



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Wirkungsanalyse des
Risikoausgleichs
in der Krankenversicherung*

Forschungsbericht Nr. 1/99

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autor: Stefan Spycher
BASS, Büro für arbeits-
und sozialpolitische Studien
Eigerplatz 8
3007 Bern
Tel. 031/372 44 55
Fax 031/372 33 55
E-mail: BASS@ACCESS.CH

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Effingerstrasse 33
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25

Vertrieb: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale
(EDMZ), 3000 Bern

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung

Im Auftrag des
Bundesamtes für Sozialversicherung

Stefan Spycher
Unter der Mitarbeit von Sandra Olar
Bern, Februar 1999

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Der 1993 mittels dringlichem Bundesbeschluss eingeführte und mit dem im 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz fortgesetzte Risikoausgleich unterstützt zwei Hauptziele des neuen Gesetzes: Die Eindämmung der Kosten und die Stärkung der Solidarität. Er soll dazu beitragen, dass der kostensenkende Wettbewerb zwischen den Versicherern sich über mehr Effizienz und Kostenkontrolle, nicht aber auf Kosten der Versicherten durch Risikoselektion abspielt.

Wie sind nun die ersten Erfahrungen mit dem Risikoausgleich? Wie weit konnten die in ihm gesetzten Erwartungen erfüllt werden? Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Durchführung, und welche Optimierungsmöglichkeiten bestehen? Gestützt auf Art. 32 der Verordnung über die Krankenversicherung führt das BSV seit 1997 eine Wirkungsanalyse durch, in deren Rahmen unabhängige wissenschaftliche Expertenteams Fragen zu verschiedenen Aspekten des KVG evaluieren. Die vorliegende Studie ist ein Resultat dieses Forschungsprogramms.

Die Evaluation des Risikoausgleichs stiess auf die Schwierigkeit, dass es sich dabei um ein Instrument handelt, das bereits vor dem KVG eingeführt worden ist und an dem inzwischen mehrfach Änderungen vorgenommen worden sind. Weiter galt es zu berücksichtigen, dass etliche der in den Daten von 1996/97 beobachtbaren Effekte stark den Systemwechsel widerspiegeln, den das KVG im Krankenversicherungsbereich generell einleitete. Die Wirkungsbeurteilung hatte also einige methodische Probleme zu überwinden.

Die Studie stellt eine wichtige Grundlage für Entscheide über die weitere Ausgestaltung des Risikoausgleichs bereit. Bereits aufgrund von Resultaten der Vollzugsevaluation konnten Elemente des Durchführung optimiert werden und weitere Empfehlungen wurden in die aktuelle Revision einbezogen. Die Autoren zeigen, dass der Risikoausgleich heute ein unentbehrliches Instrument zur Verhinderung von Risikoselektion darstellt und empfehlen deshalb eine unbefristete gesetzliche Verankerung.

Lange nicht alle wichtigen Fragen um den Risikoausgleich konnten mit dieser ersten Studie beantwortet werden. Die heute von einigen Versicherern in den Vordergrund gerückte Diskussion über eine Änderung der Risikoausgleichsformel wird in den Ergebnissen der Studie aufgenommen. Es war jedoch nicht Ziel dieser Studie, die Wirkungen einer alternativen Formel abzuschätzen. Eine Folgestudie wird sich damit eingehender beschäftigen. Dabei gilt es unter anderem zu untersuchen, wieweit durch den Einbezug eines Gesundheitsindikators Selektionsgewinne der Versicherer weiter reduziert werden, ob damit nicht die Kostensparanreize der Versicherer vermindert werden, welche Anforderungen eine solche Änderung an Datenverfügbarkeit und Vollzug stellt und ob dem Datenschutz genügend Rechnung getragen werden kann.

Martin Wicki

Projektleiter/Wissenschaftlicher Mitarbeiter Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Bundesamt für Sozialversicherung

Inhaltsverzeichnis

Dank	V
Zusammenfassung	VII
Teil A: Einführung und Entwicklung des Risikoausgleich 1993 - 1998	1
1. Einführung	1
1.1. Ausgangslage und Fragestellungen	1
1.2. Die Funktionsweise des Risikoausgleichs	3
1.3. Entwicklung der rechtlichen Bezugspunkte	8
1.4. Datengrundlagen für die Wirkungsanalyse	11
1.5. Aufbau der Arbeit	12
2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998	13
2.1. Die Entwicklung des Risikoausgleichsvolumens 1993 bis 1998	13
2.1.1 Die Entwicklung in der Schweiz	14
2.1.2 Die Entwicklung in ausgewählten Kantonen	21
2.2. Das Verhältnis von Nettoempfängern zu Nettozahlern	21
2.3. Die Bedeutung des Risikoausgleichs für die Versicherer	24
2.4. Die Umverteilung zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern	29
2.5. Auswirkungen des Zweiphasen-Abrechnungssystems	32
TEIL B: VOLLZUGSEVALUATION	35
3. Vollzugsevaluation	35
3.1. Methodische Vorbemerkung	35
3.2. Die Akteure und ihre Rollen	37
3.3. Evaluation der Erfüllung der vorgesehenen Pflichten	43
3.3.1 Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG	45
3.3.2 Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG	46
3.3.3 Die Krankenversicherer	48
3.3.4 Das Bundesamt für Sozialversicherung und das Eidgenössische Departement des Innern	54
3.4. Probleme bei der administrativen Abwicklung des Risikoausgleichs	56
3.5. Zusammenfassung	64
3.6. Empfehlungen	67

4.	Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen	69
4.1.	Risikoselektion – qualitative Analyse	69
4.1.1	Rahmenbedingungen für die Risikoselektion	70
4.1.2	Ergebnisse von Interviews mit Versicherern	74
4.2.	Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Risikostrukturen	79
4.2.1	Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen	79
4.2.2	Die Brutto- und Nettorisikostrukturen 1996	81
4.2.3	Die Entwicklung der Risikostrukturen in der Schweiz 1985 bis 1997	86
4.2.3.1	Sicht der Versicherer	87
4.2.3.2	Sicht der Versicherten	92
4.2.3.3	Regressionsanalyse	97
4.2.4	Die Entwicklung der Risikostrukturen in den Untersuchungskantonen 1991 bis 1997	99
4.2.4.1	Bruttorisiko	99
4.2.4.2	Nettorisiko	107
4.3.	Risikoselektion – quantitative Analyse	109
4.3.1	Methodisches Vorgehen	109
4.3.2	Ergebnisse der quantitativen Analyse	110
4.3.2.1	Die Entwicklung in der Schweiz zwischen 1992 und 1996	110
4.3.2.2	Die Entwicklung in den Untersuchungskantonen zwischen 1992 und 1996	116
4.3.2.3	Folgerungen aus der quantitativen Analyse	118
4.4.	Zusammenfassung und Fazit	118
5.	Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien	121
5.1.	Fragestellungen und methodisches Vorgehen	121
5.2.	Datengrundlagen	122
5.3.	Die Prämiensituation 1997	124
5.4.	Die Entwicklung der Prämien 1985 bis 1997	126
5.5.	Risikoausgleich und Prämien	129
5.5.1	Anteil der Versicherten und Versicherer mit Durchschnittsprämien	129
5.5.2	Die Differenz zwischen Median- und Minimalprämie	135
5.5.3	Korrelation zwischen Prämien und Kosten	138
5.6.	Zusammenfassung und Fazit	142
6.	Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen	147
6.1.	Fragestellungen	147
6.2.	Methoden und Datengrundlagen	148
6.3.	Die Entwicklung der Wanderungsintensität 1986 bis 1996	149
6.4.	Die Wanderungsintensität nach Alter und Geschlecht	154
6.5.	Von wo nach wo wird gewandert?	157
6.6.	Risikoausgleich und Wanderungen	164
6.7.	Zusammenfassung und Fazit	168

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer	169
7.1. Fragestellungen	169
7.2. Methoden und Datengrundlagen	170
7.3. Teilgefährdungen und Reserven zwischen 1992 und 1997	176
7.3.1 Die Entwicklung der Teilgefährdungen	176
7.3.2 Die Entwicklung der Reserven 1989 bis 1997	182
7.3.3 Situation der zehn grössten Versicherer	186
7.4. Die Bedeutung des Risikoausgleichs für die 1992 gefährdeten Versicherer	188
7.5. Die Situation der 1997 teilweise gefährdeten Versicherer	195
7.6. Zusammenfassung und Fazit	197
8. Beurteilung der Wirkungen des Risikoausgleichs	199
8.1. Synthese der Ergebnisse	199
8.2. Entsprechen die erzielten Wirkungen den vorgegebenen Zielen?	204
8.3. Empfehlungen	207
TEIL D: REFORMVORSCHLÄGE	211
9. Reformvorschläge	211
9.1. Grundsätzliche Reformen	211
9.2. Veränderungen der Risikoausgleichsformel	214
9.3. Veränderung der technischen Abwicklung des Risikoausgleichs	217
9.4. Zusammenfassung und Fazit	217
LITERATURVERZEICHNIS UND ANHÄNGE	219
10. Literaturverzeichnis	219
10.1. Literatur	219
10.2. Quellen	220

11. Anhänge	223
Anhang A: Einfluss der Anzahl Risikogruppen auf das Nettorisikoausgleichsvolumen	223
Anhang B: Die Bruttostruktur in den Untersuchungskantonen 1991 bis 1997	225
Anhang C: Leitfaden für die Interviews mit sechs Versicherern hinsichtlich der Risikoselektionen	235
Anhang D: Beispiel einer Prämienkarte	237
Anhang E: Wanderungen 1985 bis 1996	239
Anhang F: Potenziell gefährdete Versicherer und ihre Versicherten 1992 bis 1997	247

Dank

Die Durchführung der Studie wäre im vorgegebenen Zeitrahmen nicht möglich gewesen, wenn nicht zahlreiche Personen neben ihrem üblichen Tagesgeschäft bereit gewesen wären, einen Sondereinsatz zu leisten. Insbesondere danken möchten wir Herrn Wunderlin von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Sehr hilfreich war auch die kritisch Unterstützung der Studienbegleitgruppe des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Herr Wicki, Herr Gärtner, Frau Leiber, Herr Lederrey, Herr Balmer, Herr Camenzind und Herr Känzig). Verschiedene Teile der Studie beruhen auf qualitativen Daten, welche in Interviews gewonnen wurden. Danken für ihre Bereitschaft, sich für Interviews zur Verfügung zu stellen, möchten wir Herrn Brühlhart, Stiftungsratsmitglied der Gemeinsamen Einrichtung KVG, Herrn Christen, Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, sowie mehreren Vertretern von Versicherungen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Zusammenfassung stellt die wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen der Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs dar. Sie verzichtet auf die detaillierte Wiedergabe von Zahlenmaterial, welches die Lesbarkeit beeinträchtigt hätte. Wir weisen die Leser/innen aber darauf hin, dass jedes Kapitel eine eigene und «technischer» gehaltene Zusammenfassung enthält. Weiter haben wir die Ergebnisse der Wirkungsanalyse in Kapitel 8 in Form einer eigenen Synthese zusammengefasst.

Ziele des Risikoausgleichs

Der dringliche Bundesbeschluss, der den Risikoausgleich auf den 1.1.1993 einführt, verstand sich als «befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung». Unter Entsolidarisierung wurde insbesondere die Entwicklung verstanden, dass Kassen mit einer finanziell günstigen Versichertenstruktur tiefe Prämien anbieten konnten und damit weitere Zuwanderungen von für sie vorteilhaften Versicherten auslösten. Auf der anderen Seite verblieben Versicherer mit relativ ungünstigen Kostenstrukturen («schlechten Risiken») und damit höheren Prämien. Die Solidarität zwischen Jung und Alt bzw. zwischen Gesunden und Kranken wurde dadurch zunehmend in Frage gestellt.

Die Einführung des Risikoausgleichs war mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Kassen mit günstigen Strukturen verteuern und jene mit ungünstigen Risiken verbilligen. Die Angleichung der Prämien sollte die Wanderung der Versicherten beeinflussen. Die Wanderungen sollten sich – so die Absicht des Gesetzgebers – mittel- bis langfristig derart ändern, dass sich die Risikostrukturen der einzelnen Versicherer annähern (oder zumindest nicht mehr weiter auseinander entwickeln) und in der Folge der Risikoausgleich vielleicht auch nicht mehr notwendig wäre. Die Versichertenkollektive sollten also bei allen Versicherern letztlich in Bezug auf die Risikostrukturen «besser durchmischt» werden.

Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerte für die konkrete Ausgestaltung des Risikoausgleichs wichtige Rahmenbedingungen. Insbesondere soll der Risikoausgleich den kostensenkenden Wettbewerb zwischen den Kassen möglichst wenig verzerren und behindern.

Die Wissenschaft formuliert die Ziele für den Risikoausgleich etwas anders. Sie fordert insbesondere, dass die Kassen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgrund des Risikoausgleichs keinen Anreiz zur Risikoselektion (bewusstes Auswählen kostengünstiger Versi-

cherten) mehr haben. Risikoselektionen sind deshalb unerwünscht, weil sie Personen, welche schlechte Risiken darstellen, benachteiligen, weil sie Ressourcen binden, die für die Kostensenkungen eingesetzt werden könnten, und weil dadurch lediglich Kosten zwischen Versicherern verschoben statt Kosten gesenkt werden.

Überprüfte Fragestellungen

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) erarbeitete ein Pflichtenheft mit Fragestellungen, welche im Rahmen der Forschungsarbeit geklärt wurden:

■ **Entwicklung des Risikoausgleichs:** Wie hat sich das zwischen den Versicherern transferierte Finanzvolumen entwickelt? Welche Versicherer zahlen Abgaben, welche erhalten Beiträge?

■ **Vollzug des Risikoausgleichs:** Wie nehmen die verschiedenen Akteure ihre in Gesetz und Verordnung verankerten Aufgaben wahr?

■ **Risikostrukturen, Risikoselektion:** Konnte die vor der Einführung beobachtete Risikoentmischung gestoppt bzw. sogar (in Teilen oder vollständig) rückgängig gemacht werden? Gibt es Hinweise darauf, dass von den Krankenversicherern heute noch immer Risikoselektionen vorgenommen werden? Nach welchen Indikatoren richten sie sich?

■ **Prämien:** Haben sich die Prämienunterschiede, welche auf die unterschiedlichen Risikostrukturen zurückzuführen sind, aufgrund des Risikoausgleichs nivelliert? In welchem Umfang ist dies allenfalls erfolgt?

■ **Wanderungen:** Lassen sich Zusammenhänge zwischen Zu- und Abwanderungen von Versicherten vor Einführung des Risikoausgleichs und der Höhe der Prämienunterschiede feststellen? Gibt es Hinweise darauf, dass die altersabhängigen Wanderungen zwischen den Kassen mit der Einführung des Risikoausgleichs abgenommen haben?

■ **Existenzsicherung:** Hat der Risikoausgleich dazu geführt, dass Versicherer, welche vor Einführung des Risikoausgleichs in ihrer Existenz gefährdet waren, nun langfristig überlebensfähig sind?

Die Fragestellungen machen deutlich: Im Zentrum des Projektes stand eine auf die Vergangenheit bezogene Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs. Es wurde daher nicht untersucht, welche Auswirkungen alternative Ausgestaltungen des Risikoausgleichs in der Vergangenheit gehabt hätten bzw. in der Zukunft haben könnten. Insbesondere die Entwicklung von Modellen für die zukünftige Ausgestaltung des Risikoausgleichs wurde von der Begleitgruppe des BSV

explizit weiteren Forschungsprojekten vorbehalten.

Die wichtigsten Ergebnisse

Die Zeitspanne, die seit der Einführung des Risikoausgleichs 1993 vergangen ist und für die Beurteilung der Wirkungen die Grundlage darstellt, ist eher kurz. Zudem ergaben sich gleichzeitig im Krankenversicherungsrecht weitere wichtige Veränderungen (bspw. galt zwischen 1993 und 1995 der dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung bzw. wurde 1996 das neue Krankenversicherungsgesetz eingeführt). Trotzdem lassen sich deutliche Tendenzen erkennen:

■ **Entsolidarisierung:** Die Entsolidarisierung konnte gestoppt und sogar rückgängig gemacht werden, weil sich die Prämien der Versicherer deutlich angeglichen haben. Neben dem Risikoausgleich dürfte diese Entwicklung schwerkem durch den Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung bewirkt worden sein.

Die Prämien werden primär durch die Kosten bestimmt. Haben sich diese daher auch angenähert? Bei der Beantwortung der Frage kommt es darauf an, ob die Kosten vor oder nach Berücksichtigung des Risikoausgleichs und der Bundesbeiträge (bis 1995) betrachtet werden. Rechnet man die staatlichen Beiträge und Abgaben ein, so stellen wir fest, dass sich die Kostenstrukturen deutlich angeglichen haben. Der Risikoausgleich hat dabei den gewünschten Effekt erzielt.

Betrachtet man aber die Kostenstrukturen ohne staatliche Beiträge und Abgaben, so entsteht ein anderer Eindruck: Die Risikoentmischung zwischen den Versicherern ging weiter. Die Wanderungen der Versicherten bzw. die Fusionen der Kassen führten bisher nicht dazu, dass sich die Risikokollektive besser durchmischen haben. Dieser Umstand stellt aber solange kein gravierendes Problem dar, wie der Risikoausgleich das entsprechende Korrektiv darstellt. Wird dieses Korrektiv aufgehoben, so wird die Differenz zwischen den Risikokollektiven rasch zunehmen, weil die Risikoselektion den Kassen wieder entsprechende Vorteile versprechen würde.

■ **Risikoselektion:** Risikoselektionen werden nach wie vor und sehr gezielt vorgenommen. Die Einführung des Risikoausgleichs nach den Faktoren Alter und Geschlecht brachte eine wesentliche Veränderung mit sich: Der Druck, bereits versicherte ältere Personen abzuschieben, wurde stark reduziert. Ganz generell dürfte sich aber das Verhalten gegenüber bereits versicherten schlechten Risiken wenig verändert haben,

weil der Gesundheitszustand nicht Teil des Risikoausgleichs ist. Auch das Verhalten der Versicherer bei der Aufnahme von neuen Versicherten blieb weitgehend unverändert. Der Grund dafür sind folgende Zusammenhänge:

Die meisten Versicherer sind primär am Geschäft im Zusatzversicherungsbereich interessiert, weil dort Gewinn erzielt werden kann. In der Grundversicherung müssen Gewinne für die Aufstockung der Reserven oder die Prämienenkung verwendet werden. Im Zusatzversicherungsbereich stehen für die Versicherer bei der Rekrutierung von Neuversicherten primär (gesunde) Junge im Zentrum. Zwar könnten sie auch bei älteren oder kranken Neuversicherten Gewinne erzielen, da risikogerechte Prämien erhoben werden können. Diese Prämien können aber – sofern keine Vorbehalte gemacht werden – so hoch werden, dass sie für die Versicherten nicht mehr attraktiv sind. Zudem wechseln die älteren Versicherten im Vergleich zu den jüngeren viel weniger häufig ihre Kasse.

Im Zusatz- wie im Grundversicherungsbereich wird – sofern die Informationen verfügbar sind – neben dem Alter auch nach den Kriterien «Gesundheitszustand», «Einkommen», «Bildung» und «Urbanitätsgrad» selektioniert, obschon der Risikoausgleich die Risikoselektion in der Grundversicherung eigentlich verhindern sollte. Die Möglichkeiten der Risikoselektion im Zusatzversicherungsbereich hat starke Auswirkungen auf den Grundversicherungsbereich, weil die meisten Versicherten die Grund- und Zusatzversicherung beim selben Versicherer abschliessen wollen.

Die Auswirkungen der Selektion über den Zusatzversicherungsbereich wäre dann weniger bedeutungsvoll, wenn der Risikoausgleich in der Grundversicherung die im Zusatzversicherungsbereich verwendeten Selektionsinformationen (insbesondere über den Gesundheitszustand) berücksichtigt würde. Dies ist aber heute nicht der Fall. Das geltende System des Risikoausgleichs berücksichtigt nur die Faktoren Alter und Geschlecht. Die Selektionsgewinne der Versicherer werden durch den Risikoausgleich somit nicht vollständig abgeschöpft.

■ **Kostenparanreize und Wettbewerbsverzerrungen:** Hat der Risikoausgleich in der Vergangenheit den Wettbewerb und den Strukturwandel unzulässig behindert? Obschon diese Frage nicht explizit untersucht wurde, ergeben sich aus der vorliegenden Studie verschiedene wichtige Hinweise:

a) Die theoretischen Analysen der Wirkung des Risikoausgleichs haben gezeigt, dass die Kostenparanreize in jeder Risikogruppe erhalten bleiben. Es ist immer lohnenswert, billiger als die

anderen Versicherer zu sein. Allerdings können die kostensparenden Versicherer bzw. ihre Versicherten nicht vom ganzen Ausmass der Einsparung profitieren. Der heute geltende Risikoausgleich schöpft einen Teil davon ab.

b) Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs behindert die Verbreitung der neuen Versicherungsformen (HMO, Wahlfranchisen etc.), weil die davon betroffenen Versicherten zu stark zum Risikoausgleich beigezogen werden. Die Behinderung ist dabei bei kostengünstigen Versicherern noch grösser als bei kostenintensiven. In der Vergangenheit dürften die dadurch entstandenen Wettbewerbsbehinderungen nicht allzu gross gewesen sein, weil sich die neuen Versicherungsformen noch nicht sehr stark verbreitet haben.

c) Der heute geltende Risikoausgleich beruht nur auf den Risikofaktoren Alter und Geschlecht. Dies führt dazu, dass die Versicherer nach wie vor intensiv Risikoselektionen betreiben. Die dabei erfolgreichen Versicherer können sich Vorteile erarbeiten, welche den Wettbewerb unter den Versicherern unzulässig verzerren.

d) Der Strukturwandel in den letzten Jahren dürfte insgesamt durch den Risikoausgleich nicht behindert worden sein. Die Wandel war sehr intensiv (zwischen 1992 und 1997 gaben 39 Prozent der Versicherer ihre selbständige Existenz auf). Davon betroffen waren insbesondere Versicherer mit überdurchschnittlich vielen schlechten Risiken.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass bisher die Kostensparanreize durch den Risikoausgleich nicht in erheblichem Mass beeinträchtigt worden sind. Anders sieht dies bei den Wettbewerbsverzerrungen aus. Der Risikoausgleich stellt ein notwendiges Element zur Korrektur der durch die unterschiedlichen Risikostrukturen entstehenden Wettbewerbsverzerrungen dar. Die unzureichende Ausgestaltung des Risikoausgleichs dürfte daher in der Vergangenheit die Wettbewerbsverzerrungen nicht vollständig korrigiert haben.

■ **Wanderungen:** In deutlichem Widerspruch zu den Erwartungen steht die Entwicklung der Wanderungsintensität. Sie nimmt seit 1991/1992 zu statt ab. Die Einführung des Risikoausgleichs hätte sie – so die theoretischen Erwartungen – eher dämpfen sollen, da der Risikoausgleich zu einer Angleichung der Kostenstrukturen und damit der Prämien hätte führen sollen. Die Ursachen für die gegenteilige Entwicklung liegen in zwei Umständen begründet, welche einen grösseren Einfluss entfaltet als der Risikoausgleich: Einerseits strapazierte das generell stark steigende Prämienniveau die Kassentreue der Versicherten immer mehr und an-

dererseits reduzierte das neue KVG ab 1996 die Wanderungshindernisse deutlich.

■ **Vollzug:** Die Vollzugsanalyse zeigte, dass die beteiligten Akteure ihre Pflichten im Grossen und Ganzen wahrnehmen und gut erfüllen. Allerdings ergab die Analyse der den Akteuren zugeordneten Rollen, dass auf der strategischen Ebene ein Spannungsverhältnis besteht: zwischen dem Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG und dem Bundesrat bzw. dem BSV.

Beurteilung der Wirkungen

Vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Datengrundlagen kommen wir zum Schluss, dass der Risikoausgleich in den ersten fünf Jahren die in ihn gesetzten politischen Erwartungen im Bereich des Eindämmens der Entsolidarisierung erfüllt hat. Dazu haben nicht zuletzt die verschiedenen Verordnungsänderungen seit der Einführung beigetragen, welche die Wirkungen des Ausgleichs erhöht und intensiviert haben. Allerdings entsprachen nicht alle Wirkungen oder Wirkungsintensitäten den Erwartungen.

Bei der Einführung des Risikoausgleichs wurde ebenfalls die Erwartung geäussert, dass der Risikoausgleich den Wettbewerb zwischen den Kassen nicht behindert und dass er die Kostensparanreize nicht massgebend reduziert. Hinsichtlich der Wettbewerbsverzerrung kann festgehalten werden, dass der Risikoausgleich aufgrund der staatlichen Rahmenbedingungen (Verbot von risikogerechten Prämien) ein notwendiges Korrekturlement darstellt, um einen fairen Wettbewerb überhaupt erst zu ermöglichen. Allerdings führte die unzureichende Ausgestaltung des Risikoausgleichs in der Vergangenheit dazu, dass Versicherer mit guten Risiken bevorteilt wurden, weil die Selektionsvorteile nicht vollständig abgeschöpft worden sind. Weiter zeigte die Analyse der Risikoselektionen, dass diese noch immer gezielt vorgenommen werden. Die Unterbindung dieser Geschäftsstrategien im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt aber aus wissenschaftlicher Sicht gerade das wichtigste Ziel des Risikoausgleichs dar.

Hinsichtlich der Nichtbeeinträchtigung der Kostensparanreize hat der Risikoausgleich, mit einer Ausnahme, die Erwartungen erfüllt. Die Ausnahme bezieht sich auf die ungerechtfertigte Benachteiligung der neuen Versicherungsformen, die aber quantitativ (noch) nicht sehr relevant ist.

Empfehlungen

Unsere Untersuchungen führen zu einer Reihe von Empfehlungen. Die wesentlichsten sind dabei:

■ **Unbefristete gesetzliche Verankerung des Risikoausgleichs:** Wir empfehlen, den Risikoausgleich unbefristet zu verankern. Wichtiges Ziel des Risikoausgleichs ist die Beseitigung der Anreize zur Risikoselektion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das Aufheben des Risikoausgleichs würde – selbst wenn die Versicherer zum Zeitpunkt der Aufhebung vergleichbare Risikokollektive hätten – erneut zu starken Risikoselektionen führen. In der Folge würden sich die Risikokollektive wieder so auseinanderentwickeln, wie dies zu Beginn der 90er Jahre der Fall gewesen ist. Weiter zeigt sich, dass sich die Bruttoreisikostrukturen (Kosten ohne Berücksichtigung der staatlichen Abgaben und Beiträge) in der Vergangenheit weit weniger angenähert haben als dies der Gesetzgeber bei der Einführung des Risikoausgleichs vermutete.

■ **Ausgleichsformel:** Wir empfehlen, die heute geltende Ausgleichsformel zu verbessern, weil sie zu Wettbewerbsverzerrungen führt und Risikoselektionen nur teilweise unterbindet. Es liegen heute bereits zahlreiche Vorschläge vor, wie der Risikoausgleich angepasst werden könnte. Allerdings ist davor zu warnen, den einen oder anderen Vorschlag vorschnell zu realisieren. Das Grundproblem liegt darin, dass ein aus wissenschaftlicher Sicht optimaler Risikoausgleich bisher – zumindest in Deutschland und der Schweiz – aufgrund mannigfacher praktischer Umsetzungsschwierigkeiten nicht realisiert worden ist (Probleme der Verfügbarkeit der Daten, der Verarbeitung der Daten und der Akzeptanz «technischer» Lösungen). Alle heute geltenden Risikoausgleichsformeln stellen daher eine mehr oder weniger gelungene Annäherung an das Optimum dar. Vor allem basieren sie auf den in der Vergangenheit effektiv realisierten Kosten. Wenn in einem solchen System weitere Faktoren in die Risikoausgleichsformel integriert werden, stellt dies neben der Verstärkung des Risikoausgleichs auch einen Schritt in Richtung eines vollständigen Finanzausgleichs dar. Je stärker der Finanzausgleich, desto kleiner sind aber die Kostensparanreize für die Versicherer. Die derzeit vorliegenden Reformvorschläge sollten daher in einem weiteren Schritt sorgfältig auf ihre Auswirkungen auf das Umverteilungsvolumen und auf die einzelnen Versicherer geprüft werden.

■ **Risikoselektion:** Durch eine Veränderung der Risikoausgleichsformel können die noch vorhandenen Anreize zur Risikoselektion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weiter reduziert, aber nicht vollständig beseitigt werden.

Die Schwierigkeit liegt erstens darin, dass nach wie vor Selektionen über die Zusatzversicherungen vorgenommen werden können. Sie funktionieren deshalb, weil die meisten Versicherten, welche eine Zusatzversicherung haben, Grund- und Zusatzversicherung aus praktischen Gründen bei derselben Versicherung abschliessen wollen. Die Kassen erhalten somit gleichzeitig weitgehende Informationen über die Versicherten (bspw. mittels Gesundheitsfragebogen). Wir empfehlen daher Massnahmen zu prüfen, um die Versicherten zu informieren, dass es keine rechtliche Notwendigkeit gibt, die beiden Versicherungen beim selben Versicherer abzuschliessen. Zudem sind Massnahmen ins Auge zu fassen, welche die praktischen Schwierigkeiten reduzieren, wenn die Versicherungen tatsächlich bei zwei Kassen abgeschlossen werden. Schliesslich sind auch Massnahmen zu prüfen, die verhindern, dass wanderungswillige schlechte Risiken durch administrative Hindernisse an ihrer Wanderung gehindert werden. Die genannten Massnahmen verhindern allerdings die Selektionsmöglichkeiten über den Zusatzversicherungsbereich nicht. Es drängt sich daher auch auf, über die grundsätzliche Regelung des Grund- und Zusatzversicherungsbereiches im Krankenversicherungsrecht nachzudenken.

Der zweite Grund, warum die Anreize zur Risikoselektion nicht ganz unterbunden werden können, liegt darin, dass die Versicherer immer mehr Informationen haben als aus praktischen Gründen in eine Risikoausgleichsformel integriert werden kann.

■ **Prämiengenehmigung:** Die Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellen neben dem Zusatzversicherungsangebot und dem Image einer Versicherung die wichtigsten Informationen für die Wanderungen von einer Versicherung zur andern dar. Die korrekte Prämienberechnung ist in den letzten Jahren komplexer geworden, weil sich viele Faktoren rasch verändert haben. Oft wurde in der Vergangenheit gerade der Risikoausgleich in der Prämienberechnung unzureichend berücksichtigt. Es ist daher wichtig, dass die Prämienberechnung durch das BSV diesen Umständen Rechnung trägt. Ein entsprechender Expertenbericht zur Prämienberechnung liegt vor, und das BSV hat bereits Schritte zur Umsetzung der in diesem Bericht vorgeschlagenen Massnahmen vorgenommen. Dieser Weg ist unseres Erachtens konsequent weiter zu beschreiten.

Teil A: Einführung und Entwicklung des Risikoausgleich 1993 - 1998

1. Einführung

1.1. Ausgangslage und Fragestellungen

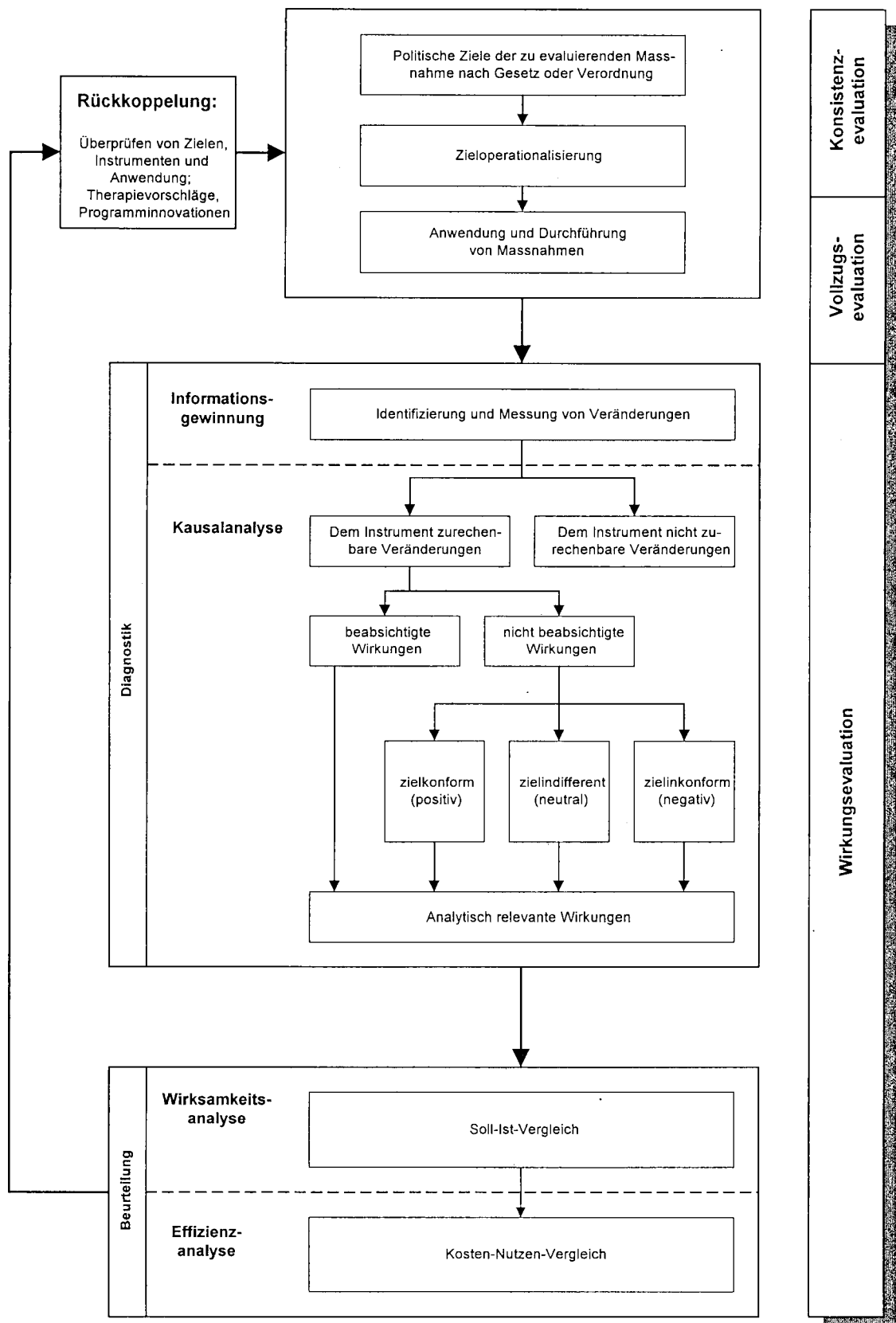
Der den Risikoausgleich einführende dringliche Bundesbeschluss vom Dezember 1991 verstand sich als «befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung». Unter Entsolidarisierung wurde insbesondere die Entwicklung verstanden, dass Kassen mit einer finanziell günstigen Versicherungsstruktur günstige Prämien anbieten konnten und damit weiter Zuwanderungen von günstigen Versicherten auslösten. Auf der anderen Seite verblieben Versicherer mit relativ ungünstigen Strukturen und damit höheren Prämien. Personen mit gleichem Alter, gleichem Geschlecht und gleichem Gesundheitszustand mussten somit je nach Kassenzugehörigkeit sehr unterschiedliche Prämien bezahlen. Die Einführung des Risikoausgleichs war daher mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Kassen mit günstigen Strukturen verteuern und derjenigen mit ungünstigen Risiken verbilligen.

1996 wurde der Risikoausgleich bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ins ordentliche Recht überführt. Gleichzeitig beschränkte man aber die Gültigkeitsdauer auf 10 Jahre bis Ende 2005. Die durch den Risikoausgleich ausgelöste Annäherung der Prämienunterschiede sollte die Wanderungen der Versicherten derart beeinflussen, dass sich – so die Absicht des Gesetzgebers– mittel- bis langfristig die Risikostrukturen der einzelnen Versicherer annähern (oder zumindest nicht mehr weiter differenzieren). Die Versichertenkollektive sollten also bei allen Versicherern letztlich besser durchmischt werden. Würde dies geschehen, dann könnte man zu einem späteren Zeitpunkt den Risikoausgleich auch wieder aufheben, so die Meinung bei der Einführung.

Artikel 8 der Verordnung zum Risikoausgleich (VORA) verlangt eine wissenschaftliche Evaluation der Erfahrungen mit dem Risikoausgleich. Eine solche schrieb das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) am 16. Juli 1997 aus und vergab nach einem Wettbewerbsverfahren das Projekt im November 1997 an das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS). Insbesondere folgende Fragestellungen wurden vom BSV explizit vorgegeben:

- **Entwicklung des Risikoausgleichs:** Wie hat sich das zwischen den Versicherern transferierte Finanzvolumen entwickelt? Welche Versicherer zahlen Abgaben, welche erhalten Beiträge?
- **Vollzug des Risikoausgleichs:** Wie nehmen die verschiedenen Akteure ihre in Gesetz und Verordnung verankerten Aufgaben wahr?
- **Risikostrukturen, Risikoselektion:** Konnte die vor der Einführung beobachtete Risikoentmischung gestoppt bzw. sogar (in Teilen oder vollständig) rückgängig gemacht werden? Gibt es Hinweise darauf, dass von den Krankenversicherern heute noch immer Risikoselektionen vorgenommen werden? Nach welchen Indikatoren richten sie sich?
- **Prämien:** Haben sich die Prämienunterschiede, welche auf die unterschiedlichen Risikostrukturen zurückzuführen sind, aufgrund des Risikoausgleichs nivelliert? In welchem Umfang ist dies allenfalls erfolgt?
- **Wanderungen:** Lassen sich Zusammenhänge zwischen Zu- und Abwanderungen von Versicherten vor Einführung des Risikoausgleichs und der Höhe der Prämienunterschiede feststellen? Gibt es Hinweise darauf, dass die altersabhängigen Wanderungen zwischen den Kassen mit der Einführung des Risikoausgleichs abgenommen haben?
- **Existenzsicherung:** Hat der Risikoausgleich dazu geführt, dass Versicherer, welche vor Einführung des Risikoausgleichs in ihrer Existenz gefährdet waren, nun langfristig überlebensfähig sind?

Abbildung 1: Ablaufschema für Evaluationen politischer Massnahmen



Quelle: Mertens et al. (1988); Ergänzungen gestützt auf Balthasar (1995), Blaschke et al. (1992) und Rossi et al. (1988)

1. Einführung

Die Fragestellungen machen deutlich: Im Zentrum des Projektes stand eine auf die Vergangenheit bezogene Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs. Es wurde daher beispielsweise nicht untersucht, welche Auswirkungen alternative Ausgestaltungen des Risikoausgleichs in der Vergangenheit gehabt hätten bzw. in der Zukunft haben könnten. **Abbildung 1** zeigt ein allgemeines Ablaufschema für die Evaluation politischer Massnahmen. Anhand des Schemas können die Fragestellungen, welche nicht behandelt worden sind, systematisch dargelegt werden:

■ Die **Konsistenzevaluation**: In der Konsistenzanalyse wird der Frage nachgegangen, ob sich mit der analysierten Massnahme die angestrebten Ziele überhaupt verwirklichen lassen: (a) Braucht es den Risikoausgleich grundsätzlich? (b) Braucht es den Risikoausgleich in der heutigen Form?

■ Die **Effizienzanalyse**: Die Effizienzanalyse setzt das Ergebnis von Massnahmen oder Eingriffen («Nutzen») zu den Ressourcenaufwendungen («Kosten») ins Verhältnis: (a) Welche Kosten entstehen durch den Risikoausgleich (Durchführungskosten, allfällige Strukturhaltungskosten etc.)? (b) Könnten dieselben Wirkungen des Risikoausgleichs mit weniger Ressourcenaufwand erreicht werden? (c) Hätte eine alternative Massnahme (bspw. die Option «kein Risikoausgleich») ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis?

Leitend für die Einschränkung auf eine Wirkungsevaluation waren für das BSV pragmatische Überlegungen. Sollte die vorgenommene Untersuchung einen Handlungsbedarf aufzeigen, so sollten in einem Nachfolgeprojekt die offenen Fragen (bspw. nach der optimalen Ausgestaltung des Risikoausgleichs) geklärt werden. Um diesbezüglich bereits über methodische Vorarbeiten zu verfügen, wurden dem Büro BASS gleichzeitig der Auftrag erteilt, ein weiterführendes Forschungskonzept zu erarbeiten. Das Konzept wurde nicht in den Schlussbericht integriert.

1.2. Die Funktionsweise des Risikoausgleichs

Die Risikoausgleichsverordnung wurde seit der Einführung am 1. Oktober 1992 bereits vier Mal revidiert. Dabei berührten die beiden ersten Revisionen, welche am 14. Juni 1993 bzw. am 1. Januar 1996 in Kraft traten, grundsätzliche Elemente der Ausgestaltung. Die beiden anderen Revisionen (in Kraft auf den 1.1.1998 und den 1.1.1999) veränderten primär die administrative Abwicklung des Ausgleichs. In den folgenden Kapiteln des Schlussberichtes werden die einzelnen Revisionen und ihre Inhalte ausführlich beschrieben und analysiert werden. In diesem einführenden Abschnitt stellen wir die Funktionsweise des Risikoausgleichs nur kurz und abstrahiert von den administrativen Details der Durchführung dar. Zuerst gehen wir auf das seit der Einführung des KVG geltende System ein. Anschliessend werden kurz die wesentlichsten Unterschiede zur Ausgestaltung vor 1996 erläutert.

Funktionsweise des seit 1996 geltenden Risikoausgleichs

Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Es resultieren somit 15 Risikogruppen. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert, so dass letztlich 30 Risikogruppen in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

Für jeden Versicherten/jede Versicherte in einer Risikogruppe wird berechnet, ob der Versicherer für ihn/sie einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält oder eine Abgabe zahlen muss. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Zuerst werden über alle Versicherten aller Kassen die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet. Anschliessend werden die Durchschnittskosten pro Kopf in jeder Risikogruppe ermittelt. Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Kassen in dieser Risikogruppe. Die Differenz zwischen dem Durch-

schnittswert der Risikogruppe und dem Durchschnittswert über alle Versicherten ergibt die zu bezahlenden Abgabe (bei einem negativen Vorzeichen) bzw. den erhaltenen Beitrag (bei einem positiven Vorzeichen) pro Versicherten. Sind die Abgaben und Beiträge pro Kopf für jede Risikogruppe festgelegt, kann für jede Versicherung bestimmt werden, ob sie per Saldo in den Risikoausgleich einzahlt oder ob sie etwas bekommt.

Abbildung 2 illustriert die Verhältnisse für den definitiven Risikoausgleich 1997 im Kanton Bern. Ein Kanton wurde als Illustrationsbeispiel gewählt, weil der Risikoausgleich in allen Kantonen separat berechnet wird. In **Abbildung 2a** werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von zwei Risikogruppen («66 bis 70» und «71 bis 75») lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die Durchschnittskosten über alle Versicherten und alle Kassen beliefen sich auf 154 Franken pro Monat oder auf 1845 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 55 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Kassen somit Abgaben zu bezahlen. In der Gruppe «56 bis 60» findet die Wende statt: Die Durchschnittskosten der Frauen liegen bereits über dem allgemeinen Durchschnitt, diejenigen der Männer noch knapp darunter.

Abbildung 2b zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten die Versicherer 1997 im Kanton Bern für die 18 bis 25jährigen Männer zu bezahlen (115 Franken). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90jährigen Frauen (789 Franken). In **Abbildung 3** wurden die Beiträge bzw. Abgaben in den einzelnen Risikogruppen mit der Anzahl der Versicherten multipliziert. Das grösste Abgabenvolumen leisteten die 18 bis 25jährigen Männer, das grösste Beitragsvolumen wurde an die 81 bis 85jährigen Frauen ausbezahlt.

Der netto zu bezahlende oder erhaltene Betrag eines Versicherers entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat er Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Der Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass der Saldo über alle Versicherten Null ergibt (vgl. für einen Beweis **Anhang A**). Das heisst, dass alle Versicherer, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Versicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zu Gute haben («Nullsummenspiel»).

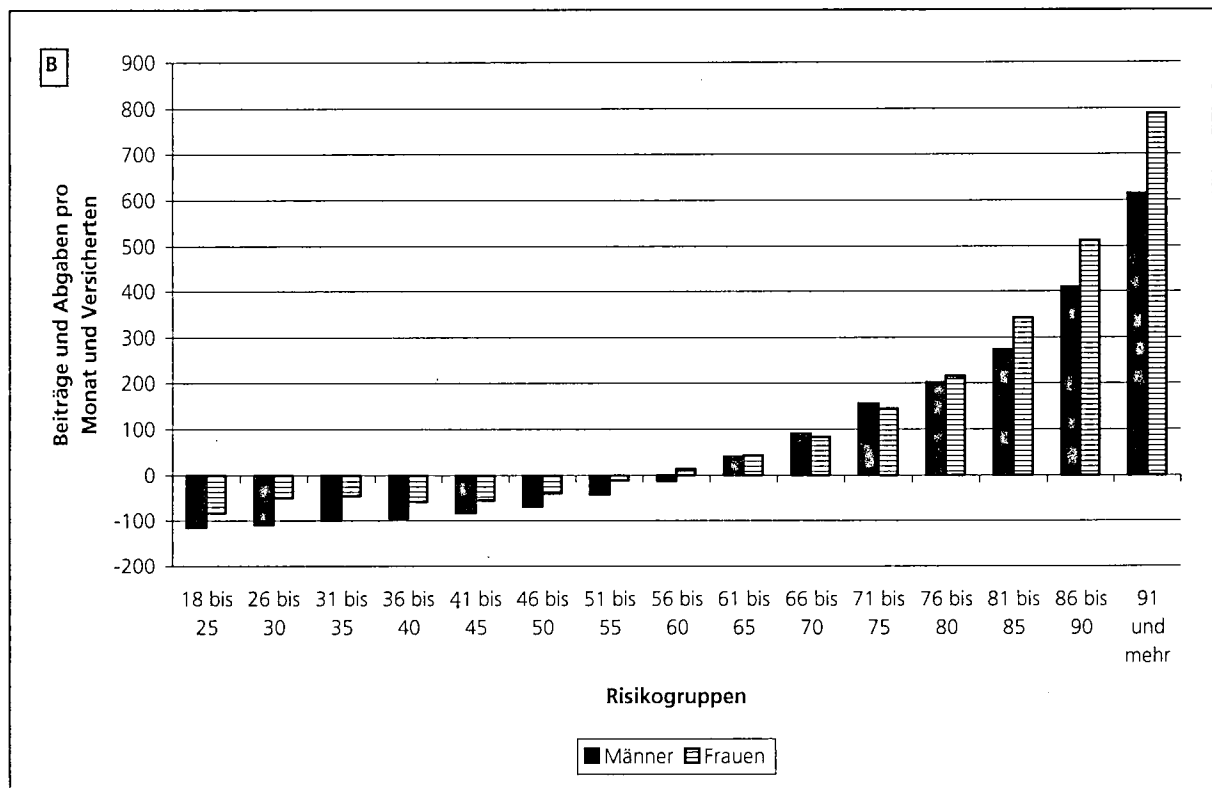
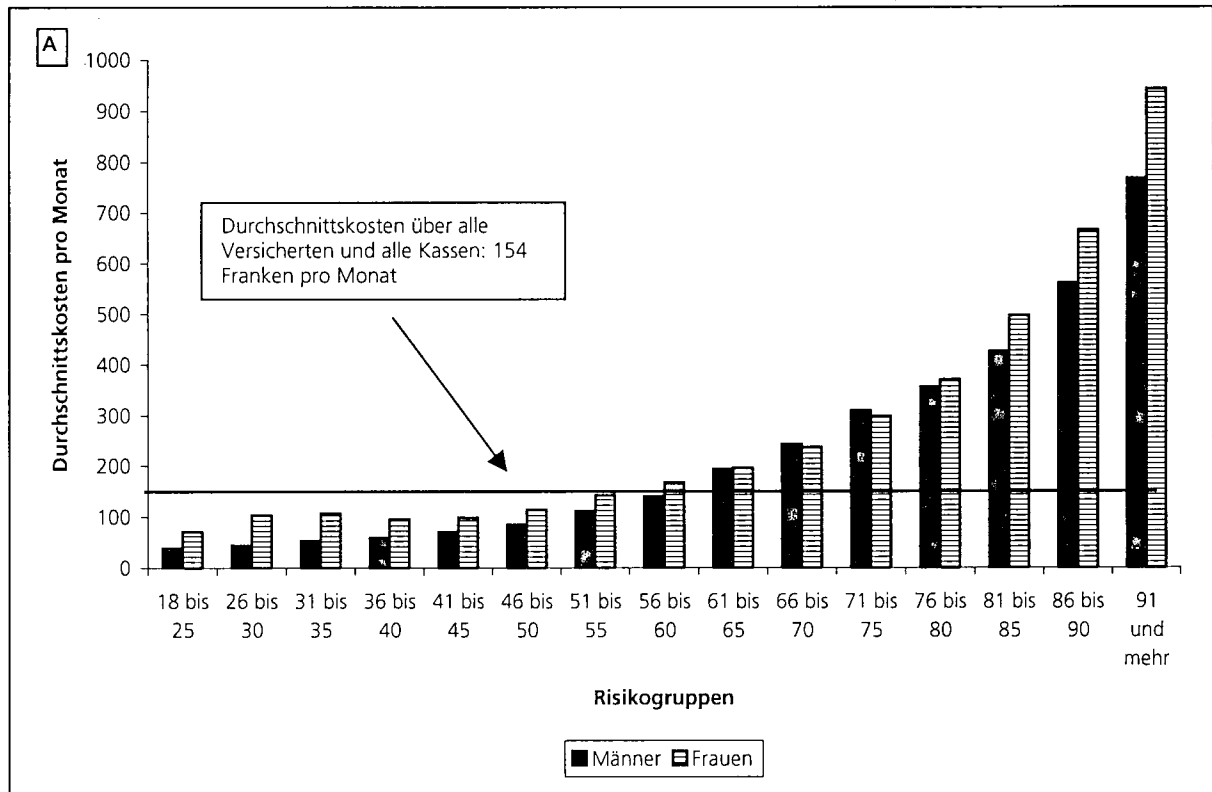
Der Risikoausgleich vor 1996

Zwischen 1993 und 1995 galten zwei verschiedene Risikoausgleichssysteme: Das eine hatte für 1993 Gültigkeit, das andere für 1994 und 1995. Sie unterscheiden sich durch die Definition der Risikogruppen. 1993 gab es lediglich drei Risikogruppen, 1994/95 deren neun.¹ Um die Unterschiede zum Regime nach 1996 aufzuzeigen, beschränken wir uns nachfolgend auf die Darstellung des Systems, welches 1994/95 Geltung hatte.

¹ Die erste Verordnung sah vor, dass drei Risikogruppen von Erwachsenen potentiell Beiträge erhalten können und vier Erwachsenengruppen zur Finanzierung beigezogen werden. Weiter wurden die Kinder unter 15 Jahren in die Finanzierung integriert. Man könnte also von drei, vier oder fünf Gruppen ausgehen. Unser Kriterium: Wenn eine Gruppe Beiträge bekommen oder Abgaben bezahlen kann, dann ist sie eine Risikogruppe.

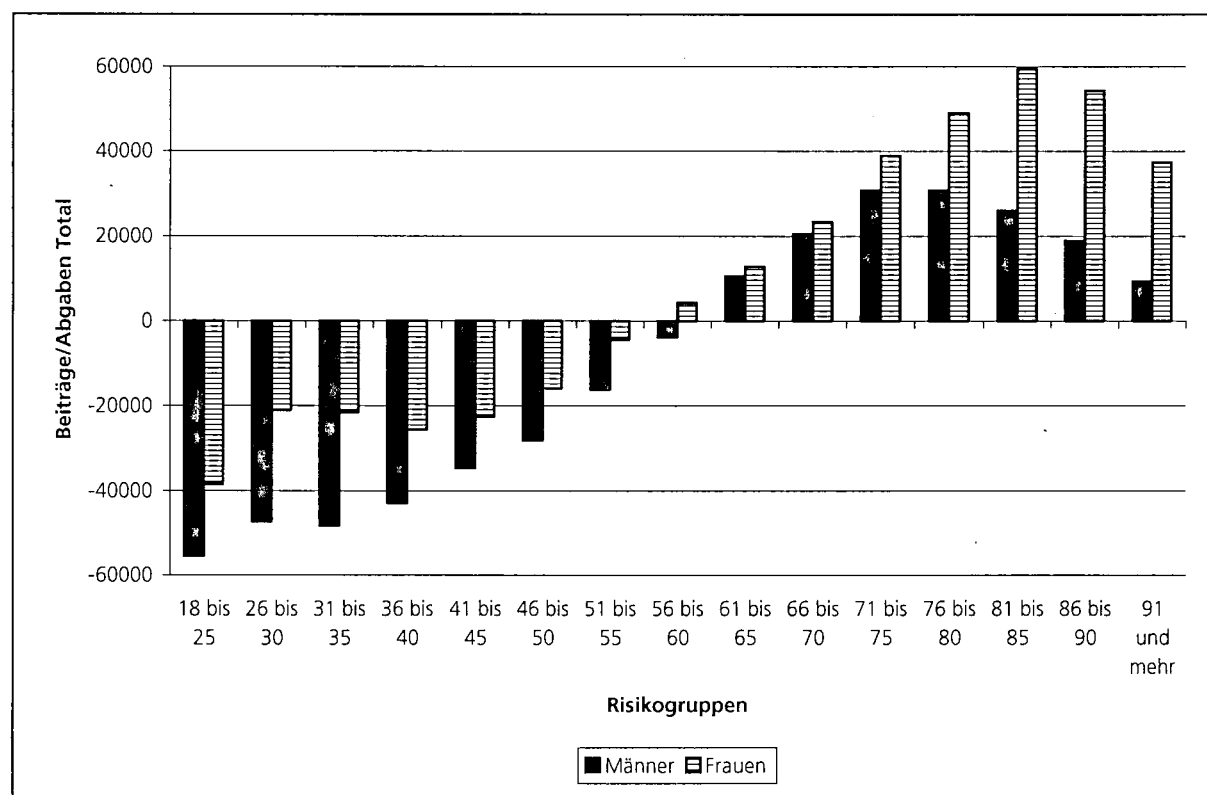
1. Einführung

Abbildung 2: Funktionsweise des heute geltenden Risikoausgleichs – Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen, Kanton Bern 1997



Quelle: VORA

Abbildung 3: Funktionsweise des heute geltenden Risikoausgleichs – Beitrags- und Abgabevolumen nach Risikogruppen, Kanton Bern 1997



Quelle: VORA

Tabelle 1: Risikogruppen und Referenzgruppen im Risikoausgleich vor 1994/1995

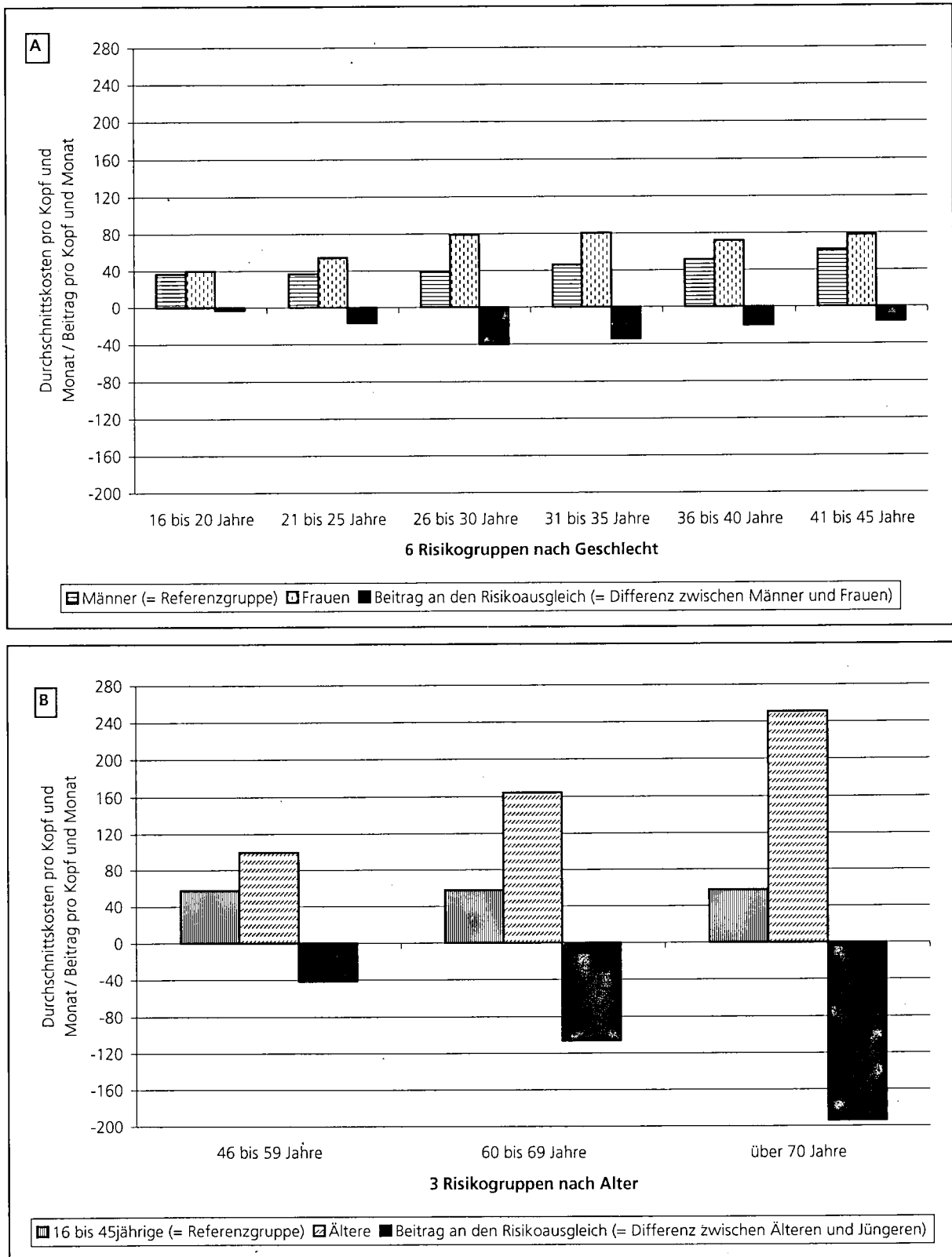
Risikogruppe	Referenzgruppe
1 16 bis 20jährige Frauen	16 bis 20jährige Männer
2 21 bis 25jährige Frauen	21 bis 25jährige Männer
3 26 bis 30jährige Frauen	26 bis 30jährige Männer
4 31 bis 35jährige Frauen	31 bis 35jährige Männer
5 36 bis 40jährige Frauen	36 bis 40jährige Männer
6 41 bis 45jährige Frauen	41 bis 45jährige Männer
7 46 bis 59jährige Männer und Frauen	16 bis 45jährige Männer und Frauen
8 60 bis 69jährige Männer und Frauen	16 bis 45jährige Männer und Frauen
9 Über 70jährige Männer und Frauen	16 bis 45jährige Männer und Frauen

Quelle: VO IX

Wie bereits erwähnt liegt der eine Hauptunterschied in der Anzahl der Risikogruppen (9 vs. 30). Der andere wesentliche Unterschied lag im Berechnungssystem. Generell wird für jede Risikogruppe eine Referenzgruppe bestimmt. Seit 1996 ist dies für alle Risikogruppen einheitlich die Gruppe aller Versicherten aller Kassen, da die Durchschnittskosten pro Kopf pro Risikogruppe mit den Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherten und Kassen verglichen werden. Vor 1996 wurden verschiedene Referenzgruppen verwendet (vgl. **Tabelle 1**). Für die weiblichen Versicherten zwischen 16 und 45 Jahren waren ihre männlichen Alterskollegen die Referenzgruppen. Die Versicherer hatten pro Frau in einer Risikogruppe einen Beitrag zu Gute, welcher sich aus der Differenz zwischen den Durchschnittskosten pro Frau über alle Kassen und denjenigen pro Mann über alle Kassen errechnete. Nach Geschlecht wurden sechs Risikogruppen unterschieden.

1. Einführung

Abbildung 4: Funktionsweise des 1994 und 1995 geltenden Risikoausgleichs – Beiträge pro Kopf nach Risikogruppen, Kanton Bern 1995



Quelle: Vo IX

Die drei restlichen Gruppen sollten den Risikoausgleich für das Alter bilden, da die Referenzgruppe einheitlich die 16 bis 45jährigen Versicherten (Frauen und Männer über alle Kassen) darstellten. In diesen Risikogruppen wurde den Versicherern pro Person ein Beitrag gut geschrieben, welcher sich aus der Differenz der Durchschnittskosten pro Kopf über alle Kassen in der Risikogruppe zu denjenigen der 16 bis 45jährigen Versicherten über alle Kassen ergab. **Abbildung 4** illustriert die Verhältnisse für den Kanton Bern und den definitiven Risikoausgleich 1995. **Abbildung 4a** zeigt die Beitragsansprüche der Versicherer für Frauen zwischen 16 und 45 Jahren. Bei den 31 bis 35jährigen betragen beispielsweise die Durchschnittskosten pro Kopf über alle Kassen für die Männer 46,2 Franken, für die Frauen 80,4 Franken pro Monat. Jeder Versicherer konnte sich somit für eine Frau in dieser Altersklasse den Beitrag von 34,2 Franken gutschreiben lassen. **Abbildung 4b** zeigt den analogen Vergleich für den Risikoausgleich nach den Altersgruppen.

Durch das bisher beschriebene Vorgehen wurden vorerst nur die Beitragsansprüche für die Frauen und die Älteren berechnet. Die Summe der Ansprüche über alle Kassen ergab das zu finanzierende Volumen. Dieses wurde durch die Anzahl der Versicherten im Kanton definiert, wodurch sich die einheitliche Abgabe pro Kopf ergab.² Für jeden Versicherer konnte nun eine Saldorechnung mit Beiträgen und Abgaben gemacht werden. Im zweiten Schritt wurde die Finanzierung festgelegt. 1995 betrug sie im Kanton Bern 51,7 Franken für Erwachsene. Netto mussten daher beispielsweise auch die 31 bis 35jährigen Frauen pro Kopf mit 17,5 Franken (51,7 Franken – 34,2 Franken) zum Risikoausgleich beitragen. Wie im Risikoausgleich nach 1996 entsprach das insgesamt aufgebrauchte Abgabenvolumen exakt dem Beitragsvolumen («Nullsummenspiel»).

Wie die Analysen in den folgenden Kapiteln zeigen wird, hatte die unterschiedliche Ausgestaltung des Risikoausgleichs vor und nach 1996 wesentliche Auswirkungen auf das transferierte Volumen (vgl. Kapitel 2) und auf die Anreize zur Risikoselektion (vgl. Kapitel 4).

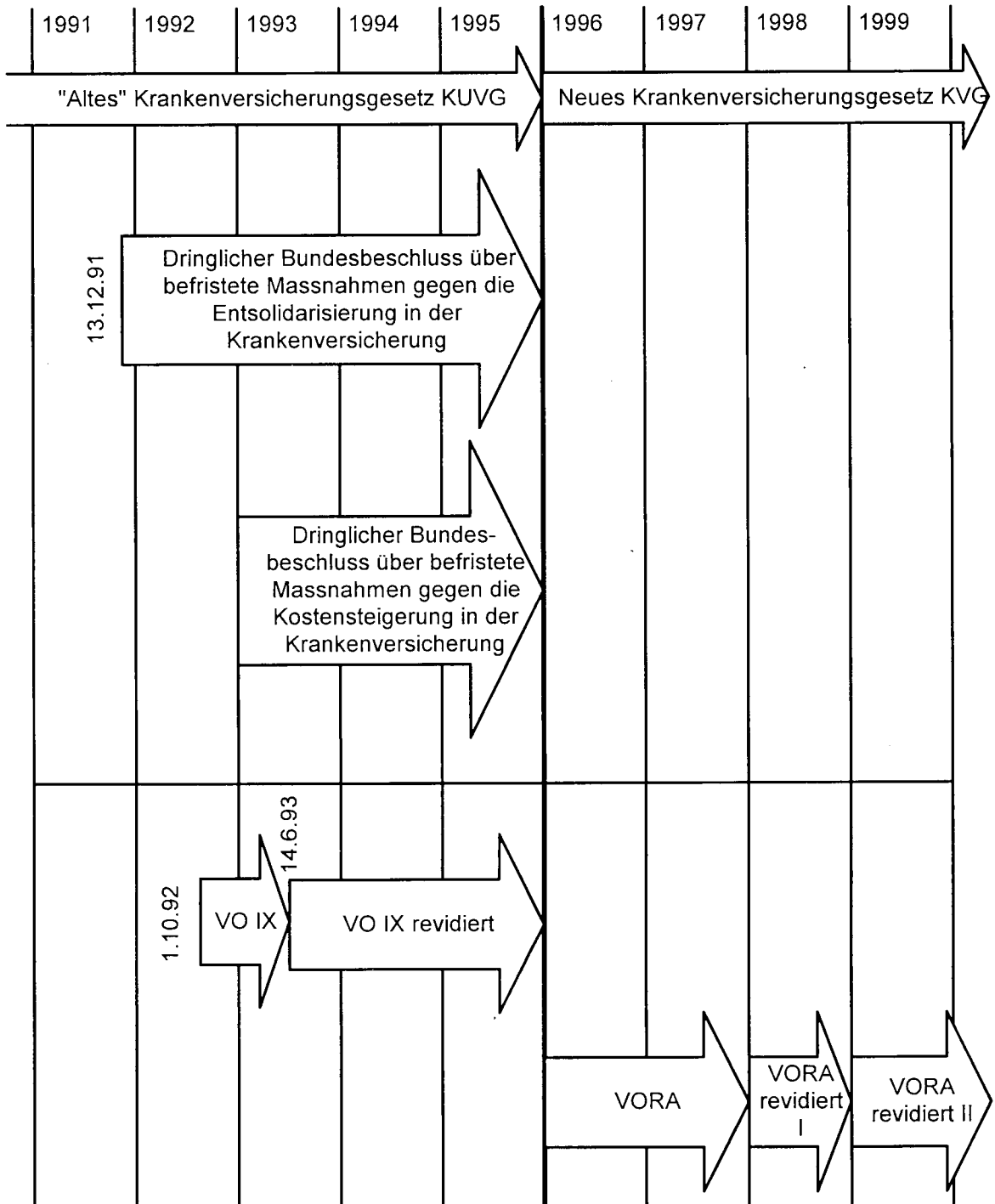
1.3. Entwicklung der rechtlichen Bezugspunkte

Eine erschwerende Rahmenbedingung für die ex-post Wirkungsevaluation des Risikoausgleichs ist der Umstand, dass am fahrenden Zug mehrfach die Räder gewechselt wurden: Die Verordnung wurde bereits viermal revidiert. Die vierte Revision trat auf den 1.1.1999 in Kraft und die fünfte ist auf den 1.1.2000 bereits geplant. Allerdings waren diese Modifikationen nicht die einzigen wichtigen rechtlichen Veränderungen, welche die Krankenversicherer betrafen. In diesem Abschnitt werden daher übersichtsartig die Entwicklungen der wichtigsten rechtlichen Bezugspunkte für die Evaluation des Risikoausgleichs dargestellt (vgl. **Abbildung 5**). Detailliertere Beschreibungen finden sich in den entsprechenden Kapiteln.

Der dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung (verabschiedet und in Kraft am 13.12.1991, aufgehoben am 31.12.1995) führte mehrere Massnahmen neu ein. So wurde in Artikel 1 gefordert, dass auf den 1.1.1993 ein Risikoausgleich einzurichten sei. Weiter wurden ein temporäres Anerkennungsverbot für Krankenkassen erlassen, die Zunahme der Verwaltungskosten limitiert, die Prämienverbilligungen erhöht und die statistischen Grundlagen für die Beschreibung der Krankenversicherung verbessert. Mit der Einführung des KVG wurde der dringliche Bundesbeschluss aufgehoben.

² Die Kinder hatten 1993 nur 50 Prozent der Abgabe der Erwachsenen zu bezahlen. 1994 und 1995 wurde dieser Satz auf 30 Prozent reduziert.

Abbildung 5: Entwicklung der rechtlichen Bezugspunkte - Übersicht



VO IX: Verordnung über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen

VORA: Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung

Mit einem weiteren dringlichen Bundesbeschluss - «über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung» (verabschiedet am 9.10.1992, in Kraft am 1.1.1993, aufgehoben am 31.12.1995) - erliess der Gesetzgeber weitere Massnahmen, welche die Krankenversicherung unmittelbar beeinflussten. Die wichtigsten Bestimmungen waren:

- Einfrieren der Tarife und Preise im ambulanten Bereich.
- Beschränkung der Zunahme der Tarife und Preise im stationären Bereich auf das Ausmass der allgemeinen Teuerung.
- Einführung einer Kostenbeteiligung im Spital für die Patientinnen und Patienten.
- Prämienungleichheit für Frauen und Männer.
- Festlegung einer Höchstprämie. Sie berechnete sich als Durchschnitt der Prämien des Vorjahres plus einem Zuschlag für die allgemeine Teuerung. Nur Versicherer, welche unter dem Durchschnitt lagen, konnten die Prämien noch erhöhen.
- Festlegung der Leistungen in der Grundversicherung und der Bereiche, in welchen die Leistungen ausgedehnt werden durften.
- Einführung einer Planungspflicht für die Kantone.

Der zweite dringliche Bundesbeschluss spielt in verschiedenen Bereichen, in denen die Wirkungen des Risikoausgleichs gemessen werden sollen eine wichtige Rolle. Zu nennen ist vor allem der Prämienbereich. Vom Risikoausgleich erwartete man sich eine Annäherung der Prämienunterschiede. Gleichzeitig verankerte der Bundesbeschluss aber für die Zeitspanne zwischen 1993 und 1995 einen Prämienstopp. In der Analyse wird diesen Wechselbeziehungen grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen. Ebenfalls von Bedeutung sind die Massnahmen zur Kostenkontrolle. Sie führten einseitig eine Plafonierung der Tarife, nicht aber der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein. Dies führte bei vielen Versicherern in der Folge zu einem starken Abbau der Reserven, weil die Kosten weiter stiegen, die Prämien aber nicht erhöht werden konnten. Im Bereich der Wirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherung der Kassen ist dieser Aspekt stark zu berücksichtigen.

Der Risikoausgleich selbst wurde mit der Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen auf den 1.1.1993 eingeführt. Schon bald wurden verschiedene Mängel in der Konzeption und in der Durchführung offensichtlich. Bereits am 14.6.1994 trat daher eine revidierte Verordnung in Kraft, welche erstmals für den Risikoausgleich 1994 Gültigkeit erlangt. Zwei wesentliche Veränderungen wurden vorgenommen: Einerseits wurde die Zahl der Risikogruppen von drei auf neun erhöht, andererseits wurde ein zweistufiges Abrechnungssystem mit provisorischem und definitivem Risikoausgleich eingeführt.

1996 wurde das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) eingeführt. Es brachte nicht nur eine neue Risikoausgleichsverordnung, sondern auch die volle Freizügigkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Unter dem alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) existierten mehrere Mobilitätsbarrieren. So konnten die Versicherer beispielsweise ein statutarisches Höchstalter für den Kasseneintritt fixieren, die Eintrittsprämie nach Alter abstufen oder Versicherungsvorbehalte anbringen.

Zeitgleich mit dem KVG trat auf den 1.1.1996 die Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) in Kraft. Die Zahl der Risikogruppen wurde noch einmal stark erhöht (von 9 auf 30), und ein neues Berechnungssystem trat in Kraft (vgl. dazu die Beschreibung der Funktionsweise im vorangegangenen Abschnitt). In der Folge wuchs das umverteilte Geldvolumen stark an.

Im Prämien genehmigungsverfahren stellte das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) immer wieder fest, dass die Krankenversicherer den Risikoausgleich in ihren Budgetberechnungen nicht korrekt berücksichtig-

ten. Daher wurde Artikel 6 Absatz 4 der VORA, welcher vorschreibt, wie der Risikoausgleich bei der Budgetierung einfließen soll, auf den 1.1.1998 präzisiert.

Auf den 1.1.1999 traten weitere Änderungen der VORA in Kraft. Sie betreffen ausschliesslich die administrative Abwicklung des Risikoausgleichs. So wird beispielsweise das zweistufige Abrechnungssystem gestrafft, damit die Berechnung des provisorischen Ausgleichs auf aktuelleren Daten basieren kann. In der Folge verkleinert sich die Differenz zwischen provisorischem und definitivem Ausgleich.

Im Rahmen der ersten Teilrevision des KVG sind Veränderungen vorgesehen, die auch den Risikoausgleich betreffen werden. Insbesondere wird es darum gehen, die gesetzliche Grundlage für die Schaffung eines Verzugszinseszinses einzuführen.

1.4. Datengrundlagen für die Wirkungsanalyse

In den folgenden Kapiteln werden die inhaltlichen Analysen immer wieder durch eine (kritische) Beschreibung der Datengrundlagen eingeführt werden.³ An dieser Stelle werden sie daher nicht detailliert beschrieben. Vielmehr soll kurz die Grundsituation geschildert werden.

Im wesentlichen stehen zwei Datenquellen für die Analyse der Wirkungen des Risikoausgleichs zur Verfügung. Einerseits sind dies die Daten der Statistik der Krankenversicherung, welche das BSV jährlich erhebt und publiziert. Die Versicherer haben dabei insbesondere folgende Angaben zu machen:

- Angaben zur Bilanz und zur Betriebsrechnung (seit 1996 viel differenzierter als in den Vorjahren),
- Statistische Angaben über die Zahl, das Alter, das Geschlecht und die Versicherungsform der Versicherten, allerdings nicht individuell, sondern gruppiert.

Andererseits stehen die Angaben der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG, welche den Risikoausgleich durchführt, zur Verfügung. Für jeden Versicherer und Kanton sind seit 1991 verfügbar:

- die Anzahl der Versicherten nach den Risikogruppen,
- die Kosten und Kostenbeteiligungen nach Risikogruppen.

Ergänzt werden die zwei wichtigsten Datenquellen punktuell durch andere Angaben. Im Prämienbereich sind dies beispielsweise die Prämienkarten, welche die Tarife für die Eintrittsgeneration für alle Kantone pro Versicherer angeben (vgl. für eine Beispiel **Anhang D**).

Je nach Bereich, der zu analysieren ist, sind die Datengrundlagen von sehr unterschiedlicher Qualität. Methodisch wichtig ist der Hinweis, dass keine individuellen Angaben von Versicherten zur Verfügung standen. Dadurch konnten verschiedenen Berechnungen über die Wirksamkeit des schweizerischen Risikoausgleichs im Vergleich zu einer optimalen Ausgestaltung nicht vorgenommen werden.

Das Projekt wurde im November 1997 vom BSV an das Büro BASS vergeben. Stand der Daten ist daher grundsätzlich der Januar 1998. Dies hatte für den Risikoausgleich folgende Konsequenz: Im Januar 1998 lag erst der definitive Risikoausgleich 1996 vor. Somit konnte der Risikoausgleich nur während vier Jahren beobachtet werden. Nur ein Jahr fiel unter den Einfluss des neuen Gesetzes. Im Zuge der Arbeiten stellte es sich jedoch heraus, dass diese Datensituation in verschiedenen Teilen des Projektes unbefriedigend ist. Aufgrund des Zwischenberichtes entschied daher die Studienbegleitgruppe des BSV Ende Oktober 1998, dass die inzwischen vorliegenden Daten des definitiven Risikoausgleichs 1997 einzuarbeiten sind. Dies erfolgte allerdings nicht generell, sondern vor allem in den Kapiteln 2 (Entwicklung des Risikoausgleichs),

³ In einem separaten Zwischenbericht zuhanden des BSV wurden die Datengrundlagen ausführlich beschrieben.

4 (Risikostrukturen), 5 (Prämien) und 7 (Existenzsicherung). In den anderen Kapiteln verblieb der Datenstand wie er im Januar 1998 vorlag.

1.5. Aufbau der Arbeit

Der Bericht gliedert sich in vier Teile. **Teil A** dient der Einführung in das Thema (Kapitel 1) und der Beschreibung der Entwicklung des Risikoausgleichs zwischen 1993 und 1998 (Kapitel 2). **Teil B** stellt die Ergebnisse der Vollzugsevaluation dar und schliesst mit Empfehlungen ab (Kapitel 3).

Teil C dient der Präsentation der Ergebnisse der Wirkungsanalyse. Die Darstellung ist in vier Kapitel aufgeteilt. Zuerst werden die Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Risikostrukturen der Krankenversicherer dargelegt (Kapitel 4). Anschliessend werden die Resultate im Bereich der Prämienangleichung vorgestellt (Kapitel 5). Kapitel 6 nimmt sich den Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen der Versicherten zwischen den Krankenversicherern an. Das vierte Kapitel der Wirkungsanalyse wird schliesslich die Frage beantwortet, ob der Risikoausgleich zur langfristigen Existenzsicherung der Versicherer beigetragen hat (Kapitel 7). Abgeschlossen wird Teil C durch ein Kapitel, welches die Wirkungsanalyse zusammenfasst und Empfehlungen formuliert (Kapitel 8).

Der letzte **Teil D** der vorliegenden Arbeit stellt die in der Literatur, in Zeitungen und Zeitschriften geäusserten Reformvorschläge zusammen (Kapitel 9). Wie bereits erwähnt wurde, ging es in dieser Untersuchung nicht darum, Reformvorschläge zu entwickeln und zu bewerten. Daher werden die vorgebrachten Ansätze in Teil D auch nur im Lichte der erarbeiteten Ergebnisse der Wirkungsanalyse eingeschätzt, aber nicht grundsätzlich evaluiert.

2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

In Kapitel 2 wird die Entwicklung des Risikoausgleichs seit der Einführung 1993 dargestellt. Für die Jahre 1993 bis 1997 liegen die Angaben für den definitiven Risikoausgleich vor, für die Jahre 1994 bis 1998 auch jene für den provisorischen Ausgleich. Der definitive Ausgleich für 1998 wird erst im Laufe des Sommers 1999 berechnet werden können und konnte somit in die nachfolgende Analyse nicht einfließen. In Abschnitt 2.1. wird die Entwicklung des Risikoausgleichsvolumens aufgezeigt. Anschliessend gehen wir auf die Frage ein, wie viele Versicherer Nettozahler bzw. Nettoempfänger sind und wie sie zu charakterisieren sind (Abschnitt 2.2). In Abschnitt 2.3 wird die relative Bedeutung der Risikoausgleichsbeiträge bzw. –abgaben für die einzelnen Versicherer dargelegt. Der Risikoausgleich verteilt Geld nicht nur zwischen den Versicherern, sondern auch zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen um. Abschnitt 2.4 vergleicht die anhand der definitiven Risikoausgleiche 1993 bis 1997 effektiv vorgenommenen Umverteilungen. In Abschnitt 2.5 wird auf ein Sonderproblem eingegangen: Wie relevant ist das Auseinanderfallen der Berechnungen zwischen dem provisorischen und definitiven Risikoausgleich?

2.1. Die Entwicklung des Risikoausgleichsvolumens 1993 bis 1998

Bevor wir die Entwicklung des Risikoausgleichsvolumens zwischen 1993 und 1998 darstellen, sind zuerst einige begriffliche Klärungen vorzunehmen. Wir unterscheiden einerseits zwischen dem Brutto- und dem Nettovolumen des Risikoausgleichs, andererseits zwischen dem provisorischen und dem definitiven Volumen. Das **Bruttovolumen** entsteht durch die Aggregation aller Salden des Risikoausgleichs auf der Stufe der Risikogruppen. Was bedeutet dies? Jeder Versicherer hat Risikogruppen, für die er in den Risikoausgleich einzahlt, aber auch solche, für die er Beiträge erhält. Relevant für die Transfers zwischen den Versicherern ist die Nettoposition, also der kasseninterne Saldo über alle Risikogruppen hinweg. Bei der Berechnung des Bruttovolumens ignorieren wir die Kassengrenzen. Wir aggregieren über alle Kantons- und Versicherergrenzen hinweg die Nettopositionen einer bestimmten Risikogruppe. Das Bruttovolumen ist somit ein Indikator dafür, welche Umverteilung der Risikoausgleich zwischen den verschiedenen Altersgruppen und den Geschlechtern unabhängig von den Kassengrenzen eigentlich auslöst.

Das **Nettovolumen** entspricht der Summe derjenigen Beträge, welche tatsächlich an die Durchführungsstelle des Risikoausgleichs (an die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG) einbezahlt und anschliessend an die Empfänger weitergeleitet werden. Wie erwähnt wird bei der Berechnung der Nettoposition eines Versicherers der Saldo zwischen Beiträgen und Abgaben über alle seine Risikogruppen hinweg gebildet («Clearing»). Diese Saldierung reduziert das Volumen. Für die praktische Durchführung ist dies durchaus sinnvoll.

Das **provisorische** Volumen entsteht aufgrund der provisorischen Berechnung des Risikoausgleichs. Es wurde bisher im Vorjahr (bspw. 1996) für das folgende Jahr (1997) berechnet und basierte auf den Daten des Vorjahres (1995). Seit 1.1.1999 ist die erste Tranche des provisorischen Ausgleichs eine Akontozahlung. Die zweite Tranche beruht auf den Daten des Vorjahres (1998). Somit sind die Datengrundlagen für die Berechnung des provisorischen Volumens aktueller. Das **definitive** Volumen wird aufgrund der Daten des Ausgleichsjahres selbst berechnet. Zwischen dem provisorischen und definitiven Volumen kann somit eine beträchtliche Differenz liegen, weil sich die Berechnungsgrundlagen bisher um zwei Kalenderjahre unterschieden haben. Auf die Auswirkungen dieser Differenz auf die Versicherer gehen wir in Abschnitt 2.5 näher ein.

2.1.1 Die Entwicklung in der Schweiz

Tabelle 2 und Abbildung 6 zeigen, wie sich das Brutto- und Nettovolumen des Risikoausgleichs zwischen den Jahren 1993 und 1998 entwickelten.

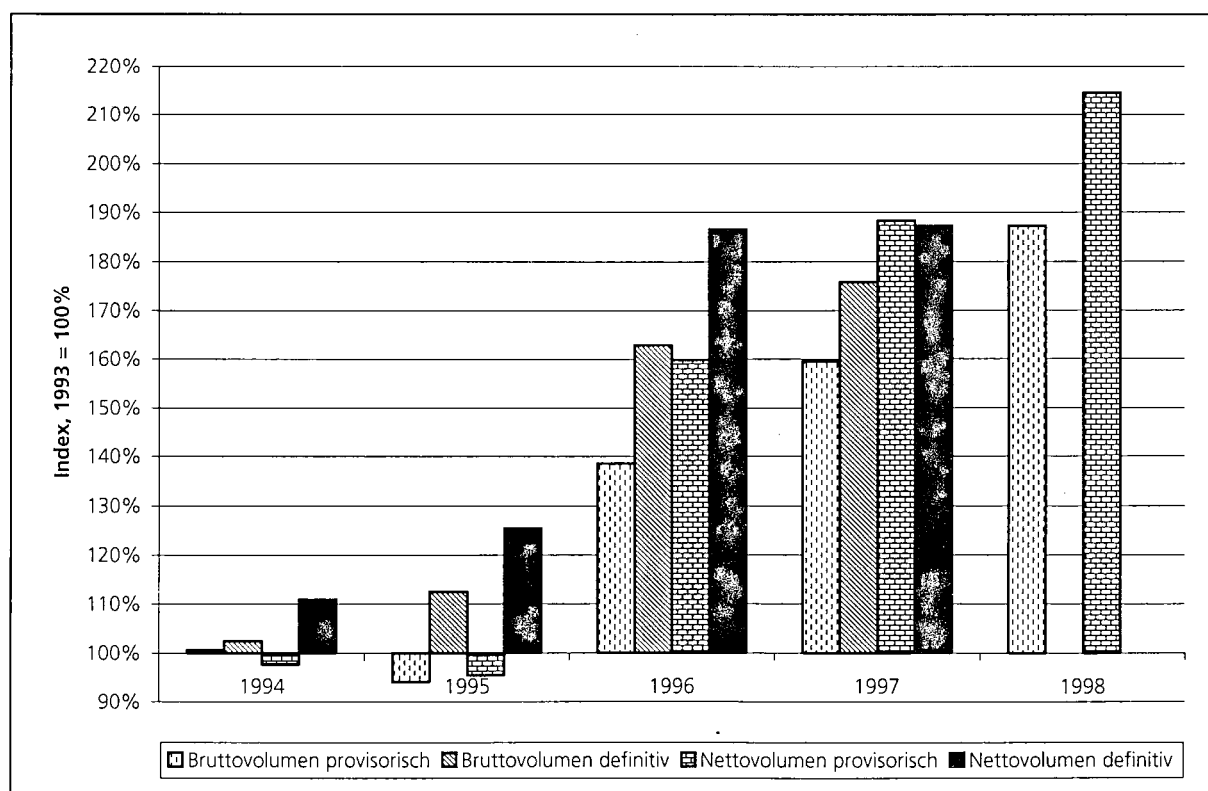
Tabelle 2: Die Entwicklung des Brutto- und Nettovolumens des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Bruttovolumen provisorisch, in Mio. Fr. (1)	(*)	1661	1552	2287	2631	3091
Bruttovolumen definitiv, in Mio. Fr. (2)	1650	1691	1856	2688	2899	(**)
Nettovolumen provisorisch, in Mio Fr. (3)	(*)	277	271	454	535	609
Nettovolumen definitiv, in Mio Fr. (4)	284	315	356	530	532	(**)
Verhältnis (2) / (1)	(*)	102%	120%	118%	110%	(**)
Verhältnis (4) / (3)	(*)	114%	131%	117%	99%	(**)
Verhältnis (3) / (1)	(*)	17%	17%	20%	20%	20%
Verhältnis (4) / (2)	17%	19%	19%	20%	18%	(**)

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

(*) 1993 wurde nur das definitive Volumen berechnet; (**) Für 1998 konnte das definitive Volumen noch nicht berechnet werden, weil die Daten erst im Sommer 1999 vorliegen werden

Abbildung 6: Index der Entwicklung des Brutto- und Nettovolumens des Risikoausgleichs, 1993 -1998



Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Folgende Aspekte fallen auf:

■ Die Bruttovolumina sind deutlich grösser als die Nettovolumina. Die beiden letzten Zeilen der Tabelle 1 zeigen, dass die Nettovolumina nur etwa 20 Prozent der Bruttogrössen ausmachen. Dies bedeutet, dass die eigentliche Umverteilung zwischen den Risikogruppen sehr viel grösser ist als diejenige, welche zwischen den Versicherern effektiv vorgenommen wird. 80 Prozent der Umverteilung läuft somit kassenintern ab. Bezieht man das definitive Brutto- und Nettovolumen 1997 auf die in diesem Jahr entstandenen Ko-

sten, so machte das Bruttovolumen beträchtliche 28 Prozent, das Nettovolumen aber lediglich 5 Prozent aus (vgl. dazu ausführlicher Abschnitt 2.3).

■ Die Zunahme der definitiven Volumina ist markant. Das definitive Nettovolumen 1997 – das tatsächlich zwischen den Versicherern transferierte Volumen – betrug gut eineinhalb Mal so viel wie 1993. Das provisorische Nettovolumen für 1998 hat sich gegenüber 1993 sogar mehr als verdoppelt.

■ Die Entwicklung zwischen 1993 und 1997 ist nicht linear. Vielmehr ist der Sprung zwischen 1995 und 1996 auffallend. Nachfolgend wird er näher analysiert. Zwischen 1996 und 1997 hat das definitive Nettovolumen nahezu stagniert. Demgegenüber ist das definitive Bruttovolumen noch einmal gewachsen. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass sich die Risikostrukturen weiter auseinander entwickelt haben. In Kapitel 4 werden die Risikostrukturen detailliert analysiert.

■ Interessanterweise liegt der Wert für das definitive Nettovolumen 1997 (532 Millionen Franken) leicht unter dem provisorischen Wert (535 Millionen Franken). Grund dafür ist die Fusion von zwei grossen Versicherern, wobei der eine ein grosser Nettozahler und der andere ein grosser Nettoempfänger war.

Welches sind die Gründe für die starke Zunahme der Volumina? Mehrere Ursachen könnten eine Rolle spielen: (1) Das Auseinanderdriften von Risikostrukturen, welches eine stärkere Korrektur nötig macht; (2) Die Kostensteigerung, welche die Risikogruppen unterschiedlich betroffen hat; (3) Die Veränderung der Berechnungsart des Risikoausgleichs zwischen 1995 und 1996; (4) Die Veränderung der Definition der Risikogruppen 1993/94 und 1995/96; (5) Der Übergang zum neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) bzw. der damit verbundene Wegfall der Bundesbeiträge und der Leistungsausbau im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Welche Gründe waren für die starke Zunahme des definitiven Nettovolumens zwischen 1995 und 1996 tatsächlich quantitativ relevant? Um diese Frage zu beantworten, wurden verschiedene Sonderauswertungen für das Jahr 1995 vorgenommen (der Einfluss der ersten Ursache - das Auseinanderdriften der Risikostrukturen - wird in Kapitel 4 ausführlich untersucht). Wir berechneten insbesondere zwei zusätzliche Nettoausgleichsvolumen⁴: Einerseits wurde der definitive Ausgleich für 1995 ohne die Kinder zwischen 0 und 15 berechnet. Damit werden die Ergebnisse vergleichbarer mit dem ab 1996 geltenden System, welches die Kinder ausschliesst.⁵ Andererseits wurde ein alternativer Risikoausgleich für 1995 bestimmt: Das ab 1996 geltende Berechnungssystem wurde bereits für das Jahr 1995 angewandt. **Tabelle 3** zeigt nun den Vergleich der verschiedenen Nettovolumen. Verschiedene interessante Aspekte zeigen sich:

■ Die Differenz zwischen dem definitiven Ausgleich 1995 ohne Kinder (340 Millionen Franken) und dem Ausgleichsvolumen 1995, das bei dem neuen Berechnungssystem gegolten hätte (450 Millionen Franken), beträgt 110 Millionen Franken. Die Zunahme beläuft sich auf 32 Prozent. Die Veränderung des Berechnungssystems hat somit ganz entscheidend zur Zunahme des Risikoausgleichsvolumens beigetragen. Wie ist dies zu erklären? 1995 kannte man 9 Ausgleichsgruppen, 6 für den Ausgleich nach Geschlecht, 3 für den Ausgleich nach dem Alter (vgl. Abschnitt 1.2.). Beim Ausgleich nach Geschlecht wurde die Differenz zwischen den Durchschnittskosten der Frauen und der Männer in der jeweiligen Altersgruppe berechnet. Beim Ausgleich nach dem Alter wurden die Differenz zwischen den Durchschnittskosten der 46 bis 59jährigen, der 60 bis 69jährigen und der über 70jährigen Versicherten im Vergleich zu den Durchschnittskosten der 16 bis 45jährigen gebildet.

⁴ Die Berechnungen wurden von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG durchgeführt. An dieser Stelle, möchten wir uns dafür herzlich bedanken.

⁵ Im Risikoausgleich 1993 hatten die Versicherer pro Kind bis 15 Jahre eine Abgabe zu entrichten, die der Hälfte derjenigen der Erwachsenen entsprach. Im Ausgleich 1994 und 1995 wurde die Kinderabgabe auf 30 Prozent der Erwachsenenabgabe reduziert. Ab 1996 hatten die Kinder (bis 17 Jahre) keine Abgaben mehr zu bezahlen.

Tabelle 3: Analyse der Zunahme des Nettorisikoausgleichsvolumens zwischen 1995 und 1996

Konzept	Beschreibung	Nettovolumen
Definitiver Ausgleich 1995	Offizielles Ausgleichsvolumen (inkl. Kinder 0 bis 15)	356 Millionen Franken
Definitiver Ausgleich 1995 ohne Kinder	Berechnung ohne die Kinder 0 bis 15, da sie ab 1996 keine Abgaben mehr zu bezahlen hatten	340 Millionen Franken
Ausgleich 1995 nach neuem Berechnungssystem	Alternative Berechnung mit dem neuen Berechnungssystem (ohne Kinder 0 bis 15)	450 Millionen Franken
Definitiver Ausgleich 1996	Offizielles Ausgleichsvolumen (ohne Kinder 0 bis 17)	530 Millionen Franken

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Das neue Berechnungssystem bildet für alle Risikogruppen die Differenz zwischen dem Durchschnitt der Gruppe und dem Gesamtdurchschnitt über alle Versicherten. Für die sechs Gruppen nach Geschlecht bedeutet dies, dass die Abgaben stark zunehmen, weil die Differenz zum Gesamtdurchschnitt wesentlich grösser ist als diejenige zu den gleichaltrigen Männern.

Bei den drei Risikogruppen nach dem Alter nimmt die Differenz (also die Beiträge) ab, da der Gesamtdurchschnitt über alle Versicherten (relevant im neuen System) höher ist als derjenige der 16 bis 45jährigen (relevant im alten System). Bei den sechs Risikogruppen nach Geschlecht nimmt die Differenz (also die Abgaben) zu, weil der Gesamtdurchschnitt über alle Versicherten (neues System) höher ist als die Kosten der jeweiligen Bezugsgruppe der Frauen. Insgesamt scheint – dies belegen die empirischen Daten – die Zunahme des Abgabevolumens bei den «Jungen» quantitativ viel bedeutender gewesen zu sein als der Rückgang des Beitragsvolumens bei den «Alten».

■ Die Differenz zwischen dem Ausgleichsvolumen 1995, das bei dem neuen Berechnungssystem gegolten hätte (450 Millionen Franken), und dem definitiven Ausgleich 1996 (530 Millionen Franken) beläuft sich auf 80 Millionen Franken. Drei Gründe können theoretisch diese Differenz begründen: (a) Der Wegfall der Bundesbeiträge, (b) die Veränderung der Definition der Risikogruppen und (c) Kostensteigerungen. Aus Berechnungen von Wunderlin (1998) wissen wir, dass der Wegfall der Bundesbeiträge 1995 das definitive Nettovolumen 1995 um rund 50 Millionen hätte ansteigen lassen. Zwar kann dieser Betrag nicht unmittelbar übertragen werden, da unsere Berechnungen für 1995 mit dem neuen Berechnungssystem vorgenommen wurden, aber Anhaltspunkte liefert er trotzdem. Wie nachfolgend gezeigt werden wird, hat die Definition der Risikogruppen keinen Einfluss auf das Nettovolumen. Somit verbleiben noch die Kostensteigerungen, die – übertragen wir die Angaben von Wunderlin (1998) – für ca. 30 Millionen Franken verantwortlich sein dürften.⁶

■ Näherungsweise kann der Anstieg zwischen 1995 und 1996 um 190 Millionen Franken von 340 Millionen auf 530 Millionen Franken zu 58 Prozent (110 Millionen) auf die Veränderung des Berechnungssystems, zu 26 Prozent (50 Millionen) auf den Wegfall der Bundessubventionen und zu 16 Prozent (30 Millionen) auf die Kostensteigerungen zurückgeführt werden. Wir weisen noch einmal darauf hin, dass die Veränderung der Bruttostruktur dabei unberücksichtigt blieben.

Wie hat sich die Veränderung des Berechnungssystems auf die zehn grössten Versicherer ausgewirkt?

Tabelle 4 zeigt exemplarisch die Auswirkungen auf die zehn grössten Versicherer im Kanton Zürich. Der Kanton Zürich wurde als Illustrationsbeispiel ausgewählt, weil der Risikoausgleich auf kantonaler Ebene berechnet wird. Die Aggregation auf gesamtschweizerischer Ebene ist zum Teil schwierig interpretierbar, weil sehr unterschiedliche kantonale Verhältnisse zusammengeführt werden. Es wird aus Tabelle 3 deutlich, dass sich – mit Ausnahme des Versicherers 4 – die Situation sowohl für die Zahler- wie auch für die Empfänger-Versicherer pointiert hat: Die Zahler zahlen mehr, die Empfänger bekommen mehr.

⁶ Es ist zu berücksichtigen, dass 1996 im Vergleich zu 1995 zwei Jahrgänge weniger – die 16 und 17jährigen – in den Risikoausgleich integriert wurden. Das Ausgleichsvolumen 1996 wäre mit diesen Jahrgängen grösser geworden.

2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

Tabelle 4: Auswirkungen der Änderung des Berechnungssystem auf die zehn grössten Versicherer im Kanton Zürich 1995 – in Millionen Franken

	Nettorisikoausgleich 1995	Nettorisikoausgleich 1995	Differenz B - A	
	altes Berechnungssystem	neues Berechnungssystem	Absolut	In Prozent
	(*)	(*)		
	A	B		
Versicherer 1	-9,36 Millionen	-12,45 Millionen	-3,08 Millionen	33%
Versicherer 2	-9,78 Millionen	-13,20 Millionen	-3,42 Millionen	35%
Versicherer 3	-6,80 Millionen	-9,23 Millionen	-2,43 Millionen	36%
Versicherer 4	-0,88 Millionen	-0,50 Millionen	0,39 Millionen	-44%
Versicherer 5	-5,69 Millionen	-7,25 Millionen	-1,57 Millionen	28%
Versicherer 6	2,40 Millionen	3,25 Millionen	0,85 Millionen	35%
Versicherer 7	3,70 Millionen	5,17 Millionen	1,47 Millionen	40%
Versicherer 8	4,99 Millionen	6,88 Millionen	1,89 Millionen	38%
Versicherer 9	10,87 Millionen	15,69 Millionen	4,83 Millionen	44%
Versicherer 10	10,92 Millionen	14,26 Millionen	3,34 Millionen	31%

(*) Ohne Kinder zwischen 0 und 15;

Die Versicherer sind nach der Qualität ihrer Risikokollektive geordnet. Versicherer 1 hatte das günstigste, Versicherer 10 das teuerste Kollektiv.

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Die prozentuale Veränderung betrug im Durchschnitt 36 Prozent und ist somit sehr beachtlich. Tabelle 4 zeigt noch weitere interessante Aspekte: Die Hälfte der grössten Versicherer waren im Kanton Zürich Nettoempfänger, die Hälfte Nettozahler des Risikoausgleichs. Die Zahler bringen ziemlich genau diejenige Summe auf, die von den 5 grössten Empfängern beansprucht wird. Die grössten Versicherer stellen somit keine homogene Gruppe dar.

Auf Seite 15 wurde argumentiert, dass die Anzahl der Risikogruppen innerhalb desselben Berechnungssystems keinen Einfluss auf die Volumenzunahme zwischen 1995 und 1996 gehabt habe. Wie kann dies sein? **Anhang A** zeigt in einem formalen Beweis, dass innerhalb des heute geltenden Berechnungssystems

■ **erstens** die Anzahl der Risikogruppen keinen Einfluss auf das Nettorisikoausgleichsvolumen hat, dass aber

■ **zweitens** die Nettoposition des einzelnen Versicherers je nach Alters- und Geschlechtsverteilung seiner Versicherten sehr stark von der Anzahl der Risikogruppen beeinflusst werden kann.

Für den definitiven Ausgleich 1996 wurden diese Zusammenhänge empirisch überprüft. Der «reale» Ausgleich, so wie er tatsächlich auch vorgenommen wurde, basierte auf 30 Risikogruppen (15 für Frauen, 15 für Männer). Alternativ dazu wurde eine Simulationsrechnung vorgenommen, die nur von 16 Risikogruppen (8 für Frauen, 8 für Männer) ausging.⁷ **Tabelle 5** zeigt einen Vergleich der Nettovolumina für die beiden Berechnungen für die Schweiz und neun Untersuchungskantone.⁸

Die Resultate bestätigen die theoretischen Erwartungen. Die Volumina unterscheiden sich sowohl in den Untersuchungskantonen wie auch auf schweizerischer Ebene kaum nach der Anzahl der Risikogruppen. 1996 hat das definitive Nettovolumen mit 30 Risikogruppen auf schweizerischer Ebene 529,6 Millionen

⁷ Dazu wurden, beginnend mit den jüngsten Versicherten, immer zwei Risikogruppen zusammengefasst. Die erste umfasste daher die Frauen bzw. Männer zwischen 19 und 30 Jahren, die zweite die Frauen bzw. Männer zwischen 31 und 40 Jahren etc.

⁸ Für das ganze Projekt wurden in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sozialversicherung folgende Untersuchungskantone ausgewählt: Bern, Zürich, Basel-Stadt, Waadt, Genf, Thurgau, Obwalden, Tessin und St. Gallen. Folgende Auswahlkriterien wurden angewandt: (1) Es mussten «ländliche» und «städtische» Kantone vertreten sein, (2) es mussten Kantone der deutschen und romanischen Schweiz aufgenommen werden, (3) es mussten - bezogen auf die Gesundheitskosten pro Versicherten - «billige» und «teure» Kantone vorhanden sein und (4) die Kantonsstichprobe sollte einen ausreichend grossen Anteil aller Versicherten abdecken.

Tabelle 5: Vergleichsrechnung für den Risikoausgleich 1996 mit 30 und mit 16 Risikogruppen – Schweiz und Kantone

	Nettorisikoausgleich bei	Nettorisikoausgleich bei	Differenz (30 minus 16)	
	30 Gruppen	16 Gruppen	Absolut in Mio.	in Prozent
	Volumen in Mio.	Volumen in Mio.		
Zürich	85,80	85,13	0,67	0,8%
Bern	79,12	78,78	0,34	0,4%
St. Gallen	23,60	23,53	0,07	0,3%
Obwalden	1,78	1,80	-0,01	-0,7%
Tessin	49,05	48,72	0,33	0,7%
Waadt	95,02	93,67	1,35	1,4%
Basel-Stadt	27,36	26,93	0,44	1,6%
Genf	67,67	66,90	0,77	1,1%
Thurgau	17,16	17,07	0,09	0,5%
Schweiz	529,61	526,66	2,96	0,6%

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Franken betragen. Mit 16 Risikogruppen wären es 526,7 Millionen Franken gewesen. Die minimale Differenz ist auf Abgrenzungsprobleme zurückzuführen.

Der zweite Teil des mathematischen Beweises lautet, dass die Anzahl der Risikogruppen auf die Position des einzelnen Versicherers durchaus einen wichtigen Einfluss hat. Nehmen wir dazu im Sinne eines Illustrationsbeispiels an, dass ein Versicherer A nur Versicherte im Alter von 25 Jahren aufweist. Gehen wir weiter davon aus, dass eine Risikogruppe die 19 bis 50jährigen Versicherten umfassen würde. Nach dem seit 1996 geltenden Berechnungssystem wird zur Bestimmung der Risikoabgabe in der genannten Risikogruppe die Differenz zwischen den Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherten in der Risikogruppe und dem Durchschnitt pro Kopf über alle Versicherten generell gebildet. Wenn wir nun alternativ annehmen, dass zwei Risikogruppen bestehen würden – 19 bis 35jährige und 36 bis 50jährige -, dann liegt der Durchschnittswert pro Kopf über alle Versicherten in der Gruppe der 19 bis 35jährigen tiefer als in der Gruppe der 19 bis 50jährigen. Die Risikoabgabe pro Versicherten wird für Versicherer A höher. Das Beispiel zeigt: Je feiner die Risikogruppeneinteilung, desto mehr werden die Versicherer mit einseitigen Verteilungen von jungen Versicherten «bestraft».

Tabelle 6 zeigt für den Kanton Zürich die Verteilung der Versicherer, welche netto an den Risikoausgleich zu bezahlen hatten, nach Stufen des Brutto Risikos. Das Brutto Risiko wurde wie folgt bestimmt: Für jeden Versicherer wurden die Durchschnittskosten pro Kopf ausgerechnet (berücksichtigt wurden auch die Kostenbeteiligungen) und anschliessend die prozentuale Abweichung zu den Durchschnittskosten über alle Versicherten bestimmt. Das Konzept des Brutto Risikos ist in Kapitel 4 zentral und wird in Abschnitt 4.1. ausführlich erläutert. An dieser Stelle ist folgende Interpretation wichtig. Je mehr die Brutto Risikostufeneinteilung eines Versicherers prozentual vom Mittelwert nach unten abweicht, desto günstiger ist sein Risikokollektiv. Wir würden aufgrund der theoretischen Beweisführung erwarten, dass die besonders günstigen Versicherer bei der höheren Anzahl der Risikogruppen stärker zum Risikoausgleich beitragen müssen, wenn die Kostendifferenzen auf das Alter und das Geschlecht zurückgeführt werden können.

Die Ergebnisse in Tabelle 6 entsprechen nicht den Erwartungen. Sowohl die Verteilung der Versicherer, als auch die Verteilung des Nettorisikovolumentens auf die Versicherer ist durch die Anzahl der Risikogruppen nahezu unbeeinflusst. Wie sind die Resultate zu interpretieren? In unserem Illustrationsbeispiel sind wir von einem Versicherer mit einer sehr speziellen Verteilung der Versicherten ausgegangen (alle Versicherte sind 25jährig). In der Realität bezahlt nun aber beispielsweise die günstigste Versicherergruppe

2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

Tabelle 6: Vergleichsrechnung für die Nettozahler des Risikoausgleichs 1996 mit 30 und mit 16 Risikogruppen – nach Bruttorisikostufen für den Kanton Zürich

Bruttorisikostufen	Nettorisikoausgleich bei 30 Gruppen				Nettorisikoausgleich bei 16 Gruppen				Differenz (RA16 minus RA30)	
	Versicherer	in %	Volumen in Mio.	in %	Versicherer	in %	Volumen in Mio.	in %	Versicherer	Volumen
weniger als -50%	15	27%	11,4	13%	15	26%	11,4	13%	0	0
-50 bis -40%	3	5%	2,6	3%	3	5%	2,6	3%	0	0
-40 bis -30%	5	9%	5,6	7%	5	9%	5,5	6%	0	-0,1
-30 bis -20%	10	18%	21,3	25%	10	17%	21,2	25%	0	-0,1
-20 bis -10%	6	11%	26,1	30%	6	10%	25,9	30%	0	-0,2
-10 bis 0%	3	5%	0,0	0%	3	5%	0,0	0%	0	0
Unter-Ø	42	75%	67,0	78%	42	72%	66,7	78%	0	-0,3
0 bis 10%	6	11%	9,1	11%	6	10%	9,1	11%	0	0
10 bis 20%	3	5%	9,3	11%	4	7%	9,0	11%	+1	-0,3
20 bis 30%	2	4%	0,0	0%	2	3%	0,0	0%	0	0
30 bis 40%	1	2%	0,3	0%	1	2%	0,3	0%	0	0
40 bis 50%	0	0%	0,0	0%	0	0%	0,0	0%	0	0
mehr als 50%	2	4%	0,0	0%	3	5%	0,0	0%	+1	0
Über-Ø	14	25%	18,8	22%	16	28%	18,5	22%	+2	-0,3
Total	56	100%	85,8	100%	58	100%	85,1	100%	+2	-0,7

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

(Bruttokosten pro Kopf von mehr als 50 Prozent unter dem Durchschnitt) mit 30 Risikogruppen gleich viel wie mit 16 Risikogruppen (11,4 Millionen Franken).

Dies kann nur dahingehend interpretiert werden, dass diese Versicherer zwar viele gute Risiken haben, dass sie sich aber nicht wie in unserem Beispiel auf einige wenige Altersjahrgänge konzentrieren. Vielmehr dürften sie sich ziemlich regelmässig auf die Altersgruppe der 18 bis 50jährigen verteilen. Tabelle 6 lässt folgenden Schluss zu: 1996 hätte es im Kanton Zürich keinen Unterschied gemacht, ob der Risikoausgleich mit 30 oder mit 16 Risikogruppen berechnet worden wäre.

1996 waren bei den zehn grössten Versicherern in der Schweiz 75 Prozent der Versicherten unter Vertrag. Zweifelsohne kommt damit der Gruppe der grössten Versicherer eine besondere Bedeutung zu. Sowohl an dieser Stelle wie auch in den folgenden Kapiteln werden die Auswirkungen immer wieder auch im Bezug auf diese Gruppe dargestellt. **Tabelle 7** zeigt die Beiträge bzw. Abgaben an den Nettorisikoausgleich der zehn grössten Versicherer für den Kanton Zürich und die Schweiz. Die Versicherer sind geordnet nach der Einteilung in Bruttorisikostufen im Kanton Zürich. Versicherer 1 hat das günstigste Risikokollektiv, Versicherer 10 das teuerste. Verschiedene Aspekte fallen auf:

■ Die Versicherer 1 bis 7 gehörten 1996 im Kanton Zürich zu den Nettozahlern (mit Ausnahme des Versicherers 4 bei 30 Risikogruppen; es handelt sich aber um einen Bagatellbeitrag). Da die Reihenfolge der Versicherer so gewählt wurde, dass Versicherer 1 die günstigste Kasse war, stimmt die Einteilung zu den Zahler-Versicherer mit den Erwartungen (günstige Versicherer zahlen, teure Versicherer bekommen) überein. Auf schweizerischer Ebene sind es nur noch die ersten vier Versicherer, welche zu den Nettozahlern gehörten. Dies weist darauf hin, dass die grossen Versicherer sehr unterschiedliche kantonale Situationen aufweisen.

■ Sowohl im Kanton Zürich wie auch in der Schweiz erhalten die Empfänger unter den grössten Versicherern mit 16 Risikoausgleichsgruppen etwas mehr als mit 30 Gruppen, die Zahler zahlen etwas mehr als bei 16 Gruppen. Die Differenzen sind über alle zehn Versicherer aber sehr bescheiden.

Tabelle 7: Vergleichsrechnung für den Risikoausgleich 1996 mit 30 und mit 16 Risikogruppen – für die 10 grössten Versicherer im Kanton Zürich und der Schweiz

Versicherer	Nettorisikoausgleich bei 30 Gruppen Volumen in Mio.	Nettorisikoausgleich bei 16 Gruppen Volumen in Mio.	Differenz (30 minus 16)	
			absolut in Mio.	in Prozent
Kanton Zürich				
Versicherer 1	-15,8	-15,8	-0,1	0,3%
Versicherer 2	-15,2	-15,0	-0,2	1,3%
Versicherer 3	-5,4	-5,3	-0,1	1,5%
Versicherer 4	0,0	-0,1	0,1	-632,6%
Versicherer 5	-1,3	-1,0	-0,3	21,6%
Versicherer 6	-7,9	-7,8	-0,1	0,8%
Versicherer 7	-7,9	-7,9	-0,1	0,8%
Versicherer 8	7,0	7,3	-0,3	-4,5%
Versicherer 9	17,0	16,6	0,3	2,0%
Versicherer 10	24,0	24,1	-0,1	-0,4%
Summe Empfänger	47,9	48,0	-0,1	-0,1%
Summe Zahler	-53,5	-52,9	-0,6	1,2%
Schweiz				
Versicherer 1	-79,7	-79,5	-0,3	0,3%
Versicherer 2	-75,6	-74,6	-1,0	1,4%
Versicherer 3	-36,9	-36,1	-0,8	2,2%
Versicherer 6	-65,2	-64,9	-0,3	0,5%
Versicherer 4	8,2	7,9	0,3	4,2%
Versicherer 9	169,8	166,8	3,0	1,8%
Versicherer 7	14,3	14,6	-0,3	-2,4%
Versicherer 5	41,9	43,4	-1,5	-3,5%
Versicherer 8	33,8	34,0	-0,2	-0,6%
Versicherer 10	143,2	144,9	-1,7	-1,2%
Summe Empfänger	411,1	411,5	-0,4	-0,1%
Summe Zahler	-257,5	-255,0	-2,4	0,9%

Bemerkung: Die Versicherer sind geordnet nach der Einteilung in Brutto- risikostufen im Kanton Zürich. Versicherer 1 hat das günstigste Risikokollektiv, Versicherer 10 das teuerste. Die Numerierung der Versicherer im Kanton Zürich und in der Schweiz ist identisch. Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

■ Zwei Versicherer (Nummer 4 und 5) weisen im Kanton Zürich durchaus markante prozentuale Veränderungen auf. Sie entstehen aber aufgrund von Bagatelbeiträgen bzw. –abgaben und sind somit inhaltlich nicht relevant.

■ Interessant sind die unterschiedlichen Auswirkungen auf die zwei grössten gesamtschweizerischen Empfänger-Versicherer (Versicherer 9 und 10). Versicherer 9 erhält mit 30 Gruppen 3 Millionen Franken mehr, Versicherer 10 1,7 Millionen Franken weniger. Bei Versicherer 9 entspricht die Veränderung den Erwartungen, bei Versicherer 10 nicht. Da das gesamtschweizerische Volumen eine Aggregation aus kantonal sehr unterschiedlichen Positionen der Versicherer darstellt, kann nicht genau bestimmt werden, auf welche Ursachen diese Unterschiede zurückgeführt werden können.

■ In Tabelle 7 wurden die Versicherer im Kanton Zürich – wie erwähnt - nach der Einteilung in die Brutto- risikostufen rangiert. Dasselbe wurde für die Schweiz gemacht. Es zeigt sich, dass einzelne Versicherer ihre Rangierung ändern. Versicherer 9 beispielsweise steht auf schweizerischer Ebene auf dem «besseren» 6. Rang. Die unterschiedlichen Rangierungen sind ein Hinweis darauf, dass die grossen Versicherer in den Kantonen sehr unterschiedlich gute Risikokollektive haben. Dieser Aspekt wird in Kapitel 4 weiter vertieft.

2.1.2 Die Entwicklung in ausgewählten Kantonen

In **Abbildung 7** wird die Entwicklung der definitiven Nettovolumina nach den neun ausgewählten Kantonen dargestellt. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, wurden nicht alle Kantone in dieselbe Grafik integriert. Der Massstab ist jedoch derselbe, so dass die Angaben direkt miteinander verglichen werden können.

Die Abbildung 7 macht deutlich, dass die kantonalen Entwicklungen beträchtlich von der gesamtschweizerischen abweichen können. Man muss sich an dieser Stelle noch einmal in Erinnerung rufen, dass der Risikoausgleich auf kantonaler Ebene berechnet wird. Die schweizerische Entwicklung ergibt sich aus der Zusammenfassung der kantonalen Ergebnisse pro Versicherer. Die Differenzen in Abbildung 7 weisen daher auf grundlegende kantonale Unterschiede in den für den Risikoausgleich relevanten Datengrundlagen (Versichertenbestände nach Altersgruppen, Kosten nach Altersgruppen) hin. Raschere Zunahmen des definitiven Nettovolumens als in der Schweiz - bspw. sehr markant in den Kantonen Tessin und Thurgau – können darauf zurückgeführt werden, dass die in Abschnitt 2.1.1 analysierten Ursachen⁹ in diesen Kantonen ein grösseres Gewicht gehabt haben. Dieselbe Aussage, aber mit umgekehrten Vorzeichen, gilt für Kantone mit unterdurchschnittlichen Zunahmen des definitiven Risikoausgleichsvolumens (bspw. für die Kantone Waadt und Basel-Stadt).

Die Ergebnisse der Abbildung 7 weisen auf einen für die im Rahmen der Wirkungsanalyse geplanten Bausteine wichtigen Aspekt hin: Die schweizerische Entwicklung stellt einen Durchschnittswert von kantonal sehr unterschiedlichen Verhältnissen dar. Da der Risikoausgleich seit jeher kantonal berechnet wird und da seit 1996 mit der Einführung des KVG die kantonale Sichtweise deutlich verstärkt wurde (bspw. die weitgehende Einschränkung der Quersubventionierung, der Zwang zur Strukturierung der Betriebsergebnisse nach Kantonen oder die Prämienüberprüfung auf kantonaler Ebene), muss den unterschiedlichen kantonalen Verhältnissen unbedingt Rechnung getragen werden.

2.2. Das Verhältnis von Nettoempfängern zu Nettozahlern

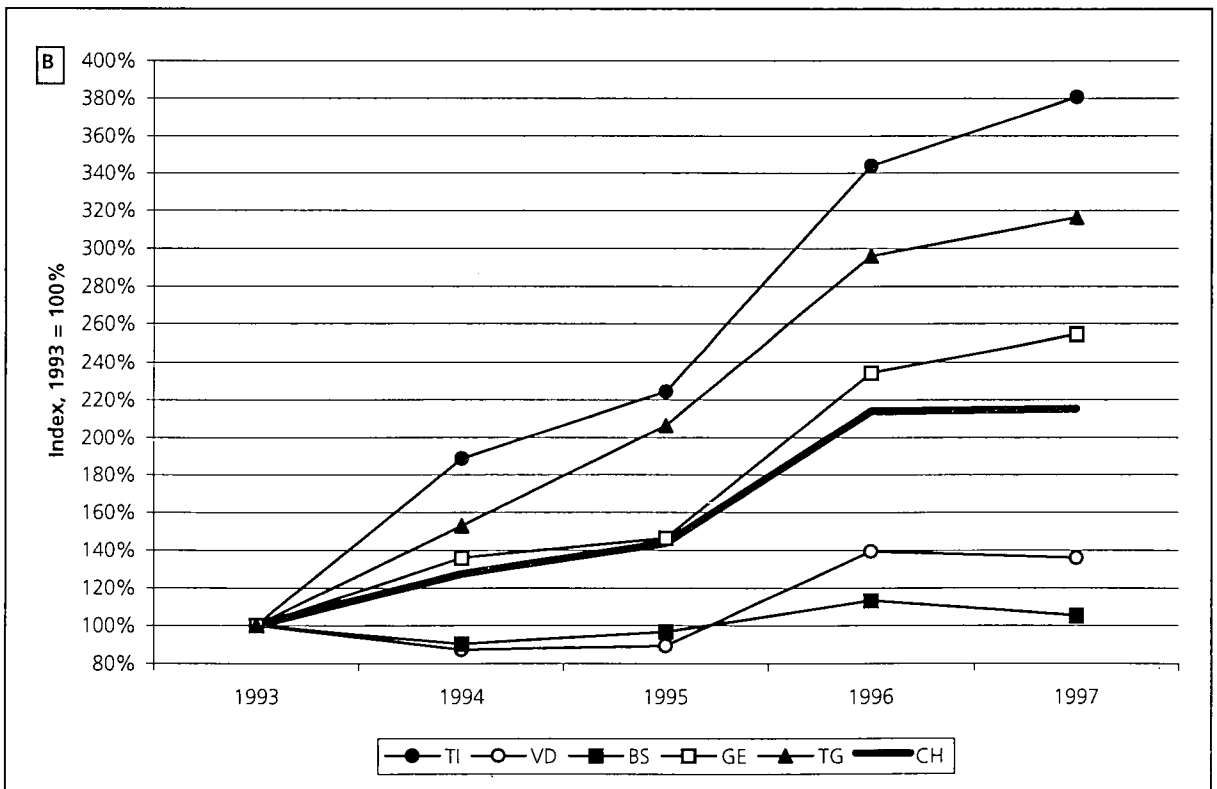
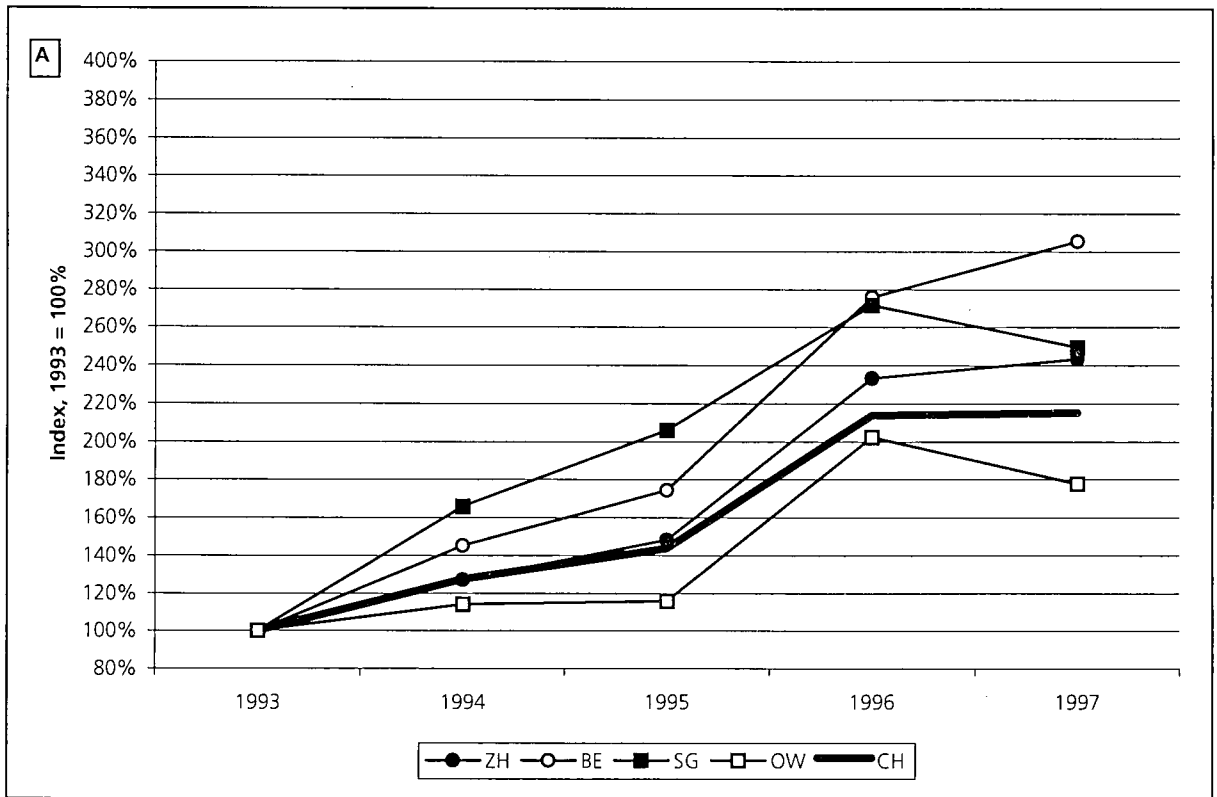
In **Abbildung 8** ist die Entwicklung der Zahl der Versicherer, welche netto als Empfänger bzw. Zahler aus dem Risikoausgleich hervorgingen, dargestellt. «Netto» meint dabei die schweizerische Saldoposition einer Versicherung. Es kann ja durchaus sein, dass ein Versicherer im einen Kanton netto zum Risikoausgleich beiträgt, im andern Kanton aber zu den Nettoempfängern gehört. Es fällt auf, dass sich auf der einen Seite die Zahl der Nettozahler-Versicherer seit 1993 kaum verändert hat und 1997 bei 60 lag. Die Zahl der Nettoempfänger-Versicherer nahm auf der anderen Seite zwischen 1993 und 1997 stark ab (um 47 Versicherer). Dennoch lag die Zahl der Empfänger immer über derjenigen der Zahler. Das Verhältnis von Empfänger zu Zahlern reduzierte sich als Folge der Abnahme der Empfängerkassen von 1.7 auf 1.2.

