

# Wettbewerb in der Krankenversicherung: Schlagwort oder Realität?\*

K. Beck

Der Wettbewerb zwischen den sozialen Krankenversicherern wird immer mehr zum Kampf um günstige Risiken. Die erhoffte Dämpfung des Prämienanstiegs bleibt dagegen aus. Das ist eine direkte Folge der verfehlten Rahmenbedingungen, die das Kostensparen unrentabel, die volkswirtschaftlich unsinnige Risikoselektion dagegen rentabel machen. Es handelt sich dabei nicht um ein Marktversagen, sondern um den klassischen Fall von Politikversagen. Der Autor skizziert die zur Lösung des Problems vorhandenen Konzepte und plädiert für eine rasche und konsequente Umsetzung dieser zum Teil mathematisch zwingenden Ideen durch die Politik. Mit geänderten Rahmenbedingungen ist es möglich, effizienzsteigernden Wettbewerb mit sozialpolitischen Zielsetzungen in Einklang zu bringen.

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG), das den Wettbewerb zwischen den sozialen Krankenversicherern regelt, verfolgt (mindestens) zwei völlig unterschiedliche Zielsetzungen. Zum einen soll aus sozialpolitischen Gründen jedem Einwohner und jeder Einwohnerin der Schweiz der Zugang zum Gesundheitswesen zu tragbaren Kosten garantiert werden. Zu diesem Zweck schreibt es eine Einheitsprämie für alle vor sowie Prämienermässigungen für diejenigen Personen, die in wirtschaftlich schwierigen Verhältnissen leben.

Andererseits forciert das Gesetz den Wettbewerb unter den Versicherern, um die Effizienz im System zu steigern. Der Wettbewerbsdruck soll als Spardruck an die Leistungserbringer und die einzelnen Versicherten weitergegeben werden, so dass mittelfristig das Gut «Gesundheit» möglichst effizient erbracht wird.

## Konflikt zwischen Effizienz und Solidarität

Diese beiden Zielsetzungen behindern sich gegenseitig, weil die Gesetzmässigkeiten eines Prämienwettbewerbs risikogerechte Prämien zur Folge haben müssten. Risikogerecht sind Prämien dann, wenn gesunde Personen weniger, kranke dagegen höhere Prämien bezahlen. Versicherer betreiben diese Art von Prämien differenzierung nicht, weil sie sie als besonders gerecht oder fair empfinden. Vielmehr wird in einem funktionierenden Wettbewerb jeder Anbieter aus dem Markt verdrängt, der nicht von

sich aus risikogerechte Prämien anbietet. Es sind die Marktkräfte, die zu risikogerechten Prämien führen [1].

Diese eher spezielle Form der Gerechtigkeit, die Risikogerechtigkeit, wird aus der Warte der Politik als ungerecht empfunden, was der Grund für die Einheitsprämienvorschrift ist. Niemand soll aufgrund seines unverschuldeten Gesundheitszustands finanziell benachteiligt werden. Können Kassen, die um Kunden konkurrieren, keine risikogerechten Prämien in Rechnung stellen, werden sie die gesunden Risiken bevorzugen, und kranke Risiken eher abzustossen versuchen. Man nennt das «Risikoselektion betreiben». Auch die Risikoselektion wird von der Politik aus nachvollziehbaren Gründen als unerwünscht angesehen, da jeder Versicherte unabhängig von seinem Gesundheitszustand Zugang zur Grundversicherung haben soll.

Allerdings realisieren viele Politiker und Politikerinnen noch nicht, dass sie mit der Kombination von Einheitsprämie und Wettbewerb selber die notwendigen Voraussetzungen für die unerwünschte Risikoselektion geschaffen haben.

## Die Lösung: risikogerechter Risikoausgleich

Nun gibt es eine Lösung dieses Dilemmas: den risikogerechten Risikoausgleich. Das ist ein mathematischer Mechanismus, der beim Versicherer mit vorwiegend gesunden Risiken den selektionsbedingten Kostenvorteil abschöpft und den Versicherer mit vorwiegend kranken Versicherten unterstützt. Es handelt sich also um eine Umverteilung von Prämiengeldern unter den Krankenversicherern.

