CSS
Familienversicherung
www.css.ch

Zusammenfassung

Beck / Trottmann / Käser / Keller / von Rotz / Zweifel :

„Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung“

1. Der Risikoausgleich: Zentraler Faktor im KVG

Mit der Einführung des neuen KVG 1996 wurden zwei Hauptzielsetzungen verfolgt: Die Stärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und die Dämpfung des Kostenwachstums. Beide Ziele wurden bislang nicht erreicht, was vor allem dem falsch konzipierten Risikoausgleich zuzuschreiben ist.

Zur Stärkung der Solidarität wurde die Vorschrift erlassen, dass Versicherer jeden Antragssteller[1] - ob alt oder jung, gesund oder krank - zu gleichen Prämien aufnehmen müssen. Ohne zusätzliche Korrektur führt diese Prämienvorschrift zwingend dazu, dass Versicherer mit vielen chronisch kranken Kunden finanziell benachteiligt und Versicherer mit vielen gesunden Kunden finanziell belohnt werden.

Um diese systematische Benachteiligung abzufangen wurde der Risikoausgleich eingeführt. Versicherer mit vorwiegend gesunder Kundschaft sollten in den Ausgleich einzahlen und damit Versicherer mit vorwiegend kranken Kunden unterstützen.

Dabei ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass Alter und Geschlecht die Krankheitskostenunterschiede gut erklären.

Heute können wir anhand einer der breitesten je gemachten Studien zwingend nachweisen, dass dieser nur auf Alter und Geschlecht beruhende Risikoausgleich zulässt, dass sich Risikoselektion auch langfristig lohnt: Es ist für eine Kasse finanziell attraktiver, sich um gesunde Kunden zu bemühen als mittels Managed Care - Modellen die kostengünstige Behandlung kranker Versicherter zu fördern.

Wir können nachweisen, dass ein um den Faktor „Gesundheitszustand“ erweiterter Risikoausgleich das im Endeffekt unsolidarische und gesamtwirtschaftlich wertlose Risikoselektionsverhalten der meisten Kassen massiv reduziert und den Wettbewerb zwischen den Versicherten wieder dort stattfinden lässt, wo er gesellschaftlich und ökonomisch sinnvoll ist und am Meisten bringt: Bei der optimalen Servicequalität und der Entwicklung effektiver Kostensparprogrammen wie Managed Care.

[1] Um den Text kurz zu halten, werden nur männliche Wortformen verwendet. Frauen sind jederzeit mitgemeint.

2. Varianten zur Verbesserung des Risikoausgleichs

Zur Verbesserung des heute äusserst unbefriedigenden Zustandes (Risikoausgleich aufgrund von Alter und Geschlecht) stehen folgende Alternativen zur Diskussion:

- Zusätzlich zu Alter und Geschlecht fliesst das Kriterium Spitalaufenthalt des Versicherten aus dem Vorjahr mit ein.
- Zusätzlich zu Alter, Geschlecht und Spitalaufenthalten im Vorjahr werden bestimmte chronische Krankheiten anhand der verschriebenen Medikamente identifiziert.

Auf eine Analyse des bekannten Risikoausgleichs-Models der Universität Lausanne basierend auf Diagnosen von Spitalaufenthalten wurde aus Datengründen verzichtet.

3. Die Anlage der langfristigen Analyse konkreter Risikoausgleichsvarianten

Soweit die Theorie. Wie sieht nun aber die Praxis aus? Mit der vorliegenden, breit angelegten Studie wurde der Versuch unternommen, die Alternativen zum Risikoausgleich sowohl in dessen Breitenwirkung bezogen auf rund 350'000 Versicherte als auch in der zeitlichen Tiefe, d.h. über 8 Jahre hinweg zu analysieren.

3.1. Die Datenbasis

Die vorliegende Studie ist, basierend auf drei Millionen Datensätzen, eine der umfassendsten Untersuchungen, die im Schweizer Gesundheitswesen je durchgeführt wurde. Analysiert wurden anonymisierte Individualdaten von über 350'000 Versicherten, aufgeteilt auf zwei Stichproben. Die erste Stichprobe mit 250'000 Individuen, wurde repräsentativ bezogen auf Altersbaum und geographische Verteilung der Einwohner der Schweiz gezogen. Die zweite Stichprobe konzentriert sich auf die romanische Schweiz, wo zum damaligen Zeitpunkt bereits Informationen über den individuellen Medikamentenbezug vorlagen. Falls möglich, wurden alle Individuen über acht Jahre hinweg, namentlich von 1997 – 2004, betrachtet. Eine derart langfristige Simulation der Anreizwirkung verschiedener Risikoausgleichsformeln ist selbst in der internationalen Forschung einzigartig.