Abbildung 9 zeigt differenzierter, welcher Typ von Kasse verschwunden ist. Insgesamt fusionierten zwischen 1993 und 1997 57 Versicherer mit anderen Kassen und gaben somit ihre Eigenständigkeit auf.¹⁰ Davon waren bei der Fusion 36 Versicherer Empfänger (63 Prozent), 21 Zahler (37 Prozent). Dass insgesamt mehr Empfänger verschwanden – nämlich 47 Versicherer – hat damit zu tun, dass in derselben Zeitspanne einige Versicherer den Status vom Empfänger hin zum Zahler veränderten. Die meisten Versicherer entstammen der Kategorie «1'000 bis 10'000 Versicherte» (47 Prozent). Weitere 20 Versicherer (35 Prozent) haben weniger als 1'000 Versicherte. Insgesamt waren somit 82 Prozent der verschwundenen

⁹ Kostensteigerungen, Veränderung des Berechnungssystems, Veränderung der Definition der Risikogruppen und der Übergang zum KVG.

¹⁰ Gleichzeitig nahmen drei Versicherer neu ihre Geschäftstätigkeit auf. Daher beträgt die Nettoabnahme, wie sie auch aus Tabelle 8 ersichtlich ist, nur 54 Versicherer (47 Empfänger, 7 Zahler).

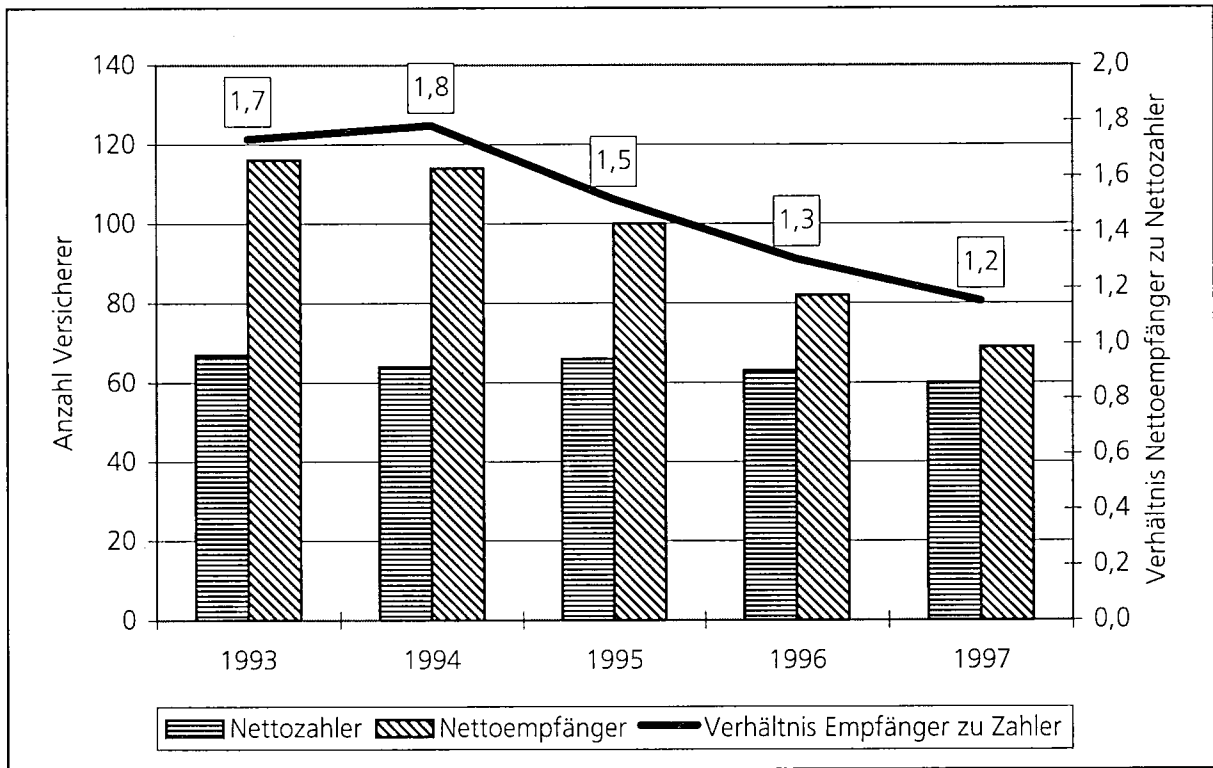
Abbildung 7: Die kantonale Entwicklung der definitiven Nettovolumina, 1993 - 1997



Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleichs

2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

Abbildung 8: Die Entwicklung der Zahl der Nettoempfänger- und der Nettozahler-Versicherer, Schweiz 1993 - 1997



Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

Abbildung 9: Die Veränderung der Zahl der Nettoempfänger- und der Nettozahler-Versicherer durch Fusionen nach Versicherungsgrösse, zwischen 1993 und 1997

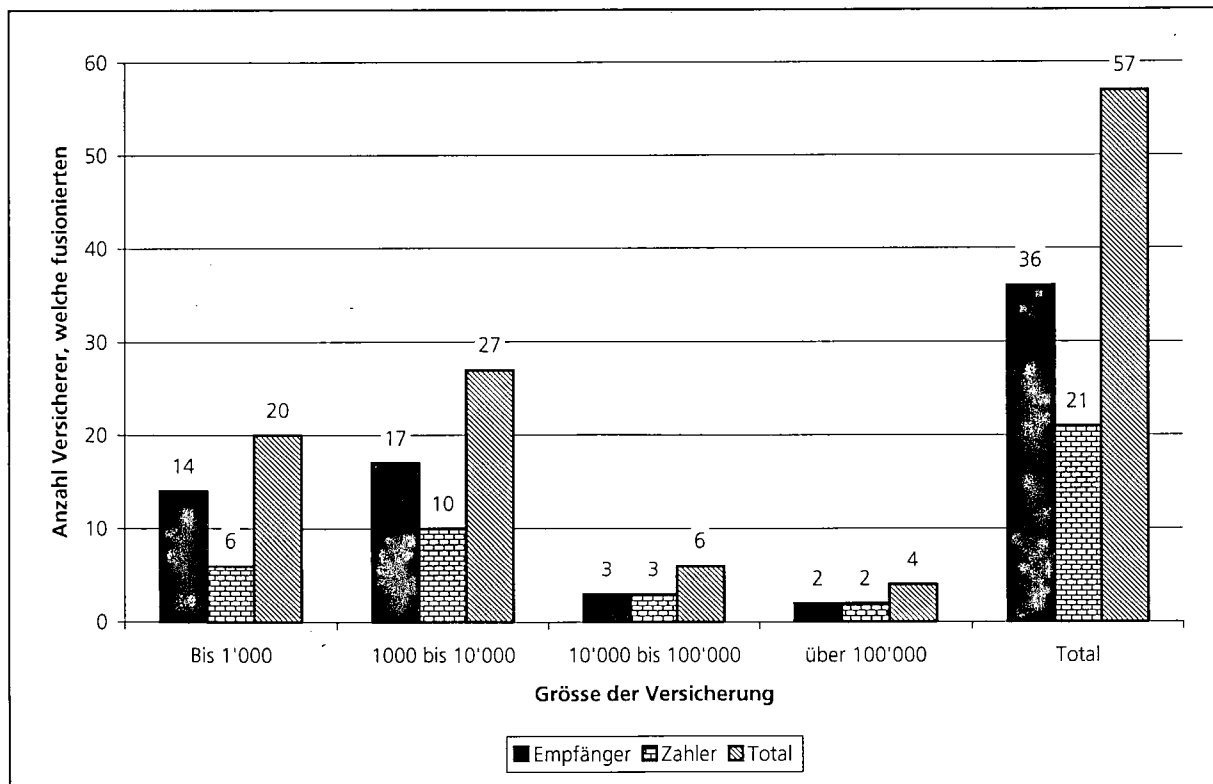


Tabelle 8: Die Entwicklung der Zahl der Nettoempfänger- und der Nettozahler-Versicherer nach Versicherungsgrösse, Schweiz 1993 - 1997

Grösse der Versicherer	1993			1994			1995			1996			1997		
	E	Z	T	E	Z	T	E	Z	T	E	Z	T	E	Z	T
0-1'000	36	14	50	35	15	50	33	15	48	31	14	45	25	14	39
1'000-10'000	57	33	90	56	27	83	44	29	73	32	29	61	29	24	53
10'000-100'000	15	15	30	14	17	31	13	15	28	12	15	27	8	18	26
über 100'000	8	5	13	9	5	14	10	7	17	7	5	12	7	4	11
Total	116	67	183	114	64	178	100	66	166	82	63	145	69	60	129
0-1'000	31%	21%	27%	31%	23%	28%	33%	23%	29%	38%	22%	31%	36%	23%	30%
1'000-10'000	49%	49%	49%	49%	42%	47%	44%	44%	44%	39%	46%	42%	42%	40%	41%
10'000-100'000	13%	22%	16%	12%	27%	17%	13%	23%	17%	15%	24%	19%	12%	30%	20%
über 100'000	7%	7%	7%	8%	8%	8%	10%	11%	10%	9%	8%	8%	10%	7%	9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
0-1'000	72%	28%	100%	70%	30%	100%	69%	31%	100%	69%	31%	100%	64%	36%	100%
1'000-10'000	63%	37%	100%	67%	33%	100%	60%	40%	100%	52%	48%	100%	55%	45%	100%
10'000-100'000	50%	50%	100%	45%	55%	100%	46%	54%	100%	44%	56%	100%	31%	69%	100%
über 100'000	62%	38%	100%	64%	36%	100%	59%	41%	100%	58%	42%	100%	64%	36%	100%
Total	63%	37%	100%	64%	36%	100%	60%	40%	100%	57%	43%	100%	53%	47%	100%

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche
E: Nettoempfänger-Versicherer; Z: Nettozahler-Versicherer; T: Total

Kassen Kleinversicherer.

Wenn wir davon ausgehen, dass der Status als Empfängerkasse eine ungünstige Risikostruktur anzeigt, so stellen wir fest, dass 31 der 36 Empfängerkassen, welche die selbständige Existenz aufgaben, weniger als 10'000 Versicherte aufwiesen und somit zu den kleinen Versicherern gehörten (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 7).

Aus Abbildung 9 abzuleiten, dass vor allem kleine Versicherer Empfänger sind, wäre aber falsch.

Tabelle 8 zeigt für jedes Jahr und nach Grösse der Versicherer die Aufteilung der Institutionen in Empfänger und Zahler. Es wird deutlich, dass in jedem Jahr und in jeder Grössenklasse sowohl Empfänger als auch Zahler auftreten. Die Zahler machen dabei nahezu immer mindestens einen Anteil von einem Drittel aus (vgl. dazu den untersten Tabellendrittel). Aus den Prozentzahlen im mittleren Teil der Tabelle 8 lässt sich auch die generelle Entwicklung der Versicherer herauslesen: es scheint dabei so zu sein, dass der Strukturwandel zu Lasten der Versicherer in der Grösse zwischen «1'000 und 10'000 Mitgliedern» gegangen ist. Ihr Anteil am Total der Versicherer reduzierte sich von 49 Prozent auf 41 Prozent. Gestiegen ist in der Folge insbesondere der Anteil der Kleinstkassen (von 27 auf 30 Prozent) und der Versicherer in der Grösse zwischen «10'000 und 100'000 Mitgliedern» (von 16 Prozent auf 20 Prozent).

2.3. Die Bedeutung des Risikoausgleichs für die Versicherer

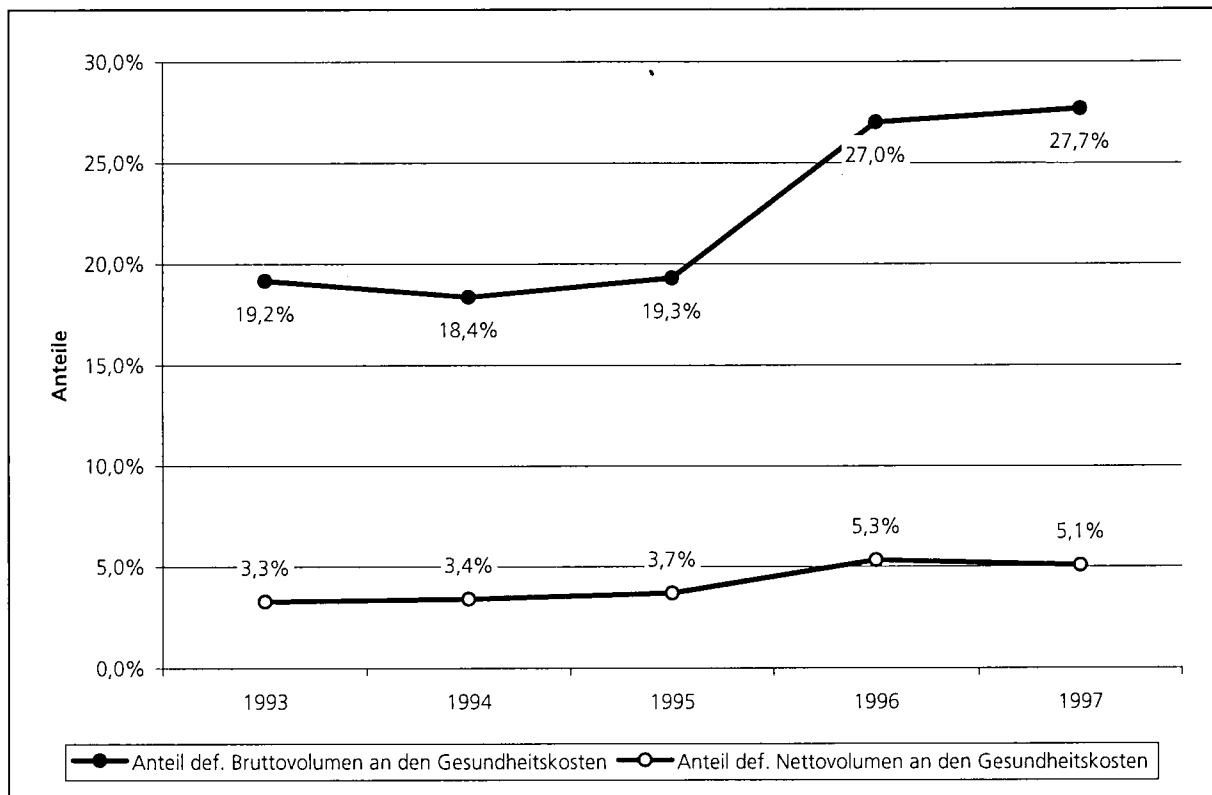
Generell

Abbildung 10 illustriert die beträchtliche volkswirtschaftliche Bedeutung des Risikoausgleichs. Dargestellt wird der Anteil des definitiven Risikoausgleichs an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.¹¹ Zunächst fällt auf, dass – wie erwartet – die Bedeutung des Bruttovolumens grösser ist als diejenige des Nettovolumens. Der Anteil des Bruttovolumens betrug 1997 27,7 Prozent. Dies bedeutet, dass der Risikoausgleich gut ein Viertel der entstandenen Kosten umverteilt hat. Das Nettovolumen berücksichtigt die Grenzen der einzelnen Versicherer. Da der grösste Teil der Umverteilung kassenintern abläuft, wird ein wesentlich kleinerer Anteil effektiv umverteilt.

¹¹ Als Bezugsgrösse wurden die für den Risikoausgleich zugelassenen Kosten minus die Kostenbeteiligungen genommen.

2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

Abbildung 10: Bedeutung der definitiven Risikoausgleichsvolumina in Prozent der Gesamtkosten – Schweiz, 1993 - 1997



Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

1997 betrug der Anteil des definitiven Nettovolumens am Total der Kosten 5,1 Prozent. Abbildung 10 zeigt wiederum deutlich die Zunahme der Bedeutung des Risikoausgleichs zwischen 1995 und 1996.

Nettoempfänger-Versicherer

Tabelle 9 zeigt erstens die Verteilung der Nettoempfänger nach der Grösse des Beitrags, welche sie aus dem Risikoausgleich erhalten haben (Spalte N). Zwischen 1993 und 1997 zeigt sich dabei eine Entwicklung hin zu grösseren Beiträgen: Mit Ausnahme der Kategorie «1 bis 5 Millionen Franken» haben alle Kategorien auf Kosten der «Bagatellbeträge» von unter 100'000 Franken zugenommen. Der Anteil der grössten Beiträge («über 10 Millionen») stieg von 7 Prozent auf 13 Prozent der Empfänger-Versicherer. Noch immer beziehen aber 38 Prozent der Versicherer «Bagatellbeträge». Ob es sich tatsächlich um Bagatellbeträge handelt, kann nur im Vergleich mit der Grösse des Versicherers beurteilt werden (vgl. die Ausführungen zur nachfolgenden Abbildung 11).

Die Spalte «Vol.» gibt zweitens an, wie gross die Summe der Beiträge für alle Versicherer in der entsprechenden Kategorie ist. Wie zu erwarten war, ergibt sich im Vergleich zur Verteilung der Versicherer ein reziprokes Verhältnis: 1997 wurden 93 Prozent des Nettovolumens an die neun Versicherer (= 13 Prozent der Versicherer), welche je Beiträge von über 10 Millionen Franken erhielten, ausbezahlt. Auch die Entwicklung der Volumenverteilung zeigt die zunehmende Bedeutung der grossen Beiträge: 1993 erhielten die Empfänger der grössten Beiträge «lediglich» 64 Prozent des Kuchens. Ihr Anteil nahm zwischen 1993 und 1997 also um 29 Prozentpunkte zu!

Tabelle 9: Nettoempfänger-Versicherer nach Beitragsgrösse und Beitragsvolumen, Schweiz 1993 - 1997

Nettobeitrags- kategorie	1993		1994		1995		1996		1997	
	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)
0 bis 0.1 Mio.	50	2	50	2	46	2	29	1	26	1
0.1 bis 1 Mio.	38	11	38	13	30	11	31	10	23	6
1 bis 5 Mio.	16	41	13	25	13	27	11	23	10	25
5 bis 10 Mio.	4	35	3	19	1	10	3	20	1	5
Über 10 Mio.	8	159	10	257	10	306	8	476	9	496
Total	116	248	114	315	100	356	82	530	69	532
0 bis 0.1 Mio.	43%	1%	44%	1%	46%	1%	35%	0%	38%	0%
0.1 bis 1 Mio.	33%	4%	33%	4%	30%	3%	38%	2%	33%	1%
1 bis 5 Mio.	14%	16%	11%	8%	13%	7%	13%	4%	14%	5%
5 bis 10 Mio.	3%	14%	3%	6%	1%	3%	4%	4%	1%	1%
Über 10 Mio.	7%	64%	9%	81%	10%	86%	10%	90%	13%	93%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche
N: Zahl der Nettoempfänger-Versicherer; Vol.: Netto-Beitragsvolumen; (*) in Millionen Franken

Tabelle 10: Nettoempfänger-Versicherer nach Versichertenbeständen und Beitragsvolumen, Schweiz 1997

Nettobeitragskategorie	Grösse der Versicherer nach Mitgliederzahl				Total
	0 bis 1'000	1'000 bis 10'000	10'000 bis 100'000	über 100'000	
0 bis 0.1 Millionen Fr.	15	10	1	0	26
0.1 bis 1 Million Fr.	10	13	0	0	23
1 bis 5 Millionen Fr.	0	6	4	0	10
5 bis 10 Millionen Fr.	0	0	1	0	1
Über 10 Millionen Fr.	0	0	2	7	9
Total	25	29	8	7	69

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

Bekommen grosse Versicherer grosse Beiträge, kleine Versicherer kleine Beiträge? Die Frage konnte aus Tabelle 9 noch nicht beantwortet werden, weil wir dort nur nach der Beitragsgrösse unterschieden.

Tabelle 10 liefert nun die relevanten Grundlagen. Die Frage kann eindeutig mit «ja» beantwortet werden. Liest man die Tabelle vertikal, so zeigt sich, dass mit Zunahme der Kassengrösse auch die Höhe des Nettobeitrags parallel anwächst. Der Korrelationskoeffizient von 0,84 bestätigt die Einschätzung.¹²

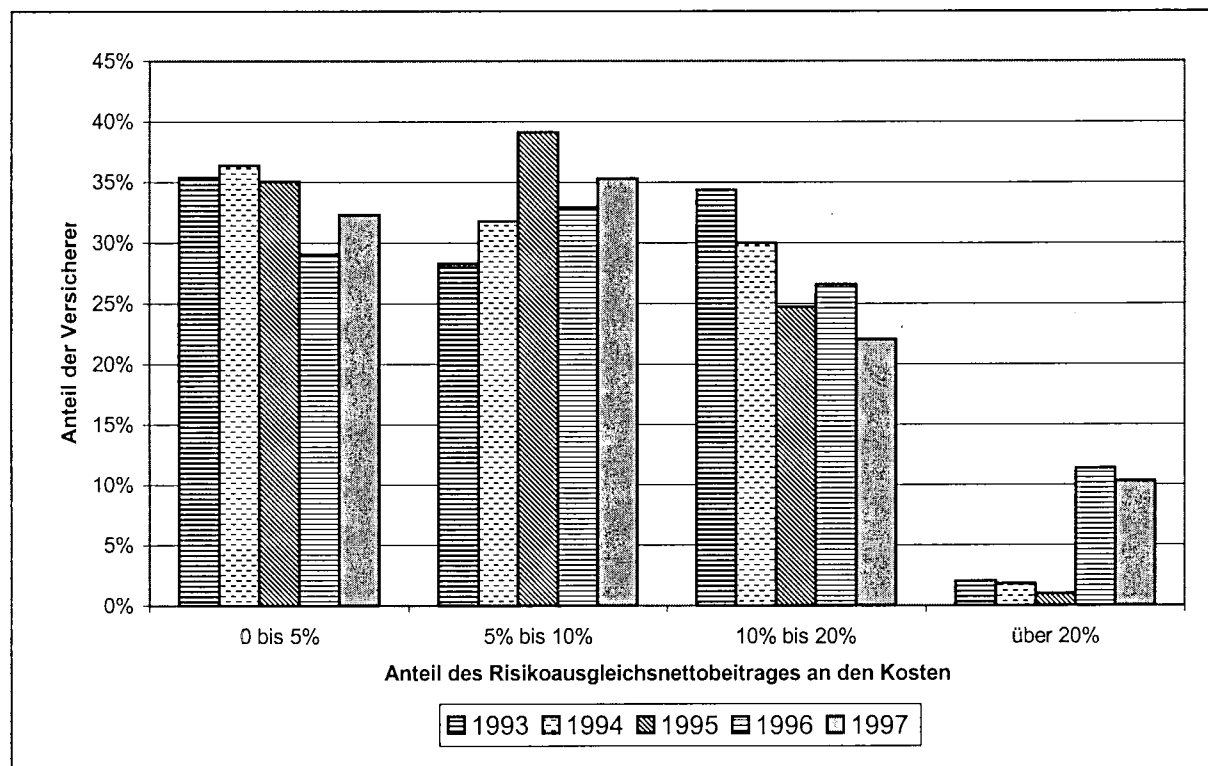
Wie bedeutungsvoll ist der erhaltene Beitrag des Risikoausgleichs? Wir nehmen als Bezugsgrösse die entstandenen Kosten¹³, wie sie der Gemeinsamen Einrichtung KVG bzw. der Risikoausgleichsstelle geliefert werden mussten. **Abbildung 11** zeigt verschiedenes:¹⁴ (1) 1997 lag die Bedeutung des Risikoausgleichs für die Versicherer zu etwa gleichen Teilen bei den Kategorien «bis 5 Prozent» (32 Prozent der Versicherer) und «5 bis 10 Prozent» (35 Prozent). Weniger bedeutsam waren die Kategorien «10 bis 20 Prozent» (20 Prozent) und «über 20 Prozent» (10 Prozent). (2) Zwischen 1993 und 1996 zeigen sich deutliche Verschiebungen: Die Bedeutung der Kategorien «0 bis 5 Prozent» und «10 bis 20 Prozent» nahmen ab, die Kategorien «5 bis 10 Prozent» und «über 20 Prozent» zu.

¹² Der Korrelationskoeffizient schwankt zwischen -1 und +1. Ein Wert von 0 zeigt an, dass kein Zusammenhang zwischen den betrachteten Variablen besteht. Die Werte -1 und +1 geben maximal starke negative bzw. positive Zusammenhänge an.

¹³ Die Kosten sind im Rahmen des Risikoausgleichs wie folgt definiert: Massgeblich sind die Kosten, die für alle Versicherten des Kantons im Rahmen der Grundversicherung übernommen werden. Von diesen Kosten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs folgende Komponenten abgezogen: (1) die Kostenbeteiligungen der Versicherten, (2) die Bundesbeiträge (bis 1995). Für unsere Berechnungen haben wir die Grösse «Kosten minus Kostenbeteiligung der Versicherten» verwendet.

¹⁴ 1993 waren für 24 Versicherer, 1994 für 16 Versicherer, 1995 für 4 und 1996 für 3 Versicherer keine Kostendaten verfügbar. Solche Fälle treten dann auf, wenn es den (meist sehr kleinen) Versicherern buchhalterisch nicht möglich war, die Kosten differenziert nach Risikogruppen auszuweisen.

Abbildung 11: Die Bedeutung der Risikoausgleichsbeiträge für die Nettoempfänger-Versicherer in Prozent der Bruttokosten, Schweiz 1993 - 1997



Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

Insbesondere auffällig ist der sehr markante Anstieg bei den Versicherern, bei welchen die Nettozahlung des Risikoausgleichs über 20 Prozent der Kosten ausmachte: 1993 fielen nur 2,0 Prozent der Versicherer in diese Kategorie, 1996 11,4 Prozent. Der Sprung fand gleichzeitig mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes statt. Zeitgleich mit der Einführung erfolgte, aus verschiedenen Gründen, eine Kostenzunahme von 10 Prozent (BSV 1997c). Abbildung 11 lässt nun den Schluss zu, dass die Kostenzunahme nicht alle Versicherer gleich betroffen hat. Diejenigen, deren Kosten stark überdurchschnittlich zunahmen, «rutschten» in die Kategorie «über 20 Prozent».

Als substantiell bezeichnen wir Beiträge, welche 10 Prozent und mehr der entstandenen Kosten abdecken. In diesem Sinne erhielten 1997 22 Versicherer (32 Prozent der Empfänger-Versicherer) substantielle Beiträge.

Nettozahler-Versicherer

In diesem Abschnitt werden die genau gleichen Auswertungen vorgenommen wie im vorangegangenen.

Tabelle 11 zeigt die Verteilung der Versicherer und des Abgabenvolumens nach der Grösse der Nettoabgaben an den Risikoausgleich. Auch hier zeigt sich ein starkes Ansteigen der grossen Abgabebeträge zwischen 1993 und 1997 (von 78 Prozent auf 84 Prozent Anteil am Abgabevolumen). Die Verteilung der Versicherer auf die verschiedenen Kategorien weicht im Vergleich zu den Empfängern etwas nach oben ab: In den beiden grössten Kategorien zusammen (Abgaben über 5 Millionen Franken) fanden sich 1997 27 Prozent der Versicherer, in den analogen Kategorien der Empfänger nur 14 Prozent.

Tabelle 11: Nettozahler-Versicherer nach Abgabengrösse und Abgabenvolumen, Schweiz 1993 - 1997

Nettoabgaben- kategorie	1993		1994		1995		1996		1997	
	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)	N	Vol. (*)
0 bis 0.1 Mio.	26	1	19	1	23	1	17	1	14	1
0.1 bis 1 Mio.	21	7	23	7	19	6	22	8	19	8
1 bis 5 Mio.	7	16	10	30	12	35	6	15	11	24
5 bis 10 Mio.	5	32	5	39	4	26	9	61	7	54
Über 10 Mio.	8	192	7	240	8	288	9	445	9	446
Total	67	248	64	315	66	356	63	530	60	532
0 bis 0.1 Mio.	39%	0%	30%	0%	35%	0%	27%	0%	23%	0%
0.1 bis 1 Mio.	31%	3%	36%	2%	29%	2%	35%	2%	32%	1%
1 bis 5 Mio.	10%	7%	16%	9%	18%	10%	10%	3%	18%	4%
5 bis 10 Mio.	7%	13%	8%	12%	6%	7%	14%	11%	12%	10%
Über 10 Mio.	12%	78%	11%	76%	12%	81%	14%	84%	15%	84%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche
N: Zahl der Nettozahler-Versicherer; Vol.: Netto-Abgabenvolumen; (*) in Millionen Franken

Tabelle 12: Nettozahler-Versicherer nach Versichertenbeständen und Abgabenvolumen, Schweiz 1997

Grösse des Beitrags	Grösse der Versicherer nach Mitgliederzahl				Total
	0 bis 1'000	1'000 bis 10'000	10'000 bis 100'000	über 100'000	
0 bis 0.1 Millionen Fr.	10	3	1	0	14
0.1 bis 1 Million Fr.	4	14	1	0	19
1 bis 5 Millionen Fr.	0	6	5	0	11
5 bis 10 Millionen Fr.	0	1	6	0	7
Über 10 Millionen Fr.	0	0	5	4	9
Total	14	24	18	4	60

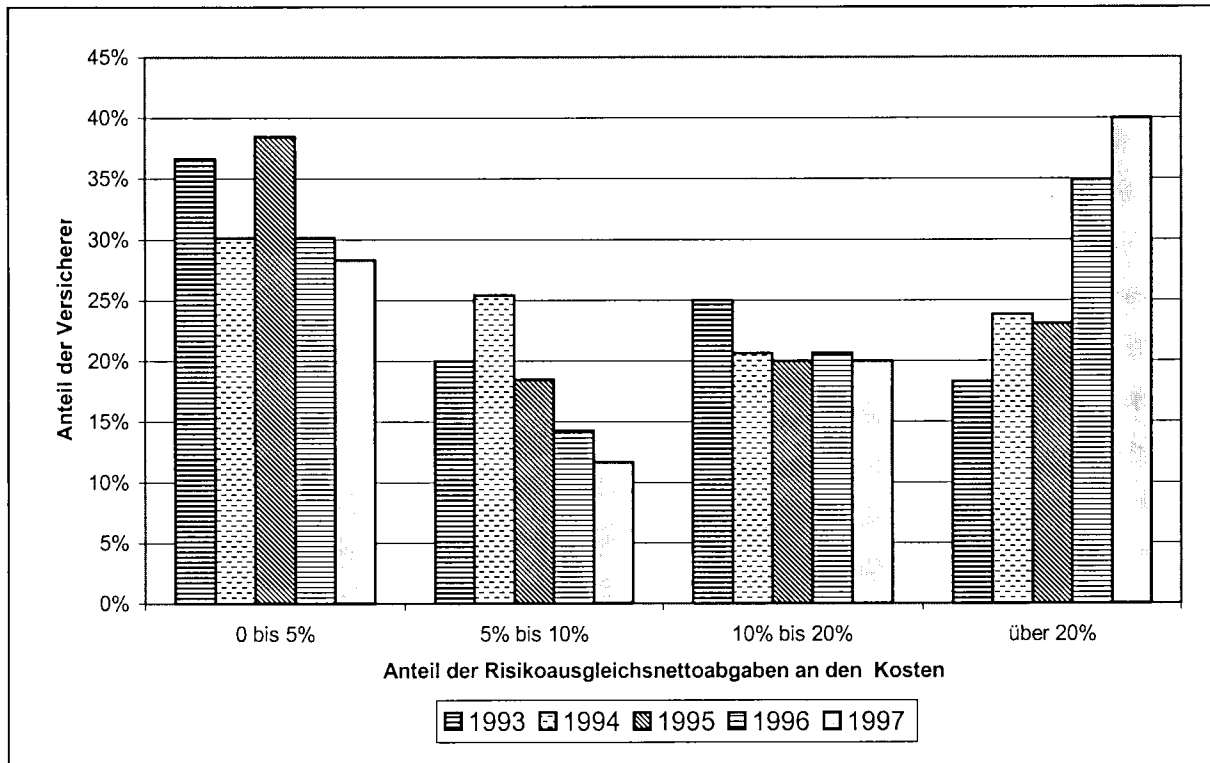
Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

Tabelle 12 zeigt auch für die Nettozahler, dass ein enger Zusammenhang zwischen Beitragsgrösse und Grösse der Versicherung besteht. Der Korrelationskoeffizient beträgt 0,88. Die grossen Zahler-Versicherer zahlen alle Abgaben von über 10 Millionen Franken.

Die Bedeutung der Abgaben an den Risikoausgleich in Prozent der entstandenen Kosten unterscheidet sich nun aber deutlich von derjenigen für die Empfänger-Versicherer (vgl. **Abbildung 12**). Insbesondere fällt auf, dass 40 Prozent der Zahler (24 Versicherer) Beiträge von über 20 Prozent ihrer Kosten zu entrichten hatten. Dieser Anteil lag bei den Empfängern bei 10 Prozent. Substantielle Abgaben, also Abgaben von über 10 Prozent der Kosten, mussten 36 Versicherer (60 Prozent der Zahler-Versicherer) aufwenden. Der entsprechende Vergleichswert bei den Empfänger-Kassen betrug 32 Prozent. Nimmt man die Zahler und die Empfänger zusammen, so waren 1997 die Auswirkungen auf 58 Versicherer (45 Prozent aller Versicherer) substantiell.

Auch bei den Zahler-Versicherer ist der bereits diskutierte Sprung zwischen 1995 und 1996 festzustellen. Auch hier scheint es zahlreiche Versicherer gegeben zu haben, die von der generellen 10prozentigen Kostenzunahme stark unterdurchschnittlich betroffen wurden. Somit nahm der Anteil, der Versicherer in der Kategorie «über 20 Prozent» sprunghaft zu.

Abbildung 12: Die Bedeutung der Risikoausgleichsabgaben für die Nettozahler-Versicherer in Prozent der Bruttokosten, Schweiz 1993 - 1997



Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

2.4. Die Umverteilung zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern

Der Risikoausgleich nimmt einen Ausgleich der unterschiedlichen Kosten zwischen Altersgruppen und den Geschlechtern vor. Sowohl die Berechnungsart wie aber auch die Definition von Risikogruppen veränderte sich seit 1993 zweimal:

■ **Berechnungsart**¹⁵: Zwischen 1993 und 1995 erfolgte die Berechnung in zwei Schritten. Zuerst wurde für jede Risikogruppe der Beitrag berechnet. Die Gruppen wurden so definiert, dass für alle Gruppen ein positiver Beitrag resultierte. Im zweiten Schritt wurden dann die Abgaben berechnet. Die Abgabe wurde dabei pro versicherter Person einheitlich gestaltet (für Kinder bis 15 Jahre wurde die Hälfte bzw. in der ersten Verordnungsrevision drei Zehntel geschuldet). In der Summe mussten dabei die Abgaben den berechneten Beiträgen entsprechen. Für jede Risikogruppe konnte durch das Verrechnen der Beiträge und Abgaben die Nettoposition berechnet werden.

Seit 1996 wird die Nettoposition in einem einzigen Schritt berechnet. Der Nettobeitrag bzw. die Nettoabgabe pro versicherter Person beläuft sich dabei auf die (positive bzw. negative) Differenz zwischen dem im Durchschnitt in der relevanten Alterskategorie entstandenen Kosten pro Versicherten und den Durchschnittskosten pro Versicherten über alle Versicherten (vgl. Abschnitt 1.2.).

■ **Definition von Risikogruppen**: Zwischen 1993 und 1995 wurde ein getrenntes Verfahren angewendet. Die Risikogruppen wurden einerseits nach dem Kriterium Geschlecht (wie oben erwähnt entfielen 1994/95 auf diese Kategorie sechs Gruppen), andererseits nach dem Kriterium Alter (drei Gruppen) zusammengestellt. 1996 wurde nicht nur die Anzahl der Risikogruppen noch einmal erhöht, sondern auch

¹⁵ Vgl. auch Abschnitt 1.2.

ein integriertes Verfahren gewählt. Die Risikogruppen, welche sich nach Alter *und* Geschlecht unterscheiden, werden mit dem Gesamtdurchschnitt verglichen. Die erste Revision der Verordnung 1993 brachte zudem bereits eine Erhöhung der Zahl der Risikogruppen von drei auf neun.

Abbildung 13 zeigt nun die sich mit den Jahren verändernde Umverteilung zwischen Alter und Geschlecht. Ausgewiesen wird pro Risikogruppe der Anteil am Umverteilungsvolumen. Hat der Anteil ein negatives Vorzeichen, so bezahlt die Gruppe netto, bei einem positiven Vorzeichen erhält sie etwas.¹⁶ 1993 gehörte demnach eine Risikogruppe zu den Nettozahlern, zwei zu den Nettoempfängern. Zur Finanzierung trugen ebenfalls die 16 bis 59jährigen Männer und die Kinder bei.¹⁷ Am meisten trugen die Männer zwischen 16 und 59 Jahren zum Risikoausgleich bei (67 Prozent des Umverteilungsvolumens); am meisten profitierten die Personen über 70 Jahre (76 Prozent).

1994 und 1995 ergaben sich bereits differenziertere Bilder, weil mehr Risikogruppen berücksichtigt wurden. Die Altersgruppen «36 bis 40 Jahre» und «41 bis 45 Jahre» trugen je mit 15 Prozent am meisten zum Umverteilungsvolumen bei. Wiederum profitierte mit 76 Prozent die Altersgruppe «über 70 Jahre» am meisten. Sieben Alters- und Geschlechtsgruppen trugen zum Ausgleich bei, zwei konnten Risikoausgleichsbeiträge erhalten (die Kinder finanzierten ebenfalls mit). Der Break-Point lag dabei zwischen den Gruppen «46 bis 59 Jahre» (negativer Beitrag) und «60 bis 69 Jahre» (positiver Zuschuss).

1996 veränderte sich das Bild durch die neue Berechnungsformel und die Neudefinition der Risikoausgleichsgruppen noch einmal deutlich. Am meisten trugen die Männer und Frauen der Altersgruppe «18 bis 25 Jahre» bei. Den grössten Anteil am Umverteilungsvolumen kam der Altersgruppe «80 bis 85 Jahre» zu. Der Break-Point lag dabei bei den Frauen zwischen den Kategorien «46 bis 50 Jahre» und «51 bis 55 Jahre», bei den Männern etwas höher zwischen den Gruppen «51 bis 55 Jahre» und «56 bis 60 Jahre». Für 1997 ergaben sich qualitativ dieselben Ergebnisse.

Interessanterweise nahm der Anteil am Umverteilungsvolumen in den höchsten Alterskategorien wieder ab. Dies deshalb, weil in diesen Kategorien der Bestand der Versicherten klein ist. **Abbildung 14** verdeutlicht diesen Sachverhalt: Zwar nehmen die positiven Beiträge pro Versicherten mit zunehmendem Alter stetig zu (fett ausgezogene Linie ohne Punkte), da sich die Durchschnittskosten mit dem Alter laufend erhöhen. Da die Versichertenbestände aber vor allem nach dem 85. Altersjahr stark abnehmen, ergibt sich ein rückläufiger Trend beim Anteil am Umverteilungsvolumen. Gerade umgekehrt ist dies bei den jüngsten Alterskategorien. Hier sind die negativen Beiträge pro Versicherten gar nicht so hoch. Die grosse Zahl der Versicherten in diesen Kategorien bewirkt aber, dass das Umverteilungsvolumen stark von den jüngsten Alterskategorien – sowohl von Frauen wie von Männern – aufgebracht wird.

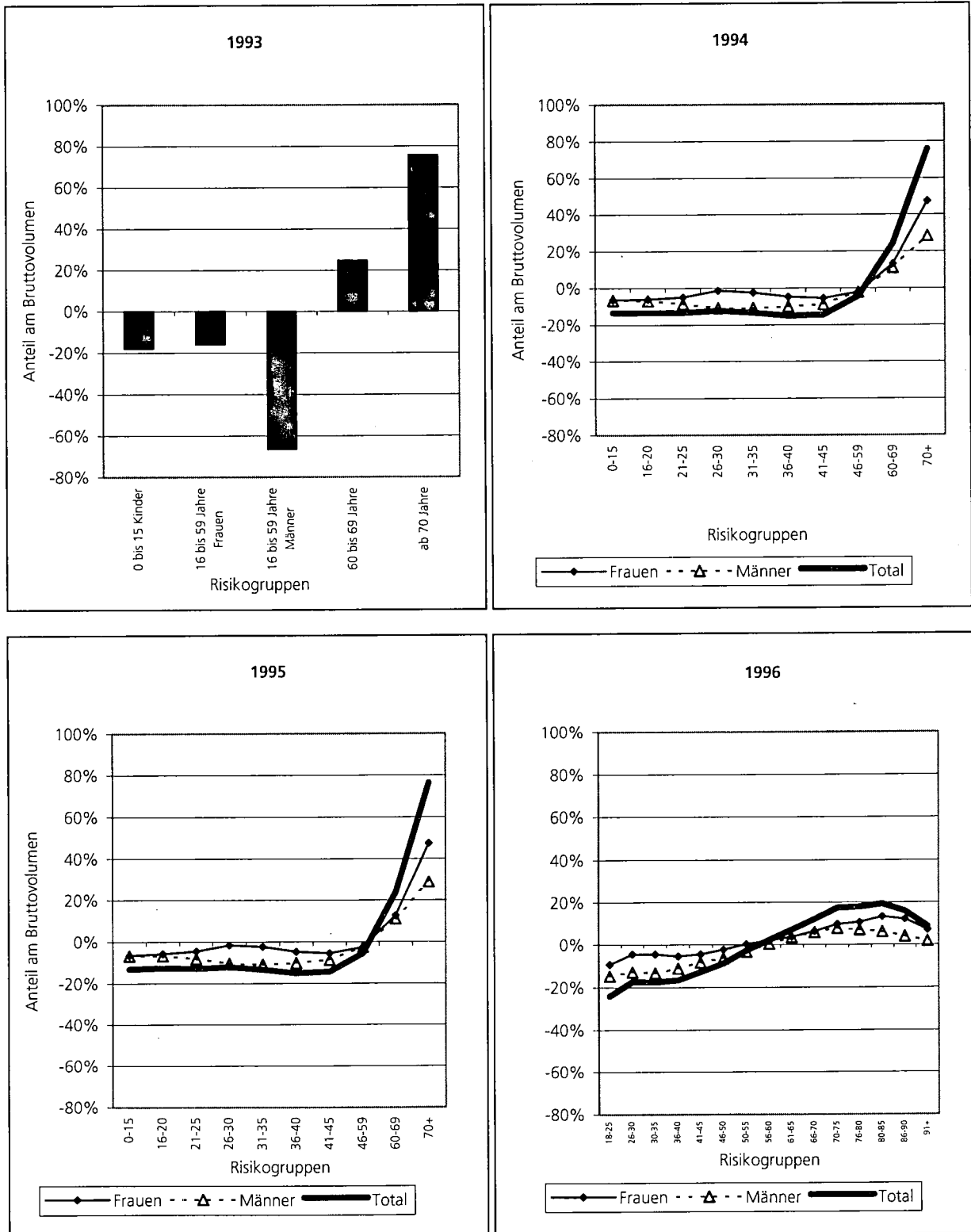
¹⁶ Um diese Berechnungen durchzuführen, sind wir wie folgt vorgegangen: wir haben über alle Kantons- und Kassengrenzen hinweg die Nettopositionen der einzelnen Risikogruppen aggregiert. Dabei konnte es also durchaus sein, dass eine Risikogruppe im einen Kanton eine positive, im anderen Kanton aber eine negative Nettoposition hatte.

Mit diesem Vorgehen machen wir einen Fehler: Der Risikoausgleich wird in den Kantonen berechnet und nicht auf schweizerischer Ebene. Korrekterweise hätte man zuerst ein schweizerisches Kollektiv bilden müssen. Dann hätte man den Risikoausgleich für alle Jahre neu berechnen müssen. Dieses Vorgehen ist aber viel zu aufwendig. Zudem dürften die ausgewiesenen Prozentwerte dennoch relativ genau stimmen.

¹⁷ Die erste Verordnung sah vor, dass drei Risikogruppen von Erwachsenen potentiell Beiträge erhalten können und vier Erwachsenengruppen zur Finanzierung beigezogen werden. Weiter wurden die Kinder unter 15 Jahren in die Finanzierung integriert. Man könnte also von drei, vier oder fünf Gruppen ausgehen. Unser Kriterium: Wenn eine Gruppe Beiträge bekommen oder Abgaben bezahlen kann, dann ist sie eine Risikogruppe.

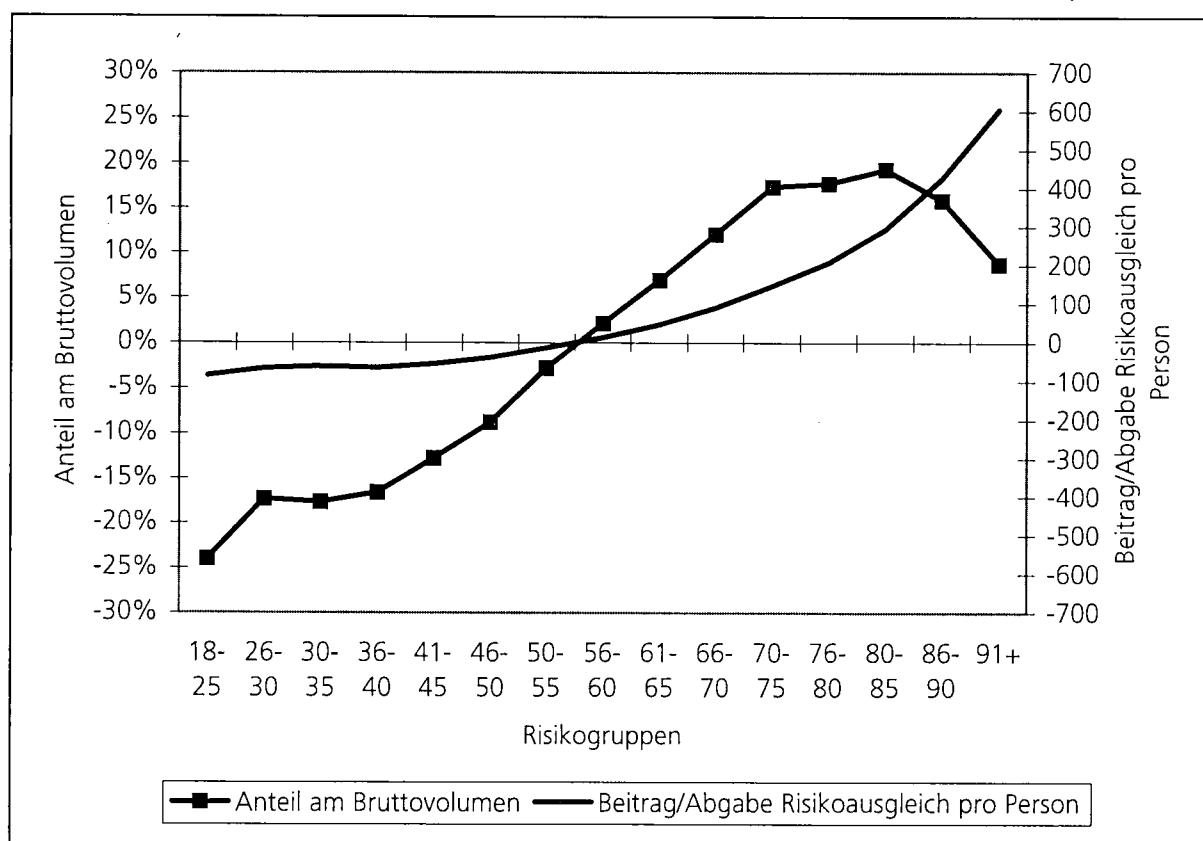
2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

Abbildung 13: Die Umverteilung zwischen Alter und Geschlecht, Schweiz 1993-1996



Quelle : Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

Abbildung 14: Beitrags- und Abgabenvolumen pro Versicherten nach Alter und Geschlecht, Schweiz 1997



Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

Die Abbildung 14 macht deutlich, dass Versicherer mit sehr günstigen Risikostrukturen (junge Männer und Frauen) bei der Budgetierung und der Prämienkalkulation besonders sorgfältig vorgehen müssen. Zwar ist die Abgabe pro Person nicht sehr markant, die grosse Zahl der jungen Versicherten führt dann aber zu einem beträchtlichen Abgabevolumen.

2.5. Auswirkungen des Zweiphasen-Abrechnungssystems

Bereits in Abschnitt 2.1 wurde darauf hingewiesen, dass sich das provisorische und definitive Risikoausgleichsvolumen um ca. 20 Prozent unterscheidet (vgl. Tabelle 2). Die Auswirkungen auf die einzelnen Versicherer sind nun aber sehr unterschiedlich. **Tabelle 13** zeigt, dass 1997 14 Prozent der Versicherer (18 Versicherer) im definitiven Ausgleich eine andere Nettoposition hatten als im provisorischen: 13 Versicherer wurden von Empfängern zu Zahlern, 5 Versicherer gingen den umgekehrten (und weniger problematischen) Weg. Der Anteil derjenigen Versicherer, welche die Nettoposition wechseln mussten, hat seit 1993 von 4 auf 14 Prozent zugenommen, das Wechselproblem hat sich somit verschärft.

Die Auswirkungen der Differenz zwischen provisorischem und definitivem Ausgleich sind aber nicht nur für diejenigen Versicherer problematisch, welche ihre Nettoposition ändern. **Tabelle 14** zeigt, dass sich der definitive Beitrag im Verhältnis zum provisorischen auch ohne Änderung der Nettoposition für die meisten Versicherer stark verändert.

2. Die Entwicklung des Risikoausgleichs 1993 bis 1998

Tabelle 13: Auswirkungen der Differenz zwischen provisorischem und definitivem Risikoausgleich auf die Nettoposition der Versicherer, Schweiz 1994 -1997

Nettoposition des Versicherers		1994	1995	1996	1997
Provisorischer RA	Definitiver RA				
Empfänger	Empfänger	110	97	80	64
Zahler	Zahler	60	56	52	47
Empfänger	Zahler	4	10	11	13
Zahler	Empfänger	4	3	2	5
Total		178	166	145	129
Empfänger	Empfänger	62%	58%	55%	50%
Zahler	Zahler	34%	34%	36%	36%
Empfänger	Zahler	2%	6%	8%	10%
Zahler	Empfänger	2%	2%	1%	4%
Total		100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche

Tabelle 14: Ausmass der Veränderung (*) zwischen dem provisorischen und dem definitiven Risikoausgleich, 1994 - 1997

Veränderungsrate (*)	1994	1995	1996	1997
über -100%	8	13	13	18
-75% bis -100%	5	0	5	5
-50 bis -75%	8	12	12	8
-25 bis -50%	12	17	13	14
-10 bis -25%	34	11	13	17
0 bis -10%	25	13	11	9
0 bis 10%	24	16	17	8
10 bis 25%	17	26	18	11
25 bis 50%	19	32	19	13
50 bis 75%	7	8	6	7
75 bis 100%	6	8	7	3
über 100%	13	10	11	16
Total	178	166	145	129
über -100%	4%	8%	9%	14%
-75% bis -100%	3%	0%	3%	4%
-50 bis -75%	4%	7%	8%	6%
-25 bis -50%	7%	10%	9%	11%
-10 bis -25%	19%	7%	9%	13%
0 bis -10%	14%	8%	8%	7%
0 bis 10%	13%	10%	12%	6%
10 bis 25%	10%	16%	12%	9%
25 bis 50%	11%	19%	13%	10%
50 bis 75%	4%	5%	4%	5%
75 bis 100%	3%	5%	5%	2%
über 100%	7%	6%	8%	12%
Total	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen auf der Grundlage der definitiven Risikoausgleiche; (*) Differenz zwischen definitivem und provisorischem Risikoausgleich im Verhältnis zum provisorischen Risikoausgleich.

In Tabelle 14 können vier Situationen auseinandergelassen werden:

■ **Negative Veränderung von «über –100 Prozent»:** Für diese Versicherer verändert sich die Nettoposition. Die Differenz zwischen definitivem und provisorischem Ausgleich ist (a) grösser als der provisorische Ausgleich und weist (b) betragsmässig in die andere Richtung als der provisorische Ausgleich gewiesen hat. In Tabelle 13 wurden diese Versicherer auch schon speziell ausgewiesen.

■ **Negative Veränderung zwischen «0 und –99 Prozent»:** Für diese Versicherer reduziert sich der definitive Ausgleich im Vergleich zum provisorischen. Es kann sich dabei sowohl um eine Reduktion der Abgaben wie auch einer solchen der Beiträge handeln. Je mehr sich die Veränderungsrate der Marke «-100 Prozent» annähert, desto mehr nähert sich der absolute Betrag Null an. 1997 waren 41 Prozent der Versicherer von negativen Veränderungen betroffen. 1993 waren es 47 Prozent gewesen.

■ **Positive Veränderung zwischen «0 und +99 Prozent»:** Für Versicherer in dieser Kategorie erhöhen sich die Beiträge bzw. die Abgaben. 1997 entfielen 33 Prozent der Versicherer auf diese Kategorie, also etwas weniger wie auf die negativen Veränderung «0 bis –99 Prozent».

■ **Positive Veränderung von «über 100 Prozent»:** Für diese Versicherer verdoppelt sich der definitive Beitrag bzw. die definitive Abgabe im Vergleich zur provisorischen Einschätzung. 1997 mussten dies 12 Prozent der Versicherer zur Kenntnis nehmen.

Wenn wir davon ausgehen, dass (positive oder negative) Veränderungen von ca. 10 Prozent in einer «normalen» Bandbreite liegen, so waren 1997 87 Prozent der Versicherer ausserhalb dieser Bandbreite. Sehr problematisch erweisen sich (positive oder negative) Veränderungen von «über 100 Prozent». Bei den negativen Abweichungen von «über 100 Prozent» kann noch unterschieden werden zwischen der Veränderung Empfänger \Rightarrow Zahler und derjenigen Zahler \Rightarrow Empfänger. Zweifelsohne ist die erstgenannte Veränderung besonders unangenehm. Aber auch die zweite führt budgetmässig zu wesentlichen Falschkalkulationen.

1997 entfielen 26 Prozent der Versicherer auf Veränderungen von «über 100 Prozent». Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass solche starke Veränderungen auch durch Fusionen ausgelöst werden können (vor allem bei der «sich auflösenden» Versicherung). Betrachtet man zudem die absoluten Beiträge, um die es sich bei den sehr starken Veränderungen handelt, so stellt man fest, dass es sich in vielen, aber bei weitem nicht allen Fällen um Bagatellbeträge handelt.¹⁸ Seit dem 1.1.1999 kommt ein neues System zur Berechnung des provisorischen Risikovolumentes zur Anwendung. Im wesentlichen führt es dazu, dass das provisorische Volumen auf aktuelleren Daten beruht. Die Differenz zwischen provisorischem und definitivem Ausgleich dürfte sich somit in Zukunft eher verkleinern.

¹⁸ 1996 gab es bspw. auch einen Versicherer, der im provisorischen Ausgleich einen Ausgleichsbetrag von rund 11 Millionen Franken zu Gute hatte, im definitiven Ausgleich aber zum Nettozahler in der Höhe von 6 Millionen Franken wurde. Die Nettoposition hat sich demnach um 17 Millionen Franken verändert!

TEIL B: VOLLZUGSEVALUATION

3. Vollzugsevaluation

Gegenstand der Vollzugs- oder Prozessevaluation ist die Frage, ob die Vollzugsträger auch tatsächlich das tun, was man von ihnen erwartet. Diese Analyse wird in diesem Kapitel vorgenommen. Dabei gehen wir in Abschnitt 3.1 zuerst auf einige methodische Aspekte ein. Insbesondere wichtig ist der Hinweis, dass im Rahmen des zur Verfügung stehenden Budgets keine vollständige Vollzugsevaluation vorgenommen werden konnte. Abschnitt 3.2 stellt alle am Risikoausgleich beteiligten Akteure und ihre Rollen dar. Diese Übersicht ist Ausgangspunkt für Abschnitt 3.3, in dem die Pflichterfüllung ausgewählter Akteure überprüft wird. Dazu verwenden wir ein einheitliches Beurteilungsschema. In Abschnitt 3.4 wird die Entwicklung der Probleme im administrativen Bereich aufgearbeitet. Abschnitt 3.5 fasst die wesentlichsten Ergebnisse der Vollzugsanalyse zusammen. Abschnitt 3.6 schliesst das Kapitel mit Empfehlungen ab.

3.1. Methodische Vorbemerkung

Rollenerwartungen an Akteure können explizit formuliert sein, beispielsweise in Gesetzen und Verordnungen. Wichtig sind aber auch implizite Rollenerwartungen, die sich meist aus der Entstehungsgeschichte eines zu überprüfenden Analysegegenstandes ergeben. Abhängig vom Analyseobjekt muss bestimmt werden, wie die Evaluation konkret vorgenommen werden kann. Zu unterscheiden ist insbesondere zwischen einer direkten und einer indirekten Prüfung. Bei der direkten Prüfung wird der Vollzugsprozess durch die EvaluatorInnen unmittelbar beobachtet. Bei der indirekten Vorgehensweise ist dies nicht der Fall. Es wird vielmehr versucht, aus verschiedenen Informationsquellen indirekt auf den Vollzugsprozess zu schliessen. Kein Verfahren ist a priori zu bevorzugen. Dort, wo eine direkte mit vertretbarem Aufwand Beobachtung möglich ist, sollte sie aus methodischen Gesichtspunkten auch vorgenommen werden.

Im vorliegenden Rahmen ergab sich aufgrund der Budgetbeschränkungen ein indirektes Vorgehen unter Restriktionen: Mittels einer kleinen Zahl von ExpertInnengesprächen und Dokumentenanalysen sollen die gestellten Fragen beantwortet werden. Der Vollzug wurde also nicht direkt beobachtet. Dies wäre beim Risikoausgleich auch kaum möglich gewesen. Allerdings wäre es aufgrund der doch komplexen Materie und der Vielzahl der beteiligten Akteure sinnvoll gewesen, mehr Gespräche als geplant durchzuführen. Konkret stützen wir uns auf die in **Tabelle 15** aufgeführten Quellen.

Eine vollständige Evaluation besteht aus drei Evaluationsebenen (vgl. Abschnitt 1.1.): Der Konsistenz-, der Vollzugs- und der Wirkungsevaluation. Das Schwergewicht im Rahmen der vorliegenden Studie liegt bei der Wirkungsevaluation. Die Vollzugsanalyse steht in zweiter Priorität. Eine Konsistenzanalyse wird nicht explizit durchgeführt. Im Rahmen der Konsistenzevaluation würde der Frage nachgegangen, ob sich mit den analysierten Massnahmen überhaupt die angestrebten Ziele verwirklichen lassen. Obschon nicht explizit Gegenstand der Studie, werden da und dort aber dennoch Konsistenzüberlegungen einfließen (müssen). Ohne derartige Überlegungen können verschiedene Probleme des Vollzugs und der Wirkung des Risikoausgleichs nicht verständlich gemacht werden. Im Rahmen der Vollzugsanalyse werden wir die Rollenerwartungen an die verschiedenen Akteure hinsichtlich ihrer Konsistenz überprüfen.

Tabelle 15: Übersicht über die für die Vollzugsevaluation verwendeten Quellen

Quellentyp	Einzelne Quellen
ExpertInnen-gespräche	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expertengespräch mit dem Leiter der Geschäftsstelle des Risikoausgleichs in der Gemeinsamen Einrichtung KVG nach Art. 18 KVG. ■ Expertengespräch mit einem Mitglied des Stiftungsrates der Gemeinsamen Einrichtung KVG nach Art. 18 KVG. ■ Expertengespräch mit einem Mitglied der Schlichtungsstelle der Risikoausgleichsstelle des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) (*). ■ Expertinnengespräch mit einer wissenschaftlichen Adjunktin der Sektion Rechtsfragen der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung. ■ Expertengespräch mit den für den Risikoausgleich zuständigen Personen eines grossen Krankenversicherers.
Schriftliche Quellen	<p>Gesetze, Verordnungen, Bundesbeschlüsse</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung, vom 13. Juni 1991. ■ Bundesgesetz über die Krankenversicherung, vom 18. März 1994. ■ Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen, vom 31. August 1992. ■ Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen, Änderungen vom 14.6.1993. ■ Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, vom 12. April 1995. ■ Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, Änderung vom 17. September 1997. ■ Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung, vom 13. Dezember 1991. ■ Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung, vom 9. Oktober 1992. <p>Botschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, vom 6. November 1991. ■ Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung. <p>Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung KVG bzw. Risikoausgleichsstelle KSK</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ KSK (1994): Risikoausgleichsstelle des KSK. Risikoausgleich unter den Krankenkassen 1992 bis 1995. ■ Reglement über die Durchführung des Risikoausgleichs unter den Versicherern, vom 17. Januar 1996. ■ Sonderauswertungen der Durchführungsstelle des Risikoausgleichs in der Gemeinsamen Einrichtung KVG nach Art. 18 KVG hinsichtlich (a) der Zahlungsausstände der Versicherer seit Einführung des Risikoausgleichs, (b) der aufgrund der Zahlungsausstände vorgenommenen Kürzungen und (c) der Datenlieferungsfehler 1996 und 1997. ■ Stiftungsreglement der Gemeinsamen Einrichtung KVG, vom 17. Januar 1996 ■ Stiftungsurkunde der Gemeinsamen Einrichtung KVG, vom 29. April 1996. <p>Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kreisschreiben 96/1: Art. 2 der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Massgebender Zeitpunkt für den Einbezug der erwachsenen Versicherten in den Risikoausgleich und für ihre Einteilung in die einzelnen Risikogruppen, vom 30. Januar 1996. ■ Kreisschreiben 96/7: Prämientarife 1997/Budget 1997, vom 3. Juni 1996. ■ Kreisschreiben 96/11: Risikoausgleich in der Krankenversicherung, Rückstellungen infolge veränderter Risikostruktur, vom 19. Dezember 1996. ■ Kreisschreiben 97/4: Prämientarife 1998/Budgets, vom 28. Mai 1997.
Schriftliche Quellen	<p>Gerichtsurteile</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 19. Dezember 1996 in Sachen Kranken- und Unfallversicherung A. gegen KSK-Risikoausgleichsstelle (jetzt Gemeinsame Einrichtung KVG) und BSV (K981). ■ Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 28. November 1994 in Sachen U. R. (K959). ■ Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 31. Juli 1997 in Sachen Versicherer A. und H. gegen Gemeinsame Einrichtung KVG und EDI. <p>Weitere Quellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Änderungsanträge der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG hinsichtlich der geltenden Verordnung über den Risikoausgleich ■ EDI Eidg. Departement des Innern (1998): Vernehmlassungsverfahren zu Änderungen der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung und zur Verordnung über die Krankenversicherung. ■ Kartellkommission (1992): Stellungnahme zur Totalrevision des KUVG, Jahresbericht 1992 der Kartellkommission, 151ff. ■ Kartellkommission (1993): Stellungnahme der Kartellkommission zum Risikoausgleich im Rahmen der Ämterkonsultation, Jahresbericht 1993 der Kartellkommission, 20. ■ Übersicht über alle Beschwerden gegen den Risikoausgleich (zusammengestellt vom Bundesamt für Sozialversicherung) (**)

(*) Früher: Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen KSK; (**) nicht vollständig
Quelle: Eigene Darstellung

3.2. Die Akteure und ihre Rollen

In diesem Abschnitt werden die Akteure des Risikoausgleichs und ihre Rollen vorgestellt. Grundlage dazu bilden die entsprechenden Bestimmungen in den rechtlichen Grundlagen. Zu unterscheiden sind insbesondere zwei Phasen des Risikoausgleichs: von 1993 bis 1995 auf der Grundlage des dringlichen Bundesbeschlusses über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung und seit 1996 auf derjenigen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Die Vollzugsprüfung bezieht sich schweremwichtig auf die Phase seit 1996, weil nur für diese Zeit Gespräche mit Akteuren geführt werden konnten, die auch tatsächlich noch operativ tätig sind. Für die Phase vor 1996 müssen wir uns verstärkt auf schriftliche Quellen stützen.

Tabelle 16 zeigt die Akteure des Risikoausgleichs und ihre Pflichten gemäss Gesetz, Verordnung und dringlichem Bundesbeschluss bezüglich Entsolidarisierung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Bestimmungen aus anderen Quellen nicht in die Tabelle integriert. Auf sie soll im weiteren eingegangen werden. Die Tabelle kann auf zwei verschiedene Arten gelesen werden:

■ **Erstens:** Lesart nach den Phasen des Risikoausgleichs. In den Spalten 2 und 3 finden sich die Bestimmungen nach neuem, in den Spalten 4 und 5 diejenigen nach altem Recht.

■ **Zweitens:** Lesart nach Akteuren: Diese horizontale Lesart der Tabelle erlaubt die Beurteilung der Veränderung der Rollen bestimmter Akteure zwischen dem neuen und alten Recht. Die Tabelle wird weiter durch fette Trennlinien strukturiert. Sie halten Gruppen von Akteuren auseinander: (a) die Gemeinsame Einrichtung KVG nach Artikel 18, (b) die Krankenversicherer und ihnen angegliederte Stellen sowie (c) die verschiedenen Bundesstellen.

Ein erster Blick auf Tabelle 16 zeigt eine starke Veränderung der Rollen zwischen dem alten und neuen Recht. Die Veränderung ist vor allem durch den Übergang vom befristeten Ausnahmerecht ins ordentliche Bundesrecht geprägt. Dadurch reduzierten sich insbesondere die Aufgaben der parastaatlichen Akteure:

■ Als **neuer Akteur** tritt die Stiftung Gemeinsame Einrichtung KVG (GE) nach Artikel 18 KVG auf. Die Stiftung wurde von den Versicherern gegründet. In den rechtlichen Grundlagen, auf die in Tabelle 16 Bezug genommen wird, werden die verschiedenen Organe der GE (Stiftungsrat, Geschäftsstelle, Revisionsstelle) nicht genannt. Da sie jedoch aufgrund der Stiftungsurkunde und -reglemente sehr unterschiedliche Rollen wahrnehmen, müssen sie in der Folge differenziert betrachtet werden.

■ Verschiedene Akteure haben im neuen Recht innerhalb der Durchführung des Risikoausgleichs **keine explizite Aufgabe mehr**: das *Konkordat der Krankenversicherer (KSK)*, die *Risikoausgleichsstelle* des KSK, die vom Konkordat eingesetzte *Schlichtungsstelle* und die *«Arbeitsgruppe Risikoausgleich»* des KSK. Das Konkordat wurde in der Verordnung IX noch explizit genannt. Nun spricht der Gesetzestext im Zusammenhang mit der Gründung der GE nur noch von den «Versicherern». Die Risikoausgleichsstelle und die Schlichtungsstelle gingen in der Geschäftsstelle der GE auf. Die Arbeitsgruppe Risikoausgleich nahm folgende Aufgaben wahr: (1) Vorbereitung der ersten Verordnung zum Risikoausgleich, (2) Beratung der Risikoausgleichs- und der Schlichtungsstelle in Fachfragen (unter Wahrung des Datenschutzes). Ebenfalls hinfällig wurden die Aufgaben der Revisionsstelle der Risikoausgleichsstelle des Konkordats. Allerdings übernahm die «alte» Revisionsstelle dieselben Aufgaben als Revisionsstelle der GE.

Tabelle 16: Pflichten und Rollen der verschiedenen am Risikoausgleich beteiligten Akteure aufgrund von Gesetz, Verordnung und dringlichem Bundesbeschluss

Akteure	Neues Recht seit 1996		Altes Recht, gültig zwischen 1993 und 1995	
	Krankenversicherungsgesetz	Verordnung RA (*)	dBB zur Entsolidarisierung	Verordnung IX (**)
Gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 KVG	Die GE führt den Risikoausgleich durch (Art. 105, Abs. 3)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Berechnung des RA (Art. 7, Abs. 2) ■ Rechnungsstellung (Art. 7, Abs. 2) ■ Ergreifen von Sanktionen bei verspäteten Zahlungen (Art. 12, Abs. 4 und Art. 16, Abs. 1) ■ Erstellt eine Statistik über die Kosten und Versichertenbestände (Art. 7, Abs. 3) ■ Erstattet jährlich Bericht über die Durchführung des RA (Art. 7, Abs. 4) ■ Legt den Inhalt der Statistik und des Berichtes zusammen mit dem BSV fest (Art. 7, Abs. 5) ■ Kann von der Revisionsstelle der Versicherer einen Bericht über die Richtigkeit der Daten verlangen (Art. 11, Abs. 1) ■ Kann die Richtigkeit der Daten der Versicherer zusammen mit ihren Revisionsstellen überprüfen (Art. 11, Abs. 2) ■ Beurteilt Beschwerden als 1. Instanz (Art. 15, Abs. 1) 		
Krankenversicherer	Gründen gemeinsam die GE (Art. 18, Abs. 1)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liefern Daten über Kosten und Versichertenbestände (Art. 10) ■ Leisten Zahlungen an die Durchführungsstelle (Art. 12) ■ Berücksichtigen den RA beim Budgetieren (Art. 6, Abs. 4; seit 1.1.1998) 	Regeln gemeinsam unter Vorbehalt der Zustimmung durch den BR den Risikoausgleich (Art. 1, Abs. 2)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liefern Daten über Kosten und Versichertenbestände (Art. 12) ■ Leisten Zahlungen an die Durchführungsstelle (Art. 13)
Revisionsstelle der Krankenversicherer		<ul style="list-style-type: none"> ■ Erstellen auf Anfrage einen Bericht über die Richtigkeit der Daten (Art. 11, Abs. 1) ■ Unterstützen die GE bei der Überprüfung der Richtigkeit der Daten in Stichproben (Art. 11, Abs. 2) 		Erstellen auf Anfrage einen Bericht über die Richtigkeit der Daten (Art. 12a); ab 1994

(*) Wurde am 17.9.97 geändert, in Kraft seit dem 1.1.1998 (Ergänzung durch Artikel 6 Absatz 4);

(**) Die erste Version der Verordnung IX (erlassen am 31.8.1992, in Kraft am 1.10.1992) galt für den Risikoausgleich 1993. Die zweite Version der VO IX (revidiert am 14.6.1993, in Kraft am 1.7.1993) galt für den Risikoausgleich 1994 und 1995

Fortsetzung Tabelle 10: Pflichten und Rollen der verschiedenen am Risikoausgleich beteiligten Akteure aufgrund von Gesetz, Verordnung und dringlichem Bundesbeschluss

Akteure	Neues Recht seit 1996		Altes Recht, gültig zwischen 1993 und 1995	
	Krankenversicherungsgesetz	Verordnung RA (*)	dBB zur Entsolidarisierung	Verordnung IX (**)
Konkordat der Krankenversicherer				<ul style="list-style-type: none"> ■ Setzt eine Risikoausgleichsstelle ein (Art. 11, Abs. 1) ■ Setzt eine Schlichtungsstelle ein (Art. 16) ■ Bestimmt die Revisionsstelle der Risikoausgleichsstelle (Art. 15)
Risikoausgleichsstelle des Konkordats				<ul style="list-style-type: none"> ■ Berechnung des RA (Art. 11, Abs. 2) ■ Rechnungsstellung (Art. 11, Abs. 2) ■ Ergreifen von Sanktionen bei verspäteten Zahlungen (Art. 13, Abs. 4) ■ Erstellt eine Statistik über die Kosten und Versichertenbestände (Art. 11, Abs. 4) ■ Erstellt eine Jahresrechnung (Art. 11, Abs. 5) ■ Kann von der Revisionsstelle der Versicherer einen Bericht über die Richtigkeit der Daten verlangen (Art. 12a); ab 1994
Revisionsstelle der Risikoausgleichsstelle				Überprüft Abrechnungen und Zahlungen der Risikoausgleichsstelle (Art. 15)
Schlichtungsstelle				1. Instanz bei Rechtsstreitigkeiten (Art. 16, Abs. 1); Einschränkung auf Beschwerden über den def. RA seit 1994
BSV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kann von den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen und Auskünfte verlangen (Art. 21, Abs. 4) ■ Übt für den Bundesrat die Aufsicht über die GE aus (Art. 26 KVV) 	Legt den Inhalt der Statistik und des Berichtes zusammen mit der GE fest (Art. 7, Abs. 5)		2. Instanz bei Streitigkeiten (Art. 16, Abs. 2)

(*) Wurde am 17.9.97 geändert, in Kraft seit dem 1.1.1998 (Ergänzung durch Artikel 6 Absatz 4);

(**) Die erste Version der Verordnung IX (erlassen am 31.8.1992, in Kraft am 1.10.1992) galt für den Risikoausgleich 1993. Die zweite Version der VO IX (revidiert am 14.6.1993, in Kraft am 1.7.1993) galt für den Risikoausgleich 1994 und 1995

Fortsetzung Tabelle 10: Pflichten und Rollen der verschiedenen am Risikoausgleich beteiligten Akteure aufgrund von Gesetz, Verordnung und dringlichem Bundesbeschluss

Akteure	Neues Recht seit 1996		Altes Recht, gültig zwischen 1993 und 1995	
	Krankenversicherungsgesetz	Verordnung RA (*)	dBB zur Entsolidarisierung	Verordnung IX (**)
EDI	Genehmigung der Stiftungsurkunde und Reglemente der GE (Art. 18, Abs. 1)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2. Instanz bei Streitigkeiten ■ Kann Versicherern, die nicht am RA teilnehmen bzw. ihre Pflichten wiederholt verletzen, die Anerkennung entziehen (Art. 16, Abs. 2) 	Kompetenz zur Genehmigung der Prämien 1993 bis 1995 (***)	
Bundesrat	<ul style="list-style-type: none"> ■ Richtet GE ein, wenn sich die Versicherer nicht einigen können (Art. 18, Abs. 1) ■ Erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich (Art. 105, Abs. 4) ■ Versicherer und GE unterstehen der Aufsicht des BR (Art. 21, Abs. 1) ■ Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bedürfen der Genehmigung durch den BR (Art. 61, Abs. 4) (****) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Gibt Zustimmung zu den Regelungen des RA durch die Kassen (Art. 1, Abs. 2) ■ Der BR erlässt die Bestimmungen zur Durchführung des RA, wenn sich die Kassen nicht einigen können (Art. 1, Abs. 2) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kann Kassen, die sich dem RA nicht anschliessen, die Anerkennung entziehen (Art. 17, Abs. 1) ■ Kann Kassen, welche Daten nicht liefern bzw. nicht zahlen, die Bundesbeiträge teilweise oder ganz sperren (Art. 17, Abs. 2)

(*) Wurde am 17.9.97 geändert, in Kraft seit dem 1.1.1998 (Ergänzung durch Artikel 6 Absatz 4);

(**) Die erste Version der Verordnung IX (erlassen am 31.8.1992, in Kraft am 1.10.1992) galt für den Risikoausgleich 1993. Die zweite Version der VO IX (revidiert am 14.6.1993, in Kraft am 1.7.1993) galt für den Risikoausgleich 1994 und 1995;

(***) Stützt sich auf den dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung;

(****) Früher gab es Kompetenzen zur Überprüfung der Prämien gestützt auf Artikel 6 Absatz 2 KUVG. Ab 1993 ergaben sich Kompetenzen für das EDI (vgl. Bemerkung ***). Die Kompetenz wurde ans BSV delegiert (Artikel 92 KVV).

Abkürzungen:

GE: Gemeinsame Einrichtung KVG; BR: Bundesrat; EDI: Eidg. Departement des Innern; BSV: Bundesamt für Sozialversicherung; RA: Risikoausgleich; KVV: Krankenversicherungsverordnung

Quelle: entsprechende rechtliche Grundlagen

■ Bei zwei Akteuren **nahmen die Pflichten zu**: die *Revisionsstellen der Versicherer* müssen neu die GE bei der Überprüfung der Richtigkeit der Daten der Versicherer in Stichproben unterstützen.

Das *Eidgenössische Departement des Innern* (EDI) übernahm vom Bundesrat die Kompetenz zur Sanktionierung von Versicherern, die nicht am Risikoausgleich teilnehmen bzw. ihre Pflichten wiederholt verletzen. Weiter genehmigt das EDI neu die Stiftungsurkunde und die Reglemente der GE. Neu ist das EDI auch explizit als zweite Instanz bei Rechtsstreitigkeiten erwähnt. Allerdings war es schon nach altem Recht auf der Grundlage des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren in den Instanzenweg als dritte Stelle nach der Schlichtungsstelle und dem BSV integriert.¹⁹

■ Bei verschiedenen Akteuren **veränderte sich das Aufgabenfeld**: Das *Bundesamt für Sozialversicherung* übernahm vom Bundesrat bestimmte Weisungskompetenzen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechtes. Von Bedeutung ist dies vor allem bei den Kreisschreiben zur Berücksichtigung des Risikoausgleichs bei der Prämienberechnung. Weiter kann das BSV neu den Inhalt des Statistikberichts der GE gemeinsam mit der GE festlegen. Neu ist das BSV auch nicht mehr zweite Beschwerdeinstanz. Diese Aufgabe fällt nun formal dem EDI zu. Departementsintern ist das BSV jedoch weiterhin als vorbereitende Instanz für das EDI mit den Beschwerden befasst.

Der *Bundesrat* delegiert neu Aufgaben an das EDI bzw. an das BSV und nimmt sie nicht mehr selbst wahr. Dazu gehören insbesondere die Sanktionsmöglichkeiten gegenüber nicht kooperationswilligen Versicherern. Gemäss Bundesbeschluss zur Entsolidarisierung kam dem Bundesrat vor 1996 nur dann die Aufgabe zu, die Bestimmungen des Risikoausgleichs zu definieren, wenn dies den Kassen nicht selbst gelang. Heute nimmt er diese Aufgabe als Verordnungsgeber selbst wahr.

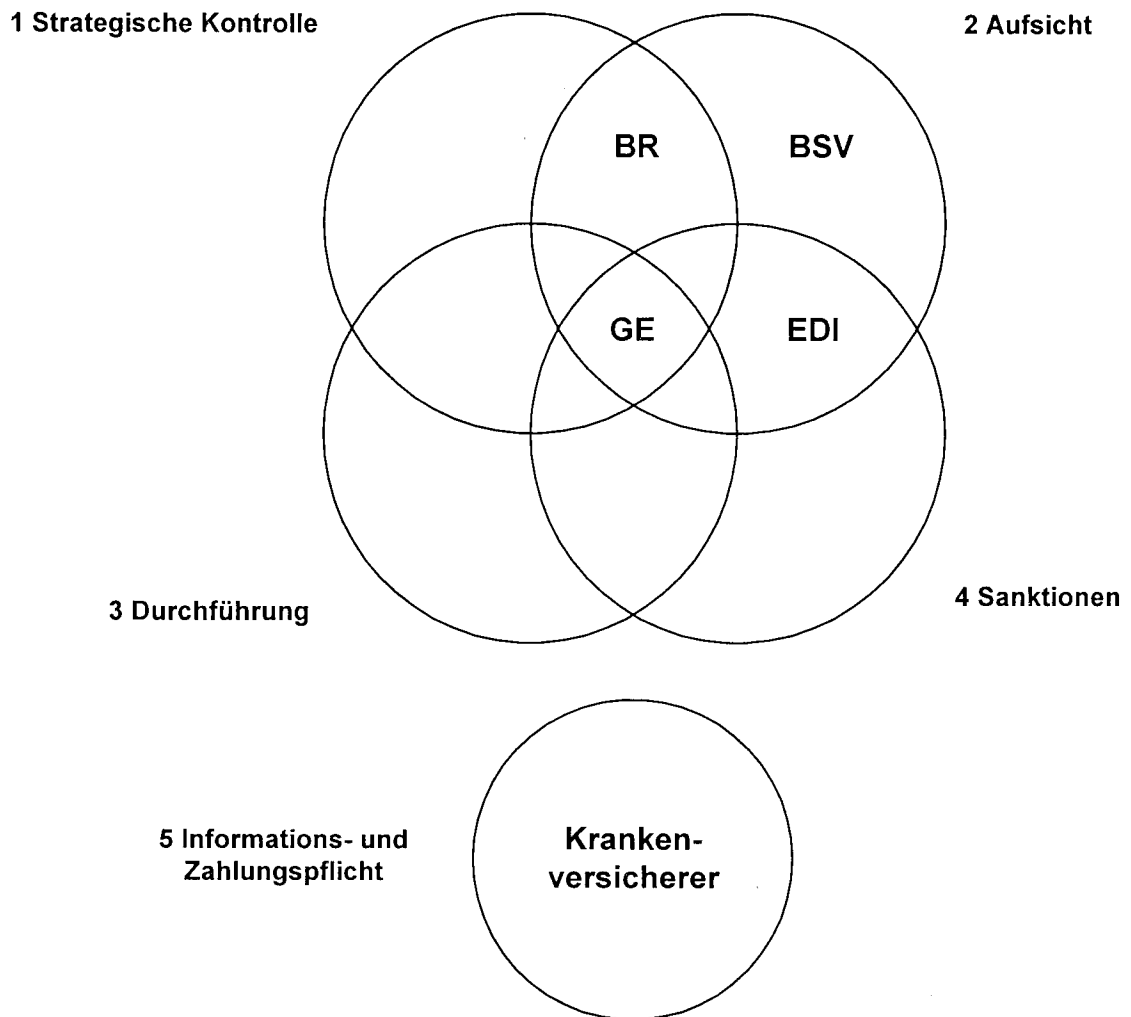
Die *Krankenversicherer* konnten nach altem Recht den Risikoausgleich gemeinsam regeln. Diese Kompetenz haben sie formal an den Bundesrat abgegeben. Allerdings existiert mit dem Stiftungsrat der GE ein strategisches Forum, welches auch heute noch auf Änderungen in der Ausgestaltung des Risikoausgleichs Einfluss nimmt. Der Stiftungsrat wird durch Vertreter des KSK und der Schweizerischen Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherer gebildet.

■ Ein Akteur ist **noch nicht in Funktion getreten**: Das Reglement der GE über die Durchführung des Risikoausgleichs unter den Versicherern sieht in Artikel 3 die Schaffung eines *wissenschaftlichen Beirates* vor. Funktion des Rates wäre die wissenschaftliche Evaluation des Risikoausgleichs und die Wahrnehmung weiterer, vom Stiftungsrat zu bestimmenden Aufgaben. Dieser Rat wurde bis Januar 1998 nicht eingesetzt. Die Evaluation wurde vom BSV einem externen wissenschaftlichen Büro übergeben.

Die heute geltende Rollenverteilung im Risikoausgleich wird in **Abbildung 15** dargestellt. Die Abbildung soll helfen, die Grundstruktur der Organisation des Risikoausgleichs offenzulegen. Wir unterscheiden fünf Funktionen: (1) die Funktion der strategischen Kontrolle des Risikoausgleichs, (2) die Aufsichtsfunktion über die Durchführung des Risikoausgleichs, (3) die Durchführungsfunktion des Risikoausgleichs, (4) die Sanktionskompetenz gegenüber nicht kooperationswilligen Versicherern und (5) die Informations- und Zahlungspflicht. Unter der erstgenannten Funktion ist die Aufgabe zu verstehen, die Funktionstüchtigkeit des Risikoausgleichs laufend zu überprüfen und gegebenenfalls Veränderungen einzuleiten.

¹⁹ Verschiedentlich wurde allerdings das EDI in der dritten Instanz im Sinne eines Sprungverfahrens übersprungen.

Abbildung 15: Die Akteure und ihre Rollen im geltenden Risikoausgleich



Abkürzungen: GE: Gemeinsame Einrichtung KVG; BR: Bundesrat; EDI: Eidg. Departement des Innern; BSV: Bundesamt für Sozialversicherung
Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 15 weist deutlich auf die zentrale Rolle der Gemeinsamen Einrichtung KVG hin. Sie steht in der Schnittmenge von vier Funktionen. Ausser der Informations- und Zahlungspflicht nimmt sie daher alle Rollen gleichzeitig wahr. Je nach Rolle sind dies allerdings unterschiedliche Organe der Gemeinsamen Einrichtung KVG: die Durchführung des Risikoausgleichs und die Verhängung von Sanktionen übernehmen die Geschäftsstelle, die strategische Kontrolle und die Aufsicht über die Durchführung der Stiftungsrat (unterstützt durch die Revisionsstelle).

Abbildung 15 zeigt weiter, dass Rollen und Rollenträger mit Ausnahme der Informations- und Zahlungspflicht einerseits und der praktischen Durchführung des Risikoausgleichs andererseits nicht eindeutig zugeteilt sind. Drei Rollen werden somit von mindestens zwei Rollenträgern geteilt. Für den Vollzug bedeutet eine solche Organisation potentielle Reibungsflächen:

■ **Strategische Kontrolle:** Der Bundesrat ist Ordnungsgeber. Damit liegt die Verantwortung für die Organisation des Risikoausgleichs eindeutig bei ihm. Gemäss Artikel 2.1. des Stiftungsreglements der GE trägt aber auch der Stiftungsrat eine (im entsprechenden Reglement nicht näher präziserte) strategische Führungsverantwortung für den Risikoausgleich. Diese nahm er beispielsweise bei der laufenden Revision

3. Vollzugsevaluation

der Verordnung wahr, indem er entsprechende Änderungsvorschläge formulierte. Die Aufgabenteilung zwischen Bundesrat und Stiftungsrat ist inhaltlich vergleichbar mit derjenigen zwischen dem Bundesrat und der Bundesverwaltung. In beiden Fällen stellt die untergeordnete Ebene, welche eine grössere Nähe zum Vollzug aufweist und die Sachkompetenz bei sich konzentriert, Antrag an die übergeordnete Ebene, welche entscheidet und die politische Verantwortung zu übernehmen hat. Allerdings gibt es in dieser Analogie einen gewichtigen Unterschied: Die Bundesverwaltung ist dem Bundesrat im Unterschied zum Stiftungsrat direkt unterstellt. Daher kann die Exekutive unmittelbaren Einfluss nehmen (bspw. auch in Personalfragen). Der Stiftungsrat ist dagegen, gegeben die vom EDI genehmigten Stiftungsreglemente, unabhängiger vom Bundesrat. Zudem wird er personell von den Versicherern zusammengesetzt. Die grössere Unabhängigkeit führt zu potentiellen Reibungsflächen zwischen Stiftungs- und Bundesrat.

■ **Aufsicht:** Vier Akteure teilen sich die Aufsichtsfunktion. Die GE und die Versicherer unterstehen im Sinne einer Generalzuständigkeit der Aufsicht des Bundesrates (Artikel 21 Absatz 1 KVG). Für den Bundesrat übernimmt das BSV die konkrete Aufsicht über die GE (Artikel 26 KVV).²⁰ Die GE wird aber auch vom EDI, welches die Stiftungsurkunde und die Stiftungsreglemente genehmigen muss, beaufsichtigt (Artikel 18 Absatz 1 KVG). Weiter gibt es auch eine interne Kontrolle innerhalb der GE: Dabei steht die Geschäftsstelle der GE unter der Begutachtung durch den Stiftungsrat. Das BSV schliesslich hat gegenüber den Versicherern eine Weisungs- und Inspektionskompetenz (Artikel 21 Absatz 4).

Die GE selbst wird aber nicht nur kontrolliert, sondern beaufsichtigt im Rahmen des Risikoausgleichs hinsichtlich der Qualität der Datenlieferungen selbst auch die Krankenversicherer.

■ **Sanktionen:** Im Rahmen des Risikoausgleichs haben die GE und das EDI gegenüber den Versicherern Sanktionskompetenzen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist eine typische parastaatliche Institution: sie wurde von privaten Organisationen gegründet, übernimmt aber öffentlich-rechtliche Aufgaben (bspw. mit der Verfügungskompetenz).

3.3. Evaluation der Erfüllung der vorgesehenen Pflichten

In diesem Abschnitt wird geprüft, inwieweit die Akteure die in den verschiedenen rechtlichen Grundlagen vorgesehenen und im vorangegangenen Abschnitt geschilderten Pflichten erfüllen. Dabei halten wir uns an das folgende, sechsstufige Beurteilungsschema:

■ Sind die Rollenerwartungen an den Akteur konsistent?

Bereits in Abschnitt 3.2 wurde erwähnt, dass die teilweise sich überlappenden Rollenerwartungen zu Reibungsflächen führen können. In einem ersten Beurteilungsschritt wird dieser Aspekt weiter vertieft. Damit kann aufgezeigt werden, ob bestimmte Vollzugsprobleme bereits in der Art der Organisation des Risikoausgleichs begründet sind.

■ Nimmt der Akteur die vorgesehenen Pflichten wahr?

■ In welcher Qualität nimmt der Akteur die Pflichten wahr?

■ Übernimmt der Akteur weitere, nicht explizit vorgesehene Aufgaben?

■ Welche Folgen ergeben sich aus einer Nichtwahrnehmung bzw. qualitativ unbefriedigenden Erfüllung der Aufgaben?

■ Wie sieht der Akteur seine eigene Rolle und diejenigen der anderen Akteure?

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass die obengenannten Fragen nur aufgrund der durchgeführten Interviews und dem Studium der entsprechenden Unterlagen beurteilt werden können. Da nicht mit jedem Akteur ein Interview durchgeführt wurde, müssen wir uns teilweise mit wenig abgesicherten Hinweisen begnügen. Daher werden nachfolgend auch nur die wichtigsten Akteure evalu-

²⁰ Die geplante Revision will die Kompetenz auf das EDI übertragen (vgl. EDI 1998)

iert: die Geschäftsstelle der GE, der Stiftungsrat der GE, die Versicherer und das BSV bzw. das EDI als Aufsichtsgremien. Folgende Akteure werden daher nicht näher betrachtet:

■ **Der Bundesrat:** Im Bereich der expliziten Kompetenzen bzw. Zuständigkeiten des Bundesrates konnte eine Überprüfung nicht stattfinden (bspw. bei der Aufsichtsfunktion) oder sie erübrigte sich (bspw. bei der Kompetenz zur Einsetzung der Gemeinsamen Einrichtung KVG)

■ **Das Konkordat:** Das Konkordat übernimmt nach den geltenden Bestimmungen noch zwei Funktionen: (a) es bestimmt vier von fünf Stiftungsratsmitgliedern der GE und ist (b) über den Präsidenten direkt im Stiftungsrat vertreten.²¹ Im Gegensatz zur Periode vor 1996 hat das Konkordat bei der Durchführung bzw. Aufsicht des Risikoausgleichs keine Funktionen mehr.

■ **Die Risikoausgleichsstelle des Konkordats:** Sie existiert heute nicht mehr. Bemerkungen, welche die Existenzzeit von 1993 bis 1995 betreffen, werden bei den Ausführungen zur Geschäftsstelle der GE in Abschnitt 3.3.2 subsumiert.

■ **Die Schlichtungsstelle:** Die vom Konkordat eingesetzte Schlichtungsstelle konnte keines der insgesamt etwa 30 Verfahren in den Jahren 1993 bis 1995 schlichten.²² Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Beschwerden grundsätzliche Merkmale des Risikoausgleichs in Frage stellten und somit nicht von der Schlichtungsstelle beantwortet werden konnten. Solche Anliegen waren insbesondere: (1) Der Risikoausgleich sei nicht gesetzes- und verfassungskonform, (2) die Kinder seien nicht in die Berechnung einzubeziehen, (3) die für die Berechnung verwendeten Daten seien zu alt, (4) der Verzugszins sei zu hoch, (5) die Gruppenelemente seien nicht adäquat, (6) die Daten anderer Versicherer seien nicht korrekt und (7) die kantonalen Subventionen an die Versicherer würden nicht berücksichtigt. Die Beschwerden wurden alleamt und teilweise mit Empfehlungen an das BSV weitergeleitet. Die Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) hob die Funktion der Schlichtungsstelle, nicht zuletzt wegen deren Erfolglosigkeit, ab 1996 auf. Unter der geltenden Verordnung ist die GE befugt, erstinstanzliche Verfügungen zu erlassen. Als zweite Beschwerdeinstanz wurde das EDI etabliert.

■ **Die Revisionsstellen der Versicherer:** Die Rollenerwartungen bei den Revisionsstellen der Versicherer ist nicht ganz konsistent. Einerseits ist es ihre Aufgabe, durch die Revisionen die Korrektheit der Tätigkeit der Versicherer zu kontrollieren. Ergibt sich aber eine Unregelmässigkeit, beispielsweise bei den Datenlieferungen, so sind die Revisionsstellen gemeinsam mit der Geschäftsstelle der GE wiederum in die Überprüfung der Korrektheit der Daten involviert. Durch diese Konstruktion ergibt sich ein Interessengegensatz: Einerseits müssen die Revisionsstellen bei der Lieferung der Daten ihre Richtigkeit bestätigen, andererseits sind sie bei dennoch auftretenden Datenlieferungsfehlern in die Kontrolle integriert. Es ist daher geplant, in der kommenden Revision der VORA neu die Revisionsstelle der GE für die nachträgliche Prüfung der Daten einzuführen.

■ **Die Revisionsstelle der GE und der ehemaligen Risikoausgleichsstelle des Konkordats:** Es wurden keine Gespräche geführt. Daher liegen auch keine Informationen vor.

²¹ Die Gründung wurde den Krankenversicherern in Artikel 18 Absatz 1 KVG generell übertragen. Im Gegensatz zur VO IX wird das Konkordat nicht mehr namentlich genannt.

²² Die Schätzung der Zahl der Schlichtungsverfahren stammt vom interviewten Mitglied der Schlichtungskommission. Sie stimmt nicht ganz überein mit den (noch nicht ganz vollständigen) Angaben, welche wir bisher vom BSV erhalten haben. Demnach dürften es eher 20 gewesen sein.

3.3.1 Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Konsistenz der Rollenerwartungen

Die Rollenerwartungen an den Stiftungsrat sind aufgrund der Rechtsgrundlagen nur teilweise konsistent. Zwei Problemkreise sind zu nennen:

■ **Erstens:** Wie in Abschnitt 3.2 bereits ausgeführt wurde, ist die Verteilung der strategischen Verantwortung zwischen Stiftungsrat und Bundesrat nicht eindeutig geregelt. Zwar wird im vom EDI genehmigten Stiftungsreglement von einer «strategischen Führungsverantwortung» gesprochen. Es wird jedoch nicht präzisiert, welche Kompetenzen mit dieser Führungsverantwortung genau verbunden sind.

■ **Zweitens:** Die Einführung des Risikoausgleichs hat die Versicherer per Definition in zwei Lager mit entgegengesetzten Interessen gespalten: Auf der einen Seite stehen die Nettoempfänger des Risikoausgleichs, auf der anderen Seite die Nettozahler. Da der Stiftungsrat durch Vertreter der Versicherer bestellt werden, spiegelt sich dieser Interessengegensatz auch im Stiftungsrat. In der aktuellen Zusammensetzung dürften die grossen Versicherer bzw. die Nettoempfänger übervertreten sein. Die Zusammensetzung des Stiftungsrates ist für die Wahrnehmung der strategischen Führungsverantwortung nicht erleichternd. Es wäre - soll diese Funktion wahrgenommen werden - von Vorteil, wenn der Stiftungsrat schwergewichtig, aber nicht ausschliesslich mit neutralen ExpertInnen zusammengesetzt wäre.

Wahrnehmung der Pflichten

Insgesamt wird vom interviewten Stiftungsratsmitglied die Ansicht vertreten, dass die strategische Führungsverantwortung nicht übernommen werden kann. Ausschlaggebend dafür sei *erstens* der Umstand, dass Mängel der Verordnung nicht direkt behoben werden könnten, sondern dass ein «Umweg» über die politische Aufsichtsbehörde notwendig sei. *Zweitens* könne der Vollzug des Risikoausgleichs bei der Prämienberechnungen nicht beeinflusst werden: im Rahmen der durch das BSV vorzunehmenden Prämien genehmigung sind die Versicherer angehalten, die Entwicklungen des Risikoausgleichs (Bestandeszunahmen in den Risikogruppen, Veränderungen der Durchschnittskosten) angemessen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ergeben sich vor allem Probleme bei den stark wachsenden Versicherern. Der Zugang besteht meist aus jüngeren Personen, für die die Versicherer potentiell Risikoabgaben schulden. Die korrekte Berücksichtigung im Budget führt daher tendenziell zu höheren Prämien. Diese möchten die Versicherer natürlich möglichst tief halten. Die Versicherer stehen daher in einem Interessengegensatz zwischen korrekter Berücksichtigung des Risikoausgleichs und Prämienpolitik. Das BSV hätte nun, nach Auffassung des interviewten Stiftungsratsmitglieds, die Aufgabe, auf einer korrekten Berücksichtigung des Risikoausgleichs zu insistieren. Würden die Prämien nämlich «zu tief» bleiben, so würden die Wanderungen der Versicherten «falsch» geleitet. «Falsch» bedeutet, dass sie zu häufig zu den Versicherern mit zu tiefen Prämien wandern. Falsche Wanderungen würden in der Folge zu einer weiteren Entsolidarisierung führen, die Risikostrukturen würden sich nicht annähern.

Die Argumentation erscheint uns durchaus plausibel. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die unterstellte Kausalkette «zu tiefe Prämien ⇒ falsche Anreize zu Wanderungen ⇒ falsche Wanderungen ⇒ Entsolidarisierung» recht komplex ist und unter dem Einfluss verschiedenster Faktoren steht. So muss für die Phase vor 1996 beispielsweise berücksichtigt werden, dass Wanderungen nur in sehr beschränktem Masse möglich waren.

Qualität der Pflichterfüllung

Kann nicht beurteilt werden.

Übernahme von weiteren Aufgaben

Es wurden im Bereich des Risikoausgleichs keine uns bekannten, namhaften zusätzlichen Aufgaben übernommen.

Negative Folgen der teilweise inkonsistenten Rollenerwartungen

Der Stiftungsrat trat im Herbst 1997 kollektiv zurück. Nach Intervention der Departementschefin EDI konnten die Stiftungsratsmitglieder überzeugt werden, ihr Mandat bis Ende 1998 wahrzunehmen. Verschiedene Gründe, die teilweise auch den anderen Tätigkeitsfeldern der Stiftung entstammen, waren für den Rücktritt ausschlaggebend. Nicht zuletzt dürfte aber auch eine Enttäuschung über die mangelnde strategische Handlungsfähigkeit eine gewisse Rolle gespielt haben.

Rollenwahrnehmungen

Es erstaunt nicht, dass das interviewte Stiftungsratsmitglied die eigene Rolle als unbefriedigend wahrnimmt. Es wird einerseits eine klarere Kompetenzaufteilung mit dem Bundesrat gewünscht. Andererseits könnte man sich auch vorstellen, hinsichtlich der Überprüfung der Berücksichtigung des Risikoausgleichs in das Prämiengenehmigungsverfahren integriert zu werden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass gemäss Aussagen des interviewten Stiftungsratsmitglieds im Stiftungsrat verschiedene Meinungen existieren.

3.3.2 Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Konsistenz der Rollenerwartungen

Die Rollenerwartungen sind im geltenden Recht konsistent. Es ist im Sinne einer einheitlichen und vor allem raschen Rechtsanwendung sinnvoll, dass die Durchführungsstelle des Risikoausgleichs ihre Entschlüsse auch mit einer Verfügung durchsetzen kann. Wie erwähnt war der erstinstanzlichen Schlichtungsstelle nach altem Recht kein Erfolg beschieden.

Im alten Recht war die Organisationsstruktur in der Durchführung widerspruchsvoller. Die Risikoausgleichsstelle wurde als Teil des Konkordats eingerichtet. Die Verantwortung für die Durchführung übernahm das Konkordat. Gleichzeitig war es jedoch sowohl für das Konkordat wie auch für die Schlichtungsstelle aus Datenschutzgründen nicht möglich, in die Akten der Risikoausgleichsstelle Einsicht zu nehmen. Der/Die Stellenleiter/in war angehalten, die Sachverhalte jeweils ohne Nennung konkreter Zahlen zu schildern. Die Kontrolle der Risikoausgleichsstelle und damit die Übernahme der Verantwortung war daher nur teilweise möglich.

Wahrnehmung der Pflichten

Die in der Verordnung vorgesehenen Pflichten wurden, soweit beurteilbar, wahrgenommen.

Qualität der Pflichterfüllung

Die Qualität der Durchführung im eigentlichen Sinne kann nicht beurteilt werden. Für die Richtigkeit der Berechnungen des Risikoausgleichs, der wichtigsten Funktion der Geschäftsstelle im Rahmen des Risikoausgleichs, ist die Revisionsstelle der GE zuständig. Es sind keine entsprechenden Mängel bekannt.

Die Ausführungen im Abschnitt 3.3.4 zu der Pflichterfüllung des BSV bzw. des EDI werden zeigen, dass das BSV die Geschäftsstelle punktuell in Rechtsfragen beraten und unterstützt hat. Auch wenn diese flexible Rolleninterpretation für die Durchführung des Risikoausgleichs erleichternd war, so ist es im Sinne

3. Vollzugsevaluation

einer klaren Rollentrennung wünschbar, wenn die Geschäftsstelle der GE alle Rechtsfragen selbständig erledigt. Dies vor allem auch deshalb, weil das BSV seinerseits im Rahmen der zweitinstanzlichen Beurteilung durch das EDI mitarbeitet.

Im Zusammenhang mit den Aufarbeitungen für die Darstellung der Entwicklung des Risikoausgleichs ist uns aufgefallen, dass die EDV-Bearbeitung uneinheitlich ist. Seit 1994 sind alle Daten auf dem Datenbankprogramm ACCESS einheitlich erfasst und gut ausweisbar. Vor 1994 wurden die Angaben der Kassen auf EXCEL und recht uneinheitlich erfasst.

Übernahme von weiteren Aufgaben

Die Risikoausgleichsstelle bzw. die Geschäftsstelle der GE waren in der Vergangenheit immer wieder gezwungen, die Verordnung zu interpretieren bzw. Lücken zu füllen. Dies betraf namentlich folgende Bereiche (sie werden in Abschnitt 3.4 ausführlich dargestellt werden):

- Anwendung des Zweiphasenabrechnungssystems (mit provisorischem und definitivem Ausgleich) für den Risikoausgleich 1993: Die Übergangsbestimmungen der ersten Revision der Vo IX sahen vor, dass retrospektiv auch der Risikoausgleich 1993 nach dem Zweiphasensystem zu berechnen sei, obschon dies ursprünglich nicht vorgesehen gewesen war.
- Anwendung des Verzugszinses: Die Verordnung Vo IX sah vor, einen Verzugszins zu erheben, obschon keine explizite Gesetzesgrundlage bestand.
- Anwendung des Vergütungszinses: analoges Problem.
- Verwendung von Zinserträgen: Bei den Zinserträgen war unklar, ob sie nur denjenigen Versicherer zu Gute kommen durften, welche im Rahmen des provisorischen Ausgleichs zuviel bezahlt hatten oder allen Versicherern anteilmässig.
- Durchführung von Kürzungen des Risikoausgleichs: Es wurde nicht explizit vorgegeben, wie Kürzungen zu erfolgen haben und wie der daraus entstehende Schaden zu berechnen sei.
- Durchführung von Neuberechnungen des Risikoausgleichs, wenn sich Daten nachträglich als mangelhaft herausstellten: Es blieb unregelt, wie lange noch Datenfehler gemeldet werden können.
- Berechnung des durch Datenlieferungsverzögerungen bzw. mangelhafter Daten entstehenden Schadens: analoges Problem.

Negative Folgen der allenfalls mangelhaften Pflichterfüllung

Da keine Pflichtverletzungen der Geschäftsstelle bzw. der ehemaligen Risikoausgleichsstelle namentlich bekannt sind, ergeben sich auch keine negativen Folgen. Die vorgetragenen Beschwerden der Versicherer richteten bzw. richteten sich grundsätzlich gegen den Risikoausgleich bzw. gegen die Ausgestaltung der Verordnung.

Rollenwahrnehmungen

Die Geschäftsstelle der GE versteht sich mehr als parastaatliche Stelle denn als Vertretung der Versicherer. Daher ergebe sich eine natürliche Distanz zu den Versicherern, meinte das interviewte Geschäftsstellenmitglied. Dennoch sei die Zusammenarbeit – trotz einer Vielzahl von Beschwerden – immer sachlich und fruchtbar. Es wird allerdings die Vermutung geäussert, dass die Gefahr einer abnehmenden Akzeptanz des Risikoausgleichs bei den Versicherern bestehe. Die Zahl der Versicherer, welche nicht pünktlich die Zahlungen vornehmen bzw. die Daten liefern, hat zugenommen, weil ohne die gesetzliche Verankerung eines Verzugszinses der Anreiz der Verzögerungen aufrechterhalten bleibt. Dies könnte, so die geäusserte Befürchtung, mittelfristig im Sinne eines «Schneeballeffektes» dazu führen, dass die kritische Masse der

Nichtzahler überschritten wird und somit der Risikoausgleich in seiner Funktionstüchtigkeit ernsthaft gefährdet würde.

Beklagt wird insbesondere, dass keine Sanktionsinstrumente gegenüber fehlbaren Versicherern zur Verfügung stehen. Der Verzugszins wurde in der Vergangenheit zwar angewendet, nachträglich aber vom Eidg. Versicherungsgericht mit Entscheid vom 19. Dezember 1996 als rechtswidrig bezeichnet. Alle erhobenen Verzugszinse mussten zurückbezahlt werden.

Im weiteren fühlt sich die Geschäftsstelle der GE vom BSV in den verschiedenen Fragen, deren Interpretation in der Vergangenheit umstritten war, teilweise «im Regen stehen gelassen». Man hätte sich in der Vergangenheit eine aktivere Rolle des BSV gegenüber den Versicherern gewünscht.

3.3.3 Die Krankenversicherer

Konsistenz der Rollenerwartungen

Die Rollenerwartungen an die Krankenversicherer sind heute konsistent. Sie werden lediglich aufgefordert, Daten zu liefern und Zahlungen vorzunehmen bzw. zu empfangen. Dazu kam die einmalige Aufgabe der Gründung der Gemeinsamen Einrichtung KVG, welche am 29. April 1996 auch vorgenommen wurde.

Allerdings waren in der Vergangenheit die Erwartungen nicht konsistent. Artikel 1 Absatz 2 des dBB zur Entsolidarisierung übertrug den Krankenversicherern die Aufgabe, unter Vorbehalt der Zustimmung durch den Bundesrat, den Risikoausgleich zu regeln. Am 20. März 1992 stimmte das Konkordat einstimmig einem entsprechenden Entwurf zu. Schon bald erhoben aber einzelne Kassen Einspruch gegen diesen Beschluss. Im Zentrum stand vor allem die Frage der Anrechnung der Kinder. Der Bundesrat stellte somit formal fest, dass sich die Krankenversicherer nicht geeinigt haben und erliess selbst die Verordnung IX. Nebst redaktionellen Änderungen wich sie insbesondere bei der Anrechnung der Kinder vom Vorschlag des Konkordates ab (Anrechnung zu 50 und später 30 statt zu 100 Prozent).

Der geschilderte Vorgang belegt die Problematik der Rollenerwartung: Der Risikoausgleich spaltet die Versicherer in zwei Lager, in Nettozahler und Nettoempfänger. Es ist daher schwierig – wenn auch nicht a priori ausgeschlossen –, den Versicherern allein die Regelung des Risikoausgleichs zu überantworten, weil fundamentale Interessengegensätze bestehen. Dieses Problem spiegelt sich heute auch im Stiftungsrat der GE wider.

Wahrnehmung der Pflichten

Die Krankenversicherer nehmen ihre Pflichten wahr. Dies allerdings nicht immer im Rahmen der gesetzten Fristen bzw. in der geforderten Qualität (vgl. dazu den folgenden Abschnitt). Früher hatte der Bundesrat, heute hat das EDI die Kompetenz, Versicherer, die nicht am Risikoausgleich teilnehmen, die Anerkennung abzusprechen. Das Ergreifen dieser Sanktion war nie notwendig. Verschiedentlich gab es allerdings bei Fusionen Schwierigkeiten, weil die Frage unklar beantwortet war, ob ein Versicherer noch existiert und somit am Risikoausgleich teilnehmen muss.

Qualität der Pflichterfüllung

Wie erwähnt verletzen verschiedene Versicherer in der Vergangenheit ihre Pflichten im Bereich der Zahlungen bzw. der Datenlieferungen. Diese beiden Aspekte werden nun vertieft dargestellt.

Tabelle 17: Zahlungsausstände von fünf und mehr Tagen (Stichtag 13. Januar 1998)

	Ausstehende Zahlungen		Kürzungen			Fälligkeit	Dauer bis zur definitiven Bereinigung in Tagen (**)
	Zahl der Versicherer 1	in 1000 Franken 2	Zahl der Versicherer 3	in 1000 Franken 4	in % der Zahlung 5	6	7
Risikoausgleich 1993							
RA 1993	1	11540	1	3462	11,8%	31.8.1993	40
Rückzahlung 1993 (*)	6	19405	2	3405	5,3%	1.8.1997	seit 165
Risikoausgleich 1994							
Prov. RA 1994 1. Rate	0		0				
Prov. RA 1994 2. Rate	0		0				
Def. RA 1994	22	36031	1	20658	20,4%	31.1.1996	406
Risikoausgleich 1995							
Prov. RA 1995 1. Rate	16	5276	0				
Prov. RA 1995 2. Rate	7	2771	0				
Def. RA 1995	5	33660	0				
Risikoausgleich 1996							
Prov. RA 1996 1. Rate	8	9714	2	3598	1,7%	28.2.1996	35
Prov. RA 1996 2. Rate	1	42866	1	25732	12,2%	31.8.1996	367
Def. RA 1996	4	22456	2	13629	7,7%	30.11.1997	seit 44
Risikoausgleich 1997							
Prov. RA 1997 1. Rate	6	56057	4	14159	7,0%	28.2.1997	216
Prov. RA 1997 2. Rate	5	12550	1	4000	2,0%	31.8.1997	seit 135
Total	81	252326	14	88643			

(*) Aufgrund des Entscheides des Eidg. Versicherungsgerichtes vom 19.12.96 sind die Verzugszinse zurückzuerstatten; RA: Risikoausgleich; (**) Stichtag 13. Januar 1998.

Quelle: Angaben der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Zahlungen

Tabelle 17 zeigt eine Übersicht über alle Zahlungen, welche fünf und mehr Tage nach Ablauf der Zahlungsfrist noch nicht bei der Risikoausgleichsstelle bzw. bei der Geschäftsstelle der GE eingetroffen waren.

Demnach ergaben sich über die ganze Periode von 1993 bis 1997 bei 81 Fällen Zahlungsverzögerungen (Spalte 1). Insgesamt trafen 252 Millionen Franken zu spät bei der Ausgleichsstelle ein (Spalte 2). Betrachten wir die zeitliche Entwicklung, so stellen wir fest, dass die Gesamtzahl der Versicherer, welche verspätet bezahlt, seit 1995 abnimmt: 1995 waren es noch 28 Versicherer, 1996 13 Versicherer und aufgrund der provisorischen Raten 1997 11 Versicherer. Diese Entwicklung weist nicht auf ein immer grösser werdendes Problem hin. Auch die Entwicklung der ausstehenden Geldsummen weist nicht auf eine zunehmende Problemgrösse hin (Spalte 2). Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass auch noch Verzögerungen beim definitiven Risikoausgleich 1997 dazukommen können.

Zu Kürzungen des Risikoausgleichs kommt es nur dann, wenn die ausstehenden Zahlungen der Versicherer auch beim Auszahlungstermin an die Versicherer noch nicht eingetroffen sind. Tabelle 17 zeigt, dass 14 Versicherer mit ihren Zahlungen so lange zuwarteten, dass Kürzungen notwendig wurden (Spalte 3). Insgesamt mussten die Risikoausgleiche um 88 Millionen Franken gekürzt werden. Die grösste Kürzung erfolgte bei der 2. Rate des provisorischen Ausgleichs 1996 (25,7 Millionen Franken). Da verschiedene Versicherer innerhalb derselben Zahlungsrate ihrer Pflicht nicht nachkamen, mussten letztlich «nur» bei acht Auszahlungsraten Kürzungen vorgenommen werden. Innerhalb der beobachteten Periode (bis zum 13. Januar 1998) gab es insgesamt 13 Zahlungstermine. Kürzungen sind deshalb notwendig, weil die Ausgleichsstelle nur soviel auszahlen kann, wie sie «einnimmt» (Nullsummenspiel). Spalte 5 gibt den Kür-

zungssatz an. Maximal betrug er 20 Prozent, minimal knapp 2 Prozent. Seit 1996 gab es keinen Auszahlungstermin ohne Kürzungen mehr. Seit 1996 hat die Wahrscheinlichkeit einer Kürzung grundsätzlich zugenommen. Vor 1996 lagen zwischen dem Zahlungstermin der Versicherer und dem Auszahlungstermin der Ausgleichsstelle zwei Kalendermonate. Seit 1996 beträgt diese Zeitdifferenz nur noch 2 Wochen. Grund für die Verkürzung dieser Frist war der Wunsch der Versicherer, dass das Geld nicht zu lange bei der Ausgleichsstelle verbleibt (Zinserträge). Trotzdem können die vorgenommenen Kürzungen allesamt auf Beschwerden, welche eine aufschiebende Wirkung entfalten, zurückgeführt werden.

Die Spalten 6 und 7 der Tabelle 17 zeigen, wie viele Tage nach Ablauf der Zahlungsfrist die letzte Zahlung eingetroffen ist. Bei denjenigen Zahlungsraten, bei denen die letzte Zahlung bis am 13.1.1998 noch nicht eingetroffen war, wird die Dauer mit «seit» angegeben. Die Angaben in Spalte 6 machen deutlich, dass teilweise mehr als ein Jahr verging, bis eine Zahlungsrate definitiv bei der Ausgleichsstelle eintraf. Ursache für die sehr langen Ausstände waren ausnahmslos hängige Beschwerden.

Gibt es ein bestimmtes Muster bei den Zahlungsausständen? Sind es immer wieder dieselben Versicherer, die verspätet bezahlen? **Tabelle 18** zeigt die Häufigkeit des verspäteten Zahlens über alle Risikoausgleichszahlungsraten hinweg. 51 Versicherer haben in den letzten fünf Jahren 81 Mal den Zahlungstermin nicht eingehalten. 35 Versicherer (69 Prozent) machten dies nur einmal. Man kann davon ausgehen, dass es sich hier einerseits um administrative Fehler handelte.

Andererseits zeigt die zweitletzte Spalte der Tabelle, dass die Zahlungen sechsmal nach dem Auszahlungstermin bei der Ausgleichsstelle eintrafen und somit die Ursache für Kürzungen waren. Es handelt sich also nicht durchwegs um «Missverständnisse». Sieben Versicherer hielten drei Mal und mehr den Zahlungstermin nicht ein. Bei diesen Versicherern muss die Vermutung geäußert werden, dass es sich um ein systematisches Verhalten handelt (die nachfolgenden Versichertenangaben beziehen sich auf das Jahr 1996):

- Bei den Versicherern, welche dreimal nicht bezahlt haben, handelt es sich in drei Fällen um Versicherer mit weniger als 1000 Mitgliedern. Darunter sind eine öffentliche Kasse und eine Betriebskrankenkasse.
- Beim Versicherer, welcher viermal nicht termingerecht bezahlt hat, handelt es sich um eine grössere Kasse. Die auch finanziell sehr gewichtigen Verzögerungen entstanden wegen den von diesem Versicherer eingereichten Beschwerden.
- Eine öffentliche Kasse bezahlte fünf Mal nicht in der gesetzten Frist. Das Maximum hält ein mittelgrosser Versicherer mit siebenmaliger Nichteinhaltung des Zahlungstermines.

Es fällt nicht einfach, ein klares Muster zu ersehen. Einzig beim Versicherer mit sieben Zahlungsausständen dürfte die Vermutung, dass es sich um ein bewusstes Verhalten handelt, zutreffen. Beim Versicherer mit vierfachem Vergehen wurde der Grund, der die Ausstände verständlich macht, bereits genannt. Alle anderen Kassen müssten systematisch befragt werden, um die genauen Ursachen der Verzögerungen herauszufinden.

Die Geschäftsstelle der GE vermutet, dass folgende Gründe für die Zahlungsverzögerungen eine Rolle gespielt haben dürften: (1) hängige Beschwerden, (2) kürzere Zahlungsfristen seit 1996, (3) vorübergehende Liquiditätsprobleme, (4) grundsätzliche Vorbehalte gegenüber dem Risikoausgleich, (5) «überraschender» Wechsel vom Nettoempfänger zum Nettozahler im Übergang vom provisorischen zum definitiven Risikoausgleich (vgl. Abschnitt 2.5), (6) «Vergesslichkeit» bei kleinen Kassen und (7) Cash-Management. Letzteres ist deshalb attraktiv, da nach geltendem Gesetz kein Verzugszins erhoben werden darf. Die genannten Gründe scheinen plausibel, müssten aber durch Befragungen der fehlbaren Versicherer überprüft werden.

3. Vollzugsevaluation

Tabelle 18: Häufigkeit der verspäteten Zahlungen pro Versicherer, 1993-1996

Häufigkeit	Anzahl Versicherer		Geschuldete Beträge in 1000 Fr.		Ursache für Kürzungen	
	Absolut	in Prozent	Absolut	in Prozent	Absolut	in Prozent
Einmal	35	69%	92159	37%	6	43%
Zweimal	9	18%	17325	7%	1	7%
Dreimal	4	8%	6603	3%	2	14%
Viermal	1	2%	107272	43%	3	21%
Fünfmal	1	2%	106	0%	0	0%
Sechsmal	0	0%	0	0%	0	0%
Siebenmal	1	2%	28861	11%	2	14%
Total	51	100%	252326	100%	14	100%

Quelle: Angaben der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Tabelle 19: Die ausstehenden Zahlungen nach Betragsgrösse, 1993-1997

Zahlungsbetrag in 1000 Franken	Versicherer			Beträge in 1000		
	absolut	in %	kum.	absolut	in %	kum.
Ausstehende Zahlungen						
0 bis 10	21	26%	26%	77	0%	0%
10 bis 25	10	12%	38%	156	0%	0%
25 bis 50	8	10%	48%	268	0%	0%
50 bis 100	6	7%	56%	356	0%	0%
100 bis 200	6	7%	63%	881	0%	1%
200 bis 500	1	1%	64%	238	0%	1%
500 bis 1000	0	0%	64%	0	0%	1%
1000 bis 5000	16	20%	84%	48777	19%	20%
5000 bis 10000	7	9%	93%	50375	20%	40%
10000 und mehr	6	7%	100%	151197	60%	100%
Total	81	100%		252326	100%	
Zahlungen, die zu Kürzungen führten						
0 bis 10		0%	0%		0%	0%
10 bis 25		0%	0%		0%	0%
25 bis 50		0%	0%		0%	0%
50 bis 100		0%	0%		0%	0%
100 bis 200		0%	0%		0%	0%
200 bis 500		0%	0%		0%	0%
500 bis 1000	1	7%	7%	631	1%	1%
1000 bis 5000	9	64%	71%	22040	25%	26%
5000 bis 10000	1	7%	79%	9232	10%	36%
10000 und mehr	3	21%	100%	56740	64%	100%
Total	14	100%		88643	100%	

Quelle: Angaben der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Tabelle 19 zeigt, dass die ausstehenden Zahlungen von sehr unterschiedlichem Gewicht sind. 64 Prozent der Vorfälle machen nur einen Anteil von 1 Prozent an der gesamten ausstehenden Geldsumme aus. In 26 Prozent der Fälle handelte es sich um Bagatellbeträge von weniger als 10'000 Franken. In sechs Fällen wurde eine Summe von 10 Millionen Franken und mehr geschuldet. Der Anteil dieser Fälle macht 60 Prozent des Geldvolumens aus. Vier dieser sechs Fälle entstanden durch die bereits erwähnte Versicherung, welche jeweils Beschwerde einreichte.

