

Risikoausgleich im KVG – wie weiter?

1996 wurde der Risikoausgleich im Krankenversicherungsgesetz (KVG) nur befristet für zehn Jahre bis zum 31. Dezember 2005 eingeführt. Nach der Ablehnung der 2. Teilrevision des KVG, die eine definitive Verankerung gebracht hätte, besteht ein grosser Zeitdruck, eine Lösung für den auslaufenden Risikoausgleich zu finden. Die Situation birgt Chancen und Risiken: Zum einen würde sie die Möglichkeit bieten, den reformbedürftigen Risikoausgleich gemäss den wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen in anderen Ländern anzupassen. Zum anderen besteht aber auch die Gefahr, dass nicht einmal mehr die Minimallösung, die in der 2. Teilrevision vorgesehen war, durchgebracht werden kann. Könnten allenfalls neue Ideen zum Risikoausgleich einen Ausweg darstellen?



Stefan Spycher
Büro BASS, Bern

Der Risikoausgleich war in der 2. Teilrevision des KVG kein zentrales Reformthema. Der Bundesrat schlug in seiner Botschaft lediglich eine definitive Übernahme des bis zum 31. Dezember 2005 befristeten Risikoausgleichs vor. Dies war weniger Ausdruck der Skepsis des Bundesrates gegenüber einer weitgehenden Reform des Risikoausgleichs als vielmehr Ergebnis einer politischen Lagebeurteilung: Der Risikoausgleich war und ist sehr umstritten. Man befürchtete damals,

¹ Dies ist nicht ganz richtig. Es werden drei Gruppen von Versicherten unterschieden, für die jeweils Einheitsprämien gelten: Kinder, junge Erwachsene zwischen 19 und 25 Jahren sowie die übrigen Erwachsenen.

dass die Integration einer Reform des Risikoausgleichs das ganze Paket der 2. Teilrevision gefährden würde. Nun ist es trotzdem so gekommen: Im Dezember 2003 wurde die ganze 2. Teilrevision definitiv verworfen. Der Bundesrat schlägt nun vor, die Befristung des Risikoausgleichs in seiner heutigen Form (vorerst) für fünf Jahre bis Ende 2010 zu verlängern (vgl. Bundesrat 2004). Vertreter/innen von Versicherern, die Geld in den Risikoausgleich einzahlen, hoffen, dass dies den ersten Schritt zu seiner definitiven Aufhebung darstellt. Andere wiederum sind der Ansicht, dass spätestens 2011 ein revidierter Risikoausgleich in Kraft gesetzt werden

könnte. Wie soll es mit dem Risikoausgleich weitergehen?

Warum braucht es eine Reform des Risikoausgleichs?

Die Versicherer müssen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von allen Versicherten dieselbe Prämie verlangen.¹ Diese Einheitsprämie pro Versicherer ist umso tiefer, je gesünder die Versicherten in dieser Versicherung sind. Die Versicherer haben daher ein grosses Interesse daran, gesunde Menschen zu versichern und kränkere von einem Vertragsabschluss abzuhalten. Dem Risikoausgleich kommt die Aufgabe zu, die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten zwischen den verschiedenen Versicherern auszugleichen. Auf diese Weise sollen die Spiesse im Wettbewerb gleich lang gemacht werden. Ein Versicherer hat somit keinen Wettbewerbsvorteil mehr, wenn er nur gesunde Menschen versichert. Der Risikoausgleich stellt in einem Einheitsprämienystem ein zentrales Instrument dar, um den Wettbewerb zwischen den Versicherern überhaupt erst zu ermöglichen (vgl. Van de Ven/Ellis 2000). Würde bspw. den Versicherern die Möglichkeit gegeben, die Prämien nach dem individuellen Risiko abzustufen, dann wäre auch der Risikoausgleich nicht mehr notwendig (vgl. dazu bspw. Zweifel/Breuer 2001).

Heute ist der Risikoausgleich mangelhaft ausgestaltet (vgl. Beck et al. 2003, Spycher 2002, Leu/Hill 2002). Er berücksichtigt zur Abbildung des Gesundheitszustandes der Versicherten nur die Kriterien Alter, Geschlecht und Kanton. Dadurch können aber nur rund 20 % der Gesundheitsunterschiede erfasst wer-

den. Die Versicherer haben somit einen grossen Anreiz, innerhalb bestimmter Alters- und Geschlechtssegmente nach wie vor die gesunden Versicherten zu suchen. Der zweite grosse Nachteil der heutigen Lösung besteht darin, dass sie nach Ablauf des Geschäftsjahres retrospektiv bereits entstandene Kosten ausgleicht statt vor dem Geschäftsjahr prospektiv Risiken zu nivellieren.

