

# Risikoausgleich oder Risikoselektion zum zweiten

Weitere gesundheitsökonomische Gedanken zu aktuellen Reformtendenzen im schweizerischen Gesundheitswesen

W. Oggier

Das schweizerische Gesundheitswesen steht vor weiteren Reformvorhaben. Zu den Kernpunkten im Bereich der Krankenversicherung gehören die Aufhebung des Vertragszwangs und die Einführung einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung. Relativ selten beleuchtet werden in diesem Zusammenhang die Auswirkungen dieser Massnahmen auf den Risikoausgleich unter den Krankenversicherern. Der Autor hat dies in einem Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung [1] getan und dabei die Auffassung vertreten, die Ärzteschaft solle sich mit dieser Fragestellung vermehrt auseinandersetzen. Die Vielzahl an Reaktionen von seiten der Ärzteschaft und aus der Politik auf diesen Artikel motivierte den Autor, einen weiteren Artikel dazu zu schreiben und dabei auch auf einige insbesondere in der Politik gehörte Gegenargumente einzugehen.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1. Januar 1996 eine eigentliche Baustelle. Die erste Teilrevision erlangte bereits im Jahr 2001 Gesetzeskraft, die zweite ist im Dezember 2003 vom Parlament abgelehnt worden. Nun versucht es der zuständige Departementsvorsteher mit einer Aufspaltung der einzelnen Elemente aus der zweiten Teilrevision in Teilpakete.

## Dual-fixe Spitalfinanzierung braucht Anpassung des Risikoausgleichs

Im Rahmen der zurzeit diskutierten KVG-Teilrevisionspakete hat der Bundesrat sich für die Einführung einer dual-fixen Spitalfinanzierung ausgesprochen (siehe Kasten). Sie hat zum Ziel, einige der an der heutigen dualistischen Finanzierung (siehe Kasten) kritisierten Wirkungen zu beseitigen und den Übergang von einem Kostenerstattungs- zu einem Preissystem zu realisieren. Für letzteres spricht aus gesundheitsökonomischer Sicht insbesondere, dass es im heutigen System für Spitäler in der Regel nicht interessant ist, Kosten zu senken. Denn sie müssen in der Folge damit rechnen, dass durch die Krankenversicherer eine entsprechende Tarifsenkung eingefordert wird, weil sich die Pauschalen an den anrechenbaren Kosten zu bemessen haben.

Im Gegensatz zur dualistischen Spitalfinanzierung soll die dual-fixe Finanzierung für alle, also auch die privaten Spitäler gelten. Alle Spitäler erhalten für die Basisleistungen nach KVG die gleichen Anteile von Krankenversicherer und öffentlicher Hand. Zudem soll in der Preisabgeltung auch die Investitionsamortisation enthalten sein.

Aus dem Blickwinkel der Versorgungssicherheit geht es in der Regel vor allem um drei Grundfragen: Wie wird mit kostenintensiven Patienten umgegangen? Wie mit älteren Menschen? Wie mit sozial Schwachen?

Im Rahmen von leistungsorientierten Systemen gehören diese drei Patientenkategorien in der Regel nämlich für die Leistungserbringer zu den finanziell wenig begehrten, weil erwartet werden kann, dass sie überdurchschnittliche Risiken darstellen.

Für die einzelnen Krankenversicherer können die Belastungen bei der Einführung von leistungsorientierten Finanzierungssystemen – selbst bei kostenneutralem Systemwechsel – unterschiedlich ausfallen. Denn kränkere Versicherte bedürfen in der Regel auch mehr Leistungen als weniger Kranke. In einer leistungsorientierten Finanzierung muss der Versicherer für diese Mehrleistungen aufkommen. Andere oft weniger leistungsorientierte Systeme wie beispielsweise Tages- oder Abteilungspauschalen stellen heute eine gewisse Finanzierungssolidarität unter den Krankenversicherern dar. Die Auffassung des Bundesrats, wonach die Einführung einer dual-fixen leistungsorientierten Spitalfinanzierung im Rahmen des heutigen Systems der Einheitsprämie keine Anpassung des Risikoausgleichs erforderlich mache, ist somit aus gesundheitsökonomischer Sicht eindeutig falsch.

Eingewendet wird, ein neuer Risikoausgleich schaffe nur neue Ungerechtigkeiten. Diesem Argument ist entgegenzuhalten, dass es nie ein perfektes System geben dürfte, dass aber das heutige System ungerechter ist als eine entsprechende Anpassung. Und die heutige Lösung wird noch problematischer, wenn der Übergang zu einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung mit Diagnosis Related Groups (DRGs) diskutiert wird.