3.2. Die Berechnung langfristiger Gewinne und Verluste

Mit der Analyse soll gezeigt werden, wie stark *langfristige* Risikoselektion bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen belohnt wird. Das Gewicht wurde auf die Langfristigkeit gelegt, weil kurzfristige Selektionsgewinne, wie sie in zahlreichen bisherigen Studien nachgewiesen werden konnten, keine zwingend relevante Grösse darstellen. Wer im kommenden Jahr gesund ist, könnte bis in fünf Jahren schwer erkranken, was für den Krankenversicherer in der Regel nicht vorhersehbar ist.

Aus diesem Grund wurde für jeden einzelnen Versicherten ein individueller, über die nächsten fünf Jahre hinweg erwarteter Deckungsbeitrag berechnet. Dieser Deckungsbeitrag setzt sich zusammen aus den erwarteten Prämieneinnahmen, minus den vorhersehbaren Versicherungsleistungen plus der erwarteten Zahlung aus dem respektive in den Risikoausgleich. Die individuellen Prognosen der Versicherungsleistungen für die Jahre 2000 bis 2004 wurden aus den Daten der Jahre 1997 -1999 abgeleitet.

Nach der Berechnung der erwarteten Deckungsbeiträge wurden die Kunden in vier Segmente eingeteilt:

- Segment A': Kunden, deren erwarteter Deckungsbeitrag stark positiv ist. Diese möchte der Versicherer anziehen beziehungsweise im Bestand behalten.
- Segmente B' und C' umfassen Kunden, von denen der Versicherer schwach positive, beziehungsweise schwach negative Deckungsbeiträge erwartet. Gegenüber diesen Kunden verhält er sich passiv.
- Im D' Segment sind Kunden, von denen der Versicherer starke Verluste erwartet. Ein selektionierender Versicherer will solche nicht aufnehmen, beziehungsweise bestehende D'-Kunden aus dem Bestand verdrängen.

3.3. Variation der Risikoausgleichsformel

Die Berechnung des langfristigen Deckungsbeitrags wurde für jeden Kunden vier Mal durchgeführt, wobei vier verschiedene Varianten für den Risikoausgleich einbezogen wurden:

- **1: Kein RA:** Zuerst geht die Analyse von der Annahme aus, der Risikoausgleich sei abgeschafft worden (im geltenden Gesetz ist er bis ins Jahr 2010 befristet).
- **2: RA KVG:** Das ist der Risikoausgleich basierend auf Alters- und Geschlechtsunterschieden, wie er heute im Gesetz verankert ist.
- **3: RA KVG + Spital im Vorjahr:** In dieser Variante wurde die Formel um die Information ergänzt, ob ein Versicherter im Vorjahr aus dem Spital entlassen worden ist, oder nicht. Damit werden die vorhersehbaren hohen Folgekosten eines Spitalaufenthalts im Risikoausgleich berücksichtigt, nicht aber die in der Regel nicht vorhersehbaren hohen Spitalkosten selbst. (Diese Formel entspricht der Revisionsvorlage des Ständerats vom März 2006.)
- **4: RA KVG + Spital im Vorjahr + Medikamente:** Es gibt Medikamente (z.B. Insulin), die einen eindeutigen Rückschluss auf bestimmte chronische Erkrankungen zulassen (im Beispiel: Diabetes). Bei dieser Risikoausgleichsformel werden 13 Gruppen von (teuren) chronisch kranken Personen auf Grund der bezogenen Medikamente identifiziert und zusätzlich entschädigt. D.h. ein junger Nierendialysepatient, der sehr teuer ist[2], und für den nach heutigem Risikoausgleich Zahlungen in den Risikoausgleich getätigt werden müssen, wird gemäss dieser Ausgleichsformel vom Risikoausgleich unterstützt. (Das Modell mit Medikamentenkostengruppen wird in den Niederlanden bereits erfolgreich angewandt und könnte, gemäss dem Reformvorschlag des Ständerats mittelfristig vom Bundesrat auch in der Schweiz eingeführt werden.)

Alle neuen Risikoausgleichsformeln wurden im Rahmen dieser Arbeit erstmals ausführlich spezifiziert und gleichzeitig der mathematische Beweis erbracht, dass die Anforderungen der Politik an diese Formeln erfüllt sind, als da wären: Keine Umverteilung zwischen den Kantonen, ausreichende Datengrundlage zur Berechnung der Formel, Ein- und Auszahlungen im Risikoausgleich als automatisches Nullsummenspiel.

---

[2] Im Jahr 2000 mittlere monatliche Zusatzkosten von Fr. 3'484.-.

