

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2002-2003)

Heft: 80

Artikel: Grundzüge einer alternativen Finanzierungsart in der Krankenversicherung

Autor: Zweifel, Peter / Breuer, Michael

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790038>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Grundzüge einer alternativen Finanzierungsart in der Krankenversicherung

Prof. Dr. Peter Zweifel und Dr. Michael Breuer, Sozialökonomisches Institut, Universität Zürich, Hottingerstr. 10, 8032 Zürich

Bericht zuhanden der Vereinigung schweizerischer Kranken- und Unfallversicherer

Im Folgenden publiziert IC einen politisch umstrittenen Vorschlag zur Neugestaltung der Krankenversicherung in der Schweiz. Der Inhalt deckt sich nicht mit der Meinung der Redaktion, aber IC ist der Meinung, dass auch unkonventionelle Ideen zu diskutieren sich lohnen. Interessant ist vor allem die Idee einer Kombination von Pensionsversicherung und Krankenkasse, da die guten Risiken für die eine die schlechten für die andere Sparte darstellen.

Einleitung

Der Risikoausgleich der Krankenkassen ist in der Schweiz zunächst auf zehn Jahre befristet (bis 2005). Bislang ist das Nettoumverteilungsvolumen zwischen den Versicherern von Jahr zu Jahr gewachsen. Auffällig ist, dass sich sowohl in der Gruppe der grössten Nettoempfänger wie der grössten Nettozahler kaum Verschiebungen ergeben haben. Die Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds machen bei einzelnen Versicherern bis zu 40% der Einnahmen aus. Insgesamt steht zu vermuten, dass der Risikoausgleich nicht zu einer besseren Risikodurchmischung bei den Versicherern geführt hat. Weil er zugleich wesentliche wettbewerbshemmende Regulierungen im Gesundheitswesen unberührt lässt, ist er als Instrument einer umfassenden Kostendämpfung überfordert.

Eine vollständige Abschaffung des Risikoausgleichs mitsamt seinen Nebenwirkungen ist nur bei einem grundsätzlichen Wechsel der Finanzierungsart denkbar. Die Versicherer müssen risikobezogene Prämien erheben dürfen, damit sie keinen Anreiz mehr haben, nach den guten Risiken zu jagen. Die Krankenversicherungsverträge könnten dann ebenso wie die Vergütungsverträge mit den Leistungsanbietern individuell und

bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Schliesslich wäre sogar eine Überwindung der Spartenrennung in der Versicherung denkbar, was den Versicherern weitere Diversifikationsmöglichkeiten (letztlich auch zugunsten der Versicherten mit hohem Gesundheitsrisiko) eröffnen würde. Zur sozialen Flankierung der neuen Finanzierungsart sind diejenigen Individuen gezielt zu fördern, die zugleich ein ungünstiges Risiko darstellen und ein niedriges Einkommen beziehen, so dass ihre risikogerechte Prämie z.B. 10% ihres steuerbaren Einkommens (weit) übersteigen würde. Da es sich hierbei um eine wesentlich kleinere Gruppe von Subventionsempfängern als heute handelt, lässt sich die Umstellung vermutlich kostenneutral bewerkstelligen. Allerdings dürfte diese verstärkte Abkehr vom "Giesskannenprinzip" auf beträchtlichen politischen Widerstand stossen.

Der Risikoausgleich dient dazu, dieser Solidarität der Versicherer untereinander zum Durchbruch zu verhelfen. Das eigentliche Ziel ist aber, Solidarität zwischen einzelnen Gruppen von Versicherten zu garantieren: Gesunde sollen für Kranke aufkommen und Bezieher hoher Einkommen sollen Individuen mit geringeren Einkommen unterstützen. Während der Risikoausgleich in der obligatorischen Grundversicherung insbesondere der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken dient, werden mit der vom Bund und den Kantonen gewährten Prämienverbilligung gezielt einkommensschwächere Individuen gefördert. Wie unten noch genauer ausgeführt sind die Verteilungswirkungen dieses Arrangements in ihrem Zusammenspiel recht unklar. Auch aus verteilungspolitischen Gründen kann es daher Sinn machen, sich um einen einfacheren und transparenteren Finanzierungsmodus für die Krankenversicherung zu bemühen.