Das Risikoselektionsverhalten wird dadurch finanziell uninteressant, weil der selektionsbedingte Gewinn vom Risikoausgleich wieder eingezogen wird. Kosten- und damit Prämienvorteil kann ein Versicherer nur noch so erwirtschaften, indem er Kostensparprogramme vorantreibt.

Zwar wurde ein solcher Risikoausgleich – eher nolens volens – für zehn Jahre befristet ins Krankenversicherungsgesetz aufgenommen und im Rahmen der Revision vom Parlament um wei-

\* Gekürzte und überarbeitete Fassung der Antrittsvorlesung vom 15. November 2004, gehalten an der Universität Zürich.

Korrespondenz:  
PD Dr. Konstantin Beck  
CSS Versicherung  
Rösslimattstrasse 40  
CH-6002 Luzern

E-Mail:  
konstantin.beck@access.unizh.ch

tere fünf Jahre verlängert. Echte Begeisterung für dieses Instrument und Einsicht in seine Notwendigkeit lässt sich aufgrund dieser Entscheidung nicht erkennen. Die skeptische Haltung des Parlaments steht im Widerspruch zur Regulierung aller anderen Länder mit vergleichbarem Gesundheitssystem – Deutschland, Belgien, die Niederlande und Israel –, die keine Befristung kennen und mit Ausnahme von Israel auch eine deutlich differenziertere Ausgleichsformel verwenden.

### **Die Schweizer Ausgleichsformel: unscharf definiert, ...**

Worin besteht das Problem der Schweizer Formel? Entscheidend für die Wirksamkeit des Ausgleichs ist die Frage, wie das Risiko in der Formel abgebildet ist. Das KVG geht von der simplen Gleichung  $\text{alt} = \text{krank}$  und  $\text{jung} = \text{gesund}$  aus. Das hat zur Folge, dass der junge Aidskranke den sportlichen Senior via Risikoausgleich unterstützen muss. Das in einem so plump definierten System der Risikoausgleich seine Funktion nur ungenügend wahrnehmen kann, so dass Risiko-selektion nach wie vor rentabel ist, liegt auf der Hand und wurde seit Jahrzehnten in der gesundheitsökonomischen Literatur mehrfach nachgewiesen [2].

### **... eliminiert die Rabatte für Jugendliche, ...**

Korrigiert die Formel Risikounterschiede zwischen Kranken und Gesunden nur äusserst approximativ [3], so gleicht er die Kostenunterschiede zwischen alt und jung exakt aus. Das wiederum führt zu Widersprüchen in der heute gültigen Regulierung.

Aus sozialen Gründen soll den Jugendlichen zwischen 19 und 25 ein Prämienrabatt gewährt werden. Sowohl im Hinblick auf die tieferen Einkommen dieser Altersgruppe als auch auf die 68% tieferen Durchschnittskosten Jugendlicher ist diese Vorschrift vertretbar [4]. Diese 68% entsprechen aber haargenau der Zahlung, die für die Jugendlichen in den Risikoausgleich getätigt werden muss. Das heisst, der risikogerechte Rabatt *nach* Risikoausgleich beträgt exakt 0%.

Die Versicherer ihrerseits gewähren zwar einen Jugendlichenrabatt, stutzen diesen jedoch fast jährlich, so dass er heute noch bei etwa 18% liegt. Indem sie 18% gewähren, machen sie im Segment der Jugendlichen einen Verlust, den sie durch Erhöhung der Erwachsenenprämie aus-

gleichen müssen. So liegen die Prämien der Erwachsenen im Jahr 2003 etwa 2% über dem kostendeckenden Minimum.

Damit wird der paradoxe Kreislauf geschlossen. Denn nun zahlen die Erwachsenen, darunter auch die Senioren, je 2% zuviel an Prämien und unterstützen damit die Jugendlichen. Diese Unterstützung wird nur darum notwendig, weil die Jugendlichen ihrerseits die Senioren unterstützen müssen. Das heisst, die Senioren finanzieren so einen Teil ihrer eigenen Risikoausgleichsunterstützung selber. Das ist ein klassisches Beispiel eines überregulierten Marktes.

