

Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Dr. Maria Trottmann

Dr. Harry Telser

Zwischenbericht zur ersten Etappe, November 2013

Impressum

Vertragsnummer: 13.003632

Laufzeit: April 2013 – November 2013

Leitung Evaluationsprojekt im BAG: Markus Weber, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Qualitätskontrolle unter der Federführung der Fachstelle E+F des BAG unter Einbezug der Begleitgruppe. Das Resultat der Qualitätskontrolle wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Bezug: Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern

evaluation@bag.admin.ch

www.health-evaluation.admin.ch

Inhaltsverzeichnis

Glossar	5
In Kürze	6
1 Einleitung	11
2 Der Risikoausgleich in der Schweizer Krankenpflegeversicherung	14
2.1 Ziele des Risikoausgleichs in der OKP.....	14
2.2 Entwicklung des Risikoausgleichs in der Schweiz.....	15
2.3 Auswirkung der Reform im Jahr 2012 auf das Umverteilungsvolumen	18
2.4 Finanztransfers zwischen den Risikoausgleichsgruppen	19
2.5 Evaluationsstudien zum Risikoausgleich.....	21
2.5.1 Schweizer Studien zum Risikoausgleich.....	22
2.5.2 Evaluation der Reform 2009 in Deutschland	22
2.5.3 Niederlande – Evaluation des Risikoausgleichsmodells 2012	23
3 Simulation der finanziellen Anreize zur Risikoselektion	24
3.1 Die Franchisestufe als Risikomerkmale	24
3.2 Unterschiede in der Risikostruktur der Krankenversicherer	26
3.3 Einfluss der Risikostruktur auf die Nettoleistungen pro Krankenversicherer	28
3.4 Einfluss der Risikostruktur auf die Kosten pro Krankenversicherer nach Risikoausgleich.....	30
3.5 Versicherte mit chronischen Krankheiten.....	32
3.5.1 Mittlere Zusatzkosten von ausgesuchten chronischen Erkrankungen... 33	
3.5.2 Hospitalisierungsraten bei chronischen Erkrankungen	34
3.6 Diskussion der Anreize zur Risikoselektion	35
4 Hinweise auf Risikoselektion in der Praxis	37
4.1 Literatur	37
4.2 Unterschiede in der Risikostruktur innerhalb von Versicherergruppen.....	38
4.3 Ein Index für die Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategie.....	41
5 Analyse der Versichererwechsler	43
5.1 Anzahl Wechsler mit Aufenthalt	43
5.2 Einfluss der Aufenthalte der Wechsler auf die Risikoausgleichsansätze.....	44
5.3 Einfluss der Aufenthalte der Wechsler auf die Ausgleichsvolumina	47
5.4 Einfluss der Spitalaufenthalte der Wechsler auf einzelne Krankenversicherer	48
5.5 Diskussion des Datenaustausches und der Anreizwirkung.....	49
6 Analyse der Prämien, Prämienunterschiede und Marktstruktur	51
6.1 Entwicklung der Prämien.....	51
6.2 Entwicklung der Prämienunterschiede zwischen den Krankenversicherern	53
6.3 Entwicklung der Prämienrabatte.....	55
6.4 Einfluss der Administrativkosten.....	57

6.5	Marktstruktur	58
7	Diskussion und Handlungsempfehlungen.....	62
7.1	Solidarität zwischen den Versicherten.....	62
7.2	Anreize zur Effizienz und zur Produktinnovation	63
7.3	Kritische Würdigung der Evaluation und Ausblick auf die nächste Etappe.....	64
7.3.1	Limitationen der empirischen Analysen und mögliche Erweiterungen	64
7.3.2	Zusätzliche Evaluationskriterien.....	65
8	Quellenverzeichnis	67
	Anhang 1 Übersicht Datenquellen	69
	Anhang 2 Ausgewählte Statistische Begriffe.....	70
	Anhang 3 Szenarienrechnung zu kalkulatorischen Nettoprämien	71
	Anhang 4 Deckungsbeitragsrechnung für unterschiedliche Versichertengruppen	73
	Anhang 5 Wechsleranalyse.....	79

Glossar

Anreiz	Im ökonomischen Verständnis besteht ein «Anreiz» zu einer bestimmten Handlungsweise, wenn sich Marktteilnehmer dadurch besserstellen können. Das Bestehen von Anreizen beweist nicht, dass Marktteilnehmer sich tatsächlich entsprechend verhalten.
Bruttoleistungen	Ausgaben zu Lasten der OKP vor Abzug der Kostenbeteiligung.
Kalk. Nettoprämien	Als kalkulatorische Nettoprämien bezeichnen wir die Leistungsausgaben plus die Beiträge an den (bzw. aus dem) Risikoausgleich. Es sind also die Ausgaben der Versicherer ohne Verwaltungskosten und Reserven.
Nettoleistungen	Ausgaben zu Lasten der OKP nach Abzug der Kostenbeteiligung.
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung.
OKP Statistik (2011)	Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (aus dem Jahr 2011).
Risikoausgleich 93	Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht.
Risikoausgleich 12	Risikoausgleich nach Alter, Geschlecht, Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr.
Risikoselektion	Versicherer versuchen bewusst, profitable Kundengruppen selektiv anzuwerben (aktive Risikoselektion) beziehungsweise unprofitable Kundengruppen vom Eintritt abzuhalten (passive Risikoselektion).
Risikostruktur	Die Zusammensetzung des Kundenstamms eines Versicherers in Bezug auf den Leistungsbedarf. Eine «teure Risikostruktur» wäre ein Kundenstamm mit einem hohen Leistungsbedarf.
Standard-OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne die «besonderen Versicherungsformen» mit eingeschränkter Arztwahl.
Tarifaltersgruppen	Die drei Altersgruppen, nach welchen die Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgestuft werden dürfen (Kinder bis 19, junge Erwachsene von 19-25, Erwachsene ab 26 Jahren).
Vertragswahl	Die Vertragswahl setzt sich zusammen aus dem Vertragstypen (z. B. Standard-OKP, Versicherung mit eingeschränkter Arztwahl etc.) und der Wahl der Franchisestufe.

In Kürze

Einleitung

Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) müssen die Schweizer Krankenversicherer jeden Kunden aufnehmen und eine Einheitsprämie verlangen, das heisst, sie dürfen die Prämien nicht nach dem erwarteten Leistungsbedarf der Kunden abstufen. Ohne Risikoausgleich macht dies gesunde Versicherte zu attraktiven Kunden für Krankenversicherer: Bei ihnen liegen die Prämien höher als der erwartete Leistungsbedarf. Umgekehrt erwartet der Krankenversicherer bei kranken Kunden einen höheren Leistungsbedarf als Prämienbeiträge. Um niedrige Prämien anbieten zu können, müssen Versicherer darum besorgt sein, möglichst viele gesunde Kunden in ihrem Bestand zu haben. Da die Schweizer Krankenversicherer im Wettbewerb zueinander stehen, haben sie so einen systembedingten Anreiz zur Risikoselektion.

Um diesen vom Gesetzgeber nicht gewollten Anreiz zu korrigieren, wird seit 1993 ein Risikoausgleich durchgeführt. Er soll Wettbewerbsvorteile und -nachteile ausgleichen, die nur aufgrund der Risikostruktur der Versicherer bestehen. So wird die Solidarität zwischen «Gesunden» und «Kranken» sichergestellt und der Leistungswettbewerb gestärkt. Um niedrige Prämien anbieten zu können, müssen Versicherer ihre Ausgaben senken, beispielsweise durch effiziente Verwaltungsprozesse oder erfolgreiche Behandlungssteuerung. Bis ins Jahr 2011 waren Alter und Geschlecht die Ausgleichskriterien, seit 2012 wird zusätzlich das Kriterium «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» (in Folgenden kurz: Aufenthalt) berücksichtigt.

Der vorliegende Bericht ist der Zwischenbericht zur ersten Etappe der Evaluation des im Jahr 2012 verfeinerten Risikoausgleichs. Im Fokus steht die Frage, ob mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs die Wettbewerbsvorteile, welche Versicherer mit einer günstigen Risikostruktur erwirtschaften können, zurückgingen. Dieser Fokus wurde aus zwei Gründen gewählt: Erstens war es das Hauptziel der Reform, die Anreize im Krankenversicherungsmarkt korrekt zu setzen und so den Leistungswettbewerb und die Solidarität zu fördern. Zweitens wird die Wirkung der veränderten Anreizstruktur erst nach einiger Zeit sichtbar. Zum heutigen Zeitpunkt – ein Jahr nach der Reform – wäre es noch sehr früh, um die Auswirkung im Markt zu analysieren.

Auswirkung der Reform auf das Umverteilungsvolumen

Das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern nahm durch den Einbezug des neuen Kriteriums «Aufenthalt» um rund 6 Prozent zu. Das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten stieg um 17 Prozent. Ein grosser Teil der Transferzahlungen aufgrund des neuen Kriteriums findet also innerhalb der Krankenversicherer statt.

Simulation der finanziellen Anreize zur Risikoselektion

Um die Anreize zur Risikoselektion zu simulieren, müssen Risikomerkmale untersucht werden, welche nicht selbst im Risikoausgleich ausgeglichen werden. Das einzige Merkmal, welches diese Bedingung erfüllt und in den verwendeten Daten zur Verfügung steht, ist die Franchise-

stufe. Obwohl die Franchisestufe nur ein indirektes Merkmal für den Gesundheitszustand ist, und daher nicht als Indikator im Risikoausgleich berücksichtigt werden sollte, ist sie doch stark mit dem individuellen Leistungsbedarf korreliert, denn es wählen mehrheitlich gesunde Versicherte hohe Franchisen. Ein hoher Anteil an Kunden mit hohen Franchisen ist daher ein Indiz für einen hohen Anteil an gesunden Kunden.

Nach diesem Kriterium teilen wir die Versicherer in solche mit einer «günstigen» und «teuren» Struktur ein. Versicherer mit einer «günstigen» Struktur weisen deutlich geringere Pro-Kopf-Nettoleistungen auf als die Versicherer mit der «teuren» Struktur. Die Analyse ergibt, dass mindestens 60 Prozent der beobachteten Unterschiede in den Pro-Kopf-Nettoleistungen durch Unterschiede in der Risikostruktur und nicht durch Effizienzunterschiede bedingt sind. Dies dürfte eher eine Untergrenze des Einflusses der Risikostruktur auf die Nettoleistungen darstellen, da die Analyse nur auf einem Risikomerkmal – der Franchisestufe – basiert.

Den Einfluss des Risikoausgleichs ermitteln wir, indem wir zu den durchschnittlichen Nettoleistungen pro Franchisestufe die geschätzten durchschnittlichen Risikoausgleichszahlungen addieren. Diese Summe nennen wir «kalkulatorische Nettoprämien». In Tabelle 1 sind exemplarisch die durchschnittlichen kalkulatorischen Nettoprämien dargestellt. Ohne Risikoausgleich hätten Versicherte in der Franchisestufe CHF 300 deutlich höhere Nettoprämien als Versicherte in hohen Franchisestufen. Durch den Risikoausgleich mit Alter und Geschlecht werden die Unterschiede deutlich reduziert. Die durchschnittlichen Nettoprämien von Personen mit Franchise CHF 1'500 sind mit Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht um CHF 2'700 niedriger als die der Personen mit Franchise CHF 300. Mit dem zusätzlichen Kriterium «Aufenthalt» werden die Unterschiede zwischen Franchise CHF 1'500 und Franchise CHF 300 auf CHF 2'232 reduziert.

Tabelle 1 Kalkulatorische Nettoprämien pro Jahr nach Franchisestufe

Franchise in CHF	Durchschnittliche Nettoleistungen in CHF	Nettoprämien mit RA nach Alter und Geschlecht in CHF	Differenz zu Franchise CHF 300	Nettoprämien mit RA nach Alter, Geschlecht und Aufenthalt in CHF	Differenz zu Franchise CHF 300
300	5'490	4'401		4'220	
1'500	884	1'701	2'700	1'988	2'232
2'500	471	1'581	2'820	1'826	2'394

RA: Risikoausgleich

Als kalkulatorische Nettoprämien bezeichnen wir die durchschnittlichen Nettoleistungen plus Zahlungen in den (beziehungsweise aus dem) Risikoausgleich. Mit dem alten Risikoausgleich sind die Nettoprämien der Versicherten mit Franchisestufe CHF 300 um CHF 2'700 höher als diejenigen der Versicherten mit Franchisestufe CHF 1'500. Mit dem neuen Kriterium «Aufenthalt» wird der Unterschied auf CHF 2'232 reduziert. Der Unterschied liegt damit auch nach der Verfeinerung des Risikoausgleichs über dem maximal möglichen Prämienrabatt. Krankenversicherer mit vielen Kunden in hohen Franchisestufen haben daher einen Vorteil im Markt.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Die Differenz der kalkulatorischen Nettoprämien liegt mit CHF 2'232 aber deutlich über dem maximal zulässigen Franchiserabatt (CHF 840 für Franchise CHF 1'500). Krankenversicherer mit vielen Kunden in den niedrigen Franchisestufen haben also einen Wettbewerbsnachteil gegenüber Krankenversicherern, die viele Kunden mit hohen Franchisen haben.

Versicherer mit vielen chronisch kranken Kunden

Das Risikomerkmal «chronische Erkrankungen» diskutieren wir anhand der Fachliteratur. Es ist unbestritten, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder HIV/Aids einen erheblich höheren Leistungsbedarf haben als gesunde Patienten aus der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe. Wie Analysen aus dem Deutschen Risikostrukturausgleich zeigen, werden viele dieser Patienten ambulant behandelt und so vom Risikoausgleich mit Kriterium «Aufenthalt» nicht als teure Kunden erkannt. Versicherer, die viele chronisch Kranke versichern, haben daher einen Nachteil gegenüber Konkurrenten, welche mehrheitlich gesunde Kunden haben.

Hinweise auf Risikoselektion im Krankenversicherungswettbewerb

Die Tatsache, dass Krankenversicherer durch eine günstige Risikostruktur Vorteile erlangen können, ist kein Beweis dafür, dass im Markt tatsächlich Risikoselektion betrieben wird. Risikoselektion kann subtile Formen annehmen und ist daher sehr schwer nachzuweisen. Wäre sie leicht zu beweisen, würde es ausreichen, Risikoselektion explizit zu verbieten und das entsprechende Verbot durchzusetzen.¹ In dieser Evaluation haben wir die Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategien analysiert. In den Augen vieler Experten (z. B. Beck et al. 2013, Baumgartner und Busato, 2012) wird die Mehrkassenstrategie dazu benutzt, unterschiedlichen Kundengruppen unterschiedliche Prämien anzubieten. Es kommt also zur Risikosegmentierung innerhalb der Versicherergruppen. Wir finden klare Hinweise dafür, dass innerhalb vieler Versicherergruppen erhebliche Unterschiede bezüglich der Risikostrukturen der verschiedenen Tochterkassen bestehen. Rund 30 Prozent der gesamten Variabilität in den Ausgaben der Krankenversicherer ist denn auch auf Variabilität innerhalb von Versicherergruppen zurückzuführen. Die Segmentierung der Risiken innerhalb von Gruppen ist also nachweisbar, sie könnte jedoch auch andere Gründe haben als bewusste Risikoselektionsstrategien. Beispielsweise haben neu in den Markt eintretende Versicherer auch ohne bewusste Risikoselektion meist einen gesünderen Kundenstamm, da gesündere Versicherte eine höhere Wechselbereitschaft aufweisen als erkrankte Versicherte. Auch Krankenversicherer, die stark auf Produktinnovation wie Ärztenetzwerke oder Telemedizin setzen, ziehen damit oft überproportional die gesünderen Versicherten an und erhalten so eine vorteilhafte Risikostruktur.

¹ Gemäss geltendem Recht sind Versicherer verpflichtet, in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufzunehmen (Art. 4 KVG). Sie müssen zudem die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleisten und dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zweck verwenden (Art. 13 Abs. 2 KVG). Solange das Gesetz keine Ausnahmen vorsieht, müssen sie von allen Versicherten die gleichen Prämien erheben (Art. 61 Abs. 1 KVG). Ein explizites Verbot der Risikoselektion existiert nicht.

Umgang mit Versichererwechslern bei der Risikoausgleichsberechnung

Eine wichtige Umsetzungsfrage bei der Einführung des neuen Risikoausgleichs war der Umgang mit Versichererwechslern. Die Informationen zu den Aufenthalten im Vorjahr liegen dem Versicherer bei Neukunden nicht vor, sie können also auch nicht bei der Datenlieferung an die Berechnungsstelle berücksichtigt werden. Es wurde daher ein Datenaustausch zwischen Vor- und Nachversicherer eingerichtet. In drei unterschiedlichen Szenarien haben wir berechnet, wie sich die Transferzahlungen veränderten, wenn zukünftig auf diesen Datenaustausch verzichtet würde. Unsere Berechnungen ergaben, dass das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherern um rund 1.4 Prozent ansteigen würde. Einzelne Versicherer wären aber stärker betroffen. Der am stärksten betroffene Versicherer müsste rund CHF 6 pro Versichertenmonat mehr einzahlen (zum Vergleich: Die durchschnittlichen Nettoleistungen pro Monat für Erwachsene betragen CHF 260). Da die finanziellen Auswirkungen des Datenaustauschs verglichen mit den Nettoleistungen eher gering sind, würde seine Abschaffung die Anreize im Markt wohl wenig verändern. Bei einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs müsste die Situation jedoch neu beurteilt werden.

Prämienentwicklung und Marktstruktur

Für eine Analyse der Prämienentwicklung und der Entwicklung der Marktstruktur ist es wie eingangs erwähnt noch sehr früh. In den Prämienraten von 2013 und 2014 konnten wir jedoch beobachten, dass Versicherer mit einer teuren Risikostruktur ein vergleichsweise geringes Prämienwachstum hatten. Dies bestätigt die Hypothese, dass durch die Verfeinerung des Risikoausgleichs die Prämienachteile von Versicherern mit einer teuren Risikostruktur eher zurückgingen. Deutlich wurde auch der Effekt auf den Prämienrabatt für junge Erwachsene von 19 bis 25 Jahren. Wie bereits unter der alten Risikoausgleichsberechnung werden die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Altersgruppen vollständig ausgeglichen. Die kalkulatorischen Nettoprämien von jungen Erwachsenen sind daher gleich hoch wie die aller anderen Altersgruppen. Es erstaunt somit nicht, dass die Rabatte für junge Erwachsene kontinuierlich sanken und viele Versicherer bereits keine Rabatte mehr gewähren. Falls der Gesetzgeber Prämienrabatte aufgrund bestimmter Risikomerkmale wünscht, sollten die durchschnittlichen Kostenvorteile aufgrund dieser Merkmale im Risikoausgleich nicht vollständig ausgeglichen werden.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Verfeinerung des Risikoausgleichs zu einer Stärkung der Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken beigetragen hat. Die Situation hat sich insbesondere für jene Kranken verbessert, welche stationär behandelt werden. Krankenversicherer, die überproportional viele chronisch Kranke versichern, haben jedoch weiterhin einen Wettbewerbsnachteil. Die Solidarität zwischen Männern und Frauen, Jüngeren und Älteren ist unverändert hoch geblieben. Die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Alters- und Geschlechtsgruppen wurden bereits mit dem alten Risikoausgleich vollständig ausgeglichen und dies hat sich durch den Einbezug des Kriteriums «Aufenthalt» nicht geändert.

Folgende Handlungsempfehlungen lassen sich aus der Analyse ableiten:

- **Chronische Krankheiten in den Risikoausgleich einbeziehen**
Auch nach der Verfeinerung des Risikoausgleichs um das Kriterium «Aufenthalt» haben chronisch kranke Versicherte stark negative Deckungsbeiträge. Dies gilt insbesondere für Krankheiten, welche mehrheitlich ambulant behandelt werden. Krankenversicherer mit einem hohen Anteil chronisch kranker Patienten erlangen dadurch einen Wettbewerbsnachteil. Der Risikoausgleich sollte verfeinert werden, damit Krankenversicherer auch für Personen mit einem hohen Leistungsbedarf im ambulanten Bereich Ausgleichszahlungen erhalten. Eine entsprechende Gesetzesänderung wird aktuell im Parlament diskutiert. Das Anliegen ist politisch sehr breit abgestützt, wird es doch von zwei parlamentarischen Initiativen (11.473 und 12.446) sowie einer Motion (12.3815) gefordert und ist auch Teil einer durch den Bundesrat vorgeschlagenen Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Botschaft des Bundesrates vom 20. September 2013). Es ist davon auszugehen, dass eine entsprechende Gesetzesänderung in naher Zukunft verabschiedet wird.
- **Bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs die Wirkung auf die gewollten Prämienrabatte überprüfen**
Die konkrete Berechnung der Risikoausgleichsansätze kann unterschiedlich ausgestaltet werden. Nach der heute verwendeten Rechenmethode werden die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen Risikoklassen vollständig ausgeglichen. Wie im Evaluationsbericht gezeigt, ist es in dieser Situation nicht möglich, den jungen Erwachsenen einen aktuarisch gerechtfertigten Rabatt zu geben, obwohl der Gesetzgeber einen Rabatt für junge Erwachsene aus sozialpolitischen Gründen erlaubt. Bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs könnte sich eine ähnlich Situation auch für andere erwünschte Rabatte ergeben. Es lohnt sich, bei einer Verfeinerung des Risikoausgleichs die Wirkung auf die gewollten Prämienrabatte zu überprüfen und gegebenenfalls Anpassungen an der Rechenmethode vorzunehmen. In der Fachliteratur existieren Vorschläge, wie eine solche Anpassung gestaltet werden kann.

1 Einleitung

Mit dem Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) soll erreicht werden, dass die Risikostruktur eines Krankenversicherers für seinen Markterfolg nicht entscheidend ist. Krankenversicherer sollen also keinen Wettbewerbsvorteil erlangen, wenn sie viele gesunde Kunden versichern, und keinen Wettbewerbsnachteil, wenn sie viele Kranke zu ihren Kunden zählen. Um eine günstigere Prämie anzubieten als die Konkurrenz, muss ein Krankenversicherer seine Leistungsausgaben senken, beispielsweise durch effiziente Verwaltungsprozesse und erfolgreiche Behandlungssteuerung. Der Leistungswettbewerb wird dadurch gestärkt.

Grob gesprochen funktioniert der Risikoausgleich folgendermassen: Versicherer, die überproportional viele günstige Versicherte in ihrem Bestand haben, müssen in einen Ausgleichfonds einzahlen, während Versicherer mit überproportional vielen teuren Kunden einen Beitrag aus dem Fonds erhalten. Die Risikoausgleichsformel legt dabei fest, welche Risikomerkmale zur Unterscheidung von «günstigen» und «teuren» Versicherten herangezogen werden. Bis ins Jahr 2011 galten im Schweizer Risikoausgleich die Kriterien Alter und Geschlecht. Aufgrund einer 2012 in Kraft getretenen Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurde die Risikoausgleichsformel verfeinert. Seither wird zusätzlich der Morbiditätsindikator «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» bei der Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigt.

Der vorliegende Bericht ist der Zwischenbericht zur ersten Etappe der Evaluation dieser Verfeinerung des Risikoausgleichs. Die Evaluation ist Teil der vom Bundesrat am 25. Mai 2011 gutgeheissenen Wirkungsanalyse der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung. Die Wirkungsanalyse ist in zwei Etappen unterteilt (2013 und 2015/2016). Die Zwischenergebnisse aus der ersten Etappe 2013 dienen als Grundlage für einen Antrag an den Bundesrat zur Weiterführung und weiteren Finanzierung der Wirkungsanalyse der KVG-Revision zwischen 2015 und 2016. Zum Abschluss jeder der beiden Etappen werden die Auswertungen in einer themenübergreifenden Synthese in einen Kontext gestellt, interpretiert und bewertet.

Bei der Evaluation des Risikoausgleichs steht in der ersten Etappe die Frage im Zentrum, ob durch die Verfeinerung des Risikoausgleichs die Anreize zur Risikoselektion reduziert wurden. Die Fokussierung auf die Anreize hat zwei Gründe: Erstens war das Hauptziel des Risikoausgleichs das Setzen von korrekten Anreizen im Krankenversicherungsmarkt. Zweitens ist der Zeitpunkt für die Evaluation noch früh. Anreize können zum heutigen Zeitpunkt bereits analysiert werden, die Auswirkung der geänderten Anreize auf das Verhalten der Marktteilnehmer wird erst mit einiger Verspätung sichtbar. Dies kann im Rahmen der zweiten Evaluationsetappe analysiert werden.

Die Daten für die Analyse wurden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Verfügung gestellt. Eine erste wichtige Datenquelle waren die Daten, welche die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung KVG liefern, damit der Risikoausgleich berechnet werden kann. Sie enthalten pro Versicherer, Kanton und Risikoausgleichsgruppe die Anzahl Versichertenmonate,

die abgerechneten Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligung. Eine zweite wichtige Datenquelle waren die Daten, welche die Versicherer zur Erstellung der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung an das BAG liefern. Aus diesen Daten wurden insbesondere pro Versicherer und Franchisestufe die Anzahl Versicherte und die abgerechneten Leistungen ausgewertet. Im Vergleich zu anderen Studien zum Thema Risikoausgleich haben wir in dieser Evaluation keine individuellen Patientendaten ausgewertet.

Der Bericht beginnt in Kapitel 2 mit Hintergrundinformationen zum Schweizer Risikoausgleich, seinen Zielen im Krankenversicherungsmarkt und seiner Entwicklung seit 1993. Zudem wird analysiert, welche Finanztransfers stattfinden und welche Risikogruppen die höchsten Transfers leisten beziehungsweise bekommen. Da Deutschland und die Niederlande in Bezug auf den Krankenversicherungswettbewerb mit der Schweiz vergleichbar sind, werden auch die dortigen Reformen und Evaluationsstudien kurz diskutiert.

In Kapitel 3 analysieren wir die finanziellen Vorteile, welche Krankenversicherer mit einer günstigen Risikostruktur erreichen können. Ökonomisch gesprochen führen diese Vorteile zu Anreizen zur Risikoselektion. Hier wird betrachtet, inwiefern sich die einzelnen Krankenversicherer bezüglich ihrer Risikostruktur unterscheiden und welchen Einfluss dies auf ihre Ausgaben hat. Starke Anreize zur Risikoselektion bestehen dann, wenn ein Krankenversicherer mit einer günstigen Risikostruktur (d. h. vielen gesunden Kunden) viel geringere Ausgaben hat als ein Krankenversicherer mit einer teuren Risikostruktur (d. h. vielen kranken Kunden). Im zweiten Teil von Kapitel 3 analysieren wir, inwiefern der heutige Risikoausgleich geeignet ist, Transferzahlungen an Krankversicherer mit vielen chronisch kranken Kunden zu leisten.

In Kapitel 4 wird der Frage nachgegangen, welche Hinweise es für Risikoselektion im Schweizer Markt gibt. Eine solche Analyse kann nicht abschliessend sein, denn Risikoselektion nimmt subtile Formen an und ist daher sehr schwer nachweisbar. Wäre Risikoselektion leicht zu beweisen, würde ein explizites Verbot ausreichen und die korrekte Gestaltung der Anreize wäre weniger wichtig. Neben einer Analyse der aktuellen Literatur zum Thema Risikoselektion, betrachten wir die auf dem Markt tätigen Versicherergruppen genauer und gehen der Frage nach, inwiefern innerhalb der Gruppen eine Segmentierung der Risiken stattfindet.

Mit einem eher technischen Aspekt des Risikoausgleichs befassen wir uns in Kapitel 5. Basieren die Risikogruppen auf Informationen aus dem Vorjahr, stellt die Berücksichtigung der Aufenthalte der Versichererwechsler eine Herausforderung für den Regulator dar. Wir analysieren, welchen Einfluss die gewählte Lösung auf die Transferzahlungen zwischen den Risikogruppen und die Transferzahlungen zwischen Krankenversicherern hat.

In Kapitel 6 analysieren wir den Einfluss der Revision des Risikoausgleichs auf die Prämien und auf die Marktstruktur. Wenn die durch Risikoselektion erreichbaren Vorteile zurückgehen, sollten Versicherer mit günstigen Risikostrukturen ihre Prämien anheben müssen, während solche mit teuren Risikostrukturen diese sollten senken können. Allerdings muss hier die Einschränkung gemacht werden, dass erst maximal drei Analysejahre mit dem neuen Risikoausgleich auswertbar sind. Während die Anreize der Versicherer schon heute gut analysierbar sind, wird die vollständige Wirkung dieser Anreize im Markt erst nach einigen Jahren sichtbar sein.

In Kapitel 7 wird die vorliegende Evaluation kritisch hinterfragt und diskutiert, welche Aspekte im Rahmen der zweiten Etappe eingehender analysiert werden müssten. Zusätzlich werden Handlungsempfehlungen formuliert, welche aus den Resultaten dieser Studie hervorgehen.