Was wäre zu tun?

Die Ratschläge aus der wissenschaftlichen Literatur (vgl. Spycher 2003) und die Erfahrungen aus Ländern, die ebenfalls einen Risikoausgleich kennen (vgl. Van de Ven et al. 2003), gehen trotz Differenzen im Detail alle in dieselbe Richtung: Die Risikoausgleichsformel muss Faktoren enthalten, die den Gesundheitszustand besser abbilden können, und der Ausgleich soll prospektiv stattfinden. Im Vordergrund stehen als Indikatoren für den Gesundheitszustand Diagnosekostengruppen. Hierbei werden die (meist stationären) Krankheitsdiagnosen der Versicherten etwa 15 bis 20 Gruppen so zugewiesen, dass für jede Gruppe im Folgejahr ähnliche Kostenfolgen erwartet werden können. In den Niederlanden (seit 2004) und in den USA (seit 2001) hat man Diagnosekostengruppen bereits eingeführt. In Deutschland ist deren Implementierung auf 2007 beschlossen worden, und in Belgien plant man sie auf die Jahre 2005/2006.²

In der Schweiz wurden Diagnosekostengruppen in einer neuen Forschungsarbeit, die in den kommenden Wochen veröffentlicht wird, konkret untersucht und für den Risikoausgleich angewendet (Arbeitsgruppe um Professor Alberto Holly in Lausanne). Die Ergebnisse entsprechen der internationalen Literatur. Gleichzeitig wurde auch ein praktikables und einfaches System für die Umsetzung entwickelt, das gemäss den Autoren kaum zu grö-

seren Schwierigkeiten und Mehraufwendungen führen sollte.

Die Ergänzung der Risikoausgleichsformel mit Diagnosekostengruppen wäre der Königsweg. Da dieser Weg aus verschiedenen Gründen lange versperrt war, hat man nach anderen akzeptablen Lösungen gesucht. Auch hierfür gibt es für die Schweiz eine Reihe von Vorschlägen, sei dies beispielsweise über die Berücksichtigung von Vorjahreshospitalisierungen (Beck 2004) oder Vorjahreskostengruppen (Spycher 2002). Im Ausland wurden auch Medikamentenkostengruppen vorgeschlagen. Diese jüngsten Erfahrungen dazu aus den Niederlanden sind allerdings etwas ernüchternd, weil die Zuordnung von bestimmten Medikamenten zu eindeutigen Indikationen nur unzureichend gelungen ist.

Eine andere Kategorie von Ersatz-Lösungen sind die Hochkosten- oder Hochrisikopools (vgl. Spycher 2003, Van Barneveld 1996). Hierbei können die Versicherer einen Teil der Kosten der teuersten Versicherten in einen Pool abgeben, der von allen Versicherten durch eine Pro-Kopf-Prämie finanziert wird. Dadurch ergibt sich ein Ausgleich zwischen den Versicherern, die überdurchschnittlich viele sehr teure Versicherte haben, mit denjenigen Versicherern, die in der gegenteiligen Situation sind. Die jüngsten Erfahrungen aus Deutschland, wo 2003 ein Hochkostenpool eingeführt worden ist, sind allerdings ebenfalls ernüchternd. Der Umverteilungseffekt ist bescheiden. Dies wird auf den hohen Schwellenwert von 20 000 Euro und den hohen Selbstbehalt der Versicherer (40%) auf den Kosten, die den Schwellenwert übersteigen, zurückgeführt.

