
Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich

Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 07.3769 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 9. November 2007

Übersicht

In einem System wie dem schweizerischen, wo von den Versicherern eine regionale Einheitsprämie angewandt wird, besteht für diese ein Anreiz zur Risikoselektion, d.h. selektiv gesunde Versicherte anzuwerben oder erkrankte Versicherte vom Versicherungsabschluss abzuhalten. Um der Entsolidarisierung entgegenzuwirken, wurde ein Risikoausgleich zwischen Krankenversicherern eingeführt. Damit wurde ein Ausgleich geschaffen zwischen jenen Versicherern, deren Versichertenbestand ein geringeres Krankheitsrisiko aufweist, und jenen, deren Bestand ein höheres Krankheitsrisiko aufweist. Der heute geltende Risikoausgleich berücksichtigt lediglich die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht. Ab 2012 wird der Risikoausgleich mit einem zusätzlichen Ausgleichsfaktor, dem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, berechnet (nachfolgend 2012er Risikoausgleich genannt). Dies führt dazu, dass ein höherer Anteil der Kostenunterschiede ausgeglichen wird und senkt so den Anreiz zur Risikoselektion.

Darüber hinaus hat das Parlament am 30. September 2011 eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen, die Referendumsfrist läuft bis zum 19. Januar 2012. Im vorliegenden Bundesratsbericht werden mögliche zusätzliche Ausgleichsfaktoren vorgestellt und nach verschiedenen Kriterien bewertet. Der Vergleich dieser möglichen Ausgleichsfaktoren zeigt, dass der 2012er Risikoausgleich am besten mit pharmazeutischen Kostengruppen ergänzt werden kann.

Konstantin Beck hat die Veränderung des R^2 bei Anwendung diverser Ausgleichsformeln im Jahr 2007 wie folgt beziffert¹:

Ausgleichsformel	R^2
Kein RA	0%
Heute geltender RA	11%
Heutiger RA + Spitalaufenthalt	21%
Heutiger RA + Spitalaufenthalt+ PCG	30%

Mit der Berücksichtigung von pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) wird somit die Erklärungskraft des 2012er Risikoausgleichs um rund 50 Prozent weiter verbessert.

Aufgrund der Tatsache, dass diese Informationen heute nur unvollständig und in ungenügender Qualität bei den Versicherern vorhanden sind und die Einführung gewisse Vorbereitungsarbeiten und Probeläufe erfordert, wird die Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit diesem zusätzlichen Ausgleichsfaktor voraussichtlich erst nach etwa sechs Jahren umgesetzt werden können. Da der Bundesrat das Gesetz sicher früher in Kraft setzt und der verfeinerte Risikoausgleich eine wichtige Komponente für die Verbreitung integrierter Versorgungsmodelle ist, wird eine Übergangsregelung in Betracht gezogen. Denkbar wäre die Berücksichtigung einer oder mehrerer Medikamentenkostenschranken, wobei diese im vorliegenden Bericht nicht weiter spezifiziert wird. Dies würde die Wirksamkeit des 2012er Risikoausgleichs ebenfalls verbessern und hätte zum Vorteil, dass diese Daten bereits heute bei den Versicherern verfügbar sind. Die Einführung würde daher weniger Zeit in Anspruch nehmen.

¹ Vgl. Beck and Trottmann 2007.

Abkürzungsverzeichnis

ACGs	Adjusted Clinical Groups
ADGs	Ambulatory Diagnostic Groups
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BVA	(deutsches) Bundesversicherungsamt
CADGs	Collapsed Ambulatory Diagnostic Groups
CDS	Chronic Disease Score
DCG	Diagnostic Cost Groups; Diagnostische Kostengruppen
DMP	Disease Management Program, strukturierte Behandlungsprogramme
EDÖB	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
EMG	Erwerbsminderungsgruppen
HCC	Hierarchical Condition Categories
HMG	hierarchisierte Morbiditätsgruppen
ICD	International Classification of Diseases
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung, SR 832.10
NR	Nationalrat
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCG	Pharmacy Cost Group, pharmazeutische Kostengruppe
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SR	Ständerat
VORA	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, SR 832.112.1
WHO	World Health Organization
ZEMRA	zentrale Meldestelle Risikoausgleich

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Jährliche Durchschnittskosten in den einzelnen Risikogruppen im definitiven Risikoausgleich 2010, gesamte Schweiz	10
Abbildung 2	Jährliche Beiträge und Abgaben in den einzelnen Risikogruppen im definitiven Risikoausgleich 2010, gesamte Schweiz	10
Abbildung 3	Entwicklung des Nettoumverteilungsvolumens seit 1996	11
Abbildung 4	Jährliche Durchschnittskosten in den Risikogruppen des 2012er Risikoausgleichs	14
Abbildung 5	Beurteilung der Erklärungskraft der beiden Modelle: Das Bestimmtheitsmass R^2	15
Abbildung 6	Beurteilung des Anreizes zur Risikoselektion in den beiden Modellen bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	17
Abbildung 7	Beurteilung der Transparenz der beiden Modelle	18
Abbildung 8	Beurteilung der Manipulationsanfälligkeit der beiden Modelle	18
Abbildung 9	Anreize zur effizienten Mittelverwendung bei beiden Modellen	20
Abbildung 10	Von Diagnose zu HMG	22
Abbildung 11	Deutscher Risikostrukturausgleich: Ein externes Ausgleichssystem	23
Abbildung 12	Beispielrechnung Grundpauschale und Kostengewichte	24
Abbildung 13	Kostentypen und ihre Finanzierung in den Niederlanden	25
Abbildung 14	Risikoausgleichsfaktoren im niederländischen Risikoausgleichsmodell	26
Abbildung 15	Vergleich diverser Modelle, die diagnostische Informationen berücksichtigen	28
Abbildung 16	Beurteilung des Vorschlags 1 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich	31
Abbildung 17	Übersicht über die verschiedenen Medikamenten-Klassifikationsmodelle	33
Abbildung 18	Beurteilung des Vorschlags 2 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich	34
Abbildung 19	Beurteilung des Vorschlags 3 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich	35
Abbildung 20	Beispielrechnung mit Franchise als Ausgleichsfaktor mit und ohne Korrektur	37
Abbildung 21	Beurteilung des Vorschlags 4.1 (Versichererwechsel) in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich	39
Abbildung 22	Beurteilung des Vorschlags 4.2 (Wahl der Franchisestufe) in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich	40
Abbildung 23	Beurteilung des Vorschlags 5 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich	41
Abbildung 24	Beurteilung des Vorschlags 6 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich	41
Abbildung 25	Die Vorschläge im Überblick	43

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	7
2	Der Versicherungsmarkt	7
2.1	Charakteristiken eines unregulierten Krankenversicherungsmarktes	7
2.2	Besonderheiten des schweizerischen Krankenversicherungsmarktes.....	8
2.3	Bedeutung des Risikoausgleichs im schweizerischen Krankenversicherungsmarkt	8
3	Die gesetzliche Regelung des Risikoausgleichs	9
3.1	Die Entstehungsgeschichte des Risikoausgleichs und die heutige Regelung	9
3.2	Die Revision des Risikoausgleichs auf das Jahr 2012	11
3.2.1	Parlamentarische Beratung	11
3.2.2	Verordnungsänderung zur Definition des neuen Ausgleichskriteriums	12
3.2.3	Funktionsweise des ab 2012 geltenden Risikoausgleichs	13
3.3	Beurteilung der heutigen und der ab 2012 geltenden Regelung des Risikoausgleichs	15
3.3.1	Anreiz zur Risikoselektion	15
3.3.2	Transparenz	17
3.3.3	Manipulationsanfälligkeit.....	18
3.3.4	Anreiz zum Kostensparen.....	19
3.3.5	Anreiz für Prävention	20
4	Regelung in anderen europäischen Staaten, welche einen Risikoausgleich in der Krankenversicherung kennen	21
4.1	Beispiel Deutschland	21
4.2	Beispiel Niederlande	24
5	Optionen für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs mit einem Morbiditätsindikator	27
5.1	Sechs Optionen zur weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs	27
5.2	Option 1: Verwendung von diagnostischen Informationen	28
5.2.1	Modellbeschreibung.....	28
5.2.2	Evaluation von Option 1	30
5.3	Option 2: Verwendung von pharmazeutischen Informationen.....	31
5.3.1	Modellbeschreibung.....	31
5.3.2	Evaluation von Option 2.....	33
5.4	Option 3: Verwendung von Angaben zur Einschränkung der Erwerbsfähigkeit.....	35
5.4.1	Modellbeschreibung.....	35
5.4.2	Evaluation von Option 3.....	35
5.5	Option 4: Verwendung von Informationen zum Kassenwechsel und zur Wahl der Franchisestufe	36
5.5.1	Modellbeschreibung.....	36
5.5.2	Evaluation von Option 4.....	38
5.6	Option 5: Offenbarung persönlicher Morbiditätsinformationen	40
5.6.1	Modellbeschreibung.....	40
5.6.2	Evaluation von Option 5.....	40
5.7	Option 6: Verwendung von Medikamentenkosten im Vorjahr	41

5.7.1	Modellbeschreibung	41
5.7.2	Evaluation von Option 6	41
6	Weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs: Ausblick	42
6.1	Pharmazeutische Kostengruppen als Ergänzung des 2012er Risikoausgleichs	42
6.2	Umstellung auf eine Berechnung mittels einer Regressionsanalyse	44
6.3	Übergang auf eine Lieferung von Individualdaten in den Risikoausgleich	44
6.4	Verzicht auf die Berücksichtigung der Daten der Wechsler	45
6.5	Empfehlung für die zeitliche Umsetzung der Einführung	45
6.6	Empfehlung für eine Übergangsregelung	46
7	Schlussfolgerung	46

1 Ausgangslage

Das Parlament beschloss im Jahre 2007, im Rahmen der Beratung der Spitalfinanzierungsvorlage, dass der Risikoausgleich ab 2012 zusätzlich mit einem Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko berechnet werden soll. Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko gilt der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr. Beide Räte entschieden sich erst im Differenzbereinigungsverfahren, die Risikoausgleichsformel lediglich mit einem zusätzlichen Kriterium zu ergänzen. Es wurde jedoch das Postulat 07.3769 überwiesen, das vom Bundesrat verlangt, dass er bis spätestens am 31. Dezember 2011 prüft und Bericht erstattet, wie sich der Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors auf den Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen auswirken würde. Allenfalls sei vom Bundesrat bis zu diesem Datum zusätzlich ein technisch umsetzbarer Indikator vorzuschlagen.

In der Zwischenzeit hat das Parlament im Rahmen der Beratung der Managed Care-Vorlage eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen. Als weiteres Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko soll demnach die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten massgebend sein. Diese Indikatoren sollen durch den Bundesrat festgelegt werden. Bis zum 19. Januar 2012 kann gegen diese Vorlage das Referendum ergriffen werden.

Der vorliegende Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 07.3769 gibt einen Kurzüberblick über den Krankenversicherungsmarkt in der Schweiz (vgl. Kapitel 2), die heutige Regelung des Risikoausgleichs und die bereits beschlossene Verfeinerung des Risikoausgleichs auf das Jahr 2012 mit dem Einbezug der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert (vgl. Kapitel 3). Zudem werden die Risikoausgleichsmodelle, die in Deutschland und den Niederlanden angewandt werden, beschrieben (vgl. Kapitel 4) und verschiedene in der Forschung beschriebene Ausgleichsfaktoren zur weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs vorgestellt und bewertet (vgl. Kapitel 5). Der Bericht schliesst mit einem Ausblick auf die weitere Verfeinerung des Schweizer Risikoausgleichs (Kapitel 6) und einer Schlussfolgerung für das weitere Vorgehen (Kapitel 7).

2 Der Versicherungsmarkt

2.1 Charakteristiken eines unregulierten Krankenversicherungsmarktes

Gesundheitsgüter sind Güter besonderer Art. Sie weisen aus ökonomischer Sicht Besonderheiten auf, die zum Versagen des Marktes bei der Preisbildung führen können. Ein unregulierter Krankenversicherungsmarkt weist zudem Strukturschwächen auf, aufgrund derer ein zu geringes Versorgungsniveau resultiert. Insbesondere folgende Besonderheiten führen dazu, dass sich staatliche Eingriffe in den Krankenversicherungsmarkt aufdrängen:

- **Asymmetrische Informationsverteilung:** Dies bezeichnet den Zustand, in dem zwei Vertragsparteien bei Abschluss und/oder Erfüllung eines Vertrags nicht über dieselben Informationen verfügen. Dies zeigt sich im Bereich der Krankenversicherung einerseits im Arzt-Patienten-Verhältnis aber auch im Verhältnis zwischen Krankenversicherer und Kunde beim Vertragsabschluss. Wenn der Versicherer a priori nicht zwischen Gesunden und Kranken unterscheiden kann, würde er den Erwartungswert über beide Gruppen bilden und die Versicherung zu diesem Preis anbieten. Zu diesem Preis ist die Versicherung jedoch nur für die Gruppe der Kranken attraktiv und die Versicherung müsste den Tarif wiederum erhöhen, da der alte Tarif die Kosten nicht zu decken vermag. Die Gesunden wären hingegen nicht bereit, eine Krankenversicherung abzuschliessen und tragen evtl. anfallende Kosten selber. Um dies zu verhindern kann, wie in der Schweiz, ein Versicherungsobligatorium eingeführt werden
- **Zukünftige Bedürfnisse werden im Allgemeinen zu niedrig eingeschätzt.** Junge gesunde Menschen sind oft nicht bereit, für die Behandlung möglicher zukünftiger Erkrankungen in ausreichendem Masse finanziell vorzusorgen. Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen nehmen in der Regel mit dem Alter zu und können nicht von allen Betroffenen mit dem zu diesem Zeit-

punkt zur Verfügung stehenden Einkommen gedeckt werden. Auf einem freien Markt ergibt sich daher voraussichtlich eine zu geringe Nachfrage nach Krankenversicherung. Auch hier bietet eine Pflichtversicherung eine Möglichkeit, diesem Problem zu begegnen.

- **Moral Hazard:** Moral Hazard beschreibt das Problem einer Verhaltensänderung durch eine Versicherung gegen ein Risiko. Bei Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes besteht für Versicherte durch das Auseinanderfallen von Handlung und Haftung kein oder zumindest ein geringerer finanzieller Anreiz, beispielsweise risikoreiche Freizeitbeschäftigungen oder eine ungesunde Lebensweise einzuschränken, soweit die Solidargemeinschaft der Krankenversicherung für die Behandlungskosten aufkommt. In der Gesundheitsökonomie wird dies als Ex-Ante-Moral-Hazard bezeichnet. Zudem gibt es auch ein Phänomen, das als Ex-Post-Moral-Hazard bezeichnet wird: In einem Versicherungssystem besteht der Anreiz, dass Patienten allein deshalb mehr Leistungen nachfragen, weil sie die Kosten nicht oder nicht vollständig selber übernehmen müssen. Diesen Phänomenen kann mit einer Kostenbeteiligung entgegengewirkt werden, was in der Schweiz der Fall ist. Der Moral Hazard kann aber auch auf Seiten der Leistungserbringer auftreten: Weil die Kosten der Behandlung nicht vom Patienten direkt, sondern von seiner Versicherung bezahlt werden, besteht beim Leistungserbringer ein Anreiz, mehr und/oder teurere Behandlungen vorzunehmen. Diesem Anreiz beugen Pauschalvergütungsmodelle (Fallpauschalen, Capitation oder Budgetmitverantwortung) vor.

2.2 Besonderheiten des schweizerischen Krankenversicherungsmarktes

Die Besonderheiten des unregulierten Krankenversicherungsmarktes wurden frühzeitig erkannt. Marktversagen (vgl. Kapitel 2.1) und sozialpolitische Argumente führten dazu, dass in der Schweiz staatliche Eingriffe in den Markt vorgenommen wurden und der Krankenversicherungsmarkt heute stark reguliert ist. Mit der Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, (KVG, SR 832.10) wurden insbesondere folgende Prinzipien verankert: Alle in der Schweiz wohnhaften Personen müssen sich gegen Krankheit versichern (Versicherungspflicht). Die verschiedenen privaten Krankenversicherer bieten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) alle den gleichen standardisierten Leistungskatalog an. Die Versicherten können den Krankenversicherer frei wählen (Wahlfreiheit). Die Krankenversicherer sind von Gesetzes wegen verpflichtet, alle Personen, welche in ihrem Tätigkeitsgebiet Wohnsitz haben, aufzunehmen (Aufnahmepflicht). Zudem müssen sie, innerhalb der drei Altersgruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene, eine kantonale und regionale Einheitsprämie erheben (Einheitsprämie). Für Versicherte mit tiefem Einkommen wird die Prämie staatlich subventioniert (Prämienverbilligung). Die Versicherten müssen sich an den anfallenden Krankheitskosten beteiligen (Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag).

2.3 Bedeutung des Risikoausgleichs im schweizerischen Krankenversicherungsmarkt

Die Einheitsprämie, die der Krankenversicherer erhebt, bildet naturgemäss nicht die Risiken der Versicherten ab. Für die Versicherer ist es daher a priori vorteilhaft, Personen zu versichern, die keine oder nur geringe Krankheitskosten verursachen. Für die Versicherer besteht insofern ein Anreiz zur Risikoselektion. Krankenversicherer, welche über eine gute Risikostruktur verfügen, haben auf dem Markt einen Vorteil.

Um der Entsolidarisierung entgegenzuwirken, wurde ein Risikoausgleich zwischen Krankenversicherern eingeführt. Damit wurde ein Ausgleich geschaffen zwischen jenen Versicherern, deren Versichertenbestand ein geringeres Krankheitsrisiko aufweist, und jenen, deren Bestand ein höheres Krankheitsrisiko aufweist. Der Risikoausgleich bezweckt einen Ausgleich der Unterschiede in der Struktur der Versichertenbestände, welche zu unterschiedlichen Krankheitskosten und damit zu unterschiedlichen Prämien führen. Der Risikoausgleich soll den Anreiz für die Versicherer, sich durch Risikoselektion einen Vorteil zu verschaffen, vermindern bzw. beseitigen.

Erst die Regulierung in der Prämien-gestaltung macht einen Risikoausgleich nötig. Mit dem Risikoausgleich werden die unerwünschten Folgen der Prämienregulierung korrigiert.

3 Die gesetzliche Regelung des Risikoausgleichs

3.1 Die Entstehungsgeschichte des Risikoausgleichs und die heutige Regelung

Die Einführung des Risikoausgleichs in der Schweiz erfolgte vorerst mit dem Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung, der am 1. Januar 1993 in Kraft getreten ist.

Mit der Einführung des KVG auf das Jahr 1996 wurde der Risikoausgleich in das ordentliche Recht überführt. Das KVG sah den Risikoausgleich vorerst mit einer Befristung von zehn Jahren vor und der Risikoausgleich wurde auf die Kriterien Alter und Geschlecht beschränkt.

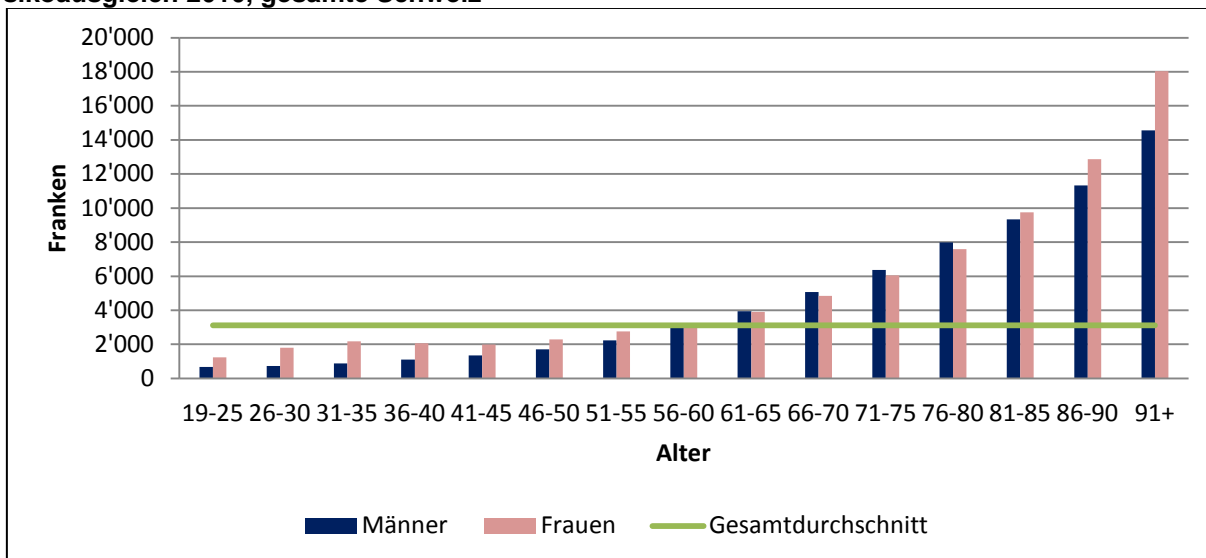
Artikel 105 Absatz 1 KVG: Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

Die Befristung des Risikoausgleichs war vor allem auf die Erwartung zurückzuführen, dass sich die Unterschiede zwischen den Versicherern bezüglich Alter und Geschlecht der Versicherten durch die Freizügigkeit allmählich verringern sollten. Diese Annahme hat sich jedoch nicht bestätigt. Das Parlament hat denn auch im Oktober 2004 der Verlängerung des Risikoausgleichs um fünf Jahre (bis Ende 2010) zugestimmt, dies im Hinblick auf eine Verbesserung des Risikoausgleichs im Rahmen der Spitalfinanzierungsvorlage. Mit der Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 wurde der heute geltende Risikoausgleich wiederum um ein weiteres Jahr, bis Ende 2011, verlängert, um einen nahtlosen Übergang zum ab 2012 geltenden Risikoausgleich zu gewährleisten.