Es gibt einen Finanzierungsmechanismus für die Krankenversicherung, der einfach und transparent ist und zudem ohne einen Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern auskommt. Es ist dies die risikogerechte Prämienhebung. Mit ihr würde zugleich die Unterscheidung zwischen Grund- und Zusatzversicherung hinfällig. Um dem Sozialstaatsgedanken Rechnung zu tragen ist die risikogerechte Prämienhebung allerdings durch eine erhöhte staatliche Subventionierung von solchen Individuen zu flankieren, die für die Zahlung einer risikogerechten Prämie einen zu grossen Anteil ihres Einkommens opfern müssten (Zweifel, Bonato, Zaborowsky 1996, 154).

Effizienzvorteile risikogerechter Prämien

Die risikogerechte Prämienhebung bietet im Vergleich zum derzeitigen System der Einheitsprämie und dem Risikoausgleich zwischen den Versicherern eine ganze Reihe von Effizienzvorteilen, die nachfolgend benannt werden.

Keine Jagd nach guten Risiken: Die heutigen Anreize der Krankenversicherung zur Risikoselektion ergeben sich insbesondere durch den Zwang zur Erhebung einer Einheitsprämie für alle erwachsenen Versicherten. Diese Anreize werden auch nicht durch einen notwendigerweise unvollkommenen Risikoausgleich oder Mechanismen der Risikoteilung eliminiert. Statt dessen tragen beide Formen der zusätzlichen Regulierung den Keim für schwerwiegende Probleme in sich. Wenn es den Versicherern dagegen erlaubt wäre, risikogerechte Prämien zu erheben, würden die Anreize zur Risikoselektion weitgehend verschwinden (Zweifel, Bonato, Zaborowski 1996, 87)¹, was in der Folge auch den Risikoausgleich oder weitere Mechanismen der Risikoteilung zwischen den Krankenversicherern überflüssig machen würde. Damit verschwinden auch die Effizienz Nachteile beider Regulierungen (Prämie, Risikoausgleich).

Grössere Möglichkeiten einer effizienten Vertragsausgestaltung: Unter dem Regime des Risikoausgleichs sind alle Risikoselektionsaktivitäten der Versicherer unerwünscht. Dies setzt den Versicherern bei der Ausgestaltung ihrer Krankenversicherungsverträge enge Grenzen. Insbesondere können Massnahmen zur Reduktion von Moral Hazard, wie z.B. eine höhere Selbstbeteiligung (Breyer, Zweifel 1999, 206 ff.), nicht individuell vereinbart werden. Denn damit wäre ein niedrigeres Niveau des Versicherungsschutzes verbunden. Ein niedrigeres Absicherungsniveau würde aber (im Verein mit einer entsprechenden Prämienreduktion) vermehrt gute Risiken anziehen und der gewünschten Durchmischung aller Risiken entgegenlaufen. Das gleiche gilt für alle Formen von Managed Care. Auch hier ist es wahrscheinlich, dass insbesondere gute Risiken z.B. einer

¹ Eine Regulierung der Versicherungsunternehmen, welche z.B. die Kosten eine Unterschreitung bestimmter Reserven erhöht, kann jedoch dazu beitragen, dass sich Risikoselektionsanstrengungen gerade gegen schlechte Risiken auch weiterhin lohnen, um diese Kosten zu vermeiden (Zweifel, Eisen 2000, 198f.).

Beschränkung ihrer Auswahlmöglichkeiten bei den Leistungsanbietern (wieder bei entsprechender Prämienreduktion) zustimmen werden. Damit aber sind zahlreiche vertragliche Ausgestaltungsmöglichkeiten der Kritik ausgesetzt, sie würden lediglich der Risikoselektion dienen und laufen deshalb Gefahr, verboten zu werden, obschon sie zu einer höheren Effizienz im Gesundheitswesen beitragen können (Zweifel, Bonato, Zaborowski 1996, 139). Bei einer risikogerechten Prämienhebung hingegen könnten sich die Versicherer durchaus Vertragsformen erlauben, die schlechte Risiken anziehen, denn die höheren Behandlungskosten würden durch die erhöhte Prämie wettgemacht. Die sich ergebende Risikoselektion verfälscht damit den Wettbewerb nicht und ist daher unbedenklich.

