Auswirkungen eines Hochrisikopools auf die Risikoselektion im Schweizer Krankenversicherungs-Wettbewerb: Eine empirische Klärung

PD Dr. Konstantin Beck
Lic. oec. publ. Maria Trottmann
CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie[1]
www.css-institut.ch

Luzern, 20.04.2007

0. Zusammenfassung

In der Volksabstimmung vom 11. März 2007 unterstützte eine grosse Mehrheit der Schweizer Stimmberechtigten einmal mehr den Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung. Die Diskussionen im Vorfeld des Urnengangs zeigten aber ebenso deutlich, dass die Risikoselektion auf wenig Verständnis stösst. Besonders stark wird – inzwischen auch von einer Mehrheit der Krankenversicherer selbst - das Aushöhlen der Einheitsprämie durch billige Tochterkassen kritisiert.

Die wissenschaftliche Diskussion des letzten Jahrzehnts unterstreicht, dass der Anreiz zur Risikoselektion systembedingt ist. Solange die Einheitsprämie mit einer allzu groben Berechnung des Risikoausgleichs kombiniert wird, stellt die Risikoselektion die optimale Marktstrategie dar. Im Wettbewerb, wo jeder Versicherer gezwungen ist, seinen Kunden möglichst günstige Prämien zu offerieren, wächst daher der Druck, zum Mittel der Selektion zu greifen, auch wenn der Mehrheit der Versicherer bewusst ist, dass Risikoselektion in einer obligatorischen Sozialversicherung eine Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen darstellt. Zur Behebung des Problems haben die Schweizer Gesundheitsökonomen grundsätzlich zwei wissenschaftlich unbestrittene Lösungsvorschläge eingebracht: Der Wechsel von der Einheitsprämie zu risikogerechten Prämien oder eine morbiditätsorientierte Berechnung des Risikoausgleichs.

Der erste Vorschlag fand in der Politik keinen Widerhall, während der zweite Vorschlag in den Revisionsvorschlag des Ständerats vom 8. März 2006 aufgenommen wurde. Nach Ansicht des Ständerats soll

[1] Kontakt: CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie / Tribschenstrasse 21 / CH-6002 Luzern / ++41 058 277 18 95 / info.institut@css.ch

die Risikoausgleichsberechnung um das Kriterium „Spitalaufenthalt im Vorjahr“ ergänzt werden. In jüngster Zeit brachte Bundesrat Couchepin als Alternative zur Ständeratsposition die Idee eines Hochrisikopools in die Diskussion ein. In diesem Pool sollten die teuersten Versicherten zusammengefasst und in Rahmen eines staatlichen Disease Management-Programms betreut werden.

Die vorliegende Arbeit untersucht, gestützt auf die Angaben von 180'000 Versicherten während eines Zeitraums von 8 Jahren, wie sich der Hochrisikopool auf den Anreiz zur Risikoselektion auswirkt. Der Befund ist eindeutig.

Da nur wenige Versicherte für einen Hochrisikopool in Frage kommen, reduziert er die Prämienvorteile der Risikoselektion kaum und Risikoselektion bleibt für den einzelnen Versicherer die erfolgreichste Strategie. Zudem werden durch staatliche Disease-Management Programme die Möglichkeiten privatwirtschaftlicher Innovationen sowie die Wahlfreiheit gewisser Patienten eingeschränkt, was dem aktuell geäusserten Willen der stimmenden Bevölkerung nicht entspricht. Durch den ständerätlichen Revisionsvorschlag hingegen werden die Anreize zur Selektion signifikant reduziert, die Auswirkung der Selektion auf die Prämienvorteile abgedämpft und das (vom Gesetzgeber gewünschte) Kostensparen durch Managed Care zur gewinnbringenden Strategie im Markt gemacht.

Die vorliegenden Resultate werden von der vergleichbaren Literatur gut gestützt. Sowohl betreffend der Effektivität des Ständeratsvorschlags als auch der relativen Wirkungslosigkeit des Hochrisikopools, gibt es unter den zahlreichen empirischen Analysen keine, die einen widersprechenden Befund liefern würde.

1. Einleitung

Seit Jahren ist die Revision des Risikoausgleichs in der Schweiz ein Thema. Dabei stellt die Ausdifferenzierung der Kalkulation den zentralen Knackpunkt der Diskussion dar. Der Abstimmungskampf zur Einheitskasseninitiative, die am 11. März 2007 zur Abstimmung kam, zeigte Eines deutlich: Obgleich sich 71% der Stimmenden für den Kassenwettbewerb aussprachen, war die Risikoselektion ein wichtiges Thema im Abstimmungskampf. Ein Kassenwettbewerb verbunden mit Risikoselektion ist nicht im Interesse der Versicherten.

Nun ist es nicht so, dass sich der einzelne Versicherer aus freien Stücken für oder gegen eine Risikoselektion entscheiden könnte. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen mit Einheitsprämie und schwach ausgestaltetem Risikoausgleich, positioniert sich derjenige Versicherer am Markt am vorteilhaftesten, der Risikoselektion betreibt. Alle Versicherer, die getreu ihrer Geschäftsethik auf Selektion verzichten, verlieren Marktanteile, da ihre günstigen Versicherten laufend abwandern, während die verblei-

benden teuren Risiken die Durchschnittskosten und damit die Prämien ansteigen lassen. Dieser Prozess kann bis zum Konkurs des jeweiligen Versicherers führen. Aus diesem Grund gingen in den vergangenen Jahren mehr und mehr Krankenversicherer dazu über, gewisse Selektionspraktiken zu kopieren.

Behoben werden kann dieser Fehl-Anreiz auf zwei Arten. Einerseits mit der Aufhebung der Solidarität und der Einführung risikogerechter Prämien (Zweifel/Breuer 2001), andererseits mit der Neutralisierung der Selektionsanreize durch Ausgleichszahlungen. Im ersten System zahlen chronisch kranke Personen mehr Prämien, die Gesunden weniger. Die gesellschaftliche Akzeptanz dieses Vorschlags scheint nach wie vor gering. Will man die Einheitsprämie in der heutigen Form beibehalten, so braucht es einen Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern, der zwischen Gesunden und chronisch Kranken zu unterscheiden vermag. Der bis 2010 gültige Ausgleich wird dieser Anforderung nicht gerecht, weil er lediglich Alter und Geschlecht als Ausgleichskriterium berücksichtigt. So muss heute ein Versicherer, der eine 20jährige Diabetikerin in seinem Bestand versichert hat, neben den jährlichen krankheitsbedingten Ausgaben von CHF 11'000.- zusätzlich bis zu deren 55. Lebensjahr CHF 72'000. Solidaritätsbeiträge leisten. Ein soziales Versicherungssystem, das so starke Anreize zu ungunsten chronisch kranker Personen setzt, ist absurd.

Diese unhaltbare Situation entschärft sich in dem Moment, wo der Risikoausgleich neben Alter und Geschlecht den Grad chronischer Erkrankung in sein Kalkül aufnimmt. Weil der Anreiz, kranke Personen zu versichern einen fundamentalen Anreiz des Versicherungsgeschäfts darstellt, bezeichnet Portmann (2007) die morbiditätsorientierte Revision des Risikoausgleichs zu Recht als „Mutter aller Reformen“ im KVG.