Die untere Tabellenhälfte zeigt die analoge Auswertungen der Beträge, welche zu Kürzungen des Risikoausgleichs geführt haben. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Beträge, welche grösser als 500'000 Franken waren. Kleinere Beträge konnten teilweise durch die GE aufgefangen werden. Am häufigsten führten die ausstehenden Zahlungen in der Gruppe von 1 bis 5 Millionen Franken zu Kürzungen. Naturgemäss am substantiellsten waren die Kürzungen, welche durch die Gruppe der ausstehenden Zahlungen von 10 Millionen und mehr Franken entstanden (Anteil von 64 Prozent am Kürzungsgeldvolumen).

Abbildung 16 auf der folgenden Seite illustriert das Ausmass der Verzögerung der Zahlungen. Jede der 81 Zahlungen, welche 5 und mehr Tage nach Ablauf der Frist nicht eingetroffen war, ist aufgeführt. Der schwarze Teil der Balken zeigt Zahlungen an, die noch vor dem Auszahlungstermin der Ausgleichsstelle eintrafen und somit keine Kürzungen verursachten. Die darauf aufbauenden schraffierten Säulen zeigen die Verzögerungen über den Auszahlungstermin der Ausgleichsstelle hinaus an. Es handelt sich um 17 Zahlungen. Davon führten nicht alle zu effektiven Kürzungen, weil es sich teilweise nur um Bagatellbeträge handelte. Alle besonders lang dauernden Zahlungsausstände waren mit Beschwerden verbunden.

Datenlieferungen

Die Versicherer müssen die für den Risikoausgleich relevanten Daten bis am 30. April des jeweiligen Kalenderjahres liefern.²³ Gemäss Angaben der Geschäftsstelle der GE treffen bis zu diesem Zeitpunkt ca. 25 Prozent der Angaben ein. Die übrigen Daten treffen bis ca. Ende Juni ein. 1997 waren die Daten bereits Anfang Juni vollständig.

Neben Verzögerungen in den Datenlieferungen kommt es auch vor, dass die Angaben falsch sind. Es war für die Geschäftsstelle der GE nicht mehr möglich, festzustellen, welche Versicherer vor 1996 welche Lieferungsfehler begangen haben. Für die Jahre 1996 und 1997 sind die Angaben jedoch noch vorhanden:

- 1996 lieferten 46 von 145 Versicherern (= 32 Prozent) falsche Angaben. 23 Versicherer waren dem RESO-Zentrum angeschlossen. Das RESO übernimmt die Aufarbeitung der Daten für ca. 60 kleinere und mittlere Kassen (eine Grosskasse ist auch dabei). Die Schwierigkeiten im RESO beruhten vor allem auf Erfassungs- und Programmierungsfehlern.
- 1997 waren es acht von 145 Versicherern (=5,5 Prozent), welche falsche Daten lieferten. Vier Versicherer waren wiederum dem RESO angeschlossen.
- Nur zwei Versicherer lieferten sowohl 1996 wie auch 1997 fehlerhafte Daten.

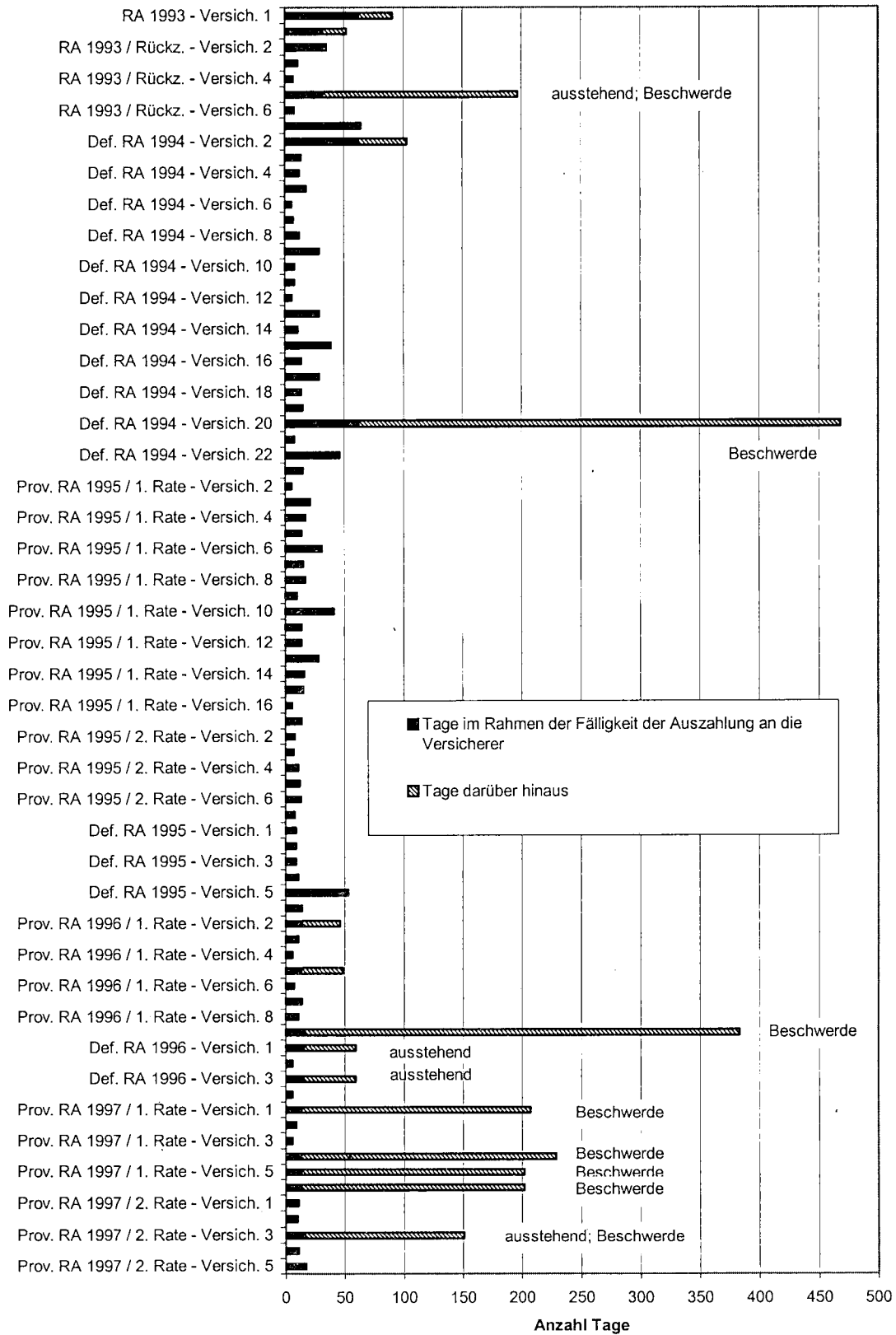
Die auftretenden Fehler sind ganz unterschiedlicher Natur und lassen sich nicht einheitlich beschreiben. Gemäss Angaben der Geschäftsstelle der GE sind aber grobe Fehler sehr selten.

Besteht ein Zusammenhang zwischen mangelnder Datenqualität und Zahlungsausständen? Diese Beziehung dürfte kaum bestehen. Von den insgesamt 27 Nicht-RESO-Versicherern waren nur fünf Kassen auch gleichzeitig solche, welche nicht termingerecht zahlten. Zwei der fünf genannten Versicherer waren allerdings auch ursächlich für vorgenommene Kürzungen. Dennoch dürfte der Zusammenhang lose sein. Die Geschäftsstelle der GE ist ebenfalls der Ansicht, dass die Beziehung nicht besteht. Eine fehlende Beziehung entkräftet auch die Vermutung, dass die Akzeptanz des Risikoausgleichs erodiert. Würden nämlich einzelne Versicherer ihre Akzeptanz vollständig auflösen, so wäre damit zu rechnen, dass sie bei allen zu erfüllenden Pflichten nachlässig würden.

²³ In der ersten Verordnung IX, welche für den Risikoausgleich 1993 relevant war, war noch kein fixer Termin verankert.

3. Vollzugsevaluation

Abbildung 16: Ausmass der Verzögerung der Zahlungen, 1993-1997



Übernahme von weiteren Aufgaben

Es wurden unseres Wissens keine weiteren Aufgaben übernommen.

Negative Folgen der mangelhaften Pflichterfüllung

Die teilweise mangelhafte Pflichterfüllung der Versicherer hat ganz konkrete Konsequenzen:

- Im Bereich der Zahlungen mussten bei bisher acht von 13 Zahlungen aus dem Risikoausgleich an die Versicherer Kürzungen vorgenommen werden. Kürzungen bedeuten für die Nettoempfängerkassen, dass sie die ihnen zustehenden Beträge zu einem späteren Zeitpunkt erhalten. Es ist denkbar, dass solche Verzögerungen bei den Versicherern zu Liquiditätsproblemen führen können. Eine entsprechende Nachfrage bei einer grossen Nettoempfängerkasse hat allerdings ergeben, dass dies für sie bisher noch nie der Fall gewesen ist.
- In der jüngsten Vergangenheit wurden die Kürzungen immer häufiger. Die Geschäftsstelle der GE reagierte darauf, indem die Kürzungen nicht mehr kantonsweise, sondern global für die Schweiz berechnet werden.
- Im Bereich der Datenlieferungen können Fehler zu Verzögerungen in den Berechnungen bzw. zu Neuberechnungen führen. Der dadurch entstehende Schaden (Verwaltungskosten der GE) wird den fehlbaren Versicherern in Rechnung gestellt.

Die Geschäftsstelle der GE reagierte auf die Datenlieferungsfehler mit Ausweitungen von Plausibilitätsprüfungen. Diese werden allen Versicherern mit den Datenerhebungsblättern auf elektronischem Datenträger mitgeliefert. Werden sie angewendet, so können die Versicherer rasch und einfach prüfen, ob ihre Daten stimmen können. Neben den Plausibilitätsprüfungen für die Versicherer, werden auch interne Prüfungen bei der Geschäftsstelle der GE durchgeführt.

Rollenwahrnehmungen

Es wurden keine systematischen Interviews mit Versicherern durchgeführt.

3.3.4 Das Bundesamt für Sozialversicherung und das Eidgenössische Departement des Innern

Konsistenz der Rollenerwartungen

Die Rollenerwartungen sind aufgrund der geltenden Verordnung nicht sehr übersichtlich strukturiert, aber mehrheitlich konsistent. Dem *Bundesrat* kommt erstens eine generelle Aufsichtspflicht zu. Zweitens genehmigt er die Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und hat somit ein starkes Kontrollinstrument in der Hand.

Das *EDI* genehmigt einerseits die Stiftungsurkunde und die Stiftungsreglemente der GE und ist andererseits die erste Beschwerdeinstanz. Mit der Möglichkeit, nicht kooperationswilligen Versicherern die Anerkennung abzuspochen, verfügt das *EDI* über ein starkes, bisher aber noch nicht angewendetes Sanktionsinstrument.

Das *BSV* seinerseits kann zum einen den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechtes erteilen, zum andern kann es zusammen mit der GE den Inhalt des Statistikberichtes des Risikoausgleichs festlegen. Verwaltungsmässig kommt dem *BSV* auch die Rolle zu, das *EDI* in seiner erstinstanzlichen Beschwerdefunktion zu unterstützen, die Prämientarife für den Bundesrat konkret zu überprüfen und die Vorbereitungsarbeiten für Verordnungsrevisionen durchzuführen (Entwurf, Vernehmlassung etc.).

3. Vollzugsevaluation

Es fällt auf, dass dem BSV wichtige verwaltungsinterne Aufgaben zukommen. Unklar ist insbesondere die Aufgabenteilung zwischen dem BSV/EDI/Bundesrat und der GE bei der strategischen Kontrolle des Risikoausgleichs. In der Vergangenheit gab es verschiedenartige Aufteilungen: Die erste Verordnung wurde fast ausschliesslich von den Versicherern erarbeitet. Demgegenüber wurde die geltende Verordnung stark verwaltungsintern geprägt. Den Anstoss für die anstehende Revision wurde vor allem von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG gegeben. Der Bundesrat übernahm in der Folge die Anregungen fast vollständig. Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen zeigen, dass die Verantwortungen diesbezüglich nicht eindeutig verteilt sind.

Wahrnehmung der Pflichten

Aufgrund der durchgeführten Expert/innengespräche kann davon ausgegangen werden, dass das BSV und das EDI ihre Pflichten wahrnehmen. Das BSV hat insbesondere von seinem Recht Gebrauch gemacht, Weisungen erteilen zu können:

- Kreisschreiben 96/1 (30. Januar 1996): Regelung des Problems der unterschiedlichen Definition 18jähriger im Rahmen der Prämien genehmigung und im Rahmen des Risikoausgleichs (BSV 1996b).
- Kreisschreiben 96/11 (19. Dezember 1996): Die Rückstellungen für den Risikoausgleich sollen in der Buchhaltung der Versicherer explizit ausgewiesen werden (BSV 1996d).
- Kreisschreiben 97/4 (28. Mai 1998): Aufforderung an die Versicherer, im Rahmen der Prämienberechnungen die Abgaben an den Risikoausgleich so genau wie möglich zu kalkulieren. „Veränderungen im Versichertenbestand sind entsprechend zu berücksichtigen. Wir werden diesem Aspekt die nötige Aufmerksamkeit zukommen lassen. (...) Zudem sind uns die Ergebnisrechnungen (...) detailliert zu kommentieren. Z. B. Veränderungsrate der Mitgliederbestände, des Durchschnittsalters, der Bruttoprämien, der Kostenbeteiligungen der Versicherten, der Bruttoleistungen (...), des Risikoausgleichs (...) etc.“ (BSV 1997b).

Qualität der Pflichterfüllung

Die Qualität der Pflichterfüllung im Rahmen des Risikoausgleichs im engeren Sinne können wir aufgrund der vorliegenden Informationen nicht beurteilen. Aus dem Aufgabenbereich «Beschwerdeinstanz» liegen aber auch keine Hinweise vor, dass die Qualität problematisch wäre. Bis Ende 1995 hatte das BSV 9 Beschwerden, die von der Schlichtungsstelle her weitergezogen wurden, zu beurteilen. Das EDI hatte seinerseits bis Januar 1998 in 17 Fällen Recht zu sprechen.

Im Bereich «Prämien genehmigung», mit dem der Risikoausgleich verbunden ist, müssen zwei Punkte bezüglich Qualitätsprobleme beachtet werden:

- **Erstens:** Die Prämien genehmigung wurde durch einen unabhängigen Experten untersucht. Schmid (1997, 18ff.) unterbreitete Vorschläge, wie die Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG effektiver verwendet werden können.
- **Zweitens:** Das interviewte Mitglied des Stiftungsrates der GE ist der Ansicht, dass bei der Prämien genehmigung dem Risikoausgleich zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Das BSV versuchte bereits bei der Prämien genehmigung, welche 1998 durchgeführt wurde, die Vorschläge von Schmid teilweise aufzunehmen.

Übernahme von weiteren Aufgaben

Das BSV übernahm durch informelle juristische Beratungen der Geschäftsstelle der GE eine weitere Aufgabe. Heute arbeitet eine Juristin im Auftragsverhältnis für die Geschäftsstelle der GE.

Negative Folgen der allenfalls mangelhaften Pflichterfüllung

Negative Folgen könnten sich, sofern die Analysen der Experten zutreffen, aus der unvollständigen Berücksichtigung des Risikoausgleichs bei der Prämien genehmigung ergeben. Die entsprechenden Zusammenhänge wurden bereits in Abschnitt 3.3.1 geschildert: Zu tiefe Prämien setzen falsche Wanderungsanreize. Falsche Wanderungen könnten zu einer weiteren Entsolidarisierung führen.

Rollenwahrnehmungen

Das BSV möchte selbst eine passivere Rolle übernehmen. Die Hauptverantwortung für die Durchführung des Risikoausgleichs wird bei der Geschäftsstelle der GE gesehen. Dazu sei sie personell aber quantitativ zu wenig gut ausgestattet. Das BSV ortet hier einen Nachholbedarf. Weiter äussert die interviewte Expertin die Ansicht, dass es kaum zu einem «Schneeballeffekt» kommen dürfte.²⁴ Das BSV geht davon aus, dass die generelle Akzeptanz des Risikoausgleichs nicht gut ist, sich jedoch mittelfristig nicht rapide verschlechtern wird.

3.4. Probleme bei der administrativen Abwicklung des Risikoausgleichs

Noch während die Totalrevision des KUVG in Bearbeitung war, führten die eidgenössischen Räte mit dem dringlichen Bundesbeschluss zu den befristeten Massnahmen gegen die Entsolidarisierung 1991 den Risikoausgleich per 1.1.1993 ein. Die Arbeiten zur ersten Verordnung konnten sich zwar auf Vorarbeiten im Rahmen der Totalrevision stützen, mussten insgesamt aber dennoch innerhalb weniger Monaten und somit sehr rasch abgeschlossen werden. Prägend für die Arbeiten war die vom Konkordat eingesetzte «Arbeitsgruppe Risikoausgleich». Seit der Einführung wurde die Verordnung, nicht zuletzt in administrativen Belangen, mehrfach überarbeitet:

Die erste Risikoausgleichsverordnung IX (Vo IX) vom 31. August 1992 trat per 1. Oktober 1992 in Kraft. Sie hatte ihre Gültigkeit für das Risikoausgleichsjahr 1993. Eine erste überarbeitete Version der Verordnung IX wurde per 1. Juli 1993 erlassen. Sie kam für die Ausgleichsjahre 1994 und 1995 zum tragen. Eine erneute Revision erfolgte in der neuen Risikoausgleichsverordnung (VORA) vom 12. April 1995, die parallel zum KVG per 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt wurde. Die bisher einzige Teilrevision der VORA wurde auf den 1. Januar 1998 durchgeführt und betraf die Berücksichtigung des Risikoausgleichs bei der Budgetierung der Versicherer. Der Änderungsbedarf ist gegenwärtig relativ gross. Weitere Anpassungen sind per 1. Januar 1999 in Kraft getreten.

Unklarheiten in verschiedenen Bereichen der administrativen Abwicklung führten zudem dazu, dass die Risikoausgleichsstelle bzw. die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG immer wieder Interpretationen der Vo IX bzw. der VORA vornehmen musste. Dies beispielsweise in der Frage der Finanzierung der Verwaltung oder der Verwendung von Zinserträgen.

Nachfolgend werden die einzelnen administrativen Problembereiche gesondert besprochen und in ihrer Entwicklung seit 1993 dargestellt. Die wichtigsten Regelungsbereiche sind dabei: die Aktualität der Datengrundlagen, die Verwaltungskosten und Zinserträge, die Zahlungsfristen, die Verzugszinsen, die Einsprache fristen, die Berücksichtigung des Risikoausgleichs bei der Budgetierung, die zunehmende Anzahl der Kürzungen und die zunehmenden Beschwerden gegen den provisorischen Risikoausgleich.

²⁴ Die Geschäftsstelle der GE vermutet, dass die Akzeptanz des Risikoausgleichs bei den Versicherern abnimmt. Dies deshalb, weil die Zahl der Versicherer, welche nicht pünktlich die Zahlungen vornehmen bzw. die Daten liefern würden, zugenommen habe. Dies könnte, so die geäusserte Befürchtung, mittelfristig im Sinne eines «Schneeballeffektes» dazu führen, dass die kritische Masse der Nichtzahler überschritten wird und somit der Risikoausgleich in seiner Funktionstüchtigkeit ernsthaft gefährdet würde.

3. Vollzugsevaluation

Es existieren noch zwei weitere Bereiche, die jedoch nachfolgend aufgrund ihrer geringeren Bedeutung nicht detailliert besprochen werden sollen: Die Kontrolle der gelieferten Daten und der Vergütungszins. Zur Kontrolle der Daten besteht heute für die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit den kasseneigenen Revisionsstellen eine Stichprobe über Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten zu erheben. Neu ist die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG seit dem 1.1.1999 befugt, mit ihrer eigenen Revisionsstelle diese Kontrollfunktion wahrzunehmen. Seit der 1996 geltenden Verordnung existiert ein Vergütungszins. Die im Rahmen der provisorischen gegenüber der definitiven Berechnung zuviel oder zuwenig bezahlten Beträge werden zu einem marktüblichen Satz verzinst. Die Zinseinnahmen werden den Versicherern zurückvergütet. Auch von den Versicherern, die im provisorischen Risikoausgleich zuwenig bezahlt haben, wird ein Zinsbetrag gefordert (Artikel 12 Absatz 5 VORA).

Aktualität der Datengrundlagen

In der ersten Verordnung gab es keine Trennung in einen provisorischen und definitiven Risikoausgleich. Die Durchführung des ersten Risikoausgleichs 1993 erfolgte daher nach dem Prinzip des Einphasensystems: Der in zwei Raten eingezogene Risikoausgleich wurde im voraus berechnet und nachträglich nicht mehr neu kalkuliert. Als Berechnungsgrundlage dienten die Daten von 1991. Es zeigte sich bald, dass dieses Berechnungssystem nicht unproblematisch war. In der Zeitspanne zwischen dem Referenz- und dem Ausgleichsjahr²⁵ fand neben natürlichen Wanderungsbewegungen zwischen den Versicherern auch eine starke Risikoselektion durch Billiganbieter statt. Die Versichertenbestände der einzelnen Versicherer hatten sich über die zwei Jahre demnach stark verändert. Die im voraus berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge für das Jahr 1993 stimmten nicht mit der Realität des Ausgleichsjahres überein.

Folglich änderte man bereits 1993 dieses Berechnungssystem. Die zentrale administrative Erneuerung in der ersten Revision der Vo IX war der Übergang vom Einphasen- zu einem Zweiphasensystem. Die Berechnung des Risikoausgleichs findet seither in zwei Stufen statt. In einer ersten Stufe erfolgt eine provisorische Berechnung. Die Ausgleichsstelle berechnet im Jahr vor dem Ausgleichsjahr einen provisorischen Risikoausgleich basierend auf den Versichertenbeständen und den Kosten des Kalenderjahres, das zwei Jahre vor dem Ausgleichsjahr liegt. Aufgrund dieser provisorischen Berechnung werden erste Zahlungsströme zwischen der Ausgleichsstelle und den Versicherern ausgelöst. Ein Jahr nach Abschluss des Rechnungsjahres wird dann der definitive Risikoausgleich aufgrund der Daten des Ausgleichsjahres berechnet. Am Schluss muss der Differenzbetrag zwischen der provisorischen und definitiven Abrechnung ausgeglichen werden.²⁶

Das Zweiphasensystem ist dem Einphasensystem grundsätzlich überlegen, weil nachträglich die aufgrund der nicht aktuellen Daten berechneten provisorischen Ausgleichszahlungen korrigiert werden können. Allerdings lösen sich auch mit dem Zweiphasensystem nicht per Definition alle Probleme. Es kommt näm-

²⁵ Das *Referenzjahr* ist jenes Jahr, aus welchem die verwendeten Daten stammen. Das *Ausgleichsjahr* ist das Jahr, für welches der Risikoausgleich durchgeführt wird. Für den Risikoausgleich 1993 spricht man vom Ausgleichsjahr 1993, das Referenzjahr ist jedoch 1991. Ab dem definitiven Risikoausgleich 1994 entsprechen sich das Ausgleichs- und Referenzjahr. Für den provisorischen Ausgleich fallen Referenz- und Ausgleichsjahr immer um zwei Kalenderjahre auseinander.

²⁶ Die Geschichte des Risikoausgleichs 1993 ist recht kompliziert: Tatsächlich wurde er zuerst nach dem Einphasensystem berechnet. In den Übergangsbestimmungen der bereits 1993 revidierten Verordnung fand sich jedoch der Passus, dass auch der Risikoausgleich 1993 nachträglich im Sinne des Zweiphasensystems zu berechnen sei. Dies wurde dann auch gemacht. Verschiedenen Versicherern wurden zudem Verzugszins in Rechnung gestellt. Das EVG hat in seinem Urteil vom 19. Dezember 1996 diese Schritte für unzulässig erklärt: Es mussten in der Folge nicht nur der Verzugszins, sondern auch die Differenzen zwischen dem provisorischen und definitiven Ausgleich zurückbezahlt werden. Der provisorische Ausgleich, basierend auf den Daten 1991, wurde also nachträglich wieder zum definitiven.

lich darauf an, welche Zeitspanne zwischen dem provisorischen und definitiven Ausgleich liegt. Mit zunehmender Länge dieser Zeitspanne vergrössert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich die realen Gegebenheiten stark verändert haben. Heute liegen zwischen den für die Berechnung relevanten Datengrundlagen zwei Kalenderjahre. Da der definitive Ausgleich am Ende des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres vorgenommen wird, dauern die Auswirkungen der «falschen» Berechnung im provisorischen Ausgleich ein Jahr und drei Monate.²⁷ Der Abschnitt 2.5 hat gezeigt, dass das Auseinanderfallen zwischen provisorischem und definitivem Ausgleich für die überwiegende Mehrheit der Versicherer zu ernsthaften Veränderungen führt. Noch heute erweist sich daher trotz Zweiphasensystem die Aktualität der Datengrundlage, namentlich der Zweijahresverzug zwischen der provisorischen und definitiven Risikoausgleichsabrechnung, als problematisch.

Die Revision der Verordnung auf den 1.1.1999 hat deshalb die Datengrundlage aktualisiert. Der provisorische Risikoausgleich wird neu auf der Basis der Daten des Kalenderjahres, die nur ein und nicht wie bisher zwei Jahre vor dem Ausgleichsjahr liegen, kalkuliert. Die erste Rate des provisorischen Risikoausgleichs erfolgt in Form einer Akontozahlung. Sie wird bereits in der ersten Hälfte des Ausgleichsjahres geleistet und beträgt einen Drittel des zuletzt kalkulierten definitiven Risikoausgleichs.

Verwaltungskosten und Zinserträge

Die Finanzierung der Verwaltungskosten der Ausgleichsstelle war in der Vo IX nicht explizit, sondern implizit geregelt. Gemäss Artikel 5 Absatz 2 sollten die Abgaben an die Ausgleichsstelle sowohl die Beiträge als auch „die anderen mit der Durchführung des Risikoausgleichs verbundenen Kosten“ decken. Weitere anfallende Aufgaben waren die Bereitstellung der Statistiken sowie die Erstellung der Jahresrechnung (Betriebsrechnung, Bilanz und Geschäftsbericht).

Die Verwaltungskosten wurden für den Risikoausgleich 1993 mittels eines Kopfbeitrages pro versicherter Person über die Kassen abgerechnet. Für die Jahre 1994 und 1995 wurden die angefallenen Zinseinnahmen zur Deckung der Verwaltungskosten verwendet. Die VORA regelte dieses Problem explizit. Der Verwaltungsaufwand ab dem Jahr 1996 wird über einen einheitlichen Beitrag je versicherte Person finanziert (Artikel 9).

Gegen das Vorgehen der Ausgleichsstelle in den Risikoausgleichsjahren 1994 und 1995 hat ein Versicherer Beschwerde erhoben. Er bezeichnete die Verwendung von Zinserträgen auf den geleisteten Ausgleichszahlungen zur Deckung der Verwaltungskosten als unrechtmässig. Nach Ansicht des Beschwerdeführers sollten die Zinserträge nur den zahlungspflichtigen Versicherern zu gute kommen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hielt in seinem Urteil fest, dass zwar eine echte Gesetzeslücke bezüglich der Verwendung der angefallenen Zinserträge vorlag, deren Verwendung zur Deckung der Verwaltungskosten jedoch angebracht erschien.²⁸ Folglich wurden alle am Risikoausgleich teilnehmenden Kassen begünstigt.

In der heute geltenden Verordnung ist auch die Verwendung von Zinserträgen geregelt (Artikel 13). Aufgrund der zeitlich versetzten Ein- und Auszahlungstermine für die Zahlungen des provisorischen und definitiven Risikoausgleichs, fallen bei der Ausgleichsstelle Zinsen an. Sie werden den Versicherern in der Höhe der umsatzmässigen Beteiligung des Versicherers am jeweiligen Risikoausgleich zurück vergütet.

²⁷ Beispiel anhand des definitiven Risikoausgleichs 1995: Die erste Rate der provisorischen Risikoausgleichszahlungen für 1995 erfolgte per Ende Februar, die zweite Rate per Ende August des Jahres 1995. Die Berechnungen der provisorischen Raten basierte auf den Daten von 1993. Der definitive Risikoausgleichszahlung für das Jahr 1995 erfolgte jedoch erst per Ende November des Jahres 1996.

²⁸ K 981 Urteil des EVG vom 19. Dezember 1996, Erw. 8

3. Vollzugsevaluation

Seit dem 1.1.999 wird den Zinserträgen eine konkrete Funktion zugewiesen. Die aufgelaufenen Zinsen fliessen in einem Fonds. Der Fonds soll den Betrag von maximal 500'000 Franken nicht überschreiten. Auflaufende Zinsen, die diesen Betrag überschreiten, werden den Versicherern zurückerstattet. Die Mittel werden dazu verwendet, bei geringfügigen Zahlungsausständen den Risikoausgleich ohne Kürzungen termingerecht durchzuführen. Detailliertere Regelungen zur Verwendung der Mittel sowie Einzelheiten der Rückvergütung an die Versicherer werden in einem Fondsreglement verankert.

Zahlungsfristen

In der ersten Version der Verordnung IX wurde nur ein definitiver Risikoausgleich durchgeführt. Die Zahlungen erfolgten im Jahr des Ausgleiches je zur Hälfte in zwei Raten (vgl. **Abbildung 17A**).

Der erste Zahlungsstrom von den Kassen an die Ausgleichsstelle musste bis Ende Februar geleistet werden und wurde im Zeitraum von drei Monaten wieder an die Kassen umverteilt. Der zweite Geldfluss an die Ausgleichsstelle vollzog sich bis Ende August und floss den Empfänger-Kassen einen Monat später zu.

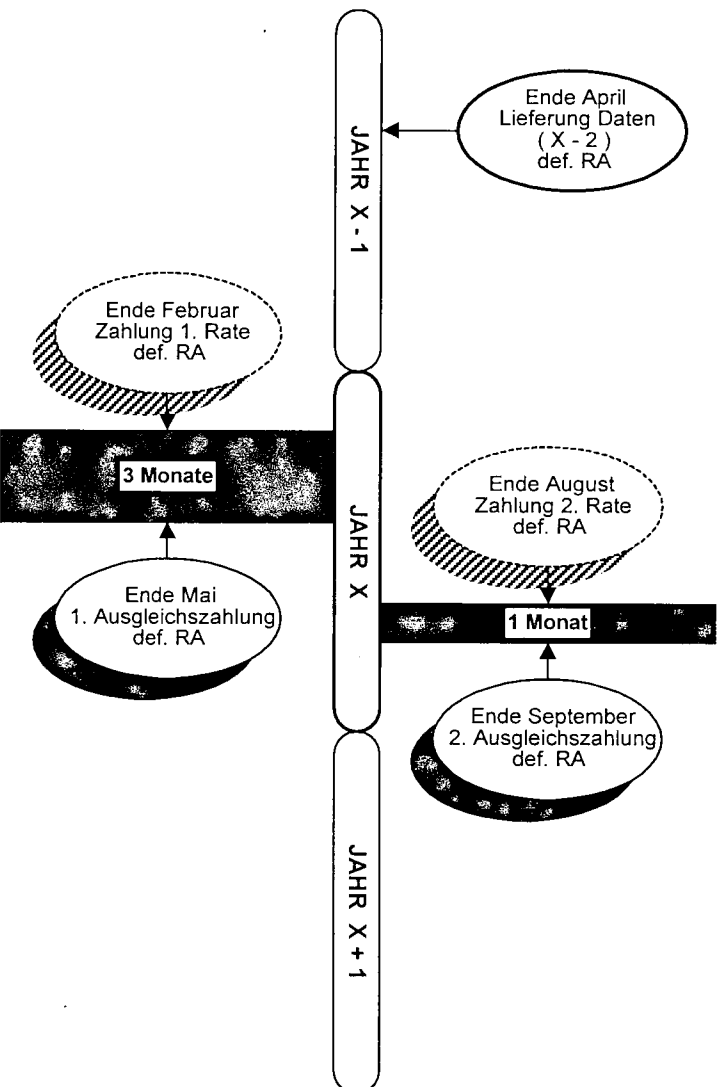
Die Einführung eines provisorischen Risikoausgleichs in der Revision der Vo IX führte zu zusätzlichen Zahlungsterminen. Wie in **Abbildung 17B** ersichtlich ist, erfolgten die provisorischen Zahlungen der Kassen an die Ausgleichsstelle für den Risikoausgleich 1994 und 1995 je zur Hälfte bis Ende Februar und Ende August des Ausgleichsjahres. Die empfangenden Kassen erhielten die Ausgleichsbeiträge jeweils bis Ende April und Ende September. Die erste Zahlungsfrist zwischen Ein- und Ausgang der Zahlungen betrug zwei Monate. Die Abwicklung der zweiten Rate des provisorischen Risikoausgleichs erfolgte über den Zeitraum von einem Monat. Die Zahlungsströme des definitiven Risikoausgleichs kamen bis Ende November des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres herein und wurden zwei Monate darauf wieder an die Kassen ausgeschüttet. Die Erfahrung zeigte, dass die Zeitspanne zwischen Ein- und Ausgang der Gelder zu lang und damit nicht notwendig für die Durchführung des Risikoausgleichs war. Während diesem Zeitraum sammelten sich zudem Zinserträge an, deren Verwendung zu diesem Zeitpunkt noch nicht eindeutig geklärt war.

1996 wurde eine Verkürzung der Ein- und Auszahlungsfristen auf zwei Wochen vorgenommen (vgl. **Abbildung 17C**). Die Zahlungen für den provisorischen Risikoausgleich müssen je zur Hälfte bis 15. Februar und 15. August des Ausgleichsjahres geleistet werden. Die provisorischen Zahlungen von der Ausgleichsstelle an die Versicherer erfolgen jeweils auf Ende des selben Monats. Die definitive Risikoausgleichszahlung muss bis zum 15. November des Jahres geleistet werden, welches dem Ausgleichsjahr folgt. Die Auszahlung an die Versicherer erfolgt zwei Wochen später.

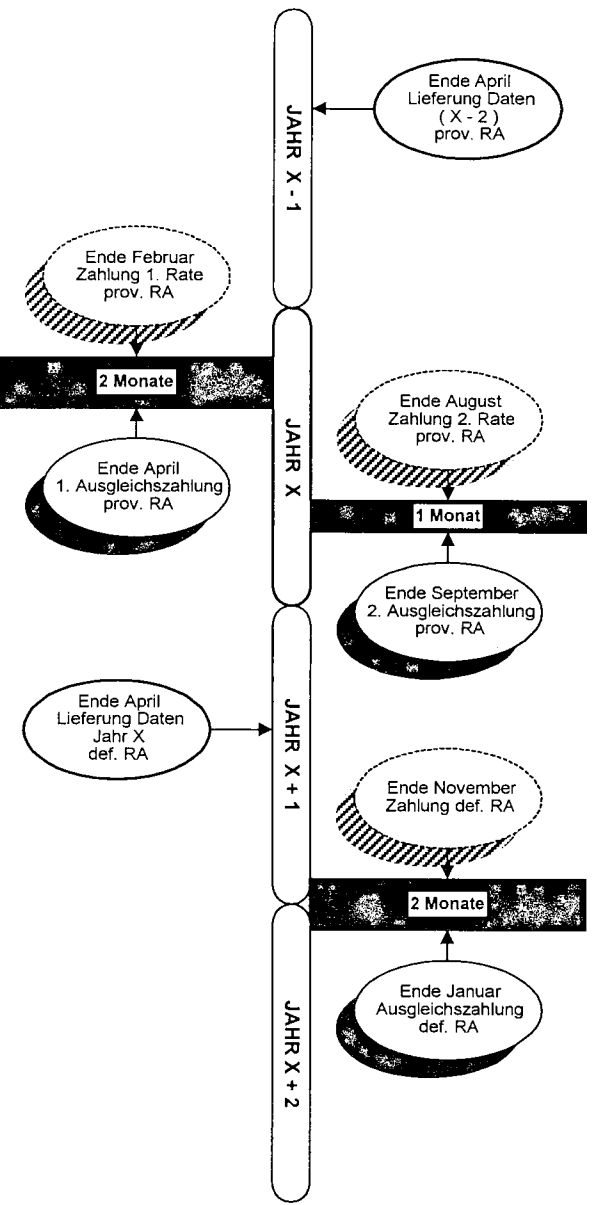
Die Reduzierung der Zahlungsfristen von ursprünglich zwei bzw. einem Monat auf heute zwei Wochen hat sich als zu stark erwiesen. In dieser Zeitspanne müssen von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG und ihrer Revisionsstelle verschiedene Arbeiten durchgeführt werden: Kontrolle der Zahlungseingänge, Kürzungen bei Zahlungsausständen und Auszahlung der Risikoausgleichsbeiträge an die Versicherer. Die Geschäftsstelle wartet bis ca. fünf Tage über den Zahlungstermin hinaus, um allen Versicherern, die pünktlich zahlen wollen, die Möglichkeit zu geben, dies auch zu tun. In den folgenden fünf Tagen muss der Risikoausgleich, sofern nicht alle Zahlungen eingegangen sind, gekürzt werden. An den verbleibenden fünf Tagen muss dann die Auszahlung an die Versicherer abgewickelt werden (inkl. Kontrolle der Auszahlungen durch die Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG). Nach Eingang jeder weiteren Zahlung wird eine erneute anteilmässige Auszahlung an die Versicherer durchgeführt. Durch die kurzen Zahlungsfristen besteht die Gefahr, dass es zu häufigeren Kürzungen kommt (vgl. Abschnitt 3.3.3).

Abbildung 17: Die Zahlungsfristen in den verschiedenen Verordnungen

A. Risikoausgleich 1993

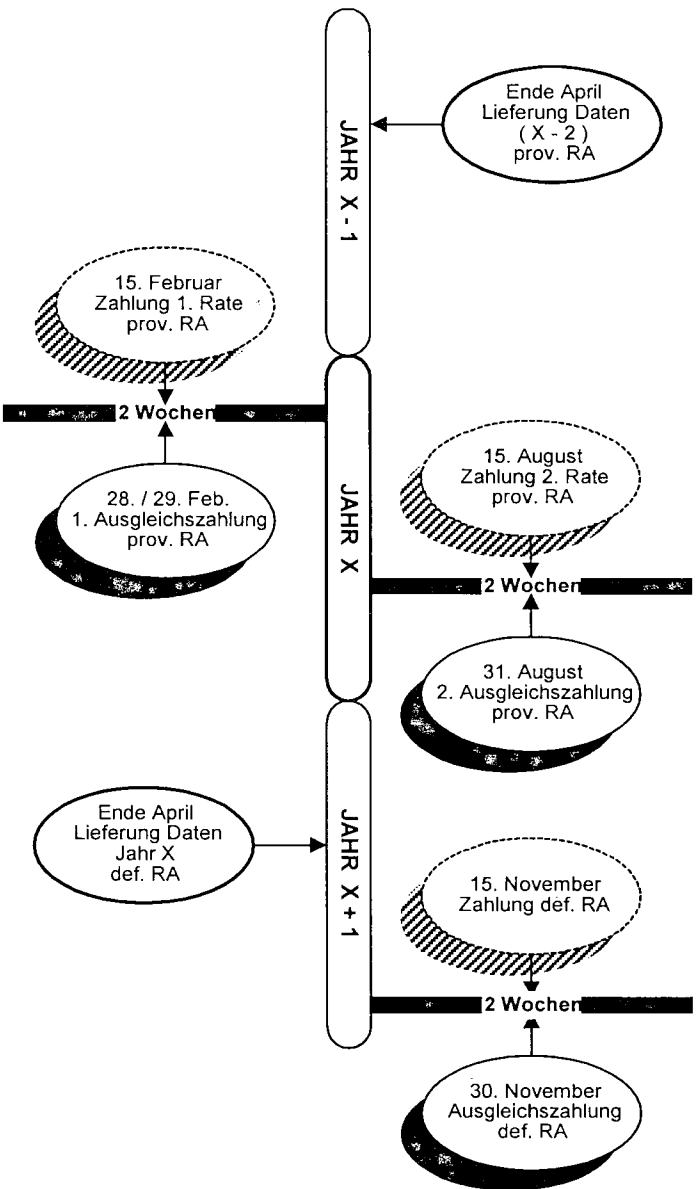


B. Risikoausgleich 1994 und 1995

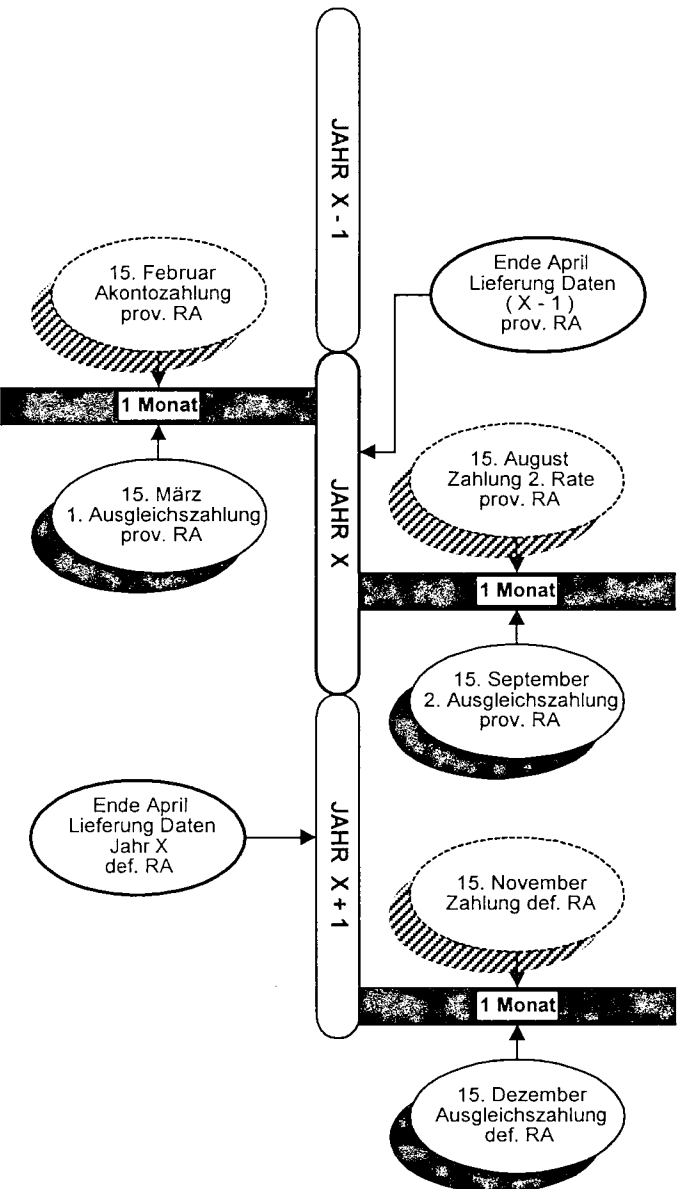


Fortsetzung Abbildung 17: Die Zahlungsfristen in den verschiedenen Verordnungen

C. Risikoausgleich seit 1996



D. Risikoausgleich ab 1999



Seit dem 1.1.1999 sind die Zahlungsfristen wieder etwas länger (vgl. **Abbildung 17D**). Die Akontozahlung für den provisorischen Risikoausgleich erfolgt bis zum 15. Februar der Ausgleichsjahres. Die Versicherer erhalten die Auszahlung bis zum 15. März. Die zweite Zahlung des provisorischen Risikoausgleichs muss bis zum 15. August geleistet und wird dann einen Monat später an die empfangenden Kassen ausbezahlt werden. Dieselben Fristen gelten für den definitiven Risikoausgleich. Die Zahlung muss bis zum 15. November des Jahres, welches dem Ausgleichsjahr folgt, erfolgen und wird bis zum 15. Dezember wieder an die begünstigten Versicherer verteilt werden.

Verzugszins

Zur Sanktionierung der Versicherer, welche nicht termingerecht zahlten, wurde bereits in der ersten Verordnung Vo IX das Instrument des Verzugszinses eingeführt. Die Regelung hält fest, dass nach Ablauf der Zahlungsfrist ein monatlicher Verzugszins von 1 Prozent an die Ausgleichsstelle zu entrichten ist (entspricht einem Jahreszins von 12 Prozent).

Gemäss einer Verfügung des BSV vom 20. Oktober 1995 ist ein Versicherer zu Zahlungen von Verzugszinsen auf der definitiven Rate des Risikoausgleichs 1993 angehalten worden. Er legte jedoch Rekurs gegen diesen Entscheid mit der Begründung ein, dass weder im Bundesbeschluss noch anderswo eine formellgesetzliche Grundlage für die Erhebung von Verzugszinsen besteht. Im Urteil vom 19. Dezember 1996 folgte das EVG der Argumentation des Beschwerdeführers, dass die Forderung von Verzugszinsen nicht zulässig sei.²⁹ Es begründete seinen Beschluss damit, dass der im Bundesbeschluss von 1991 enthaltene Regelungsauftrag keine genügende gesetzliche Grundlage für die Erhebung von Verzugszinsen bildet und eine blosse verordnungsmässige Regulierung nicht ausreichend ist. Dieses Urteil hatte zur Folge, dass alle bis dahin eingeforderten Verzugszinsen zurück vergütet werden mussten.

Auch in der heute geltenden Verordnung VORA, welche vor dem Entscheid des EVG in Kraft trat, findet sich noch eine Grundlage zur Erhebung von Verzugszinsen (Artikel 12 Absatz 4). Es gilt ein Verzugszins von 0.5 Prozent pro Monat. Der Verzugszins ist sowohl für die beiden Raten des provisorischen als auch für die Schlusszahlung des definitiven Risikoausgleichs zu entrichten. Ein Versicherer bezahlte die zweite Rate des provisorischen Risikoausgleichs für das Jahr 1996 nicht vollständig ein. Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG erliess folglich am 2. Dezember 1996 eine Verfügung gegen den betreffenden Versicherer (zeitlich auch noch vor dem EVG-Entscheid). Neben der Bezahlung des Restbetrages wurde auch die Leistung eines Verzugszinses von monatlich 0.5 Prozent gefordert. Weiter drohte die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG dem Versicherer - gestützt auf Artikel 16 VORA - an, für den verursachten Mehraufwand einen Schadenersatz zu verlangen. Das EVG entschied, dass die Verzugszinspflicht in der geltenden Verordnung einer gesetzlichen Grundlage entbehre und dass die Androhung eines Schadenersatzes nicht zulässig ist (die Inrechnungstellung eines Schadenersatzes aber sehr wohl).³⁰ Statthaft ist jedoch eine Verzugszinspflicht im Falle eines trölerischen Verhaltens (systematisch fortgesetzte, materiell nicht begründete Zahlungsverweigerung).

In der Revision der Risikoausgleichsverordnung auf den 1.1.1999 wurde der Absatz zur Erhebung von Verzugszinsen vorläufig gestrichen. Vorgesehen ist jedoch die Schaffung einer formellgesetzlichen Grundlage im Zuge einer Teilrevision des KVG auf den 1.1.2000.

²⁹ K981 EVG vom 19. Dezember 1996, Erw. 7.

³⁰ KV 13 Urteil des EVG vom 31. Juli 1997.

Einsprachefristen

Bei auftretenden Streitigkeiten waren die Kassen gemäss der ersten Verordnung Vo IX befugt, innerhalb von 30 Tagen eine Einsprache gegen einen Entscheid der Ausgleichsstelle betreffend den Risikoausgleich einzureichen. Sie konnten sich innerhalb dieser Frist an die vom Konkordat eingesetzte Schlichtungsstelle wenden. Es stellte sich heraus, dass teilweise ohne Einhaltung dieser Einsprachefrist Beschwerdeverfahren eingeleitet wurden.

In der VORA wurde keine Einsprachefrist mehr verankert. Die fehlende Frist verursachte eine Rechtsunsicherheit, nicht nur bei Einsprachen gegen die Berechnungen des Risikoausgleichs, sondern auch bei den Datenlieferungen. Teilweise wurden erst nach der Berechnung des Risikoausgleichs Fehler in den gelieferten Daten entdeckt. Ein Versicherer forderte daher die Neuberechnung des Risikoausgleichs. Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG lehnte dieses Ansinnen mit einer Verfügung ab. Der Entscheid ist beim EDI hängig.

Berücksichtigung des Risikoausgleichs bei der Budgetierung

Die Bildung von Rückstellungen und Reserven ist eine wichtige Absicherung gegen die Zahlungsunfähigkeit. Im Rahmen der Prämien genehmigung zeigte sich in der Vergangenheit, dass der Risikoausgleich bei der Budgetierung der Versicherer nur ungenügend berücksichtigt wurde. Der Bundesrat hat deshalb am 17. September 1997 eine Verordnungsänderung vorgenommen, die seit 1. Januar 1998 in Kraft ist. Sie beinhaltet die Verpflichtung der Versicherer, jährlich spezielle Rückstellungen für die noch zu bezahlenden, definitiven Risikoabgaben zu bilden. Insbesondere gilt es die Bestandeszunahmen in den Risikogruppen sowie die Veränderung der Durchschnittskosten zu berücksichtigen.

Die Revision auf den 1.1.1999 verpflichtet die Versicherer, nicht nur die *Bestandeszunahmen*, sondern generell die *Bestandesveränderungen* zu berücksichtigen.

Zunehmende Anzahl der Kürzungen und Beschwerden gegen den provisorischen Risikoausgleich

Die Risikoausgleichszahlungen erfolgen nach dem Prinzip des Nullsummenspiels, d.h. ausstehende Zahlungen an die Ausgleichsstelle werden erst bei ihrer Realisierung an die empfangenden Versicherer weitergegeben. Diese Situation führte bei ausstehenden Zahlungseingängen zwangsweise zu Kürzungen bei den Beiträgen an die Versicherer. Vor 1996 kam es jedoch nur zu Kürzungen beim definitiven Risikoausgleich. Dies aufgrund der einschränkenden Regulierung, nur gegen den definitiven Risikoausgleich Rekurs einlegen zu können.

Die Durchführung von Kürzungen führt zu einem höheren administrativen Aufwand. In der alten Verordnung wurden Nichtzahlungen und die damit verbundene Kürzungen mit Hilfe von Geldern aus einem Fonds aufgefangen. Dieser Fonds wurde aus Zinseinnahmen gespeist und hatte etwa einen Umfang von 3 Millionen Franken. Er sollte nur bei geringfügigen Ausständen eingesetzt werden. Bei diesen ist es der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG heute erlaubt, Darlehen aufzunehmen. Dies ermöglicht eine termingerechte Auszahlung der Ausgleichsbeiträge ohne allfällige Kürzungen. Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat von dieser Möglichkeit bisher noch keinen Gebrauch gemacht, weil die Ausstände nie als geringfügig bezeichnet werden konnten.

Seit 1996 haben nicht termingerechten Zahlungen, welche zu Kürzungen führten, zugenommen (vgl. Abschnitt 3.3.3). In Folge dieser Zunahme der Kürzungen hat die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG das Kürzungsverfahren vereinfacht. Ursprünglich wurden Kürzungen pro Versicherer auf Kantonebene vorgenommen, heute pro Versicherer auf gesamtschweizerischer Ebene. Bei Kürzungen auf

kantonaler Ebene war es möglich, dass sich die Nettoposition einzelner Versicherer veränderte.³¹ Die Vereinfachung des Kürzungsverfahrens gilt seit dem definitiven Risikoausgleich 1994.

Die Zunahme vor allem der langandauernden Zahlungsausstände steht im Zusammenhang mit der Möglichkeit, seit 1996 im Rahmen der VORA auch gegen den provisorischen Risikoausgleich Beschwerde führen zu können. Für die Durchführung des Risikoausgleichs stellt dies eine erschwerende Situation dar, da das durchschnittliche Beschwerdeverfahren jeweils über ein Jahr dauert. Laufende Entscheide des EVG führen allerdings zunehmend zu einer einheitlicheren Verordnungsauslegung. In Zukunft kann mit einem Rückgang der Beschwerdefälle gerechnet werden.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG beantragte für die Revision 99 die Aufhebung der Einspruchsmöglichkeit gegen den provisorischen Risikoausgleich. Der Bundesrat nahm diese Anregung vor allem aufgrund juristischer Bedenken nicht auf.

3.5. Zusammenfassung

Erfüllung der vorgesehenen Pflichten

Tabelle 20 liefert eine Zusammenfassung der in diesem Kapitel vorgenommenen Ausführungen. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass alle Akteure ihre in den rechtlichen Grundlagen vorgesehenen Pflichten wahrnehmen. Allerdings kann daraus nicht geschlossen werden, dass es keine Problembereiche gibt. Es zeigt sich vielmehr ein recht differenziertes Bild:

■ **Konsistenz der Rollenerwartungen:** Während vor Einführung des KVG die Rollenerwartungen insgesamt noch widersprüchlicher waren, so zeigt sich seit 1996 eine weitgehende Konsistenz. Allerdings mit einer gewichtigen Ausnahme: im Bereich der strategischen Kontrolle des Risikoausgleichs ergibt sich eine unklare Verteilung der Verantwortung und Zuständigkeiten zwischen dem Stiftungsrat der Gemeinsame Einrichtung KVG und dem Bundesrat.

■ **Abgrenzung von Rollen:** In zwei Bereichen zeigen sich Schwierigkeiten in der Abgrenzung von Rollen: (1) Die Aufsichtsfunktion ist zwischen dem Bundesrat, dem BSV, dem EDI und der Gemeinsame Einrichtung KVG heute recht kompliziert organisiert. Die Revision der Verordnung zur Krankenversicherung per 1.1.1999 führte bereits eine Vereinfachung ein, indem die Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG vom BSV, welche diese Aufgabe für den Bundesrat wahrnimmt, an das Departement übergegangen ist. (2) In der Durchführungspraxis ergaben sich in juristischen Fragen Rollenvermischungen zwischen BSV und der Geschäftsstelle der Gemeinsame Einrichtung KVG.

■ **Qualität der Pflichterfüllung:** In denjenigen Bereichen, in denen uns aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen eine Beurteilung möglich war, war die Qualität der Pflichterfüllung bisher gut. Allerdings ergeben sich auch hier gewichtige Ausnahmen: (1) Eine Minderheit der Versicherer zahlt nicht pünktlich und liefert die Daten nicht zur Zeit. In der Folge kommt es zu Kürzungen des Risikoausgleichs bzw. zu aufwendigen Neuberechnungen. Es wirkte sich in diesem Zusammenhang besonders nachteilig aus, dass der Risikoausgleichsstelle bzw. der Gemeinsamen Einrichtung KVG keine Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Das EVG entschied am 19. Dezember 1996, dass sich die Erhebung von Verzugszinsen auf keine gesetzliche Grundlage stützen kann und somit unzulässig ist. (2) Ein Expertenbericht weist darauf hin, dass bei der Prämien genehmigung durch das BSV (bzw. den Bundesrat) der

³¹ Dies ist wie folgt möglich: Nehmen wir an, dass ein Versicherer gesamtschweizerisch eine Nettoposition des Nettoempfängers aufwies. In einzelnen Kantonen war er jedoch Nettozahler. Unterstellen wir nun, dass in Kantonen, in denen er Nettoempfänger war, substantielle Kürzungen vorgenommen werden mussten. Die Kürzungen «schwächten» seine kantonalen Nettoempfängerpositionen. Dadurch wurde es möglich, dass sich auch die gesamtschweizerische Position veränderte.

Tabelle 20: Übersicht über die Erfüllung der vorgesehenen Pflichten nach Akteuren

Beurteilungs- Kriterien	Gemeinsame Einrichtung KVG		Versicherer	BSV, EDI
	Stiftungsrat	Geschäftsstelle		
Konsistenz der Rol- lenerwartung	Teilweise konsistent; Problem der Abgren- zung zum Bundesrat	Konsistent seit 1996; vorher widerspruchsvol- ler	Konsistent seit 1996; vorher widersprüchlich	Weitgehend konsistent; Problem der Abgren- zung zur GE
Wahrnehmung der Pflichten	Grundsätzlich Ja; Strate- gische Führungsaufgabe kann aber kaum wahr- genommen werden	Ja	Ja	Ja
Qualität der Pflichten- erfüllung	Nicht beurteilbar (*)	Dort, wo beurteilbar, grundsätzlich gut; Per- sonalengpässe bei Rechtsfragen	Mangelhafte Pflichten- erfüllung durch 51 Versi- cherer bei den Zahlun- gen und bei verschiede- nen Versicherern bei den Datenlieferungen	Hinweise auf Probleme bei der Berücksichtigung des Risikoausgleichs bei der Prämiengenehmi- gung
Übernahme weiterer Aufgaben	Nein	Ja Interpretation der Ver- ordnung bzw. Füllen von Lücken	Nein	Ja; juristische Unterstüt- zung der Geschäftsstelle der GE
Negative Folgen der ungenügenden Pflichterfüllung	Verschiedene Probleme im Vollzug und in der strategischen Führung waren mit ursächlich für den (inzwischen wieder rückgängig gemachten) Rücktritt des Stiftungsrates	Keine	■ Kürzungen des Risi- koausgleichs aufgrund von Zahlungsausständen ■ Neuberechnungen aufgrund der Datenliefe- rungsfehler	Zu tiefe Prämien führen zu falschen Anreizen bei der Wanderung der Versicherten. In der Folge gleichen sich die Risikostrukturen nur unzureichend an.

(*) aufgrund fehlender Angaben

Quelle: Eigene Darstellung

Risikoausgleich besser berücksichtigt werden müsse (vgl. Schmid 1997, 18ff.). Die Wahrnehmung dieser Pflicht ist deshalb von Bedeutung, weil andernfalls für die Versicherten falsche Wanderungsanreize gesetzt werden, die die Risikostrukturen noch weiter differenzieren könnten.

Verschiedene Bestrebungen wurden seit der Veröffentlichung des Expertenberichts unternommen, um die geäußerten Empfehlungen umzusetzen: (i) Das BSV ist im Begriff, das Prämiengenehmigungsverfahren anzupassen; (ii) auf den 1. Januar 1998 trat eine Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in Kraft, welche die Versicherer dazu anhält, den Risikoausgleich bei der Bildung der Rückstellungen besser zu berücksichtigen; (iii) die Revision der Verordnung über den Risikoausgleich auf den 1.1.1999 hat durch die Verwendung aktuellerer Daten dazu geführt, dass sich die Problematik der Berücksichtigung des Risikoausgleichs generell reduziert.

Überlegungen zum Spannungsfeld zwischen dem Stiftungsrat und dem Bundesrat

Die Vollzugsanalyse hat gezeigt, dass die Aufgabenteilung zwischen dem Bundesrat und dem Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG geklärt werden sollte. Es sind naturgemäß viele Wege denkbar, wie eine solche Klärung vorgenommen werden könnte. Nachfolgend möchten wir zur Verdeutlichung unserer Überlegungen zwei Varianten, welche das Spannungsfeld ausloten, darstellen: Den Weg der Zentralisierung und den Weg der konsequenteren Dezentralisierung.

■ **Zentralisierung:** Bei der Variante «Zentralisierung» soll eine eindeutige Konzentration der Entscheidungs- und Durchführungskompetenz beim Bundesrat bzw. beim BSV vorgenommen werden. Da der Bundesrat bereits heute Vollzugsgeber ist und wohl auch in Zukunft die politische Verantwortung zu tragen hat, ist eine Kompetenzkonzentration denkbar. Es stellt sich dann aber die Frage, ob der Gemeinsamen Einrichtung KVG überhaupt noch die Durchführung des Risikoausgleichs überlassen werden sollte. Die Durchführung bspw. durch das BSV hätte nämlich auch Synergieeffekte zur Folge, weil im BSV bereits andere Prüfungen, die zum Teil auf dieselben Daten zurückgreifen (bspw. bei der Prämiengenehmigung),

vollzogen werden. Die Versicherer bereiten ihre Daten heute für verschiedene Stellen (BSV-Statistik, BSV-Prämien genehmigung, Gemeinsame Einrichtung KVG) in leicht anderer Form auf. Dies könnte auch vereinfacht werden. Zudem würde sich so im BSV eine starke Sachkompetenzkonzentration ergeben. Zwecks breiterer Abstützung der Entscheidungen im Rahmen des Risikoausgleichs wäre die Bildung einer neu zu schaffenden Begleitkommission zu prüfen. Die Kommission wäre schwergewichtig, aber nicht ausschliesslich mit unabhängigen Expert/innen zusammen zu setzen. Ihr kämen beratende Funktionen bei der Veränderung der Bestimmungen des Risikoausgleichs bzw. bei Anwendungsfragen zu. Diese Funktion übernimmt heute der Stiftungsrat.

■ **Dezentralisierung:** Bei der Variante «Dezentralisierung» sollen der Gemeinsamen Einrichtung KVG mehr Entscheidungskompetenzen übertragen werden. Der Stiftungsrat würde mehr Befugnisse erhalten. Dies wäre bspw. dadurch zu erreichen, dass erstens die Verordnung weniger Bereiche explizit und abschliessend regelt und zweitens die frei werdenden Regelungskompetenzen der Gemeinsamen Einrichtung KVG zugewiesen würden. Auch könnten drittens prozedurale Vorschriften über die geltenden Entscheidungsregeln im Stiftungsrat sowie über den Rechtsweg verankert werden. Die Gemeinsame Einrichtung KVG wäre dann freier in der Gestaltung und Durchführung des Risikoausgleichs. Notwendig wäre dazu aber eine andere Zusammensetzung des Stiftungsrates. Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG sollte schwergewichtig, aber nicht ausschliesslich ein unabhängiges ExpertInnen gremium sein. Die Entscheidungsregeln wären beispielsweise so auszugestalten, dass alle Experten gemeinsam und ein Vertreter der Versicherer ausreichen würden, grundsätzliche Entscheide zu fällen. Selbstverständlich müsste eine generelle Aufsichtspflicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG beim Bundesrat verbleiben.

Unseres Erachtens spricht einiges für Veränderungen, die in Richtung einer konsequenteren Dezentralisierung gehen. Die Hauptschwierigkeit der Zentralisierung dürfte darin liegen, dass diese in einem wesentlichen Ausmass von der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Versicherern, wie sie die Revision des KUVG geprägt hat, abgekehrt. Die Versicherer dürften u. U. versuchen, über die Parlamente und das KVG Einfluss auf die Risikoausgleichsverordnung zu nehmen. Zudem würde die politische Verantwortung für den Risikoausgleich ausschliesslich auf das BSV bzw. den Bundesrat verlagert. Die gedankliche Richtung des zweiten Wegs baut demgegenüber auf den bestehenden Institutionen auf, verändert sie aber so, dass sie sachgerechter funktionieren können. Die Hauptschwierigkeit dürfte bei der konsequenteren Dezentralisierung darin liegen, diejenigen Bereiche zu bestimmen, die in die ausschliessliche Kompetenz der Gemeinsamen Einrichtung KVG fallen würden. Weiter ist vorstellbar, dass auch bei einer wesentlichen Erhöhung der Kompetenzen der Gemeinsamen Einrichtung KVG dennoch ein Spannungsverhältnis zum Bundesrat bzw. zum BSV verbleibt, weil (1) in der Verordnung nach wie vor bestimmte Bereiche abschliessend geregelt wären und (2) der Bundesrat nach wie vor als Verordnungsgeber die politische Verantwortung zu übernehmen hätte.

Es zeigt sich, dass letztlich das Spannungsverhältnis nicht aufgelöst werden kann. Uns scheint es aber möglich zu sein, eine sachgerechtere Ausgestaltung der Organisation zu finden. Welcher Weg beschritten wird, dürfte primär von politischen Einschätzungen abhängen.

Administrative Abwicklung des Risikoausgleichs

Die Ausführungen in Abschnitt 3.4 haben gezeigt, dass die administrative Abwicklung des Risikoausgleichs in den letzten fünf Jahren vielen Änderungen und auslegenden Interpretationen unterworfen war. Zwei Gründe scheinen uns für diese Entwicklung massgebend: Einerseits musste die erste Verordnung unter grossem Zeitdruck entwickelt werden, und andererseits galt es 1992 eine vollständig neue Aufgabe im Krankenversicherungsrecht zu regeln.

3. Vollzugsevaluation

Die Revision auf den 1.1.1999 hat mit wenigen Ausnahmen alle noch bestehenden administrativen Probleme im Lichte der bisherigen Erfahrungen neu geregelt. Die Ausnahmen betreffen zwei Bereiche:

■ Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG verfügt über keine Sanktionsmöglichkeiten gegenüber zahlungsunwilligen Versicherern - ausgenommen der Möglichkeit, den entstandenen administrativen Schaden zu verrechnen. Zu denken ist insbesondere an die Erhebung von Verzugszinsen. Dazu benötigt es nach den Entscheiden des Eidg. Versicherungsgerichtes vom 19. Dezember 1996 und vom 31. Juli 1997 eine gesetzliche Grundlage. Es ist geplant, diese im Rahmen der Teilrevision des KVG auf den 1. Januar 2000 zu schaffen.

■ Die Höhe des ab 1999 zu äuffnenden Fonds von 500'000 Franken scheint zu gering zu sein. Tabelle 19 in Abschnitt 3.3.3. zeigt die Verteilung der ausstehenden Beiträge nach ihrer Grösse. Demnach sind 64 Prozent der ausstehenden Zahlungen kleiner als 500'000 Franken. Allerdings gilt es folgendes zu berücksichtigen: Erstens können mehrere kleinere Zahlungen rasch über die Grenze von 500'000 Franken hinausführen und somit zu Kürzungen des Risikoausgleichs führen. Zweitens zeigt die untere Tabellenhälfte der Tabelle 19, dass auch in der Vergangenheit nur die grösseren Zahlungen über 500'000 Franken zu Kürzungen geführt haben. Hätte der Fonds also in der Vergangenheit bereits bestanden, so wären nicht weniger Kürzungen vorgekommen. Wie gross müsste der Fonds sein? Nimmt man nur die bisherigen ausstehenden Zahlungen als Kriterium, so wäre wohl eine Grösse von ca. 5 Millionen Franken angebracht.

3.6. Empfehlungen

Aufgrund der Vollzugsanalyse drängen sich unseres Erachtens folgende Empfehlungen auf:

■ **Erstens:** Die Zusammensetzung des Stiftungsrates der Gemeinsamen Einrichtung KVG sollte - wenn man nur den Aufgabenbereich des Risikoausgleichs betrachtet - verändert werden. Er sollte schwergewichtig, wenn auch nicht ausschliesslich, aus unabhängigen Expert/innen gebildet werden. Grund dafür sind die per Definition mit dem Risikoausgleich entstehenden Interessengegensätze zwischen den Nettoempfänger- und den Nettozahler-Versicherer. Nur ein unabhängigerer Stiftungsrat kann die im Stiftungsreglement vorgesehene strategische Führungsfunktion wahrnehmen.

Eine Veränderung der Zusammensetzung des Stiftungsrates kann natürlich nur vor dem Hintergrund aller Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG beurteilt werden. Wenn die Wahrnehmung anderer Aufgaben gegen eine Veränderung der Zusammensetzung des Stiftungsrates spricht, so wären folgende Wege denkbar: (a) Der im Reglement der Gemeinsamen Einrichtung KVG über die Durchführung des Risikoausgleichs unter den Versicherern vorgesehene wissenschaftliche Beirat ist einzusetzen. Er sollte aber nicht nur beratende Funktionen erhalten, sondern per Reglement Verantwortung übertragen bekommen. Damit könnte ein neutrales und unabhängiges Gegengewicht zum Stiftungsrat gebildet werden. (b) Gründung einer neuen Stiftung, die nur für die Durchführung des Risikoausgleichs zuständig ist. Dazu wäre allerdings eine Gesetzesänderung notwendig.

■ **Zweitens:** Die Aufgabenteilung zwischen dem Bundesrat und dem Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG sollte sachgerechter ausgestaltet werden.

■ **Drittens:** Es sind gesetzliche Grundlagen für die Einführung eines Verzugszinses zu schaffen.

■ **Viertens:** Wir empfehlen, Massnahmen zu ergreifen bzw. bestehende Massnahmen zu vollziehen, um der Berücksichtigung des Risikoausgleichs bei der Berechnung der Prämien Nachhaltigkeit zu verschaffen. Verschiedene Vorschläge wurden von Schmid (1997) geäussert. Sie erscheinen uns sehr prüfenswert. Weiter gilt es zu prüfen, ob die Gemeinsame Einrichtung KVG im Rahmen der Prämien genehmigung eine zusätzliche Funktion wahrnehmen soll.

TEIL C: WIRKUNGSANALYSE

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Der den Risikoausgleich einführende dringliche Bundesbeschluss vom Dezember 1991 verstand sich als «befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung». Unter Entsolidarisierung wurde insbesondere die Entwicklung verstanden, dass Kassen mit einer finanziell günstigen Versicherungsstruktur günstige Prämien anbieten konnten und damit weiter Zuwanderungen von günstigen Versicherten auslösten. Auf der anderen Seite verblieben Versicherer mit relativ ungünstigen Strukturen und damit höheren Prämien. Die Solidarität zwischen Jung und Alt bzw. zwischen Gesunden und Kranken wurde dadurch zunehmend in Frage gestellt.

Die Einführung des Risikoausgleichs war mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Kassen mit günstigen Strukturen verteuern und jene mit ungünstigen Risiken verbilligen. Die Angleichung der Prämien sollte die Wanderung der Versicherten beeinflussen. Die Wanderungen sollten sich – so die Absicht des Gesetzgebers – mittel- bis langfristig derart ändern, dass sich die Risikostrukturen der einzelnen Versicherer annähern (oder zumindest nicht mehr weiter auseinander entwickeln) und in der Folge der Risikoausgleich vielleicht auch nicht mehr notwendig wäre. Die Versichertenkollektive sollten also bei allen Versicherern letztlich in Bezug auf die Risikostrukturen «besser durchmischte» werden. Würde dies geschehen, dann könnte man zu einem späteren Zeitpunkt den Risikoausgleich auch wieder aufheben, so die Meinung bei der Einführung.

In diesem Kapitel werden nun die Auswirkungen der Einführung des Risikoausgleichs auf die Risikostrukturen untersucht. Insbesondere zwei Fragestellungen wurden vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgegeben: (1) Gibt es Hinweise darauf, dass von den Krankenversicherern heute noch immer Risikoselektionen vorgenommen werden? Nach welchen Indikatoren richten sie sich (in Abschnitt 4.1 werden diese Fragen qualitativ, in Abschnitt 4.3 quantitativ untersucht)? (2) Konnte die vor der Einführung beobachtete Risikoentmischung gestoppt bzw. sogar (in Teilen oder vollständig) rückgängig gemacht werden (Abschnitt 4.2)?

4.1. Risikoselektion – qualitative Analyse

Die Risikokollektive der Versicherer unterscheiden sich markant (dies wird der folgende Abschnitt 4.2 eindrücklich zeigen). Der Hauptgrund dafür liegt in der Risikoselektion, welche durch Versicherer in der Vergangenheit vorgenommen worden sind. Die Versicherungen sind an Versicherten interessiert, welche möglichst geringe Kosten verursachen. Dadurch können sie im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergleichsweise günstige Prämien anbieten. Da andere Versicherungen gleichzeitig höhere Prämien haben, steigt bei Versicherern mit einem günstigen Risikokollektiv die Wahrscheinlichkeit, dass wandernde Versicherte, welche typischerweise jung und gesund sind³², von ihnen unter Vertrag genommen werden können. Dies ist deshalb wünschenswert, weil dadurch die Gewinnmöglichkeiten im Zusatzversicherungsbereich steigen: Junge und gesunde Menschen beanspruchen auch in diesem privatwirtschaftlich organisierten Bereich weniger Leistungen.

Selektionen sind dann erfolgreich, wenn «gute Risiken» zuwandern oder wenn Fusionen mit anderen Kassen, welche gute Risikostrukturen aufweisen, erfolgen. Für die Versicherten ist für die Wanderung die Prämie in der Grundversicherung sehr wichtig, aber nicht das allein entscheidende Kriterium. Für diejenigen Versicherten, welche eine Zusatzversicherung abschliessen möchten, sind darüber hinaus die entspre-

³² CSS (1998) bestätigt diesen Zusammenhang mit aktuellen Daten für die CSS.

chenden Bedingungen (Vorbehalte, Prämien, Leistungskatalog etc.) ebenso von Bedeutung. Die Versicherten scheinen heute noch oft das Gesamtpaket aus Zusatz- und Grundversicherung zu betrachten. Eher selten werden die Versicherungen der beiden Zweige bei verschiedenen Versicherern abgeschlossen.

Zu Beginn der 90er Jahre wurde die aggressive Risikoselektionspraxis einzelner Versicherungen zunehmend kritisiert, weil sie dazu führte, dass eine Gruppe von Versicherten – diejenigen bei den sogenannten «Billiganbietern» - durch sehr günstige Prämien privilegiert wurde. Nicht zuletzt mit der Einführung des Risikoausgleichs wurde auf diese Entwicklung reagiert. Auch mit der Einführung des KVG wurde die Risikoselektion erschwert. Seither ist es allen Versicherten im Grundversicherungsbereich möglich, eine Versicherung nach Gutdünken auszuwählen. Die Versicherer müssen die eintrittswilligen Versicherten aufnehmen.

Das Bundesamt für Sozialversicherung stellte im Pflichtenheft zum vorliegenden Projekt folgende konkrete Frage: „Gibt es Hinweise darauf, dass von den Krankenversicherern heute noch immer Risikoselektionen vorgenommen werden? Nach welchen Indikatoren richten sie sich?“

In diesem Abschnitt wird auf die Frage eingegangen, wie die Einführung des Risikoausgleichs die Risikoselektionsstrategien der Versicherer verändert hat. Die Untersuchung erfolgt qualitativ. Im folgenden Abschnitt 4.2 werden dann die quantitativen Analyseinstrumente eingeführt werden, welche in Abschnitt 4.3 auch eine quantitative Analyse erlauben werden. Im unmittelbar folgenden Abschnitt 4.1.1 zeigen wir kurz auf, in welchem gesetzlichen und durch den Risikoausgleich bedingten Rahmen sich die Risikoselektion überhaupt abspielt. Ebenfalls gehen wir auf die durch die Einführung des Risikoausgleichs theoretisch verursachten Veränderungen der Risikoselektionsanreize ein. Um die theoretischen Resultate praktisch zu vertiefen, wurde mit sechs ausgewählten Versicherern Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Abschnitt 4.1.2 dokumentiert.

4.1.1 Rahmenbedingungen für die Risikoselektion

Gesetzlicher Rahmen

Risikoselektion bedeutet für die Versicherer, dass sie die Zusammensetzung ihres Risikokollektivs bewusst beeinflussen wollen. Der Einfluss geht primär in Richtung der Aquisition sogenannt «günstiger Risiken». Man dann von einem günstigen Risiko, wenn ein Versicherter unterdurchschnittliche Gesundheitskosten verursacht. Die Zusammensetzung des Kollektivs kann natürlich auch dadurch verändert werden, indem man versucht, Versicherte mit überdurchschnittlichen Kosten, also schlechte Risiken, abzuschieben. Derartige Versuche einzelner Versicherer sind in der jüngsten Vergangenheit verschiedentlich publik geworden. Im Rahmen der Erarbeitung von gentlemen's agreements wird derzeit darüber diskutiert, ob derartige Massnahmen nicht «verboten» werden sollten.

Um neue und (potentiell) günstige Versicherte zu gewinnen, stehen den Versicherungen verschiedene Möglichkeiten offen. Erstens steht es ihnen frei, über entsprechende Marketingmassnahmen zu versuchen, ihr Zielpublikum zu erreichen. Zweitens können die Produkte so gestaltet werden, dass sie insbesondere das angestrebte Zielpublikum ansprechen. Bei den Produkten ist zwischen der Grund- und den Zusatzversicherungen zu unterscheiden. In der Grundversicherung gab es im Rahmen des KUVG vor 1993 einen beträchtlichen Spielraum, das Leistungspaket zu bestimmen. Diese Freiheiten wurden mit dem dringlichen Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung 1993 wesentlich eingeschränkt. Seit 1996 ist das Grundleistungspaket einheitlich definiert und vorgegeben. Drittens schliesslich können die Versicherer durch Fusionen mit Partnern, welche attraktive Risikostrukturen aufweisen, ihr Kollektiv diesbezüglich besser (oder auch stabiler) positionieren.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

In der Grundversicherung ergaben sich in den letzten Jahren weitere Veränderungen, welche die Möglichkeiten zur Risikoselektion beeinflussten:

- Vor 1993 war es möglich, die Prämien nach Geschlecht zu differenzieren.
- Bis zur Einführung des KVG 1996 konnten die Prämien nach dem Eintrittsalter in die Versicherung abgestuft werden. So konnte erreicht werden, dass kaum ältere (und potentiell teurere) Versicherte neu in die Versicherung eintraten. Ebenfalls war es möglich, ein statutarisches Höchstalter für die Aufnahme in die Grundversicherung festzulegen.
- Ebenfalls bis 1995 bestand die Möglichkeit, Versicherte im Rahmen von Kollektivversicherungen zusammenzufassen. Diesen Kollektiven konnten in Abweichung zur Einzelversicherung besondere Prämienbedingungen offeriert werden.³³
- Weiter konnten neben den Zusatzversicherungen auch in der Grundversicherung bis 1995 Versicherungsvorbehalte angebracht werden (längstens für 5 Jahre).

Der Übergang vom KUVG zum KVG hatte zur Folge, dass die gesetzlichen Möglichkeiten zur Risikoselektion in der Grundversicherung nahezu verschwanden. Als wesentlichste institutionelle Möglichkeit verbleibt damit die Gestaltung der Zusatzversicherungen, bei welchen die Versicherer nach wie vor einen grossen Spielraum haben, die Produkte so zu gestalten, dass sie das entsprechende Zielpublikum erreichen.

Einfluss des Risikoausgleichs auf die Risikoselektion

Der heute geltende Risikoausgleich teilt alle Versicherte in 30 Risikogruppen ein. Eine Risikogruppe ist dadurch bestimmt, dass sie entweder Männer oder Frauen eines bestimmten Altersintervalls i umfasst. Die pro Versicherten in jeder Risikogruppe i zu bezahlende Abgabe bzw. der erhaltene Beitrag errechnet sich aus der Differenz der Durchschnittskosten pro Kopf in der Risikogruppe i zum Gesamtdurchschnitt pro Kopf über alle Versicherten und gilt für alle Versicherer unabhängig von ihren effektiven Durchschnittskosten im Intervall i . Um den erwarteten Einfluss des Risikoausgleichs auf das Risikoselektionsverhalten zu bestimmen, sind zuerst die Anreize vor der Einführung des Risikoausgleichs zu bestimmen.

Wir gehen von folgendem ökonomischen Verhaltensmodell aus: Risikoselektion wird betrieben, um im Bereich der Zusatzversicherungen den Gewinn zu maximieren. Im Bereich der Grundversicherung ist die Gewinnerzielung nicht möglich. Allfällige Gewinne dienen der Reservenbildung bzw. der Prämienenkung.³⁴ Für die Zusatzversicherungen sind Versicherte besonders attraktiv, welche die zur Verrechnung zugelassenen Leistungen möglichst wenig beanspruchen. Diese Bedingung erfüllen Personen mit einer guten Gesundheit. Wie finden die Versicherer solche Personen? Sie verwenden dazu alle Informationen, die Ihnen zur Verfügung stehen. Bei Neuversicherten ist dies insbesondere der Gesundheitsfragebogen, den diese beim Antrag einer Zusatzversicherung auszufüllen haben. Der Gesundheitsfragebogen gibt direkt Aufschluss über die Gesundheit. Andere Informationen dienen als indirekter Indikator für die Verursachung von Gesundheitskosten (bspw. Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Wohngemeinde etc.). Da die Wahrscheinlichkeit, geringe Kosten zu verursachen, bei jüngeren Personen höher ist, stellen sie die primär angestrebte Selektionsgruppe dar, obschon auch in dieser Gruppe durchaus Personen vorkommen können, die sehr hohe Gesundheitskosten verursachen (bspw. Personen mit chronischen Krankheiten).

³³ Seit der Einführung des KVG gibt es zwei Möglichkeiten, Kollektivversicherungen abzuschliessen: (1) Wenn im Bereich der Zusatzversicherungen eine Kollektivversicherung abgeschlossen wird, beispielsweise mit einem Betrieb, und gleichzeitig eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Versicherten auch die Grundversicherung beim selben Anbieter abschliessen, dann können nach wie vor Kollektivversicherungen vorgenommen werden. (2) Im Grundversicherungsbereich können direkt Kollektivversicherungen abgeschlossen werden. Bedingung ist allerdings, dass dieselben Prämien wie in der Einzelversicherung verlangt werden.

³⁴ Das geltende System enthält Anreize, allfällige Gewinne zu «verstecken», damit sie nicht zur Reservenbildung oder zur Prämienverbilligung eingesetzt werden müssen. Dies könnte bspw. dadurch geschehen, dass die Löhne bzw. die Lohnkosten erhöht werden.

Auch ältere Personen erfreuen sich oft einer guten Gesundheit. Da aber ihr Risiko grösser ist, höhere Kosten zu verursachen, bezahlen sie bei risikogerecht berechneten Prämien höhere Abgaben. Weniger einkommensstarke ältere Personen können diese Prämien nicht (mehr) bezahlen. Daher stellen die älteren, gesunden Versicherten kaum ein primäres Rekrutierungsfeld für Neuversicherte dar. Positiver Nebeneffekt der jüngeren Versicherten ist zudem der Umstand, dass auch in der Grundversicherung weniger Leistungen beansprucht werden. Dadurch sind auch die Grundversicherungsprämien tendenziell tiefer und der Versicherer attraktiver.

Der Risikoausgleich führt neue Rahmenbedingungen für die Grundversicherung ein. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass aus ökonomischer Sicht die Grundversicherung (in einer vereinfachten Sichtweise) nur das Mittel zum Zweck der Gewinnerzielung im Zusatzversicherungsbereich ist. Die Grundversicherung erfüllt den Zweck dann am besten, wenn sie zu möglichst tiefen Prämien führt, welche gesunde (junge) Versicherte anziehen. Für die Versicherer sind im Grundversicherungsbereich die folgenden durch den Risikoausgleich eingeführten Parameter relevant:

■ **Berücksichtigte Indikatoren:** Der geltende Risikoausgleich berücksichtigt nur die Gesundheitsindikatoren Alter und Geschlecht. Wie erwähnt gibt es für die Versicherer aber auch noch andere Informationen, die für die Auswahl der kostengünstigen Versicherten wichtig sind. Es ist daher zu erwarten, dass die Versicherer die im Risikoausgleich nicht berücksichtigten strukturellen Faktoren zur Erklärung der individuellen Gesundheitskosten gezielt für die Risikoselektion einsetzen werden.

■ **Breite des Risikostufenintervalls i in Jahren:** Je mehr Jahre das Risikostufenintervall i umfasst, desto grösser ist der Anreiz, über Risikoselektionen für eine linksschiefe Verteilung der Versicherten im Intervall i zu sorgen. Was bedeutet dies? Nehmen wir an, dass die Intervallsbreite 30 Jahre beträgt und alle Versicherten zwischen 20 und 50 Jahren umfasst. Eine linksschiefe Verteilung bedeutet, dass der Versicherer A mehr Versicherte zwischen 20 und 35 Jahren als zwischen 35 und 50 Jahren aufweist. Bei einer linksschiefen Verteilung sind die Durchschnittskosten pro Versicherten im ganzen Intervall normalerweise tiefer als bei einer Gleichverteilung, weil die Durchschnittskosten mit dem Lebensalter monoton zunehmen. Die Risikoabgabe entspricht - wie erwähnt - der Differenz zwischen den Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherer im Intervall i und den Gesamtdurchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherten und Versicherer. Mit einer linksschiefen Verteilung, welche für Versicherung A im Intervall i im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt im Intervall i zu tieferen Durchschnittskosten führt, bezahlt Versicherung A weniger Abgaben als aufgrund ihres eigenen Kollektivs möglich gewesen wäre. Verkürzt man nun das Intervall i , so wird es einerseits immer schwieriger, eine linksschiefe Verteilung dauerhaft aufzuweisen. Andererseits entspricht die Risikoabgabe immer genauer der Differenz zwischen den eigenen Durchschnittskosten pro Kopf in i und denjenigen pro Kopf über alle Versicherten in i . Wenn das Intervall i infinitesimal klein wird (bspw. nur eine Sekunde lang), dann stellt jede Person eine eigene Risikogruppe dar. Die von der Versicherung zu bezahlende Abgabe bzw. der erhaltene Beitrag entspricht genau der Differenz zwischen den individuellen Kosten des Versicherten j und dem Gesamtdurchschnitt pro Kopf über alle Versicherten. Es resultiert ein vollständiger Finanzausgleich zwischen den Versicherern. Daraus folgt: Die Intervalllänge i bestimmt unmittelbar den Spielraum für die Risikoselektion nach dem Alter. Umfasst das Intervall viele Jahre, dann ist der Risikoselektionsspielraum gross, ist es infinitesimal klein, dann ist kein Anreiz zur Risikoselektion in der Grundversicherung nach dem Alter mehr vorhanden.

Heute beträgt die Intervalllänge im Bereich zwischen 25 und 90 Jahre 5 Jahre. Unseres Erachtens ist dadurch der Anreiz zur Risikoselektion nach dem Alter relativ gering. Versicherer A müsste versuchen, in jedem Intervall vor allem die ersten beiden Jahrgänge stark zu besetzen. Nur so resultiert eine linksschiefe Verteilung. Es dürfte aber nahezu unmöglich sein, beispielsweise im Intervall 25 bis 30 Jahre dafür zu sorgen, dass man vor allem 25 und 26jährige Versicherte hat. Es ist dabei auch darauf zu achten, dass sich

eine linksschiefe Verteilung über die Zeit verändert, weil die Versicherten älter werden. Wollte man die Verteilung in den wichtigsten Intervallen immer linksschief erhalten, so wäre dauernd ein starker Zufluss von 25/26jährigen, 30/31jährigen, 35/36jährigen etc. notwendig.³⁵

■ **Durchschnittskosten pro Versicherten im Intervall i:** Hinsichtlich der Durchschnittskosten pro Kopf in jedem Intervall i ergeben sich gegenläufige Anreize. Erstens besteht für den Versicherer A der Anreiz, in jedem Intervall i möglichst tiefere Durchschnittskosten pro Kopf zu haben als die Durchschnittskosten pro Kopf in jedem Intervall i über alle Versicherte betragen. Dadurch bezahlt er bei den Risikogruppen mit Abgaben (bis ca. 55 Jahre) weniger als er eigentlich aufgrund seines eigenen Kollektivs müsste bzw. bekommt höhere Beiträge bei den Risikogruppen mit Auszahlungen (ab ca. 55 Jahren) als er eigentlich zu Gute hätte.

Zweitens führen aber tiefere Durchschnittskosten pro Kopf bei Versicherer A in jedem Intervall i zu einem Absinken des Gesamtdurchschnitts pro Kopf über alle Versicherten im Intervall i . Sinkt dieser Gesamtdurchschnitt pro Kopf im Intervall i , so steigen die zu bezahlenden Risikoabgaben bzw. sinken die ausstehenden Risikobeiträge.³⁶ Das konkrete Verhalten des Versicherers A wird somit davon abhängen, wie gross sein Marktanteil an Versicherten im Intervall i ist und wie er die Konkurrenz einschätzt: (a) Je grösser der Marktanteil, desto mehr wird der Gesamtdurchschnitt pro Kopf über alle Versicherten im Intervall i durch den Versicherer A selbst bestimmt und desto unattraktiver werden somit möglichst tiefe Durchschnittskosten. Der Anreiz zur Kostensenkung sinkt. (b) Wenn der Versicherer A keinen dominanten Marktanteil aufweist, dann kommt es auf das Verhalten der Konkurrenz an. Besonders tiefe Durchschnittskosten pro Kopf sind dann attraktiv, wenn die Konkurrenz ihre Möglichkeiten zur Kostensenkung nicht ausschöpft. Tut sie dies jedoch auch, dann sinken in jedem Intervall i die Gesamtdurchschnittskosten pro Versicherten. In der Folge werden die Risikoabgaben im Intervall i höher bzw. die Risikobeiträge geringer. In einem solchen Umfeld sinken daher ebenfalls die Kostensparanreize. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Kostensparanreize unabhängig vom Marktanteil generell immer bestehen bleiben.³⁷ Der Marktanteil beeinflusst lediglich die Intensität des Anreizes.

Je kleiner die Intervallsbreite i in Jahren ist, desto schwieriger wird es, dass die Durchschnittskosten pro Versicherten in einer Versicherung A unter dem Gesamtdurchschnitt pro Kopf über alle Versicherten im Intervall i liegt. Letztlich ist eine solch systematische Abweichung nur dann möglich, wenn man systematisch Massnahmen anwendet (bspw. Kostenkontrollen), welche andere Versicherungen ebenso systematisch unterlassen. Dies ist in Intervallen von 5 Altersjahrgängen aber wenig wahrscheinlich.

Drittens führen tiefere Durchschnittskosten pro Kopf des Versicherers A in irgendeinem Intervall i ceteris paribus zu tieferen Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherten und Intervalle. Dies führt tendenziell zu tieferen Abgaben bei den jungen und höheren Beiträgen bei den älteren Versicherten. Die Konsequenzen auf die Anreize zum Kostensparen hängen dabei für Versicherer A von der konkreten Verteilung der Versicherten über die Intervalle i ab.

Welche Folgen auf die Risikoselektionsstrategien sind somit durch die Einführung des Risikoausgleichs zu erwarten? Der Risikoausgleich verändert die Anreize in der Grundversicherung:

³⁵ Es ist dabei allerdings zu berücksichtigen, dass Neuversicherte in den ersten beiden Jahren typischerweise unterdurchschnittlich hohe Gesundheitskosten verursachen. Daher müsste die Selektion eigentlich auf die 18/19jährigen, die 23/24jährigen etc. gehen. Nach zwei Jahren wären sie dann im neuen Intervall und könnten eine linksschiefe Verteilung verursachen.

³⁶ Wenn sich die Kosten pro Kopf bei Versicherer A reduzieren, so sinken auch die Gesamtdurchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherten. Die Beiträge und Abgaben würden aber nur dann gleich bleiben, wenn Versicherer A alle Versicherten unter Vertrag hätte.

³⁷ Vgl. für einen formalen Beweis Beck et al. (1995, 139ff.)

■ Die Intervallbreite i bestimmt darüber, ob überhaupt eine linksschiefe Verteilung der Versicherten sinnvoll angestrebt werden kann. Dies dürfte mit der heute gegebenen Breite von 5 Jahren – insbesondere in einer intertemporalen Sicht – nicht der Fall sein. In den ersten beiden Versionen der Risikoausgleichsverordnung waren die Anreize noch grösser gewesen. Dies bedeutet somit, dass die gezielte Selektion nach Alter in der Grundversicherung nicht mehr sehr bedeutungsvoll ist.

■ Für ältere Versicherte gibt es Ausgleichsbeiträge. Daher wurde der Druck auf die bereits versicherten älteren Personen, die Versicherung zu verlassen, stark reduziert. Es könnte durch die Einführung des Risikoausgleichs sogar interessant sein, speziell ältere Versicherte neu zu rekrutieren. Dies ist aber nur unter ganz bestimmten Umständen so: Ein Vorteil ergibt sich nur dann, wenn die durchschnittlichen Kosten pro Versicherten in den Intervallen mit Risikobeiträgen – also ab ca. 55 Jahren – für die Versicherung A unter dem jeweiligen Intervalldurchschnitt pro Kopf über alle Versicherten liegt. Wenn man davon ausgeht, dass tendenziell die Gesunden wandern und somit auch bei den älteren Personen primär ältere Gesunde sich verändern (wenn überhaupt), dann führt der Risikoausgleich neu den Anreiz ein, gesunde ältere Versicherte anzuziehen. Die Differenz zwischen dem eigenen Intervalldurchschnitt pro Kopf und dem Gesamtintervalldurchschnitt pro Kopf kann als «Gewinn» behalten werden.

■ Der geltende Risikoausgleich berücksichtigt nur die Gesundheitsindikatoren Alter und Geschlecht. Es ist zu erwarten, dass die Versicherer alle anderen verfügbaren Informationen, welche die Gesundheitskosten erklären, nach wie vor für die Risikoselektion verwenden.

Die Grundversicherung, so haben wir die Zielfunktion der Versicherungen aus ökonomischer Sicht definiert, dient lediglich als Vehikel für die Zusatzversicherungen. Welche Folgen sind durch die Einführung des Risikoausgleichs nun tatsächlich zu erwarten? Der Risikoausgleich berücksichtigt die Faktoren Alter und Geschlecht und beseitigt somit weitgehend die entsprechenden Risikoselektionsanreize in der Grundversicherung. Neben dem Alter und dem Geschlecht bestehen aber noch weitere Indikatoren, die zur Risikoselektion beigezogen werden können. Derartige Informationen sind vor allem mit dem Gesundheitsfragebogen in der Zusatzversicherung erhältlich. Es ist zu erwarten, dass diese Informationen von den Versicherern gezielt zur Risikoselektion verwendet werden. Da die meisten Versicherten, welche eine Zusatzversicherung haben, Grund- und Zusatzversicherung als Paket betrachten, erwarten wir, dass sich das Selektionsverhalten der Versicherer im Zusatzversicherungsbereich in den Grundversicherungsbereich auswirkt. Obschon der Risikoausgleich die älteren, gesunden Versicherten als neue interessante Selektionsgruppe einführt, dürfte sich diesbezüglich dennoch kaum etwas ändern. Hauptgrund dafür ist der Umstand, dass ältere Versicherte bei einer neuen Versicherung im Vergleich zu derjenigen, in der sie schon einige Jahre sind, tendenziell höhere Prämien in der Zusatzversicherungen zu bezahlen haben und Versicherungsvorbehalte in Kauf nehmen müssen. Somit sind sie auch kaum wanderungswillig.

4.1.2 Ergebnisse von Interviews mit Versicherern

Aus der qualitativen Analyse haben sich Hinweise ergeben, dass für die Versicherer trotz Risikoausgleich nach wie vor Anreize bestehen, aktive Risikoselektionen betreiben. In diesem Abschnitt werden nun die Ergebnisse von Interviews mit sechs Versicherern dargestellt, welche explizit zu den Entwicklungen zwischen 1992 und 1996 befragt wurden.³⁸

Die Versicherer wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt: (1) Entwicklung zwischen 1992 und 1996, (2) Grösse der Versicherung und (3) Besonderheiten (bspw. junge, wachsende Versicherer oder Versicherer, welche für die Risikoselektion informell bekannt sind). **Tabelle 21** zeigt die sechs Versicherer, die in

³⁸ Der Zeithorizont zwischen 1992 und 1996 wurde so gewählt, dass er mit der quantitativen Analyse in Abschnitt 4.3 übereinstimmt. In **Anhang C** findet sich der Interviewleitfaden.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Abprache mit der Gemeinsamen Einrichtung KVG und dem Bundesamt für Sozialversicherung ausgewählt wurden.

Tabelle 21: Die sechs, für Interviews über die Risikoselektion ausgewählten Versicherer

	Risikoposition 1992	Risikoposition 1996	Grösse 1996	Position im Risikoausgleich 96
Versicherer 1	Durchschnittlich	Teuer	Über 100'000	Empfänger
Versicherer 2	Sehr teuer	Sehr teuer	Über 100'000	Empfänger
Versicherer 3	Sehr billig	Sehr billig	Über 100'000	Zahler
Versicherer 4	Billig	Billig	Über 100'000	Zahler
Versicherer 5	Sehr teuer	Sehr billig	Unter 100'000	Zahler
Versicherer 6	Leicht unterdurchschnittlich	Leicht unterdurchschnittlich	Unter 100'000	Zahler

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Befragung in Form einer thematisch geordneten Synthese dargestellt.

Welche Möglichkeiten bestehen heute, aktive Risikoselektion zu betreiben?

Die befragten Versicherer weisen auf zwei Gruppen von Selektionsmöglichkeiten hin: (1) Durch Kommunikationsmassnahmen/Marketing kann sich die Versicherung ein Image aufbauen. Die Übereinstimmung zwischen Kommunikationsmassnahmen und tatsächlichen Gegebenheiten ist dabei mehr oder weniger eng. Mehrere Versicherer bestätigten, dass das Image bei Wanderungsentscheidungen eine wichtige Rolle spielt. Dazu folgendes Beispiel: Eine grosse Versicherung musste in einem der Untersuchungskantone grössere Abwanderungen zu Billigstanbiestern hinnehmen. Nachdem die Prämien bei den Billiganbiestern sukzessive gestiegen waren, kamen viele der «enttäuschten» Abgewanderten zur ursprünglichen Versicherung zurück, obschon es andere Versicherer gegeben hätte, die deutlich billiger gewesen wären. Die Versicherung ist der Überzeugung, dass sie nach wie vor über ein gutes Image verfügt und dass die Rückwanderungen primär damit zusammenhängen. (2) Neben dem Einsatz der Kommunikationsinstrumente gibt es ganz konkrete Massnahmen, die für die Risikoselektion ergriffen wurden. Sie lassen sich in legale und «andere» unterscheiden. Bei den «anderen» Massnahmen handelt es sich nicht zwingend um illegale Instrumente. Vielmehr dürften sie eher gegen die sonst üblichen Geschäftspraktiken verstossen oder zumindest in einem Graubereich der Zulässigkeit anzusiedeln sein. Keiner der interviewten Versicherer wendet derartige Massnahmen an. Es wurde aber berichtet, dass andere, namentlich bekannte Versicherer diese anwenden würden. Die genannten Instrumente im Einzelnen:

■ **Prämienhöhe in der Grundversicherung:** Die Prämienhöhe wird als wichtiges Signal für die Risikoselektion eingesetzt. Kein Versicherer geht aber davon aus, dass die Prämienhöhe alleine das gewünschte Risikokollektiv bringt. Vielmehr sind die interviewten Versicherer der Ansicht, dass ein Gesamtpaket bestehend aus der Prämienhöhe in der Grundversicherung, dem attraktiven Angebot im Zusatzversicherungsbe- reich und dem Image der Versicherung geschnürt werden muss. Die Versicherer sind nicht an denjenigen Versicherten interessiert, welche jedes Jahr zur Versicherung mit der billigsten Grundversicherungsprämie wandern. Sie wollen vielmehr eine langfristige Kundenbeziehung aufbauen, um die Versicherten im Zusatzversicherungsbe- reich zu binden.

■ **Zusatzversicherung:** Der Einsatz der Zusatzversicherungen stellt zweifellos das effektivste legale In- strument zur Risikoselektion dar. Das Angebot von Zusatzversicherungen dient dabei sowohl der positiven wie auch der negativen Selektion. Angezogen werden sollen einerseits gute Risiken, also vor allem junge Gesunde. Andererseits sollen schlechte Risiken vom Versicherungseintritt abgehalten werden. Da für die Zusatzversicherungen ein Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werden muss, verfügen die Versicherer über Informationen hinsichtlich des Gesundheitszustands der Versicherten. Schlechten Risiken können in der

Folge sehr unattraktive oder keine Angebote unterbreitet werden. Da die meisten Versicherten die Grund- und Zusatzversicherung beim selben Anbieter abschliessen möchten, kann dadurch auch eine Risikoselektion in der Grundversicherung vorgenommen werden.

Die Versicherungen versuchen, die Zusatzversicherungen so auszugestalten, dass eine langjährige Kundenbindung aufgebaut wird. Dies bedeutet, dass sie insbesondere bei Jungen durchaus bereit sind, sehr grosszügige Angebote zu machen (bspw. werden die Kosten von Fitnesskursen übernommen).

■ **Neue Versicherungsformen:** Durch das Angebot neuer Versicherungsformen (HMO, Bonusversicherungen etc.) wird analog zu den Zusatzversicherungen im Grundversicherungsbereich versucht, ein spezifisches Zielpublikum anzusprechen.

■ **Niederlassungen in neuen Kantonen:** Einem Versicherer gelang es, seine gesamtschweizerische Brutto-Risikoeinstufung durch die Gründung von Niederlassungen in anderen Kantonen markant zu verbessern. Die Gründung einer kantonalen Niederlassung bringt den Vorteil, dass in diesem Kanton mit einer tiefen Prämie gestartet werden kann. Wird in der Prämienberechnung von der Versicherung und in der Prämienüberprüfung durch das BSV der Risikoausgleich korrekt eingerechnet, so dürfte diese Strategie allerdings in Zukunft nicht mehr sehr wirksam sein.

■ **Kein eigener Aussendienst:** Ein Versicherer hat keinen eigenen Aussendienst, sondern verkauft seine Angebote indirekt über einen privaten Versicherer, welcher insbesondere Lebensversicherungen anbietet. Der private Versicherer verfügt über weitergehende Informationen über die Versicherten als normalerweise üblich ist. Somit sind sehr gezielte Selektionen möglich.

■ **Drop-in-Drop-out-Strategie:** Die Strategie funktioniert wie folgt: Hat ein in mehreren Kantonen tätiger Versicherer in einem Kanton ein sehr teures Risikokollektiv und sieht er gleichzeitig keine Möglichkeiten mehr, wettbewerbsfähige Prämien anzubieten, so ergreift er Massnahmen, um das Kollektiv aufzulösen. Nachdem das Kollektiv aufgelöst wurde, gründet der Versicherer einige Zeit später im gleichen Kanton eine neue Niederlassung und kann mit sehr viel besseren Bedingungen den Markt neu bearbeiten. Es wurde in den Interviews vor allem von geplanten Drop-in-Drop-out-Strategien berichtet.

■ **Administrative Verzögerungen:** Mit administrativen Verzögerungen sollen schlechte Risiken dazu gebracht werden, abzuwandern oder nicht neu einzutreten. Typische Verzögerungen sind: Rechnungen werden lange nicht rückerstattet, Anträge für die Zusatzversicherungen werden lange nicht behandelt etc.

■ **Gezielte Information der Versicherten:** Man lässt schlechten Risiken Informationen zukommen, damit sie die Versicherung verlassen. Solche Informationen können beispielsweise Prämienvergleiche sein. Es wird berichtet, dass einzelne Versicherer schlechte Risiken beim Abschluss der Zusatzversicherung auch gezielt falsch informieren, damit der Abschluss sowohl in der Zusatz- wie auch in der Grundversicherung nicht zustande kommt.

Nach welchen Kriterien werden Risikoselektionen heute durchgeführt?

Die interviewten Versicherer berichten, dass mit der Einführung des Risikoausgleichs eine Bewusstseinsänderung hinsichtlich der Risikogruppen stattgefunden hat. Galten vorher ausschliesslich junge Personen als attraktiv und ältere Personen als wenig rentabel, so hat sich dies mit der Einführung des Risikoausgleichs geändert. Die Gruppe der Älteren, insbesondere der alten Gesunden, hat plötzlich an Attraktivität gewonnen und junge Versicherte sind unter gewissen Umständen sogar defizitär geworden (beispielsweise kann die Risikoabgabe für junge Versicherte mit hohen Franchisen grösser sein als die Prämieinnahmen). Ein Versicherer weist darauf hin, dass Berechnungen ergeben haben, dass Versicherte bis zum 35. Altersjahr für eine Kasse seit der Einführung des KVG defizitär sind. Aus den genannten Gründen haben gewisse Kassen begonnen, gesunde ältere Personen anzuziehen. Es handelt sich hier insbesondere um Kassen, die ein überdurchschnittlich junges Kollektiv aufweisen.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Dennoch sind die wesentlichsten Selektionskriterien dieselben geblieben: Gesucht werden erstens junge Personen und zweitens, wenn überprüfbar, gesunde junge Personen. Die Versicherer nennen folgende weiteren konkret verwendeten Selektionskriterien: das Einkommen, der Bildungsstand sowie der Urbanitätsgrad. Sie gehen davon aus, dass Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen und überdurchschnittlichem Bildungsniveau tiefere Gesundheitskosten aufweisen. Versicherte aus ländlichen Regionen sind überdies günstiger als jene aus den Agglomerationen.

Grosse Versicherer versuchen vermehrt jene Personengruppen anzusprechen, bei denen sie in den letzten Jahren grosse Abgänge zu verbuchen hatten. Es handelt sich hier um junge Leute, insbesondere junge Familien. Diese Gruppe wird als interessant bezeichnet, weil sie zum einen im reproduktionsfähigen Alter steht (1 Kind = 1 Neuzuwachs für die Versicherung) und zum anderen wenig Leistungen beansprucht. Zudem ist diese Gruppe für die Zusatzversicherungen wichtig.

Wie häufig werden Risikoselektionsstrategien angewendet?

Generell sind die Aussagen der interviewten Versicherer so zu beurteilen, dass alle Versicherer Risikoselektionsstrategien anwenden. Verschiedene Versicherer haben die Vermutung geäußert, dass die Einführung des Risikoausgleichs und des KVG die Häufigkeit nicht beeinflusst hat. Vielmehr wurden die Selektionsstrategien inhaltlich beeinflusst, weil in der Grundversicherung die älteren Versicherten nicht mehr nur als Problemfälle betrachtet werden.

Gemäss den Aussagen der interviewten Versicherer ist der Krankenversicherungsmarkt zeitlich zu einem «Zwei-Monatsmarkt» geworden. Die Versicherer werden vor allem in jenen Monaten, in denen die neuen Prämien durch das BSV bewilligt worden sind, am Markt tätig. Die Versicherer müssen die neuen Prämientarife mindestens fünf Monate vor deren Einführung beim BSV einreichen. Für die Anwendung neuer Tarife per 1. Januar müssen die Vorschläge demzufolge jeweils bis Ende Juli beim BSV eingehen. Im September bewilligt das BSV die Prämien, welche die Versicherer dann ihren Mitgliedern mindestens zwei Monate vor dem Inkrafttreten unterbreiten müssen. In diesen zwei Monaten, insbesondere auf den 1. Januar, finden dann die eigentlichen Wanderungen statt. Die Versicherer müssen in dieser Zeit intensiv um neue Mitglieder werben.

Mit der Ankündigung der neuen Prämientarife haben die Versicherten jeweils einen Monat Zeit, die Grundversicherung zu kündigen. Erfolgen keine Änderungen in der Zusatzversicherung, so kann die Situation entstehen, dass die Grundversicherung, jedoch nicht die Zusatzversicherung auf denselben Termin kündbar ist. Für einen Versicherten ist eine solche Situation unattraktiv und mit Mehraufwand verbunden, wenn er Grund- und Zusatzversicherung getrennt bei zwei verschiedenen Versicherern hat. Bei jeder Arztrechnung bedeutet dies, die Leistungen nach Grund- und Zusatzversicherung zu trennen und sie dem jeweiligen Versicherer zuzusenden. Verschiedene Versicherer erwähnten, dass aufgrund der Uneinheitlichkeit der Kündigungsfristen bei Grund- und Zusatzversicherung die Wanderungen seit dem KVG nicht zugenommen haben. Diese Situation fördert auch den Anreiz, im Grundversicherungsbereich Änderungen vorzunehmen, diese jedoch im Zusatzversicherungsbereich bewusst zu unterlassen, um die Versicherten an die Versicherung zu binden.

Wie wird die Verwendung von Risikoselektionsstrategien beurteilt?

Nach Meinung einiger Befragter gilt es, zwischen dem «Wettbewerb» unter den Versicherern und der «aktiven Risikoselektion» zu unterscheiden. So gelten in der Grundversicherung die Prämie und das Produkteangebot in Form alternativer Versicherungsmodelle als wettbewerbliche Selektionsinstrumente. Diese Form der Selektion wird als sinnvoll und unproblematisch beurteilt. Die aktive Risikoselektion im Sinne von Abwerben guter Risiken bzw. der Verweigerung der Aufnahme schlechter Risiken wird jedoch klar

problematisiert: Sie wird von den interviewten Versicherern vor allem dann als unzulässig bezeichnet, wenn volkswirtschaftlich sinnlose Wanderungen erfolgen. Gemeint sind Wanderungen, die letztlich nur zusätzlichen administrativen Aufwand für die Kassen und keine eigentliche Einsparungen im Bereich der volkswirtschaftlichen Kosten bringen. Kann eine Versicherung beispielsweise aufgrund einer effizienteren Verwaltung Kosten einsparen und somit tiefere Prämien anbieten, ist die Wanderung hin zu solchen Versicherern volkswirtschaftlich zu unterstützen.

Nehmen wir zur Illustration an, dass ein junger Versicherter jedes Jahr der günstigsten Prämie nachwandert. Er kann auf diese Weise zwar seine privaten Prämienkosten minimieren. Jedes Jahr fallen jedoch Verwaltungskosten bei den Versicherern an, die nichts mit den eigentlichen Gesundheitskosten zu tun haben, sondern einen zusätzlichen volkswirtschaftlichen Aufwand darstellen. Weiter lässt ein solches Wanderungsverhalten zusätzlich soziale Kosten entstehen. Jene Versicherten, die in der Versicherung zurückbleiben (meist ältere und kranke Versicherte), erleiden Prämienzuschläge. Es kommt zu einer Spaltung zwischen Versicherern mit einem jungen und gesunden Kollektiv sowie tiefen Prämien auf der einen Seite und Versicherern mit alten und kranken Versicherten und hohen Prämien auf der anderen Seite. Diese Form der Risikoentmischung widerspricht schliesslich dem Solidaritätsgedanken der Grundversicherung.

Nach Meinung von Risikoausgleichsbeiträgen empfangenden Versicherern ist die obligatorische Grundversicherung in erster Linie eine soziale Versicherung. Unter diesem Gesichtspunkt ermöglicht der Risikoausgleich den Wettbewerb erst und verhindert ihn nicht. Wie könnten die Risikoselektionen überhaupt verhindert werden? Die Verhinderung der Risikoselektion wird als sehr schwierig bezeichnet, weil viele Graubereiche auszumachen sind.

Allerdings denken nicht alle Versicherer so. Zwei Kassen, welche wichtige Zahler des Risikoausgleichs sind, finden weder die aktive Risikoselektion ein Problem noch den Risikoausgleich überhaupt notwendig. Sie erachten den Risikoausgleich als unzulässigen Eingriff in die freie Marktwirtschaft. Risikoselektionen werden als normaler Teil der Geschäftsstrategien sowohl in der Grund- wie auch in der Zusatzversicherung betrachtet.

Insgesamt spiegelt sich in den genannten Äusserungen der grundsätzliche Konflikt zwischen Zahlern und Empfängern: Zahler sind gegen, Empfänger für den Risikoausgleich.

Probleme im Zusammenspiel Risikoausgleich/Risikoselektion

Zwei Probleme wurden im Zusammenspiel zwischen Risikoausgleich und Risikoselektion/Wettbewerb genannt:

■ **Benachteiligung alternativer Versicherungsmodelle:** Mit der heutigen Situation werden alternative Versicherungsmodelle automatisch in den Risikoausgleich miteinberechnet. Es entsteht die Situation, dass die Prämieinnahmen im alternativen Bereich kaum mehr die Risikoausgleichsabgaben decken. Dieser Umstand vermindert den Anreiz kostendämmende Versicherungsmodelle anzubieten. Um diesem Problem zu begegnen, sollte der Risikoausgleich gemäss Aussagen der interviewten Versicherer nach Versicherungsformen abgestuft werden. Ein Vorschlag geht dahin, dass Rabatte auf den Risikoausgleichsabgaben im gleichen Ausmass wie sie heute bereits für die Prämien bei den Alternativmodellen gelten, eingeführt werden sollten.

■ **Time lags:** Ein weiteres Problem werde über die Ausgestaltung der administrativen Termine ausgelöst. Durch die verschiedenen terminlichen Verzögerungen fliesst der Risikoausgleich unzureichend in die Prämien ein. Bei Kassen, die einen starken Zulauf an jungen Risiken verbuchen, wird der Risikoausgleich erst verzögert prämienvirksam. Somit haben diese Versicherer bei der Risikoselektion einen unzulässigen Vor-

teil. Verschiedentlich wird die «Gegenwartsbemessung» vorgeschlagen. Damit ist gemeint, dass beim provisorischen Risikoausgleich bereits die Versichertendaten des laufenden Jahres einfließen. Dies könnte beispielsweise bedeuten, dass die Bestandesdaten vom Januar zu verwenden wären.

4.2. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Risikostrukturen

Der vorangegangene Abschnitt hat gezeigt, dass es weder theoretisch zu erwarten noch praktisch eingetroffen ist, dass die Versicherer durch die Einführung des Risikoausgleichs die Risikoselektionen eingestellt haben. In wie weit konnte der Risikoausgleich aber die Selektionen korrigieren? Die Beantwortung dieser Frage ist Gegenstand des Abschnitts 4.2.

Wenn wir im folgenden von **Risiko** sprechen, so meinen wir damit die Wahrscheinlichkeit, dass für die Versicherer Gesundheitskosten verursacht werden. Ein überdurchschnittliches Risiko weist eine Person dann auf, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass sie überdurchschnittliche Gesundheitskosten verursacht, vorliegt. Dieses Risiko kann sich grundsätzlich auf eine einzelne Person, aber auch auf ein Kollektiv von Personen beziehen. In diesem Abschnitt werden ausschliesslich Kollektive von Versicherern betrachtet. Mit **Risikostrukturen** meinen wir die Strukturen, welche durch eine grosse Anzahl von Risikokollektiven entstehen. Eine «Angleichung von Risikostrukturen» oder eine «bessere Durchmischung von Risiken» ergibt sich daher dann, wenn sich die Durchschnittsrisiken der verschiedenen betrachteten Kollektive annähern. Per Definition verfügt jeder Versicherer über ein Risikokollektiv.

In Abschnitt 4.2.1 werden die methodischen Grundlagen der Messung des Risikos kurz dargestellt und die Datengrundlagen diskutiert. Abschnitt 4.2.2 dient der Darstellung der Risikostrukturen des Jahres 1996.³⁹ Durch diese Illustration wird anhand eines Jahres die Komplexität der Strukturen offen gelegt. Die Abschnitte 4.2.3 und 4.2.4 gehen dann auf die Entwicklung derselben zwischen 1985 (für die Schweiz) bzw. 1991 (für die neun Untersuchungskantone) und 1997 ein. Die Analyse der Entwicklung wird aufzeigen, ob die Einführung des Risikoausgleichs die Entwicklung der Strukturen bisher signifikant beeinflusst hat.

4.2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Risiko wird in diesem Kapitel ausschliesslich vergangenheitsbezogen aufgefasst. Es stellt sich die Frage, welches Risiko sich im vergangenen Jahr $t-1$ tatsächlich realisiert hat. Wir operationalisieren das realisierte Risiko als Durchschnittskosten pro Versicherten. Es gilt zwischen einem Brutto- und einem Nettorisiko zu unterscheiden. Das Brutto- und das Nettorisiko stellt für den Versicherer dasjenige Risiko dar, welches sich im vergangenen Jahr $t-1$ ohne Kostenbeteiligungen von staatlicher Seite bzw. Abgaben an staatliche Stellen realisiert hat. Das Nettorisiko berücksichtigt demgegenüber den Umstand, dass der Bund und die Kantone (in der Vergangenheit über verschiedene Kanäle) die Versicherer finanziell unterstützten bzw. belasteten: Bundesbeiträge und Risikoausgleichszahlungen sind dabei die wichtigsten Stichworte.

Methodisch noch valider wäre ein Vorgehen gewesen, welches das individuelle Risiko aufgrund von Prognosefaktoren geschätzt hätte und das Risiko des Kollektivs durch Aggregation der geschätzten individuellen Risiken gebildet hätte. Durch ein solches Vorgehen würde von zufälligen Schwankungen der effektiven Kosten abstrahiert und nur derjenige Teil der Kosten betrachtet, der sich systematisch und prognostizierbar unterscheidet. Ein solcher Ansatz hätte individuelle Daten von Versicherten erfordert (rückwirkend bis 1985). Diese lagen nicht vor.

³⁹ Wie im einführenden Abschnitt 1.4. zu den Datengrundlagen erwähnt wurde, wurden nur bestimmte Teile des Berichtes mit den Daten von 1997 aktualisiert. In Kapitel 4 werden ausser den Abschnitten 4.1.2 und 4.2. alle Teile aktualisiert.

Relevant ist sowohl das Brutto- wie auch das Nettorisikokzept. Die eingangs in diesem Kapitel erwähnte Absicht des Gesetzgebers, dass die Einführung des Risikoausgleichs die Risikostrukturen besser durchmischen sollte, lässt sich sowohl an der Entwicklung der Brutto- wie auch der Nettorisikostrukturen messen. Die Nettorisikostrukturen haben sich durch die Einführung des Risikoausgleichs per Definition angenähert, ist doch dieser Ausgleich explizites Ziel des Risikoausgleichs: Versicherer mit schlechteren Strukturen erhalten Beiträge, Versicherer mit besseren Strukturen zahlen Abgaben. Bei der Annäherung der Nettorisikostrukturen stellt sich daher primär die Frage nach dem Ausmass der Annäherung, nicht aber nach der grundsätzlichen Richtung der Verschiebungen. Dies ist bei den Brutto- wie auch der Nettorisikostrukturen anders. Ob sie sich durch die Einführung des Risikoausgleichs angenähert haben, muss a priori offen bleiben.

Konkret berechnen wir das realisierte Brutto- wie auch das Nettorisiko in einem Jahr t für eine Gebietseinheit j und Versicherer k wie folgt:

$$DK_{t,j,k}^B = \frac{\text{Gesundheitskosten}_{t,j,k} - \text{Kobe}_{t,j,k}}{\text{Zahl der Versicherten}_{t,j,k}}$$

- wobei: DK^B Durchschnittskosten basierend auf dem Brutto- wie auch dem Nettorisiko-Konzept
 Kobe Kostenbeteiligungen der Versicherten
 t ein Jahr t , wobei $t = 1985, 1986, \dots, 1997$
 j eine Gebietseinheit, wobei j die Schweiz oder ein Untersuchungskanton ist
 k ein Versicherer, $k = 1, 2, \dots, n$

Analog berechnet sich das realisierte Nettorisiko wie folgt (die Indizes haben dieselbe Bedeutung):

$$DK_{t,j,k}^N = \frac{\text{Gesundheitskosten}_{t,j,k} - \text{Kobe}_{t,j,k} \pm \text{staatliche Beiträge / Abgaben}_{t,j,k}}{\text{Zahl der Versicherten}_{t,j,k}}$$

Tabelle 22: Einteilung der Risikostufen - definiert als prozentuale Abweichung vom Mittelwert der Durchschnittskosten aller Versicherer

Risikostufe	Untere Bandbreite	Obere Bandbreite
Risikostufe 1	Mehr als - 50,1 Prozent unter dem Durchschnitt	
Risikostufe 2	- 50 Prozent	- 40,1 Prozent
Risikostufe 3	- 40 Prozent	- 30,1 Prozent
Risikostufe 4	- 30 Prozent	- 20,1 Prozent
Risikostufe 5	- 20 Prozent	- 10,1 Prozent
Risikostufe 6	- 10 Prozent	- 0,1 Prozent
Risikostufe 7	0 Prozent	9,9 Prozent
Risikostufe 8	10 Prozent	19,9 Prozent
Risikostufe 9	20 Prozent	29,9 Prozent
Risikostufe 10	30 Prozent	39,9 Prozent
Risikostufe 11	40 Prozent	49,9 Prozent
Risikostufe 12	Mehr als 50 Prozent über dem Durchschnitt	

Quelle: eigene Darstellung

Unter den staatliche Beiträgen und Abgaben sind insbesondere die Bundesbeiträge und der Risikoausgleich zu subsumieren. Die Risikostruktur wird durch eine Klassenbildung beschrieben. Wir definieren 12 Risikoklassen. Eine Klasse bestimmt sich als prozentuale Abweichung von den Durchschnittskosten pro Versicherten in der relevanten Gebietseinheit (vgl. **Tabelle 22**).

In den Risikostufen 1 bis 6 befinden sich günstige Versicherungen, welche Durchschnittskosten pro Kopf unterhalb des Durchschnittswertes aller Versicherer aufweisen. Die teureren Versicherer und damit jene mit einem ungünstigeren Risikokollektiv befinden sich in den Risikostufen 7 bis 12.

Da es im Laufe der vergangenen Jahre immer wieder zu Fusionen verschiedener Krankenversicherer gekommen ist, muss diesem Faktum Rechnung getragen werden. Bei der Einteilung nach Risikostufen wurden deshalb die Daten des grössten Fusionspartners weitergeschrieben. So wurden beispielsweise bei der Fusion zur heutigen VISANA die Risikostufen der GRÜTLI weitergeschrieben und nicht jene der relativ kleinen Kasse VISANA. Das BSV führt die heutige VISANA demgegenüber unter der Versicherungsnummer der ehemaligen VISANA fort.⁴⁰ In der betrachteten Periode bis 1997 ergaben sich viele kleinere Fusionen und drei grosse Fusionen – 1996 zur VISANA und zur SWICA, 1997 zur HELSANA.

