



Der Wettbewerb

Auf dem Krankenversicherungsmarkt der Schweiz können sich Kassen allein mit guten Versorgungsmodellen nicht durchsetzen. Vielmehr haben jene die Nase vorn, die vor allem junge und gesunde Kunden umwerben. Die Ursache: ein unzureichender Risikostrukturausgleich. Eine Analyse von Konstantin Beck.

Der Kassenwettbewerb in der Schweiz leidet unter derselben Schwäche wie der Wettbewerb der Kassen in Deutschland: Der Risikostrukturausgleich (in der Schweiz: Risikoausgleich) ist nicht genau genug, da die Erkrankungen der Versicherten unberücksichtigt bleiben.

Als der Gesetzgeber in der Schweiz 1994 den Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt verstärkte, verfolgte er damit ein eindeutiges Ziel: Die im Konkurrenzkampf stehenden Kassen sollten ihre Effizienz steigern, um sich auf dem Markt zu behaupten. Die Politik erwartete, dass Kassen, die erfolgreiche Modelle zur Gesundheitsversorgung (Managed Care, *siehe unten*) anbieten, dadurch Kosten sparen und die günstigsten Prämien berechnen können. Dabei ignorierte sie die Wirkung der Einheitsprämie: Wenn alle Mitglieder einer Kasse den gleichen, vom Gesundheitszustand unabhängigen Beitrag zahlen, lohnt es sich für die Krankenkassen, Gesunde zu bevorzugen. Denn ein chronisch kranker Versicherter zahlt meist weniger ein, als er an Leistungen verbraucht – ein „schlechtes Risiko“ für die Versicherung. Wenn es der Kasse gelingt, kranke Versicherte abzuweisen oder Gesunde („gute Risiken“) anzuwerben, kann sie eine niedrigere Prämie anbieten. Berechnungen haben ergeben, dass Kassen mit Hilfe optimaler Managed Care-Modelle ihre Prämien langfristig um bis zu 25 Prozent senken können. Eine Risikoselektion – die Anwerbung junger, gesunder Versicherter – bringt aber deutlich mehr: Die Prämien können sich dadurch langfristig mehr als halbieren (*siehe Beck et al., Kasten Lese- und Webtips*).

Die Reform des Risikostrukturausgleichs scheiterte. Dieser Zusammenhang ist auch der Politik bekannt. Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, führte der Gesetzgeber in der Schweiz 1993 einen Risikostrukturausgleich (RSA) ein. Er basiert auf den Merkmalen Alter, Geschlecht und Region. In einem weiteren Gesetz wurde der RSA ab 1996 auf zehn Jahre befristet, weil der Gesetzgeber davon ausging, dass die Mobilität der Versicherten die möglichen Selektionsgewinne

Günstige Verträge für gute Risiken. Die Faktoren Alter und Geschlecht bilden das Risiko unzureichend ab. Die Bevorzugung junger, gesunder Versicherter erwies sich darum für die Kassen über alle Jahre als lukrativste Geschäftspolitik. Besonders eine Form der Risikoselektion begann in der Schweiz Schule zu machen: Die Bildung von Kassenkonglomeraten. Weil die Zusammenarbeit von Kassen im Gesetz nicht weiter geregelt ist, entwickelte eine kleine Gruppe von Kassen eine Form strategischer Allianzen. Dabei treten alle Kassen nach außen hin als Einheit auf, verfügen aber intern über unterschiedliche Rechtspersonen, die mit unterschiedlichen Prämien auf den Markt gehen. Die Konglomerate unterlaufen so die Vorschrift, allen Versicherten, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, dieselbe Prämie in Rechnung zu stellen. Neukunden, die als „schlechte Risiken“ eingestuft werden, wird die hohe Prämie der teuersten Kasse im Konglomerat angeboten, während die „guten Risiken“ einen günstigen Vertrag mit der billigsten Kasse im Konglomerat abschließen können. Da die Konglomerats-Kassen unter *einem* Namen operieren, ist für die meisten Versicherten das unseriöse Spiel nicht durchschaubar. Proteste der Konkurrenten bei der Überwachungsbehörde verhallten ungehört, da man keine rechtliche Handhabe zur Unterbindung dieses Geschäftsgebarens fand.