Die Umsetzung dieser Reform scheiterte bisher jedoch regelmässig am starken politischen Widerstand der Gegner des Risikoausgleichs. Trotzdem steigt die Zahl der Politiker und Interessenvertreter, die sich für eine Reform aussprechen, kontinuierlich an. So entschied sich der Ständerat am 8. März 2006 für eine morbiditätsorientierte Revision des RA. Dabei stehen kurzfristig die Berücksichtigung von Spitalaufenthalten im Vorjahr, mittelfristig der Einbezug von Medikamentenkosten- oder Diagnosegruppen im Vordergrund. Die Position des Ständerats basiert auf den wissenschaftlich fundierten Empfehlungen von Zweifel, Eugster, Sennhauser (2007), van de Ven, Beck, van de Voorde, Wasem, Zmora (2007), Beck, Trottmann, Käser, Keller, von Rotz, Zweifel (2006), Oggier (2004), Beck, Spycher, Holly (2004), Holly, Gardiol, Eggly, Yalcin (2003), Beck, Spycher, Holly, Gardiol (2003), Zweifel & Breuer (2001), Spycher (2000 & 2002 & 2004), Sommer (1999), Leu, Eisenring, Nocera, Schellhorn (1999), Beck (1998 & 2004), Beck & Zweifel (1998) und Beck, Debever, Kocher, Schmoker, Bardenhofer (1995), um nur die Wichtigsten zu nennen.

Die zunehmende Intensivierung der Diskussion veranlasste nun auch den Dachverband der Krankenversicherer sich mehrheitlich für eine Revision des Risikoausgleichs auszusprechen (Seiler 2007). Und auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) brachte im Auftrag von Bundesrat Couchepin einen Vorschlag in die Diskussion ein (SDA 2007). Gemäss BAG soll der heutige Risikoausgleich nicht verfeinert werden, sondern durch einen Hochrisikopool ergänzt werden. Dem Pool würden bestimmte chronisch kranke Personen zugewiesen und in eigens dafür eingerichteten staatlichen Disease-Management Programmen begleitet. Die Kosten der im Pool gemeldeten Personen würden gleichmässig auf alle Versicherten verteilt. Einerseits mag erstaunen, dass damit wiederum privatwirtschaftlich erbrachte Leistungen – das Entwickeln und Umsetzen von Disease-Management Programmen – auf den Staat übertragen werden sollen. So steht der Vorschlag in Kontrast zum jüngsten Entscheid der Stimmbürger, die sich für eine wettbewerbliche und gegen eine staatliche Organisation der Sozialen Krankenversicherung ausgesprochen haben. Weiter ignoriert die Idee die Erfahrungen aus Deutschland, wo mit der jüngsten Gesundheitsreform das exakte Gegenteil, nämlich eine Abkehr vom Risikopool und von der (eher problematischen) Berücksichtigung von Versicherten in strukturierten, staatlichen Behandlungsprogrammen angestrebt wird. Und schliesslich gibt es keine wissenschaftliche Studie, welche die Wirksamkeit eines solchen Arrangements belegen würde. Im Gegenteil, weisen doch Beck (2004), Spycher (2000) und Reschke et al. (2005) die beschränkte Wirkung von Hochrisikopools nach.

Die Fragestellung dieses Aufsatzes lautet: Welcher Revisionsvorschlag – der ständerätliche oder der des Bundesrats - vermag über mehrere Jahre, die Gewinne aus Risikoselektion so stark zu dämpfen, dass Selektion für den Versicherer zur wenig lukrativen Option wird? Dabei wurde das Selektionsverhalten des Versicherers basierend auf den Gesundheitskosten von 180'000 Versicherten und deren realen Gesundheitsausgaben im Zeitraum von 8 Jahren simuliert. Die Simulationen berücksichtigen drei verschiedene Ausgleichsmodelle: Das Vorliegen eines rein demographischen Ausgleichs, wie ihn die Schweiz bis heute kennt, der Vorschlag des Ständerats, welcher die individuellen Morbiditätsunterschiede direkt in der Formel mitberücksichtigt und die Position des Bundesrats, welcher den heutigen Ausgleich durch ein staatliches Disease-Management Programm für Hochkostenfälle ergänzt.

Der Aufsatz beschreibt zuerst die drei berücksichtigten Varianten der Risikoausgleichsberechnung. Dann folgt nach einem kurzen Beschrieb der Datenbasis die Darstellung der Berechnungsmethodik. Abschnitt 5 diskutiert die gewonnen Resultate und Abschnitt 6 schliesst mit den wichtigsten Folgerungen.

2. Die Varianten zur Risikoausgleichsberechnung

2.1 Alter und Geschlecht: Der heutige Schweizer RA

Der heutige Schweizer RA berücksichtigt als Risikoindikatoren nur die Merkmale Alter, Geschlecht und Region, weshalb auch von einem demographischen RA gesprochen wird. Pro Geschlecht werden 15 Altergruppen mit jeweils fünf Altersjahren (26 – 30, 31 – 35 …91+) gebildet. Verzichtet wird in dieser Arbeit auf die regionale Unterscheidung, weil in der Stichprobe nicht genügend Beobachtungen aus den hohen Altersklassen kleiner Regionen vorhanden sind.

2.2 Alter, Geschlecht und Spitalaufenthalt im Vorjahr: Der Vorschlag des Ständerats[2]

Versicherte, welche stationär behandelt wurden, haben im *darauf folgenden* Jahr durchschnittlich doppelt bis dreimal so hohe Kosten als Personen, die nicht in stationären Einrichtungen gelegen haben (im folgenden werden alle stationären Behandlungen unter „Spitalaufenthalt" zusammengefasst). Beck (1998) schlägt daher vor, Spitalaufenthalte im Vorjahr als zusätzlichen Indikator in die RA Formel einzubeziehen[3].

Kritisiert wurde dieses Kriterium mit dem Hinweis, dass es manipulierbar sei und die Sparanreize der Versicherer untergrabe. Um Manipulationsmöglichkeiten einzuschränken, werden nur Spitalaufenthalte von über drei Tagen berücksichtigt. Zudem werden nicht die hohen und häufig unvorhersehbaren Spitalkosten teilentschädigt, sondern einzig die wesentlich tieferen Folgekosten des Aufenthaltes. Damit es sich für den Versicherer lohnt, nicht berechtigte Spitalaufenthalte zu veranlassen, dürfen die Kosten des Aufenthaltes plus die daraus entstehenden Folgekosten den Beitrag aus dem RA nicht überschreiten. Zudem erhält der manipulierende Versicherer die höheren RA-Beiträge nur dann, wenn der betreffende Versicherte im Jahr nach seinem Aufenthalt weder den Versicherer wechselt noch ins Ausland abwandert. Manipulationen betrachten wir daher als unwahrscheinlich.

