Risiken Alter und Geschlecht, sondern auch das Risiko «Gesundheitszustand» integriert. Mit nur einer Kasse wäre Risikoselektion nicht möglich, umgekehrt gäbe es aber auch keinen Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherern. Eine Einheitslösung mit zentraler Entscheidungsfindung hätte, zumindest theoretisch, gleichzeitig den Vorteil, dass eine grosse Nachfragemacht gegenüber den Leistungserbringern entfaltet werden könnte.

Die Nachteile einer entsprechend zentralisierten Lösung sind ebenfalls offensichtlich: Die Anreize für die verschiedenen Leistungserbringer und für die politische Entscheidungsfindung wären wohl ten-

denziell ähnlich wie diejenigen planwirtschaftlicher Systeme; eine flexible Anpassung an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherten, aber auch an die regional unterschiedlichen Verhältnisse dürfte schwierig bzw. kaum möglich sein. Keinen direkten Einfluss dürfte die Einheitskassenlösung auf den technischen Fortschritt im medizinischen Bereich haben: Kostenfolgen infolge verbesserter Behandlungsmethoden würden durch diese Lösung nur indirekt beeinflusst, so z.B. bei einer Rationierung von medizinischen Leistungen.

Offen bleibt das Verhältnis zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen. Blicke die Vielfalt der Versicherer im Zusatzversicherungsbereich erhalten, so stellte sich dort weiterhin das Problem der Risikoselektion, das sich unter Umständen sogar verschärfen dürfte, weil bei Versorgungsengpässen in der Grundversicherung (Warteschlangenprobleme usw.) die Zusatzversicherung in die Lücke springen dürfte.

Wettbewerbslösung mit Kostenausgleich

Man kann sich vorstellen, dass im Rahmen des Risikoausgleichs die unterschiedlichen Kosten vollständig ausgeglichen werden. Da das unterschiedliche Erkrankungsrisiko nicht exakt voraussagbar ist, müsste im Endeffekt davon ausgegangen werden, dass bei einer einheitlichen, kostendeckenden Prämie die entstandenen Überschüsse und Defizite der Versicherer ausgeglichen würden. Die einzelne Kasse hätte dann kein Interesse mehr, Risikoselektion zu betreiben; sie hätte aber auch kein wirtschaftliches Interesse mehr, Kostensparmassnahmen zu ergreifen. Tendenziell hätten in einem derartigen System die Versicherer primär ein Interesse, unabhängig von den Kostenfolgen die Wünsche der Versicherten an einer möglichst guten und weitreichenden Versorgung zu befriedigen.

Reduziert man den Kostenausgleich, d.h., würde nicht mehr ein vollständiger Kostenausgleich angestrebt, dann entsteht automatisch wieder ein mehr oder weniger grosses Bestreben, Risikoselektion zu betreiben.

Bei einem nur partiellen Kostenausgleich stellt sich schliesslich die Frage der konkreten Umsetzung.

Schematisch gesehen gibt es zwei Grössen, bei denen eine entsprechende Lösung ansetzen könnte, die Art der Erkrankung und die entstandenen Kosten. Beide Kriterien haben erhebliche Nachteile: Die Erkrankungsart ist kein objektives Kriterium, sondern von vielen Faktoren abhängig. Es stellen sich daher enorme Mess- bzw. Informations- und damit gekoppelt entsprechende Datenschutzprobleme. Geht man vom Kriterium «entstandene Kosten» aus, so nimmt man gleichzeitig die damit verbundenen Anreizwirkungen in Kauf: Ob die Kosten berechtigt sind, kann nicht oder nur durch Einführung eines zusätzlichen, komplizierten Überwachungsapparates festgestellt werden.

b) Die Alternative:

Rückversicherungslösungen

Am ehesten verträglich mit der ursprünglichen Wettbewerbsvorstellung des Gesetzgebers dürfte die Einführung einer Rückversicherungslösung sein. Dabei sind folgende Varianten denkbar:

Stop-Loss-Versicherung

Dabei übernimmt die Rückversicherung die Kosten ab einer bestimmten Kostenhöhe. Man könnte sich beispielsweise vorstellen, dass die Rückversicherung Kosten ab 30 000 Franken zu ihren Lasten übernimmt.

Fallbezogene Rückversicherung

Mit diesem Instrument könnten fallbezogen hohe Kosten rückversichert werden. Dabei wäre sinnvollerweise nicht bei den Kosten anzusetzen. Am einfachsten dürfte es sein, einen Katalog von Erkrankungen aufzustellen, deren Bestimmung eindeutig und deren Kosten hoch sind. Die Kosten dieser Erkrankungen könnten dann rückversichert werden. Entsprechende freiwillige Lösungen entstanden schon unter dem KUVG, wurden aber seit der Einführung des KVG teilweise wieder abgebaut. Vorteil einer entsprechenden Lösung wäre, dass durch eine Konzentration auf die entsprechenden Krankheiten auch gezielt auf die Behandlungen und deren Kosten eingewirkt werden könnte. Sieht man von einer missbräuchlichen Nutzung des entsprechenden Instrumentes zur reinen Kostenreduktion ab, dürfte eine derartige Lösung auch einen Beitrag zur gezielten

Qualitätssicherung/Qualitätsverbesserung komplexer Behandlungen leisten.