Mit Managed Care Kosten sparen. Aber wie können sich die Kassen sonst von der Konkurrenz absetzen? Im Gegensatz zu Deutschland bestehen in der Schweiz seit 1990 umfangreiche Möglichkeiten zur Einführung von Kostensparmodellen. Zu diesen Modellen der gesteuerten Gesundheitsversorgung – Managed Care – gehören beispielsweise Hausarztnetze und Health Maintenance Organizations (HMOs, in der Regel Gruppenpraxen mit angestellten Ärzten, die für ein festgelegtes Budget die gesamte gesundheitliche Versorgung der eingeschriebenen Versicherten übernehmen). In den Managed Care-Modellen verpflichten sich die teilnehmenden Versicherten, im Krankheitsfall zuerst ihren Hausarzt (respektive

verfehlt sein Ziel

der Kassen kompensieren würde. Da die Wechselbereitschaft geringer war als erwartet, blieb ein RSA jedoch unabdingbar. Wegen der starken Anreize zur Risikoselektion rieten Experten zu einer Ergänzung der Ausgleichsformel um weitere Merkmale. Die Revisionsideen scheiterten jedoch am Widerstand der in den RSA einzahlenden Kassen mit drei Stimmen Differenz im Herbst 2004 einmal mehr im Schweizer Parlament. Es blieb beim Kompromissvorschlag – einer Verlängerung der bisherigen Formel um weitere fünf Jahre.

HMO-Arzt) aufzusuchen und nur mit dessen ausdrücklicher Zustimmung die Dienste von Spezialisten oder stationären Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Es hat sich herausgestellt, dass diese Modelle vor allem dann hohe Effizienzsteigerungen bringen, wenn die Ärzte Budgetverantwortung gegenüber der Krankenkasse übernehmen. Die teilnehmenden Ärzte werden dann pauschal, entsprechend dem Risiko ihrer Klientel bezahlt. Übersteigt die Summe sämtlicher stationären und ambulanten Leistungen für alle im Modell ein-

Schweizer Krankenkassen

geschriebenen Versicherten die im Voraus festgelegte Pauschale, tragen die Ärzte das Defizit. Im umgekehrten Fall machen die Ärzte Gewinn. Sie verdienen also nicht mehr an der Krankheit der Patienten, sondern an deren Gesunderhaltung. Einer von zehn Schweizern hat heute einen entsprechenden Versicherungsvertrag gewählt.

Risikoselektion sticht Managed Care aus. Jede Krankenkasse in der Schweiz kann sich also entscheiden, ob sie Managed Care-Modelle anbietet, die Selektion „guter Risiken“ betreibt oder beide Strategien kombiniert. Die Erfahrung zeigt, dass Selektion raschere, sicherere und höhere Prämieneffekte als Managed Care bringt. Die Selektionseffekte verpuffen allerdings, wenn die Konkurrenz ebenfalls Selektion betreibt. Die Kombination von Selektion und Managed Care scheint maximale Prämieneffekte zu versprechen – jedoch nur, wenn die Konkurrenz nicht auch Selektion betreibt. Entscheidet sich der Versicherer für die reine Managed Care-Strategie, wie das der Gesetzgeber erwartet, erwirtschaftet er solange Prämienvorteile, wie seine Konkurrenten ebenfalls die reine Managed Care-Strategie verfolgen. Diese Situation ist die volkswirtschaftlich optimale Lösung im Markt, weil sich hier jeder Konkurrent um die maximal mögliche Vermeidung unnötig hoher Kosten bemüht.