Peter Indra hat anhand real existierender Tarife unterschiedlicher Spitäler aufgezeigt, welche Verschiebungen mit der Einführung eines leistungsorientierten Finanzierungssystems wie APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) verbunden sein können [1]. Schwerere Fälle wer-

Korrespondenz:  
Dr. oec. HSG Willy Oggier  
Gesundheitsökonomische  
Beratungen AG  
Konradstrasse 61  
CH-8005 Zürich

den teurer, leichtere Fälle werden günstiger. Das heisst wiederum, dass es zu Verschiebungen in den Zahlungsströmen unter den Krankenversicherern kommt. Krankenversicherer mit überdurchschnittlich guter Risikostruktur bezahlen unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen weniger (Tab. 1).

**Tabelle 1**

Diagnose: Patient mit unklaren Herzschmerzen, psychisch überlagert; Aufenthaltsdauer: 22 Tage, kein Eingriff.

<i>Rechnung je nach Abgeltungsmodell</i>	
Aufenthaltpauschale Spital	Fr. 2800.–
Abteilungspauschale Spital (Medizin)	Fr. 2800.–
Tagespauschalen (22 × Fr. 385.–)	Fr. 8470.–
PLT (Eintrittspauschale Fr. 2500.– plus Tagespauschalen 22 × Fr. 200.–)	Fr. 6900.–
Fallpreispauschale	existiert nicht
APDRG Nr. 140 (Cost Weight 0,884 bei Basisrate Fr. 2923.–)	Fr. 2584.–

Analog verhält es sich bei schwereren Fällen, wie das folgende von Konstantin Beck zur Verfügung gestellte, effektive Fallbeispiel anhand der gleichen Tarifstrukturen wie bei Peter Indra zeigt (Tab. 2).\*

**Tabelle 2**

Diagnose: Luftröhrenschnitt; Aufenthaltsdauer: 40 Tage.

<i>Rechnung je nach Abgeltungsmodell</i>	
Aufenthaltpauschale Spital	Fr. 2800.–
Abteilungspauschale Spital (Chirurgie)	Fr. 2560.–
Tagespauschalen (40 × Fr. 385.–)	Fr. 15400.–
PLT (Eintrittspauschale Fr. 2271.– plus Tagespauschalen 40 × Fr. 176.–)	Fr. 9311.–
Fallpreispauschale	existiert nicht
APDRG Nr. 140 (Cost Weight 16,492 bei Basisrate Fr. 2923.–)	Fr. 48205.–

Wird der Risikoausgleich nicht angepasst, werden Krankenversicherer mit überdurchschnittlich vielen kranken Versicherten durch eine an sich sinnvolle Veränderung der Finanzierungsanreize stärker belastet. Sollen diese Versicherer in erster Linie einen Anreiz haben, Versicherte mit schlechten Risiken einer möglichst effektiven und kosteneffizienten Behandlung zuzuführen, muss die Morbiditätsstruktur, also die Verteilung der Krankheitshäufigkeiten unter den Versicherten, berücksichtigt werden. Erfahren die Krankenversicherer mit kränkeren Versi-

cherten nämlich eine weitere Verschlechterung ihrer Wettbewerbsposition, dürfte es für diese interessanter werden, auch Risikoselektion zu betreiben, statt effektivere und kosteneffizientere Behandlungen zu fördern. Diese Tendenz ist mindestens teilweise durch die Gründung weiterer Billigkassen in jüngerer Zeit auch für eine breitere Öffentlichkeit sichtbar geworden.

### Monistische Finanzierung

Im Rahmen der bundesrätlichen Botschaft zur dual-fixen Spitalfinanzierung ist vorgesehen, dass der Bundesrat nach Inkrafttreten dieses Gesetzes innert dreier Jahre eine Vorlage zum Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem (siehe Kasten) vorlegen soll.

Wesentlicher Vorteil gegenüber der dual-fixen Spitalfinanzierung ist, dass ambulanter und stationärer Spitalbereich nach den gleichen Finanzierungsprinzipien entschädigt werden. Verlagerungsübungen in einen anderen Bereich sind somit nicht mehr verbunden mit Verschiebungen der Finanzierungslast wegen unterschiedlicher Verteilungsschlüssel.