Datengrundlagen

Für die Kosten, die Kostenbeteiligungen und Zahl der Versicherten werden für die Jahre 1985 bis 1990 die Daten des Bundesamtes für Sozialversicherung beigezogen. Ab 1991 stützen wir uns auf diejenigen der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Diese Angaben sind differenziert nach Geschlecht, Alter und Kantonen. Die BSV-Angaben stehen demgegenüber nur für die Versicherer auf schweizerischer Ebene zur Verfügung.⁴¹

4.2.2 Die Brutto- und Nettorisikostrukturen 1996

In diesem Abschnitt stellen wir die Brutto- und Netto-Risikostrukturen 1996 dar. **Tabelle 23** quantifiziert als Illustration die 12 Brutto-Risikostufen. Die mit den Versichertenzahlen gewichteten durchschnittlichen Kosten (nach Abzug der Kostenbeteiligungen) betragen 1996 in der Grundversicherung auf schweizerischer Ebene pro Kopf 1'503 Franken.⁴²

Abbildung 18 zeigt die Verteilung der Versicherer und der Versicherten auf die 12 Brutto-Risikostufen. Bei der Verteilung der Versicherer stehen die Unternehmenseinheiten im Vordergrund. Die Verteilung der Versicherten gibt Antwort auf die Frage: «Wie viele Versicherte sind bei einer Versicherung versichert, welche in Risikostufe X ist?».⁴³ Die Verteilung der Versicherten gewichtet somit die Angaben nach Versicherer mit der Versichertenzahl. **Abbildung 18** zeigt, dass die Verteilung der Versicherer und die Verteilung der Versicherten nicht identisch ist. Die Verteilung der Versicherer ist linksschief: Viele Versicherer scheinen unterdurchschnittliche Kosten pro Versicherten zu haben. Die Verteilung der Versicherten entspricht den Erwartungen. Sie ist geprägt von den grossen Versicherungen, welche auf Grund ihrer Grösse tendenziell durchschnittliche bis deutlich überdurchschnittliche Kosten haben. In der Bandbreite zwischen 20 Prozent unter und 20 Prozent über den Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherten befinden sich 62 Prozent der Versicherten (und 49 Prozent der Versicherer). Allerdings sind auch die Extremalgruppen nicht unerheblich vertreten: 3 Prozent der Versicherten waren 1996 in Versicherungen, welche Durchschnittskosten pro Kopf aufwiesen, welche 50 und mehr Prozent unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt lagen. 2 Prozent der Versicherten hatten die umgekehrte Situation: Sie waren bei

⁴⁰ Wir stützen uns für die Fusionen auf eine vom Bundesamt für Sozialversicherung zur Verfügung gestellte Liste.

⁴¹ Als Teil des ersten Zwischenberichtes des vorliegenden Projektes wurde ebenfalls ein Bericht über die Datengrundlagen erstellt.

⁴² Da die Grundlage für diese Berechnungen die Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG sind, handelt es sich um die für den Risikoausgleich zugelassenen Kosten.

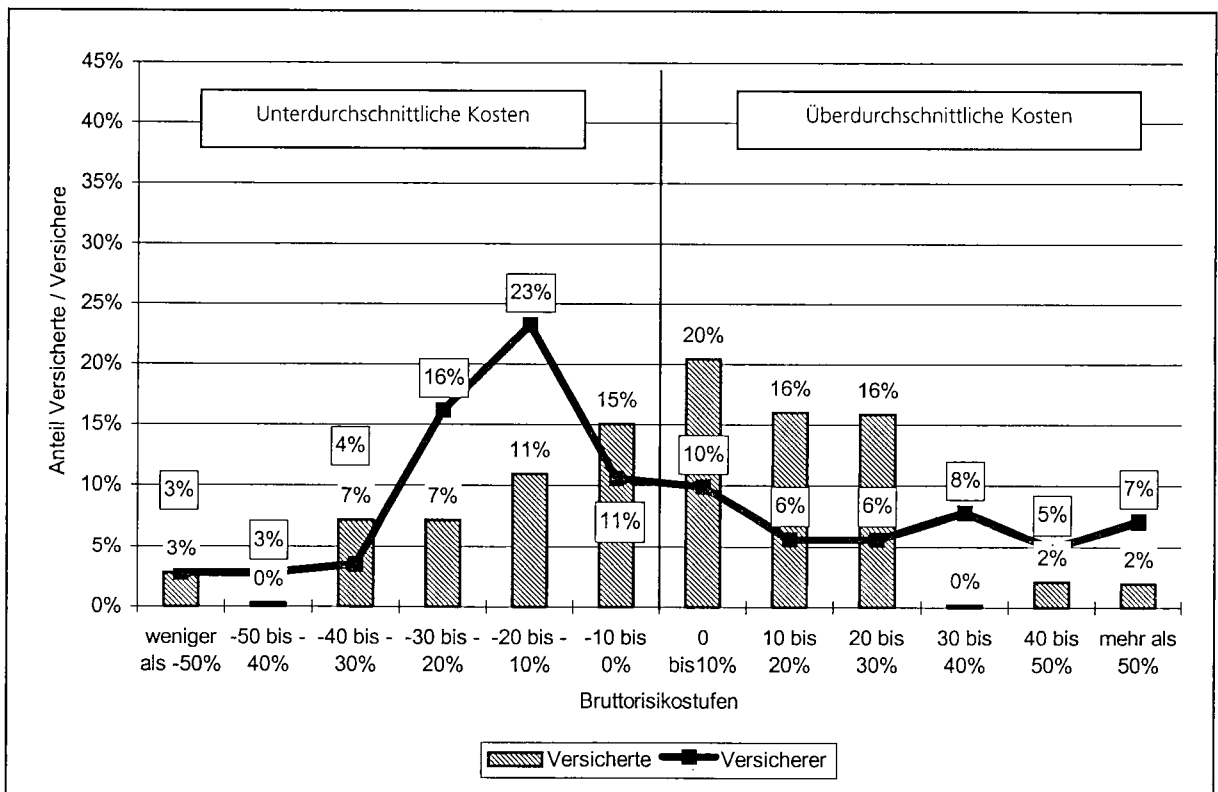
⁴³ Methodischer Hinweis: Bei der Auswertung der Versicherten wird Bezug genommen auf den mit den Versichertenzahlen gewichteten Mittelwert. Bei der Auswertung nach den Kassen wird Bezug genommen auf den ungewichteten Mittelwert über alle Kassen. Normalerweise liegt der gewichtete Mittelwert über dem ungewichteten, weil die grossen Versicherungen durchschnittliche bis überdurchschnittliche Kosten haben.

Tabelle 23: Die 12 Risikostufen und die entsprechenden durchschnittlichen Kosten pro Versicherten (1996)

Risikostufe	untere Grenze	obere Grenze	Mittelwert der Kategorie
A weniger als -50 Prozent		751 Franken	
B -50 bis -40 Prozent	751 Franken	902 Franken	826 Franken
C -40 bis -30 Prozent	902 Franken	1052 Franken	977 Franken
D -30 bis -20 Prozent	1052 Franken	1202 Franken	1127 Franken
E -20 bis -10 Prozent	1202 Franken	1352 Franken	1277 Franken
F -10 bis 0 Prozent	1352 Franken	1503 Franken	1427 Franken
G 0 bis 10 Prozent	1503 Franken	1653 Franken	1578 Franken
H 10 bis 20 Prozent	1653 Franken	1803 Franken	1728 Franken
I 20 bis 30 Prozent	1803 Franken	1953 Franken	1878 Franken
K 30 bis 40 Prozent	1953 Franken	2104 Franken	2028 Franken
L 40 bis 50 Prozent	2104 Franken	2254 Franken	2179 Franken
M mehr als 50 Prozent	2254 Franken		

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Abbildung 18: Verteilung der Versicherten und Versicherer auf 12 Brutto-Risikostufen - Schweiz 1996

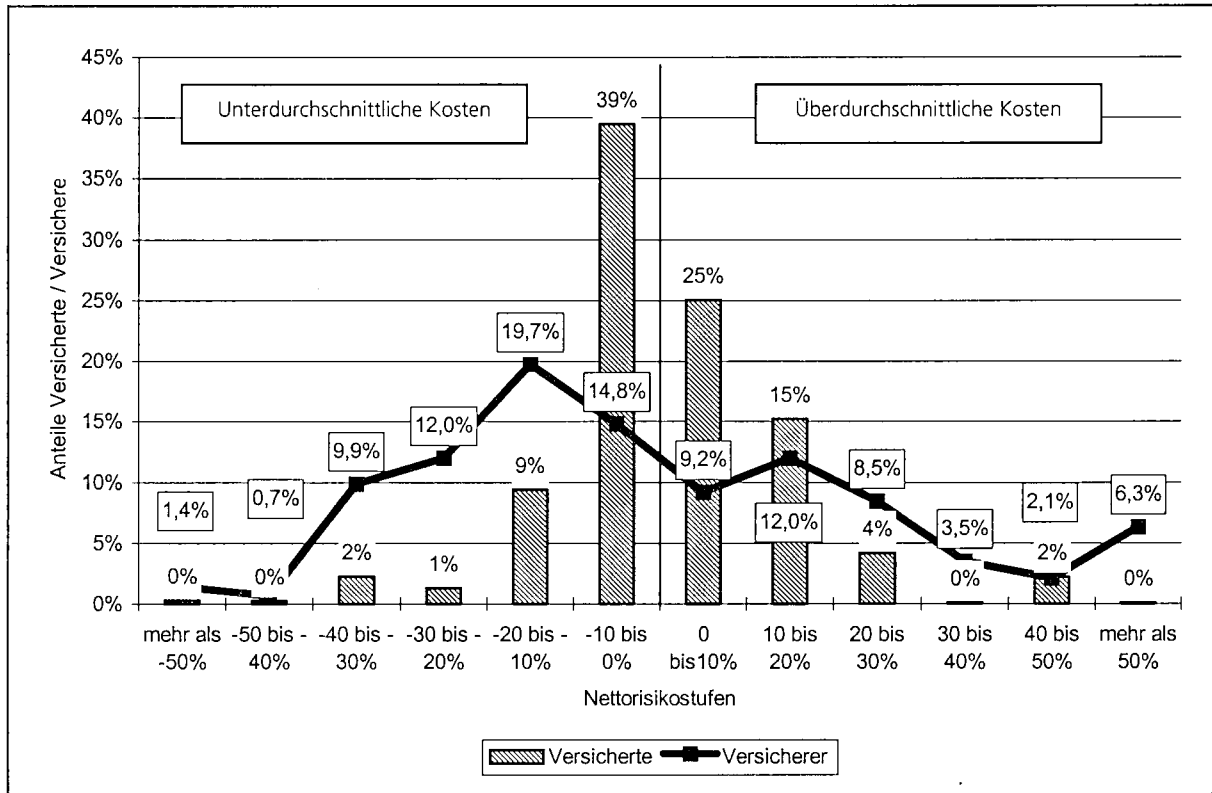


Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen; Bruttorisiko: nur unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligungen

Versicherern versichert, welche Durchschnittskosten pro Kopf realisierten, die 50 Prozent und mehr über dem Durchschnitt lagen. Zu bedenken ist bei der Interpretation dieser Werte, dass die Betrachtung auf schweizerischer Ebene sehr unterschiedliche kantonale Situationen vereinheitlicht. Es wäre beispielsweise denkbar, dass ein nur im Kanton Genf tätiger Versicherer, welcher leicht überdurchschnittliche Kosten aufgewiesen hat, auf schweizerischer Ebene dann stark überdurchschnittliche Kosten zeigt, weil das Kostenniveau in Genf sehr hoch ist. Für Versicherer, welche über mehrere Kantone hinweg tätig sind, können sich interkantonale Unterschiede ausgleichen (vgl. dazu auch Abbildung 25).

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Abbildung 19: Verteilung der Versicherten und Versicherer auf 12 Netto-Risikostufen - Schweiz 1996

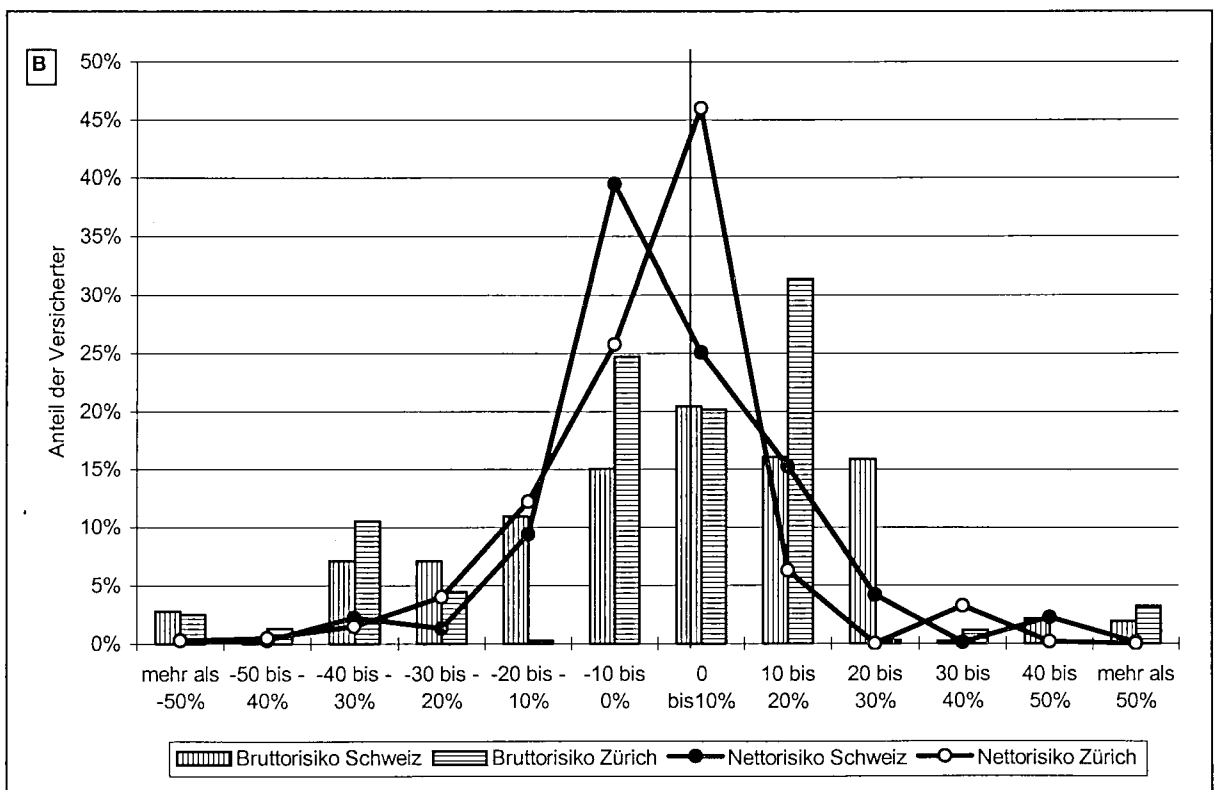
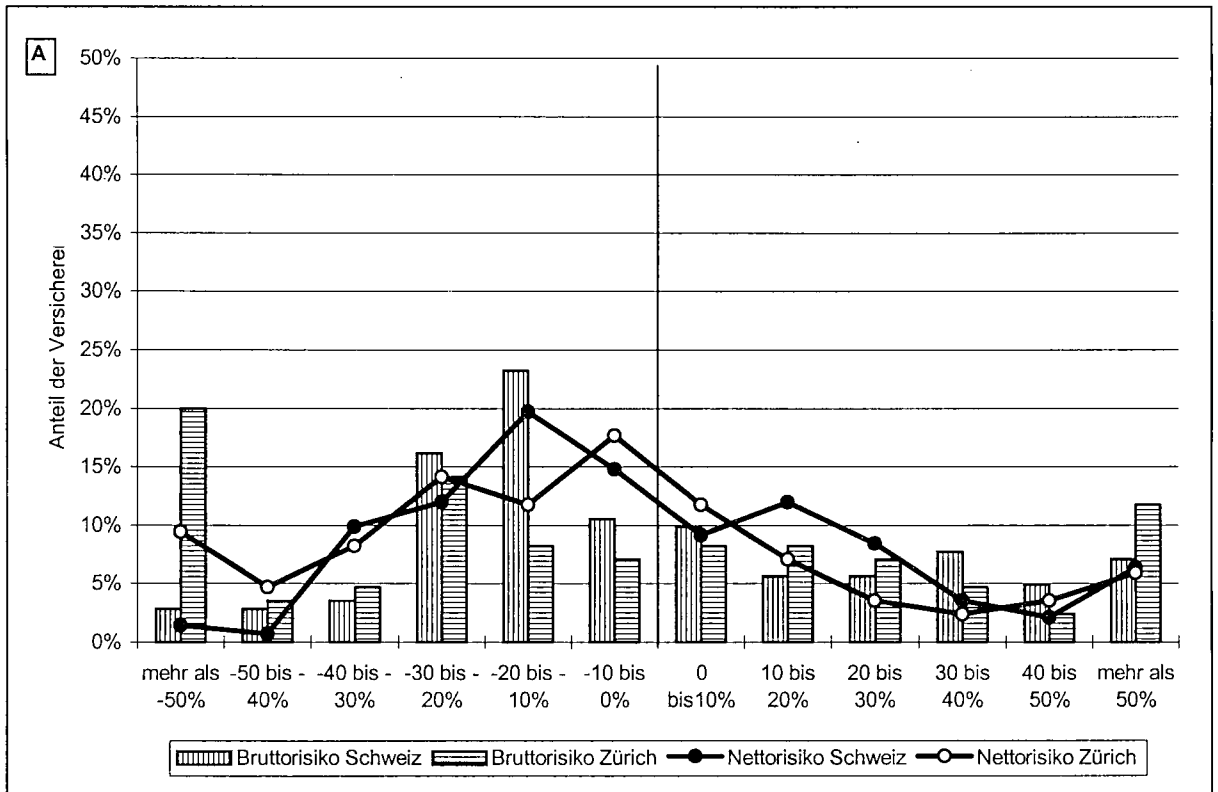


Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen; Nettorisiko: unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligungen und des Risikoausgleichs

Abbildung 18 verdeutlicht das Anliegen des Risikoausgleichs: Die Versicherten können je nach Wahl der Versicherung in sehr unterschiedlichen Kostensituationen geraten und damit mit entsprechend unterschiedlichen Prämienbedingungen konfrontiert sein. Wie wirkt nun der Risikoausgleich? Würde er im Sinne eines vollständigen Finanzausgleichs funktionieren, so wäre zu erwarten, dass alle Versicherer nach Berücksichtigung des Risikoausgleichs identische Durchschnittskosten pro Kopf aufweisen. **Abbildung 19** verdeutlicht, dass sich tatsächlich eine starke Annäherung um den Durchschnittswert ergibt, dass aber immer noch eine recht grosse Bandbreite der Verteilung besteht. In der Bandbreite von +/- 20 Prozent Abweichung um den Durchschnittswert liegen 89 Prozent der Versicherten (vor Berücksichtigung des Risikoausgleichs 62 Prozent). Noch immer haben aber 3 Prozent der Versicherten den Vorteil, in einer Versicherung Mitglied zu sein, deren Durchschnittskosten pro Kopf 20 und mehr Prozent unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegen. Die Verteilung der Versicherer hat sich ebenfalls angeglichen: Ohne Risikoausgleich hätten 1996 49 Prozent der Versicherer Durchschnittskosten pro Kopf in einer Bandbreite von +/- 20 Prozent um die (ungewichteten) Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherer aufgewiesen.⁴⁴ Wird der Risikoausgleich berücksichtigt, so steigt dieser Anteil auf 56 Prozent. Dieser Wert liegt deutlich unter demjenigen bei den Versicherten (89 Prozent). Dies weist darauf hin, dass sich die in der Sichtweise der Versicherten zentralen grossen Versicherungen unter dem Einfluss des Risikoausgleichs stark annähern.

⁴⁴ Vgl. Fussnote 43.

Abbildung 20: Verteilung der Versicherer und Versicherten auf Brutto- und Nettorisikostufen – Kanton Zürich und Schweiz 1996



Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Wir haben bereits erwähnt, dass die schweizerische Situation unter Umständen zu leicht verzerrten Darstellungen kommen kann, weil die interkantonalen Unterschiede recht gross sind. **Abbildung 20a** zeigt den Übergang von der Verteilung der Versicherer von den Bruttoisikostufen hin zu den Nettoisikostufen für die Schweiz und den Kanton Zürich. Es zeigt sich, dass sich die Verteilung der Versicherer auf die Bruttoisikostufen zwischen der Schweiz und dem Kanton Zürich vor allem dadurch unterscheidet, dass die Extremgruppen an den Rändern im Kanton Zürich stärker besetzt sind. Der Risikoausgleich bewirkt sowohl in der Schweiz wie auch in Zürich eine deutliche Verschiebung hin zum Mittelwert. Allerdings verbleibt im Kanton Zürich eine Mehrheit der Versicherer (52 Prozent) ausserhalb der +/- 20 Prozent Bandbreite (in der Schweiz «nur» 43 Prozent).

Abbildung 20b zeigt die Verteilung der Versicherten. Hier ergeben sich zwischen der Schweiz und dem Kanton Zürich nur sehr geringfügige Unterschiede. Insgesamt führt der Risikoausgleich dazu, dass im Vergleich zur Bruttoisikoverteilung bei der Nettoisikoverteilung deutlich mehr Versicherte bei Versicherern unter Vertrag stehen, die Durchschnittskosten pro Versicherten im Bereich +/- 20 Prozent um den Durchschnitt aufweisen.⁴⁵

Sind die Versicherer in den günstigen Bruttoisikostufen primär kleine Kassen? **Tabelle 24** zeigt die Verteilung der Versicherer nach ihrer Grösse auf drei Gruppen von Risikostufen: «mehr als 20 Prozent unter dem Durchschnitt», «+/- 20 Prozent um den Durchschnitt» und «mehr als 20 Prozent über dem Durchschnitt». Die Gruppe «mehr als 20 Prozent unter dem Durchschnitt» nimmt mit zunehmender Grösse der Versicherung ab: Der relative Anteil beträgt bei den kleinsten Versicherern 31 Prozent, bei den grössten noch 5 Prozent. Die Verteilung nach den vorgegebenen Grössenkategorien weicht statistisch signifikant von Null ab.^{46,47,48}

Tabelle 24: Versicherer gruppiert nach Bruttoisikostufen und Versicherungsgrösse für die Schweiz - 1996

Anzahl Versicherte	bis 1000		1000 bis 10'000		10'000 bis 100'000		Über 100'000		Total	
	absolut	relativ	Absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
mehr als -20%	11	31%	22	34%	2	7%	1	5%	36	25%
-20 bis 20%	19	53%	32	50%	12	44%	7	47%	70	49%
mehr als 20%	6	16%	10	16%	13	49%	7	47%	36	25%
Total	36	100%	64	100%	27	100%	15	100%	142	100%

Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

⁴⁵ In der Schweiz stieg der Anteil der Versicherten bei Versicherern um den Mittelwert von 62 Prozent auf 89 Prozent, im Kanton Zürich von 77 Prozent auf 90 Prozent.

⁴⁶ In der Literatur wird die Beurteilung der Signifikanz bei Vollerhebungen nicht einheitlich gehandhabt. Einige Autoren weisen darauf hin, dass derartige statistische Test nicht zulässig sind. Wir schliessen uns hier jedoch einer anderen Auffassung an. Die realisierten Werte der betrachteten Variablen stammen selbst wiederum aus einer grossen Menge von möglichen Daten. Gerade der Gesundheitszustand variiert von Jahr zu Jahr mit recht zufälligen Schwankungen. Daher sind wir der Auffassung, dass statistische Test zulässig und auch sinnvoll sind.

⁴⁷ Interessanterweise ergibt die Korrelation zwischen dem Versichertenbestand und den Bruttodurchschnittskosten für die Schweiz «nur» einen Koeffizienten von 0,25. In den meisten Kantonen ist er sogar nicht einmal von Null verschieden. Dies weist auf einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen der Grösse der Versicherung und den Durchschnittskosten hin. Andere Faktoren dürften somit einen moderierenden Einfluss haben. Daraus ergibt sich aber kein Widerspruch zu Tabelle 24, weil dort nur gezeigt wird, dass – gegeben die Einteilung der Versicherer (in nicht identisch abgegrenzte Gruppen) – die Verteilung nicht zufällig von einer Gleichverteilung abweicht. Dies schliesst einen nicht-linearen Zusammenhang, wie ihn die Korrelation andeutet, nicht aus.

⁴⁸ Dank an Herrn Gärtner (BSV) für den Hinweis und die Berechnungen.

Tabelle 25: Anteil der Zahler- Versicherer nach Versicherungsgrösse und Bruttorisikostufe - Kanton Zürich für 1996

Bruttorisikostufe (im Kanton Zürich)	Grösse der Versicherung (in der Schweiz)				Total
	Bis 1000	1000 bis 10000	10000 bis 100000	Über 100000	
mehr als -20%	84%	89%	100%	0%	87%
-20% bis +20%	70%	33%	40%	25%	48%
mehr als +20%	25%	33%	0%	0%	23%
Total	71%	61%	64%	25%	66%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Tabelle 25 zeigt den Anteil der Zahler-Versicherer nach Bruttorisikostufen und Grösse der Versicherung für den Kanton Zürich (im Sinne eines Illustrationsbeispiels⁴⁹). Wir würden erwarten, dass Versicherer mit unterdurchschnittlichen Kosten pro Versicherten Nettozahler, solche mit überdurchschnittlichen Kosten pro Versicherten Nettoempfänger sind. Daher müsste der Anteil der Zahler-Versicherer bei den unterdurchschnittlichen Bruttorisikostufen 100 Prozent betragen. Insgesamt stimmt Tabelle 25 gut mit den Erwartungen überein. Allerdings beträgt der Anteil bei den kleineren Versicherungen weniger als 100 Prozent. Es gibt also auch Versicherer, welche unterdurchschnittliche Kosten aufweisen und trotzdem Empfänger-Kassen sind. Insgesamt handelte es sich 1996 im Kanton Zürich um 5 Versicherer, für die dieser Umstand zutraf. Die Überprüfung der betreffenden Versicherer hat ergeben, dass es sich durchwegs um Spezialfälle handelt. Beispielsweise: Ein Versicherer ist im Kanton A tätig und hat im Kanton B nur einen einzigen, betagten Versicherten. Dieser Versicherte hat 1996 kaum Gesundheitskosten verursacht. Da er betagt ist, zählt der Versicherer im Kanton B aber zu den Nettoempfängern. Dieselben Überlegungen gelten analog auch für zwei Versicherer, welche überdurchschnittliche Kosten haben und dennoch Nettozahler sind. Tabelle 25 zeigt, dass die Erwartungen mit zunehmender Grösse der Versicherung immer besser stimmen. Die Abweichungen sind bei den kleinen Kassen zu finden.

4.2.3 Die Entwicklung der Risikostrukturen in der Schweiz 1985 bis 1997

In diesem Abschnitt wird die zeitliche Entwicklung der Verteilung der Versicherer und der Verteilung der Versicherten nach Risikostufen für die Schweiz dargestellt. Insbesondere werden die Ereignisse «Einführung des Risikoausgleichs im Jahre 1993» sowie «Einführung des KVG 1996» näher betrachtet. Es ist folgende Frage zu prüfen: «Hat der Risikoausgleich zu einer Angleichung der Risikokollektive an das schweizerische Mittel geführt?»

Die Entwicklung nach Risikostufen über die Jahre 1985 bis 1997 wird einerseits mit der Verteilung der Versicherer und andererseits mit derjenigen der Versicherten dargestellt. Die Darstellung aufgrund der einzelnen unternehmerischen Einheiten und deren Risikokollektive zeigt die **Perspektive der Versicherer** auf. Die mit den Versichertenzahlen gewichteten Auswertungen bilden die **Sicht der Versicherten** ab. Letztere steht aus der Sicht der Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs im Vordergrund. Die politischen Erwartungen gingen 1993 bei der Einführung des Risikoausgleichs dahin, dass die Wirkung des Risikoausgleichs dann die gewünschte Richtung hat, wenn immer mehr Versicherte bei Kassen grundversichert sind, welche Kosten im mittleren Bereich aufweisen, weil sich dann in der Folge – vorausgesetzt der enge Zusammenhang zwischen Kosten und Prämien – auch die Prämien angleichen. Die Sichtweise der Versicherer kann von derjenigen der Versicherten abweichen. Es kann beispielsweise sein, dass sich die Verteilung

⁴⁹ Es wurde ein einzelner Kanton als Beispiel ausgewählt, weil die gesamtschweizerischen Verhältnisse einen schwer interpretierbarer Durchschnitt aus 26 Kantonen darstellen.

lung der Versicherer als relativ konstant und somit unabhängig vom Risikoausgleich erweist. Dies würde bedeuten, dass es einzelnen Versicherern immer wieder gelingt, billig zu sein, bzw. dass es anderen Versicherern widerfährt, dass sie in unattraktive Risikostufen hinein rutschen. Aus einer derartigen Konstanz aber zu schliessen, dass der Risikoausgleich ohne Einfluss wäre, ist nicht richtig. Dazu müssen die einzelnen Versicherer mit ihrer Versichertenzahl gewichtet werden. Würde dies nicht getan, so würde beispielsweise der Neugründung einer kleinen Versicherung (welche typischerweise zu einer günstigen Risikostruktur führt) dieselbe Bedeutung zugemessen wie der Entwicklung der Risikokollektive der grossen Versicherer. Aber auch die Sichtweise der Versicherer gibt sehr interessante Hinweise. Insbesondere lässt sich die Entwicklung der Kassenvielfalt nachzeichnen.

Wir tragen diesen unterschiedlichen Sichtweisen dadurch Rechnung, dass nachfolgend die Ergebnisse getrennt dargestellt werden. Bei der Analyse der Untersuchungskantone in Abschnitt 4.2.4 wird nur noch die Sichtweise der Versicherten untersucht.

4.2.3.1 Sicht der Versicherer

Bruttorisiko

In der folgenden Tabelle ist die Entwicklung der Versicherer auf schweizerischer Ebene in den 12 Bruttorisikostufen zwischen 1985 und 1997 aufgeführt. Es zeigt sich, dass sich die Anzahl der Versicherer zwischen 1985 und 1996 kontinuierlich reduziert hat, nämlich von 320 (1985) auf 128 (1997).⁵⁰ Weiter fällt auf, dass die Versicherer, die Durchschnittskosten pro Kopf unter dem schweizerischen Mittel aufweisen (die «Billigen»), eine relative Zunahme von 55 Prozent (1985) auf 62 Prozent (1997) erfahren haben.

Die «teuren» Versicherer, nämlich jene mit Durchschnittswerten pro Kopf über dem schweizerischen Mittel, haben anteilmässig von 45 Prozent auf 38 Prozent (1997) abgenommen. Ihre Entwicklung über die genannten 12 Jahre hat sich gegengleich zu den «Billigen» verhalten. Insgesamt hat eine Verschiebung zwischen den Gruppen der «Teuren» und der «Billigen» um 7 Prozentpunkte stattgefunden.

Nachfolgend fassen wir die Einteilung der Risikokategorien enger, um die wesentlichsten Entwicklungen besser nachzeichnen zu können. Wir bilden drei Risikostufen: Die «Billigen» (mehr als 20 Prozent unter dem Durchschnitt aller Versicherer), die «Durchschnittlichen» (+/- 20 Prozent um den Durchschnitt aller Versicherer) und die «Teuren» (mehr als 20 Prozent über dem Durchschnitt aller Versicherer). In

Abbildung 21 wird diese Entwicklung grafisch festgehalten:

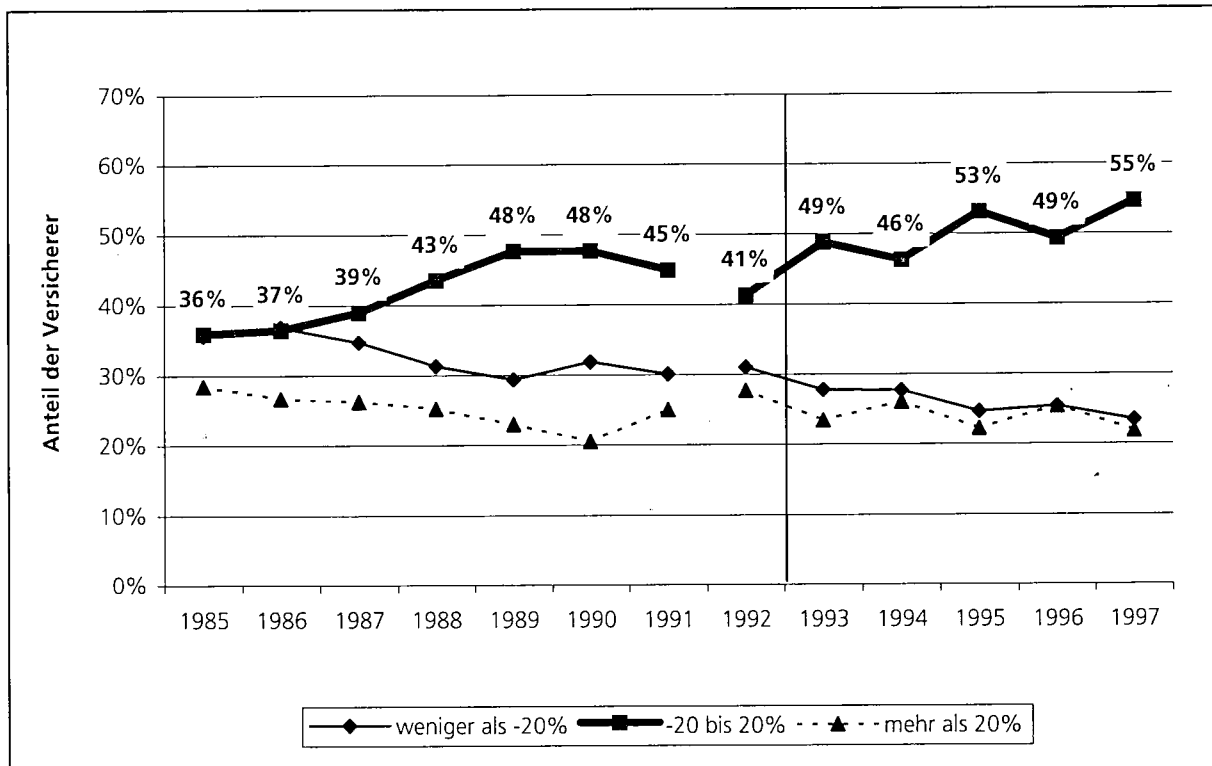
⁵⁰ Die Angaben beziehen sich auf diejenigen Versicherer, für die Daten zur Verfügung standen.

Tabelle 26: Die Entwicklung der Versicherer nach 12 Bruttoisikostufen, Schweiz 1985-1997

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
In absoluten Zahlen													
Mehr als -50%	16	16	9	5	6	4	4	6	4	5	5	4	2
-50 bis -40%	18	21	24	12	4	5	6	6	5	3	2	4	4
-40 bis -30%	40	45	28	30	28	25	21	13	13	17	15	5	10
-30 bis -20%	40	30	29	30	31	33	28	30	23	23	18	23	14
-20 bis -10%	29	27	31	36	35	26	35	28	28	27	33	33	27
-10 bis 0%	33	34	25	28	22	27	18	17	26	22	25	15	22
Total unter -∅	176	173	146	141	126	120	112	100	99	97	98	84	79
0 bis 10%	28	25	26	23	30	16	18	19	12	19	11	14	10
10 bis 20%	25	25	19	20	25	31	17	9	13	12	17	8	11
20 bis 30%	26	18	16	24	16	8	16	14	14	15	9	8	6
30 bis 40%	13	13	13	12	14	12	10	14	9	12	8	11	6
40 bis 50%	19	12	14	3	7	6	8	9	3	7	7	7	7
mehr als 50%	33	38	25	23	17	17	15	12	12	11	12	10	9
Total über -∅	144	131	113	105	109	90	84	77	63	76	64	58	49
Total	320	304	259	246	235	210	196	177	162	173	162	142	128
In Prozent													
mehr als -50%	5%	5%	3%	2%	3%	2%	2%	3%	2%	3%	3%	3%	2%
-50 bis -40%	6%	7%	9%	5%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	1%	3%	3%
-40 bis -30%	13%	15%	11%	12%	12%	12%	11%	7%	8%	10%	9%	4%	8%
-30 bis -20%	13%	10%	11%	12%	13%	16%	14%	17%	14%	13%	11%	16%	11%
-20 bis -10%	9%	9%	12%	15%	15%	12%	18%	16%	17%	16%	20%	23%	21%
-10 bis 0%	10%	11%	10%	11%	9%	13%	9%	10%	16%	13%	15%	11%	17%
Total unter -∅	55%	57%	56%	57%	54%	57%	57%	56%	61%	56%	60%	59%	62%
0 bis 10%	9%	8%	10%	9%	13%	8%	9%	11%	7%	11%	7%	10%	8%
10 bis 20%	8%	8%	7%	8%	11%	15%	9%	5%	8%	7%	10%	6%	9%
20 bis 30%	8%	6%	6%	10%	7%	4%	8%	8%	9%	9%	6%	6%	5%
30 bis 40%	4%	4%	5%	5%	6%	6%	5%	8%	6%	7%	5%	8%	5%
40 bis 50%	6%	4%	5%	1%	3%	3%	4%	5%	2%	4%	4%	5%	5%
mehr als 50%	10%	13%	10%	9%	7%	8%	8%	7%	7%	6%	7%	7%	7%
Total über -∅	45%	43%	44%	43%	46%	43%	43%	44%	39%	44%	40%	41%	38%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE (ab 1992); BSV (bis 1991); eigene Berechnungen; Grundlage bilden diejenigen Versicherer, welche vollständige Daten zur Verfügung stellten.

Abbildung 21: Entwicklung der Versicherer nach drei Bruttoreisikostufen, Schweiz 1985-1997



Quelle: Daten GE (ab 1992); BSV (bis 1991);-eigene Berechnungen

- Der Anteil der «Durchschnittlichen», der aus Sicht der Annäherung der Risikostrukturen besonders im Zentrum der Betrachtungen steht, hat deutlich zugenommen. Der Anteil ist von 36 Prozent (1985) auf 55 Prozent (1997) um 19 Prozentpunkte gestiegen. Betrachtet man nur die Periode zwischen 1992 (vor der Einführung des Risikoausgleichs) bis 1997 erfährt diese Gruppe eine Zunahme um 14 Prozentpunkte.
- Es ist klar ersichtlich, dass die Gruppe der «Billigen» abgenommen hat. Der Anteil sank von 36 Prozent (1985) um 13 Prozentpunkte auf 23 Prozent (1997).
- Der Anteil der «Teuren» erfuhr ebenfalls eine Abnahme. 1985 betrug er noch 28 Prozent, 1997 nur mehr 22 Prozent.

Abbildung 21 zeigt verschiedenste Strukturbrüche. Besonders erwähnenswert sind diejenigen 1990/91, 1991/92, 1992/93 und 1995/96.

- Im Übergang 1990/91 könnte sich die Entsolidarisierung, welche in der Folge zum Risikoausgleich geführt hat, spiegeln. Allerdings nahm der Anteil der Billigen nicht zu. Dies im Gegensatz zur Sichtweise der Versicherten. Abbildung 23 wird zeigen, dass der Anteil der billigen Versicherer am Total der Versicherer zwar nicht zugenommen hat, sehr wohl aber die Anzahl der Versicherten bei diesen Kassen.
- Der Bruch 1991/92 kann mit den Datengrundlagen erklärt werden. Ab 1991 standen uns die Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG zur Verfügung. In der Abbildung sind aber die Daten des BSV bis 1991 verwendet worden, weil die Berechnungen mit den Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG für 1991 wenig plausibel waren.
- Der Übergang 1992/93 dürfte auf den Risikoausgleich zurückzuführen sein (vgl. dazu ausführlicher die nachfolgenden Ausführungen). Der Risikoausgleich konnte somit die Trendwende nach 1990/91 rückgängig machen.
- Besonders interessant ist natürlich der Bruch durch die Einführung des KVG bzw. der Aufhebung der dringlichen Bundesbeschlüsse 1996. Zwischen 1995 und 1996 stiegen die Kosten um 10 Prozent, deutlich

mehr als in der Periode 1993 bis 1995 (BSV 1997c, 100). Auf welche Faktoren der Kostenschub genau zurückzuführen ist, ist im vorliegenden Zusammenhang nicht wichtig. Das Auseinandergehen der Risikostrukturen bei einer Kostenzunahme muss dahingehend interpretiert werden, dass nicht alle Versicherer gleich vom Kostenschub betroffen worden sind. Dies ist natürlich besonders dann der Fall, wenn Kostenzunahmen nur durch bestimmte Versicherte (bspw. durch die Inanspruchnahme von SPITEX-Leistungen) ausgelöst werden. Versicherer, welche von diesen Versicherten einen überdurchschnittlich hohen Anteil aufweisen, dürften auch vom Kostenschub mehr betroffen sein. Die linksschiefe Verteilung der Versicherer über die Risikostufen (vgl. Abbildung 18 und Abbildung 19) wurde damit zwischen 1995 und 1996 noch ausgeprägter linksschief. Nur so ist zu erklären, dass der Anteil der «Durchschnittlichen» abgenommen hat. Allerdings sollte der Rückgang auch nicht überinterpretiert werden, da die Entwicklung seit 1992 insgesamt relativ schwankend gewesen ist.

Wie hat nun die Einführung des Risikoausgleichs die Entwicklung beeinflusst? Die politischen Erwartungen gingen dahin, dass der Risikoausgleich zu einer Annäherung der Bruttostrukturen führen würde. Damit würde der Risikoausgleich auch nur vorübergehend benötigt (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung 1991, 124). Die wissenschaftlichen Erwartungen sind nicht so eindeutig wie die politischen. Die Bruttorisikostrukturen können sich im wesentlichen durch drei Gründe verändern: Durch Wanderungen, durch Fusionen und durch die Ergreifung bzw. Unterlassung von Massnahmen der Versicherer zur Kostensenkung.⁵¹

■ Betrachten wir zuerst die **Wanderungen**. Der Risikoausgleich führt zu einer Annäherung der Nettorisikostrukturen (vgl. dazu auch den folgenden Unterabschnitt). Damit können sich die Prämien der Versicherer mit sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen annähern (vgl. dazu das folgende Kapitel 5). Derart angenäherte Prämien beeinflussen die Wanderungen. Ob allerdings die Wanderungen – es handelt sich dabei vornehmlich um jüngere und gesunde Personen - explizit von Versicherern mit guten zu solchen mit schlechten Bruttorisikostrukturen gehen – dies wäre notwendig, damit sich die Bruttostrukturen annähern -, muss bezweifelt werden. Die Prämien nähern sich zwar an, aber in der Tendenz haben die Versicherer mit guten Risikostrukturen noch immer günstigere Prämien als diejenigen mit schlechten Strukturen.

■ Die Auswirkungen einer **Fusion** auf die Bruttokosten pro Versicherten der beteiligten Fusionspartner, aber auch auf den Anteil der Versicherer in der Bandbreite von +/- 20 Prozent um den Mittelwert, hängt entscheidend von den Bruttokosten pro Kopf vor der Fusion ab. Nehmen wir an, dass zwei Versicherer fusionieren, welche sehr unterschiedliche Bruttokosten pro Kopf haben. Dann ist es gut vorstellbar, dass durch eine solche Fusion die neu entstehenden Bruttokosten pro Versicherten in der mittleren Bandbreite liegen.

■ Der Einfluss der **Massnahmen zur Kostensenkung** ist nur schwierig abzuschätzen. Notwendig für eine Annäherung der Bruttorisikostrukturen wären insbesondere die Ergreifung solcher Massnahmen durch die Versicherer mit schlechten Strukturen. Sie müssten überdies überproportional erfolgreich sein. Ergreifen nämlich auch die Versicherer mit guten Strukturen dieselben Massnahmen, so käme es ja zu keiner Annäherung.

Die Saldowirkung der drei genannten Effekte ist aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich offen. Abbildung 21 hat gezeigt, dass sich in der Realität die Bruttostrukturen zeitgleich mit der Einführung des Risikoausgleichs angenähert haben.⁵² Da die Wanderungsbewegungen bis 1996 insgesamt bescheiden

⁵¹ Neugründungen, welche typischerweise zu Beginn zu tiefen Durchschnittskosten führen, können ebenfalls eine Rolle spielen. In der betrachteten Periode ist dies aber quantitativ nicht der Fall.

⁵² An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass sich diese Entwicklung nicht in allen Untersuchungskantonen reproduziert.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

geblieben sind (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 6), dürften vor allem die Fusionen entscheidend gewesen sein. Zwischen 1992 und 1997 gaben 39 Prozent der Versicherer ihre Selbständigkeit auf.

Welcher Einfluss übte der Risikoausgleich auf die Fusionen aus? Die Ausführungen in Kapitel 7 zur Existenzsicherung werden zeigen, dass der Risikoausgleich nur wenige Versicherer mit schlechten Strukturen durch Beiträge «gerettet» hat, dass er aber eine deutliche Anzahl von Versicherern mit an sich guten Strukturen durch die Abgaben zusätzlich in eine Gefährdungslage brachte. Insgesamt gehen wir daher davon aus, dass der Risikoausgleich in Einzelfällen sicher auch Fusionen ausgelöst hat, dass aber die «Fusionsschwelle» stärker von anderen Überlegungen bestimmt worden ist.

Nettorisiko

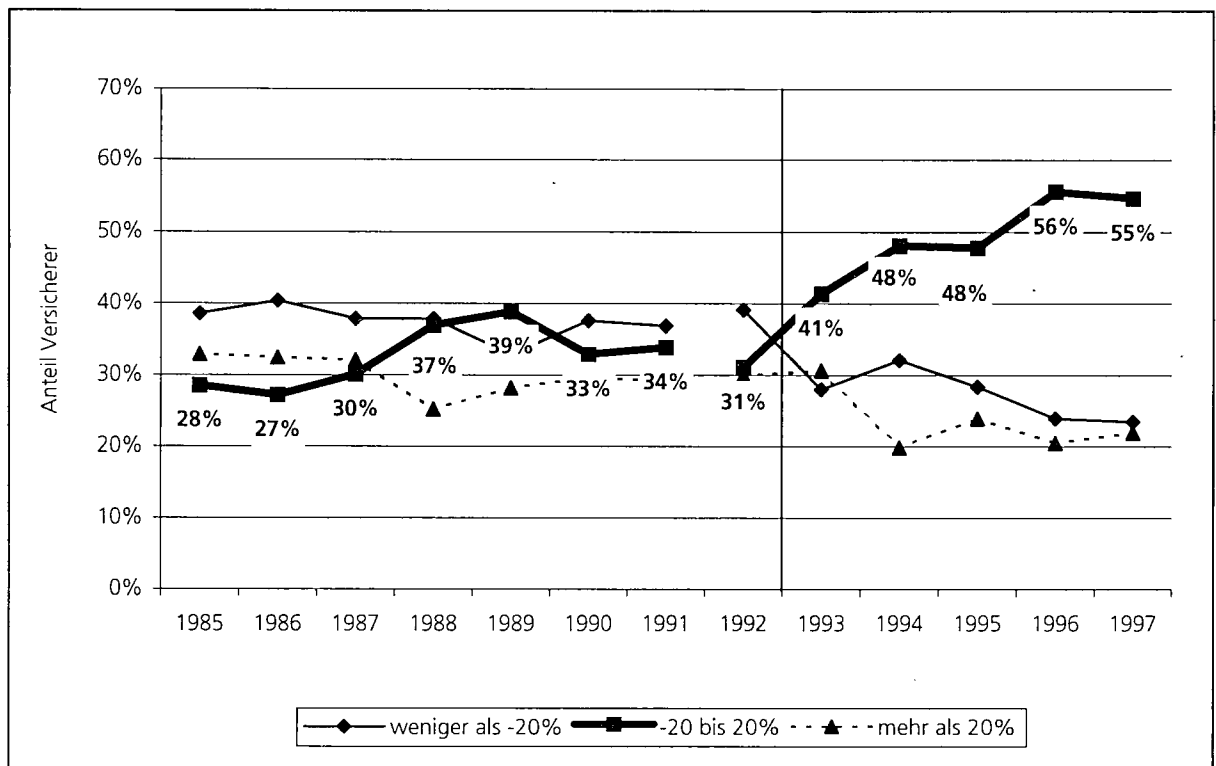
Tabelle 27 zeigt die Verteilung der Versicherer auf die 12 Nettorisikostufen. 1985 lag der Anteil der Versicherer, welche unterdurchschnittliche Kosten pro Versicherten aufwiesen, mit 53 Prozent fast auf der gleichen Höhe wie bei den Bruttostrukturstrukturen (55 Prozent). Auch 1997 waren die Verhältnisse sehr ähnlich (61 und 62 Prozent der Versicherer mit unterdurchschnittlichen Kosten).

Tabelle 27: Die Entwicklung der Versicherer nach 12 Nettorisikostufen, Schweiz 1985-1997

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
In absoluten Zahlen													
Mehr als -50%	48	47	39	28	22	22	11	22	12	11	6	2	2
-50 bis -40%	27	25	23	20	18	15	22	9	11	6	10	1	4
-40 bis -30%	23	35	22	20	18	18	19	15	11	15	10	14	10
-30 bis -20%	24	15	13	22	19	24	21	22	10	18	19	17	14
-20 bis -10%	24	22	24	21	28	18	20	17	22	24	27	28	26
-10 bis 0%	22	21	21	25	20	16	18	10	19	18	17	21	22
Total unter -∅	168	165	142	136	125	113	111	95	85	92	89	83	78
0 bis 10%	25	19	17	29	17	22	19	14	14	21	19	13	11
10 bis 20%	19	20	15	13	26	13	10	13	10	12	13	17	11
20 bis 30%	26	23	23	6	16	17	13	10	18	9	13	12	6
30 bis 40%	12	15	13	13	15	11	14	10	12	1	6	5	6
40 bis 50%	11	9	6	15	11	11	8	8	4	2	3	3	7
mehr als 50%	55	51	40	26	24	23	23	24	14	19	16	9	9
Total über -∅	148	137	114	102	109	97	87	79	72	64	70	59	50
Total	316	302	256	238	234	210	198	174	157	156	159	142	128
In Prozent													
Mehr als -50%	15%	16%	15%	12%	9%	10%	6%	13%	8%	7%	4%	1%	2%
-50 bis -40%	9%	8%	9%	8%	8%	7%	11%	5%	7%	4%	6%	1%	3%
-40 bis -30%	7%	12%	9%	8%	8%	9%	10%	9%	7%	10%	6%	10%	8%
-30 bis -20%	8%	5%	5%	9%	8%	11%	11%	13%	6%	12%	12%	12%	11%
-20 bis -10%	8%	7%	9%	9%	12%	9%	10%	10%	14%	15%	17%	20%	20%
-10 bis 0%	7%	7%	8%	11%	9%	8%	9%	6%	12%	12%	11%	15%	17%
Total unter -∅	53%	55%	55%	57%	53%	54%	56%	55%	54%	59%	56%	58%	61%
0 bis 10%	8%	6%	7%	12%	7%	10%	10%	8%	9%	13%	12%	9%	9%
10 bis 20%	6%	7%	6%	5%	11%	6%	5%	7%	6%	8%	8%	12%	9%
20 bis 30%	8%	8%	9%	3%	7%	8%	7%	6%	11%	6%	8%	8%	5%
30 bis 40%	4%	5%	5%	5%	6%	5%	7%	6%	8%	1%	4%	4%	5%
40 bis 50%	3%	3%	2%	6%	5%	5%	4%	5%	3%	1%	2%	2%	5%
mehr als 50%	17%	17%	16%	11%	10%	11%	12%	14%	9%	12%	10%	6%	7%
Total über -∅	47%	45%	45%	43%	47%	46%	44%	45%	46%	41%	44%	42%	39%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; BSV; eigene Berechnungen; Grundlage bilden diejenigen Versicherer, welche vollständige Daten zur Verfügung stellen.

Abbildung 22: Entwicklung der Versicherer nach drei Nettorisikostufen, Schweiz 1985-1997



Quelle: Daten GE (ab 1992); BSV (bis 1991); eigene Berechnungen

Abbildung 22 zeigt die Verdichtung der in der Tabelle 27 wiedergegebenen Daten in drei Nettorisikostufen «mehr als 20 Prozent unter dem Durchschnitt», «+/- 20 Prozent um den Durchschnitt» und «mehr als 20 Prozent über dem Durchschnitt». Es wird deutlich, dass sich die Nettorisikostrukturen im Unterschied zu den Bruttostrukturstrukturen noch stärker angenähert haben: Der Anteil der Gruppe «+/- 20 Prozent um den Durchschnitt» stieg von 31 Prozent 1992 auf 55 Prozent 1997. Die Annäherung entspricht sowohl den politischen wie auch den wissenschaftlichen Erwartungen an den Risikoausgleich. Aber: Auch 1997 hatte fast die Hälfte der Versicherer (45 Prozent) Kosten pro Kopf, welche ausserhalb der +/- 20 Prozent Bandbreite lagen.

4.2.3.2 Sicht der Versicherten

Bruttoisiko

In diesem Abschnitt stellen wir die mit den Versichertenzahlen gewichtete Entwicklung der Versicherer dar. Die Ergebnisse unterscheiden sich massgebend von denjenigen im vorangegangenen Abschnitt. Die Entwicklung der Versicherten mit 12 Bruttostrukturkosten ist in **Tabelle 28** detailliert dokumentiert. Es fällt auf, dass die Anzahl der Versicherten kontinuierlich zugenommen hat. Ein relativ grosser Anteil der Bevölkerung war bereits vor Einführung des Obligatoriums 1996 krankenversichert. Zwischen 1985 und Anfang der 90er Jahre war noch die Mehrheit der Versicherten bei Kassen unter Vertrag, welche unterdurchschnittliche Kosten pro Kopf aufwiesen. Bis 1996 war es dann die Minderheit, 1997 wieder die Mehrheit.

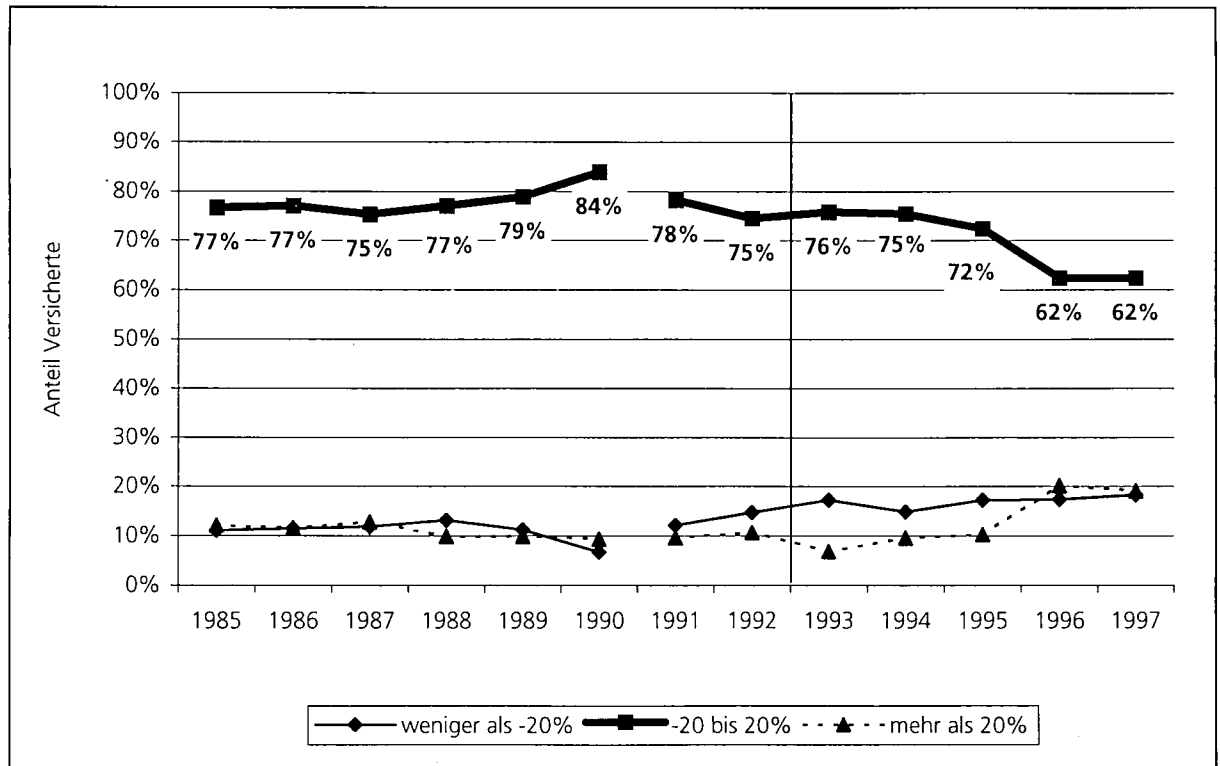
Wie bei der Verteilung der Versicherer, fassen wir auch hier die Verteilung der Versicherten in drei Risikostufen zusammen: Die «Billigen» (mehr als 20 Prozent unter dem Durchschnitt), die «Durchschnittlichen» (+/-20 Prozent um den Durchschnitt) und die «Teuren» (mehr als 20 Prozent über dem Durchschnitt). In **Abbildung 23** wird die Entwicklung der drei Gruppen dargestellt. Es zeigt sich:

Tabelle 28: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Schweiz 1985-1997

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
In absoluten Zahlen													
Weniger als -50%	62'990	66'172	77'036	27'290	20'045	29'456	36'153	30'119	21'659	21'843	23'917	201'062	276'178
-50 bis -40%	76'954	90'915	42'550	93'217	100'420	187'815	41'790	262'747	292'583	107'911	135'481	24'435	37758
-40 bis -30%	250'416	252'867	238'287	224'152	197'098	146'026	307'754	252'494	331'742	365'067	165'015	508'422	350050
-30 bis -20%	325'719	334'310	424'544	532'753	440'773	98'017	460'221	463'611	545'594	550'149	896'913	511'157	656211
-20 bis -10%	1'252'487	1'242'753	1'152'833	1'463'634	1'647'282	1'588'426	899'133	888'774	325'458	861'763	650'454	783'899	417071
-10 bis 0%	1'756'712	674'954	1'671'680	1'122'668	1'736'655	712'204	1'125'306	936'506	1'712'772	1'528'337	1'350'955	1'079'371	2274937
Total unter -Ø	3'725'278	2'661'971	3'606'930	3'463'714	4'142'273	2'761'944	2'870'357	2'834'251	3'229'808	3'435'070	3'222'734	3'108'347	4012205
0 bis 10%	1'182'778	2'383'344	1'497'835	1'738'644	1'231'414	3'263'289	3'230'234	2'342'269	2'470'559	1'082'447	1'417'504	1'462'259	99981
10 bis 20%	746'442	706'546	639'843	806'993	716'983	196'107	187'257	928'941	724'093	1'830'924	1'703'984	1'148'527	1689931
20 bis 30%	231'897	242'785	232'964	189'194	222'851	213'521	197'291	515'940	73'515	284'502	330'591	1'138'062	1080261
30 bis 40%	385'078	268'094	406'111	5'959	165'338	141'250	137'561	782	24'864	226'240	90'400	14'052	174070
40 bis 50%	48'287	100'863	90'053	195'300	40'017	41'828	175'666	38'186	53'619	54'404	202'967	152'879	2049
mehr als 50%	119'472	141'055	109'610	265'326	244'324	244'291	157'018	174'246	318'004	115'422	101'917	139'338	120123
Total über -Ø	2'713'954	3'842'687	2'976'416	3'201'416	2'620'927	4'100'286	4'085'027	4'000'364	3'664'654	3'593'939	3'847'362	4'055'117	3166415
Total	6'439'232	6'504'658	6'583'346	6'665'130	6'763'200	6'862'230	6'955'384	6'834'615	6'894'462	7'029'009	7'070'097	7'163'464	7178620
In Prozent													
weniger als -50%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	3%	4%
-50 bis -40%	1%	1%	1%	1%	1%	3%	1%	4%	4%	2%	2%	0%	1%
-40 bis -30%	4%	4%	4%	3%	3%	2%	4%	4%	5%	5%	2%	7%	5%
-30 bis -20%	5%	5%	6%	8%	7%	1%	7%	7%	8%	8%	13%	7%	9%
-20 bis -10%	19%	19%	18%	22%	24%	23%	13%	13%	5%	12%	9%	11%	6%
-10 bis 0%	27%	10%	25%	17%	26%	10%	16%	14%	25%	22%	19%	15%	32%
Total unter -Ø	58%	41%	55%	52%	61%	40%	41%	41%	47%	49%	46%	43%	56%
0 bis 10%	18%	37%	23%	26%	18%	48%	46%	34%	36%	15%	20%	20%	1%
10 bis 20%	12%	11%	10%	12%	11%	3%	3%	14%	11%	26%	24%	16%	24%
20 bis 30%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	8%	1%	4%	5%	16%	15%
30 bis 40%	6%	4%	6%	0%	2%	2%	2%	0%	0%	3%	1%	0%	2%
40 bis 50%	1%	2%	1%	3%	1%	1%	3%	1%	1%	1%	3%	2%	0%
mehr als 50%	2%	2%	2%	4%	4%	4%	2%	3%	5%	2%	1%	2%	2%
Total über -Ø	42%	59%	45%	48%	39%	60%	59%	59%	53%	51%	54%	57%	44%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; BSV; eigene Berechnungen; ; Grundlage bilden diejenigen Versicherer, welche vollständige Daten zur Verfügung stellten.

Abbildung 23: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten und drei Brutorisikostufen, Schweiz 1985-1997



Quelle: Daten GE (ab 1991); BSV (bis 1990); eigene Berechnungen

■ Der Anteil der «Durchschnittlichen» hat – im Gegensatz zur Sicht der Versicherer (vgl. Abbildung 21) – abgenommen. Die Abnahme von 76,7 Prozent (1985) auf 62,4 Prozent (1997) beträgt 14,3 Prozentpunkte. Allerdings verlief die Entwicklung keineswegs kontinuierlich. Bis 1990 nahm der Anteil bis auf 84 Prozent zu, anschliessend in zwei Stufen ab. Zudem ist erwähnenswert, dass das Niveau des Anteils knapp 40 Prozentpunkte über demjenigen in der Sichtweise der Versicherer liegt: Es sind also deutlich mehr Versicherte bei Kassen mit durchschnittlichen Kosten versichert als Versicherer durchschnittliche Kosten aufweisen.

■ Der Anteil der «Billigen» hat zugenommen. Ihr Gruppenanteil verbesserte sich von 11,1 Prozent (1985) auf 18,4 Prozent (1997) um 7,3 Prozentpunkte. Auch hier ist die Entwicklung nicht kontinuierlich. Bis 1990 ging der Anteil zurück, um anschliessend wieder anzusteigen.

■ Der Anteil der «Teuren» hat ebenfalls zugenommen. Der Versichertenanteil stieg von 12,2 Prozent (1985) auf 19,2 Prozent (1997).

Strukturbrüche sind 1990 sowie 1996 auszumachen. Sowohl der Anstieg des Anteils der «Durchschnittlichen» bis 1990 wie auch der Rückgang zwischen 1990 und 1993 ist auf Veränderungen bei den «Billigen» zurückzuführen. Für den Rückgang des Anteils der «Billigen» 1990 lassen sich keine offensichtlichen Gründe finden. Die bereits angesprochenen Datenprobleme (bis 1990 BSV, dann Gemeinsame Einrichtung KVG) könnten hier wiederum eine Rolle spielen. Im Anstieg der «Billigen» zwischen 1990 und 1993 spiegelt sich aber wohl dasjenige Problem, welches 1993 dann auch zur Einführung des Risikoausgleichs geführt hat: Billige Versicherer verzeichneten beträchtliche Wanderungsgewinne.

Der Strukturbruch 1996 ist demgegenüber (wie auch schon bei der Sichtweise der Versicherer) durch die Entwicklung des Anteils der «Teuren» bestimmt. Dieser nahm sprunghaft zu. Weil gleichzeitig der Anteil der «Billigen» konstant blieb, sank derjenige der «Durchschnittlichen».

Hat nun die Einführung des Risikoausgleichs dazu geführt, dass sich die Bruttostruktururen angenähert haben? Wir weisen an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass primär Wanderungen, Fusionen und das Kostenmanagement die Bruttokosten beeinflussen. Die Betrachtung der Abbildung 23 lässt folgenden Schluss zu: Wenn man die Periode 1990 bis 1995 betrachtet, so kommt man zur Einschätzung, dass zeitgleich zur Einführung des Risikoausgleichs eine Stabilisierung des Anteils der «Durchschnittlichen» zu beobachten ist. Die sprunghafte Abnahme 1996 ist auf den mit der Einführung des KVGs bzw. der Aufhebung der dringlichen Bundesbeschlüsse verbundenen Kostenschub zurückzuführen, weil er nicht alle Versicherer gleich betroffen hat. Es kann daher nicht gesagt werden, dass der Risikoausgleich dazu geführt hat, dass sich die Bruttostruktururen in der Sichtweise der Versicherten angenähert haben. In Abschnitt 4.2.3.3 werden wir für die Schweiz und in Abschnitt 4.2.4.1 für die Untersuchungskantone dieser Frage mit Regressionsanalysen weiter nachgehen.

Wie lassen sich die unterschiedlichen Entwicklungen der Bruttostruktururen in der Sichtweise der Versicherer (Annäherung) und in derjenigen der Versicherten (weitere Differenzierung) erklären? Zuerst zu den Versicherern: Hier dürften primär die zahlreichen (z.T. durch den Risikoausgleich mit ausgelösten) Fusionen in den letzten Jahren dazu geführt haben, dass sich mehr Versicherer in der Bandbreite von +/- 20 Prozent um die Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherer gruppieren. Bei den mit den Versicherten gewichteten Daten spielt naturgemäss die Entwicklung der grössten Versicherer eine zentrale Rolle. Bei den grössten Versicherern müssen zwei Gruppen unterschieden werden (in Abschnitt 4.3.2 werden die Risikostrukturen der zehn grössten Versicherer näher vorgestellt): eine kleinere Gruppe mit sehr guten Strukturen und eine grössere mit durchschnittlichen bis deutlich überdurchschnittlichen Kosten pro Versicherten. Wenn die Bruttostruktururen in einer solchen Konstellation auseinandergehen, dann kann dies vor allem folgende zwei Gründe haben:

- Grosse Versicherer, welche ausserhalb der +/- 20 Prozent Bandbreite liegen, haben deutliche Wandergewinne verzeichnet. Dies ist in der betrachteten Periode für zwei Versicherer mit stark unterdurchschnittlichen Kosten der Fall gewesen.
- Die Durchschnittskosten pro Versicherten haben bei den teureren grossen Versicherern im Vergleich zu den billigeren überdurchschnittlich stark zugenommen. Dies traf ebenfalls zu.

Nettorisiko

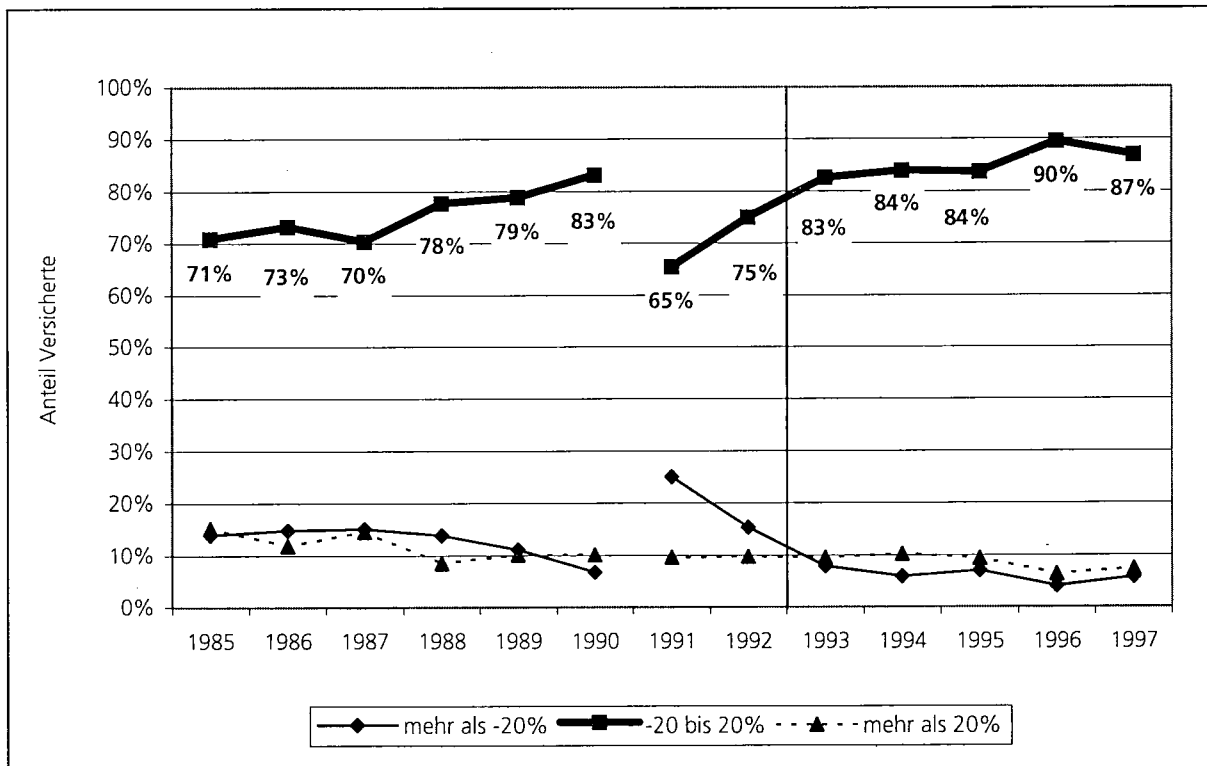
Tabelle 29 zeigt die Verteilung der Versicherten auf die zwölf Nettorisikostufen. 55 Prozent der Versicherten waren 1985 bei Kassen, welche unterdurchschnittliche Kosten pro Versicherten aufwiesen. 1997 betrug dieser Anteil 54 Prozent und ist somit nahezu konstant geblieben. Zwischenzeitlich ergaben sich Schwankungen des Anteils bis 38 und 74 Prozent. Wir vermuten, dass sie nicht zuletzt darauf zurückzuführen sind, dass wir bis 1990 BSV-Statistikdaten und seit 1991 Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG verwenden. **Abbildung 24** zeigt zwischen 1990 und 1991 einen deutlichen Bruch um fast 20 Prozentpunkte in der Datenreihe für die Gruppe «+/- 20 Prozent um den Durchschnitt». Wichtig ist allerdings der optisch feststellbare Trend: Die Einführung des Risikoausgleichs führte zwischen 1992 und 1993 zu einer Zunahme der Versicherten, welche bei Versicherern unter Vertrag waren, die Kosten pro Versicherten rund um den Mittelwert aufwiesen, um 8 Prozentpunkte von 75 Prozent auf 83 Prozent. 1997 betraf dies 87 Prozent aller Versicherten. Nur 6 Prozent der Versicherten waren bei Kassen mit besonders günstigen Nettorisikostrukturen, nur 8 Prozent bei solchen mit besonders ungünstigen. Sieht man vom Datenstrukturbruch 1991 ab, so zeigt sich aber, dass die Zunahme des Anteils bereits früher begann. Dies ist auf die in dieser Zeit zunehmende Bedeutung der Bundesbeiträge, welche ebenfalls eine Art

Tabelle 29: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Nettorisikostufen, Schweiz 1985-1997

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
In absoluten Zahlen													
weniger als -50%	125574	127768	129424	67415	59472	71694	72190	75799	38209	21398	18175	23166	2905
-50 bis -40%	75064	78979	67482	140638	103228	43428	61104	287545	36230	22752	27091	18752	37300
-40 bis -30%	229455	252509	270752	163707	212542	290848	377014	70061	316040	188638	310552	162945	92941
-30 bis -20%	465366	506383	525433	503569	374959	51036	243390	616171	158803	180194	146007	94817	298367
-20 bis -10%	1028607	975096	950549	1456242	1664229	1634590	986605	859789	1145236	1461869	970416	674962	681564
-10 bis 0%	1612214	1635630	1616325	2363666	1399498	508334	929404	2277163	1746176	1365356	1656082	2837136	2766785
Total unter -∅	3536280	3576365	3559965	4695237	3813928	2599930	2669707	4186528	3440694	3240207	3128323	3811778	3879862
0 bis 10%	1273406	1429304	1436692	348516	1555411	3408964	3365133	1297750	2353676	1967470	3275421	1800410	2602344
10 bis 20%	647344	723553	627243	752406	711629	159059	260135	712095	501836	1189914	87057	1096226	136775
20 bis 30%	208665	85017	341705	49484	157388	179584	149885	301429	287404	479895	180809	300818	409010
30 bis 40%	272340	174033	55640	22697	110053	103479	128378	37818	43543	52080	357014	9172	0
40 bis 50%	336718	297340	441103	32591	129974	130832	58345	38754	216705	25381	106689	161676	150628
mehr als 50%	161480	215213	116927	432645	284661	280382	331547	288623	114042	171650	23084	8372	0
Total über -∅	2899953	2924460	3019310	1638339	2949116	4262300	4293423	2676469	3517206	3886390	4030074	3376674	3298757
Total	6436233	6500825	6579275	6333576	6763044	6862230	6963130	6862997	6957900	7126597	7158397	7188452	7178619
In Prozent													
weniger als -50%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
-50 bis -40%	1%	1%	1%	2%	2%	1%	1%	4%	1%	0%	0%	0%	1%
-40 bis -30%	4%	4%	4%	3%	3%	4%	3%	1%	5%	3%	4%	2%	1%
-30 bis -20%	7%	8%	8%	8%	6%	1%	14%	9%	2%	3%	2%	1%	4%
-20 bis -10%	16%	15%	14%	23%	25%	24%	13%	13%	16%	21%	14%	9%	9%
-10 bis 0%	25%	25%	25%	37%	21%	7%	13%	33%	25%	19%	23%	39%	39%
Total unter -∅	55%	55%	54%	74%	56%	38%	38%	61%	49%	45%	44%	53%	54%
0 bis 10%	20%	22%	22%	6%	23%	50%	48%	19%	34%	28%	46%	25%	36%
10 bis 20%	10%	11%	10%	12%	11%	2%	4%	10%	7%	17%	1%	15%	2%
20 bis 30%	3%	1%	5%	1%	2%	3%	2%	4%	4%	7%	3%	4%	6%
30 bis 40%	4%	3%	1%	0%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	5%	0%	0%
40 bis 50%	5%	5%	7%	1%	2%	2%	1%	1%	3%	0%	1%	2%	2%
mehr als 50%	3%	3%	2%	7%	4%	4%	5%	4%	2%	2%	0%	0%	0%
Total über -∅	45%	45%	46%	26%	44%	62%	62%	39%	51%	55%	56%	47%	46%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; BSV; eigene Berechnungen; ; Grundlage bilden diejenigen Versicherer, welche vollständige Daten zur Verfügung stellten.

Abbildung 24: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten und drei Nettorisikostufen, Schweiz 1985-1997



Quelle: Daten GE (ab 1991); BSV (bis 1990); eigene Berechnungen

Risikoausgleich darstellten, zurückzuführen.⁵³ Interessant ist auch der Anstieg zwischen 1995 und 1996. Mit dem KVG wurde auch eine neue Verordnung für den Risikoausgleich eingeführt, welche den Ausgleich deutlich verstärkte (vgl. Abschnitt 2.1.). Dies schlug sich ebenfalls in einer Zunahme des Anteils der «Durchschnittlichen» im Ausmass von 6 Prozentpunkte nieder.

Es zeigt sich somit in der Perspektive der Versicherten ein deutlicher Unterschied zwischen Brutto- und Nettorisikostrukturen. Während wir bei den Bruttostrukturstrukturen noch zum (vorläufigen) Schluss gekommen sind, dass der Risikoausgleich kaum Einfluss gehabt haben dürfte, so zeigt sich bei den Nettorisikostrukturen die gewünschte Annäherung. Auch für diese Zusammenhänge unternehmen wir in den Abschnitten 4.2.3.3 und 4.2.4 Regressionsanalysen.

4.2.3.3 Regressionsanalyse

Mittels einer Regressionsanalyse wollen wir folgende Frage klären: Ist der im vorangegangenen Abschnitt vermutete Einfluss des Risikoausgleichs auf die Veränderung der Brutto- bzw. Nettorisikostrukturen in der Sichtweise der Versicherten statistisch signifikant? Wir gehen von folgender linearer Schätzgleichung aus:

⁵³ Die Bundesbeiträge knüpften an bestimmten Tatbeständen wie beispielsweise Mutterschaft oder Invalidität an. Da die Versicherer unterschiedlich von diesen Risiken betroffen waren, wirkten die Beiträge wie ein Risikoausgleich.

$$Y = \alpha + \beta_1 \cdot D_{RIS} + \beta_2 \cdot D_{KVG} + \beta_3 \cdot Trend + \varepsilon$$

Wobei:	Y	Anteil der Versicherten bei Versicherungen mit Durchschnittskosten pro Kopf von +/- 20 Prozent um den Mittelwert aller Versicherer
	α	eine Konstante
	D_{RIS}	Dummyvariable für den Risikoausgleich; ab 1993 nimmt sie den Wert 1 an
	D_{KVG}	Dummyvariable für die Einführung des KVG, seit 1996 mit dem Wert 1
	Trend	eine konstant zunehmende Trendvariable
	β	Schätzparameter
	ε	ein Störterm

Die Konstante gibt das generelle Niveau des Anteils der «Durchschnittlichen» an. Die beiden Dummyvariablen stehen für die Ereignisse «Einführung des Risikoausgleich» und «Einführung des KVG bzw. Aufhebung der dringlichen Bundesbeschlüsse bzw. Verstärkung des Risikoausgleichs». Die Dummyvariable KVG ist schwerer interpretierbar, weil sie komplexe Vorgänge zusammenfasst und nicht nur auf ein einzelnes Ereignis fokussiert. Wenn die Vermutung des vorangegangenen Abschnitts gestützt werden soll, dann muss der Schätzparameter β_1 der Dummyvariable für den Risikoausgleich einen signifikant von Null verschiedenen Wert mit positivem Vorzeichen aufweisen. Dadurch würde belegt, dass die Einführung dazu geführt hat, dass der Anteil der «Durchschnittlichen» zugenommen hat. Weiter wird eine Trendvariable eingeführt. Dies ist notwendig, weil wir sonst bei den Rechthandvariablen nur lauter Konstanten haben. Der Trend gibt den Einfluss der übrigen, nicht in die Regressionsgleichung integrierten Variablen an. Er gibt an, was zu erwarten gewesen wäre, wenn die Dummyvariablen nicht berücksichtigt worden wären.

Die Gleichung wurde mit der Kleinstquadratmethode geschätzt. Es wurden zwei Perioden unterschieden: 1985 bis 1997 und 1992 bis 1997. Eine Aufteilung der Perioden scheint uns notwendig, weil einerseits zwischen 1990 und 1991 ein Datenbruch zu registrieren ist und weil andererseits 1990 auch ein Trendbruch einsetzt.⁵⁴

Tabelle 30 zeigt die Schätzergebnisse. Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Schätzergebnisse insgesamt stark zu relativieren, da nur sehr wenige Datenpunkte vorliegen (insbesondere bei der kürzeren Schätzperiode 1992 bis 1997). Sie sind wie folgt zu interpretieren:

■ **Bruttorisiko:** Die Schätzung für die Periode 1992 bis 1997 gibt für alle Koeffizienten signifikante Ergebnisse. Insgesamt besteht ein negativer Trend. Dies bedeutet, dass sich die Bruttorisikostrukturen in der genannten Periode weiter auseinander entwickelt haben. Diese Entwicklung wurde durch den mit der Einführung des KVG und der Aufhebung der dringlichen Bundesbeschlüssen ausgelösten Kostenschub 1996 verschärft. Die ebenfalls eingeführte vollständige Freizügigkeit konnte diesen Effekt nicht kompensieren. Der Risikoausgleich führte zu einer signifikanten Zunahme des Niveaus des Anteils der «Durchschnittlichen» um 4 Prozentpunkte, nicht aber zu einer dauerhaften Stabilisierung oder gar Zunahme. Die Ergebnisse für die Periode 1985 bis 1997 bringen nur für die Konstante und die Dummyvariable KVG signifikante Koeffizienten. Dies ist nicht erstaunlich, weil 1990 ein Trendbruch auftrat.⁵⁵

Zusammengefasst: Die wissenschaftlichen Erwartungen an die Wirkungen des Risikoausgleichs auf die Bruttorisikostrukturen gingen in der Tendenz in die richtige Richtung. Der Risikoausgleich hat die Bruttorisikostrukturen

⁵⁴ Die zweite Periode beginnt erst 1992, weil die Daten von 1991 gemäss Einschätzung der Gemeinsamen Einrichtung KVG nur bedingt zuverlässig sind.

⁵⁵ Grundsätzlich wäre hier eine Spline-Regression-Schätzung möglich (vgl. Greene 1993, 235). Da aber 1990 gleichzeitig ein Datenbruch existiert, haben wir darauf verzichtet.

Tabelle 30: Ergebnisse der Regression zur Erklärung der Entwicklung des Anteils der «Durchschnittlichen» über die Jahre 1985 bis 1997 (Sicht der Versicherten)

Variablen	Bruttorisiko		Nettorisiko	
	1992 bis 1997	1985 bis 1997	1992 bis 1997	1985 bis 1997
α , Konstante	*** 90.4 (5.0)	*** 77.3 (2.1)	*** 75.8 (7.9)	*** 72.9 (3.8)
β_1 , DMRIS	* 4.0 (1.7)	- 3.6 (2.9)	** 8.6 (2.6)	7.4 (5.3)
β_2 , DMKVG	** - 5.7 (1.8)	*** - 10.9 (2.7)	5.0 (2.8)	4.0 (4.9)
β_3 , Trend	** - 2.0 (0.6)	0.1 (0.4)	- 0.1 (1.0)	0.3 (0.7)
N	6	13	6	13
R ² -adjusted	0.97	0.76	0.90	0.53

() Standardabweichung
 DMRIS: Dummyvariable; Jahre *ohne* Risikoausgleich = 0, Jahre *mit* Risikoausgleich = 1
 DMKVG: Dummyvariable; Jahre vor Einführung des KVG = 0, Jahre mit KVG = 1
 N: Anzahl Beobachtungen
 R²: Erklärungskraft des Regressionsmodells (1=perfekte Erklärung, 0=keine Erklärung)
 * signifikant mit einem Vertrauensbereich von 95%
 ** signifikant mit einem Vertrauensbereich von 97.5%
 *** signifikant mit einem Vertrauensbereich von 99%

Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; BSV; eigene Berechnungen

nicht entscheidend beeinflusst. Die Regression weist nur einen einmaligen und positiven Niveaueinfluss aus. Der abnehmende Trend konnte aber bisher nicht gebrochen werden.

■ **Nettorisiko:** Für die Periode 1992 bis 1997 sind nur die Konstante und der Koeffizient für den Einfluss des Risikoausgleichs signifikant von Null verschieden. Die Vorzeichen entsprechen den Erwartungen: Der Risikoausgleich hat zu einer deutlichen Niveaunahme des Anteils der «Durchschnittlichen» um fast 9 Prozentpunkte geführt. Interessant ist auch das positive Vorzeichen des Einflusses der Einführung des KVG: 1996 wurde zeitgleich eine neue Risikoausgleichsverordnung eingeführt, welche den Ausgleich verstärkte. Sie scheint in der Tendenz ebenfalls die gewünschte Wirkung entfaltet zu haben. Für die ganze Periode 1985 bis 1997 gibt es kaum signifikante Ergebnisse. Auch die Güte der Schätzgleichung ist gering, weil der Datenbruch 1990/91 doch sehr markant gewesen ist.

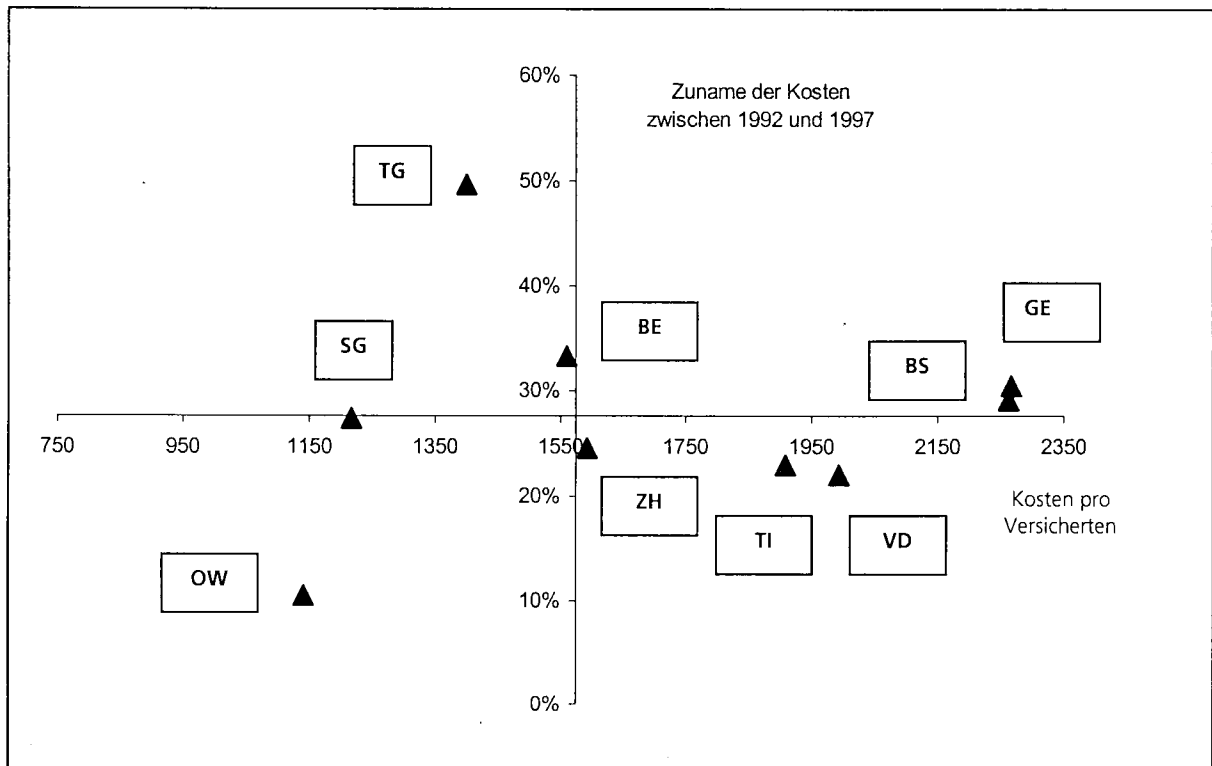
4.2.4 Die Entwicklung der Risikostrukturen in den Untersuchungskantonen 1991 bis 1997

4.2.4.1 Bruttorisiko

In diesem Abschnitt werden die Resultate des Vorangegangenen nach den neun Untersuchungskantonen und für das Bruttorisiko differenziert.⁵⁶ Es wird aus den bereits erwähnten Gründen das Schwergewicht auf die Perspektive der Versicherten gelegt. Im folgenden Abschnitt nehmen wir dieselbe Analyse für die Nettostrukturen vor.

⁵⁶ In **Anhang B** finden sich die detaillierten Angaben zu allen Untersuchungskantonen.

Abbildung 25: Durchschnittliche Kosten pro Kopf für 1997 sowie deren prozentuale Zunahme zwischen 1992 und 1997, für die Untersuchungskantone



In der zeitlichen Entwicklung auf gesamtschweizerischer Ebene wurden die Jahre 1985 bis 1997 betrachtet. Für die Beurteilung der kantonalen Entwicklungen sind nur Daten für die Jahre von 1991 bis 1997 verfügbar.⁵⁷

Abbildung 25 dokumentiert sowohl die Entwicklung der Kosten pro Versicherten zwischen 1992 und 1997 wie auch das Kostenniveau 1997. Es wurde das Jahr 1992 gewählt, weil es das letzte Jahr unmittelbar vor Einführung des Risikoausgleichs ist. Im schweizerischen Durchschnitt lagen die Kosten pro Versicherten 1997 bei 1574 Franken und die Zunahme zwischen 1992 und 1996 bei 27,6 Prozent.

Abbildung 25 zeigt gewichtige Unterschiede zwischen den Kantonen sowohl hinsichtlich des Kostenniveaus wie auch der Veränderung der Kosten in den fünf Jahren zwischen 1992 und 1997. Da sich die Kantone auf alle Quadranten verteilen, zeigt sich, dass die Auswahl der Untersuchungskantone sinnvoll vorgenommen wurde. Die Kantone können in sechs Gruppen aufgeteilt werden (vgl. **Tabelle 31**)

Tabelle 32 zeigt die Verteilung der Versicherer nach Bruttoisikostufen, sowohl für die Schweiz wie auch für alle neun Untersuchungskantone 1997. Folgende zwei Aspekte fallen auf: (1) In jedem Kanton stehen den Versicherten eine Vielzahl von Kassen zur Auswahl. Selbst im kleinsten betrachteten Kanton, in Obwalden, sind es 49 Versicherer. (2) Der Anteil der Versicherer mit unterdurchschnittlichen Kosten ist in seiner Struktur in den Kantonen recht ähnlich.

⁵⁷ Es handelt sich um die Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Die Daten des Bundesamtes für Sozialversicherungen liefern lediglich Werte auf gesamtschweizerischer Ebene. Diese könnten zwar mit den Versichertenangaben auf kantonale Werte hinuntergerechnet werden. Dadurch ergäben sich aber keine zusätzlichen Erkenntnisse, weil lediglich die schweizerischen Verhältnisse auf die neuen Kantone umgelegt würden.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Tabelle 31: Kategorisierung der Untersuchungskantone nach ihrer Kostenentwicklung 1992 bis 1997

Kostenniveau 1997	Kostenzunahme 1992 bis 1997	Kantone
Über dem Durchschnitt	Über dem Durchschnitt	Genf, Basel-Stadt
Über dem Durchschnitt	Unter dem Durchschnitt	Waadt, Tessin
Durchschnittliches Niveau	Durchschnittliches Niveau	Bern, Zürich
Unter dem Durchschnitt	Über dem Durchschnitt	Thurgau
Unter dem Durchschnitt	Durchschnittliches Niveau	St. Gallen
Unter dem Durchschnitt	Unter dem Durchschnitt	Obwalden

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 32: Verteilung der Versicherer auf 12 Bruttoreisikostufen - in den Untersuchungskantonen und der Schweiz für 1997

Risikostufen	ZH	BE	SG	OW	TI	VD	BS	GE	TG	CH
In absoluten Zahlen										
weniger als -50%	13	12	14	12	19	18	21	17	15	2
-50 bis -40%	5	3	3	6	3	6	1	4	4	4
-40 bis -30%	4	10	8	4	3	5	6	4	6	10
-30 bis -20%	8	6	3	2	4	5	1	3	2	14
-20 bis -10%	7	4	6	3	5	8	3	3	4	27
-10 bis 0%	7	5	4	4	5	5	4	4	6	22
unter Mittel	44	40	38	28	39	47	36	35	37	79
0 bis 10%	4	4	5	5	5	5		2	5	10
10 bis 20%	1	2	6	2	2	3		5	5	11
20 bis 30%	9	5	3		1	4	2	4	3	6
30 bis 40%	4	3	1	3	3		5	3	2	6
40 bis 50%	7	2	2	3	2	1	4	2	3	7
mehr als 50%	8	12	14	8	13	8	16	10	7	9
über Mittel	33	28	31	21	26	21	27	26	25	49
Total	77	68	69	49	65	68	63	61	62	128
In Prozent										
weniger als -50%	17%	18%	20%	24%	29%	26%	33%	28%	24%	2%
-50 bis -40%	6%	4%	4%	12%	5%	9%	2%	7%	6%	3%
-40 bis -30%	5%	15%	12%	8%	5%	7%	10%	7%	10%	8%
-30 bis -20%	10%	9%	4%	4%	6%	7%	2%	5%	3%	11%
-20 bis -10%	9%	6%	9%	0%	8%	12%	5%	5%	6%	21%
-10 bis 0%	9%	7%	6%	8%	8%	7%	6%	7%	10%	17%
unter Mittel	57%	59%	55%	57%	60%	69%	57%	57%	60%	62%
0 bis 10%	5%	6%	7%	10%	8%	7%	0%	3%	8%	8%
10 bis 20%	1%	3%	9%	4%	3%	4%	0%	8%	8%	9%
20 bis 30%	12%	7%	4%	0%	2%	6%	3%	7%	5%	5%
30 bis 40%	5%	4%	1%	6%	5%	0%	8%	5%	3%	5%
40 bis 50%	9%	3%	3%	6%	3%	1%	6%	3%	5%	5%
mehr als 50%	10%	18%	20%	16%	20%	12%	25%	16%	11%	7%
über Mittel	43%	41%	45%	43%	40%	31%	43%	43%	40%	38%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Die Perspektive der Versicherten für 1997 ist im Detail in **Tabelle 33** abgebildet. Deutlich am meisten Versicherte wies der Kanton Zürich auf. Auf die Untersuchungskantone entfielen insgesamt 61 Prozent aller in der Schweiz versicherten Personen. Zieht man auch hier für einen ersten groben Vergleich den Anteil der Versicherten, welche in Kassen mit unterdurchschnittlichen Kosten pro Kopf versichert waren, zu Rate, so fällt wie bereits bei der Verteilung der Versicherer auf, dass die kantonalen Unterschiede – mit einer Ausnahme - nicht riesig sind. Die Werte belaufen sich, ausser für den Kanton Waadt (56 Prozent), alle zwischen 30 und 43 Prozent. Allerdings darf dieser globale Vergleich nicht darüber hinweg täuschen, dass es in einzelnen Risikogruppen und in der Entwicklung seit 1991 gewichtige Unterschiede gegeben hat.

Tabelle 33: Verteilung der Versicherten auf 12 Bruttorisikostufen - in den Untersuchungskantonen und der Schweiz für 1997

Risikostufen	ZH	BE	SG	OW	TI	VD	BS	GE	TG	CH
In absoluten Zahlen										
mehr als -50%	46994	30916	7662	1519	59697	51622	6677	68766	4241	276178
-50 bis -40%	16566	22457	18706	12	182	6570	8912	19803	19809	37758
-40 bis -30%	134645	84180	15546	2369	13694	25754	17987	3613	9077	350050
-30 bis -20%	30591	17221	34097	2416	12614	107017	0	24394	4733	656211
-20 bis -10%	20429	95355	5312	717	37723	9042	2906	11125	29957	417071
-10 bis 0%	270290	52399	88958	2643	2171	144403	30469	37042	8883	2274937
unter Mittel	519515	302528	170281	9676	126081	344408	66951	164743	76700	4012205
0 bis 10%	219373	245340	220729	13969	0	144599	40888	43393	78565	99981
10 bis 20%	407841	366799	20756	8873	42134	14347	88849	53439	1880	1689931
20 bis 30%	16197	36652	23	0	86716	9200	174	33674	69542	1080261
30 bis 40%	1634	163	37870	33	50148	69353	166	40078	1904	174070
40 bis 50%	0	1078	603	0	1363	11738	0	22214	0	2049
mehr als 50%	34871	3186	430	47	210	18280	50	21517	124	120123
über Mittel	679916	653218	280411	22922	180571	267517	130127	214315	152015	3166415
Total	1199431	955746	450692	32598	306652	611925	197078	379058	228715	7178620
In Prozent										
mehr als -50%	4%	3%	2%	5%	19%	8%	3%	18%	2%	4%
-50 bis -40%	1%	2%	4%	0%	0%	1%	5%	5%	9%	1%
-40 bis -30%	11%	9%	3%	7%	4%	4%	9%	1%	4%	5%
-30 bis -20%	3%	2%	8%	7%	4%	17%	0%	6%	2%	9%
-20 bis -10%	2%	10%	1%	2%	12%	1%	1%	3%	13%	6%
-10 bis 0%	23%	5%	20%	8%	1%	24%	15%	10%	4%	32%
unter Mittel	43%	32%	38%	30%	41%	56%	34%	43%	34%	56%
0 bis 10%	18%	26%	49%	43%	0%	24%	21%	11%	34%	1%
10 bis 20%	34%	38%	5%	27%	14%	2%	45%	14%	1%	24%
20 bis 30%	1%	4%	0%	0%	28%	2%	0%	9%	30%	15%
30 bis 40%	0%	0%	8%	0%	16%	11%	0%	11%	1%	2%
40 bis 50%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	6%	0%	0%
mehr als 50%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	6%	0%	2%
über Mittel	57%	68%	62%	70%	59%	44%	66%	57%	66%	44%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

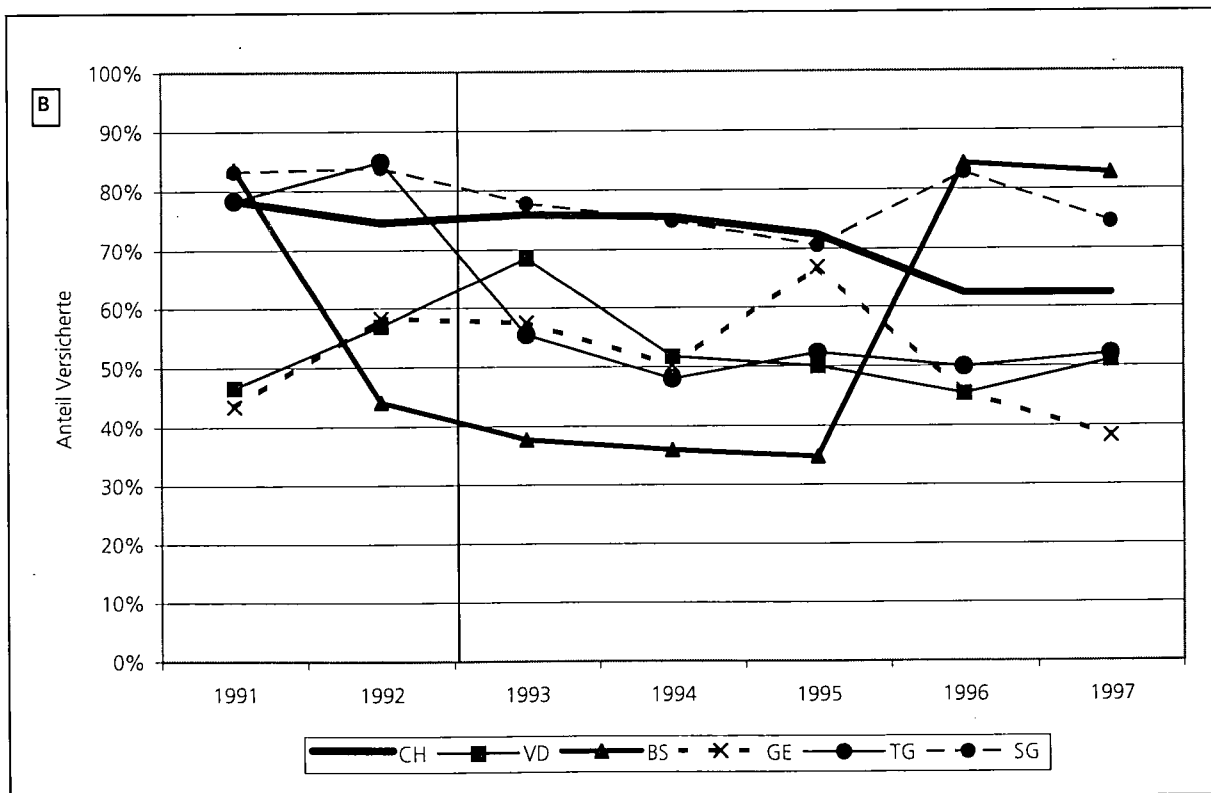
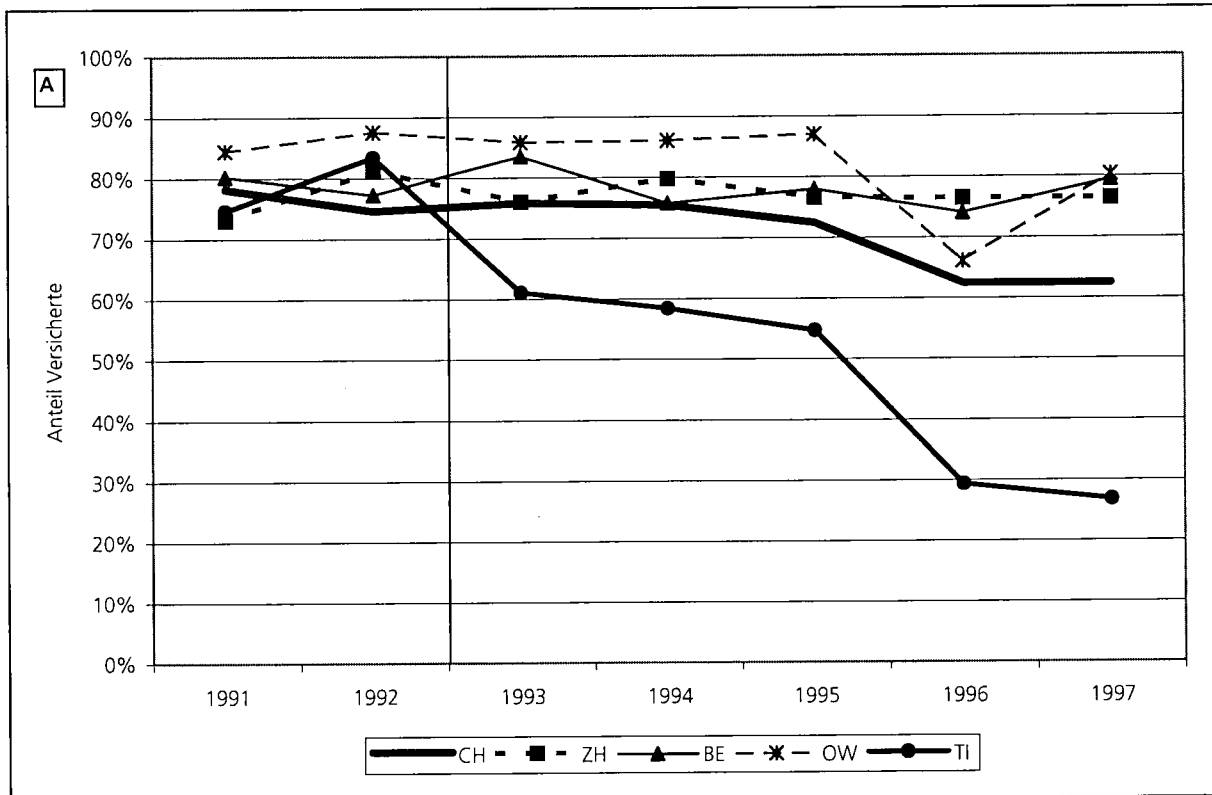
Dies zeigt die folgende Abbildung. Dargestellt wird im interkantonalen Vergleich die Entwicklung des Anteils der Versicherten, welche bei einer Versicherung mit Durchschnittskosten pro Kopf von +/- 20 Prozent um das gesamtschweizerische Mittel versichert waren. Betrachtet man beide Teilgrafiken gemeinsam, so fallen verschiedene Aspekte auf:

■ **Niveaunterschiede:** In der Schweiz lag der Anteil der Gruppe der «Durchschnittlichen» in der betrachteten Periode bei ca. 75 Prozent. Leicht bis deutliche höhere Anteile ergaben sich in den Kantonen Obwalden, Zürich und Bern. Leicht bis deutlich tiefere Anteile waren demgegenüber in den Kantonen Genf, Waadt, ab 1993 im Thurgau und zwischen 1992 und 1995 im Kanton Basel-Stadt zu verzeichnen.

■ **Unterschiede im Trend über die ganze Periode:** In der Schweiz war über die ganze Periode ein leicht bzw. zuletzt etwas stärker abnehmender Trend zu verzeichnen. Eine mehr oder weniger ähnliche Entwicklung zeigte sich nur in den Kantonen Obwalden und Bern (mit Ausnahme der Zunahme zwischen 1996 und 1997). In den Kantonen Waadt und Zürich ist der Anteil 1997 sogar höher als der Anteil 1991. In den Kantonen Bern und Basel-Stadt ist er 1997 gleich hoch wie 1991, wobei er für den Kanton Basel-Stadt in den Zwischenjahren massiv abfiel. Die Kantone Tessin und Thurgau fallen negativ nach unten ab: Die Abnahme des Gruppenanteils der Durchschnittlichen war hier wesentlich markanter als in der Schweiz insgesamt.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Abbildung 26: Vergleich des Anteils der Versichertengruppe «+/-20 Prozent um den Durchschnitt aller Versicherer», Schweiz sowie Untersuchungskantone (Bruttorisiko) 1991-1997



Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

■ **Unterschiedliche Auswirkungen der Einführung des KVG:** Für die Schweiz ergab sich insgesamt eine markante Senkung des Anteils um 6 Prozentpunkte. Eine ähnlich sprunghafte Reduktion zeigt sich auch in den Kantonen Obwalden, Tessin und Genf. Gar deutlich zugenommen hat der Anteil in St. Gallen und Basel-Stadt, während sich in den übrigen Kantonen keine pointierte Entwicklung zeigt.

Wie können die kantonalen Unterschiede erklärt werden? Grundsätzlich gibt es für Schwankungen des Anteils der «Durchschnittlichen» - neben der Veränderung der Risikostruktur - vier mögliche Gründe: (1) Durch Fusionen von Versicherern ergibt sich eine sprunghafte Verschiebung der neu entstandenen Versicherung von einer zur anderen Risikostufe; (2) die Versicherten wandern von Versicherern der Gruppe der «Durchschnittlichen» hin zu Versicherern der Gruppe der «Billigen»; (3) Grössere Versicherer verändern sich von der Gruppe der «Durchschnittlichen» (vorübergehend) zu den Gruppen der «Billigen» oder «Teuren»; (4) Neue, günstige Versicherer treten auf den Markt.

Die Abbildung zeigt, dass insbesondere folgende Kantone zwischen 1992 und 1997 besondere Entwicklungen durchgemacht haben: Tessin, Basel-Stadt, Waadt, Genf, Thurgau und St. Gallen. Tabelle 34 zeigt die Ursachen für die besondere Entwicklung in den genannten Kantonen. Wichtigste Ursache ist die Veränderung grosser Versicherungen von einer Risikostufe zu anderen. Derartige Veränderungen sind auf kantonaler Ebene natürlich besonders einflussreich, weil die Zahl der Versicherten kleiner ist. Die nachfolgende Auflistung zeigt etwas detaillierter die Ursachen nach Kantonen:

■ **Tessin:** Im Tessin zeigt sich seit 1992 ein stark abnehmender Trend der «Durchschnittlichen». Folgende Ursachen konnten identifiziert werden: (1) Drei Versicherer, davon ein grösserer, wechselten von der Gruppe der «Durchschnittlichen» in die Gruppe der «Teuren». (2) Fünf Versicherer, die 1996 zum ersten Mal erscheinen, sind der Gruppe der «Billigen» zuzuordnen. Eine Versicherung weist dabei von Anbeginn an eine substantielle Mitgliederzahl auf.

■ **Waadt:** Bis 1993 stieg der Anteil der «Durchschnittlichen» markant an, um anschliessend wiederum deutlich zu fallen. Drei Gründe können für diese Entwicklung angeführt werden: (1) Zwei Versicherer wechselten zwischen 1992 und 1993 von den «Teuren» zu den «Durchschnittlichen». Ihre Mitgliederzahl betrug zusammen 14 Prozent der Versicherten. (2) Ein grosser Versicherer mit ebenfalls ca. 14 Prozent der Versicherten wechselt 1994 von den «Durchschnittlichen» zu den «Teuren». (3) 1994 tritt bei den «Billigen» ein Versicherer zum ersten Mal auf (rund 1 Prozent der Versicherten).

■ **Basel-Stadt:** Besonders markant sind die Entwicklungen in Basel-Stadt 1992 und 1996. Zwei Gründe können für die Entwicklung 1996 angeführt werden: (1) Fünf Versicherer wechselten von den «Billigen» zu den «Durchschnittlichen» (mit rund 7 Prozent der Versicherten). (2) Drei Versicherer wechselten von den «Teuren» zu den «Durchschnittlichen» (mit rund 45 Prozent der Versicherten).

■ **Genf:** In Genf nahm der Anteil der «Durchschnittlichen» - mit Ausnahme des Jahres 1994 - bis 1995 zu, dann markant ab. Zwei Gründe sind für die Entwicklung zwischen 1995 und 1996 massgebend: (1) Fünf Versicherer wechselten von den «Durchschnittlichen» zu den «Teuren». Die Versicherer umfassten dabei insgesamt mehr als 18 Prozent der Versicherten. (2) Durch eine Fusion wechselten 1,3 Prozent der Versicherten von den «Durchschnittlichen» zu den «Teuren».

■ **Thurgau:** Wie im Kanton Tessin nahm auch im Kanton Thurgau der Anteil der «Durchschnittlichen» seit 1992 kontinuierlich ab. Folgende Gründe können angeführt werden: (1) Sechs Versicherer wechselten von den «Durchschnittlichen» zu den «Teuren» (rund 21 Prozent der Versicherten). (2) Fünf Versicherer der «Durchschnittlichen» wechselten zu den «Billigen» (rund 3 Prozent der Versicherten). (3) Bei den «Billigen» kamen 1993 sechs Versicherer neu dazu.

Tabelle 34: Ursachen für die Entwicklung des Anteils der «Durchschnittlichen» zwischen 1992 und 1997

Kanton	Ursache «Veränderung grosse Versicherer»	Ursache «Fusionen»	Ursache «Wanderungen der Versicherte»	Ursache «Neue Versicherer»
Tessin	+	-	-	+
Waadt	+	-	-	+
Basel-Stadt	+	-	-	-
Genf	+	+	-	-
Thurgau	+	-	-	+
St. Gallen	+	+	-	-
Obwalden	+	-	+	-

+: Die Ursache spielt eine wichtige Rolle für die Entwicklung der Bruttostruktururen

-: Die Ursache spielt eine geringe Rolle für die Entwicklung der Bruttostruktururen

Quelle: Eigene Darstellung

■ **St. Gallen:** Der Anteil nahm bis 1995 kontinuierlich ab und stieg dann gegen den schweizerischen Trend zwischen 1995 und 1996 stark an. Folgende Gründe sind relevant: (1) Eine grosse Versicherung wechselte zwischen 1995 und 1996 von der Gruppe der «Billigen» in die Gruppe der «Durchschnittlichen». (2) Zwei Versicherer mit Mitgliederzahlen zwischen 2'000 und 3'000 wechselten im selben Zeitraum von den «Teuren» zu den «Billigen». (3) Eine grosse, «teure» Versicherung fusioniert mit einer Versicherung in der Kategorie der «Durchschnittlichen».

■ **Obwalden:** In Obwalden ist wie in St. Gallen die Entwicklung zwischen 1995 und 1996 erstaunlich. Folgende Gründe sind für die stark abnehmende Entwicklung ursächlich: (1) Von den «Durchschnittlichen» wechselten fünf Versicherer in die Gruppe der «Billigen». (2) Einen der zehn grössten Versicherer in der Schweiz, welcher zur Gruppe der «Billigen» gehört, konnte in diesem Zeitraum seinen Bestand verdoppeln. (3) Eine grosse Kasse verschlechterte sich von der Gruppe der «Durchschnittlichen» in die Gruppe der «Teuren».

Hat nun die Einführung des Risikoausgleichs in einem der Kantone zu einer Stabilisierung bzw. einer Erhöhung des Anteils der «Durchschnittlichen» geführt? Im Unterschied zur gesamtschweizerischen Entwicklung lässt sich kein einziger Kanton finden, der eine ähnliche Entwicklung durchgemacht hätte. Auch Obwalden und Bern, die noch am ehesten vergleichbar sind, stimmen nicht exakt überein: Ihr Anteil der «Durchschnittlichen» nahm vor 1993 sogar leicht zu, anschliessend ab. Die Entwicklung des Anteils in anderen Kantonen (Tessin, Thurgau, St. Gallen, Basel-Stadt), welcher genau auf das Jahr 1993 eingebrochen ist, würde sogar darauf hindeuten, dass der Risikoausgleich einen negativen Einfluss gehabt hätte. **Tabelle 35** zeigt wiederum die Schätzergebnisse für die Regression auf die Periode 1992 bis 1997 (in Abschnitt 4.2.3.3 wurde die Regressionsgleichung ausführlich erläutert). Es zeigen sich interessante und teilweise auch von der gesamtschweizerischen Entwicklung abweichende Ergebnisse:

■ Die Vorzeichenkombination auf schweizerischer Ebene (Konstante positiv, Risikoausgleich positiv, KVG negativ, Trend negativ) findet sich in dieser Form in keinem Kanton wieder.

■ Das Vorzeichen für den **Risikoausgleich** ist in der deutlichen Mehrheit der Fälle negativ, dreimal sogar signifikant. Wie kann dieses im Gegensatz zur schweizerischen Ebene liegende Ergebnis interpretiert werden? Es stellt sich die Frage, wie der Risikoausgleich ursächlich für das Auseinandergehen der Bruttostruktururen sein kann. Grundsätzlich sind – wie erwähnt – drei Gründe für das Auseinandergehen möglich: Wanderungen, Fusionen und unterschiedliche Massnahmen bzw. unterschiedlicher Erfolg der Massnahmen zur Kosteneinsparung. Der Risikoausgleich gleicht zwar die Prämien an, ob er allerdings auch die Wanderungen von Versicherern mit schlechten zu solchen mit guten Strukturen lenkt – dies wäre

Tabelle 35: Regressionskoeffizienten zur Erklärung der Entwicklung des Anteils der «Durchschnittlichen» (Bruttorisiko) - 1992 – 1997 (Sicht der Versicherten)

Kantone	α , Konstante	β_1 , DMRIS	β_2 , DMKVG	β_3 , Trend	N	R ² -adjusted
Zürich	***79.6	- 4.1	- 1.5	0.2	6	0.14
Bern	**86.4	4.1	0.5	- 1.1	6	0.19
St. Gallen	***119.8	- 0.4	**15.5	** - 4.5	6	0.82
Obwalden	60.9	- 8.0	- 21.4	3.3	6	0.45
Tessin	***18.2	*** - 19.1	*** - 22.2	*** - 3.1	6	0.99
Waadt	*107.4	12.4	7.2	- 6.3	6	0.01
Basel-Stadt	***55.5	*** - 5.2	***51.0	*** - 1.4	6	0.99
Genf	39.9	- 4.6	- 22.2	2.3	6	0.28
Thurgau	**91.5	** - 31.2	1.3	- 0.8	6	0.92
Schweiz	***90.4	*4,0	** - 5,7	** - 2.0	6	0.97

Die Regressionsgleichung wird in Abschnitt 4.2.3.3 erläutert.

DMRIS: Dummyvariable; Jahre *ohne* Risikoausgleich = 0, Jahre *mit* Risikoausgleich = 1

DMKVG: Dummyvariable; Jahre vor Einführung des KVG = 0, Jahre mit KVG = 1

N: Anzahl Beobachtungen

R²: Erklärungskraft des Regressionsmodells (1=perfekte Erklärung, 0=keine Erklärung)

* signifikant mit einem Vertrauensbereich von 95%

** signifikant mit einem Vertrauensbereich von 97.5%

*** signifikant mit einem Vertrauensbereich von 99%

Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG;
BSV; eigene Berechnungen

notwendig, damit sich die Bruttostrukturen angleichen – ist fraglich. Wanderungen können daher sehr wohl zu einer weiteren Differenzierung führen.

Bei den Fusionen hängen die Wirkungen auf die Bruttostrukturen von den Bruttokosten der beteiligten Fusionspartner ab. Ein negatives Vorzeichen zum Risikoausgleich wäre so zu interpretieren, dass dieser Fusionen ausgelöst hat, welche Partner mit Bruttokosten pro Versicherten zusammengeführt hat, welche die Bruttostrukturen insgesamt weiter auseinander gehen liessen.

Zu den Kostensenkungsmassnahmen: Das negative Vorzeichen wäre daher so zu deuten, dass der Risikoausgleich dazu geführt hat, dass die Versicherer mit bereits günstigen Strukturen verstärkt die Kosten senken konnten bzw. die Versicherer mit schlechten Strukturen derartige Massnahmen unterliessen. Wir möchten an dieser Stelle allerdings noch einmal darauf hinweisen, dass aufgrund der Datensituation die Ergebnisse auch nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem ist das Vorzeichen nur in drei Kantonen signifikant negativ.

■ Auch beim Vorzeichen für die **Dummy-Variable KVG** weicht die Mehrheit der Kantone von den schweizerischen Ergebnissen ab, da das Vorzeichen positiv ist (in zwei Fällen signifikant). Der durch die Aufhebung der dringlichen Bundesbeschlüsse und die Einführung des KVG ausgelöste Kostenschub führte in diesen Kantonen daher zu einer Annäherung der Bruttokostenstrukturen.

■ Der gesamtschweizerische **Trend** einer Auseinanderentwicklung der Bruttorisikostrukturen findet sich demgegenüber in sechs Kantonen bestätigt (in drei Fällen signifikant).

Fazit: Die Bruttorisikostrukturen entwickelten sich in der Schweiz in den 90er Jahren in der Sichtweise der Versicherten weiter auseinander. Der Risikoausgleich konnte diesen Prozess nicht aufhalten. In einigen Kantonen verschärfte er ihn sogar noch, in anderen führte er zu einem vorübergehenden Niveauanstieg des Anteils der «Durchschnittlichen». Die politischen Erwartungen, dass sich durch den Risikoausgleich die Bruttostrukturen besser durchmischen, haben sich nicht erfüllt. Im Gegenteil: Wenn 1991 der Hauptgrund für die Einführung des Risikoausgleichs die Prämienunterschiede in der Folge des Auseinandergehens der Bruttorisikostrukturen gewesen ist, dann ist der Risikoausgleich heute noch notwendiger als damals.