Die Lösung entspricht jedoch nicht dem Marktgleichgewicht. Denn jeder Versicherer, der abweichend von seinen Konkurrenten ausschließlich auf Selektion setzt, wird die anderen übertrumpfen, da er so weitaus stärkere Prämienreduktionen erreicht, als auf Grund noch so effektiver Managed Care-Aktivitäten. Da die übrigen Versicherer diese Überlegung ebenfalls anstellen, werden alle neben Managed Care auch auf Risikoselektion setzen. Obwohl die Selektion außer Zusatzaufwand volkswirtschaftlich betrachtet nichts bringt, kann es sich keine Kasse leisten, im Alleingang auf Selektion zu verzichten, weil sie sonst das Opfer der Selektion der Konkurrenten würde, die ihr die guten Risiken abjagen.

Der Schweizer Krankenversicherungsmarkt

In der Schweiz konkurrieren **rund 90 Krankenkassen** um die Versicherten. Die Kassen dürfen nicht nach Gewinn streben. Die gesamte Schweizer Bevölkerung – unabhängig vom Einkommen – ist obligatorisch krankenversichert und hat die freie Wahl unter den verschiedenen Anbietern. Die Kassen sind verpflichtet, jeden Kunden aufzunehmen. Ein Risikoausgleich soll für Solidarität zwischen den Versicherten unterschiedlicher Kassen sorgen. Der Leistungskatalog der Grundversicherung ist vom Gesetz vorgeschrieben. **Die Prämien werden als Kopfpauschalen direkt an die ausgewählte Krankenkasse gezahlt**, der Arbeitgeber ist nicht involviert. Personen mit geringem Einkommen werden vom Staat mit einer Prämiensubvention unterstützt. Die obligatorische Kostenbeteiligung der Versicherten beträgt maximal umgerechnet rund 570 Euro pro Jahr. Es können freiwillig höhere Kostenbeteiligungen bis maximal 1.970 Euro pro Jahr gewählt werden. **Die Prämie ist grundsätzlich einheitlich für alle Erwachsenen ab 26 Jahren.** Es dürfen Abstufungen für Kinder (bis 18) und junge Erwachsene (bis 25) vorgenommen werden. Zudem richtet sich die Prämie nach der Kostenbeteiligung, der Region und der Wahl eines Managed Care-Modells, bei dem der Versicherte freiwillig seine Arztwahl einschränkt. Die Krankenkassen dürfen private Zusatzversicherungen anbieten.

Quelle: Beck



Ein fairer, effizienter Wettbewerb braucht einen differenzierten Ausgleich der Risiken.

Der Wettbewerb benachteiligt Kranke. Ein stabiles Marktgleichgewicht ergibt sich also bei hohem Aufwand für die Selektionsaktivität (zum Beispiel für den Aufbau eines Konglomerates) und die Managed Care-Aktivität. Dieses Gleichgewicht ist jedoch illegal, unfair und ineffizient. Illegal ist es, weil die Ungleichbehandlung der Kunden – und Risikoselektion ist nichts anderes – grundsätzlich verboten ist. Unfair ist es für chronisch Kranke, denen schlechtere Konditionen angeboten werden als den Gesunden. Und volkswirtschaftlich ineffizient ist es, weil die reine Managed Care-Strategie denselben Ertrag zu geringeren Kosten ergeben würde.

Die Praxis unterscheidet sich insofern von der Theorie, als dass in der Schweiz der Anpassungsprozess hin zum Gleichgewicht langsam erfolgte. Das hat unter anderem damit zu tun, dass die Mehrheit der Krankenversicherer lange Zeit eine faire und legale Geschäftspolitik zu betreiben versuchte und erst in jüngster Zeit dem Druck des Marktes nachgegeben hat. Anfänglich hat nur eine Kasse ausschließlich Selektion betrieben, während die anderen vorwiegend auf Managed Care setzten und die Strategie der Selektion, wenn überhaupt, dann nur in äußerst bescheidenem Umfang verfolgten. Damit konnte der Versicherer, der auf Risikoselektion setzte, anhaltende Prämienvorteile erwirtschaften und seinen Marktanteil steigern.