Politische Blockierung

Die Entwicklung des Risikoausgleichs in der Schweiz folgte bisher weder den Erkenntnissen der wis-

senschaftlichen Literatur noch den Erfahrungen der anderen Länder. Dies hat vor allem zwei Gründe: Zum einen teilt die heutige Berechnungsart des Risikoausgleichs die Versicherer in zwei unversöhnliche Lager. Die einen Versicherer zahlen, die anderen bekommen. Entsprechend dieser Interessenlage werden auch die Reformvorschläge zum Risikoausgleich beurteilt und bekämpft. Die den Versicherern übergeordneten volkswirtschaftlichen Interessen können heute zu wenig wirkungsvoll eingebracht werden. Zum anderen besteht gerade auch bei liberalen Politiker/innen gegenüber dem Risikoausgleich nach wie vor eine grosse Skepsis. Vielfach wird er als unangebrachte staatliche Subventionierung von schlecht wirtschaftenden Versicherern, also als Strukturerehaltung aufgefasst. Es wird dabei übersehen, dass der Risikoausgleich den Wettbewerb nicht verhindert, sondern ihn erst möglich macht. Es stellen sich in der aktuellen Situation daher folgende Fragen: Kann der Risikoausgleich in dieser Konstellation überhaupt reformiert werden? Gibt es allenfalls neue Ideen, die eine Mehrheit finden könnten? Könnten diese neuen Ideen unter dem herrschenden Zeitdruck überhaupt umgesetzt werden? Nachfolgend werden zwei Ideen skizziert, die einen Ausweg aus der festgefahrenen Situation darstellen könnten.

Rückversicherungen für den Risikoausgleich nutzbar machen?

Bereits heute sind Rückversicherungen ein bekanntes Instrument in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Es gibt nun die Mög-

² Im Sommer wird eine Publikation des Risk-Adjustment-Network, einer Vereinigung von Forscher/innen aus fünf Ländern (Schweiz, Niederlande, Belgien, Israel, Deutschland) erscheinen, welche die Ländererfahrungen darstellen und die möglichen Lehren für die Schweiz aufzeigen wird.

lichkeit, die Idee der Rückversicherung ebenfalls für die Funktion des Risikoausgleichs einzusetzen.³ Den Versicherern würde dazu die Pflicht auferlegt, eine Jahresüberschaden-Rückversicherung abzuschliessen. Dabei würde das Risiko, dass die zukünftigen durchschnittlichen Kosten des Versicherers einen bestimmten Prozentsatz über den zukünftigen Durchschnittskosten aller Versicherer im Kanton liegen (bspw. 10 %), rückversichert. Würde der Rückversicherungsmarkt nicht weiter reguliert, müssten Versicherer mit einem überdurchschnittlich kranken Kollektiv auch höhere Rückversicherungsprämien bezahlen. Die Funktion des Risikoausgleichs wäre somit nicht erfüllt.

Um einen Risikoausgleich zu gewährleisten, müsste der Rückversicherungsmarkt reguliert werden: Die Rückversicherer würden verpflichtet, in ihren Verträgen eine «Meistbegünstigungsklausel» aufzunehmen: Die Vertragskonditionen, die einer Partei A gewährt werden, müssen jederzeit auf Verlangen auch einer Partei B gewährt werden. Jeder Rückversicherer müsste beim Vertragsabschluss mit einem Krankenversicherer also daran denken, dass einem anderen Versicherer jederzeit dieselben Prämienbedingungen gewährt werden müssen.

Zusätzlich würde den Rückversicherern ein bedingter Vertragszwang auferlegt: Sie wären grundsätzlich frei, Krankenversicherer rückzuversichern. Nehmen sie aber am Rückversicherungsmarkt teil, sind sie gezwungen, jeden Krankenversicherer, der dies möchte, zu versichern. Weiter würde den Rückversicherern vorgeschrieben, dass sie die Rückversicherungsprämien entsprechend dem heutigen Risikoausgleich pro Alters- und Geschlechtsgruppe festzulegen haben (30 Prämienstufen). Um die Kostensparan-

reize zu wahren, würde die Rückversicherung nicht die volle Kostendifferenz zwischen den realisierten überdurchschnittlichen Kosten und den realisierten durchschnittlichen Kosten im Kanton ausgleichen. Die Krankenversicherungen hätten einen Selbstbehalt zu tragen.

Wie würde ein Rückversicherungs-Risikoausgleich funktionieren?