2.3 Alter, Geschlecht und Hochrisikopool: Der Vorschlag des Bundesrats

Gemäss den Vorstellungen des Bundesrats und des Bundesamts für Gesundheit (SDA 2007) ist der heutige Risikoausgleich um einen Hochrisikopool zu ergänzen in dem die Versicherten mit den teuersten Diagnosen zusammengefasst werden. Die Behandlung dieser Versicherten wird durch ein staatli-

[2] Ständeratsbeschluss vom 8. März 2006 betreffend KVG-Artikel 18a.

[3] Ausgeschlossen werden Spitalaufenthalte aufgrund von Geburten, da sie durchschnittlich zu keinen höheren Folgekosten führen.

ches Disease-Management-Programm gelenkt. Die darin anfallenden Kosten werden gleichmässig auf die Köpfe aller in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherten Personen verteilt.

Zur Legitimierung des staatlichen Disease-Management-Programs genügt es nicht, allfällige darin anfallende Leistungseinsparungen nachzuweisen. Es ist zudem der Nachweis zu erbringen, dass die so gewonnen Einsparungen höher ausfallen als in den von den Krankenversicherern umgesetzten Programmen. Die Erfahrungen Deutschlands mit solchen staatlichen Programmen sind dermassen ernüchternd, dass sich eine Abschaffung im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform abzeichnet.

Wir gehen in unserer Analyse davon aus (da eine detaillierte Beschreibung der Programme durch das Bundesamt vorderhand nicht vorliegt), dass die in Tabelle 1 zusammengefassten Diagnosen zur Aufnahme ins Disease-Management Programm des Bundes berechtigen. Es handelt sich dabei um die 6 teuersten den Versicherern bekannten Diagnosegruppen.

Tabelle 1: Im Hochrisikopool berücksichtigte Diagnosen

PCG	Anteil Versicherte in %	Mittlere Zusatzkosten in CHF pro Monat
Nierenerkrankungen, ESRD	0.06	3'484
HIV / AIDS	0.11	1'529
Transplantationen	0.15	1'291
Bösartige Tumoren	0.13	970
Diabetes Typ I	0.75	558
Morbus Parkinson	0.38	440

Aus: Beck et al. (2006, S. 40)

Die Kosten dieser Personen weichen pro Monat zwischen CHF 440.- und CHF 3'484.- vom Durchschnitt der übrigen Versicherten in der gleichen Alters-, Geschlechts- und Spitalaufenthalt-im-Vorjahres-klasse ab. Zwar weist anteilsmässig nur eine sehr geringe Zahl von Personen diese Diagnosen auf, so beträgt die Summe der %-Anteile in Tabelle 1 lediglich 1,58%. Der Anteil an den gesamten Kosten der Obligatorischen Krankenversicherung, der auf diese kleine Gruppe zurückgeht, liegt dagegen bei rund 10% (vgl. Tabelle 2). Diese Kosten würden durch staatliche Disease-Management-Programme gesteuert, was einer beachtlichen Einschränkung des Wettbewerbs entspricht.

Tabelle 2: Die Kosten der im Pool zusammengefassten Versicherten

Jahr	Pro Kopf Beitrag zur Finanzierung des Hochrisikopools	Anteil der Pool-Kosten an den gesamten Kosten der oblig. Krankenversicherung
2000	CHF 181.-	7%
2001	CHF 249.-	9%
2002	CHF 302.-	10%
2003	CHF 363.-	11%
2004	CHF 422.-	13%

Ob ein staatliches Disease-Management Programm, dem diese 1,58% Versicherten zugeführt würden, eine Reduktion oder einen zusätzlichen Anstieg der Kosten zur Folge hätte, wird im Rahmen dieser Analyse nicht beurteilt. Da die Auswirkungen auf die Anreize im Wettbewerb untersucht werden sollen, liegt der Fokus auf den verbleibenden 90% der Kosten. Falls, was ebenfalls im Gespräch ist, die Krankenversicherer einen Teil der Hochrisikokosten über einen Selbstbehalt weiterhin selber tragen müssten, hätte das zwei unerwünschte Nebeneffekte: Einerseits würden die Krankenversicherer im Umfang des Selbstbehaltes für Kosten verantwortlich gemacht, deren Steuerung ihnen nicht mehr obliegt. Andererseits würde die Dämpfung des Risikoselektionsanreizes noch einmal abgeschwächt. D.h., die Einführung eines Selbstbehalts bei den Hochkostenfällen hat zur Folge, dass alle in diesem Papier für den bundesrätlichen Vorschlag nachgewiesenen Anreizeffekte überschätzt werden.

3. Die Datenbasis

Die Stichprobe enthält individuelle Daten von 182'529 Versicherten, welche im Jahr 2000 über 25 Jahre alt und mindestens seit einem Jahr bei der CSS grundversichert waren. Diese gehörten während der ganzen Forschungsperiode keinem Bonus-, HMO-, oder Hausarztmodell an. Da die Diagnosen aus den verschriebenen, spezifischen Medikamenten abgeleitet werden und diese Medikamenteninformationen für die frühen Jahre der Analyse nicht für alle Kantone in der gleichen Qualität zur Verfügung stehen, wird die Untersuchung eingeschränkt auf Versicherte aus der französischen und italienischen Schweiz (Genf, Jura, Neuenburg, Freiburg, Waadt und Tessin).

Für die Jahre 1997 – 2000 stehen die individuellen Nettoleistungen (d.h. die Leistung nach Abzug der Kostenbeteiligung) aufgegliedert nach Mutterschaftsleistungen, Arztleistungen, Medikamente aus der Apotheke, durch einen Arzt abgegebene Medikamente, Spital stationär, Pflegeheim, Spitex und übrige Leistungen sowie Alter, Geschlecht, Anzahl Spitaltage im Vorjahr und pharmazeutische Informationen zur Verfügung. Ferner sind gewählte Versicherungsdeckung und Wohnregion bekannt, sowie Austritts-

grund (Tod oder freiwilliger Austritt) und Austrittsdatum der Personen, welche die CSS vor Ende 2004 verlassen haben.

4. Methodik zur Modellierung der Risikoselektion

4. 1. Die Berechnung von individuellen, erwarteten Deckungsbeiträgen

Wir unterstellen dem Versicherer einen mittelfristigen Planungshorizont. Die Wahl seiner Risikoselektionsstrategie beruht auf den Erwartungen, welche er betreffend der zukünftigen Kosten und Erträge seiner Kunden hat. Diese werden ausgedrückt in individuellen, erwarteten Deckungsbeiträgen. Ihre Berechnung wird im Folgenden kurz zusammengefasst, eine detaillierte Beschreibung befindet sich in Beck et al. (2006, Kapitel 4).

Die Deckungsbeiträge eines Jahres setzen sich zusammen aus den erwarteten Prämien (positiv), den erwarteten Jahresleistungen (negativ) plus der erwarteten Zahlung an oder aus den RA (negativ bei Zahlung an den RA, andernfalls positiv). Sie werden mit der Wahrscheinlichkeit gewichtet, mit der ein Individuum weder den Versicherer wechselt noch verstirbt.