Zu den Fragen der effizienten Vertragsausgestaltung gehört auch deren Laufzeit. Sie muss nicht gesetzlich einheitlich vorgegeben werden. Vielmehr kann man sich vorstellen, dass ein Versicherer einem jungen und gesunden Versicherten eine lange Laufzeit anbietet, innerhalb welcher er dem Versicherten keine Prämienzuschläge infolge einer allfälligen Erhöhung seines individuellen Risikos in Rechnung stellt. Die für einen solchen Vertrag zu zahlende Prämie pro Jahr wäre höher als der von dem gleichen Risiko in einem einjährigen Vertrag zu zahlende Preis. Durch den langfristigen Versicherungsschutz erhält der Kunde eine zweifache Absicherung: Zum einen wird ihm in der aktuellen Periode Krankenversicherungsschutz geboten, zum anderen sichert er sich gegen die Gefahr ab, künftig zu einem schlechteren Risiko zu werden. (Der Versicherer wiederum kann sich in Form einer Rückversicherung gegen die Verschlechterung seines Risikobestandes schützen.) Die zweifache Absicherung des Versicherten wäre allerdings auch in getrennten Verträgen (gegebenenfalls auch bei unterschiedlichen Versicherern) zu realisieren. Zu der Krankenversicherung in der aktuellen Periode müsste eine weitere Absicherung gegen künftige Risikoverschlechterungen gekauft werden. Diese zweite Absicherung kann auch vom Versicherten direkt gekauft werden, wodurch er sich zugleich die grösstmögliche Freizügigkeit beim Wechsel seines aktuellen Versicherers erhalten würde. Risikogerechte Prämien und künftige Freizügigkeit beim Wechsel des Versicherers lassen sich somit durchaus kombinieren.

Mögliche Aufhebung der Spartenrennung: Die vertraglichen Ausgestaltungsspielräume der Versicherer könnten so weit gehen, dass

bislang in der Sozialversicherung streng getrennte Sparten in einem einzigen (im Extremfall sogar von einem Privatversicherer geschaffenen) Versicherungsvertrag angeboten werden könnten (Zweifel, Bonato, Zaborowski 1996, 165). Hierdurch würden den Versicherern bei schwach oder gar negativ korrelierten Risiken zusätzliche Diversifikationsmöglichkeiten eröffnet, die sich auch zugunsten der Versicherten auswirken würden. So könnte ein Versicherungsvertrag, der eine Altersrente und eine Krankenversicherung miteinander koppelt, einem chronisch Kranken vielleicht eine Reduktion der Gesamtprämie ermöglichen. Denn der Versicherer könnte darauf bauen, dass ein solches Individuum früher stirbt (also bei der Altersrente weniger Leistungen beziehen wird) – und nach seinem Tod wird es keine Behandlungskosten mehr verursachen! So wird aus einem chronisch Kranken ein recht gutes Risiko, das zu einer gar nicht so hohen Gesamtprämie versichert werden kann. Aber auch die Verbindung des Krankenversicherungsschutzes mit völlig anderen Versicherungssparten (z.B. Hausrat) würde aufgrund der schwachen Korrelation der jeweiligen Risiken einen Diversifikationseffekt mit sich bringen, der von den Versicherern genutzt werden kann. Auf diese Weise ergibt sich ein breites Spektrum an Produktinnovationsmöglichkeiten.

Bessere Chancen für ausländische Anbieter: Der Druck zur Produktinnovation lässt sich noch verstärken, indem man den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt verschärft. Dies kann auch durch Konkurrenz von aussen geschehen. Wenn ausländische Anbieter ohne zusätzliche Restriktionen (wie Einheitsprämie und Risikoausgleich) ihre Produkte auf dem schweizerischen Markt anbieten könnten, zwingt dies auch die einheimischen Unternehmen zu innovationsfreudigem Verhalten. Derzeit ist die Attraktivität des schweizerischen Krankenversicherungsmarktes für ausländische Unternehmen allerdings gering, weil sie in der Grundversicherung (als Konsequenz der bei Einheitsprämien notwendigerweise hohe Regulierungsdichte) keinen Gewinn erwirtschaften dürfen. Risikogerechte Prämien machen solche Restriktionen unnötig, mit der Konsequenz, dass ein verschärfter Wettbewerb zu weiteren Produktinnovationen führt.