2 Der Risikoausgleich in der Schweizer Krankenpflegeversicherung

2.1 Ziele des Risikoausgleichs in der OKP

Die Stärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken war ein wichtiges Ziel des KVG. Die Versicherer müssen im KVG-Bereich jede Antragstellerin aufnehmen und dürfen die Prämien nicht nach dem Gesundheitszustand der Anwärter abstufen. Schwer chronisch kranke Personen bezahlen also die gleiche Prämie wie kerngesunde Personen. Die Prämien orientieren sich am durchschnittlichen Leistungsbedarf und reichen nicht aus, um den erhöhten Leistungsbedarf von chronisch Kranken zu decken. Die Leistungen für Kranke werden durch die Prämien der Gesunden mitfinanziert. Innerhalb einer Versicherung besteht eine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken.

Ohne Risikoausgleich besteht allerdings keine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken über die Versicherer hinweg. Dies führt zur unerwünschten Situation, dass diejenigen Versicherer auf dem Markt einen Vorteil haben, welche den höchsten Anteil an gesunden Versicherten haben. Sie können niedrigere Prämien anbieten, da sie ein günstigeres Verhältnis zwischen Gesunden und Kranken versichern. So werden bei den Versicherern Anreize generiert, möglichst viele Gesunde anzuwerben beziehungsweise Kranke vom Eintritt abzuhalten (aktive und passive Risikoselektion). Das Ziel des Risikoausgleichs ist es, die Mitfinanzierung durch die Gesunden nicht innerhalb eines bestimmten Versicherers, sondern über einen externen Mechanismus zu organisieren. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird also über Versicherer hinweg sichergestellt. Versicherer mit einem überproportionalen Anteil an gesunden Kunden zahlen in den Ausgleichsfonds ein, während solche mit vielen kranken Kunden Beiträge daraus erhalten.

Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist indes nicht der einzige Grund, warum es in der OKP einen Risikoausgleich braucht. Ohne Risikoausgleich sind auch die Anreize zur Effizienz stark reduziert. In einem funktionierendem Wettbewerb können nur diejenigen Anbieter günstige Prämien anbieten, welche effizient arbeiten. Wenn Versicherte zu einem preisgünstigen Anbieter wechseln, belohnen sie unbewusst die effizienten Anbieter im Markt. So werden den Versicherern Anreize zur Effizienzsteigerung gesetzt. Ohne Risikoausgleich funktioniert dieser Mechanismus nicht, denn es können diejenigen Versicherer günstige Prämien anbieten, welche den gesündesten Kundenstamm haben. Mit anderen Worten zeigen die Prämien nicht an, welcher Anbieter am effizientesten arbeitet. Bei einem Anbieter mit günstigen Prämien könnten die Versicherten den Eindruck bekommen, er arbeite effizient, in Wahrheit betreibt er aber erfolgreiche Risikoselektion.

2.2 Entwicklung des Risikoausgleichs in der Schweiz

Auf Basis eines dringlichen Bundesbeschlusses von 1991 wurde in der Schweiz der Risikoausgleich 1993 zum ersten Mal durchgeführt. Das Ziel war, die starken Prämienunterschiede und die damit verbundene Entsolidarisierung im Markt zu reduzieren. Anders als heute durften Krankenversicherer damals Leistungsvorbehalte für Personen mit bekannten Vorerkrankungen machen und die Prämien nach dem Eintrittsalter der Versicherten abstufen. Für ältere und kranke Versicherte war ein Versichererwechsel daher nicht oder nur mit starken Prämien erhöhungen möglich. Dies führte dazu, dass neu in den Markt eintretende Krankenversicherer vorwiegend junge und gesunde Kunden anzogen und folglich auch sehr günstige Prämien anbieten konnten (Beck, 1998). Etablierte Krankenversicherer hatten demgegenüber eine ältere und de facto gefangene Klientel und mussten hohe Prämien verlangen, auch wenn sie effizient arbeiteten.

Der Risikoausgleich 1993 basierte auf den Risikomerkmale Alter und Geschlecht. Mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes 1996 wurde der Risikoausgleich im Gesetz verankert, jedoch befristet auf zehn Jahre. Gleichzeitig wurden die Barrieren beim Wechsel des Krankenversicherers abgeschafft. Die Versicherer wurden verpflichtet, auch ältere Personen und Personen mit Vorerkrankungen ohne Prämienaufschläge oder Leistungsvorbehalte aufzunehmen. Die Erwartung war, dass Kassenwechsel zu einer starken Angleichung der Risikostrukturen führen würden, so dass der Risikoausgleich nach Ablauf der Frist von zehn Jahren nicht mehr nötig wäre. Krankenversicherer mit einer günstigen Risikostruktur erhielten einen Zustrom von älteren und kränkeren Personen, so dass ihr Kostenvorteil verschwände.

Diese Erwartungen haben sich nicht erfüllt (Spycher, 2002). Einerseits war die Wechselbereitschaft geringer als erwartet, andererseits auch ausgesprochen asymmetrisch. Wie Beck et al. (2013, Kapitel 9.3.2) zeigen, sind es insbesondere die Jüngeren, Personen mit hohen Franchisen und Personen mit geringen Gesundheitsleistungen, welche den Krankenversicherer wechseln. Versicherer, die mit einer günstigen Prämie am Markt auftreten können, erhalten also einen Zustrom von eher günstigen Versicherten und können ihre Marktposition weiter verbessern. Ein solches Wechselverhalten führt nicht zu einer Angleichung der Risikostrukturen, sondern verstärkt die Unterschiede sogar noch. Zusätzlich wurde die Angleichung der Risikostrukturen möglicherweise behindert durch Risikoselektionsstrategien seitens der Krankenversicherer, auf welche wir in Kapitel 4 eingehen.

In Tabelle 2 ist die Entwicklung der Umverteilungsvolumina dargestellt. Bei gleichbleibender Formel stieg das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern von 1996 bis 2012 um 179 Prozent (siehe zweite und dritte Spalte von Tabelle 2), und dies obwohl die Anzahl Krankenversicherer, welche die OKP anbieten, von 145 im Jahr 1996 auf 61 im Jahr 2012 sank. Um die Vergleichbarkeit herzustellen, wurde für 2012 das hypothetische Umverteilungsvolumen mit der «alten» Formel nach Alter und Geschlecht berechnet. Auf den Einfluss der Reform des Risikoausgleichs auf das Umverteilungsvolumen werden wir in Abschnitt 2.3 eingehen.

Seit 2009 ist ein Rückgang des Umverteilungsvolumens zwischen den Krankenversicherern sichtbar. In dieser Zeit ist es also zu einer Angleichung der Risikostrukturen verschiedener Versicherer gekommen. Dazu beigetragen haben wohl zahlreiche Kassenfusionen, denn die Anzahl

in der OKP tätigen Versicherer sank von 81 im Jahr 2009 auf 61 im Jahr 2012 (OKP Statistik 2012). Ob es sich dabei um einen einmaligen Effekt oder um einen anhaltenden Trend handelt, muss im Rahmen der zukünftigen zweiten Evaluationsetappe analysiert werden.

Tabelle 2 Entwicklung des Umverteilungsvolumens

Jahr	Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern in Mio. CHF	Steigerung in % seit 1996	Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten in Mio. CHF	Steigerung in % seit 1996
1996	528		2'700	
1997	531	1%	2'921	8%
1998	609	15%	3'196	18%
1999	659	25%	3'366	25%
2000	735	39%	3'574	32%
2001	853	61%	3'824	42%
2002	937	77%	4'008	48%
2003	1'009	91%	4'250	57%
2004	1'103	109%	4'568	69%
2005	1'202	128%	4'865	80%
2006	1'236	134%	5'018	86%
2007	1'323	151%	5'317	97%
2008	1'445	174%	5'618	108%
2009	1'561	196%	5'872	117%
2010	1'546	193%	6'041	124%
2011	1'497	184%	6'153	128%
2012 ^{a)}	1'473	179%	6'135	127%

a) Diese Werte wurden mit der alten Risikoausgleichsformel berechnet. Damit ist das Umverteilungsvolumen direkt vergleichbar mit dem Volumen in den anderen Jahren.

Das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern ist die Summe der Transfers, welche effektiv bezahlt wurden. Diese Kenngrösse ist seit der Einführung des KVG stark angestiegen. Dies lässt darauf schliessen, dass sich seit 1996 die Unterschiede in den Risikostrukturen verstärkt haben. Seit 2011 ist ein Rückgang sichtbar, welcher wohl durch zahlreiche Kassenfusionen ausgelöst wurde. Das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten beschreibt die Summe aller Beiträge von den Risikogruppen, die theoretisch in den Risikoausgleich einzahlen müssen. Auch dieser Betrag ist seit 1996 stark angestiegen, was durch das Bevölkerungswachstum und die stärkere Teuerung bei den älteren Versichertengruppen zurückzuführen ist.

Quelle: Jahre 1996 – 2011: Gemeinsame Einrichtung KVG, <http://www.kvg.org/ra/default.htm>, abgerufen am 24.08.2013. Jahr 2012: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 (siehe Anhang 1), Polynomics.

Unterschiedliche Risikostrukturen sind bei weitem nicht der einzige Grund für den Anstieg der Ausgleichsvolumina. Wie die letzte Spalte von Tabelle 2 zeigt, hat auch das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten bis 2011 stark zugenommen. In 2012 hat es leicht abgenommen, allerdings um weniger als 0.3 Prozent im Vergleich zu 2011. Zur Steigerung des Umverteilungsvolumens zwischen den Versicherten trug neben dem Bevölkerungswachstum und de-

mographischen Verschiebungen der Umstand bei, dass die Kostensteigerung im Gesundheitswesen bei den älteren Personen stärker ausgeprägt war als bei den Jüngeren (Steinmann und Telser, 2005; Buchner und Wasem, 2006).

In Tabelle 3 ist für die Jahre 2006 bis 2012 die Entwicklung der Umverteilungsvolumina bereinigt um die Teuerung dargestellt. Für die Teuerungsbereinigung haben wir angenommen, dass die durchschnittlichen Nettoleistungen pro Risikoausgleichsgruppe konstant bleiben. Die beobachteten durchschnittlichen Nettoleistungen pro Risikoausgleichsgruppe im Jahr 2006 wurden mit den beobachteten Versichertenmonaten aus den Jahren 2007 bis 2012 multipliziert. So erhalten wir teuerungsbereinigte Nettoleistungen pro Risikoausgleichsgruppe und Kanton. Aus diesen Nettoleistungen wurde ein neuer Durchschnitt pro Kanton und die dazugehörigen Risikoausgleichsansätze bestimmt. Kombiniert mit den beobachteten Versichertenmonaten aus den Jahren 2007 bis 2012 lassen sich daraus teuerungsbereinigte Umverteilungsvolumina berechnen.

Tabelle 3 Entwicklung des Umverteilungsvolumens bereinigt um die Teuerung

Jahr	Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern in Mio. CHF, teuerungsbereinigt seit 2006	Teuerungsbereinigte Steigerung in % seit 2006 In () Vergleichswert ohne Teuerungsbereinigung	Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten in Mio. CHF, teuerungsbereinigt seit 2006	Teuerungsbereinigte Steigerung in % seit 2006 In () Vergleichswert ohne Teuerungsbereinigung
2006	1'236		5'018	
2007	1'268	3% (7%)	5'094	2% (6%)
2008	1'335	8% (17%)	5'185	3% (12%)
2009	1'405	14% (26%)	5'278	5% (17%)
2010	1'374	11% (25%)	5'370	7% (20%)
2011	1'333	8% (21%)	5'473	9% (23%)
2012 ^{a)}	1'343	9% (19%)	5'575	11% (22%)

a) Diese Werte wurden mit der Risikoausgleichsformel nach Alter und Geschlecht berechnet, damit das Umverteilungsvolumen 2012 direkt vergleichbar ist mit den anderen Jahren.

Tabelle 3 zeigt, dass die Steigerung des Umverteilungsvolumens ohne die Teuerung wesentlich schwächer ausgefallen wäre. Die Teuerung wirkt sich bei älteren Versicherten stärker aus als bei jungen und trägt so dazu bei, dass sich die Kostenunterschiede zwischen den Versichertengruppen über die Jahre vergrössern.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 (siehe Anhang 1), Polynomics.

Das teuerungsbereinigte Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern stieg von 2006 bis 2012 um rund 9 Prozent, ohne Bereinigung wären es 19 Prozent² gewesen. Rund die

² Diese Prozentzahl kann mit den Werten aus Tabelle 2 berechnet werden.

Hälfte der Steigerung des Umverteilungsvolumens ist also nicht auf divergierende Risikostrukturen zurückzuführen, sondern auf die Tatsache, dass die Teuerung die Kostenunterscheide zwischen jungen und älteren Versicherten vergrössert. Wie schon in Tabelle 2 ist auch nach der Teuerungsbereinigung sichtbar, dass das Umverteilungsvolumen 2009 einen Höchstwert erreichte und seither wieder leicht zurückging. Im Jahr 2012 lag das teuerungsbereinigte Umverteilungsvolumen nur leicht höher als 2008.

Das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten stieg teuerungsbereinigt von 2006 bis 2012 um rund 11 Prozent. Nicht mehr sichtbar ist nach der Teuerungsbereinigung der leichte Rückgang von 2011 bis 2012. Dieser Rückgang war wohl auf eine vergleichsweise starke Teuerung bei den jungen Versicherten im Vergleich zu den älteren Versicherten zurückzuführen.

Betrachtet man alle Jahre seit 1996, kann aus dieser Analyse zusammenfassend gefolgert werden, dass sich die Risikostrukturen der Krankenversicherer seit 1996 nicht angleichen, sondern divergierten. Die erwartete Senkung des Umverteilungsvolumens zwischen den Krankenversicherern trat nicht ein, obwohl die Anzahl unterschiedlicher Krankenversicherer kontinuierlich zurückging.

2.3 Auswirkung der Reform im Jahr 2012 auf das Umverteilungsvolumen

Da sowohl die offizielle Begleitforschung zum Risikoausgleich als auch andere Forschungsarbeiten (siehe Abschnitt 2.5) bereits anfangs der 2000er Jahre zum Schluss kamen, dass der Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht die Anreize zur Risikoselektion nicht ausreichend neutralisieren kann, beschloss das Parlament 2007 eine Revision (vgl. Beck, 2013, Kapitel 10.5 für eine Zusammenfassung der Debatte). Durch die Revision wurde zusätzlich der Indikator «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» (im Folgenden kurz: «Aufenthalt») eingeführt.

In Tabelle 4 ist die Wirkung des neuen Kriteriums «Aufenthalt» auf die Umverteilungsvolumina dargestellt. Als Vergleichsgrösse haben wir mit den Daten von 2012 die (hypothetischen) Umverteilungsvolumina berechnet, wenn noch die alte Formel zur Anwendung gekommen wäre. Durch den Einbezug des neuen Kriteriums stieg das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten in 2012 um rund 17 Prozent. Ein Grossteil dieser Transfers findet jedoch innerhalb der gleichen Krankenversicherer statt, denn das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern stieg nur um rund 6 Prozent.

Tabelle 4 **Auswirkung des neuen Risikoausgleichs auf die Umverteilungsvolumina**

	Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern in Mio. CHF	Einfluss der neuen Formel in %	Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten in Mio. CHF	Einfluss der neuen Formel in %
2012, alte Formel	1'473		6'135	
2012, neue Formel	1'559	6%	7'199	17%

Wäre der Risikoausgleich 2012 noch nach Alter und Geschlecht berechnet worden, hätte das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern 1'473 Millionen betragen. Durch den Einbezug des neuen Kriteriums stieg das Umverteilungsvolumen um rund 6 %. Wesentlich stärker, nämlich um 17 %, stieg das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherten.

Quelle: Alte Formel: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 (vgl. Anhang 1), Polynomics. Neue Formel: Gemeinsame Einrichtung KVG, <http://www.kvg.org/ra/default.htm>, abgerufen am 24.08.2013.

2.4 Finanztransfers zwischen den Risikoausgleichsgruppen

Nach der Analyse der Umverteilungsvolumina wenden wir uns den Transferzahlungen zwischen den einzelnen Risikoausgleichsgruppen zu. Diese sind für die neue Risikoausgleichsberechnung in Tabelle 5 dargestellt. Grundlage bildet die Statistik des definitiven Risikoausgleichs 2012 ohne Herstellung eines Nullsummenspiels.³ Den Risikoausgleichsansatz pro Risikogruppe haben wir als gewichteten Durchschnitt der kantonalen Risikoausgleichsansätze berechnet. Zur Berechnung der Monate und Transferzahlungen wurden die kantonalen Werte aufsummiert.

Die Risikoausgleichsansätze aller Gruppen mit Aufenthalt sind positiv. Personen, die im Vorjahr im Spital oder Pflegeheim waren, sind also unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht teurer als der Durchschnitt. Den höchsten Ansatz haben die Frauen in der Risikoausgleichsgruppe 91+ mit CHF 1'715 pro Monat und Person. Den höchsten Gesamttransfer erhalten die Versicherer für die Frauen in der Altersgruppe 86-90 mit Aufenthalt. Er beträgt über CHF 524 Millionen.

Für die Personen ohne Aufenthalt sind die Ansätze bis zum Alter von 61 (Frauen), beziehungsweise 66 Jahren (Männer) negativ. Es sind also die Personen im erwerbstätigen Alter ohne Aufenthalt, welche durch ihre Prämien einen Solidaritätstransfer leisten. Den höchsten Finanztransfer erreichen die jungen Männer in der Altersgruppe 19-25 Jahre mit über CHF 785 Millionen. Ihre Transferleistung pro Monat ist etwa gleich hoch wie die der 26- bis 30-jährigen Männer, es sind jedoch mehr Individuen in dieser jüngeren Altersgruppe.

³ Damit ist gemeint, dass sich die Einzahlungen und Auszahlungen auf null addieren.

Tabelle 5 Transferzahlungen der Risikoausgleichsgruppen

Gruppe ^{a)}	Durchschnittlicher Ansatz ^{b)}	Monate in 1'000	Transfer in 1'000 CHF ^{b)}	Gruppe	Durchschnittlicher Ansatz	Monate in 1'000	Transfer in 1'000 CHF
f19+	317	96	30'404	m19+	343	74	25'423
f19-	-164	3'831	-627'191	m19-	-204	3'842	-785'270
f26+	385	93	35'637	m26+	499	56	27'907
f26-	-118	3'044	-359'623	m26-	-204	3'131	-639'822
f31+	414	117	48'606	m31+	477	63	30'031
f31-	-92	3'144	-289'273	m31-	-195	3'255	-635'105
f36+	460	128	58'686	m36+	537	77	41'150
f36-	-106	3'184	-336'863	m36-	-182	3'278	-594'935
f41+	502	152	76'589	m41+	532	108	57'270
f41-	-117	3'583	-418'805	m41-	-164	3'676	-602'703
f46+	555	187	104'040	m46+	594	145	85'889
f46-	-97	3'724	-362'567	m46-	-141	3'900	-548'988
f51+	645	187	120'619	m51+	634	164	104'133
f51-	-71	3'255	-230'770	m51-	-108	3'367	-362'324
f56+	711	192	136'751	m56+	719	191	137'581
f56-	-42	2'773	-115'351	m56-	-63	2'801	-175'742
f61+	748	221	165'010	m61+	732	231	168'955
f61-	2	2'528	5'677	m61-	-4	2'443	-8'832
f66+	838	268	224'205	m66+	837	272	227'725
f66-	61	2'245	136'216	m66-	68	2'076	140'550
f71+	931	273	253'904	m71+	948	245	232'258
f71-	124	1'718	212'289	m71-	144	1'445	208'639
f76+	1'078	328	354'068	m76+	1'067	245	261'652
f76-	200	1'403	281'131	m76-	230	1'069	245'603
f81+	1'273	370	470'604	m81+	1'194	211	251'353
f81-	267	1'038	277'375	m81-	288	673	193'865
f86+	1'479	355	524'776	m86+	1'325	143	188'834
f86-	349	576	201'221	m86-	340	316	107'637
f91+	1'715	266	456'453	m91+	1'507	74	111'941
f91-	493	216	106'434	m91-	428	101	43'140

a) f19 steht für die Gruppe der Frauen zwischen und 19-25 Jahren. Ein Plus bedeutet «mit Aufenthalt», ein Minus bedeutet «ohne Aufenthalt».

b) Grundlage sind die Ansätze/Monate des definitiven Risikoausgleichs 2012 ohne Erzeugung des Nullsummenspieles. Zur Ermittlung des Risikoausgleichsansatzes wurde der gewichtete Durchschnitt der kantonalen Ansätze berechnet. Zur Berechnung der Transferzahlungen wurden die Zahlungen in den einzelnen Kantonen aufsummiert.

Gruppen mit negativem Ansatz leisten einen Transfer in den Risikoausgleich, Gruppen mit positivem Ansatz erhalten einen Transfer.

Quelle: Statistik des definitiven Risikoausgleichs 2012, eigene Darstellung, Polynomics.

Erwartungsgemäss sind in den hohen Altersgruppen die Aufenthalte wesentlich häufiger. Bei den über 90-jährigen Frauen entfallen über 50 Prozent der Versichertenmonate in die Gruppe mit Aufenthalt, während es bei den 19-25-jährigen Männern unter 2 Prozent sind. Bei den Frauen sind rund 8 Prozent in einer Gruppe mit Aufenthalt, bei den Männern sind es rund 6 Prozent. Es ist anzunehmen, dass diese Zahlen leicht höher wären, wenn mit Versichertenköpfen gerechnet würde, denn Versicherte mit Aufenthalt haben wahrscheinlich eine höhere Mortalität und daher eine kürzere durchschnittliche Versicherungsdauer als Gruppen ohne Aufenthalt.

Beachtenswert ist auch, dass die Transferzahlungen *zwischen den Alters- und Geschlechtsgruppen* mit dem neuen Risikoausgleich gleich sind wie mit dem alten. Berechnet man z. B. mit denselben Daten die Risikoausgleichsansätze gemäss alter Formel, müssen die 19-25-jährigen Männer eine Summe von rund CHF 760 Mio. einbezahlen. Dieselbe Summe erhält man auch, wenn man in Tabelle 5 die Zahlungen der Gruppe 19+ und 19- addiert. Diese Übereinstimmung folgt aus der Rechenmethode. Mit dem alten Risikoausgleich wurde der durchschnittliche Unterschied der älteren und der jüngeren Versicherten bereits vollständig ausgeglichen. Eine weitere Spaltung jeder Altersgruppe nach dem Risikomerkmal «Aufenthalt» ändert daran nichts.

2.5 Evaluationsstudien zum Risikoausgleich

In diesem Abschnitt gehen wir kurz auf Schweizer Studien zum Risikoausgleich ein, sowie auf die aktuellen Studien, welche in Deutschland und den Niederlanden zur Evaluation von Reformen des Risikoausgleichs durchgeführt wurden. Dabei steht die Frage im Vordergrund, welche Kriterien in diesen Evaluationsstudien verwendet wurden. Eine Übersicht über die internationale Literatur zur Gestaltung des Risikoausgleichs im Allgemeinen ist in Verisk Health (2010) zu finden.

Den hier zitierten Studien ist gemein, dass sie auf Basis von Individualdaten durchgeführt wurden. In Deutschland und den Niederlanden verwendet der Regulator Individualdaten der Gesamtbevölkerung, um den Risikoausgleich zu berechnen. Diese Datensätze stehen daher auch für die Evaluation zur Verfügung. Da in der Schweiz solche umfassenden Datensätze nicht existieren, wurde die Analyse hier auf gruppierten Daten durchgeführt.

Trotz der grossen Anzahl an internationaler Fachliteratur zum Thema Risikoausgleich hat sich bislang kein Konsens darüber herausgebildet, welches Ausgleichsniveau «ausreichend» ist, damit sich ein solidarischer und effizienzsteigernder Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt entwickelt. Während Van Kleef et al. (2013) grundsätzlich alle erwarteten Ausgabenunterschiede zwischen Risikogruppen als unerwünscht betrachten, vertreten Beck et al. (2006) die Meinung, dass die Marktteilnehmer nur von Unterschieden beeinflusst werden, die einen erheblichen Einfluss auf ihre Ausgaben haben. Als mögliche Richtgrösse beschreiben diese Autoren, dass die Kostenvorteile, die durch eine günstige Risikostruktur erreichbar sind, geringer sein sollen als die Kostenvorteile durch effizienzsteigernde Innovationen wie Managed Care. In der Schweiz werden die durch solche Innovationen erzielbaren Kostenvorteile auf rund 15 bis 20 Prozent geschätzt (siehe z. B. Reich et al 2012, Trottmann et al. 2012).

2.5.1 Schweizer Studien zum Risikoausgleich

Eine erste Evaluation des Risikoausgleichs wurde bereits kurz nach der Einführung des neuen KVG vorgenommen (Beck, 1998). In Simulationsrechnungen wurde gezeigt, dass Krankenversicherer trotz des Risikoausgleichs nach Alter und Geschlecht erhebliche Prämienvorteile mittels Risikoselektion erwirtschaften können. Kurz darauf startete 1997 die offizielle Begleitforschung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), welche in Spycher (2002) zusammengefasst ist. Neben einer umfangreichen Literaturanalyse zu den theoretischen Grundlagen des Risikoausgleichs enthält die Studie einen empirischen Vergleich zwischen dem Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht und verschiedenen Reformvorschlägen, unter anderem dem Risikoausgleich mit Aufenthalt und Varianten mit einem zusätzlichen Hochrisikopool. Als Vergleichskriterien wurden statistische Gütemasse wie beispielsweise der R^2 herangezogen.⁴ Die beste Prognosegüte wird in einem Modell mit Vorjahreskosten kombiniert mit einem Hochkostenpool erreicht. Holly et al. (2004) vergleichen ebenfalls unterschiedliche Risikoausgleichsmodelle anhand ihrer Prognosegüte. Anders als Spycher (2002) gehen sie dabei auch auf Modelle ein, welche auf der Basis von stationären Diagnosen und Mehrjahresinformationen entwickelt wurden. Durch den Einbezug von stationären Diagnosen kann die Prognosegüte (gemessen am R^2) um rund acht Prozentpunkte gesteigert werden im Vergleich zu einem Modell mit Kriterium «Aufenthalt».

Eine andere Analysestrategie verfolgen Beck et al. (2006), die den Risikoausgleich 1993 nach Alter und Geschlecht, den Risikoausgleich 2012 nach Alter, Geschlecht und Aufenthalt sowie einen Risikoausgleich mit dem zusätzlichen Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen bewerteten. Um direkt die Anreize zur Risikoselektion abzubilden, berechneten sie für jedes Individuum im Datensatz einen erwarteten Deckungsbeitrag. Als Risikoselektionsstrategie wurde angenommen, dass der Krankenversicherer versucht, profitable Kunden anzuwerben und verlustreiche Kunden möglichst vom Eintritt abzuhalten. Die Autoren fanden, dass der Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht beachtliche Gewinne durch Selektion zulässt, während ein Risikoausgleich mit Aufenthalt diese stark reduziert.

2.5.2 Evaluation der Reform 2009 in Deutschland

In Deutschland wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2009 grundlegend reformiert. Ein Teil der Reform war die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikoausgleichs. Während vor der Reform nur Alter, Geschlecht und der Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Risikoausgleich berücksichtigt wurden, sind es seit 2009 auch diagnostische und pharmazeutische Informationen. Die diagnostischen Informationen werden dazu verwendet, die Versicherten in Morbiditätsgruppen einzuteilen. Die pharmazeutischen Informationen werden genutzt, um die Diagnosen zu plausibilisieren oder um die Schwere der Erkrankung zu ermit-

⁴ Eine kurze Erklärung der statistischen Gütemasse befindet sich in Anhang 2.

teln. Beispielsweise führt eine diagnostizierte Multiple Sklerose ohne Dauermedikation zu einer geringeren Zahlung aus dem Risikoausgleich als eine Multiple Sklerose mit Dauermedikation.

Die Reform von 2009 wurde im Jahr 2011 erstmals durch den «wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs» evaluiert (Drösler et al., 2011). Die Evaluationskriterien waren dabei die folgenden:

- Aggregierte Masse der Prognosegenauigkeit (R^2 , CPM, MAPE)⁵
- Unter- oder Überdeckung auf Gruppenebene (Alter, Morbidität, Kassenwechsler, Wohnregion, Vorjahresausgaben, Auslandversicherte, Kostenerstatter)
- Unter- oder Überdeckung auf Kassenebene

Das Kriterium der Über- oder Unterdeckung wurde dabei als besonders wichtig herausgestrichen, weil es direkt die Anreize zur Selektion beschreibt. Die Autoren kommen zum Schluss, dass trotz markanten Verbesserungen die Gesundheitsleistungen der chronisch Kranken immer noch zu wenig finanziert sind, besonders beim Auftreten mehrerer Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität) und bei Erkrankungen mit hohem Sterberisiko (hohe Letalität). Die gesunden Versichertengruppen weisen hingegen auch nach der Reform eine Überdeckung auf.

