

Risikoselektion in Hausarztmodellen: Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur

Die durchschnittlichen Jahreskosten eines Kollektivs von Versicherten, die 1990 keine Kosten verursachten, lagen auch 1997 noch wesentlich unter den Durchschnittskosten aller Versicherten. Der Risikoausgleich soll verhindern, dass solche vorhersehbaren Kostenvorteile von einzelnen Kassen ausgenutzt werden können.

KONSTANTIN BECK,
BERNHARD KELLER

Die Diskussion um HMO- und Hausarztmodelle (HAM) zeigt, dass zwar tiefere Kosten vorliegen (1), dass aber auch Unsicherheit besteht, ob es sich dabei um echte Einsparungen oder lediglich um Selektionseffekte handelt. Zur Klärung dieser Frage wurden sogenannte Wechsleranalysen vorgenommen: Die Kosten der HMO- oder HAM-Versicherten im Jahr vor ihrem Eintritt ins Kostensparmodell wurden mit den Durchschnittskosten der traditionell Versicherten verglichen. Weber und Cottini (2) weisen bereits bestehende Kostenvorteile von 14 Prozent aus, Baur et al. (3) solche von 40 Prozent; CSS-eigene Analysen ergaben sogar Kostenvorteile von 49 Prozent (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden).

Der langfristige Effekt der Risikoselektion

Diese Form der Analyse wurde von Welch (4) kritisiert, welcher darauf hinweist, dass sich langfristig auch in einem kostengünstigen Versicherten-Sample der Gesundheitszustand verschlechtert und sich dessen Durchschnittskosten wieder dem Gesamtdurchschnitt aller Versicherten annähert. Dieser Ansicht wurde bereits 1989 gestützt auf statistische Analysen widersprochen (5). Relevant für den schweizerischen Kontext dürften die in *Tabelle 1* dargestellten Ergebnisse einer Analyse von CSS-Versichertendaten sein.

Die Tabelle zeigt die Leistungsentwicklung von 5622 Krankenpflegeversicherten in den Jahren 1990 bis 1997. Die gesamte Stichprobe wird auf Grund der individuellen Jahresleistungen im Jahr 1990 in sieben Kostenklassen eingeteilt. 1591 Versicherte (28,3% der Stichprobe) verursachten 1990 keinerlei Kosten. 1094 Versicherte (19,5%) verursachten Jahreskosten von zwischen 1 und 200 Franken. Schliesslich wiesen nur 5,3 Prozent der Versicherten Kosten von über 3000 Franken aus.

Die Versicherten der höchsten Kostenklasse verursachten im Jahr 1990 im Durchschnitt Kosten in der Höhe von 5887.03 Franken. Die durchschnittlichen Kosten des gesamten Kollektivs aller Kostenklassen betragen 760.65 Franken pro Kopf. Die höchste Kostengruppe war demnach 7,74 mal teurer als der Gesamtdurchschnitt¹. Verfolgt man die Kosten der Versicherten, die 1990 zur höchsten Kostenklasse gehörten, weiter, so nimmt die Abweichung der von ihnen verursachten Kosten



Konstantin Beck



Bernhard Keller

vom Gesamtdurchschnitt zwar erwartungsgemäss über die Jahre ab (1991 sind diese Versicherten noch 4,27 mal teurer als der Gesamtdurchschnitt, 1993 noch 3,96 mal und 1996 noch 3,09 mal [nicht tabelliert]). Doch auch nach sieben Jahren sind diese Versicherten noch beinahe dreimal teurer als der Durchschnitt (2,93 in zweitletzter Spalte). Bereinigt man alters- und geschlechtsbedingte Unterschiede, so sinkt die Abweichung auf 2,5 (letzte Spalte). Nach sieben Jahren kostet eine Gruppe von Personen,