Doch dieser Vorteil kann sich für die betroffenen Patientinnen und Patienten ohne morbiditätsorientierte Anpassung des Risikoausgleichs in das Gegenteil verändern. Denn ohne eine solche Anpassung beim Monist-Krankenversicherer werden die risikobedingt entstehenden, nicht abgegoltenen Kostendifferenzen zwischen den Krankenversicherern unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen noch grösser als in der dual-fixen Spitalfinanzierung. Der Krankenversicherer übernimmt hier nämlich im Gegensatz zur dual-fixen Finanzierung die gesamten Pauschalen für KVG-pflichtige Leistungen im stationären Spitalbereich.

Dem Umkehrschluss, wonach es nur bei der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems einer morbiditätsorientierten Anpassung des Risikoausgleichs bedürfe, muss aus gesundheitsökonomischer Sicht in einem System der Einheitsprämie eindeutig widersprochen werden. Wie oben gezeigt wurde, ist die Anpassung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern bereits heute von Bedeutung. Denn entscheidend für die Frage, ob es eine Verbesserung des Risikoausgleichs braucht oder nicht, ist bei den zurzeit laufenden Diskussionen weniger, ob eine Spitalfinanzierung dualistisch, dual-fix oder monistisch ausgestaltet ist. Entscheidend ist vielmehr, ob sie leistungsorientiert ist oder nicht. Und der Bundesrat will gerade eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung.

\* Peter Indra erwähnt in seinem Buch [2] ebenfalls ein Beispiel, das noch zu grösseren Differenzen führt. Es erscheint aber für den hier zu erörternden Zusammenhang als weniger geeignet, weil es sich dabei um Verbrennungen handelt und diese in der Regel unfallbedingt entstehen, was dazu führt, dass diese Behandlungskosten bei nach Unfallversicherungsgesetz (UVG) versicherten Personen nicht vom Krankenversicherer, sondern eben vom Unfallversicherer übernommen werden.

Auch aus der Sicht freipraktizierender Ärztinnen und Ärzte kann langfristig gesehen kein Interesse daran bestehen, dass Risikoselektion für die Krankenversicherer interessanter ist, als effektive und kosteneffiziente Behandlungen zu unterstützen. Es geht hier um das Setzen richtiger Anreize. Denn erst wenn sowohl Leistungserbringer als auch Finanzierer der KVG-pflichtigen Leistungen Interesse an einer kosteneffizienten und effektiven Behandlung bekommen, werden sinnvolle Veränderungen möglich. Sonst droht freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten, aber auch Spitälern, Spitexorganisationen, der Psychiatrie oder der Pharma die Gefahr, dass die Rahmenbedingungen für sinnvolles Arbeiten ausgerechnet bei jenen Patientinnen und Patienten am schwierigsten werden, welche die Unterstützung am nötigsten haben.

### **Sinnvollere Wirtschaftlichkeitsverfahren mit morbiditätsorientiertem Risikoausgleich**

Am deutlichsten dürften die Auswirkungen eines morbiditätsorientierten Risikoausgleichs für freipraktizierende Ärzte mittel- bis langfristig in der Diskussion um die Wirtschaftlichkeitskriterien in der Arztpraxis zu spüren sein.

Gelingt es, den Risikoausgleich durch eine dauernde gesetzliche Verankerung und den Einbau zusätzlicher morbiditätsorientierter Krite-

rien zu verbessern, können diese Kriterien auch im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsverfahren unterlegt werden. Zermürbende, auf dünnem Datenmaterial basierende Diskussionen über die Risikostrukturen der Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen dürften in diesem Zusammenhang mindestens eingedämmt, wenn nicht sogar weitgehend beseitigt werden können.

### **Ein konkreter Vorschlag**

Wichtig dürfte auf diesem Hintergrund insbesondere sein, dass die Anpassung des Risikoausgleichs möglichst pragmatisch, schnell und ohne grösseren administrativen Aufwand erfolgen kann. Gleichzeitig sollte das System so flexibel sein, dass es auf neue medizinische Erkenntnisse flexibel zu reagieren vermag.