Es wäre zu erwarten, dass sich die Rückversicherer bei der Prämienbildung wegen der Meistbegünsti-

ausgleich) festgelegt, wie der Ausgleich zwischen den Versicherern vorzunehmen ist. Bei der vorgeschlagenen Lösung könnte man diesen Entscheid den Rückversicherern überlassen. Sie müssten die Krankenversicherer eingehend prüfen und das zu versichernde Risiko festlegen. Anhand welcher Kriterien dies im Detail erfolgen würde, wäre offen. Der weltweite Rückversicherungsmarkt funktioniert gut. Man kann davon ausgehen, dass die Rückversicherer auch diese neue Aufgabe gut lösen würden.

Heute wird den zur Diskussion stehenden Vorschlägen zur Ergän-

Bei der vorgeschlagenen Lösung könnte der Entscheid über die Bemessung des Ausgleichs den Rückversicherern überlassen werden.

gungsklausel nicht am individuellen Risiko des antragstellenden Krankenversicherers, sondern am durchschnittlich zu erwartenden Risiko in einem Kanton in jeder Alters-Geschlechtsgruppe ausrichten würden. Das Risiko besteht in der Überschreitung der durchschnittlich zu erwartenden Kosten um einen bestimmten Prozentsatz. Mit anderen Worten würden sich die Rückversicherer an der Varianz der zu erwartenden Kosten orientieren. Diese hängt entscheidend vom Gesundheitszustand innerhalb einer Alters-Geschlechtsgruppe ab. In der Folge würden Krankenversicherer mit vielen schlechten Risiken im Vergleich zu ihrem effektiven Risiko unterdurchschnittliche, Krankenversicherer mit vielen guten Risiken dagegen überdurchschnittliche Rückversicherungsprämien bezahlen. Es gäbe einen ergänzenden Risikoausgleich zwischen den Versicherern.

Was wäre der Vorteil einer solchen Lösung? Heute wird über eine staatliche Regulierung (den Risiko-

ausgleich) oft vorgeworfen, dass sie zu einem verstärkten «Kosten»-Ausgleich zwischen den Versicherern führen würden. Ziel sei jedoch, den «Risiko»-Ausgleich zu verbessern. Dies kann mit der Rückversicherungslösung erreicht werden. Die Rückversicherungsprämie für das abgegebene Risiko wird vor dem Geschäftsjahr festgelegt und deckt somit eindeutig ein zukünftiges Risiko ab.

Die präzentrierte Idee ist neu und wurde in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht eingehend diskutiert. Verschiedene Aspekte wären näher zu prüfen. So muss beispielsweise gut überlegt werden, welche Formen von Rückversicherungen vorgeschrieben werden und welche Auswirkungen diese Vorschriften haben. Weiter muss entschieden werden, ob die Rückversicherungslösung ergänzend zum heutigen Risikoausgleich in Kraft treten oder ob sie ihn ersetzen soll. Ebenso müsste der organisatorische Ablauf des Marktes (wie und wann bekommen

³ Ansätze dieser Idee wurden in Schulenburg/Vieregge (2003) präsentiert.

die Versicherer Kenntnis der verschiedenen Vertragsbedingungen?) genauer durchdacht werden.

Finanzierungsströme umleiten?

Eine zweite Idee, wie die politische Blockade der Reform des Risikoausgleichs aufgehoben werden könnte, geht über den Risikoausgleich selbst hinaus. Wie erwähnt besteht heute das Problem, dass die Berechnungsweise des Risikoausgleichs die Versicherer in zwei Lager – Zahler und Empfänger – aufteilt. Dies könnte mit einer Umlenkung der Finanzierungsströme geändert werden. Heute finanzieren die Versicherten direkt die Krankenversicherungen mit Prämien und die Leistungserbringer mit Kostenbeteiligungen. Der von den Versicherten steuerfinanzierte staatliche Anteil fliesst über Prämienverbilligungen an die Versicherten und über Subventionen des Betriebs bzw. des Baus stationärer Einrichtungen in das Krankenversicherungssystem zurück. Denkbar wäre, dass die Finanzierungsbeiträge aller Beteiligten in einen zentralen Fonds fließen. Aus diesem Fonds werden die Krankenversicherer mit einer risikoangepassten Zahlung pro Versicherten entschädigt (Capitation-Zahlung). Derartig risikoangepasste Pro-Kopf-Zahlungen kennt man bereits bei der Abgeltung von HMO. In den Niederlanden, Belgien und Israel wird heute ein solches System generell praktiziert.⁴

Eine solche Umleitung der Finanzströme hätte weitreichende Folgen und müsste sicher von verschiedenen Seiten her eingehend untersucht werden. Für den Risikoausgleich vorteilhaft wäre der Umstand, dass die Aufteilung der Versicherer in Zahler und Empfänger überwunden werden könnte. Alle

Versicherer sind in einem solchen System Empfänger.