¹ Fr. 760.65 x 7.74 = Fr. 5887.03

Tabelle 1 Der langfristige Risikoselektionsgewinn

Gruppe	Jahreskosten		Versicherte		Jahreskosten		Gruppenmittel (1997)	
	Kostenintervall in Franken	Anzahl	Anteil	Mittelwert	Mittelwert	ohne Risiko- ausgleich	mit Risiko- ausgleich	
				1990	1997			
1	0	1591	28,3%	0.00	1142.64	0,74	0,84	
2	1 - 200	1094	19,5%	94.21	926.47	0,60	0,71	
3	201 - 500	986	17,5%	330.44	1034.55	0,67	0,72	
4	501 - 1000	742	13,2%	714.05	1513.23	0,98	0,95	
5	1001 - 2000	643	11,4%	1417.68	2640.43	1,71	1,53	
6	2001 - 3000	269	4,8%	2444.86	2501.46	1,62	1,36	
7	> 3000	297	5,3%	5887.03	4524.24	2,93	2,50	
Total		5622	100,0%	760.65	1544.11			

die im Ausgangsjahr am meisten Kosten verursachten, also immer noch 2,5 mal mehr als der Durchschnitt aller Versicherten, auch wenn Unterschiede in Alter und Geschlecht auskorrigiert werden.

Genau umgekehrt verhält es sich mit den günstigen Risiken in Gruppe 1: Sie verursachten 1990 überhaupt keine Kosten, 1991 waren sie 54 Prozent, 1992 noch 50 Prozent billiger als der Gesamtdurchschnitt (nicht tabelliert). Und auch sieben Jahre später lagen die von ihnen verursachten Kosten noch 26 Prozent unter dem Gesamtdurchschnitt². Gleichet man auch hier alters- und geschlechtsbedingte Unterschiede aus, so liegen die Kosten dieser Gruppe nach sieben Jahren immer noch 16 Prozent unter dem Durchschnitt.

Von einer HMO werden Einsparungen von zwischen 15 und 20 Prozent erwartet. Eine extrem risikoselektionierende HMO kann diese Erwartungen während sieben Jahren erfüllen, ohne irgendwelche realen Kosteneinsparungen erreicht zu haben.

Das Fazit scheint eindeutig: Zwar verringern sich die Kostenunterschiede der verschiedenen Versichertengruppen mit der Zeit, der Annäherungsprozess verläuft aber äusserst gemächlich. Zudem können im Lauf der Zeit selektive Ein- und Austritte, die hier nicht berücksichtigt wurden, die Kostenvorteile weiter verschärfen.

Wettbewerbsverzerrende Rahmenbedingungen

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) war sich bei der Ausarbeitung des neuen KVG und seiner

Verordnungen bewusst, dass die Kostensparmodelle als reine Prämiensparmodelle missbraucht werden könnten. Gerade die Einführung der Einheitsprämie in der obligatorischen Grundversicherung erhöht ja den Anreiz für die Kassen, junge, gesunde Versicherte zum Beitritt zu alternativen Versicherungsmodellen, wo sie ihnen eine tiefere Prämie gewähren können, zu motivieren und dadurch die Solidarität zu unterlaufen. Sicherlich ist es kein leichtes Unterfangen, im Rahmen eines solidarischen Wettbewerbs Kostensparanreize zu setzen, stehen doch die Begriffe Wettbewerb und Solidarität in latentem Widerspruch. Leider wirken die heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen aber wettbewerbsverzerrend.

Unter anderem hat das BSV Maximal-Rabattvorschriften erlassen. Diese sind für die HMOs gemäss Baur et al. (nach ausführlicher Risikobereinigung) etwa 5 bis 15 Prozent zu tief angesetzt. Damit behindern die Vorschriften die Verbreitung dieser Versicherungsform. Andererseits unterscheidet das BSV nicht zwischen HMOs mit Franchisen und solchen ohne irgendeine Form von Kostenbeteiligung. Erstere ist damit gegenüber einer HMO ohne Kostenbeteiligung im Markt benachteiligt, denn sie kann die höhere Selbst-

Risikoausgleich

Der Risikoausgleich ist ein Umverteilungssystem, das gewährleisten sollte, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen und den verschiedenen Versicherungsformen nicht durch Risikoselektion (Selektion «guter» Risiken, d.h. von Patienten mit geringem Kostenpotential) unterlaufen werden kann. Die zugrunde liegende mathematische Formel berücksichtigt Unterschiede in Alter und Geschlecht. Eine HMO beispielsweise mit eher jungem und männlichem Bestand (und somit wahrscheinlich eher unterdurchschnittlichen Kosten) muss nach Anwendung dieser Formel einen gewissen Betrag an die Risikoausgleichsstelle einzahlen, eine HMO mit überaltertem Bestand wird von ihr unterstützt.

