

# Risikoausgleich und Poollösungen im KVG

## Stefan Spycher (2003): Risikoausgleich und Poollösungen („Grossrisikopool“) in der obligatorischen Krankenversicherung

Vertrieb: EDMZ, Beiträge zur Sozialen Sicherheit  
Erscheint 2003.

[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

### Inhaltsübersicht

1. Warum braucht es zwingend einen Risikoausgleich?
  2. Wie funktioniert der Risikoausgleich heute?
  3. Welches sind die Vor- und Nachteile der heutigen Ausgestaltung?
  4. Besteht ein Handlungsbedarf?
  5. Welche Lösungsmöglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl?
  6. Lösung 1 über eine Änderung des Risikoausgleichs
  7. Lösung 2 über die Einführung eines Pools
  8. Jüngste Erfahrungen im Ausland
  9. Risikoausgleich und Pool im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG
  10. Wie weiter?
- Anhang

### Ausgangslage

Mehrere Gründe führen dazu, dass der Risikoausgleich zur Zeit auf der politischen Agenda steht:

■ Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der schweizerische Risikoausgleich nur ungenügend funktioniert. Es besteht Reformbedarf.

■ Der Ständerat hat in den Beratungen zur zweiten Teilrevision der Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschlossen, dass der Bundesrat fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der Revision eine Änderung des Risikoausgleichs vorschlagen muss. Allerdings wurde nicht weiter spezifiziert, wie die Anpassung vorzunehmen sei.

■ Verschiedentlich wurde die Einführung eines Pools, in den die Versicherer die Kosten der teuersten Versicherten teilweise abgeben können, vorgeschlagen.

Der vorliegende Bericht stellt die Entscheidungsgrundlagen zusammen, welche für und wider die Ergänzung des Risikoausgleichs bzw. für und wider die Einführung eines Pools sprechen.

### Aufgabe des Risikoausgleichs

Den Risikoausgleich braucht es nur in Gesundheitssystemen, welche - wie das schweizerische - Einheitsprämien pro Versicherer kennen. Bei Einheitsprämien haben die Krankenversicherer ein starkes Interesse daran, möglichst gesunde Versicherte in ihrem Bestand zu haben und daher Risikoselektion zu betreiben. Dadurch können sie die Prämien tief halten und einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz erlangen, welche krankheitsanfälligeren Personen versichert. Der Risikoausgleich hat daher *erstens* die Aufgabe, die Versicherer dazu zu bringen, nicht in Risikoselektionen zu investieren, sondern sich dem Management der Gesundheitskosten anzunehmen. *Zweitens* soll er auch die Unterschiede im Gesundheitszustand der bereits Versicherten ausgleichen. Erst wenn durch den Risikoausgleich die Spiesse im Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern gleich gemacht worden sind, können sich die erwarteten positiven Wirkungen der Konkurrenz unter den Krankenversicherern entfalten. *Drittens* schliesslich soll der Risikoausgleich die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden stärken. Wechseln in erster Linie die Gesunden den Versicherer und bleiben die Kranken ihren Krankenversicherern treu, dann steigen die Prämien für die Kranken zunehmend.

### Wie funktioniert der Risikoausgleich heute?

Heute werden die Versicherten in jedem Kanton in 30 Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt. Für jede Gruppe werden die Gruppenschnittskosten mit den Durchschnittskosten über alle Versicherten verglichen. Die Gruppen mit den jungen Versicherten liegen dabei unter dem Schnitt, die Gruppen mit den älteren Versicherten darüber. Die Versicherer haben für jede/n Versicherte/n die Differenz zwischen dem Gruppenschnitt und dem Gesamtdurchschnitt in den Risikoausgleich einzubezahlen (bei den jungen) bzw. erhalten die entsprechende Differenz ausbezahlt (bei den älteren).

Der Risikoausgleich wird nach Ablauf des Geschäftsjahres vorgenommen.

### Welches sind die Vor- und Nachteile der heutigen Ausgestaltung?

Vier **Vorteile** kennzeichnen den Risikoausgleich in seiner heutigen Form: Der erste Vorteil liegt

darin, dass es ihn überhaupt gibt. Obschon er im schweizerischen System zwingend notwendig ist, war lange Zeit umstritten, ob ein Risikoausgleich eingeführt werden soll oder nicht. Zweitens ist die Ausgestaltung einfach und transparent. Drittens hat sich die administrative Abwicklung nach anfänglichen Schwierigkeiten eingespült. Schliesslich ist der Risikoausgleich in der heutigen Form politisch weitgehend akzeptiert.