Eine risikogerechte Prämienhebung eröffnet den Versicherern neue Optionen der Vertragsgestaltung, ohne dass sich die innovativen Versicherer

den Vorwurf gefallen lassen müssen, sie betrieben eine Risikoselektionspolitik auf Kosten der anderen Kassen.

Gezielte Subventionierung der Individuen als flankierende Massnahmen

Die Vorteile risikogerechter Prämien in der Krankenversicherung sind im Abschnitt "Effizienzvorteile risikogerechter Prämien" herausgearbeitet worden. Risikogerechte Prämien haben allerdings eine unerwünschte Konsequenz. Sie könnten für schlechte Risiken die Zahlungsfähigkeit der Versicherten übersteigen. Um dieses Problem zu lösen braucht es jedoch keine neue Gesetzgebung. Denn das Krankenversicherungsgesetz (KVG) 94 kennt bereits die gezielte Subjektförderung: Sobald jemand für seinen Versicherungsschutz mehr als rund 8%-10% (je nach Kanton) seines steuerbaren Einkommens aufwendet, hat er oder sie ein Anrecht auf Beihilfe. Die Neuerung würde lediglich darin bestehen, dass die vom Krankenversicherer kalkulierte risikogerechte Prämie anstelle der Einheitsprämie zur Grundlage der Beihilfenbemessung gemacht wird.

Wie schon im geltenden System ist allerdings dabei eine Rahmenbedingung zu beachten. Zwar sollen die gezielten Subventionen den Differenzbetrag zwischen bezahlter Prämie und dem einkommensabhängigen Maximalbetrag zum grössten Teil ausgleichen. Eine vollständige Subventionierung des Differenzbetrags ist allerdings nicht opportun, weil dann die geförderten Individuen versucht sein würden, stets den aufwändigsten Vertrag zu kaufen. Für sie würde der Anreiz entfallen, eine kostengünstige Krankenversicherung zu suchen, was den Preiswettbewerb zwischen den Versicherern schwächen müsste. Da risikogerechte Prämien für einige wenige sehr schlechte Risiken leicht mehrere Zehntausend Franken betragen, könnte der Gesetzgeber in diesen Extremfällen lediglich Festbeträge zubilligen, um die Unterstützungszahlung von der Wahl des Versicherungsvertrags zu entkoppeln. Der Festbetrag müsste so bemessen sein, dass sich die Betroffenen damit einen angemessenen Krankenversicherungsschutz auf dem Markt kaufen können. Sie würden aber die Freiheit behalten, gegebenenfalls auch für einen höheren Versicherungsschutz (bei entsprechendem finanziellem Opfer) zu optieren. Damit würde ihr Anreiz, eine kostengünstige Versicherung zu suchen, voll erhalten bleiben.

Der Umbau der bestehenden Subjektförderung würde vermutlich nur wenig mehr kosten. Denn bei risikogerechten Prämien erhalten vergleichsweise wenige schlechte Risiken, die gleichzeitig zu den Einkommensschwachen gehören, sehr hohe Beihilfen. Umgekehrt wird es Einkommensschwache geben, die jedoch gute Risiken darstellen und deshalb weniger als 8%-10% ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden müssen. Sie müssen in Zukunft nicht unterstützt werden. Leider lässt sich im Rahmen dieses Expertenberichts nicht abschätzen, wie sich die Zahl der Beihilfebezüger verändern wird, wie hoch die Beihilfen an schlechte Risiken sein werden und welche Beihilfen dank gesenkter Prämien für gute Risiken entfallen werden.

Die Umsetzung einer solchen Reform dürfte allerdings auf Schwierigkeiten stossen. Dies lassen die Erfahrungen mit dem KVG 94 vermuten. Damals schlug die Kritik am Giesskannenprinzip der Pro-Kopf-Subventionen unter dem alten Gesetz rasch in ein grosses Wehklagen um, als breite Kreise der Mittelklasse erfahren mussten, dass sie kein Anrecht mehr auf Prämiensubventionierung hatten. Die kantonalen Politiker sahen sich genötigt, die Kriterien für die Prämiensubventionierung so aufzuweichen, dass mancherorts eben doch wieder beinahe die Hälfte der Steuerzahler von ihr profitieren konnten. Dies bedeutet nichts anderes als eine Rückkehr zum Giesskannenprinzip. Der politische Druck in diese Richtung wird noch zunehmen, wenn es sich herausstellt, dass zusätzliche Gruppen der Bevölkerung (nämlich Einkommensschwache, die aber gute Risiken darstellen) auf Beihilfe verzichten müssen, während ziemlich wenige Individuen (nämlich ausserordentlich schlechte Risiken) Zehntausende von Franken jährlich erhalten, um ihre hohe Prämie auszugleichen.