4. Ergebnisse

Je nachdem, welche Risikoausgleichsformel zur Anwendung kommt, fallen die langfristigen, erwarteten und individuellen Deckungsbeiträge anders aus. Die Untersuchung zeigt, wie eine Verfeinerung der Risikoausgleichsformel den Spielraum zur Risikoselektion einschränkt und die Bedeutung der Selektionseffekte schmälert.

4.1 Immer weniger Versicherte sind Zielgruppen der Risikoselektion!

Schafft man den Risikoausgleich ab, so werden 56% aller Versicherten zu umworbenen Risiken und 21% zu extrem teuren Kunden, die der Versicherer möglichst loswerden möchte. Das heisst, ¾ aller Schweizer Einwohner werden zu positiv oder negativ umworbenen Kunden, obwohl das Verschieben dieser Personen von einer Kasse zur anderen volkswirtschaftlich kaum Nutzen stiftet. Der gültige RA nach KVG reduziert die bevorzugten Kunden auf 40%, die potentiell benachteiligten auf 18%. Schon das Kriterium Spital im Vorjahr würde die Segmente noch einmal massiv auf nur noch 26% bevorzugte und 17% benachteiligte reduzieren. Werden Medikamenteninformationen berücksichtigt, so fallen die umworbenen Risiken auf einen Fünftel, die benachteiligten verharren bei 18% (vgl. Tabelle 6.2.3 im Buch).

Fazit: Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs, wie sie der Ständerat verabschiedet hat, würde auch bei langfristigem Zeithorizont die Anzahl Kunden, welche für Selektion in Frage kommen, drastisch reduzieren (von heute 77% auf nachher 38%!).

4.2 Die positiven Effekte der Risikoselektion werden unsicherer!

Nicht nur der zu erwartende Gewinn einer Selektionsstrategie ist für den Versicherer von Interesse, sondern auch die Unsicherheit, mit welcher die Strategie behaftet ist. Ein Kunde, von dem ein stark positiver Deckungsbeitrag erwartet wurde, kann auch krank werden und in Wahrheit hohe Leistungen beanspruchen. Die Wahrscheinlichkeit einer solchen Fehlklassifikation steigt mit jeder Verfeinerung des Risikoausgleichs:

Ohne Risikoausgleich (Fall 1) irrt sich der Krankenversicherer nur bei 7% seiner A'-Kunden. D.h., 93% seiner langfristig bevorzugten Kundschaft stellt sich auch nach 5 Jahren als richtig klassifiziert heraus und weist effektiv positive Deckungsbeiträge aus.

Mit dem heutigen Risikoausgleich (Fall 2) irrt sich der Versicherer langfristig bereits bei 14% seiner A-Kunden, beim RA mit Spital im Vorjahr (Fall 3) sind es bereits 23% und bei der differenziertesten Formel ist jeder vierte A-Kunde in Wirklichkeit ein Verlustkunde. Ähnlich verhält es sich bei D-Kunden: 62% der als stark negativ eingestuften Kunden erweisen sich (bei RA mit Medikamenten) nach Ablauf von 5 Jahren als lediglich schwach negativ zumeist sogar als positive oder sehr positive Kunden (vgl. Tabelle 6.2.3 im Buch).

Fazit: Diese deutliche Zunahme der Unsicherheit reduziert die Attraktivität der Selektionspolitik ebenfalls erheblich.

4.3 Risikoselektion wird finanziell uninteressanter als Managed Care - Modelle!

Risikoselektion ist nichts anderes als die gezielte Anwerbung von A-Kunden oder die versuchte Abstossung von D-Kunden.

Werden alle D-Kunden abgestossen – was sicher ein Extremszenario darstellt – so reduziert das die Prämie des Versicherers je nach Risikoausgleich (Fälle 1 – 4) um 46%, 32%, 19% respektive 16% (vgl. Tabelle 6.3.2 im Buch).

Geht man (als Benchmark) von realistischen, langfristigen Einsparmöglichkeiten bei Managed Care-Modellen von 20% bis 25% aus, so stellt Risikoselektion beim heute geltenden Risikoausgleich (mit 32% Prämienreduktionseffekt) die klar attraktivere Alternative dar. Schon die Berücksichtigung des Spitalaufenthalts im Vorjahr macht aus der Selektion die weniger attraktive Variante.

Werden A'-Kunden gezielt angeworben, so liegen auch hier die Prämieneffekte beim heutigen RA (oder bei einer Abschaffung des Ausgleichs, Fälle 1 und 2) in der Regel deutlich über den Einspareffekten von Managed Care-Modellen. Die Selektionseffekte führen im Extremfall bis zu 56% Prämienreduktion. Eine Verfeinerung des heutigen Ausgleichs reduziert die Prämieneffekte der Selektion um den Faktor 2 bis 3 (Fälle 3 und 4). Ohne wirklich extremen Selektionsaufwand sind dann keine Prämieneffekte zu erzielen, die den Effekt von Managed Care-Modellen übertreffen könnten (vgl. Tabelle 6.3.3 im Buch).