Neben Vorteilen hat die heutige Lösung beim Risikoausgleich aber auch gewichtige **Nachteile**:

■ Die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten werden über die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton nur ungenügend berücksichtigt. Daher ist der Risikoausgleich nur teilweise wirksam. In der Folge werden von den Versicherern nach wie vor in der einen oder anderen Form Risikoselektionen betrieben. Genau dies hätte man mit dem Risikoausgleich verhindern wollen.

■ Der Risikoausgleich erfolgt heute nach Ablauf des Geschäftsjahres (ex-post; retrospektiv) statt vor dem Geschäftsjahr (ex-ante; prospektiv). Dadurch werden Krankenversicherer, welche die Gesundheitskosten nur unzureichend kontrollieren, belohnt: Sie können einen Teil ihrer Kostenüberschreitungen über den Risikoausgleich auf die anderen Versicherer abwälzen.

■ Der Risikoausgleich ist nur befristet bis am 31.12.2005 eingeführt worden. Einen Risikoausgleich braucht es als Korrekturinstrument zu den Einheitsprämien aber zwingend und unbefristet.

Die drei genannten Nachteile haben unerwünschte Auswirkungen:

■ Die Folgen der Risikoselektion sind gravierend: Sogenannt schlechte Risiken werden benachteiligt (bspw. am Telefon „abgewimmelt“); die Ressourcen werden für die Risikoselektion statt für das Management der Gesundheitskosten eingesetzt; es werden lediglich Kosten zwischen den Versicherern hin und her geschoben, nicht aber Kosten reduziert; der Wettbewerb zwischen den Versicherern wird verzerrt und kann somit seine positiven Eigenschaften nicht entfalten; die Entsolidarisierung wird nicht gestoppt.

■ Eine weitere Konsequenz des unzureichenden Risikoausgleichs ist die mangelhafte Kompensation auf den bereits vorhandenen Versichertenbeständen. Krankenversicherer mit einem überdurchschnittlich alten bzw. kranken Versicherungsbestand müssen heute deutlich höhere Prämien verlangen und haben keine Chance, mittelfristig günstiger zu werden. Dies hat mehrere Konsequenzen: (a) Aufgrund der Aussichtslosigkeit des Unterfangens, sind sie nicht motiviert, Kostensparmassnahmen durchzuführen. (b) Im Bereich der Zusatzversicherungen haben

sie klare Wettbewerbsnachteile, weil die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung relativ zu den anderen Konkurrenten zu hoch ist.

■ Das mit dem Risikoausgleich ebenfalls verfolgte Solidaritätsziel wird nur unzureichend erfüllt. Die älteren Versicherten wechseln selten die Versicherung. Wenn aber die gesunden und meist jungen Versicherten abwandern, dann steigt die Prämie für die in der Kasse Verbleibenden. Es erfolgt eine Entsolidarisierung zwischen Jung/Gesund und Alt/Krank.

### Besteht ein Handlungsbedarf?

Betrachtet man die Nachteile, welche aus der heutigen Lösung beim Risikoausgleich entstehen, dann resultiert ganz eindeutig ein starker Handlungsbedarf. Ein Krankenversicherungssystem, welches auf Einheitsprämien pro Kasse basiert, braucht ganz zwingend einen gut funktionierenden Risikoausgleich. «Gut funktionierend» heisst, dass der Risikoausgleich dazu führen soll, dass die Krankenversicherer nicht primär Risikoselektionen betreiben, sondern in einen Produkte- und Dienstleistungswettbewerb treten und ein aktives Management der Gesundheitskosten betreiben. Gleichzeitig soll der Risikoausgleich einen fairen Ausgleich auf den bereits bestehenden Versichertenstrukturen herbeiführen. Um mit einem Bild zu sprechen: «Man kann nicht nur ein bisschen schwanger sein». Entweder man hat einen gut funktionierenden Risikoausgleich oder man muss sich für ein System mit risikogerechten Prämien entscheiden.

### Welche Lösungsmöglichkeiten stehen grundsätzlich zur Auswahl?

Wenn wir von der Möglichkeit absehen, vom Kopfprämiensystem auf ein solches von risikogerechte Prämien umzustellen, dann bleiben genau drei Optionen: (1) Man kann den Risikoausgleich ändern, (2) man kann einen Pool einführen und (3) man kann beides machen.

### Lösungen über eine Änderung des Risikoausgleichs

Beim Risikoausgleich drängen sich in verschiedenen Bereichen Veränderungen auf. Berücksichtigt man die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur in vielen Ländern, dann wäre erstens die Risikoausgleichsformel mit einem Indikator zu ergänzen, welcher den Gesundheitszustand der Versicherten besser abbildet als dies Alter, Geschlecht und Kanton vermögen. Möglich wäre dies bspw. mit Diagnosekostengruppen oder mit Medikamentenkostengruppen. Dazu gibt es viele Vorschläge wie man dies konkret

tun könnte. Zudem liegen in einigen Ländern bereits Erfahrungen vor.