Fazit

Die wissenschaftliche Literatur und die Entwicklungen in vergleichbaren Ländern zeigen, wie es in der Schweiz mit dem Risikoausgleich weitergehen sollte, wenn an den Einheitsprämien festgehalten wird: Die Risikoausgleichsformel sollte mit Diagnosekostengruppen ergänzt und gleichzeitig prospektiv ausgestaltet werden. Zurzeit scheint dieser Weg aber politisch blockiert zu sein. Gleichzeitig befindet sich der Gesetzgeber unter einem grossen zeitlichen Druck, weil der heutige Risikoausgleich nur bis zum 31. Dezember 2005 befristet ist. Die politische Blockade und der Zeitdruck haben dazu geführt, dass der Bundesrat lediglich eine Verlängerung um fünf Jahre vorgeschlagen hat. Dies ist verständlich, gleichzeitig aber auch schade. In verschiedenen Arbeiten wurden einfache Änderungen der Risikoausgleichsformel vorgeschlagen, die bereits auf das Jahr 2006 eingeführt werden könnten und eine wesentliche Verbesserung bringen würden. Selbst eine rasche Realisierung des Vorschlags der Arbeitsgruppe um Professor Holly (Diagnosekostengruppen) scheint nicht ganz unmöglich zu sein. Die in diesem Artikel präsentierten neuen Ideen (Rückversicherung mit Meistbegünstigungsklausel; Umlenkung der Finanzierungsströme) dürften hingegen in der knappen zur Verfügung stehenden Zeit nicht genügend seriös geprüft werden können.

Dr. Stefan Spycher (38), Ökonom, Geschäftsleiter des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), Bern. E-Mail: stefan.spycher@bueroabass.ch.

Literaturhinweise

Beck Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, Bern (erscheint demnächst).

Beck Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly and Lucien Gardiol (2003): Risk adjustment in Switzerland, *Health Policy*, Vol. 65(1), 63-74.

Bundesrat (2004): Beilage zur Medienmitteilung vom 25. Februar 2004 (www.bag.admin.ch/dienste/medien/2004/d/anhang_04022518.pdf).

Leu Robert E. und Stephan Hill (2002): Sechs Jahre KVG - Gesundheitspolitik am Scheideweg. Ein Diskussionspapier. Basel, Interpharma.

Schulenburg J.-Matthias Graf von und Dietrich Vieregge (2003): Rückversicherung und Risikostrukturausgleich als Instrument der Risikoallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung, *Zeitschrift für Versicherungswissenschaft*, Nr.2/2003, 231–248.

Spycher Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.

Spycher Stefan (2003): Risikoausgleich und Poollösungen («Grossrisikopool») in der obligatorischen Krankenversicherung. Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 19/2003, EDMZ, Bern.

Van Barneveld Erik M., René C.J.A. Van Vliet and Wynand P.M.M. Van de Ven (1996): Mandatory high-risk pooling: An approach to reducing incentives for cream skimming, *Inquiry*, 33(2), 133–143.

Van de Ven Wynand P.M.M., Konstantin Beck, Florian Buchner, Dov Chernichovsky, Lucien Gardiol, Alberto Holly, Leida M. Lamers, Erik Schokkaert, Amir Shmueli, Stefan Spycher, Carine Van de Voorde, René C.J.A. van Vliet, Jürgen Wasem and Irith Zmora (2003): Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, *Health Policy*, Vol. 65(1), 75–98.

Van de Ven Wynand P.M.M. and Randall P. Ellis (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Newhouse Joseph P. and A. J. Culyer (2000): *Handbook of Health Economics*, Chapter 14, Elsevier, Netherlands, 757–845.

Zweifel Peter und Michael Breuer (2001): Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven. Bericht zuhanden der Cosama, Vereinigung schweizerischer Kranken- und Unfallversicherer.

⁴ Als Modifikation des Grundprinzips ist es den niederländischen Krankenversicherern möglich, bis zu 22 % ihrer Einnahmen über Kopfprämien selbst zu erheben.