2.5.3 Niederlande – Evaluation des Risikoausgleichsmodells 2012

Im niederländischen Risikoausgleich werden seit Anfang der 2000er Jahre Morbiditätsinformationen berücksichtigt und diese wurden stetig verfeinert. Die 2012 verwendete Formel berücksichtigt neben Alter, Geschlecht und Wohnregion auch pharmazeutische Informationen, diagnostische Informationen aus dem stationären Sektor, Information zur Einkommensquelle (inkl. Renten), soziodemographische Information und Indikatoren für die Zugehörigkeit zu einer Hochkostengruppe in den vergangenen drei Jahren.

Diese Formel wurde durch Van Kleef et al. (2013) evaluiert. Die Analysestrategie bestand darin, Gruppen zu identifizieren, welche für den Krankenversicherer mit erwarteten Gewinnen oder Verlusten verbunden sind. Die Autoren berechnen, dass selbst nach Anwendung dieser differenzierten Risikoausgleichsformel für zahlreiche Versichertengruppen (mit hoher Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) Verluste erwartet werden und diese auch über mehrere Jahre bestehen bleiben.

⁵ Siehe Anhang 2 für eine Erklärung der Gütemasse.

3 Simulation der finanziellen Anreize zur Risikoselektion

Finanzielle Anreize zur Risikoselektion haben Krankenversicherer insbesondere dann, wenn ihre Marktposition stark durch ihre Risikostruktur beeinflusst wird. Führen beispielsweise viele gesunde Kunden automatisch zu Vorteilen im Markt, haben Krankenversicherer einen Anreiz, sich selektiv um gesunde Kunden zu bemühen. Im Folgenden werden wir analysieren, ob eine günstige Risikostruktur erhebliche Vorteile bringt und wie dies durch den neuen Risikoausgleich 2012 verändert wurde.

Entscheidend ist dabei, dass Risikomerkmale betrachtet werden, die nicht durch den Risikoausgleich ausgeglichen werden. Wird ein Risikomerkmale ausgeglichen, ist es für die Marktposition eines Krankenversicherers irrelevant, ob er viele oder wenige Versicherte mit (beziehungsweise ohne) dieses Risikomerkmale hat. Beispielsweise führen viele junge Versicherte nicht automatisch zu einer günstigen Marktposition, solange der Faktor «Alter» im Risikoausgleich berücksichtigt wird. Erst wenn Versicherte weniger Leistungen benötigen als der Durchschnitt ihrer Altersgruppe, dann werden sie zu profitablen Kunden.

Das einzige in den Daten verfügbare Risikomerkmale, welches nicht ausgeglichen wird, sind die von den Versicherten gewählten Franchisestufen. In Abschnitt 3.1 wird diskutiert, inwieweit dieses Merkmal den individuellen Leistungsbedarf abbildet. In Abschnitt 3.2 vergleichen wir die Risikostrukturen unterschiedlicher Krankenversicherer. In Abschnitt 3.3 analysieren wird den Einfluss einer gegebenen Risikostruktur auf die Nettoleistungen pro Krankenversicherer, während wir in Abschnitt 3.4 die Auswirkungen des Risikoausgleichs diskutieren. Diese Analyse zeigt auf Ebene des Krankenversicherers, wie stark seine Marktposition durch seine Risikostruktur beeinflusst wird.

Für die Analysen (Kapitel 3.2 bis 3.4) haben wir Krankenversicherer mit unter 1'000 Versicherten ausgeschlossen. Bei sehr kleinen Versicherern ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sowohl ihre Versichertenstruktur als auch ihre Nettoleistungen stark vom Marktdurchschnitt abweichen. Solche Ausreisserwerte sind oft der spezifischen Historie des Versicherers geschuldet und lassen keine Aussagen über den Gesamtmarkt zu. Wir sind daher der Meinung, dass der Ausschluss dieser Werte eine bessere Analyse des Gesamtmarktes erlaubt. Ergänzend zu den Analysen auf Ebene Versicherer ist im Anhang 4 eine Analyse des Risikomerkmals «Franchisestufe» auf Ebene des Versicherten dargestellt.

In Abschnitt 3.5 verlassen wir das Risikomerkmale «Franchise» und diskutieren, ob Krankenversicherer mit vielen chronisch kranken Kunden einen Nachteil im Markt haben. Das Kapitel schliesst mit Schlussfolgerungen und einer Diskussion.

3.1 Die Franchisestufe als Risikomerkmale

Versicherte mit hohen Franchisen haben durchschnittlich wesentlich geringere Nettoleistungen als Personen mit niedrigen Franchisen. Wie in Tabelle 6 gezeigt, verursachen Erwachsene mit

einer Franchise von CHF 300 in der Standard-OKP durchschnittliche Nettoleistungen von CHF 6'398, während Versicherte mit einer Franchise von CHF 2'500 durchschnittlich nur CHF 596 an Nettoleistungen in Anspruch nehmen. Dieser grosse Unterschied kommt durch drei Faktoren zu Stande: Erstens bezahlen Personen mit einer hohen Franchise einen grösseren Teil ihrer Gesundheitsleistungen selbst und haben daher niedrigere Ausgaben zu Lasten des Versicherers. Zweitens führt der Umstand, dass Gesundheitsleistungen unterhalb der Franchise aus der eigenen Tasche bezahlt werden müssen, zu einer vorsichtigeren Inanspruchnahme von Leistungen («Anreizeffekt»). Drittens ist die Wahl der Franchise stark mit dem erwarteten Leistungsbedarf korreliert («Selektionseffekt»). Ein gesunder Versicherter erwartet kaum Ausgaben und der Franchiserabatt übersteigt daher mit grosser Wahrscheinlichkeit den Betrag, welchen er an Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche zu zahlen hat. Ein gesunder Versicherter wird daher eher eine hohe Franchise wählen als ein chronisch Kranker. Diese «Selbstselektion» der gesunden Versicherten in die hohen Franchisen wird in zahlreichen empirischen Studien beschrieben. So berechnen Gardiol et al. (2005), dass rund drei Viertel des Kostenunterschieds zwischen Personen mit hohen und niedrigen Franchisen auf Unterschiede in der Risikostruktur zurückzuführen sind. Trottmann et al. (2012) gehen sogar davon aus, dass rund 90 Prozent durch die Risikostruktur bedingt sind.

Tabelle 6 Durchschnittliche Nettoleistungen nach Franchisestufen, 2011

Franchisestufen	Standard-OKP Nettoleistungen in CHF (nur Erwachsene 26+)	Andere Versicherungsformen (HMO...) Nettoleistungen in CHF (nur Erwachsene 26+)
300	6'398	4'258
500	4'765	2'753
1'000	2'090	1'116
1'500	1'192	708
2'000	733	505
2'500	596	388

Versicherte mit der Franchise 300 verursachen durchschnittliche Nettoleistungen von CHF 6'398, während Versicherte mit der Franchise 2'500 Nettoleistungen von lediglich CHF 596 aufweisen (nur Erwachsene, nur Standard-OKP). Ein Grossteil dieses Unterschieds ist dadurch bedingt, dass gesündere Personen öfter eine hohe Franchise wählen als kranke. Verschiedene Studien gehen davon aus, dass 75 bis 90 Prozent des Unterschieds in den Nettoleistungen durch Unterschiede in der Risikostruktur bestimmt sind.

Quelle: OKP Statistik 2011, Tabelle T2.08, Eigene Darstellung Polynomics.

Wenn die Franchisestufe also ein gutes Merkmal des Leistungsbedarfs ist, stellt sich die Frage, warum dieses nicht zur Berechnung des Risikoausgleichs verwendet wird. Der Grund ist, dass der Anreizeffekt, das heisst die unterschiedliche Inanspruchnahme bei gleichem Gesundheitszustand, nicht ausgeglichen werden soll. Er soll in Form eines Prämienrabatts an die Versicherten weitergegeben werden. Eine Berücksichtigung der Franchisestufe im Risikoausgleich wäre da-

her nur mit komplizierten Korrekturen möglich (siehe Verisk Health, 2010, Kap 1.6.3; Van Kleef et al., 2008).

3.2 Unterschiede in der Risikostruktur der Krankenversicherer

In einem ersten Schritt analysieren wir deskriptiv, wie stark sich die Krankenversicherer in ihrer Risikostruktur unterscheiden. Diese wurden dazu in drei Gruppen eingeteilt. Als Gruppierungsvariable fungiert der Anteil an Versicherten in den zwei untersten Franchisestufen (CHF 300 und CHF 500). In der Gruppe «Günstige Struktur» sind diejenigen 25 Prozent der Krankenversicherer mit dem kleinsten Anteil an niedrigen Franchisestufen. In der Gruppe «Teure Struktur» sind die 25 Prozent der Krankenversicherer mit dem höchsten Anteil.

Aus Tabelle 7 geht hervor, dass sich die Krankenversicherer in ihrer Risikostruktur stark unterscheiden. Die Versicherer mit der «günstigen Struktur» haben durchschnittlich rund 35 Prozent ihres Bestandes in der Franchisestufe 300, während über 53 Prozent eine hohe Franchisestufe von CHF 1'000 und mehr gewählt haben. Dies sind deutlich mehr als in der Gesamtbevölkerung, wo weniger als 38 Prozent eine hohe Franchisestufe haben. Bei den Krankenversicherern mit der «teuren Struktur» sind durchschnittlich über 57 Prozent der Versicherten in der Franchisestufe 300 zu finden. Nur rund 27 Prozent der Versicherten haben sich für eine Franchise von CHF 1'000 oder mehr entschieden. Diese Gruppe versichert also einen überproportionalen Anteil an Personen, die einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen haben.

Tabelle 7 Verteilung der Franchisestufen nach Quartilen, Jahr 2011

	«Günstige Struktur» (1. Quartil)	«Mittlere Struktur» (2. und 3. Quartil)	«Teure Struktur» (4. Quartil)	Gesamtbevölkerung ^{a)}
Anzahl Krankenversicherer	15	30	14	
Anteil Franchise 300	35 % (9.95)	48 % (9.58)	58 % (10.88)	43 %
Anteil Franchise 500	12 % (5.28)	16 % (8.42)	16 % (9.39)	19 %
Anteil Franchise 1'000+	54 % (11.22)	37 % (3.72)	27 % (3.82)	38 %

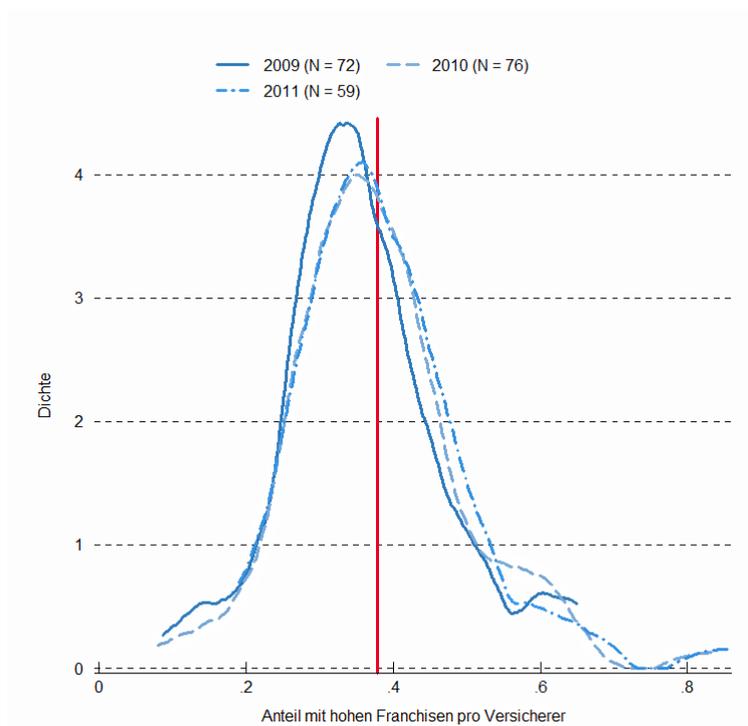
Standardabweichungen (siehe Definition in Anhang 2) sind in Klammern. Krankenversicherer mit weniger als 1'000 Versicherten wurden ausgeschlossen.

- a) Hier wird direkt die Gesamtbevölkerung betrachtet. In den anderen Spalten werden zuerst die Werte pro Krankenversicherer berechnet und von diesen dann der Durchschnitt genommen.

Die Krankenversicherer werden nach ihrer Risikostruktur in drei Gruppen eingeteilt. Die 25 Prozent mit dem niedrigsten Anteil an Franchisen 300 und 500 fallen in die Gruppe «günstige Struktur». Diese Versicherer haben durchschnittlich rund 35 % ihres Bestandes in der Franchise 300, während rund 54 % eine hohe Franchise von CHF 1'000 und mehr gewählt haben. Ganz anders sieht es beim Quartil der Krankenversicherer mit dem teuersten Bestand aus. Diese versichern einen überproportionalen Anteil an Kunden mit niedrigen Franchisen. Deutlich wird, dass sich die Risikostrukturen unterschiedlicher Krankenversicherer stark unterscheiden.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 3 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Abbildung 1 Verteilung des Anteils mit hohen Franchisen



Krankenversicherer mit unter 1'000 Versicherten wurden ausgeschlossen.

In dieser Abbildung ist der Anteil an hohen Franchisen (CHF 1000 und mehr) pro Krankenversicherer dargestellt. Je höher die blaue Linie, desto mehr Krankenversicherer gibt es, welche den auf der Abszisse dargestellten Anteil an hohen Franchisen haben. Die meisten Krankenversicherer haben einen Anteil von 30-40 Prozent, darum ist die Verteilungskurve dort am höchsten. Insgesamt ist die Verteilung eher breit als schmal, die Krankenversicherer haben also sehr unterschiedliche Risikostrukturen. Während bei einigen Versicherern der Anteil an hohen Franchisen unter 20 Prozent liegt, sind es bei anderen Krankenversicherern über 80 Prozent. Ein Trend zur Angleichung der Risikostrukturen über die Zeit ist nicht beobachtbar.

Quelle: Eigene Darstellung anhand Datensatz 3 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Tabelle 7 zeigt deutlich, dass im Jahr 2011 beachtliche Unterschiede zwischen den Risikostrukturen einzelner Krankenversicherer bestanden. Es stellt sich die Frage, ob längerfristig ein Trend zur Angleichung der Risikostrukturen beobachtbar ist. Aufgrund der Datenverfügbarkeit ist eine Analyse nur über drei Jahre (2009–2011) möglich.⁶ In Abbildung 1 ist die Häufigkeitsverteilung des Anteils an hohen Franchisen (CHF 1'000 und mehr) pro Krankenversicherer dargestellt. Eine schmale, spitzige Häufigkeitsverteilung bedeutet, dass viele Krankenversicherer ungefähr den gleichen Anteil an hohen Franchisen haben, also eine ähnliche Risikostruktur aufweisen. Eine breite, langgezogene Verteilung bedeutet, dass sich die Anteile der Franchisen der einzel-

⁶ Der Grund ist, dass die entsprechenden Tabellen in der OKP Statistik bis 2008 noch anders strukturiert waren. Von Versicherern, welche ein alternatives Versicherungsmodell gewählt hatten, wurde die Franchisestufe nicht erfasst.

nen Krankenversicherer stark unterscheiden. Abbildung 1 deutet darauf hin, dass in allen Jahren beachtliche Unterschiede zwischen den Krankenversicherern bestehen. Während bei bestimmten Krankenversicherern über 80 Prozent des Kundenstammes eine Franchise von CHF 1'000 oder mehr haben, gibt es umgekehrt auch Krankenversicherer, bei denen der Anteil an hohen Franchisen unter 20 Prozent liegt. Ein Trend zu einer Angleichung der Risikostrukturen ist in den drei Jahren 2009 bis 2011 nicht beobachtbar, die Heterogenität bezüglich des Anteils hoher Franchisen scheint eher etwas zugenommen zu haben.

3.3 Einfluss der Risikostruktur auf die Nettoleistungen pro Krankenversicherer

In diesem Abschnitt diskutieren wir, welchen Einfluss die Risikostruktur auf die Nettoleistungen pro Krankenversicherer hat. In Tabelle 8 werden die Krankenversicherer erneut in die «günstige» und die «teure» Gruppe eingeteilt. Es zeigt sich, dass die «günstige» Gruppe nicht nur, wie definiert, einen kleinen Anteil an niedrigen Franchisen hat, sondern auch die durchschnittlichen Nettoleistungen innerhalb der Franchisegruppe deutlich geringer ausfallen. Zwei Faktoren können zu diesem Umstand beitragen. Zweifelsohne gibt es andere Risikomerkmale ausser der Franchisestufe, welche diese Kostenunterschiede erklären könnten. Andererseits ist auch denkbar, dass Krankenversicherer in der «günstigen» Gruppe mehr Rechnungskontrolle etc. betreiben oder mehr Versicherte in kostengünstigen Formen wie Modellen mit eingeschränkter Arztwahl und Budgetverantwortung haben. Forschungsartikel (z. B. Reich et al., 2012; oder Trottmann et al., 2012) gehen davon aus, dass mit solchen Programmen rund 15 bis 20 Prozent der Kosten eingespart werden können. Eine detaillierte Analyse dieser Effekte war im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht möglich.

Tabelle 8 Standardisierung der Nettoleistungen, Jahr 2011

Franchise- stufen	Anteile in Gesamtbe- völkerung	Anteile	Durchschn. Nettoleistungen (CHF)	Anteile	Durchschn. Netto- leistungen (CHF)
		«günstige Struktur» (Q ₂₅) ^{a)}	«günstige Struktur» (Q ₂₅)	«teure Struktur» (Q ₇₅)	«teure Struktur» (Q ₇₅)
300	43 %	35 %	4'397	58 %	5'056
500	19 %	12 %	2'593	16 %	3'385
1000	5 %	4 %	1'137	4 %	1'499
1'500	15 %	15 %	777	10 %	988
2'000	4 %	4 %	472	2 %	684
2'500	15 %	30 %	413	11 %	393

Krankenversicherer mit unter 1'000 Versicherten wurden ausgeschlossen.

- a) Als Gradmesser für die Risikostruktur gilt der Anteil an Kunden in den Franchisestufen 300 und 500. Unter der «günstigen Struktur» sind diejenigen 25% der Krankenversicherer zusammengefasst, bei denen dieser Anteil am niedrigsten ist.

Die Krankenversicherer unterscheiden sich nicht nur in der Verteilung ihres Kundenstamms auf die Franchisestufen, sondern auch in ihren Nettoleistungen pro Franchisestufe. Die Krankenversicherer mit der günstigen Struktur in Bezug auf die Verteilung haben auch niedrigere Kosten pro Franchisestufe.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 3 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Um den Einfluss der Risikostruktur auf die Nettoleistungen pro Krankenversicherer zu bestimmen, berechnen wir «standardisierte» Nettoleistungen pro Krankenversicherer. Die Nettoleistungen werden dahingehend standardisiert, dass für jeden Krankenversicherer die gleiche Risikostruktur (gemäss der Gesamtpopulation) unterstellt wird. Durch die Standardisierung der Risikostruktur werden die Kostenunterschiede zwischen den Krankenversicherern isoliert, die sich aus den unterschiedlichen Nettoleistungen innerhalb der Franchisegruppe ergeben. Dazu werden die beobachteten *Nettoleistungen pro Franchise* mit dem Anteil dieser Franchisegruppe *an der Gesamtbevölkerung* multipliziert. Ein Beispiel an den Durchschnittswerten der Krankenversicherer mit «günstiger» Struktur ist in den Gleichungen (1) und (2) gezeigt.

Beobachtete durchschnittliche Nettoleistungen «günstige Struktur»:

$$35\% \cdot 4'397 + 12\% \cdot 2'593 + 4\% \cdot 1'137 + 15\% \cdot 777 + 4\% \cdot 472 + 30\% \cdot 413 = 2'137 \quad (1)$$

Standardisierte durchschnittliche Nettoleistungen «günstige Struktur»:

$$43\% \cdot 4'397 + 19\% \cdot 2'593 + 5\% \cdot 1'137 + 15\% \cdot 777 + 4\% \cdot 472 + 15\% \cdot 413 = 2'641 \quad (2)$$

Der Einfluss der Risikostruktur wird gemessen an der Differenz zwischen den beobachteten und den standardisierten Nettoleistungen pro Krankenversicherer. Wenn wir erneut die beiden Versicherergruppen mit den 25 Prozent wenigsten und meisten Versicherten mit niedrigen Franchisen (1. und 4. Quartil, d. h. Q_{25} bzw. Q_{75}) vergleichen, beträgt die Differenz der beobachteten Nettoleistungen ohne Standardisierung, d. h. mit tatsächlichen Risikostrukturen, CHF 1'639 (dritte Spalte in Tabelle 9). Nach der Standardisierung, d. h. korrigiert unter Annahme identischer Risikostrukturen, hat sich die Differenz auf CHF 631 reduziert. Durch die Standardisierung wurde der Kostenvorteil der «günstigen» Gruppe also um rund zwei Drittel reduziert. Grössere Werte resultieren auch, wenn die Gruppen anders abgegrenzt werden (z. B. «Günstig»: 5% oder 10% statt 25% der Krankenversicherer mit den wenigsten niedrigsten Franchisen; «Teuer»: 5% oder 10% statt 25% der Krankenversicherer mit den meisten niedrigen Franchisen).⁷ Da die Standardisierung lediglich anhand eines Risikomerkmals durchgeführt wurde, ist anzunehmen, dass es sich eher um eine Untergrenze des Einflusses der Risikostruktur handelt.

⁷ Es mag erstaunen, dass die beobachteten Nettoleistungen des 90- und des 95-Quantil niedriger sind als die des 75-Quantils. Der Grund ist, dass die Gruppeneinteilung einzig anhand der Anteile der niedrigen Franchisen vorgenommen wurde. Die Kosten innerhalb der Franchisestufe wurden nicht zur Gruppeneinteilung verwendet. Ein Versicherer kann einen hohen Anteil an niedrigen Franchisen haben, aber die Nettoleistungen pro Franchisestufe sind trotzdem gering.

Tabelle 9 Einfluss der Risikostruktur auf die Nettoleistungen, 2011

	Q ₂₅	Q ₇₅	Diff. 25/75	Q ₁₀	Q ₉₀	Diff. 10/90	Q ₅	Q ₉₅	Diff. 5/95
Durchschn. Nettoleistungen, beobachtet	2'137	3'776	1'639	1'661	3'539	1'878	1'288	3'643	2'355
Durchschn. Nettoleistungen, standardisiert	2'641	3'272	631	2'450	2'825	375	2'312	2'833	521
Anteil an der Differenz der Nettoleistungen, der durch die Risikostruktur erklärt wird			61%			80%			78%

Krankenversicherer mit unter 1'000 Versicherten wurden ausgeschlossen.

In dieser Tabelle ist der Effekt der Standardisierung für unterschiedliche Gruppen von Krankenversicherern gezeigt. Die 25% Krankenversicherer mit der besten Risikostruktur («Q₂₅») haben durchschnittliche beobachtete Nettoleistungen von CHF 2'137, während dieser Wert für die 25% der Krankenversicherer mit der schlechtesten Risikostruktur («Q₇₅») bei CHF 3'776 liegt. Der Unterschied beträgt beachtliche CHF 1'639. Für beide Gruppen von Krankenversicherern berechnen wir die standardisierten Nettoleistungen unter der Annahme, dass sie eine durchschnittliche Struktur hätten. Diese sind in Zeile zwei dargestellt (CHF 2'641 resp. 3'272). Nach der Standardisierung beträgt der Unterschied nur mehr CHF 631. Rund zwei Drittel der Differenz der beobachteten durchschnittlichen Nettoleistungen ist also durch die Risikostruktur erklärt.

Quelle: Eigene Berechnung anhand Datensatz 3 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

3.4 Einfluss der Risikostruktur auf die Kosten pro Krankenversicherer nach Risikoausgleich

Im vorangegangenen Abschnitt wurden Unterschiede in den Nettoleistungen von Krankenversicherern mit unterschiedlichen Verteilungen der Franchisestufen analysiert. In diesem Abschnitt werden zusätzlich die Zahlungen in den oder aus dem Risikoausgleich berücksichtigt. Die durchschnittlichen Nettoleistungen plus Risikoausgleichszahlungen werden als «kalkulatorische Nettoprämien» bezeichnet. Es handelt sich dabei um die Kosten, welche dem Krankenversicherer ausserhalb seiner Administrativkosten und Reservebildung entstehen.

$$\text{Kalkulatorische Nettoprämien} = \text{Durchschnittliche Nettoleistungen} \pm \text{Risikoausgleich}$$

Um die kalkulatorischen Nettoprämien pro Franchisestufe zu berechnen, müsste eine Zuordnung der Versicherten in die Franchisen und Risikoausgleichsklassen zur Verfügung stehen. Dies ist in den verfügbaren Daten leider nicht der Fall.⁸ Aus einer Umfrage ist jedoch die Verteilung der Franchisen pro Kanton, Alters- und Geschlechtsklasse über alle Krankenversicherer bekannt. Um daraus pro Franchisestufe den Beitrag an den Risikoausgleich zu berechnen, werden zwei zusätzliche Annahmen getroffen.

⁸ Vgl. Datenbeschrieb im Anhang 1.

1. Die Verteilung der Versicherten auf die Alters- und Geschlechtsklassen innerhalb einer Franchisestufe ist bei allen Versicherern gleich. Sie entspricht dem Durchschnitt.
2. 70 Prozent der Individuen mit Aufenthalt haben Franchise 300 gewählt. Die restlichen 30 Prozent sind nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisen über 300 verteilt. Individuen ohne Aufenthalt sind nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisen verteilt. Alternative Szenarien sind in Anhang 3 gezeigt.

In Tabelle 10 sind die durchschnittlichen Nettoleistungen und die kalkulatorischen Nettoprämien pro Franchisestufe dargestellt.⁹ Die Versicherten mit der minimalen Franchisestufe 300 haben hohe durchschnittliche Nettoleistungen von CHF 5'490, bekommen aber Zahlungen aus dem Risikoausgleich. Nach Risikoausgleich 1993 betragen ihre kalkulatorischen Nettoprämien CHF 4'401, mit dem neuen Risikoausgleich werden sie nochmals um 180 CHF reduziert. Bei den Personen mit Franchise 2'500 wirkt der Risikoausgleich umgekehrt. Diese haben mit durchschnittlich CHF 471 sehr niedrige Nettoleistungen, müssen jedoch in den Risikoausgleich einzahlen. Der Risikoausgleich 1993 erhöht ihre Nettoprämien auf CHF 1'581, der neue Risikoausgleich 2012 sogar auf CHF 1'826. Auch hier zeigt der neue Ausgleich gegenüber der alten Formel eine deutlich stärkere Wirkung.

Tabelle 10 Kalkulatorische Nettoprämien mit altem und neuem Risikoausgleich

Franchise-stufen	Durchschnittliche Nettoleistungen in CHF	Kalkulatorische Nettoprämien in CHF Risikoausgleich 1993	Kalkulatorische Nettoprämien in CHF Risikoausgleich 2012
300	5'490	4'401	4'220
500	3'918	3'275	4'006
1000 ^{a)}	1'441	1'961	2'335
1'500	884	1'701	1'988
2'000 ^{a)}	549	1'546	1'767
2'500	471	1'581	1'826

a) Diese Franchisestufen werden nur sehr selten gewählt. Die Resultate haben daher wenig statistische Aussagekraft.

«Kalkulatorische Nettoprämien» bezeichnen die durchschnittlichen Nettoleistungen plus die Risikoausgleichszahlungen. Versicherte mit Franchise 300 beziehen durchschnittlich Nettoleistungen von CHF 5'490. Für diese Versicherten erhält der Krankenversicherer Zahlungen aus dem Risikoausgleich, so dass die kalkulatorischen Nettoprämien mit Risikoausgleich 1993 auf CHF 4'401 sinken. Der neue Risikoausgleich 2012 führt zu einer nochmaligen Senkung um rund CHF 180 auf CHF 4'220. Die Personen mit Franchise 300 werden also durch den neuen Risikoausgleich zu deutlich besseren Risiken. Jedoch haben sie auch mit dem neuen Risikoausgleich immer noch deutlich höhere kalkulatorische Nettoprämien als Versicherte mit Franchise 2'500.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1,3 und 6 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

⁹ Die Nettoleistungen stimmen nicht mit den Werten in Tabelle 1 überein, weil hier alle Versicherten berücksichtigt sind, nicht nur die mit der Standard-OKP.