Dieser von niemandem gewünschte Kreislauf von Unterstützungsgeldern könnte mit einer mathematisch simplen Anpassung der Risikoausgleichsformel behoben werden. Er würde dann wegfallen, wenn der zu gewährende Jugendlichenrabatt in der Formel berücksichtigt würde, was mit den heute verfügbaren Informationen sofort umsetzbar wäre. Angesichts der Ausführlichkeit der Debatte zur Verbilligung von Kinder- und Jugendlichenprämie erstaunt es, dass dieser nicht systemkonforme Regulierungsfehler nie ernsthaft diskutiert worden ist.

### **... behindert die Verbreitung von Managed Care ...**

Dramatischer erscheint uns jedoch die Behinderung von Managed Care. Managed Care stellt eine der wichtigsten Möglichkeiten dar, die Effizienz in der Leistungserbringung innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung zu steigern und damit den Zielsetzungen des Krankenversicherungswettbewerbs zu entsprechen. Auch hier wird regelmässig über Fördermassnahmen debattiert, wobei geflissentlich übersehen wird, dass auch hier der Risikoausgleich die Spareffekte zunichte machen kann.

Der Risikoausgleich behandelt alle Versicherten gleich. Er kann nicht unterscheiden zwischen unverschuldetem, quasi angeborenem Kostenvorteil und bewusst durch Einschränkung der Arztwahl oder durch erhöhte Risikoübernahme des Versicherten entstandenen Kostenreduktionen. Reduzieren sich die Kosten einer bestimmten Risikogruppe, so fordert der Risikoausgleich umgehend höhere Solidaritätsabgaben. Wie stark diese Umverteilung ausfällt, hängt von der Marktconstellation ab.

Beunruhigend ist das zugrundeliegende Prinzip. Mit Ausnahme völlig unwahrscheinlicher Spezialfälle führt jede Einsparung im Rahmen alternativer Versicherungsmodelle zu zusätzlicher Umverteilung. Die Umverteilung fliesst

vom aktiven Versicherer, der diese Modelle propagiert, zu den trägen Konkurrenten, welche nicht auf Managed Care setzen. Und je erfolgreicher der aktive Konkurrent seine Managed-Care-Modelle auf den Markt bringt, desto höher fällt die Umverteilung an die Konkurrenz aus.

Wer den Auftrag des Parlaments zur Steigerung der Effizienz umsetzt, wird durch den unscharf definierten Solidarausgleich bestraft. Kosteneinsparung wird zum öffentlichen Gut. Der Nutzen wird auf alle Versicherten verteilt, die Kosten tragen einzelne, wenige. Kein Wunder, dass sich Managed Care nicht im gewünschten Ausmass im Markt durchsetzt. Aber anstatt an Fördermassnahmen zu denken, wie es das Parlament heute tut, wäre es an der Zeit, die selbstverschuldete Behinderung abzuschaffen.

Abbildung 1

Marktentwicklung 1996–2003. Anzahl Versicherte in den sechs grössten Kassen.