Dennoch würde sich der Übergang zu risikogerechten Prämien auch in der sozialen Krankenversicherung langfristig in hohem Masse auszahlen, und dies aus mindestens drei Gründen:

- **Eindämmung des Moral Hazard:** Risikogerechte Prämien sorgen dafür, dass schlechte Risiken immer wieder "die Rechnung präsentiert" bekommen. Sie erhalten ein Signal, dass es sich finanziell lohnen würde, aus sich ein (leicht) besseres Risiko zu machen. Auch bei an sich ungünstiger genetischer Veranlagung ist es oft möglich,
 - a) den Lebensstil im Interesse der Erhaltung der Gesundheit anzupassen
 - b) bei einer leichten Erkrankung auf medizinische Behandlung überhaupt zu verzichten und
 - c) im Verlauf einer Krankheitsepisode einen kostengünstig praktizierenden Arzt oder mit dem Arzt eine kostengünstige Therapieform zu wählen.

Damit tragen risikogerechte Prämien zu einer Verbesserung des Leistungs-Kosten-Verhältnisses im Gesundheitswesen bei.

- **Veränderung der Balance zwischen Anstrengungen zur Effizienzsteigerung und zur Risikoselektion auf Seiten der Krankenversicherer:** Risikogerechte Prämien erlauben es den Versicherern, frei abzuwägen, auf welche Art und Weise sie ihren Risikobestand steuern wollen. Die "Jagd nach den guten Risiken" zahlt sich nicht mehr aus, da diese guten Risiken niedrigere Prämien erwarten, die ihnen unter dem Druck der Konkurrenz auch gewährt werden müssen. Es kann sich im Gegenteil lohnen, schlechte Risiken zu akquirieren und die entsprechend hohen Prämien zu kassieren. Gelingt es zudem, durch eine geschickte Steuerung der Arzt- und Therapiewahl die Behandlungskosten gerade dieser Risiken zu drücken, kann der Versicherer eine Zeitlang einen besonders hohen Deckungsbeitrag erzielen. Insgesamt genügt die Risikoselektion nicht mehr, um das wirtschaftliche Überleben eines Krankenversicherers zu gewährleisten; vielmehr muss er mit Produktinnovationen aufwarten, welche den Versicherten die Chance geben, durch ihr zukünftiges Verhalten in den Genuss niedriger Prämien zu kommen.
- **Förderung des Wettbewerbs in der sozialen Krankenversicherung:** Das KVG 94 hat nach mehr als 80 Jahren der Einheitlichkeit den Produktwettbewerb gebracht, der eine bessere Anpassung des Versicherungsschutzes an die sich immer rascher wandelnden Bedürfnisse der Bevölkerung erzwingt. Der Übergang zu risikogerechten

Prämien würde zusätzlich den Preiswettbewerb fördern. Zugegebenermassen wäre es für einen Versicherten, der zu einem schlechteren Risiko geworden ist, ohne sich gegen diese Risikoverschlechterung im Rahmen einer Zusatzversicherung abgesichert zu haben, nicht mehr so einfach wie im Regime der Einheitsprämie, den Krankenversicherer zu wechseln. Immerhin kann er aber darauf bauen, von einem anderen Versicherer eine Neueinschätzung seines Risikos und ein Konkurrenzangebot zu erhalten. Sobald zudem kombinierte Verträge (z.B. Altersrente und Krankheit) auf dem Markt sind, besteht die Chance, dass die Verschlechterung bei einem Risiko durch eine Verbesserung beim andern aufgefangen wird, so dass sich die Prämienanpassung in Grenzen hält.

Insgesamt verspricht der Übergang zu risikogerechten Prämien eine nicht unwesentliche Verbesserung des Leistungs-Kosten-Verhältnisses in der Krankenversicherung und mittelbar im gesamten schweizerischen Gesundheitswesen.

Im Folgenden ein Auszug aus der Zusammenfassung des Bundesinteressierten empfiehlt.