Die Berechnung des Risikoausgleichs erfolgt pro Kanton. Die Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in 30 Risikogruppen pro Kanton eingeteilt: Zuerst erfolgt dabei die Einteilung in 15 Altersgruppen. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren, die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt, die letzte Gruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert. Die Kinder unter 18 Jahren werden nicht im Risikoausgleich berücksichtigt.

Bei der Berechnung des Risikoausgleichs werden zuerst die Durchschnittskosten der Referenzgruppe, welche alle erwachsenen Versicherten umfasst, ermittelt (= Gesamtdurchschnitt). Massgeblich sind dabei die Kosten nach Abzug der Kostenbeteiligung. In Abbildung 1 werden die jährlichen Durchschnittskosten pro Versicherten im definitiven Risikoausgleich 2010 für alle 30 Risikogruppen dargestellt.

Abbildung 1 Jährliche Durchschnittskosten in den einzelnen Risikogruppen im definitiven Risikoausgleich 2010, gesamte Schweiz

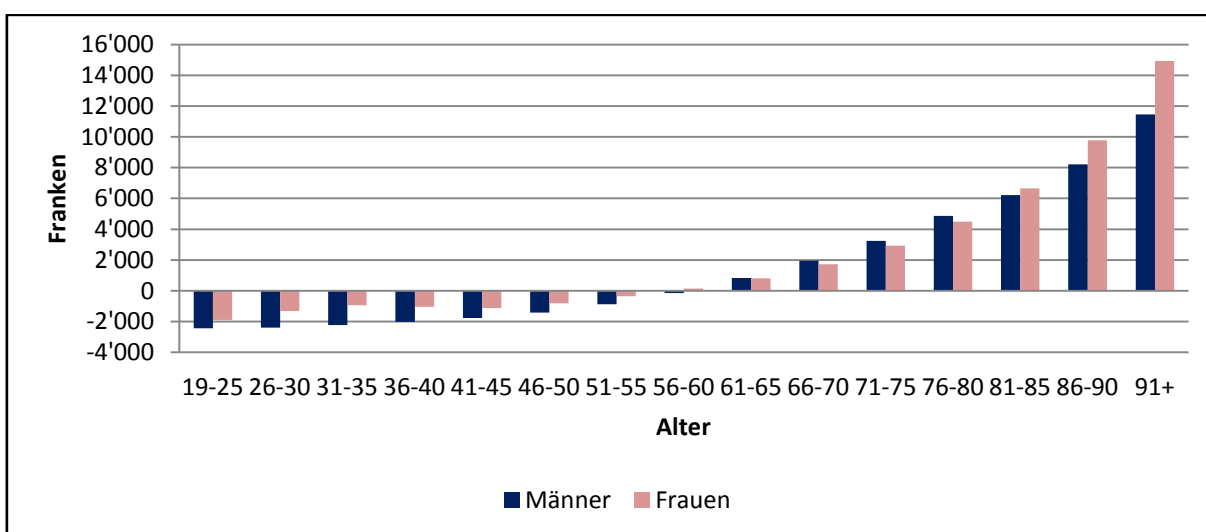


Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, 2011, Statistik definitiver Risikoausgleich 2010.

Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von vier Altersgruppen (61 bis 65, 66 bis 70, 71 bis 75 und 76 bis 80) liegen die Durchschnittskosten der Frauen immer über denjenigen der Männer.

Anschliessend werden die Durchschnittskosten jeder Risikogruppe berechnet und mit den Durchschnittskosten der Referenzgruppe, dem Gesamtdurchschnitt, verglichen. Sind die Durchschnittskosten der Risikogruppe höher als die Durchschnittskosten der Referenzgruppe, so erhält der Krankenversicherer für jeden Versicherten in dieser Risikogruppe einen Beitrag in der Höhe der Differenz. Liegen die Durchschnittskosten der Risikogruppe unter den Durchschnittskosten der Referenzgruppe, so muss der Krankenversicherer für jeden Versicherten in dieser Risikogruppe eine Abgabe in der Höhe der Differenz leisten. Abbildung 2 zeigt die jährlichen Beiträge und Abgaben, die für den definitiven Risikoausgleich 2010 für die einzelnen Risikogruppen berechnet wurden.

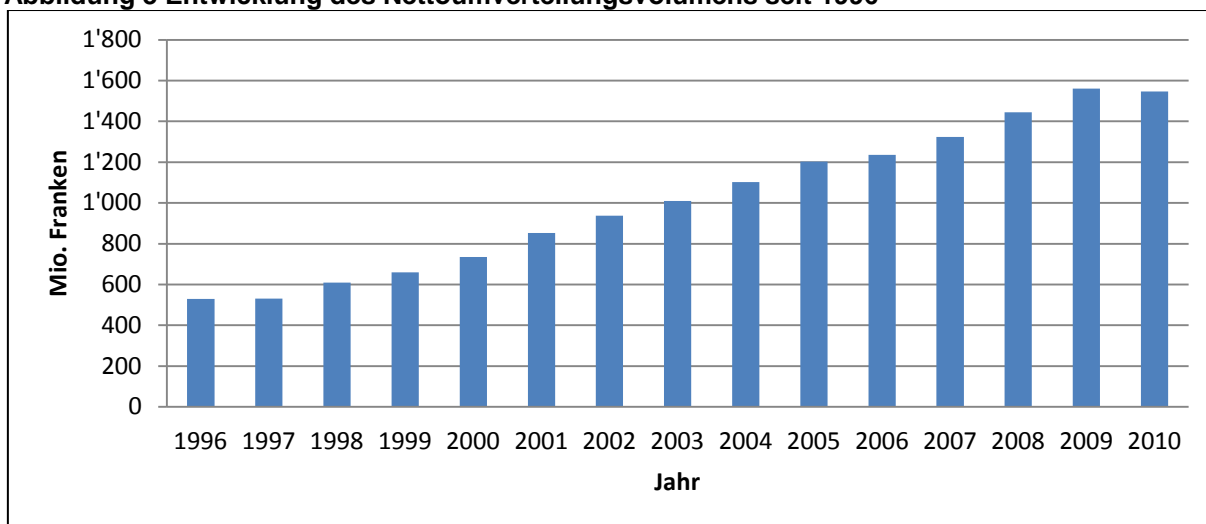
Abbildung 2 Jährliche Beiträge und Abgaben in den einzelnen Risikogruppen im definitiven Risikoausgleich 2010, gesamte Schweiz



Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, 2011, Statistik definitiver Risikoausgleich 2010.

Der Betrag, den ein Versicherer in den Risikoausgleich bezahlt oder aus dem Risikoausgleich erhält entspricht einer Saldoberechnung. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherer Null ergibt. Das heisst, dass alle Krankenversicherer, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Krankenversicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zu Gute haben (= Nullsummenspiel). Das Nettoumverteilungsvolumen, d.h. die Zahlungen, die effektiv zwischen den Versicherern fliessen, haben sich seit 1996 wie folgt entwickelt:

Abbildung 3 Entwicklung des Nettoumverteilungsvolumens seit 1996



Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, 2011, Risikoausgleich, <http://www.kvg.org/ra/default.htm>.

Abbildung 3 zeigt, dass das Nettoumverteilungsvolumen von 1997 bis 2009 stets gestiegen ist. Die Zunahme war im Wesentlichen auf Strukturverschiebungen bei den Krankenkassen als Folge der Risikoselektion, aber auch auf die Kostensteigerung in der OKP zurückzuführen. Auf 2010 ist erstmals wieder ein Rückgang im Nettoumverteilungsvolumen feststellbar: Im definitiven Risikoausgleich 2010 wurden insgesamt 1'546 Millionen Franken zwischen den Versicherern umverteilt, im Vorjahr waren es noch 1'561 Millionen Franken. Da das Bruttoumverteilungsvolumen, d.h. die Zahlungen zwischen den Versicherten, ohne Berücksichtigung der Kassengrenzen, unverändert steigen, kann daraus geschlossen werden, dass sich die Strukturen in den Beständen der Versicherer erstmals wiederum annähern.

Im definitiven Risikoausgleich 2010 haben 55 Versicherer, d.h. 68 Prozent der Versicherer, in den Risikoausgleich einbezahlt, 26 Versicherer, d.h. 32 Prozent der Versicherer, waren Empfänger von Risikoausgleichszahlungen.

3.2 Die Revision des Risikoausgleichs auf das Jahr 2012

3.2.1 Parlamentarische Beratung

Anlässlich der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vom 24. Januar 2005 hat Erika Forster den Antrag gestellt, bei der Beratung der Spitalfinanzierungsvorlage auch die Einführung von zusätzlichen Kriterien für den Risikoausgleich zu prüfen und einen entsprechenden Vorschlag für eine Gesetzesänderung (Einführung eines neuen Artikels 18a im KVG) eingereicht. Die Subkommission Spitalfinanzierung wurde beauftragt, sich vertieft mit der Frage der Verfeinerung des Risikoausgleichs auseinander zu setzen. Diese liess sich von Experten beraten und erarbeite eine KVG-Revision, die im September 2005 in Vernehmlassung gegeben wurde.

In der folgenden parlamentarischen Beratung wurde insbesondere die Frage diskutiert, ob neben dem vorgeschlagenen neuen Kriterium "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim" ein weiteres Kriterium in die Risikoausgleichsformel aufgenommen werden sollte und wenn ja, ob dieses bereits auf Geset-

zesstufe näher definiert werden müsse. Im April 2007 brachte die Verwaltung noch die Idee der Einführung eines Hochrisikopools in die Diskussion ein. Die SGK-N beschloss jedoch, diese Frage nicht als Alternative oder Ergänzung zur Verfeinerung des Risikoausgleichs zu prüfen. Die bestehenden Differenzen zwischen den beiden Räten machten ein Differenzbereinigungsverfahren und eine Einigungskonferenz nötig. An der Schlussabstimmung nahm der Ständerat die Vorlage mit 41 zu null Stimmen bei zwei Enthaltungen an, der Nationalrat mit 117 zu 78 Stimmen bei drei Enthaltungen. Neben den bisherigen Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht wird ab 2012 neu auch das erhöhte Krankheitsrisiko bei der Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigt. Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, massgebend². Es wurde folgende Gesetzesänderung beschlossen:

Ziffer 2, Absätze 1 und 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich):

¹ *Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen, ältere Personen und Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen, älteren Personen und Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.*

² *Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Art. 39) im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, massgebend.*

Mit der KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 wurden auch zwei bisherige KVG-Bestimmungen ergänzt bzw. eine neue Bestimmung aufgenommen, damit alle Krankenversicherer und die Gemeinsame Einrichtung KVG die Personendaten der Versicherten, einschliesslich der besonders schützenswerten Personendaten (Gesundheitsdaten) und Persönlichkeitsprofile für die Berechnung des neuen Risikoausgleichs datenschutzkonform bearbeiten und bearbeiten lassen dürfen (vgl. Art. 57 Abs. 7, Art. 84 Einleitungssatz und Bst. i sowie Art. 84b KVG). Überdies ist die Weitergabe der Versichertendaten einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten (Gesundheitsdaten) und Persönlichkeitsprofile von den Krankenversicherern an die Gemeinsame Einrichtung KVG für die Berechnung des neuen Risikoausgleichs durch den bisherigen Artikel 84a Absatz 1 Buchstabe a KVG abgestützt.

3.2.2 Verordnungsänderung zur Definition des neuen Ausgleichskriteriums

Die beschlossene Gesetzesänderung machte eine Revision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA, SR 832.112.1) nötig.

Das Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko wurde auf Verordnungsstufe in Artikel 2a VORA wie folgt präzisiert.

² Vgl. Parlament, Amtliches Bulletin - Die Wortprotokolle von Nationalrat und Ständerat, http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4801/262653/d_s_4801_262653_262693.htm?DisplayTextOid=262694

Artikel 2a VORA, Berücksichtigung des erhöhten Krankheitsrisikos

¹ Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, der mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte dauert, massgebend.

² Berücksichtigt wird ein Aufenthalt in einem Spital oder einem Pflegeheim in der Schweiz nach Artikel 39 des Gesetzes, sofern für den Aufenthalt Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden.

³ Nicht berücksichtigt wird der Aufenthalt wegen Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes.

⁴ Für die Zuteilung des Aufenthaltes auf die Kalenderjahre ist das Behandlungsdatum massgebend. Bei einem Aufenthalt, der über den Jahreswechsel hinaus andauert, wird die Aufenthaltsdauer bis Ende des Kalenderjahres angerechnet. Die Fortdauer des Aufenthaltes im neuen Kalenderjahr wird diesem zugerechnet. Ein Aufenthalt mit einer Dauer von drei bis fünf Nächten, welcher über den Jahreswechsel erfolgt, wird demjenigen Jahr zugerechnet, in dem die Mehrzahl der Übernachtungen angefallen sind, bei je zwei Nächten wird der Aufenthalt dem Eintrittsjahr zugerechnet.

Des Weiteren wurden mit der VORA-Revision folgende Neuerungen beschlossen:

- Für die Zuordnung der Aufenthalte und Kosten auf ein Kalenderjahr ist neu das Behandlungsdatum massgebend (vgl. Art. 2a Abs. 4 und Art. 6 Abs. 1bis VORA). Bisher wurde bei der Ermittlung der Kosten und Kostenbeteiligungen auf das Abrechnungsdatum abgestellt.
- Die Berechnung des Risikoausgleichs erfolgt neu prospektiv. Dies bedeutet, dass die Abgabe- und Beitragssätze vom provisorischen Risikoausgleich, berechnet im Ausgleichsjahr, für die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs im Folgejahr übernommen werden. Das Gleichgewicht zwischen Abgaben und Beiträgen (Nullsummenspiel) wird damit im definitiven Risikoausgleich nicht mehr automatisch erreicht. Die Gemeinsame Einrichtung KVG muss daher mittels einer Korrektur dafür sorgen, dass das Nullsummenspiel erreicht wird. Dabei haben diejenigen Versicherer, die Risikoabgaben schulden, wie auch diejenigen, die Ausgleichsbeiträge erhalten, beide den gleichen Anteil an der Differenz zu übernehmen. Die Übernahme durch die einzelnen Versicherer erfolgt proportional zu den eigenen Abgaben respektive zu den eigenen Beiträgen (vgl. Art. 6 Abs. 3 VORA)³.

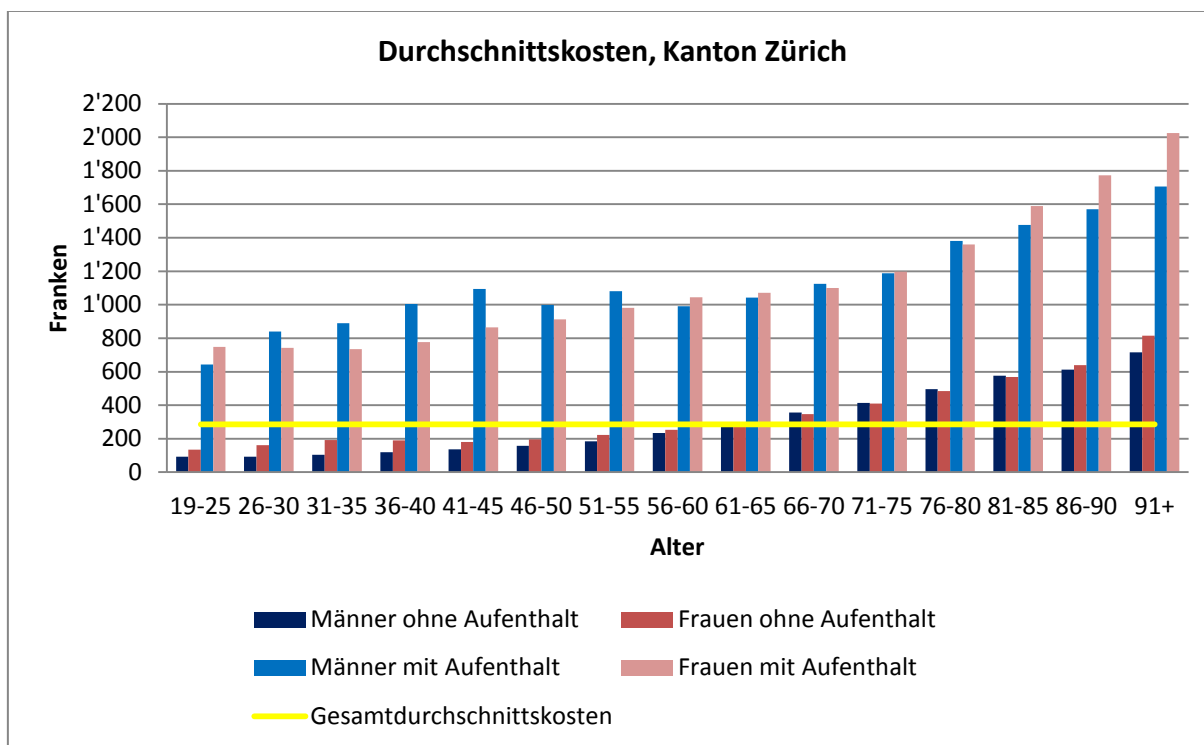
3.2.3 Funktionsweise des ab 2012 geltenden Risikoausgleichs

Durch den Einbezug des zusätzlichen Ausgleichskriteriums ergibt sich - unter Beibehaltung der bisherigen Altersklasseneinteilung - eine Verdoppelung der Anzahl Risikogruppen pro Kanton auf 60. Bei der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen werden Aufenthalte im Vorjahr von Versicherten, die den Versicherer gewechselt haben, berücksichtigt (vgl. Art. 6 Abs. 2bis VORA).

Aufgrund der Resultate der von der Gemeinsamen Einrichtung KVG durchgeführten Probeläufe für den revidierten Risikoausgleich wird eine wie folgt aussehende Verteilung der Kosten in den einzelnen Risikogruppen erwartet:

³ Vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2009.

Abbildung 4 Jährliche Durchschnittskosten in den Risikogruppen des 2012er Risikoausgleichs



Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG, 2011, Statistik zweiter Probelauf für den revidierten Risikoausgleich, eigene Darstellung.

Für den revidierten Risikoausgleich ergibt sich daher Folgendes:

- Versicherte mit Aufenthalt in einem Spital- oder Pflegeheim, der länger als drei Tage gedauert hat, führen im revidierten Risikoausgleich, unabhängig von Alter und Geschlecht, zum Empfang von Ausgleichszahlungen.
- Versicherte ohne Aufenthalt in einem Spital- oder Pflegeheim, der länger als drei Tage gedauert hat, führen im revidierten Risikoausgleich erst in höherem Alter zum Empfang von Ausgleichszahlungen.
- Für Versicherte ohne Aufenthalt in einem Spital- oder Pflegeheim, der länger als drei Tage gedauert hat, erhalten die Versicherer im revidierten Risikoausgleich, in den höchsten Altersgruppen viel tiefere Ausgleichszahlungen.
- Die bisherigen Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht verlieren an Bedeutung.