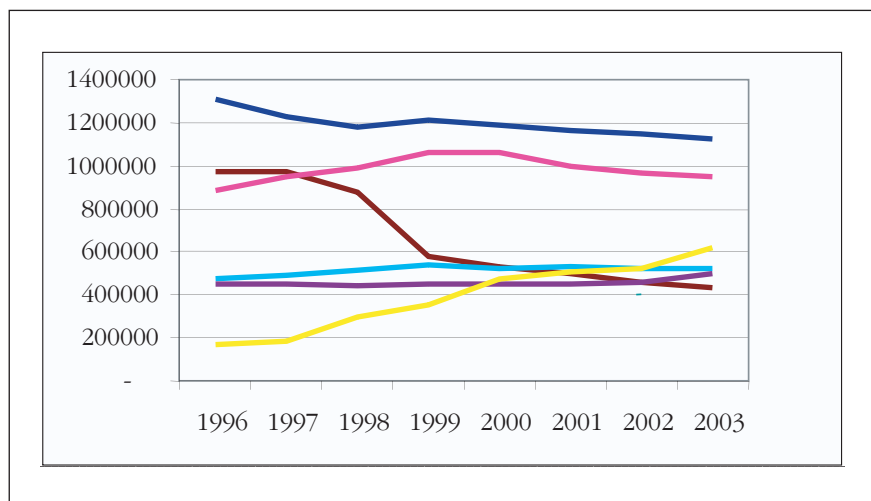
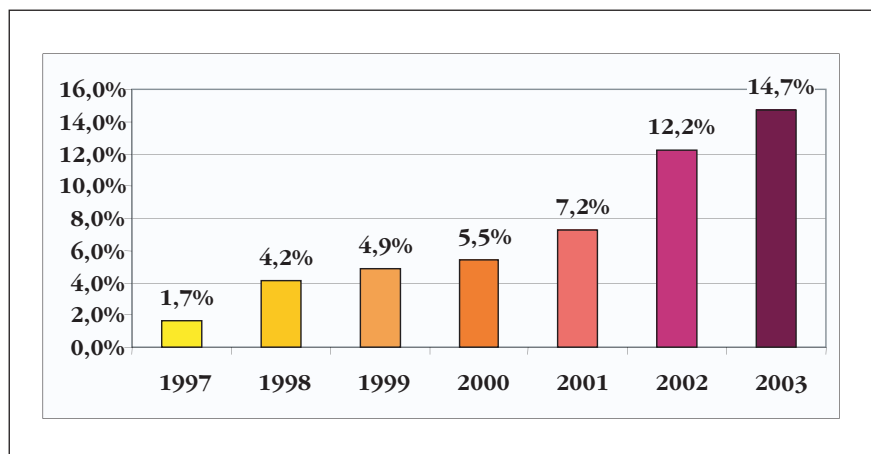


Abbildung 2

Risikoselektionsindex 1997–2003. Der Index gibt an, wieviel Prozent der Prämienunterschiede zwischen den Versicherern eindeutig selektionsbedingt sind.



Auch dieser unerwünschte Nebeneffekt könnte mit einer geringfügigen Anpassung der Ausgleichsformel in kurzer Zeit behoben werden. Der Risikoausgleich müsste lediglich zwischen Versicherten in (echten) Sparmodellen und solchen ausserhalb differenzieren.

Schliesslich muss die Formel ganz grundsätzlich die vorhersehbaren und langfristig relevanten Risikounterschiede besser erklären können. Zahlreiche Analysen und praktische Anwendungen im In- und Ausland (in der Schweiz z.B. im Rahmen von HMO-Entschädigungsverträgen) liegen schon lange vor [5].

### ... und führt zur Risikoselektion

Während die Politik endlos diskutiert, hat der Markt schon längst reagiert. Da unter den gegebenen Rahmenbedingungen Kostensparen weniger profitabel ist als Risikoselektion, wundert es kaum, dass zunehmend mehr Versicherer auf die zweite Karte setzen. Dabei wurde die Selektionsmethode laufend perfektioniert. Betrachtet man die sechs grössten Konkurrenten von 1996 bis 2003, so sticht eine Kasse mit einem Zuwachs von 236% bzw. 450 000 Neuversicherten aus dieser Gruppe heraus. Der Rest weist negative, keine nachhaltigen oder nur sehr minimale Zuwächse auf [Abb. 1].

Der auffällige Versicherer ist derjenige mit perfekter Selektionsstrategie, der Billigkassenstrategie. Er operiert am Markt unter einem gemeinsamen Markenzeichen, verteilt hinter den Kulissen die Versicherten ihrem Risiko entsprechend auf zahlreiche Tochterkassen. Den teuren Risiken offeriert er nur die Prämie seiner teuren Tochter, während er die günstigen Risiken mit den tiefen Prämien seiner Billigkasse ködert. Damit simuliert er genau das, was die Politik aus sozialpolitischen Gründen nicht will: die risikogerechte Prämie.