Nachdem ihre Kritik an der unsolidarischen Mehrkassenstrategie beim Schweizer Bundesamt und Parlament keine Reaktion ausgelöst hatte, begannen einige Kasse sehr offen die Selektionsstrategie des Konkurrenten zu kopieren. Alle drei Versicherer, die auch auf die Mehrkassenstrategie eingeschwenkt sind, konnten ausnahmslos wachsen. Managed Care und Selektion erwies sich nun als überlegene Strategie: Die Selektionsgewinne des bisher so erfolgreichen Konkurrenten gingen zurück. Neuesten Informationen nach bemüht er sich jetzt, seine Managed Care-Aktivität auszubauen. Es zeichnet sich demnach eine zügige Weiterentwicklung des Marktes in

Richtung des theoretisch hergeleiteten – illegalen, unfairen und ineffizienten – Gleichgewichts ab.

Dabei wäre ein legales, faires und effizientes Gleichgewicht durchaus erreichbar. Sobald der RSA so ausgestaltet wird, dass sich Risikoselektion nicht mehr lohnt, oder zumindest weniger einbringt als effektives Managed Care, können sich die Krankenkassen im Wettbewerb mit Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung profilieren. Berechnungen zeigen, dass bezogen auf einen fünfjährigen Planungshorizont (und basierend auf Fünfjahresdaten von 250.000 Versicherten) schon das Kriterium, ob jemand kürzlich aus dem Krankenhaus entlassen wurde oder nicht, den RSA soweit verbessern würde, dass Managed Care zur lukrativeren Alternative würde. Die CSS (CSS = Christlich Soziale Schweiz, größter Krankenversicherer der Schweiz) entwickelte diesen Berechnungsansatz und wendet ihn seit 1999 bei der risikogerechten Budgetierung von HMO- und Hausarztmodellen erfolgreich an. Seit 2006 kommt in diesem Bereich zudem eine weiter differenzierte Formel zur Anwendung, bei der chronisch kranke Versicherte auf Grund ihrer spezifischen Medikamente identifiziert werden. So lassen sich beispielsweise Diabetiker eindeutig an der Verordnung von Insulin erkennen. Diese Formel entspricht weitgehend dem seit 2002 in den Niederlanden praktizierten RSA.

Chronisch Kranke als umworbene Zielgruppe? An Lösungsvorschlägen für einen sinnvoll ausgestalteten Wettbewerb herrscht also kein Mangel. Dennoch kommt die Reform des RSA in der Schweiz – ähnlich wie in Deutschland – kaum vom Fleck. Dafür gibt es vor allem zwei Gründe. Erstens handelt es sich um eine Thematik, die stark in der Versicherungsmathematik und Gesundheitsökonomik verankert ist und die viele Politiker deshalb kaum verstehen. Auch nimmt die Politik zu wenig wahr, dass der RSA die zentrale Stellschraube eines solidarischen Kassenwettbewerbs ist. Eine Veränderung des Ausgleichs würde die Haltung der Versicherer gegenüber chronisch Kranken positiv beeinflussen. In den Niederlanden, wo ein am Gesundheitszustand der Versicherten orientierter RSA zur Anwendung kommt, werden chronisch Kranke inzwischen gezielt umworben. Gerade in der Versorgung chronisch Kranker lassen sich hohe Leistungseinsparungen bei häufig gehobener Lebensqualität realisieren.