Aufgrund der Resultate aus dem von der Gemeinsamen Einrichtung KVG durchgeführten Probelauf ist zu erwarten, dass sich das Nettoumverteilungsvolumen leicht erhöht verglichen mit der bisherigen Berechnungsmethode. Auf Ebene der einzelnen Versicherer ergeben sich beträchtliche Verschiebungen. Diese sind abhängig vom Anteil der Versicherten mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr am Gesamtbestand⁴.

Der neue Risikoausgleich ist sehr wahrscheinlich mit ein Grund für die erfolgte und weiter fortschreitende Marktkonzentration und die vermehrte Abkehr der Versicherer von der Billigkassenstrategie.

⁴ Vgl. Gemeinsame Einrichtung KVG 2011, Ergebnisse zweiter Probelauf.

3.3 Beurteilung der heutigen und der ab 2012 geltenden Regelung des Risikoausgleichs

Die heutige und die ab 2012 geltende Regelung des Risikoausgleichs werden in der Folge nach verschiedenen Kriterien geprüft. Diese Kriterien sind:

1. Anreiz zur Risikoselektion.
2. Transparenz.
3. Manipulationsanfälligkeit.
4. Anreiz zum Kostensparen.
5. Anreiz für Prävention.

3.3.1 Anreiz zur Risikoselektion

Das Ziel des Risikoausgleiches ist es, die Anreize zur Risikoselektion zu mindern. Da der Risikoausgleich die Kosten lediglich bis zum Durchschnitt der Risikogruppe ausgleicht, sind für den Versicherer diejenigen Versicherten besonders attraktiv, deren Kosten unter den Durchschnittskosten ihrer Risikogruppe liegen. Auch mit einem Risikoausgleich bestehen also immer noch Anreize zu Risikoselektion. Ein Risikoausgleich kann Risikoselektion jedoch umso effektiver verhindern, je besser die verwendeten Ausgleichsfaktoren die individuellen Kosten der Versicherten prognostizieren können. Zur Untersuchung dieser Frage wurden Regressionsanalysen vorgenommen, wobei der weiter bestehende Anreiz zur Risikoselektion aufgrund von zwei Kriterien geprüft wurde:

A) Erklärungskraft der Risikoausgleichsformel in Bezug auf die gesamte Population

Ein erstes Mass für die weiter bestehenden Anreize zur Risikoselektion ist die Prognosegenauigkeit in Bezug auf die gesamte Population. Es wird geprüft, wie hoch der Anteil an den Kosten ist, die mit den in der Risikoausgleichsformel berücksichtigten Faktoren erklärt werden kann. Dazu wird auf das Bestimmtheitsmass R^2 abgestellt⁵. Wird ein erheblicher Teil der morbiditätsbedingten Kostenunterschiede zwischen Versicherten ausgeglichen, ist der finanzielle Vorteil, welcher durch Risikoselektion erlangt werden kann, eingeschränkt. Modelle mit einer höheren Erklärungskraft mindern die Anreize zur Risikoselektion daher stärker als Modelle mit einer geringeren Erklärungskraft.

Das Bestimmtheitsmass R^2 der heute geltenden Risikoausgleichsformel und der ab 2012 verwendeten Formel wurde in den vergangenen Jahren verschiedentlich geschätzt. Folgende Tabelle zeigt die Resultate diverser Studien für die beiden Ausgleichsmodelle:

Abbildung 5 Beurteilung der Erklärungskraft der beiden Modelle: Das Bestimmtheitsmass R^2

Quelle	Heutige Risikoausgleichsformel (Alter, Geschlecht)	2012er Risikoausgleich (Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr)
Verisk Health 2010 ⁶	3.15% Schätzung 3.09% Prognose	6.28% Schätzung 6.06% Prognose
Spycher 2002	6.5%	10.9%
Beck 2011	10.3%	17.4%

Quelle: Verisk Health 2010, Spycher 2002, Beck 2011.

⁵ Das Bestimmtheitsmass R^2 ist eine Kennzahl aus der Statistik für den erklärten Anteil der Variabilität einer abhängigen Variablen Y durch ein statistisches Modell. Indirekt wird damit auch der Zusammenhang zwischen der abhängigen und der/den unabhängigen Variablen gemessen.

⁶ Die Schätzung erfolgte mit Daten aus den Jahren 2006 und 2007. Aufgrund der im Datensatz festgestellten geringen Veränderung der Kosten pro Risikogruppe von 2006 auf 2007 erzielt das prospektive Modell ähnlich gute Prognoseergebnisse wie die Schätzung.

Wird die Erklärungskraft des heutigen Schweizer Risikoausgleichsmodells (Kriterien: Alter, Geschlecht) mit Schweizer Daten berechnet, wie dies Spycher und Beck getan haben, schneidet dieses besser ab als in Studien mit ausländischen Daten. Der Grund liegt darin, dass die Krankenversicherer in der Schweiz lediglich 50 Prozent der (hohen) Spitalkosten finanzieren. Dadurch ist die Varianz in den Schweizer Daten geringer und die Erklärungskraft des Modells, das Alter und Geschlecht berücksichtigt, grösser. Werden die stationären Leistungen verdoppelt und erneut eine Regression durchgeführt, sinkt das R^2 um rund vier Prozentpunkte⁷.

Alleine mit den Kriterien Alter und Geschlecht kann aber nur ein kleiner Teil der Varianz erklärt werden. Alle geprüften Studien zeigen, dass die Erklärungskraft der Risikoausgleichsformel durch den Einbezug des neuen Ausgleichskriteriums Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr deutlich gesteigert werden kann. Die Werte von Verisk steigen weniger stark als jene von Spycher oder Beck. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Werte von Verisk auf deutschen Daten basieren. Daher berücksichtigen sie nicht den Umstand, dass über die Hälfte der Spitalkosten in der Schweiz von den Kantonen getragen werden, was zu einer schlechteren Schätzung führt.

Ausserdem muss beachtet werden, dass nur ein Teil der Kosten überhaupt prognostizierbar ist, da Kosten auch zufällig anfallen. Spycher schätzt den Anteil der prognostizierbaren Kosten auf rund 35.8 Prozent. Berechnet man nun den Anteil der geschätzten R^2 -Werte an den prognostizierbaren Kosten, ergibt dies bei Spycher 18 Prozent für den heutigen Risikoausgleich und 30 Prozent für das ab 2012 geltende Modell⁸.

B) Prognosegenauigkeit bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind

Ein zweites Mass für die weiter bestehenden Anreize zur Risikoselektion ergibt sich aus der Analyse der Prognose der Kosten von Versicherten, welche am ehesten Opfer von Risikoselektion werden. In der Folge wird daher gezeigt, wie gut die zwei Risikoausgleichsmodelle die Kosten von solchen Versichertengruppen prognostizieren. Dabei ist anzunehmen, dass ein Versicherer nur dann Risikoselektionsaktivitäten ergreifen wird, wenn die besagte Zielgruppe ein gewisses finanzielles Gewicht hat⁹. Für diese Betrachtung werden daher Gruppen ausgewählt, die in der Summe die höchsten Kosten über alle Versicherten generieren. Diese Auswahl ist nicht zu verwechseln mit der Aussage, dass das gewählte Merkmal besonders teuer ist. Lediglich multipliziert mit der Anzahl der Versicherten, denen dieses Merkmal zugeordnet wird, sind die Kosten im Vergleich zu anderen Merkmalen sehr hoch.

Die folgende Tabelle, zusammengestellt aus den Resultaten der Studie von Verisk Health¹⁰, zeigt jeweils die 2008 beobachteten mittleren Kosten für Versicherte, denen auf Basis der Daten von 2007 ein bestimmtes Merkmal zugeordnet wird. Der Vergleich mit den von den zwei Risikoausgleichsmodellen prognostizierten mittleren Kosten zeigt, wie gut diese Modelle die Kosten der ausgewählten Versicherten vorhersagen.

⁷ Vgl. Beck 2004.

⁸ Vgl. Spycher 2002.

⁹ Vgl. Beck et al. 2006.

¹⁰ Vgl. Verisk Health 2010.

Abbildung 6 Beurteilung des Anreizes zur Risikoselektion in den beiden Modellen bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind

Gruppe	Anteil Versicherte	Mittlere effektive Kosten 2008	Heutige Risikoausgleichsformel (Alter, Geschlecht)	2012er Risikoausgleich (Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr)
weiblich, 66-70	5.88%	2'630	2'496	2'490
männlich, 66-70	3.05%	3'088	2'947	2'945
Spitalaufenthalt von 3 und mehr Tagen	10.86%	5'017	2'152	4'796
HRxG10 (Orale Antiinfektiva)	33.01%	2'251	1'663	1'775
HRxG5 (nicht steriodiale entzündungshemmende Wirkstoffe)	25.86%	2'506	1'876	2'016
HRxG48 (Beta-Blocker)	17.23%	3'227	2'421	2'580
HRxG139 (Protonenpumpenhemmer)	11.61%	4'097	2'194	2'654
HRxG41 (ACE-Hemmer)	10.06%	3'551	2'595	2'816
PCG2 (Glaucom)	9.10%	2'724	2'071	2'196
PCG4 (Antidepressiva)	5.17%	4'049	1'990	2'366
PCG12 (Herzkrankheiten)	3.74%	5'498	3'006	3'505
PCG5 (Hohes Cholesterin)	5.97%	2'910	2'541	2'652
PCG16 (Diabetes Typ 1)	2.32%	6'249	2'474	2'904
HMG091 (Hypertonie)	17.10%	2'945	2'453	2'559

Quelle: Verisk Health 2010.

Beide geprüften Risikoausgleichsmodelle unterschätzen die effektiven Kosten von Versichertengruppen mit höheren Krankheitskosten. Ein Beispiel: Personen, in der PCG16 mit Diabetes Typ 1 verursachten im Jahr 2008 durchschnittlich Kosten von 6'249 Euro, das heute geltende Ausgleichsmodell schätzt die durchschnittlichen Kosten auf 2'474 Euro, das ab 2012 geltende Modell auf 2'904 Euro. Das Modell des 2012 Risikoausgleichs schliesst zwar leicht besser ab. Da aber nur Personen mit einem stationären Aufenthalt besonders entschädigt werden, werden viele hohe Kosten verursachende Versicherte, die lediglich ambulant behandelt werden, vom Modell nicht berücksichtigt. Nicht überraschend ist, dass das Modell des 2012er Risikoausgleichs, welcher den Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr berücksichtigt, die Kosten der Gruppe derer, die im Jahr 2007 mindestens drei Tage im Spital war, deutlich besser schätzt.

3.3.2 Transparenz

Der Risikoausgleich soll für alle beteiligten Akteure verständlich und nachvollziehbar sein. Nur so kann auch die Akzeptanz gewährleistet werden. Die folgende Tabelle bewertet die heutige Risikoausgleichsformel und die ab 2012 zur Anwendung gelangende Formel aufgrund ihrer Transparenz.

Abbildung 7 Beurteilung der Transparenz der beiden Modelle

	Heutige Risikoausgleichsformel (Alter, Geschlecht)	2012er Risikoausgleich (Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr)
Transparenz	hoch	mittel

Aufgrund der grösseren Komplexität wird der 2012er Risikoausgleich weniger gut verständlich und nachvollziehbar sein für die betroffenen Akteure. Um dem entgegenzuwirken, hat das BAG die Versicherer jedoch frühzeitig über die Neuerungen und die erwarteten Wirkungen des neuen Risikoausgleichs informiert.

3.3.3 Manipulationsanfälligkeit

Abgaben in oder Beiträge aus dem Risikoausgleich machen teilweise einen erheblichen Teil des Budgets eines Krankenversicherers aus. Daraus können Anreize entstehen, die Zahlungen durch Manipulation der Berechnungsgrundlagen zu Gunsten des Versicherers zu beeinflussen. Generell ist hier zwischen einer betrügerischen Veränderung der Daten und einem aggressiven Ausschöpfen der Ermessungsspielräume zu unterscheiden. Erstere ist theoretisch bei allen Ausgleichsfaktoren im gleichen Masse möglich. Der Bundesrat war sich jedoch von Anfang an bewusst, dass die Datenlieferungen der Krankenversicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG als Durchführungsstelle des Risikoausgleichs hohe Anforderungen erfüllen müssen. Er hat deshalb Bestimmungen zur Sicherstellung der Qualität der Datenlieferungen in die VORA aufgenommen: Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datenlieferungen müssen nicht nur vom Krankenversicherer selbst bestätigt werden, sondern auch dessen Revisionsstelle muss der Gemeinsamen Einrichtung KVG einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten einreichen. Zudem überprüfen von der Gemeinsamen Einrichtung KVG beauftragte Revisionsstellen die Datenlieferungen der Versicherer stichprobenweise. Schliesslich führt die Gemeinsame Einrichtung KVG auch Plausibilitätstest bei den Datenlieferungen der Versicherer durch.

Das Ausschöpfen von Ermessensspielräumen tritt vor allem dann auf, wenn Risikoausgleichsmerkmale „unscharf“ definiert sind. Das heisst, es ist nach objektiven Kriterien nicht eindeutig festgelegt, wie ein bestimmter Versicherter klassifiziert werden muss. Es bestehen daher Möglichkeiten, alle Patienten denjenigen Gruppen zuzuteilen, welche zu den höchsten Zahlungen führen (sogenanntes „Upcoding“). Die folgende Tabelle bewertet die in Kapitel 3 beschriebenen Risikoausgleichsfaktoren bezüglich ihrer Anfälligkeit für Manipulation.

Abbildung 8 Beurteilung der Manipulationsanfälligkeit der beiden Modelle

Risikoausgleichsmodell	Manipulationsanfälligkeit	Bemerkungen
Heutige Risikoausgleichsformel (Alter, Geschlecht)	sehr gering	Die Kriterien Alter und Geschlecht lassen keinen Interpretationsspielraum zu.
2012er Risikoausgleich (Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr)	gering	Das Kriterium ist in der Verordnung und im Leitfaden der Gemeinsamen Einrichtung KVG klar definiert, aber die exakte Länge des notwendigen Spitalaufenthaltes ist objektiv nicht eindeutig festzulegen. Die Versicherer haben jedoch kaum Einfluss auf die Spitäler, weshalb die Manipulationsanfälligkeit als gering eingeschätzt wird.

Quelle: Verisk Health 2010.

Der heutige Risikoausgleich weist mit seiner einfachen Ausgestaltung den Vorteil auf, dass die Manipulationsanfälligkeit sehr gering ist. Aber auch der 2012er Risikoausgleich mit Berücksichtigung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr gilt als schwer manipulierbar. Es ist in der Verordnung resp. im ergänzenden Leitfaden der Gemeinsamen Einrichtung KVG klar definiert, ob ein

Versicherter einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung im Sinne von Artikel 2a VORA aufweist oder nicht. Nichtsdestotrotz ist bei vielen Patienten die exakte Länge des notwendigen Spitalaufenthaltes objektiv nicht eindeutig festzulegen. So könnte theoretisch die Gefahr bestehen, dass Patienten nur darum eine weitere Nacht im Krankenhaus behalten werden, um höhere Beiträge aus dem Risikoausgleich zu erhalten. Die Versicherer haben jedoch in der Schweiz keinen diesbezüglichen Einfluss auf die Spitäler. Gerade bei einem Vergütungssystem mit Fallpauschalen, wie es auf 2012 schweizweit eingeführt wird, ist nicht zu erwarten, dass ein Spital einen Patienten länger behalten würde, damit der Versicherer höhere Beiträge aus dem Risikoausgleich erhält¹¹.

3.3.4 Anreiz zum Kostensparen

Damit die Versicherer Anreize zum Kostensparen haben, müssen sie sich durch effiziente Mittelverwendung einen Wettbewerbsvorteil erarbeiten können. Bei einem schwachen Risikoausgleich ist die Wettbewerbsfähigkeit eines Versicherers hauptsächlich von der Gesundheit seines Versichertenkollektivs abhängig. Hat ein Versicherer viele erkrankte Kunden in seinem Bestand, kann er auf dem Markt nicht erfolgreich sein, selbst wenn er effizient arbeitet. In dieser Situation sind die Anreize, in eine effiziente Behandlung zu investieren, eher schwach, die Anreize zur Risikoselektion jedoch sehr stark. Managed Care Programme werden hier vor allem dazu angeboten, gesunde Kunden anzuwerben. Ein Programm, welches speziell auf die Bedürfnisse von chronisch erkrankten Versicherten eingeht, hat auf dem Markt keine Chance¹². Diese Situation ist unbefriedigend, weil gerade die chronisch Erkrankten besonders von einer besseren Steuerung und Koordination ihrer Behandlung profitieren könnten¹³. Es braucht also einen Risikoausgleich mit ausreichendem Erklärungsgehalt, damit die Versicherer Einsparpotentiale effizient nutzen. Es genügt jedoch nicht, dass der Risikoausgleich morbiditätsbedingte Kostenunterschiede ausgleicht, damit die Versicherer sich durch effiziente Mittelverwendung Wettbewerbsvorteile erwirtschaften können. Es muss ebenfalls sichergestellt sein, dass Kostenunterschiede, welche sich aufgrund der effizienteren Behandlung ergeben, nicht ausgeglichen werden. Sie sollen den Versicherten in Form von günstigeren Prämien oder eines Rabattes für Managed Care-Verträge zu Gute kommen. Unter diesem Gesichtspunkt optimale Risikoausgleichsfaktoren würden folgende zwei Bedingungen erfüllen:

- Keine Bindung an bestimmte Behandlungen: Zahlungen aus dem Risikoausgleich sollen nicht an eine bestimmte Behandlungsart gekoppelt sein. Ansonsten besteht ein Anreiz, die in der Risikoausgleichsformel berücksichtigten Behandlungsarten (z.B. Spitalaufenthalte) vorzunehmen, selbst wenn andere (im Bsp. ambulante Behandlungen) die effizientere Behandlungsart wären¹⁴. Managed Care Modelle, welche durch vermehrte ambulante Betreuung Krankenhausaufenthalte vermeiden können, werden dadurch benachteiligt¹⁵.
- Keine Umverteilung von effizienzbedingten Kostenunterschieden: Kostenunterschiede, welche sich aufgrund von effizienterer Behandlung ergeben, sollen nicht ausgeglichen werden. Dieses Kriterium ist erfüllt, solange effizienzbedingte Einsparungen alle Risikoausgleichsklassen betreffen oder der Anteil an Versicherten, welche von dem effizienteren Behandlungsstil profitieren, innerhalb einer Risikoausgleichsklasse genügend klein ist¹⁶. Sind beide Bedingungen nicht erfüllt, muss eine Korrektur erfolgen.

Abbildung 9 bewertet die in Kapitel 3 beschriebenen Risikoausgleichsfaktoren nach ihren Anreizen zur effizienten Mittelverwendung.

¹¹ Vgl. Beck et al. 2006.

¹² Vgl. Beck et al. 2006.

¹³ Vgl. Bodenheimer, Wagner, and Grumbach 2002.

¹⁴ Vgl. Weissman, Wachterman, and Blumenthal 2005.

¹⁵ Vgl. Schoder, Sennhauser, and Zweifel 2009.

¹⁶ Vgl. Van Kleef, Beck, and Buchner 2008.

Abbildung 9 Anreize zur effizienten Mittelverwendung bei beiden Modellen

Risikoausgleichsmodell	Anreize zur effizienten Mittelverwendung	Bemerkungen
Heutige Risikoausgleichsformel (Alter, Geschlecht)	Eher gering	Die alleinige Berücksichtigung von Alter und Geschlecht setzt zwar keine falschen Anreize zugunsten einer bestimmten Behandlungsart und es besteht kein Anreiz in Managed Care-Modelle speziell für chronisch Kranke zu investieren.
2012er Risikoausgleich (Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr)	gering	Der 2012er Risikoausgleich berücksichtigt nur stationäre Behandlungen. Die Investition, z.B. zugunsten einer ambulanten oder der integrierten Versorgung zur Vermeidung von teureren Spitalaufenthalten werden nicht belohnt.

Quelle: Verisk Health 2010.