Wen wundert es, dass dieser Erfolg am Markt Schule macht. Kaum ein grosser Versicherer, der inzwischen nicht auch mit billigen Tochterkassen um gesunde Risiken buhlt. Auch Versicherer, die den volkswirtschaftlichen Unsinn dieser Entwicklung offen eingestehen – Kosten werden damit keine gespart, das Managen mehrerer Kassen produziert höchstens noch Zusatzkosten –, sehen sich gezwungen, die Mehrkassenstrategie zu kopieren, wollen sie nicht vom Markt verdrängt werden.

Die Selektionseffekte der Mehrkassenstrategie sind objektiv messbar. Waren 1996 lediglich 1,7% der Prämienunterschiede zwischen den Versicherern Folge der Mehrkassenstrategie, also

rein selektionsbedingt, so beträgt dieser Anteil 2002 bereits 12,2% und 2003 schon 14,7%. Der Trend ist leicht exponentiell steigend, da immer mehr Versicherer auf diese Form der Risikoselektion umgeschwenkt haben [Abb. 2].

### **Nebeneinander von Solidarität und Effizienz ist möglich**

Damit entfernt sich der Markt mehr und mehr von einem sozialen und fairen Wettbewerb. Nicht weil die Wettbewerbslösung für die Sozialversicherung ein untauglicher Ansatz wäre [6], sondern wegen der verfehlten Rahmenbedingungen. Auch Krankenversicherer brauchen faire und logische Spielregeln. Schon geringfügige Modifikationen der Risikoausgleichsformel hätten zur Folge, dass der Markt in die richtige Richtung gelenkt würde, hin zu einem gleichzeitig sozialen als auch möglichst effizienten Marktergebnis. Die dafür notwendigen Konzepte liegen schon länger auf dem Tisch. Es ist an der Politik, diese aufzunehmen.

#### **Literatur**

- 1 Man stelle sich einen sehr sozialen Versicherer vor, der auch im Wettbewerb für alle seine Versicherten aus sozialen Erwägungen heraus ein und dieselbe Prämie in Rechnung stellt. Die Konkurrenz wird ihm darauf alle gesunden Risiken abwerben, da sie diesen eine tiefere (risikogerechte) Prämie offerieren kann. Somit verbleiben dem sozialen Versicherer nur noch die kranken Risiken, deren Durchschnittskosten deutlich höher sind als die Prämie, die er in Rechnung stellt. Um Verluste zu vermeiden, wird er seine Prämie nach oben anpassen müssen. Damit nähert sich die Einheitsprämie des sozialen Versicherers automatisch der risikogerechten Prämie für kranke Personen. Nicht weil es der soziale Versicherer so wollte, sondern weil der Wettbewerb dazu geführt hat.
- 2 Einen guten Überblick liefert Beck K. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt; 2004.
- 3 Die offizielle Ausgleichsformel unterschätzt die Kosten des teuersten Fünftels aller Versicherten um 60%. Der Krankenversicherer selber ist dagegen in der Lage, diese Kosten mit doppelter Genauigkeit, d.h. mit lediglich 30% Schätzfehler, zu bestimmen. Diese doppelt so hohe Genauigkeit erlaubt es ihm, erfolgreich Risikoselektion zu betreiben.
- 4 Daten: Risikoausgleichsstatistik 2003, ganze Schweiz.
- 5 Beck K (Hrsg.). Reformstau beim Risikoausgleich? Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz. Publikation des European Risk Adjustment Network; 2004 (zu beziehen unter [www.css.ch/publications](http://www.css.ch/publications)).
- 6 Die naheliegende Alternative, die Einheitskasse, würde die Situation in Bezug auf fehlende Effizienz nur noch weiter verschlimmern. Sicher wäre das Selektionsproblem damit gelöst, aber der Versicherte sähe sich einer mächtigen, zentralen Monopolkasse ausgesetzt, von der er nur hoffen kann, dass sie sich für Effizienzsteigerung einsetzt. Einen finanziellen Anreiz, das zu tun, hätte sie jedenfalls nicht.