Fazit: Ist heute Managed Care stets die weniger attraktive Strategie gemessen am Prämienreduktionseffekt, so genügt eine einfache zusätzliche Verfeinerung der Risikoausgleichsformel, um Managed Care zur in der Regel attraktiveren Strategie zu machen. Dabei ist zu beachten, dass Prämiensenkung bei Managed Care-Modellen die Folge von Einsparungen unnötiger Leistungen darstellen, während bei der Selektion die kostenträchtigen Fälle lediglich erfolgreich zur Konkurrenz verschoben werden.

4.4 Moderate Auswirkung auf das Umverteilungsvolumen

Durch die betrachteten Verfeinerungen des Risikoausgleichs soll nicht primär mehr Geld umverteilt werden, sondern die Transfers gezielter an Versicherer mit vielen chronisch kranken Kunden gerichtet werden. Für die Politik ist es aber auch von Interesse, wie sich das Gesamtvolumen der umverteilten Gelder ändert.

Diese Veränderungen erweisen sich im Vergleich zum Effekt, den eine Risikoausgleichsrevision hat, als bescheiden. Heute werden (theoretisch) 27%[3] der Prämiengelder aller Krankenversicherer zwischen den Kunden umverteilt. Mit der Berücksichtigung des Spitals im Vorjahr stiege dieses (theoretische) Umverteilungsvolumen auf 33%, mit Medikamentenkostengruppen auf 38%.

Es bleibt zu beachten, dass rund ¾ der 27% innerhalb der Kasse umverteilt werden, den Versicherer also gar nicht verlassen. Die effektiven Geldströme zwischen den Versicherern sind also nochmals deutlich kleiner.

5. Schlussfolgerungen

Die umfangreichen Berechnungen zeigen klar: Der heutige Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht gleicht erwartete Kostenunterschiede zwischen gesunden und kranken Versicherten nur unzureichend aus. Die gesamtwirtschaftlich nutzlose Strategie der Risikoselektion wird finanziell sehr stark belohnt. Die erzielbaren finanziellen Vorteile der Risikoselektion übersteigen diejenigen, welche durch echte Kostensparprogramme (Managed Care) zu erreichen sind. Es erstaunt daher nicht, dass zahlreiche subtile Versuche der Risikoselektion auf dem Markt beobachtbar sind, während die Einführung von alternativen Versicherungsmodellen unter den Erwartungen blieb. Eine Abschaffung des Risikoausgleichs würde die so schon unbefriedigende Situation dramatisch zuspitzen.

Eine Revision des Risikoausgleichs wie sie der Ständerat vorsieht (Ergänzung um das Kriterium „Spitalaufenthalt im Vorjahr") ist in der Lage, die beschriebenen Fehlanreize nachhaltig zu korrigieren. Zwar hat die Risikoselektion weiterhin einen Einfluss auf die Prämie, dieser ist jedoch gegenüber dem heutigen Modell stark gemindert und fällt geringer aus als der Prämienvorteil, der mit erfolgreichen Kostensparprogrammen erzielbar ist.

---

[3] Unsere Berechnung, basierend auf unserer Stichprobe, wurde mit den gesamtschweizerischen Daten der Risikoausgleichsstelle überprüft, wobei sich eine Abweichung, als Folge des Stichprobenfehlers, im Promillebereich ergab.

Die untersuchte Erweiterung des Modells um Medikamentenkostengruppen (ebenfalls in der Vorlage des Ständerats angelegt) präsentiert sich ebenfalls als durchführbare und wirksame Alternative. Die einigermassen moderate Auswirkung des Medikamentenkostenmodels bedarf eines Kommentars. Unsere Analyse zeigt den Effekt, den eine Risikoausgleichsreform ab dem Jahre 2000 (!) gehabt hätte. Zum heutigen Zeitpunkt sind die Medikamentendaten wesentlich repräsentativer und flächendeckender verfügbar. Der Effekt einer Reform ab dem Jahre 2007 ist bezogen auf die Medikamentenkostengruppen mit Sicherheit effektiver.

Unter den heutigen Rahmenbedingungen werden Versicherer für unsolidarische und verbotene Risikoselektion finanziell sehr stark belohnt. Solche Anreize machen ökonomisch keinen Sinn. Eine Revision des Risikoausgleichs schafft Basis für einen echten Leistungswettbewerb um das beste Angebot an Versicherung – zum Wohle sowohl der kranken als auch der gesunden Kunden.