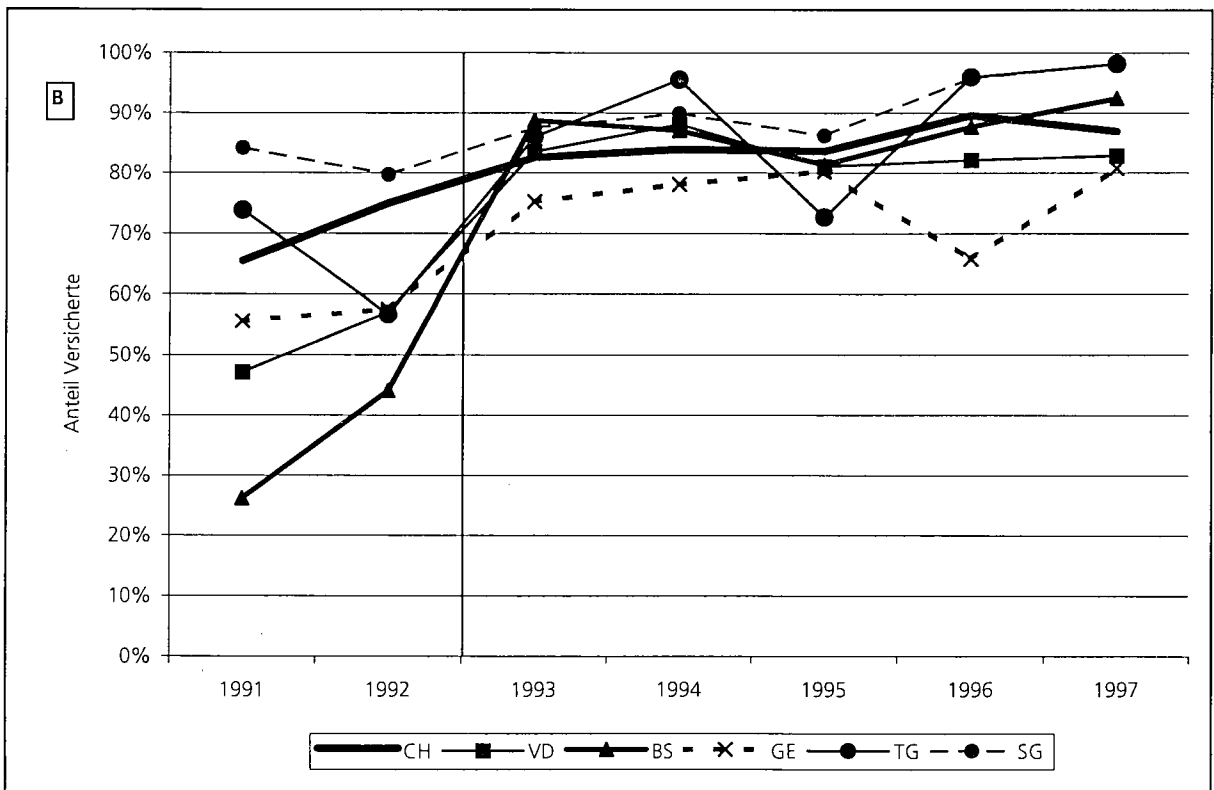
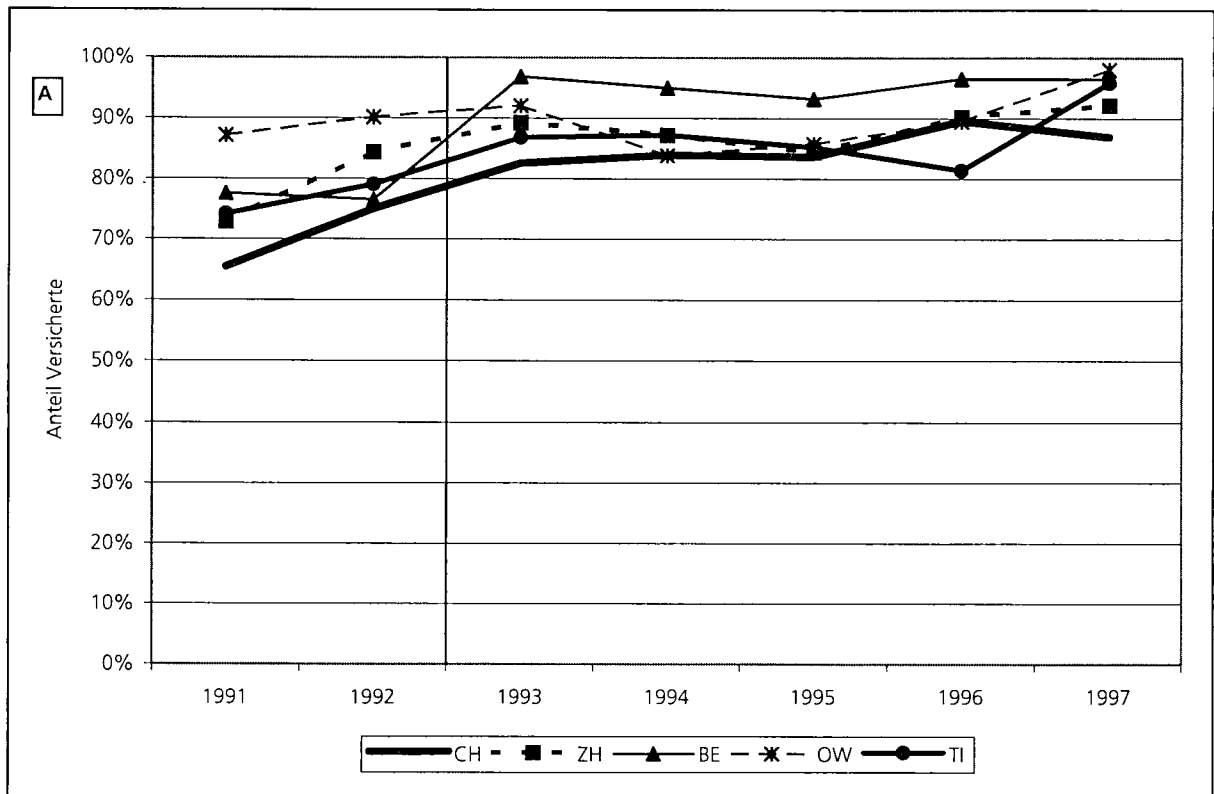
4.2.4.2 Nettorisiko

In diesem Abschnitt wird die Entwicklung der Nettorisikostrukturen zwischen 1991 und 1997 für die Untersuchungskantone dargestellt. Die folgende Abbildung zeigt die entsprechenden Entwicklungen des Anteils der «Durchschnittlichen». 1997 lagen für alle Kantone die Anteile höher als 1992, dem Jahr vor der Einführung des Risikoausgleichs. Ebenfalls kann für alle Kantone zwischen 1992 und 1993 eine Zunahme festgestellt werden. Die Anteile erreichen in allen Kantonen ein sehr hohes Niveau: In den Kantonen Genf und Waadt liegt der Anteil zwischen 80 und 90 Prozent, in allen übrigen Kantonen über 90 Prozent. **Tabelle 36** weist die Regressionskoeffizienten aus (in Abschnitt 4.2.3.3 wurde die Regressionsgleichung ausführlich erläutert). Es zeigt sich eine weitgehende Bestätigung der Ergebnisse auf schweizerischer Ebene:

- Ausser in den Kantonen Obwalden, Tessin und Genf stimmen alle Vorzeichen mit denjenigen auf der schweizerischen Ebene überein.
- Der Risikoausgleich führte in acht Kantonen zu einer Niveauzunahme des Anteils; in drei Fällen ist das Vorzeichen signifikant von Null verschieden.
- In sieben Kantonen ist auch das Vorzeichen für die Dummy-Variable KVG positiv, in zwei Fällen signifikant. Die Erhöhung der Intensität des Risikoausgleichs 1996 führte somit auch in den meisten Kantonen zu einer Zunahme des Anteils.
- Erstaunlicherweise ergibt sich für den Trend in sieben Kantonen wie in der Schweiz ein negatives Vorzeichen. Allerdings ist es nur im Kanton Bern signifikant von Null verschieden.

Als Fazit ergibt sich somit eine verhältnismässig eindeutige Bestätigung der theoretischen Erwartungen: Der Risikoausgleich führte in der Sichtweise der Versicherten zu einer signifikanten Angleichung der Risikostrukturen. Diese Zusammenhänge wären sehr wahrscheinlich noch deutlicher, wenn man prognostizierte Kostendaten verwendet hätte (vgl. dazu die Hinweise in Abschnitt 4.2.1).

Abbildung 27: Vergleich des Anteils der Versichertengruppe «+/-20 Prozent um den Durchschnitt aller Versicherer», Schweiz sowie Untersuchungskantone (Nettorisiko) 1991-1997



Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Tabelle 36: Regressionskoeffizienten zur Erklärung der Entwicklung des Anteils der «Durchschnittlichen» (Nettorisiko) - 1992 – 1997

Kantone	α , Konstante	β_1 , DMRIS	β_2 , DMKVG	β_3 , Trend	N	R ² -adjusted
Zürich	***96.9	5.7	*8.2	- 1.6	6	0.64
Bern	***88.0	***21.4	**5.1	*- 1.4	6	0.98
St. Gallen	***80.0	8.2	9.2	- 0.0	6	0.89
Obwalden	*96.4	- 1.4	8.8	- 0.8	6	0.43
Tessin	61.3	2.9	- 3.3	2.2	6	0.40
Waadt	**63.8	**28.8	0.4	- 0.8	6	0.90
Basel-Stadt	*59.8	***45.7	9.3	- 2.0	6	0.95
Genf	17.3	10.2	- 17.2	5.0	6	0.64
Thurgau	95.9	37.8	24.6	- 4.9	6	0.61
Schweiz	***75.8	**8.6	5.1	- 0.1	6	0.90

Die Regressionsgleichung wird in Abschnitt 4.2.3.3 erläutert.
Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

4.3. Risikoselektion – quantitative Analyse

In Abschnitt 4.1 wurde die Risikoselektion aus theoretischer Sicht analysiert und die Ergebnisse von Interviews mit Versicherern präsentiert. Aus beiden Quellen wurde deutlich, dass Risikoselektionen nach wie vor eine Rolle spielen. Im vorangegangenen Abschnitt 4.2 wurde das Konzept des Brutto- und Nettorisikos eingeführt. Dieses kann nun auch für die quantitative Überprüfung der Vorliegens von Risikoselektionen verwendet werden.

4.3.1 Methodisches Vorgehen

Die Grundidee der quantitativen Analyse liegt darin, dass wir die Hypothese überprüfen wollen, ob Risikokollektive von vergleichbarem Risiko (bspw. in der Risikostufe «-20 bis -30 Prozent») nach einigen Jahren noch immer in derselben Risikostufe bzw. gemeinsam in einer anderen Risikostufe sind. Sind sie dies nicht, so haben wir einen Hinweis (nicht einen definitiven Beleg) für eine aktive Risikoselektion durch den Versicherer, wenn gleichzeitig entsprechende Wanderungen bzw. Fusionen stattgefunden haben. Natürlich gibt es auch andere mögliche Gründe: Wenn eine Versicherung ein effizientes Kostenmanagement durchführt, dann kann sie sich auch um eine oder mehrere Risikostufen verbessern. Wir vergleichen zwei ausgewählte Untersuchungsjahre, 1992 und 1996.⁵⁸ 1992 bildet die Risikostrukturen ein Jahr vor der Einführung des Risikoausgleichs ab. Wir verwenden denselben Indikator wie in Abschnitt 4.2, die durchschnittlichen Kosten pro Versicherten (Bruttorisiko). Die Einteilung in die Bruttorisikostufen bleibt ebenfalls die gleiche.

Die Analyse hätte auch mit den Nettorisikostufen durchgeführt werden können. Diese Untersuchung gibt aber Antworten auf andere Fragen. Mit der Analyse des Bruttorisikos beantworten wir die Frage, ob es den Versicherern gelungen ist, ihr Risikokollektiv durch verschiedenen Massnahmen volkswirtschaftlich günstiger zu machen. Volkswirtschaftlich bedeutet, dass geringere Gesundheitskosten entstehen. Bei der Analyse des Nettorisikos würde die Frage beantwortete, ob das Kollektiv für den Versicherer betriebswirtschaftlich günstiger geworden ist. Dies ist beispielsweise dann möglich, wenn er für seine Versicherten mehr staatliche Beiträge bekommt. Die Gesundheitskosten sind davon unberührt.⁵⁹ Auch die Analyse des Nettorisikos kann Risikoselektionen aufdecken, wenn es beispielsweise einer Versicherung gelungen ist, gezielt ältere und überdurchschnittlich gesunde Mitglie-

⁵⁸ Die Begleitgruppe zum Projekt hat beschlossen, diesen Abschnitt nicht mit den Daten von 1997 nachzuführen.

⁵⁹ Die Analyse der Nettorisikostufen kann beispielsweise für einen günstigen Versicherer A eine Konstanz zwischen 1992 und 1996 aufweisen. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass er keine Risikoselektion betreibt, weil sich in der gleichen Zeit unter Umständen die Abgaben an den Risikoausgleich verändert haben. In der Analyse der Bruttorisikostufen würde sich in diesem Fall eine Veränderung zeigen.

der anzuziehen. Aber: Ältere Versicherte wandern nur in sehr reduziertem Ausmass und im Bereich der Zusatzversicherungen sind primär die jüngeren und gesunden Versicherten von Interesse. Risikoselektionen – dies hat Abschnitt 4.1.1 gezeigt – sind stark durch die Situation in den Zusatzversicherungen motiviert.

4.3.2 Ergebnisse der quantitativen Analyse

4.3.2.1 Die Entwicklung in der Schweiz zwischen 1992 und 1996

Abbildung 28 stellt die Entwicklung aller Bruttorisikokollektive zwischen 1992 und 1996 dar. 1992 waren es 177 Versicherer, 1996 142.⁶⁰ Die Verbindungslinien zwischen den Ellipsen zeigen die Richtungen an, in welche sich die Versicherer zwischen den 12 Bruttorisikostufen bewegt haben. Eine Linie nach unten bedeutet eine Verschlechterung, eine nach oben eine Verbesserung und eine waagrechte Verbindung eine Konstanz der Verhältnisse. Die Anzahl der Versicherer wird über die Dicke und Form der Linien ausgedrückt. Je dicker und durchgezogener eine Linie ist, desto grösser ist die Anzahl der Versicherer in dieser Stufenveränderung. In den Ellipsen sind jeweils die Risikostufe sowie die Anzahl Versicherer angegeben. Die 40 Versicherer, für welche wir nur für 1992 über Angaben verfügen, sind in der Grafik links in den rautenförmigen Kästchen vermerkt. Zwei Gründe sind möglich, dass 1996 keine Daten vorhanden sind: Sistierung der Geschäftstätigkeit und Fusionen mit grösseren Versicherungen.⁶¹

Abbildung 28 ist zu allererst einmal ein eindrückliches Dokument für die Dynamik der einzelnen Versicherer. Die meisten Versicherer scheinen nicht in derselben Stufe geblieben zu sein. Weiter fällt auf:

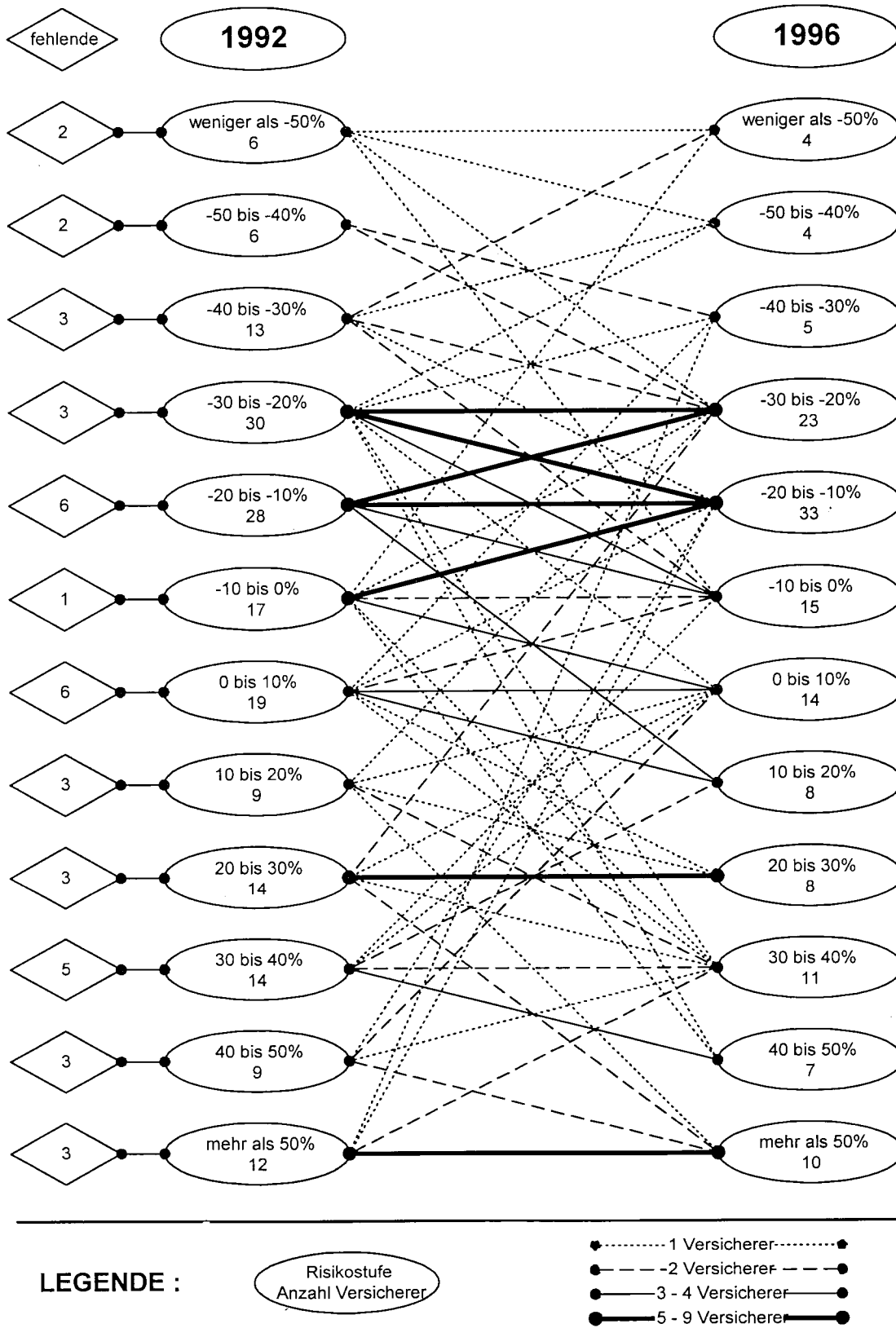
- Sowohl 1992 wie 1996 hatte es Versicherer in allen Bruttorisikostufen.
- Die meisten Versicherer waren sowohl 1992 und 1996 in den drei Stufen «-30 bis -20 Prozent», «-20 bis -10 Prozent» unter dem Durchschnitt und «0 bis 10 Prozent» über dem Durchschnitt. In diesen Bereichen ist eine Häufung der dicken Linien festzustellen: Die quantitativ meisten Übergänge ergaben sich in diesem Bereich. Auffallend ist auch, dass sich die bereits günstigen Versicherer in vielen Fällen noch verbessern konnten.

Abbildung 28 ist nützlich, um die erstaunlich grosse Dynamik zu zeigen. Aufgrund der Vielfalt der Entwicklung ist die Abbildung aber nicht sehr übersichtlich. In **Abbildung 29** sind daher nur die extremsten Entwicklungen jeder Risikostufe abgebildet. Von jeder Bruttorisikostufe im Jahre 1992 aus wird jeweils die maximale (gestrichelte Linie) und die minimale Veränderung (ausgezogene Linie) zu 1996 gezeichnet. «Maximal» trifft jeweils auf diejenige Versicherung einer Bruttorisikostufe zu, die ihre Durchschnittskosten pro Kopf am stärksten senken, also die meisten Risikostufen nach unten rutschen konnte. Analog meint «minimal» jene Versicherung, deren Durchschnittskosten pro Kopf am stärksten gestiegen sind. In der ersten Stufe gilt die Stagnation als Maximum, in der letzten Stufe ist ein Verbleiben in derselben als die minimalste Ausprägung.

⁶⁰ Zwischen 1992 und 1996 nahm die Zahl der Versicherer um 40 ab. Gleichzeitig ergaben sich 5 Neugründungen. Nicht für alle Versicherer stehen aber die relevanten Informationen zur Verfügung.

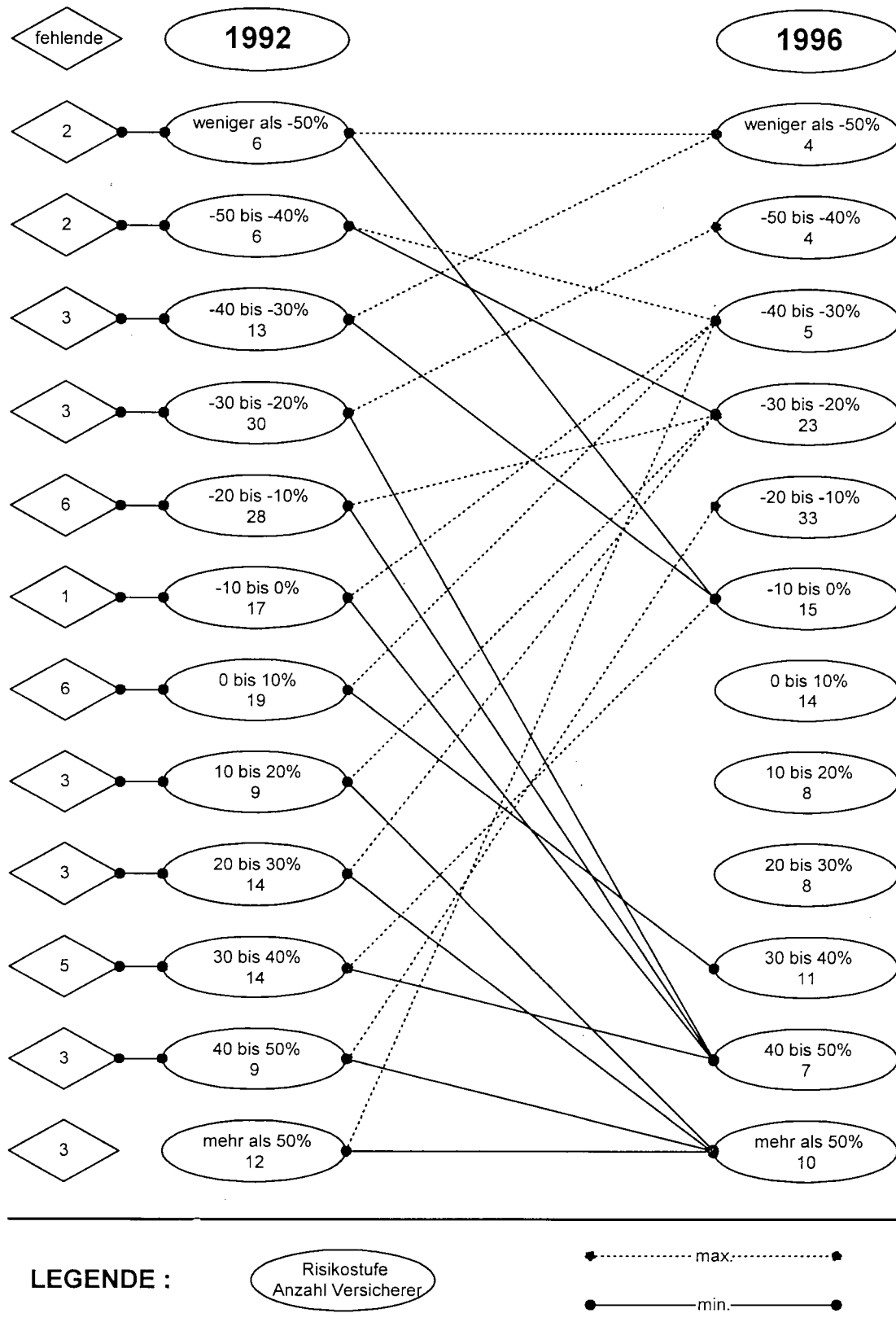
⁶¹ Wie am Ende des Abschnitts 4.2.1 ausgeführt, wurde bei Fusionen nur die Datenreihe des grössten Fusionspartners weitergeschrieben.

Abbildung 28: Alle Ausprägungen der Risikostufenveränderungen für die Schweiz zwischen 1992 und 1996



Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Darstellung

Abbildung 29: Extreme Ausprägungen der Risikostufenveränderungen für die Schweiz zwischen 1992 und 1996



Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Darstellung

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Die Dynamik wird auch in Abbildung 29 deutlich ersichtlich. Betrachten wir dazu als Beispiel die Risikogruppe «-10 bis 0 Prozent». 1992 waren in dieser Gruppe 17 Versicherer. Ein Versicherer fiel zwischen 1992 und 1996 aus den genannten Gründen (Fusionen, Sistierung der Geschäftstätigkeit) ausser Betracht. Derjenige der 16 verbleibenden Versicherer, welcher sich am meisten verbessern konnte, stand 1996 in der Gruppe «-40 bis -30 Prozent» unter dem Durchschnitt, eine Verbesserung um drei Stufen in vier Jahren. Derjenige Versicherer, welcher sich am schlechtesten entwickelte, erreichte 1996 nur die Stufe «40 bis 50 Prozent über dem Durchschnitt». Dies entspricht einem Absinken um 5 Stufen. Hatte dieser Versicherer 1992 noch unterdurchschnittliche Kosten pro Versicherten, so waren sie 1996 stark überdurchschnittlich. Die starken Spreizungen zwischen minimaler und maximaler Veränderung deuten darauf hin, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich Bruttokostenkollektive, die 1992 in derselben Stufe waren, analog entwickelt haben.

Wie erwähnt, dokumentieren Abbildung 28 und Abbildung 29 die grosse Dynamik der Versicherer in der betrachteten Periode. Im folgenden werden diese Veränderungen nun näher quantifiziert. In **Tabelle 37** wird die durchschnittliche Veränderung pro Risikostufe im kantonalen Vergleich illustriert. Wie ist die Tabelle zu lesen? Die Werte geben an, um wie viele Stufen sich die Versicherer in dieser Risikostufe im Durchschnitt verändert haben, unabhängig davon in welche Richtung die Veränderung gegangen ist. Wenn alle Versicherer in derselben Stufe geblieben wären, dann müsste der Wert 0 sein. Es zeigt sich:

- Nur wenige Werte liegen unter 1. Dies bedeutet, dass sich im Durchschnitt über alle Kantone und Bruttoreisikostufen die Versicherer im Durchschnitt um mehr als eine Stufe verändert haben. Es sind also nicht nur einzelne Versicherer, die sich verändern. Die Veränderung ist vielmehr generell.
- Die grössten mittleren Stufenveränderungen kommen in den «überdurchschnittlichen» Bruttoreisikostufen vor. Versicherungen in der Stufe «mehr als 50 Prozent» über dem Durchschnitt verbesserten sich in den Kantonen Obwalden, Genf, Thurgau und Basel-Stadt im Durchschnitt um fünf Stufen und mehr. Hauptgrund dafür ist der Umstand, dass in den Kantonen in diesen Stufen typischerweise sehr kleine Versicherer sind, bei denen sich Veränderungen viel rascher und stärker zeigen.

Tabelle 37: Durchschnittliche Veränderung pro Risikostufe zwischen 1992 und 1996 - gemessen in Bruttoreisikostufen, für die Untersuchungskantone und die Schweiz

Risikostufen	ZH	BE	SG	OW	TI	VD	BS	GE	TG	CH
Weniger als -50%	2,1	4,5	2,9	3,0	2,1	2,9	0,8	1,0	3,6	2,3
-50 bis -40%	2,5	3,0	3,0	4,0	1,6	2,8	5,5	3,3	1,2	1,5
-40 bis -30%	0,7	2,3	2,2	1,5	3,8	2,8	2,1	5,0	4,4	1,9
-30 bis -20%	2,0	2,3	1,3	2,7	3,0	2,0	2,4	3,3	3,8	1,4
-20 bis -10%	1,7	1,8	3,3	2,0	4,0	3,3	2,3	3,0	3,1	1,1
-10 bis 0%	2,0	2,4	6,0	4,7	3,4	3,1		3,3	3,8	1,6
0 bis 10%	2,0	1,0	1,9	4,7	4,0	3,2	3,0	2,3	2,7	1,2
10 bis 20%	2,0	1,8	1,4	0,8	2,8	1,7	4,0	3,3	2,0	2,3
20 bis 30%	2,4	3,3	1,3	3,0	3,6	1,0	2,5	4,0		1,5
30 bis 40%	1,0	4,0	3,3		2,0	2,0	1,0	1,5	9,0	1,6
40 bis 50%	3,8	5,0	4,0	1,0			4,0	3,5		2,8
Mehr als 50%	2,9	4,6	4,9	6,8	2,4	4,4	6,6	5,0	5,7	2,2

Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Tabelle 38: Stufenveränderungen aller Versicherer zwischen 1992 und 1996 - Schweiz

Veränderung der Risikostufen zwischen 1992 und 1996	Zahl der Versicherer		
	Absolut	In Prozent	In Prozent (ohne Ausfälle)
Abnahme um 11 Stufen			
Abnahme um 10 Stufen			
Abnahme um 9 Stufen	1	0,6%	0,7%
Abnahme um 8 Stufen		0,0%	0,0%
Abnahme um 7 Stufen	1	0,6%	0,7%
Abnahme um 6 Stufen	1	0,6%	0,7%
Abnahme um 5 Stufen	2	1,1%	1,5%
Abnahme um 4 Stufen	5	2,8%	3,6%
Abnahme um 3 Stufen	1	0,6%	0,7%
Abnahme um 2 Stufen	11	6,2%	8,0%
Abnahme um 1 Stufen	19	10,7%	13,9%
Konstant	36	20,3%	26,3%
Zunahme um 1 Stufe	31	17,5%	22,6%
Zunahme um 2 Stufen	12	6,8%	8,8%
Zunahme um 3 Stufen	10	5,6%	7,3%
Zunahme um 4 Stufen	2	1,1%	1,5%
Zunahme um 5 Stufen	2	1,1%	1,5%
Zunahme um 6 Stufen	2	1,1%	1,5%
Zunahme um 7 Stufen	1	0,6%	0,7%
Zunahme um 8 Stufen			
Zunahme um 9 Stufen			
Zunahme um 10 Stufen			
Zunahme um 11 Stufen			
Ausfälle	40	22,6%	
Total	177	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

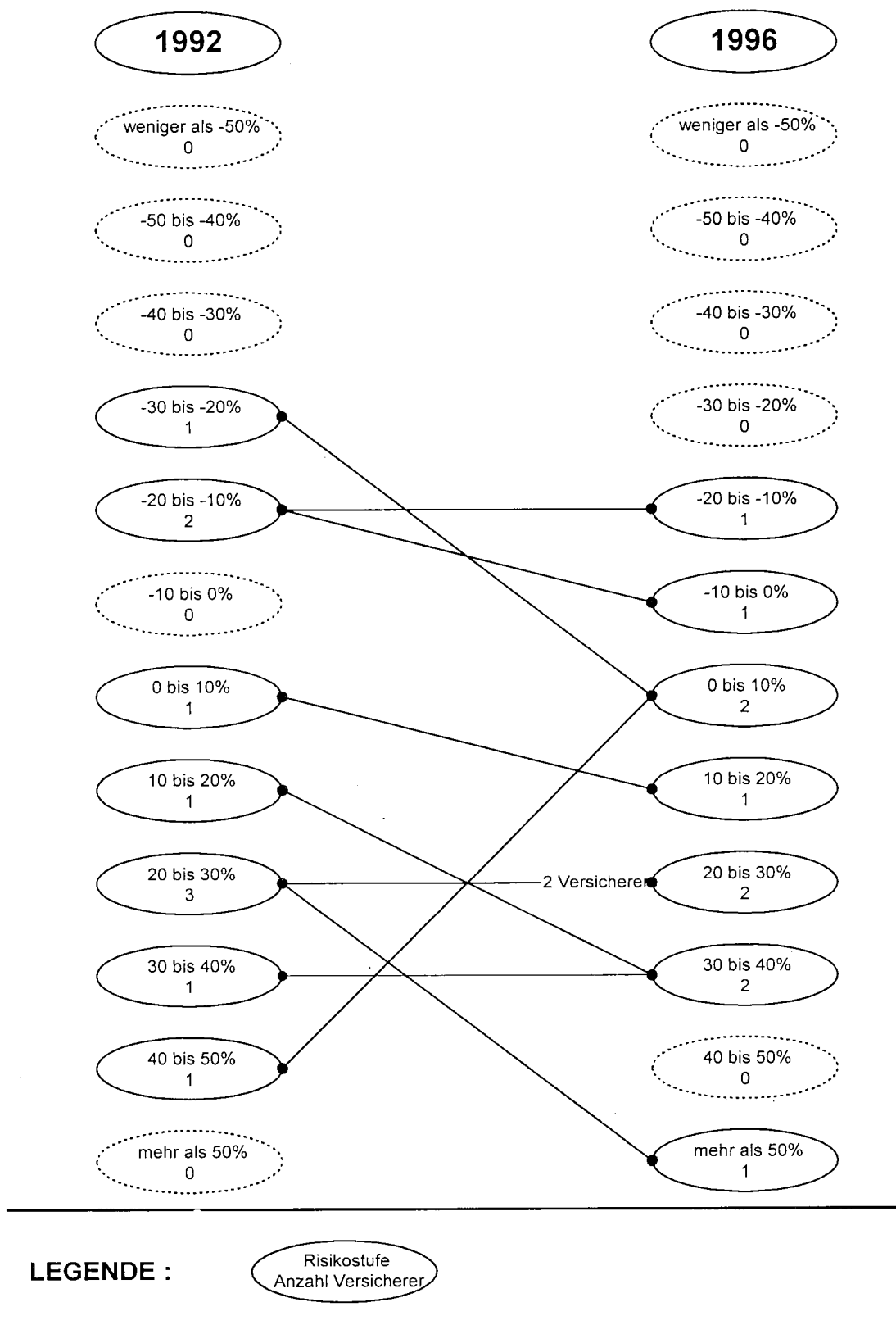
Tabelle 38 zeigt auf schweizerischer Ebene die Versicherer nach Anzahl Stufen der Veränderung und Richtung der Veränderung. Maximal wäre eine Verbesserung bzw. Verschlechterung um 11 Stufen denkbar gewesen. Diese extremen Veränderungen kamen nicht vor. Genau konstant blieben 26,3 Prozent der Versicherer. Weiter fällt auf:

- Ein grosser Teil der Versicherer konnte sich in eine tiefere Risikostufe verbessern, namentlich 41 Versicherer (30 Prozent). Die maximal realisierte Verbesserung liegt bei neun Risikostufen. 30 Versicherer (22 Prozent) verbessern sich um eine bis zwei Stufen.
- 44 Prozent der beobachteten Versicherer verschlechterten sich. Von diesen 60 Versicherern verschlechterte sich einer um sieben Stufen. Die Mehrheit der «Verlierer» (43 Versicherer) verschlechtert sich nur leicht um eine oder zwei Stufen.

In **Abbildung 30** untersuchen wir die Entwicklung der 10 grössten Versicherer zwischen 1992 und 1996. Erstaunlich die Ergebnisse auch hier: Vier Versicherer verblieben in der Risikostufe, die sie schon 1992 hatten; sechs Versicherer veränderten sich aber. In einem Fall ergab sich einer Verbesserung um vier Stufen, in einem anderen eine Verschlechterung um drei Stufen. Bei grossen Versicherungen können (in der genannten Periode) neben systematischen Gründen (bspw. durch Management der Krankheiten, neue Versicherungsformen etc.) auch Fusionen einflussreich gewesen sein.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Abbildung 30: Risikostufenveränderungen der 10 grössten Versicherer für die Schweiz zwischen 1992 und 1996



Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Darstellung

Weiter ist auffallend, wie unterschiedlich die Kostenstrukturen in den zehn grössten Versicherungen sind. Es ist keineswegs so, dass die Bruttokosten pro Kopf bei grossen Versicherungen «automatisch» auch dem Gesamtdurchschnitt entsprechen. Zwei Versicherern ist es explizit sogar gelungen, 1992 bereits billig zu sein und dies auch bis 1996 zu bleiben.

4.3.2.2 Die Entwicklung in den Untersuchungskantonen zwischen 1992 und 1996

Tabelle 39 zeigt die mittlere, die beste und die schlechteste Bruttoisikostufenveränderung zwischen 1992 und 1996 für die neun Untersuchungskantone. Bereits im vorangegangenen Abschnitt haben wir gesehen, dass auf schweizerischer Ebene die beste Veränderung -9 Stufen, die schlechteste $+7$ Stufen betrug. Im Mittel betrug die Veränderung $+0,2$ Stufen. Bei dieser Berechnung wurden positive und negative Veränderungen berücksichtigt. Der Wert nahe bei Null bedeutet also nicht, dass keine Veränderung vorgekommen ist. Vielmehr ist er so zu interpretieren, dass sich alle positiven und negativen Veränderungen nahezu aufheben.

Tabelle 39 weist nun doch auf gewichtige kantonale Unterschiede hin:

- Die grösste realisierbare Verbesserung von 11 Stufen wurde in acht der neun Untersuchungskantone erreicht. Im Tessin gab es eine Stufenveränderung von 8.
- Die grösste realisierbare Verschlechterung von 11 Stufen hat in den Kantonen Bern, St. Gallen, Obwalden, Tessin und Thurgau stattgefunden.

Tabelle 39: Mittlere, minimale und maximale Stufenveränderungen über alle Versicherer für die Kantone und die Schweiz zwischen 1992 und 1996 (Bruttoisikostufen)

	Durchschnittliche Veränderung 92/96	Grösste Verbesserung (*)	Grösste Verschlechterung (**)
Zürich	-0.9 Stufen	-11 Stufen	+7 Stufen
Bern	-0.4 Stufen	-11 Stufen	+11 Stufen
St. Gallen	-0.3 Stufen	-11 Stufen	+11 Stufen
Obwalden	+1.3 Stufen	-11 Stufen	+11 Stufen
Tessin	+1 Stufe	-8 Stufen	+11 Stufen
Waadt	+1 Stufe	-11 Stufen	+10 Stufen
Basel-Stadt	+0.4 Stufen	-11 Stufen	+10 Stufen
Genf	-0.6 Stufen	-11 Stufen	+10 Stufen
Thurgau	+2.4 Stufen	-11 Stufen	+11 Stufen
Schweiz	0,19 Stufen	-9 Stufen	+7 Stufen

(*) grösste Verbesserung, d.h. 1992 hohe und 1996 tiefe Durchschnittskosten pro Versicherten

(**) grösste Verschlechterung, d.h. 1992 tiefe und 1996 hohe Durchschnittskosten pro Versicherten

Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Die kantonalen «Niederlassungen» der 10 grössten Versicherer in der Schweiz sind in **Tabelle 40** aufgelistet. Es wird die Stufenveränderung pro Kanton sowie auf gesamtschweizerischer Ebene verglichen. Die Versicherer sind nach der Stufenveränderung auf der Ebene Schweiz geordnet. Insgesamt dokumentiert Tabelle 40, dass sich für die zehn grössten Versicherer kantonal sehr unterschiedliche Situationen ergeben. Insbesondere diejenigen Versicherer, die gesamtschweizerisch konstant blieben, haben sich in einigen Kantonen verschlechtert, in anderen aber verbessert.

4. Risikoselektion, Risikoausgleich und Risikostrukturen

Tabelle 40: Ausmass der Stufenveränderungen der 10 grössten Versicherer in der Schweiz pro Kanton und auf schweizerischer Ebene zwischen 1992 und 1996

	ZH	BE	SG	OW	TI	VD	BS	GE	TG	CH
Versicherer 1	-6	-6	-6	1	-1	-2	-2	-3	-1	-4
Versicherer 2	-2	0	-2	5	3	4	3	-1	4	0
Versicherer 3	-1	-1	0	4	3	0	1	-1	4	0
Versicherer 4	-1	2	1	6	3	5	2	3	4	0
Versicherer 5	-1	-1	-1	1	3	2	2	-1	1	0
Versicherer 6	-1	-1	0	3	3	3	2	0	3	1
Versicherer 7	1	0	0	4	2	2	1	0	3	1
Versicherer 8	0	1	1	4	2	2	4	0	3	2
Versicherer 9	0	2	1	6	4	5	3	3	5	3
Versicherer 10	3	1	3	0	4	3	6	5	4	3
Mittelwert	-0,8	-0,3	-0,3	3,4	2,6	2,4	2,2	0,5	3,0	0,6
Gr. Verbesserung (*)	-6	-6	-6	0	-1	-2	-2	-3	-1	-4
Gr. Verschlechterung (**)	3	2	3	6	4	5	6	5	5	3

Die Versicherer sind nach ihrer Veränderung zwischen 1992 und 1996 auf schweizerischer Ebene geordnet
 (*) grösste Verbesserung, d.h. 1992 hohe und 1996 tiefe Durchschnittskosten pro Versicherten
 (**) grösste Verschlechterung, d.h. 1992 tiefe und 1996 hohe Durchschnittskosten pro Versicherten

Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Tabelle 41: Risikostufeneinteilung der 10 grössten Versicherer pro Kanton und auf schweizerischer Ebene –1996

	ZH	BE	SG	OW	TI	VD	BS	GE	TG	CH
Versicherer 1	4	3	3	6	7	8	5	6	3	5
Versicherer 2	5	3	4	8	6	7	5	6	4	6
Versicherer 3	5	5	4	9	7	7	7	8	4	7
Versicherer 4	7	5	6	8	10	7	9	8	5	7
Versicherer 5	8	7	8	12	12	11	9	10	8	8
Versicherer 6	8	8	7	12	12	11	10	9	8	9
Versicherer 7	8	7	8	8	6	10	6	11	10	9
Versicherer 8	10	8	9	11	11	8	10	11	10	10
Versicherer 9	8	9	9	10	10	12	11	12	8	10
Versicherer 10	10	9	9	12	12	12	12	12	9	12
Mittelwert	7,3	6,4	6,7	9,6	9,3	9,3	8,4	9,3	6,9	8,3

Die Numerierung der Versicherer in Tabelle 40 und Tabelle 41 ist nicht identisch.
 Die Versicherer sind nach der Einstufung auf schweizerischer Ebene geordnet;
 Stufen 1 bis 6: unterdurchschnittliche Kosten pro Versicherten
 Stufen 7 bis 12: überdurchschnittliche Kosten pro Versicherten
 Quelle: Daten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Tabelle 41 zeigt die Risikostufeneinteilung der 10 grössten Versicherer 1996. Dies belegt die vorangegangene Feststellung, dass die grossen Versicherer in kantonale recht unterschiedlichen Situationen sind. Nehmen wir als Beispiel Versicherer 4 (die Numerierung der Versicherer in Tabelle 40 und Tabelle 41 ist nicht identisch): Gesamtschweizerisch befindet er sich in Risikostufe 7 «0 Prozent bis 10 Prozent» über dem Durchschnitt. In den Kantonen Thurgau, St. Gallen und Bern steht er demgegenüber in Gruppen unter dem Durchschnitt. Es drängt sich daher die Folgerung auf, dass die Versicherungen als Aggregat von kantonalen Teilmärkten, die sehr unterschiedlich sein können, zu verstehen sind.

4.3.2.3 Folgerungen aus der quantitativen Analyse

Die quantitative Analyse hat gezeigt, dass sich zwischen 1992 und 1996 starke Bewegungen einzelner Risikokollektive zwischen den verschiedenen Bruttorisikostufen beobachten lassen. Die Durchschnittskosten pro Versicherten können sich aus verschiedenen Gründen relativ zu den anderen verändern. Insbesondere zu erwähnen sind die Neueintritte von guten Risiken (durch Zuwanderung oder durch Fusionen) und die Kostendämpfungsmaßnahmen. Beide Ursachenkategorien können eine Rolle spielen. In Kapitel 6 werden wir sehen, dass den Wanderungen auch eine Bedeutung zugekommen ist, obschon vor 1996 die Freizügigkeit stark eingeschränkt war. Gewichtiger, dies haben auch die Analysen in Abschnitt 4.2 gezeigt, dürften die Fusionen gewesen sein. Inwieweit die Fusionen gezielt auf Risikoselektionsüberlegungen beruhen, konnte nicht überprüft werden. Wenn Wanderungen und Fusionen gemeinsam für die Veränderung der Bruttorisikostrukturen nicht unwesentlich sind, dann lassen die Ergebnisse in diesem Abschnitt – vorausgesetzt, dass der Vergleich zwischen 1992 und 1996 einen Trend darstellt – den Schluss zu, dass sie unter anderem auch durch gezielte Risikoselektionen zustande gekommen sein dürften.

4.4. Zusammenfassung und Fazit

Risikoselektion – theoretische Analyse

Der Risikoausgleich berücksichtigt die Faktoren Alter und Geschlecht und beseitigt somit weitgehend die durch diese Faktoren bedingten Risikoselektionsanreize in der Grundversicherung. Neben dem Alter und dem Geschlecht bestehen aber noch weitere Indikatoren, die die individuellen Gesundheitskosten systematisch erklären und somit zur Risikoselektion beigezogen werden können. Die daraus resultierenden Selektionsvorteile werden über die geltende Ausgestaltung des Risikoausgleichs nicht abgeschöpft. Derartige Informationen sind vor allem mit dem Gesundheitsfragebogen in der Zusatzversicherung erhältlich. Es ist zu erwarten, dass diese Informationen von den Versicherern gezielt zur Risikoselektion verwendet werden. Da viele Versicherte Grund- und Zusatzversicherung als Paket betrachten, erwarten wir, dass sich das Selektionsverhalten der Versicherer im Zusatzversicherungsbereich in den Grundversicherungsbereich auswirkt. Obschon der Risikoausgleich die älteren, gesunden Versicherten als neue interessante Selektionsgruppe einführt, dürfte sich diesbezüglich kaum etwas ändern. Hauptgrund dafür ist der Umstand, dass ältere Versicherte bei einer neuen Versicherung im Vergleich zu derjenigen, in der sie schon einige Jahre sind, tendenziell höhere Prämien in der Zusatzversicherungen zu bezahlen haben und Versicherungsvorbehalte in Kauf nehmen müssen. Somit sind sie auch kaum wanderungswillig.

Risikoselektion – qualitative Analyse

Interviews mit sechs Versicherern ergaben, dass Risikoselektionen nach wie vor bewusst eingesetzt werden. Die Selektionen werden schwergewichtig mit Blick auf den Zusatzversicherungsbereich vorgenommen. Die Einführung des Risikoausgleichs brachte im Grundversicherungsbereich insofern eine qualitative Veränderung, als dass die älteren Personen nicht mehr generell als schlechte und die jungen nicht mehr generell als gute Risiken bezeichnet werden. Allerdings kommt dieser Veränderung für das konkrete Verhalten am Markt kaum eine Bedeutung zu, weil im Zusatzversicherungsbereich nach wie vor primär die jungen und gesunden Personen gesucht werden. Zusätzlich verwendete Selektionskriterien sind das Einkommen, der Bildungsstand und der Urbanitätsgrad. Insbesondere von den Risikoausgleichsbeiträge empfangenden Kassen wird darauf hingewiesen, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern über Produkte und Prämien wünschenswert, die aktive Risikoselektion im Sinne insbesondere des Abwimmeln schlechter Risiken aber zu verurteilen sei. Diese Haltung wird von den Risikoausgleichsabgaben zahlenden Versicherern nicht geteilt. So wie sie der Risikoselektion sowohl im Grund- wie auch im Zusatzversicherungsbereich positiv gegenüber stehen, so kritisch verhalten sie sich grundsätzlich vis-à-vis des Risikoausgleichs. Sie erachten ihn als unzulässigen Eingriff in die freie Marktwirtschaft.

Annäherung der Risikostrukturen

Nach dem Bruttoisikokzept (vor Berücksichtigung des Risikoausgleichs) nimmt seit 1990 in der Schweiz der Anteil derjenigen Versicherten, welche bei einer Kasse mit durchschnittlichen Kosten pro Versicherten grundversichert sind (die «Durchschnittlichen»), ab. Eine Annäherung der Bruttoisikostrukturen hätte bedeutet, dass der Anteil der «Durchschnittlichen» über die Zeit hätte wachsen müssen. Diese Entwicklung ist bisher nicht eingetreten. 1997 waren zudem substantielle Anteile der Versicherten bei Kassen mit einem sehr günstigen Bruttoisikokollektiv (18,4 Prozent) bzw. bei einem sehr ungünstigen (19,2 Prozent) versichert. Die Unterschiede zwischen den Bruttoisikokollektiven ist daher nach wie vor gross. Die Notwendigkeit des Risikoausgleichs hat daher zu- und nicht abgenommen.

Betrachtet man die Versicherer ungewichtet (jedem Versicherer kommt somit das gleiche Gewicht zu), so haben sich die Bruttoisikostrukturen zeitgleich zur Einführung des Risikoausgleichs angeglichen. Dies dürfte primär auf die Auswirkungen der in dieser Periode durchgeführten Fusionen bzw. zu einem geringeren Teil auf Wanderungen der Versicherten zurückzuführen sein.

Nach den Nettoisikokzept (nach Berücksichtigung des Risikoausgleichs) beobachten wir die erwartete, durch den Risikoausgleich ausgelöste Annäherung der Risikostrukturen. Betrachtet man nur die Versicherer, so fällt sie etwas weniger deutlich aus als bei der Gewichtung der Versicherer mit ihren Bestandeszahlen: 86,9 Prozent der Versicherten sind bei Versicherern unter Vertrag, welche Nettokosten pro Kopf aufweisen, die sich +/- 20 Prozent um den Mittelwert über alle Versicherten gruppieren. Nur 5,7 Prozent der Versicherten profitieren in Versicherungen mit unterdurchschnittlich Nettokosten pro Kopf von besonders günstigen Verhältnissen und nur 7,4 Prozent «leiden» unter besonders unvorteilhaften Bedingungen. Die gesamtschweizerischen Entwicklungen zeigen sich hier – im Gegensatz zu den Bruttoisikostrukturen – ziemlich unverfälscht auch in den Untersuchungskantonen.

Risikoselektion – quantitative Analyse

Die quantitative Analyse der Veränderung der einzelnen Versicherer zwischen 1992, dem Jahr vor der Einführung des Risikoausgleichs, und 1996 ergab erstaunliche Ergebnisse. Es ist eine grössere Dynamik der einzelnen Versicherer zu beobachten als dies aufgrund der Resultate der Analyse der Risikostrukturen zu erwarten gewesen war. Besonders erstaunlich ist die relativ grosse Dynamik bei den 10 grössten Versicherern: Vier Versicherer blieben konstant in ihrer Risikostufe, sechs Versicherer veränderten sich aber um mindestens eine Stufe (bis sogar vier Stufen!).

Die quantitative Analyse hat gezeigt, dass sich zwischen 1992 und 1996 starke Bewegungen einzelner Risikokollektive zwischen den verschiedenen Bruttoisikostufen beobachten lassen. Die Durchschnittskosten pro Versicherten können sich aus verschiedenen Gründen relativ zu den anderen verändern. Insbesondere zu erwähnen sind die Neueintritte von guten Risiken (durch Zuwanderung oder durch Fusionen) und die Kostendämpfungs-massnahmen. Beide Ursachenkategorien können eine Rolle spielen. In Kapitel 6 werden wir sehen, dass den Wanderungen auch eine Bedeutung zugekommen ist, obschon vor 1996 die Freizügigkeit stark eingeschränkt war. Gewichtiger, dies haben auch die Analysen in Abschnitt 4.2 gezeigt, dürften die Fusionen gewesen sein. In wie weit die Fusionen gezielt auf Risikoselektionsüberlegungen beruhen, konnte nicht überprüft werden. Wenn Wanderungen und Fusionen gemeinsam für die Veränderung der Bruttoisikostrukturen nicht unwesentlich sind, dann lassen die Ergebnisse in diesem Abschnitt – vorausgesetzt, dass der Vergleich zwischen 1992 und 1996 einen Trend darstellt - den Schluss zu, dass sie unter anderem auch durch gezielte Risikoselektionen zustande gekommen sein dürften.

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Äusserlich sichtbares und damit wichtigstes Element für die Einführung des Risikoausgleichs war die Entwicklung der Prämien Anfang der 90er Jahre. Billiganbieter, so schien es, konnten aufgrund ihrer guten Risikostruktur fast beliebig tiefe Prämien anbieten. Wenn nun also die Auswirkungen des Risikoausgleichs beurteilt werden, so sind diese auf die Prämien zentral. Konnte der sich Anfang der 90er Jahre zeigenden Entwicklung Einhalt geboten werden?

Die Analyse der Auswirkungen des Risikoausgleichs ist aus zwei Gründen nicht einfach: Zum einen präsentiert sich die Datenlage schwierig (vgl. Abschnitt 5.2.). Jede der verfügbaren Quellen weist gewichtige Einschränkungen und Nachteile auf. Zum andern trat zeitgleich mit dem Risikoausgleich auch der dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung in Kraft. Dieser Bundesbeschluss führte, ökonomisch betrachtet, mehr oder weniger einen Prämienstopp ein. Die Effekte beider Massnahmen auseinander zu halten, ist fast unmöglich. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, bei der Interpretation Plausibilitätsüberlegungen beizuziehen.

In Abschnitt 5.1 werden die expliziten Fragestellungen und das methodische Vorgehen dargelegt. Abschnitt 5.2 widmet sich, wie erwähnt, den Datengrundlagen. Der dritte Abschnitt 5.3 dient illustrativen Zwecken. Anhand der Prämien von 1997 werden die kantonal unterschiedlichen Prämiensituationen dargestellt. Abschnitt 5.4 geht anschliessend auf die Entwicklung der Prämien seit 1985 ein. Der Abschnitt 5.5 bildet dann den eigentlichen analytischen Kern des Kapitels. Es wird systematisch analysiert, welche Auswirkungen der Risikoausgleich auf die Prämienentwicklung gehabt hat. Der letzte Abschnitt 5.6 fasst das Kapitel kurz zusammen.

5.1. Fragestellungen und methodisches Vorgehen

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Risikostrukturen untersucht. Die Beeinflussung der Risikostrukturen ist dabei allerdings nur Mittel zum Zweck: Über deren Veränderung sollen sich die Prämien angleichen. Die vom Bundesamt für Sozialversicherung im Bereich der Prämien vorgegebene Fragestellung lautet demnach auch: «Haben sich die Prämiendifferenzen, welche auf die unterschiedlichen Risikostrukturen zurückzuführen sind, aufgrund des Risikoausgleichs nivelliert? In welchem Ausmass ist dies allenfalls erfolgt?»

Die gestellten Fragen beinhalten Aspekte, die zuerst geklärt werden müssten: Welche Faktoren erklären Prämienunterschiede? Verschiedene Faktoren sind zu berücksichtigen: Die Geschäftspolitik der Versicherungen, der Stand der Reserven, die administrative Effizienz etc. Auch darf nicht vergessen werden, dass die Versicherungen in der Prämiengestaltung nicht vollständig frei sind. Zum einen unterliegen die Prämien der Genehmigung durch das BSV. Zum andern wurde in der Periode 1993 bis 1995 durch den dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung mehr oder weniger ein Prämienstopp eingeführt.⁶² Wenn daher die Risikostrukturen nicht die einzigen, prämiensbestimmenden Faktoren sind, so müssten erstens die anderen Faktoren determiniert und zweitens das Gewicht der Risikostrukturen bestimmt werden. Diese Arbeiten können im Rahmen des vorliegenden Projektes nicht vorgenommen werden. Für die Analyse der

⁶² Die Kassen durften die Prämien nur bis zu einem Höchstbetrag erhöhen. Dieser errechnete sich – für jeden Kanton – aus der durchschnittlichen Prämie des Vorjahres und einem um vier Fünftel erhöhten Zuschlag im Ausmass des Anstiegs des Landesindex der Konsumentenpreise (Artikel 5 und 6 des dBB «Befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung»). Erhöhungen über den Höchstbetrag hinaus waren auf Gesuch hin möglich, wenn die Reserven ansonsten unter das gesetzliche Minimum gefallen wären und wenn die Beiträge in Versicherungszweigen, die vom dBB nicht erfasst wurden, genügend hoch waren, um in jenen Versicherungszweigen die Kosten zu decken und die nötigen Reserven zu bilden.

De facto führte der Bundesbeschluss dazu, dass nur noch diejenigen Versicherungen, welche bei der Einführung des dBB unterdurchschnittliche Prämien aufwiesen, diese in der Folge erhöhen konnten.

eingangs gestellten Frage muss daher von einem relativ engen Zusammenhang zwischen Risikostrukturen und Prämiendifferenzen ausgegangen werden.

Methodisch soll anstelle der nicht durchführbaren multivariaten Regressionsanalyse eine bivariate Korrelationsanalyse vorgenommen werden. Die beiden Variablen sind pro Versicherer: (a) Die prozentuale Abweichung von der durchschnittlichen Risikostruktur und (b) die prozentuale Abweichung von der durchschnittlichen Prämie.

Die Korrelationsanalyse zeigt auf, ob ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht, in welche Richtung dieser Zusammenhang geht (positiv oder negativ) und wie stark der Zusammenhang ist. Spezifische Tests – je nach Verteilung der Zeitreihen wird ein Pearsons- oder ein Spearman-Korrelationskoeffizient berechnet⁶³ – erlauben eine Beurteilung, ob die Korrelation signifikant von Null verschieden ist. Dies ist eine statistische Voraussetzung dafür, um überhaupt von einem Zusammenhang, welcher Stärke auch immer, zu sprechen.

Wir erwarten folgenden Zusammenhang: Je mehr die Brutto- bzw. Nettorisikostruktur eines Kollektivs nach oben vom Durchschnitt abweicht (desto teuer es also ist), desto mehr sollte die Prämie über dem Durchschnitt liegen (und vice versa). Die Korrelationsanalyse wird für verschiedene Perioden und die Untersuchungskantone vorgenommen. Aus dem vorangegangenen Kapitel kennen wir die Entwicklung der Risikostrukturen. Die Zusammenführung dieser Ergebnisse mit den Korrelationsanalysen wird eine Einschätzung der gestellten Fragen ermöglichen.

5.2. Datengrundlagen

Um die geplanten Analysen durchzuführen, brauchen wir Angaben über die bezahlten Prämien für die Grundversicherung. So einfach diese Bedingung zu formulieren ist, so schwierig ist sie in die Tat umzusetzen. Keine der verfügbaren Datenquellen erfüllt alle Voraussetzungen. Es ist daher methodisch notwendig, gleichzeitig verschiedene Datensätze zu verwenden und sie gegeneinander zu prüfen. Folgende Datenquellen stehen zur Diskussion:

BSV-Statistikdaten: Die Krankenversicherer liefern dem Bundesamt für Sozialversicherung jedes Jahr umfangreiche statistische Daten über die Versicherten und das Betriebsergebnis. Aus diesen Daten kennen wir einerseits die Summe der durch alle Versicherten einer Kasse effektiv bezahlten Prämien, andererseits die Zusammensetzung der Versicherten nach Alter und Geschlecht bzw. Kanton und Geschlecht. Die Kombination der beiden Zahlenreihen ermöglicht uns, für jeden Versicherer und jedes Jahr eine durchschnittliche gesamtschweizerische Prämie zu errechnen.⁶⁴ Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine solche Durchschnittsprämie sehr unterschiedliche kantonale Verhältnisse beinhaltet. Wenn ein Versicherer beispielsweise nur in einem teuren Kanton tätig ist und in diesem Kanton eine durchschnittliche Prämie verlangt, dann ist es wahrscheinlich, dass er gesamtschweizerisch eine überdurchschnittliche Prämie aufweist. Die Angaben sind daher eher für die Beurteilung von Trendentwicklungen auf schweizerischem Niveau geeignet als für detaillierte Betrachtungen der Veränderungen von Jahr zu Jahr.

BSV-Prämienkarten: Das Bundesamt für Sozialversicherung verfügt für viele Versicherungen für die Zeit zwischen 1985 und 1995 über sogenannte Prämienkarten (vgl. für ein Beispiel **Anhang D**). Eine Prämienkarte zeigt für den Versicherer X die in den verschiedenen Kantonen gültigen Prämientarife. Ersichtlich ist (meistens) sowohl die Abstufung nach Regionen wie auch nach Geschlecht. Ebenfalls wird (meistens) deutlich, ob der Tarif eine

⁶³ Mit einem Kolmogorov-Smirnov-Test wurden die Zeitreihen darauf hin überprüft, ob sie der Normalverteilung genügen oder nicht.

⁶⁴ Dazu wurde für jeden Versicherer und jedes Jahr die Summe der Bruttoprämien durch die Anzahl der Versicherten dividiert. Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre gingen mit dem Gewicht 0,5 ein. Zwischen Frauen und Männern wurde kein Unterschied gemacht. Berücksichtigt wurde das Total der Prämieinnahmen in der Grundversicherung inkl. obligatorisches Spitaltaggeld.

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Unfalldeckung und/oder das obligatorische Spitaltaggeld enthält. Weiter sind (meistens) die Abstufungen der Prämien nach Eintrittsalter angegeben. Den Prämienkarten weisen mehrere, auch grundsätzliche Probleme auf:

- In der Zeit zwischen 1985 und 1995 wurden von den Versicherern zwischen den verschiedenen Kantonen oft Quersubventionierungen vorgenommen. Das Bundesamt für Sozialversicherung interpretiert Artikel 61 KVG seit 1996 dahingehend, dass die Quersubventionierungen nicht mehr erlaubt sind (vgl. Schmid 1997, 9). Für die Daten vor 1996 muss daher davon ausgegangen werden, dass die Beziehung zwischen Kosten und Prämien in den Kantonen weniger eng sein kann als erwartet.
- Neben den Quersubventionierung zwischen den Kantonen gab es oft auch eine solche zwischen Grund- und Zusatzversicherungen. Sie verursacht analoge Probleme wie die bereits erwähnten.
- Vor der Einführung des KVG war das Grundleistungspaket nicht einheitlich definiert. Dieselbe Prämie konnte somit unterschiedliche Leistungen abdecken. Der dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung schränkte ab 1993 diesen Spielraum ein (Artikel 7), so dass die Grundleistungspakete nach 1993 vergleichbarer sind.⁶⁵
- Die Prämienkarten sind in verschiedener Hinsicht nicht vollständig. Für die Zeit 1985 bis 1989 standen uns nur die Angaben der 16 grössten Versicherer zur Verfügung.⁶⁶ Ab 1990 hatten wir die Angaben für alle Versicherer, für die Prämienkarten überhaupt bestehen (N=65). Es handelt sich fast ausschliesslich um Versicherer, die 1995 noch existierten. Die Angaben sind, wie bereits angedeutet, inhaltlich nicht vollständig. Zudem ist nicht jede Prämienkarte eindeutig hinsichtlich ihrer Angaben.
- Die Daten sind nicht einheitlich. Bestimmte Tarife beinhalten beispielsweise die Unfallversicherung, andere nicht.⁶⁷
- Die Angaben auf den Prämienkarten lassen bis 1995 keine Schlüsse auf die effektiv bezahlten Prämie pro Versicherung zu. Dies deshalb, weil die Daten auf den Prämienkarten den Tarifen entsprechen, die eine Person zu übernehmen hat, wenn sie in einem bestimmten Alter neu in die Versicherung eintritt. Die effektiv bezahlte durchschnittliche Prämie in einer Versicherung weicht daher in allen Alterskategorien ausser der Eintrittsgeneration vom Tarif nach unten ab, weil Versicherte, welche bereits länger in der Versicherung sind, nur den Tarif der Eintrittsgeneration bezahlen (100 Prozent). Trotz dieses Problems sollten aus der geplanten Korrelationsanalyse Schlüsse gezogen werden können: Dies unter der Annahme, dass sich die Veränderung der Risikostrukturen auch in der Bruttoprämie für die Eintrittsgeneration spiegelt.

BSV-Prämienwegweiser: Seit 1996 erstellt das Bundesamt für Sozialversicherung einen Prämienwegweiser, welcher für alle Kantone und (nahezu alle) Versicherer die Angaben über die Grundversicherungsprämien (inkl. Unfall) nach Regionen enthält. Seit 1997 sind auch die Angaben für Kinder und Erwachsene in Ausbildung integriert.

Daten aus der Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung: Zwischen 1990 und 1994 wurden vom Bundesamt für Sozialversicherung mehrere Projekt durchgeführt, welche die neuen Formen der Krankenversicherung (HMO, Bonus, Franchise) evaluierten (vgl. BSV 1998a und 1998b). In diesem Zusammenhang wurden die Daten von 25 Versicherern detailliert analysiert. Die Daten enthalten auch Prämienangaben, welche allerdings folgende Probleme aufweisen: (a) Es sind nur die Prämien von 25 Versicherern vorhanden. Der Abdeckungsgrad für alle Versicherten schwankt je nach Untersuchungskanton zwischen 50 und 90 Prozent. (b) Es handelt sich um

⁶⁵ Dass die Definition der Grundleistungspakete nicht unerheblich ist, zeigt das Beispiel eines grossen Versicherers in einem grossen Kanton. Zwischen 1992 und 1993 schränkte dieser Versicherer die Leistungen in der Grundversicherung aufgrund der Einführung des dBB stark ein. Dadurch sank nicht nur die Prämie des Versicherers, sondern auch die Durchschnittsprämie in diesem Kanton.

⁶⁶ Insgesamt waren es 22 Versicherer, weil auch die späteren (und zum Teil kleinen) Fusionspartner verfügbar waren.

⁶⁷ In Rücksprache mit dem BSV wurden die Bereinigungen wie folgt vorgenommen: Wenn ein Tarif keine Unfalldeckung enthielt, so wurde ein Aufschlag von 7,5 Prozent vorgenommen. Wenn der Tarif das obligatorische Spitaltaggeld nicht enthielt, so wurden zur Grundversicherungsprämie 12 Franken dazugeschlagen.

eine spezifische Selektion von Versicherern. Auswahlkriterium war das Angebot einer neuen Form der Krankenversicherung. (c) Da die Daten von 1990 aufgrund der mangelhaften Qualität nicht verwendbar sind, beschränken sich die Angaben auf die Jahre 1991 bis 1994.

Tabelle 42: Abdeckungsgrad (*) der Versicherer und Versicherte aufgrund der BSV-Prämienkarten

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Versicherer											
Zürich	7%	8%	9%	9%	10%	29%	100%	100%	100%	100%	100%
Bern	8%	9%	10%	11%	12%	32%	38%	42%	46%	48%	56%
St. Gallen	8%	8%	10%	10%	11%	28%	30%	37%	43%	45%	54%
Obwalden	15%	18%	21%	19%	20%	40%	52%	51%	61%	66%	69%
Tessin	4%	3%	4%	7%	9%	25%	30%	36%	45%	46%	56%
Waadt	10%	11%	11%	13%	14%	35%	39%	38%	50%	52%	58%
Basel-Stadt	13%	14%	16%	15%	16%	33%	34%	43%	49%	51%	56%
Genf	11%	12%	15%	15%	18%	44%	51%	53%	60%	61%	65%
Thurgau	7%	10%	11%	10%	10%	18%	28%	38%	46%	48%	58%
9 Kantone gesamt	9%	10%	12%	12%	13%	31%	45%	49%	55%	58%	64%
Versicherte											
Zürich	63%	76%	77%	78%	79%	83%	100%	100%	100%	100%	100%
Bern	77%	81%	82%	84%	84%	91%	98%	98%	99%	99%	100%
St. Gallen	30%	64%	65%	66%	87%	90%	95%	96%	97%	98%	99%
Obwalden	57%	86%	91%	91%	92%	88%	96%	97%	99%	100%	100%
Tessin	15%	14%	18%	47%	75%	86%	56%	61%	99%	97%	100%
Waadt	60%	71%	72%	68%	71%	89%	91%	80%	92%	92%	99%
Basel-Stadt	89%	92%	94%	94%	94%	97%	98%	99%	99%	99%	99%
Genf	71%	83%	84%	81%	84%	81%	91%	90%	94%	93%	93%
Thurgau	45%	78%	78%	78%	78%	83%	41%	92%	93%	94%	95%
9 Kantone gesamt	60%	73%	74%	76%	81%	87%	91%	92%	97%	97%	99%

(*) Der Abdeckungsgrad ist wie folgt definiert: Anteil der Versicherer (Versicherten) mit Prämienkarten an allen Versicherern (Versicherten) im Kanton bzw. in den 9 Kantonen.
Quelle: BSV-Prämienkarten und BSV-Statistikdaten

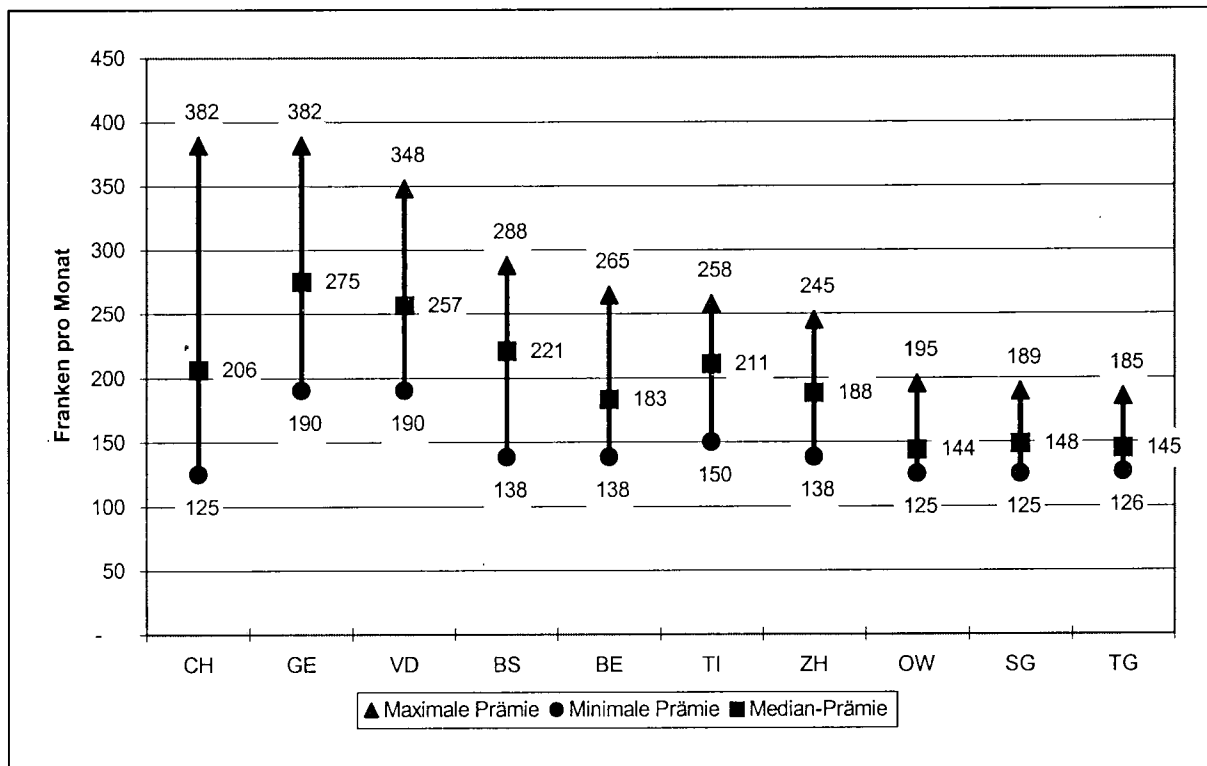
Die Begleitgruppe des Projektes entschied, die Daten aus den drei erstgenannten Kategorien gleichzeitig zu verwenden. Damit sollte sichergestellt werden, dass aufgrund der jeder Quelle anhaftenden Probleme verschiedene Blickwinkel eingenommen werden. Die Daten der Prämienkarten mussten auf Datenträger aufgenommen und bereinigt werden. Verwendet wurden nur die Prämien (inkl. Unfall und obligatorische Spitaltaggeldversicherung) für die 26jährigen Männer in der teuersten Region des Kantons. **Tabelle 42** zeigt den Abdeckungsgrad der BSV-Prämienkarten. Der Abdeckungsgrad ist wie folgt definiert: Anteil der Versicherer (Versicherten) mit BSV-Prämienkarten an allen Versicherern (Versicherten) im Kanton bzw. in den 9 Kantonen. Es zeigt sich, dass der Abdeckungsgrad bei den Versicherten wie erwartet hoch ist, da auch vor 1990 die Prämienkarten der grössten Versicherer vorlagen. Beim Abdeckungsgrad nach Versicherer sieht das Bild allerdings weniger erfreulich aus, da vor 1990 nur die Daten für 16 bzw. 22 Versicherer zur Verfügung standen.

5.3. Die Prämiensituation 1997

Abbildung 31 dokumentiert die Prämienunterschiede in den Untersuchungskantonen für das Jahr 1997. Es wird deutlich, dass es je nach Kanton beträchtliche Differenzen gab: Während beispielsweise in Genf der Unterschied zwischen der minimalen und maximalen Prämie 192 Franken betrug, machte die Differenz im Kanton Thurgau nur 59 Franken aus. Weiter gibt es grosse Unterschiede im Prämienniveau. Die Medianprämie im Obwalden (144 Franken) betrug nur 52 Prozent der Medianprämie in Genf (275 Franken): In Obwalden bezahlen somit die

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Abbildung 31: Die Prämien-situation in den Untersuchungskantonen 1997

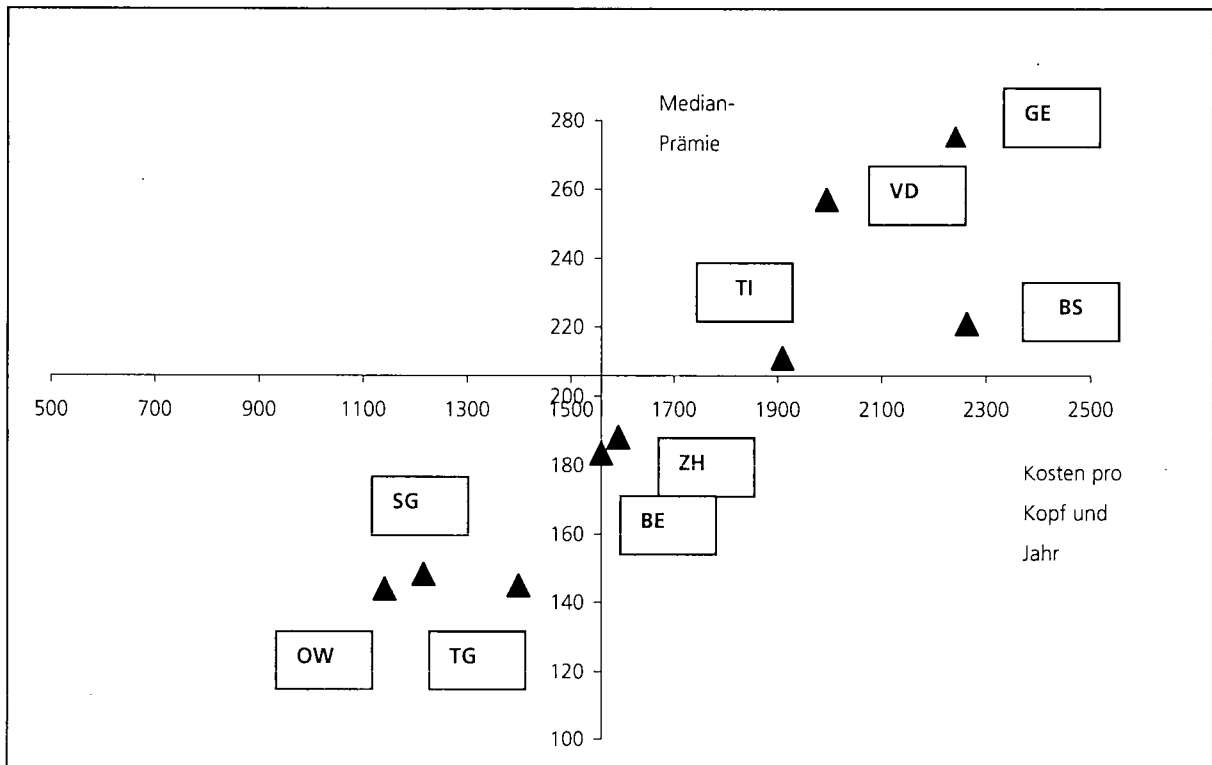


Quelle: BSV-Prämienwegweiser, eigene Berechnungen; Schweiz: Berücksichtigt nur 9 Kantone

Versicherten lediglich die Hälfte der Prämie der Genfer und Genferinnen. Die teuerste Prämie im Thurgau (185 Franken) lag immer noch 5 Franken unter der billigsten in Genf (190 Franken).

Dass diese Unterschiede durch kantonale Kostenniveauunterschiede bedingt sind, zeigt **Abbildung 32**. Auf der vertikalen Achse befinden sich die durchschnittlichen kantonalen Bruttokosten pro Versicherten, auf der horizontalen Achse die Medianprämien. Der Schnittpunkt wird durch das schweizerische Mittel gebildet (1'560 Franken pro Versicherten, 206 Franken Medianprämie). Überdurchschnittlich teure Kantone haben entsprechend ein höheres Prämieniveau und vice versa. Der signifikant von Null verschiedene Korrelationskoeffizient beträgt $r = 0,92$. Von der doch recht gut sichtbaren Regressionslinie weicht insbesondere der Kanton Basel-Stadt ab. In diesem Kanton hätte die Medianprämie aufgrund der hohen Kosten höher sein müssen. Grund dafür könnte sein, dass ein grosser Versicherer in der Vergangenheit staatliche Subventionen erhalten hat.

Abbildung 32: Die Beziehung zwischen den Medianprämien und den Bruttokosten pro Versicherten in den Untersuchungskantonen 1997



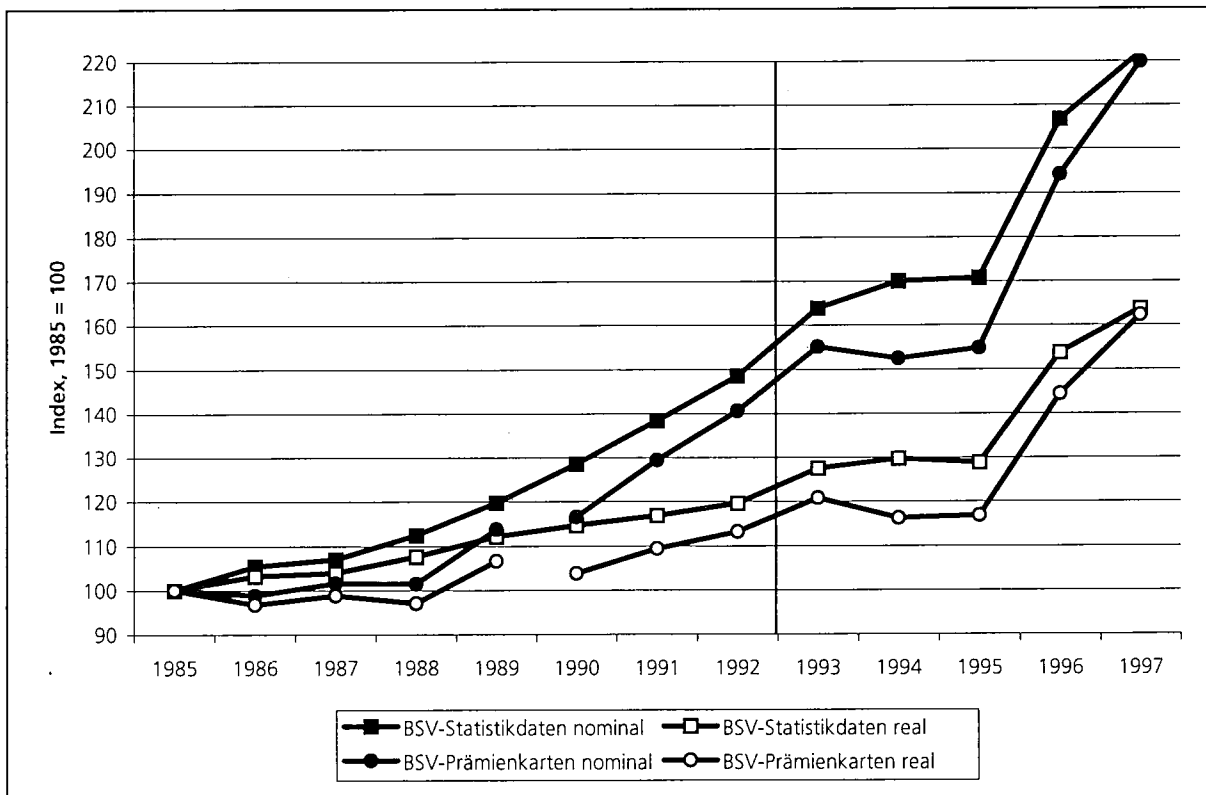
Quelle: BSV-Prämienwegweiser, eigene Berechnungen

5.4. Die Entwicklung der Prämien 1985 bis 1997

Wie hat sich das Prämienniveau zwischen 1985 und 1997 entwickelt? **Abbildung 33** zeigt die Entwicklung, dokumentiert sowohl durch die BSV-Statistikdaten wie auch durch die BSV-Prämienkarten.⁶⁸ Insgesamt bestätigen beide Datenquellen die gleiche Entwicklung seit Mitte der 80er Jahre: Das Prämienniveau hat sich nominal mehr als verdoppelt. Allerdings zeigen sich im Detail interessante Unterschiede. Die BSV-Statistikdaten zeigen insgesamt eine stetigere Entwicklung. Dies dürfte dadurch entstanden sein, dass die Statistikdaten auf effektiv bezahlten Prämien, die BSV-Prämienkarten aber nur auf Tarifen der teuersten Regionen beruhen. Die Prämienkarten dürften daher die Prämienentwicklung etwas schärfer nachzeichnen. Realwirtschaftlich betrachtet haben die Prämien «nur» um rund 62 Prozent zugenommen. Davon entfallen gut 20 Prozentpunkte auf die Zeit der Einführung des KVG 1996. Im Vergleich dazu nahmen die Kosten zwischen 1995 und 1996 nur um 10 Prozent zu. Dies weist u.a. auf die Wirkung des dringlichen Bundesbeschlusses gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen hin: Der Bundesbeschluss führte de facto einen Prämienstopp ein. Gleichzeitig entwickelten sich die Kosten weiter. Als dann 1996 der Beschluss aufgehoben wurde, ergab sich für viele Versicherer neben dem 10prozentigen Kostenschub ein beträchtlicher Nachholbedarf von ebenfalls 10 Prozent. Aber auch andere Faktoren (bspw. der Wegfall der Subventionen) dürften für den Anstieg eine Rolle gespielt haben.

⁶⁸ Die schweizerische Durchschnittsprämie bei den BSV-Prämienkarten wurde pro Versicherer durch Gewichtung der kantonalen Prämie der männlichen Eintrittsgeneration aus den neun Untersuchungskantonen mit den entsprechenden Versichertenzahlen gebildet. Die Versicherer wurden auf gesamtschweizerischer Ebene wiederum mit ihren Versichertenzahlen gewichtet.

Abbildung 33: Die Entwicklung der Prämien zwischen 1985 und 1997 auf gesamtschweizerischer Ebene (nominal und real)

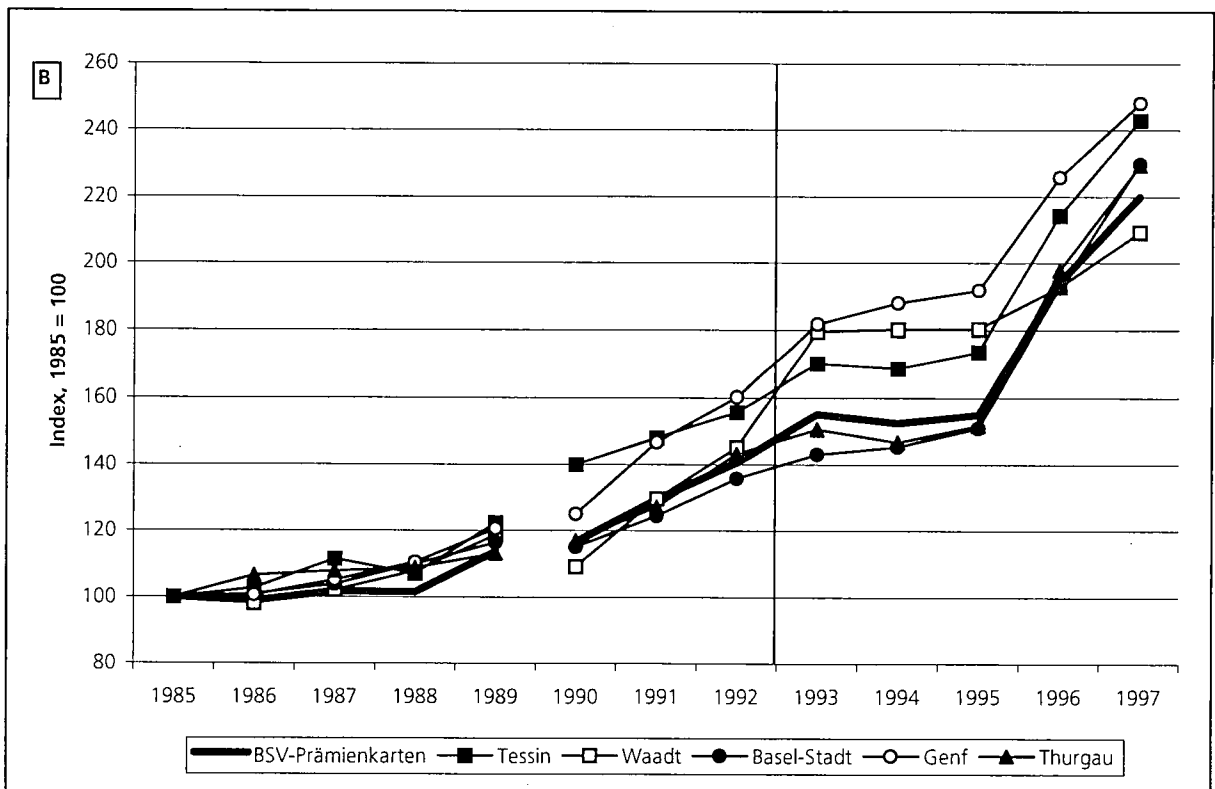
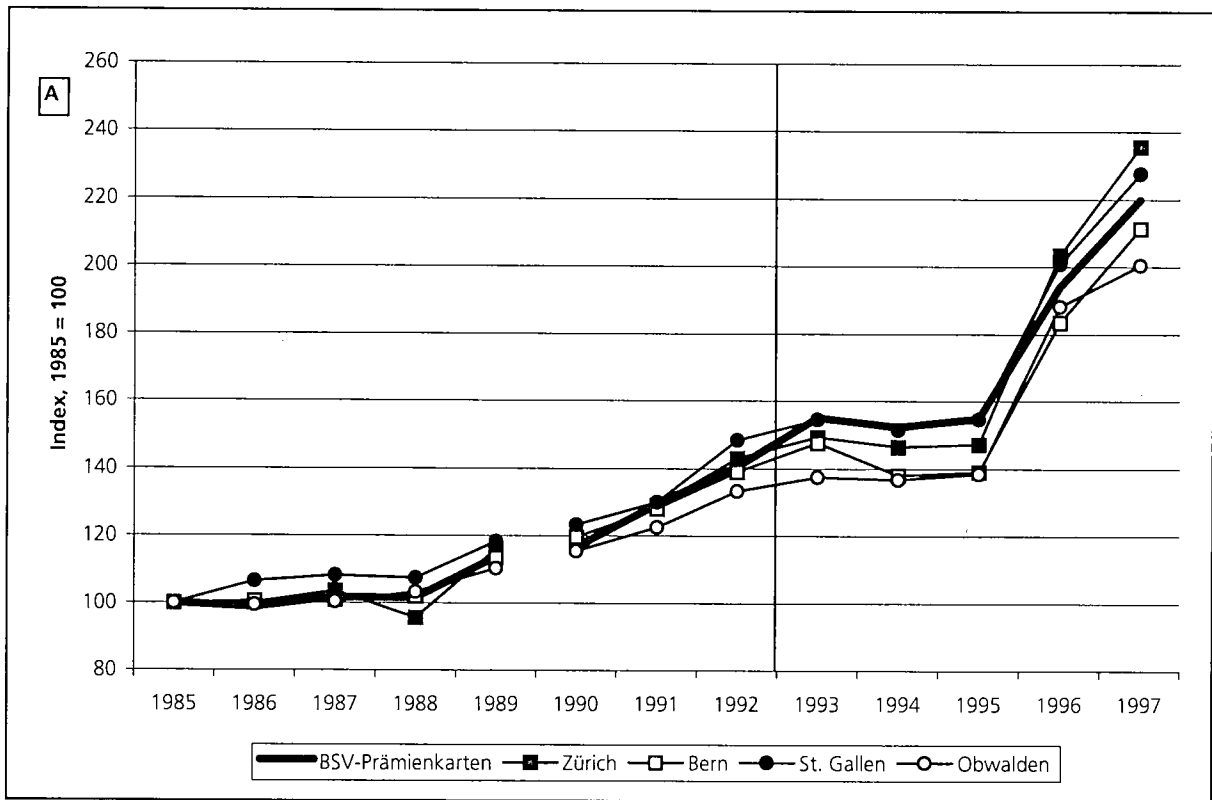


Quelle: BSV-Statistikdaten, BSV-Prämienkarten (bis 1989 N=max 22, dann N=max. 65), eigene Berechnungen

Zwei Phasen der Entwicklung sind besonders erwähnenswert: Neben dem bereits erwähnten Prämiensprung zwischen 1995 und 1996 ist auch die Zeit zwischen 1993 und 1995 interessant. Die Jahre sind geprägt durch eine Stagnation bzw. sogar durch einen Rückgang der Prämien. Sowohl der dringliche Bundesbeschluss wie auch die Einführung des Risikoausgleichs können diese Entwicklung begründen.

Wie sieht die Entwicklung in den neun Untersuchungskantonen aus? Vereinfacht könnte man zusammenfassen, dass sich die schweizerische Entwicklung auch in den Kantonen abzeichnet. **Abbildung 34** zeigt allerdings für die (nominalen) Prämien, dass in den «teureren» Kantonen (Tessin, Waadt und Genf) die Entwicklung der Prämien vergleichsweise überdurchschnittlich war. Eine Ausnahme bildet der Kanton Basel-Stadt. Obschon auch hier das Prämienniveau hoch ist, hat es sich annähernd im schweizerischen Mittel entwickelt.

Abbildung 34: Die Entwicklung der Prämien in den Untersuchungskantonen 1985-1997



Quelle: BSV-Prämienkarten (N=max. 22 bis 1989 und N=max. 65 ab 1990) und eigene Berechnungen

5.5. Risikoausgleich und Prämien

5.5.1 Anteil der Versicherten und Versicherer mit Durchschnittsprämien

Im vorangegangenen Abschnitt zeigte sich in Abbildung 3 bereits die Besonderheit der Periode seit 1993. Inwieweit ist diese Entwicklung auf den Risikoausgleich zurückzuführen? In diesem Abschnitt gehen wir dieser Frage nach. Um die Analyse durchführen zu können, teilen wir die Versicherer entsprechend ihrer angebotenen Prämien - analog zu dem Vorgehen bei den Risikostufen – in zwölf Prämienstufen ein.

Abbildung 35a zeigt die Entwicklung des Anteils derjenigen Versicherer, welche Prämien anboten, die bis 20 Prozent um den ungewichteten Durchschnitt lagen (Stufen 5, 6, 7 und 8). **Abbildung 35b** gewichtet die Versicherer mit ihren Bestandeszahlen. Wir gehen davon aus, dass ein steigender Anteil der Versicherer bzw. der Versicherten rund um den Durchschnitt als Prämienangleichung interpretiert werden kann.

Abbildung 35a zeigt vorerst einmal die eindrücklichen Niveauunterschiede aufgrund der verschiedenen Datenquellen. Die BSV-Statistikdaten weisen eine viel ausgeglichene Entwicklung des Anteils der Versicherer mit durchschnittlichen Prämien aus. Ursache dafür dürfte die Stichprobe bei den Prämienkarten sein. Hier haben wir, wie erwähnt, vor 1990 die 16 grössten Versicherer, seit 1990 65 Versicherer. Die BSV-Statistikdaten sind vollständig für alle Versicherer. Die kleinere Stichprobe führt bei den Prämienkarten dazu, dass die Bandbreiten von +/- 20 Prozent rund um den Durchschnitt anders definiert werden. Bei den BSV-Prämienkarten können insbesondere vor 1990 auch gut grössere Versicherer ausserhalb dieser Bandbreite sein. Das Niveau der BSV-Statistikdaten dürfte daher insgesamt zuverlässiger sein. Dies bedeutet, dass 1997 55 Prozent der Versicherer Prämien anboten, die rund um den Mittelwert lagen.

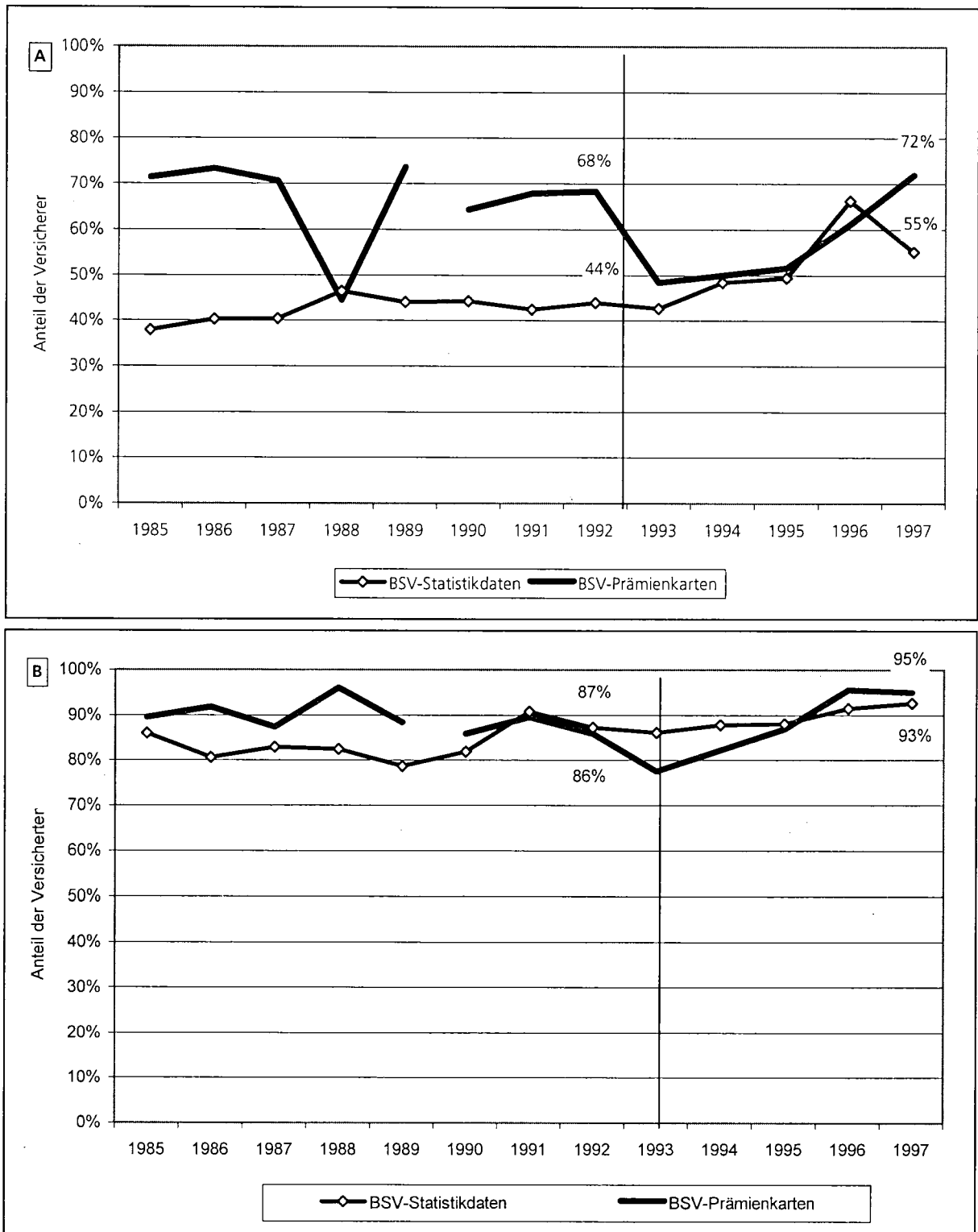
1997 lag das Niveau gemäss beiden Datenquellen über demjenigen von 1992, dem Jahr vor der Einführung des Risikoausgleichs. Der Risikoausgleich wie auch der dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen scheinen somit zu einer Prämienannäherung auch aus der Sicht der Versicherer geführt zu haben.

Der starke Prämien- und Kostenanstieg 1996 hat nicht dazu geführt, dass die Prämienungleichheit abnahm, im Gegenteil. Dies ist erstaunlich, weil die Erwartungen aus wissenschaftlicher Sicht in die andere Richtung gingen: Der dringliche Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung führte de facto zu einer Prämienplafonierung. Es wäre zu erwarten gewesen, dass insbesondere diejenigen Versicherer, welche diesen Plafonds erreichten, die Prämien anschliessend überproportional hätten erhöhen müssen. Hätten die anderen Versicherer ihre Prämien nur proportional erhöht, so hätte sich insgesamt die Prämienungleichheit reduzieren müssen. Dies ist aber offensichtlich nicht eingetreten.

Abbildung 35b zeigt, dass die meisten Versicherten durchschnittliche Prämien bezahlen müssen. Dies ist aufgrund des Umstandes, dass die grossen Versicherungen den Mittelwert weitgehend bestimmen, nicht weiter erstaunlich. Die beiden Zeitreihen sehen auf den ersten Blick sehr ähnlich aus, weil sie sich auf demselben hohen Niveau bewegen.

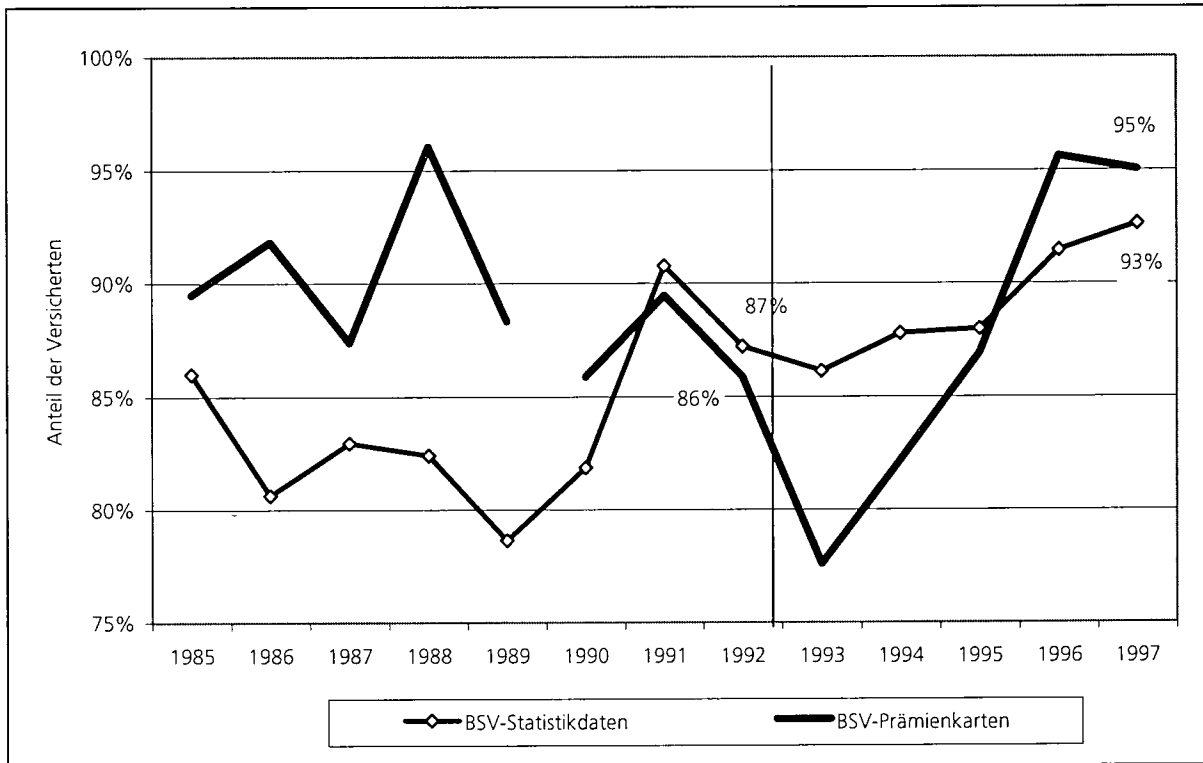
Interessant ist der (sich vor allem bei den Daten der Prämienkarten) zu beobachtende starke Rückgang der Prämienannäherung zwischen 1992 und 1993. 1993 wurde der dringliche Bundesbeschluss bezüglich der Massnahmen gegen die Kostensteigerung in Kraft gesetzt. Es kann vermutet werden, dass die Versicherer noch vor dem Inkrafttreten ihre Prämien stark verändert haben, weil sie wussten, dass dies in der Folge kaum mehr möglich sein würde.

Abbildung 35: Die Entwicklung des Anteils der Versicherer, welche Prämien von 20 Prozent rund um den Mittelwert anboten – 1985 bis 1997, Schweiz



Quelle: BSV-Statistikdaten, BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), eigene Berechnungen

Abbildung 36: Die Entwicklung des Anteils der Versicherten, welche Prämien von 20 Prozent rund um den Mittelwert zu bezahlen hatten – 1985 bis 1997, Schweiz



Quelle: BSV-Statistikdaten, BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), eigene Berechnungen

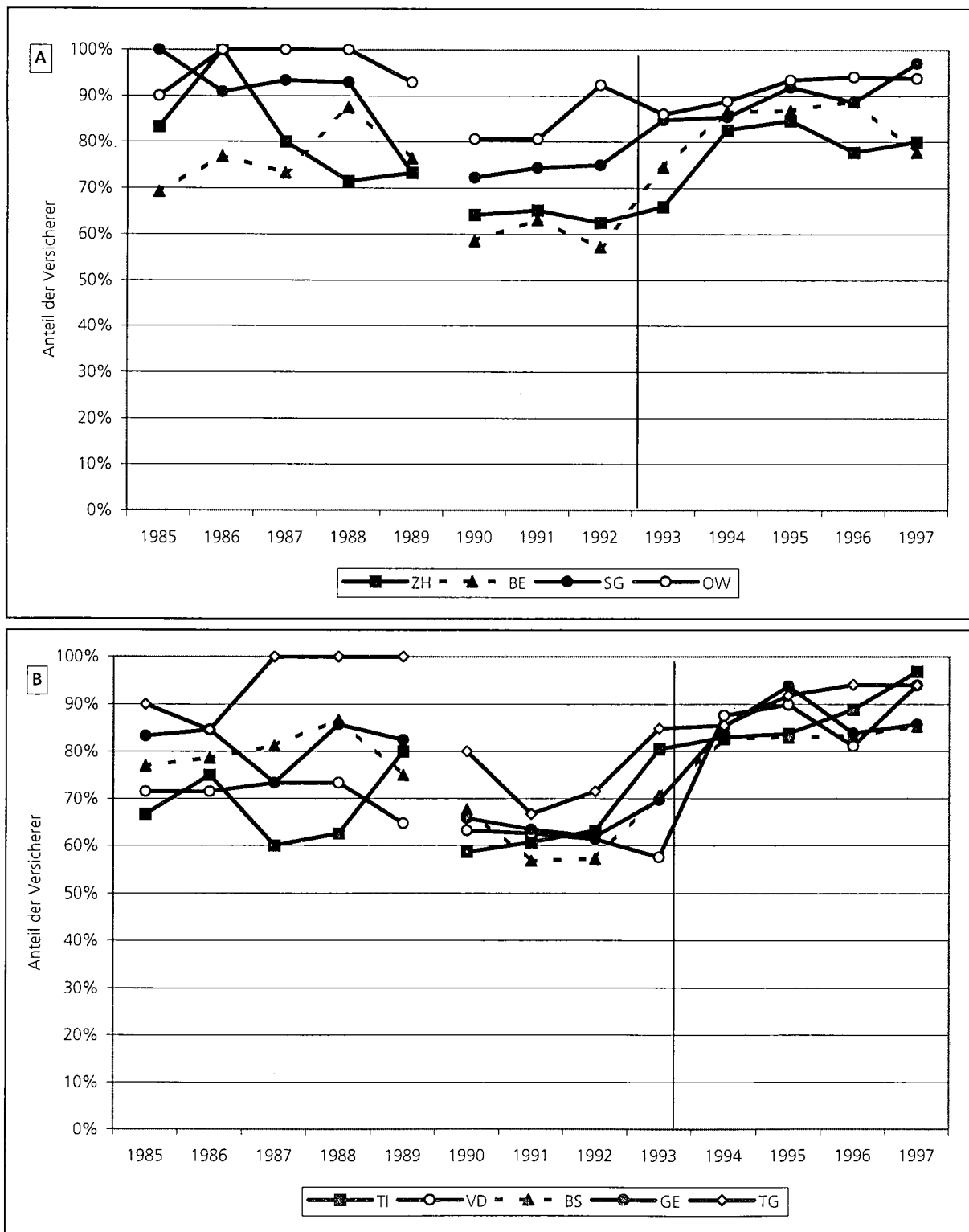
Abbildung 36 zeigt **Abbildung 35b** noch einmal, nun aber in einer feineren Skalierung. Die beiden Zeitreihen scheinen nun nicht mehr viel gemeinsam zu haben (der Korrelationskoeffizient von $r = 0,14$ belegt dies). Es zeigt sich folgender Trend: Abnahme der Prämienungleichheit zwischen 1991 und 1993, dann eine Zunahme, welche auch durch die Einführung des KVG nicht gebrochen wurde. Für die doch sehr unterschiedlichen Entwicklungen bei den BSV-Prämienkarten und den BSV-Statistikdaten lässt sich plausiblerweise nur die Unvollständigkeit der Daten der BSV-Prämienkarten anführen.

Die Situation in den Untersuchungskantonen

Abbildung 37 und **Abbildung 38** weisen die Entwicklung des Anteils von Anbietern von Durchschnittsprämien bzw. von Versicherten bei diesen Versicherungen und die Kantone aus. Als Datengrundlage wurden - trotz der Schwierigkeiten insbesondere vor 1990 - die Prämienkarten verwendet, weil nur sie kantonale Angaben liefern. Bei den Versicherern zeigt sich in allen Kantonen – allerdings von sehr unterschiedlichen Niveaus aus – zwischen 1992 und 1997 ein deutlicher Anstieg des Anteils. Für die Versicherten wiederholen sich die Aussagen auf schweizerischer Ebene: Die bereits recht hohen Anteile 1992 nahmen bis 1997 noch zu.

Abbildung 35b und **Abbildung 38** haben gezeigt, dass bereits bei der Einführung des Risikoausgleichs (Stand 1992) rund 90 Prozent der Versicherten Prämien im Bereich von +/- 20 Prozent um den Mittelwert zu bezahlen hatten. Es stellt sich somit die Frage, ob in der politischen Diskussion die Bedeutung der Billiganbieter nicht überzeichnet worden ist. Allerdings zeigen die Abbildungen auch, dass mit der Einführung des Risikoausgleichs bzw. mit der Einführung des dringlichen Bundesbeschlusses ein Abwärtstrend aufgehalten werden konnte (nicht in allen Kantonen).

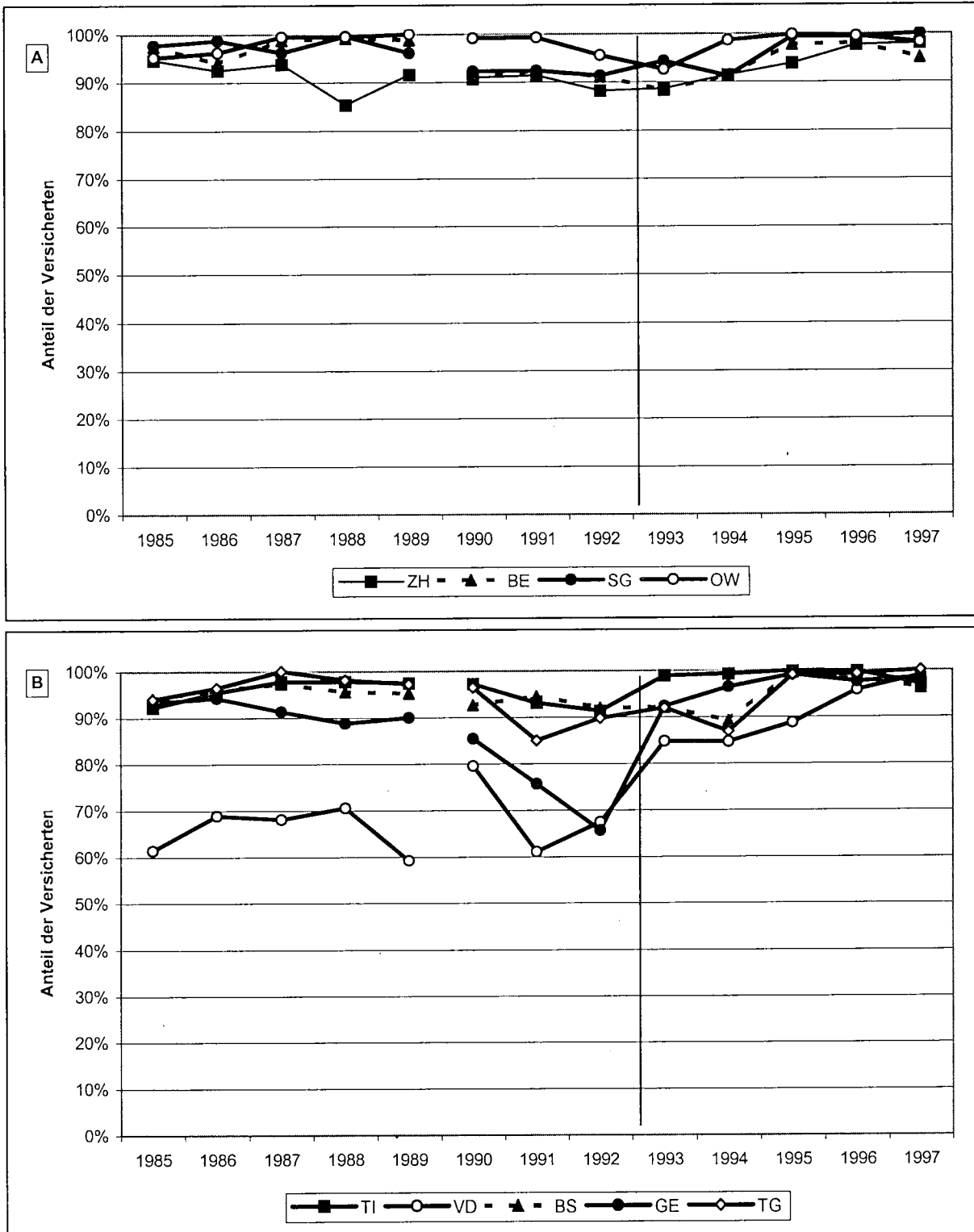
Abbildung 37: Die Entwicklung des Anteils der Versicherer, welche Prämien von 20 Prozent rund um den Mittelwert anboten – 1985 bis 1997, Untersuchungskantone



Quelle: BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), eigene Berechnungen

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Abbildung 38: Die Entwicklung des Anteils der Versicherten, welche Prämien von 20 Prozent rund um den Mittelwert zu bezahlen hatten – 1985 bis 1997, Untersuchungskantone



Quelle: BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), eigene Berechnungen

Tabelle 43: Die Veränderung des Anteils der Versicherer, welche Prämien von 20 Prozent rund um den Mittelwert anboten – 1992 bis 1997, Untersuchungskantone

	Versicherer			Versicherte		
	1992	1997	Differenz	1992	1997	Differenz
Zürich	63%	80%	18%	88%	98%	10%
Bern	57%	78%	21%	91%	95%	4%
St. Gallen	75%	97%	22%	91%	100%	9%
Obwalden	92%	94%	1%	96%	98%	3%
Tessin	63%	97%	34%	91%	97%	6%
Waadt	61%	94%	33%	67%	99%	31%
Basel-Stadt	57%	85%	28%	92%	96%	4%
Genf	62%	86%	24%	66%	98%	33%
Thurgau	71%	94%	23%	90%	100%	10%
Schweiz (BSV-Prämienkarten)	44%	55%	4%	87%	93%	5%
Schweiz (BSV-Statistikdaten)	68%	72%	8%	86%	95%	9%
Mittelwert Kantone (BSV-Prämienkarten)	67%	89%	22%	86%	98%	12%

Quelle: BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), eigene Berechnungen

Die Analyse in diesem Abschnitt konnte bisher zeigen, dass sich die Prämien nach 1993 angeglichen haben. Das Ausmass ist – je nach Datenquelle und Kanton – recht bedeutungsvoll. Dies zeigt **Tabelle 43**. Lesehilfe am Beispiel des Kantons Zürich: Der Anteil der Versicherer, welche durchschnittliche Prämien anboten, ist zwischen 1992 und 1997 um 18 Prozentpunkte von 63 Prozent auf 80 Prozent gestiegen. Diejenigen Versicherer, welche Durchschnittsprämien anboten, hatte 1997 im Kanton Zürich 10 Prozentpunkte mehr Versicherte unter Vertrag als 1992, dem Jahr vor Einführung des Risikoausgleichs (Differenz zwischen 88 und 98 Prozent).

Die letzte Zeile von Tabelle 43 zeigt, dass der Anteil der Versicherer mit Durchschnittsprämien um 22 Prozentpunkte, derjenige der Versicherten um 12 Prozentpunkte zugenommen hat. Dies sind durchaus respektable Zunahmen.

Die Situation bei den zehn grössten Versicherern

Tabelle 44 zeigt die Entwicklung der zehn grössten Versicherer für den Kanton Zürich in den Jahren zwischen 1985 bis 1997.⁶⁹ Der Kanton Zürich wurde wiederum als Illustrationsbeispiel genommen, weil die gesamtschweizerische Sicht verzerrend ist. In den meisten Jahren befand sich der billigste grosse Anbieter in der Stufe 5 «10 bis 20 Prozent unter dem Durchschnitt», der teuerste in der Stufe 9 «20 bis 30 Prozent über dem Durchschnitt». Die zehn grössten Versicherer boten im Durchschnitt 1985 Prämien in der Stufe 6.4, also ziemlich genau im Durchschnitt aller Versicherer, an. Dieser Wert stieg bis 1997 auf 7.3, die Versicherer wurden also relativ zu den anderen Versicherern teurer.

⁶⁹ Es wurden die zehn 1997 in der Schweiz grössten Versicherer gewählt. Gleichzeitig wurde der ungewichtete Mittelwert verwendet.

Tabelle 44: Die Entwicklung der Prämien der zehn grössten Versicherer nach Prämienstufen 1985 bis 1997 – Kanton Zürich

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Δ 1992 bis 1997
Versicherer 1	5	5	7	7	6	5	6	7	7	7	7	7	6	-1
Versicherer 2	6	5	5	5	5	4	5	5	5	6	6	6	6	1
Versicherer 3	5	5	5	4	5	5	5	5	6	6	6	5	6	1
Versicherer 4	9	9	9	9	9	8	8	8	8	7	6	6	7	-1
Versicherer 5	8	8	7	7	7	7	8	9	7	7	7	8	7	-2
Versicherer 6	8	8	8	5	9	8	8	8	8	7	7	8	8	0
Versicherer 7	6	7	7	7	7	7	9	10	9	8	8	7	8	-2
Versicherer 8	6	6	8	8	8	7	7	8	8	6	6	8	8	0
Versicherer 9		8	8	8	8	8	9	8	7	7	7	8	8	0
Versicherer 10	5	5	5	4	4	4	5	5	7	7	7	9	9	4
Mittelwert	6,4	6,6	6,9	6,4	6,8	6,3	7,0	7,3	7,2	6,8	6,7	7,2	7,3	0,0
Minimum	9	9	9	9	9	8	9	10	9	8	8	9	9	
Maximum	5	5	5	4	4	4	5	5	5	6	6	5	6	

Es wurden die zehn 1997 in der Schweiz grössten Versicherer gewählt.

Quelle: BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), BSV-Prämienwegweiser, eigene Berechnungen

Die letzte Spalte der Tabelle zeigt die Stufenveränderung zwischen 1992 und 1997. Die maximale Verschlechterung beträgt vier Stufen, die maximale Verbesserung zwei Stufen. Insgesamt glichen sich die Prämien der zehn grössten Versicherer kaum an: Die Stufendifferenz zwischen dem teuersten und dem billigsten Grossen betrug immer zwischen drei und vier Stufen.

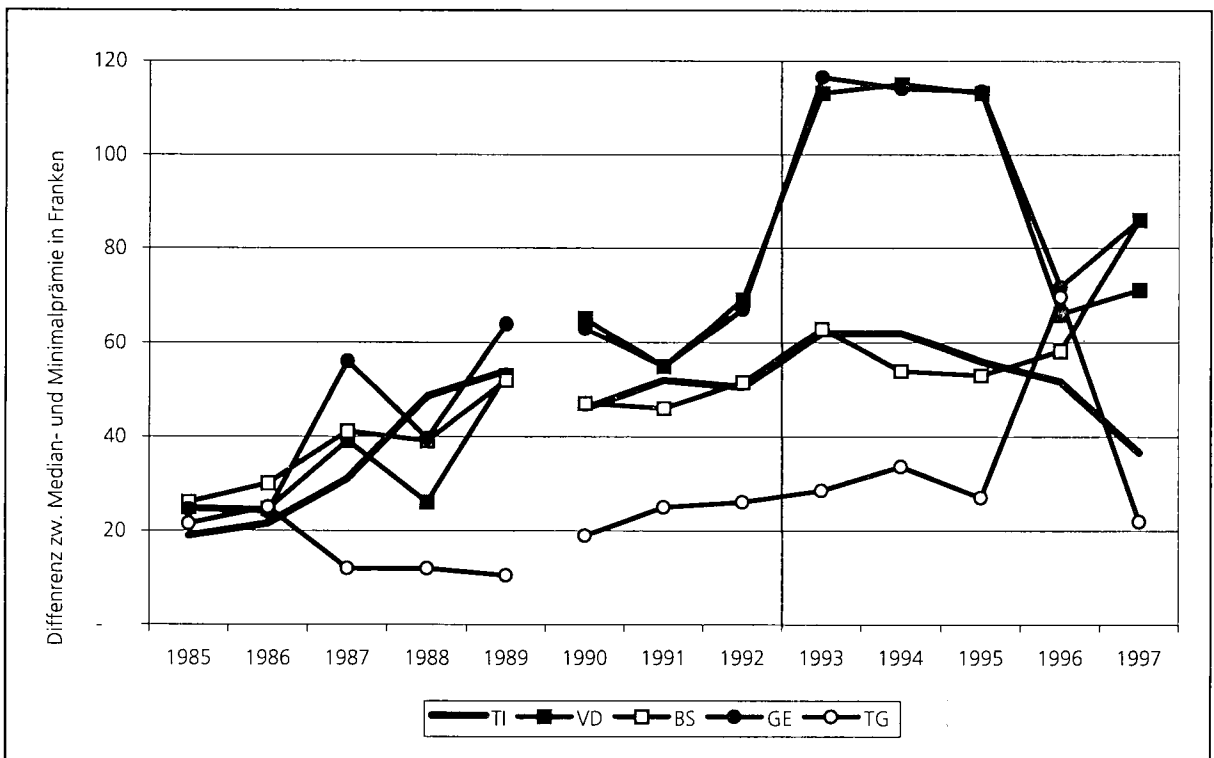
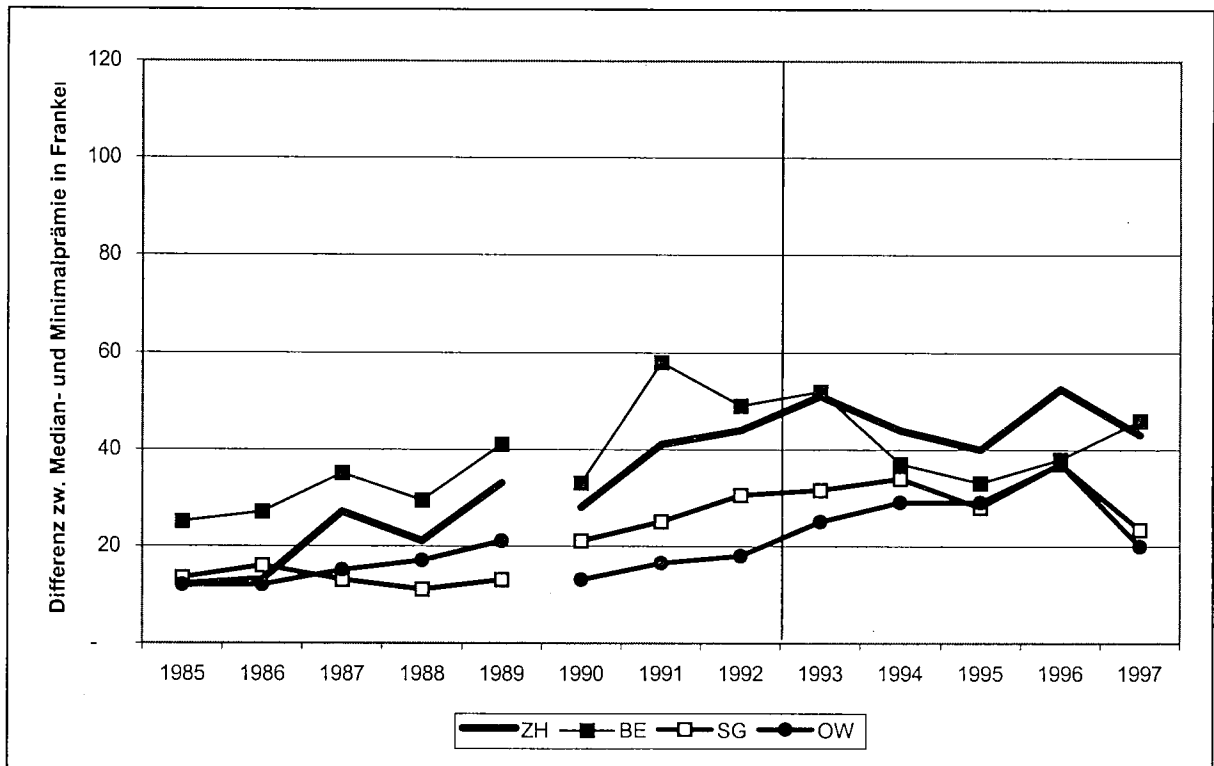
5.5.2 Die Differenz zwischen Median- und Minimalprämie

Bisher wurden als Indikatoren für die Angleichung der Prämien die Versicherer bzw. Versicherten, welche Prämien von +/- 20 Prozent um den Mittelwert anbieten bzw. bezahlen, ausgewertet. Diese Betrachtungsweise muss ergänzt werden. Bei der Entscheidung für eine Wanderung ist insbesondere auch die Streuung der Prämien gemessen als Differenz zwischen der mittleren und der minimalen Prämie wichtig. Es könnte also durchaus sein, dass sich die Prämien insgesamt angleichen, die billigste Prämie sich aber – bildlich gesprochen - immer mehr nach unten absetzt. In einer solchen Situation dürfte es nicht erstaunen, wenn beispielsweise die Wanderungen trotzdem zunehmen. **Abbildung 39** zeigt, wie sich die Differenz zwischen der Median- und der Minimal-Prämie in Franken zwischen 1985 und 1997 entwickelt hat.⁷⁰

Abbildung 39 zeigt sehr interessante Entwicklungen. Es kann festgehalten werden, dass 1997 die Differenzen in Franken in allen Kantonen über dem Niveau von 1985 lag. Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass in derselben Zeitspanne eine Inflation von insgesamt 36 Prozent vorlag. Weiter fällt auf, dass sowohl 1985 wie auch 1996 die Prämienunterschiede zwischen der Median- und Minimalprämie im interkantonalen Vergleich in einer sehr engen Bandbreite lagen. 1997 entwickelten sich die Differenzen, wie auch in den Vorjahren, wieder etwas auseinander. 1993 betrug beispielsweise die Differenz im Kanton Genf 117 Franken, im Kanton Thurgau 29 Franken. Interessant sind weiter die unterschiedlichen Entwicklungen mit der Einführung des KVG. Mit Ausnahme der Kantone Genf, Waadt und Tessin nahmen

⁷⁰ Es ist zu berücksichtigen, dass für die Periode 1985 bis 1989 die Daten von 22 Versicherern, zwischen 1990 und 1996 diejenigen von 65 Versicherer vorlagen. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass es noch billigere Kassen gegeben hat. Die Medianprämie dürfte realistisch sein, weil alle grossen Versicherer vertreten sind.