Risikoportefeuille-Rückversicherung
Eine dritte Rückversicherungsmöglichkeit bestünde darin, die unterschiedlichen Risikoportefeuilles vom Rückversicherer beurteilen zu lassen und zu entsprechend hohen Kosten rückzuversichern. Für die Versicherer bleibt damit – gerade auch bei den sehr teuren Fällen – der Anreiz, ihre Kosten möglichst tief zu halten.

Aufgrund der unterschiedlichen Verteilung der Versicherten mit extrem hohen Kosten auf die verschiedenen Versicherer haben die Krankenversicherer mit tiefen Kosten u. U. kein Interesse, freiwillig eine entsprechende Rückversicherung mitzutragen. Eine solche Lösung könnte daher – falls keine Verbandslösung zustande kommt – wohl nur über ein im Gesetz verankertes Obligatorium realisiert werden. Dieses könnte sich aber durchaus auf einen Basisbereich beschränken, so dass daneben weitergehende individuelle Lösungen Platz hätten.

6. Fazit

Risikoselektion lässt sich so lange nicht vermeiden, als es Versicherern gelingen kann, damit ohne grossen Aufwand erhebliche Wettbewerbsvorteile zu realisieren.

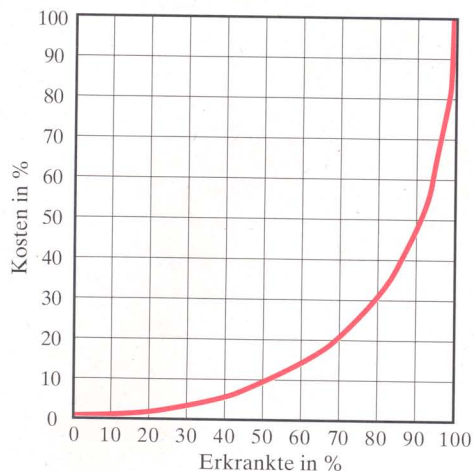
Mit der Einführung der vollen Freizügigkeit und der freien Wahl des Krankenversicherers hat der Gesetzgeber den Versicherten eine Art «Konsumentenouveränität» in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verschafft. Der Versicherte bestimmt, ob und zu welcher Kasse er wechseln will. Er kann dies unabhängig von seinem eigenen Gesundheitszustand tun. Ausserordentlich wichtig ist daher, dass die Versicherten sich ihrer Eigenverantwortlichkeit bewusst sind und dass sie mit genügender Sicherheit annehmen dürfen, dass ein Versichererwechsel ihnen nicht zum Nachteil gerät. Dies setzt aber Lernprozesse voraus, die erhebliche Zeit beanspruchen. Angesichts der grossen Änderungen, die das KVG mit sich brachte, und wegen der Einführungsschwierigkeiten des Gesetzes hat sich dieser Einstellungswandel noch zu wenig durchgesetzt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

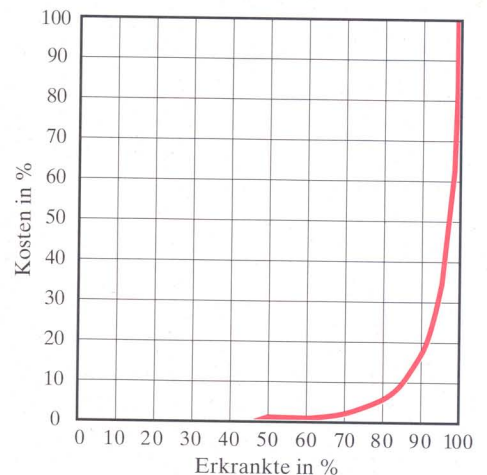
Wenige Versicherte verursachen den Grossteil der Krankheitskosten

4

a) Kosten insgesamt 1997



b) Kosten stationär 1997



Quelle: Administrativdatenstatistik 1997 des Bundesamtes für Sozialversicherung

Die 10 % Versicherten mit den höchsten Kosten verursachen rund 50 % der gesamten Krankheitskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bei der stationären Pflege verursachen die 10 % Versicherten mit den höchsten Kosten sogar 90 % der Kosten.

- Der heutige Risikoausgleich, bei dem die Kosten nach Alter und Geschlecht gruppiert werden, hat sich wegen der relativ einfachen Durchführbarkeit gut bewährt.
- Je nach konkreter Ausgestaltung öffnen die vorhandenen Vorschläge zur Umgestaltung des Risikoausgleichs das Tor in Richtung Kostenausgleich. Sie setzen zudem Anreize, die den Strukturwandel im Gesundheitswesen (ambulante/stationäre Behandlungen) behindern.
- Ein Kostenausgleich zwischen den Versicherern setzt falsche Anreize im Bereich des Kostenmanagements und widerspricht den Wettbewerbszielsetzungen des KVG.
- Risikoselektion kann angesichts der extremen Kostenverläufe im Bereich der Krankenversicherung so lange praktisch nicht verhindert werden, als kein vollständiger Kostenausgleich erreicht wird.
- Eine gezielte Verbesserung des Wettbewerbs liesse sich am besten über die Einführung von Rückversicherungsmechanismen erreichen. Diese können sowohl als Eigeninitiative der einzelnen Versicherer wie auch als gemeinsame Verbandslösungen realisiert werden. Zur Vermeidung von Trittbrettfahrern ist eine ergänzende Regelung auf gesetzlicher Stufe denkbar. Dazu müssten allerdings die gesetzlichen Voraussetzungen noch geschaffen werden.