Der zweite Grund liegt in der erfolgreichen Lobbyarbeit des von der heutigen Situation profitierenden Krankenversicherers. Anders als politisch kann wohl nicht erklärt werden, dass 14 namhafte Schweizer Gesundheitsökonominnen, die sich der oben beschriebenen Mängel bewusst sind und in vielen Veröffentlichungen für eine Reform des Systems plädieren, durch eine einzige 13-seitige Gegenstudie, finanziert vom bisherigen Profiteur des Wettbewerbs, „überstimmt“ werden.

Ständerat will den Ausgleich erweitern. Zum Glück lassen sich nicht alle nationalen Politiker in Bern davon beeindruckt. So gelang es der Mehrheit des Schweizerischen Ständerats (der ersten Parlamentskammer auf Bundesebene) gegen den Widerstand des Gesundheitsministeriums im März 2006 eine weitgehende Reform des Risikostrukturausgleichs durchzu-

setzen. Ginge es nach dem Willen des Ständerats, müsste sofort als erstes, grobes Morbiditätskriterium (Kriterium für den Gesundheitszustand der Versicherten) der Klinikaufenthalt im Vorjahr in die RSA-Formeln aufgenommen werden. Zudem würde der RSA definitiv, das heißt über das Jahr 2010 hinaus, im Gesetz verankert. Weitergehende Revisionen wären auf Verordnungsstufe möglich, was die wenig sinnvolle Mitsprache des Parlaments in einem versicherungsmathematischen Spezialgebiet ausschliesse. Ob die zweite Kammer, der Nationalrat, dem Beschluss des Ständerates folgen wird, bleibt allerdings ungewiss, da es das Schweizer System mit nebenamtlichen Parlamentariern mit sich bringt, dass Mitarbeiter der heute profitierenden Kasse in der strategisch wichtigen, vorabklärenden Kommission vertreten sind.

Solidarischer Wettbewerb ist möglich. Diese eigennützige Interessenpolitik eines Marktplayers kann für die gesamte Branche verheerende Folgen haben. Gegenwärtig bewirkt sie, dass gute Managed Care-Programme für chronisch Kranke zurückgestellt werden, weil kein Versicherer ökonomischen Selbstmord begehen möchte, indem er „schlechte Risiken“ anzieht. Ein Sozialversicherungsmarkt, der sich zunehmend asozial gebildet, kann aber vom Schweizer Volk mittels Volksabstimmung jederzeit abgestraft werden. Die Vorlage zur Einführung einer staatlichen Einheitskasse liegt bereit und kommt im Frühjahr zur Abstimmung. Wenn es den Krankenversicherern nicht gelingt, den Bürgern ihren volkswirtschaftlichen Nutzen plausibel zu machen, dürften ihre Tage gezählt sein. Ein solcher Ausgang wäre tragisch, existiert doch in der Schweiz die fast einzigartige Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass ein Effizienz fördernder und dennoch solidarischer Kassenwettbewerb zum Wohle der Kranken wie auch der Gesunden möglich ist. Einzig der letzte Schritt dahin – ein adäquat ausgestalteter Risikostrukturausgleich – fehlt bislang noch. ■

PD Dr. Konstantin Beck ist Mitglied der Direktion der Krankenversicherung CSS (Christlich Soziale Schweiz) und Leiter der Abteilung Mathematik, Statistik und Aktuariat des Unternehmens. Außerdem lehrt er als Privatdozent für Gesundheitsökonomie an der Universität Zürich. Kontakt: Konstantin.Beck@css.ch

Lese- und Webtipps

- Beck, K. (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, Haupt, Bern.
- Beck, K. et al. (2006): Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleiches in der Schweizer Krankenversicherung, Forschungsbericht, h.e.p.-Verlag, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2006): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004, erhältlich unter www.bag.admin.ch
- Bundesrat (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, Bern, 6.11.1991.
- Ständerat, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S, 2005): 04.061s Vernehmlassungsentwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich (Vorlage B), vom 30.8.2005, Bern.
- www.santesuisse.ch Homepage des Dachverbandes der schweizerischen Krankenversicherungen mit vielen einschlägigen Statistiken.