

Erschienen: NZZ, Freitag 9. November 2001

Der Risikoausgleich darf kein Kostenausgleich sein

Eine Replik auf den Artikel von Prof. Dr. Stefan Felder

Felder weist in seinem NZZ Artikel vom 27.10.01 korrekterweise darauf hin, dass es für die Krankenversicherung grundsätzlich zwei Handlungsalternativen gibt: Risikogerechte Prämien mit direkten individuellen Subventionen oder Einheitsprämie plus Risikoausgleich. Er übersieht dabei aber, dass das, was im KVG den Namen *Risikoausgleich* trägt, durch die Verordnungen zu einem unvollständigen *Kostenausgleich* wird. Wird dieser Kostenausgleich durch Diagnoseinformationen noch verfeinert, so werden die Kosten noch exakter ausgeglichen. Das begrüessen nur Versicherer, welche ihre Kosten gar nicht im Griff haben, während alle effizienten Versicherer, die sich um Kostenkontrolle bemühen, dadurch bestraft würden.

Entgegen der Darstellung Felders habe ich nie für die Berücksichtigung vergangener Spitalbehandlungskosten, sondern für die Berücksichtigung von Spitalbehandlungen der jüngeren Vergangenheit als Klassierungsmerkmal. Wer im Vorjahr im Spital war, für den sind auch im Folgejahr mehr als doppelt so hohe Kosten zu erwarten, verglichen mit gleichaltrigen Personen ohne vorjährigem Spitalaufenthalt. Diese zu erwartenden Kostenunterschiede gälte es im Risikoausgleich zu Berücksichtigung und nicht die tatsächlich angefallenen Behandlungskosten.

Erst wenn der Ausgleich prospektiv und nicht mehr rückwirkend berechnet wird, spricht man zurecht von *Risikoausgleich*. Risiken sind immer zukunftsgerichtet. Das die Swissairkurse im Herbst gefallen sind, stellt aus heutiger Sicht kein Risiko mehr dar. Wie sich die Fluggesellschaft entwickeln wird, das ist dagegen risikobehaftet. Felders Befürchtungen, mit der Berücksichtigung von Diagnoseinformationen werde der Ausgleich arbiträr, ist zwar berechtigt aber weder auf der Höhe der Forschung noch der Praxis. In den Niederlanden wird in diesen Tagen ein Ausgleich basierend auf tatsächlich verschriebenen Medikamenten und nicht auf möglicherweise strategisch festgelegten Diagnosen, eingeführt, der ziemlich Manipulationsresistent ist. Auch hier weist die Verschreibung bestimmter Medikamente darauf hin, dass *in Zukunft* für die betroffenen Personen mit deutlich überdurchschnittlichen Kosten zu rechnen sei. Die effektiven Medikamentenkosten der *Vergangenheit* sollen dagegen nicht ausgeglichen werden.

Eine möglichst rasche Verbesserung des Risikoausgleichs tut not, was eine technische verfeinerte Lösung in späteren Jahren nicht ausschliesst. Darum der pragmatische Vorschlag eines prospektiven Ausgleichs, der neben Alter und Geschlecht auch die Spitalbehandlung berücksichtigt. Es muss heute etwas gegen den immer noch anhaltenden Kostenanstieg gemacht werden, indem die unnützen Anreize zur Risikoselektion effektiv reduziert und Anreize zur Kostenkontrolle gestärkt werden.

Schliesslich bleibt aber die Option risikogerechter Prämien auf jeden Fall bestehen. Die Tatsache, dass sich grosse Versicherer wie die CSS für die Risikoausgleichsvariante einsetzen hat mit der politischen Einschätzung zu tun. Lieber den Spatz in Form eines einigermaßen optimalen und prospektiven und Risikoausgleichs in der Hand, als die Taube der risikogerechte Prämien auf dem Dach.