Die *Prämien* in der Schweizer Grundversicherung müssen für alle Versicherten gleich hoch sein, zur Prognose genügt daher eine Schätzung der Gesamtausgaben sowie der Gesamtanzahl an Versicherten. Vereinfachend nehmen wir an, der Versicherer könne diese Grössen exakt prognostizieren und verwenden die echten Daten des Jahres 2000. Da für die Deckungsbeitragsberechnung die Inflation nicht berücksichtigt wird, bleiben die Prämien über den Forschungszeitraum konstant. Die administrativen Kosten werden ebenfalls nicht berücksichtigt. Sie kommen sowohl auf der Einnahmenseite (bei der Festsetzung der Prämienhöhe) als auch auf der Ausgabeseite vor und beeinflussen die individuellen Deckungsbeiträge daher nicht[4].

Wesentlich schwieriger ist es, die individuell sehr unterschiedlichen *Nettoleistungen* (Leistungen nach Abzug der Kostenbeteiligung) zu prognostizieren. Grundlage dazu bilden neben Alter und Geschlecht die Nettoleistungen aus den Jahren 1997 – 1999. Mittels einer OLS Regression wird der Einfluss dieser Grössen auf die zukünftigen Leistungen geschätzt und damit eine Prognose der Leistungen im letzten Forschungsjahr, 2004, erstellt. Danach wird zwischen den Leistungen im laufenden Jahr 1999 und den für das Jahr 2004 prognostizierten Leistungen interpoliert.

[4] Es wird angenommen, dass die administrativen Kosten für alle Versicherten gleich hoch sind. Eine detaillierte Analyse der administrativen Kosten von unterschiedlichen Risikotypen wurde nicht durchgeführt.

Für die demographische Formel (1) sind die *Zahlungen an oder aus dem RA* einfach zu berechnen weil das jetzige und zukünftige Alter bekannt ist. Zur Berechnung der Zahlungshöhe genügt es, die Gesamtkosten einer Altersklasse vorauszusagen, was für Versicherer eine Routinearbeit darstellt. Für Formel (2) hingegen müssen jene ca. 11 Prozent der Versicherten identifiziert werden, die während des Vorjahres im Spital behandelt wurden. Erfahrungsgemäss sind diese identisch mit den teuersten Kunden aus dem betreffenden Jahr, so dass stationäre Aufenthalte jeweils den erwartet teuersten 11 Prozent zugeschrieben werden. Im Fall des bundsrätlichen Hochrisikopools, sind die gepoolten Versicherten mit ihren Leistungen aus dem Datenbestand zu entfernen. Für die verbleibenden 98,4% Versicherten erfolgt die Berechnung gemäss der demographischen Formel (1).

Die Schätzung der *Austrittswahrscheinlichkeit* folgt einer logistischen Regression, welche in Beck (2004, Kap. 9) detailliert beschrieben ist. Einflussfaktoren sind das Alter, die bisherige Vertragsdauer, die Anzahl Produkte aus dem nicht obligatorischen Bereich sowie die Prämie im Vergleich zur Durchschnittsprämie. Vereinfachend setzen wir letztere gleich eins, weil die Modellierung einer Konkurrenzsituation im Zusammenhang mit Risikoselektion viele zusätzliche Annahmen erfordert hätte.

Die *Sterbewahrscheinlichkeit* konnte nicht spezifisch für die Stichprobe geschätzt werden, weil zu wenige Versicherte in der Forschungsperiode verstorben sind. Als beste Alternative wurde die Sterbewahrscheinlichkeit aus den offiziellen Sterbetafeln entnommen. Diese sind nur nach Alter und Geschlecht gruppiert. Da die Gesundheitsausgaben kurz vor dem Tod am höchsten sind (siehe zum Beispiel Zweifel et al. 2004), wird die Sterbewahrscheinlichkeit teuerer Kunden unterschätzt. Ihre negativen Deckungsbeiträge werden daher überbewertet.

Die so ermittelten erwarteten Deckungsbeiträge der Jahre 2000 bis 2004 werden aufaddiert, wobei die Deckungsbeiträge der Jahre 2001 und später auf den Zeitpunkt 2000 abdiskontiert werden.

4.2 Risikoselektion

Nur substantiell positive oder negative erwartete Deckungsbeiträge (EDB_i) werden Selektionsaktivitäten hervorrufen, denn diese verursachen Kosten. Neben den administrativen Kosten der Selektion droht Strafe oder Rufschädigung bei Entdeckung durch die Regulierungsbehörde oder die Medien. Mit den vorhandenen Daten sind weder erstere noch letztere schätzbar, daher wurde eine zufällige aber nicht unrealistische Schwelle von CHF 1000 pro Jahr angenommen. Ein Risiko wird nur dann angeworben, wenn ein Gewinn von über CHF 1000 p.a. erwartet wird, beziehungsweise abgestossen, wenn mit einem Verlust von über CHF 1000 p.a. zu rechnen ist. Bei Variationen dieser Schwelle von CHF

400 bis CHF 1200 p.a. im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse änderten sich die Resultate kaum, unsere Schlussfolgerungen sind daher nicht eine Folge dieser „ad hoc" Annahme.

Tabelle 3: Strategiewahl in Abhängigkeit des erwarteten Deckungsbeitrages (EDB_i)

Risikotyp	Erwarteter DB	Strategie
A'	> 1.000 CHF p. a.	Anwerben
B'	0 bis 1.000 CHF p. a.	Passiv
C'	0 bis - 1.000 CHF p. a.	Passiv
D'	< - 1.000 CHF p. a.	Abstossen

Wie in Abschnitt 4.1 beschrieben, verwenden wir zur Berechnung der erwarteten Deckungsbeiträge individuelle Daten aus drei vergangenen Jahren. Von neuen Kunden steht dem Versicherer diese Information nicht zur Verfügung. Es ist jedoch möglich, mittels Fragebogen an ähnliche Angaben zu gelangen. Zwar ist es in der obligatorischen Grundversicherung grundsätzlich nicht erlaubt, Antragsstellerinnen zum Leistungsbezug in der Vergangenheit zu befragen. Da die meisten Kunden jedoch mindestens ein Zusatzversicherungsprodukt beantragen, ist die Annahme, der Versicherer habe Information zum Leistungsbezug in der Vergangenheit, nicht unrealistisch.

Nicht modelliert wird die Umsetzung der Strategien in die Praxis. Es wird also nicht abgebildet, wie konkret A' Kunden angezogen oder D' Kundinnen abgestossen werden können. Sind die zu erwartenden Profite gross genug, werden Versicherer unter Konkurrenz gewiss Instrumente dazu entwickeln.

Der tatsächliche Deckungsbeitrag, den ein Individuum dem Versicherer einbrachte, ist die Summe der tatsächlich angefallenen Kosten und Erträge. Er dient zur Berechnung des Gewinnes, den der Versicherer mit Risikoselektion erzielen kann. Diese sind in Kap 5.2 ausgewiesen.