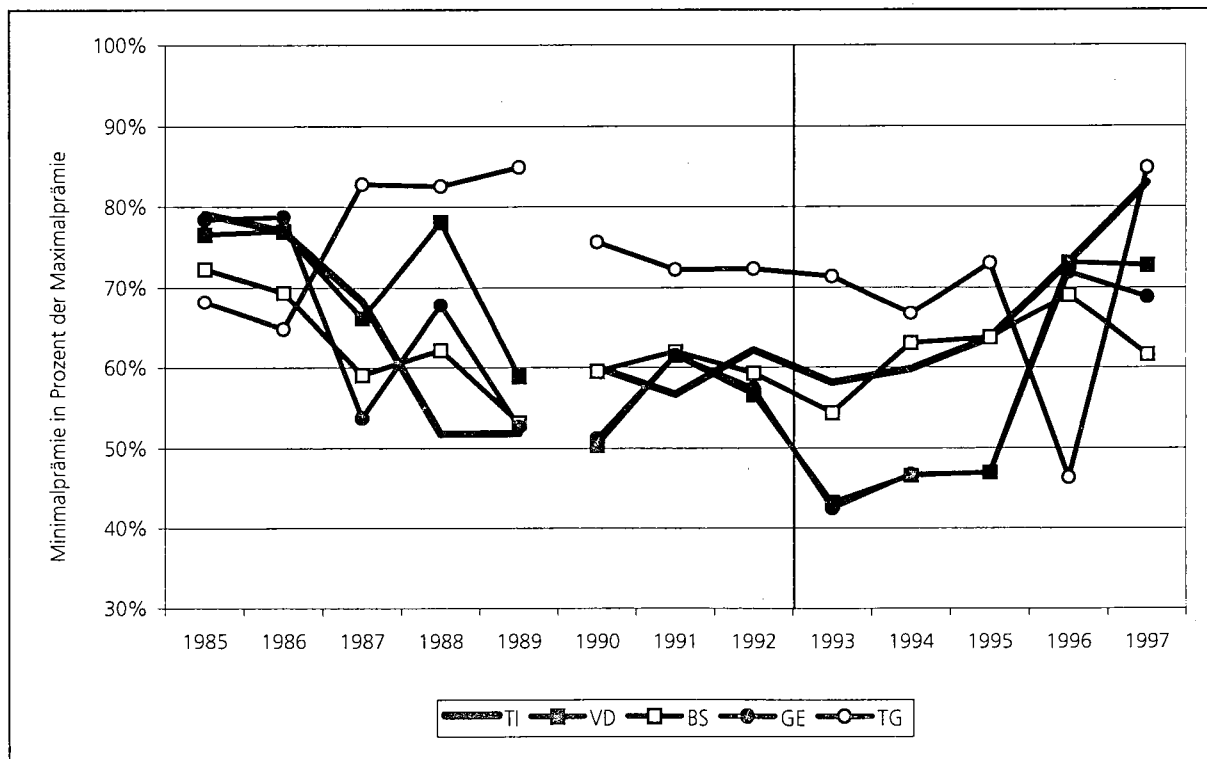
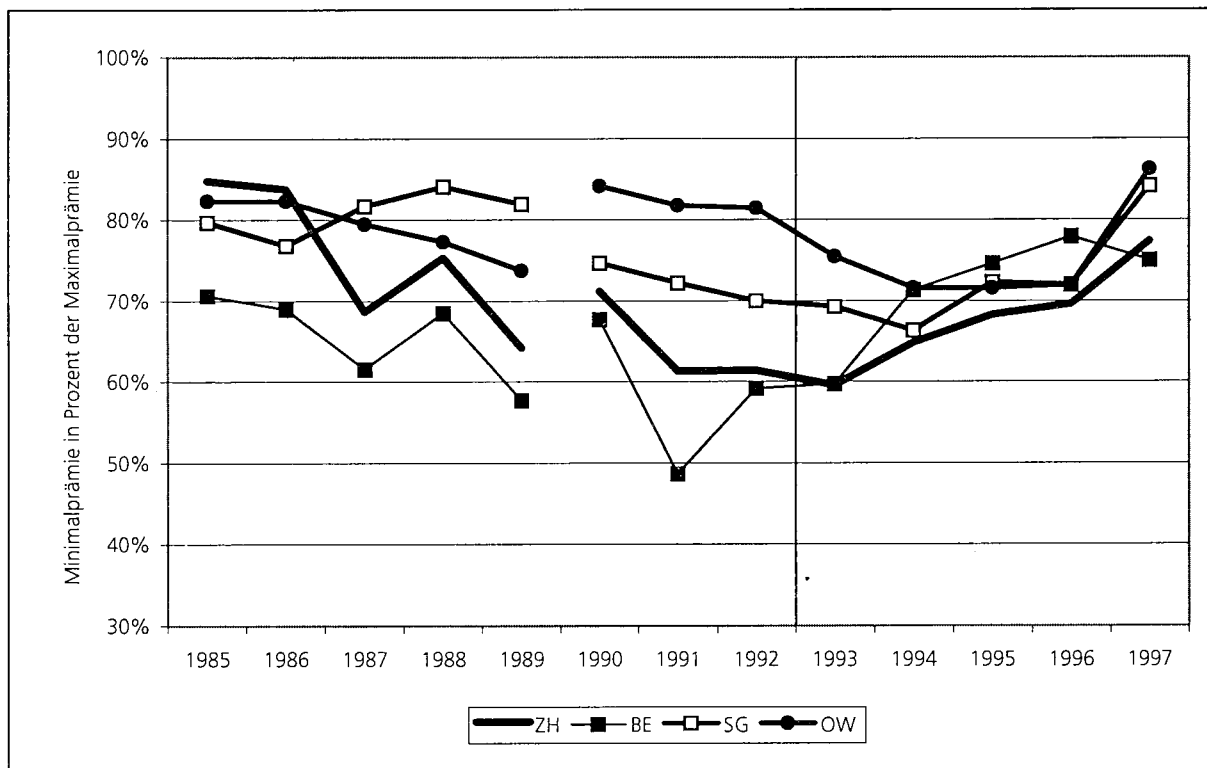
Abbildung 39: Die Entwicklung der Differenz zwischen Median- und Minimalprämie in den Untersuchungskantonen - in Franken, 1985 bis 1997



Quelle: BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), eigene Berechnungen

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Abbildung 40: Die Entwicklung der Differenz zwischen Median- und Minimalprämie in den Untersuchungskantonen - in Prozent, 1985 bis 1997



Quelle: BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), eigene Berechnungen

die Differenzen in allen Kantonen zu. In Genf und Waadt kam es zu einem sehr starken Rückgang (also einer Angleichung der Prämien).

Hat der Risikoausgleich zu einer Reduktion der Differenz zwischen der Median- und der Minimalprämie geführt? Zur Beurteilung dieser Frage drängt es sich auf, relative Werte zu betrachten. Wir berechnen für jedes Jahr das Verhältnis zwischen der Minimalprämie und der Medianprämie. Eine solche Betrachtung ist somit inflationsbereinigt. **Abbildung 40** zeigt, dass der Anteil der Minimalprämie – mit sehr unterschiedlichen kantonalen Entwicklungen in der Zwischenzeit – 1997 in etwa gleich hoch ist wie 1985, nämlich rund 75 Prozent. Dies bedeutet, dass die billigste Prämie relativ zur Medianprämie etwa gleich billig geblieben ist.

Konnte der Risikoausgleich diese Entwicklung umkehren? In der Tendenz konnte er dies tatsächlich. In allen Kantonen liegt der Anteil der Minimalprämie 1997 höher als 1993. In den Kantonen Genf, Waadt und Basel-Stadt führte der Übergang zum KVG 1996 zu einem starken Ansteigen des Anteils. Allerdings könnte auch dieser Anstieg möglicherweise auf den Risikoausgleich zurückgeführt werden, weil die 1996 ebenfalls revidierte Risikoausgleichsverordnung den Ausgleich deutlich verstärkte.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass diese Analyse die vorangegangene bestätigt: Seit 1992/1993 haben sich die Prämien angeglichen, nicht nur bezüglich der Zunahme der Versicherer und Versicherten im Bereich des Prämienmittels, sondern auch gemessen an der Abnahme des Abstandes zwischen Billigstprämien und Medianprämien. Dabei ist zu berücksichtigen, dass wir nicht über die Angaben aller Versicherer, insbesondere auch der kleineren, verfügten. Es könnte daher durchaus sein, dass noch billigere Anbieter auf dem Markt waren.

5.5.3 Korrelation zwischen Prämien und Kosten

Die Analysen in den beiden vorangegangenen Abschnitten konnten bisher zeigen, dass sich die Prämien nach 1993 angeglichen haben. Ist die Angleichung aber ursächlich auf den Risikoausgleich zurückzuführen oder gibt es andere wichtige Gründe, beispielsweise den dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung? Die von uns durchgeführten Korrelationsanalysen weisen darauf hin, dass der Risikoausgleich sehr wohl einen Beitrag dazu geleistet hat, dass aber andere Faktoren auch eine gewichtige Rolle spielen. Dies soll nachfolgend belegt werden.

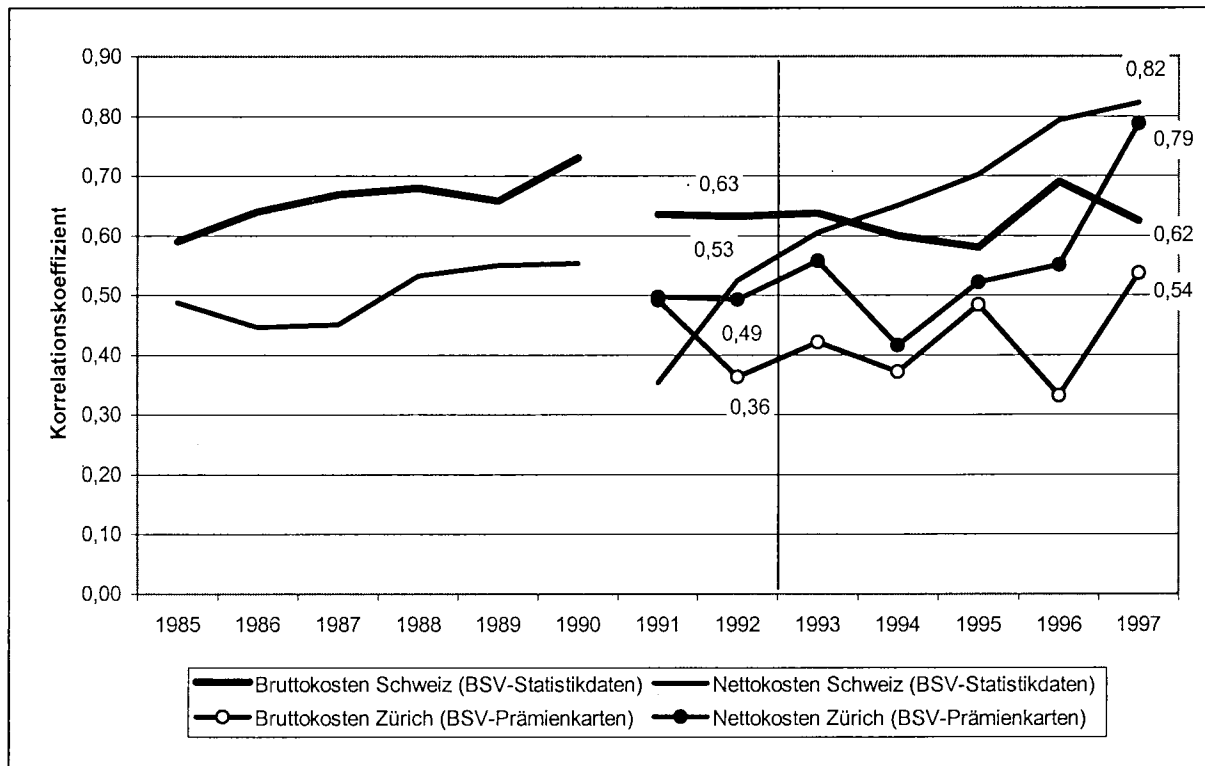
Die Korrelationen wurden vorgenommen zwischen (a) der Abweichung der Bruttokosten bzw. Nettokosten pro Kopf in Prozent vom Mittelwert des Kantons (der Schweiz) und (b) der Abweichung der Prämien in Prozent vom Mittelwert des Kantons (der Schweiz).⁷¹ **Abbildung 41** zeigt in einer ersten Übersicht den Verlauf der Korrelationskoeffizienten für die Schweiz und den Kanton Zürich. Für die Schweiz dienen die BSV-Statistikdaten als Grundlage, für den Kanton Zürich die Prämienkarten. Die Kostendaten stammen für die Jahre 1985 bis 1990 aus der BSV-Statistik, für 1991 bis 1996 von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung.

⁷¹ Gewählt wurden dieselben Kalenderjahre für beide Variablen. Denkbar wäre auch eine Korrelation zwischen den Bruttokosten pro Versicherten des Jahres t und den Prämien in $t+1$. Hintergrund dieser Idee ist der Umstand, dass sich die Kostenentwicklungen verzögert auf das Prämienniveau auswirken. Allerdings wirken die Budgetierungen in den Versicherungen diesem Time-lag entgegen, so dass wir bei den Korrelationen der laufenden Jahre verblieben sind.

Die nachfolgend in Tabelle 45 ausgewiesenen Korrelationskoeffizienten wurden alle auch mit der Variante «time-lag» berechnet. Die ausgewiesenen Resultate wurden weitgehend bestätigt, obschon verschiedenen Koeffizienten nicht mehr statistisch signifikant von Null verschieden waren. Die genannte These bestätigt sich somit eher nicht.

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Abbildung 41: Korrelationskoeffizienten zwischen Brutto-/Nettokosten und Prämienabweichungen Schweiz und Kanton Zürich - 1985 bis 1997 (*)



(*) Präziser: Korrelation zwischen (a) Abweichungen vom Mittelwert der Bruttokosten (Nettokosten) pro Versicherten in Prozent und (b) Abweichung vom Mittelwert der Prämien in Prozent; alle Werte sind mit einer Ausnahme signifikant von Null verschieden. Ausnahme: 1996 Zürich Bruttokosten

Quelle: BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), Geschäftsstelle Gemeinsame Einrichtung, eigene Berechnungen

Die «Bruttokosten» beinhalten die Bruttokosten minus die Kostenbeteiligungen der Versicherten. Um die «Nettokosten» zu berechnen, wurden weiter die Bundesbeiträge⁷² und der Risikoausgleich abgezogen bzw. dazu geschlagen.⁷³

Betrachten wir zuerst die schweizerische Ebene. Die Korrelationskoeffizienten sind alle signifikant von Null verschieden. Sie entsprechen mit dem positiven Vorzeichen den Erwartungen: Je mehr die Brutto-/Nettokosten pro Versicherten vom Mittelwert nach oben abweichen, desto mehr weicht die Prämie vom Mittelwert nach oben ab. Die Stärke des Zusammenhangs ist je nach Jahr zwischen gering bis hoch. In den Jahren 1990 ist der Zusammenhang bei den Bruttokosten, 1996 und 1997 bei den Nettokosten «hoch». Betriebswirtschaftlich gesehen würden wir eine enge Korrelation zwischen den Nettokosten und den Prämienabweichungen erwarten. Dieser Zusammenhang zeigte sich erst ab 1996 in erwarteter Stärke.

Bemerkenswert ist die Entwicklung auf schweizerischer Ebene seit 1991: Die Korrelation zwischen den Nettokosten und den Prämien wird immer stärker, währenddem sich diejenige zwischen den Bruttokosten und den Prämien – mit Ausnahme von 1996 – mehr oder weniger konstant verhält.⁷⁴ Der Anstieg des Zusammenhangs bei

⁷² Als Bundesbeiträge wurden berücksichtigt: Grundbeiträge, Bergzuschläge, Tuberkulosezuschläge und die Beiträge für Krankenpflege Invalider.

⁷³ Für den Kanton Zürich wurden die Bundesbeiträge jedes Versicherers nach Massgabe des Versichertenbestandes dem Kanton Zürich zugerechnet.

⁷⁴ Der «Einbruch» 1991 könnte auch auf die unterschiedlichen Datenquellen zurückzuführen sein. Bis 1990 sind es die BSV-Statistikdaten, ab 1991 diejenigen der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung. Allerdings dürfte die Unterschiedlichkeit der Quellen nicht für den ganzen «Einbruch» verantwortlich sein, weil sonst ernsthafte Zweifel an den Datengrundlagen angebracht wären.

den Nettokosten dürfte ein Indiz dafür sein, dass einerseits die Versicherer immer mehr auf die entsprechenden betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge achteten und dass andererseits auch der Kontrolldruck der Behörden immer stärker wurde. Allerdings wäre auch eine andere Entwicklung plausibel gewesen: Der Prämienstopp hat vielen Anbietern verunmöglicht, die Prämien ihrer Kostenentwicklung anzupassen. Zwar wurden andere Mittel eingesetzt, um das Verhältnis zu korrigieren (bspw. Kostendämpfungsmassnahmen, Reduzierung des Katalogs der Leistungen in der Grundversicherung etc.), die Nettokosten entwickelten sich aber in der Tendenz weiter nach oben, die Prämien blieben aber weitgehend stabil. Somit wäre es auch denkbar gewesen, dass sich die Korrelation in der Zeit zwischen 1993 und 1995 verkleinert hätte.

Erstaunlich ist der Umstand, dass die Korrelationsstärke der Nettokosten bis 1992 unter derjenigen der Bruttokosten lag. Wir haben erwartet, dass die Nettokostenstrukturen, also nach Berücksichtigung der staatlichen Abgaben und Beiträge, unmittelbarer die Prämienstrukturen bestimmen als die Bruttostrukturen. Eine mögliche Ursache dürfte darin liegen, dass vor 1993 die Differenz zwischen Brutto- und Nettostrukturen nicht so gross war, weil die Differenz lediglich durch die Bundesbeiträge verursacht wurde (der Risikoausgleich wurde erst 1993 eingeführt). In den Untersuchungskantonen entsprechen die Korrelationsstärken deutlich mehr den Erwartungen.

Vergleicht man nun die mit den Prämienkarten berechneten Ergebnisse für den Kanton Zürich mit denjenigen der Schweiz, so sind einige Unterschiede augenfällig: (a) Die Stärke des Zusammenhangs ist im Kanton Zürich kleiner. (b) Die Entwicklung seit 1993 verläuft im Kanton Zürich nicht gleich linear und den Erwartungen entsprechend wie bei der Schweiz. (c) 1996 ist der Korrelationskoeffizient für die Bruttokosten im Kanton Zürich sehr niedrig und nicht signifikant von Null verschieden. (d) Die Korrelationen für die Nettokosten liegen im Kanton Zürich, hier den Erwartungen entsprechend, über denjenigen der Bruttokosten. Welche Gründe führen zu diesen Unterschieden? Zwei Ursachen scheinen uns möglich: Die Datenquellen (die BSV-Prämienkarten für Zürich im Unterschied zu den BSV-Statistikdaten für die Schweiz) und/oder andere Verhältnisse im Kanton Zürich im Vergleich zum schweizerischen Mittel.

Tabelle 45 zeigt die Korrelationskoeffizienten zwischen den Kostengrössen und den Prämien aufgrund der Prämienkarten für alle Untersuchungskantone. Verschiedene Aspekte fallen auf:

- Mehr als die Hälfte der Korrelationskoeffizienten ist nicht signifikant von Null verschieden. Besonders relevant ist dieser Umstand in den Kantonen Obwalden und Tessin. Insbesondere im Kanton Obwalden ist der Umstand darauf zurückzuführen, dass es zwar viele Versicherer gibt, aber nur sehr wenige über einen für kantonale Verhältnisse grösseren Versichertenbestand verfügen.
- Ausser in den erwähnten Kantonen und in Basel-Stadt sind alle Korrelationskoeffizienten für die Nettokosten 1997 signifikant von Null verschieden. Sie schwanken zwischen $r = 0,50$ (Bern) und $r = 0,79$ (Zürich). Die oben genannten Ergebnisse bestätigen sich insofern, als dass davon ausgegangen werden kann, dass die erwarteten Zusammenhänge immer mehr gelten und gelten werden. Allerdings darf diese Interpretation nicht überzogen werden. In sechs Kantonen (Bern, Obwalden, Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf) sind die Korrelationskoeffizienten bei den Bruttokosten zwischen 1993 und 1996 gestiegen, in drei Kantonen aber gesunken (Zürich, St. Gallen und Thurgau). Bei den Nettokosten sind die Koeffizienten nur in den Kantonen Basel-Stadt und Tessin gesunken. Dies weist darauf hin, dass das Bild kantonal keineswegs einheitlich ist.

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Tabelle 45: Korrelationskoeffizienten zwischen Bruttokosten bzw. Nettokosten und den Prämienabweichungen – Schweiz und Untersuchungskantone 1991 bis 1997 (*)

		Bruttokosten	Nettokosten
Zürich	1991	* 0,49	* 0,50
	1992	* 0,36	* 0,49
	1993	* 0,42	* 0,56
	1994	* 0,37	* 0,42
	1995	* 0,48	* 0,52
	1996	0,33	* 0,55
	1997	* 0,54	* 0,79
Bern	1991	* 0,58	* 0,57
	1992	* 0,47	0,07
	1993	0,16	0,15
	1994	0,21	0,30
	1995	0,23	0,17
	1996	* 0,52	* 0,52
	1997	* 0,56	* 0,50
St. Gallen	1991	* 0,49	* 0,40
	1992	* 0,39	* 0,45
	1993	* 0,39	* 0,50
	1994	* 0,36	* 0,44
	1995	* 0,45	* 0,34
	1996	0,32	* 0,53
	1997	* 0,57	* 0,65
Obwalden	1991	0,00	-0,01
	1992	0,10	-0,09
	1993	0,18	0,10
	1994	0,20	0,20
	1995	0,06	0,00
	1996	0,31	0,28
	1997	0,36	-0,08
Tessin	1991	* 0,53	* 0,52
	1992	0,24	0,05
	1993	0,09	0,29
	1994	0,22	0,30
	1995	* 0,38	0,28
	1996	0,26	0,22
	1997	0,26	0,28
Waadt	1991	* 0,56	* 0,54
	1992	* 0,54	* 0,55
	1993	* 0,44	* 0,61
	1994	0,29	* 0,41
	1995	0,17	0,21
	1996	* 0,56	* 0,66
	1997	* 0,54	* 0,57
Basel-Stadt	1991	0,39	* 0,43
	1992	* 0,52	* 0,45
	1993	0,22	0,27
	1994	0,12	0,13
	1995	* 0,51	* 0,47
	1996	* 0,49	* 0,55
	1997	* 0,42	0,31

Fortsetzung Tabelle 45: Korrelationskoeffizienten zwischen Bruttokosten bzw. Nettokosten und den Prämienabweichungen – Schweiz und Untersuchungskantone 1991 bis 1997 (*)

		Bruttokosten	Nettokosten
Genf	1991	0,34	0,35
	1992	0,35	0,33
	1993	* 0,39	* 0,52
	1994	0,21	* 0,46
	1995	* 0,45	* 0,55
	1996	* 0,59	* 0,64
	1997	* 0,74	* 0,57
Thurgau	1991	* 0,49	* 0,48
	1992	* 0,50	* 0,43
	1993	* 0,54	* 0,56
	1994	0,25	* 0,46
	1995	0,43	0,29
	1996	0,38	* 0,40
	1997	0,63	* 0,64
Schweiz	1991	* 0,47	* 0,50
	1992	* 0,44	* 0,64
	1993	* 0,32	* 0,61
	1994	* 0,29	* 0,67
	1995	* 0,31	* 0,58
	1996	0,21	* 0,66
	1997	* 0,41	* 0,42

* signifikant von Null verschieden

(*) Präziser: Korrelation zwischen (a) Abweichungen vom Mittelwert der Bruttokosten (Nettokosten) pro Versicherten in Prozent und (b) Abweichung vom Mittelwert der Prämien in Prozent

Quelle: BSV-Prämienkarten, Geschäftsstelle Gemeinsame Einrichtung, eigene Berechnungen

Die Analysen in diesem Unterabschnitt zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Brutto-/Nettokosten und den Prämien besteht. In Kapitel 4 haben wir gesehen, dass der Risikoausgleich zur Angleichung der Nettokosten geführt hat. Daraus kann geschlossen werden, dass er auch Anteil an der ebenfalls erfolgten Angleichung der Prämien gehabt hat. Allerdings sind die Korrelationen bei weitem nicht perfekt (d.h. $r = 1$); sie schwanken über die Zeit und sind sogar oft nicht signifikant von Null verschieden. Es besteht somit ein Rest an ungeklärter Beziehung bzw. an anderen Bestimmungsfaktoren für die Prämien.

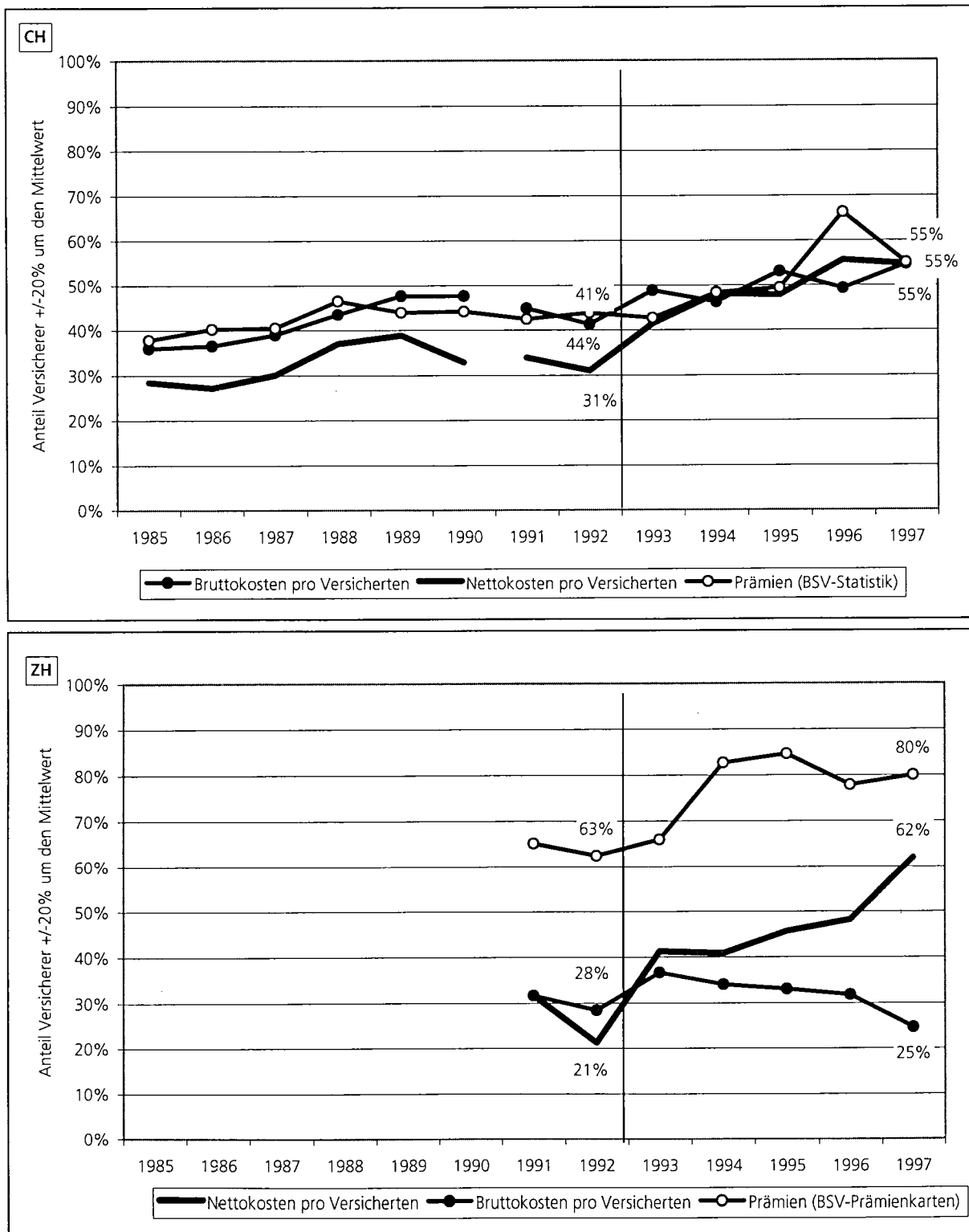
5.6. Zusammenfassung und Fazit

Die Entwicklung der Brutto-, Nettokosten und der Prämien 1985 bis 1997

Abbildung 42 (Sicht der Versicherer) und **Abbildung 43** (Sicht der Versicherten) führen die Ergebnisse von Kapitel 4 und 5 für die Schweiz und den Kanton Zürich zusammen. Dargestellt wird in der Abbildung 42 für die Schweiz und exemplarisch für den Kanton Zürich die Entwicklung derjenigen Versicherer, welche 20 Prozent um den Mittelwert lagen, sei dies bei den Bruttokosten pro Kopf, den Nettokosten pro Kopf oder den Prämien (sowohl bei den BSV-Statistikangaben wie auch bei den BSV-Prämienkarten). Abbildung 43 zeigt dieselben Zeitreihen, nun allerdings gewichtet mit den Versichertenbeständen. Betrachten wir nun die Entwicklung seit der Einführung des Risikoausgleichs. Bei den Versicherern lässt sich das Bild wie folgt zusammenfassen: Prämien und Nettokosten haben sich seit 1992 – dem Jahr vor der Einführung des Risikoausgleichs – immer mehr angeglichen. Die primär durch Wanderungen und Fusionen bestimmten Bruttoreisikostrukturen näherten sich in der Schweiz an, im Kanton Zürich gingen sie

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

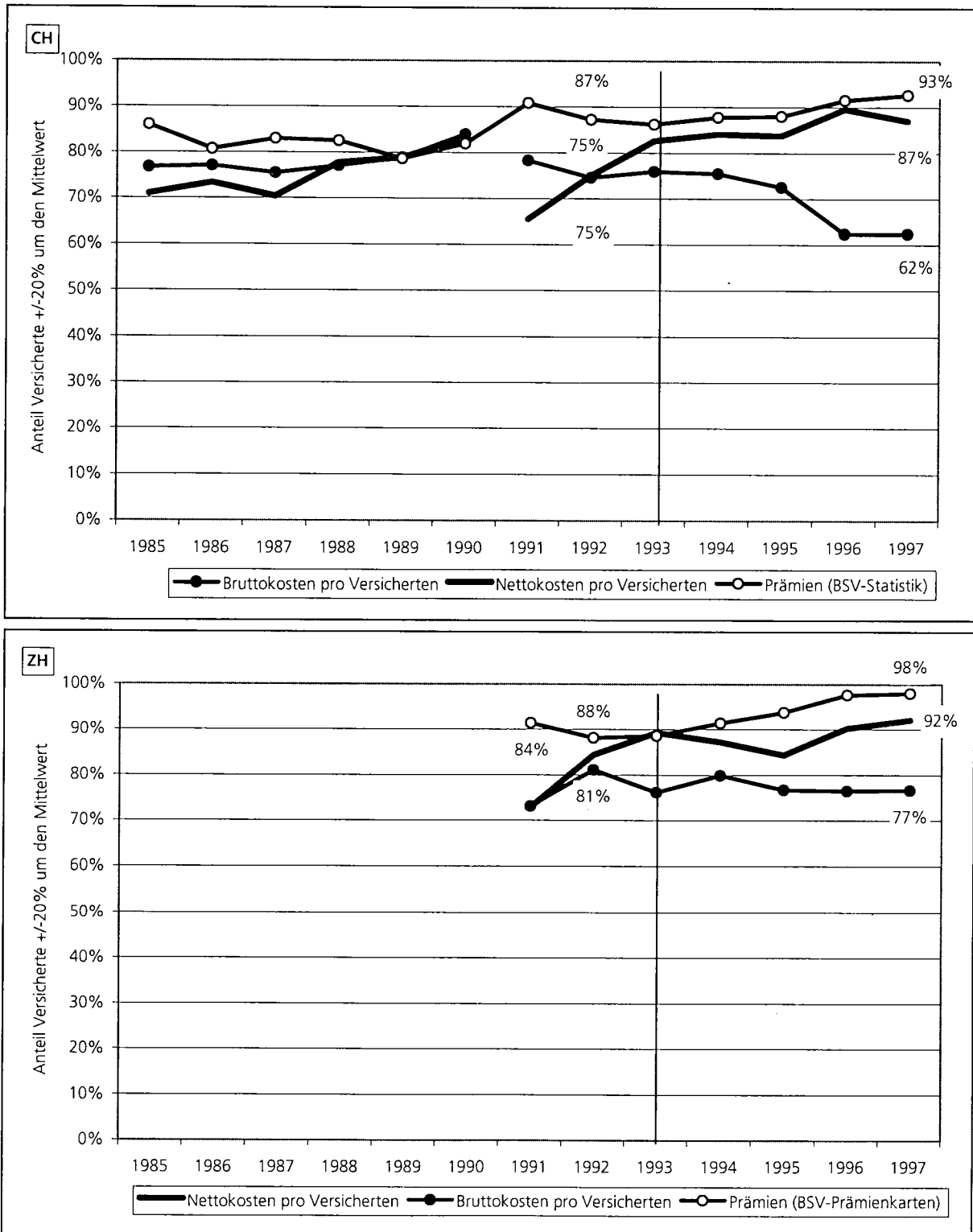
Abbildung 42: Die Entwicklung des Anteils der Versicherer mit durchschnittlichen Bruttokosten, Nettokosten und Prämien 1985 bis 1997 –Schweiz und Kanton Zürich (*)



(*) Präziser: Anteil der Versicherer, welche Bruttokosten pro Versicherten von +/- 20 Prozent um den Durchschnitt aufweisen. Analog bei den Nettokosten pro Versicherten und der Prämie pro Kopf.

Quelle: BSV-Statistikdaten, BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung, eigene Berechnungen

Abbildung 43: Die Entwicklung des Anteils der Versicherten mit durchschnittlichen Bruttokosten, Nettokosten und Prämien 1985 bis 1997 –Schweiz und Kanton Zürich (*)



(*) Präziser: Versicherte von Versicherern, welche Bruttokosten pro Versicherten von +/- 20 Prozent um den Durchschnitt aufweisen. Analog bei den Nettokosten pro Versicherten und der Prämie pro Kopf.
 Quelle: BSV-Statistikdaten, BSV-Prämienkarten (N=22 bis 1989 und N=65 ab 1990), Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung, eigene Berechnungen

auseinander. Mit einer Ausnahme zeigen sich dieselben Entwicklung bei den mit den Versicherten gewichteten Daten, allerdings auf höherem Niveau und in markanterem Ausmass. Die Ausnahme betrifft die Entwicklung der

5. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Prämien

Bruttorisikostrukturen auf schweizerischer Ebene: Im Gegensatz zur Sichtweise der Versicherer gehen sie in derjenigen der Versicherten auseinander. Wie können diese Resultate insgesamt interpretiert werden?

Aus dem letzten Kapitel wissen wir bereits, dass der Risikoausgleich das Auseinanderdriften bei den Bruttorisikostrukturen nicht aufgehalten hat, weil er für diesen Zweck auch nicht unbedingt geeignet ist (Sichtweise der Versicherten). Die Bruttorisikostrukturen gleichen sich nur dann an, wenn substantiell gewandert wird oder wenn in grossem Ausmass Fusionen auftreten, so dass Risikokollektive zusammengelegt werden. Das nächste Kapitel wird zeigen, dass die Wanderungsintensität zwar zunimmt, dass sie sich aber noch immer auf bescheidenem Niveau bewegt.

Die Angleichung der Nettorisikostrukturen haben wir erwartet, weil der Risikoausgleich einen monetären Transfer mit eben diesem Ziel darstellt. Die Angleichung ist statistisch signifikant, aber moderat. Die unterschiedliche Entwicklung des Anteils der Versicherer und Versicherten mit mittleren Kosten bei den Brutto- und Nettokosten bedeutet, dass sich die eigentlichen Risikostrukturen weiter auseinander entwickelt haben. Der Risikoausgleich verändert die Nettokosten der Versicherer derart, dass sich das Auseinanderdriften der Bruttorisikostrukturen umkehrt und sich somit die Nettostrukturen angleichen.

Die Korrelationsanalysen haben für die jüngste Zeit gezeigt, dass zwischen den Brutto- und Nettokosten und den Prämien eine je nach Kanton und Jahr mehr oder weniger enge Beziehung besteht. Für die Nettokosten ist sie in den meisten Kantonen und für die Schweiz seit 1994 enger, also einflussreicher geworden. Somit kann zweifelsfrei festgehalten werden, dass die Einführung des Risikoausgleichs über die Angleichung der Nettorisikostrukturen zu einer Angleichung der Prämienunterschiede geführt hat.

Unterstützt wurde diese Entwicklung gleichzeitig vom zwischen 1993 und 1995 geltenden dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung. Dieser Bundesbeschluss führte, ökonomisch betrachtet, mehr oder weniger einen Prämienstopp ein. Die Angleichung zwischen 1993 und 1995 kann daher stark mit dem Einfluss dieses Beschlusses erklärt werden. Welchen Anteil der Risikoausgleich insgesamt an der Angleichung ausmacht, kann nicht definitiv beurteilt werden. Unsere Einschätzung geht dahin, dass der Bundesbeschluss in seiner restriktiven Form einen grösseren Einfluss gehabt haben dürfte als der Risikoausgleich. Dieser Einfluss wird zudem nur teilweise sichtbar. Viele Versicherer passten nicht ihre Prämien an, veränderten aber den Inhalt des Grundleistungspaketes.

Fazit

Die Analysen in diesem Kapitel standen unter zwei Vorbehalten: Einerseits sind die Datengrundlagen zur Beurteilung der Entwicklung der Prämien nicht unproblematisch, andererseits wurde parallel zum Risikoausgleich ein dringlicher Bundesbeschluss in Kraft gesetzt, welcher praktisch zu einer Prämienplafonierung führte. Trotz dieser Vorbehalte zeigt sich doch ein recht deutliches Bild: Die Prämiendifferenzen, die allerdings kleiner sind als sie in der politischen Diskussion zur Zeit der Einführung des Risikoausgleichs geschildert wurden, sind unter der Einwirkung der beiden Erlasse zurückgegangen. Welcher Anteil welcher staatlichen Massnahme zuzuordnen ist, konnte nicht im Detail bestimmt werden.

Inwiefern sich in der Zukunft die Prämiendifferenzen weiter angleichen werden, muss offen bleiben. Die positive Korrelation zwischen den Nettokosten pro Versicherten und den Prämien lässt erwarten, dass sich eine weitere Angleichung der Nettostrukturen auch in einer Angleichung der Prämien niederschlagen dürfte. Ob sich allerdings die Nettostrukturen weiter angleichen werden, muss offen bleiben. Zwei Gründe deuten eher auf eine Plafonierung hin: Zum einen ist die Angleichung bereits recht weit fortgeschritten, da 90 Prozent der Versicherten bei Versicherern unter Vertrag sind, welche Nettokosten pro Versicherten von +/- 20 Prozent um den Mittelwert anbieten. Zum andern entwickelten sich die Bruttorisikostrukturen seit 1992 weiter auseinander. Ob der Risikoausgleich diesen Trend weiterhin mehr als kompensieren kann, ist unklar.

6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

An die Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen werden Erwartungen gehegt, welche in einem Spannungsverhältnis zu denjenigen stehen, die sich aus dem Übergang vom KUVG zum KVG 1996 ergeben haben. Der Gesetzeswechsel schuf für viele, vor allem ältere Versicherte durch die Einführung der vollen Freizügigkeit die Möglichkeit, zu wandern. Unter dem KUVG waren Wanderungen praktisch nur für Junge möglich gewesen. Es ist daher zu vermuten, dass die volle Freizügigkeit zu einer Zunahme der Wanderungen geführt hat. Die Erwartungen beim Risikoausgleich gehen gerade in die entgegengesetzte Richtung: Durch die Angleichung der Prämienunterschiede sollte er dämpfend auf die Wanderungen wirken. Im letzten Kapitel wurde gezeigt, dass sich die Prämienunterschiede ab 1992 tatsächlich verkleinert haben. Sind nun in der Folge die Wanderungen zurückgegangen? Welchen Einfluss nahm der Risikoausgleich auf die Wanderungen? Diesen Fragen gehen wir in diesem Kapitel nach.

Abschnitt 6.1 detailliert die zu beantwortenden Fragen. Abschnitt 6.2 erläutert das methodische Vorgehen und die Datengrundlagen. Insbesondere wird das zentrale Konzept der Wanderungsintensität eingeführt. Diese wird in ihrer Entwicklung zwischen 1986 bis 1996 in Abschnitt 6.3 analysiert.⁷⁵ Die globale Wanderungsintensität wird anschliessend in zwei Abschnitten näher betrachtet: Zuerst nach Alter und Geschlecht (6.4) und dann nach Versicherungstypen (6.5). In Abschnitt 6.6 präsentieren wir die Ergebnisse der vorgenommenen Korrelationsanalysen zwischen den Wanderungen und der Prämienhöhe und beantworten die Frage, inwiefern der Risikoausgleich einflussreich gewesen ist. Abschnitt 6.7 schliesst das Kapitel mit einem Fazit ab.

6.1. Fragestellungen

In der Projektausschreibung werden folgende zwei Fragen aufgeworfen: «(a) Lassen sich Zusammenhänge zwischen Zu- und Abwanderungen von Versicherten vor Einführung des Risikoausgleichs und der Höhe der Prämienunterschiede feststellen? (b) Gibt es Hinweise darauf, dass die altersbedingten Wanderungen zwischen den Kassen mit der Einführung des Risikoausgleichs abgenommen haben?» Methodisch wie inhaltlich ist die Frage ähnlich gelagert wie diejenige nach dem Zusammenhang zwischen Prämienunterschieden und Risikostrukturen, welche in Kapitel 5 behandelt wurde. Auch hier wären im Prinzip als Vorarbeit zwei Teilfragen zu beantworten: (a) Welche Faktoren erklären Zu- und Abwanderungen von Versicherten? (b) Welcher Erklärungsanteil kommt dabei den Prämienunterschieden zu?

Diese beiden Teilfragen können im Rahmen des Projektes nicht bearbeitet werden, weil der Bearbeitungsaufwand zu gross wäre und viele relevante Daten nicht zur Verfügung stehen. Für die weitere Analyse der eingangs gestellten Fragen muss daher von der (berechtigten) Hypothese eines relativ engen Zusammenhangs zwischen Zu-/Abwanderungen und Prämienunterschieden ausgegangen werden.

Der Zusammenhang dürfte nach Untersuchungsperioden variieren. Allerdings ist es nicht ganz einfach, die Erwartungen zu formulieren, weil sie in entgegengesetzte Richtungen gehen. So wie die eingangs formulierten Fragen lauten, gehen die politischen Erwartungen hin zu einer Abnahme der Wanderungen. Die Kausalkette kann wie folgt formuliert werden: «Die Einführung des Risikoausgleichs gleicht die Risikostrukturen an. Dadurch reduzieren sich die Prämienunterschiede. Geringere Prämienunterschiede führen zu einem geringeren Niveau der Wanderungen.» Die Erwartungen müssen allerdings vor dem Hintergrund der KUV- und der KV-Gesetzgebung gesehen werden. Vor der Einführung des KVG hinderten verschiedene Bestimmungen insbesondere ältere Versicherte daran, die Kasse zu wechseln. Moser (1993, 7f.) nennt in diesem Zusammenhang vor allem folgende vier Regelungen: (1) Es konnte ein statutarisches Höchstalter für die Aufnahme festgelegt werden. (2) Die Krankenkassen konnten ihre Tätigkeit auf einen bestimmten Personenkreis beschränken (bsp. auf eine Berufsgruppe

⁷⁵ Kapitel 6 wurde generell nicht mit den Daten von 1997 aktualisiert.

oder einen Betrieb). (3) Sie konnten Versicherungsvorbehalte (für längstens 5 Jahre) vornehmen. (4) Die Prämien konnten nach dem Eintrittsalter der Versicherten abgestuft werden. Ein Versicherungsverwechsel wurde dabei wie ein Neueintritt in die neue Kasse behandelt.

Die Entwicklung der gesetzlichen Bestimmungen legt daher die Erwartung nahe, dass vor 1996 die Wanderungsintensität generell tief war, um 1996 mit der Einführung des KVG sprunghaft anzusteigen.

Ein weiterer Aspekt darf bei der Erwartungsbildung nicht vernachlässigt werden. Die Wanderungsintensität dürfte nicht nur davon abhängen, wie gross die Prämienunterschiede sind, sondern auch vom Prämienniveau an sich. Je höher letzteres ist, desto grösser wird der Druck, sich nach Alternativen umzusehen. Da dieser Druck seit Beginn der 90er Jahre stark zugenommen hat, würden wir erwarten, dass trotz restriktiven Bedingungen unter dem KUVG die Wanderungsintensität zugenommen hat.

6.2. Methoden und Datengrundlagen

Neben einer deskriptiv-statistischen Analyse wird eine Korrelationsanalyse durchgeführt. Basis für beide Analysen sind Wanderungsangaben, welche berechnet werden müssen. Zur Verfügung stehen uns für jeden Versicherer und jedes Jahr das Total der Versichertenmonate (Quelle: BSV-Statistikdaten). Ebenfalls verfügbar sind die Versichertenmonate einerseits aufgetrennt nach Kantonen und Geschlecht, andererseits nach Alter und Geschlecht. Nicht erhältlich sind Angaben nach Kantonen *und* Alter *und* Geschlecht. Alternative Datenquellen weisen gewichtige Probleme auf und konnten daher nicht berücksichtigt werden.⁷⁶

Aus den Versichertenmonaten kann die Zu- und Abwanderung nicht exakt spezifiziert werden. Nehmen wir dazu beispielhaft einen Versicherer mit X Versicherungsmonaten im Jahr 1990 und Y Versicherungsmonaten im Jahr 1991. Die Differenz $Y - X$ entspricht dem Saldo der Zu- und Abwanderungen zwischen dem 1. Januar 1990 und dem 31. Dezember 1991. Zuwanderungen können insbesondere aus fünf Gründen resultieren: (1) Versicherte von anderen Versicherungen werden neu aufgenommen. (2) Versicherte, welche Kinder bekommen, versichern diese zusätzlich (oft bei derselben Kasse). (3) Fusionen mit einer kleineren Versicherung führen ebenfalls zu Zuwanderungen.⁷⁷ (4) Personen aus dem Ausland, die sich neu in der Schweiz aufhalten, versichern sich neu. (5) Personen, die bereits in der Schweiz waren, und nicht versichert waren, schliessen neu eine Versicherung ab. Dieser letzte Grund war nur bis Ende 1995 möglich.

Bei den Abwanderungen sind dieselben fünf Ursachen, allerdings mit gegenteiligem Vorzeichen, zu unterscheiden: (1) Todesfälle reduzieren den Versichertenbestand. (2) Der Wechsel von einer Kasse im Inland zu einer Versicherung im Ausland verkleinert die Mitgliederzahl. (3) Der Wechsel von einer zur andern Versicherung im Inland hat denselben Effekt. (4) Eine Fusion mit einer grösseren Versicherung reduziert den Bestand auf Null.⁷⁸ (5) Personen, die bereits versichert waren, lösen ihre Versicherung auf. Auch dies war nur bis Ende 1995 möglich.

Zu- und Abwanderungen müssen sich über alle Versicherer nicht entsprechen. Dies deshalb, weil sich die Zu- und Abwanderung ins Ausland, die Todesfälle und die Geburten, die Neuversicherungen bzw. Versicherungsrückzüge im Inland nicht entsprechen müssen. Im Zentrum des Interesses stehen die Abwanderungen von einer

⁷⁶ Zur Diskussion standen:

- Kassenausweise (Subventionsanträge für Bundesbeiträge der Versicherer, bis 1995): Die Altersgruppeneinteilung ist sehr grob. Die Daten sind nicht auf Datenträger verfügbar. Keine kantonalen Daten.
- Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung: Die Daten sind auf der Ebene der Altersgruppen kaum miteinander vergleichbar, weil die Risikogruppendefinitionen mehrmals geändert wurden.
- Daten aus der Evaluation der neuen Versicherungsformen: Es sind hier dieselben Vorbehalte zu machen wie sie bereits bei der Besprechung der Datengrundlage im Kapitel über die Prämien angeführt wurden.

⁷⁷ Fusionen behandeln wir - wie bereits erwähnt - folgendermassen: Die Zeitreihe der grösseren Versicherung wird weitergeschrieben.

⁷⁸ Vgl. die Bemerkungen in der vorangegangenen Fussnote.

6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Versicherung in der Schweiz zu einer anderen inländischen Kasse. Wir analysieren daher in der Folge schwerge-
wichtig die Abwanderungsdaten. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass unter den verschiedenen Abwande-
rungsgründen nicht unterschieden werden kann, und dass es sich um Nettoabwanderungen handelt: Nehmen
wir an, dass $Y < X$, womit der Versicherungsbestand in unserem Beispiel abgenommen hat. Unterstellen wir,
dass $X - Y = Z$. Z entspricht der Nettoabwanderung. Es kann durchaus sein, dass mehr Versicherte abgewandert
sind, beispielsweise U Versicherte, wobei $U > Z$. Gleichzeitig sind aber auch $U - Z = V$ Versicherte zugewandert.
Netto hat sich damit der Bestand um Z Versicherte reduziert. Die effektive Wanderung wird somit mit der Analy-
se von Z unterschätzt. Allerdings dürfte sich diese Unterschätzung im Rahmen halten, weil davon ausgegangen
werden kann, dass es kaum Versicherer gibt, welche gleichzeitig grössere Zu- und Abwanderungen zu verzeich-
nen haben.

Im Rahmen der deskriptiv-statistischen Analyse steht die Wanderungsintensität im Vordergrund. Sie berechnet
sich wie folgt:

$$\text{Intensität} = \left. \begin{array}{l} \frac{V_t - V_{t-1}}{V_{t-1}}, \quad \text{wenn } V_t \neq 0, \quad t = 1986 \text{ bis } 1996 \\ \text{keinen Wert,} \quad \text{sonst} \end{array} \right\}$$

Wobei: V Anzahl Versicherungsmonate dividiert durch 12.

Für die Abwanderungsintensität gilt $V_t < V_{t-1}$, für die Zuwanderungsintensität $V_t > V_{t-1}$. Um beispielsweise die
globale Abwanderungsintensität zu berechnen, werden nur diejenigen Versicherer, für die $V_t < V_{t-1}$ und $V_t \neq 0$
gilt, berücksichtigt. Die von all diesen Versicherern netto abgewanderten Personen werden addiert und zum
Gesamtbestand der Versicherten in Beziehung gesetzt.

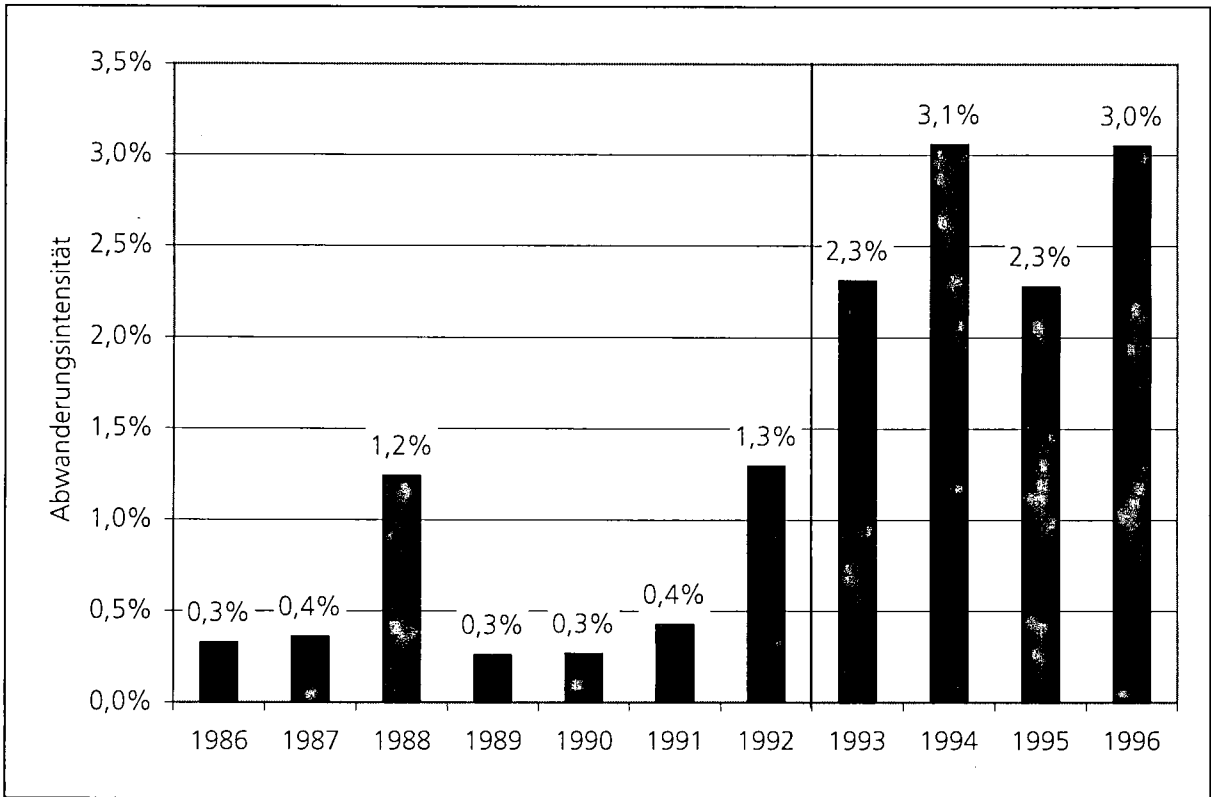
Im Bereich der inferentiellen Statistik arbeiten wir mit bivariaten Korrelationsanalysen. Die beiden Variablen sind:
(a) Die Zu- bzw. Abwanderungsintensität und (b) die prozentuale Abweichung von der durchschnittlichen Prä-
mie. Methodische Hinweise zur Interpretation der Korrelationskoeffizienten wurden bereits in Abschnitt 5.1.1.
vorgenommen.

6.3. Die Entwicklung der Wanderungsintensität 1986 bis 1996

Abbildung 44 zeigt die Abwanderungsintensität auf schweizerischem Niveau zwischen 1986 und 1996. Es las-
sen sich zwei Entwicklungsphasen deutlich voneinander trennen.

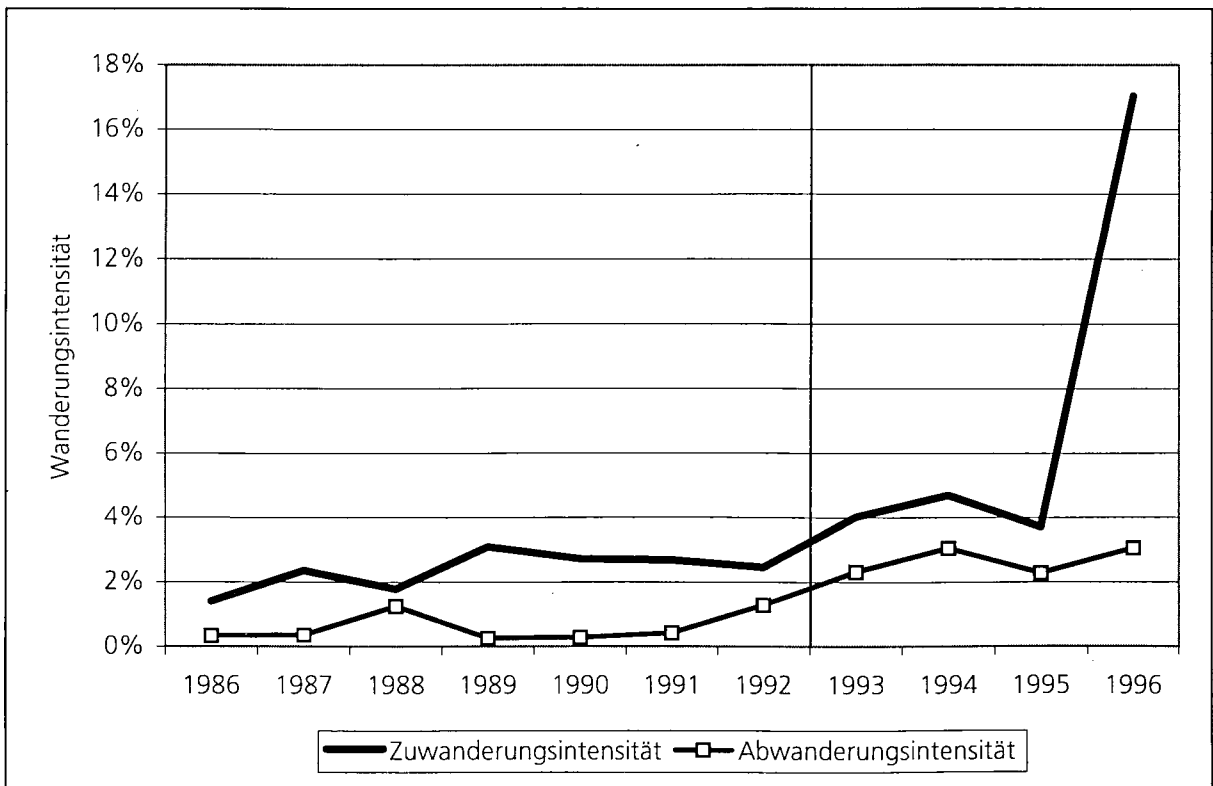
Bis 1991 – mit Ausnahme des Jahres 1988 - bewegte sich die Abwanderungsintensität auf konstant tiefem Ni-
veau von rund 0,4 Prozent. Dies bedeutet: Nimmt man in diesen Jahren diejenigen Versicherer, welche im Ver-
gleich zum Vorjahr netto eine Bestandesreduktion erfahren haben, so macht die Summe aller per Saldo abwande-
rnden Versicherten dieser «Verlierer»-Kassen lediglich rund 0,4 Prozent des Gesamtbestands der Versicherten
aus. Dies entspricht ca. 20'000 Personen.

Abbildung 44: Die Abwanderungsintensität in der Schweiz 1986 bis 1996



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Abbildung 45: Die Zu- und Abwanderungsintensität in der Schweiz 1986 bis 1996



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Aus welchen Gründen die ca. 20'000 Versicherten pro Jahr abgewandert sind, kann nicht bestimmt werden. Nach 1991 stieg die Abwanderungsintensität an, um – mit Ausnahme des Einbruchs 1995 – auf 3 Prozent zu verharren. Ganz offensichtlich entspricht diese Entwicklung nicht den theoretischen Erwartungen wie sich der Risikoausgleich hätte auswirken sollen. Es müssen also andere Gründe – trotz eingeschränkter Freizügigkeit – dazu geführt haben, dass die Abwanderungsintensität zugenommen hat. Zwei naheliegende Gründe bieten sich zur Erklärung an: (1) Anfang der 90er Jahre begannen die Billigstanbieter aggressiver aufzutreten. Es könnte durchaus sein, dass sich dieser Effekt erst zeitverzögert im allgemeinen Bewusstsein niederschlagen begann. (2) Es scheint, als habe das Prämienniveau erst zu Beginn der 90er Jahre jene «Schmerzgrenze» überschritten, welche zur Abwanderung motivierten.

1996 wanderten 3 Prozent oder 218'510 Personen ab. Erwähnenswert ist besonders die ausgebliebene überproportionale Zunahme der Intensität gegenüber dem Vorjahr 1995. Mindestens zwei Gründe scheinen für diese Entwicklung ursächlich gewesen zu sein: (1) Im ersten Jahr unter dem neuen Gesetz waren die Versicherten noch verunsichert über die Funktionszusammenhänge des Erlasses. Dies dürfte sich in den Folgejahren ändern. (2) Die Kündigungstermine der Grund- und der Zusatzversicherung fallen im Normalfall auseinander. Ein Versicherungswechsel bringt somit für die Versicherten einige Umständlichkeiten. Diese könnten eine abschreckende Wirkung entfaltet haben.⁷⁹

Abbildung 45 vergleicht die Abwanderungs- mit der Zuwanderungsintensität für die Schweiz zwischen 1986 und 1996. Den Erwartungen entsprechend liegt die Zu- über der Abwanderungsintensität. Bei den Zuwanderungen spielt insbesondere das Bevölkerungs- und damit das Versichertenwachstum eine gewichtige Rolle. Zwischen 1985 und 1996 nahm die Zahl der in der Schweiz Versicherten um 743'787 Personen zu. Augenfällig ist der enorme Sprung der Zuwanderungsintensität 1996. Er ist auf die Fusion verschiedener Versicherer zur VISANA bzw. zur SWICA zurückzuführen. Wie in den methodischen Ausführungen erwähnt, schlagen sich Fusionen bei dem grössten der fusionierenden Partner als Zuwachs nieder.

Wie sieht die Entwicklung der Abwanderungsintensität in den neun Untersuchungskantonen aus? **Abbildung 46** dokumentiert die Ergebnisse (zu beachten: unterschiedliche Skalierungen; **Anhang E** dokumentiert für alle Kantone die Ab- und Zuwanderungsintensitäten). Im grossen und ganzen wird die schweizerische Entwicklung bestätigt. Mehrere interessante Aspekte lassen sich aber dennoch festhalten:

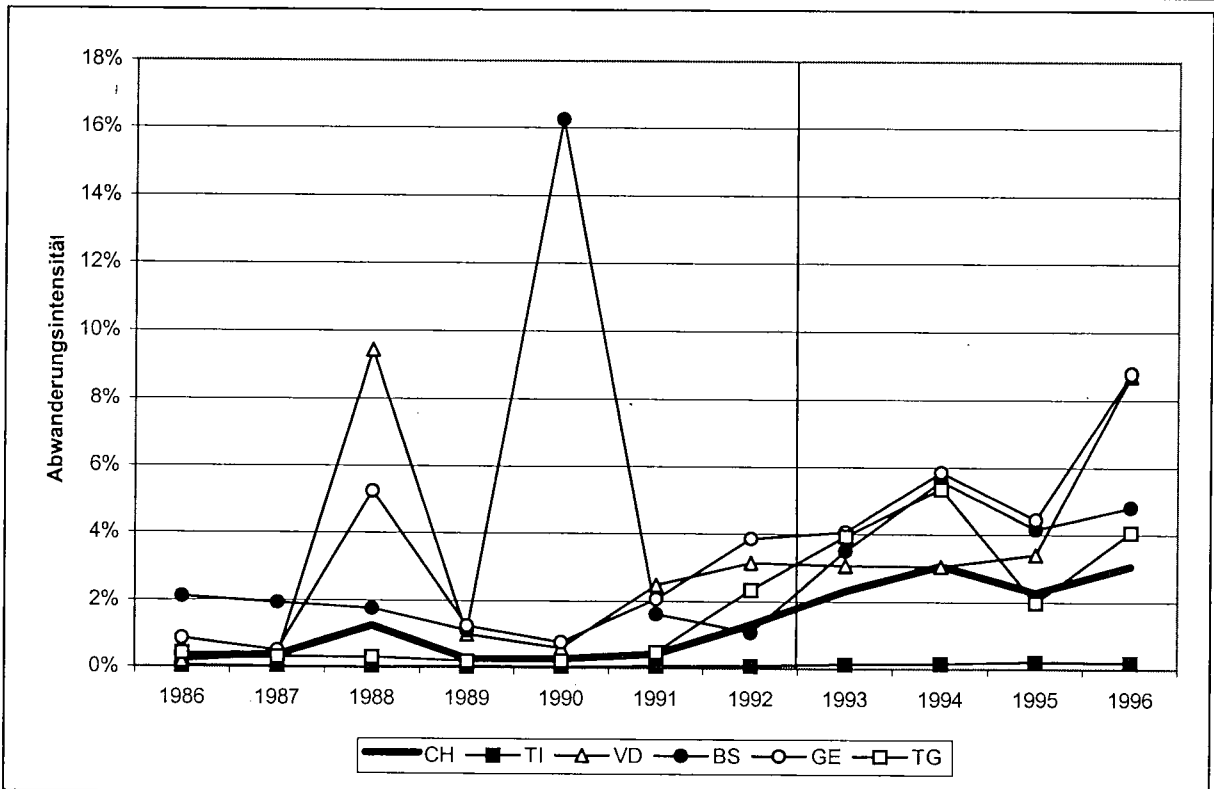
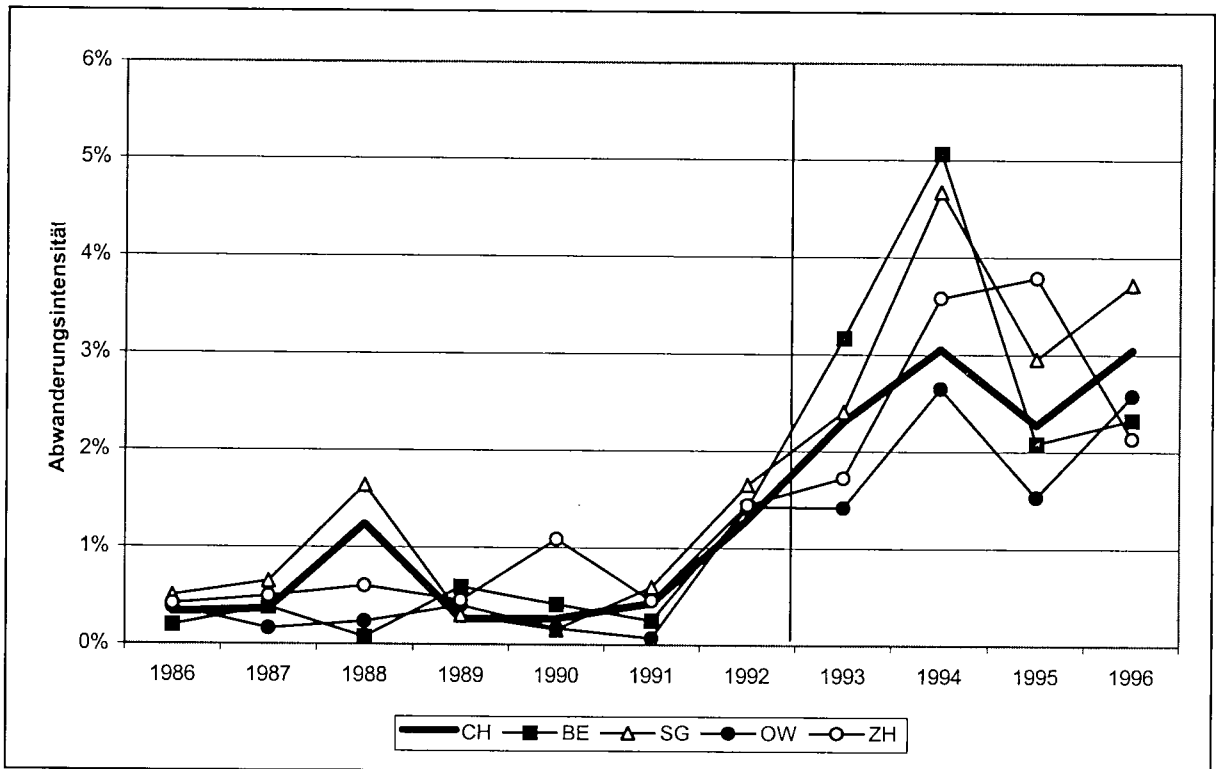
■ In einigen Kantonen liegt die Abwanderungsintensität generell höher: Waadt, Basel-Stadt und Genf. In allen drei Fällen handelt es sich um Kantone mit einem überdurchschnittlichen Kostenniveau.⁸⁰ Erstaunlicherweise weicht der Kanton Tessin, der ebenfalls zu den «teureren» Kantonen zählt, klar von diesem Muster ab. Die Abwanderungsintensitäten sind konstant sehr tief. Dieser Unterschied kann eigentlich nur mit spezifischen Regelungen der Versicherer im Tessin und/oder einer anderen Wanderungskultur erklärt werden. Neben dem Kanton Tessin liegt die Intensität nur noch im Kanton Obwalden unter dem schweizerischen Schnitt.

■ In der Schweiz sinkt die Intensität zwischen 1994 und 1995, um 1996 wieder anzusteigen. Diese Entwicklung machen alle Kantone mit Ausnahme des Tessins und der Waadt ebenfalls mit.

⁷⁹ In der Praxis scheint es gemäss Aussagen des BSV so zu sein, dass die Versicherer bei unterschiedlichen Kündigungsterminen von Grund- und Zusatzversicherung sehr kulant sind.

⁸⁰ Es mag erstaunen, dass mehr Untersuchungskantone über als unter dem Durchschnitt liegen. Kann dies überhaupt sein? Es ist zu beachten, dass die Summe der Wandernden in den Kantonen nicht die Wandernden in der Schweiz ergibt. Dies hat folgenden Grund: Gewisse Veränderungen saldieren sich auf schweizerischer Ebene automatisch. Wenn beispielsweise in Kanton Y 1000 Versicherte von Versicherung A zu B wechseln und im gleichen Jahr in Kanton Z 1000 Versicherte den umgekehrten Weg gehen, so ergibt sich auf schweizerischer Ebene keine Veränderung, weil sich die Zu- und Abwanderungen bei beiden Versicherern aufheben (Brutto- vs. Nettowanderung). Es gilt: Je differenzierter die Gruppenbildung, desto grösser die absolute Zahl der wandernden Versicherten.

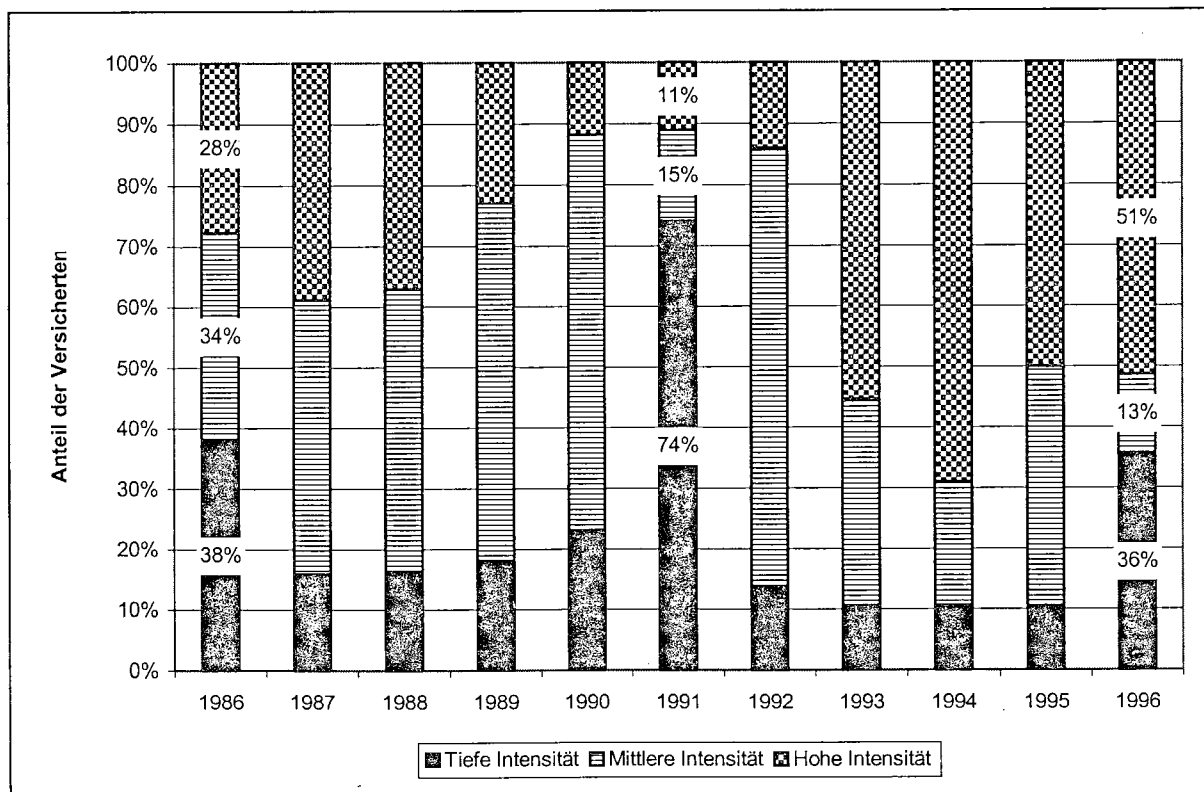
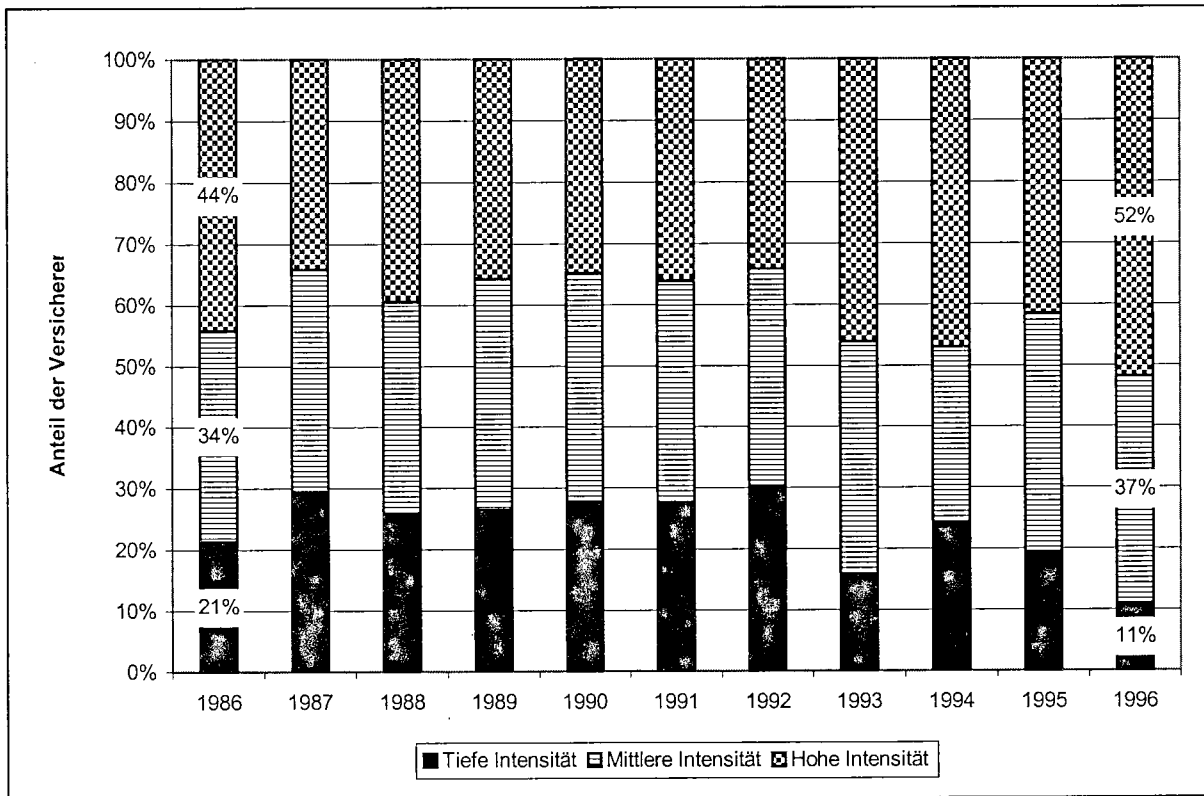
Abbildung 46: Die Abwanderungsintensität in den Untersuchungskantonen 1986 bis 1996



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Abbildung 47: Die Abwanderungsintensität in der Schweiz nach drei Gruppen von Wanderungsintensitäten - 1986 bis 1996



«tief»: bis 1 Prozent, «mittel» 1 bis 2,5 Prozent, «hoch» über 2,5 Prozent
 Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

- In den Kantonen Basel-Stadt (1990) und Waadt (1988) sind zwei Ausreisserjahre mit sehr hohen Wanderungsintensitäten zu beobachten. Nachprüfungen ergaben, dass es sich in beiden Fällen tatsächlich um grössere Abwanderungen bei einem einzelnen Versicherer, der aber in der Folge weiterexistierte, handelte.
- Abgesehen von den erwähnten Ausreissern beobachten wir die grössten Abwanderungsintensitäten in den Kantonen Genf und Waadt für das Jahr 1996 (8,7 Prozent).

Betrachten wir die Wanderungsintensitäten nach Versicherer, so drängt sich eine Gruppenbildung auf: Eine Abwanderungsintensität bis 1 Prozent gilt als «tief», eine zwischen 1 und 2,5 Prozent als «mittel» und eine über 2,5 Prozent als «hoch». **Abbildung 47** zeigt für die Schweiz die Verteilung der Versicherer und der Versicherten auf die drei Wanderungsintensitätsstufen zwischen 1986 und 1996. Betrachten wir die Verteilung der Versicherer auf die verschiedenen Kategorien, so lässt sich feststellen, dass die Verteilung bis 1992 ziemlich konstant blieb (ca. 20 Prozent «tief», 35 Prozent «mittel» und 45 Prozent «hoch»). Seit 1993 nimmt der Anteil der Versicherer mit hoher Wanderungsintensität auf Kosten derjenigen mit tiefer Intensität zu (bis auf 52 Prozent). Darin spiegelt sich die generelle Zunahme der Wanderungsintensität seit 1992.

Gewichten wir die Versicherer mit ihren Versichertenbeständen, so ergibt sich grundsätzlich eine gleiche Tendenz, allerdings mit einigen Modifikationen. Auch hier nimmt der Anteil der Versicherten, welcher bei einer Versicherung mit hoher Wanderungsintensität unter Vertrag ist, von 28 Prozent (1986) auf 51 Prozent (1996) zu. Dies allerdings mit zwischenzeitlich markanten Schwankungen. 1991 betrug der Anteil nur 11 Prozent.⁸¹ Im Unterschied zu den Versicherern ging hier die Entwicklung zu Lasten der Versicherten bei Kassen mit mittleren Wanderungsintensitäten. **Anhang E** dokumentiert die Abwanderungsintensitäten nach Intensitätsstufen für alle Untersuchungskantone

6.4. Die Wanderungsintensität nach Alter und Geschlecht

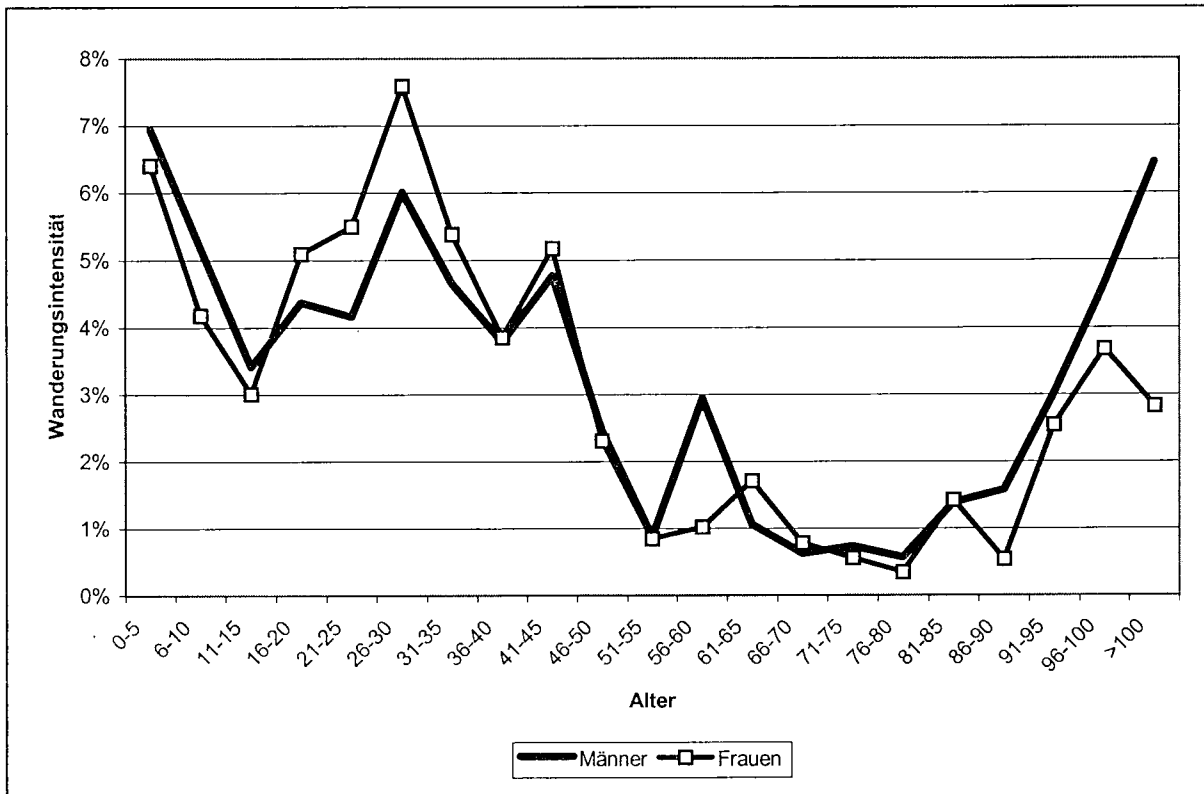
Die Abwanderungsintensität unterscheidet sich stark nach dem Lebensalter, etwas weniger stark nach Geschlecht (vgl. **Abbildung 48**). 1996 ergaben sich drei Lebensphasen mit höheren Abwanderungsintensitäten: Kinder zwischen 0 und 5 Jahren, Erwachsene zwischen 16 und 45 und ältere Menschen über 95 Jahre. Die Abwanderung der Kinder ist einerseits durch diejenige ihrer Eltern bedingt, andererseits durch die Kindersterblichkeit. Die überdurchschnittliche Abwanderung bei den Ältesten ist ausschliesslich sterblichkeitsbedingt. Die verfügbaren Daten lassen es nicht zu, die Abwanderungen mit den Todesfällen zu bereinigen. Aus der Sicht des Risikoausgleichs ist daher die mittlere Gruppe, die 16 bis 45jährigen, interessant. Die Abwanderungsintensität der Frauen lag in diesem Alterssegment immer über derjenigen der Männer. Bei den Männern ergab sich im Gegensatz zu den Frauen in der Gruppe «56 bis 60 Jahre» nochmals ein deutlicher Anstieg der Wanderung. Über alle Altersgruppen hinweg ist die Abwanderungsintensität bei den Männern etwas grösser als diejenige der Frauen. Die abwanderungsfreudigste Gruppe waren bei beiden Geschlechtern die 26 bis 30jährigen.

Abbildung 49 zeigt, dass sich das Wanderungsverhalten nach dem Lebensalter erstaunlicherweise zwischen 1991 und 1996 doch recht deutlich verändert hat. Wir wählten drei Jahre zur Analyse aus: 1991, 1995 und 1996. 1991 ist ein typisches Jahr für die Zeit vor dem Risikoausgleich und eine niedrige Abwanderungsintensität (0,4 Prozent). 1995 war der Risikoausgleich bereits zwei Jahre in Kraft, es galt aber noch

⁸¹ Hauptgrund für diese Schwankung ist der Umstand, dass drei grosse Versicherer 1990 aufgrund von fehlenden Daten nicht eingestuft werden konnten. 1991 ergab sich eine Einstufung in eine «tiefe Intensität», welche bereits im darauffolgenden Jahr wieder änderte.

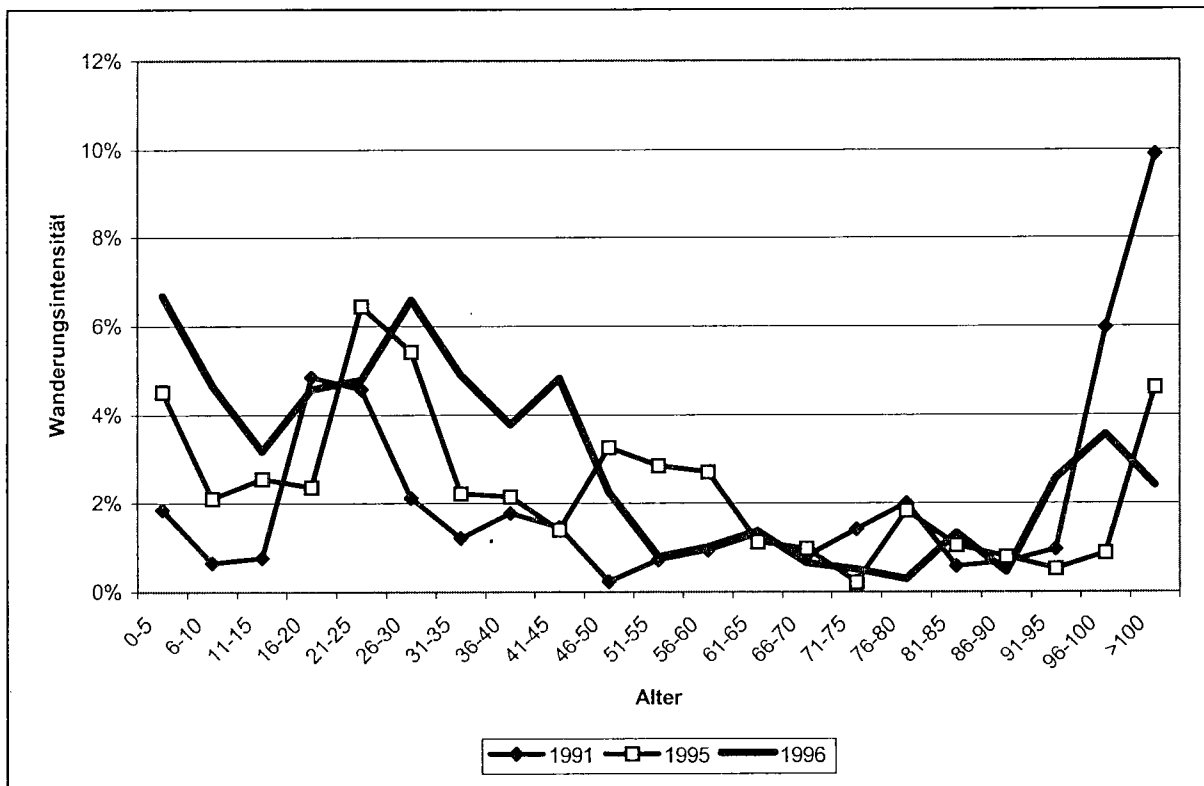
6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Abbildung 48: Die Abwanderungsintensität nach Alter und Geschlecht – 1996 Schweiz



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Abbildung 49: Die Abwanderungsintensität nach Alter – 1991, 1993 und 1996 Schweiz



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

das alte Gesetz und dennoch war das Abwanderungsniveau bereits höher (2,3 Prozent). 1996 schliesslich wurde ausgewählt, weil es das erste und einzig verfügbare Jahr unter dem neuen Gesetz ist.

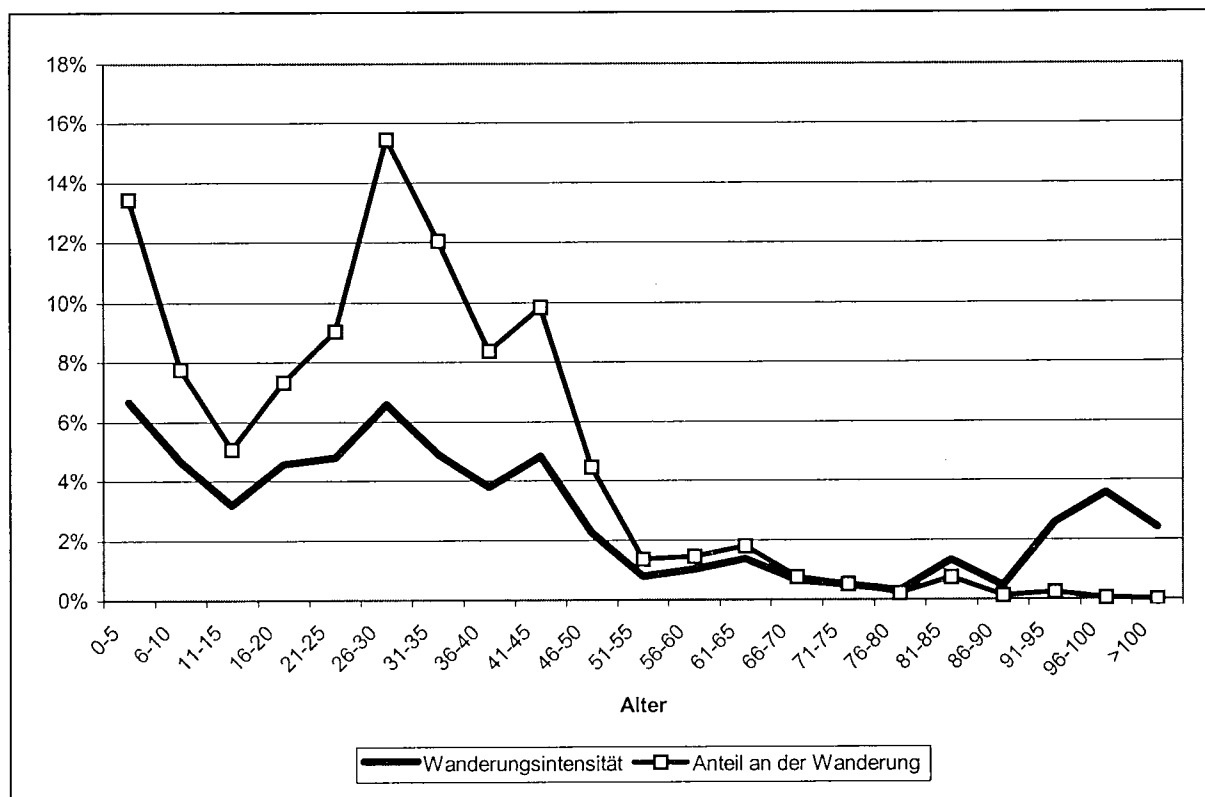
Die Gruppe mit der grössten Wanderungsintensität wurde zwischen 1991 und 1996 immer älter: 1991 waren es die «16 bis 20jährigen», 1993 die «21 bis 25jährigen» und 1996 – wie erwähnt - die «26 bis 30jährigen». In früheren Jahren sank die Wanderungsintensität nach dem Erreichen des 35. Altersjahres rasch ab. 1996 blieb die Intensität bis zu den 45jährigen relativ hoch. Im Unterschied zu 1996 ergab sich 1995 nebst den Jungen bei den 46 bis 60jährigen noch eine zweite Wanderungsbewegung. 1991 beschränkte sich die Wanderungsbewegung auf die 16 bis 25jährigen.

Der Anstieg der Wanderungsintensität ging somit einher mit einer Ausdehnung der Altersgruppen, welche an der Wanderung teilnehmen. Waren es früher nur wenige ganz junge, so wandern heute die 16 bis 45jährigen. Somit ergibt sich global eine höhere Wanderungsintensität.

Die Wanderungsintensität berechnet sich aus der entsprechenden Altersgruppe. Wenn wir nun aber alle, welche abwandern, zusammennehmen, dann stellt sich die Frage, welche Altersgruppen am meisten zur Wanderung beiträgt. **Abbildung 50** zeigt für 1996, dass sich an der grundsätzlichen Verteilung, welche durch die Intensitäten gegeben wird, nur wenig ändert.⁸² Erwartungsgemäss tragen die über 50jährigen kaum mehr zur Wanderung bei, weil sowohl die Intensitäten tief liegen wie auch die Bestände – vor allem in den hohen Alterskategorien – abnehmen. Aggregiert man die Altersgruppen der «16 bis 45jährigen» und der «0 bis 15jährigen» so erhält man eine Gruppe von Personen, welche 88 Prozent aller Abwandernden ausmacht. Die aggregierte Gruppe besteht mehrheitlich aus Familien und jungen Erwachsenen ohne Kinder.

⁸² Der Korrelationskoeffizient zwischen beiden Reihen beträgt $r = 0,99$.

Abbildung 50: Abwanderungsintensität und Anteil an den Abwandernden nach Alter – 1996 Schweiz



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

6.5. Von wo nach wo wird gewandert?

Von wo nach wo wird gewandert? Welche Versicherungen wachsen, welche verlieren Versicherte? **Tabelle 46** dokumentiert, dass 38 Prozent aller Versicherer, welche 52 Prozent der Versicherten abdecken, zu den Verlierern gehören. Weiter ist ersichtlich, dass sowohl die meisten Gewinner wie auch Verlierer eine Grösse von «1'000 bis 10'000» Mitgliedern haben. Sie machen je rund 45 Prozent aller Verlierer- bzw. Gewinner aus. Allerdings ist ihr Gewicht, gemessen an ihren Beständen, bescheiden. Tabelle 46 macht deutlich, dass die Mehrheit der Versicherer in allen Grössenklassen zu den Wanderungsgewinnern gehört. Dafür kann es mehrere Erklärungen geben. Zunächst ist festzuhalten, dass bereits der Zuwachs um eine Person eine Versicherung zu einem Gewinner macht. Auch Bagatellzunahmen fliessen daher ein. In den 128 Versicherungen, welche weniger als 100'000 Mitglieder haben, sind insgesamt nur 16 Prozent der Versicherten versichert. Die Aufteilung in Gewinner- und Verlierer-Kassen unterliegt daher auch einer gewissen Zufälligkeit. Allerdings ist erstaunlich, dass sich dennoch bei den ersten drei Grössenklassen recht stabile Verhältnisse von 2/3 Gewinnerkassen und 1/3 Verliererkassen ergibt. Als Interpretation bleibt daher wohl nur die Möglichkeit, dass in diesen Grössenklassen ein vergleichbarer Anteil der Versicherer strukturschwach ist.

Aus Tabelle 46 ist nicht ersichtlich, wie gross der Wanderungsverlust bzw. –gewinn für die einzelnen Kassen ist. Abbildung 51 zeigt für die Jahre 1991, 1995 und 1996 die Zu- und Abwanderungsintensität derjenigen Versicherer, welche eine «starke» Veränderung von über 2,5 Prozent des Bestandes zu verzeichnen hatten, nach der Grösse der Kassen.

Tabelle 46: Abwanderungsverlierer und Abwanderungsgewinner – 1996 Schweiz

	Grösse der Versicherung				Total
	0-1'000	1'000-10'000	10'000-100'000	über 100'000	
Versicherer					
Verlierer-Kassen	12	26	9	7	54
Gewinner-Kassen	25	39	17	8	89
Total	37	65	26	15	143
Verlierer-Kassen	8%	18%	6%	5%	38%
Gewinner-Kassen	17%	27%	12%	6%	62%
Total	26%	45%	18%	10%	100%
Verlierer-Kassen	22%	48%	17%	13%	100%
Gewinner-Kassen	28%	44%	19%	9%	100%
Total	26%	45%	18%	10%	100%
Verlierer-Kassen	32%	40%	35%	47%	38%
Gewinner-Kassen	68%	60%	65%	53%	62%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
Versicherte					
Verlierer-Kassen	5901	90735	325348	3349943	3771927
Gewinner-Kassen	13792	135736	565537	2706348	3421413
Total	19693	226471	890885	6056291	7193340
Verlierer-Kassen	0%	1%	5%	47%	52%
Gewinner-Kassen	0%	2%	8%	38%	48%
Total	0%	3%	12%	84%	100%
Verlierer-Kassen	0%	2%	9%	89%	100%
Gewinner-Kassen	0%	4%	17%	79%	100%
Total	0%	3%	12%	84%	100%
Verlierer-Kassen	30%	40%	37%	55%	52%
Gewinner-Kassen	70%	60%	63%	45%	48%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

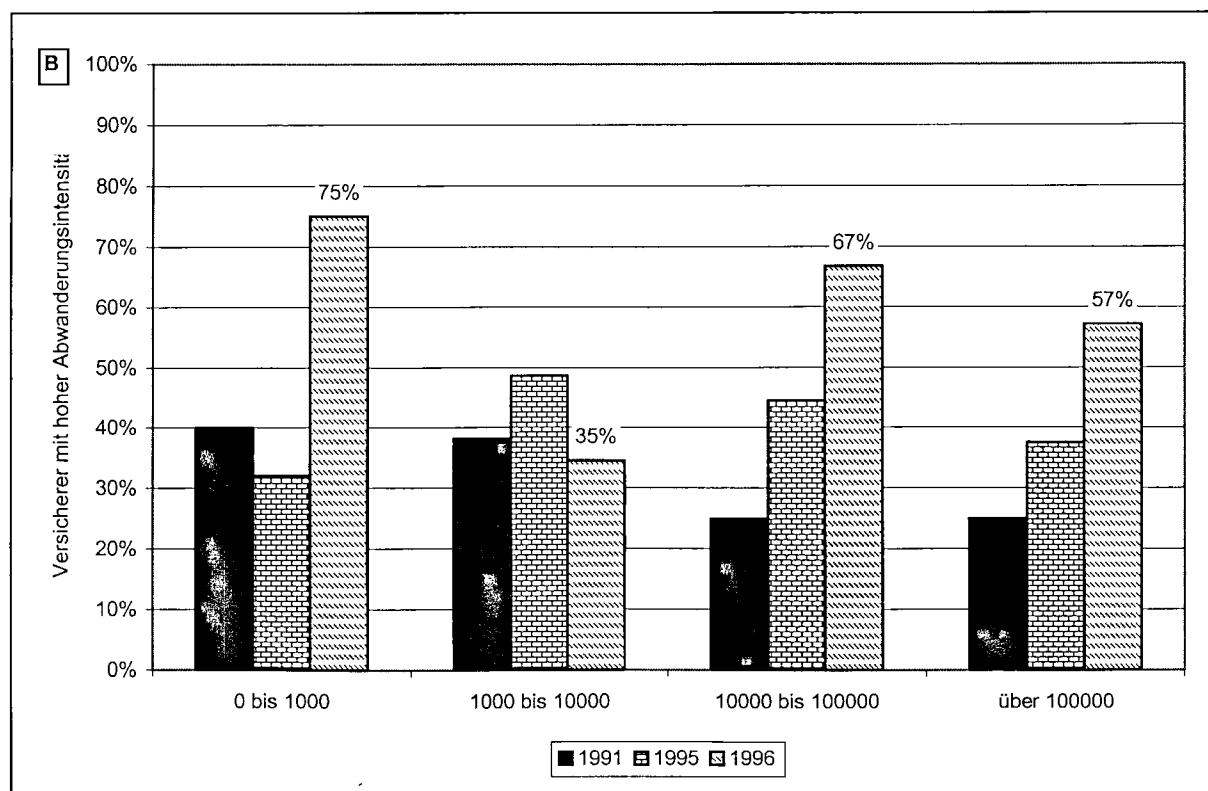
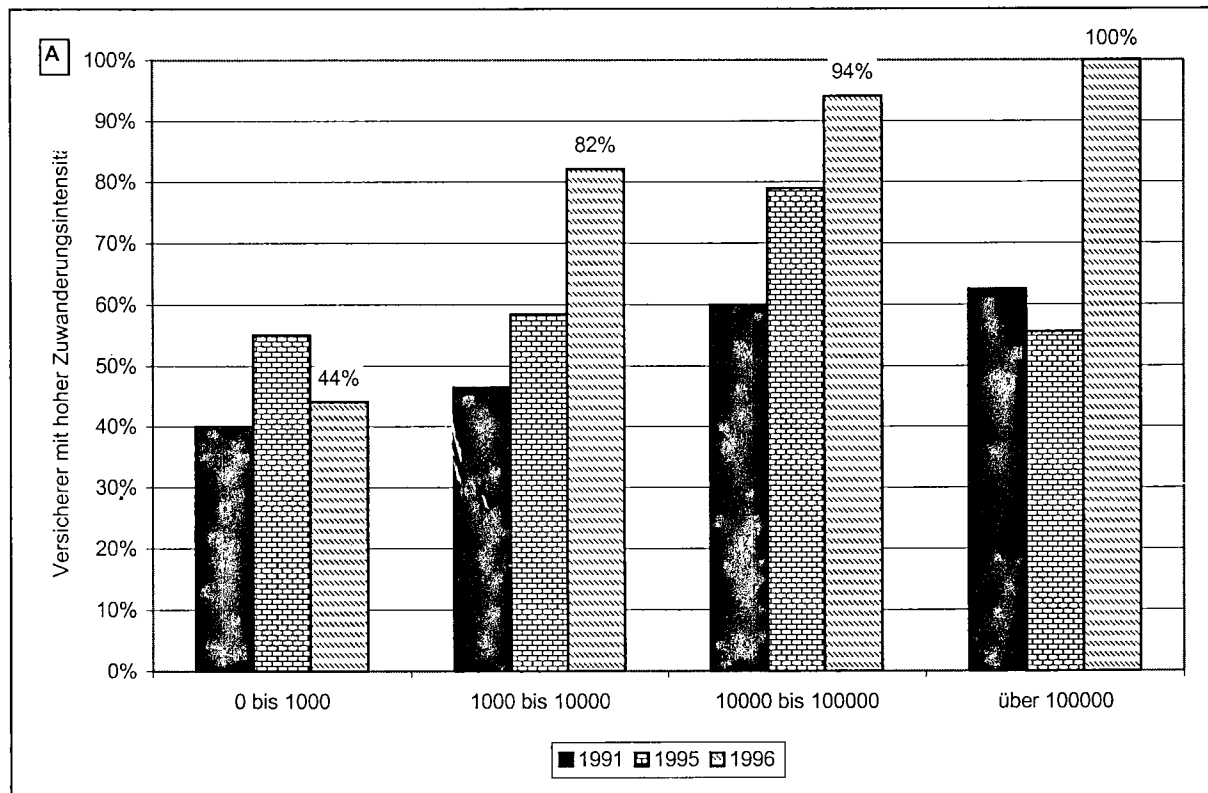
Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Abbildung 51a zeigt zunächst einmal, dass der Anteil der Versicherer mit hoher Zuwanderungsintensität zwischen 1991 und 1996 zugenommen hat. Bei den Kassen «10'000 bis 100'000 Mitgliedern» stieg er beispielsweise von 60 Prozent (1991) auf 94 Prozent (1996). Weiter wird deutlich, dass der Anteil der Versicherer mit hoher Zuwanderungsintensität mit zunehmender Grösse zunimmt. 1996 betrug er bei den acht Gewinner-Versicherern mit mehr als 100'000 Mitgliedern sogar 100 Prozent. Dies bedeutet, dass alle acht grossen Versicherer, die zu den Gewinnern zählten, ihren Bestand 1996 um mindestens 2,5 Prozent erhöhen konnten. Bei den sieben grossen Versicherern, welche Verlierer waren, zeigte sich nicht dasselbe Bild (vgl. Abbildung 51b). Lediglich 57 Prozent der grossen Verlierer wiesen Abwanderungen von mehr als 2,5 Prozent des Bestandes auf. Die anderen hatten moderatere Verluste. Die Versicherergruppen «bis 1000 Mitglieder» und «10'000 bis 100'000» Mitglieder wiesen grössere Anteile von Versicherern mit hohen Abwanderungsintensitäten auf.

Die Ergebnisse in Tabelle 46 und Abbildung 51 lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Gewinner-Versicherer mit einer Grösse von mehr als 10'000 Mitgliedern (1996 25 Versicherer) konnten ihre Bestände nahezu alle um 2,5 und mehr Prozent erhöhen. Sie wuchsen insgesamt netto um 1,2 Millionen Personen. Es ist zu berücksichtigen, dass auch Fusionen beim grössten Fusionspartner als Zuwanderungen registriert wurden.

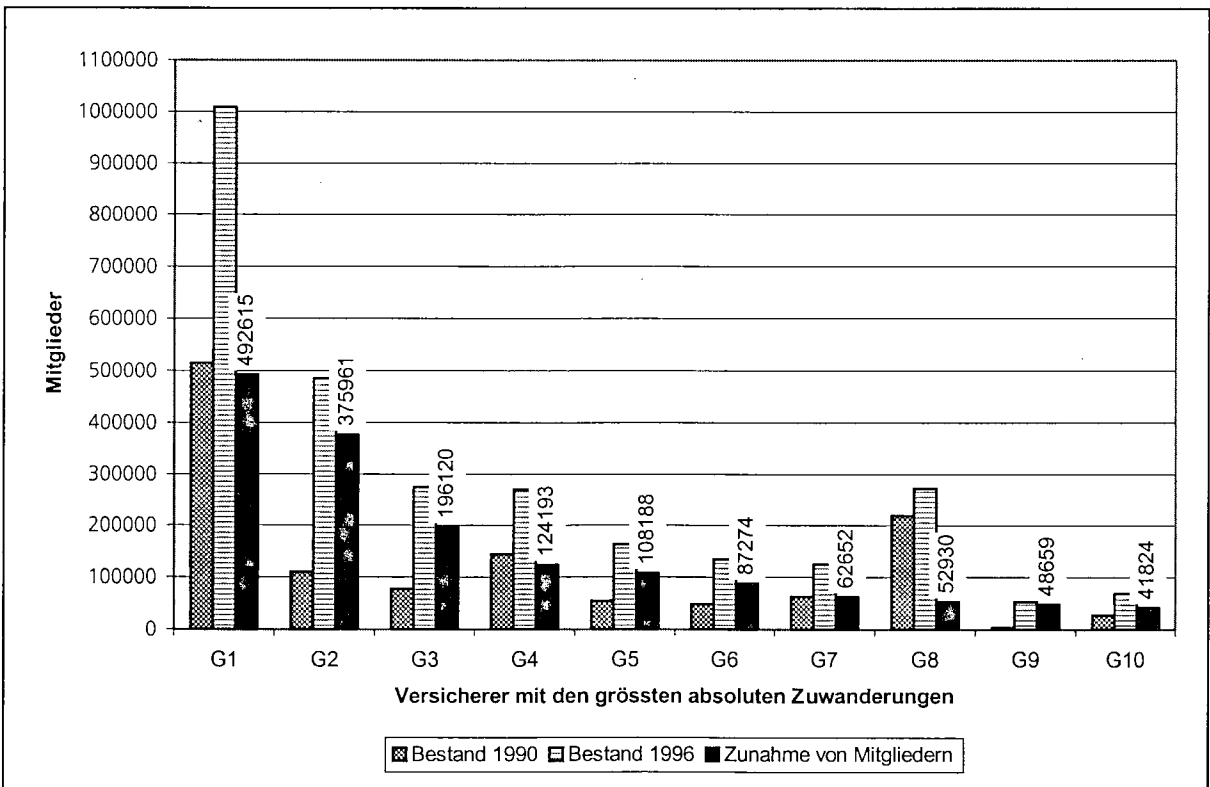
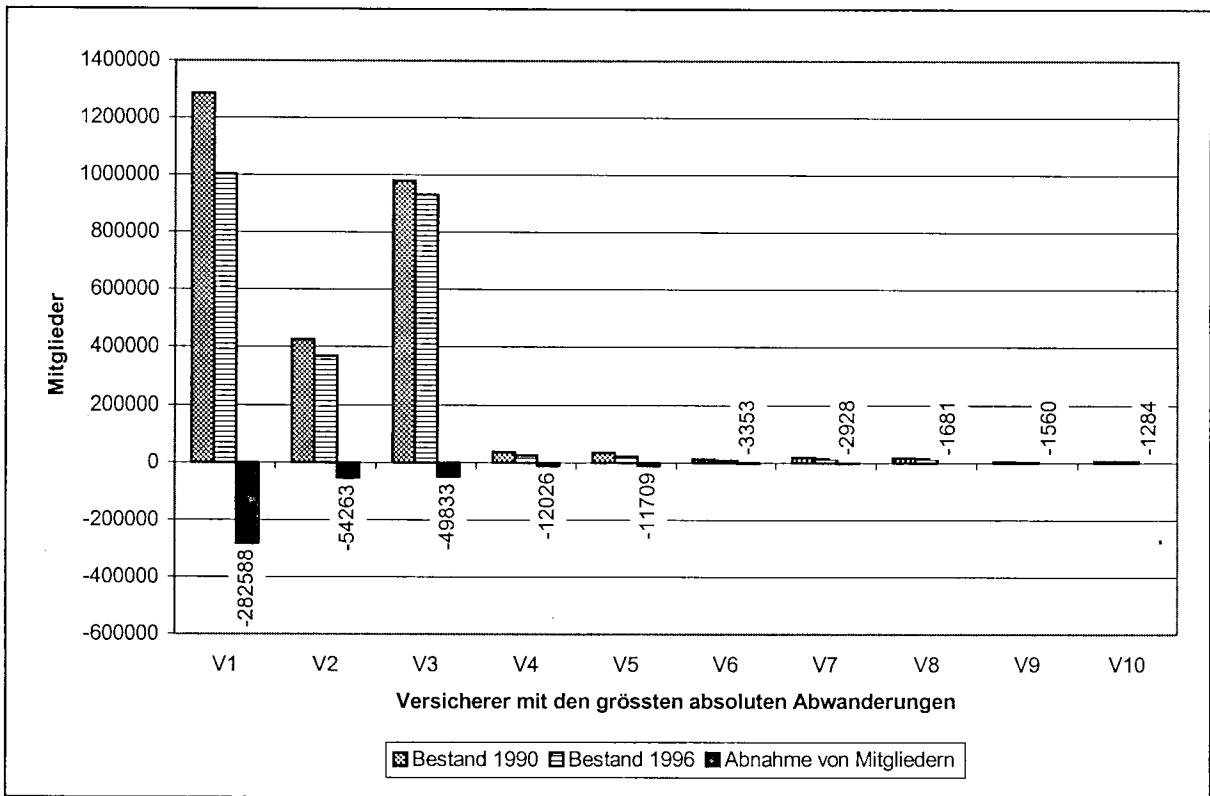
6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Abbildung 51: Anteile der Versicherer mit hoher Zu- und Abwanderungsintensitäten – 1991, 1995 und 1996, Schweiz, nach Grösse der Versicherung



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Abbildung 52: Die 10 grössten Verlierer- und Gewinnerversicherer zwischen 1990 und 1996



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Woher kommen die Versicherten? Die 218'510 Versicherten, welche gesamtschweizerisch betrachtet 1996 eine Versicherung verliessen (ohne dass die Versicherung die Geschäftstätigkeit aufgegeben hatte oder fusionierte), kamen hauptsächlich von den 16 Verlierer-Versicherern derselben Grösse (10'000 und mehr Mitglieder). Die Wanderung 1996 entsprach demnach einerseits einer Umverteilung innerhalb der grossen und grösseren Versicherer (218'510 Versicherte) und andererseits einem Wachstum durch Fusionen (rund 1 Million Versicherte).

Wie gross waren die absoluten Verluste bzw. Gewinne für die 10 Versicherer, welche zwischen 1990 und 1996 am meisten Versicherte verloren bzw. gewannen? **Abbildung 52** zeigt die Ergebnisse. Die 10 Versicherer, welche in dieser Zeitspanne absolut am meisten Versicherte verloren, verzeichneten zusammen Verluste von 421'225 Versicherten. Beim grössten Verlierer reduzierte sich dabei der Bestand um 282'588 Personen (62 Prozent der Verluste der 10 grössten Verlierer). Die drei grössten Verlierer mussten gemeinsam 92 Prozent aller Verluste der 10 grössten Verlierer einstecken. Es waren drei Grossversicherungen. Die sieben weiteren Verlierer hatten alle Bestände von unter 40'000 Mitgliedern.

Bei den 10 Gewinnern mit den in absoluten Zahlen grössten Zunahmen gibt es nicht eine ganz so schiefe Verteilung. Es ist dabei allerdings zu beachten, dass bei den beiden grössten Gewinnern Fusionen die Hauptursache der Zunahmen darstellten. Die anderen Versicherer konnten Zuwanderungen aus den anderen, in Abschnitt 6.2 erwähnten Gründen verzeichnen. Im Durchschnitt konnten die zehn Gewinner ihren Bestand in den sechs Jahren mehr als verdoppeln.

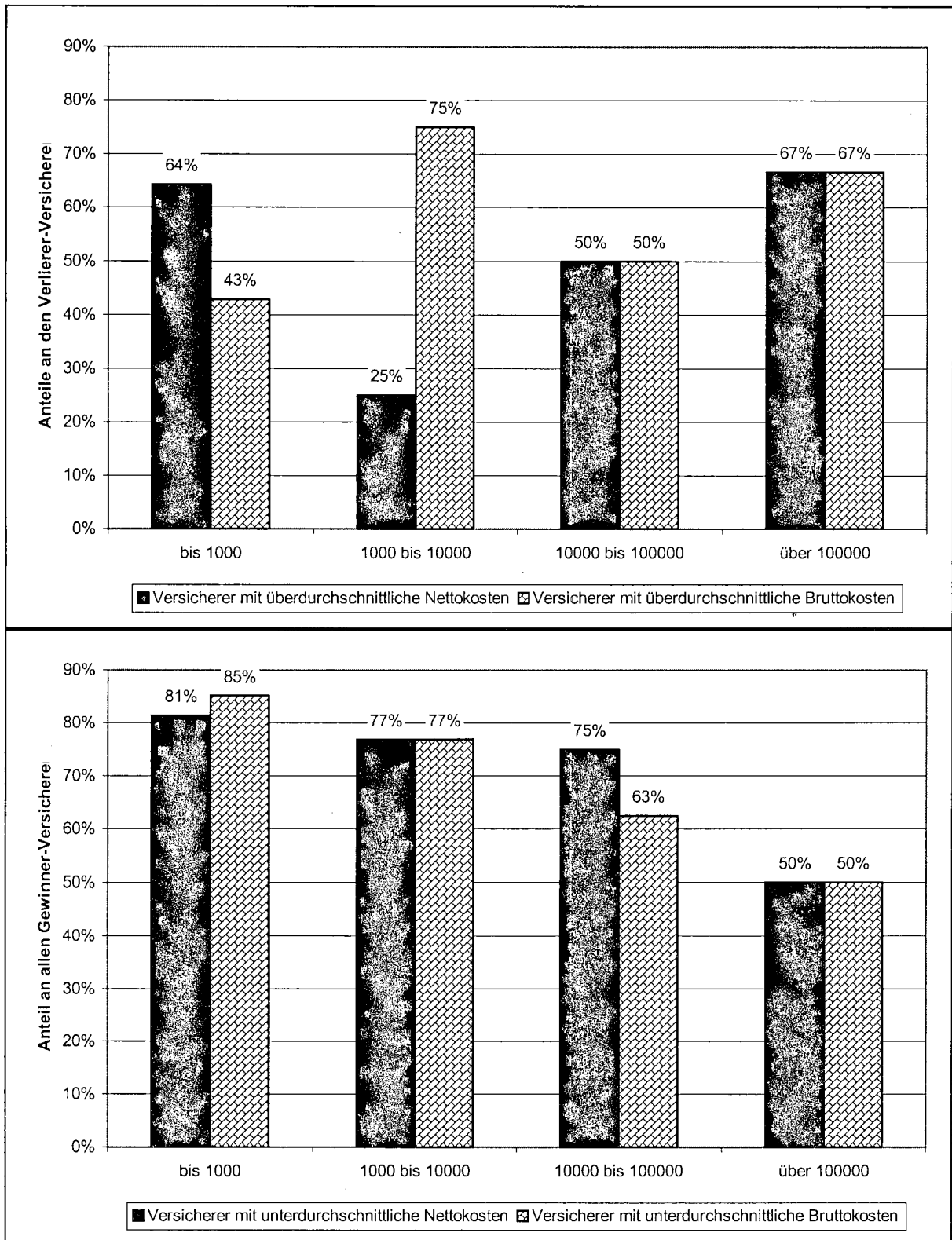
Wir würden erwarten, dass alle Verlierer überdurchschnittliche und alle Gewinner unterdurchschnittliche Kosten pro Kopf der Versicherten aufweisen (der engere Zusammenhang zwischen Prämien und Wanderungen wird im nächsten Abschnitt behandelt). **Abbildung 53** zeigt beispielhaft für den Kanton Zürich, dass diese Erwartung nur zum Teil richtig ist. Es wurde wiederum ein Kanton zur Illustration ausgewählt, weil sich bei den Brutto- und Nettokosten auf schweizerischer Ebene Verzerrungen ergeben.

Nur 52 Prozent der Verlierer haben überdurchschnittliche Bruttokosten pro Versicherten, nur 56 überdurchschnittliche Nettokosten. Je nach Grösse der Versicherung schwankt dieser Anteil beträchtlich. Dies bedeutet beispielsweise, dass 33 Prozent der Verlierer mit mehr als 100'000 Mitgliedern (im Kanton Zürich 1996 ein Versicherer) unterdurchschnittliche Brutto- und Nettokosten aufwiesen. Insgesamt waren es 12 Verlierer mit unterdurchschnittlichen Nettokosten. Im vorangegangenen Kapitel haben wir gesehen, dass zwischen Brutto-/Nettokosten und den Prämien 1996 eine relativ enge Bindung besteht.⁸³ Wir finden hier also Hinweise darauf, dass es Versicherer gibt, die trotz an sich guten Risikostrukturen Wanderungsverluste hinnehmen müssen.

Das Bild wird auch bei den Gewinnern bestätigt. Allerdings entsprechen hier die Ergebnisse stärker den Erwartungen. Dennoch waren es auch hier insgesamt 11 Versicherer (22 Prozent aller Gewinner), die überdurchschnittliche Nettokosten pro Kopf auswiesen und dennoch Wanderungsgewinne verzeichnen konnten. Da bei den Gewinnern auch die Fusionen zu Buche schlagen, erscheinen hier die Ergebnisse plausibler. Dennoch zeigt sich auch hier, dass die Wanderungen nicht nur durch die Kostenstrukturen bestimmt werden.

⁸³ Für den Kanton Zürich war allerdings 1996 die Korrelation der Bruttokosten mit den Prämien nicht signifikant von Null verschieden.

Abbildung 53: Wanderung und Kostenstrukturen – Zürich 1996



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Tabelle 47: Die Veränderung des Versichertenbestandes bei den zehn grössten Versicherungen (*) – 1986 bis 1996

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Versicherer 1	16,7%	12,0%	24,7%	6,0%	13,8%	27,0%	45,1%	76,8%	50,1%	-6,0%	-23,8%
Versicherer 2	0,5%	2,0%	0,6%	1,8%	2,0%	0,5%	-1,0%	-3,8%	-7,2%	-7,2%	-5,3%
Versicherer 3	2,1%	1,0%	0,5%	1,4%	0,4%	-0,1%	-1,6%	-2,3%	-4,7%	-2,9%	-1,9%
Versicherer 4	0,8%	1,7%	0,0%	3,4%	2,1%	8,5%	-0,3%	-0,9%	-0,7%	-1,4%	-0,9%
Versicherer 5	0,4%	2,2%	0,2%	3,4%	0,2%	-1,0%	-2,2%	-1,8%	-1,2%	1,1%	-0,1%
Versicherer 6	2,4%	4,1%	2,1%	2,7%	2,4%	2,9%	3,4%	3,7%	4,2%	1,9%	5,9%
Versicherer 7	2,2%	4,6%	9,0%	6,4%	5,2%	4,7%	0,7%	2,0%	-4,0%	-1,6%	8,2%
Versicherer 8	12,9%	10,7%	9,3%	10,6%	10,6%	11,1%	9,3%	9,0%	17,5%	5,7%	13,0%
Versicherer 9	2,1%	5,4%	2,7%	4,1%	-1,2%	0,0%	-1,5%	-4,8%	-5,8%	-1,6%	125,1%
Versicherer 10	1,3%	-2,6%	2,1%	2,0%	4,4%	-0,6%	-0,8%	-7,7%	-3,5%	-1,3%	411,0%

(*) Die 1996 zehn grössten schweizerischen Versicherungen
Quelle: BSV-Statistikdaten

Die Wanderung bei den 10 grössten Versicherungen 1986 bis 1996

Tabelle 47 zeigt die Veränderung des Versichertenbestandes der zehn grössten Versicherer zwischen 1986 und 1996. Die Daten sind nach der Veränderung 1996 geordnet. Es zeigen sich sehr unterschiedliche Situationen:

- Versicherer 1 wies bis 1994 sehr grosse Wachstumsraten auf. 1993 betrug die Zunahme 77 Prozent! Anschließend kehrte sich das Bild um. In der Folge resultierten Verluste, zuerst 6 Prozent und zuletzt 1996 sogar 24 Prozent.
- Sechs Versicherer (Nummer 2, 3, 4, 5, 9 und 10) wiesen bis Anfang der 90er Jahre leichte Wachstumsraten auf. Seither resultierten Verluste, die aber in der Tendenz bereits wieder abgenommen haben. Versicherer 9 und 10 sind für das Jahr 1996 Spezialfälle, da sie grosse Fusionsgewinne verzeichnen konnten.
- Nur zwei Versicherer wiesen über die ganze Periode Zuwachsraten auf (Nummer 6 und 8). Insbesondere die durchschnittliche Wachstumsrate des Versicherers 8 ist mit rund 10 Prozent sehr hoch. Versicherer 7 wies mit der Ausnahme von zwei Jahren (1994 und 1995) auch durchwegs Wachstumsraten auf.

Sehen wir von der von vielen Besonderheiten geprägten Entwicklung des Versicherers 1 ab, so ergeben sich also zwei Gruppen: Die eine Gruppe von Versicherern ist dadurch geprägt, dass sich seit Beginn der 90er Jahre leichte Wanderungsverluste ergaben. Es handelt sich dabei um die tendenziell älteren Versicherungen. Die andere Gruppe ist durch die jüngeren Kassen geprägt: Sie weisen über die ganze Periode recht beträchtliche Wachstumsraten auf.