Die Anreize für die Versicherer, sich nach Möglichkeit für die Vermeidung von Spitalaufenthalten einzusetzen, indem beispielsweise die integrierte Versorgung aktiv gefördert wird, gehen mit der Einführung des neuen Kriteriums leicht zurück. Der Grund liegt darin, dass die Zahlungen im neuen Risikoausgleich an die stationäre Behandlung gekoppelt sind. Stationäre Behandlungen werden also gegenüber ambulanten Behandlungen bevorzugt behandelt, denn für Versicherte mit einem stationären Aufenthalt resultiert eine höhere Zahlung aus dem Risikoausgleich. Dies ist aus Sicht der Anreize zum Kostensparen kritisch zu beurteilen, besonders weil bereits die Regulierung der Krankenhausfinanzierung den Versicherern Anreize gibt, vermehrt stationäre Behandlungen zu erbringen¹⁷. Auch wenn wie bereits erwähnt der Einfluss der Krankenversicherer auf die Spitäler als gering erachtet werden kann, ist es für die Förderung der integrierten Versorgung wichtig, die Risikoausgleichsformel um Morbiditätsfaktoren zu ergänzen, welche nicht einzig auf den stationären Bereich ausgerichtet sind.

3.3.5 Anreiz für Prävention

Die Rolle, die man einem Risikoausgleich bei der Anreizsetzung für die Versicherer in Prävention zu investieren zubilligt, ist umstritten. Zwei konträre Positionen lassen sich unterscheiden¹⁸:

1. Die ordnungspolitisch orientierte Auffassung: Die ordnungspolitische Auffassung sieht die Morbiditätsorientierung des Risikoausgleichs primär als Instrument, um einen Wettbewerb der Krankenkassen sicherzustellen, ohne dass dabei eine Risikoselektion stattfindet. Eine dezidierte Aufnahme von präventionsorientierten Ausgleichsfaktoren wird daher abgelehnt. Präventionsziele sollten demnach über andere Massnahmen in der Gesundheitspolitik verfolgt werden.
2. Die versorgungspolitische Auffassung: Die versorgungspolitische Auffassung stellt sich auf den Standpunkt, dass durch einen Risikoausgleich ohnehin eine Steuerung der Geldflüsse erfolgt. Die Berücksichtigung von Präventionszielen im Risikoausgleich sei demnach sachgerecht, da der morbiditätsorientierte Risikoausgleich ohne Präventionsziele die eigentlichen Präventionsanreize nivelliert. Die Instrumente für die Einbeziehung von Präventionszielen können dabei sein: a) Die Auswahl der ausgleichsfähigen Erkrankungen/Diagnosen: Dieser Zugang erlaubt, durch die Nichtberücksichtigung präventionsfähiger Erkrankungen, die Kas sen dazu zu bringen, die entsprechenden Erkrankungen mit dem Ziel der Kostensenkung zu managen. Neben der inhärenten Schwierigkeit, derartige Erkrankungen im Einzelfall zu defi-

¹⁷ Die Kantone beteiligen sich an der Spitalfinanzierung, während ambulante Behandlungen von den Kantonen nicht mitfinanziert werden.

¹⁸ Vgl. Jacobs and Cassel 2009.

nieren, gerät man hier in Gefahr, doch wieder eine Risikoselektion zu Lasten chronisch Erkrankter zu erlauben. b) Die Auswahl geeigneter Ausgleichsfaktoren für die Ausgleichsformel: Berücksichtigt man die Einschreibung von Versicherten in Managed Care Programme als Ausgleichsfaktor im Risikoausgleich, so wird sich zweifellos ein Anreiz setzen lassen, derartige Programme aufzusetzen und die Versicherten entsprechend einzuschreiben.

Beim Einnehmen der versorgungspolitischen Position müssen immer Entscheidungen zugunsten oder gegen einzelne Krankheitsbilder getroffen werden. Demgegenüber lässt die ordnungspolitische Position den Krankenkassen die Versorgungshoheit.

Aufgrund der obenstehenden Ausführungen wird der Anreiz der beiden Risikoausgleichsmodelle für Prävention im vorliegenden Bericht nicht weiter untersucht.

4 Regelung in anderen europäischen Staaten, welche einen Risikoausgleich in der Krankenversicherung kennen

4.1 Beispiel Deutschland

Der deutsche Risikoausgleich, dort auch Risikostrukturausgleich genannt, wurde gleichzeitig mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit durch das Gesundheitsstrukturgesetz ab dem Jahr 1994 eingeführt. Bedingt durch die historisch gewachsene, „ständisch“ geprägte Kassenlandschaft gab es erhebliche Unterschiede in den Beitragssätzen. Ziel dieses Risikoausgleichs war es, diese Unterschiede im Beitragssatz zu nivellieren. Damit sollte die solidarische Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt werden. Dieser erste Risikoausgleich bestand aus zwei Komponenten:

1. Dem „Finanzkraftausgleich“, der vorsah, dass Krankenkassen, deren Versicherte überdurchschnittlich hohe Einkommen erzielten, Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Einkommensbeziehern einen Ausgleich zahlten.
2. Dem „Beitragsbedarfsausgleich“, bei dem basierend auf Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente ein Bedarfsausgleichssatz berechnet wurde.

Technisch handelte es sich dabei um einen gleichzeitigen („concurrent“) Zellenansatz. Für jede der aufgrund der Morbiditätsfaktoren gebildeten Zellen wurde der durchschnittliche Beitragsbedarf für einen einzelnen Versicherten, der zu dieser Zelle gehört, bestimmt. Für die Krankenkasse wurde dann der gesamte Beitragsbedarf durch Summation der einzelnen Beitragsbedarfe jedes Versicherten errechnet. Überstieg der Beitragsbedarf die Finanzkraft der Krankenkasse wurde die Kasse zum Empfänger im Risikoausgleich, überstieg die Finanzkraft den Beitragsbedarf wurde die Kasse zum Zahler im Risikoausgleich.

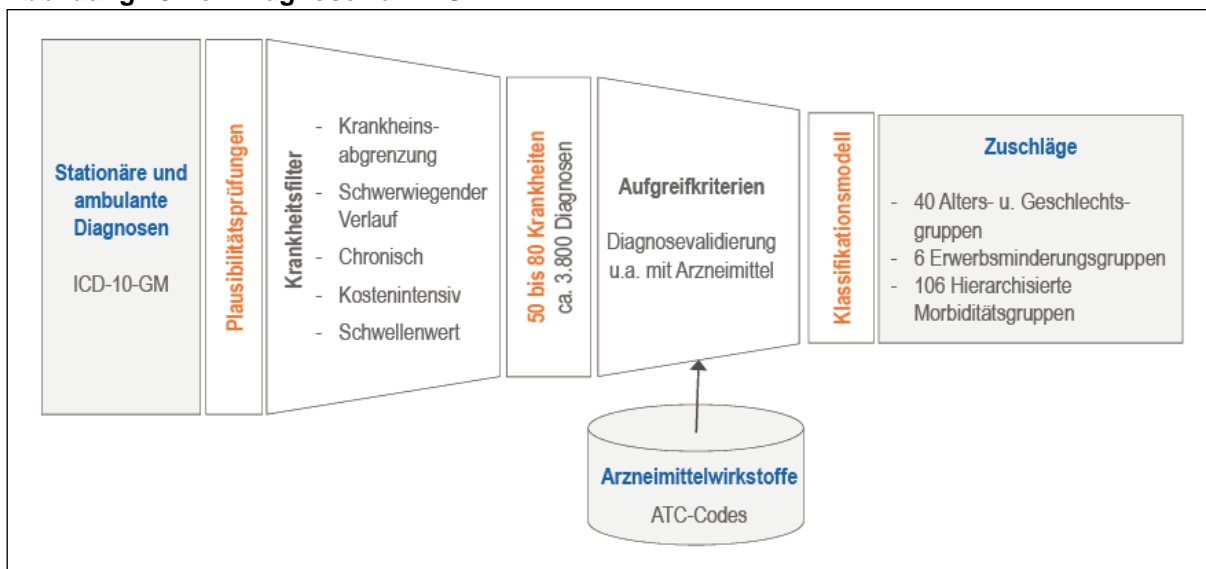
Seit seiner Einführung wurde der deutsche Risikoausgleich mehrmals reformiert: Ab 2003 wurde die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management Programm) als Ausgleichsfaktor berücksichtigt. Darüber hinaus wurde ein Risikopool für Versicherte mit besonders ausgabenintensiven Krankheiten (d.h. mit einem Beitragsbedarf von mehr als 20'000 Euro pro Jahr) gebildet.

Nach einer Übergangsregelung für 2008 wurde der deutsche Risikoausgleich beginnend in 2009 als prospektives Zuschlagsverfahren ausgestaltet. Dabei erfolgt der Leistungsausgleich rückwirkend. Als Ausgleichsfaktoren werden verwendet: Alter, Geschlecht, hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und Versichertengruppen differenziert nach Krankengeldanspruch. Hinzu kommen für besondere Gruppierungen für Auslandsversicherte und pauschalierte Leistungen für Kassenwechsler. Die Bestimmung der Zugehörigkeit zu den HMG erfolgt auf Basis von ICD10-basierten Diagnosecodes. Diese werden durch Abgleich der Diagnosen mit entsprechenden pharmazeutischen Verordnungen oder gegebenenfalls notwendigen Spitalaufenthalten validiert. Diese

Validierungskriterien werden als Aufgreifkriterien bezeichnet. Eine Diagnose führt daher nur dann zu einer HMG-Zuordnung des Versicherten, wenn die zugehörigen Aufgreifkriterien erfüllt sind¹⁹.

Dies zeigt die folgende Abbildung 10 schematisch:

Abbildung 10 Von Diagnose zu HMG



Quelle: Bundesversicherungsamt 2008.

Die HMG des deutschen Risikostrukturausgleichs basieren auf einer Liste von 80 Krankheiten. Die zugehörigen ICD-10 Codes werden bei der Gruppierung hierarchisiert, so dass man mit 112 HMG deutlich mehr HMG als Krankheiten erhält. Anders gesagt: Es werden nicht alle Diagnosen klassifiziert. Ein derartiges Klassifikationssystem wird als „unvollständiger“ Grouper bezeichnet.

Für die wissenschaftliche Begleitung und die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurde ein wissenschaftlicher Beirat berufen der 2007 seine Arbeit aufnahm. Dieser tagt in einem monatlichen Turnus. Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt darin, die gesetzlich vorgegebenen Rechtsbegriffe wissenschaftlich mit Inhalt zu füllen und eine methodische Operationalisierung vorzugeben. Die Ergebnisse der Beratungstätigkeit werden als Beiträge des wissenschaftlichen Beirats regelmässig publiziert. Die Auswahl der Krankheiten erfolgte nach den folgenden Kriterien²⁰:

- Die Krankheit sollte eng abgrenzbar sein.
- Die Krankheit muss „kostenintensiv chronisch“ sein.
- Die Krankheit muss „schwerwiegend“ sein.
- Die Krankheit, sofern sie nicht chronisch oder schwerwiegend ist, muss „kostenintensiv“ sein.
- Die Krankheit muss relevant für die Versorgung und kostenrelevant für die Krankenkassen sein.

Basierend auf einer Versichertenstichprobe von 4.5 Millionen Versicherten wurden diese Kriterien quantitativ operationalisiert²¹ und mittels dieser operationalisierten Kriterien Krankheiten ausgewählt.

¹⁹ Vgl. Verisk Health 2010.

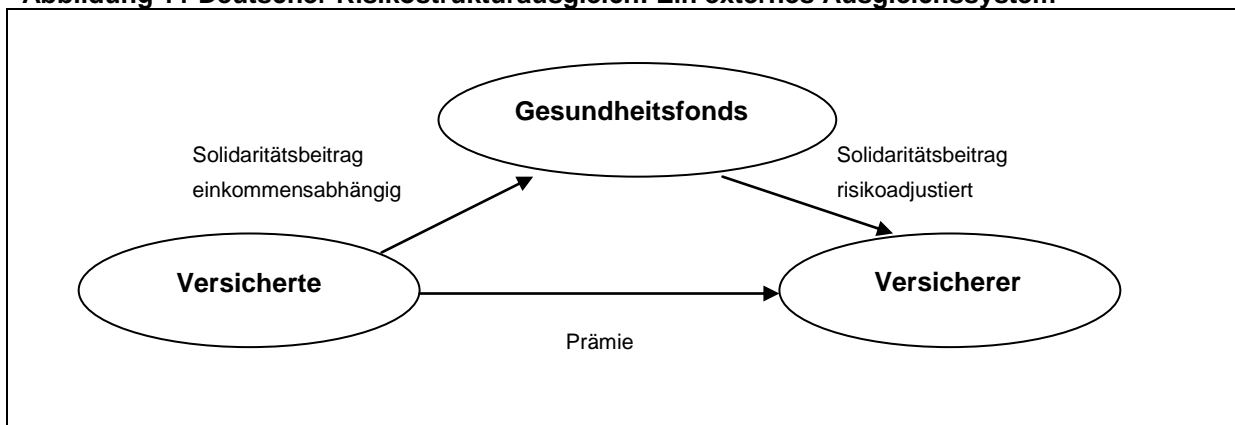
²⁰ Vgl. Glaeske 2008.

²¹ „Kostenintensiv chronisch“ bedeutet, dass bei mindestens 50 Prozent der betroffenen Personen die Krankheit in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen dokumentiert war und die altersstandardisierten Folgekosten, gewichtet mit der Prävalenz grösser sind als 70 Prozent der mehr als das eineinhalbfache über dem Durchschnitt liegenden Kosten für alle Versicherten. „Schwerwiegend“ wurde eine Krankheit dann klassifiziert, wenn sich die Kosten „kostenintensiv chronisch“ verhalten und für mindestens fünf Prozent der Betroffenen eine Krankenhauseinweisung erfolgen musste. „Kostenintensiv“ sofern diese nicht „schwerwiegend“ war, wurde eine Krankheit dann bezeichnet, wenn sie das eineinhalbfache des Kostendurchschnitts aller Versicherten überstieg.

Die Auswahl führte zu erheblichen Diskussionen, da diese eine Vielzahl hoch prävalenter²² und chronischer Erkrankungen, die im Zentrum versorgungspolitischer Massnahmen der Krankenkassen standen, nicht berücksichtigten. Dies führte zur Publikation einer eigenen Krankheitsliste von Seiten des Bundesversicherungsamtes (BVA)²³. Diese wurde als verbindlich erklärt und führte unmittelbar zu einem kollektiven Rücktritt des wissenschaftlichen Beirates. Die Zusammensetzung der berücksichtigten Krankheiten wird regelmässig angepasst²⁴.

Der deutsche Risikoausgleich funktioniert, anders als der Schweizer Risikoausgleich, nach einem externen Ausgleichssystem:

Abbildung 11 Deutscher Risikostrukturausgleich: Ein externes Ausgleichssystem



Quelle: Verisk Health 2010.

Die direkten Prämien der Versicherten decken nur einen geringen Teil der versicherten Leistungen ab. Der Rest der Kosten wird über den Gesundheitsfonds verteilt. Dieser nimmt die einkommensabhängigen Solidaritätsbeiträge ein und verteilt sie, aufgrund deren Risikostruktur, an die Versicherer.

Der Ausgleich erfolgt jährlich retrospektiv unter Berücksichtigung der monatlichen Abschlagszahlungen. Für die Durchführung des Risikoausgleichs melden die Krankenkassen Morbiditäts- und Kosteninformationen über ihre jeweiligen Spitzenverbände an das BVA. Aus diesen Datenlieferungen werden, durch Zusammenführen mit den Morbiditätsdaten der Vorjahreslieferungen, die Kostengewichte für die Morbiditätsfaktoren bestimmt. Aufgrund der so bestimmten Gewichte erfolgt die Berechnung der Ausgleichszahlungen vom Gesundheitsfonds an die Krankenkassen.

Da das Ausgleichsverfahren prospektiv ist, muss eine Datenlieferung immer aus zwei Teilen bestehen: Zum ersten aus den Kosteninformationen und zum zweiten aus den Morbiditätsinformationen, die zwar im selben Jahr wie die Kosteninformation erhoben werden, jedoch erst im Folgejahr zur Bestimmung der Kostengewichte dienen. Die Morbiditätsinformation ist stets erst für das Folgejahr relevant. Für den Ausgleich liefern die Krankenkassen Datensätze über ihren Versichertenbestand, die Krankenhausdiagnosen, die ambulanten Diagnosen und die Verordnungen in einem standardisierten Format. Für die Kostendaten ist nur eine repräsentative Stichprobe (6.7 Prozent) zu liefern.

Die Versicherten werden in die HMG auf Basis der ICD-10 kodierten Diagnosen und bei Erfüllung der entsprechenden Aufgreifkriterien gruppiert. Für jeden Versicherten wird eine Grundpauschale angesetzt, die durch Zu- oder Abschläge modifiziert wird. Die Zu – bzw. Abschläge für die Zugehörigkeit zu den entsprechenden Gruppen werden durch die Gewichtstabelle des BVA bestimmt. Die Gewichtstabelle entsteht durch die Durchführung einer nichtnegativen, hierarchischen, gewichteten Regression. Als Gewicht dient dabei der Jahresanteil, bei dem der Versicherte bei der entsprechenden Kranken-

²² Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine Kennzahl der Epidemiologie und sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Population definierter Grösse an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.

²³ Vgl. Bundesversicherungsamt 2008.

²⁴ Vgl. Bundesversicherungsamt 2010.

kasse versichert war. Für Verstorbene wird abweichend davon stets ein volles Versicherungsjahr angesetzt²⁵.

Abbildung 12 Beispielrechnung Grundpauschale und Kostengewichte

Grundpauschale 2009: Euro 2'336 pro Person und Jahr			
Beispielperson 1 "Gesund"	2'336.00	Beispielperson 2 "Diabetes mit schweren Komplikationen"	2'336.00
weiblich, 70-74 Jahre, AGG 15	-475.26	weiblich, 70-74 Jahre, AGG 15	-475.36
keine Diagnosen keine Behinderung		HMG 15, Diabetes mit realen oder multip- len Manifestationen	+2'468.71
		HMG 58, Depressionen	+1'263.50
		HMG 132, Nephritis	+295.00
Zuweisung	1'860.74	Zuweisung	5'587.85

Quelle: Verisk Health 2010.

Der Datenschutz wird durch eine Verschlüsselung der jahresübergreifenden Versichertenpseudonyme gewährleistet. Dies erfolgt durch die Bereitstellung einer Softwarefunktion, die für die Datenlieferungen zweier aufeinanderfolgender Jahre gilt. Der entsprechende Schlüssel wird dabei jährlich gewechselt, so dass Datensätze für zwei unterschiedliche Ausgleichszeiträume nicht miteinander in Verbindung gebracht werden können. So wird sichergestellt, dass die individuelle Krankengeschichte von Versicherten nicht über den Zeitablauf nachzuvollziehen ist. Für die Aufbewahrung der Datensätze wurden Lösungsfristen bestimmt. Darüber hinaus fordert der Sozialdatenschutz eine über die Forderungen des Bundesdatenschutzgesetzes hinausgehende Sicherung.

Obwohl die Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf Erfahrungen des vorangegangenen Risikoausgleichs zurückgreifen konnte und bereits ein System für standardisierte Datenlieferungen, inklusive spezialisierter Dienstleister, existierte, lag zwischen Konzeption und endgültiger Realisierung ein Zeitraum von mehreren Jahren. Zudem erwies sich die enge organisatorische Verknüpfung von Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der Folge als politisch unglücklich²⁶.

4.2 Beispiel Niederlande

Seit Inkrafttreten des „Health Reform Act“ im Jahr 2006 ist die soziale Krankenversicherung in den Niederlanden nach dem sogenannten „Managed Competition“-Modell organisiert. Ähnlich wie in der Schweizer OKP legt die Regierung einen obligatorischen Leistungskatalog fest, der dann von privaten Unternehmen angeboten wird. Anders als in der Schweiz dürfen diese Unternehmen auch Gewinne erzielen. Trotz der generell wettbewerblichen Ausrichtung wurde Solidarzielen grosse Beachtung beigemessen. Insbesondere sollte chronisch Erkrankten ein uneingeschränkter Zugang zu guter Behandlungsqualität garantiert werden, ohne dass sie mehr für den Versicherungsschutz bezahlen müssen als Gesunde²⁷.

In den Niederlanden wurde, wie in Deutschland, das „externe“ Risikoausgleichssystem gewählt. Die Einnahmen der Versicherer stammen jedoch zu etwa 50 Prozent aus den Prämien und zu etwa 50 Prozent aus dem Solidaritätsfonds, welcher durch einkommensabhängige Steuern alimentiert wird. Die Beiträge aus dem Solidaritätsfonds werden mehrheitlich prospektiv und risikoadjustiert ausbezahlt²⁸.

²⁵ Vgl. Verisk Health 2010.

²⁶ Vgl. Verisk Health 2010.