Bei den Prognosen des Versicherers besteht immer eine gewisse Irrtumswahrscheinlichkeit. Ein Risiko, von dem sich der Versicherer einen deutlich positiven Deckungsbeitrag verspricht, kann in Wirklichkeit schwer erkranken und einen stark negativen Deckungsbeitrag generieren. Umgekehrt kann ein Risiko, welches als schlecht eingestuft wurde, in Wahrheit zum Profit beitragen. Diese Unsicherheit ist auch abhängig von der gewählten RA Variante, wie in Kap 5.3 gezeigt wird. Schliesslich rundet ein Blick in die internationale wissenschaftliche Literatur zu den Effekten von Hochrisikopools Kapitel 5 ab.

5. Resultate

5.1 Der Risikoausgleich und die Verteilung der erwarteten Deckungsbeiträge (EDB_i)

Die Verteilung der EDB_i wird durch die Wahl des Risikoausgleichs stark beeinflusst. Die Gruppe A' repräsentiert die Versicherten, deren Deckungsbeiträge langfristig als überdurchschnittlich hoch eingestuft werden. Je grösser der Anteil A'-Kunden im Markt, desto grösser der Anreiz zur Risikoselektion, d.h. zur Anwerbung dieser Kunden. Die D'-Kunden repräsentieren die erwartungsgemäss überdurchschnittlich teuren Versicherten. Je grösser der Anteil D'-Kunden desto grösser der Anreiz, diese Kunden nicht unter Vertrag zunehmen. Die Gruppe der B'- und C'-Kunden schliesslich repräsentiert die unproblematische Kundengruppe. Hier erwarten die Versicherer keine substantielle Ausschläge der Deckungsbeiträge nach oben oder unten. Je grösser der Anteil dieser beiden Kundengruppen desto kleiner der Anreiz zur Riskoselektion.

Das Ziel eines Risikoausgleichs ist die Minimierung der Anreize zur Risikoselektion. Dafür ist unter anderem entscheidend, dass der Anteil an Versicherten in den von Selektion betroffen Klassen A' und D' zurückgeht. Die Verteilung der Versicherten auf die Klassen ist in Tabelle 4 dargestellt.

Ohne Risikoausgleich lohnt sich Risikoselektion für 77% (= 56% A' + 21% D') aller Versicherter. Der heutige Risikoausgleich reduziert diese Zielgruppe der Selektion auf 58% der Bevölkerung. Der Vorschlag des Ständerats reduziert die sehr profitablen A' Kunden erneut deutlich von 40% auf 26%. Bei den D' Kunden wirkt er sich schwach reduzierend aus (-1%-Punkt). Der Hochrisikopool des Bundesrats dagegen vermag die erwartungsgemäss guten Risiken um lediglich 3% zu reduzieren. Bezogen auf die D-Kunden ist keine Veränderung gegenüber dem Status quo erkennbar (in beiden Fällen 18%).

Tabelle 4: Der Effekt des RA-Modells auf die Gruppengrösse

	Berechnete Anteile in %			
RA-Modell:	A'	B'	C'	D'
(0) Kein Risikoausgleich	56	14	9	21
(1) Alter, Geschlecht (status quo)	40	27	14	18
(2) Alter, Geschlecht, Spital i.V. (Ständerat)	26	34	23	17
(3) Alter, Geschlecht, Hochrisikopool (Bundesrat)	37	29	15	18

Mit: A' : $EDB_i \geq 1'000$; B': $1'000 > EDB_i > 0$; C': $0 > EDB_i > - 1'000$; D': $- 1'000 > EDB_i$

Der Beitrag zur Zielerreichung fällt beim ständerätlichen Revisions-Vorschlag ins Gewicht, während der bundesrätliche Hochrisikopool nur marginale Effekte aufweist.

5.2 Der Risikoausgleich und die Prämienvorteile durch Risikoselektion

Da in der Sozialen Krankenversicherung keine Gewinne erlaubt sind, beschreiben wir die finanziellen Vorteile, die durch Risikoselektion erzielbar sind, als Möglichkeit zur Prämiensenkung. Der Prämienwettbewerb spielt in diesem Markt. So führt eine tiefere Prämie rasch zu einem grösseren Marktanteil.

Wie Tabelle 5 zeigt, erlaubt eine Abstossung der als unprofitabel klassierten Kunden ohne RA eine Prämiensenkung um fast die Hälfte (46%). Durch einen demographischen RA wird dieser Vorteil um einen Drittel, durch einen morbiditäts-orientierten gemäss Ständerat um 60% (von 46% auf nur noch 19%) reduziert. Der RA kann also das finanzielle Gewicht der als unprofitabel klassierten Kunden stark reduzieren, auch wenn ihr Anteil in der Population, wie in Tabelle 4 gezeigt wurde, in etwa konstant bleibt.

Tabelle 5: Prämienvorteil durch Abstossung D'Kunden

RA-Modell:	Prämiensenkung in %
(0) Kein Risikoausgleich	46
(1) Alter, Geschlecht (status quo)	32
(2) Alter, Geschlecht, Spital i.V. (Ständerat)	19
(3) Alter, Geschlecht, Hochrisikopool (Bundesrat)	30

Wiederum fällt der Vorschlag des Bundesrats ab. Gegenüber dem Status quo reduziert er den Prämieneffekt um 2%-Punkte. Ein bescheidener Effekt, wenn man in Betracht zieht, dass der Aufbau des Disease-Management-Pools einen erheblich grösseren Kraftakt darstellt, als die Einführungen einer einzigen zusätzlichen Variablen in der Risikoausgleichsformel, wie sie der Ständerat vorschlägt.

Tabelle 6: Prämienvorteil in % durch Anwerbung A' Kunden

RA-Modell:	Verdoppelung A' Kunden	Vervierfachung A' Kunden	Versechsfachung A' Kunden	Ausschliesslich A' Kunden
(0) Kein Risikoausgleich	23	41	48	66
(1) Alter, Geschlecht (status quo)	17	32	38	57
(2) Alter, Geschlecht, Spital i.V. (Ständerat)	7	15	19	31
(3) Alter, Geschlecht, Hochrisikopool (Bundesrat)	17	31	38	57

Der Prämienvorteil, der durch selektives Anwerben von als A' klassierten Kunden erzielt werden kann, ist in Tabelle 6 dargestellt. Für kleine Versicherer ist es realistisch, dass sie mit einer aggressiven Selektionspolitik den Bestand an A' Kunden vervier- bis versechsfachen können. Im Falle einer Vervierfachung kann der Versicherer seine Prämie ohne RA um 41 Prozent senken, mit einem RA nach Variante

Ständerat um 15 Prozent. Bei dieser Art von Risikoselektion, und es dürfte sich um die auf dem Markt üblichste Form der Selektion handeln, bewirkt der bundesrätliche Vorschlag praktisch gar nichts. Der Vorschlag vermindert die Anreize zur Risikoselektion also kaum.

Die Resultate in Tabellen 5 und 6 zeigen deutlich, dass die durch Risikoselektion erzielbaren Prämienvorteile trotz dem heutigen RA erheblich sind. Der Einschluss von Spitalaufenthalten im Vorjahr hat einen erstaunlich grossen Effekt. Dass es sich dabei nicht um Zufallseffekte handelt, bestätigen die breiten empirischen Analysen von Spycher (2000) und Zweifel et al. (2007), welche beide neben CSS-Daten auch Daten anderer Versicherer berücksichtigen.