Nun erklären Alters- und Geschlechtsunterschiede aber nur einen kleinen Teil des Risikos eines Versichertenbestandes. Weitere Erklärungsfaktoren müssten dringend geprüft werden. Zudem führt die heutige Formel dazu, dass die Kassen für junge HMO- oder HAM-Versicherte, denen ein Prämienrabatt von beispielsweise 15 Prozent gewährt wird, um 15 Prozent zu hohe Risikoausgleichsbeiträge abgeben müssen.

² Durchschnittskosten der Gruppe 1 im Jahre 1997: Fr. 1142.64; Gesamtdurchschnitt 1997: Fr. 1544.11; Einsparung durch Risikoselektion: $100\% - \frac{1142.64}{1544.11} = 26\%$.

verantwortung, die sie ihren Versicherten auferlegt, nicht durch einen zusätzlichen Prämienrabatt abgelten.

Auswirkungen des Risikoausgleichs

Verzerrend wirkt sich auch der bundesamtliche Risikoausgleich (siehe *Kasten*) aus, welcher auf sämtliche besonderen Versicherungsformen anzuwenden ist. Zum einen vermittelt er den falschen Eindruck, mit Alter, Geschlecht und Region könne das Risiko hinreichend erklärt werden. Eine Vorstellung, welche bereits zur Zeit der Einführung von der Fachwelt einhellig kritisiert wurde (6) und mit den Zahlen in *Tabelle 1* einmal mehr anschaulich widerlegt werden kann³. Wäre das BSV mit einer mutigen und innovativen Ausgleichsformel vorangegangen, würde man heute nicht in fast allen HMO- und HAM-Verträgen dieselbe einfache Form der Risikokorrektur finden.

Zum andern berücksichtigt das BSV bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht, dass eine HMO-Versicherte eine tiefere Prämie bezahlt als eine Normalversicherte. Wird dieser Unterschied in den Prämienhöhen bei der Risikoausgleichsberechnung vernachlässigt, führt das zu geradezu grotesken Marktverzerrungen:

Es ist Kassen, welche innovative, kostensparende Modelle konsequent und erfolgreich betreiben und echte Kosteneinsparungen nachweisen können, nicht möglich, diese erzielten Einsparungen voll (als Prämienenkungen) an ihre Versicherten weiterzugeben. Im Extremfall sind sie sogar gezwungen, ihre Prämien noch zu erhöhen. Auch Kassen mit einem eher jungen Versichertenbestand (was nicht zwingend heisst, dass es sich auch um gute Risiken handelt) sind bei der Einführung von Kostensparmodellen gegenüber überalterten Kassen benachteiligt, denn auch sie können nicht die volle Kostenersparnis weitergeben. Es ist sogar möglich, dass eine Kasse nach der Risikokorrektur von ihren (jün-

geren, vorwiegend männlichen und deshalb risikoausgleichspflichtigen) HMO-Versicherten eine höhere Prämie verlangen müsste als von ihren traditionell Versicherten, die vom Risikoausgleich profitieren (Details in [7]).

Wir sehen also, dass praktisch alle in diesem Zusammenhang vom BSV erlassenen Vorschriften übers Ziel hinaus schießen und die Verbreitung von alternativen Versicherungsformen erheblich behindern können. Die verzerrenden Effekte der Risikoausgleichsformel könnten äusserst einfach korrigiert werden. Dass dies nicht geschieht, ist um so bedauerlicher, als gerade heute der Ruf nach kosten- und damit prämiensenkenden Massnahmen besonders laut ertönt.

Die Alternative: Differenziertere Risikokorrektur

Im ersten Abschnitt zeigten wir, dass Risikoselektionsgewinne auch langfristig erhalten bleiben und dass daher die Gefahr besteht, dass Kostensparmodelle zu reinen Prämien-sparmodellen verkommen. Andererseits führt die Diskussion im zweiten Abschnitt zum Schluss, dass eine allzu einfache Formel für die Korrektur der Risikovorteile, welche nur Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigt, erhebliche Marktverzerrungen mit sich bringt und die Verbreitung echter Kostensparmodelle mehr hemmt als fördert.