²⁷ Vgl. Verisk Health 2010.

²⁸ Vgl. Verisk Health 2010.

Bemerkenswert ist, dass diese Beiträge für bestimmte Kostentypen separat berechnet werden²⁹. Eine Übersicht über diese Kostentypen ist in der folgenden Abbildung 13 zu finden:

Abbildung 13 Kostentypen und ihre Finanzierung in den Niederlanden

Kostentyp	Prospektive Zahlung aus dem Solidaritätsfonds	Retrospektive Rückerstattung
1 Fixe Krankenhauskosten	Pauschale pro Versicherten	100% Kostenerstattung
2 Variable Spitalkosten mit fixen Tarifen	risikoadjustierter Beitrag	Hochkostenpooling, 30% partielle Risikoteilung, Gewinn/Verlustschanke
3 Variable Spitalkosten mit verhandelbaren Tarifen	risikoadjustierter Beitrag	Hochkostenpooling, Gewinn/Verlustschanke
4 Ambulante Versorgung inkl. Medikamente und Hilfsmittel	risikoadjustierter Beitrag	Hochkostenpooling
5 Psychische Erkrankungen	risikoadjustierter Beitrag, eigene Ausgleichsformel bei psychischen Erkrankungen	Hochkostenpooling, Gewinn/Verlustschanke, 100% Kostenerstattung für Kinder

Quelle: Verisk Health 2010.

Der Solidaritätsfonds leistet auch retrospektive Zahlungen an die Versicherer, die ebenfalls nach Kostentypen unterschiedlich sind. Erstens gibt es den Fall der vollständigen Kostenerstattung. Sie wird bei fixen Krankenhauskosten und psychischen Erkrankungen von Kindern angewandt. Zweitens existiert ein Hochkostenpooling für Versicherte, deren Kosten in den Kostentypen 2-4 über 22'500 Euro betragen. Der Fonds übernimmt für diese Patienten 90 Prozent der über dieser Schwelle liegenden Kosten. Bei psychischen Erkrankungen von Erwachsenen übernimmt der Fonds 100 Prozent der Kosten über 10'000 Euro pro Jahr. Drittens übernimmt die partielle Risikoteilung 30 Prozent der variablen Krankenhauskosten, welche über dem vom Risikoausgleich prognostizierten Wert liegen. Viertens existieren für bestimmte Kostenarten Bandbreiten, in welchen der durchschnittlich pro Kunde erzielte Gewinn oder Verlust liegen soll. Liegen die Kunden eines Versicherers im Durchschnitt über der Bandbreite, werden Zahlungen aus dem Solidaritätsfonds geleistet. Macht ein Versicherer im Durchschnitt zu hohe Gewinne, muss er Zahlungen in den Fonds leisten. Wegen den retrospektiven Vergütungen sind die Kosten, welche der Versicherer effektiv mit seinen Prämien decken muss, unter 50 Prozent der Gesamtkosten³⁰.

Die niederländische Risikoausgleichsformel wird jährlich überprüft und fortlaufend angepasst. Im Folgenden wird die für 2010 geltende Berechnungsmethode für die Ausgabentypen 2, 3 und 4 beschrieben³¹. Abbildung 14 gibt eine Übersicht über die verwendeten Risikoausgleichsfaktoren.

²⁹ Vgl. Lamers 2010.

³⁰ Vgl. Verisk Health 2010.

³¹ Vgl. Lamers 2010.

Abbildung 14 Risikoausgleichsfaktoren im niederländischen Risikoausgleichsmodell

Risikofaktoren	Anzahl Klassen	Beschreibung der Klassifizierung
Alters- und Geschlechtsgruppen	40	Geschlecht interagiert mit 20 Altersgruppen
Sozioökonomischer Status	4x3	4 Einkommensgruppen (unbekannt / unterste 30% / mittlere 40% / oberste 30%) interagiert mit 3 Altersgruppen (0-17 / 18-64 / 65+)
Quelle des Einkommens	4x4+2	4 Erwerbsgruppen (Invalidenrente / Sozialhilfe / selbständig / angestellt oder ohne Einkommen) interagiert mit 4 Altersgruppen (18 – 34 / 35 – 44 / 45 – 54 / 55 – 64) 2 separate Gruppen (0 – 17 / 65+ Jahre)
Region	10	Die über 4000 Postleitzahlen werden durch ein zweistufiges Regressionsverfahren in 10 Kostengruppen eingeteilt
Diagnostische Kostengruppen	13	13 aufgrund des Behandlungsbedarfs ermittelte, klinisch nicht interpretierbare Kostengruppen (=DCG-Modell).
Pharmazeutische Kostengruppen	23	23 Medikamentengruppen zusammengesetzt aus Medikamenten, die zur Behandlung von spezifischen teuren Krankheiten eingesetzt werden. Ein Versicherter kann gleichzeitig in verschiedene Medikamentenkostengruppen fallen. (= Pharmacy Cost Groups)

Quelle: College voor zorgverzekeringen, <http://www.cvz.nl/financiering>.

Die Berechnung der Ausgleichszahlungen für ein Jahr kann wie folgt beschrieben werden³²: Zuerst erstellt das „Centraal Planbureau“, ein unabhängiges Forschungsbüro für politische und ökonomische Analysen, eine Prognose der gesamten Ausgaben in der obligatorischen Krankenversicherung im Folgejahr. Diese Prognose wird als Makro-Budget bezeichnet. In der Folge setzt die Regierung die Gesamtsumme der Beiträge aus dem Solidaritätsfonds fest. Die pro Kopf Differenz zum Makro-Budget wird als „administrative Prämie“ bezeichnet. Die Versicherer sind frei, davon abweichende Prämien zu setzen. Dann berechnet die Regierung eine risikoadjustierte Leistungsprognose pro Versicherten und Kostentyp³³ und erstellt eine Prognose der Versichertenzahl pro Versicherer und der für den Risikoausgleich relevanten Morbiditätsmerkmale dieser Versicherten. Der Beitrag pro Versicherten ist die risikoadjustierte Prognose minus die administrative Prämie. Die Summe dieser individuellen Beiträge bildet das risikoadjustierte Budget eines Versicherers, das jeweils bis zum 1. Oktober vorliegen muss. Dieses ist Grundlage für die Prämiensetzung durch den Versicherer, die jeweils im November erfolgt. Da die Versicherten nach Festsetzung der Prämien ihren Versicherer wechseln können, wird das risikoadjustierte Budget nach Ablauf der Frist für den Versichererwechsel neu berechnet.

Die Berechnung des Niederländischen Risikoausgleichs verlangt die Lieferung von Individualdaten an die Durchführungsstelle. Für die Beurteilung des sozioökonomischen Status werden die Daten der Krankenversicherer zudem mit Steuerdaten ergänzt. Um die Privatsphäre der Versicherten zu gewährleisten, wird aus den Nationalen Sozialversicherungsnummern eine verschlüsselte Pseudoidentität gebildet. Der Durchführungsstelle wird nur diese zur Verfügung gestellt. Ausserdem werden geographische Informationen nur nach starkem „Clustering“ verwendet³⁴.

Ein grosses Problem bei der Durchführung des Risikoausgleichs in den Niederlanden ist die verfügbare Datenqualität. Die Berechnungen stützen sich jeweils auf relativ alte Daten. So wurden beispielweise die Kostengewichte von 2010 mit den Kostendaten von 2007 und den PCG / DCG-Daten von 2006 berechnet. Dies verlangt verschiedene Korrekturen, weil sich der Leistungskatalog und die Tarifstruk-

³² Vgl. Verisk Health 2010.

³³ Konkret wird eine lineare Kleinste-Quadrat-Schätzung verwendet, wobei die Risikofaktoren als erklärende Variablen dienen. Die Rechenmethode stellt sicher, dass die Summe aller individuellen Vorhersagen dem Makro-Budget entspricht.

³⁴ Vgl. Verisk Health 2010.

tur in der Zwischenzeit verändert haben und die Kosten gestiegen sind³⁵. Auch die retrospektive Vergütung kann erst berechnet werden, wenn alle Leistungen vollständig abgerechnet sind. Es dauert daher mehrere Jahre bis die Versicherer die definitive Zahlung erhalten³⁶. Die fortlaufende Weiterentwicklung des Systems erhöht zwar die Flexibilität, stellt aber auch besondere Herausforderungen an die Planung der Krankenversicherer. Insbesondere die retrospektive Vergütung wird als intransparent und unvorhersehbar wahrgenommen³⁷. Ausserdem wird die Kontroverse um den Einbezug neuer Kriterien in die Risikoausgleichsformel jedes Jahr neu entfacht. In den Niederlanden beteiligen sich nicht nur die Versicherer, sondern auch Patientenorganisationen intensiv an der Diskussion um die Weiterentwicklung des Risikoausgleichs³⁸.

5 Optionen für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs mit einem Morbiditätsindikator

5.1 Sechs Optionen zur weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs

In der Folge werden sechs Optionen zur weiteren Verfeinerung des Schweizer Risikoausgleichs vorgestellt und im Wesentlichen nach den Kriterien unter Ziffer 3.3 bewertet. Auf die Prüfung des Anreizes für Prävention wird verzichtet. Hingegen wird der Datenverfügbarkeit bei den Versicherern besondere Bedeutung beigemessen.

Es wird jeweils geprüft, wie gut eine weitere Verfeinerung des 2012er Risikoausgleichs mit dem entsprechenden Faktor, verglichen mit dem ab 2012 geltenden Modell für den Risikoausgleich, abschneidet. Nicht die einzelnen zusätzlichen Ausgleichsfaktoren per se werden also geprüft, sondern deren Eignung zur Ergänzung des 2012er Risikoausgleichs. Der Einfluss des zusätzlichen Faktors verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich wird wie folgt bewertet:

++ = stark positiver Einfluss: Der Einbezug führt dazu, dass der weiter verfeinerte Risikoausgleich verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich wesentlich besser abschneidet bei einer Prüfung nach dem entsprechenden Kriterium.

+ = positiver Einfluss: Der Einbezug führt dazu, dass der weiter verfeinerte Risikoausgleich verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich leicht besser abschneidet bei einer Prüfung nach dem entsprechenden Kriterium.

0 = kein Einfluss: Der Einbezug führt dazu, dass der weiter verfeinerte Risikoausgleich verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich bei einer Prüfung nach dem entsprechenden Kriterium immer noch in etwa gleich gut abschneidet.

- = negativer Einfluss: Der Einbezug führt dazu, dass der weiter verfeinerte Risikoausgleich verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich leicht schlechter abschneidet bei einer Prüfung nach dem entsprechenden Kriterium.

-- = stark negativer Einfluss: Der Einbezug führt dazu, dass der weiter verfeinerte Risikoausgleich verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich wesentlich schlechter abschneidet bei einer Prüfung nach dem entsprechenden Kriterium.

³⁵ Vgl. Lamers 2010 und Schokkaert 2010.

³⁶ Vgl. Douven 2007.

³⁷ Vgl. Douven 2007.

³⁸ Vgl. Verisk Health 2010.

5.2 Option 1: Verwendung von diagnostischen Informationen

5.2.1 Modellbeschreibung

Diagnostische Informationen sind der direkteste Indikator für den Gesundheitszustand. Aus diesem Grund wurden in den vergangenen Jahren diverse Modelle entwickelt, um Risikoausgleichssysteme mit diagnostischen Informationen zu verfeinern.

In der medizinischen Praxis wird für die Erfassung von Diagnosen meist die ICD-9 oder ICD-10 Codierung verwendet. Diese Codierung ist sehr detailliert und umfasst über 14'000 Positionen³⁹. Für einen Gebrauch von diagnostischen Informationen im Risikoausgleich müssen diese Positionen zusammengefasst werden. Die verschiedenen Risikoausgleichsmodelle auf Basis diagnostischer Informationen unterscheiden sich daher insbesondere bezüglich der Methode zur Gruppierung der Diagnosen, der klinischen Interpretierbarkeit der Diagnosegruppen, der Anzahl Diagnosegruppen und dem Umgang mit Komorbiditäten⁴⁰. Eine Übersicht über die Modelle ist in Abbildung 15 zu finden.

Abbildung 15 Vergleich diverser Modelle, die diagnostische Informationen berücksichtigen

Modell	Anzahl Gruppen	Methode zur Gruppenbildung	Klinisch interpretierbar	Komorbiditäten	Bemerkungen
Adjusted Clinical Groups (ACG) ⁴¹	80-100	Die ICD-Diagnosen werden aufgrund ihres erwarteten Behandlungsaufwandes in 32 Adjusted Diagnostic Groups (ADGs) gruppiert. Ähnliche Gruppen werden dann in 12 Collapsed ADGs (CADGs) zusammengefasst. Häufige Kombinationen von CADGs werden zur Bildung von insgesamt 26 sich gegenseitig ausschliessenden Morbiditätsmustern verwendet. Diese werden mit zusätzlichen Informationen wie Alter, Geschlecht, dem Vorhandensein bestimmter ADGs und der Anzahl ADGs eines Versicherten kombiniert. Daraus werden etwa 80-100 sich gegenseitig ausschliessende ACG gebildet.	nein	Ein Individuum wird genau einer ACG zugeordnet	Dieses Klassifizierungsmodell wurde ursprünglich für den ambulanten Bereich entwickelt.

³⁹ Vgl. WHO, International Classification of Diseases (ICD) <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

⁴⁰ Als Komorbidität (engl. comorbidity) werden in der Medizin ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheitsbilder bezeichnet (Doppel- oder Mehrfachdiagnose). Komorbiditäten können, müssen aber nicht ursächlich mit der Grunderkrankung zusammenhängen.

⁴¹ Vgl. Forrest et al. 2004.

Hierarchical Condition Categories (HCC) ⁴²	189	Die ICD-Codes werden zu 804 DxGruppen zugeordnet. Das Hauptkriterium ist dabei die medizinische Ähnlichkeit. Diese Gruppen werden dann nach medizinischer Ähnlichkeit und erwartetem Behandlungsbedarf weiter zu 189 Condition Categories (CCs) zusammengefasst. Zuletzt werden Hierarchien eingefügt, welche die CCs erst nach Art der Erkrankung, dann nach Schweregrad ordnen.	ja	mehrere CCs aus der gleichen Hierarchie: nur die schwerere wird berücksichtigt. mehrere CCs aus verschiedenen Hierarchien: alle werden berücksichtigt.	Teile älterer Versionen dieses Modells bilden die Grundlage der niederländischen DCG-Klassifizierung.
Diagnostic Cost Groups (DCG) ⁴³	13	Die IDC-9-Codes werden in 139 klinisch ähnliche Gruppen eingeteilt. Diese werden dann nach empirisch ermitteltem Behandlungsbedarf zu 13 größeren Gruppen zusammengefasst. Ziel ist es ein Individuum nur genau einer Gruppe zuzuordnen. Dazu werden die Gruppen anhand ihrer Durchschnittskosten rangiert. Die Individuen in der teuersten Gruppe werden zur weiteren Berechnung aus allen anderen Gruppen entfernt. Sie tragen also nur zur teuersten Gruppe bei. Die Durchschnittskosten der anderen Gruppen werden neu berechnet und eine neue Rangierung erstellt. Dieser wird mit der zweit teuersten Gruppe und darauf allen anderen Gruppen wiederholt. Für die Berechnung der Zahlungen aus dem Risikoausgleich wird immer nur die teuerste Gruppe berücksichtigt ⁴⁴ .	nein	Ein Individuum wird nur genau einer DCG zugeordnet.	Adaption des von Ash, Ellis und Pope entwickelten HCC-Modells.
hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) ⁴⁵	184	Es wurden nach folgende Kriterien 80 Krankheiten ausgewählt: eng abgrenzbar, schwerwiegend, chronisch, kostenintensiv und kostenrelevant für die Krankenversicherer. Diese Krankheiten entsprechen rund 3800 ICD-10-Diagnosen. Dann werden die Diagnosen in HMG hierarchisiert. Für jede HMG wird mittels Regression ein nichtnegatives Kostengewicht bestimmt. Die Versicherten werden aufgrund der Diagnose nur einer HMG zugeordnet, wenn auch die entsprechenden Aufgreifkriterien erfüllt sind: Die Diagnose wird mit der	Ja	Ein Individuum kann mehreren HMG zugeordnet werden und der Versicherer erhält für jede HMG einen Beitrag aus dem Fonds.	Modell, das im deutschen Risikostrukturausgleich verwendet wird.

⁴² Vgl. Pope et al. 2004.

⁴³ Vgl. Lamers 1998.

⁴⁴ Vgl. Versik Health 2010.

⁴⁵ Vgl. Verisk Health 2010.

		Medikamentenverschreibung validiert.			
SQLape Klassifikations-system ⁴⁶	17	Das SQLape Klassifikationssystem basiert auf einer Kombination von Prozeduren und Krankenhausdiagnosen. Dabei wird zuerst entschieden, ob der Patient anhand einer Operation, einer Diagnose oder mehreren Operationen und/oder Diagnosen klassifiziert wird. Dazu wird geprüft, ob während dem Krankenhausaufenthalt eine „prädominante Operation“ (wie z.B. Organtransplantation) erfolgt ist. Liegt eine solche Operation vor, wird der Patient anhand dieser Operation klassifiziert und alle anderen Diagnosen und Prozeduren werden nicht berücksichtigt. Liegt keine entsprechende Operation vor, erfolgt eine Überprüfung hinsichtlich einer „prädominanten Diagnose“ (wie z.B. Leukämie). Trifft dies zu, werden erneut alle anderen Informationen nicht berücksichtigt. Trifft dies nicht zu, wird der Patient anhand von anderen Indikatoren eingeteilt. Dies können mehrere Operationen und/oder mehrere „wesentliche“ Diagnosen sein. Treffen mehrere SQLape Kategorien auf den Patienten zu, wird er allen diesen Kategorien zugeteilt. Falls der Patient bislang noch nicht klassifiziert werden konnte, werden in einem nächsten Schritt nicht als „wesentlich“ eingestufte Diagnosen berücksichtigt ⁴⁷ . Zur Verwendung im Risikoausgleich wird vorgeschlagen, die 360 SQLape Kategorien nach klinischen Kriterien zu 17 „Medical Adjustment Categories“ zusammenzufassen.	Ja, allerdings ist die Einteilung sehr grob.	Ein Individuum kann mehreren Gruppen zugeordnet werden	Durch die Berücksichtigung von Operationen und Prozeduren ist der Datenbedarf jedoch wesentlich höher als bei anderen Modellen, welche ausschliesslich auf diagnostischen Informationen basieren.

Quelle: Verisk Health 2010, eigene Darstellung.

5.2.2 Evaluation von Option 1

In zahlreichen empirischen Studien weisen Risikoausgleichsmodelle, die diagnostische Informationen verwenden, eine hohe Prognosegenauigkeit auf⁴⁸. Ein grosser Vorteil dieser Modelle besteht darin, dass sie die Morbidität direkt beschreiben und nicht an eine bestimmte Art der Behandlung gebunden sind. In vielen Ländern wird dieser Vorteil allerdings dadurch zu Nichte gemacht, dass diagnostische Informationen nur für einen Teil der Behandlungskette z.B. aus dem stationären Bereich, zur Verfügung stehen⁴⁹. Ein so ausgestalteter Risikoausgleich benachteiligt Versicherer, die ambulante Behandlungen fördern und stationäre Behandlungen erfolgreich vermeiden und damit Kosten sparen.

⁴⁶ Vgl. www.sqlape.com und Holly et al. 2004.

⁴⁷ Vgl. Fischer 2007.

⁴⁸ Vgl. IGES, Lauterbach, and Wasem 2004 und Winkelmann and Mehmud 2007.

⁴⁹ Vgl. Zhao et al. 2001.

Überdies sind diagnostische Informationen, wegen des relativ grossen Ermessensspielraums, vor Manipulationsversuchen, dem sogenannten Upcoding, nicht gefeit. Selbst wenn umfangreiche Kodierungsrichtlinien vorhanden sind, gibt es immer Versicherte, welche nicht eindeutig zugeordnet werden können.