Die zusätzliche Wirkung des Hochrisikopools hingegen ist enttäuschend, aber nicht überraschend. In- und ausländische Studien belegen schon länger die beschränkte Wirkung solcher Modelle auf die Anreize zur Risikoselektion (vgl. Abschnitt 5.4). Es ist daher mehr als fraglich, ob sich der administrative Aufwand zum Aufbau eines solchen Pools rechtfertigt.

5.3 Der Risikoausleich und die Unsicherheit der Risikoselektion

Der RA beeinflusst nicht nur die Gewinne der Risikoselektion, sondern auch die Unsicherheit, mit welcher diese behaftet sind. Unsicherheit ist dann relevant, wenn von Seiten des Versicherers Risikoaversion erwartet werden kann. In der Regel werden private Unternehmen als risikoneutral betrachtet, da ihre Besitzer genügend diversifiziert sind, um im Falle eines Konkurses nur kleinen Schaden davon zu tragen (Zweifel und Eisen 2003, Kap. 5.2). In der Schweiz ist jedoch kein sozialer Krankenversicherer als Publikumsgesellschaften mit starken Kapitalgebern organisiert. Vielmehr sind es die Manager, welche ihre Interessen am Unternehmen durchsetzen. Ihr Einkommen beziehen sie hauptsächlich aus dem Humankapital, welches in den Versicherer investiert ist. Sie haben daher allen Grund, risikoavers zu handeln. Falls in dieser Situation der RA die Unsicherheit der Risikoselektion ansteigen lässt, wird dadurch seine Wirkung verstärkt.

Risikoselektion ist deshalb unsicher, weil ein vermeintlich profitabler Versicherter in Wirklichkeit hohe Kosten verursachen kann, genau so wie ein vermeintlich unprofitabler sich möglicherweise als gewinnbringend herausstellt. In Tabelle 7 ist dargestellt, in welchen Kategorien die Deckungsbeiträge der als A' eingestuften Kundinnen wirklich (ex post) waren. Ohne RA waren 71 Prozent (40/56) der als A' klassierten Kunden auch wirklich sehr profitabel - beschriftet als A'A. 25 Prozent (14 /56) waren mittlere Kunden - also A'B oder A'C - während sich vier Prozent (2/56) sogar als stark negativ entpuppten - A'D. Mit jeder Verfeinerung des RA wird das Irrtumsrisiko erhöht. So generieren mit einem RA der Variante (2) nur 62 Prozent (12/26) der als A' eingestuften Kunden tatsächlich grosse Gewinne, wäh-

rend ganze 15 Prozent (4/26) in Wahrheit grosse Verluste einbrachten. 23 Prozent waren in Wahrheit wiederum mittlere Kunden. Bei der zweiten Strategie, der Abstossung der D' Kunden, ergeben sich ähnliche Resultate. Sie sind in Beck et al. (2006, Kap. 6.2) dargestellt. Auch hier unterscheidet sich der Vorschlag des Bundesrats nur marginal vom status quo. Während er die Trefferwahrscheinlichkeit, dass sich ein A' Kunde als A' Kunde herausstellt, unverändert lässt (68%), reduziert er die Schadenwahrscheinlichkeit *zu Gunsten* des selektionierenden Versicherers (Fall A'D tritt mit 8% statt 10% Wahrscheinlichkeit wie beim status quo auf). D.h., im vorliegenden Fall wirkt der bundesrätliche Vorschlag (schwach) kontraproduktiv.

Tabelle 7: Tatsächliche Klassierung der A' Kunden

RA-Modell:	Total A'	A'A	A'B	A'C	A'D
(0) Kein Risikoausgleich	56	40	12	2	2
(1) Alter, Geschlecht (status quo)	40	27	7	2	4
(2) Alter, Geschlecht, Spital i.V. (Ständerat)	26	16	4	2	4
(3) Alter, Geschlecht, Hochrisikopool (Bundesrat)	37	25	7	2	3

5.4 Weitere Analysen des Hochrisikopools

Zur Wirkung eines Hochrisikopools liegen zahlreiche empirische Arbeiten vor. Dabei wird in der Literatur zwischen retrospektiven und prospektiven Hochrisikopools unterschieden. Die retrospektiven Pools entsprechen einem teilweisen Kostenausgleich, weil die teuren Versicherten erst nach Ablauf eines Jahres dem Pool zugewiesen werden. Will man mit dem Pool den Anreiz zur Risikoselektion vermindern, so schiesst der retrospektive Pool über das Ziel hinaus, weil auch überraschend teure Risiken gepoolt werden, die nie Opfer von Risikoselektion geworden wären, da ihre hohen Kosten nicht vorhersehbar waren. Der von der Literatur bevorzugte Pool ist daher der prospektive Hochrisikopool. Ihm werden diejenigen Risiken zugewiesen, welche vorhersehbar teuer sein werden.

Spycher (2000) analysiert ausführlich die Wirkung eines prospektiven Pools, dem 2%, respektive der 4% teuersten Versicherten zugewiesen werden. Dabei zeigt sich, dass die Wirkung dieser Pools nicht sehr gross ist. Zwar korrigiert ein Pool die Ausreisser sehr gezielt aus, reduziert aber damit die Risikoausgleichsansätze, welche neu auch ausreisserbereinigt berechnet werden, so dass der Gesamteffekt sogar eine Reduktion der ausgleichenden Wirkung sein kann. Nicht jeder Hochrisikopool schneidet besser ab als der status quo, schreibt Spycher (S. XIII) und folgert daraus:

"Die Schaffung eines Hochrisikopools ersetzt den zusätzlichen (Morbiditäts-) Faktor aber nicht, weil sich die Versichertenkollektive der Kassen trotz Hochrisikopool noch stark im Gesundheitszustand

unterscheiden können."
Als zusätzlichen Faktor empfiehlt er das Hospitalisierungsrisiko (was der Ständerat mit seinem Vorschlag aufgenommen hat).

Entgegen den Empfehlungen Spychers und der offiziellen, das KVG evaluierenden Forschung schlug der Bundesrat bereits 2001 die Einführung eines retrospektiven Hochrisikopools vor (EDI, 2001). Diesem Hochrisikopool wären Leistungen von Individuen zugewiesen worden, welche die Schwelle von CHF 40'000 pro Jahr übersteigen. Der Pool hätte dafür gesorgt, dass die hohen, die Schwelle übersteigenden Leistungen von allen Versicherern solidarisch finanziert werden wären, so dass kein einzelner Versicherer durch die zufällige Ballung sehr teurer Risiken in seinem Bestand in finanzielle Bedrängnis gekommen wäre.

Beck (2004) kommt in seiner empirischen Analyse des damaligen bundesrätlichen Vorschlags zum Schluss, dass die Wirkung des retrospektiven Hochrisikopools ab CHF 40'000 gesamthaft gesehen so gering sei, dass sich die Frage stelle, ob sich seine Einführung überhaupt lohne.