Zweitens wäre der Risikoausgleich vor dem Geschäftsjahr und nicht – wie heute – nach dem Geschäftsjahr vorzunehmen. Der Ausgleich nach dem Geschäftsjahr führt dazu, dass die Versicherer, welche die Gesundheitskosten ihrer Versicherten nur mangelhaft kontrollieren, durch den Risikoausgleich «belohnt» werden, in dem sie ein Teil der von ihnen verschuldeten Kostensteigerung auf die anderen Versicherer überwälzen können. Heute kennen wir in der Schweiz einen «Kosten»ausgleich und nicht einen «Risiko»ausgleich.

Drittens schliesslich sind verschiedene technische Aspekte des Risikoausgleichs zu beachten. Dazu gehört eine denkbare Umstellung vom heutigen Nettokostenprinzip (Bruttokosten minus Kostenbeteiligungen der Versicherten) zum Bruttokostenprinzip, weil dadurch die Benachteiligung der Wahlfranchisemodelle beseitigt werden könnte. Weiter ist auch daran zu denken, die Behinderung der Managed-Care-Modelle aufzuheben.

### Lösungen über die Einführung eines Pools

Ein Pool funktioniert grundsätzlich wie folgt: Die Versicherer können die Kosten von bestimmten Versicherten, welche sehr hohe Gesundheitskosten aufweisen, (teilweise) in einen Pool anmelden. Vorstellbar wären auch Poolvarianten, in denen die Versicherer Versicherte – also Personen – direkt an einen Pool abgeben würden. Davon geht man aber normalerweise nicht aus, weil dies ethisch problematisch werden kann (wenn bspw. alle Personen, welche eine bestimmte Diagnose haben, in den Pool übergehen). Die Versicherten merken also üblicherweise nichts davon, dass sie «Poolmitglieder» sind. Für sie bleibt alles beim alten. Alle Versicherer können, erfüllt ein Teil ihrer Versicherten die aufgestellten Bedingungen, Kosten anmelden. Finanziert werden können die Poolkosten auf zwei verschiedene Arten: Über die Krankenversicherer selbst oder über Steuermittel. Pools haben folgende drei erwünschte Auswirkungen:

(1) Die Kosten der teuersten Versicherten können abgegeben werden. Daher sinkt der Risiko-selektionsanreiz für die Versicherer, weil sie weniger stark darauf schauen müssen, dass die teuersten Versicherten nicht zu ihnen kommen.

(2) Der Risikoausgleich mit Alter, Geschlecht und Kanton wirkt auf den verbleibenden Versicherten, welche nicht zum Pool gehören, besser, weil das Kollektiv homogener ist.

(3) Die Kosten für die Risikoselektion steigen, weil es nun schwieriger wird, die zweit teuersten Versicherten zu identifizieren.

### Jüngste Erfahrungen im Ausland

Einen Risikoausgleich zwischen den Versicherern kennt man in einigen Ländern (USA, Deutschland, Israel, Belgien, Grossbritannien, Kolumbien, Tschechische Republik, Irland, Russland und der Schweiz). Alle Länder sehen sich folgerichtig vor sehr ähnlichen Problemen und Fragestellungen. In drei Ländern gab es in der jüngsten Zeit Veränderungen, welche für die schweizerische Entwicklung interessant sind.

■ In Deutschland hat man erstens auf das Jahr 2002 ein Hochkostenpool eingeführt. Versicherer können 60 Prozent der Kosten, welche 20'450 Euro übersteigen (rund 40'000 DM) in einen über alle Krankenversicherer finanzierten Pool abgeben. Zweitens wurde bereits jetzt gesetzlich verankert, dass auf 2007 der Risikoausgleich mit Diagnosekostengruppen (oder etwas Vergleichbarem) ergänzt werden muss. Die fünf Jahre zwischen 2002 und 2007 sollen für die gute Vorbereitung der Änderung des Risikoausgleichs genutzt werden. Nach 2007 soll der Hochkostenpool, allenfalls mit einem höheren Schwellenwert, weitergeführt werden.

■ In den Niederlanden hat man auf das Jahr 2002 Pharmacy Cost Groups (PCG), ein Ersatz für Diagnosekostengruppen, eingeführt. Die Niederlande kennen zudem bereits seit einigen Jahren einen Stop-Loss-Hochkostenpool.

■ In den USA schliesslich hat man im Programm Medicare bereits im Jahr 2000 Diagnosekostengruppen eingeführt.