Trotz der starken Wirkung der Risikoausgleichs 2012 besteht eine beachtliche Differenz (CHF 2'394) zwischen den Versicherten mit Franchise 300 und 2'500. Diese Differenz übersteigt den maximal zulässigen Rabatt von CHF 1'540.¹⁰ Versicherte mit einer Franchise von CHF 2'500 sind also lohnenswerte Risiken für den Krankenversicherer. Noch deutlicher ist der Effekt bei der Franchisestufe 1'500. Die Differenz zur Franchise 300 in den kalkulatorischen Nettoprämien beträgt CHF 2'232, der maximal zulässige Rabatt CHF 840.

Ein überraschender Effekt ergibt sich in dieser Auswertung bei der Franchisestufe 500. Diese Franchisestufe hat mit dem neuen Risikoausgleich die höheren kalkulatorischen Nettoprämien als mit dem alten Risikoausgleich. In dieser Franchisestufe scheinen sich viele ältere Menschen zu befinden, so dass mit dem alten Risikoausgleich erhebliche Zahlungen aus dem Risikoausgleich flossen. Viele dieser Personen hatten aber gemäss den für die Kalkulation getroffenen Annahmen keinen Aufenthalt im Vorjahr, so dass sie mit der neuen Formel wesentlich weniger Beiträge bekommen oder sogar in den Risikoausgleich einzahlen. Der Unterschied in den kalkulatorischen Nettoprämien von Franchise 300 und 500 beträgt rund CHF 200 und übersteigt so ebenfalls den maximal zulässigen Rabatt.

3.5 Versicherte mit chronischen Krankheiten

In den vorigen Abschnitten wurden die Anreize zur Risikoselektion in Bezug auf Wahlfranchisen analysiert. In diesem Abschnitt stehen Versicherte mit chronischen Erkrankungen im Fokus. Wir gehen der Frage nach, ob Krankenversicherer, die überproportional viele chronisch Kranke in ihrem Bestand haben, dadurch einen Nachteil erlangen. Chronische Krankheiten haben aus mindestens zwei Gründen eine hohe Wichtigkeit.

- **Finanzielle Relevanz für die Krankenversicherer:**
Chronische Krankheiten verursachen nicht nur hohe Zusatzkosten, sondern haben auch eine hohe und steigende Prävalenz. Analysen aus der Europäischen Union schätzen, dass rund 20–40 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren an einer chronischen Krankheit leiden. Experten bezeichnen die Betreuung von chronisch Kranken denn auch als die grösste Herausforderung für die Gesundheitssysteme in naher Zukunft (Nolte et al., 2008).
- **Aktive Rolle der Krankenversicherer in der Organisation der Behandlung:**
Die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich führt zu einer fragmentierten Leistungserbringung, die von vielen Experten als ungeeignet zur Behandlung von chronisch Kranken wahrgenommen wird (Coleman, 2009). Krankenversicherer können eine aktive Rolle in der Steuerung und Koordination der Behandlung wahrnehmen. In Deutschland z. B. werden aktuell über sechs Millionen Versicherte in einem «Disease-Management-

¹⁰ Nach KVV Art. 95 Abs. 2^{bis} darf der Prämienrabatt nicht höher sein als 70% des zusätzlich übernommenen Risikos. Bei einer zusätzlichen Übernahme von CHF 2'200 also nicht höher als CHF 1'540.

Programm» betreut (Bundesversicherungsamt, 2013). In den Niederlanden werden ähnliche Programme bereits angeboten oder sind in Entwicklung (Walters et al., 2012).

3.5.1 Mittlere Zusatzkosten von ausgesuchten chronischen Erkrankungen

Beck et. al (2013, Kapitel 4.11.3.4) analysieren anhand Individualdaten der CSS Versicherung die mittleren Zusatzkosten von Versicherten mit ausgewählten chronischen Erkrankungen. Als «Zusatzkosten» werden Ausgaben verstanden, die zusätzlich zu den durchschnittlichen Kosten aufgrund der Risikomerkmale «Alter», «Geschlecht» und «Aufenthalt» erwartet werden. Falls beispielsweise ein 50-jähriger Mann mit Aufenthalt an einer chronischen Krankheit leidet, sind die hier ausgewiesenen Kosten die Zusatzkosten, welche aufgrund der Krankheit und nicht aufgrund Alter, Geschlecht und Aufenthalt erwartet würden. Für Patienten beispielsweise, die aufgrund von Depressionen medikamentös behandelt werden, entstehen jeden Monat Kosten von CHF 472. Ein Krankenversicherer mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an solchen Patienten wird im Wettbewerb einen Nachteil erlangen.

Tabelle 11 Mittlere Zusatzkosten von chronischen Erkrankungen

	Anteil an den Versicherten	Mittlere Zusatzkosten in CHF/Monat
Nierenerkrankungen inkl. Nierenerkrankungen im Endstadium	0.1 %	3'096
Transplantationen	0.1 %	2'150
HIV, AIDS	0.1 %	2'126
Bösartige Tumore	0.8 %	1'083
Diabetes (mellitus) Typ 1	0.9 %	774
Morbus Parkinson	0.5 %	761
Epilepsie	0.7 %	601
Morbus Crohn und Colitis ulcerosa	0.2 %	480
Diabetes Typ 2 mit hohem Cholesterin und Bluthochdruck	0.9 %	473
Depression	5.5 %	472
Refluxkrankheiten	8.0 %	438
Herzkrankheiten	2.2 %	424
Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck (ohne hohes Cholesterin)	0.9 %	407
Osteoporose	0.7 %	354
Rheumaerkrankungen	3.5 %	353
Diabetes Typ 2 ohne hohes Cholesterin und/oder Bluthochdruck	0.5 %	314

Patienten mit chronischen Erkrankungen haben durchschnittlich einen erhöhten Leistungsbedarf, welcher auch nach der Reform nur ungenügend über den Risikoausgleich ausgeglichen wird. Beispielsweise hat ein Patient mit Refluxerkrankung Zusatzkosten von rund CHF 438 gegenüber dem Durchschnitt seiner Alters-, Geschlechts- und Aufenthalt-im-Vorjahr-Gruppe. Diese Zahlen bestätigen, dass auch nach der Reform des Risikoausgleichs Anreize zur Selektion zum Nachteil chronisch Kranker bestehen.

Quelle: Beck et al (2013, Tabelle 4-4, S. 79).

In einer weiteren Studie zu den Zusatzkosten von chronischen Erkrankungen beschreiben Egli et al. (2006) die Kosten von Krebs, Diabetes und psychischen Erkrankungen. Mit Abrechnungsdaten verschiedener Schweizer Krankenversicherer aus dem Jahr 2002 berechnen sie die Kosten, welche zusätzlich zu den Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht anfallen. Diese betragen jährlich rund CHF 12'900 (CHF 1'075 pro Monat) für Krebserkrankungen, CHF 4'600 (CHF 384 pro Monat) für Diabetes und CHF 6'400 (CHF 533 pro Monat) für psychische Erkrankungen (Egli et al., 2006, S. 27). Die so berechneten Zusatzkosten sind eine gute Schätzung für die erwarteten Fehlbeträge, die Krankenversicherern mit chronisch kranken Patienten entstehen, welche im Vorjahr nicht im Krankenhaus waren.

3.5.2 Hospitalisierungsraten bei chronischen Erkrankungen

Im Schweizer Risikoausgleich werden aktuell nur Patienten mit Spitalaufenthalten als teure Patienten erkannt. Es stellt sich die Frage, inwieweit dieser Indikator geeignet ist, Personen mit chronischen Krankheiten zu erkennen. Eine Auskunft darüber können die Hospitalisierungsraten von chronischen Erkrankungen ergeben. Bei Diabetikern geben Egli et al. (2006, S. 36) an, dass nur 2–5 Prozent der entsprechenden Patienten im Spital behandelt werden. Der überwiegende Teil dieser Patienten wird also im heutigen Risikoausgleich nicht als «Patienten mit hohem Leistungsbedarf» erfasst.

Für die Hospitalisierungsraten anderer chronischer Krankheiten gibt es unseres Wissens keine systematischen Untersuchungen mit Schweizer Daten. Dies liegt insbesondere daran, dass diagnostische Informationen aus dem ambulanten Bereich in der Schweiz kaum standardisiert erfasst werden (Holly et al., 2004). Die Daten aus dem deutschen Risikoausgleich können ein Gefühl für die Grössenordnungen geben, wie sie wohl auch in der Schweiz zutreffend wären.

In Tabelle 12 sind die Hospitalisierungsraten von zehn chronischen Krankheiten mit hohen Kostenfolgen dargestellt. Die «mittleren Zusatzkosten» werden dabei als Regressionskoeffizienten berechnet. Neben 362 Krankheitsgruppen gehen in die Regression Alter, Geschlecht und der Bezug einer Erwerbsminderungsrente ein (Bundesversicherungsamt, 2013a). Für die Auswahl der Krankheiten und die Reihenfolge in Tabelle 12 werden die mittleren Zusatzkosten mit der Quadratwurzel der Anzahl Patienten multipliziert.¹¹

In Tabelle 12 wird deutlich, dass selbst diese schweren chronischen Krankheiten mehrheitlich ambulant behandelt werden. Nur eine der ausgewählten Krankheiten hat eine Hospitalisierungsraten von über 20 Prozent. Die beiden Krankheiten mit den höchsten mittleren Zusatzkosten, die Anämie und HIV/Aids, weisen sogar nur geringe Hospitalisierungsraten auf. Die Hospitalisie-

¹¹ Würden nur die mittleren Zusatzkosten berücksichtigt, würden sehr teure Erkrankungen ausgewählt, welche aber möglicherweise wegen der geringen Prävalenz kaum finanzielle Auswirkungen hätten. Würden die mittleren Zusatzkosten mit der untransformierten Anzahl Patienten multipliziert, würden sehr häufige Erkrankungen gewählt, welche aber beim einzelnen Patienten nicht teuer sind. In den Publikationen des deutschen Bundesversicherungsamtes hat sich daher die Multiplikation mit der «Quadratwurzel Anzahl Patienten» durchgesetzt.

rungsrate für Diabetes mellitus liegt mit 2.7 Prozent im Rahmen dessen, was Egli et al. (2006) für die Schweiz berechnet haben (2–5 %).

Da viele dieser Krankheiten geringere Hospitalisierungsraten aufweisen, erkennt der aktuelle Schweizer Risikoausgleich die entsprechenden Patienten nicht als Patienten mit einem erhöhten Leistungsbedarf. Darüber hinaus werden wohl die Krankenversicherer für viele dieser Patienten aufgrund Alter und Geschlecht in den Risikoausgleich einzahlen müssen. Es ist daher davon auszugehen, dass der Einbezug des Indikators «Aufenthalt» wenig dazu beigetragen hat, bei den Krankenversicherern Anreize zu schaffen, chronisch Kranken eine qualitativ hochstehende Versorgung anzubieten.

Tabelle 12 Daten aus dem deutschen Risikostrukturausgleich

	Anzahl Versicherte in der deutschen GKV (Gesamtpopulation rund 70 Mio.)	Mittlere Zusatzkosten pro Patient in Euro/Jahr	Hospitalisierungsraten in Prozent
Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten (ohne bösartige Neubildungen)	134'191	16'229.96	0.00
Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)	546'434	6'435.21	22.44
HIV/AIDS	55'179	13'628.50	5.11
Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS	193'396	6'907.89	16.05
Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz	678'047	3'216.29	14.35
Lymphome und Leukämien	280'103	4'695.37	19.38
Niereninsuffizienz	2'191'842	1'610.82	5.31
Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	981'082	2'338.73	2.90
Diabetes mellitus	6'613'756	845.76	2.70
Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen	217'803	4'119.82	9.71

Der Schweizer Risikoausgleich berücksichtigt Spitalaufenthalte als Morbiditätsindikator. Es stellt sich die Frage, wie stark dieser Indikator geeignet ist, Zahlungen an Patienten mit teuren chronischen Erkrankungen auszulösen. Da die Hospitalisierungsraten einzelner chronischer Krankheiten mit Schweizer Daten nicht zur Verfügung stehen, sind hier Angaben aus Deutschland dargestellt. Es zeigt sich, dass viele teure chronische Krankheiten keine sehr hohen Hospitalisierungsraten aufweisen. Sie werden vielmehr hauptsächlich ambulant behandelt. Die Mehrheit der entsprechenden Patienten wird also durch den Schweizer Risikoausgleich nicht als besonders teuer erkannt.

Quelle: Bundesversicherungsamt (2013a).

3.6 Diskussion der Anreize zur Risikoselektion

In diesem Kapitel haben wir die Anreize zur Risikoselektion analysiert. In den empirischen Analysen haben wir uns auf das Risikomerkmal «Franchisestufe» beschränkt, weil zu anderen Risikomerkmalen keine Daten zur Verfügung standen. Chronische Erkrankungen wurden mit Hilfe der Fachliteratur diskutiert. Folgende Schlussfolgerungen können gezogen werden.

1. Krankenversicherer haben heute stark unterschiedliche Risikostrukturen.
2. Die Risikostruktur erklärt einen grossen Anteil der unterschiedlichen Nettoleistungen zwischen Krankenversicherern.
3. Die Anreize zur Risikoselektion nach Franchisestufen wurden durch den neuen Risikoausgleich stark reduziert. Jedoch bleiben Versicherte mit der Franchise 300 für den Krankenversicherer unattraktiver als Versicherte mit hohen Franchisen.
4. Mit chronisch kranken Versicherten werden weiterhin stark negative Deckungsbeiträge erzielt. Krankenversicherer, die einen überproportionalen Anteil an chronisch Kranken versichern, haben einen Nachteil im Wettbewerb.
5. Ohne Risikoausgleich wären die Prämienunterschiede zwischen Krankenversicherern und somit auch die Anreize zur Risikoselektion sehr gross. Es könnte sich eine Situation ergeben, wo chronisch Kranke entweder eine schlechte Servicequalität in Kauf nehmen müssen, oder bei einem Versicherer mit sehr hoher Prämie versichert sind.

Aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit mussten zahlreiche Annahmen getroffen und Approximationen vorgenommen werden. Besonders stark wirkte sich aus, dass kein Datensatz die Angaben von Versicherten nach Franchisestufe *und* Risikoausgleichsklasse enthält. Es ist ohne Vergleichszahlen schwer abzuschätzen, ob die getroffenen Annahmen zutreffen. In Szenarienrechnungen im Anhang ist dargestellt, wie stark diese Annahmen die ausgewiesenen Zahlen beeinflussen. Die qualitativen Schlussfolgerungen werden dadurch kaum tangiert.

4 Hinweise auf Risikoselektion in der Praxis

In Abschnitt 3.2 haben wir gezeigt, dass zwischen den Krankenversicherern erhebliche Unterschiede in der Risikostruktur bestehen. Diese Beobachtung ist kein Beweis dafür, dass Krankenversicherer bewusst Risikoselektion betreiben. Da gesündere Versicherte eine höhere Wechselbereitschaft aufweisen, haben neu in den Markt eintretende Versicherer auch ohne aktive Risikoselektion meist einen gesünderen Kundenstamm (Beck et al., 2013, Kap. 9). Auch Krankenversicherer, die stark auf Produktinnovation wie Ärztenetzwerke oder Telemedizin setzen, ziehen damit oft als erstes die gesünderen Versicherten an. Für chronisch Kranke, welche schon über lange Zeit beim gleichen Arzt in Behandlung sind, ist ein Wechsel in ein solches Programm ein grösserer Schritt als für Gesunde, die noch kein Vertrauensverhältnis zu einem Arzt aufgebaut haben.

Da Risikoselektion immer subtile Formen annimmt, ist sie sehr schwer nachzuweisen. Wäre der Beweis einfach zu erbringen, könnte das Verbot durchgesetzt werden, und Risikoselektion würde kaum als politisches Problem angesehen. In diesem Kapitel sollen verfügbare Nachweise unter die Lupe genommen werden. Wir beginnen in 4.1 mit einer Literaturrecherche. In den Abschnitten 4.2 und 4.3 wird die Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategie analysiert.

4.1 Literatur

In einer aktuellen Studie zur Risikoselektion haben Baumgartner und Busato (2012) untersucht, wie die Schweizer Krankenversicherer auf die Offertenanfragen von unterschiedlichen Kunden reagierten. Sie fanden keine signifikanten Unterschiede in den Antwortquoten. Bei den günstigen Kundengruppen wurden im Durchschnitt also gleich viele Anfragen beantwortet (beziehungsweise nicht beantwortet) wie bei den teuren Kundengruppen. Ein signifikanter Unterschied ergab sich bei den Antwortzeiten, die Anfragen günstiger Kunden wurden rund einen Tag schneller beantwortet. Ebenso ergab sich ein signifikanter Unterschied bei den offerierten Prämien. Den günstigen Kunden wurden Prämien offeriert, welche durchschnittlich rund CHF 18 unter den Erwartungen der Autoren lagen, bei den teuren Kunden lagen die offerierten Prämien nur rund CHF 11 unter den erwarteten Prämien. Baumgartner und Busato (2012) beobachten zudem, dass bei Versicherergruppen häufig eine interne Weiterleitung der Offertenanfrage stattfand. Die einzelnen Tochterkassen schienen also nicht unabhängig voneinander zu arbeiten. Dies interpretieren die Autoren als Indiz dafür, dass die Mehrkassenstrategie hauptsächlich dazu dient, unterschiedlichen Kunden unterschiedliche Prämien anzubieten.

Eine andere vermutete Form der Risikoselektion beschreibt Margrit Kessler von der Patientenschutzorganisation SPO im Begründungstext zu dem von ihr eingereichten Postulat 13.411 mit

Titel «Risikoselektion durch die Krankenkassen von Patienten mit teuren Medikamenten soll unterbunden werden».¹² Die Vermutung ist, dass einzelne Krankenversicherer absichtlich nur das sogenannten tiers garant für den Bezug von Medikamenten in Apotheken anbieten, um teure Kunden von sich fernzuhalten. Im tiers garant bezahlen Patienten ihre medizinischen Rechnungen zuerst selbst, und erhalten dann eine Rückerstattung durch den Krankenversicherer. Für Patienten, welche sehr teure Behandlungen oder Medikamente benötigen, kann dieses System eine grosse finanzielle Belastung bedeuten. Solche Patienten werden also eher einen Krankenversicherer wählen, welcher die Rechnungen der Leistungserbringer direkt bezahlt und dann gegebenenfalls die Kostenbeteiligung vom Patienten einfordert (tiers payant).

In der Vergangenheit wurden auch Formen der Risikoselektion mittels Maklern bekannt. Beispielsweise bezahlten bestimmte Krankenversicherer unabhängige Makler sehr grosszügig, wenn sie Policen mit hohen Franchisen verkauften (Meierhofer, 2001). Damit sollten die Makler Anreize erhalten, gesunde Kunden zu der entsprechenden Kasse zu vermitteln. Als Reaktion auf die Kritik am Maklerverhalten hat Santésuisse 2011 einen «Branchenkodex» verabschiedet (Schütz, 2012).

4.2 Unterschiede in der Risikostruktur innerhalb von Versicherergruppen

Immer mehr Krankenversicherer sind als Gruppen organisiert. Es ist davon auszugehen, dass die Prämienunterschiede *innerhalb* solcher Gruppen zu einem grossen Teil durch die Risikostruktur bedingt sind, denn viele der administrativen Aufgaben werden zentral getätigt und sind bei allen zugehörigen Krankenversicherern gleich (Beck et al., 2013, Kapitel 9.4). Bei Versicherergruppen, die Marketing und Verkauf unter dem Gruppennamen betreiben, ist auch anzunehmen, dass die Mehrkassenstrategie vor allem dazu dient, unterschiedlichen Kunden unterschiedliche Prämien anzubieten. Ohne Mehrkassenstrategie wäre dies durch das KVG verboten.¹³ Innerhalb einer solchen Gruppe kann das Verkaufspersonal Antragssteller zu dem gewünschten Gruppenmitglied lenken. Meldet sich beispielsweise ein Antragssteller, der eine hohe Franchise wünscht, wird davon ausgegangen, dass es sich um einen gesunden Kunden mit positivem Deckungsbeitrag handelt. Es wird ihm daher die Offerte eines Krankenversicherers mit günstiger Prämie zugestellt. Meldet sich hingegen ein Antragssteller, von dem man einen negativen Deckungsbeitrag erwartet, bekommt er eine Offerte eines teureren Krankenversicherers innerhalb der Gruppe (vgl. Baumgartner und Busato 2012). Der chronisch Kranke wird so eventuell vom Eintritt abgehalten, oder er bezahlt eine höhere Prämie. Beck et al. (2013, Kapitel 9.4.5) argumentieren, dass das Vorkommen von Versichergruppen ein guter Indikator für die Risikoselektion am Markt ist.

¹² http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20130411, Zugriff am 9. Oktober 2013.

¹³ Nach Art. 61 Abs. 1 KVG muss der Versicherer von allen Versicherten die gleiche Prämie erheben, soweit das Gesetz keine Ausnahmen vorsieht. Ausnahmen gelten für Abstufungen nach Region, für Kinder und Jugendliche sowie bei «besonderen Versicherungsformen» wie Wahlfranchisen und Angebote mit eingeschränkter Arztwahl.

In Tabelle 13 sind die Unterschiede *innerhalb* von Versicherergruppen zusammenfassend dargestellt. Die Werte in der zweiten Spalte sind die Unterschiede im Durchschnittsalter der Versicherten der zugehörigen Tochterkassen. Zur Berechnung des Wertes wird zuerst pro Gruppe die Differenz des Krankenversicherers mit dem höchsten Durchschnittsalter zu dem Krankenversicherer mit dem niedrigsten Durchschnittsalter berechnet. Danach wird die durchschnittliche Differenz aller auf dem Markt tätigen Gruppen berechnet. Es zeigt sich, dass es in vielen Gruppen beachtliche Unterschiede zwischen den zugehörigen Krankenversicherern gibt. Im Durchschnitt hat der «älteste» Krankenversicherer¹⁴ der Gruppe ein Durchschnittsalter, das rund 10 Jahre über dem «jüngsten» Krankenversicherer der Gruppe liegt.

Tabelle 13 Unterschiede innerhalb von Versicherergruppen

Jahr	Anzahl Versicherergruppen	Innerhalb der Gruppen: Unterschied im Durchschnittsalter pro Versicherer (in Jahren)	Innerhalb der Gruppen: Unterschied im Anteil niedriger Franchisen pro Versicherer (in Prozentpunkten)
2006	5	11.92 (7.82)	
2007	6	12.42 (5.12)	
2008	7	13.17 (4.30)	
2009	7	9.60 (7.10)	20.90 (12.92)
2010	9	10.53 (5.68)	24.34 (16.11)
2011	8	10.52 (5.51)	24.70 (16.64)
2012	8	9.48 (5.80)	

Standardabweichungen in Klammern. Versicherer mit unter 60'000 Versichertenmonaten (Analyse Alter) beziehungsweise 5'000 Köpfen (Analyse Franchisen) wurden ausgeschlossen. Sehr kleine Versicherer haben manchmal sehr extreme Risikostrukturen. Sobald sie jedoch grösser werden, nähern sie sich aber der Gesamtbevölkerung an.

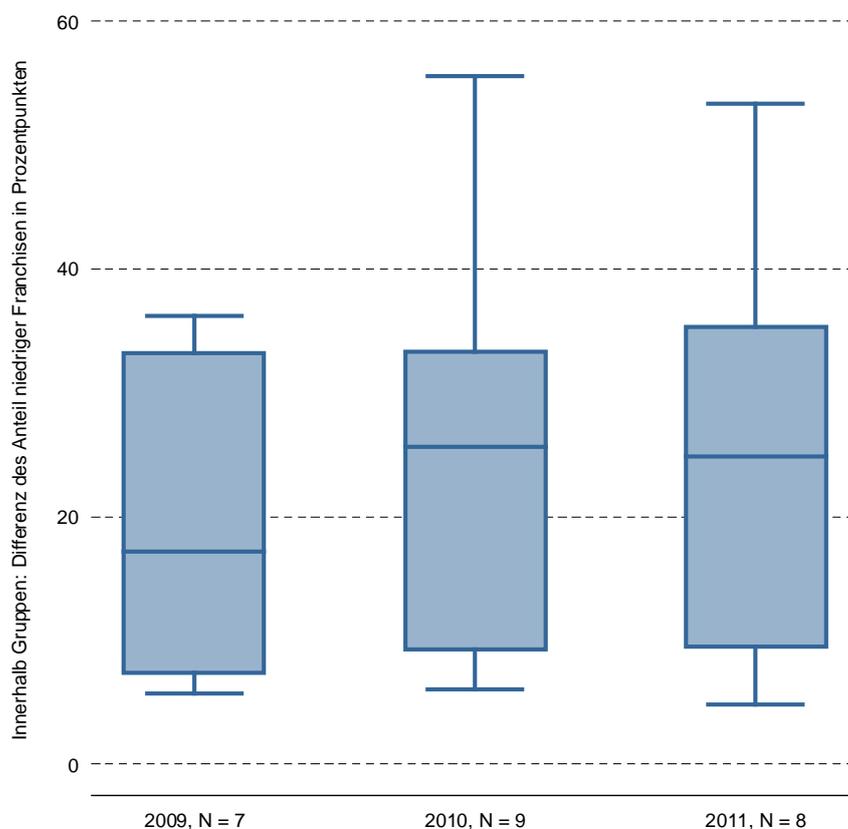
Es ist davon auszugehen, dass Unterschiede innerhalb von Versicherergruppen mehrheitlich selektionsbedingt sind (Beck et al., 2013, Kapitel 9.4). In 2011 waren acht solcher Gruppen auf dem Markt aktiv. Im Durchschnitt über alle Gruppen hatte die «jüngste» Tochterkasse ein Durchschnittsalter, welches um rund 10 Jahre niedriger liegt als das der «ältesten» Tochterkasse. Die letzte Spalte zeigt das gleiche für den Anteil an niedrigen Franchisen (CHF 300 und 500). 2011 betrug die durchschnittliche Spanne 25 Prozentpunkte. Dies weist auf erhebliche Risikounterschiede innerhalb von Versicherergruppen hin.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 5 und Datensatz 3 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

In der letzten Spalte von Tabelle 13 sind Unterschiede in Bezug auf den Anteil an Versicherten, welche eine niedrige Franchisestufe (CHF 300 oder 500) gewählt haben, dargestellt. Der Krankenversicherer mit der günstigsten Risikostruktur (hier: kleinster Anteil an niedrigen Franchisen) innerhalb der Gruppe hat durchschnittlich über 20 Prozentpunkte Abstand zu dem Krankenversicherer mit der teuersten Struktur (höchster Anteil an niedrigen Franchisen). Erneut wurde zuerst die Differenz pro Gruppe berechnet und dann der Durchschnitt über alle Gruppen.

¹⁴ Gemeint ist der Versicherer mit dem höchsten Durchschnittsalter innerhalb der Gruppe.

Abbildung 2 Differenz im Anteil an niedrigen Franchisen innerhalb von Gruppen



Versicherer mit unter 5'000 Versicherten wurden ausgeschlossen. Sehr kleine Versicherer haben manchmal sehr extreme Risikostrukturen. Sobald sie jedoch grösser werden, nähern sie sich der Gesamtbevölkerung an.

Innerhalb der meisten Versicherergruppen gibt es beachtliche Heterogenität in der Risikostruktur ihrer Tochterkassen. Dies ist hier an der Differenz im Anteil der niedrigen Franchisestufen (CHF 300 und 500) dargestellt. Der Median lag 2011 bei knapp 25 Prozentpunkten (horizontale Linie innerhalb der Rechtecke). Bei der Hälfte der Gruppen beträgt die Differenz zwischen der Tochterkasse mit der günstigsten Struktur und der Tochterkasse mit der teuersten Struktur also über 25 Prozentpunkte. Im Maximum erreicht eine Versicherergruppe sogar Unterschiede in diesem Anteil von 55 Prozentpunkten.

Quelle: Eigene Darstellung anhand Datensatz 3 (siehe Anhang 1), Polynomics.

Die durchschnittlichen Zahlen in Tabelle 13 zeigen noch nicht, wie stark sich verschiedene Versicherergruppen unterscheiden. Dies ist für die Anteile an niedrigen Franchisen in Abbildung 2 dargestellt. Bei einer der Versicherergruppen gibt es kaum Unterschiede zwischen den Risikostrukturen der Gruppenmitglieder, so liegt die minimale Differenz unter 10 Prozentpunkten. Andere Versicherergruppen kennen jedoch sehr beachtliche Unterschiede. Eine Gruppe hat eine Tochterkasse, deren Anteil an niedrigen Franchisen unter 10 Prozent liegt, und eine andere Tochterkasse, bei welcher der Anteil über 70 Prozent liegt. Die Differenz beträgt also über 60 Prozentpunkte. Die blauen Rechtecke geben an, in welcher Spanne sich die mittleren 50 Prozent der Versicherergruppen befinden. Sie liegen zwischen rund 10 und 35 Prozentpunkten. Bei den meisten Versicherergruppen gibt es also deutliche Unterschiede zwischen den Tochterkassen.