„Die geringe Wirkung rührt daher, dass es nur sehr wenig Versicherte, nämlich 3,4‰ gibt, die Leistungen über Fr. 40'000 aufweisen. In den Pool aufgenommen werden dadurch 2,7% des gesamten Leistungsvolumens (die Kostenbeteiligung der Versicherer von 30% ist dabei schon abgezogen). Das Abschöpfen von 70% der ganz hohen Leistungen reduziert die meisten Risikoausgleichsansätze. Diese sinken zwischen 0% und 8,3%. (Im ungewichteten Durchschnitt um 2,96%).

Einerseits ist die Wirkung des Hochrisikopools gering, andererseits ist sie auch nicht zielsicher. Von den 286 Personen, die in den Pool aufgenommen werden, erwarten die Versicherer nur bei 41 Versicherten so hohe Leistungen. In 86% der Fälle fallen die Kosten überraschend an. Diese überraschend teuren Versicherten können nicht Ziel einer Risikoselektionsstrategie sein und sollten darum durch die Risikoausgleichsstelle nicht auskorrigiert werden.

Damit kommen wir zum Schluss, dass der Hochrisikopool eine einerseits sehr geringe Wirkung zeigt und andererseits dort, wo er wirkt, den Wettbewerb in 86% der Fälle unnötig einschränkt" (Beck, 2004, S. 302).

Die Diskussion in Deutschland verlief erstaunlich parallel: Auch hier schlug das Bundesgesundheitsministerium einen Pool ab DM 40'000.- mit 40% Beteiligung vor, und die Wissenschafter stellten sich die Frage, „ob sich der ganze Aufwand dann überhaupt (…) lohnt" (Cassel, Jacobs und Wasem 2001). Im Gegensatz zur Schweiz wurde die Poollösung wissenschaftlicher Bedenken zum Trotz eingeführt. Vier Jahre später fällt der Befund der Sachverständigengruppe ernüchternd aus: „Der Risikopool kann nach Einschätzung der Gutachter nach Übergang zum morbiditätsorientierten RSA entfallen. Die

empirische Überprüfung hat gezeigt, dass er nach Übergang zum morbiditätsorientierten RSA nur noch einen geringen Beitrag zur Erklärung der Ausgabenunterschiede zwischen den Versicherern leisten kann. Da die zusätzlichen Möglichkeiten zur Minderung der Selektionsanreize als sehr gering erscheinen und der Risikopool bereits im Status quo auf Kassen(…)ebene kaum nennenswerte Beitragssatzeffekte [gemeint sind Prämieneffekte] aufweist, erscheint es angemessen, auf den Risikopool zu verzichten." (Reschke et al., 2005, S. 14-15, ergänzt um [Kommentar].)

Dennoch ist der Hochrisikopool (in der politischen Praxis häufig als retrospektiver Hochkostenpool interpretiert) äusserst populär. Die Schiefe der Verteilung von Gesundheitskosten ist einfach und eindrücklich beschreibbar. Die Überlegung, dass eine Bereinigung der Ausreisser das Problem löst, ist nahe liegend. Von der Politik wird immer noch zu wenig wahrgenommen, dass es sowohl für Deutschland wie für die Schweiz keine einzige wissenschaftliche und empirische Untersuchung gibt, die die Wirksamkeit der Poollösung nachzuweisen vermögen. Die Einheitlichkeit der publizierten Resultate spricht eine deutliche Sprache. Die Bereinigung des Ausreisserproblems allein reduziert den Anreiz zur Risikoselektion kaum. Eigentlich böte sich der Schweiz heute die Möglichkeit von den ernüchternden Erfahrungen Deutschlands mit dessen Pool- und Disease Management-Erfahrung zu profitieren, um auf ein ähnlich wirkungslose Regulierung zu verzichten.

6. Schlussfolgerungen

Vergleicht man den bundesrätlichen Vorschlag zur Einführung eines staatlichen Disease-Management-Programms für hohe Risiken mit dem Vorschlag des Ständerats zur Modifikation der Risikoausgleichsformel, hinsichtlich seiner Auswirkung auf den Kassenwettbewerb und insbesondere auf den Anreiz zur Risikoselektion, dann zeichnet sich ein klares Bild ab.

- **Hochrisikopool hat kaum Reduktion der Risikoselektion zur Folge**: Ausgangspunkt der Diskussion ist das Unbehagen der Stimmbürger und –bürgerinnen über die Risikoselektion. Der Anreiz, respektive Zwang zur Risikoselektion entsteht einzig durch die ungenügenden Rahmenbedingungen des heutigen Kassenwettbewerbs. Eine Revision, die den Anreiz zur Risikoselektion reduziert, tut not. Diesbezüglich bringt die Einführung eines Hochrisikopools nichts. Eine breit angelegte empirische Analyse basierend auf den Daten von 180'000 Versicherten während eines Zeitraums von 8 Jahren belegt, dass die Effekte der Risikoselektion auf die Prämien mit und ohne Hochrisikopool weitgehend dieselben sind. Die Auswertungen legen den Schluss nahe, dass auch nach Einführung des Hochrisikopools die Risikoselektion die am meisten Erfolg versprechende Strategie des Versicherers bleibt.

- **Einschränkung des Wettbewerbs in der Sozialen Krankenversicherung**: Mit der Umsetzung des Hochrisikopools würde die Wahlfreiheit gewisser Patienten eingeschränkt und den Versicherern ein wichtiger Wettbewerbsparameter genommen. Es wäre nur noch eingeschränkt möglich, mittels qualitativ hoch stehender Disease-Management-Programmen um die Gunst der Versicherten zu werben. Der Kassenwettbewerb macht jedoch nur dann Sinn, wenn die Innovationsfähigkeit der Kassen gefördert wird, beispielsweise indem Anreize zur Entwicklung eben solcher Programme gesetzt werden. Zudem missachtet eine solche Ausdehnung der Staatskontrolle das von den Stimmbürgern am 11. März 2007 über die Sprachregionen hinweg mit grosser Deutlichkeit zum Ausdruck gebrachte Bekenntnis zum Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern.

- **Die Einführung eins Hochrisikopools widerspricht den Empfehlungen der Wissenschaft:** Ausnahmslos alle empirischen Analysen zur Hochrisikopool-Problematik in der Sozialen Krankenversicherung (von 2000 bis heute) kommen zum Schluss, dass die Auswirkung eines solchen Pools auf das Selektionsverhalten der Versicherer überschätzt wird. Es gibt keine Studie, die dem Pool eine relevante ökonomische Wirkung attestiert.

- **Schlechte praktische Erfahrung in Deutschland**: Noch schlechter sind die Erfahrungen Deutschlands mit staatlichen Disease-Management-Programmen und Hochrisikopooling. Im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform werden diese eben erst eingeführten Instrumente voraussichtlich wieder abgeschafft. Mit der Einführung eines staatlichen Hochrisikopools würde die Schweiz einen Kurs einschlagen, der sich in der durchaus vergleichbaren Deutschen Praxis bereits als untauglich erwiesen hat.