Tabelle 48 zeigt die Wanderungen derselben Versicherer nach Alter und Geschlecht zwischen 1990 und 1995. Dieser Zeithorizont wurde gewählt, weil 1996 Fusionen stattfanden, welche das Bild verzerren. Die vier Versicherer 2, 3, 9 und 10 wiesen alle in der genannten Periode Wanderungsverluste zwischen 10 und 20 Prozent auf. Betrachtet man die für die Risikoselektion besonders wichtigen Altersgruppen (16 bis 50 Jahre), so stellen wir fest, dass die vier Versicherer alle zu etwa gleichen Teilen in diesen Altersgruppen Verluste zwischen 2 und 36 Prozent hinnehmen mussten. Die genannten Versicherer befinden sich somit alle in einer sehr ähnlichen strukturellen Lage.

Nur die Versicherer 1 und 8 wiesen über alle Altersgruppen Zuwanderungen auf (Versicherer 6 könnte auch noch dazugezählt werden, da der Verlust die Altersgruppe der über 100jährigen betrifft).

Tabelle 48: Die Veränderung des Versichertenbestandes bei den zehn grössten Versicherungen – nach Alter und Geschlecht 1990 bis 1995 (*)

Alter	Ver-sicherer 1	Ver-sicherer 2	Ver-sicherer 3	Ver-sicherer 4	Ver-sicherer 5	Ver-sicherer 6	Ver-sicherer 7	Ver-sicherer 8	Ver-sicherer 9	Versiche- rer 10
0-5	405%	-21%	-21%	-14%	-13%	24%	-10%	70%	-21%	9%
6-10	397%	-7%	-12%	-5%	-6%	14%	-13%	74%	-15%	-10%
11-15	425%	-7%	-8%	2%	-1%	12%	6%	97%	-13%	-21%
16-20	411%	-16%	-24%	-16%	-20%	5%	2%	54%	-29%	-26%
21-25	371%	-29%	-36%	-24%	-24%	3%	-13%	20%	-33%	-28%
26-30	423%	-23%	-21%	-13%	-16%	12%	-9%	33%	-27%	-22%
31-35	447%	-9%	-9%	-4%	-2%	23%	-4%	60%	-13%	-13%
36-40	375%	-6%	-14%	-2%	-1%	18%	2%	64%	-12%	-26%
41-45	349%	-3%	-20%	-2%	-5%	5%	3%	51%	-21%	-35%
46-50	440%	3%	-5%	10%	3%	33%	16%	77%	-2%	-20%
51-55	497%	8%	6%	17%	11%	35%	40%	113%	9%	-5%
56-60	435%	6%	0%	6%	4%	18%	29%	105%	-4%	-7%
61-65	432%	16%	4%	13%	9%	11%	33%	113%	-4%	-3%
66-70	405%	14%	0%	14%	4%	11%	46%	145%	-4%	-10%
71-75	402%	39%	21%	33%	22%	46%	98%	231%	9%	10%
76-80	310%	4%	-5%	6%	-3%	22%	68%	139%	-18%	-12%
81-85	432%	30%	15%	31%	18%	48%	203%	224%	-3%	15%
86-90	598%	47%	31%	63%	28%	40%	243%	182%	19%	39%
91-95	1100%	63%	40%	98%	51%	43%	213%	279%	48%	53%
96-100	1200%	73%	67%	171%	64%	11%	83%	267%	42%	42%
>100		9%	225%	117%	192%	-50%				
Total	360%	-18%	-11%	-1%	-5%	17%	1%	64%	-13%	-13%

(*) Die 1996 zehn grössten schweizerischen Versicherungen
Quelle: BSV-Statistikdaten

6.6. Risikoausgleich und Wanderungen

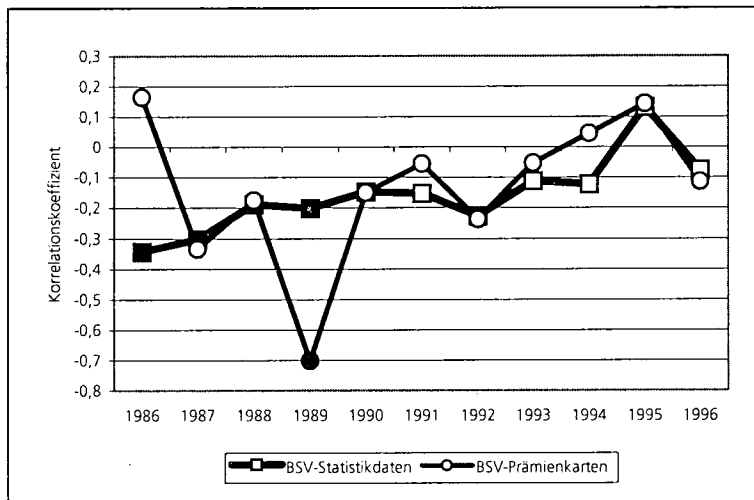
Die eingangs in diesem Kapitel geäusserte Vermutung, dass der Risikoausgleich durch eine Reduktion der Prämien-differenzen zu einer Abnahme der Wanderung geführt hat, ist nicht eingetroffen. Dies zeigten bereits die deskriptiv-statistischen Analysen. Die Wanderungsintensität hat seit 1992 deutlich zugenommen. Es wurde bereits die Einschätzung geäussert, dass diese Entwicklung weniger auf den Risikoausgleich, als auf andere Faktoren zurückgeführt werden könnte. Insbesondere zu nennen sind: (a) Das Prämienniveau hat sich stark erhöht und damit einen Wanderungsdruck ausgelöst. Zwischen 1985 und 1996 haben die Prämien real um 50 Prozent zugenommen. (b) Die Einführung des KVG hat die Wanderungshürden durch die Einführung der vollen Freizügigkeit abgebaut.

Wenn wir zurückblicken und unterstellen, dass andere Faktoren einflussreicher gewesen sind, so stellt sich die Frage, ob dies in Zukunft auch noch der Fall sein wird. Um diese Frage zu beantworten, untersuchen wir die Korrelation zwischen Wanderung und Prämien. Wenn grundsätzlich die Beziehung Gültigkeit hat, dass die Wanderungen hin zu Versicherern mit unterdurchschnittlichen Prämien erfolgen, dann könnte in Zukunft die Angleichung der Prämien doch zu einer Reduktion der Wanderungen führen.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen bestätigen die Vermutung für die Zeit zwischen 1986 und 1995 zumeist nicht. Allerdings trifft der Zusammenhang für 1996 zu. Dies ist von besonderer Bedeutung, weil es das erste Jahr unter dem neuen Gesetz war. Wir leiten diese Schlussfolgerungen nun her. **Abbildung 54** zeigt die Entwicklung der Korrelationskoeffizienten für die Schweiz zwischen 1986 und 1996. Dargestellt wird die Korrelation zwischen der Zu-/Abwanderungsintensität und der Abweichung der Prämie vom Durchschnitt über alle Versicherten. Die wenigsten Korrelationen sind signifikant von Null verschieden (nicht signifikante Werte sind dadurch leere Symbole gekennzeichnet). Mit wenigen Ausnahmen entspricht das negative Vorzeichen der Korrelationen den Erwartungen (d.h. je grösser die Abwanderung,

6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Abbildung 54: Korrelation zwischen Wanderungen und Prämien



Ausgefüllte Punkte weisen auf von Null signifikant verschiedene Korrelationen hin
Quelle: BSV-Statistikdaten, BSV-Prämienkarten, eigene Berechnungen; vgl. für die Beschreibung der Datenquellen Abschnitt 5.2

desto mehr liegt die Prämie über dem Durchschnitt). Insgesamt scheint es einen Trend in Richtung Reduktion der Beziehung zu geben. Dies ist sehr erstaunlich. Dieser Umstand kann als weiterer Hinweis genommen werden, dass die Wanderungen neben den Prämien durch andere Faktoren wesentlich beeinflusst werden (bspw. durch die Angebote bei den Zusatzversicherungen oder das Image einer Versicherung).

Tabelle 49 zeigt alle Korrelationskoeffizienten für die Kantone. Diejenigen, welche von Null signifikant verschieden sind, sind mit einem Stern gekennzeichnet und schraffiert unterlegt. Lediglich 38 Prozent erfüllen diese wesentliche Bedingung. Die Ergebnisse lassen sich in ihrer Tendenz nicht leicht vereinfachen. Je nach Kanton und Jahr zeigen sich die Situationen unterschiedlich. Folgende allgemeine Aspekte scheinen dennoch ersichtlich:

- In vier Kantonen (Zürich, Bern, Genf und Thurgau) sind die Korrelationskoeffizienten in der Mehrheit der Jahre signifikant von Null verschieden. Sie stimmen alle im negativen Vorzeichen und bewegen sich zwischen den Werten $r = -0,35$ und $r = -0,77$.
- Mit Ausnahme von Obwalden sind für alle Kantone die Koeffizienten für 1996 signifikant von Null verschieden. Die Werte schwanken zwischen $r = -0,37$ und $r = -0,77$.

Tabelle 49: Korrelation zwischen Wanderungen und Prämien in den Untersuchungskantonen zwischen 1986 und 1996

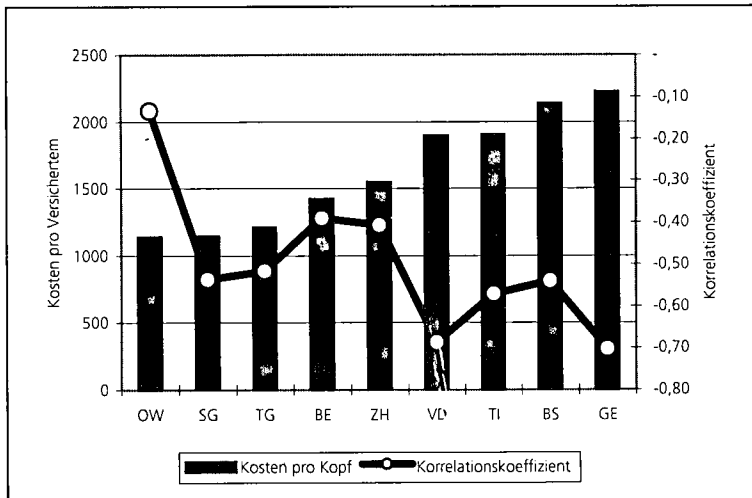
	Korrela-tionsko- effizient	Anzahl Versicherer	Korrela-tionsko- effizient	Anzahl Versicherer	Korrela-tionsko- effizient	Anzahl Versicherer
	Zürich		Bern		St. Gallen	
1986	* -0,72	13	* -0,69	14	* -0,73	13
1987	-0,57	15	-0,51	15	-0,37	15
1988	-0,34	14	-0,43	16	-0,22	14
1989	* -0,69	15	-0,35	17	0,11	15
1990	-0,18	37	* -0,46	37	-0,36	33
1991	-0,01	40	* -0,39	42	-0,20	32
1992	* -0,44	47	* -0,41	46	* -0,62	38
1993	* -0,40	50	* -0,45	48	-0,34	42
1994	* -0,36	52	* -0,35	50	* -0,36	45
1995	-0,23	52	-0,30	53	-0,24	48
1996	* -0,47	36	* -0,37	36	* -0,51	33
	Obwalden		Tessin		Waadt	
1986	-0,10	10	-0,40	4	-0,33	13
1987	-0,33	14	0,20	5	-0,54	14
1988	0,32	13	-0,14	8	-0,54	14
1989	0,27	14	-0,52	10	-0,52	17
1990	-0,10	17	-0,33	24	-0,31	35
1991	0,33	23	-0,30	26	-0,36	37
1992	-0,29	31	* -0,63	31	-0,16	34
1993	-0,36	30	-0,31	40	* -0,52	47
1994	* -0,42	33	-0,29	40	* -0,37	46
1995	-0,18	35	* -0,39	44	-0,26	47
1996	-0,08	28	* -0,53	36	* -0,73	37
	Basel		Genf		Thurgau	
1986	-0,41	11	-0,34	12	-0,57	13
1987	-0,67	11	-0,28	14	* -0,70	13
1988	-0,41	10	-0,07	13	-0,55	13
1989	-0,47	8	* -0,79	17	-0,56	12
1990	-0,37	20	-0,24	33	-0,32	18
1991	-0,03	18	* -0,48	35	* -0,51	26
1992	0,14	24	* -0,37	39	-0,24	36
1993	-0,47	21	* -0,39	44	* -0,52	42
1994	0,00	25	* -0,48	43	* -0,52	42
1995	-0,08	30	* -0,44	42	* -0,43	42
1996	* -0,68	22	* -0,77	37	* -0,57	34

* signifikant von Null verschieden

Quelle: BSV-Prämienkarten, BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

6. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Wanderungen

Abbildung 55: Korrelation zwischen Wanderungen und Prämien und Kosten pro Versicherten – Untersuchungskantone 1996



Der Korrelationskoeffizient für Obwalden ist nicht signifikant von Null verschieden.
Quelle: BSV-Prämienwegweiser, Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung, eigene Berechnungen

Abbildung 55 zeigt einen weiteren interessanten Aspekt: Die Kantone mit höheren durchschnittlichen Bruttokosten pro Kopf scheinen in der Tendenz auch stärkere negative Korrelationskoeffizienten zu haben.⁸⁴ Dies bedeutet für 1996: In Kantonen mit einem höheren Kostenniveau scheinen für die abwandernden Versicherten die Prämienunterschiede eine grössere Rolle gespielt zu haben als in billigeren Kantonen. Dieser Zusammenhang entspricht den Erwartungen.

Insgesamt dokumentieren die Korrelationskoeffizienten vor allem drei Aspekte: (a) Der Zusammenhang zwischen Wanderung und Prämienunterschied besteht - allerdings nicht in allen Jahren und allen Kantonen. (b) Die Beziehung scheint sich in jüngerer Zeit stabilisiert zu haben. (c) Das Niveau der Koeffizienten (im Mittel für 1996 über alle Untersuchungskantone $r = 0,50$) lässt einigen Erklärungsraum für andere Faktoren, welche die Wanderungen ebenfalls bestimmen, offen. Für die Zukunft erwarten wir daher zwei gegenläufige Trends:

Einerseits dürften die Wanderungen aufgrund der Einführung der Freizügigkeit durch das KVG weiter zunehmen, weil sich erst nach und nach eine dem neuen Gesetz entsprechende «Wanderungskultur» herausbilden wird. Andererseits könnte die grundsätzlich geltende Beziehung zwischen Wanderungen und Prämien bei sich angleichenden Prämienunterschieden zu einer Dämpfung der Wanderungen führen. Allerdings ist dabei zu beachten, dass es nicht nur darauf ankommt, dass die meisten Versicherer Prämien rund um den Durchschnitt anbieten. Insbesondere muss sich auch die Differenz zwischen Median- und Minimalprämie so verkleinern, dass der Wanderungsanreiz klein ist.⁸⁵ Ist dies überhaupt wahrscheinlich?

In Kapitel 5 konnten wir zeigen, dass sich sowohl die Prämienunterschiede generell wie aber auch die Differenzen zwischen Minimal- und Medianprämie angenähert haben. Daraus folgt, dass zum einen der Spielraum für Prämienannäherungen kleiner geworden ist. Zum andern bedeutet dies aber auch, dass sich der Wanderungsanreiz generell eher reduziert haben dürfte.

⁸⁴ Der Korrelationskoeffizient zwischen den durchschnittlichen Kosten pro Versicherten und dem Korrelationskoeffizienten Wanderungen/Prämien beträgt 0,67.

⁸⁵ Dies bedeutet: Es soll gelten, dass im Durchschnitt der Nutzen aus der Wanderung kleiner ist als die mit der Wanderung verbundenen Transaktionskosten.

6.7. Zusammenfassung und Fazit

Das vorliegende Kapitel hat gezeigt, dass sowohl die Zu- wie auch die Abwanderungsintensitäten seit 1992 deutlich zugenommen haben. Anfang der 90er Jahre wanderten fast nur die jungen Erwachsenen zwischen 16 und 20 Jahren. Bis 1996 hat sich das Spektrum auf die 16 bis 45jährigen Frauen und Männer ausgedehnt. In der Folge nahm auch die Ab- bzw. Zuwanderungsintensität bei den Kassen zu. In allen Bestandesklassen gibt es immer mehr Versicherer, welche eine jährliche Zu- oder Abwanderungsintensität von mehr als 2,5 Prozent des Bestandes aufweisen.

Insgesamt bewegt sich die Netto-Abwanderungsintensität (1996: 3 Prozent) noch immer auf recht bescheidenem Niveau. Allerdings darf die globale Ziffer einerseits nicht darüber hinweg täuschen, dass die Abwanderungsraten in einzelnen Kantonen mit überdurchschnittlichem Kostenniveau deutlich höher sind. Andererseits ist aus der Sicht der einzelnen Versicherung entscheidend, wie sich ihr eigener Bestand entwickelt. Auch wenn die Abwanderungsrate auf einem tiefen Niveau ist, so stellt sie doch, hält die Abwanderung einige Jahre an, ein alarmierendes Signal für eine Kasse dar. Dies vor allem auch deshalb, weil die Abwandernden in der Vergangenheit junge (und wohl meist auch gesunde) Personen waren.

Haben in der Vergangenheit die Prämienunterschiede die Wanderungen ausgelöst? Die Ergebnisse bestätigen in der Tendenz die Erwartung. Allerdings sind etliche Vorbehalte vorzunehmen: Der Zusammenhang gilt vor allem erst in jüngerer Zeit und nicht in allen Kantonen gleichermassen. Die Beziehung zwischen Wanderungen und Prämien scheint in der Zeit zwischen 1986 und 1995 insgesamt weniger deutlich gewesen zu sein als diejenige zwischen Brutto-/Nettokosten und den Prämien.

Der Risikoausgleich hatte nicht die erwarteten Auswirkungen auf das Wanderungsverhalten der Versicherten. Die Wanderungen haben zu- und nicht abgenommen. Für die Wanderungen - dies belegen die Korrelationsanalysen - sind neben den Prämienunterschieden auch noch andere Faktoren wichtig. Insbesondere sind das Prämienniveau an sich, das Angebot im Zusatzversicherungsbereich und nicht zuletzt das Image einer Versicherung zu nennen. Es könnte also sein, dass der Risikoausgleich sehr wohl den erwarteten Effekt gehabt hat, dass aber die anderen Faktoren so gewichtig gewesen sind, dass dieser Effekt überkompensiert worden ist.

Wie wird sich die Wanderung in Zukunft entwickeln? Die vorgenommenen Analysen geben Anhaltspunkte für unterschiedliche Erwartungen. Einerseits dürfte sich das Prämienpektrum weiter annähern, weil durch die einheitliche Grundversicherung und die beispielsweise über die Prämienwegweiser geschaffene Transparenz bei den Prämien der Druck zur effizienten Verwaltung weiter zunehmen wird. Wenn der Risikoausgleich gleichzeitig die wichtigsten Strukturnach- und Strukturvorteile ausgleicht, dann dürften sich die Prämien weiter annähern. Da die Wanderungen neben anderen Faktoren auch von den Prämienunterschieden bestimmt werden, könnte man daher erwarten, dass die Wanderungen tendenziell eher wieder zurückgehen.⁸⁶

Andererseits – und diesen Effekt beurteilen wir im Moment als gewichtiger – führte das KVG die volle Freizügigkeit ein. Versicherte, die unter dem alten Gesetz faktisch nicht wandern konnten, haben nun die Möglichkeit, in der Grundversicherung den Versicherer frei zu wählen. Dies dürfte in den ersten Jahren nach dem Gesetzeswechsel zu einer steigenden Wanderungsintensität führen. Allerdings wird sie nicht beliebig wachsen, weil für viele ältere Versicherte, die die Grund- und Zusatzversicherung als Paket bei einem Versicherer abschliessen wollen, nach wie vor im Zusatzversicherungsbereich Wanderungsrestriktionen bestehen (Vorbehalte, hohe Prämien etc.).

⁸⁶ Wenn der Risikoausgleich nicht genügend wirksam ist – beispielsweise weil keine Indikatoren zur Gesundheit integriert werden –, dann gleichen sich die Nettokosten nicht weiter an und in der Folge auch nicht die Prämien.

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Die Einführung des Risikoausgleichs 1993 war eine Reaktion auf verschiedene Entwicklungen in den vorhergegangenen Jahren. Im Zentrum stand gewiss das Anliegen, die Prämienunterschiede anzugleichen, um die Abwanderung der guten Risiken einzudämmen und damit in der Folge der Entsolidarisierung einen Riegel zu schieben. Einerseits beabsichtigte man die Prämienbelastung für die Versicherten zu korrigieren, andererseits wollte man auch die Versicherer mit schlechten Risikostrukturen entlasten. Dies betraf insbesondere die älteren (und oft auch grossen) Kassen. Somit war die Befürchtung, dass eine ungebrochene Fortsetzung der Entwicklung der frühen 90er Jahre diese Kassen mittelfristig in ihrer Existenz bedrohen würde, nicht von der Hand zu weisen. Es stellt sich somit die Frage, ob die Einführung des Risikoausgleichs die Existenzsicherheit der Versicherer und insbesondere derjenigen, welche vor der Einführung unmittelbar gefährdet waren, erhöht hat.

In diesem Kapitel gehen wir diesen Zusammenhängen im Rahmen der vorhandenen Datengrundlagen, welche sich primär auf die Reserven, die Rückstellungen und die Wanderungen konzentrieren, nach. Im ersten Abschnitt werden die expliziten Fragestellungen weiter präzisiert. Der zweite Abschnitt dient der Darstellung der Datengrundlagen, welche für die Behandlung der gestellten Fragen wichtige Restriktionen liefern. Im dritten Abschnitt wird das methodische Vorgehen dargestellt. Die Abschnitte 7.3 bis 7.5 sind für die Präsentation der Ergebnisse bestimmt. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einem kurzen Fazit (7.6).

7.1. Fragestellungen

Die vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgegebene Fragestellung lautet: «Hat der Risikoausgleich dazu geführt, dass Versicherer, welche vor Einführung des Risikoausgleichs in ihrer Existenz gefährdet waren, nun langfristig überlebensfähig sind?». Die Beantwortung der Frage beinhaltet verschiedene Schritte: Zuerst müssen Kriterien entwickelt werden, die darüber Auskunft geben, ob eine Versicherung in ihrer Existenz gefährdet ist. Nach der Beurteilung der Entwicklung der Existenzgefährdung muss anschliessend beurteilt werden, ob eine *langfristige* Sicherung erfolgt ist. Die geforderten Beurteilungen sind aus zwei Gründen nur in der Tendenz möglich: Einerseits können mit der vorhandenen Daten nur die Zusammenhänge zwischen dem Risikoausgleich und den Reserven, Rückstellungen und Wanderungen untersucht werden. Andere wichtige Faktoren, welche die unternehmerische Situation bestimmen, können nicht berücksichtigt werden. Andererseits gibt es den Risikoausgleich erst seit wenigen Jahren (wir können lediglich die Jahre 1993 bis 1997 beobachten), und die Einführung des KVG hat den Versicherungsmarkt stark verändert. Die Anpassungen sind noch keineswegs abgeschlossen, so dass in einem derart dynamischen Umfeld keine langfristige Prognose erstellt werden kann.⁸⁷

Die vom BSV gestellten Fragen widerspiegeln die politischen Erwartungen an den Risikoausgleich. Wie sehen die Erwartungen aus wissenschaftlicher Sicht aus? Der Risikoausgleich führt dazu, dass die Empfänger-Versicherer Beiträge erhalten und die Zahler-Kassen Abgaben zu zahlen haben. Die Finanzströme beeinflussen die finanzielle Situation der Versicherer. Diejenigen der Empfänger-Kassen wird verbessert, diejenigen der Zahler-Versicherer verschlechtert. Bei den Empfänger-Kassen stellt sich somit die Frage, ob die Verbesserung nachhaltig ist. Bei den Zahler-Versicherern ist die Lage komplizierter. Versicherer werden dann Zahler-Kassen, wenn sie überdurchschnittlich gute Risikostrukturen haben. Diese führen, wie wir in Kapitel 5 gesehen haben, tendenziell auch zu unterdurchschnittlichen Prämien. Wir können davon ausgehen, dass die Zahler-Versicherer die zusätzlichen Abgaben auf die Prämienzahler überwälzen, die Prämien somit ansteigen. Steigende Prämien können aber für eine bestimmte Kategorie von Versicherern schnell problematisch werden, obschon sie an sich gute Risikostrukturen haben. Versicherer, die sich bewusst als Billiganbieter positioniert haben, konnten vor der Einführung des Risikoausgleichs junge und wanderungswillige Versicherte anziehen. Die Vermutung, dass dieselben Versicherten auf

⁸⁷ Das ganze Kapitel 7 wurde mit den Daten von 1997 aktualisiert.

Prämienhöhungen mit Abwanderungen reagieren, ist nicht von der Hand zu weisen. Somit kann der Risikoausgleich bei einer bestimmten Kategorie von Versicherern auch Existenzgefährdungen neu einführen.

7.2. Methoden und Datengrundlagen

Um die Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer zu zeigen, muss diese zuerst operationalisiert werden. Dabei ist die Beurteilung der Existenzsicherheit eines Unternehmens ein komplexer betriebswirtschaftlicher Vorgang, der oft auch den Blick in die Bücher des Betriebes erfordert. Nebst der Analyse von finanziellen Kennziffern spielen weitere Faktoren eine Rolle: Wie sieht die Anlagepolitik aus? Wie entwickeln sich die bearbeiteten Märkte? Wie verhalten sich die Konkurrenten? Über welche strategischen Erfolgsfaktoren verfügt die zu beurteilende Unternehmung? Welches Image hat die Unternehmung? etc. Neben diesen generellen Aspekten kommen auch noch spezifische Fragen im Rahmen der Krankenversicherung dazu, beispielsweise: Welche Wechselwirkungen bestehen zwischen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den anderen Versicherungszweigen der Unternehmung?

Eine umfassende Beurteilung einer Unternehmung ist sehr aufwendig und kann in diesem Sinne im Rahmen dieses Projektes nicht für alle Krankenversicherer geleistet werden. Sie würde auch auf grosse Lücken bei den Datengrundlagen stossen. Im Zentrum stehen daher die finanziellen Kennziffern, welche sich auf der Basis der BSV-Statistikdaten berechnen lassen. Beurteilt werden konnte somit ein Teil der Existenzsicherheit und in der Folge auch die Auswirkungen des Risikoausgleichs auf diesen Teil.

Die Versicherer sind verpflichtet, neben statistischen Angaben über die Versicherten jährlich die Erfolgsrechnung und die Bilanz nach einem vorgegebenen Kontenrahmen einzureichen. In der Vergangenheit wurden diese Vorgaben verschiedentlich modifiziert: 1994 wurde der Kontenrahmen grundsätzlich verändert und 1996 mussten bei der Einführung des KVG weitere Anpassungen vorgenommen werden. Die wichtigsten Zeitreihen sind trotz diesen Veränderungen miteinander vergleichbar.⁸⁸ Allerdings weisen auch die Daten des BSV einen gewichtigen Mangel auf: Sie sind bis 1995 für jeden Versicherer nur auf schweizerischer Ebene verfügbar. Somit können kantonale Entwicklungen nicht beurteilt werden. Da vor der Einführung des KVG die Versicherer, welche in mehreren Kantonen tätig waren, oft interkantonale Quersubventionierungen vornahmen, wären die Daten auch nicht sehr verlässlich gewesen. Nur für das Jahr 1996 liegen uns kantonale Bilanzen und Erfolgsrechnungen vor.

Die zur Verfügung stehenden Daten erlauben die Beurteilung der Existenzgefährdung nur in einem Teilbereich (Reserven, Rückstellungen, Wanderungen). Daher soll in der Folge auch nur von einer «Teilgefährdung» gesprochen werden.

Beurteilung der Teilgefährdung

Im Rahmen der erwähnten Restriktionen wurden nach Gesprächen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung vier Indikatoren als zentral für die Beurteilung der Teilgefährdungen bestimmt: Der Stand der Reserven, die Entwicklung der Reserven, der Stand der Rückstellungen und die Entwicklung des Versichertenbestandes. Die Wahl begründet sich wie folgt:

■ **Stand der Reserven:** Sowohl das KUVG wie auch das KVG zwingen bzw. zwingen die Versicherer, Reserven in einem bestimmten Ausmass zu halten (Artikel 78 KVV). Unterschieden werden die Sicherheits- und die Schwankungsreserve. Die Sicherheitsreserve bezweckt die Sicherstellung der finanziellen Lage der Versicherer für den Fall, dass die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig ausfallen. Die Schwankungsreserve dient dazu, Kostenschwankungen auffangen zu können. Versiche-

⁸⁸ Erst seit 1988 wird zwischen Grundversicherungen und Zusatzversicherungen unterschieden. Für die Jahre vor 1988 können daher keine sinnvoll vergleichbaren Indikatoren berechnet werden.

rer mit einer Defizitgarantie eines Gemeinwesens dürfen die gesetzlich geforderten Mindestansätze unterschreiten, sofern sich der Garant verpflichtet hat, im Falle eines Defizits die Garantieleistung unverzüglich auszuführen. Hat ein Versicherer Leistungen rückversichert, kann die minimale Reserve in einem durch das BSV zu bestimmenden Verhältnis herabgesetzt werden. Die Rückversicherungsprämie muss mindestens 20 Prozent des Prämiensolls betragen.⁸⁹

Unterschreitet ein Versicherer die gesetzlichen Mindestreserven, so kann davon ausgegangen werden, dass er in der Existenz gefährdet ist. Wie akut diese Gefährdung ist, kann nicht beurteilt werden. Es ist durchaus denkbar, dass der Rückgang der Reserven aufgrund unvorhergesehener Kosten nur temporärer Natur ist.

■ **Entwicklung der Reserven:** Sollten die Reserven über mehrere Jahre abnehmen, so kann diese Entwicklung ebenfalls eine Gefährdung anzeigen, auch wenn der Stand der Reserven nicht unter dem gesetzlich geforderten Minimum liegt. Allerdings muss bei der Operationalisierung des Indikators dem Umstand Rechnung getragen werden, dass viele Versicherer bis Anfang der 90er Jahre Reserven hielten, die weit über den gesetzlich geforderten lagen. Ein Abbau der Reserven entsprach daher vorerst in vielen Fällen einer Normalisierung. Wir gehen daher nur dann von einem potentiell die Existenz gefährdenden Abbau der Reserven aus, wenn folgende zwei Kriterien gleichzeitig erfüllt sind: (1) Gefährdungszone: Der Stand der Reserven liegt nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetzlich geforderten Minimum (Beispiel: Bei einem gesetzlichen Mindestreservesatz von 20 Prozent liegt die Gefährdungszone zwischen 20 und 30 Prozent). (2) Nicht-Wiederholbarkeit: Ein Reserveabbau zwischen dem Jahr T-1 und T darf sich zwischen dem Jahr T und T+1 nicht wiederholen, weil der Reservesatz ansonsten unter das gesetzlich geforderte Niveau fallen würde. Das zweite Kriterium fängt gleichzeitig zwei verschiedene, denkbare Entwicklungen ein: Einerseits gibt es Versicherungen, die von einem Jahr zum andern die Reserven sprunghaft abbauen. Resultiert nach einem sprunghaften Abbau ein Reservesatz, der in der Gefährdungszone liegt und würde bei einer Wiederholung der Satz unter das gesetzliche Minimum fallen, so ist diese Versicherung im vorliegenden Rahmen potentiell gefährdet, weil nicht beurteilt werden kann, wie kontrolliert der Reserveabbau zwischen T-1 und T vorgenommen wurde. Andererseits gibt es (grosse) Versicherungen, die ihre Reserven sehr bewusst nur wenig über dem gesetzlichen Mindestniveau halten. Das Kriterium der Nicht-Wiederholbarkeit fängt hier Gefährdungen ein, die schleichend vor sich gehen (Beispiel: Nehmen wir an, dass der gesetzliche Mindestreservesatz für Versicherer A 20 Prozent beträgt. Der Abbau der Reserven von 21 Prozent auf 20 Prozent ist an sich nur gering, erfüllt aber beide Gefährdungskriterien: Er liegt in der Gefährdungszone und darf sich nicht wiederholen, weil die Versicherung im nächsten Jahr den gesetzlichen Mindestreservesatz nicht mehr erreicht.).

■ **Stand der Rückstellungen:** Ungefähr ein Drittel der Rechnungen des laufenden Jahres erreichen die Versicherer erst nach Ende des Geschäftsjahres am 31. Dezember. Um diese Rechnungen bezahlen zu können, sind die Versicherer durch Artikel 83 Absatz 1 KVV aufgefordert, entsprechende Rückstellungen zu bilden. Gemäss Einschätzung des Bundesamts für Sozialversicherung liegt der langjährige Durchschnitt zwischen 28 und 35 Prozent der bezahlten Leistungen. Indessen können nur die Versicherer selbst genau beziffern, wie hoch ihr effektiver Bedarf ist, weil nur sie die für das Vorjahr bezahlten Leistungen kennen. So verlangt Artikel 83 Absatz 2 KVV denn auch, dass die Versicherer die bilanzierten Rückstellungen in der laufenden Rechnung zu berichtigen haben, wenn diese nicht mit dem tatsächlichen, aufgrund der Vorjahreskosten berechneten Bedarf übereinstimmt. Fallen die Rückstellungen unter 28 Prozent, so dürfte dies ein Indiz für eine Gefährdungslage sein. Im folgenden wollen wir diesen Umstand allerdings nur dann als Gefährdung bezeichnen, wenn gleichzeitig die effektiven Reserven die gesetzlich geforderten nur um bis zu 20 Prozent übertreffen. In diesem Fall ist der Verdacht begründet, dass die Rückstellungen tiefer ausfallen, weil bei den Reserven ein entsprechender Spielraum fehlt.

■ **Wanderungsverluste:** Nehmen wir an, dass die drei bisher genannten Indikatoren keine Gefährdung anzeigen. Wenn nun aber gleichzeitig mittlere bis grosse Wanderungsverluste auftreten, dann kann davon ausgegan-

⁸⁹ Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen. Seit 1996 beträgt die maximal mögliche Rückversicherungsprämie 50 Prozent.

gen werden, dass die Versicherung dennoch mittelfristig in Schwierigkeiten geraten kann. Abwanderungen treten typischerweise nur dann auf, wenn die Versicherung im Vergleich zu den anderen Kassen unattraktiver geworden ist.

Abbildung 56 zeigt das mit den Indikatoren gebildete Filtersystem zur Beurteilung der teilweisen Existenzgefährdung. Da das entwickelte Vorgehen nur auf wenigen Indikatoren beruht, sprechen wir – wie erwähnt - von einer «teilweisen Existenzgefährdung», weil nur ein Teilbereich (Reserven, Rückstellungen, Wanderungen) beurteilt werden kann. Nachfolgend wird in einem ersten Schritt die teilweise Gefährdung im Jahr 1992, dem Jahr vor der Einführung des Risikoausgleichs, bestimmt. Als Beurteilungsgrundlage dienen hierfür die vier Jahre 1989 bis 1992. Die Gruppe der 1992 teilweise gefährdeten Versicherer wird bis 1997 verfolgt. In einem zweiten Schritt wird für jedes Jahr nach 1992 und für alle Versicherer (nicht nur für die 1992 teilweise gefährdeten) bestimmt, ob sie teilweise gefährdet waren. In **Tabelle 50** sind die konkreten Operationalisierungen der fünf Indikatoren aufgeführt.

Es ist zu beachten, dass die Bedeutung der Teilgefährdung vom ersten bis zum fünften Filter abnimmt: Das Unterschreiten des gesetzlichen Mindestreserveansatzes beurteilen wir als problematischer als Wanderungsverluste. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass der Gefährdungsfiter einem Entscheidungsbaum entspricht. Wenn der erste Filter für einen Versicherer eine Teilgefährdung anzeigt, dann wird er bei der deskriptiv-statistischen Auswertung in dieser Stufe registriert. Dies unabhängig davon, ob gleichzeitig auch noch eine Teilgefährdung in einem anderen Filter bestanden hat.

Bei der Interpretation der Teilgefährdung sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: Einerseits kann eine Versicherung teilweise gefährdet sein, gleichzeitig aber auch eine **Defizitdeckung** aufweisen. Da wir darüber keine Informationen haben, sind wir auf Vermutungen angewiesen. Wir gehen davon aus, dass die Defizitdeckungen vor allem bei den öffentlichen Kassen eine Rolle spielen.

Andererseits sind die **Rückversicherungen** zu berücksichtigen. Hat ein Versicherer Leistungen rückversichert, so kann, wie erwähnt, die minimale Reserve in einem durch das BSV zu bestimmenden Verhältnis herabgesetzt werden. Sie muss aber mindestens 20 Prozent des Prämienolls betragen. Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen. Wir verfügen über keine Informationen über die vom BSV verfügte Senkungen des Mindestreservesatzes. Daher berechnen wir aus den uns zur Verfügung stehenden Daten individuelle gesetzliche Mindestsätze. Folgender Grundgedanke ist leitend: Der Anteil der Prämieinnahmen, welcher dem Rückversicherer bezahlt werden muss, entspricht gleichzeitig dem abgetretenen Risiko. Der einzuhaltende gesetzliche Mindestreservesatz darf nun um diesen Anteil des abgetretenen Risikos reduziert werden.⁹⁰

Um ganz korrekt beurteilen zu können, in welchem Umfang die Rückversicherung das Risiko abdeckt, müsste man Informationen über die Rückversicherungsverträge haben, da es sehr verschiedene Formen der Rückversicherung gibt (vgl. dazu das Kreisschreiben 96/10 des BSV). Diese Informationen fehlen uns. Daher kann das gewählte Vorgehen in Einzelfällen auch zu Verzerrungen führen.

⁹⁰ Beispiel: Eine Versicherung mit 40'000 Versicherten nimmt Prämien von 72 Millionen Franken ein. Nehmen wir an, der an die Rückversicherung abgetretene Prämienanteil würde 25,2 Millionen Franken (35 Prozent) betragen und somit die notwendige Grenze von 20 Prozent überschreiten. Die Rückversicherung übernimmt daher 35 Prozent des Risikos der Krankenkasse. Der gesetzliche Mindestreservesatz von 24 Prozent kann um den Anteil der Rückversicherungsprämie reduziert werden: 35 Prozent von 24 Prozent sind 8,4 Prozentpunkte. Der gesetzliche Mindestreservesatz würde also für diese Versicherung neu nicht mehr 24 Prozent, sondern 15,6 Prozent betragen.

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Abbildung 56: Schema zur Beurteilung der teilweisen Existenzgefährdung vor der Einführung des Risikoausgleichs

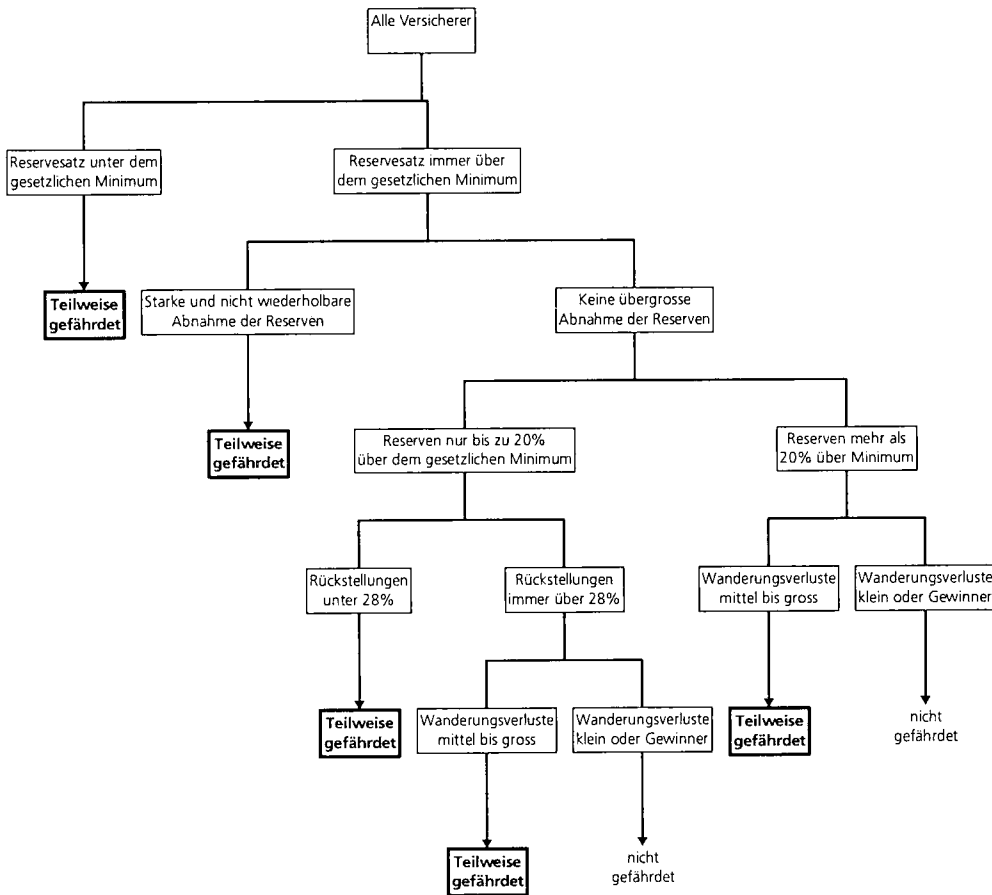


Tabelle 50: Operationalisierung der Indikatoren zur Beurteilung der teilweisen Existenzgefährdung

Gefährdungsfilter	1992 teilweise gefährdet, wenn ...	1993 oder in einem Folgejahr teilweise gefährdet, wenn ...
Mindestreservesatz	... zwischen 1989 und 1992 der gesetzliche Mindestreservesatz einmal nicht erreicht wurde	... der gesetzliche Mindestreservesatz nicht erreicht wurde
Abbau der Reserven	... die Reserven zwischen 1989 und 1992 abgenommen haben und 1992 nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz lagen	... im Vergleich zum Vorjahr ein Abbau der Reserven stattgefunden hat, der in einem Reservesatz resultiert, der nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz liegt, und der sich nicht wiederholen darf, weil der gesetzliche Mindestreservesatz ansonsten im Folgejahr unterschritten würde
Ungenügende Rückstellungen	... die Reserven 1992 nicht mehr als 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz lagen und die Rückstellungen zwischen 1989 und 1992 mindestens einmal unter 28 Prozent lagen	... die Reserven nicht mehr als 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz und die Rückstellungen unter 28 Prozent lagen
Knappe Reserven, Wanderungsverluste	... die Reserven 1992 nicht mehr als 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz lagen und der Versichertenbestand zwischen 1989 und 1992 um 5 Prozent und mehr abgenommen hat	... die Reserven nicht mehr als 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz lagen und der Versichertenbestand im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Prozent und mehr abgenommen hat
Wanderungsverluste	... die Reserven mehr als 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz lagen und der Versichertenbestand zwischen 1989 und 1992 um 5 Prozent und mehr abgenommen hat	... die Reserven mehr als 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestreservesatz lagen und der Versichertenbestand im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Prozent und mehr abgenommen hat

(*) Gemessen in Prozent des passenden gesetzlichen Mindestreservesatzes
Quelle: Eigene Darstellung

Rund um die Rückversicherungen rankt sich auch ein grundsätzliches Thema: Was hat der Risikoausgleich auszugleichen, was ist Geschäftsrisiko und müsste über eine Rückversicherung (zusätzlich) abgedeckt werden? Der Risikoausgleich soll alle individuell prognostizierbaren Kostenunterschiede ausgleichen. Kosten sind dann prognostizierbar, wenn sie auf strukturellen Faktoren beruhen (bspw. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand etc.). Werden Teile der prognostizierbaren Kosten nicht ausgeglichen – wie beispielsweise heute der Einfluss des Gesundheitszustandes –, dann kann eine Versicherung versuchen, diesen strukturellen Effekt über eine Rückversicherung abzudecken. Die Rückversicherungsprämien der Versicherer mit einem krankheitsanfälligeren Bestand werden ceteris paribus pro Kopf der rückversicherten Personen höher sein. Somit erleiden sie im Wettbewerb einen Nachteil, der über den Risikoausgleich hätte ausgeglichen werden sollen. Rückversicherungen stellen daher keinen Ersatz für einen nicht optimal ausgestalteten Risikoausgleich dar.

Berechnung der Indikatoren

Die Verordnung, welche die gesetzlichen Mindestreservensätze festlegt, wurde auf den 1.1.1996 und den 1.1.1998 geändert. **Tabelle 51** zeigt die vorgenommenen Modifikationen. Auf den 1.1.1996 wurde die Anzahl der Versicherergruppen reduziert und einige Satzanpassungen vorgenommen. Auf den 1.1.1998 wurde nur der notwendige Mindestreservesatz für die grössten Versicherungen von 20 auf 15 Prozent reduziert und die Versicherungen mit mehr als 50000 Versicherte in zwei Gruppen geteilt. Für die Berechnungen verwenden wir die Einteilung wie sie zwischen dem 1.1.1996 und dem 31.12.1997 gegolten hat. Dafür ausschlaggebend ist der Umstand, dass vor 1996 die Einteilung bei den kleinen Versicherern zu fein war. Die neusten Bestimmungen werden deshalb nicht übernommen, weil sie in der Untersuchungsperiode 1989 bis 1997 noch nicht in Kraft waren.

Tabelle 52 zeigt die Berechnungsgrundlagen für den Reservesatz und den Rückstellungssatz. Es müssen aufgrund der Änderungen in den Kontenplänen drei Phasen unterschieden werden. Bis 1993, 1994/1995 und seit 1996. Bis 1995 wurde bei den Reserven nicht zwischen Grund- und Zusatzversicherung unterschieden. Seit 1996 entspricht der Satz 2 jenem der vorangegangenen Jahre. Inhaltlich interessant – auch vor 1996 – wäre die Berechnung des Satz 1 gewesen, bei dem nur die Reserven in der Grundversicherung berücksichtigt – werden. Da er nur 1996 berechnet werden konnte, wird er nicht analysiert werden. Nicht für alle Versicherer waren alle notwendigen Daten über alle Jahre verfügbar.

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Tabelle 51: Die Ansätze der gesetzlichen Mindestreserven zwischen 1990 und 1997

Gültigkeit bis 31.12.1995		Gültigkeit zwischen dem 1.1.1996 und dem 31.12.1997		Gültigkeit seit dem 1.1.1998	
Grösse der Versicherung	Minimale Reserve	Grösse der Versicherung	Minimale Reserve	Grösse der Versicherung	Minimale Reserve
Bis 100	160%	Bis 100	182%	Bis 100	182%
100 bis 200	120%				
200 bis 300	96%				
300 bis 400	80%				
400 bis 500	68%	100 bis 500	96%	100 bis 500	96%
500 bis 1000	56%	500 bis 1000	73%	500 bis 1000	73%
1000 bis 2000	48%				
2000 bis 3000	40%	1000 bis 2500	52%	1000 bis 2500	52%
3000 bis 4000	36%				
4000 bis 5000	32%	2500 bis 5000	42%	2500 bis 5000	42%
5000 bis 20000	28%	5000 bis 10000	34%	5000 bis 10000	34%
20000 bis 40000	24%				
Über 40000	20%	10000 bis 50000	24%	10000 bis 50000	24%
		Über 50000	20%	50000 bis 250000	20%
				Über 250000	15%

Quelle: Vo V Artikel 10 (KUVG), KVG Artikel 78

Tabelle 52: Berechnungsgrundlagen für den Reservesatz und den Rückstellungssatz

Indikator	Bis 1993	1994 und 1995	Seit 1996
Reservesatz	1 Reserven (Summe der Positionen 291 + 292)	1 Reserven (Summe der Positionen 290 + 291)	1 Reserven Grundversicherung (Position 290)
	2 Bruttoprämieinnahmen Grundversicherung (Positionen 5020 + 5021)	2 Bruttoprämieinnahmen Grundversicherung (Positionen 610 + 615)	2 Bruttoprämieinnahmen Grundversicherung (Positionen 61)
	Reservesatz = 1 / 2	Reservesatz = 1 / 2	Reservesatz 1 = 1 / 2
			3 Reserven Total (Summe der Positionen 290 und 299)
			4 Bruttoprämieinnahmen Grundversicherung (Positionen 61)
			Reservesatz 2 = 3 / 4
Rückstellungssatz	1 Rückstellungen (Position 316)	1 Rückstellungen (Position 270)	1 Rückstellungen (270)
	2 Bruttoleistungen Grundversicherung mit obl. Spitaltaggeld (Position 302)	2 Bruttoleistungen Grundversicherung mit obl. Spitaltaggeld (Summe Positionen 310 und 315)	2 Bruttoleistungen obligatorische Krankenpflegeversicherung (Position 31)
	Rückstellungssatz = 1 / 2	Rückstellungssatz = 1 / 2	Rückstellungssatz = 1 / 2

Quelle: Eigene Darstellung

7.3. Teilgefährdungen und Reserven zwischen 1992 und 1997

7.3.1 Die Entwicklung der Teilgefährdungen

Die Entwicklung nach Kassentypen

Abbildung 57a und **Abbildung 57b** zeigen die Entwicklung der Zahl der Versicherer, für die eine teilweise bestehende Existenzgefährdung vermutet wird (absolut und in Prozent). Absolut gesehen waren 1997 (66 Versicherer) etwas weniger Kassen teilweise gefährdet als 1992 (74 Versicherer). Da in der Zwischenzeit die Zahl der Versicherer von 187 auf 127 zurückgegangen ist⁹¹, stieg der Anteil der teilweise gefährdeten Versicherer von 40 Prozent auf 52 Prozent. Allerdings war die Entwicklung in der Zwischenzeit keineswegs linear. Vielmehr ging die generelle Teilgefährdungshäufigkeit parallel zur Einführung des Risikoausgleichs bis 1995 deutlich zurück. 1993 erreichte sie mit 45 Versicherer (27 Prozent der Versicherer) hinsichtlich der Zahl der Versicherer einen Tiefpunkt.

Besonders von Teilgefährdungen betroffen sind einerseits die Versicherer mit einem Bestand unter 100'000 Versicherten (ohne «Betriebskrankenkassen»⁹² und öffentliche Versicherer) und andererseits die öffentlichen Kassen (vgl. **Abbildung 58a**). Die beiden Versicherer-Gruppen machten sowohl 1992 wie auch 1997 rund 80 Prozent der teilweise gefährdeten Versicherer aus. Bei den öffentlichen Versicherern ist zu berücksichtigen, dass die vermuteten Defizitdeckungen nicht in die Analyse eingeflossen sind. Wie erwartet spielen die grössten Versicherer in der Sichtweise der betroffenen Versicherten eine zentrale Rolle (vgl. **Abbildung 58b**). Zwischen 75 Prozent und 89 Prozent der Versicherten bei teilweise gefährdeten Versicherern entfielen auf die genannte Versicherer-Gruppe.

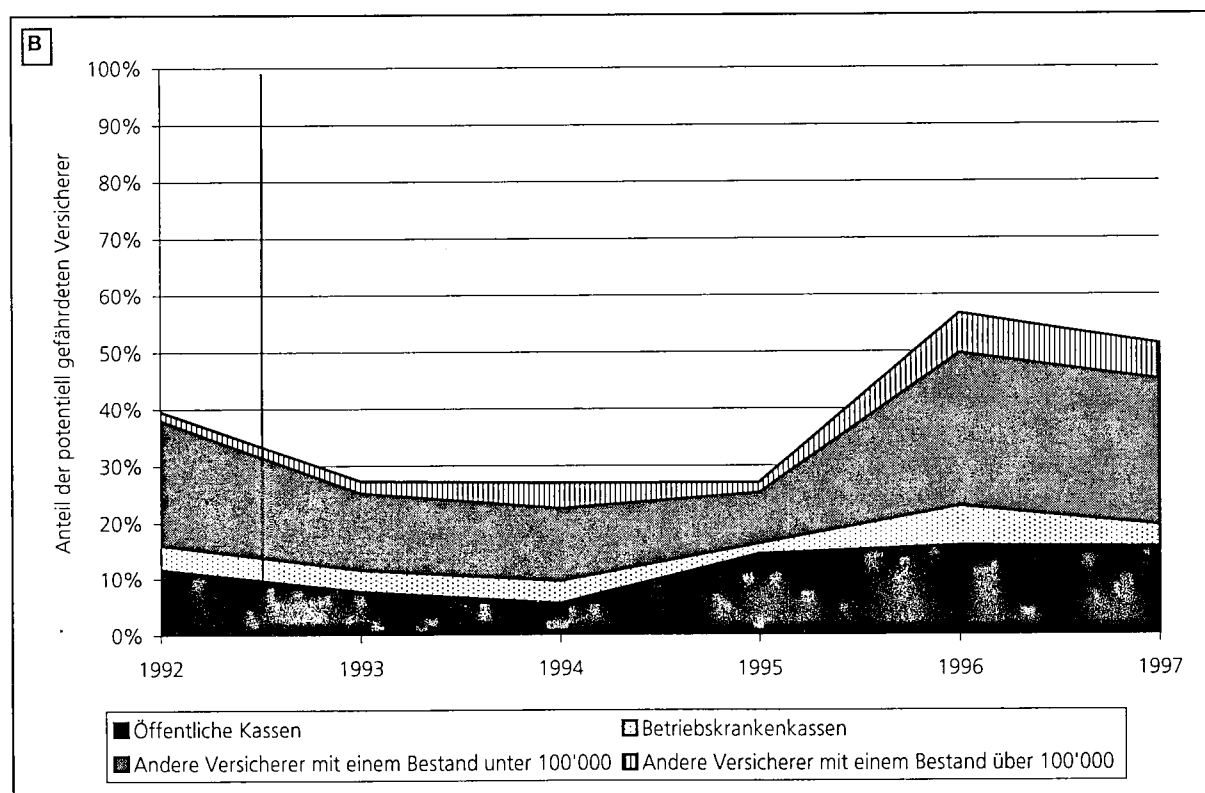
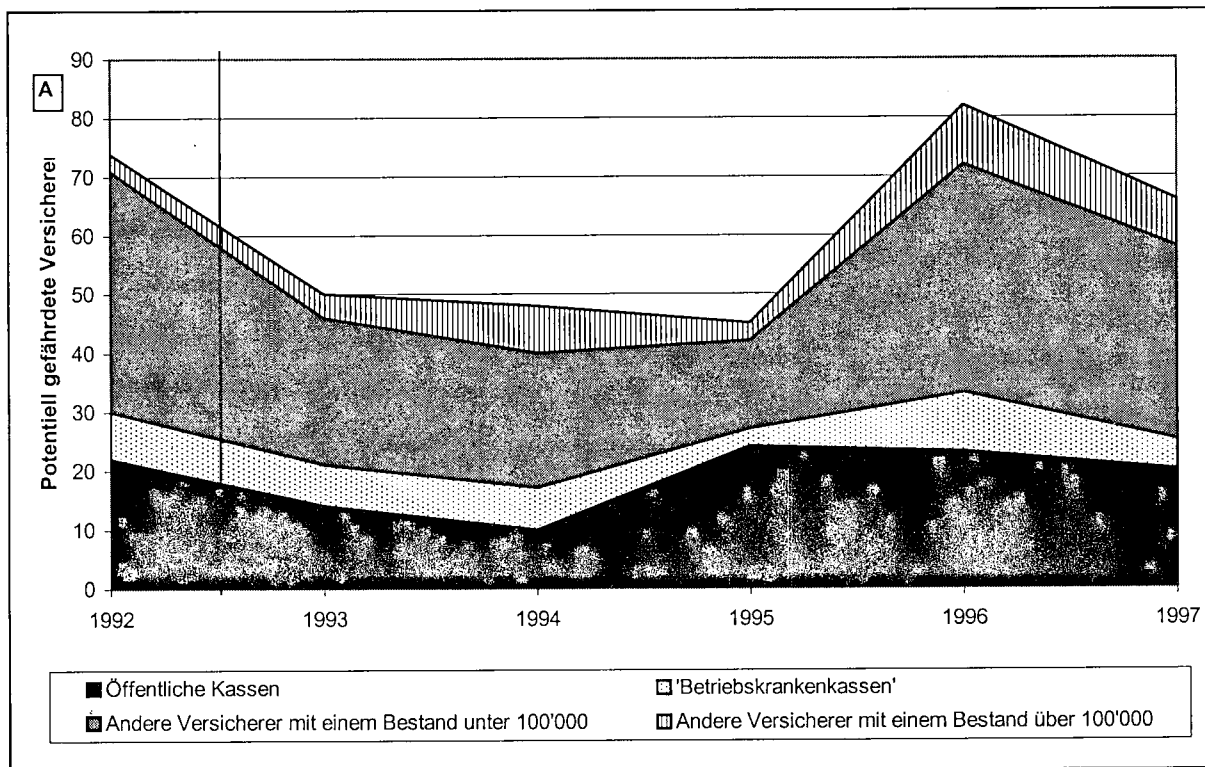
Abbildung 59 zeigt die Anzahl der Versicherten, welche bei teilweise gefährdeten Versicherern unter Vertrag standen. 1992 betraf dies 2,6 Millionen Versicherte (36 Prozent der Versicherten), 1997 5 Millionen Versicherte (69 Prozent der Versicherten).

⁹¹ Zahl der Versicherer für die Daten vorhanden sind.

⁹² Seit 1996 sind alle Betriebskrankenkassen für alle Versicherten zugänglich.

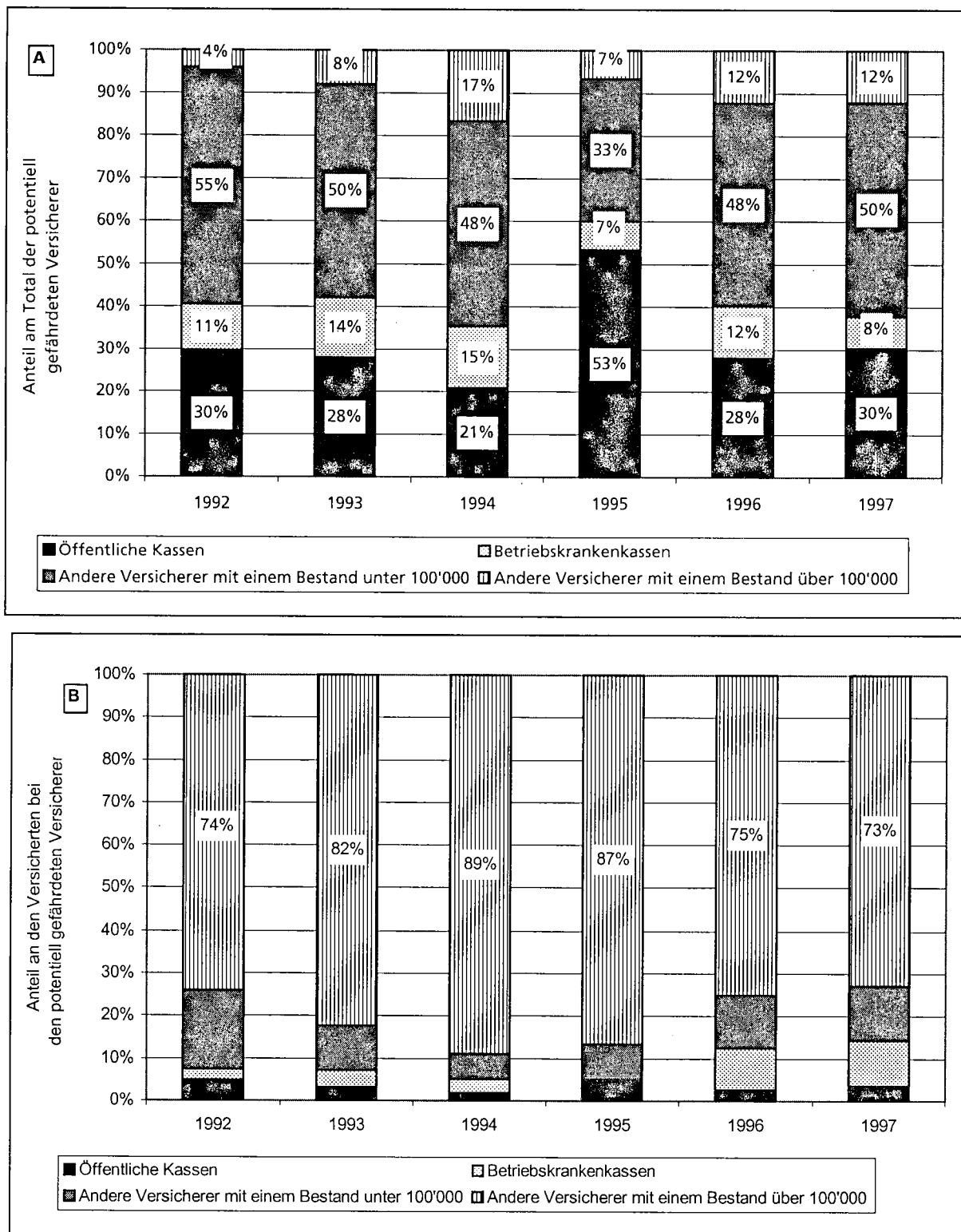
7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Abbildung 57: Die Entwicklung der Zahl der Versicherer, bei denen eine teilweise vorhandene Existenzgefährdung vermutet wird, nach Versicherungstyp – 1992 bis 1997 (I)



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

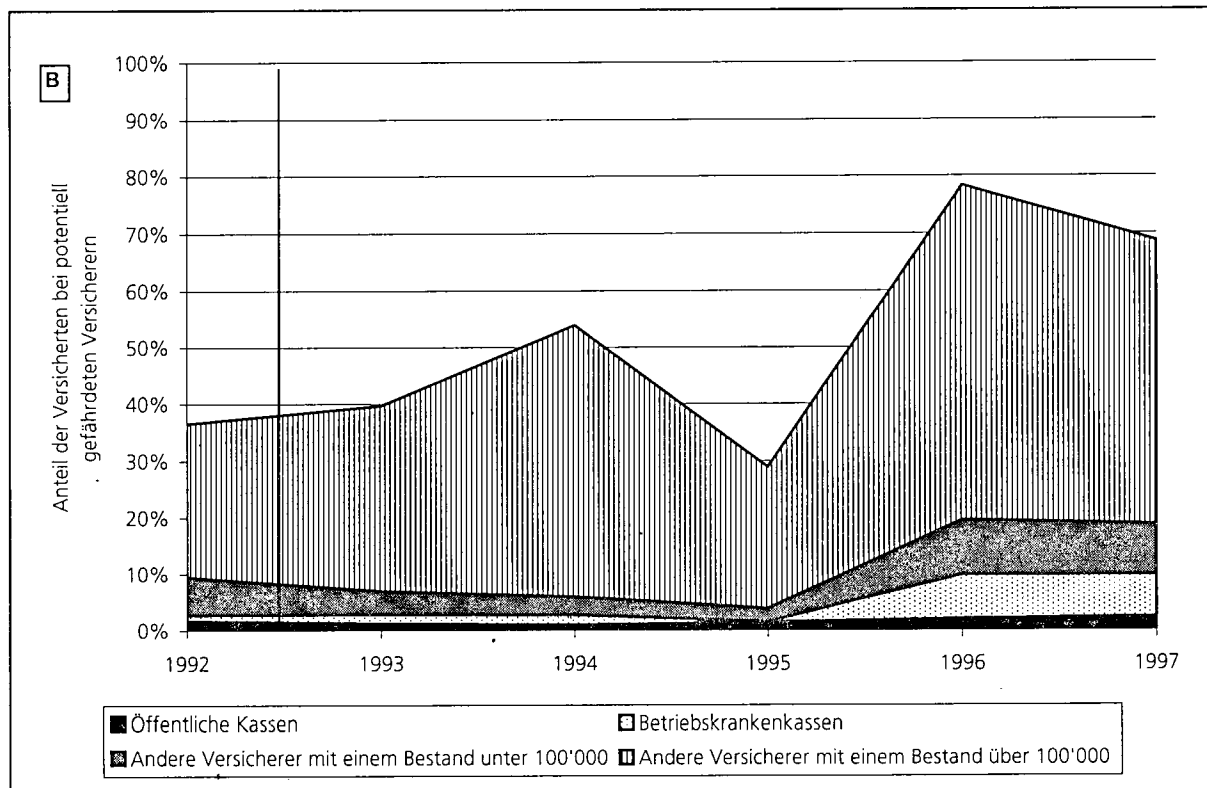
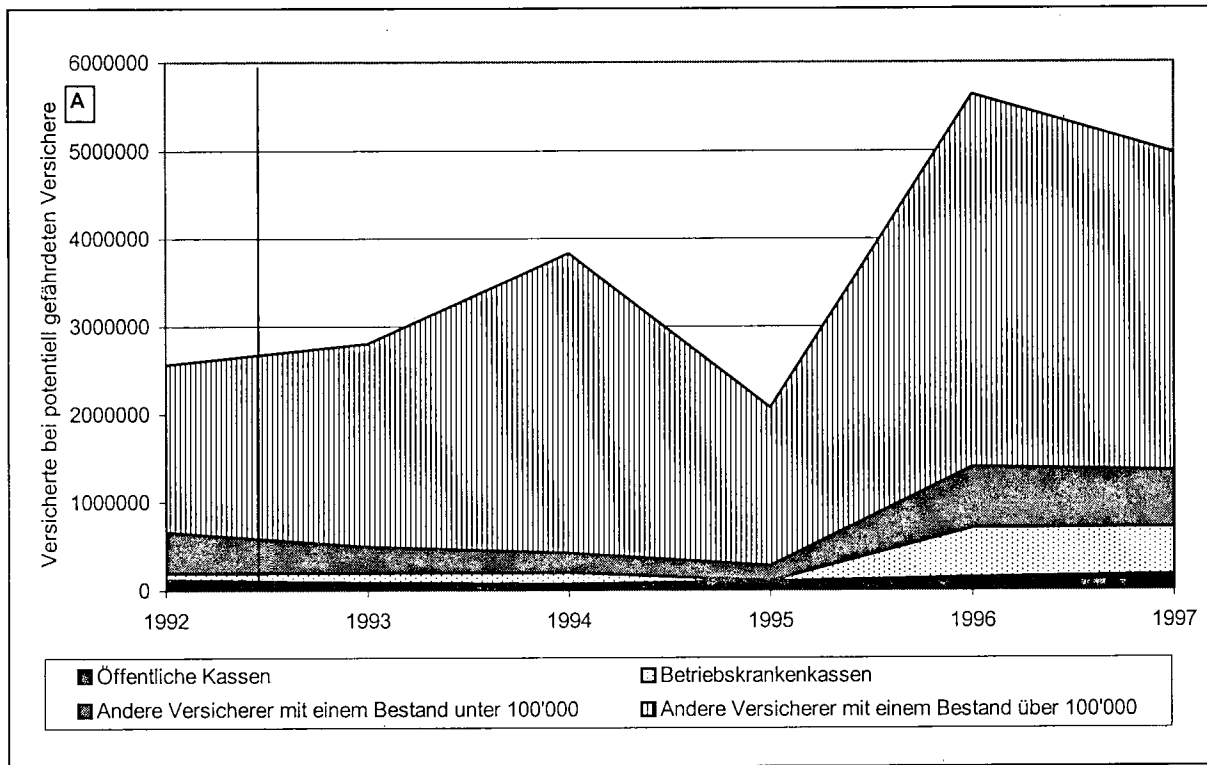
Abbildung 58: Die Entwicklung der Zahl der Versicherer, bei denen eine teilweise vorhandene Existenzgefährdung vermutet wird, nach Versicherungstyp – 1992 bis 1997 (II)



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Abbildung 59: Die Entwicklung der Zahl der Versicherten bei teilweise gefährdeten Versicherern nach Versicherungstyp – 1992 bis 1997



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Die Entwicklung nach verschiedenen Gefährdungsursachen

In **Abbildung 60** werden die teilweise gefährdeten Versicherer und ihre Versicherten nach Gefährdungsgruppen dargestellt. In **Anhang F** finden sich zwei Kreuztabellen, welche die Versicherer nach Gefährdungsgruppen und Versicherungstyp ausweisen. An dieser Stelle lassen wir die entsprechenden Interpretationen direkt einfließen.

Abbildung 60a zeigt, dass drei Gefährdungsursachen von besonderer Bedeutung waren: Das Unterschreiten des gesetzlich geforderten Mindestreservesatzes, die teilweise gefährdende und nicht wiederholbare Abnahme der Reserven im Vergleich zum Vorjahr und die mittleren bis starken Wanderungsverluste. Allerdings schwankt die Bedeutung der einzelnen Gefährdungsquellen nach Jahren: 1992 hatten 62 Prozent und 1997 71 Prozent aller teilweise gefährdeten Versicherer Probleme mit den Reserven. 1994 betrug der Anteil aber nur 31 Prozent. Die Entwicklung ist wie folgt zu interpretieren. Der verwendete Gefährdungsfilter bringt die verschiedenen Gefährdungsursachen in eine Rangordnung, wobei das Unterschreiten des gesetzlichen Mindestreservesatzes und die starke Abnahme der Reserven an den ersten beiden Stellen stehen. Ein Versicherer, der Reserven unterhalb des gesetzlichen Mindestreservesatzes aufweist, könnte beispielsweise auch durch überdurchschnittlich grosse Wanderungsverluste gefährdet sein. In Abbildung 60a wird er aber nur in der Kategorie «Reservesatz unter dem gesetzlichen Minimum» registriert. Abbildung 60a zeigt somit primär die Bedeutung der Entwicklung der wichtigsten Gefährdungsquellen. Die Entwicklung der nachgeordneten Indikatoren ist stark von den ersten beiden mitbestimmt.

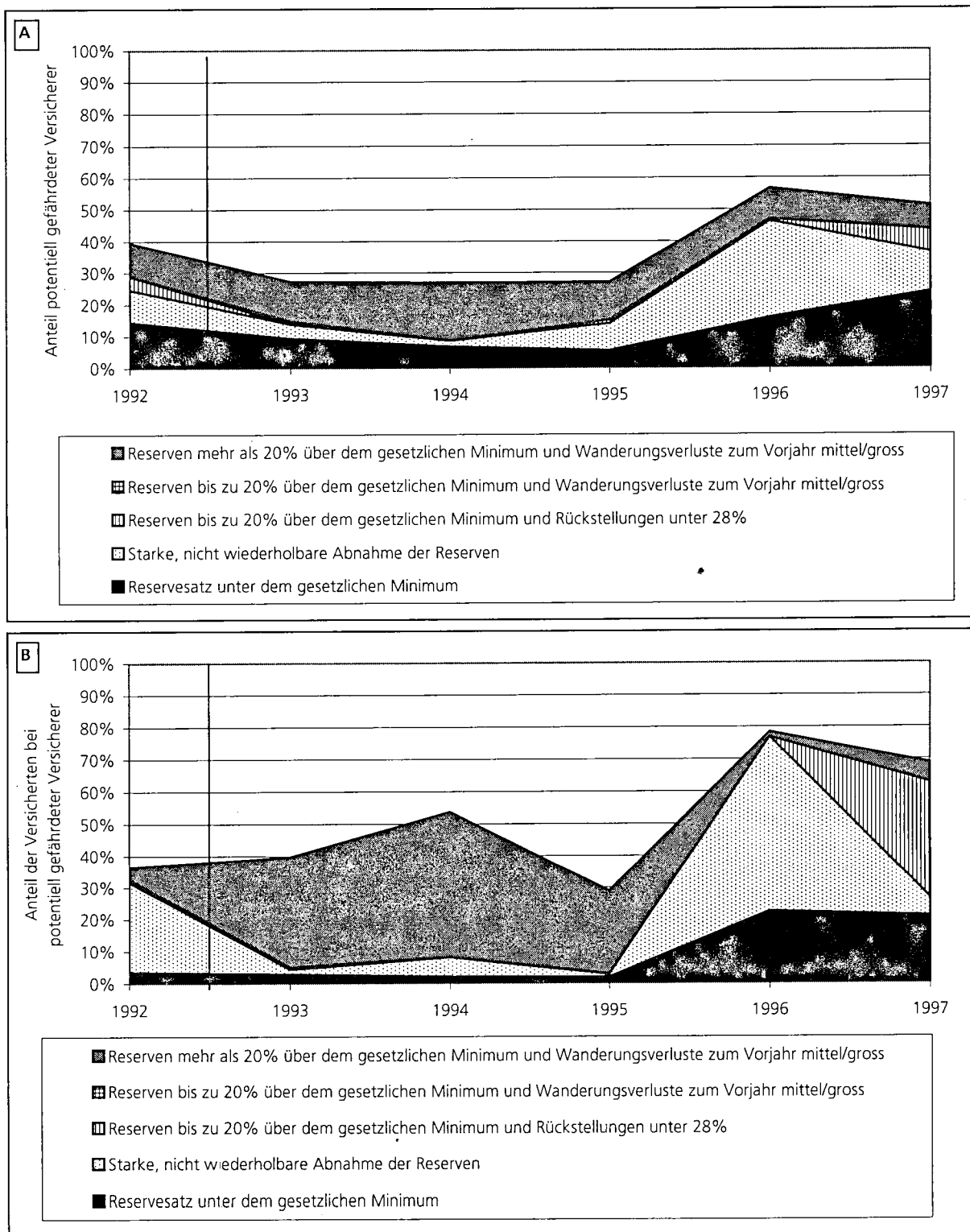
1992 waren 13 (48 Prozent) der 27 Versicherer, welche den gesetzlichen Mindestreservesatz unterschritten, öffentliche Kassen, 14 Versicherer (52 Prozent) solche mit einem Bestand von weniger als 100'000 Mitgliedern. Zwischen 1992 und 1995 unterschritt keine Betriebskasse und kein Versicherer mit einem Bestand von über 100'000 Mitgliedern den gesetzlichen Mindestreservesatz. Dies änderte 1996 und 1997: Von den 31 (1997) unter dem gesetzlichen Mindestansatz liegenden Versicherern waren 9 öffentliche Kassen, 3 «Betriebskrankenkassen», 17 Versicherer mit einem Bestand unter 100'000 und 2 mit einem solchen über 100'000 Versicherten. Bei der Gefährdungsursache «teilweise gefährdende und nicht wiederholbare Abnahme der Reserven» zeigt sich über die Untersuchungsjahre eine andere Verteilung. Die Betriebskassen und die Versicherer mit mehr als 100'000 Versicherten waren ebenfalls betroffen. Ihr Anteil an den Versicherer, die im Einflussbereich dieser Gefährdungsquelle waren, schwankte je nach Jahr zwischen 6 und 33 Prozent.

Der Anteil der Versicherer, welcher (zeitweise) Probleme mit den Reserven aufweist, ist sehr hoch. Besonders überrascht der hohe Anteil der Versicherer, welche in allen Jahren den gesetzlichen Mindestreservesatz unterschreiten. Selbst wenn man berücksichtigt, dass Defizitgarantien bei öffentlichen Kassen noch eine Rolle spielen, ist der Anteil dieser Gruppe unerwartet hoch.

Die dritte Gefährdungsursache – Mindestreserven bis 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestansatz, aber Rückstellungen unter 28 Prozent – spielte insgesamt eine untergeordnete Rolle. Der vierte Indikator - Mindestreserven bis 20 Prozent über dem gesetzlichen Mindestansatz und mittlere/grosse Wanderungsverluste - zeigt nur 1993 für zwei Versicherer eine teilweise Gefährdung an. Die fünfte und letzte Gefährdungsursache schliesslich – genügend Reserven und mittlere/hohe Wanderungsverluste – ist im Durchschnitt über alle Jahre für rund 12 Prozent der Versicherer relevant. Es handelt sich hierbei um einen die Gefährdung bereits in einem frühen Stadium anzeigenden Indikator. Halten die Wanderungsverluste über einige Jahre an, so nehmen zuerst die Reserven zu, da die Wandernden die für sie aufgebauten Reserven nicht mitnehmen. Da vor allem Gesunde wandern steigen bei den verbleibenden Versicherten aber die Durchschnittskosten pro Kopf. Wenn die Prämien nicht erhöht werden, führt dies in der Folge zu

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Abbildung 60: Die Entwicklung des Anteils der teilweise gefährdeten Versicherer und ihrer Versicherten– 1992 bis 1997, nach Gefährdungsursachen



Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

einem Reserveabbau. Mittelfristig ist dann zu entscheiden, ob der Reserveabbau noch möglich ist oder ob die Prämien erhöht werden müssen. Anhaltende Wanderungsverluste können daher von der fünften in die vorgeordneten Gefährdungstufen führen.

Abbildung 60b zeigt die Verteilung der Versicherten bei teilweise gefährdeten Versicherungen nach Gefährdungsursachen. Das Bild unterscheidet sich deutlich von der Verteilung der Versicherer. Die fünfte Gefährdungsursache ist in den Jahren 1993 bis 1995 viel bedeutender, weil in dieser Periode grosse Versicherer davon betroffen waren.

Differenzierte Betrachtung der teilweise gefährdeten Versicherer

Um die Teilexistenzgefährdung zu beurteilen, kommt es letztlich nicht nur auf die allgemeine Gefährdungslage an – sie dient in erster Linie der Beurteilung einer allgemeinen Tendenz -, sondern auf die Entwicklung der einzelnen Versicherer in bestimmten Gefährdungslagen. Eine solche Analyse wird mit der Betrachtung der Entwicklung der Kohorte der 74 im Jahre 1992 teilweise gefährdeten Versicherern zwischen 1992 und 1997 in Abschnitt 7.4 im Detail vorgenommen. In Abschnitt 7.5 werden nach dem selben Muster die 1997 teilweise gefährdeten Versicherer differenziert.

7.3.2 Die Entwicklung der Reserven 1989 bis 1997

Im vorangegangenen Abschnitt haben wir gesehen, dass das Unterschreiten der gesetzlichen Mindestreserve bzw. der starke Abfall der Reserven in vielen Einzelfällen teilweise Gefährdungslagen verursacht hat. Wie haben sich die Reserven generell entwickelt? Zuerst verschaffen wir uns anhand der Verhältnisse von 1997 ein detailliertes Bild über die einzelnen Kategorien von Versicherern und ihre durchschnittlichen Reservesätze. In **Anhang F** werden die Reservesätze für alle Jahre dokumentiert. **Tabelle 53** zeigt folgende interessante Aspekte:

- Der ungewichtete mittlere Reservesatz über alle Versicherer belief sich auf 83 Prozent. In keiner der acht Bestandesgruppen lag der durchschnittliche Reservesatz über alle Versicherer unter dem gesetzlichen Niveau. Bei den kleinen Versicherern ist die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Satz und dem Mindestreservensatz in Prozentpunkten gemessen grösser als bei den grösseren Versicherern.
- 24 Prozent der Versicherer (31 Versicherer) mit 21 Prozent der Versicherten hatten 1997 Reserven, welche die gesetzlichen Mindestanforderungen nicht erfüllten. Weitere 16 Prozent der Versicherer (mit 42 Prozent der Versicherten) hatten nur solche, welche bis 20 Prozent über dem geforderten Mindestansatz lagen. 60 Prozent der Versicherer (37 Prozent der Versicherten) hatten deutlich mehr Reserven als gefordert wurde.
- Bei den 31 Versicherern, welche die Mindestanforderungen nicht erfüllten, hatten die meisten eine Grösse von 10'000 bis 50'000 Mitglieder (26 Prozent der betroffenen Versicherer). In etwa gleicher Gruppenstärke von ca. 20 Prozent sind die Versicherer mit «500 bis 1'000» und «über 50'000» Versicherten. Vergleicht man die Anteile mit denjenigen, welche diese Gruppen am Total der Versicherer ausmachen, so stellen wir fest, dass die gleichen drei Gruppen übervertreten sind.
- In jeder Gruppe sind quantitativ die grossen Versicherungen mit mehr als 50'000 Mitgliedern entscheidend. Auf sie fallen 81 Prozent der Versicherten, welche in Versicherungen mit Reserven unter dem Mindestansatz unter Vertrag sind, und sogar 92 Prozent der Versicherten, die in Versicherungen mit Reserven bis höchstens 20 Prozent über dem Mindestansatz sind.

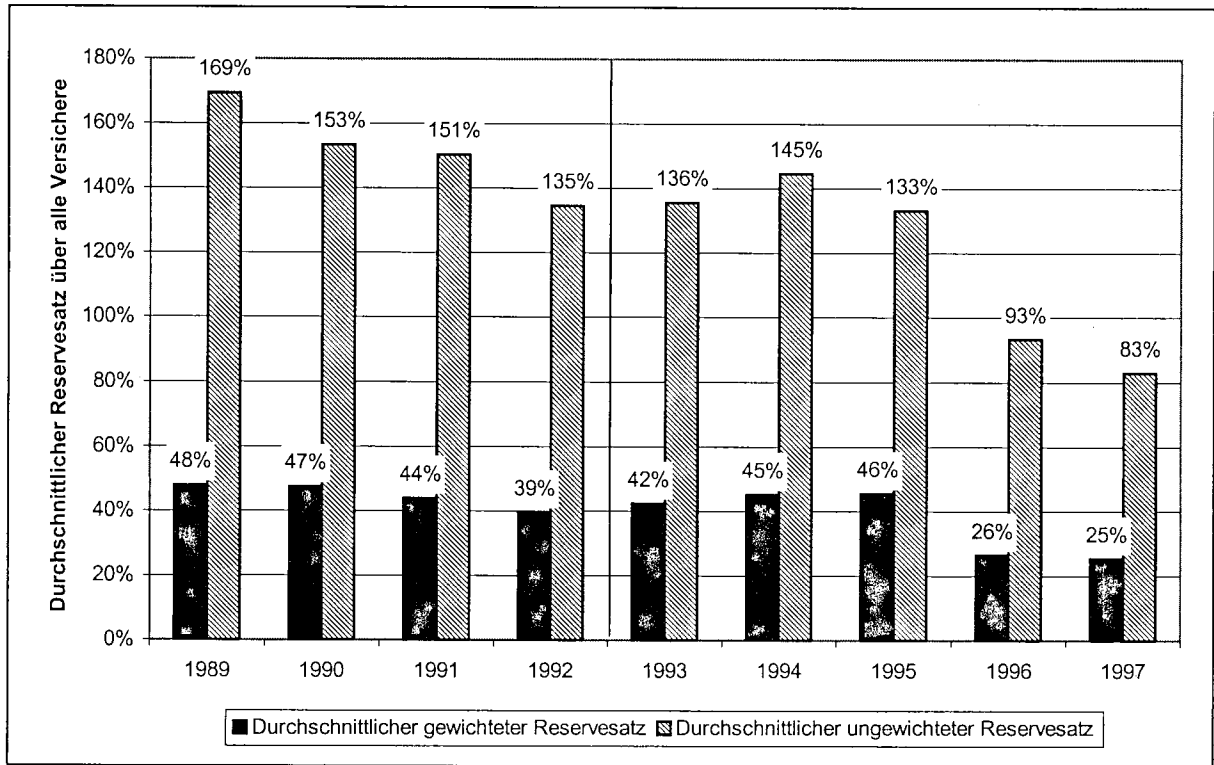
7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Tabelle 53: Die durchschnittlichen Reservesätze nach Versicherergrösse 1997

	Gesetzlicher Mindestreser- vesatz	Anzahl Versicherer			Total	Durchschnittli- cher Reserve- satz
		Unter dem gesetzlichen Ansatz	Bis 20% darüber	Mehr als 20% darüber		
Versicherer						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	0	2	10	12	261%
500 bis 1000	73%	6	1	12	19	110%
1000 bis 2500	52%	3	2	25	30	95%
2500 bis 5000	42%	4	4	8	16	55%
5000 bis 10'000	34%	4	3	7	14	53%
10'000 bis 50'000	24%	8	5	6	19	28%
über 50'000	20%	6	4	9	19	25%
Total		31	21	77	129	83%
bis 100	182%	0%	0%	0%	0%	0%
100 bis 500	96%	0%	2%	8%	9%	261%
500 bis 1000	73%	5%	1%	9%	15%	110%
1000 bis 2500	52%	2%	2%	19%	23%	95%
2500 bis 5000	42%	3%	3%	6%	12%	55%
5000 bis 10'000	34%	3%	2%	5%	11%	53%
10'000 bis 50'000	24%	6%	4%	5%	15%	28%
über 50'000	20%	5%	3%	7%	15%	25%
Total		24%	16%	60%	100%	83%
bis 100	182%	0%	0%	0%	0%	0%
100 bis 500	96%	0%	10%	13%	9%	261%
500 bis 1000	73%	19%	5%	16%	15%	110%
1000 bis 2500	52%	10%	10%	32%	23%	95%
2500 bis 5000	42%	13%	19%	10%	12%	55%
5000 bis 10'000	34%	13%	14%	9%	11%	53%
10'000 bis 50'000	24%	26%	24%	8%	15%	28%
über 50'000	20%	19%	19%	12%	15%	25%
Total		100%	100%	100%	100%	83%
Versicherte						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	0	669	2660	3329	261%
500 bis 1000	73%	5257	550	7519	13326	110%
1000 bis 2500	52%	5832	3865	40063	49760	95%
2500 bis 5000	42%	16485	16531	26499	59515	55%
5000 bis 10'000	34%	28627	22485	53912	105024	53%
10'000 bis 50'000	24%	239969	182224	160304	582497	28%
über 50'000	20%	1226111	2782204	2414705	6423020	25%
Total		1522281	3008528	2705662	7236471	83%
bis 100	182%	0%	0%	0%	0%	0%
100 bis 500	96%	0%	0%	0%	0%	261%
500 bis 1000	73%	0%	0%	0%	0%	110%
1000 bis 2500	52%	0%	0%	1%	1%	95%
2500 bis 5000	42%	0%	0%	0%	1%	55%
5000 bis 10'000	34%	0%	0%	1%	1%	53%
10'000 bis 50'000	24%	3%	3%	2%	8%	28%
über 50'000	20%	17%	38%	33%	89%	25%
Total		21%	42%	37%	100%	83%
bis 100	182%	0%	0%	0%	0%	0%
100 bis 500	96%	0%	0%	0%	0%	261%
500 bis 1000	73%	0%	0%	0%	0%	110%
1000 bis 2500	52%	0%	0%	1%	1%	95%
2500 bis 5000	42%	1%	1%	1%	1%	55%
5000 bis 10'000	34%	2%	1%	2%	1%	53%
10'000 bis 50'000	24%	16%	6%	6%	8%	28%
über 50'000	20%	81%	92%	89%	89%	25%
Total		100%	100%	100%	100%	83%

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Abbildung 61: Entwicklung des durchschnittlichen gewichteten und ungewichteten Reservesatzes zwischen 1989 und 1997 (*)



(*) Beim gewichteten Durchschnitt wurden die Mitgliederzahlen als Gewicht genommen.
Quelle: BSV-Statistikdaten

Soweit das detaillierte Bild für 1997. Nun betrachten wir die Entwicklung des durchschnittlichen Reservesatzes über alle Versicherer von 1989 bis 1997 (vgl. **Abbildung 61**). Es wird unterschieden zwischen einem ungewichteten und einem gewichteten Mittelwert. Beim ungewichteten Durchschnitt kommt jeder Versicherung dasselbe Gewicht zu. Beim gewichteten Mittelwert werden die Bestandeszahlen zur Gewichtung beigezogen. Die Reservesätze der grossen Versicherer werden in der Folge wichtiger. Es fällt auf, dass sowohl der gewichtete wie der ungewichtete durchschnittliche Satz bis 1992 kontinuierlich fällt. Zeitlich parallel zur Einführung des Risikoausgleichs nahmen die Sätze bis 1994 (bzw. 1995) zu. Der dringliche Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung und die Einführung des KVG senkten den ungewichteten Satz zwischen 1994 und 1997 um 62 Prozentpunkte auf 83 Prozent, den gewichteten um 21 Prozentpunkte von 46 Prozent auf 25 Prozent. Die durchschnittlichen Sätze betragen 1997 somit noch rund die Hälfte derjenigen von 1989. Warum beeinflussten die beiden Erlasse die Reservehaltung?

Vor der Einführung des KVG führte der dringliche Bundesbeschluss für befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung zwischen 1993 und 1995 einen Prämien- und Tarifstopp ein. Aufgrund der dennoch steigenden Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen stiegen in der gleichen Zeit die Kosten aber weiter an. Die Versicherer mussten dies zunehmend mit einem Reserveabbau ausgleichen, da Prämienhöhungen kaum möglich waren. Erst 1996 stieg aber die Teilgefährdung durch den Reserveabbau stark an. Die Aufhebung des Bundesbeschlusses und die Einführung des KVG führten zu einem Kostenschub von 10 Prozent. Die Prämien wurden 1996 im Durchschnitt um gut 20 Prozent erhöht. Die Prämien mussten stärker erhöht werden, weil sie in den Vorjahren eingefroren gewesen waren. Der gleichzeitig eintretende Reserveabbau weist nun aber darauf hin, dass die Prämien ohne Reserveabbau in den Vorjahren noch mehr gestiegen wären. Der Umstand, dass der Reserveabbau viele Versicherer in eine Teilgefährdungslage brachte, weist darauf hin, dass die Prämien aber noch stärker hätten steigen sollen. Zwar ist die Gefährdung durch die Reserven 1997 zu-

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

rückgegangen - 1996 waren 67 Versicherer, 1997 47 Versicherer gefährdet -, sie ist aber noch immer bedeutend. Ob es sich hierbei «nur» um einen vorübergehenden, im Zusammenhang mit der Einführung des KVG stehenden Effekt handelt, kann erst in einigen Jahren beurteilt werden.

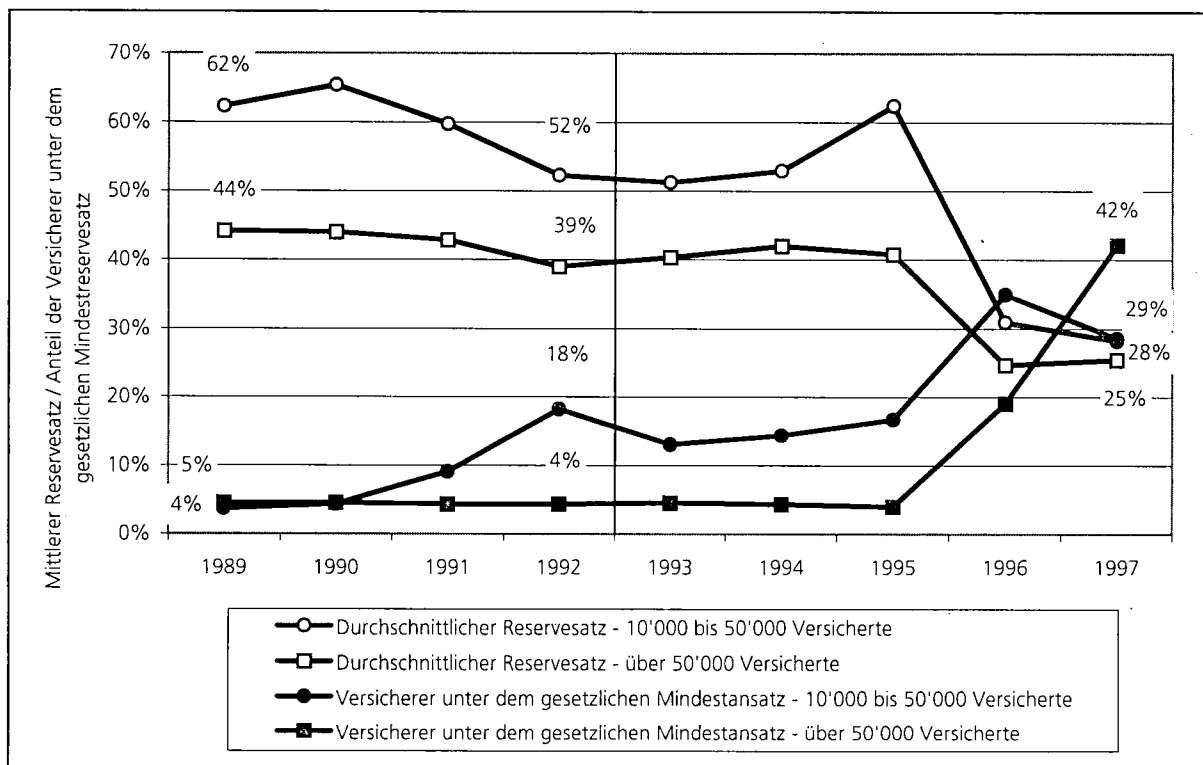
Abbildung 62 zeigt die detailliertere Entwicklung für die beiden Gruppen der grössten Versicherer. Auch hier wird deutlich, dass die durchschnittlichen Reservesätze insgesamt gesunken sind. Wichtig ist aber die Entwicklung: Zeitgleich mit der Einführung des Risikoausgleichs konnten die Sätze ab 1993 stabilisiert werden. Diejenigen für die Versicherer mit «10'000 bis 50'000» Mitgliedern – dieselbe Gruppe, die 1997 bei den Versicherern, welche den gesetzlichen Mindestreservesatz nicht erreichten, übervertreten war – nahmen bis 1995 sogar zu.

Die Kosten nahmen aber – wie erwähnt - in derselben Zeit zu. Der Einfluss des Risikoausgleichs ist daher ausgeprägter als in Abbildung 62 ersichtlich. Es ist anzunehmen, dass verschiedene Versicherer, um die Betriebsrechnungen in der Grundversicherung im Lot zu halten, auf die Reserven zurückgegriffen haben. Dass die durchschnittlichen Sätze bis 1995 dennoch nicht gesunken sind, kann ebenfalls dem Risikoausgleich zugerechnet werden.

Die Aufhebung des dringlichen Bundesbeschlusses für befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung und die Einführung des KVG führte nun offensichtlich zu einer ausgeprägten Abnahme der durchschnittlichen Reservesätze. Für die Versicherer in der Gruppe «10'000 bis 50'000» hat sich der durchschnittliche Reservesatz zwischen 1989 und 1997 von 62 Prozent auf 29 Prozent mehr als halbiert. Da der geforderte Mindestansatz bei 24 Prozent liegt, muss diese Entwicklung des mittleren Reservesatzes dieser Gruppe relativiert werden: Die überproportional grossen Reserven wurden auf ein realistischeres Mass abgebaut. Die Durchschnittsbetrachtung entspricht aber nicht der Situation der einzelnen Kassen. Abbildung 62 zeigt nämlich weiter, dass die Abnahme der Reserven mit einer Zunahme der Versicherer, welche die gesetzlichen Mindestanforderungen nicht mehr erfüllen konnten, einher gegangen ist. Nachdem mit der Einführung des Risikoausgleichs ab 1993 ein Rückgang dieses Anteils beobachtet werden konnte, stieg er bis 1997 auf 28 Prozent an. Überhaupt erstaunt Abbildung 62 hinsichtlich des Anteils der grössten Versicherer, welche alle Jahre einen Reservesatz unter dem gesetzlichen Mindestniveau aufwiesen.⁹³

⁹³ Wir weisen an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass die Defizitgarantien bei den öffentlichen Versicherern in unsere Betrachtung nicht integriert werden konnten. Auch lässt sich aus Abbildung 62 nicht ersehen, ob es sich immer wieder um dieselben Versicherungen handelte.

Abbildung 62: Die Entwicklung der durchschnittlichen Reservesätze zwischen 1989 und 1997



Quelle: BSV-Statistikdaten

7.3.3 Situation der zehn grössten Versicherer

Die zehn grössten Versicherer haben gut drei Viertel aller Versicherten unter Vertrag.⁹⁴ Ihre finanzielle Situation ist daher von besonders grosser Tragweite. **Tabelle 54** zeigt ihre Reservesätze und Rückstellungsanteile für das Jahr 1996 sowohl gesamtschweizerisch wie auch für die Untersuchungskantone.

Auf schweizerischer Ebene wird der gesetzlich vorgeschriebene Reservesatz durch keine Versicherung unterschritten.⁹⁵ Bei den Rückstellungen genügten drei Versicherer dem Kriterium von 28 Prozent nicht (Versicherer 3, 4 und 8). Dieselben Versicherer lagen auch nur knapp über der bis am 31. Dezember 1997 gültigen Limite von 20 Prozent für die Reserven.⁹⁶

⁹⁴ Es werden die 1996 zehn grössten Versicherer betrachtet.

⁹⁵ In diesem Abschnitt stützen wir uns auf die Daten der BSV-Prämien genehmigung. In Abschnitt 7.3 haben wir aufgrund der BSV-Statistikdaten gesehen, dass zwei grosse Versicherer mit Mitgliedern über 100'000 den gesetzlichen Mindestreservesatz nicht erreichten. Der Widerspruch löst sich wie folgt auf: Der eine Versicherer weist nach BSV-Statistikdaten einen Wert von 19,8 Prozent auf. Bei den BSV-Prämien genehmigungsdaten sind alle Werte einheitlich auf 20 Prozent gerundet. Beim anderen Versicherer wurde bei den BSV-Prämien daten bereits eine Fusion, welche faktisch erst 1997 stattfand, berücksichtigt. Dadurch stieg der Reservenanteil.

⁹⁶ Es ist zu berücksichtigen, dass in Einzelfällen Rückversicherungen die gesetzlichen geforderten Mindestansätze senken können.

Tabelle 54: Reserven und Rückstellungen der zehn grössten Versicherer in den Untersuchungskantonen 1996

	ZH	BE	SG	OW	TI	VD	BS	GE	TG	CH
Reservesatz (gesetzliches Mindestansatz 15 bis 20 Prozent)										
Versicherung 1	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
Versicherung 2	30,0%	19,3%	19,3%	19,3%	19,3%	10,0%		5,0%	19,3%	20,7%
Versicherung 3	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%
Versicherung 4	21,3%	21,3%	21,3%	21,3%	21,3%	21,3%	21,3%	21,3%	21,3%	21,3%
Versicherung 5	21,4%	21,6%	21,4%	21,4%	20,7%	21,3%	21,6%	21,1%	21,5%	21,3%
Versicherung 6	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%
Versicherung 7	25,1%	25,1%	25,1%	25,0%	25,1%	25,1%	25,1%	25,1%	25,0%	25,1%
Versicherung 8	27,6%	27,6%	27,6%	27,6%	27,6%	27,6%	27,6%	27,6%	27,6%	27,6%
Versicherung 9	28,0%	28,0%	28,0%	28,0%	28,0%	28,0%	28,0%	28,0%	28,0%	28,0%
Versicherung 10	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%
Rückstellungssatz (mindestens 28 Prozent)										
Versicherung 1	31,4%	31,5%	31,4%	31,8%	31,4%	31,7%	31,7%	31,9%	31,5%	31,6%
Versicherung 2	28,7%	28,7%	28,7%	28,7%	28,7%	28,7%	28,7%	28,7%	28,7%	28,7%
Versicherung 3	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%
Versicherung 4	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%
Versicherung 5	26,4%	26,3%	26,1%	25,7%	27,0%	26,6%	27,0%	27,0%	26,3%	26,4%
Versicherung 6	28,6%	28,6%	28,6%	28,6%	28,6%	28,6%	28,6%	28,6%	28,6%	28,6%
Versicherung 7	29,6%	28,7%	27,4%	32,0%	30,3%	29,8%	28,8%	29,9%	29,6%	29,7%
Versicherung 8	29,6%	29,8%	29,1%	29,6%	30,1%	30,1%	30,0%	30,5%	29,4%	29,8%
Versicherung 9	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%
Versicherung 10	29,1%	29,1%	29,1%	29,1%	29,1%	29,1%	29,1%	29,1%	29,1%	29,1%

Quelle: BSV-Prämien genehmigung

Betrachten wir die Situationen in den einzelnen Kantonen, so stellen wir zuerst überrascht fest, dass bei acht Versicherern die Reservesätze und bei sechs Versicherern die Rückstellungsanteile generell identisch sind. Wie ist dies zu erklären? Die Versicherer müssen erst seit 1996 für jeden Kanton eine eigene Rechnung führen.

Vor der Einführung des KVG mussten sie daher die gesamtschweizerischen Reserven künstlich auf ihre Tätigkeitskantone zuweisen. Identische Ansätze dürften daher nicht erstaunen. Bei den ausgewiesenen Daten handelt es sich aber um die Ergebnisse in den definitiven Rechnungen 1996. Wir hätten erwartet, dass sich die unterschiedlichen Situationen in den Kantonen bereits nach einem Jahr manifestieren. Das scheint bei den meisten Versicherer (noch) nicht realisiert zu sein.

Wie hat sich die Teilgefährdungslage für die zehn grössten Versicherer unter dem Einfluss des Risikoausgleichs entwickelt? **Tabelle 55** zeigt die sehr unterschiedlichen Situationen der Versicherer. Ausser Versicherer 10 war jeder der Versicherer zwischen 1992 und 1997 mindestens einmal teilweise gefährdet. Am unbedenklichsten ist die Teilgefährdung bei den Versicherern 7, 8, 9 und 10. Bei zwei dieser Versicherer spielte nur der starke Reserverabbau 1996 und 1997 eine Rolle. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei diesen Versicherern um einen gut kontrollierten Vorgang gehandelt hat, weil sie in den übrigen Jahren sonst in keine der Teilgefährdungsgruppen eingeteilt wurden. Auch Versicherer 6 war bisher nur zweimal teilgefährdet. Allerdings weisen die mittleren bis grossen Wanderungsverluste 1997 auf eine leicht angespanntere Situation als bei den Versicherern 7 bis 10 hin.

Tabelle 55: Entwicklung der Teilgefährdungslage der zehn grössten Versicherer 1992 bis 1997

	1989 bis 1992	1993	1994	1995	1996	1997
Versicherer 1		Mittlere/grosse Wanderungsverluste	Mittlere/grosse Wanderungsverluste		Nicht wiederholbare Reservenabnahme, Reserve nur 50% über dem Minimum	Reserven unter dem gesetzlichen Minimum
Versicherer 2			Mittlere/grosse Wanderungsverluste		Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	Reserven unter dem gesetzlichen Minimum
Versicherer 3	Reservenabnahme, Reserven nur bis zu 50% über dem Minimum	Mittlere/grosse Wanderungsverluste	Mittlere/grosse Wanderungsverluste	Mittlere/grosse Wanderungsverluste	Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend
Versicherer 4	Reservenabnahme, Reserven nur bis zu 50% über dem Minimum	Mittlere/grosse Wanderungsverluste	Mittlere/grosse Wanderungsverluste		Nicht wiederholbare Reservenabnahme, Reserve nur 50% über dem Minimum	Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend
Versicherer 5			Mittlere/grosse Wanderungsverluste	Mittlere/grosse Wanderungsverluste	Nicht wiederholbare Reservenabnahme, Reserve nur 50% über dem Minimum	Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend
Versicherer 6					Nicht wiederholbare Reservenabnahme, Reserve nur 50% über dem Minimum	Mittlere/grosse Wanderungsverluste
Versicherer 7					Nicht wiederholbare Reservenabnahme, Reserve nur 50% über dem Minimum	Nicht wiederholbare Reservenabnahme, Reserve nur 50% über dem Minimum
Versicherer 8					Nicht wiederholbare Reservenabnahme, Reserve nur 50% über dem Minimum	
Versicherer 9	Reservenabnahme, Reserven nur bis zu 50% über dem Minimum					
Versicherer 10						

Die Numerierung der Versicherer in Tabelle 55 stimmt nicht mit derjenigen in Tabelle 54 überein.
Quelle: BSV-Statistikdaten

1997 am stärksten teilgefährdet waren die Versicherer 1 und 2, weil sie den gesetzlichen Mindestsatz von 20 Prozent nicht erreichten. Allerdings ist beizufügen, dass der Satz auf den 1.1.1998 auf 15 Prozent gesenkt wurde. Dennoch wiesen beide Versicherer in den letzten Jahren auch beträchtliche Wanderungsverluste auf.

Die Versicherer 3, 4 und 5 hatten 1997 knapp genügende Reserven, aber ungenügende Rückstellungen. Zudem weisen sie bereits eine längere «Teilgefährdungsgeschichte» auf. Versicherer 3 war in allen Jahren gefährdet, Versicherer 4 nur in einem Jahr nicht. Berücksichtigt man nur die in dieser Studie verwendeten Indikatoren, so ist die Situation für diese Versicherer angespannt. Um ein vollständiges Bild zu erhalten, müssten aber noch andere Indikatoren zur Beurteilung beigezogen werden.

7.4. Die Bedeutung des Risikoausgleichs für die 1992 gefährdeten Versicherer

Bisher haben wir die Entwicklung der generellen Teilgefährdungslage betrachtet und dabei festgestellt, dass sich diese zeitgleich zur Einführung des Risikoausgleichs bis 1995 zurück entwickelt hat und anschliessend wieder angestiegen ist. Die Entwicklung einzelner Versicherer wurde bisher nicht untersucht. Diese Analyse wird nun in

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

Tabelle 56: Die Teilgefährdungslage 1992 – nach Kassenart

Gefährdungsquelle	öffentliche Kassen	Betriebskassen	Andere Kassen mit weniger als 100'000 Versicherten	Andere Kassen mit mehr als 100'000 Versicherten	Total
Versicherer					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	13	0	14	0	27
Starke Abnahme der Reserven	6	2	9	2	19
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	2	1	5	0	8
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	1	5	13	1	20
Total	22	8	41	3	74
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	18%	0%	19%	0%	36%
Starke Abnahme der Reserven	8%	3%	12%	3%	26%
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	3%	1%	7%	0%	11%
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0%	0%	0%	0%	0%
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	1%	7%	18%	1%	27%
Total	30%	11%	55%	4%	100%
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	59%	0%	34%	0%	36%
Starke Abnahme der Reserven	27%	25%	22%	67%	26%
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	9%	13%	12%	0%	11%
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0%	0%	0%	0%	0%
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	5%	63%	32%	33%	27%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
Versicherte					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	89320	0	157400	0	246720
Starke Abnahme der Reserven	19116	36581	136012	1784986	1976695
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	1931	2890	61380	0	66201
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	11884	28552	119648	110875	270959
Total	122251	68023	474440	1895861	2560575
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	3%	0%	6%	0%	10%
Starke Abnahme der Reserven	1%	1%	5%	70%	77%
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	0%	0%	2%	0%	3%
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0%	0%	0%	0%	0%
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	0%	1%	5%	4%	11%
Total	5%	3%	19%	74%	100%
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	73%	0%	33%	0%	10%
Starke Abnahme der Reserven	16%	54%	29%	94%	77%
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	2%	4%	13%	0%	3%
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0%	0%	0%	0%	0%
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	10%	42%	25%	6%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

diesem Abschnitt anhand der Kohorte der 1992 teilweise gefährdeten Versicherer vorgenommen. In Abschnitt 7.5 wird die Analyse für die 1997 teilgefährdeten Versicherer vorgenommen.

Die Ausgangslage 1992

74 der 1992 existierenden Versicherer waren nach unserem Gefährdungsfilter teilweise gefährdet. Dies entsprach 40 Prozent aller Versicherer, welche 38 Prozent aller Versicherten unter Vertrag hatten. **Tabelle 56** beschreibt die Situation differenziert nach Kassenart und Gefährdungsursache. Die zwei wichtigsten Gefährdungsursachen waren einerseits das mindestens einmalige Unterschreiten der gesetzlichen Mindestanforderungen bei den Reserven zwischen 1989 und 1992 und andererseits die starke Abnahme der Reserven (vgl. für die Kriterien

Tabelle 50). 62 Prozent aller teilweise gefährdeten Versicherer entfielen auf diese beiden Ursachen. Wenn wir von den 22 teilgefährdeten öffentlichen Versicherer absehen – hier könnten Defizitdeckungen eine wichtige Rolle gespielt haben –, dann waren 79 Prozent der verbleibenden teilweise gefährdeten Versicherer solche mit einem Bestand unter 100'000 Mitglieder (ohne «Betriebskassen»). Allein ein Drittel dieser Versicherer-Gruppe war durch das Unterschreiten des gesetzlichen Mindestreservesatzes teilgefährdet.

Die Entwicklung zwischen 1992 und 1997

Abbildung 63 zeigt die Entwicklung des Kollektivs der 74 Versicherer, welche 1992 teilweise gefährdet waren. Die Verbindungslinien zwischen den einzelnen Kästchen geben die Bewegungen der Versicherer zwischen den Jahren wieder. Je dicker eine Verbindungslinie ist, desto mehr Versicherer haben diesen Weg genommen. Zuerst wird deutlich, dass sich der in Abschnitt 7.3 gefundene allgemeine Trend auch hier zeigt: 1995 waren nur noch 25 Versicherer (33 Prozent) der 1992 teilweise gefährdeten Versicherer wiederum gefährdet. Allerdings gaben in der gleichen Zeit 16 Versicherer ihre Existenz auf. Der Anteil der 25 teilgefährdeten Versicherer machte somit 44 Prozent der noch existierenden aus. 1996 stieg der Anteil von 44 auf 76 Prozent an und erreichte 1997 68 Prozent (vgl. **Tabelle 57**). Der Anstieg 1996 ist sowohl auf die Gefährdungsquelle «Reserven unter dem gesetzlichen Mindestreservesatz» wie auch auf die «starke Abnahme der Reserven» zurück zu führen. Die meisten 1996 durch diese Quelle neu teilgefährdeten Versicherer waren im Vorjahr (1995) nicht teilgefährdet. Diese Zunahme stellt, wie in Abschnitt 7.3 ausgeführt – eine Auswirkung des dringlichen Bundesbeschlusses gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung und der Einführung des KVG dar.

Wenn wir in die einzelnen Gefährdungsquellen betrachten, so fallen folgende interessante Entwicklungen auf:

- Die fünfte Gefährdungsquelle – mittlere bis grosse Wanderungsverluste – nimmt zwar in ihrer Bedeutung über die Zeit ab, die horizontalen Linien weisen aber bis 1995 darauf hin, dass verschiedene Versicherer konstant in dieser Gruppe verblieben.
- Bei der Gefährdung durch unzureichende Rückstellungen fehlen die angesprochenen horizontalen Verbindungslinien: Dies weist darauf hin, dass ungenügende Rückstellungen einmalige Ereignisse darstellen.
- Die Bedeutung des Unterschreitens des gesetzlichen Mindestsatzes wurde bis 1995 schwächer, dann sprunghaft wieder bedeutsamer.
- Die Gefährdungsquelle «starke und nicht wiederholbare Abnahme der Reserven» kommt nur bei ganz wenigen Versicherern zweimal hintereinander vor (1995 und 1996 bzw. 1996 und 1997). Dies war zu erwarten, weil die Teilgefährdung durch das Nicht-Wiederholbarkeitskriterium bereits sehr akut ist.
- Zwischen zwei Jahren sind immer sowohl aufsteigende wie auch absteigende Linien zu beobachten. Dies weist darauf hin, dass es einerseits Versicherer gibt, welche von einer niederschwelligeren Gefährdungsstufe zu den schwerwiegenderen aufsteigen. Andererseits geben die absteigenden Linien Hinweise auf Versicherer, denen es gelungen ist, die Probleme mit den Reserven in den Griff zu bekommen.
- Insgesamt haben 30 Versicherer die Existenz aufgegeben.

Abbildung 63: Die Entwicklung der 1992 teilweise gefährdeten Versicherer zwischen 1992 und 1997

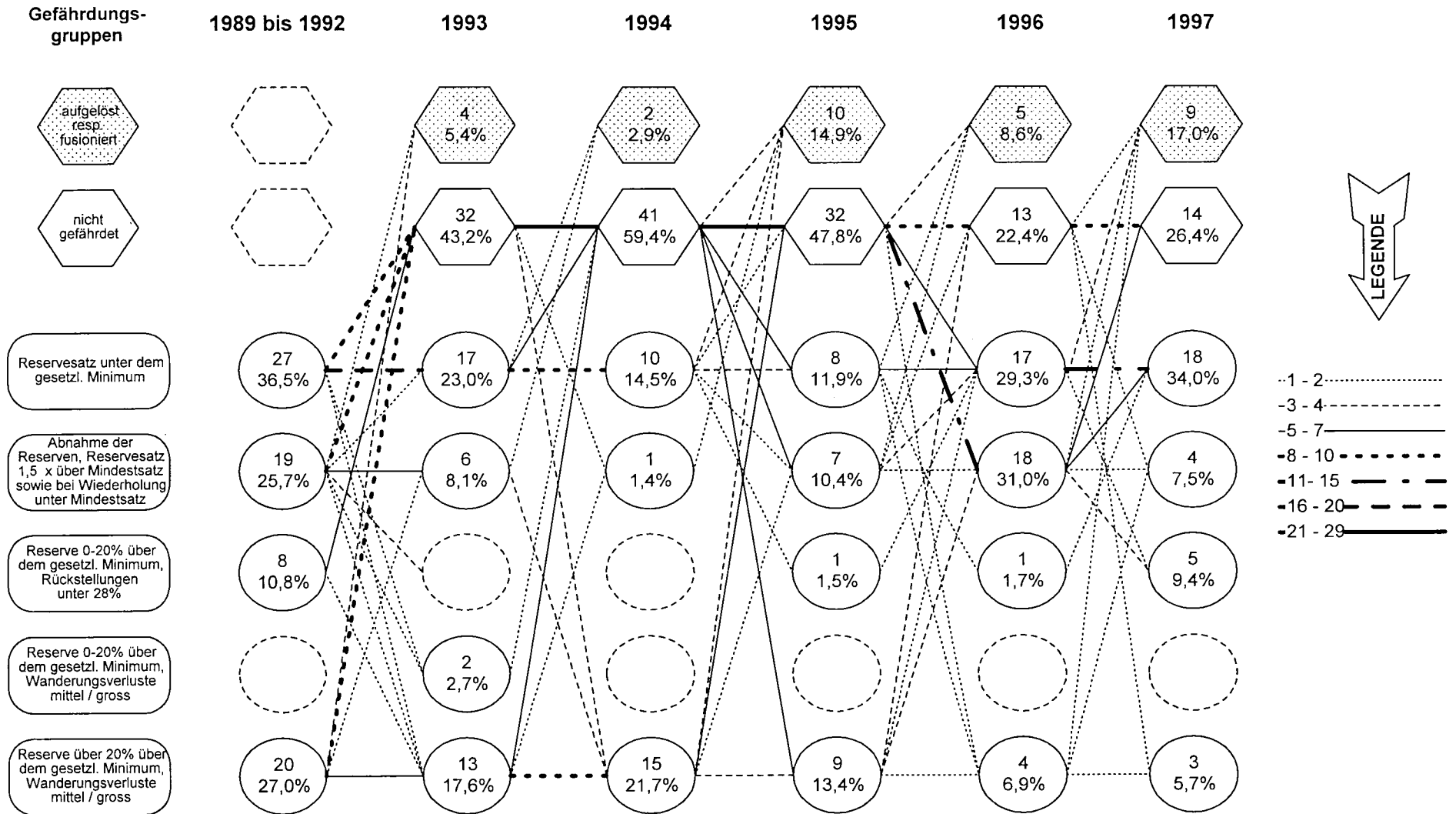


Tabelle 57: Die Entwicklung der 1992 teilweise gefährdeten Versicherern nach Gefährdungsursachen – 1992 bis 1997

	1989- 1992	1993	1994 (*)	1995 (*)	1996	1997
In absoluten Zahlen						
Teilweise gefährdete Versicherer						
Reservesatz unter dem gesetzlichen Minimum	27	17	10	8	17	18
Starke und nicht wiederholbare Abnahme der Reserven	19	6	1	7	18	4
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	8	0	0	1	1	5
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste mittel/gross	0	2	0	0	0	0
nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	20	13	15	9	4	3
Total	74	38	26	25	40	30
Nichtgefährdete Versicherer	113	32	41	32	13	14
Total Teilgefährdete und Nicht-Gefährdete	187	70	67	57	53	44
Aufgelöste, Fusionen	0	4	2	10	5	9
In Prozent						
Teilweise gefährdete Versicherer						
Reservesatz unter dem gesetzlichen Minimum	14,4%	24,3%	14,9%	14,0%	32,1%	40,9%
Starke Abnahme der Reserven	10,2%	8,6%	1,5%	12,3%	34,0%	9,1%
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	4,3%	0,0%	0,0%	1,8%	1,9%	11,4%
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste mittel/gross	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	10,7%	18,6%	22,4%	15,8%	7,5%	6,8%
Total	39,6%	54,3%	38,8%	43,9%	75,5%	68,2%
Nichtgefährdete Versicherer	60,4%	45,7%	61,2%	56,1%	24,5%	31,8%
Total Teilgefährdete und Nicht-Gefährdete	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Aufgelöste, Fusionen (in Prozent des Vorjahres)		5,4%	2,9%	14,9%	8,8%	17,0%

(*) 1 Versicherer ist für 1994 und 1995 nicht beurteilbar, weil er für diese Jahre keine Reservesätze ausweist

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Tabelle 58: Die Grösse der dauerhaft teilgefährdeten Versicherer

Grösse der Versicherung	Dreimal teilge- fährdet (*)	Viermal teilge- fährdet	Fünfmal teilge- fährdet	Total
bis 100	0	0	0	0
100 bis 500	2	0	0	2
500 bis 1000	3	1	0	4
1000 bis 2500	3	1	1	5
2500 bis 5000	2	0	0	2
5000 bis 10'000	4	1	1	6
10'000 bis 50'000	5	2	1	8
über 50'000	0	2	2	4
Total	19	7	5	31
bis 100	0%	0%	0%	0%
100 bis 500	11%	0%	0%	6%
500 bis 1000	16%	14%	0%	13%
1000 bis 2500	16%	14%	20%	16%
2500 bis 5000	11%	0%	0%	6%
5000 bis 10'000	21%	14%	20%	19%
10'000 bis 50'000	26%	29%	20%	26%
über 50'000	0%	29%	40%	13%
Total	100%	100%	100%	100%

(*) 7 Versicherer existierten 1997 nicht mehr; davon waren 6 Versicherer kleiner als 10'000 Versicherte.

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

7. Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer

18 Versicherer waren in den fünf Jahren zwischen 1993 und 1997 einmal teilgefährdet, 15 Versicherer zweimal, 19 Versicherer dreimal, 7 Versicherer viermal und 5 Versicherer fünfmal. 10 Versicherer waren in keinem der folgenden Jahre wieder teilgefährdet. **Tabelle 58** zeigt die Verteilung der mehrfach teilgefährdeten Versicherer auf verschiedene Grössenkategorien. Es fällt auf, dass 39 Prozent der Versicherer mittlere bis grössere sind. Der klar überwiegende Teil hingegen sind Klein- und Kleinstversicherer (61 Prozent).

In einer Detailauswertung haben wir die Entwicklung der 74 Versicherer (53 nicht-öffentliche und 21 öffentliche Versicherer) zwischen 1992 und 1997 einzeln beurteilt. Als Beurteilungskriterien flossen neben der Einstufung in den Gefährdungsfilter folgende Kriterien ein: Position und Entwicklung im Risikoausgleich, Einstufung in die Bruttoisikostufen, die Entwicklung der Stufeneinteilung und die Kassenart (wegen allfälligen Defizitdeckungen). **Abbildung 64** zeigt das Resultat für die primär interessierenden 53 nicht-öffentlichen Versicherer. 1997 existierten von den 53 1992 teilweise gefährdeten Versicherer noch 33 (62 Prozent), 20 Versicherer fusionierten mit grösseren Partnern (38 Prozent). Die Beurteilung der noch existierenden Kassen ergab folgendes Bild:

■ Die unternehmerische Lage von 12 Versicherern (23 Prozent) erachten wir als mehr oder weniger problemlos. Typischerweise waren diese Versicherer zwischen 1993 und 1997 nie mehr oder nur noch ein oder zweimal teilweise gefährdet.

■ 21 Versicherer (40 Prozent) stufen wir als mehr oder weniger teilgefährdet ein. Bei diesen Versicherern müsste eine Analyse, welche noch weitere als die vier verwendeten Indikatoren berücksichtigt, zeigen, wie weit die Gesamtgefährdung reicht. 10 Versicherer waren Risikoausgleichsempfänger. Davon schätzen wir 5 Versicherer als stark teilgefährdet ein (vier- und fünfmal teilgefährdet, schlechte Risikostrukturen, ungenügende Reserven), 5 Versicherer als leicht teilgefährdet (nur zwei bis dreimal teilgefährdet, mittlere Bruttoisikoeinstufung).

Weiter stufen wir 11 Versicherer (15 Prozent) als teilgefährdet ein, obschon sie in den Risikoausgleich einzahlten und über relativ gute Risikostrukturen verfügen. Ihnen gemeinsam ist der Umstand, dass sie mit den Reserven Probleme haben. Die Teilgefährdung entsteht dadurch, dass die Geschäftsleitung offensichtlich die Einschätzung vorgenommen hat, dass die Prämien nicht erhöht werden können bzw. das BSV einen entsprechenden Antrag nicht genehmigt hat. Wären diese erhöht worden, so wären die Probleme mit den Reserven nicht vorhanden. Eine derartige Einschätzung durch die Geschäftsleitung dürfte für Billiganbieter typisch sein, weil sie davon ausgehen, dass ihr Kollektiv sehr sensitiv auf Prämien erhöhungen reagiert. Bei 9 Versicherern gehen wir davon aus, dass die Problematik sehr ernst ist, bei 2 Kassen ist sie weniger schwerwiegend.