4.3 Ein Index für die Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategie

Von Wyl und Beck (2012a) schlagen einen Index für die Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategie vor. Der Index bildet ab, welcher Anteil der Prämienunterschiede im Markt durch Prämienunterschiede *innerhalb* von Versicherergruppen bedingt ist. Dazu werden hypothetische «Gruppenprämien» berechnet, welche gelten müssten, wenn jeweils alle Tochterkassen zu einem einzigen Krankenversicherer fusioniert würden. Besteht zum Beispiel eine Versicherergruppe aus je einer Tochterkasse mit hohen und niedrigen Prämien, wird die «Gruppenprämie» als gewichteter Durchschnitt dieser beiden Prämien berechnet (vgl. für die mathematische Definition Von Wyl und Beck, 2012a). Wie in Tabelle 14 gezeigt, steigt der Index bis ins Jahr 2008 kontinuierlich an, und geht nachher leicht zurück. Im Jahr 2010 betrug er rund 26 Prozent. Rund ein Viertel der Prämienvariation im Markt ist also auf Prämienvariation innerhalb von Versicherergruppen zurückzuführen.

Tabelle 14 Selektionsindex nach Von Wyl und Beck (2012a, Tabelle 3)

	2006	2007	2008	2009	2010
Selektionsindex	19.3%	21.6%	31.5%	30.8%	25.6%

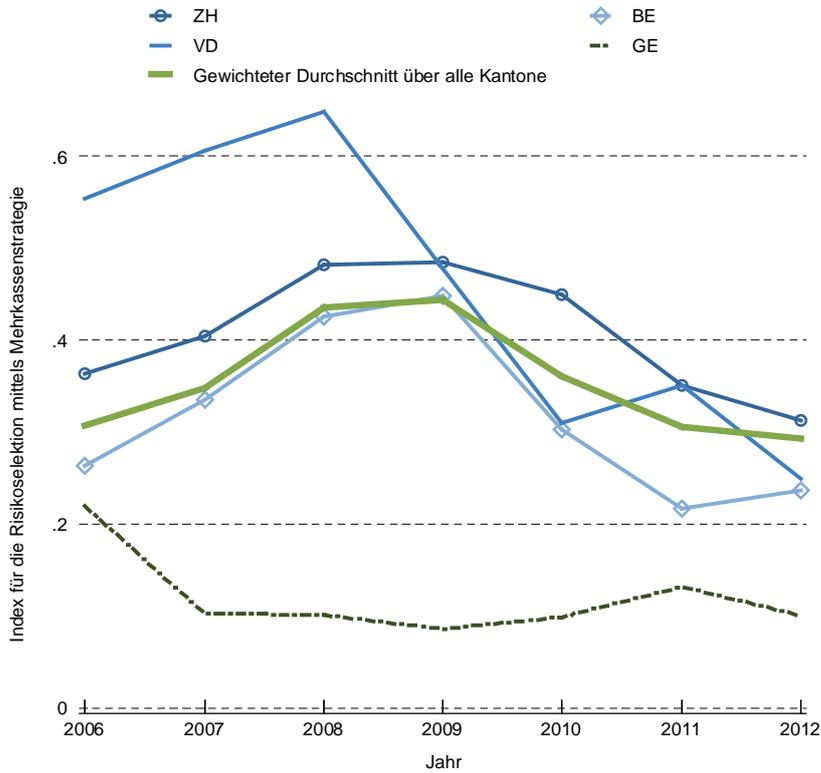
Von Wyl und Beck (2012a) schlagen einen Index für Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategie vor. In den Jahren 2006 bis 2008 wird eine starke Steigerung dieses Indexes festgestellt, was auf eine Zunahme der Risikoselektion hindeutet. Später sinkt der Index jedoch wieder.

Quelle: Von Wyl und Beck (2012a, Tabelle 3).

Wir haben den Index nachgebildet für die Unterschiede in den Nettoleistungen zwischen Krankenversicherern. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 dargestellt. Da wir Nettoleistungen und nicht Prämien analysieren, werden die Effekte der Risikoselektion in unserer Berechnung nicht durch den Risikoausgleich gedämpft. Unterschiede in der Risikostruktur schlagen also stärker auf den Index durch. Erwartungsgemäss ist der Indexwert daher höher als der von Von Wyl und Beck (2012a). Im Jahr 2008 beispielsweise beträgt der schweizweite Durchschnitt knapp 44 Prozent.

Der zeitliche Verlauf des Indexes ist ähnlich wie ihn Von Wyl und Beck (2012a) beobachten. Ab 2006 ist eine Steigerung zu beobachten bis 2008 und 2009, dann folgt ab 2010 eine Abschwächung. Es kann nicht beurteilt werden, ob hier ein anhaltender Trend zu weniger Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategien besteht. Der Index könnte in den folgenden Jahren auch stagnieren oder wieder ansteigen.

Abbildung 3 Index der Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategie



Der in Von Wyl und Beck (2012a) vorgeschlagene Index für die Risikoselektion mittels Mehrkassenstrategie wurde hier auf die Nettoleistungen adaptiert. Es zeigt sich, dass schweizweit im Jahr 2012 rund 30 % der gesamten Schwankungen zwischen den Krankenversicherern auf Schwankungen innerhalb von Gruppen zurückzuführen war. Diese Schwankungen sind vorwiegend durch Selektionseffekte verursacht. Gleich wie bei Von Wyl und Beck wurden die höchsten Indexwerte in den Jahren 2008 und 2009 erreicht. Seither ist eine leichte Abschwächung beobachtbar. Es ist unklar, ob es sich dabei um einen langanhaltenden Trend handelt.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

5 Analyse der Versichererwechsler

Eine wichtige Umsetzungsfrage des neuen Risikoausgleichs 2012 war der Umgang mit Versichererwechslern. Bei Wechslern kann der neue Krankenversicherer die Spitalaufenthalte im Vorjahr nicht kennen. Um diese Lücke zu schliessen, wurde ein Datenaustausch über eine externe Stelle organisiert. In den folgenden Abschnitten werden wir analysieren, welchen Einfluss die Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler auf die Risikoausgleichszahlungen hat.

5.1 Anzahl Wechsler mit Aufenthalt

Um einen ersten Eindruck der Grössenordnungen zu bekommen, ist in Tabelle 15 die Anzahl der Wechsler mit und ohne Aufenthalt dargestellt. Im Austrittsjahr 2011 wurden der Datenaustauschstelle 450'000 Kassenwechsler gemeldet. Von diesen waren 53 Prozent in einer Altersgruppe unter 41 Jahren. Rund 4.2 Prozent hatten einen Aufenthalt im Vorjahr.

Zum Vergleich ist in der letzten Spalte in Tabelle 15 der Anteil an Versichertenmonaten mit Aufenthalt in der Gesamtversichertenpopulation dargestellt. Wichtig ist zu bemerken, dass diese Kennzahl nur anhand der Versichertenmonate und nicht anhand der Versichertenköpfe ermittelt werden konnte. Bei den Jungen sollte diese Einschränkung kaum einen Einfluss haben. In den alten Altersgruppen ist jedoch die Mortalität der Versicherten mit Aufenthalt wahrscheinlich höher als diejenige der Versicherten ohne Aufenthalt. Der Anteil an Personen «mit Aufenthalt» in den alten Altersgruppen ist daher wahrscheinlich höher als der in Tabelle 15 ausgewiesene Anteil an Versichertenmonaten «mit Aufenthalt».

Der Anteil an Personen mit Aufenthalt in der Gesamtbevölkerung betrug 2012 rund 7.2 Prozent. Er war also deutlich höher als unter den Wechslern. Besonders in den jungen Altersgruppen sind die Personen mit Aufenthalt weniger wechselbereit als die Personen ohne Aufenthalt. Interessanterweise verhält es sich in den alten Altersgruppen umgekehrt. Würden die Daten dazu zur Verfügung stehen, wäre es interessant zu analysieren, ob dies nur ein Effekt der Berechnung anhand der Versichertenmonate ist, oder ob im hohen Alter tatsächlich Personen mit Aufenthalt mehr wechseln als Personen ohne Aufenthalt. Denkbar wäre, dass Pflegeheimenritre und der damit oft verbundene Bezug von Ergänzungsleistungen zu einer höheren Wechselbereitschaft der betroffenen älteren Personen mit Aufenthalt führen.

Tabelle 15 Anzahl Wechsler mit Aufenthalt

Altersgruppe	Wechsler mit Aufenthalt	Wechsler ohne Aufenthalt	Anteil Wechsler mit Aufenthalt	Anteil Versichertenmonate mit Aufenthalt an der Gesamtbevölkerung ^{a)}
19-25	1'312	75'295	1.7 %	2.2 %
26-30	1'205	60'017	2.0 %	2.3 %
31-35	1'209	52'151	2.3 %	2.7 %
36-40	1'206	46'036	2.6 %	3.1 %
41-45	1'323	45'233	2.8 %	3.5 %
46-50	1'466	41'594	3.4 %	4.2 %
51-55	1'354	30'866	4.2 %	5.0 %
56-60	1'258	21'229	5.6 %	6.4 %
61-65	1'271	16'474	7.2 %	8.3 %
66-70	1'303	11'514	10.2 %	11.1 %
71-75	1'044	6'426	14.0 %	14.1 %
76-80	1'050	3'799	21.7 %	18.8 %
81-85	949	2'155	30.6 %	25.3 %
86-90	796	858	48.1 %	35.8 %
90+	466	220	67.9 %	51.8 %
Summe	17'212	413'867	4.2 %	7.2 %

a) Diese Vergleichszahl wurde anhand der Versichertenmonate gebildet. In den alten Altersgruppen sind daher Verschiebungen zu erwarten. Da Versicherte mit Aufenthalt eine höhere Mortalität aufweisen als Versicherte ohne Aufenthalt, ist ihr Anteil an den gesamten Monaten der Altersgruppe geringer als ihr Anteil Köpfe an der Altersgruppe.

Im Austrittsjahr 2011 haben rund 450'000 Versicherte ihren Versicherer gewechselt. Davon hatten 4.2 % einen Aufenthalt im Spital- oder Pflegeheim. Zum Vergleich sind in der letzten Spalte der Anteil Versichertenmonate mit Aufenthalt angegeben. In der Gesamtbevölkerung ist der Anteil an Personen mit Aufenthalt wesentlich höher als unter den Versichererwechslern.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand 1 und 2 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

5.2 Einfluss der Aufenthalte der Wechsler auf die Risikoausgleichsansätze

In diesem Abschnitt analysieren wir, welchen Einfluss die Berücksichtigung der Spitalaufenthalte der Wechsler auf die Risikoausgleichszahlungen hat. Die Vergleichssituation ist, dass alle Wechsler in die Gruppe ohne Aufenthalt eingeteilt werden. Das heisst, die Nettoleistungen und Monate der Wechsler werden berücksichtigt, es wird jedoch davon ausgegangen, dass sie im Vorjahr nicht im Spital- oder Pflegeheim waren.

Um den Einfluss der Wechsler exakt zu berechnen, fehlen in den zur Verfügung stehenden Daten vier Angaben zu den Wechslern, nämlich das Geschlecht, der Wohnkanton, die Anzahl Monate im Ausgleichsjahr und die Nettoleistungen im Ausgleichsjahr. Diese fehlenden Daten werden folgendermassen approximiert:

- Die Angabe «Geschlecht» wird dadurch ersetzt, dass pro Altersgruppe die Wechsler auf die Geschlechter verteilt werden, wie die gesamte Altersgruppe auf die Geschlechter verteilt ist. Es wird also angenommen, dass Männer und Frauen in etwa die gleiche Wechselbereitschaft haben.
- Die Zugehörigkeit des Wohnkantons kann nicht simuliert werden, ohne heikle Annahmen zu treffen, die zu einer hohen Unsicherheit in der Analyse führen. Die Risikoausgleichsansätze werden daher schweizweit berechnet. Das Ziel der Analyse – ein Vergleich der Risikoausgleichsansätze mit und ohne Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler – ist auch so erreichbar.
- Die fehlende Anzahl Monate wird ersetzt, indem die Anzahl Köpfe der Wechsler mit 11.5 multipliziert wird. Wir nehmen nicht die Versicherungsdauer von 12 Monate an, weil durch Wegzug, Sistierung oder Todesfälle immer ein Teil des Versichertenbestandes eine kürzere Versicherungsdauer aufweist.
- Wären die Aufenthalte der Wechsler nicht bekannt, kämen die Nettoleistungen dieser Personen nicht in der Gruppe «Aufenthalt» zu liegen. Da die Nettoleistungen nicht zur Verfügung stehen, werden drei Szenarien berechnet. In Szenario 1 entsprechen die Nettoleistungen pro Wechsler mit Aufenthalt den durchschnittlichen Nettoleistungen aller Personen mit Aufenthalt in der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe. Es wechselt also der «durchschnittliche» Vertreter der Gruppe. In Szenario 2 entsprechen die Nettoleistungen der Wechsler den durchschnittlichen Nettoleistungen minus 10 Prozent. Es würden also eher die gesünderen Personen, mit geringen Folgekosten des Aufenthaltes, den Krankenversicherer wechseln. In Szenario 3 werden umgekehrt 10 Prozent dazugeschlagen, es würden also die kränkeren Personen aus der Gruppe mit Aufenthalt wechseln. Forschungsergebnisse bei Beck et al. (2013, Kapitel 9.3.2.3) weisen darauf hin, dass die Wechselbereitschaft bei gesünderen Personen grösser ist. Die Arbeit bezog sich jedoch nicht auf die Population mit Aufenthalt, so dass nicht klar ist, ob dies verallgemeinert werden kann.

Unter einem «Risikoausgleichsansatz» verstehen wir den Betrag, den der Krankenversicherer für einen Versicherten aus der jeweiligen Risikoklasse pro Monat zugesprochen bekommt, beziehungsweise einzahlen muss. In Tabelle 16 sind für die Risikoausgleichsansätze für ausgesuchte Risikoausgleichsklassen dargestellt.¹⁵ Die erste Spalte enthält die Ansätze gemäss Status quo, die Aufenthalte der Wechsler sind also berücksichtigt.

Im Szenario 1 gehen wir davon aus, dass die Nettoleistungen pro Wechsler mit Aufenthalt den durchschnittlichen Nettoleistungen aller Personen mit Aufhalten entsprechen. Die durchschnittlichen Nettoleistungen der Wechsler ändern sich nicht, wenn eine Anzahl an Köpfen mit

¹⁵ Die vollständige Tabelle ist im Anhang 5 zu finden.

durchschnittlichen Nettoleistungen aus der Gruppe herausgerechnet wird. Die Gruppen ohne Aufenthalte erhalten jedoch neue Mitglieder, welche teurer sind als der Gruppendurchschnitt. Es handelt sich nämlich um Versicherte «mit Aufenthalt», welche jedoch mangels Information als Versicherte «ohne Aufenthalt» klassiert werden. Im Vergleich zum Status quo sinken die Ansätze, die für jüngere Gruppen ohne Aufenthalt eingezahlt werden müssen. Die Subventionen für ältere Gruppen ohne Aufenthalt steigen. Intuitiv ist nicht sofort einleuchtend, wie das Nullsummenspiel aufgehen soll, wenn sich für eine Gruppe die Ansätze nicht ändern, die andere Gruppe jedoch weniger einzahlen muss. Der Grund liegt in der Anzahl Monate. Dadurch, dass die Wechsler alle als Personen «ohne Aufenthalt» gelten, sind mehr Personen verfügbar, die in den Risikoausgleich einzahlen.

Tabelle 16 **Ansätze ohne Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler
(in CHF pro Kopf)**

RA-Gruppe	Status quo	Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 1	Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 2	Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 3
m19+	409	409	415	402
m19-	-210	-209	-209	-209
m26+	528	528	536	520
m26-	-211	-209	-210	-209
m31+	586	586	593	579
m31-	-200	-199	-199	-199
m36+	558	558	564	552
m36-	-186	-185	-185	-185
m76+	1'096	1'096	1'099	1'093
m76-	234	238	237	238
m81+	1'221	1'221	1'224	1'218
m81-	297	302	301	303
m86+	1'330	1'330	1'333	1'327
m86-	349	357	356	358
m91+	1'483	1'483	1'486	1'481
m91-	453	464	462	466

In der ersten Spalte sind für ausgesuchte Risikogruppen die Risikoausgleichsansätze mit Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler dargestellt. In der zweiten Spalte wurden alle Wechsler der Gruppe «ohne Aufenthalt» zugerechnet. Dies unter der Annahme, dass die Nettoleistungen pro Wechsler mit Aufenthalt den durchschnittlichen Nettoleistungen aller Personen mit Aufhalten entsprechen. Die Ansätze der Gruppen mit Aufenthalt ändern sich dadurch nicht. In die Gruppen ohne Aufenthalt kommen Versicherte hinzu, welche teurer sind als durchschnittliche Personen ohne Aufenthalt. In dieser Gruppe steigen daher die durchschnittlichen Nettoleistungen. Die Gruppen ohne Aufenthalte müssen daher weniger einzahlen oder bekommen höhere Subventionen. Die Szenarien 2 und 3 sind im Text beschrieben.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 und 2 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Im Szenario 2 verlassen Personen die Gruppe «mit Aufenthalt», welche günstiger sind als die durchschnittliche Person mit Aufenthalt. Dadurch steigen die durchschnittlichen Nettoleistungen der Gruppe «mit Aufenthalt», und diese Gruppen erhalten höhere Risikoausgleichsansätze. Die Gruppe «ohne Aufenthalt» erhält Versicherte, welche teurer sind als der Gruppenschnitt. Gegenüber dem Status quo muss für sie weniger eingezahlt werden, oder sie erhalten höhere Subventionen, je nach Altersgruppe. Gegenüber dem Szenario 1 müssen die Gruppen ohne Aufenthalt leicht mehr einzahlen, weil die durchschnittlichen Nettoleistungen der Personen, welche neu in die Gruppe dazugekommen sind, geringer sind als im Szenario 1.

Im Szenario 3 letztendlich sinken die durchschnittlichen Kosten der Personen mit Aufenthalt. Die Gruppen mit Aufenthalt erhalten daher im Vergleich zum Status quo einen reduzierten Risikoausgleichsansatz. Für die Gruppen ohne Aufenthalt ergibt sich der gleiche Effekt wie im Szenario 1, sie müssen also weniger einzahlen oder bekommen höhere Subventionen. Besonders in den Altersgruppen mit hohem Anteil an Aufenthalten ist der Effekt stärker als in Szenario 1.

5.3 Einfluss der Aufenthalte der Wechsler auf die Ausgleichsvolumina

Das Umverteilungsvolumen zwischen den *Versicherten* beträgt nach Berechnung gemäss Status quo rund CHF 7'278 Millionen (vgl. Tabelle 17). Würden die Aufenthalte der Wechsler nicht mehr berücksichtigt, säne das Ausgleichsvolumen um rund ein Prozent. Am stärksten ist der Rückgang im Szenario 3, welches davon ausgeht, dass die Wechsler innerhalb der Gruppe mit Aufenthalt zu den teureren Risiken gehören.

Tabelle 17 **Ausgleichsvolumen zwischen den Versicherten nach Wechsler**

	Ausgleichsvolumen	Veränderung gegenüber Status quo
Status quo	7'278 Mio. CHF ^{a)}	
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 1	7'206 Mio. CHF	-0.99 %
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 2	7'216 Mio. CHF	-0.85 %
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 3	7'196 Mio. CHF	-1.13 %

a) Da die Ansätze hier schweizweit berechnet wurden, stimmt das Ausgleichsvolumen nicht mit den offiziellen Zahlen der Gemeinsamen Einrichtung (CHF 7'198 Mio.) überein.

Das Ausgleichsvolumen zwischen den Versicherten gibt die Summe der Beiträge an, welche unterdurchschnittlich teure Versichertengruppen an den Risikoausgleich leisten müssen (dies entspricht der Summe, welche überdurchschnittlich teure Versichertengruppen erhalten). Würden die Aufenthalte der Wechsler nicht mehr berücksichtigt, ginge das Ausgleichsvolumen zwischen den Versicherten um rund 1 % zurück.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 und 2 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Das Ausgleichsvolumen zwischen den *Krankenversicherern* gibt die Summe aller Zahlungen an, welche Krankenversicherer mit günstigen Beständen an andere Krankenversicherer bezahlen müssen. Nach Berechnung gemäss Status quo beträgt es rund CHF 1'614 Millionen (vgl. Tabel-

le 18). Würden die Aufenthalte der Wechsler nicht mehr berücksichtigt, steige das Ausgleichsvolumen um rund 1.4 Prozent an. Die Szenarien unterschieden sich hier nicht wesentlich.

Es mag erstaunen, dass das Ausgleichsvolumen zwischen den Versicherten sinkt, jenes zwischen den Krankenversicherern aber steigt. Es handelt sich hierbei aber um fundamental unterschiedliche Grössen. Das Ausgleichsvolumen zwischen den Versicherten ist einzig von der Höhe der Risikoausgleichsansätze und der Anzahl Monate pro Ausgleichsgruppe abhängig. In die Gruppen ohne Aufenthalt kommen Versicherte hinzu, die teurer sind als der Durchschnitt dieser Gruppe. Der Kostenunterschied der Gruppe ohne Aufenthalt kommt daher näher an den Durchschnitt der Gruppe mit Aufenthalt heran und das Ausgleichsvolumen sinkt.

Das Ausgleichsvolumen zwischen den Krankenversicherern ist dadurch bestimmt, wie sich die unterschiedlichen Krankenversicherer in ihrer Risikostruktur unterscheiden. In einer hypothetischen Situation, wo alle Krankenversicherer die gleiche Risikostruktur hätten, wäre das Ausgleichsvolumen zwischen den Krankenversicherern gleich null, das Ausgleichsvolumen zwischen den Versicherten bliebe aber unverändert hoch.

Tabelle 18 **Ausgleichsvolumen zwischen den Krankenversicherern nach Wechsler**

	Ausgleichsvolumen	Veränderung gegenüber Status quo
Status quo	1'614 Mio. CHF ^{a)}	
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 1	1'636 Mio. CHF	1.4%
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 2	1'636 Mio. CHF	1.4%
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 3	1'635 Mio. CHF	1.3%

a) Da die Ansätze hier schweizweit berechnet wurden, stimmt das Ausgleichsvolumen nicht mit den offiziellen Zahlen der Gemeinsamen Einrichtung (CHF 1'559 Mio.) überein.

Das Ausgleichsvolumen zwischen den Krankenversicherern gibt die Summe der Beiträge an, welche Krankenversicherer mit einem hohen Anteil an jungen Versicherten und Versicherten ohne Aufenthalt im Vorjahr an den Risikoausgleich leisten müssen. Würden die Aufenthalte der Wechsler nicht mehr berücksichtigt, würde das Ausgleichsvolumen um rund 1.4 Prozent ansteigen.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 und 2 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

5.4 Einfluss der Spitalaufenthalte der Wechsler auf einzelne Krankenversicherer

Auch wenn sich die Ausgleichsvolumina gesamthaft nicht stark verändern, kann eine Nicht-Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler einen starken Einfluss auf einzelne Krankenversicherer haben. In Tabelle 19 ist der Einfluss auf Krankenversicherer dargestellt, welche in den Risikoausgleich einzahlen müssen. Für einen Grossteil von ihnen ändern sich die Zahlungen in den Risikoausgleich um weniger als CHF 2 pro Versichertenmonat. Ein Krankenversicherer müsste jedoch über CHF 6 pro Versichertenmonat mehr einzahlen. Hierbei handelt es sich um einen kleineren Versicherer, der besonders viele Neukunden gewann.

Tabelle 19 Zahlungen von Krankenversicherern, die in den Risikoausgleich einzahlen

Differenz zu Status quo in CHF pro Versichertenmonat	Anzahl	Min	1. Quartil	Median	3. Quartil	Max
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 1	41	-1.67	-0.89	0.28	1.80	6.47
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 2	41	-1.71	-0.92	0.31	1.80	6.60
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 3	41	-1.63	-0.85	0.24	1.80	6.33

Ein positiver Betrag bedeutet, dass *mehr* eingezahlt werden muss.

Die Zahlungen, welche einzelne Krankenversicherer an den Risikoausgleich leisten müssen, würden sich ohne die Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler für die meisten Anbieter um weniger als CHF 2 pro Versichertenmonat ändern. Ein einzelner Krankenversicherer müsste jedoch über CHF 6 pro Versichertenmonat mehr einzahlen.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 und 2 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Bei den Krankenversicherern, welche Zahlungen aus dem Risikoausgleich erhalten (vgl. Tabelle 20), würden diese Zahlungen ohne Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler grossteils leicht sinken. Ein Krankenversicherer würde jedoch rund CHF 4 Franken mehr bekommen. Hier handelt es sich um einen kleineren Anbieter, welcher einen sehr hohen Anteil an älteren Versicherten ohne Aufenthalt aufweist.

Tabelle 20 Beiträge von Krankenversicherern, die aus dem Risikoausgleich erhalten

Differenz zu Status quo in CHF pro Versichertenmonat	Anzahl	Min	1. Quartil	Median	3. Quartil	Max
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 1	20	-2.83	-1.87	-1.33	-0.18	4.45
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 2	20	-3.38	-1.88	-1.35	-0.21	4.44
Ohne Aufenthalte der Wechsler, Szenario 3	20	-2.85	-1.85	-1.32	-0.14	4.49

Ein positiver Betrag bedeutet, dass *mehr* erhalten wird.

Die Zahlungen, welche Krankenversicherer mit teurer Struktur aus dem Risikoausgleich erhalten, würden ohne Berücksichtigung der Wechsler für die meisten Krankenversicherer leicht sinken. Ein Krankenversicherer würde jedoch über CHF 4 pro Versichertenmonat mehr erhalten.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 und 2 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

5.5 Diskussion des Datenaustausches und der Anreizwirkung

Die Berechnungen in diesem Kapitel deuten darauf hin, dass ohne die Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler das Umverteilungsvolumen 2012 zwischen den Krankenversicherern um rund 1.4 Prozent, beziehungsweise CHF 20 Mio. höher gewesen wäre. Die CHF 20 Mio. sind nicht gleich über die Krankenversicherer verteilt. Der am stärksten betroffene Krankenversicherer hätte 2012 rund CHF 6 pro Versichertenmonat mehr in den Risikoausgleich einzahlen müssen.

Betrachtet man die längerfristige Anreizwirkung, nimmt die Bedeutung des Datenaustausches zu. In den kommenden Jahren ist von einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs auszugehen.¹⁶ Würden beispielsweise auch chronische Erkrankungen in die Berechnung des Risikoausgleiches einbezogen, hätte die Berücksichtigung der Informationen aus den Vorjahren bei Kassenwechslern stärkere finanzielle Folgen als allein mit dem Kriterium «Aufenthalt».

Sollen den Krankenversicherern zusätzlich Anreize gesetzt werden, in spezifische Programme zur Behandlung von chronischen Erkrankungen zu investieren, kommt der Berücksichtigung von Vorjahresinformationen zusätzliche Bedeutung zu. Ohne den Informationsaustausch werden alle Wechsler im ersten Jahr den gesunden Kundengruppen zugeteilt. Die Krankenversicherer erzielen daher mit einem chronisch kranken Neukunden im ersten Jahr einen erwarteten Verlust. Ein Krankenversicherer würde nur dann in ein Programm für chronisch Kranke investieren, wenn er davon überzeugt ist, den Verlust im ersten Jahr durch Gewinne in den folgenden Jahren kompensieren zu können. Er muss also sehr überzeugt davon sein, dass die chronisch Kranken durch das Programm günstiger behandelt werden als der Gruppenschicht, nach welchem sich die Risikoausgleichszahlung richtet.

¹⁶ Eine solche Verfeinerung wird aktuell von zwei parlamentarischen Initiativen (11.473 der SP Fraktion und 12.446 der FDP Fraktion) sowie einer Motion (12.3815 der Grünliberalen Fraktion) gefordert. Zudem ist sie Teil einer durch den Bundesrat vorgeschlagenen Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Botschaft des Bundesrates vom 20. September 2013).