- **Breite wissenschaftliche Unterstützung für den Vorschlag des Ständerats:** Im Gegensatz zum Hochrisikopool entspricht der Revisionsvorschlag des Ständerats der gesundheitsökonomischen Diskussion der Jahre 1995 bis 2007. Von den 28 Gesundheitsökonomen und -ökonominnen, die sich fundiert zum Thema geäussert haben, bestätigen alle, dass der Vorschlag des Ständerats die Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren vermag. Es gibt keinen Schweizer Gesundheitsökonomen, der diesem Befund widerspricht.[5] Sämtliche mit Schweizer Daten durchgeführten Analysen bestätigten die Wirksamkeit der vom Ständerat ins Auge gefassten Risikoausgleichskriterien.

[5] Eine Gruppe von Ökonomen betrachtet die Einführung risikogerechter Prämien jedoch als die sinnvollere Lösung des Risikoselektionsproblems.

- **Der Vorschlag des Ständerats verhilft den Managed Care Modellen mittelfristig zum Durchbruch, was vom Hochrisikopool nicht erwartet werden kann:** Einzig der Vorschlag des Ständerats reduziert die Prämieneffekte der Risikoselektion so stark, dass die durch Managed Care erzielbaren Einsparungen konkurrenzfähig werden. Wird der Vorschlag des Ständerats auch vom Nationalrat gutgeheissen, dann ändert sich der Wettbewerb dergestalt, dass Managed Care die lukrativere Strategie und damit Risikoselektion nicht mehr die dominante Strategie darstellt, wie das heute noch der Fall ist.
- **Starke Wirkung der ständerätlichen Lösung bei vergleichsweise geringem Aufwand zur Umsetzung**: Im Gegensatz zum Hochrisikopool bietet der Vorschlag des Ständerats eine Lösung, die sich mit geringem Aufwand umsetzen lässt und hohe Erfolgsaussichten aufweist.

Literatur

Beck, Konstantin, Anne Debever Hilfiker, Gerhard Kocher, Erich Schmoker und Dominik Bardenhofer (1995): Die Solidarität im Wandel – Meinungen, Fakten und Analysen zur Krankenversicherung, in: Schriftenreihe SGGP, Bd. 48, Muri.

Beck, Konstantin (1998): Risikoausgleich - Basis für einen sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung, mimeo, CSS Versicherung, Luzern. (www.css-institut.ch)

Beck, Konstantin und Peter Zweifel (1998): Cream-Skimming in Deregulated Social Health Insurance: Evidence from Switzerland, in: Peter Zweifel (Hrsg): Health, the Medical Profession, and Regulation, (Kluwer) Dordrecht, S. 211-227.

Beck, Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly und Lucien Gardiol (2003): Risk Adjustment in Switzerland, in: Health Policy 65, S. 63-74.

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

Beck, Konstantin, Alberto Holly, Stefan Spycher (2004): Schlussfolgerung und Politikempfehlung / Conclusion et recommandations politiques in: Konstantin Beck (Hrsg.): Reformstau beim Risikoausgleich? – Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz, Publikation des Risk Adjustment Network (www.css-institut.ch)

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

Cassel, Dieter, Klaus Jacobs und Jürgen Wasem (2001): "Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV", in: Wirtschaftsdienst, Bd. 4, 81. Jahrgang, S. 187-191

Eidgenösisches Departement des Innern (2001): "Wirkungsanalyse KVG - Massnahmenplan", Presserohstoff vom 17.12.2001, Bern.

Holly, Alberto, Lucien Gardiol, Yves Eggli, und Tarik Yalcin (2003): Health-based risk adjustment in Switzerland: an exploration using medical information from prior hospitalization, Schlussbericht zum nationalen Forschungsprogramm 45, Sozialstaat Schweiz, Bern.

Leu, Robert E., Christoph Eisenring, Sandra Nocera und Martin Schellhorn (1999): Spitalfinanzierung im Umbruch - Probleme und Lösungsmöglichkeiten, (Interpharma) Basel.

Oggier, Willy (2004): Risikoausgleich oder Risikoselektion? In: Schweizerische Ärztezeitung, 85/Nr. 31, S. 1626-1629.

Portmann, Georg: Der Weg zu einem solidarischen, sozialen und effizienten Gesundheitswesen, Referat gehalten an der nationalen Pressekonferenz der CSS-Versicherung vom 12. März 2007, Bern.

Reschke, Peter, Stephanie Sehlen, Guido Schiffhorst, Wilhelm F. Schräder, Karl W. Lauterbach, Jürgen Wasem et al. (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Schweizerische Depeschenagentur SDA (25.3.2007): Leistungskatalog der Grundversicherung - Pascal Couchepin will keine weiteren Leistungen streichen, Bern.

Seiler, Roman (2007): Jetzt haben die Krankenversicherungen genug – Angriff auf Billigkassen, Sontagsblick, 15.04.2007

Sommer, Jürg H. (1999): Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, (Schattauer) Stuttgart.

Spycher, Stefan (2000): Reform des Risikoausgleichs in dr Krankenversicherung?, in BSV (Hrsg.): Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bd. 3/00, Bern.

Spycher, Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkung, Haupt, Bern.

Spycher, Stefan (2004): Die politische und wissenschaftliche Diskussion in der Schweiz, in. K. Beck (Hrsg.): Reformstau beim Risikoausgleich? – Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz, eine Publikation des European Risk Adjustment Network, S. 21-24, (www.css-institut.ch)

Van de Ven, Wynand, Konstantin Beck, Carina van de Voorde, Jürgen Wasem und Irit Zmora (2007): Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: six years later, Health Policy (erscheint demnächst).

Zweifel, Peter und Michael Breuer (2001): Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven, Bericht zu Handen der Cosama, (Cosama) Martigny und Bern.

Zweifel, Peter und Roland Eisen (2003): Versicherungsökonomie 2. Auflage, Springer, Berlin.

Zweifel, Peter, Patrick Eugster, Michelle Sennhauser (2007): Limitierung des Schweizerischen Risikoausgleichsvolumen, Gutachten im Auftrag von santésuisse, Solothurn, erscheint demnächst.

CSS INSTITUT FÜR EMPIRISCHE GESUNDHEITSÖKONOMIE

Das „CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie“ ist eine Einrichtung der CSS Kranken-Versicherung AG, die der Forschung und Ausbildung dient.

Das Institut soll aufgrund von aktuellen und repräsentativen Datengrundlagen empirisch belegbare Antworten auf Fragen der effizienten Finanzierung und der gerechten Lastenverteilung von Gesundheitsleistungen liefern.

Die Forschungsergebnisse sind in geeigneter Art und Weise in die politische und wissenschaftliche Diskussion einzubringen.

Das Institut wurde Anfang 2007 von der Geschäftsleitung der CSS Kranken-Versicherung AG ins Leben gerufen.

Die Finanzierung erfolgt einerseits durch Mittel der CSS Kranken-Versicherung AG andererseits und je nach Art des Forschungsprojekts durch Dritte.

Die wissenschaftliche Objektivität und Unabhängigkeit der Forschungstätigkeit misst sich an der Qualität und der Art der Publikationen und Präsentationen der Institutsmitarbeitenden.

Das Institut hat seinen Sitz in Luzern.