Statt verzerrender Prämienvorschriften wäre eine differenziertere Risikokorrektur angebracht. Die vom BSV

Kommentare

Das «Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur» von Konstantin Beck und Bernhard Keller hat zahlreiche Reaktionen ausgelöst, unter anderem den untenstehenden Kommentar des Genfer Arztes Marc-André Raetzo. In der nächsten Ausgabe werden Andreas Weber (MediX Management AG) und Felix Huber (MediX Ärzte AG, Zürich) die Bedeutung der Risikokorrektur für Hausarztmodelle und HMOs erörtern. Zudem wird Jürg Baumberger (HMI creative AG, Sirmach) darlegen, warum es sich beim Vergleich neuer Systeme mit dem traditionellen Versicherungssystem aus seiner Sicht um ein «Auslaufmodell» handelt.

Commentaire

sur l'article « Risikoselektion in Hausarztmodellen: Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur »

Ce que démontre (entre autres) les chiffres présentés, c'est que (comme souvent en statistiques) on observe une régression à la moyenne. Les patients qui coûtent cher ont tendance avec le temps de coûter moins cher, et les patients « bon marché » ont tendance à voir leur coût augmenter régulièrement.

Ces chiffres permettent de prédire que les coûts d'un collectif « bon marché » devraient augmenter plus que la moyenne au cours du temps, puisque ces patients ont tendance à coûter davantage avec le temps.

Certaines données suggèrent que les réseaux sélectionnent des patients qui ont coûté moins chers dans les années précédentes. Pour le calcul d'une capitation, si on veut partir des coûts réels de l'année précédente, ceci signifie que la consommation des années précédentes doit être corrigée d'une part de l'augmentation des coûts généraux (pour tenir compte des « progrès » de la médecine et des changements tarifaires), mais qu'elle doit également être corrigée de la probabilité que des coûts bas augmentent ultérieurement.

Pour terminer ce commentaire, une remarque paradoxale. La plupart des experts estiment que les coûts des *assurés malades* seront plus élevés dans le futur que pour des *assurés en bonne santé*¹. Or, de manière paradoxale, l'étude faite pour notre système de médecin de famille² a démontré que les personnes entrées dans le réseau avaient deux caractéristiques significativement différentes de ceux qui ne sont pas entrés dans le système: ils étaient en *moins bonne santé*, et ils avaient coûté *moins cher* dans les années précédentes. Si on veut calculer une capitation en fonction de l'état de santé des assurés, on aurait dû donner davantage d'argent qu'auparavant, alors que si on utilise simplement le coût de l'année précédente, on aurait dû donner moins d'argent.

Docteur Marc-André Raetzo

¹ Fowles JB, Weiner JP, Knutson D and others. Taking Health Status into Account When Setting Capitation Rates. JAMA 1996; 276: 467-72.

² Etter JF, Perneger TV, Rougemont A. Self-selection of enrollers at the creation of a managed care organization. European Journal of Public Health 1995; 3: 157-162.

³ Die Korrektur durch den Risikoausgleich (Differenz zwischen zweitletzter und letzter Spalte) ist im Vergleich zur gesamten Abweichung vom Gesamtmittel minimal.

angewandte Risikoausgleichsformel hat Signalwirkung für den gesamten Versicherungsmarkt. Die offizielle Formel erklärt nur gerade 4 Prozent des individuellen Krankheitsrisikos. Es liegen jedoch bereits eine ganze Reihe besserer Ansätze vor (Lamers (8): 17,48%, Baur et al.: 9%–20%, CSS-eigene Untersuchungen: bis zu 27%). Auch wenn nicht jedes dieser Modelle direkt im Schweizer Kontext angewandt werden kann, so ist damit doch eindrücklich gezeigt, dass eine Verbesserung der Ausgleichsformel sehr wohl möglich ist.

Häufig meinen Ärzte, ein solches Modell müsste 100 Prozent des Risikos erklären. Das ist weder notwendig noch nützlich. Viele Kosten fallen im Gesundheitswesen aus statistischer Sicht rein zufällig an. Van Vliet schätzt den Anteil des reinen Zufalls auf 80 Prozent (9). Für die Risikoselektion relevant sind jedoch nur die vorhersehbaren Kostenunterschiede (gemäss Van Vliet also rund 20% des Risikos), denn zufällig anfallende Kosten können nicht systematisch ausgebeutet werden. Modelle mit annähernd 20 Prozent Erklärungsgehalt genügen daher vollkommen, um Risikoselektion zu verhindern.