6 Analyse der Prämien, Prämienunterschiede und Marktstruktur

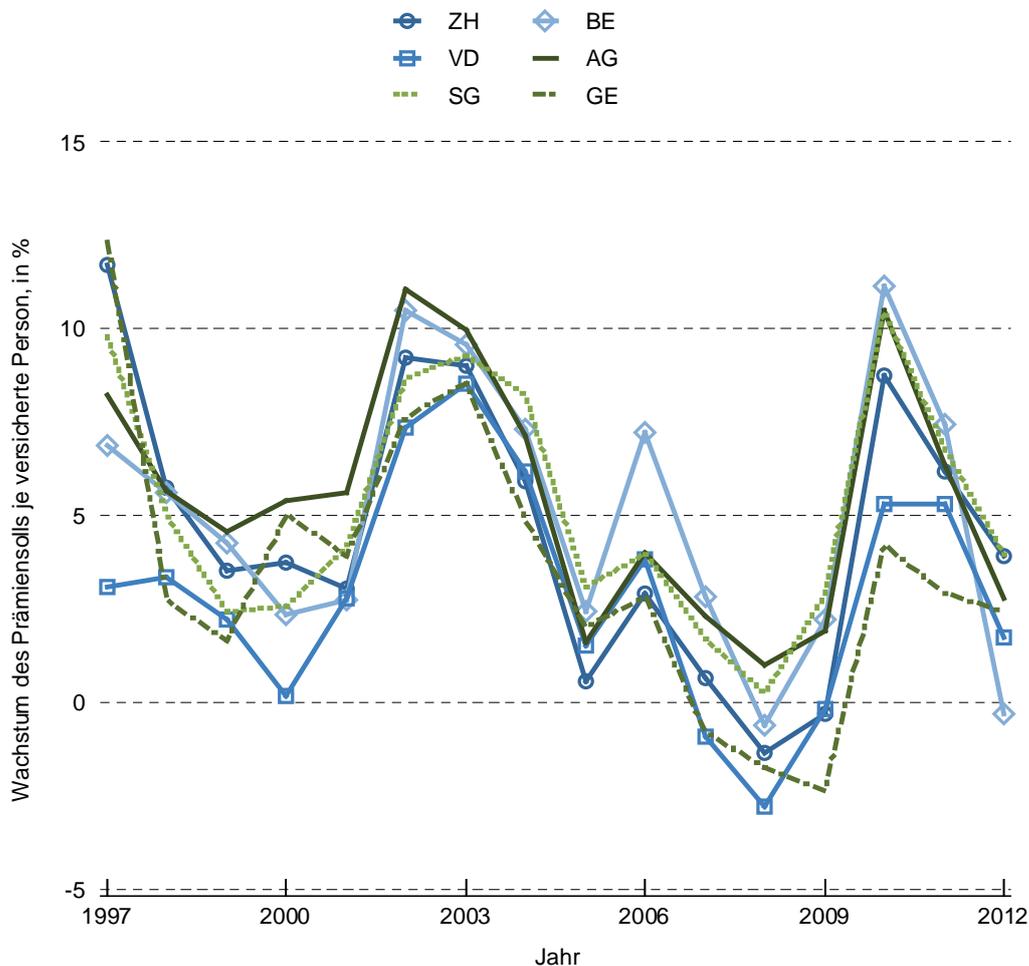
Wie in Tabelle 2 gezeigt, liess der neue Risikoausgleich 2012 das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern um rund sechs Prozent ansteigen. Es stellt sich die Frage, ob dies bereits zu Änderungen im Markt geführt hat. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass es ein Jahr nach Einführung noch zu früh für eine abschliessende Beurteilung dieser Frage ist. In Abschnitt 6.1 analysieren wir die Entwicklung der Prämien. Besonders interessant ist hier die Frage, ob Krankenversicherer mit einer günstigen Risikostruktur ein stärkeres Prämienwachstum zu verzeichnen hatten als Krankenversicherer mit einer teuren Struktur. Dies würde darauf hindeuten, dass die Prämienvorteile dank einer günstigen Struktur zurückgegangen sind. Eine solche Entwicklung würde dazu führen, dass sich die Prämien im Markt angleichen, was wir in Abschnitt 6.2 diskutieren. In Abschnitt 6.3 betrachten wir die Entwicklung der Prämienrabatte. Falls Rabatte zum Teil durch Risikoselektion finanziert werden, ist zu erwarten, dass diese mit dem verfeinerten Risikoausgleich zurückgehen. In Abschnitt 6.4 diskutieren wir den Einfluss der Administrativkosten auf die Prämien. In Abschnitt 6.5 wird die Marktstruktur analysiert. Eine Konzentration des Marktes aufgrund des verfeinerten Risikoausgleichs würde darauf hindeuten, dass sich kleine Krankenversicherer bislang vorwiegend dank ihrer guten Risikostruktur auf dem Markt behaupten konnten.

6.1 Entwicklung der Prämien

In Abbildung 4 ist das prozentuale Wachstum des Prämienolls pro versicherte Person über die Jahre 1996 bis 2012 dargestellt. Da das Prämienoll auch die Marktanteile von Prämienparmodellen wie Wahlfranchisen berücksichtigt, ist es ein gutes Mass für die effektiv gezahlten Prämien (siehe OKP Statistik 2012, Kapitel 3). Die Reform des Risikoausgleichs war bei der Prämienberechnung des Jahres 2009 das erste Mal bekannt. In diesem Jahr war das Prämienwachstum eher niedrig. Im Jahr 2012, als der neue Risikoausgleich das erste Mal durchgeführt wurde, lag das Wachstum der Prämien im Mittelfeld.

Die Entwicklung des Prämienolls hängt stark von der Entwicklung der Nettoleistungen ab. Kurzfristig ist nicht zu erwarten, dass der Risikoausgleich einen wesentlichen Einfluss auf die Nettoleistungen hat. Längerfristig ist eine Minderung des Ausgabenwachstums möglich, weil sich Krankenversicherer vermehrt um die Behandlungssteuerung kümmern, da durch eine günstige Risikostruktur kaum mehr Prämienvorteile zu erwirtschaften sind.

Abbildung 4 Entwicklung des Prämiensolls seit 1996 (in CHF)

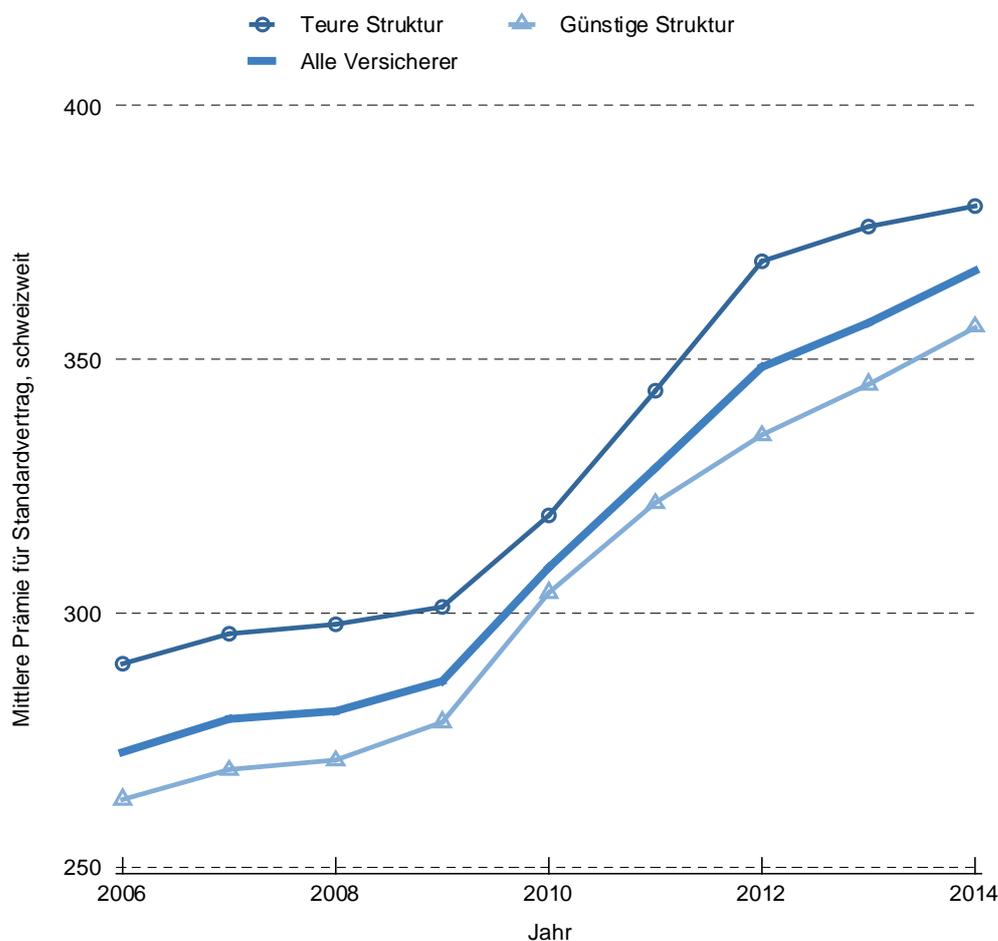


In Abbildung 4 ist für die bevölkerungsreichsten Kantone das prozentuale Wachstum des Prämiensolls seit 1996 dargestellt. Da das Prämiensoll auch die Marktanteile von Prämiensparmodellen wie Wahlfranchisen berücksichtigt, ist es ein gutes Mass für die effektiv gezahlten Prämien. Es ist kein deutlicher Effekt des verfeinerten Risikoausgleiches sichtbar.

Quelle: OKP Statistik 2012, Tabelle T 3.04. Eigene Darstellung, Polynomics.

Da der Risikoausgleich die Prämienvorteile einer günstigen Risikostruktur reduziert, sollten Krankenversicherer mit einer günstigen Struktur ihre Prämien eher erhöhen müssen, während solche mit einer teuren Struktur ihre Prämien senken können. Analog zu Abschnitt 3 haben wir die Krankenversicherer nach dem Kriterium, welcher Anteil ihrer Kunden eine geringe Franchise von CHF 300 oder 500 gewählt hat, klassifiziert (vgl. Tabelle 7 und Tabelle 8 sowie die Erklärungen dazu). In den Jahren 2013 und 2014 ist zu beobachten, dass die Versicherer mit einer teuren Struktur ein schwächeres Prämienwachstum zu verzeichnen hatten als der Durchschnitt. Bei den Versicherern mit der günstigen Struktur ist hingegen keine Verlangsamung des Prämienwachstums zu beobachten. In Abbildung 5 wird also bestätigt, dass die Revision des Risikoausgleichs die Prämienachteile durch eine teure Risikostruktur reduziert.

Abbildung 5 Prämienentwicklung nach Risikostruktur (in CHF pro Kopf)



Nach der Revision des Risikoausgleichs ist zu erwarten, dass Krankenversicherer mit einer günstigen Risikostruktur ihre Prämien werden anheben müssen, während Krankenversicherer mit einer teuren Struktur diese eher werden senken können. Als Mass für die Risikostruktur gilt der Anteil an Kunden in den niedrigen Franchisestufen CHF 300 und 500 im Jahr 2009. Es lässt sich beobachten, dass Versicherer mit einer teuren Struktur in den Jahren 2013 und 2014 ein unterdurchschnittliches Prämienwachstum hatten. Dies lässt darauf schliessen, dass die Verfeinerung des Risikoausgleichs die Prämiennachteile von Versicherern mit einer teuren Risikostruktur verminderte.

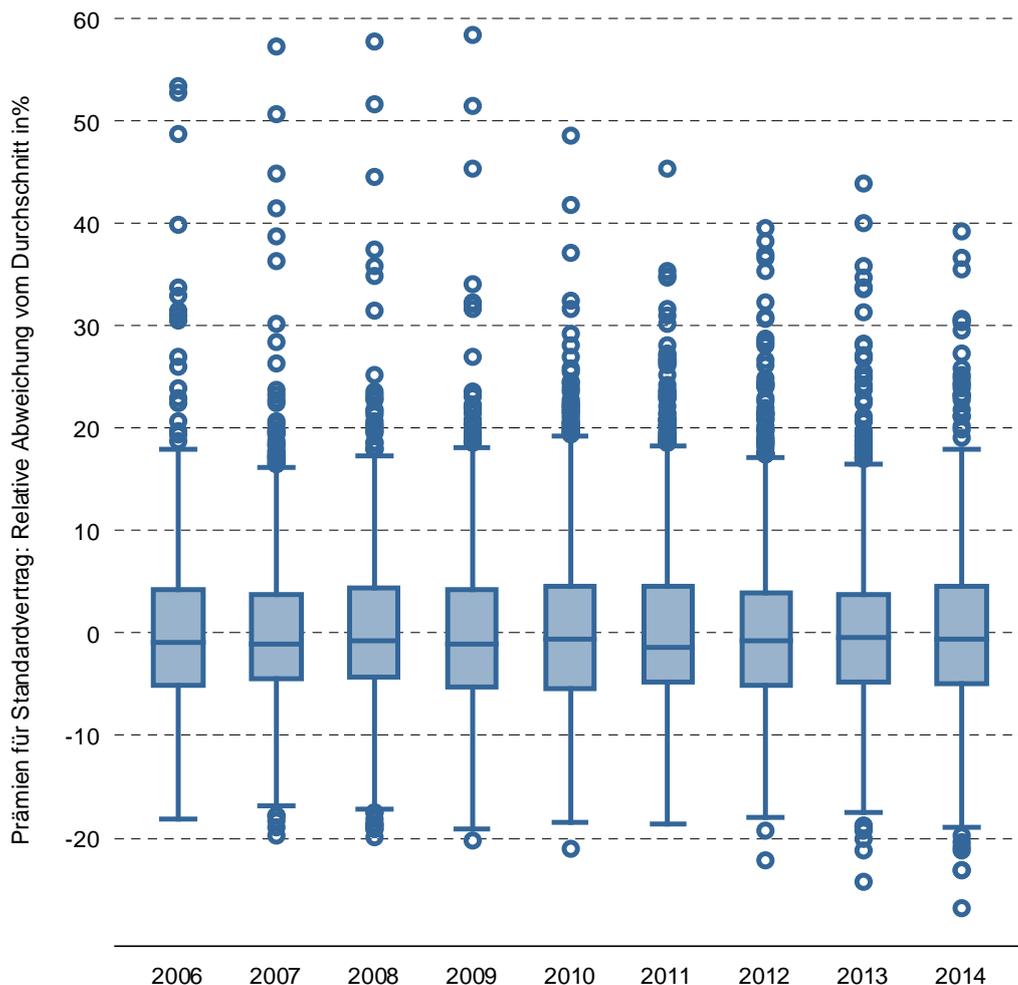
Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 4 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

6.2 Entwicklung der Prämienunterschiede zwischen den Krankenversicherern

Wenn die Risikostruktur sich weniger stark auf die Prämien auswirkt, ist eine Angleichung der Prämien unterschiedlicher Krankenversicherer über die Jahre zu erwarten. In Abbildung 6 sind die relativen Abweichungen der Prämien unterschiedlicher Krankenversicherer zur Durchschnittsprämie pro Kanton in der jeweils teuersten Prämienregion dargestellt. Es ist kein klarer Trend zur Angleichung der Prämien sichtbar. Zwar verschwinden die hohen Ausreisserwerte von über 50 Prozent, welche bis ins Jahr 2009 beobachtbar waren, trotzdem befinden sich noch viele Krankenversicherer im Bereich zwischen 20 und 40 Prozent. Die Prämien dieser Versiche-

rer liegen 20 Prozent oder mehr über der Durchschnittsprämie ihres Kantons. In den Jahren 2013 und 2014 sind auch vermehrt Ausreisser am unteren Ende beobachtbar, also Versicherer, deren Prämien mehr als 20 Prozent unter dem Durchschnitt liegen. Hier sticht insbesondere ein einzelner Versicherer heraus, welcher in mehreren Kantonen sehr günstige Prämien anbieten kann.

Abbildung 6 Prämien, prozentuale Abweichung zum Kantonsdurchschnitt



In diesem sogenannten Boxplot sind die relativen Abweichungen der Prämien unterschiedlicher Krankenversicherer zum Kantonsdurchschnitt in der jeweils teuersten Prämienregion dargestellt. Die mittleren 50 Prozent der Prämien (dargestellt in den blauen Rechtecken) befinden sich jeweils in einer Spanne von rund plus bzw. minus 5 Prozent. Eine Angleichung über die Jahre ist nicht beobachtbar.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 4 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Die blauen Rechtecke geben an, wo die mittleren 50 Prozent der Krankenversicherer liegen. Im Jahr 2012 lagen sie in der Spanne von minus 5.1 Prozent und plus 3.9 Prozent. Bis ins Jahr 2014 ist keine Verkleinerung der Rechtecke zu beobachten. Falls die Versicherer mit der teuren Risi-

kostruktur ein niedrigeres Prämienwachstum erleben als die Versicherer mit einer günstigen Struktur ist eine solche Verkleinerung in Zukunft zu erwarten.

Die Werte in Abbildung 6 bilden die Variabilität der offerierten Prämien für den Standardvertrag in der jeweils teuersten Prämienregion ab. Für eine Analyse, welche Prämien durch die Versicherten effektiv bezahlt werden, wäre eine Gewichtung nach Beständen notwendig. Die Versichertenbestände stehen jedoch nur bis ins Jahr 2012 und nur auf Kantonsebene zur Verfügung. Eine Analyse der effektiv gezahlten Prämien würde eine Abstufung nach Prämienregionen und nach Tarifmerkmalen wie der Franchisestufe oder der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer bedingen.

6.3 Entwicklung der Prämienrabatte

Falls die Rabatte für hohe Wahlfranchisen nicht ausschliesslich durch die freiwillig übernommenen Leistungskosten und die zurückhaltendere Inanspruchnahme (Anreizeffekte) finanziert werden, sondern auch durch die günstigere Risikostruktur, ist anzunehmen, dass die Rabatte nach der Verfeinerung des Risikoausgleiches sinken werden. Allerdings haben unsere Auswertungen in Abschnitt 3.4 gezeigt, dass die «kalkulatorischen Nettoprämien» bei den hohen Franchisestufen auch nach Einbezug des Risikomerkmals «Aufenthalt» wesentlich geringer ausfallen als die Nettoprämien bei der minimalen Franchisestufe. Der Unterschied übersteigt den maximal zulässigen Prämienrabatt. Dies lässt erwarten, dass trotz dem neuen Risikoausgleich die maximal zulässigen Rabatte gegeben werden und daher keine Senkung der Rabatte beobachtet wird.

In Tabelle 21 sind die durchschnittlichen Prämienrabatte für die Franchisestufen 500, 1'500 und 2'500 dargestellt. Es gibt einen Trend zu niedrigeren Rabatten, er setzte jedoch schon vor der Einführung des neuen Risikoausgleichs ein. Insbesondere ist ein Sprung im Jahr 2010 zu beobachten. In diesem Jahr trat die Vorschrift in Kraft, dass Rabatte nur noch 70 statt 80 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos ausmachen dürfen. Ausgedrückt in Prozent des Maximalrabattes haben die Rabatte sogar eher zugenommen.

Tabelle 21 Entwicklung der Rabatte für Wahlfranchisen

Jahr	Anzahl Prämienwerte ^{a)}	Rabatt F500	Rabatt F500 in % von Max ^{b)}	Rabatt F1'500	Rabatt F1500 in % von Max ^{b)}	Rabatt F 2'500	Rabatt F2500 in % von Max ^{b)}
2006	1'439	5 % (1)	92 %	27 % (4)	89 %	42 % (5)	77 %
2007	1'412	5 % (1)	90 %	27 % (4)	89 %	42 % (5)	78 %
2008	1'511	5 % (1)	91 %	27 % (5)	90 %	42 % (4)	79 %
2009	1'605	4 % (1)	91 %	27 % (5)	91 %	42 % (4)	81 %
2010	1'614	4 % (1)	91 %	22 % (4)	93 %	39 % (6)	90 %
2011	1'489	3 % (1)	90 %	21 % (4)	93 %	37 % (6)	92 %
2012	1'151	3 % (1)	89 %	19 % (3)	93 %	35 % (6)	92 %
2013	1'127	3 % (1)	89 %	19 % (3)	94 %	34 % (6)	93 %
2014	1'127	3 % (1)	90 %	18 % (3)	94 %	34 % (6)	93 %

a) Pro Kanton und Versicherer werden die Erwachsenenprämien in der teuersten Risikozone betrachtet. Standardabweichung in Klammern.

b) Als Maximalrabatt gilt 80 % des zusätzlich übernommenen Risikos (vor 2010) beziehungsweise 70 % des zusätzlich übernommenen Risikos (ab 2010). Interaktionen mit anderen Rabattvorschriften werden nicht betrachtet.

In der Tabelle sind die durchschnittlichen Rabatte dargestellt, welche in der jeweils teuersten Prämienregion für die Franchisestufen 500, 1'500 und 2'500 gewährt wurden. Es ist ein Trend zu niedrigeren Rabatten sichtbar, welcher jedoch schon vor Einführung des neuen Risikoausgleichs begonnen hat. Im Jahr 2010 hat sich insbesondere die Vorschrift ausgewirkt, dass Rabatte nur noch 70 statt wie früher 80 % des zusätzlich übernommenen Risikos ausmachen dürfen. Ausgedrückt in Prozent des Maximalrabattes haben die Rabatte sogar eher zugenommen.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 4 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Wie Von Wyl und Beck (2012b) ausführen, ist der Risikoausgleich auch bezüglich des Jugendrabattes für die 19- bis 25-Jährigen relevant. Nach Art. 61 Absatz 3 KVG sind die Krankenversicherer berechtigt, den jungen Erwachsenen bis 25 Jahren einen Prämienrabatt zu geben. Diese Regelung wurde vom Gesetzgeber aus sozialpolitischen Gründen gewählt. Der Risikoausgleich ist jedoch so ausgestaltet, dass die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Risikogruppen «im vollen Umfang» ausgeglichen werden. Schon mit dem Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht wurden also die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Altersgruppen vollständig ausgeglichen. Durch den Einbezug des neuen Kriteriums hat sich daran nichts geändert (siehe auch Diskussion in Abschnitt 2.4). In dieser Situation ist es nicht möglich, den jungen Versicherten einen aktuarisch fairen Rabatt zu geben. Die durchschnittlichen Nettoleistungen plus Risikoausgleich («kalkulatorische Nettoprämien», siehe Abschnitt 3) dieser Gruppe sind nämlich gleich hoch wie die aller anderen Alters- und Geschlechtsgruppen. Es erstaunt daher nicht, dass die Jugendrabatte seit 2006 kontinuierlich sanken und schon rund ein Viertel der Krankenversicherer keinen Jugendrabatt mehr gewährt (vgl. Tabelle 22). Entspricht es dem Willen des Gesetzgebers, dass junge Erwachsene einen Rabatt erhalten, sollte der Risikoausgleich dahingehend angepasst werden, dass der durchschnittliche Kostenunterschied zwischen den Altersgruppen nicht mehr vollständig ausgeglichen wird.

Tabelle 22 **Entwicklung des Jugendrabattes**

Jahr	Anzahl ^{a)}	Mittelwert	Standard- abweichung	Q ₂₅	Q ₇₅	Min	Max
2006	1'410	15 %	8	8 %	20 %	0 %	32 %
2007	1'427	15 %	7	8 %	20 %	0 %	36 %
2008	1'508	15 %	7	8 %	20 %	0 %	30 %
2009	1'602	14 %	7	8 %	20 %	0 %	31 %
2010	1'611	11 %	7	7 %	17 %	0 %	30 %
2011	1'489	9 %	5	7 %	14 %	0 %	21 %
2012	1'151	8 %	5	0 %	10 %	0 %	20 %
2013	1'127	7 %	5	0 %	7 %	0 %	19 %
2014	1'127	6 %	5	0 %	7 %	0 %	20 %

a) Pro Kanton und Versicherer werden nur die Prämien in der teuersten Risikozone betrachtet.

Der durchschnittliche Jugendrabatt für die Versicherten von 19-25 Jahren ist von 15 % im Jahr 2006 auf 6 % im Jahr 2014 gesunken. Rund ein Viertel der Krankenversicherer gab 2012 bereits keinen Jugendrabatt mehr, darum liegt das erste Quartil bei null. Diese Entwicklung wird durch die Ausgestaltung des Risikoausgleichs massgeblich beeinflusst. Da seit 1993 die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Altersgruppen vollständig ausgeglichen werden, sind die durchschnittlichen Nettoleistungen plus Risikoausgleich («kalkulatorische Nettoprämien») bei allen Altersgruppen gleich. Es gibt daher keinen aktuarisch gerechtfertigten Rabatt nach Alter.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 4 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

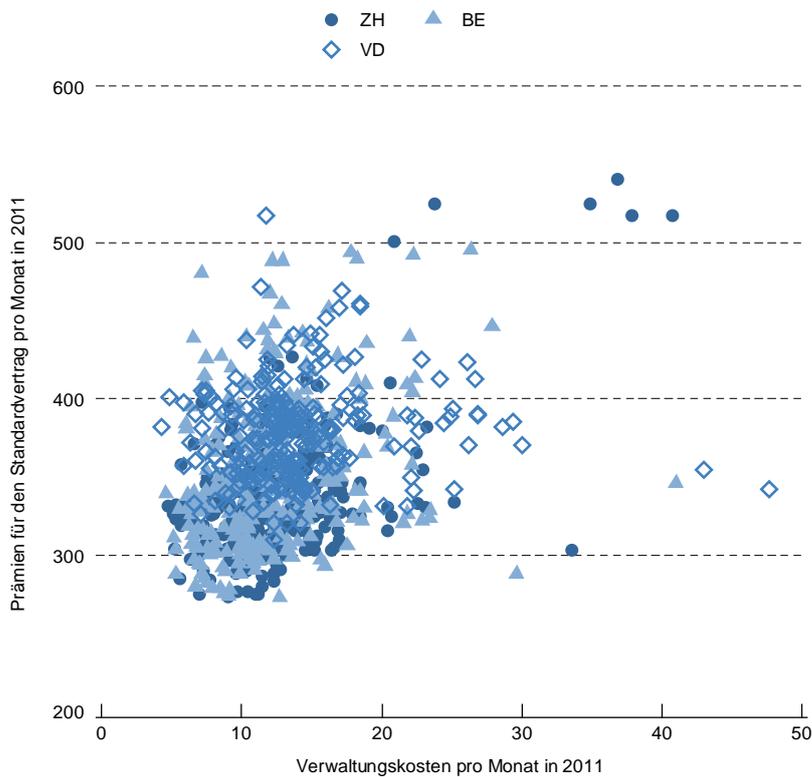
6.4 Einfluss der Administrativkosten

Die Administrativkosten der Krankenversicherer werden politisch immer wieder kontrovers diskutiert.¹⁷ Ihr Einfluss wird jedoch oft überschätzt, denn quantitativ machen die Administrativkosten lediglich rund CHF 160 pro Jahr und Versicherten aus, was knapp 6 Prozent der durchschnittlichen Nettoleistungen entspricht (OKP Statistik, 2011). Falls es einem Krankenversicherer gelingt, mittels Behandlungssteuerung die Nettoleistungen zu senken, wird er günstige Prämien anbieten können, selbst wenn er vergleichsweise hohe Verwaltungskosten hat.

In Abbildung 7 ist für die Kantone Zürich, Bern und Waadt der Zusammenhang der Verwaltungskosten mit den Erwachsenenprämien für die Standard-OKP mit Franchise 300 und Unfalldeckung dargestellt. Es zeigt sich ein leicht positiver Zusammenhang. Der Korrelationskoeffizient berechnet über die ganze Schweiz beträgt rund 0.41 und weist ebenfalls auf einen schwachen positiven Zusammenhang hin.

¹⁷ Z. B. wird der Wegfall der Werbekosten als Hauptargument für die Initiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» angeführt, siehe Argumentarium auf <http://oeffentliche-krankenkasse.ch>, Zugriff am 9. Oktober 2013.

Abbildung 7 Zusammenhang von Prämien und Administrativkosten, in CHF



Hier sind für die Kantone Zürich, Bern und Waadt (jeweils teuerste Zone) die monatlichen Erwachsenenprämien für einen Vertrag in der Standard-OKP mit Franchise 300 und Unfalldeckung den Verwaltungskosten gegenübergestellt. Es ist ein leichter positiver Zusammenhang zwischen Verwaltungskosten und Prämien erkennbar.