Diesen Anliegen versucht ein Vorschlag Rechnung zu tragen, der von Konstantin Beck, Markus Moser und dem Autor gemeinsam ausgearbeitet worden ist und der von Frau Ständerätin Erika Forster (FDP/SG) in die parlamentarischen Beratungen eingebracht worden ist. Im wesentlichen handelt es sich um folgende Komponenten: Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben, müssen demnach der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18 KVG) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Personen mit einem erhöhten Krankheits-

### **Spitalfinanzierung: drei Modelle in Kürze**

- *Dualistisch*: Die stationären Leistungen werden von zwei Finanzierern – dem Krankenversicherer und der öffentlichen Hand – bezahlt. Die Krankenversicherer übernehmen höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten. Nicht zu den anrechenbaren Kosten gehören die Kosten für Investitionen, aus Überkapazitäten sowie für Lehre und Forschung. Im Rahmen der tariflichen Rechtsprechung hat der Bundesrat definiert, was unter Investitionskosten, Überkapazitäten und Lehre und Forschung zu verstehen ist. Die nicht vom Krankenversicherer zu übernehmenden Kosten fallen bei dualistisch finanzierten Spitälern bei der öffentlichen Hand an.
- *Dual-fix*: Die stationären Leistungen sollen ebenfalls von den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand bezahlt werden. Jedoch wird klar im voraus festgelegt, wie hoch die Anteile der beiden Finanzierer sein sollen. Der Bundesrat schlägt vor, dass sie die Pauschalen je zur Hälfte übernehmen.
- *Monistisch*: Es hat nur noch ein Finanzierer für die grundversicherten Leistungen aufzukommen. Bei den gegenwärtig vorherrschenden politischen Mehrheitsverhältnissen ist davon auszugehen, dass eher der Krankenversicherer als eine Ebene der öffentlichen Hand als Monist im Vordergrund steht.

**Merke:** Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in dieser Aufstellung darauf verzichtet, den Selbstbeteiligungsanteil der Patienten bei KVG-Pflichtleistungen in die Überlegungen einzubeziehen.

risiko Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen ausgleichen.

Für das Krankheitsrisiko sollen folgende Kriterien massgebend sein:

- das Alter;
- das Geschlecht;
- der stationäre Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim;
- Diagnosen, die ein erhebliches Krankheitsrisiko darstellen.

Der Bundesrat umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden stationären Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher, insbesondere kann er dafür eine Mindestdauer vorsehen. Der stationäre Aufenthalt in einem Spital im Zusammenhang mit einer Entbindung (Art. 29, Abs. 2) wird nicht berücksichtigt. Der Bundesrat bezeichnet die Diagnosen, die ein erhebliches Krankheitsrisiko darstellen.

Die vorgeschlagene Lösung wird heute in alternativen Versicherungsmodellen bereits erfolgreich praktiziert bzw. per 1. Januar 2006 eingeführt. Sie ist daher weder theoretisch noch kompliziert, sondern praktisch erprobt. Die Krankenversicherer müssen zudem die für einen optimierten Risikoausgleich benötigten Daten schon heute für Statistikzwecke dem Bundesamt für Gesundheit zur Verfügung stellen.

Der Aufwand für diesen Vorschlag ist also klein, da es sich um einen strukturierten, informatikunterstützten Abrechnungsprozess handelt, und die Daten ohnehin vom Krankenversicherer aufgearbeitet werden müssen. Von zahlreichen Beamten oder hohen Kosten kann daher keine Rede sein.

Zudem: Es geht hier nicht um die Aufblähung der Verwaltungsbürokratie, sondern um einen Beitrag zur Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, um das Setzen richtiger Anreize für Versicherer, Spitäler, Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen. Und der morbiditätsorientierte Risikoausgleich bildet auch eine zwingende Voraussetzung, um im Rahmen einer Einheitsprämie zu einer vernünftigen leistungsorientierten Abgeltung und zu faireren Wirtschaftlichkeitsverfahren zu kommen.

### Fazit

Will die Ärzteschaft, dass sich ein sinnvolles System durchsetzen kann, muss sie das Thema jetzt zusammen mit anderen Leistungserbringern aktiv vorwärtsbringen. Denn die Krankenversicherer sind in Zahler- und Empfängerboxen gespalten, und vom Bundesrat sind bisher auch keine positiven Impulse in dieser Sache ausgegangen. Es ist höchste Zeit, dass die Ärzteschaft in dieser für das Patientenwohl zentralen Frage Farbe bekennt.

### Literatur

- 1 Oggier W. Risikoausgleich oder Risikoselektion? Einige gesundheitsökonomische Gedanken zu den aktuellen Reformvorhaben auf Bundesebene. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(31):1626-9.
- 2 Indra P. Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Nr. 80, 2004, Seite 118.