Abbildung 16 Beurteilung von Option 1 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich

Kriterium	Beurteilung	Bemerkungen
Erklärungskraft (R^2)	++	Verisk Health berechnet folgende R^2 -Werte bei einem zusätzlichen Einbezug von HMG in den 2012er Risikoausgleich: Schätzung 19.5% Prognose 20.8%
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	++	Verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich werden die Versicherer auch für Versicherte mit hohem Behandlungsbedarf ohne Spitalaufenthalt im Vorjahr besser entschädigt.
Transparenz	-	Die höhere Anzahl Ausgleichsfaktoren und Risikogruppen beeinträchtigt die Transparenz des Systems.
Manipulationsanfälligkeit	-	Problematik des Upcoding.
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	-	Wenn Diagnosen aus allen Bereichen zur Verfügung stehen, besteht ein Anreiz zur effizienten Mittelverwendung, die Wahl der Art der Behandlung wird dem Markt überlassen. Ab 2012 sind Diagnosedaten in der Schweiz aus dem stationären Bereich verfügbar, ambulante ICD-Diagnosen liegen nicht vor. Der Anreiz zur effizienten Mittelverwendung wäre daher nicht gegeben.
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	--	Heute sind diese Daten nur unvollständig vorhanden. Mit der neuen Spitalfinanzierung, die auf 2012 in Kraft tritt, sollten den Versicherern bessere Diagnoseinformationen aus dem stationären Bereich zur Verfügung stehen. Im ambulanten Bereich sind die Diagnoseinformationen aber auch ab 2012 immer noch ungenügend. Zwar sieht Tarmed vor, dass Diagnosecodes weitergeleitet werden, diese entsprechen jedoch dem Tessiner Code, der nur vage Informationen zum Behandlungsbedarf gibt.

Quelle: Verisk Health 2010, eigene Darstellung.

5.3 Option 2: Verwendung von pharmazeutischen Informationen

5.3.1 Modellbeschreibung

Chronische Erkrankungen werden häufig mit Hilfe von spezifischen Medikamenten behandelt. Pharmazeutische Daten können daher als Indikatoren für chronische Erkrankungen verwendet werden. Pharmazeutische Kostengruppen finden aus diesem Grund auch immer wieder Eingang in Risikoausgleichsmodelle. Dazu werden die Medikamentenwirkstoffe den Krankheiten, welche mit diesen behandelt werden, zugeordnet⁵⁰. Im Folgenden werden verschiedene Risikoausgleichsmodelle auf Basis pharmazeutischer Daten vorgestellt:

⁵⁰ Die internationale Vergleichbarkeit ist erleichtert, weil mit der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Codierung der Weltgesundheitsorganisation (www.who.int) eine einheitliche Wirkstoffklassifikation zur Verfügung steht.

„Chronic Disease Score“ Modell

Das erste Klassifikationsmodell für Medikamentendaten wurde Anfang der 1990er Jahre in den USA entwickelt und unter dem Namen „Chronic Disease Score (CDS)“ publiziert. Eine interdisziplinäre Expertengruppe legte fest, wie stark die Behandlung mit gewissen Wirkstoffklassen zum „CDS“ eines Individuums beiträgt. Dabei wurden keine statistischen Ergebnisse, sondern klinische Kriterien herangezogen, wie beispielsweise die Komplexität der Behandlung und ob eine Krankheit fortschreitend ist oder nicht⁵¹. In der Weiterentwicklung wurde von dieser Methode Abstand genommen und der Einfluss bestimmter Wirkstoffklassen mittels Regressionsanalyse bestimmt⁵². Die Zielvariablen, welche mit Hilfe des „CDS“ vorausgesagt wurden, waren die vollständigen Kosten, die ambulanten Kosten und die Anzahl Arztbesuche im Folgejahr. Betreffend Mehrfacherkrankungen wurde ein einfacher Ansatz verwendet, bei dem jede identifizierte Wirkstoffklasse zum „CDS“ eines Individuums beiträgt. Nimmt ein Patient Medikamente aus verschiedenen Wirkstoffklassen ein (z.B. gegen Bluthochdruck und gegen Diabetes), wird sein „CDS“ um beide Pauschalen erhöht⁵³.

Pharmacy Cost Groups

Auf der Basis des „Chronic Disease Scores“ wurden die „Pharmacy Cost Groups“, welche seit 2002 erfolgreich im niederländischen Risikoausgleich eingesetzt werden, entwickelt⁵⁴. Bei der Auswahl der Medikamentengruppen wurde grossen Wert darauf gelegt, dass die Medikamente zur Behandlung von spezifischen, teuren Krankheiten eingesetzt werden. Es wurde daher empirisch geprüft, ob bei mindestens 50 Prozent der Verschreibungen auch die zugehörige Diagnose notiert wurde⁵⁵. Wegen Datenproblemen konnten allerdings nur Diagnosen von Allgemeinärzten überprüft werden. Da viele Erkrankungen wie z.B. HIV/AIDS, Bösartige Tumore oder Nierenkrankheiten vorwiegend von Spezialisten behandelt werden, wurden sie von der „50-Prozent-Regel“ ausgenommen. Ein Individuum kann zu mehr als einer „PCG“ zugeordnet werden⁵⁶. Die Pauschalen für verschiedene PCGs werden dann addiert. Aus Anreizgründen werden Individuen nur dann einer „PCG“ zugerechnet, wenn die abgerechnete Menge eine gewisse Schranke überschreitet. Bei den meisten Medikamenten liegt die Schranke auf einer Dosis, welche zur Einnahme über etwa sechs Monate ausreicht⁵⁷.

The Medicaid Rx Groups

Eine zweite Weiterentwicklung der „Chronic Disease Scores“ ist das „Medicaid Rx Model“⁵⁸. Es wird in verschiedenen US Bundesstaaten zur Vergütung von Managed Care-Organisationen, welche Medicaid-Begünstigte⁵⁹ betreuen, eingesetzt. Im Unterschied zu den bereits beschriebenen Modellen werden auch Medikamentenwirkstoffe berücksichtigt, welche zur Behandlung von akuten Krankheiten eingesetzt werden oder welche nicht klar einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können. Die Hauptkriterien zum Einschluss ist eine Prävalenz von über 100 Individuen in der Stichprobe und die mittels Regression ermittelte Signifikanz der Variable zur Vorhersage der Kosten im Folgejahr. Gewisse Medikamentengruppen wurden ausgeschlossen, weil hohe Substituierbarkeit mit nicht rezeptpflichtigen

⁵¹ Vgl. Von Korff, Wagner, and Sauters 1992.

⁵² Vgl. Clark et al. 1995.

⁵³ Vgl. Verisk Health 2010.

⁵⁴ Vgl. Lamers 1999.

⁵⁵ Vgl. Lamers and Van Vliet 2004.

⁵⁶ Vgl. Ministry for Health, Welfare and Sport 2008.

⁵⁷ Vgl. Verisk Health 2010.

⁵⁸ Vgl. Gilmer et al. 2001

⁵⁹ Medicaid ist ein Gesundheitsfürsorgeprogramm in den USA, das die Bundesstaaten organisieren und Bundesstaat und Bundesregierung paritätisch finanzieren. Zielgruppe sind Personenkreise mit geringem Einkommen, Kinder, ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen. Der Erhalt von Leistungen ist an eine Bedürftigkeitsprüfung geknüpft. Dieses Programm ist nicht zu verwechseln mit Medicare. Dabei handelt es sich um die öffentliche und bundesstaatliche Krankenversicherung für ältere oder behinderte Bürger in den USA. Medicare wurde am 30. Juli 1965 durch Zusätze zum Social Security Act in das Sozialversicherungssystem der Vereinigten Staaten eingefügt und ist neben der Rentenversicherung die zweite bundesstaatliche Pflichtversicherung. Jeder Bürger ab dem Alter von 65 Jahren und unabhängig vom Lebensalter, jeder Bürger mit einer anerkannten Behinderung und jeder Bürger mit akutem Nierenversagen, die eine dauerhafte Dialyse oder eine Nierentransplantation erforderlich macht, können Medicare in Anspruch nehmen.

tigen Präparaten besteht und darum der Anreiz zur vermehrten Verschreibung als besonders problematisch eingestuft wurde. Das ursprüngliche Modell enthielt 40 Gruppen, welche später auf heute 48 erweitert wurden⁶⁰.

The DxCG RxGroups

Eine andere als die bisher beschriebene Herangehensweise wurde von der Forschergruppe um Zhao gewählt⁶¹. Hier wurden zuerst sämtliche 58'000 in den USA verwendeten Medikamentencodes klassifiziert, woraus 127 nicht-überlappende Gruppen entstanden. Diese wurden dann einem Hierarchisierungsprozess unterzogen. Das heisst, verschiedene Schweregrade der gleichen Krankheit werden zu einem „Baum“ zusammengefasst. Nimmt ein Individuum verschiedene Medikamente gegen die gleiche Erkrankung, wird nur das stärkste Medikament gezählt. Benötigt ein Patient jedoch Medikamente gegen unterschiedliche Krankheiten, trägt jede dieser Krankheiten zu seinem Risikowert bei. In empirischen Schätzungen wurde festgestellt, dass verschiedene Krankheiten ihr Kostengewicht änderten, falls sie gemeinsam mit anderen Krankheiten auftraten. In diesen Fällen wurden auch Interaktionen berücksichtigt. Einige Medikamentengruppen bekamen in der empirischen Schätzung ein negatives Gewicht. Individuen, welche diese Medikamente einnahmen, haben also einen geringeren geschätzten Leistungsbedarf als Individuen, welche gar keine Medikamente einnahmen. Dies widerspricht der Erfahrung aus der medizinischen Praxis. Da die betreffenden Gewichte eher klein und mehrheitlich nicht signifikant waren, wurden sie auf null gesetzt.

Die folgende Abbildung 17 bietet eine Übersicht über die oben beschriebenen bekanntesten Medikamentenklassifikationsmodelle:

Abbildung 17 Übersicht über die verschiedenen Medikamenten-Klassifikationsmodelle

Klassifikationsmodell	Anzahl Gruppen	Umgang mit Mehrfacherkrankungen	klinisch aussagekräftig	Negative Gewichte
CDS	28	Zugelassen, Kostengewichte werden aufsummiert	Ja	Ja
PCG	23	seit 2007 zugelassen, Kostengewichte werden aufsummiert	Ja	Ja
Medicaid Rx Groups	40/48	Zugelassen, Kostengewichte werden aufsummiert	Mehrheitlich ja	Ja
DxC Rx Groups	127	Hierarchisierung, Interaktionen von Krankheiten zugelassen	Mehrheitlich ja	Nein

Quelle: Verisk Health 2010.

5.3.2 Evaluation von Option 2

Als Vorteil von pharmazeutischen Informationen ist zu nennen, dass sie oft verfügbar sind, auch wenn diagnostische Daten fehlen. Dies ist besonders häufig im ambulanten Sektor der Fall⁶². Zusätzlich gilt, dass pharmazeutische Informationen vergleichsweise schwer zu manipulieren sind: Während falsch notierte Diagnosecodes für den Patienten ohne Wirkung bleiben, stellt eine falsche Medikation ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar. Es dürften sich kaum Ärzte finden lassen, welche diese Risiken einzugehen bereit sind, damit der Versicherer seinen Beitrag aus dem Risikoausgleich steigern kann⁶³. Um zu verhindern, dass die Zahlungen aus dem Risikoausgleich zur vermehrten Verschreibung von Medikamenten führen, wird teilweise vorgeschlagen, nur Wirkstoffe zu berücksichtigen, die zur Behandlung von spezifischen, teuren Krankheiten eingesetzt werden und wo kaum Alternativen

⁶⁰ Vgl. University of California, San Diego 2010.

⁶¹ Vgl. Zhao et al. 2001.

⁶² Vgl. Gilmer et al. 2001, Zhao et al. 2001.

⁶³ Vgl. Beck et al. 2006.

zur medikamentösen Behandlung bestehen. Zudem sollten Medikamenteninformationen erst bei wiederholter Verschreibung berücksichtigt werden⁶⁴. In der Folge wird der Einbezug von Medikamentenkostengruppen in den 2012er Risikoausgleich beispielhaft anhand der in den Niederlanden entwickelten PCGs evaluiert. Dabei wird davon ausgegangen, dass die pharmazeutischen Kostengruppen lediglich mit Daten aus dem ambulanten Bereich gebildet werden.

Abbildung 18 Beurteilung von Option 2 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich

Kriterium	Beurteilung	Bemerkungen										
Erklärungskraft (R^2)	++	<p>Verisk Health berechnet folgende R^2-Werte: Schätzung 14.0% Prognose 14.0% Der R^2-Wert steigt mit der Anzahl pharmazeutischer Kostengruppen. Zu beachten ist, dass die Werte von Verisk auf deutschen Daten basieren und den Besonderheiten der schweizerischen Spitalfinanzierung nicht Rechnung tragen. Sie sind daher absolut zu niedrig (vgl. auch den Hinweis in Ziffer 3.3.1). Konstantin Beck hat die Veränderung des R^2 bei Anwendung diverser Ausgleichsformeln im Jahr 2007 wie folgt beziffert⁶⁵:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Ausgleichsformel</th> <th>R^2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kein RA</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Heute geltender RA</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Heutiger RA + Spitalaufenthalt</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Heutiger RA + Spitalaufenthalt + PCG</td> <td>30%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mit der Berücksichtigung von pharmazeutischen Kostengruppen wird somit die Erklärungskraft des Risikoausgleichs um rund 50 Prozent verbessert.</p>	Ausgleichsformel	R^2	Kein RA	0%	Heute geltender RA	11%	Heutiger RA + Spitalaufenthalt	21%	Heutiger RA + Spitalaufenthalt + PCG	30%
Ausgleichsformel	R^2											
Kein RA	0%											
Heute geltender RA	11%											
Heutiger RA + Spitalaufenthalt	21%											
Heutiger RA + Spitalaufenthalt + PCG	30%											
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	++	Verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich werden die Versicherer auch für Versicherte mit hohem Behandlungsbedarf ohne Spitalaufenthalt im Vorjahr besser entschädigt.										
Transparenz	-	Die höhere Anzahl Ausgleichsfaktoren und Risikogruppen beeinträchtigt die Transparenz des Systems.										
Manipulationsanfälligkeit	0	Die Manipulationsanfälligkeit bei der Verwendung von pharmazeutischen Kostengruppen ist sehr gering, da eine falsche Medikation ein erhebliches Risiko darstellt. Die weitere Verfeinerung des 2012er Risikoausgleichs mit diesem Faktor hat also keinen Einfluss auf dessen Manipulationsanfälligkeit.										
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	+	Medikamentendaten stehen in der Schweiz nur aus dem ambulanten Bereich zur Verfügung. Die pharmazeutischen Kostengruppen mit Daten aus dem ambulanten Bereich stellen daher unter dem Gesichtspunkt der effizienten Mit-										

⁶⁴ Vgl. Lamers and Van Vliet 2003.

⁶⁵ Vgl. Beck and Trottmann 2007.

		telverwendung eine ideale Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich dar. Die Bevorzugung von stationären Behandlungen wird damit nämlich ausgeglichen.
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	-	Medikamentendaten stehen in der Schweiz nur aus dem ambulanten Bereich zur Verfügung. Heute werden die Medikamentendaten aus Apothekenrechnungen gut erfasst, bei den Rechnungen von selbstdispensierenden Ärzten besteht Verbesserungspotential.

Quelle: Verisk Health 2010, eigene Darstellung.

5.4 Option 3: Verwendung von Angaben zur Einschränkung der Erwerbsfähigkeit

5.4.1 Modellbeschreibung

Eine wichtige Gruppe von Morbiditätsindikatoren bilden Merkmale, welche Einschränkungen der Erwerbstätigkeit und der Tätigkeiten des täglichen Lebens beschreiben. Solche Faktoren sind auch Bestandteil verschiedener Risikoausgleichsmodelle⁶⁶.

5.4.2 Evaluation von Option 3

Der Einbezug des relativ unspezifischen Erwerbsminderungsmerkmals führt zu einer besseren Erklärung der Kosten. Problematisch ist hingegen die Erhebung dieser Daten: Selbstdeklarierte Angaben sind sehr teuer zu erheben und weisen Qualitätsmängel auf. Alternativ könnten von amtlichen Stellen erfasste Daten, wie beispielsweise der Bezug eines Taggeldes (KVG, UVG oder VVG) oder einer Invalidenrente (IV, UVG), herangezogen werden. Hier ist jedoch nachteilig zu nennen, dass diese Angaben neben der effektiven Erwerbsminderung möglicherweise auch institutionelle Gegebenheiten, wie die Versicherungsdauer oder Wartezeit, widerspiegeln. Zudem sind der administrative Aufwand für den Datenaustausch sowie die Datenschutzproblematik nicht zu unterschätzen.

In der Folge wird der Einbezug von Erwerbsminderungsmerkmalen, die über einen Datenaustausch zwischen den betroffenen Sozialversicherungen ermittelt werden, in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich evaluiert.

Abbildung 19 Beurteilung von Option 3 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich

Kriterium	Beurteilung	Bemerkungen
Erklärungskraft (R^2)	+	Verisk Health berechnet folgende R^2 -Werte: Schätzung 7.9% Prognose 7.6%
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	0	Der Einbezug dieses Faktors ergibt, verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich, keine wesentliche Minderung des Anreizes zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind.
Transparenz	-	Die höhere Anzahl Ausgleichsfaktoren und Risikogruppen beeinträchtigt die Transparenz des Systems.
Manipulationsanfälligkeit	0	Die Manipulationsanfälligkeit bei der Verwendung von EMG ist gering. Die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs mit diesem Faktor hat also keinen Einfluss auf dessen Manipulationsanfälligkeit.
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	0	Die Erwerbsminderungsgruppen an sich bieten einen Anreiz zur effizienten Mittelverwendung. Der 2012er Risiko-

⁶⁶ Im deutschen Risikoausgleich werden Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, anhand ihres Geschlechts und Alters einer der sechs EMG zugeordnet. Auch der belgische Risikoausgleich berücksichtigt Invalidität und Pflegebedürftigkeit. Hier wird zudem die Diagnose berücksichtigt, welche zur Invalidität geführt hat.

		ausgleich wird dadurch also nicht beeinflusst.
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	-	Die Daten sind heute nicht bei den Krankenversicherern verfügbar und müssen unter den betroffenen Sozialversicherungen ausgetauscht werden und von den Krankenversicherern auswertbar erfasst werden.

Quelle: Verisk Health 2010, eigene Darstellung.

5.5 Option 4: Verwendung von Informationen zum Kassenwechsel und zur Wahl der Franchisestufe

5.5.1 Modellbeschreibung

Der Wechsel der Krankenkasse und die Wahl der Franchisestufe sind indirekte Morbiditätsmerkmale, welche bedeutende Informationen über den Gesundheitszustand des Versicherten resp. dessen Krankheitskosten transportieren.

Ausgleichsmerkmal Versichererwechsler

Beck zeigt, dass Versicherte, welche den Versicherer wechseln, in der Schweiz im Durchschnitt wesentlich jünger sind und niedrigere Durchschnittskosten aufweisen als Versicherte, welche ihrem Krankenversicherer treu bleiben⁶⁷.

Verschiedene Faktoren tragen zu diesem Umstand bei. Erstens haben junge Menschen in der Regel ein kleineres Einkommen und reagieren daher stärker auf den Preis. Zweitens ändern sie häufiger ihre Lebensumstände - beispielweise durch Wohnortwechsel, Eintritt ins Berufsleben, Berufswechsel oder die Gründung einer Familie - und machen sich daher häufiger Gedanken über die Anpassung des Versicherungsschutzes. Drittens entwickeln Chronischkranke eine Loyalität zu ihrer Krankenkasse. Das Preisargument ist dann weniger wichtig. Nicht zu vernachlässigen ist auch der Effekt der Werbung, welche meist auf junge und gesunde Versicherte abzielt.

Da Versichererwechsler auch nach Alterskorrektur vorwiegend günstigere Kunden sind, stellt sich die Frage, ob dieses Merkmal im Risikoausgleich berücksichtigt werden sollte. Für einen neuen Kunden bekäme der Versicherer also nur einen kleinen Beitrag aus dem Risikoausgleich zugesprochen, respektive müsste viel in den Risikoausgleich einzahlen. Gegen eine solche Berücksichtigung spricht, dass der Anreiz gemindert wird, neue Versicherte anzuwerben und so der Wettbewerb geschwächt wird. Zudem hat ein Versichererwechsel keinen direkten Zusammenhang mit der Morbidität eines Versicherten, sondern ist über das Verhalten der Marktteilnehmer damit korreliert. Da sich Verhaltensweisen schnell ändern können, könnte sich der Einfluss des Kassenwechsels auf die Leistungsanspruchnahme als instabil erweisen. Es ist auch durchaus möglich, dass ein bestimmter Versicherer vom übrigen Markt abweicht, beispielsweise, weil er sich einen guten Ruf bei der Behandlung von Chronischkranken erarbeitet hat und daher viele solcher Versicherter anzieht. Falls bei der Mehrheit der Versicherer Neukunden eher günstige Versicherte sind, wird er dafür vom Risikoausgleich bestraft, obwohl sein Verhalten volkswirtschaftlich erwünscht ist⁶⁸.