Quelle: Eigene Darstellung anhand Datensatz 4 und 5 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

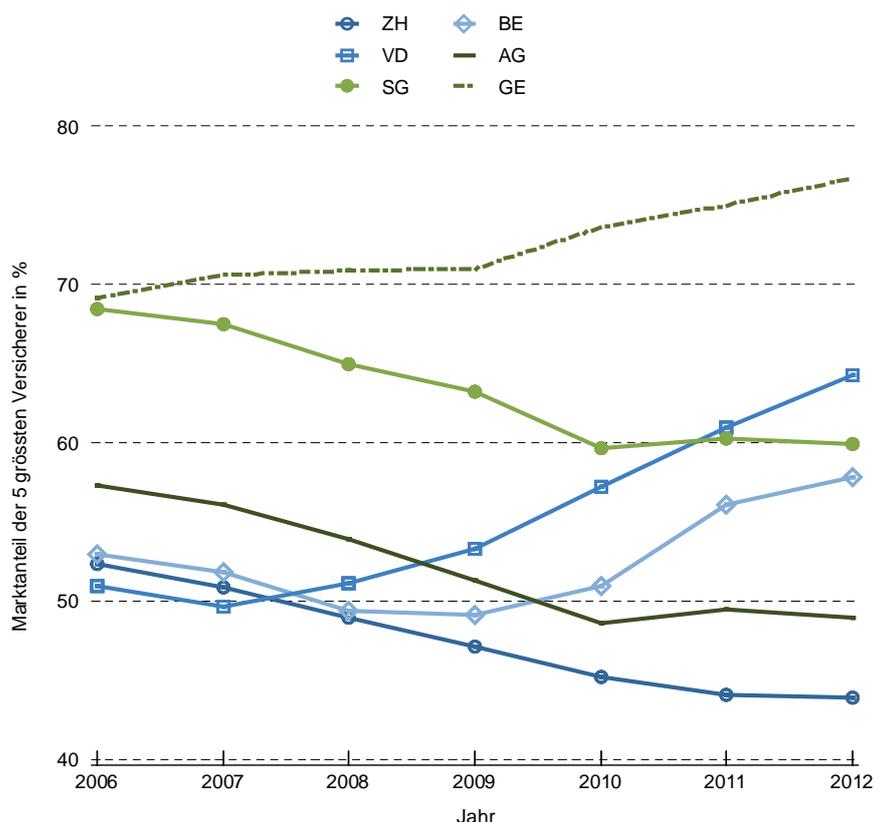
Ein möglicher Grund für den positiven Zusammenhang ist, dass kränkere Versicherte, welche viele Leistungen benötigen, auch höhere Verwaltungskosten verursachen als gesunde Versicherte, welche kaum Rechnungen einschicken. Versicherer mit einer teuren Risikostruktur hätten daher nicht nur höhere Leistungsausgaben, sondern auch höhere Verwaltungskosten.

6.5 Marktstruktur

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs könnte zu einer Marktkonzentration führen, falls kleinere Krankenversicherer weniger effizient sind als die grossen und sich bisher vorwiegend durch Vorteile in der Risikostruktur auf dem Markt halten konnten. Zudem könnten Versicherer mit Mehrkassenstrategien ihre Ausrichtung anpassen und Fusionen innerhalb der Versicherergruppe durchführen. In Abbildung 8 ist der aggregierte Marktanteil der grössten fünf Krankenversicherer in den bevölkerungsreichsten Kantonen dargestellt.

Es fallen starke Unterschiede zwischen den Kantonen auf. Im Kanton Genf, der Waadt und Bern haben die fünf grössten Krankenversicherer ihren Marktanteil ausgebaut, während sie in den Kantonen Zürich, Aargau und St. Gallen Marktanteile verloren haben. Die grosse Heterogenität zwischen den Kantonen weist darauf hin, dass die Marktstruktur nicht massgeblich durch den verfeinerten Risikoausgleich bestimmt wird. Diese Revision wurde in allen Kantonen gleichzeitig eingeführt.

Abbildung 8 Entwicklung des aggregierten Marktanteils der grössten fünf Krankenversicherer



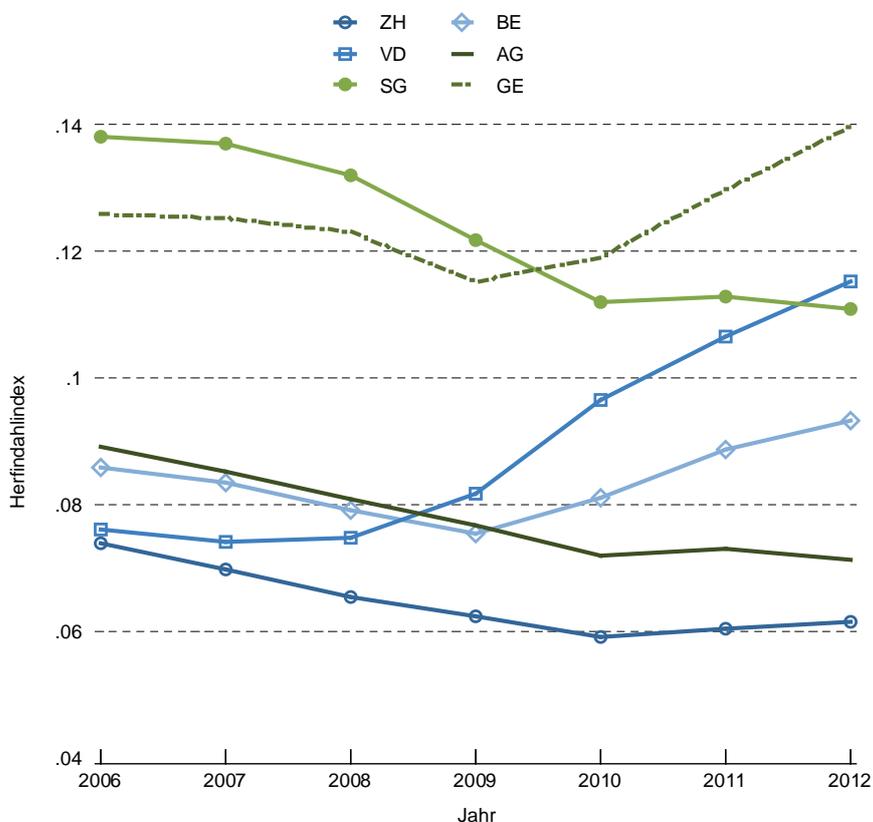
Der aggregierte Marktanteil der fünf grössten Krankenversicherer hat sich in den Kantonen sehr unterschiedlich entwickelt. Während in den Kantonen Genf, der Waadt und Bern die fünf grössten Krankenversicherer ihren Marktanteil ausgebaut haben, ist er in Zürich, Aargau und St. Gallen gesunken. Ein Einfluss des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Marktanteile ist (noch) nicht zu erkennen.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Andere Faktoren, die eine Marktkonzentration begünstigen, sind Fusionen von Versicherern. Im Jahr 2011 beispielsweise verschwanden 17 Krankenversicherer durch Fusionen vom Markt. Ein Grossteil der fusionierten Versicherer hatte vor der Fusion bereits zur gleichen Versicherergruppe gehört (OKP Statistik, 2011, Tabelle 504d).

Ein häufig verwendetes Mass für die Marktkonzentration ist der Herfindahlindex. Er wird berechnet als die Summe der quadrierten Marktanteile aller im Markt tätigen Firmen. Anders als der reine Marktanteil reflektiert der Herfindahlindex auch die Stärke der Konkurrenten und ist daher ein gutes Mass für die Stärke des Wettbewerbs. Hat beispielsweise ein Krankenversicherer einen Marktanteil von 40 Prozent und der Rest des Marktes ist auf sehr kleine Krankenversicherer mit je 5 Prozent verteilt, dann ist die Marktmacht des grossen Krankenversicherers grösser als wenn er zwei Konkurrenten hat, die je 20 Prozent des Marktes abdecken. Wie in Abbildung 9 gezeigt, hat sich auch der Herfindahlindex in den sechs bevölkerungsreichsten Kantonen sehr unterschiedlich entwickelt.

Abbildung 9 Entwicklung des Herfindahlindex



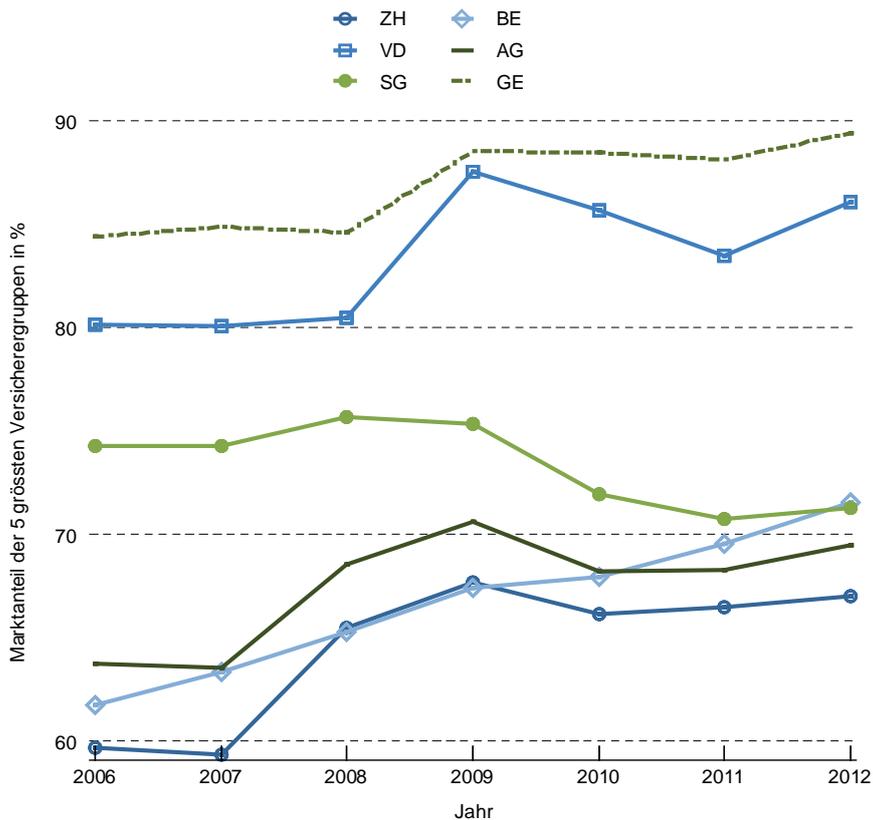
Der Herfindahlindex ist ein häufig verwendetes Mass für die Marktkonzentration. Er hat sich in den sechs bevölkerungsreichsten Kantonen sehr unterschiedlich entwickelt. Die Heterogenität zwischen den Kantonen weist darauf hin, dass die Marktstruktur nicht massgeblich durch den verfeinerten Risikoausgleich bestimmt wird. Diese Verfeinerung wurde nämlich in allen Kantonen gleichzeitig eingeführt.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Etwas anders präsentiert sich das Bild, wenn anstelle der Einzelversicherer die Versicherergruppen gemeinsam analysiert werden. Erwartungsgemäss ist der aggregierte Marktanteil der fünf grössten Versicherergruppen höher als jener der fünf grössten Einzelversicherer. Im Kanton

Genf erreicht er einen Spitzenwert von knapp 90 Prozent. Eine Senkung des Marktanteils der grössten fünf Versichertengruppen seit 2006 ist lediglich im Kanton St. Gallen zu beobachten. In den meisten Kantonen hatte der Marktanteil der grössten Versicherergruppen einen Höchstwert im Jahr 2009, sank nachher wieder leicht, bevor er wieder zu steigen begann. Ein zeitlicher Zusammenhang der Veränderung der Marktkonzentration mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs lässt sich nicht eindeutig beobachten.

Abbildung 10 Entwicklung des aggregierten Marktanteils der fünf grössten Krankenversicherergruppen



Der aggregierte Marktanteil der fünf grössten Versicherergruppen ist seit 2006 in den meisten Kantonen angestiegen. Der Anstieg erfolgte nicht stetig, sondern erlebte 2009 einen vorläufigen Spitzenwert, nachher eine Senkung und eine darauf folgende Steigerung. Ein Zusammenhang zwischen der Marktstruktur und der Verfeinerung des Risikoausgleiches ist aus dieser Analyse nicht ersichtlich.

Quelle: Eigene Darstellung anhand Datensatz 1 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

7 Diskussion und Handlungsempfehlungen

7.1 Solidarität zwischen den Versicherten

Innerhalb eines Krankenversicherers wird die Solidarität zwischen den Versicherten durch die Einheitsprämienvorschrift sichergestellt. Da Versicherte unabhängig von ihrem Leistungsbedarf die gleiche Prämie bezahlen, leisten gesunde Versichertengruppen, welche im Durchschnitt einen geringen Leistungsbedarf haben, einen impliziten Solidaritätstransfer an kranke Versichertengruppen innerhalb der gleichen Versicherung. Das Ziel des Risikoausgleichs ist die Sicherstellung dieser Solidaritätstransfers über die Krankenversicherer hinweg. Krankenversicherer, die in ihrem Bestand überdurchschnittlich viele Personen mit einem geringen Leistungsbedarf haben, zahlen in den Risikoausgleich ein, während Krankenversicherer, welche in ihrem Bestand viele Kunden mit hohem Leistungsbedarf haben, Zahlungen aus dem Risikoausgleich erhalten.

Bezüglich der Solidarität zwischen jungen und alten, männlichen und weiblichen Versicherten hat sich durch den neuen Risikoausgleich nichts verändert. Die durchschnittlichen Kostenunterschiede, die sich aufgrund der Risikomerkmale Alter- und Geschlecht ergeben, wurden bereits mit dem alten Risikoausgleich vollständig ausgeglichen (vgl. Abschnitt 2.4). Die Verfeinerung hat daran nichts geändert. Die Transferzahlungen gleichen die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen Männern und Frauen, Älteren und Jüngeren vollständig aus.

Neu werden Transferzahlungen nicht nur nach den Risikomerkmale Alter und Geschlecht, sondern auch nach dem Morbiditätsindikator «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» berechnet. Die Solidarität zwischen den Gesunden und Kranken wurde dadurch verbessert, insbesondere für Krankheiten, die stationär behandelt werden. Da Unterschiede im Risikobestand nicht mehr so entscheidend für die Prämienhöhe eines Krankenversicherers sind, wurden die Anreize zur Risikoselektion deutlich reduziert. Allerdings weisen chronisch kranke Patienten auch nach der Verfeinerung stark negative Deckungsbeiträge aus. Dies gilt insbesondere für Krankheiten, die mehrheitlich ambulant behandelt werden. Krankenversicherer mit einem hohen Anteil chronisch kranker Patienten erlangen dadurch einen Wettbewerbsnachteil. Durch den Einbezug weiterer Morbiditätsmerkmale in den Risikoausgleich sollte erreicht werden, dass auch Versicherte mit einem hohen Leistungsbedarf im ambulanten Bereich als teure Kunden erkannt werden und Ausgleichszahlungen an den Versicherer auslösen.

Handlungsempfehlung 1

Der Risikoausgleich sollte dahingehend verfeinert werden, dass Krankenversicherer auch für Versicherte mit einem hohen Leistungsbedarf im ambulanten Bereich Ausgleichszahlungen erhalten.

Für den Einbezug weiterer Morbiditätsindikatoren ist eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes notwendig, daher liegt die Verantwortung beim Parlament. Entsprechende Vorstösse werden im Parlament bereits diskutiert und finden auf breiter Basis Zustimmung (vgl. Fussnote 16). Es darf also davon ausgegangen werden, dass eine entsprechende Gesetzesänderung in naher Zukunft verabschiedet wird.

7.2 Anreize zur Effizienz und zur Produktinnovation

Die Berechnung des Risikoausgleichs sollte so ausgestaltet werden, dass die Anreize zum effizienten Arbeiten und zur Produktinnovation nicht vermindert werden. Dies ist sowohl bei der Auswahl der Risikomerkmale als auch bei der Definition der Formel zur Berechnung der Risikoausgleichsansätze relevant. Bei der Auswahl der Risikomerkmale ist zu berücksichtigen, dass keine Merkmale ausgeglichen werden, welche in der Verantwortung des Versicherers liegen sollen. Falls beispielsweise Versicherer durch Präventionsprogramme die Anzahl Patienten mit einer Krankheit aktiv beeinflussen können, ist fraglich, ob die Kosten der betreffenden Krankheit durch den Risikoausgleich vollständig ausgeglichen werden sollen (Schokkaert und Van de Voorde, 2004).

Bei der Ausgestaltung der konkreten Berechnungsformel sollte beachtet werden, dass Unterschiede, die den Versicherten als Rabatt weitergegeben werden sollen, nicht ausgeglichen werden. Wie in Abschnitt 6.3 diskutiert, ist es aktuell nicht möglich, den jungen Erwachsenen einen aktuarisch fairen Prämienrabatt zu geben. Bei anderen Rabatten, beispielsweise für Wahlfranchisen, ist das Problem aktuell nicht relevant. Nach einer Verfeinerung des Risikoausgleichs könnte es aber relevant werden. Zur Illustration nehmen wir vereinfachend an, dass alle Kranken eine niedrige Franchisestufe und alle Gesunden eine hohe Franchisestufe gewählt hätten. Werden die Kostenunterschiede zwischen Gesunden und Kranken durch den Risikoausgleich vollständig ausgeglichen, gibt es keinen aktuarisch fairen Rabatt für Wahlfranchisen (Van Kleef et al., 2008). Versicherte mit hohen Wahlfranchisen würden also keinen Rabatt mehr für das zusätzlich übernommene Risiko bekommen.

Das gewählte Beispiel ist ein Extremfall. Van Kleef et al. (2008) zeigen mit Daten eines Schweizer Versicherers, dass auch mit einem morbiditätsorientierten Risikoausgleich hohe Rabatte für Wahlfranchisen möglich sind. Trotzdem lohnt es sich bei einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs zu prüfen, ob die vom Gesetzgeber gewollten Prämienrabatte durch die konkrete Ausgestaltung gefährdet sind. Sollte sich das Problem als relevant erweisen, müsste die Rechenmethode entsprechend angepasst werden. Vorschläge für Anpassungen werden von Schokkaert und Van de Voorde (2004), McGuire et al. (2012) sowie Beck et al. (2013) diskutiert. Zur Prüfung dieses – eher technischen – Problems und zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen scheinen Experten aus Forschung oder der Administration am besten geeignet.

Bei einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs sollte überprüft werden, ob die vom Gesetzgeber gewollten Prämienrabatte durch die Berechnung des Risikoausgleichs gefährdet sind. Tritt dieser Fall ein, sollte die Berechnungsmethode entsprechend angepasst werden.

7.3 Kritische Würdigung der Evaluation und Ausblick auf die nächste Etappe

Der vorliegende Studienbericht ist der Zwischenbericht zur ersten Etappe der Evaluation des verfeinerten Risikoausgleichs. Im Zentrum der Analyse stand die Frage, ob Krankenversicherer mit vielen gesunden Kunden deutliche Vorteile im Markt haben und wie sich diese Vorteile durch die Verfeinerung des Risikoausgleichs verändert haben. Der Fokus der Analyse lag also nicht auf dem Verhalten der Marktteilnehmer, sondern auf der Frage, ob sich Versicherer durch eine günstige Risikostruktur Vorteile im Markt verschaffen können. Aus solchen Vorteilen entstehen Anreize zur Risikoselektion.

Dieser Fokus wurde aus zwei Gründen gewählt: Erstens war es das Hauptziel der Reform des Risikoausgleichs, die Anreize im Krankenversicherungsmarkt korrekt zu setzen und so den Leistungswettbewerb und die Solidarität zu fördern. Zweitens ist es zum heutigen Zeitpunkt – ein Jahr nach der Reform – noch sehr früh, um die Auswirkung der veränderten Anreize im Markt zu analysieren. Diese Effekte sollten im Rahmen der nächsten Etappe der Evaluation analysiert werden. Unter anderem sind gemäss dem Wirkungsmodell (BAG, 2013) längerfristig folgende Entwicklungen zu erwarten: Die Prämienunterschiede zwischen den Versicherern werden sinken, da sich die Risikostruktur eines Versicherers nicht mehr so stark auf seine Prämienhöhe auswirkt. Bereits mit den Prämien Daten von 2013 und 2014 lässt sich beobachten, dass die Krankenversicherer mit einer teuren Risikostruktur ein vergleichsweise niedriges Prämienwachstum hatten (vgl. Abschnitt 6.1). Zudem ist ein Trend zu grösseren Krankenversicherern (Marktkonzentration) denkbar, da die Segmentierung von Risiken keine Vorteile mehr bringt. Möglicherweise werden auch mehr Produktinnovationen angeboten, die speziell auf Kundengruppen mit höherer Morbidität zielen. In Deutschland und den Niederlanden bieten beispielsweise die meisten Krankenversicherer solche «Disease-Management-Programme» an.

7.3.1 Limitationen der empirischen Analysen und mögliche Erweiterungen

Bei einer Analyse der Anreize zur Risikoselektion müssen Risikomerkmale untersucht werden, welche nicht selbst Teil der Risikoausgleichsformel sind. Wird ein Risikomerkmale zur Berechnung des Ausgleichs verwendet, bestehen bezüglich des betreffenden Merkmals keine Anreize mehr zu Risikoselektion. In den empirischen Analysen haben wir hier das Risikomerkmale «Franchisestufe» analysiert. Da hohe Franchisen vorwiegend von gesünderen Kunden gewählt werden, kann die Franchisestufe als indirekter Indikator des Leistungsbedarfs genutzt werden. Direkte Merkmale, wie beispielsweise die Prävalenz von chronischen Krankheiten, waren in den verfügbaren Daten nicht enthalten. Chronische Krankheiten wurden anhand der Literatur diskutiert. In einer zukünftigen Evaluation wäre eine empirische Untersuchung des Risi-

kommerkmals «chronische Krankheiten» sehr interessant. Chronische Krankheiten haben nicht nur ein erhebliches finanzielles Gewicht für die Krankenversicherer, sie sind auch versorgungspolitisch von grosser Bedeutung (vgl. Abschnitt 3). Für eine empirische Analyse von chronischen Krankheiten sollten im Idealfall Angaben zur Prävalenz und den Ausgaben pro Versicherter zur Verfügung stehen. So könnte analysiert werden, wie sich eine gegebene Risikostruktur auf den Krankenversicherer auswirkt. Alternativ könnte das Problem auch auf Ebene des Versicherten analysiert werden, beispielsweise mit Individualdaten einiger grosser Krankenversicherer.

Ein weiterer wichtiger Punkt dieses Berichts war die Analyse der Kassenwechsler. Für diese Auswertung fehlte in der Evaluation die Angabe des Wohnkantons. Die Berechnungen mussten daher schweizweit durchgeführt werden, was nicht der tatsächlichen Berechnung des Risikoausgleichs entspricht. Könnten die Daten der Wechsler auch auf Kantonsebene erhoben werden, würde dies eine sinnvolle Überprüfung der hier gemachten Berechnungen in der zweiten Evaluationsetappe ermöglichen.

Wie eingangs erwähnt, ist es ein Jahr nach der Reform noch sehr früh, um den Einfluss des Risikoausgleichs auf die Unterschiede in den offerierten Prämien zu analysieren. Dieser Punkt sollte im Rahmen der nächsten Evaluation vertieft analysiert werden. Insbesondere wäre eine Analyse der Entwicklung in einzelnen Kantonen respektive Prämienregionen, und möglicher regionaler Unterschiede interessant.

7.3.2 Zusätzliche Evaluationskriterien

Neben den offerierten Prämien sollte im Rahmen einer zukünftigen Evaluation auch der Einfluss des verfeinerten Risikoausgleichs auf die effektiv gezahlten Prämien analysiert werden. Hier ist eine Gewichtung der offerierten Prämien mit den Versichertenbeständen notwendig. Versichertenbestände waren in den verwendeten Datensätzen nur bis ins Jahr 2012 (also dem Jahr der Reform) und nicht aufgeschlüsselt nach Tarifoptionen (Wahlfranchisen, eingeschränkte Arztwahl etc.) verfügbar. Für eine vertiefte Analyse der effektiv gezahlten Prämien wären Bestandesdaten auf Ebene der Prämienregionen und Tarifoptionen notwendig.

Nicht betrachtet wurden in dieser Evaluation die Möglichkeiten der Krankenversicherer, die erhaltenen Zahlungen aus dem Risikoausgleich zu manipulieren. Die Risikoausgleichsansätze von Personen mit und ohne Aufenthalt unterscheiden sich deutlich. Beispielsweise erhält der Krankenversicherer für eine Frau im Alter von 56 bis 60 Jahren mit Aufenthalt durchschnittlich CHF 711 pro Versichertenmonat, also rund CHF 8'500 im Jahr aus dem Risikoausgleich. Hatte dieselbe Frau keinen Aufenthalt, muss der Krankenversicherer CHF 42 im Monat oder rund CHF 500 im Jahr in den Risikoausgleich einzahlen. Es wäre also lohnenswert für den Krankenversicherer, die Versicherten im Zweifelsfall in die Gruppe mit Aufenthalt zu verschieben. Sowohl Spycher (2002) als auch Beck et al. (2006) beschreiben jedoch den Spielraum der Versicherer für solches «gaming» als beschränkt.

Grundsätzlich sind Manipulationen auf zwei Arten denkbar. Erstens können Krankenversicherer versuchen, bei Behandlungen, die entweder stationär oder ambulant durchgeführt werden kön-

nen, die Patientinnen in stationäre Behandlungen zu lenken. Dieser Anreiz wird durch die Regulierung der Spitalfinanzierung verstärkt. Während der Krankenversicherer bei ambulanten Behandlungen meist voll zahlungspflichtig ist (nach Abzug der Kostenbeteiligung der Patienten), wird die Fallpausche im stationären Bereich zu 55 Prozent von den Kantonen übernommen. Zweitens wird ein Spital- oder Pflegeheimaufenthalt erst dann in der Risikoausgleichsberechnung berücksichtigt, wenn er mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte dauert. Krankenversicherer könnten daher versuchen, auf die Spitäler einzuwirken, die Patienten im Zweifelsfall mindestens drei Nächte zu behalten. Da Spitäler in der Grundversicherung durch Fallpauschalen vergütet werden, haben diese das gegenläufige Interesse an kürzeren Aufenthalten.

Die Einflussmöglichkeiten der Versicherer dürften bei den Zusatzversicherungen am grössten sein. Im Rahmen einer zukünftigen Evaluation wäre es interessant zu analysieren, ob bei Patienten mit Zusatzversicherung vermehrt Aufenthalte von genau drei Nächten zu beobachten sind. Besonders wahrscheinlich sollte eine solche Beobachtung in Regionen sein, wo der Versicherer des Patienten einen hohen Marktanteil an Zusatzversicherten hat und daher gegenüber den Spitälern in einer guten Verhandlungsposition ist. Weitere Manipulationsmöglichkeiten und ihre Wichtigkeit könnten anhand von Experteninterviews bei Spitälern und Krankenversicherern abgeschätzt werden.

8 Quellenverzeichnis

- BAG (2013), Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Risikoselektion, Pflichtenheft zur 1. Etappe 2013, Bern.
- Baumgartner, C., & Busato, A. (2012), Risikoselektion in der Grundversicherung. Schweizerische Ärztezeitung 93(13), 510–513.
- Beck, K., Buchner, F., van Kleef, R., & Von Wyl, V. (2013), Theory of Risk Adjustment: Did we Take the Wrong Track? Arbeitspapier des CSS Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie, Luzern.
- Beck, K., Trottmann, M., Käser, U., Keller, B., von Rotz, S., & Zweifel, P. (2006), Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung, h.e.p. Verlag: Bern.
- Beck K. (Hrsg.) (2013), Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, 3. Auflage, Haupt Verlag: Bern.
- Buchner, F., & Wasem, J. (2006), “Steeping” of Health Expenditure Profiles. The Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice 31(4), 581–599.
- Bundesversicherungsamt (2013a), Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA (01.03.2013), <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html>, abgerufen am 18.09.2013.
- Bundesversicherungsamt (2013b), Disease Management Programme, http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/pdf/Flayer_DMP.pdf, abgerufen am 03.09.2013.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009), Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium, Health Affairs 28(1), 75–85.
- Droesler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Ulrich, V., Wasem, J., & Wille, E. (2011), Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Bonn, <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>, abgerufen am 10.04.2013.
- Eggli, Y., Halfon, P., Chikhi, M., Nguyen, L., Decollogny, A., & Weissbaum, F. (2006), Analyse des prestations prises en charge par l’assurance maladie obligatoire des soins, Office fédéral de la santé publique, Bern.
- Gardiol, L., Geoffard, P., & Grandchamp, C. (2005), Separating Selection and Incentive Effects in Health Insurance, CEPR Discussion Paper, No. 5380, London.
- Gemeinsame Einrichtung KVG (2012), Statistik definitiver Risikoausgleich 2012, <http://www.kvg.org/ra/statistik/default.htm>, abgerufen am 23.08.2013.
- Holly, A., Gardiol, L., & Eggli, Y. (2004), Health-Based Risk Adjustment: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalisation, Institut d’économie et management de la santé (IEMS), University of Lausanne, Lausanne.
- Nolte, E., Knai, C., & McKee, M. (2008), Managing chronic conditions – experience in eight countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No. 15.