Ziel einer Erfolg versprechenden Regulierung müsste es sein, solchen Risikoausgleichsmodellen zum Durchbruch zu verhelfen. Dadurch wäre eine saubere Risikobereinigung der HMO- und HAM-Kosten automatisch gewährleistet, und die bange Frage, ob Kosteneinsparung oder Selektionsgewinn vorliegt, würde sich nicht mehr stellen. ■

Anschrift der Verfasser:
DR. KONSTANTIN BECK,
 Leiter Statistik und
BERNHARD KELLER,
 STATISTIKER CSS VERSICHERUNG
 Rösslimattstrasse 40, 6002 Luzern

Literatur:

1. Mathis, Georg A. und Ruth Herren (1998): «Hausarzt-Netzwerk in der Schweiz: erste breitflächige Auswertungen», *Managed Care* Nr. 1, S. 8–10.
2. Weber, Andreas und Giacomo Cottini (1998): «Hausarztmodelle: Kostenvorteil durch Risikoselektion», *Managed Care* Nr. 1, S. 14–17.
3. Baur, Rita, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpfe

und Johannes Stock (Prognos AG) (1998): «Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht» in: BSV (Hrsg.): Beiträge zur sozialen Sicherheit, Bd. 1/98, Bern.

4. Welch, W.P. (1985): «Regression toward the mean in medical care costs – Implications for biased selection in HMOs», in: *Medical Care*, Vol. 23, No. 11, p. 1234–1241.

5. Newhouse, Joseph, P., Willard G. Manning, Emmett B. Keeler and Elizabeth M. Sloss (1989): «Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization», in: *Health Care Financing Review*, Spring 89, Vol. 10, No. 3, p. 41–54.

6. Van de Ven, Wynand P.M.M. and René C.J.A. van Vliet (1992): «How can we pre-

vent cream skimming in a competitive health insurance market?», in: P. Zweifel und H.E. Frech III (Hrsg.): *Health Economics Worldwide*, S. 23–45, (Kluwer) Norwell/Dordrecht.

7. Beck, Konstantin und Bernhard Keller (1997): «Verhindert der Risikoausgleich das Kostensparen?», mimeo, CSS Versicherung, Luzern.

8. Lamers, Leida M. (1997): «Capitation payments to competing Dutch sickness funds based on diagnostic information from prior hospitalization», (Ridderprint) Ridderkerk, S. 124.

9. Van Vliet, René C.J.A. (1992): «Predictability of individual health care expenditures», in: *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. LIX, No. 3, p. 443–460.



Christine Weinhold

Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal

Gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus

Reihe Pflegewissenschaft, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.)

1997. 240 Seiten, 1 Abb., 4 Tab., 52 Kommunikationsbeispiele, Kt DM 49.80 / Fr. 44.80 / öS 364.– (ISBN 3-456-82842-X)

Dieser gesprächsanalytischen Untersuchung anhand von transkribierten Tonbandaufnahmen kann durchaus Pioniercharakter im deutschsprachigen Raum zugesprochen werden, da bisher keine ähnlich gründliche und umfangreiche Analyse zur Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Patienten veröffentlicht wurde.



Klaus Henning / Ingrid Isenhardt / Clemens Flock (Hrsg.)

Kooperation im Krankenhaus

Strukturwandel, Kostendruck, Qualitätsansprüche

Mit Handlungsempfehlungen für Reorganisationsprozesse in Krankenhäusern.

1998. 245 Seiten, 26 Abb., 17 Tab., Kt DM 68.– / Fr. 59.– / öS 496.– (ISBN 3-456-82955-8)

Neue Organisations- und Führungsstrukturen im Krankenhaus für eine effiziente Zusammenarbeit der Berufsgruppen.

Die Autoren beschreiben, wie die Bildung kleiner flexibler Organisationseinheiten mit weitgehender Eigenkompetenz der Mitarbeiter/innen und das Arbeiten in Teams die Motivation und Effizienz verbessern.



Nancy Roper

Pflegeprinzipien im Pflegeprozess

Aus dem Englischen von Ute Villwock. 1997. 528 Seiten, 115 Abb., 6 Tab., Kt DM 88.– / Fr. 77.– / öS 642.– (ISBN 3-456-82776-8)

Dieses Buch erweitert die in Ropers klassischem Werk «Die Elemente der Krankenpflege» dargestellten Grundlagen und zeigt die praktische Anwendung der Pflegeprinzipien im Rahmen des Pflegeprozesses.



Verlag Hans Huber
 Bern Göttingen Toronto Seattle

<http://Verlag.HansHuber.com>