Wahl der Franchisestufe

Noch stärker korreliert die individuelle Morbidität mit der Wahl des Versicherungsmodells. So ist beispielsweise die Wahl einer hohen Franchise nur für Versicherte interessant, welche im kommenden Jahr keine hohen Leistungen erwarten. Zahlreiche Studien haben nachgewiesen, dass hohe Franchisestufen vorwiegend von sehr gesunden Versicherten gewählt werden⁶⁹. Die Wahl der Franchise enthält also erhebliche Informationen über den Gesundheitszustand. Es stellt sich daher die Frage, ob die Franchisestufe als morbiditätsorientierter Ausgleichsfaktor im Risikoausgleich verwendet werden soll. Problematisch ist an diesem Vorschlag, dass die Morbidität nicht der einzige Grund ist, warum sich die Nettoleistungen zwischen Personen mit hohen und tiefen Franchisestufen unterscheiden. Auch die höhere Kostenbeteiligung und die Reduktion von „Moral Hazard“ tragen zu den tieferen Kos-

⁶⁷ Vgl. Beck 2004.

⁶⁸ Vgl. Verisk Health 2010.

⁶⁹ Vgl. z.B. Gardiol, Geoffard, and Grandchamps 2006.

ten der Personen mit hohen Wahlfranchisen bei. Der Risikoausgleich soll jedoch nur die morbiditätsbasierten Unterschiede ausgleichen⁷⁰. Unterschiede wegen höherer Kostenbeteiligung und „Moral Hazard“-Reduktion sollen den Versicherten in Form eines Prämienrabattes zu Gute kommen. Wird die Franchisestufe als Ausgleichsfaktor verwendet, braucht es deshalb eine Korrektur der traditionellen Berechnungsweise des Risikoausgleiches.

Die ersten zwei Spalten in Abbildung 20 zeigen beispielhaft eine Situation, wenn die Franchisestufe als Ausgleichsmerkmal verwendet wird und der „traditionelle“ Risikoausgleich ohne Korrektur angewendet wird. Das heisst, es werden alle Unterschiede in den Nettoleistungen ausgeglichen. Gruppe A hat eine hohe Wahlfranchise gewählt, während Gruppe B kränker ist und die ordentliche Franchise gewählt hat. Vereinfachend nehmen wir an, dass beide Gruppen je die Hälfte der Bevölkerung ausmachen. Der Risikoausgleich wird berechnet als Unterschied zwischen den durchschnittlichen Nettoleistungen innerhalb einer Gruppe zum Gesamtdurchschnitt der Nettoleistungen. Die Beispielrechnungen, zeigen, dass beide Gruppen nach dem Risikoausgleich die gleichen Kosten haben. Der Versicherer kann also dem Individuum A keinen Rabatt für die höhere Wahlfranchise geben⁷¹.

Beck leitet eine mögliche Lösung für dieses und verwandte Probleme her⁷². Gemäss seinem Vorschlag könnten die Nettoleistungen der Versicherten mit hoher Wahlfranchise (Gruppe A) um einen bestimmten Korrekturbetrag erhöht werden, bevor der Risikoausgleich berechnet wird. Dieser Betrag soll explizit von der Umverteilung ausgenommen werden. Im Idealfall entspricht er genau der höheren Selbstbeteiligung und den Einsparungen durch die Reduktion von Moral Hazard; also denjenigen Komponenten, welche in den Prämienrabatt eingehen sollen. Diese Grössen sind jedoch auch mit geeigneten ökonomischen Methoden nicht exakt messbar, so dass man zwangsläufig auf eine Approximation zurückgreifen muss. Ausserdem kann es politisch gewünscht sein, dass möglichst viele Versicherte eine hohe Franchise ergreifen. Für dieses Ziel muss der Prämienrabatt für Wahlfranchisen hoch genug sein. Der Betrag, welcher nicht umverteilt wird, muss daher hoch genug angesetzt werden (gegebenenfalls höher als die geschätzten „echten“ Einsparungen).

Abbildung 20 Beispielrechnung mit Franchise als Ausgleichsfaktor mit und ohne Korrektur

	Gruppe A, hohe Franchise	Gruppe B, tiefe Franchise	Gruppe A, hohe Franchise	Gruppe B, tiefe Franchise
Beobachtete Bruttoleistungen	884	3874	884	3874
Nettoleistungen	489	3'678	489	3'678
Kostenbeteiligung			395	196
Geschätzte Moral Hazard-Reduktion			318	3
Korrektur für echte Einsparungen			$(395 - 196) + (318 - 3) = 514$	
Durchschnitt relevante Leistungen für den Risikoausgleich	$(489 + 3'678) / 2 = 2'083.50$		$(489 + 514 + 3'678) / 2 = 2'340.50$	
Zahlungen in den / aus dem Risikoausgleich	489 - 2'083.50 = -1'594.50	3'678 - 2'083.50 = 1'594.50	489 + 514 - 2'340.50 = -1337.50	3'678 - 2'340.50 = 1'337.50

⁷⁰ Vgl. Van Kleef et al. 2008.

⁷¹ Vgl. Van Kleef et al. 2008.

⁷² Vgl. Beck 2011.

Kosten nach Risikoausgleich	489 + 1'594.50 = 2'083.50	3'678 - 1'594.50 = 2'083.50		489 + 1'337.50 = 1826.50	3'678 - 1'337.50 = 2'340.50
Möglicher Franchiserabatt	0	--		2'340.50 -1'826.50 = 514	--

Quelle: Zahlen Van Kleef et al. 2008, Darstellung von Verisk Health 2010.

Die beiden rechten Spalten in Abbildung 20 zeigen, wie diese Korrektur funktioniert. Es wurde geschätzt, dass Versicherte mit hoher Franchise im Durchschnitt 199 Franken (= 395 – 196) zusätzliche Kostenbeteiligung leisten und ihre Einsparung durch Moral Hazard-Reduktion 315 Franken (=318 – 3) beträgt. Für die Berechnung des Risikoausgleiches werden ihre Leistungen daher um 514 Franken erhöht. In unserem Beispiel entspricht dieser Betrag dem möglichen Prämienrabatt. In der Realität werden die Risikoausgleichsansätze jedoch mit dem Durchschnitt über alle Versicherer berechnet, während der Prämienrabatt von der Kostenstruktur eines einzelnen Versicherers abhängt. Die beiden Grössen werden sich daher in der Praxis nicht decken. Es soll erwähnt werden, dass es auch ohne direkte Berücksichtigung der Franchisestufe als Ausgleichsfaktor zur Situation kommen kann, dass der Risikoausgleich „zu viel“ der Kostenunterschiede zwischen hohen und tiefen Franchisestufen ausgleicht. Diese Situation tritt ein, wenn der Risikoausgleich (fast) alle Unterschiede in der Morbidität erkennt und die positive Risikoselektion in den hohen Wahlfranchisen sehr stark ist. Ein Teil der Unterschiede zwischen den Nettokosten verschiedener Risikoausgleichsgruppen ist dann der „echten“ Einsparung durch Moral Hazard-Reduktion und höherer Kostenbeteiligung zu verdanken. Sie sollte daher nicht umverteilt werden. Allerdings zeigt Van Kleef, dass auch ein Risikoausgleich mit DCG und PCG nicht alle morbiditätsbedingten Unterschiede ausgleicht⁷³. Selbst mit einem solchen Risikoausgleich ist man noch weit davon entfernt, dass der Prämienrabatt kleiner ist als die „echten“ Einsparungen. Das Problem der „Umverteilung der Einsparung“ wird also erst dann für die Praxis relevant, wenn der Risikoausgleich nahezu perfekt ist.

5.5.2 Evaluation von Option 4

All diese Morbiditätsindikatoren verbessern die Erklärungskraft und die Daten sind heute bei den Versicherern verfügbar. Zudem sind die Ermessensspielräume als eher gering anzusehen. In der Folge werden die zwei Faktoren Versichererwechsel und Wahl der Franchisestufe separat evaluiert:

⁷³ Vgl. Van Kleef et al. 2008.

Abbildung 21 Beurteilung von Option 4.1 (Versichererwechsel) in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich

Kriterium	Beurteilung	Bemerkungen
Erklärungskraft (R^2)	+	Die Erklärungskraft steigt gegenüber dem 2012er Risikoausgleichsmodell. Es ist jedoch keine Schätzung des R^2 von Verisk Health vorhanden.
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	0	Keine Veränderung verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich.
Transparenz	-	Die spezielle Berücksichtigung des Versichererwechsels beeinträchtigt die Transparenz nur geringfügig.
Manipulationsanfälligkeit	0	Die Manipulationsanfälligkeit bei der Verwendung des Versichererwechsels als Ausgleichsfaktor ist gering. Die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs mit diesem Faktor hat also keinen Einfluss auf dessen Manipulationsanfälligkeit.
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	-	Die Berücksichtigung des Versichererwechsels an sich schwächt den Wettbewerb und mindert den Anreiz zur effizienten Mittelverwendung.
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	0	Die Daten sind heute bei den Krankenversicherern verfügbar.

Quelle: Verisk Health 2010, eigene Darstellung.

Abbildung 22 Beurteilung von Option 4.2 (Wahl der Franchisestufe) in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich

Kriterium	Beurteilung	Bemerkungen
Erklärungskraft (R^2)	+	Die Erklärungskraft steigt gegenüber dem 2012er Risikoausgleichsmodell. Keine Schätzung des R^2 von Verisk Health vorhanden.
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	0	Keine Veränderung verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich.
Transparenz	-	Die spezielle Berücksichtigung der Franchisestufe beeinträchtigt die Transparenz nur geringfügig.
Manipulationsanfälligkeit	0	Die Manipulationsanfälligkeit bei der Verwendung der Franchisestufe als Ausgleichsfaktor ist gering. Die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs mit diesem Faktor hat also keinen Einfluss auf dessen Manipulationsanfälligkeit.
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	0	Die Berücksichtigung der Franchisestufe bietet einen Anreiz zur effizienten Mittelverwendung. Allerdings wäre eine Korrektur, wie Beck sie vorschlägt, nötig.
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	0	Die Daten sind heute bei den Krankenversicherern verfügbar.

Quelle: Verisk Health 2010, eigene Darstellung.

5.6 Option 5: Offenbarung persönlicher Morbiditätsinformationen

5.6.1 Modellbeschreibung

Eine relativ inhomogene Gruppe von indirekten Morbiditätsmerkmalen lässt sich begrifflich als „Offenbarung persönlicher Morbiditätsinformation“ zusammenfassen. In der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion werden unter diesem Überbegriff beispielsweise folgende indirekte Morbiditätsfaktoren erwähnt: Sozioökonomischer Status, sozioökonomische Variablen, Internetnutzung, Nutzung von alternativen Behandlungsmethoden und Lebensstil. In der Folge wird lediglich auf den möglichen Ausgleichsfaktor sozioökonomischer Status näher eingegangen.

Der Einbezug sozioökonomischer Variablen, wie Einkommen, Bildung oder soziale Schicht in den Risikostrukturausgleich liegt nahe, da eine Vielzahl internationaler Studien einen Zusammenhang zwischen der Morbidität und dem sozioökonomischen Status stützen. Dabei werden oftmals nicht nur reine Einkommenskategorien betrachtet, sondern auch die Art der Arbeitstätigkeit (Angestellter, Angestellter in Leitungsfunktion, Arbeiter), Bildungsstand und Erwerbsstatus (arbeitslos, Dauer der Arbeitslosigkeit). In jeder dieser Kategorien geht ein hoher sozioökonomischer Status mit einem geringeren Gesundheitsrisiko einher. Tatsächlich wird der Einbezug von sozioökonomischen Variablen in den Risikoausgleich auch in gewissen Staaten umgesetzt⁷⁴.

5.6.2 Evaluation von Option 5

Der Einbezug eines solchen Kriteriums in den Risikoausgleich würde dessen Erklärungskraft sicher leicht erhöhen. Zudem lässt der sozioökonomische Status keinen Ermessensspielraum offen und ist damit nicht anfällig für Manipulationen. Auch die Effizienz der Mittelverwendung wird nicht beeinflusst durch den sozioökonomischen Status, da dieser nicht an eine bestimmte Behandlungsmethode gebunden ist. Problematisch ist jedoch die Datenerhebung. Die Krankenversicherer erhalten heute kei-

⁷⁴ Z.B. im niederländischen Risikoausgleich wird der sozioökonomische Status durch Berücksichtigung von Einkommensgruppen seit 2008 als Ausgleichsfaktor einbezogen.

nerlei Angaben zum sozioökonomischen Status ihrer Versicherten. Diese Daten müssten z.B. von den Steuerämtern weitergeleitet werden.

Abbildung 23 Beurteilung von Option 5 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich

Kriterium	Beurteilung	Bemerkungen
Erklärungskraft (R^2)	+	Die Erklärungskraft steigt gegenüber dem 2012er Risikoausgleichsmodell. Keine Schätzung des R^2 von Verisk Health vorhanden.
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	0	Keine Veränderung verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich.
Transparenz	-	Die Berücksichtigung der sozioökonomischen Status beeinträchtigt die Transparenz nur geringfügig.
Manipulationsanfälligkeit	0	Diese Daten lassen in der Regel keinen Interpretationsspielraum offen. Die Manipulationsanfälligkeit ist daher gering.
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	0	Die Berücksichtigung von sozioökonomischen Variablen beeinflusst die Effizienz der Mittelverwendung nicht.
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	--	Die Daten sind heute bei den Krankenversicherern nicht verfügbar.

Quelle: Verisk Health 2010.

5.7 Option 6: Verwendung von Medikamentenkosten im Vorjahr

5.7.1 Modellbeschreibung

Die Vorjahreskosten stellen generell einen guten Indikator für die Morbidität der Versicherten dar und könnten deshalb theoretisch auch als Ausgleichskriterium im Risikoausgleich eingesetzt werden. Wegen der gewichtigen Anreizproblematik wird dies in der Praxis jedoch nicht umgesetzt und hier auch nicht weiterverfolgt. Es ist wäre aber möglich, die Kosten im Vorjahr für eine bestimmte Kostenart im Risikoausgleich zu berücksichtigen. Die undifferenzierten Medikamentenausgaben im Jahr vor dem Ausgleichsjahr stehen hier im Zentrum. Dabei würde geprüft, ob die Medikamentenkosten eines Individuums im Vorjahr eine bestimmte Schranke überschritten haben oder nicht.

5.7.2 Evaluation von Option 6

Empirische Untersuchungen haben ergeben, dass der Indikator Medikamentenkosten die Anreize zur Risikoselektion mindern kann, auch wenn er relativ undifferenziert ist und die Ursache der Leistungsanspruchnahme nicht abbildet. Eine solche Kostenschranke ist dem „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“, der ab 2012 in den Schweizer Risikoausgleich integriert wird, ähnlich. Der Einbezug von Medikamentenkosten als Ausgleichsfaktor erlaubt es jedoch, auch kostenintensive Patienten, die keinen stationären Aufenthalt aufweisen, zu erkennen⁷⁵. Werden die Medikamentenkosten im Vorjahr als Risikoausgleichsfaktor verwendet, erhöht dies die Manipulationsanfälligkeit insofern, als viele Patienten Medikamente beziehen, die nicht über die OKP abgerechnet werden dürfen. Wenn Versicherte vom Risikoausgleich als kränker eingestuft werden, weil sie höhere Medikamentenkosten aufweisen, sinkt der Anreiz der Versicherer, diese Rechnungen genau zu prüfen und nicht kassenpflichtige Medikamente aus der Rechnung auszuschneiden.

Abbildung 24 Beurteilung von Option 6 in Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich

Kriterium	Beurteilung	Bemerkungen
Erklärungskraft (R^2)	+	Verisk Health berechnet folgende R^2 -Werte: Schätzung 9.7% Prognose 9.4%

⁷⁵ Vgl. Verisk Health 2010.

		Bildet man mehrere Gruppen, steigt das R^2 leicht.
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	+	Verglichen mit dem 2012er Risikoausgleich werden die Versicherer auch für Versicherte mit hohem Behandlungsbedarf ohne Spitalaufenthalt im Vorjahr besser entschädigt.
Transparenz	-	Die Berücksichtigung der Medikamentenkosten im Vorjahr beeinträchtigt die Transparenz nur geringfügig.
Manipulationsanfälligkeit	-	Versicherte beziehen auch Medikamente, die zu den Nichtpflichtleistungen gehören. Eine genaue Rechnungskontrolle zum Abzug dieser Medikamente könnte sich für die Versicherer weniger lohnen. Die Manipulationsanfälligkeit des Risikoausgleichs würde in diesem Sinne zunehmen.
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	0	Der Anreiz der Versicherer, Medikamentenrechnungen zu prüfen, sinkt. Die alleinige Berücksichtigung der Medikamentenkosten würde eine bestimmte Behandlungsart bevorzugen. In Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich, der stationäre Behandlung bevorzugt, könnte dem jedoch entgegen gewirkt werden.
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	0	Medikamentenkostendaten stehen in der Schweiz lediglich aus dem ambulanten Bereich zur Verfügung, dies jedoch in guter Qualität.

Quelle: Verisk Health 2010.

6 Weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs: Ausblick

6.1 Pharmazeutische Kostengruppen als Ergänzung des 2012er Risikoausgleichs

Die Verwendung von pharmazeutischen Informationen zur Bildung von Kostengruppen, wie sie im Vorschlag 2 beschrieben und evaluiert werden, stellen in der Schweiz die beste Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich, der den Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr berücksichtigt, dar. Dies zeigt die folgende Übersicht:

Abbildung 25 Die Vorschläge im Überblick

Kriterium	2012er Risikoausgleich	Option 1: diagnostische Informationen	Option 2: pharmazeutische Informationen	Option 3: Angaben zur Einschränkung der Erwerbstätigkeit	Option 4.1: Informationen zum Kassenwechsel	Option 4.2: Informationen zur Wahl der Franken	Option 5: Informationen zum sozioökonomischen Status	Option 6: Angaben zu den Medikamentenkosten im Vorjahr
Erklärungskraft (R ²)	mittel	++	++	+	+	+	+	+
Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind	mittel	++	++	0	0	0	0	+
Transparenz	mittel	-	-	-	-	-	-	-
Manipulationsanfälligkeit	gering	-	0	0	0	0	0	-
Anreiz zur effizienten Mittelverwendung	gering	-	+	0	-	0	0	0
Datenverfügbarkeit in der Schweiz	gut	--	-	-	0	0	--	0

Quelle: Verisk Health 2010, eigene Darstellung.

Der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen in den Risikoausgleich bringt folgende Vorteile mit sich:

- Die empirischen Analysen zeigen, dass der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen die Erklärungskraft des Modells stark verbessert. Dies trägt erheblich dazu bei, die Anreize zur Risikoselektion zu mindern und führt dazu, dass die Prämien, welche ein Versicherer anbieten kann, eher die Effizienz in der Mittelverwendung und nicht die Gesundheit seines Versichertenkollektivs widerspiegeln.
- Der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen ergänzt den 2012er Risikoausgleich ideal und erhöht den Anreiz zur effizienten Mittelverwendung. Medikamentendaten stehen in der Schweiz nämlich nur aus dem ambulanten Bereich zur Verfügung. Die daraus gebildeten Medikamentenkostengruppen stellen unter dem Gesichtspunkt der effizienten Mittelverwendung eine ideale Ergänzung zum 2012er Risikoausgleich dar. Die Bevorzugung von stationären Behandlungen wird damit nämlich ausgeglichen.
- Chronischkranke werden durch die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs mit pharmazeutischen Kostengruppen für die Versicherer attraktiver. Dies ermöglicht höhere Investitionen in Disease Management Programme und echte Managed Care-Programme.
- Betreffend Manipulationsfähigkeit wird der Indikator pharmazeutische Kostengruppen als gut bewertet.