- Mcguire, T. G., Glazer, J., Newhouse, J. P., Normand, S., Shi, J., Sinaiko, A. D., & Zuvekas, S. (2012), Integrating Risk Adjustment and Enrollee Premiums in Health Plan Payment. Working Paper, Harvard Medical School, Cambridge, MA.
- Meierhofer, E. (2001), Makler: Keine makellose Beratung, K-Tipp 15, 19. September 2001.
- Reich, O., Rapold, R., & Flatscher-Thöni, M. (2012), An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland, *International Journal of Integrated Care* 12 (January).
- Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2004), Risk selection and the specification of the conventional risk adjustment formula, *Journal of Health Economics* 23(6), 1237–59. doi:10.1016/S0167-6296(03)00040-7
- Schütz, S. (2012), Weniger Ärger über die Makler in der Grundversicherung, *info santésuisse*, 4/12, 10–11.
- Spycher, S. (2002), Risikoausgleich in der Schweiz – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag: Bern.
- Steinmann, L., & Telser, H. (2005), Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft, Verlag Neue Zürcher Zeitung: Zürich.
- Trottmann, M., Zweifel, P., & Beck, K. (2012), Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: which is more effective?, *Journal of Health Economics* 31(1), 231–42.
- Verisk Health (2010), Morbiditätsbezogene Ausgleichsfaktoren im Schweizer Risikoausgleich, Gutachten zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>, abgerufen am 23.08.2013.
- Van Kleef, R., van Vliet, R. C., & van de Ven, W. (2013), The evolution of risk equalization in competitive health insurance: Where are we now ?, Working Paper, Institute of Health Policy and Management, Erasmus University, Rotterdam.
- Van Kleef, R. C., Beck, K., van de Ven, W. P. M. M., & van Vliet, R. C. J. A. (2008), Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction, *Journal of Health Economics* 27(2), 427–43.
- Von Wyl, V., & Beck, K. (2012a). How to measure risk selection in a competitive health insurance market?, Arbeitspapier des CSS Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie, Luzern.
- VonWyl, V., & Beck, K. (2012b), Sind junge Risiken auch gute Risiken? Eine kritische Betrachtung der Stellung der Jugendlichen in der obligatorischen Grundversicherung. Arbeitspapier des CSS Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie, Luzern.
- Walters, B. H., Adams, S. A., Nieboer, A. P., & Bal, R. (2012), Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research, *BMC Health Services Research* 12(1), 114.

Anhang 1 Übersicht Datenquellen

Tabelle 23 Datenquellen

Datensatz	Datenquelle	Zeitraum	Klassifizierungsvariablen	Kennzahlen
1	Risikoausgleichsstatistik	2006 – 2012	Jahr, Versicherer und Kanton	Anzahl Versichertenmonate, Summe Bruttoleistungen, Summe Kostenbeteiligung
2	Spezialauswertung Wechsler	2011	Vorversicherer, Nachversicherer, Altersgruppe, Spital im Vorjahr ja/nein	Anzahl Wechsler mit Austritt im Jahr 2011
3	Statistik der obligatorischen Krankenversicherung	2009 – 2012	Jahr, Versicherer, Franchisestufe, Versicherungsform (Standard OKP oder eingeschränkte Arztwahl), Tarifaltersgruppe	Anzahl Köpfe, Summe Bruttoleistungen, Summe Kostenbeteiligung
4	Prämien	2006 – 2014	Jahr, Versicherer, Kanton, Prämienregion, Tarifaltersgruppe, Franchise, und Vertrag	Monatliche Prämie
5	Prämiengenehmigungsdaten	2006 – 2011	Jahr, Versicherer, Kanton	Bruttoprämien, Erlösminderung auf Bruttoprämien, Bruttoleistungen, Kostenbeteiligung, Zahlungen an den Risikoausgleich, Verwaltungsaufwand
6	Spezialumfrage Franchisehöhe und Altersgruppen	2011	Kanton, Altersgruppe und Geschlecht	Marktanteil der einzelnen Franchisestufen

Anhang 2 Ausgewählte statistische Begriffe

Tabelle 24 **Verwendete statistische Begriffe**

Mass	Mathematische Definition	Kurzbeschreibung
Standardabweichung	$\sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^N (\text{Ausgaben}_i - \text{Mittlere Ausgaben})^2}$	Die Standardabweichung gibt die Wurzel der durchschnittlichen quadratischen Abweichung einer Grösse von ihrem Mittelwert an. Eine hohe Standardabweichung zeigt eine starke Streuung der Werte an.
R2	$\frac{\sum_i (\text{Prognose}_i - \text{Mittlere Ausgaben})^2}{\sum_i (\text{Ausgaben}_i - \text{Mittlere Ausgaben})^2}$	Das R2 gibt an, welcher Anteil der gesamten Varianz in den Gesundheitsausgaben durch das Modell erklärt werden kann.
MAPE (mean absolute prediction error)	$\frac{\sum_i \text{Ausgaben}_i - \text{Prognose}_i }{N}$	Die mittlere absolute Abweichung beschreibt den mittleren Abstand zwischen dem beobachteten Wert und der durch das Modell ermittelte Prognose.
CPM (Cumming's Prediction Measure)	$1 - \frac{\sum_i \text{Ausgaben}_i - \text{Prognose}_i }{\sum_i \text{Ausgaben}_i - \text{Mittlere Ausgaben} }$	Zur Ermittlung des Cummings Prediction Measure wird der mittlere absolute Prognosefehler standardisiert, indem er durch die mittlere absolute Abweichung der Beobachtungen vom Durchschnitt geteilt wird. Der CPM gibt daher an, welcher Anteil der absoluten Abweichungen vom Mittelwert durch das Modell erklärt werden.

Die Ausgaben wurden hier als Beispielgrösse genommen. Die statistischen Masszahlen können für beliebige Grössen berechnet werden.

Quelle: Drösler et al. 2011, Eigene Darstellung, Polynomics.

Anhang 3 Szenarienrechnung zu kalkulatorischen Nettoprämien

Für die Berechnung der «kalkulatorischen Nettoprämien» in Abschnitt 3.4 mussten Annahmen darüber getroffen werden, wie die Individuen mit Aufenthalt auf die Franchisestufen verteilt sind. Um die Sensitivität der Resultate auf die gemachten Annahmen zu beurteilen, wurden drei Szenarien berechnet. Falls wie in Szenario 3 angenommen wird, dass alle Personen mit Aufenthalt die Franchise 300 gewählt haben, bekommt diese Gruppe eine hohe Zahlung aus dem Risikoausgleich und erwartungsgemäss sinken ihre kalkulatorischen Nettoprämien. Werden wie in Szenario 2 viele Individuen mit Aufenthalt der Franchisestufe 500 zugerechnet, ist dort der gleiche Effekt zu beobachten.

Szenario 1: 70 Prozent der Individuen mit Aufenthalt haben Franchise 300 gewählt. Die restlichen 30 Prozent der Individuen mit Aufenthalt sind nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisen über 300 verteilt. Individuen ohne Aufenthalt sind nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisen verteilt.

Szenario 2: 60 Prozent der Individuen mit Aufenthalt haben Franchise 300 gewählt. 30 Prozent der Individuen mit Aufenthalt haben Franchise 500 gewählt. Die restlichen 10 Prozent der Individuen mit Aufenthalt sind nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisen 1'000 und mehr verteilt. Individuen ohne Aufenthalt sind nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisen verteilt.

Szenario 3: Alle Individuen mit Aufenthalt haben Franchise 300 gewählt. Individuen ohne Aufenthalt sind nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisen verteilt.

Tabelle 25 Szenarien für die kalkulatorischen Nettoprämien (in CHF)

Franchisestufe	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
	Kalkulatorische Nettoprämien Risikoausgleich 2012	Kalkulatorische Nettoprämien Risikoausgleich 2012	Kalkulatorische Nettoprämien Risikoausgleich 2012
300	4'220	4'423	3'610
500	4'006	2'902	4'317
1000 ^{a)}	2'335	2'442	2'495
1'500	1'988	2'071	2'112
2'000 ^{a)}	1'767	1'830	1'861
2'500	1'826	1'897	1'932

a) Diese Franchisestufen werden nur sehr selten gewählt. Die Resultate haben daher wenig statistische Aussagekraft.

In dieser Tabelle sind alternative Szenarien zur Berechnung in Tabelle 25 dargestellt.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

In Szenario 1 bekommen die Individuen in Franchise 300 hohe Zahlungen aus dem Risikoausgleich und haben niedrigere kalkulatorische Nettoprämien als in den Szenarien 2 und 3. Die

Franchisestufe 500 muss jedoch im Vergleich zu ihren durchschnittlichen Ausgaben viel zum Risikoausgleich beitragen. Sie hat daher höhere kalkulatorische Nettoprämien als in den alternativen Szenarien. In allen Szenarien haben die Versicherten in Franchise 300 höhere kalkulatorische Nettoprämien als die Versicherten in den Franchisestufen 1'500 oder 2'500, und die Differenz liegt über den maximal zulässigen Rabatten. Versicherer mit vielen Kunden in den hohen Franchisestufen haben daher einen Wettbewerbsvorteil.

Anhang 4 Deckungsbeitragsrechnung für unterschiedliche Versichertengruppen

In den Abschnitten 3.2 bis 3.4 wurden Krankenversicherer als Ganzes analysiert und beurteilt, wie stark sich die Risikostruktur auf ihre Kosten auswirkt. Zur Ergänzung der Analyse wechseln wir hier die Perspektive und analysieren, ob Krankenversicherer mit Kundengruppen in bestimmten Franchisen erwartet negative Deckungsbeträge erwirtschaften. Versichertengruppen mit negativen Deckungsbeiträgen laufen Gefahr, die Folgen von passiver Risikoselektion zu spüren, beispielsweise könnte der Service so aufgebaut werden, dass er ihren Präferenzen nicht entspricht. Betreibt ein Teil der Krankenversicherer im Markt eine solche Selektionsstrategie über die Servicequalität, wird es für andere schwer, sich im Markt zu behaupten. Sie werden einen hohen Anteil an Kunden mit negativen Deckungsbeiträgen erhalten, und müssen daher ihre Prämien erhöhen.

Berechnung der Elemente des Deckungsbeitrages

Der Deckungsbeitrag eines Versicherten setzt sich aus vier Elementen zusammen. Das erste Element sind die Prämien, welche der Krankenversicherer einnimmt. Aus den Einnahmen sind zweitens Nettoleistungen und drittens Verwaltungskosten zu bezahlen, diese gehen daher negativ in den Deckungsbeitrag ein. Viertens muss, abhängig von den Charakteristika der Kunden, ein Beitrag an den Risikoausgleich geleistet werden, oder es wird eine Subvention aus dem Risikoausgleich empfangen. Der Deckungsbeitrag ist somit folgendermassen definiert:

$$\text{Deckungsbeitrag} = \text{Prämien} - \text{Nettoleistungen} - \text{Verwaltungskosten} \pm \text{Risikoausgleich}$$

Für eine individuelle Berechnung solcher Deckungsbeiträge müssten individuelle Daten zur Verfügung stehen, was leider nicht der Fall ist. Es können daher nur Deckungsbeiträge für Gruppen von Individuen berechnet werden, und auch dies nur mit Hilfe mehrerer Annahmen und Approximationen. Eine vertiefte Analyse von individuellen Deckungsbeiträgen ist in Beck et al. (2006) verfügbar.

Wie Beck et al. (2006) korrekt ausführen, sind für die Anreize des Krankenversicherers nicht nur die Deckungsbeiträge im laufenden Jahr entscheidend, sondern die Deckungsbeiträge über mehrere zukünftige Jahre. Aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit können wir aber nur Deckungsbeiträge über ein Jahr berechnen, und auch nur rückblickend. Der Einfluss der Langfristigkeit ist jedoch dadurch reduziert, dass hier Deckungsbeiträge für grosse Kundengruppen berechnet werden. Die Durchschnitte dieser Gruppen schwanken nicht so stark wie individuelle Deckungsbeträge, so dass die Deckungsbeiträge über ein Jahr auch repräsentativ sind für mehrere Jahre.

Berechnung der Prämien 2012

Die Prämien sind abgestuft nach Kanton resp. Prämienregion, drei Tarifaltersgruppen und nach der Vertragswahl (wie Franchisestufe, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer und Unfalldeckung). Zur Vereinfachung der Analyse berücksichtigen wir nur die Standard-OKP und nur die Erwachsenen. Zudem wird die Abstufung nach Prämienregion nicht abgebildet. Da sich Unterschiede zwischen den Prämienregionen eines Kantons sowohl bei den Prämien, also auf der Einnahmenseite, als auch bei den Nettoleistungen, das heisst auf der Ausgabenseite, bemerkbar machen, beeinflussen sie die Berechnung der Deckungsbeiträge pro Franchisestufe nicht. Bei Kantonen, die in mehrere Prämienregionen unterteilt sind, wird pro Krankenversicherer, Tarifaltersgruppen und Vertragswahl eine durchschnittliche Prämie berechnet. Ebenso wird in der Analyse nicht nach dem Unfallausschluss unterschieden, weder auf der Leistungsseite (wo diese Angaben nicht zur Verfügung stehen) noch auf Prämienseite. Pro Krankenversicherer werden die Prämien mit und ohne Unfallausschluss gemittelt.

Schätzung der Nettoleistungen 2012

Um die Anreize zur Risikoselektion nach Franchisestufe direkt zu analysieren, müssten die Daten pro Risikoausgleichsklasse *und* Franchisestufe zur Verfügung stehen. Leider weisen die Daten nicht diesen Detaillierungsgrad auf. Vorhanden sind lediglich:

1. Nettoleistungen pro Krankenversicherer nach Tarifaltersgruppe und Franchisestufe, schweizweit (Datensatz 3)
2. Marktanteile der Wahlfranchisen pro Alters- und Geschlechtsgruppe, schweizweit (Datensatz 6)
3. Nettoleistungen pro Krankenversicherer und Risikoausgleichsgruppe, pro Kanton (Datensatz 1)

Um mit diesen Daten eine Schätzung der Nettoleistungen pro Franchisestufe und Risikoausgleichsgruppe zu erhalten, werden die unterschiedlichen Datensätze in einer Simulationsrechnung kombiniert. Zur Vereinfachung der Analyse wird der Datensatz auf die Standard-OKP eingeschränkt. Danach werden die durchschnittlichen Nettoleistungen pro Franchisestufe dazu verwendet, das Verhältnis der durchschnittlichen Nettoleistungen innerhalb der jeweiligen Gruppe zum Gesamtdurchschnitt zu berechnen. Dieser Schritt wird pro Versicherer durchgeführt. In Tabelle 26 ist das Verfahren exemplarisch an den Durchschnittswerten über alle Versicherer dargestellt, um die Anonymität der Versicherer zu gewährleisten. Beispielsweise hatten Versicherte mit Franchise 300 Nettoleistungen, welche 1.88 Mal dem Gesamtdurchschnitt entsprechen. Die Nettoleistungen der Versicherten mit Franchise 2'500 entsprechen nur 0.18 Mal dem Gesamtdurchschnitt.

Ein Teil der höheren Kosten der Versicherten mit Franchise 300 ist durch die Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb dieser Franchisestufe bedingt. Da die Marktanteile der unterschiedlichen Franchisestufen pro Alters- und Geschlechtsgruppe zur Verfügung stehen, kann dieser Effekt herausgerechnet werden. Allerdings stehen die Marktanteile nur schweizweit als

Durchschnitt über alle Versicherer zur Verfügung. So werden für alle Versicherer die gleichen Werte angewandt. Aufgrund der Datenlage lässt sich diese Approximation nicht vermeiden.

In der dritten Spalte von Tabelle 26 ist angegeben, welche Kostenunterschiede zwischen Franchisegruppen wegen der Alters- und Geschlechtsverteilung zu erwarten sind. Es wird beispielsweise deutlich, dass die Versicherten mit Franchise 300 schon rein wegen ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung Nettoleistungen haben, welche 1.23 Mal dem Durchschnitt entsprechen. Aus der Differenz zwischen dem (unbereinigten) beobachteten Verhältnis und dem durch den Faktor Alter erklärten Verhältnis ergibt sich das altersbereinigte Verhältnis. Wie Tabelle 26 zu entnehmen ist, haben Versicherte mit der hohen Franchise 2'500 nach der Korrektur um den Einfluss der Altersverteilung Nettoleistungen, die 0.56 Mal dem Durchschnitt entsprechen.

Tabelle 26 **Nettoleistungen pro Franchisestufe, Beispiel ganze Schweiz**

	Nettoleistungen Erwachsene in CHF	Verhältnis zu Durchschnitt (A)	Verhältnis aufgrund der Alters- und Geschlechtsverteilung (B)	Verhältnis altersbereinigt A – B + 1
Standard-OKP, 300	6'398	1.88	1.23	1.65
Standard-OKP, 500	4'765	1.40	1.15	1.25
Standard-OKP, 1'000	2'090	0.61	0.76	0.85
Standard-OKP, 1'500	1'192	0.35	0.69	0.66
Standard-OKP, 2'000	733	0.22	0.61	0.61
Standard-OKP, 2'500	596	0.18	0.62	0.56
Gesamtdurchschnitt	3'403			

Die durchschnittlichen Nettoleistungen unterscheiden sich stark nach Franchisestufen. Versicherte in der Standard-OKP mit Franchise 300 haben Nettoleistungen, welche 1.88 Mal dem Gesamtdurchschnitt entsprechen. Durch die Alters- und Geschlechtsverteilung ist zu erwarten, dass sie Nettoleistungen hätten, die 1.23 Mal dem Durchschnitt entsprechen. Aus anderen Faktoren – beispielsweise dem Gesundheitszustand – werden also Kosten erwartet, die 1.65 Mal den durchschnittlichen Kosten entsprechen.

Quelle: OKP Statistik 2011, Tabelle T2.08d., Eigene Berechnung auf Basis der RA-Statistik 2011 und den Angaben des BAG (Marktanteile pro Franchisestufe und Altersgruppe).

Als letzter Schritt werden die altersbereinigten Kostenverhältnisse mit den durchschnittlichen monatlichen Nettoleistungen pro Versicherer und Risikoausgleichsgruppe multipliziert.¹⁸ Dies ergibt eine Schätzung der Nettoleistung pro Versicherer, Risikoausgleichsgruppe und Franchisestufe.

¹⁸ Die Verhältniszahlen wurden mit den Daten des Jahres 2011 gebildet, werden dann aber für die Berechnungen im Jahr 2012 verwendet. Es ist nicht anzunehmen, dass sich innerhalb eines Jahres die Präferenzen von unterschiedlichen Altersgruppen für die Franchisestufen grundlegend ändern. Die Angaben aus 2011 dürften daher übertragbar sein.

Beispiel

Ein Versicherer hat im Kanton Aargau in der Ausgleichsgruppe der Männer von 41 bis 45 Jahren ohne Aufenthalt (m40-) durchschnittliche Nettoleistungen von CHF 110. Die Frage ist, welche durchschnittlichen Nettoleistungen für eine Person dieser Risikoausgleichsgruppe zu erwarten sind, wenn sie zusätzlich eine Franchise 300 hat. Es wird berechnet, dass bei diesem Versicherer die Personen mit Franchise 300 durchschnittliche Leistungen aufweisen, die 1.7 Mal dem Durchschnitt entsprechen. Rein durch die Altersverteilung der Personen mit Franchise 300 wäre zu erwarten, dass sie Nettoleistungen haben, die 1.23 Mal den durchschnittlichen Nettoleistungen entsprechen. Die Nettoleistungen von CHF 110 werden also mit 1.47 multipliziert, um eine Schätzung der Nettoleistungen für die Gruppe m41- mit Franchise 300 zu erhalten.

Berechnung der Risikoausgleichsansätze, nach Risikoausgleichsformel 1993 und 2012

Die Risikoausgleichsansätze wurden 2012 zum ersten Mal mit dem neuen Indikator Aufenthalt berechnet. Für den neuen Risikoausgleich werden daher die offiziellen Ansätze aus der Statistik des definitiven Risikoausgleichs 2012 verwendet (Gemeinsame Einrichtung KVG, 2012).¹⁹ Für die Risikoausgleichsansätze nach Alter und Geschlecht werden aus den Daten der Risikoausgleichsstatistik 2012 die Ansätze gemäss der alten Formel berechnet.

Berechnung der Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten berechnen wir aus den Prämien genehmigungsdaten 2012 anhand des Verwaltungskostensatzes in Prozent der Nettoleistungen. Dieser wird dann mit den geschätzten Nettoleistungen pro Versicherten und Jahr multipliziert. Bei einzelnen kleinen Krankenversicherern ergab diese Berechnung unplausible Ergebnisse, z. B. Verwaltungskosten, die höher waren als die Nettoleistungen. In diesem Falle haben wir einen Standardwert von fünf Prozent Verwaltungskostensatz für den betreffenden Krankenversicherer verwendet.

Deckungsbeiträge der unterschiedlichen Franchisestufen, Szenario 1

Um den Effekt einer erfolgreichen Selektionsstrategie nach Franchisestufe zu ermitteln, aggregieren wir die errechneten Deckungsbeiträge pro Krankenversicherer, Kanton und Risikoausgleichsklasse zu einem durchschnittlichen Deckungsbeitrag. Leider stehen keine empirischen Daten zur Verteilung der Franchisen nach «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» zur Verfügung. Es wird daher die vereinfachte Annahme getroffen, dass alle Personen mit Risikomerkmal «Aufenthalt» in der minimalen Franchise 300 zu finden seien.

Wie in Tabelle 27 gezeigt, beträgt der Deckungsbeitrag der Franchisen 300 ohne Risikoausgleich CHF -324 monatlich. Mit dem Risikoausgleich 1993 wird der Fehlbetrag um 27 Prozent reduziert auf CHF -236, mit dem Risikoausgleich 2012 um 47 Prozent auf CHF -173. Der neue

¹⁹ Die Ansätze des definitiven Risikoausgleiches entsprechen denen des provisorischen Risikoausgleiches.

Risikoausgleich reduziert die Anreize zur passiven Risikoselektion gegen Versicherte mit niedrigen Franchisen also deutlich stärker. Allerdings ist der durchschnittliche Deckungsbeitrag in der Gruppe der Personen mit Franchise 300 immer noch negativ. Trotz deutlichen Fortschritten bleibt ein Anreiz zur Risikoselektion bestehen.

Tabelle 27 Durchschnittlicher Deckungsbeitrag pro Franchisestufe

Franchisestufe	Deckungsbeiträge in CHF		
	Ohne Risikoausgleich	Risikoausgleich 1993	Risikoausgleich 2012
300	- 324	- 236	- 173
500	73	121	50
1'000 ^{a)}	203	158	117
1'500	173	104	71
2'000 ^{a)}	145	54	27
2'500	143	53	26

a) Diese Franchisestufen werden nur sehr selten gewählt. Die Resultate haben daher wenig statistische Aussagekraft.

In diesem Kapitel wurden Deckungsbeiträge für Kundengruppen mit unterschiedlichen Franchisestufen geschätzt. Die Personen mit Franchise 300 haben durchschnittlich einen negativen Deckungsbeitrag. Mit dem Risikoausgleich 1993 würde er CHF -236 betragen, dank dem Risikoausgleich 2012 konnte er auf CHF -173 reduziert werden. Die Personen mit Franchise 2'500 haben einen positiven Deckungsbeitrag. Dank dem neuen Risikoausgleich wird er jedoch auf CHF 26 reduziert. Der neue Risikoausgleich konnte die Anreize zur Risikoselektion also deutlich reduzieren.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1,3, 4, 5 und 6 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Bei den hohen Franchisen ist ein stärkerer Effekt auf die Anreize zur Risikoselektion zu beobachten. Der positive Deckungsbeitrag von Personen mit Franchise 2'500 wird durch den Risikoausgleich 1993 um 63 Prozent, mit dem Risikoausgleich 2012 sogar um 82 Prozent reduziert. Die Personen mit Franchise 2'500 erzielen weiterhin einen positiven Deckungsbeitrag, jedoch fällt dieser eher bescheiden aus.

Ein überraschender Effekt ergibt sich bei der Franchise 500, welche mit dem alten Risikoausgleich einen höheren Deckungsbeitrag erzeugt als ohne Risikoausgleich. In dieser Franchisestufe sind wahrscheinlich viele ältere Menschen zu finden, die im Vergleich zum Durchschnitt ihrer Altersklasse zu den gesünderen zählen. Wären sie chronisch krank, wählten sie die minimale Franchise. Der Risikoausgleich nach Alter- und Geschlecht zahlt diesen Individuen eine Subvention, die über ihren durchschnittlichen Leistungen liegt. Daher erzielt der Krankenversicherer mit diesen Kunden einen positiven Deckungsbeitrag. Bei den Berechnungen mit dem neuen Risikoausgleich wurde angenommen, dass alle Versicherten mit dem Merkmal «Aufenthalt» in der minimalen Franchisestufe sind. Dadurch sind die Deckungsbeiträge der Franchisestufe 500 eher unterschätzt.

Deckungsbeträge unterschiedlicher Franchisestufen, Szenario 2

Im Szenario 2 gehen wir davon aus, der Faktor «Aufenthalt» hätte keinen Einfluss auf die Wahl der Franchise. Die Versicherten würden sich also nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf die Franchisestufen verteilen, unabhängig davon, ob sie im Vorjahr einen Spital- oder Pflegeheimaufenthalt hatten. In diesem wenig realistischen Szenario hat der neue Risikoausgleich den gleichen Effekt wie der alte Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht. Dies ist auch logisch, denn wenn die Individuen mit Aufenthalt nicht vorwiegend in den niedrigen Franchisen zu finden sind, dann hat der neue Risikoausgleich auch keinen Einfluss auf die Deckungsbeiträge pro Franchisestufe. Sichtbar ist einzig der Effekt der Altersverteilung. Da in den niedrigen Franchisestufen ältere Personen zu finden sind, bekommen diese Transferzahlungen nach Alter und Geschlecht. Die Zahlungen zwischen den Altersgruppen sind mit dem Risikoausgleich 1993 und dem Risikoausgleich 2012 gleich (vgl. Abschnitt 2.4). Darum sind in diesem Szenario die Deckungsbeiträge mit dem neuen und dem alten Risikoausgleich praktisch identisch.

Es mag erstaunen, dass sich im Vergleich zu Szenario 1 auch die Deckungsbeiträge ohne Risikoausgleich und mit dem alten Risikoausgleich geändert haben. Der Grund ist, dass sich die Risikostruktur innerhalb der Franchisestufen geändert hat. Im Szenario 1 haben wir angenommen, dass die Franchisestufe 300 einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Versicherten mit Aufenthalt hat. Diese haben auch hohe Nettoleistungen und ohne Risikoausgleich einen stark negativen Deckungsbeitrag.

Tabelle 28 Durchschnittlicher DB in CHF pro Franchisestufe, Szenario 2

Franchisestufe	Ohne Risikoausgleich	Risikoausgleich 1993	Risikoausgleich 2012
Franchise 300	- 219	- 131	- 131
Franchise 500	-9	39	40
Franchise 1'000	176	132	134
Franchise 1'500	148	79	81
Franchise 2'000	121	31	33
Franchise 2'500	125	36	38

Dies ist ein alternatives Szenario zu der Berechnung in Tabelle 27.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1,3, 4, 5 und 6 (vgl. Anhang 1), Polynomics.

Anhang 5 Wechsleranalyse

Tabelle 29 Ansätze ohne Berücksichtigung der Aufenthalte der Wechsler

RA-Gruppe	Status quo	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	RA-Gruppe	Status quo	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
f19+	323	323	329	317	m19+	409	409	415	402
f19-	-168	-167	-167	-166	m19-	-210	-209	-209	-209
f26+	357	357	363	351	m26+	528	528	536	520
f26-	-121	-120	-120	-120	m26-	-211	-209	-210	-209
f31+	347	347	352	341	m31+	586	586	593	579
f31-	-92	-90	-90	-90	m31-	-200	-199	-199	-199
f36+	411	411	416	406	m36+	558	558	564	552
f36-	-106	-105	-105	-105	m36-	-186	-185	-185	-185
f41+	530	530	535	526	m41+	570	570	576	565
f41-	-119	-117	-118	-117	m41-	-169	-168	-168	-168
f46+	598	598	602	593	m46+	607	607	611	602
f46-	-99	-97	-97	-97	m46-	-145	-144	-144	-144
f51+	685	685	689	681	m51+	649	649	654	645
f51-	-73	-72	-72	-71	m51-	-112	-111	-111	-111
f56+	727	727	731	724	m56+	737	737	741	733
f56-	-42	-40	-41	-40	m56-	-65	-63	-64	-63
f61+	767	767	770	763	m61+	781	781	784	777
f61-	-1	1	1	1	m61-	-3	-1	-1	-1
f66+	858	858	862	855	m66+	876	876	879	872
f66-	62	64	64	65	m66-	70	73	72	73
f71+	946	946	949	944	m71+	968	968	971	965
f71-	126	129	129	129	m71-	147	150	150	151
f76+	1'080	1'080	1'083	1'077	m76+	1'096	1'096	1'099	1'093
f76-	203	208	207	208	m76-	234	238	237	238
f81+	1'267	1'267	1'270	1'264	m81+	1'221	1'221	1'224	1'218
f81-	276	283	282	284	m81-	297	302	301	303
f86+	1'450	1'450	1'453	1'447	m86+	1'330	1'330	1'333	1'327
f86-	359	371	369	373	m86-	349	357	356	358
f91+	1'670	1'670	1'674	1'667	m91+	1'483	1'483	1'486	1'481
f91-	497	519	516	523	m91-	453	464	462	466

Dies ist die ausführliche Tabelle zur Tabelle 16 im Bericht.

Quelle: Eigene Berechnungen anhand Datensatz 1 und 2 (vgl. Anhang 1), Polynomics..



Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten
www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch
Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80