Was lässt sich daraus für die schweizerische Entwicklung ableiten? In anderen Ländern wurde der Schritt hin zu einem Risikoausgleich mit Diagnosekostengruppen (oder einem Ersatz dafür) unternommen. Die Systeme sind also praktikabel. Zudem gewann man auch in den genannten Ländern die Einsicht, dass ein Hochkostenpool eine sinnvolle Ergänzung zum Risikoausgleich sein kann. Besonders wichtig scheint uns auch das Beispiel von Deutschland: Hier wurde bereits im November 2001 gesetzlich verankert, dass per 1.1.2007 der Risikoausgleich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden soll.

### Risikoausgleich/Pool und andere Änderungen im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG

Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG werden verschiedene Änderungen diskutiert,

welche einen Einfluss auf den Risikoausgleich bzw. die Einführung eines Pools haben können. Umgekehrt würde eine allfällige Modifikation des Risikoausgleichs bzw. die Einführung eines Pools auch andere Massnahmenbereiche der zweiten Teilrevision beeinflussen.

■ Der Risikoausgleich muss als Reaktion auf die (mögliche) Einführung bzw. Modifikation weiterer Regelungen im KVG zwingend mit einem Indikator für den Gesundheitszustand ergänzt bzw. als ex-ante Ausgleich ausgestaltet werden: (1) Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich, welche nicht zuletzt auch als Fördermassnahme für Managed-Care-Modelle gesehen wird, gibt den Versicherern ein neues und starkes Instrument zur Risikoselektion in die Hand (bspw. kein Vertragsabschluss mit Ärzt/innen, welche teure Versicherte haben). Um die negativen Auswirkungen einzudämmen, muss die Risikoausgleichsformel ergänzt werden. (2) Die Änderung der Spitalfinanzierung – insbesondere der mögliche Übergang zu einem monetarischen Spitalfinanzierungssystem – erfordert ebenfalls zwingend eine Änderung der Risikoausgleichsformel.

■ Eine Anpassung des Risikoausgleichs bzw. eine Einführung eines Pools hätte ihrerseits aber auch (positive) Auswirkungen auf andere Reformbereiche des KVG. Insbesondere kann davon ausgegangen werden, dass dadurch Managed-Care-Modelle gefördert würden.

Insgesamt kommen wir zum Schluss, dass bei der zweiten Teilrevision des KVG die Wechselbeziehungen zwischen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich, der Anpassung der Spitalfinanzierung und der Förderung von Managed-Care-Modellen einerseits sowie dem Risikoausgleich bzw. der Einführung eines Pools andererseits unbedingt beachtet werden müssen. Oder zugespitzt formuliert: Die geplanten Änderungen in den genannten Bereichen erfordern bereits als Voraussetzung eine Revision des Risikoausgleichs.

### Wie weiter?

Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen und unter Berücksichtigung der neusten wissenschaftlichen Literatur kommen wir zu folgenden Schlüssen:

■ Der Risikoausgleich muss zwingend angepasst werden, weil die heutige Ausgestaltung zu viele und zu gewichtige Nachteile hat. An dieser Reform führt kein Weg vorbei, wenn man beim System der einheitlichen Kopfprämie pro Kasse bleiben will. Die Einführung eines Pools ist dann ein Thema, wenn der Risikoausgleich in der kurzen Frist nur mit einem groben Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt

werden kann. Als Reformschritt ist die Einführung eines Pools für sich alleine genommen aber nicht ausreichend. Es braucht sowohl in der kurzen wie in der mittleren Frist zwingend eine Anpassung des Risikoausgleichs.

■ Der Risikoausgleich sollte neben dem Alter, dem Geschlecht und dem Kanton grundsätzlich mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden. Als Möglichkeiten stehen Diagnosekostengruppen bzw. Medikamentenkostengruppen im Vordergrund. In Deutschland, den Niederlanden und den USA wurde in den letzten zwei Jahren genau dieser Weg beschritten. Eine derartige Ergänzung kann aus verschiedenen Gründen nicht kurzfristig eingeführt werden. Daher schlagen wir vor – analog wie es in Deutschland im November 2001 gemacht worden ist –, im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG zu verankern, dass 5 Jahre nach Inkrafttreten des revidierten Gesetzes der Risikoausgleich im genannten Sinne zu ergänzen sei. Gleichzeitig wäre das Risikoausgleichssystem vom heute geltenden ex-post-Prinzip auf einen ex-ante-Ausgleich umzustellen.

■ Da der Risikoausgleich nicht kurzfristig mit einem guten Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzt werden kann und gleichzeitig verschiedene andere Reformschritte im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG zwingend eine Anpassung des Risikoausgleichs erfordern würden (bspw. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich), drängen sich zwei zu befristende Sofortmassnahmen auf: Erstens die Ergänzung des Risikoausgleichs mit einem einfachen Indikator für den Gesundheitszustand der Versicherten (Vorjahreskostengruppen oder Hospitalisationen im Vorjahr) und zweitens die Einführung eines Pools.