Diagnostische Informationen, die vielleicht auf den ersten Blick ideal erschienen, um den 2012er Risikoausgleich zu ergänzen, schneiden, verglichen mit den pharmazeutischen Informationen, v.a. bezüglich Manipulationsanfälligkeit, Anreiz zur effizienten Mittelverwendung und Datenverfügbarkeit schlechter ab.

Es gilt jedoch folgendes zu bedenken:

- Auch die Verfügbarkeit der Medikamentendaten ist heute bei den Krankenversicherern noch ungenügend und muss verbessert werden: Heute werden von den Versicherern v.a. die Medikamentendaten aus Apothekenrechnungen gut erfasst. Grosse Unterschiede gibt es jedoch bei der Erfassung der Medikamentendaten aus Rechnungen von selbstdispensierenden Ärzten, da der Versicherer hier aufgrund des tiers garant vom Versicherten Papierrechnungen erhält, die dann mittels Scanner oder manuell erfasst werden müssen.
- Bevor Medikamentendaten im Risikoausgleich verwendbar sind, müssen sie in eine überschaubare Anzahl von Gruppen klassifiziert werden. Die heute bereits verfügbaren Klassifikationsmodelle können nicht ohne Anpassungen auf den Schweizer Risikoausgleich übertragen werden. Innovationen im Pharmamarkt führen überdies dazu, dass das Klassifikationsmodell regelmässig aktualisiert werden muss.
- Die Transparenz des Risikoausgleichs sinkt generell durch den Einbezug von weiteren Faktoren. Dies gilt auch beim Einbezug von Medikamentenkostengruppen.
- Eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs erhöht den administrativen Aufwand der Versicherer für die Datenaufbereitung und die Kosten für die Revision der Datenlieferungen in den Risikoausgleich. Auch bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG, der Durchführungsstelle für den Risikoausgleich, steigen die Kosten leicht an. Dies v.a. wegen der komplexeren Kontrolle der Datenlieferungen. Hingegen ergäben sich beim Bund und bei den Kantonen keine finanziellen Auswirkungen.
- Zudem treibt eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs die heute bereits beobachtbare Marktkonzentration weiter voran. Die Versicherer wenden sich vermehrt von der Billigkassenstrategie ab.

6.2 Umstellung auf eine Berechnung mittels einer Regressionsanalyse

Bei einem Einbezug zusätzlicher Morbiditätsindikatoren, wie der pharmazeutischen Kostengruppen kann der heutige Zellansatz⁷⁶ nicht in unveränderter Form weitergeführt werden: Der Einbezug würde bei einem Zellansatz nämlich zu einer Vervielfachung der Risikogruppen führen. Zu viele Gruppen würden danach eine zu kleine Versichertenanzahl aufweisen, um statistisch zuverlässige Werte zu berechnen. Es wird daher empfohlen, auf eine Berechnung mittels Regressionsanalyse umzustellen. So kann für jeden Morbiditätsindikator ein Kostengewicht ermittelt werden. Anhand der Kostengewichte wird dann für jeden Versicherten ein Risikowert berechnet. Dieser gibt an, wie gross das Kostenrisiko dieses Versicherten im Vergleich zu einem durchschnittlichen Versicherten ist. Zur Berechnung der Ausgleichszahlungen können diese Risikowerte mit den durchschnittlichen kantonalen Kosten multipliziert werden. Die Verwendung von Risikowerten anstelle von Kostengewichten erlaubt es überdies, den Risikoausgleich innerhalb der Kantone durchzuführen auch wenn für die Bestimmung der Kostengewichte Daten aus der gesamten Schweiz verwendet werden.

6.3 Übergang auf eine Lieferung von Individualdaten in den Risikoausgleich

Die Berechnung mittels Regressionsanalyse verlangt, dass der Gemeinsamen Einrichtung KVG, der Durchführungsstelle des Risikoausgleichs, individuelle Daten zur Verfügung gestellt werden. Um einen maximalen Schutz der persönlichen Daten zu gewährleisten, sollte die Klassifizierung der Versicherten in die entsprechenden Risikoausgleichgruppen durch den Versicherer erfolgen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG erhält keinen Zugriff auf die konkreten Medikamentenrechnungen, sondern lediglich die Information zur Gruppenzugehörigkeit. Die zur Gruppierung der Versicherten notwendige

⁷⁶ Beim Zellansatz, der im heutigen Schweizer Risikoausgleich verwendet wird, werden alle Versicherten nach den Kriterien des Risikoausgleichs (heute: Alter und Geschlecht) in sich gegenseitig ausschliessende Gruppen eingeteilt. Die Risikoausgleichszahlung stellt die Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten in den Gruppen und dem Gesamtdurchschnitt dar.

Software muss von der Gemeinsamen Einrichtung KVG bereitgestellt werden. Bei einer serverbasierten Lösung stellt die Ausgleichsstelle auch die notwendige Hardware bereit.

Erfolgt eine Meldung von medikamentenbezogenen Individualdaten von den Versicherern an die Gemeinsame Einrichtung KVG, ist aus Datenschutzgründen eine gesetzliche Grundlage im KVG dafür erforderlich. Diese formellgesetzliche Grundlage ist mit den ergänzten Artikeln 57 Absatz 7 und Art. 84 Einleitungssatz und Buchstabe i KVG sowie dem bisherigen Artikel 84a Absatz 1 Buchstabe a KVG gegeben. Dies unter der Voraussetzung, dass der zusätzliche Ausgleichsfaktor Medikamentenkostengruppen in der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 betreffend den neuen Risikoausgleich verankert wird.

6.4 Verzicht auf die Berücksichtigung der Daten der Wechsler

Im 2012er Risikoausgleich werden bei der Datenmeldung durch die Versicherer die Aufenthalte der Wechsler in einem Spital oder Pflegeheim berücksichtigt. Dazu erfolgt ein Datenaustausch unter den Versicherern über die von der Gemeinsamen Einrichtung KVG errichtete zentrale Meldestelle Risikoausgleich (ZEMRA). Für die datenschutzkonforme Übermittlung von Individualdaten der Wechsler von den bisherigen Krankenversicherern an die ZEMRA, sowie für die anschliessende Übermittlung aufbereiteter Individualdaten von der ZEMRA an die neuen Krankenversicherer wurde eine neue KVG-Bestimmung vorbereitet, welche bereits dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) zur Prüfung zugestellt wurde. Ein Vorschlag für eine entsprechende Anpassung der Verordnung über den Risikoausgleich liegt ebenfalls vor.

Die ZEMRA hat im Mai 2011 bezüglich der Bearbeitung von Personendaten ihre Systeme, Verfahren und Organisation einer Bewertung durch eine anerkannte Zertifizierungsstelle gemäss Art. 11 des Datenschutzgesetzes und der Verordnung über die Datenschutzzertifizierungen unterzogen und ein Datenschutz-Qualitätszeichen erworben.

Würden im weiter verfeinerten Risikoausgleich auch die Medikamentendaten der Wechsler berücksichtigt, müssten diese Daten ebenfalls über die ZEMRA entgegengenommen und weitergeleitet werden. Die Menge der ausgetauschten Daten und deren Sensibilität würden dadurch zunehmen.

Da der Datenaustausch über die ZEMRA einerseits die administrativen Kosten zur Durchführung des Risikoausgleichs erhöht und das Vertrauen der Versicherer in den Risikoausgleich sinken lässt, sollte bei einer Revision des Risikoausgleichs auch die Berücksichtigung der Daten der Wechsler überdacht werden: Die Wechsler machen einerseits nur einen geringen Anteil der Versicherten aus. Andererseits weisen sie einen unterdurchschnittlichen Anteil an Versicherten mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr aus, d.h. sie sind im Durchschnitt gesünder. Dies führt dazu, dass das aufgrund der Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler zusätzliche Umverteilungsvolumen als gering eingeschätzt werden kann⁷⁷. Die Wirkung des Risikoausgleichs würde also wegen der Nichtberücksichtigung der Daten der Wechsler nur geringfügig gesenkt.

6.5 Empfehlung für die zeitliche Umsetzung der Einführung

Die Zeit, welche den Versicherern für den Initialaufwand der Datenbereitstellung eingeräumt werden müsste, hängt vornehmlich von der heutigen Verfügbarkeit der Daten ab. Zwei beziehungsweise drei Komponenten sind aber für den zeitlichen Aufwand der Umsetzung relevant:

1. Die Zeit, die den Versicherern eingeräumt werden muss, um die nötigen Anpassungen zur Datenbereitstellung durchzuführen. Die Daten aus dem ambulanten Bereich erhalten die Versicherer bereits. Dabei muss aber beachtet werden, dass heute v.a. die Medikamentendaten

⁷⁷ Trotz Probeläufen für den revidierten Risikoausgleich und Testdatenlieferungen an die zentrale Meldestelle, kann das zusätzliche Umverteilungsvolumen, das der Einbezug der Daten der Wechsler generiert, nicht berechnet werden. Dies liegt daran, dass aufgrund der an die zentrale Meldestelle gelieferten Daten keine Zuordnung der Wechsler zu einer Risikogruppe erfolgen kann.

der selbstdispensierenden Ärzte nur in ungenügender Qualität bei den Versicherern erfasst sind. Hier sind tiefgreifende Veränderungen der Infrastruktur nötig. Werden die Versicherer zur Lieferung dieser Daten verpflichtet, müsste ihnen mindestens drei Jahre Zeit gegeben werden, um die entsprechenden Anpassungen vorzunehmen.

2. Ein bis zwei Jahre für Probeläufe, in denen der Risikoausgleich aufgrund der neuen Formel berechnet wird, jedoch noch keine Zahlungen erfolgen.
3. Falls der Risikoausgleich auf gruppierte pharmazeutische Daten abstützt, fällt Aufwand für die Spezifikation und Herstellung der Gruppier-Software an. Liegt die Spezifikation vor, schätzt die Verisk Health GmbH den Aufwand für eine dezentrale Lösung auf etwa 7 Monate, für eine serverbasierte Lösung auf etwa 12 Monate⁷⁸.
4. Wegen der prospektiven Berechnung und dem zweistufigen Ausgleichsverfahren (Berechnung durch einen provisorischen und einen definitiven Risikoausgleich) müssen die Daten zur Klassifizierung von Individuen aus dem vorletzten Jahr vor dem Ausgleichsjahr verfügbar sein.

Es wird daher geschätzt, dass die gesamte Vorlaufzeit für den Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen in den Risikoausgleich bis zu sechs Jahre betragen wird. Dies ist noch vertieft zu prüfen.

Wird eine frühere Einführung eines weiter verfeinerten Risikoausgleichs angestrebt, muss daher eine Übergangslösung gefunden werden.

6.6 Empfehlung für eine Übergangsregelung

Empfehlenswert wäre insbesondere die Berücksichtigung von Medikamentenausgaben im Vorjahr als Übergangsregelung. Auch mit dem Einbezug dieses relativ unspezifischen Ausgleichsfaktors kann die Erklärungskraft der Risikoausgleichsformel erhöht und der Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind, gesenkt werden. Im Gegensatz zu den Daten, die zur Bildung von pharmazeutischen Kostengruppen notwendig sind, sind die Medikamentenkosten, die ein Versicherter im ambulanten Bereich verursacht hat, bereits heute bei den Versicherern vollständig vorhanden. Zudem könnte das Zellverfahren zur Berechnung des Risikoausgleichs vorläufig beibehalten werden.

Die Datenmeldung der Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG, könnte dadurch weiter mittels aggregierter Daten (Versichertenmonate, Kosten, Kostenbeteiligung pro Risikogruppe) erfolgen. Datenschutzrechtliche Probleme gibt es daher nicht, wenn der zusätzliche Ausgleichsfaktor Medikamentenkosten in der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 betreffend den neuen Risikoausgleich verankert wird.

Die Einführungszeit für eine solche Übergangsregierung verkürzt sich um bis zu 4 Jahre gegenüber der Einführung des Einbezugs von pharmazeutischen Kostengruppen.

7 Schlussfolgerung

Nach Prüfung der verschiedenen Alternativen zur Ergänzung des 2012er Risikoausgleichs, der den Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim berücksichtigt, empfiehlt der Bundesrat die mittelfristige Einführung des zusätzlichen Kriteriums der pharmazeutischen Kostengruppen. Dabei sollten die Daten der Wechsler nicht mehr berücksichtigt werden.

Da die Daten zur Bildung von pharmazeutischen Kostengruppen heute noch nicht in ausreichender Vollständigkeit und Qualität bei den Versicherern zur Verfügung stehen, wird als Übergangsregelung der Einbezug der Medikamentenausgaben im Vorjahr in den Risikoausgleich vorgeschlagen.

⁷⁸ Vgl. Verisk Health 2010.

Literaturverzeichnis

Beck, Konstantin. 2004. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einen regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt.

Beck, Konstantin. 2011. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einen regulierten Krankenversicherungsmarkt. 2. Vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Haupt.

Beck, Konstantin and Maria Trottmann. 2007. Der Risikostrukturausgleich und die langfristigen Profite der Risikoselektion: Wie erfolgreich sind verschiedene Formeln. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds, S. 329-355, St. Augustin, Asgard Verlag.

Beck Konstantin, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz and Peter Zweifel. 2006. Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung. Bern: h. e. p. Verlag.

Beck, Konstantin, Urs Käser, Maria Trottmann and Stefan von Rotz. 2009. Effizienzsteigerungen dank Managed Care? Datamaster, Oktober, S. 15-21.

Bodenheimer, Thomas, Edward Wagner and Kevin Grumbach. 2002. Improving Primary Care for patients with Chronic Illness. Journal of the American Medical Association, S. 1909-1914.

Bundesamt für Gesundheit. 2009. Krankenversicherung: Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/07937/index.html?lang=de>.

Bundesversicherungsamt. 2008. Entwurf für eine Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA. Bundesversicherungsamt, www.bundesversicherungsamt.de.

Bundesversicherungsamt. 2010. Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten. Bundesversicherungsamt, www.bundesversicherungsamt.de.

Clark, Daniel O., Michael Von Korff, Kathleen Saunders and William Baluch. 1995. A Chronic Disease Score with Emirically Derived Weights. Medical Care, S. 783-795.

College voor zorgverzekeringen. <http://www.cvz.nl/financiering>.

Douven, Rudy. 2007. Morbidity-based Risk Adjustment in the Netherlands. Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im Internationalen Vergleich: Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, S. 161-202. Nomos Verlag.

Fischer, Wolfram. 2007. Kapitel H.8 aus Diagnosis Related Groups (DRG) und verwandte Patientenklassifikationssysteme – Kurzbeschreibungen und Beurteilung. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil.

Forrest, Christopher, Karen Kinder, Klaus Lemke and Robert Reid. 2004. Adjusted Clinical Group – ein Instrument zur Prognose des Ressourcenverbrauchs. Gesundheits- und Sozialpolitik, S. 8-15.

Gardiol, Lucien, Pierre-Yves Geoffard and Chantal Grandchamps. 2006. Selection and incentive effects: an econometric study of Swiss health insurance claims data. Competitive failures in insurance markets: theory and policy implications. S. 81-95. Cambridge, MA. MIT Press.

Gemeinsame Einrichtung KVG, 2011, Risikoausgleich, <http://www.kvg.org/ra/default.htm>.

Gemeinsame Einrichtung KVG. 2011. Statistik definitiver Risikoausgleich 2010. Solothurn.

Gemeinsame Einrichtung KVG. 2011. Ergebnisse zweiter Probelauf für den revidierten Risikoausgleich, unveröffentlicht. Solothurn.

Gemeinsame Einrichtung KVG. 2011. Statistik zweiter Probelauf für den revidierten Risikoausgleich, unveröffentlicht. Solothurn.

Gilmer, Todd, Richard Kronick, Paul Fishman and Theodore Ganiats. 2001. The medical Rx Model Pharmacy-Based risk Adjustment for Public Programs. *Medical Care*, S. 1188-1202

Glaeske, Gerd. 2008. Vom RSA zum Morbi-RSA – mehr Rationalität im GKV-Finanzausgleich?. *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008 – Morbi-RSA*, S. 7-40, St. Augustin, Asgard Verlag.

Holly, Alberto, Lucien Gardiol, Yves Egli, Tarik Yalcin and Tiago Rebeiro. 2004. Health-based risk adjustment in Switzerland: an exploration using medical information from prior Hospitalisation. Grant No. 4045-059720/1, Nation Research Program 45, Future Problems in Welfare, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne.

IGES, Karl Lauterbach and Jürgen Wasem. 2004. Klassifikationsmodelle für Versicherten im Risikostrukturausgleich. Berlin.

Jacobs, Klaus and Dieter Cassel. 2009. Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSAQ. *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008*. S. 185-212. St. Augustin, Asgard Verlag.

Lamers, Leida. 1998. Risk-adjusted capitation Payments: Developing a Diagnostic Cost Groups Classification for the Dutch Situation. *Health Policy*, S. 15-32.

Lamers, Leida. 1999. Pharmacy Cost Groups – A Risk-Adjuster for capitation Payments Based on the Use of Prescribed Drugs. *Medical Care*, S. 824-830.

Lamers, Leida. 2010. Risk adjustment and related issues in the Netherlands in 2010. Vortrag gehalten am 10. RAN-Meeting. Jerusalem.

Lamers, Leida and Rene Van Vliet. 2003. Health-based Risk Adjustment – Improving the Pharmacy-based Cost Group Model to Reduce Gaming Possibilities. *European Journal of Health Economics*, S. 107-114.

Lamers, Leida M. and Rene C. Van Vliet. 2004. The Pharmacy Cost Group Model Validating and Adjusting the Classification of Chronic Conditions to the Dutch Situation. *Health Policy*, S. 113-121.

Lehmann, Hansjoerg and Peter Zweifel. 2004. Innovation and risk selection in deregulated social health insurance. *Journal of Health Economics*, S. 997-1012.

Ministry for Health, Welfare and Sport. 2008. Risk Adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands. www.minvws.nl.

Parlament, Amtliches Bulletin - Die Wortprotokolle von Nationalrat und Ständerat. http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4801/262653/d_s_4801_262653_262693.htm?DisplayTextOid=262694

Pope, Gregory, John Kautter, Randall Ellis, Arlene Ash, John Ayanian, Lisa Iezzoni, Melvin Ingber, Jesse Levy and John Robst. 2004. Risk Adjustment of Medicare Capitation Payments using the CMS-HCC Model. *Health Care Financing Review*, S. 119-141.

Schoder, Johannes, Michèle Sennhauser and Peter Zweifel. 2009. Fine Tuning of Health Regulation: Unhealthy Consequences for an Individual Insurer. SOI Working Paper No. 0916

Schokkaert, Erik. 2010. Risk adjustment in Belgium – update 2009. Vortrag gehalten am 10. RAN Meeting. Jerusalem.

Spycher Stefan. 2002. Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Auswirkungen und Wirkungen. Bern. Haupt.

SQLape. www.sqlape.com.

University of California, San Diego. 2010. Department of Family and Preventive Medicine. Medicaid Rx. www.medicaidrx.ucsd.edu/.

Van Kleef, Richard, Konstantin Beck and Florian Buchner. 2008. How self-selection affects risk equalization: The example of voluntary deductibles. S. 45-64 in *Voluntary deductibles and Risk equalisation: A Complex Interaction*. Rotterdam. Erasmus Universität.

Van Kleef, Richard, Konstantin Beck, Wynand Van de ven and Rene Van Vliet. 2008. Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction. *Journal of Health Economics*, S. 427-443.

Verisk Health. Maria Trottmann, Andrea Weidacher, and Ralph Leonhardt. 2010. Morbiditätsbezogene Ausgleichsfaktoren im Schweizer Risikoausgleich - Gutachten im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. München. Unveröffentlicht.

Von Korff, Michael, E. Wagner and Kathleen Sauters. 1992. A Chronic Disease Score from Automated Pharmacy Data. *Journal of Clinical Epidemiology*, S. 197-203.

Weissman, Joel, Melissa Wachterman and David Blumenthal. 2005. When Methods Meet Politics: How Risk Adjustment Became Part of Medicare Managed Care, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, S. 475-504.

WHO, International Classification of Diseases (ICD). <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Winkelman, Ross and Syed Mehmud. 2007. A Comparative Analysis of Claims-Based Tools for Health Risk Assessment. Society of Actuaries, www.soa.org.

Zhao, Yang, Randall Ellis, Arlene Ash, David Calabrese, John Ayanian, James Slaughter, Lori Weyuker and Bruce Bowen. 2001. Measuring Patient Health Risks Using Inpatient Diagnosis and Outpatient Pharmacy Data. *Health Services research*, S. 180-193.