Bei den 20 1997 nicht mehr existierenden Versicherern ergaben sich folgende Einschätzungen:

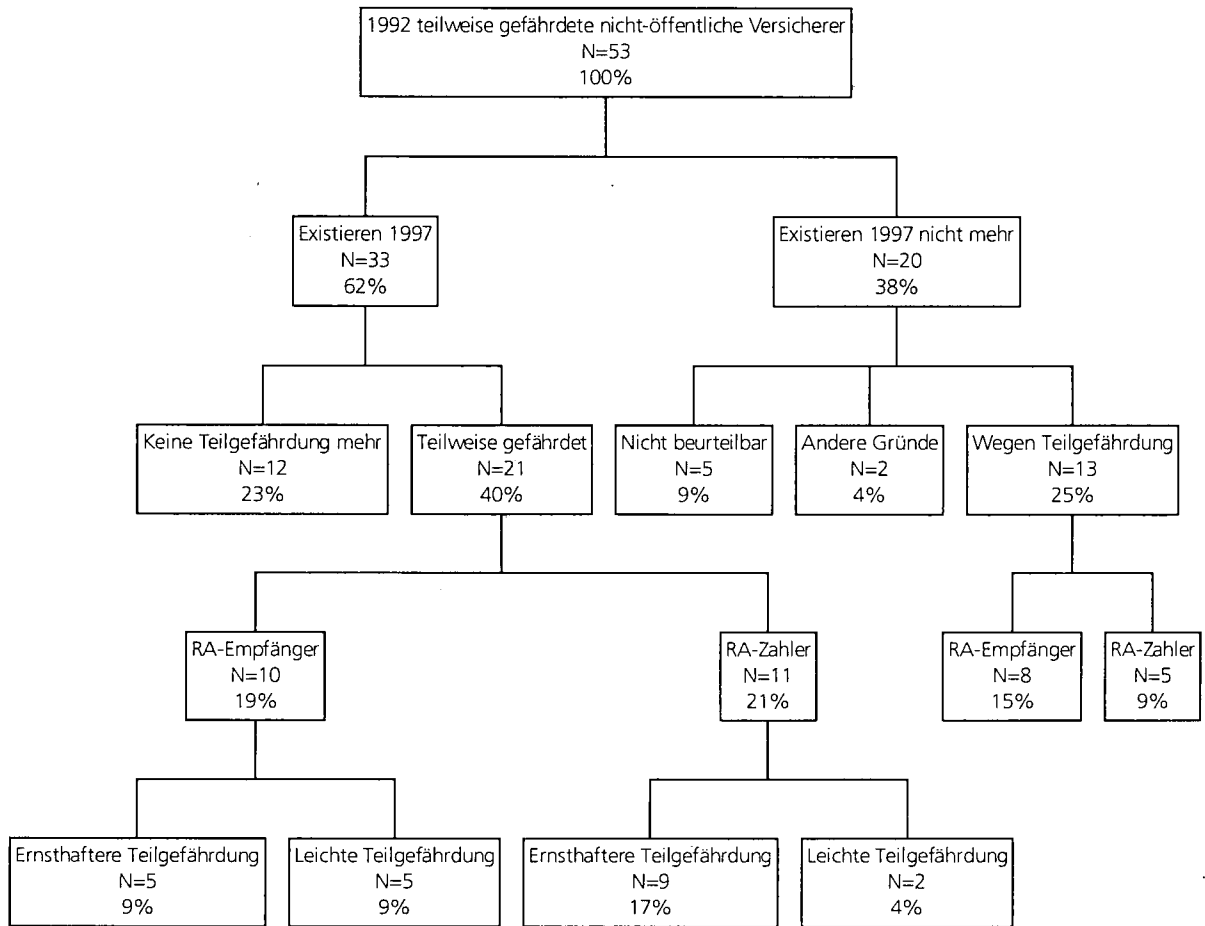
■ Bei 5 Versicherern kann die Lage nicht beurteilt werden, weil sie bereits 1993 nicht mehr existierten.

■ Bei 2 Versicherern dürfte die Fusion andere Gründe gehabt haben als die akute Gefährdung. Im einen Fall lag die letzte Teilgefährdung vor der Fusion bereits drei Jahre zurück, im anderen Fall zwei Jahre (zusätzlich war dieser Versicherer Risikoausgleich-Zahler).

■ Bei 13 Versicherern (25 Prozent) kommen wir zu Einschätzung, dass die Fusion aufgrund der teilweisen existenzgefährdenden Entwicklung der vorhergegangenen Jahr zustande gekommen ist. In 8 Fällen handelte es sich um Risikoausgleich-Empfänger, in 5 Fällen um Zahler.

Von den 21 öffentlichen Versicherern, welche 1992 teilweise gefährdet waren, existierten 1997 10 nicht mehr. Alle waren vor der Existenzaufgabe teilweise gefährdet gewesen. Von den 11 heute noch existierenden Versicherern betrachten wir 6 als teilweise gefährdet, 5 als nicht teilgefährdet. Was bedeutet «Teilgefährdung» bei einer öffentlichen Versicherung?

Abbildung 64: Beurteilung der Entwicklung der teilweisen Existenzgefährdung der 1992 teilweise gefährdeten, nicht-öffentlichen Versicherer



Quelle: Eigene Darstellung

Wenn wir davon ausgehen, dass eine Defizitdeckung besteht, so besteht die Gefährdung darin, dass diese Defizitdeckung (stärker) in Anspruch genommen werden muss. Wenn wir nun das ganze Kollektiv der 74 Versicherer gemeinsam betrachten, so können wir festhalten, dass:

- 34 Versicherer (64 Prozent) ihre teilweise existenzgefährdete Lage (noch) nicht gemeistert haben. In 13 Fällen führte die Teilgefährdung (allenfalls zusammen mit anderen Gründen) zu einer Fusion, 21 Versicherer existieren heute noch. Davon sind 14 Versicherer ernsthafter teilgefährdet.
- 14 Versicherer (26 Prozent) ihre Gefährdungproblematik lösen konnten (6 Empfänger- und 8 Zahler-Kassen).
- 5 Versicherer (9 Prozent) nicht einschätzbar sind, da sie bereits 1993 nicht mehr existierten.

Was bedeuten diese Entwicklungen für die Beurteilung des Risikoausgleichs? Der Risikoausgleich führte neue Belastungen (Zahler-Kassen) und Entlastungen (Empfänger-Kassen) ein. Gleichzeitig belasteten auch der dringliche Bundesbeschluss für befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung und die Einführung des KVG die finanzielle Situation der Versicherer. In dieser Konstellation hat der Risikoausgleich zusammen mit den getroffenen Entscheidungen der Geschäftsleitung nur bei 6 Empfänger-Versicherern (11 Prozent der 1992 teilweise gefährdeten nicht-öffentlichen Versicherer) entla-

stend und damit existenzsichernd gewirkt. Weitere 8 Versicherer (15 Prozent) konnten sich zwar ebenfalls aus der Teilgefährdungslage befreien, es handelte sich aber um Zahler-Kassen. Bei 16 Zahler-Versicherern (30 Prozent) wurde ihre bereits vor der Einführung des Risikoausgleichs angespannte Geschäftslage verschärft. Bei 18 Empfänger-Versicherern (34 Prozent) wirkte der Risikoausgleich zwar entlastend, aber nicht so stark, dass sie sich aus der Teilgefährdungslage hätten befreien können.

Fazit: 1992 waren 53 nicht-öffentliche Versicherer teilweise gefährdet. Nur bei 11 Prozent dieser Versicherer haben wir die Vermutung, dass der Risikoausgleich dazu beigetragen hat, dass sich die teilweise vorhandene Existenzgefährdung beseitigen liess. Bei allen anderen Versicherern wirkte er zu wenig stark oder hatte sogar gegenteilige Wirkungen.

7.5. Die Situation der 1997 teilweise gefährdeten Versicherer

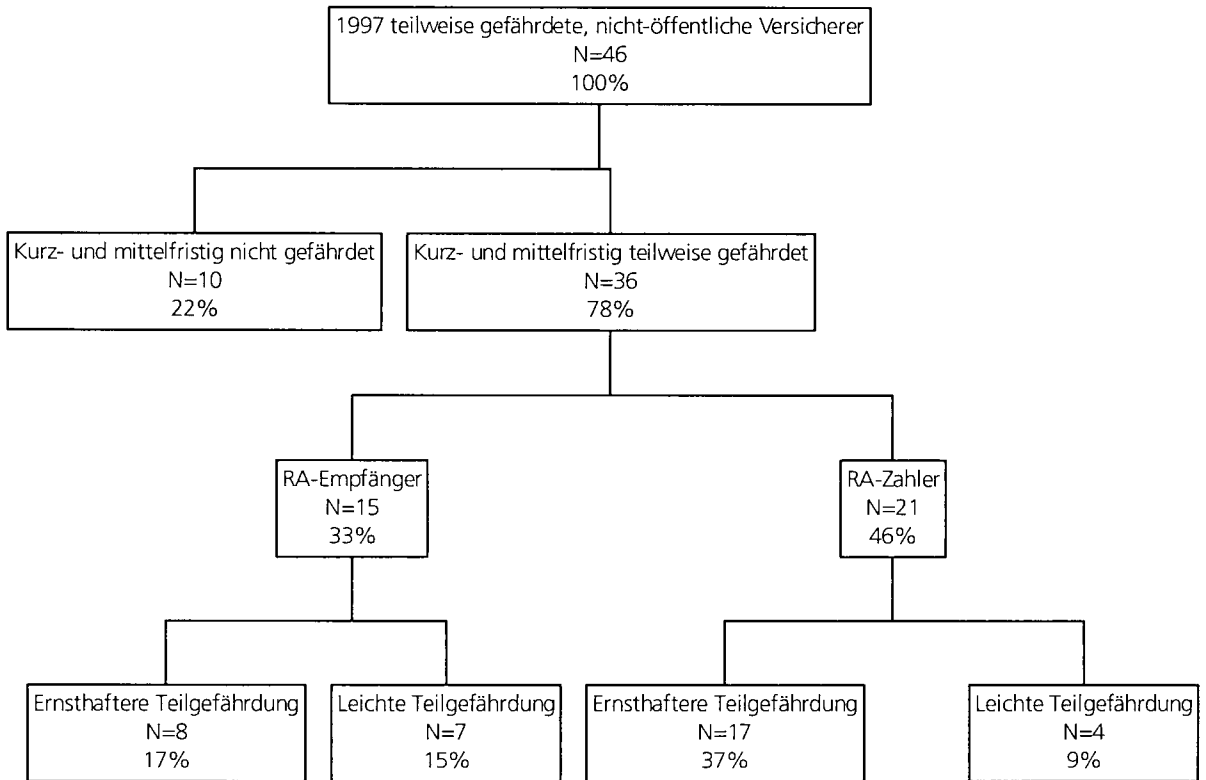
In Abschnitt 7.3.1 stellten wir im Zusammenhang mit der generellen Entwicklung des Teilgefährdungsniveaus fest, dass 1997 66 Versicherer (51 Prozent aller Versicherer) mit 4,9 Millionen Versicherten (69 Prozent aller Versicherten) teilweise gefährdet waren. 46 Versicherer waren nicht-öffentlich, 20 öffentlich. Wie steht es um die Zukunft dieser Versicherer bestellt? Um diese Frage umfassend zu beurteilen, müssten mehr als die vier verwendeten Indikatoren beigezogen werden. Wie erwähnt bilden die Indikatoren nur einen Teilbereich der Existenzgefährdung ab. Nimmt man diesen aber als Beurteilungsgrundlage, dann müssen wir – wie im vergangenen Abschnitt für die 1992 teilweise gefährdeten Versicherer – die Entwicklungen der 1997 teilweise gefährdeten Versicherer in den letzten Jahren beurteilen. 30 Versicherer waren dabei auch schon 1992 teilweise gefährdet, 36 kamen in den folgenden Jahren dazu. **Abbildung 65** zeigt in Analogie zur Abbildung 64 die Beurteilung der 1997 teilweise gefährdeten Versicherer. Wir betrachten wiederum primär die nicht-öffentlichen Versicherer ohne Defizitdeckung. Hauptunterscheidungsmerkmal ist die kurz- und mittelfristige Teilgefährdung. Wir gehen davon aus, dass 10 Versicherer (22 Prozent der teilweise gefährdeten nicht-öffentlichen Versicherer) allenfalls langfristig, nicht aber kurz- und mittelfristig Existenzprobleme haben werden. Die Beurteilung basiert darauf, dass diese Versicherer vor 1997 höchstens ein weiteres Mal als teilweise gefährdet eingeschätzt wurden. Zudem unterschritt keiner dieser Versicherer mit den Reserven den gesetzlich geforderten Mindestsatz.

Es bleiben somit 36 Versicherer (78 Prozent der teilweise gefährdeten nicht-öffentlichen Versicherer) mit 4,3 Millionen Versicherten, die aufgrund der verwendeten Indikatoren auch kurz- und mittelfristig ernsthafter gefährdet bleiben:

- 15 Versicherer waren im Risikoausgleich Empfänger-Kassen, d.h. tendenziell mit mittleren bis schlechteren Risikostrukturen. 8 Versicherer mit 2,9 Millionen Versicherten wiesen dabei eine ernsthaftere Teilexistenzgefährdung auf. Diese begründet sich durch zwei zusammenspielende Faktoren: Einerseits waren die meisten dieser Versicherer vor 1997 bereits mehrere Male teilweise gefährdet. Andererseits wiesen sie alle 1996 und 1997 grosse Probleme mit den Reserven auf. 1997 erfüllten diese Versicherer – mit einer Ausnahme - die gesetzliche geforderten Limiten nicht.

- 21 Versicherer waren im Risikoausgleich Zahler-Kassen, d.h. tendenziell mit mittleren bis guten Risikostrukturen. Das «Paradox» der Kombination von guten Risikostrukturen und Teilexistenzgefährdung löst sich folgendermassen auf: Um günstige Prämien anbieten zu können und damit für gute Risiken attraktiv zu sein, haben diese Versicherer die Reserven in einer teilweise gefährdenden Art und Weise abgebaut. Gleichzeitig haben sie Schwierigkeiten, die Prämien zu erhöhen, weil sonst die guten Risiken wieder abwandern würden (analog zur Geschichte der ARTISANA). 17 Versicherer mit 709'000 Versicherten sind Unseres Erachtens im beschriebenen Sinne ernsthafter teilgefährdet.

Abbildung 65: Differenzierung der 1997 teilweise gefährdeten, nicht-öffentlichen Versicherer



Quelle: Eigene Darstellung

■ Insgesamt beurteilen wir also im Rahmen der verwendeten Indikatoren die Situation von 25 Versicherern (19 Prozent aller 1997 existierenden Versicherer) mit 3,6 Millionen Versicherten als kurz- bis mittelfristig ernsthafter teilgefährdet.

Tabelle 59 zeigt die Verteilung der ernsthafter teilgefährdeten Versicherer nach der Grösse der Kassen. Rund 40 Prozent der betroffenen Versicherer hat weniger als 10'000 Versicherte. Sehr ungleich ist natürlich die Gesamtzahl der Versicherten bei den ernsthafter teilgefährdeten Versicherer verteilt. 90 Prozent der Versicherten haben ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Kassen mit einem Mitgliederbestand von mehr als 100'000 Versicherten abgeschlossen.

Tabelle 59: Grösse der Versicherer, welche über das Jahr 1997 hinaus in ihrer Existenz teilweise gefährdet sind

Grösse der Versicherung	Versicherer		Versicherte	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
0 bis 1000	1	4%	-	0%
1000 bis 10000	9	36%	51'894	1%
10000 bis 100000	9	36%	312'818	9%
Über 100000	6	24%	3'207'433	90%
Total	25	100%	3'572'145	100%

- aus Datenschutzgründen nicht ausgewiesen
Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

7.6. Zusammenfassung und Fazit

Um die Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherheit der Versicherer zu zeigen, muss diese zuerst operationalisiert werden. Dabei ist die Beurteilung der Existenzsicherheit eines Unternehmens ein komplexer betriebswirtschaftlicher Vorgang, der oft auch den Blick in die Bücher des Betriebes erfordert. Eine umfassende Beurteilung der Versicherer wäre daher sehr aufwendig gewesen und konnte in diesem Sinne im Rahmen dieses Projektes nicht geleistet werden. Im Zentrum standen in diesem Kapitel die wenigen finanziellen Kennziffern, welche sich auf der Basis der BSV-Statistikdaten berechnen liessen. Beurteilt werden konnte somit nur ein Teil der Existenzsicherheit und in der Folge auch nur die Auswirkungen des Risikoausgleichs auf diesen betrachteten Teil.

Um den Effekt des Risikoausgleichs auf die insbesondere durch die Reserven, Rückstellungen und die Wanderungen charakterisierte finanzielle Situation der Versicherer zu isolieren, wurde die Situation der Kohorte jener 74 Versicherer, die 1992 (dem Jahr vor der Einführung des Risikoausgleichs) teilweise in ihrer Existenz gefährdet waren, in der Periode zwischen 1989 und 1997 beobachtet (53 nicht-öffentliche und 21 öffentliche Kassen). Insgesamt kommen wir dabei zur Einschätzung, dass nur bei 11 Prozent der 1992 teilweise gefährdeten nicht-öffentlichen Versicherer der Risikoausgleich dazu beigetragen hat, dass sich die vorhandene Existenzgefährdung beseitigen liess. Bei allen anderen Versicherern wirkte er zu wenig stark oder hatte sogar gegenteilige Wirkungen. Hat der Risikoausgleich somit hinsichtlich der Existenzsicherung die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllt? Zwei Aspekte sind auseinander zu halten:

■ Das vorliegende Kapitel hat gezeigt, dass der Risikoausgleich durchaus bei einigen Versicherern stabilisierend gewirkt hat. Gleichzeitig entfaltete er aber auch eine teilweise existenzgefährdende Wirkung auf die Billiganbieter mit guten Risikokollektiven. Diese konnten oder wollten die Prämien nicht erhöhen. Der Risikoausgleich wirkte wie eine zusätzliche Abgabe, die primär durch den Abbau der Reserven bezahlt wurde. Allerdings – und dies ist für die Interpretation wichtig – waren diese Versicherer auch schon vor der Einführung des Risikoausgleichs 1993 teilweise gefährdet. Oftmals hatte sie bereits vorher Probleme mit zu knappen Reserven. Für die Unternehmenssituation der 1997 teilweise existenzgefährdeten Versicherer waren aber die Auswirkungen des dringlichen Bundesbeschlusses für befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung und die Einführung des KVG viel gewichtiger als die allfällig positiven Auswirkungen des Risikoausgleichs. Insgesamt kann nicht davon gesprochen werden, dass der Risikoausgleich im Bereich der Existenzsicherung die von bestimmten Akteuren in ihn gesetzten politischen Erwartungen erfüllt hat.

■ Der zweite Aspekt scheint uns grundsätzlicher: Es ist nicht explizite Aufgabe des Risikoausgleichs, alle Versicherer in ihrer Existenz zu sichern und die Kassenvielfalt zu erhalten. Vielmehr soll er die durch die unterschiedlichen Risikostrukturen bedingten Vor- und Nachteile ausgleichen.

8. Beurteilung der Wirkungen des Risikoausgleichs

8.1. Synthese der Ergebnisse

1993 wurde vom Gesetzgeber der Risikoausgleich mit dem Ziel eingeführt, dass dadurch die sich vollziehende Entsolidarisierung gestoppt werden könnte. Die vorliegende Studie untersuchte im Sinne einer Wirkungsevaluation konkret folgende vier Fragenbereiche:

- **Risikostrukturen, Risikoselektion:** Konnte die vor der Einführung beobachtete Risikoentmischung gestoppt bzw. sogar (in Teilen oder vollständig) rückgängig gemacht werden? Gibt es Hinweise darauf, dass von den Krankenversicherern heute noch immer Risikoselektionen vorgenommen werden? Nach welchen Indikatoren richten sie sich?
- **Prämien:** Haben sich die Prämienunterschiede, welche auf die unterschiedlichen Risikostrukturen zurückzuführen sind, aufgrund des Risikoausgleichs nivelliert? In welchem Umfang ist dies allenfalls erfolgt?
- **Wanderungen:** Lassen sich Zusammenhänge zwischen Zu- und Abwanderungen von Versicherten vor Einführung des Risikoausgleichs und der Höhe der Prämienunterschiede feststellen? Gibt es Hinweise darauf, dass die altersabhängigen Wanderungen zwischen den Kassen mit der Einführung des Risikoausgleichs abgenommen haben?
- **Existenzsicherung:** Hat der Risikoausgleich dazu geführt, dass Versicherer, welche vor Einführung des Risikoausgleichs in ihrer Existenz gefährdet waren, nun langfristig überlebensfähig sind?

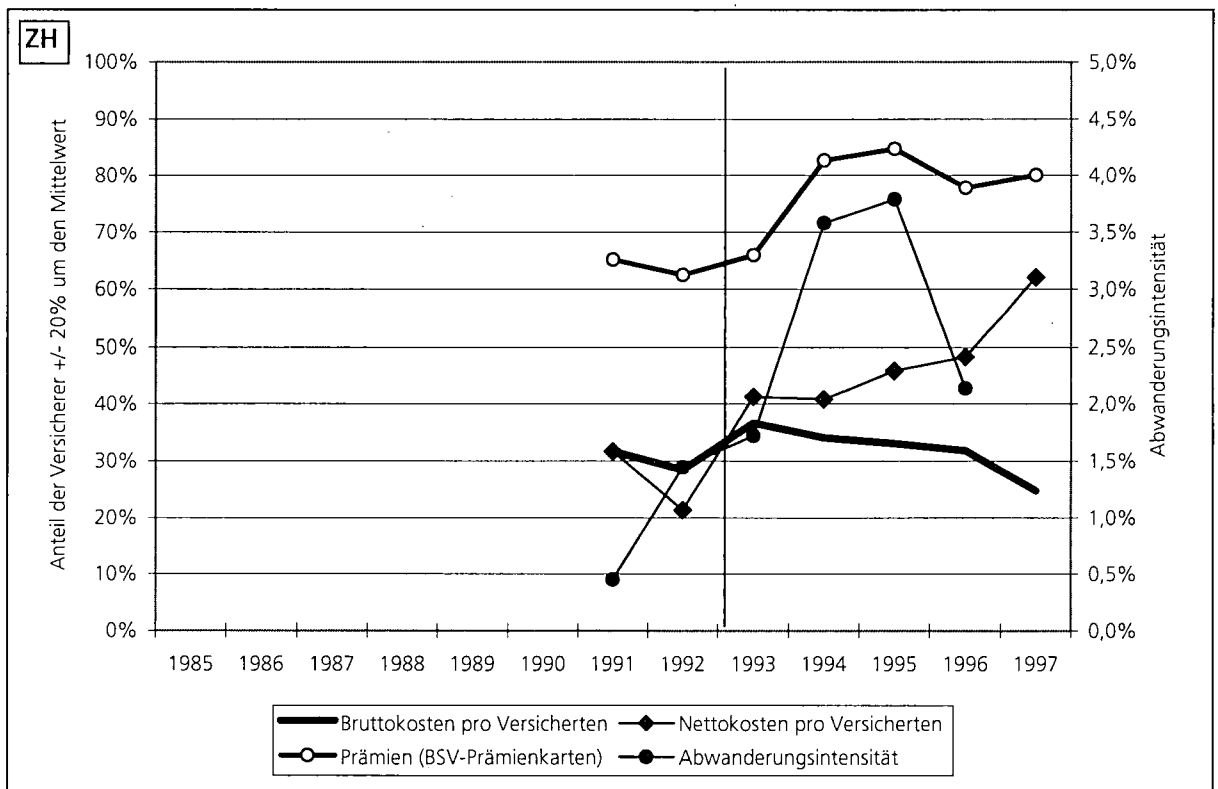
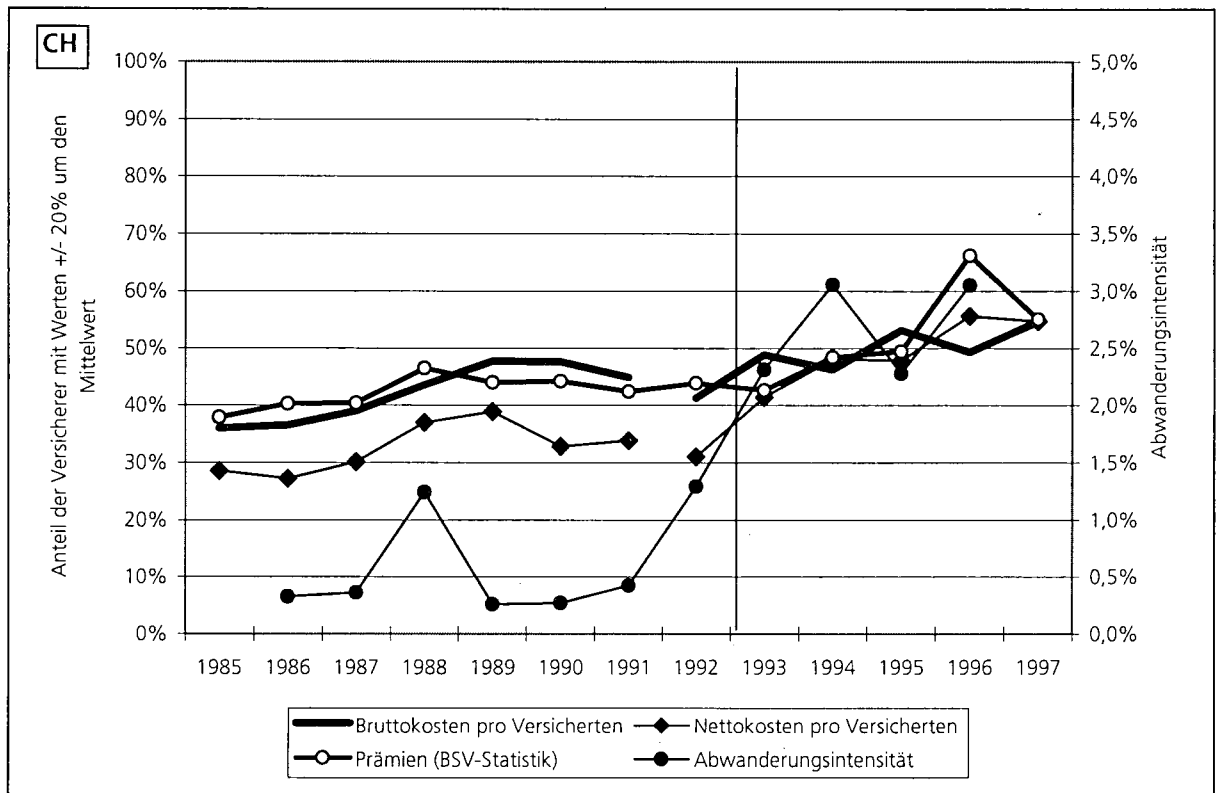
In den vier vorangegangenen Kapiteln haben wir jeweils im abschliessenden Abschnitt eine ausführliche Zusammenfassung der Resultate vorgenommen. An dieser Stelle geht es nun darum, die verschiedenen Bereiche miteinander zu verknüpfen. Dies kann für die ersten drei Teile der Wirkungsevaluation einfach vorgenommen werden, indem wir die in diesen Bereichen analog angewandten zwei Auswertungsschritte zusammenführen. Einerseits betrachteten wir jeweils die Entwicklung des Anteils der Versicherer, die Werte von +/- 20 Prozent rund um den (ungewichteten) Mittelwert des jeweiligen Indikators aufwiesen und andererseits den Anteil der Versicherten, die bei den bezeichneten Versicherern unter Vertrag standen.⁹⁷ Als Indikatoren verwendeten wir: Die Bruttokosten pro Versicherten, die Nettokosten pro Versicherten, die Prämien und die Wanderungsintensität.⁹⁸ Die zwei Auswertungsschritte drängten sich für die Analyse des Risikoausgleichs deshalb auf, weil der Risikoausgleich – so die politische Erwartung – eine Angleichung der Kostenstrukturen, eine Angleichung der Prämien und in der Folge eine Senkung der Wanderungsintensität bewirken sollte. Angleichungen erfolgen dann, wenn der Anteil der Versicherer bzw. der Versicherten in einer bestimmten Bandbreite um den Mittelwert zunimmt.

Abbildung 66 (Sichtweise der Versicherer) und Abbildung 67 (Sichtweise der Versicherten) fassen die Ergebnisse für die Schweiz und exemplarisch für den Kanton Zürich noch einmal auf einen Blick zusammen. Ein Kanton wurde als Vergleichsgrösse gewählt, weil der Risikoausgleich auf dieser Ebene berechnet wird. Zudem unterscheiden sich die Kantone sehr stark in ihren Kostenniveaus. Dadurch wird auf schweizerischer Ebene ein Durchschnitt gebildet, der teilweise die Auswirkungen verzerrt wiedergibt. **Abbildung 66** zeigt in der Sichtweise der Versicherer Unterschiede zwischen der schweizerischen und der zürcherischen Entwicklung. Die Bruttoreisikoprüfer naherten sich in der Schweiz unter dem Einfluss von Wanderungen und Fusionen an, im Kanton Zürich entwickelten sie sich – ausgehend von einem höheren

⁹⁷ Bei der Auswertung der Versicherer wurde immer der ungewichtete, bei derjenigen der Versicherten der gewichtete Mittelwert beigezogen.

⁹⁸ Die Bruttokosten beinhalten die für die Berechnung des Risikoausgleichs entstandenen Gesundheitskosten minus die Kostenbeteiligung der Versicherten. Bei den Nettokosten werden zudem die staatlichen Beiträge (Bundes- und Risikoausgleichsbeiträge) und die Abgaben an den Risikoausgleich berücksichtigt.

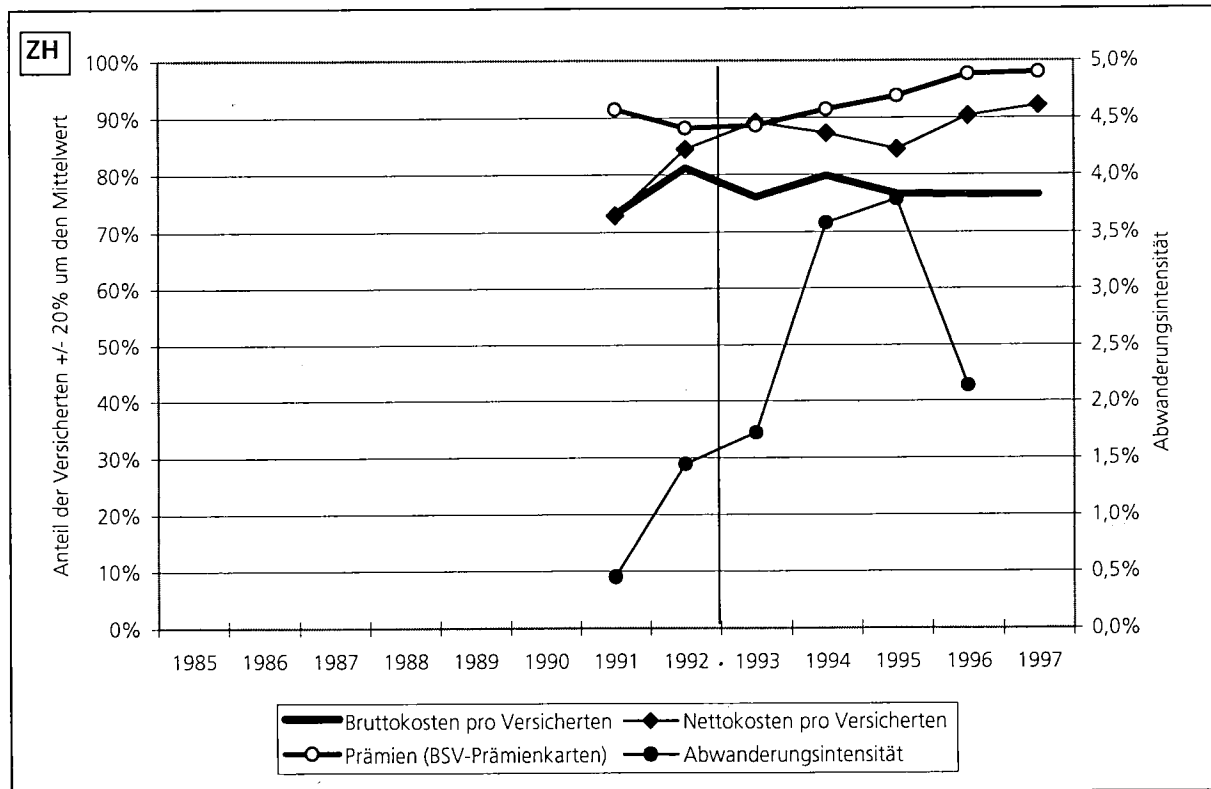
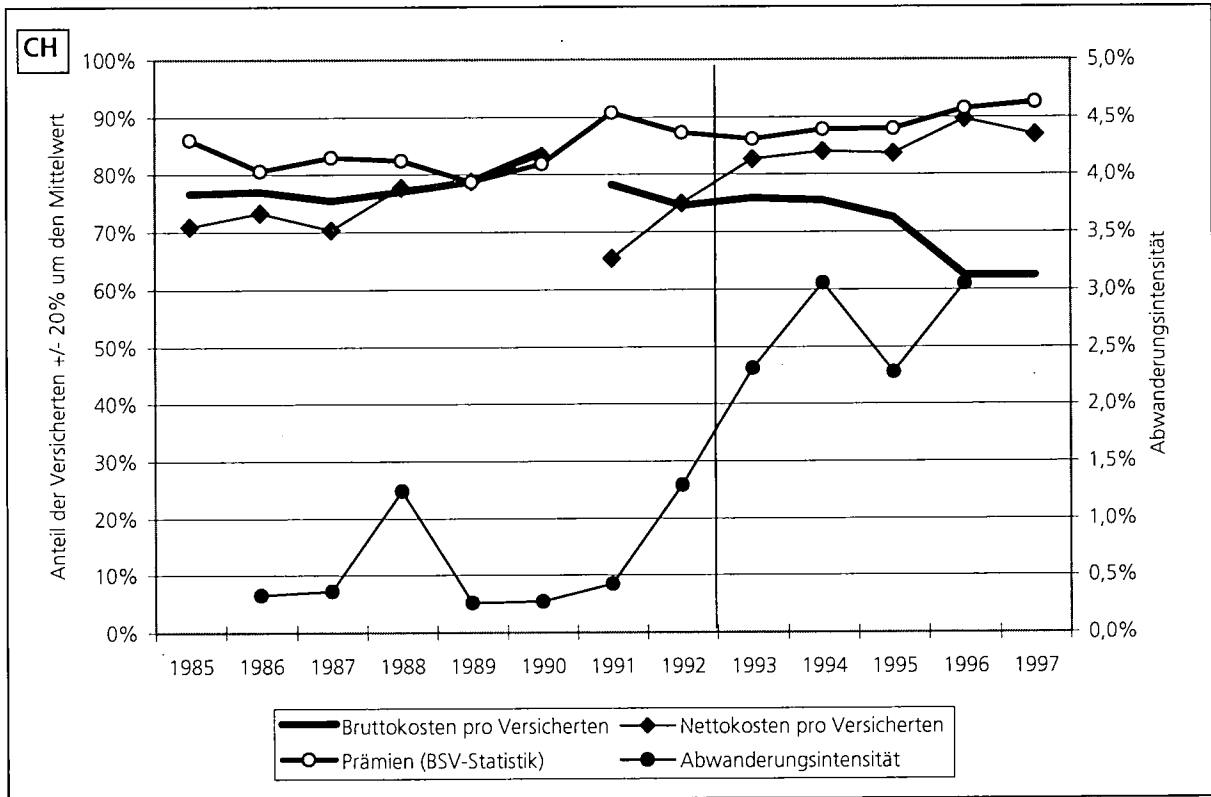
Abbildung 66: Die Entwicklungen der Bruttokosten, der Nettokosten, der Prämien und der Wanderungen aus der Sicht der Versicherer, für die Schweiz und den Kanton Zürich, 1985 bis 1997 (*)



(*) Präziser: Dargestellt wird der (in Abbildung 66b gewichtete) Anteil der Versicherer, welcher Bruttokosten pro Versicherten, Nettokosten pro Versicherten und Prämien aufwies, die +/- 20 Prozent um den Mittelwert schwankten.
 Quelle: BSV-Statistikdaten, Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung, eigene Berechnungen

8. Beurteilung der Wirkungen des Risikoausgleichs

Abbildung 67: Die Entwicklungen der Bruttokosten, der Nettokosten, der Prämien und der Wanderungen aus der Sicht der Versicherten, für die Schweiz und den Kanton Zürich, 1985 bis 1997 (*)



(*) Präziser: Dargestellt wird der (in Abbildung 67b gewichtete) Anteil der Versicherer, welcher Bruttokosten pro Versicherten, Nettokosten pro Versicherten und Prämien aufwies, die +/- 20 Prozent um den Mittelwert schwankten.

Quelle: BSV-Statistikdaten, BSV-Prämienkarten, Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung, eigene Berechnungen

Angleichungsgrad - weiter auseinander. Die durch den Risikoausgleich beeinflussten Nettorisikostrukturen glichen sich sowohl in der Schweiz wie im Kanton Zürich an. Die Zunahme fiel dabei im Kanton Zürich ausgeprägter aus. Ähnliche Verhältnisse zeigen sich bei den Prämien: Auch hier nahmen die Prämienunterschiede sowohl in der Schweiz wie auch im Kanton Zürich ab, im Kanton Zürich wiederum ausgehend von einem höheren Niveau. Es ist diesbezüglich aber darauf hinzuweisen, dass unterschiedliche Datenquellen verwendet wurden. In der Schweiz wurde auf die Statistikdaten des BSV und somit auf effektiv bezahlten Prämien abgestellt. Im Kanton Zürich waren die Prämienkarten des BSV, welche die Tarife widerspiegeln, Grundlage. Die Wanderungsintensität nahm in der Schweiz und im Kanton Zürich in der Beobachtungsperiode zu, zuletzt ging sie aber im Kanton Zürich wieder zurück.

Auf der Ebene der Versicherten, die bei den jeweiligen Indikatoren bei den «durchschnittlichen» Versicherten unter Vertrag stehen, zeigen sich in der Schweiz und im Kanton Zürich stark vergleichbare Ergebnisse (vgl. **Abbildung 67**). Sie sind qualitativ weitgehend identisch mit denjenigen in der Sichtweise der Versicherer. Einen gewichtigen Unterschied gibt es allerdings: In der Sichtweise der Versicherten entwickelten sich in der Schweiz die Bruttostrukturkosten im Gegensatz zur Sichtweise der Versicherer weiter auseinander. Wie lassen sich die unterschiedlichen Entwicklungen erklären? Zuerst zu den Versicherern: Hier dürften primär die zahlreichen (z.T. durch den Risikoausgleich mit ausgelösten) Fusionen in den letzten Jahren dazu geführt haben, dass sich mehr Versicherer in der Bandbreite von +/- 20 Prozent um die Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherer gruppieren. Bei den mit den Versicherten gewichteten Daten spielt naturgemäss die Entwicklung der grössten Versicherer eine zentrale Rolle. Bei den grössten Versicherern müssen zwei Gruppen unterschieden werden: Eine kleinere Gruppe mit sehr guten Strukturen und eine grössere mit durchschnittlichen bis deutlich überdurchschnittlichen Kosten pro Versicherten. Wenn die Bruttostrukturkosten in einer solchen Konstellation auseinandergehen, dann kann dies vor allem folgende zwei Gründe haben: (a) Grosse Versicherer, welche ausserhalb der +/- 20 Prozent Bandbreite liegen, haben deutliche Wanderungsgewinne verzeichnet. Dies ist in der betrachteten Periode bei zwei Versicherern mit unterdurchschnittlichen Kosten der Fall gewesen. (b) Die Durchschnittskosten pro Versicherten haben bei den teureren grossen Versicherern im Vergleich zu den billigeren überdurchschnittlich stark zugenommen. Dies traf ebenfalls zu.

Für die Beurteilung der Wirkungen des Risikoausgleichs sind die mit den Versicherten gewichteten Entwicklungen wichtiger als diejenigen der Versicherer. Die gewichteten Daten geben die Auswirkungen auf das primäre politische Ziel des Risikoausgleichs – die Entschärfung der Entsolidarisierung - korrekter wieder.

In deutlichem Widerspruch zu den politischen Erwartungen steht die Entwicklung der Wanderungsintensität sowohl in der Schweiz wie auch im Kanton Zürich. Sie nahm seit 1991/1992 deutlich zu. Die Einführung des Risikoausgleichs hätte sie – so die Erwartungen – eher dämpfen sollen. Andere Faktoren (steigendes Prämienniveau, Einführung des KVG) entfalteten in diesem Bereich aber eine grössere Wirkung als der Risikoausgleich.

Entsprachen daher – mit Ausnahme der Wanderungen – die Auswirkungen des Risikoausgleichs insgesamt den Erwartungen? Die Antwort muss differenziert werden:

■ **Bruttostrukturkosten:** Die Bruttostrukturkosten verändern sich vor allem durch die Wanderungen der Versicherten und durch Fusionen. Der Risikoausgleich beeinflusst beide Faktoren. Bei den Wanderungen würden wir – was in den letzten Jahren nicht eingetroffen ist - erwarten, dass die Wanderungsintensität zurück geht. Die dennoch stattfindenden Wanderungen gehen in der Tendenz aber von Versicherern mit schlechteren zu solchen mit besseren Risikostrukturen. Die Bruttostrukturkosten nähern sich nicht an. Welcher Einfluss übte der Risikoausgleich auf die Fusionen aus? Die Analyse der Existenzgefährdungen (vgl. dazu auch die nachfolgenden Ausführungen) haben gezeigt, dass der Risikoausgleich nur wenige

Versicherer mit schlechten Strukturen durch Beiträge «gerettet» hat, dass er aber eine deutliche Anzahl von Versicherern mit an sich guten Strukturen durch die Abgaben zusätzlich in eine Gefährdungslage brachte. Insgesamt gehen wir daher davon aus, dass der Risikoausgleich in Einzelfällen sicher auch Fusionen ausgelöst hat, dass aber die «Fusionswelle» stärker von anderen Überlegungen bestimmt worden ist. Somit dürften die Bruttostrukturstrukturen nur indirekt und nicht sehr stark durch den Risikoausgleich beeinflusst worden sein.

■ **Nettorisikostrukturen:** Der Risikoausgleich bringt Versicherern mit unattraktiven Risikostrukturen Beiträge, die die Kosten pro Versicherten senken. Bei den Kassen mit guten Risikostrukturen tritt der umgekehrte Fall ein. Die Einführung des Risikoausgleichs muss daher logisch zwingend zu einer Angleichung der Nettorisikostrukturen führen. Dieser Effekt ist eingetreten, je nach Kanton etwas stärker oder weniger stark. Ist die Angleichung insgesamt ausreichend? Rund 90 Prozent der Versicherten sind bei Versicherern unter Vertrag, welche Nettokosten pro Kopf rund um den Mittelwert aufweisen. Die meisten Versicherten treffen daher grundsätzlich auf Versicherer, die ähnlichen Voraussetzungen gegenüberstehen; somit kann auch die Angleichung als ausreichend bezeichnet werden. Allerdings sind diese Versicherten lediglich bei rund 55 Prozent der Kassen versichert. Fast die Hälfte der Versicherer (45 Prozent) hat demzufolge höhere bzw. vor allem tiefere Nettokosten pro Kopf. Trotz Risikoausgleich gibt es also immer wieder Versicherer, welche in ihren Nettorisikostrukturen deutlich vom Mittelwert abweichen. Reduziert sich in Zukunft die Zahl der Versicherer weiter wie in der Vergangenheit, werden die extremen Abweichungen an Bedeutung verlieren.

■ **Prämien:** Die Prämien haben sich seit 1993 stark angeglichen. Der Risikoausgleich dürfte indirekt über die Angleichung der Nettorisikostrukturen einen unterstützenden Einfluss gehabt haben. Ganz entscheidend war aber der zwischen 1993 und 1995 geltende dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung, welcher - ökonomisch gesehen - einen Tarifstopp einführt hatte.

Die letztlich nicht aufgehaltene Auseinanderentwicklung der Bruttostrukturstrukturen deutet auch auf immer noch vorhandene **Risikoselektionen** hin. Sowohl die quantitative Analyse der Bruttostrukturstrukturveränderung zwischen 1992 und 1996 wie auch die durchgeführten Interviews mit sechs Versicherern bestätigen diese Vermutung: Wenn die dazu notwendigen Informationen vorliegen, dann werden Risikoselektionen nach wie vor und sehr gezielt vorgenommen.

Die Einführung des Risikoausgleichs nach den Faktoren Alter und Geschlecht brachte eine wesentliche Veränderung mit sich: Der Druck, bereits versicherte ältere Personen abzuschieben, wurde stark reduziert. Das Verhalten gegenüber bereits versicherten schlechten Risiken (jungen und alten) dürfte sich aber generell wenig verändert haben, weil der Gesundheitszustand nicht Teil des Risikoausgleichs ist. Auch das Verhalten der Versicherer bei der Aufnahme von neuen Versicherten blieb weitgehend unverändert. Der Grund dafür sind folgende Zusammenhänge: Die meisten Versicherer sind primär am Geschäft im Zusatzversicherungsbereich interessiert, weil dort Gewinn erzielt werden kann. In der Grundversicherung müssen Gewinne für die Aufstockung der Reserven oder die Prämienenkung verwendet werden. Im Zusatzversicherungsbereich stehen für die Versicherer bei der Rekrutierung von Neuversicherten primär (gesunde) Junge im Zentrum. Zwar könnten sie auch bei älteren oder kranken Neuversicherten Gewinne erzielen, da risikogerechte Prämien erhoben werden können. Diese Prämien können aber so hoch werden, dass sie für die Versicherten nicht mehr attraktiv sind. Zudem wechseln die älteren Versicherten im Vergleich zu den jüngeren viel weniger häufig ihre Kasse.

Im Zusatz- wie im Grundversicherungsbereich wird – sofern die Informationen verfügbar sind - neben dem Alter auch nach den Kriterien «Gesundheitszustand», «Einkommen», «Bildung» und «Urbanitätsgrad» selektioniert. Die Möglichkeiten der Risikoselektion im Zusatzversicherungsbereich hat starke Auswirkung

gen auf den Grundversicherungsbereich, weil die meisten Versicherten die Grund- und Zusatzversicherung beim selben Versicherer abschliessen wollen. Die Auswirkungen der Selektion über den Zusatzversicherungsbereich wäre dann weniger bedeutungsvoll, wenn der Risikoausgleich in der Grundversicherung die im Zusatzversicherungsbereich verwendeten Selektionsinformationen (insbesondere über den Gesundheitszustand) berücksichtigen würde. Dies ist aber heute nicht der Fall. Das geltende System des Risikoausgleichs berücksichtigt nur die Faktoren Alter und Geschlecht. Die Selektionsgewinne der Versicherer werden durch den Risikoausgleich somit nicht vollständig abgeschöpft.

Hat der Risikoausgleich hinsichtlich der **Existenzsicherung** die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllt? Zwei Aspekte sind auseinander zu halten: Erstens hat die Analyse gezeigt, dass der Risikoausgleich durchaus bei einigen Versicherern stabilisierend gewirkt hat. Gleichzeitig entfaltete er aber auch eine teilweise existenzgefährdende Wirkung auf die Billiganbieter mit guten Risikokollektiven. Diese konnten oder wollten die Prämien nicht erhöhen. Der Risikoausgleich wirkte wie eine zusätzliche Abgabe, die primär durch den Abbau der Reserven bezahlt wurde. Allerdings – und dies ist für die Interpretation wichtig – waren diese Versicherer auch schon vor der Einführung des Risikoausgleichs 1993 teilweise gefährdet. Oftmals hatte sie bereits vorher Probleme mit zu knappen Reserven. Für die Unternehmenssituation der 1997 teilweise existenzgefährdeten Versicherer waren aber die Auswirkungen des dringlichen Bundesbeschlusses für befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung und die Einführung des KVG viel gewichtiger als die allfällig positiven Auswirkungen des Risikoausgleichs. Insgesamt kann nicht davon gesprochen werden, dass der Risikoausgleich im Bereich der Existenzsicherung die in ihn gesetzten politischen Erwartungen erfüllt hat.

Der zweite Aspekt scheint uns grundsätzlicher: Es ist nicht explizite Aufgabe des Risikoausgleichs, alle Versicherer in ihrer Existenz zu sichern und die Kassenvielfalt zu erhalten. Vielmehr soll er die durch die unterschiedlichen Risikostrukturen bedingten Vor- und Nachteile ausgleichen.

8.2. Entsprechen die erzielten Wirkungen den vorgegebenen Zielen?

Die Wirkungen des Risikoausgleichs müssen in Bezug auf bestimmte Vorgaben beurteilt werden. Zu unterscheiden sind einerseits die politischen Ziele und andererseits die aus der wissenschaftlichen Diskussion stammenden Anforderungen.

Politische Ziele des Risikoausgleichs

Als Referenzpunkte bieten sich die Botschaft zum dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung und einige wichtige Grundentscheidungen im KVG an. Folgende Aspekte sind namentlich zu berücksichtigen:

- Der Risikoausgleich soll die zunehmende Entsolidarisierung in der Krankenversicherung stoppen. In der Zeit vor der Einführung war damit der Umstand gemeint, dass Kassen mit einem jungen und überdurchschnittlich billigen Versichertenbestand sehr günstige und Versicherer mit einer älteren und überdurchschnittlich teuren Mitgliedschaft entsprechend höhere Prämien anbieten mussten.
- Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes wurde das Hauptziel des Risikoausgleichs mit weiteren Massnahmen unterstützt: Die Risikoselektion wurde weiter erschwert, weil in der Grundversicherung die vorbehaltlose Aufnahmepflicht verankert wurde.
- Wichtiges Anliegen des neuen Gesetzes ist ebenfalls die Kostendämpfung. Deshalb sollte generell der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, aber auch zwischen den Krankenversicherern gefördert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde unter anderem auch die volle Freizügigkeit eingeführt.

Der Risikoausgleich steht daher im Rahmen des neuen Gesetzes in einem Spannungsfeld: Einerseits soll möglichst weitgehend der Entsolidarisierung Einhalt geboten werden, andererseits dürfen die Anreize zu Kosteneinsparungen in der Grundversicherung bei den im Wettbewerb stehenden Versicherern nicht zu stark reduziert werden. Den einen Extrempunkt des Spannungsfelds kennen wir aus der Vergangenheit: Ohne Risikoausgleich kommen die Erfolge aller kostendämpfenden Massnahmen bzw. der Risikoselektion den Versicherern durch tiefere Kosten und höhere Gewinnmargen unmittelbar zu Gute. Wäre der Risikoausgleich - im Sinne des anderen Extrems - als vollständiger Finanzausgleich ausgestaltet, so würde jede Versicherung pro Versicherten die Differenz zwischen den individuellen Kosten und dem Durchschnitt über alle Versicherten und Kassen erhalten bzw. bezahlen. Damit würden alle Erfolge bei der Kostensenkung bzw. der Risikoselektion vollständig abgeschöpft. Der Anreiz, in der Grundversicherung kostensparende Massnahmen durchzuführen, wäre somit sehr gering. Er würde aber nicht ganz verschwinden, weil die Prämie in der Grundversicherung immer noch ein wichtiges Signal im Rahmen der Aquisition neuer Zusatzversicherter darstellt.

Beurteilung des Risikoausgleichs aufgrund der politischen Ziele

Der wichtigste politische Zielwert für die Beurteilung der bisherigen Wirkungen des Risikoausgleichs ist die Reduktion der Entsolidarisierung, also die Annäherung der Prämien. Wir beurteilen in diesem Sinne die bisher festgestellten Wirkungen des Risikoausgleichs unter einem Vorbehalt als ausreichend.

Der Vorbehalt bezieht sich auf die unterschiedliche Entwicklung der Brutto- und Nettorisikostrukturen. Das aus der Sicht der Versicherten nicht aufgehaltene Auseinandergehen der Bruttorisikostrukturen beinhaltet unseres Erachtens ein beträchtliches Problempotential. Sollte die Entmischung wie in den vergangenen Jahren weitergehen, so dürfte dies mittel- bis langfristig dazu führen, dass es auf der einen Seite nur noch Kassen mit guten und auf der anderen Seite nur noch solche mit schlechten Risiken geben wird. Wie genau ein solcher Prozess ablaufen wird, dürfte stark von der weiteren Entwicklung der Fusionen abhängen. In der Grundversicherung würde der Risikoausgleich zwar nach wie vor korrigierend eingreifen und dazu führen, dass die meisten Prämien in einer vernünftigen Bandbreite bleiben. Im Zusatzversicherungsgeschäft könnte sich hingegen ein Zweiklassen-Versicherungsmarkt entwickeln, weil die Versicherer mit schlechten Risiken zunehmend Probleme haben dürften, junge und gesunde Versicherte zu finden.

Eine solche Entwicklung kann mit dem Risikoausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung nicht korrigiert werden. Der Kern des Problems der Entmischung liegt darin, dass *gesunde* Versicherte abwandern. Dauert die Abwanderung bei einem Versicherer einige Jahre an, so kann dies dazu führen, dass in jeder Risikogruppe die Durchschnittskosten pro Kopf höher sind als die Durchschnittskosten pro Kopf über alle Versicherer und Kassen. In diesem Umfeld wirkt der geltende Risikoausgleich über die Faktoren Alter und Geschlecht nur unzureichend. Notwendig wäre eine zusätzliche Korrektur über den Gesundheitszustand.

Hat der Risikoausgleich in der Vergangenheit den Wettbewerb und den Strukturwandel unzulässig behindert? Obschon diese Frage nicht explizit untersucht wurde, ergeben sich aus der vorliegenden Studie verschiedene wichtige Hinweise:

■ Die theoretischen Analysen der Wirkung des Risikoausgleichs (in Abschnitt 4.2.2) haben gezeigt, dass die Kostensparanreize in jeder Risikogruppe erhalten bleiben. Es ist immer lohnenswert, billiger als die anderen Versicherer zu sein. Allerdings können die kostensparenden Versicherer bzw. ihre Versicherten nicht vom ganzen Ausmass der Einsparung profitieren. Die heute geltende Risikoausgleich schöpft einen Teil davon ab (ca. 10 Prozent).

■ Die heute geltende Ausgestaltung des Risikoausgleichs behindert die Verbreitung der neuen Versicherungsformen (HMO, Wahlfranchisen etc.), weil die davon betroffenen Versicherten zu stark zum Risiko-

ausgleich beigezogen werden. Die Behinderung ist dabei bei kostengünstigen Versicherern noch grösser als bei kostenintensiven. In der Vergangenheit dürften die entstandenen Wettbewerbsbehinderungen nicht allzu gross gewesen sein, weil sich die neuen Versicherungsformen noch nicht sehr stark verbreitet haben.

■ Der heute geltende Risikoausgleich beruht nur auf den Risikofaktoren Alter und Geschlecht. Dies führt dazu, dass die Versicherer nach wie vor intensiv Risikoselektionen betreiben. Die dabei erfolgreichen Versicherer können sich dadurch Vorteile erarbeiten, welche den Wettbewerb unter den Versicherern unzulässig verzerren.

■ Der Strukturwandel in den letzten Jahren dürfte insgesamt durch den Risikoausgleich nicht behindert worden sein. Die Intensität des Wandels war überaus gross (zwischen 1992 und 1997 gaben 39 Prozent der Versicherer ihre Geschäftstätigkeit auf). Davon insbesondere betroffen waren Versicherer mit überdurchschnittlich vielen schlechten Risiken.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass durch den Risikoausgleich die Kostensparreize nicht in erheblichem Mass beeinträchtigt worden sind. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern dürfte allerdings in der Vergangenheit verzerrt worden sein. Die Verzerrung resultiert dabei aber nicht aus der Existenz des Risikoausgleichs an sich, sondern aus dessen unzureichender Ausgestaltung.

Wissenschaftliche Ziele des Risikoausgleichs

Die Wissenschaft formuliert die Ziele für den Risikoausgleich etwas anders. Sie fordert insbesondere, dass der Risikoausgleich dazu führen muss, dass die Krankenversicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keinen Anreiz zur Risikoselektion mehr haben. Risikoselektionen sind deshalb unerwünscht, weil sie (a) die schlechten Risiken benachteiligen, (b) Ressourcen binden, die für die Kostensenkungen eingesetzt werden könnten und weil (c) dadurch lediglich Kosten zwischen Versicherern verschoben statt Kosten gesenkt werden.

Die konkrete Ausgestaltung eines Risikoausgleichs kann sich vor allem dadurch unterscheiden, ob sie sich auf Prognosemodelle (ex-ante-Modelle) oder auf vergangenheitsbezogene Durchschnittskostenmodelle (ex-post-Modelle) stützt. Aus wissenschaftlicher Sicht wird immer wieder auf die Vorzüge von Prognosemodellen hingewiesen. Bei diesen Ansätzen steht die individuelle Sicht im Vordergrund. Man versetzt sich in die Rolle der Versicherer und fragt: Welche Kosten können individuell prognostiziert werden? Der Grundgedanke des Risikoausgleichs liegt anschliessend darin, die Unterschiede in den individuell prognostizierten Kosten vollständig auszugleichen. Daraus resultiert nicht ein vollständiger Finanzausgleich, weil durch Regressionsschätzungen nur ca. 20 Prozent der individuellen Varianz der Gesundheitskosten erklärt werden können. Die Aufgabe der Versicherer liegt darin, den nicht prognostizierbaren Teil der individuellen Kostenabweichungen zu managen.

Ex-post Durchschnittskostenmodelle, wie sie beispielsweise in der Schweiz und Deutschland zur Zeit angewendet werden, gehen demgegenüber nicht von Individuen, sondern von Risikogruppen von Versicherern aus. Weiter betrachten sie nicht prognostizierbare Kosten, sondern die effektiv entstandenen Totalkosten in der Vergangenheit.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist daher das Spannungsfeld zwischen Risikoausgleich und Behinderung des Wettbewerbs bzw. Reduktion der Kostensparreize nicht zwingend. Mit einer geeigneten Ausgestaltung könnten beide Ziele gleichzeitig erreicht werden.

Beurteilung aufgrund der wissenschaftlichen Ziele des Risikoausgleichs

Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs genügt den wissenschaftlichen Anforderungen – unabhängig von den in den vergangenen Jahren effektiv erzielten Wirkungen - nicht. Einerseits wird statt ei-

nem ex-ante-Modell ein ex-post-Modell verwendet. Daraus resultiert ein Konflikt zwischen Risikoausgleich und Reduktion der Kostensparanreize. Andererseits fliessen heute nur die Faktoren Alter und Geschlecht in das verwendete Ex-post-Modell ein. Selbst wenn man an einem ex-post-Modell festhalten will, müsste man den Gesundheitszustand in einer geeigneten Form in der Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigt werden. Weiter zeigte die Analyse der Risikoselektionen in Abschnitt 4.2., dass diese noch immer gezielt vorgenommen werden. Die Unterbindung dieser Geschäftsstrategien stellt aber aus wissenschaftlicher Sicht gerade das wesentlichste Ziel des Risikoausgleichs dar.

Methodische Grenzen der vorgenommenen Wirkungsanalyse

Die vorliegende Untersuchung entsprach einem Räderwechsel am fahrenden Zug: Nicht nur wurde die Risikoausgleichsverordnung viermal geändert, sondern auch andere Faktoren beeinträchtigen die Zuverlässigkeit der Aussagen:

■ **Datengrundlagen:** In den für die Frage der Entsolidarisierung zentralen Bereich der Prämienangleichung sind die Datengrundlagen problematisch. Weiter verfügten wir in allen Bereichen nicht über Individualdaten der einzelnen Versicherten. Dadurch konnten exakte Wirkungstest nicht vorgenommen werden.

■ **Zweiter dringlicher Bundesbeschluss:** Zeitgleich mit dem Risikoausgleich wurden ein zweiter dringlicher Bundesbeschluss (über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung) in Kraft gesetzt. Die Zuweisung der festgestellten Effekte zum Risikoausgleich bzw. zum zweiten Bundesbeschluss ist nicht eindeutig. Wir gehen aber beispielsweise davon aus, dass die erfolgte Prämienangleichung zu grösseren Teilen auf den zweiten Bundesbeschluss zurückzuführen ist.

■ **Beobachtungsphase:** Der Risikoausgleich wird Ende 1998 während sechs Jahren in Kraft gewesen sein. Uns standen aber lediglich die Daten für die ersten fünf Jahre zur Verfügung. Unter Berücksichtigung aller anderen gleichzeitig stattfindenden Änderungen (bspw. der Einführung des KVG), ist die Beobachtungsperiode sehr kurz.

■ **Ausgewählte Kantone:** Die meisten Analyseschritte wurden für die Schweiz und neun Untersuchungskantone, in welchen gut 60 Prozent der Versicherten Wohnsitz haben, vorgenommen. Der Risikoausgleich wird auf kantonaler Ebene berechnet. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass in den in dieser Studie nicht berücksichtigten Kantonen abweichende Verhältnisse gelten.

8.3. Empfehlungen

Wenn wir die Beurteilungen aufgrund der politischen und der wissenschaftlichen Ziele des Risikoausgleichs zusammenführen, gelangen wir zu folgenden Empfehlungen:

■ **Unbefristete Verankerung des Risikoausgleichs:** Wir empfehlen, den Risikoausgleich unbefristet zu verankern. Wichtiges Ziel des Risikoausgleichs ist die Beseitigung der Anreize zur Risikoselektion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das Aufheben des Risikoausgleichs würde – selbst wenn die Versicherten zum Zeitpunkt der Aufhebung vergleichbare Risikokollektive haben würden – erneut zu starken Risikoselektionen führen. In der Folge würden sich die Risikokollektive wieder so auseinanderentwickeln wie dies zu Beginn der 90er Jahre der Fall gewesen ist. Weiter zeigt es sich, dass sich die Bruttoreisikostrukturen (Kosten ohne Berücksichtigung der staatlichen Abgaben und Beiträge) in der Vergangenheit weit weniger angenähert haben als die der Gesetzgeber bei der Einführung des Risikoausgleichs vermutet hatte.

■ **Ausgleichsformel:** Wir empfehlen, die heute geltende Ausgleichsformel zu verbessern, weil sie zu Wettbewerbsverzerrungen führt und Risikoselektionen nur teilweise unterbindet. Es liegen heute bereits zahlreiche Vorschläge vor, wie der Risikoausgleich angepasst werden könnte (vgl. dazu das folgende Kapi-

tel 9). Allerdings ist davor zu warnen, den einen oder anderen Vorschlag vorschnell zu realisieren. Das Grundproblem liegt darin, dass ein aus wissenschaftlicher Sicht optimaler Risikoausgleich bisher – zumindest in Deutschland und der Schweiz – aufgrund mannigfacher praktischer Umsetzungsschwierigkeiten nicht realisiert worden ist (Probleme der Verfügbarkeit der Daten, der Verarbeitung der Daten und der Akzeptanz «technischer» Lösungen). Alle heute geltenden Risikoausgleichsformeln stellen daher eine mehr oder weniger gelungene Annäherung an das Optimum dar. Vor allem basieren sie auf den in der Vergangenheit effektiv realisierten Kosten. Wenn in einem solchen System weitere Faktoren in die Risikoausgleichsformel integriert werden, stellt dies neben der Verstärkung des Risikoausgleichs auch einen Schritt in Richtung eines vollständigen Finanzausgleichs dar. Je stärker der Finanzausgleich, desto mehr werden die Kostensparanreize der Versicherer kompromittiert. Die derzeit vorliegenden Vorschläge sollten daher in einem weiteren Schritt sorgfältig auf ihre Auswirkungen auf das Umverteilungsvolumen und auf die einzelnen Versicherer geprüft werden.

■ **Risikoselektion:** Durch eine Veränderung der Risikoausgleichsformel können die noch vorhandenen Anreize zur Risikoselektion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weiter reduziert, aber nicht vollständig beseitigt werden. Die Schwierigkeit liegt erstens darin, dass die Selektionen über die Zusatzversicherungen vorgenommen werden können. Diese Selektion funktioniert deshalb, weil die meisten Versicherten, welche eine Zusatzversicherung haben, Grund- und Zusatzversicherungen aus praktischen Gründen bei derselben Versicherung abschliessen wollen und die Kassen (bspw. mittels Gesundheitsfragebogen) weitgehende Informationen über die Versicherten erhalten. Wir empfehlen daher, Massnahmen zu prüfen, um erstens die Versicherten zu informieren, dass es keine rechtliche Notwendigkeit gibt, die beiden Versicherungen beim selben Versicherer abzuschliessen. Zweitens sind Massnahmen ins Auge zu fassen, welche die praktischen Schwierigkeiten reduzieren, wenn die Versicherungen tatsächlich bei zwei Kassen abgeschlossen werden. Drittens sind auch Massnahmen zu prüfen, die verhindern, dass wanderungswillige schlechte Risiken durch administrative Hindernisse an ihrer Wanderung gehindert werden. Die genannten Massnahmen verhindern allerdings nicht die grundsätzlichen Selektionsmöglichkeiten über den Zusatzversicherungsbereich. Es drängt sich daher auch auf, über die grundsätzliche Regelung des Grund- und Zusatzversicherungsbereiches im Krankenversicherungsrecht nachzudenken.

Der zweite Grund, warum die Anreize zur Risikoselektion nicht ganz unterbunden werden können, liegt darin, dass die Versicherer immer mehr Informationen haben als in eine Risikoausgleichsformel aus praktischen Gründen integriert werden kann.

■ **Prämiengenehmigung:** Bereits bei den Empfehlungen, welche aufgrund der Vollzugsanalyse formuliert wurden, wiesen wir darauf hin, dass der Prämiengenehmigung des Bundesamtes für Sozialversicherung für die Wirksamkeit des Risikoausgleichs eine zentrale Rolle zukommt. In Wiederholung dieser Ausführungen möchten wir auch aufgrund der Wirkungsanalyse dem BSV empfehlen, die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass exakt überprüft werden kann, ob die Versicherer den Risikoausgleich in der Prämienberechnung korrekt berücksichtigen.

■ **Dauerhafte Beobachtung der Wirkungen des Risikoausgleichs:** Wir schlagen vor, die in dieser Untersuchung entwickelten Indikatoren weiter zu beobachten. Dadurch kann eine dauernde Beobachtung der Wirkungen des Risikoausgleichs erfolgen. Dies scheint uns notwendig, weil in dieser Untersuchung die Analyse lediglich aufgrund von fünf Datenjahrgängen vorgenommen werden konnte. Zudem gab es wichtige Änderungen in den Rahmenbedingungen (zweiter Bundesbeschluss, Einführung KVG), deren Folgen noch nicht abgeschätzt werden können. Wichtig ist eine solche Fortschreibung vor allem im Bereich der Bruttostruktur und der Wanderungen.

■ **Datengrundlagen verbessern:** Wir empfehlen, in zwei wichtigen Bereichen die Datengrundlagen zu verbessern. Einerseits sollten pro Versicherer detaillierte Angaben über die Prämieinnahmen verfügbar

sein. Dazu braucht es erstens die Prämientarife, zweitens aber auch die Verteilung der Versicherten auf Kantone, Regionen und Altersgruppen (Kinder, Erwachsene in Ausbildung, Erwachsene nicht in Ausbildung). Andererseits sollten die Wanderungsdatengrundlagen verbessert werden. Pro Versicherer und Kanton sollte neben dem Total der Versicherungsmonate pro Jahr ersichtlich sein, wie viele Personen ein- und ausgetreten sind. Dadurch ergäbe sich ein besseres Verständnis der Wanderungsbewegungen.

■ **Erhöhung der Markttransparenz:** Volkswirtschaftlich sinnlose Wanderungen sollten vermieden werden. Weitgehend sinnlos sind die Wanderungen dann, wenn sie nicht zu billigeren oder besseren Versicherern erfolgen. Billig bezieht sich dabei auf die entstehenden Gesundheitskosten und nicht auf die Prämienhöhe.

Neben dem bereits vom BSV regelmässig veröffentlichten Prämienwegweiser für die Grundversicherung wäre es deshalb sinnvoll, (eventuell nur vorübergehend) auch einen Produktwegweiser für die Zusatzversicherungen zu erstellen. Dadurch würde es den Versicherten möglich, ihre Wanderungen volkswirtschaftlich rationaler zu gestalten. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es auch andere Märkte mit mangelnder Markttransparenz gibt, in denen bisher derartige staatliche Massnahmen unterblieben sind (bspw. im Wohnungsmarkt). Ein Produktwegweiser rechtfertigt sich aber durch das stark veränderte Gesetz, welches erst seit 1996 in Kraft ist und viele grundsätzliche Veränderungen gebracht hat.

TEIL D: REFORMVORSCHLÄGE

9. Reformvorschläge

In der ursprünglichen Projektausschreibung des BSV für die Wirkungsevaluation des Risikoausgleichs wurde auch die Frage aufgeworfen, ob und wie allenfalls der Gesundheitszustand in die Ausgleichsformel integriert werden könne. Im Zuge der Projektkonkretisierung bildete sich dann beim BSV eine neue Haltung heraus: Zuerst sollte der Risikoausgleich in der gegebenen Ausgestaltung untersucht werden. Würde sich Handlungsbedarf ergeben, so würden später weitere Untersuchungsschritte folgen. Im Rahmen der Wirkungsevaluation wurde ein «runder Tisch» geplant. Die Idee dabei war, dass die wichtigsten Akteure ausgewählte Reformideen diskutieren sollten. Während der Projektarbeiten zeigte sich, dass dieser Ansatz kaum fruchtbar sein würde. Verschiedene Gründe waren dafür ausschlaggebend: Die in Abschnitt 4.2. durchgeführten Interviews mit sechs Versicherern zeigten hinsichtlich der Reform des Risikoausgleichs derart unterschiedliche Positionen, dass ein runder Tisch wenig sinnvoll erschien. Zudem wurden in der Folge der Ereignisse rund um die VISANA im Herbst 98 weitere Vorschläge präsentiert. Daher entschied sich die Projektbegleitgruppe im Oktober 1998 dafür, anstelle des runden Tisches eine kurz kommentierte Zusammenstellung der bisher bekannten Reformvorschläge vorzunehmen. Das vorliegende Kapitel dient diesem Zweck.

Tabelle 60 zeigt eine Übersicht über die wichtigsten bisher bekannt gewordenen Reformvorschläge. Sie können in drei Gruppen unterteilt werden: In grundsätzliche Reformen, Vorschläge zur Veränderung der Risikoausgleichsformel und Ansätze zur Veränderung der technischen Abwicklung des Risikoausgleichs. In den folgenden Abschnitten werden die Vorschläge kurz beschrieben. Es war – wie erwähnt – nicht Gegenstand des vorliegenden Projektes, die Reformvorschläge im Detail zu evaluieren. Sie werden lediglich im Rahmen der erarbeiteten Ergebnisse der Wirkungsanalyse kurz eingeschätzt.

9.1. Grundsätzliche Reformen

Abschaffung des Risikoausgleichs

In der ökonomischen und versicherungsmathematischen Literatur herrscht eine grosse Einigkeit hinsichtlich der Beurteilung der Notwendigkeit des Risikoausgleichs: In einem Krankenversicherungsmarkt, in dem die Anbieter einerseits ein einheitliches Produkt anzubieten haben und andererseits den Preis der Produktes nicht risikogerecht ausgestalten dürfen, ist der Risikoausgleich für das Funktionieren des Wettbewerbs unabdingbar notwendig (vgl. bspw. Pauly 1984, Van de Ven/Van Vliet 1992). Das Hauptargument ist einfach: Wenn die Produkte einheitlich sind, dann haben die Preissignale (die Prämien) die entscheidende Signalwirkung für die Wanderung. Die Signale sind jedoch verzerrt, weil (a) die Versicherer nicht risikogerechte Prämien verlangen dürfen und weil (b) diejenigen Versicherer, welche gute Risiken aufweisen, günstigere Prämien anbieten können. Die erste Verzerrung betrifft alle Versicherer gemeinsam und führt zwischen den Versicherern keine besonderen Wettbewerbsverzerrungen ein. Insbesondere die zweitgenannte Verzerrung muss aber korrigiert werden, weil sie nichts mit den Produktionskosten des Versicherers zu tun hat. Findet die Korrektur nicht statt, so praktizieren die Versicherer Risikoselektionsstrategien, weil dadurch günstige Risiken gewonnen werden, die Prämien tief bleiben (oder werden), in der Folge die «Gewinnmarge» grösser als bei anderen Versicherungen bleibt (oder wird) und daher die Versicherung im Gewinn produzierenden Zusatzversicherungsbereich attraktiv bleibt (oder wird). Risikoselektionsstrategien sind volkswirtschaftlich unerwünscht, weil sie (a) die schlechten Risiken benachteiligen, (b) Ressourcen binden, die für die Kostensenkung eingesetzt werden könnten und (c) lediglich Kosten zwischen Versicherern verschieben, aber keine Gesundheitskosten eingespart werden (van de Ven et al. 1996, 176).

Tabelle 60: Übersicht über die Reformvorschläge

Grundsätzliche Reformen	Veränderungen der Risikoausgleichsformel	Veränderungen der technischen Abwicklung des Risikoausgleichs
Abschaffung des Risikoausgleichs	Integration des Gesundheitszustandes (bspw. durch Einbezug der Vorjahreskosten, der Spitalaufenthalte, der Franchisegruppen oder von Hospitalisationsraten)	Berücksichtigung des Umstandes, dass die meisten Kassenwechsel auf den 1. Januar stattfinden
Aufhebung der Befristung des Risikoausgleichs	Spezielle Behandlung bestimmter Gruppen von Versicherten: <ul style="list-style-type: none"> ■ Todesfälle ■ Fälle mit sehr hohen Kosten ■ Bestimmte Diagnosen ■ Personen mit neuen Versicherungsformen (HMO etc.) 	
Ex-ante- statt Ex-post-Berechnung des Risikoausgleichs	Berücksichtigung von Einkommen und/oder Bildung	
Erschwerung der Risikoselektion durch die Erleichterung von Kassenwechseln bzw. Erleichterung der Abrechnung zwischen Grund- und Zusatzversicherung	Berechnung des Risikoausgleichs nur auf der Basis der effizientesten Versicherer	

Quellen: Beck et al. (1995), Beck (1997), CSS (1992), CSS (1998), SUPRA (1998), Wysong/Abel (1996), Beck/Keller (1997), Felder/Beck (1997), ARTISANA (1995), Angaben aus den Experten/inneninterviews und Interviews mit Versicherern, Angaben aus Zeitungen und Zeitschriften.

Die Beurteilung der Notwendigkeit fällt anders aus, wenn die Versicherer die Produkte oder die Preise individuell gestalten können. In einem solchen System ist der Risikoausgleich nicht notwendig. Pauly (1984) hält daher fest, dass schädliche Risikoselektionen das Resultat von staatlichen Eingriffen sind – der Eingriff besteht im Verbot, risikogerechte Prämien zu verlangen - und daher auch mit staatlichen Eingriffen korrigiert werden müssen. In einem freien Markt würden sie nicht vorkommen.

Aufhebung der Befristung des Risikoausgleichs

Der Gesetzgeber ging bei der Einführung des Risikoausgleichs davon aus, dass sich die Risikostrukturen über zehn Jahre anpassen werden. In Kapitel 4 konnte gezeigt werden, dass dies für die Zeit zwischen 1993 und 1997 (in der Sichtweise der Versicherten) nicht zutrifft.⁹⁹ Beck et al. (1995, 121ff.) führten Simulationsrechnungen durch, die belegen, dass sich unterschiedliche Risikostrukturen sehr lange halten können. Die Vorstellung, den Risikoausgleich so lange spielen zu lassen, bis sich die Risikostrukturen angenähert haben, dürfte daher aus zwei Gründen falsch sein: Erstens ist die Annäherung der Bruttostruktur keine zwingende Folge des Risikoausgleichs und für das Funktionieren des Marktes auch nicht notwendig. Hierfür benötigt es eine Annäherung der Nettostruktur. Zweitens würde eine Abschaffung des Risikoausgleichs in einem Markt mit Versicherern, welche identische Risikostrukturen aufweisen, dazu führen, dass sofort wieder starke Risikoselektionen vorgenommen würden. Die Bruttostruktur würden sich in der Folge rasch differenzieren.

Ex-ante statt ex-post-Berechnung des Risikoausgleichs

Risikoausgleichssysteme können sich vor allem dadurch unterscheiden, ob sie sich auf Prognosemodelle (ex-ante-Modelle) oder auf vergangenheitsbezogene Durchschnittskostenmodelle (ex-post-Modelle) stützen. Bei Prognosemodellen steht meist die individuelle Sicht im Vordergrund. Man versetzt sich in die Rolle der Versicherer und fragt: Welche Kosten können individuell prognostiziert werden? Der Grundgedanke des Risikoausgleichs liegt anschliessend darin, die Unterschiede in den individuell prognostizierten Kosten

⁹⁹ In der Sichtweise der Versicherer fand eine Annäherung statt. Sie ist aber primär auf nicht durch den Risikoausgleich ausgelöste Fusionen zurückzuführen.

vollständig auszugleichen. Durch Regressionsschätzungen können nur ca. 20 Prozent der individuellen Varianz der Gesundheitskosten erklärt werden können, 80 Prozent sind zufällig. Hat eine Versicherung einen hinreichend grosse Anzahl von Versicherten, dann gleichen sich diese Zufallsschwankungen aber aus und erreichen im Mittel den Wert Null. Dies bedeutet aber, dass für viele Versicherer über eine Regressionsgleichung eine nahezu perfekte Prognose der Kosten möglich wäre. Wenn der Risikoausgleich nun ex-post, also rückwirkend, berechnet würde, dann ergäbe sich in der Folge auch ein nahezu vollständiger Finanzausgleich. Um diesen gewichtigen Nachteil zu umgehen, werden in den ex-ante Modellen die Risikoausgleichsbeiträge und –abgaben im voraus festgelegt. Dadurch werden für die Versicherer - bei maximalem Ausgleich der Risikostrukturnachteile und –vorteile - die Kostensparanreize beibehalten.

Ex-post Durchschnittskostenmodelle, wie sie bspw. in der Schweiz und Deutschland zur Zeit angewendet werden, gehen demgegenüber nicht von Individuen, sondern von Risikogruppen von Versicherten aus und berechnen den Risikoausgleich rückwirkend. Weiter betrachten sie nicht prognostizierbare Kosten, sondern die effektiv entstandenen Totalkosten in der Vergangenheit. Die Auswirkungen der Berücksichtigung des Gesundheitszustandes in einem ex-post-Modell kann gestützt auf die Ergebnisse in Abschnitt 4.1. beurteilt werden.

Es wurde ausführlich dargelegt, dass beispielsweise eine stetige Verkleinerung des Altersintervall der Risikogruppen im Endstadium, in welchem das Altersintervall infinitesimal klein wird, zu einem vollständigen Finanzausgleich führt. Gleicht man nämlich ex-post alle Kostendifferenzen zwischen den Individuen und dem Durchschnitt über alle Versicherten und Kassen aus, so ergibt dies einen vollständigen Finanzausgleich. Ähnlich sind die Wirkungen bei der Berücksichtigung zusätzlicher Faktoren. Berücksichtigt man relevante Faktoren, wie der Gesundheitszustand einer ist, so führt dies einerseits dazu, dass homogenere Gruppen gebildet werden. Dadurch wird der Risikoausgleich korrekter, weil beispielsweise eine Versicherung A, welche die identische Versichertenstruktur nach Alter und Geschlecht hat wie Versicherung B, aber im Unterschied zu B überdurchschnittlich gesunde Versicherte hat, nun mehr bezahlen muss. Andererseits wird damit in einem ex-post Durchschnittskostenmodell auch ein Schritt in Richtung vollständiger Finanzausgleich gemacht.

In der Literatur wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass Ex-ante Modelle methodisch den Ex-post-Modellen überlegen seien (Beck 1997, Van de Ven/Van Vliet 1992). Beck (1997, 64) schlägt daher auch für die Schweiz die Umstellung auf ein ex-ante-Modell vor. Zweifelsohne ist eine solche Umstellung aus wissenschaftlicher Sicht wünschbar. Sie begegnet aber in der Praxis vielerlei praktischer Umsetzungsprobleme. Unseres Erachtens wäre aber auch ein solcher Vorschlag durchaus näher zu prüfen.

Zusätzliche Erschwerung der Risikoselektion

Durch den Risikoausgleich sollen die Anreize für die Risikoselektion beseitigt werden. Eine wichtige Scharnierfunktion für das Funktionieren des Risikoausgleichs stellen die Wanderungen dar. Durch Wanderungen können sich Risikostrukturen wieder besser durchmischen. Beck (1997, 64f.) ist der Auffassung, dass es heute in der Schweiz noch immer ganz praktische Probleme für die Wanderung gibt. Er schlägt daher zwei Massnahmen vor:

■ Die Versicherten schliessen Grund- und Zusatzversicherung oft beim selben Anbieter ab, weil ihnen die praktischen Probleme bei der Abrechnung mit zwei Versicherern zu gross erscheinen. Dadurch ergeben sich Wanderungshemmnisse. Dies könnte aufgehoben werden, wenn die Leistungserbringer verpflichtet würden, standardmässig zwei Rechnungen auszustellen: Eine für die Leistungen der Grundversicherung, eine für diejenigen der Zusatzversicherung.

■ Schlechte Risiken werden von Versicherern teilweise mit administrativen Erschwernissen am Eintritt in die Versicherung gehindert. Dies könnte dadurch umgangen werden, indem auch eine staatliche Stelle die Anmeldung in die Grundversicherung einer neuen Versicherung vornehmen könnte.

Unseres Erachtens sind beide Vorschläge zu prüfen.

9.2. Veränderungen der Risikoausgleichsformel

Integration des Gesundheitszustandes

Die Berücksichtigung des Gesundheitszustandes in der heute geltenden Risikoausgleichsformel wurde bereits auf unterschiedliche Art und Weise vorgeschlagen:

■ **Kosten im Vorjahr (CSS 1994):** Die Versicherten in jeder Risikoklasse werden zusätzlich unterteilt in eine Gruppe, welche im Vorjahr weniger als 1000 Franken Gesundheitskosten verursacht hat, und eine solche, die über diesem Grenzwert liegt.

■ **Spitalaufenthalt im Vorjahr (CSS 1998):** Die Versicherten in jeder Risikoklasse werden zusätzlich unterteilt in eine Gruppe, welche im Vorjahr einen stationären Aufenthalt hatte, und eine solche, die keinen Aufenthalt aufwies.

■ **Franchisenstufen (Beck 1997, 64):** Die Versicherten in jeder Risikoklasse werden zusätzlich unterteilt in Gruppen mit identischer Franchise. Bei diesem Vorschlag wird davon ausgegangen, dass die Wahl der Franchise einen Indikator für den Gesundheitszustand darstellt.

■ **Hospitalisations- und Altersheimrate (SUPRA 1998):** Es wird vorgeschlagen, die Hospitalisationsrate und die Anzahl Personen, welche in einem Pflegeheim wohnen, zu berücksichtigen. In den uns vorliegenden Unterlagen wird das exakte Vorgehen nicht beschrieben.

Welche Wirkungen der Berücksichtigung des Gesundheitszustandes bei der heute geltenden ex-post Regel sind zu erwarten? Erstens haben wir in **Anhang A** formal bewiesen, dass eine weitere Unterteilung der Risikogruppen das Umverteilungsvolumen insgesamt konstant belassen würde. Zweitens würden sich daher die Änderungen innerhalb desselben Volumens vor allem auf Versichererebene abspielen. Diejenigen mit gesünderen Versicherten hätten im Vergleich zum System ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes mehr zu bezahlen. Da wir in der Schweiz ein ex-post Modell basierend auf den effektiven Totalkosten der vergangenen Periode zur Anwendung bringen, würde drittens die Berücksichtigung des Gesundheitszustandes einen Schritt in Richtung Finanzausgleich bedeuten (vgl. dazu die Ausführungen im vorangegangenen Abschnitt).¹⁰⁰ Viertens schliesslich hängen die Wirkungen ganz entscheidend von der Operationalisierung des Gesundheitszustands ab. Sie ist so vorzunehmen, dass keine falschen Anreize gesetzt werden. Bei den oben erwähnten Vorschlägen sind diesbezüglich nicht alle problemlos. Beim ersten Vorschlag wäre es für Versicherer interessant, die Versicherten aus der Kategorie «unter 1'000 Franken» in die Kategorie «über 1'000 Franken» zu bringen, weil für diejenigen «unter 1'000 Franken» wesentlich höhere Abgaben zu bezahlen wären.

Auch der Vorschlag mit den Spitalaufenthalten erscheint in diesem Licht nicht unproblematisch, weil damit der Anreiz für die Versicherer, stationäre durch ambulante Behandlungen zu ersetzen, reduziert würden.

Insgesamt sind unseres Erachtens alle Vorschläge sorgfältig zu prüfen.

¹⁰⁰ Zwischen dem Finanzausgleich und den Anreizen zum Kostensparen besteht ein Trade-off.

Spezielle Behandlung bestimmter Gruppen von Versicherten

Die Gesundheitskosten lassen sich auf individueller Basis nur schlecht mit den Faktoren Alter und Geschlecht erklären. Die generelle Berücksichtigung des Gesundheitszustandes stellt, wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt, einen denkbare Ausweg dar. Ein anderer oder auch ergänzender Weg besteht darin, bestimmte Gruppen von Versicherten speziell zu behandeln:

■ **Todesfälle:** Zwei Varianten von Vorschlägen wurden gemacht. Todesfälle könnten einerseits als eigene und somit 31. Risikogruppe behandelt werden. Andererseits wäre es auch möglich, alle Todesfälle in einem Risikopool zusammenzufassen und die entstandenen Kosten auf alle Versicherer zu verteilen.

■ **Fälle mit sehr hohen Kosten:** Analog zum Vorschlag, Todesfälle in einem Risikopool zusammenzufassen, geht dieser Ansatz über die Todesfälle hinaus: Alle Fälle, die eine bestimmte Kostengrenze überschreiten, sollen in einem Risikopool zusammengefasst werden.

■ **Versicherte mit bestimmten Diagnosen (Wysong/Abel 1996):** Dieser Vorschlag geht davon aus, dass weitgehend unabhängig vom Alter und vom Geschlecht bestimmte Krankheitsbilder besonders hohe Kosten verursachen. Versicherte mit diesen Diagnose sollen in einem Risikopool zusammengefasst werden.

■ **Personen mit neuen Versicherungsformen (Beck/Keller 1997, Felder/Beck 1997):** Die Abgaben und Beiträge innerhalb des Risikoausgleichs, welche von Versicherten in neuen Versicherungsformen (HMO, Wahrfranchisen etc.) stammen, sollen um den Prozentsatz der gewährten Prämienreduktion reduziert werden. Damit sollen falsch gesetzte Anreize korrigiert werden.

Den ersten drei Vorschlägen ist folgende Grundidee gemeinsam: Indem bestimmte Gruppen von Versicherten aus dem Risikoausgleich ausgeschlossen werden, erhöht sich die Homogenität der verbleibenden Versicherten. Der Risikoausgleich über Alter und Geschlecht sollte so einen höheren Wirkungsgrad erzielen. Die spezielle Behandlung von bestimmten Gruppen in der vorgeschlagenen Art entspricht somit einer anderen Form der Berücksichtigung des Gesundheitszustandes.

Die spezielle Behandlung von Gruppen von Versicherten kann Auswirkungen von ungleichen Verteilungen dieser Gruppen auf die Versicherer bereinigen. Wenn bspw. ein Versicherer in einer Risikogruppe eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeitsrate aufweist, so dürfte er auch überdurchschnittlich hohe Kosten ausweisen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Sterblichkeitsrate durch den Versicherer kaum beeinflusst werden kann. Die Gründe für eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit dürften anderswo liegen: Der Versicherer hat sehr wahrscheinlich eine bestimmte Selektion von Versicherten. Es gibt bspw. öffentliche Versicherer, welche alle Sozialhilfefälle der Gemeinde aufnehmen. Wenn diese eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung aufweisen, so dürfte die Sterblichkeitsrate dieser Versicherung überdurchschnittlich sein.

Die beiden Vorschlagsvarianten – eigene Risikogruppe bzw. Risikopool – unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Anreizwirkungen deutlich. Beim Risikopool werden jegliche Anreize zur Kostendämpfung bei den Versicherern beseitigt, weil die Kosten auf alle Versicherer verteilt werden. Bei eigenen Risikogruppen bleiben die Anreize, wenn auch leicht reduziert, vorhanden (vgl. die Ausführungen in Abschnitt 4.2.).

Der vierte Vorschlag unterscheidet sich von den anderen drei. Es geht um die Bereinigung adverser Anreize der geltenden Risikoausgleichsformel. Beck/Keller (1997) und Felder/Beck (1997) weisen nach, dass die geltende Formel die Versicherten mit Wahlfranchisen und solche in HMOs benachteiligt. Dadurch wird die Verbreitung dieser neuen Versicherungsformen behindert. Die Autoren geben folgende Begründungen:

■ **Generelle Anreizminderung:** Kostensenkungen, wie auch immer erzielt, kommen nicht vollständig den Versicherten zu Gute. Nehmen wir an, dass es einer Versicherung gelingt, die Kosten in allen Risikogruppen um 10 Prozent zu senken. Sinkende Kosten führen ceteris paribus zu einem Absinken der Durch-

schnittskosten in allen Risikogruppen. In der Folge können die Beiträge sinken oder die Abgaben steigen.¹⁰¹ Dadurch kann der kostensenkende Versicherer die Prämien nicht im vollen Ausmass der Kostenreduktion vergünstigen. Mit anderen Worten: Der Risikoausgleich schöpft einen Teil der durch die Kostensenkung entstehenden Vorteile ab.

■ **Wahlfranchisen:** Wahlfranchisen erhöhen den Selbstbehalt der Versicherten. Bleiben die Gesundheitskosten konstant, so sinken mit dem Übergang zu einer höheren Franchise die in den Risikoausgleich einflussenden Kosten, weil der Versicherte selbst einen grösseren Anteil übernimmt.¹⁰² Somit tritt bei den Wahlfranchisen der genannte Effekt der generellen Anreizminderung ein. Beck/Keller (1997, 11) schlagen vor, die Franchiseversicherten mit dem Prozentsatz der ordentlichen Prämie zu gewichten. Wird also bspw. für eine Franchise von 600 Franken eine 15prozentige Prämienreduktion gewährt, so würde dieser Versicherte nur mit dem Gewicht von 0,85 in den Risikoausgleich einfließen. Damit resultieren für diese Versicherten tiefere Beiträge oder Abgaben.

■ **HMO:** Artikel 101 KVV schreibt vor, dass die HMO-Versicherten einen Beitrag an den Risikoausgleich im «versicherungstechnisch erforderlichen Mass» zu erbringen haben. Interpretiert man diese Bestimmung so, dass für die HMO- und die Nicht-HMO-Versicherten ein kasseninterner Risikoausgleich berechnet werden muss - gestützt auf die Beitragsätze, welche die Risikoausgleichsstelle liefert -, so weisen Beck/Keller (1997, 17) nach, dass sich dies sehr zuungunsten effizienter Kassen auswirken kann. Dies begründet sich wie folgt: Gehen wir davon aus, dass die Altersstruktur der HMO-Versicherten in Kasse A günstiger ist als diejenige der Nicht-HMO-Versicherten in Kasse A. Es findet also eine kasseninterne Risikoselektion statt, indem die HMO die günstigeren Risiken hat. Die Risikoausgleichsansätze richten sich aber nach dem Kantonsdurchschnitt. Liegt eine effiziente Kasse A sowohl für die HMO- wie auch für die Nicht-HMO-Versicherten deutlich unter diesem Durchschnitt und werden gleichzeitig zur internen Berechnung die teureren kantonalen Durchschnittssätze verwendet, so wird die kassen-interne Risikoselektion überkompensiert. Die HMO-Versicherten müssten am Schluss höhere Prämien bezahlen als die Nicht-HMO-Versicherten.

Die von Beck/Keller (1997, 18) vorgeschlagene Lösung ist einfach: Artikel 101 KVV soll dahingehend interpretiert werden, dass die offizielle Risikoausgleichsformel kassenintern anzuwenden ist.

Unseres Erachtens sind die Vorschläge zusammen mit den Ansätzen zu direkten Integration des Gesundheitszustandes in die Risikoausgleichsformel sorgfältig zu prüfen. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass Vorschläge, welche theoretisch einfach erscheinen, in der Praxis oft erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten mit sich bringen.

Berücksichtigung von Einkommen und/oder Bildung

Versicherte mit einem besseren Bildungsstand und daher in der Folge mit einem tendenziell höheren Einkommen verfügen über einen besseren Gesundheitszustand. Es wird daher vorgeschlagen, die Risikoausgleichsgruppen nach Einkommens- oder Bildungsstufen zu unterscheiden.

Die Realisierung dieses Vorschlags bringt verschiedene Probleme mit sich: Zum einen dürfte die Operationalisierung der Indikatoren aus Datenschutzgründen nicht ganz einfach sein. Zum andern stellt die Verwendung der Indikatoren eine Annäherung an den Gesundheitszustand dar. Es bietet sich somit an, Indikatoren zu wählen, welche den Gesundheitszustand unmittelbarer abbilden.

¹⁰¹ Da auch der Gesamtdurchschnitt über alle Versicherten und Kassen sinkt, sind die konkreten Auswirkungen von der Verteilung der Versicherten in jeder Versicherung abhängig.

¹⁰² Es kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitskosten über den Betrag der Franchiserhöhung hinaus sinken. Dies deshalb, weil höhere Franchisen einen grösseren Anreiz zur Kosteneinsparung darstellen.

Berechnung des Risikoausgleichs auf der Basis der effizientesten Versicherer

Schips schlägt in einem Gutachten vor, für die Berechnung der Beiträge und Abgaben nur die effizientesten Versicherer zur berücksichtigen (ARTISANA 1995). „Vor allem Versicherer mit kleinen Beständen, aber auch Versicherer, welche innovative Versicherungsformen einführen wollen, können diese Gesamtdurchschnittskosten nicht massgeblich beeinflussen. Dadurch entfällt insbesondere der Anreiz zur Einführung innovativer Versicherungsformen“ (ARTISANA 1995, 21).

In Abschnitt 4.2. konnten wir zeigen, dass die Kostensparreize innerhalb der geltenden Risikoausgleichsformel durchaus erhalten bleiben. Es ist für einen Versicherer immer besser, in einer Risikogruppe Durchschnittskosten aufzuweisen, welche unterhalb derjenigen über alle Versicherten in dieser Gruppe liegen. Wie oben erwähnt kann ein günstigerer Versicherer aber nicht den ganzen Vorteil der Kostenunterschreitung abschöpfen. Der Anreiz zur Innovation bleibt erhalten, wenn auch reduziert. Das Abstellen auf die effizientesten Versicherer dürfte im Normalfall tatsächlich dazu führen, dass die Beiträge und Abgaben kleiner werden. Dies mag aus der Sicht der Kostensparreize erwünscht sein. Ob es dies aus der Sicht des Risikoausgleichs auch ist, müsste zuerst gezeigt werden.

Schips weist mit seiner Kritik auf die Grundproblematik der ex-post-Modell hin, welche in Nachhinein alle angefallenen Kosten in den Ausgleich integrieren. Dieses Problem kann aber letztlich nur mit einem ex-ante-Modell konsistent gelöst werden.

9.3. Veränderung der technischen Abwicklung des Risikoausgleichs

Auf den 1. Januar 1999 sind verschiedene Neuerungen in der administrativen Abwicklung des Risikoausgleichs in Kraft getreten. Sie berücksichtigen insbesondere die Erfahrungen, welche mit der neuen Verordnung seit 1996 gemacht worden sind. Weiter ist in der Folge der geplanten Teilrevision des KVG vorgesehen auf den 1.1.2000, dass die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung eines Verzugszinses eingeführt werden.

Über die bereits berücksichtigten Änderungen hinaus wurde vorgeschlagen, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die meisten Wanderungen auf den 1. Januar des Jahres erfolgen. Folgender Sachverhalt verbirgt sich hinter diesem Vorschlag: Inskünftig wird der provisorische Risikoausgleich auf aktuelleren Datengrundlagen beruhen. Der provisorische Risikoausgleich 1999 wird wie bisher in zwei Tranchen zu bezahlen sein. Die erste Tranche wird aber neu eine Akontozahlung im Umfang von 1/3 des definitiven Ausgleichs 1997 sein. Die zweite Tranche wird aufgrund der der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG dazumal vorliegenden Daten für das Jahr 1998 berechnet. Der definitive Ausgleich wird dann im November 2000 geleistet werden. Es wird nun kritisiert, dass der provisorische Ausgleich 1999 noch immer zuwenig aktuell sei, weil er die Wanderungen auf den 1.1.1999 nicht berücksichtigen könne. Erst knapp zwei Jahre später (November 2000) werden sie dann im definitiven Ausgleich 1999 eine Rolle spielen.

Konkrete Vorschläge, wie genau die Berücksichtigung der Januarwanderungen erfolgen sollen, liegen uns nicht vor. Unseres Erachtens ist aber dieses administrative Problem ebenfalls sorgfältig zu prüfen.

9.4. Zusammenfassung und Fazit

Insgesamt liegen heute unabhängig von der in diesem Bericht vorgenommenen Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs eine stattliche Zahl von Reformvorschlägen auf dem Tisch. Sie setzen an unterschiedlichen Punkten des geltenden Systems an und sind jeweils auch auf unterschiedlichen Niveau konkretisiert. Theoretische Überlegungen zeigen, dass der schweizerische Risikoausgleich verbessert werden muss und technisch auch verbessert werden kann. Die Wirkungsanalyse hat aber auch aufgezeigt, dass die bisher erzie-

len Auswirkungen des Risikoausgleichs beträchtlich und somit nicht zu unterschätzen sind. Die Vielfalt der Vorschläge lassen es vor dem Hintergrund der bisher erzielten Wirkungen daher als angezeigt erscheinen, die Ansätze sorgfältig zu prüfen und nicht überhastet den einen oder anderen zu realisieren. Unseres Erachtens drängt es sich inhaltlich auf, den Gesundheitszustand in einer geeigneten Form in den Risikoausgleich zu integrieren.

LITERATURVERZEICHNIS UND ANHÄNGE

10. Literaturverzeichnis

10.1. Literatur

- Balthasar, A. (1995): Ein Leitfaden für die politikwissenschaftliche Evaluationsforschung.
- Bandi, Till (1998): Die Ergebnisse des Risikoausgleichs bis zum Jahr 1996, Soziale Sicherheit 1/98, 12 – 13.
- Beck Konstantin (1997): Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel, Recht und Politik im Gesundheitswesen, 3:1/2, 49 – 70.
- Beck Konstantin (1998): Optimierung des Risikoausgleichs im KVG. Ein Vorschlag der Krankenkasse CSS. Neue Zürcher Zeitung, 21. September 1998.
- Beck Konstantin (1998): Risikoausgleich – Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung.
- Beck Konstantin und Bernhard Keller (1997): Verhindert der Risikoausgleich das Kostensparen? Analyse der heute gültigen Verordnung zum Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Arbeitspapier der CSS.
- Beck, Konstantin, Hilfiker, Anne Debever, Kocher, Gerhard, Schocker, Erich und Dominik Bardenhofer (1995): Die Solidarität im Wandel. Schriftenreihe der SGGP No. 48.
- Blaschke, Dieter, Plath, Hans-Eberhard und Elisabeth Nagel (1992): Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktmassnahmen am Beispiel Fortbildung und Umschulung, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 25. Jg., Heft 3, 381 - 405.
- Borchert, M. und H. Grosseckler (1985): Preis- und Wettbewerbstheorie. Marktprozesse als analytisches Problem und ordnungspolitische Gestaltungsaufgabe. Kohlhammer, Stuttgart.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1997c): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Nr. 15/98, Bern.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1998a): Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung, Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung 2. Teil, Materialienbericht, Forschungsbericht Nr. 8/98.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1998b): Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten, Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung 1. Teil, Materialienbericht, Forschungsbericht Nr. 7/98.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1998c): Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations, Dossier technique, Rapport de recherche No. 9/98.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1998d): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, Synthesebericht, Forschungsbericht Nr. 1/98.
- CSS (1998): Risikoausgleich – Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung, Luzern.
- Felder Stefan und Konstantin Beck (1997): Risikostrukturausgleich und Manged Care. Diskussionspapier der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
- Greene William H. (1993): Econometric Analysis. Macmillan.
- Leber, Wulf-Dietrich (1991): Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Konzept zur Neuordnung des Kassenwettbewerbs. Nomos Verlagsgesellschaft.

- Leiber, Patricia (1993): Der Risikoausgleich unter den Krankenkassen wird verfeinert und aktualisiert, Soziale Sicherheit, 20 - 22.
- Mertens, Dieter, Reyher, Lutz und Jürgen Kühl (1988): Ziele und Möglichkeiten von Wirkungsanalysen, in: Mertens, Dieter (Hrsg.) (1988): Konzepte der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Eine Forschungsinventur des IAB, 341 - 362.
- Moser, Markus (1993): Reform der Krankenversicherung – eine unendliche Geschichte?, Soziale Sicherheit, 4 – 15.
- Pauly Mark V. (1984): Is cream-skimming a problem for the competitive medical market?, Journal of Health Economics, 87 – 95.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E. und G. Hofmann (1988): Programm-Evaluation. Enke Verlag.
- Ruffner, Markus (1990): Neue Wettbewerbstheorie und schweizerisches Kartellrecht. Dissertation Uni Zürich.
- Schips, Bernd (1995): Überlegungen zum geplanten Risikoausgleich im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, unveröffentlichtes Arbeitspapier, Zürich.
- Schmid, Heinz (1997): Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Forschungsbericht BSV Nr. 3/97.
- Schneider, Beat (1995): Solidarität zwischen den Geschlechtern und den Generationen - der Risikoausgleich in der sozialen Krankenversicherung, Soziale Sicherheit, 314 - 317.
- Van de Ven Wynand P. M. M. and René C. J. A. van Vliet (1992): How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, in: Zweifel Peter und H. E. Frech III (eds.): Health Economics Worldwide, Kluwer Academic Publishers, 23 – 46.
- Van de ven Wynand P. M. M., René C. J. A. van Vliet, Erik M. van Barneveld und Leida M. Lamers (1996): Risikoausgleich in einem wettbewerblich strukturierten Krankenversicherungsmarkt: Reichen Alter und Geschlecht aus?, in: Oberenderer Peter (Hrsg.): Alter und Gesundheit, Nomos Verlag Baden-Baden, 175 – 195.
- Wassem, Jürgen (1993): Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich, Sozialer Fortschritt, 32 – 38.
- Wunderlin, Urs (1998): Risikoausgleich. Referat an der Fachtagung RVK Rück vom 27. Februar 1998 in Bern.
- Wysong Jere A. and Thomas Abel (1996): Risk equalization, competition, and choice: A preliminary assessment of the 1993 German health reforms, Sozial- und Präventivmedizin, 212 – 223.

10.2. Quellen

Gesetze, Verordnungen, Bundesbeschlüsse

- Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung, vom 13. Juni 1991.
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung, vom 18. März 1994.
- Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen, vom 31. August 1992.
- Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen, Änderungen vom 14.6.1993.
- Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, vom 12. April 1995.
- Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, Änderung vom 17. September 1997.

10. Literaturverzeichnis

Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung, vom 9. Oktober 1992.

Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung, vom 13. Dezember 1991.

Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung bzw. der Risikoausgleichsstelle KSK

KSK (1994): Risikoausgleichsstelle des KSK. Risikoausgleich unter den Krankenkassen 1992 bis 1995.

Reglement über die Durchführung des Risikoausgleichs unter den Versicherern, vom 17. Januar 1996.

Sonderauswertungen der Durchführungsstelle des Risikoausgleichs in der Gemeinsamen Einrichtung nach Art. 18 KVG hinsichtlich (a) der Zahlungsausstände der Versicherer seit Einführung des Risikoausgleichs, (b) der aufgrund der Zahlungsausstände vorgenommenen Kürzungen und (c) der Datenlieferungsfehler 1996 und 1997.

Stiftungsreglement der Gemeinsamen Einrichtung, vom 17. Januar 1996

Stiftungsurkunde der Gemeinsamen Einrichtung, vom 29. April 1996.

Gerichtsurteile

Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 19. Dezember 1996 in Sachen Kranken- und Unfallversicherung A. gegen KSK-Risikoausgleichsstelle (jetzt Gemeinsame Einrichtung KVG) und BSV (K981).

Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 28. November 1994 in Sachen U. R. (K959).

Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 31. Juli 1997 in Sachen Versicherer A. und H. gegen Gemeinsame Einrichtung KVG und EDI.

Botschaften

Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, vom 6. November 1991.

Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung.

Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen

BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung (1996b): Kreisschreiben: Art. 2 der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Massgebender Zeitpunkt für den Einbezug der erwachsenen Versicherten in den Risikoausgleich und für ihre Einteilung in die einzelnen Risikogruppen, Kreisschreiben 96/1 vom 30. Januar 1996.

BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung (1996c): Kreisschreiben: Prämientarife 1997/Budget 1997, Kreisschreiben 96/7 vom 3. Juni 1996.

BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung (1996d): Kreisschreiben Risikoausgleich in der Krankenversicherung, Rückstellungen infolge veränderter Risikostruktur, Kreisschreiben 96/11 vom 19. Dezember 1996.

BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung (1997b): Kreisschreiben: Prämientarife 1998/Budgets, Kreisschreiben 97/4 vom 28. Mai 1997.

Verzeichnisse

BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1992): Verzeichnis der vom Bund anerkannten Krankenkassen, 1.10.1992.

BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1994): Verzeichnis der vom Bund anerkannten Krankenkassen, 1.5.1994.

BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1996a): Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer, 1.7.1996.

BSV Bundesamt für Sozialversicherung (1997a): Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer.

Weitere Quellen

Änderungsanträge der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung hinsichtlich der geltenden Verordnung über den Risikoausgleich

ARTISANA (1995): Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zu den Entwürfen zu den drei speziellen Verordnungen des KVG – Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.

CSS (1994): «Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zur neuen Risikoausgleichsverordnung», unveröffentlichtes Arbeitspapier, Luzern.

EDI Eidg. Departement des Innern (1998): Vernehmlassungsverfahren zu Änderungen der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung und zur Verordnung über die Krankenversicherung.

Kartellkommission (1992): Stellungnahme zur Totalrevision des KUVG, Jahresbericht 1992 der Kartellkommission, 151ff.

Kartellkommission (1993): Stellungnahme der Kartellkommission zum Risikoausgleich im Rahmen der Ämterkonsultation, Jahresbericht 1993 der Kartellkommission, 20.

SUPRA (1998): Assurance-Maladie: Niveau des primes et compensation des risques, Brief an die Departementsvorsteherin EDI, 16.4.1998.

Übersicht über alle Beschwerden gegen den Risikoausgleich (zusammengestellt vom Bundesamt für Sozialversicherung)

11. Anhänge

Anhang A: Einfluss der Anzahl Risikogruppen auf das Nettorisikoausgleichsvolumen

Wir gehen aus von einer Bevölkerung von n Individuen, die Gesamtkosten in der Höhe G verursachen. Die Bevölkerung sei in K Risikogruppen B_1, \dots, B_K eingeteilt, d.h. die Gruppen B_k ($k=1, \dots, K$) bezeichnen nichtüberlappende Altersintervalle, deren Länge apriori nicht gleich zu sein braucht. Ferner seien T Versicherungen V_1, V_2, \dots, V_T am Versicherungsgeschäft beteiligt.

Wir wählen sodann folgende Bezeichnungen:

- n_k Anzahl Personen der Gruppe B_k ($k=1, \dots, K$),
- $n_{k,t}$ Anzahl Personen, die der Gruppe B_k angehören und bei der Versicherung V_t versichert sind ($t=1, \dots, T, k=1, \dots, K$),
- G_k Gesamtkosten aller Personen der Gruppe B_k ($k=1, \dots, K$),
- $G_{k,t}$ Gesamtkosten aller Personen, die der Gruppe B_k angehören und bei der Versicherung V_t versichert sind ($t=1, \dots, T, k=1, \dots, K$).

Die durchschnittlichen Kosten d_k in der Gruppe B_k betragen also

$$d_k = \frac{G_k}{n_k},$$

und die durchschnittlichen Kosten $d_{k,t}$ in der Gruppe B_k aller bei V_t versicherten Personen betragen

$$d_{k,t} = \frac{G_{k,t}}{n_{k,t}}.$$

Ferner gilt offensichtlich, dass

$$\sum_{k=1}^K n_k = n, \quad \sum_{t=1}^T n_{k,t} = n_k \quad \text{und} \quad \sum_{t=1}^T \sum_{k=1}^K n_{k,t} = n.$$

Fixiert man eine Gruppe B_k und eine Versicherung V_t , so ist der durch diese Versicherung zu leistende Betrag $A_{k,t}$ gemäss heutiger Risikoausgleichsregelung gegeben durch

$$A_{k,t} = \left(\frac{G}{n} - d_k \right) n_{k,t}.$$

Ist dieser Wert positiv, so hat die Versicherung V_t diesen Betrag zu entrichten, ist er hingegen negativ, erhält sie diesen Betrag als Ausgleichszahlung.

Für die Versicherung V_t lässt sich also der Gesamtbetrag Z_t , den sie für ihr Kollektiv zu leisten oder zu erhalten hat, ausdrücken durch

$$Z_t = \sum_{k=1}^K A_{k,t} = \sum_{k=1}^K \left(\frac{G}{n} - d_k \right) n_{k,t}.$$

Und betrachtet man die Gesamtheit aller Versicherungen, so stellt man leicht fest, dass die Summe der geschuldeten bzw. erhaltenen Beträge gleich Null ist:

$$\sum_{t=1}^T Z_t = \sum_{t=1}^T \sum_{k=1}^K \left(\frac{G}{n} - d_k \right) n_{k,t} = \sum_{t=1}^T \sum_{k=1}^K \frac{G}{n} n_{k,t} - \sum_{t=1}^T \sum_{k=1}^K d_k n_{k,t} = 0.$$

Behauptung A: Die Anzahl der Risikogruppen hat keinen Einfluss auf das Nettorisiko-ausgleichsvolumen

Beweis: Um Behauptung A zu beweisen, ist zu zeigen, dass die Summe der geschuldeten bzw. erhaltenen Beträge aller Versicherungen für ein festes Altersintervall I unabhängig davon ist, in wieviele Risikogruppen dieses Intervall I unterteilt wird. Zu einer gegebenen Unterteilung \mathbf{U} des Intervalls I in Intervalle I_1, I_2, \dots, I_r mit jeweiliger Personenanzahl n_1, n_2, \dots, n_r und Gesamtkosten g_1, g_2, \dots, g_r beträgt der von allen Versicherungen erbrachte Risikoausgleich $A_{I,U}$ für dieses Intervall I .

$$A_{I,U} = \sum_{i=1}^r \left(\frac{G}{n} - d_i \right) n_i,$$

wobei wiederum d_i die Durchschnittskosten im Intervall I_i ($i=1, \dots, r$) bezeichnen: $d_i = \frac{g_i}{n_i}$. Bezeichnen

$g_I = \sum_{i=1}^r g_i$ die Gesamtkosten bzw. $n_I = \sum_{i=1}^r n_i$ die Gesamtbevölkerung des Intervalls I , so ist

$$A_{I,U} = \sum_{i=1}^r \left(\frac{G}{n} - d_i \right) n_i = \sum_{i=1}^r \left(\frac{G}{n} - \frac{g_i}{n_i} \right) n_i = \frac{G}{n} \sum_{i=1}^r n_i - \sum_{i=1}^r g_i = \frac{G}{n} n_I - g_I.$$

Insbesondere hängt also $A_{I,U}$ nicht von der Unterteilung \mathbf{U} sondern nur vom Intervall I ab. Das Nettorisikoausgleichsvolumen bleibt für dieses Intervall stets dasselbe.

Bahauptung B: Die Position des einzelnen Versicherers ist stark abhängig von der Verteilung seiner Versicherten und der Anzahl der Risikogruppen

Beweis: Aus der Sicht einer Versicherung kann es hingegen sehr wohl von Bedeutung sein, wieviele Risikogruppen von welcher Länge gewählt wurden. Denn betrachtet man nochmals den von ihr zu leistenden (oder zu erhaltenden) Gesamtbetrag Z_t (siehe oben)

$$Z_t = \sum_{k=1}^K \left(\frac{G}{n} - d_k \right) n_{k,t} = \frac{G}{n} n_t - \sum_{k=1}^K d_k n_{k,t},$$

so stellt man fest: eine Verfeinerung der Unterteilung einer Risikogruppe B_i in r kleinere Intervalle lässt zwar den ersten Summanden $\frac{G}{n} n_t$ unverändert, ändert aber den Summanden $d_i n_{i,t}$: er wird ersetzt durch eine Summe $d_{i_1} n_{i_1,t} + d_{i_2} n_{i_2,t} + \dots + d_{i_r} n_{i_r,t}$, die i.A. nicht mit $d_i n_{i,t}$ übereinstimmen muss.

Insbesondere spielt bei dieser Verfeinerung die konkrete Verteilung der versicherten Personen der Versicherung V_t eine wesentliche Rolle.

Anhang B: Die Bruttostruktur in den Untersuchungskantonen 1991 bis 1997

Zürich

Tabelle 61: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttostrukturkosten, Kanton Zürich 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	412'857	469'169	373'327	528'527	669'668	525'753	519'515
mehr als -50%	694	2'758	14'421	29'068	16'302	30'190	46'994
-50 bis -40%	21'612	28'813	4'037	4'586	33'577	15'576	16'566
-40 bis -30%	75'618	81'379	137'360	87'940	118'307	126'579	134'645
-30 bis -20%	16'503	1'717	29'970	25'383	25'752	53'872	30'591
-20 bis -10%	213'979	11'638	6'051	83'041	62'927	3'107	20'429
-10 bis 0%	84'451	342'864	181'488	298'509	412'803	296'429	270'290
0 bis 10%	186'249	541'374	660'353	522'467	139'071	241'661	219'373
10 bis 20%	119'523	22'711	28'534	30'923	284'907	376'276	407'841
20 bis 30%	47'830	40'864	1'712	1'496	86	3'020	16'197
30 bis 40%	1'667	0	39'738	3'660	530	13'751	1'634
40 bis 50%	0	57'628	3'016	28'591	37'856	0	0
mehr als 50%	58'108	17	44'764	55'699	41'801	38'747	34'871
über Mittel	413'377	662'594	778'117	642'836	504'251	673'455	679'916
Total	826'234	1'131'763	1'151'444	1'171'363	1'173'919	1'199'208	1'199'431
unter Mittel	50%	41%	32%	45%	57%	44%	43%
weniger als -50%	0%	0%	1%	2%	1%	3%	4%
-50 bis -40%	3%	3%	0%	0%	3%	1%	1%
-40 bis -30%	9%	7%	12%	8%	10%	11%	11%
-30 bis -20%	2%	0%	3%	2%	2%	4%	3%
-20 bis -10%	26%	1%	1%	7%	5%	0%	2%
-10 bis 0%	10%	30%	16%	25%	35%	25%	23%
0 bis 10%	23%	48%	57%	45%	12%	20%	18%
10 bis 20%	14%	2%	2%	3%	24%	31%	34%
20 bis 30%	6%	4%	0%	0%	0%	0%	1%
30 bis 40%	0%	0%	3%	0%	0%	1%	0%
40 bis 50%	0%	5%	0%	2%	3%	0%	0%
mehr als 50%	7%	0%	4%	5%	4%	3%	3%
über Mittel	50%	59%	68%	55%	43%	56%	57%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Bern

Tabelle 62: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Kanton Bern 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	480'095	469'169	237'775	284'683	307'460	312'068	302528
Weniger als -50%	3'797	2'758	7'274	7'964	12'817	21'356	30916
-50 bis -40%	1'766	28'813	2'461	7'716	8'179	4'217	22457
-40 bis -30%	60'827	81'379	58'129	64'999	62'316	90'388	84180
-30 bis -20%	11'813	1'717	59'652	69'601	51'979	3'975	17221
-20 bis -10%	26'160	11'638	109'870	131'194	163'825	156'580	95355
-10 bis 0%	375'732	342'864	389	3'209	8'344	35'552	52399
0 bis 10%	149'243	541'374	554'988	274'674	276'850	416'103	245340
10 bis 20%	77'492	22'711	125'845	302'416	285'474	98'289	366799
20 bis 30%	12'218	40'864	20'826	69'983	63'989	123'147	36652
30 bis 40%	59'766	0	0	1'119	1'387	2	163
40 bis 50%	0	57'628	2'637	4'666	3'313	61	1078
mehr als 50%	4'472	17	4'515	1'974	3'452	4'752	3186
über Mittel	303'191	662'594	708'811	654'832	634'465	642'354	653218
Total	783'286	1'131'763	946'586	939'515	941'925	954'422	955746
unter Mittel	61%	41%	25%	30%	33%	33%	32%
weniger als -50%	0%	0%	1%	1%	1%	2%	3%
-50 bis -40%	0%	3%	0%	1%	1%	0%	2%
-40 bis -30%	8%	7%	6%	7%	7%	9%	9%
-30 bis -20%	2%	0%	6%	7%	6%	0%	2%
-20 bis -10%	3%	1%	12%	14%	17%	16%	10%
-10 bis 0%	48%	30%	0%	0%	1%	4%	5%
0 bis 10%	19%	48%	59%	29%	29%	44%	26%
10 bis 20%	10%	2%	13%	32%	30%	10%	38%
20 bis 30%	2%	4%	2%	7%	7%	13%	4%
30 bis 40%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
40 bis 50%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
mehr als 50%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
über Mittel	39%	59%	75%	70%	67%	67%	68%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

St. Gallen

Tabelle 63: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Kanton St. Gallen 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	237'605	183'458	167'395	108'157	208'740	191'819	170281
weniger als -50%	117	242	1'090	6'637	13'257	11'512	7662
-50 bis -40%	1'341	16'594	26'066	12'064	13'239	13'223	18706
-40 bis -30%	8'618	24'808	27'977	51'950	268	12'978	15546
-30 bis -20%	21'938	5'227	18'951	16'792	82'592	37'407	34097
-20 bis -10%	14'945	10'840	294	14'608	6'160	2'972	5312
-10 bis 0%	190'646	125'747	93'017	6'106	93'224	113'727	88958
0 bis 10%	40'363	211'417	134'637	159'958	33'791	138'157	220729
10 bis 20%	51'845	14'843	113'892	150'215	181'207	117'356	20756
20 bis 30%	21'447	20'649	318	1'701	2'873	869	23
30 bis 40%	1'476	1'011	21'321	712	3	0	37870
40 bis 50%	5	172	0	19'830	1'225	686	603
mehr als 50%	5'413	1'343	2'308	1'767	17'546	612	430
über Mittel	120'549	249'435	272'476	334'183	236'645	257'680	280411
Total	358'154	432'893	439'871	442'340	445'385	449'499	450692
unter Mittel	66%	42%	38%	24%	47%	43%	38%
weniger als -50%	0%	0%	0%	2%	3%	3%	2%
-50 bis -40%	0%	4%	6%	3%	3%	3%	4%
-40 bis -30%	2%	6%	6%	12%	0%	3%	3%
-30 bis -20%	6%	1%	4%	4%	19%	8%	8%
-20 bis -10%	4%	3%	0%	3%	1%	1%	1%
-10 bis 0%	53%	29%	21%	1%	21%	25%	20%
0 bis 10%	11%	49%	31%	36%	8%	31%	49%
10 bis 20%	14%	3%	26%	34%	41%	26%	5%
20 bis 30%	6%	5%	0%	0%	1%	0%	0%
30 bis 40%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	8%
40 bis 50%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
mehr als 50%	2%	0%	1%	0%	4%	0%	0%
über Mittel	34%	58%	62%	76%	53%	57%	62%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Obwalden

Tabelle 64: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Kanton Obwalden 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	14'664	8'675	8'068	8'833	12'340	11'586	9676
weniger als -50%	426	1'032	343	551	557	1'092	1519
-50 bis -40%	285	182	346	435	369	964	12
-40 bis -30%	738	1'336	1'518	1'000	1'155	1'830	2369
-30 bis -20%	1'409	980	1'584	1'408	961	3'096	2416
-20 bis -10%	2'907	882	1'424	4'401	3'213	1'378	717
-10 bis 0%	8'899	4'263	2'853	1'038	6'085	3'226	2643
0 bis 10%	473	11'887	12'613	20'313	8'139	8'156	13969
10 bis 20%	8'905	8'721	8'708	87	8'788	7'928	8873
20 bis 30%	923	68	387	3	786	3'622	0
30 bis 40%	0	2	0	571	0	0	33
40 bis 50%	0	0	0	0	10	0	0
mehr als 50%	111	46	49	209	81	27	47
über Mittel	10'412	20'724	21'757	21'183	17'804	19'733	22922
Total	25'076	29'399	29'825	30'016	30'144	31'319	32598
unter Mittel	58%	30%	27%	29%	41%	37%	30%
weniger als -50%	2%	4%	1%	2%	2%	3%	5%
-50 bis -40%	1%	1%	1%	1%	1%	3%	0%
-40 bis -30%	3%	5%	5%	3%	4%	6%	7%
-30 bis -20%	6%	3%	5%	5%	3%	10%	7%
-20 bis -10%	12%	3%	5%	15%	11%	4%	2%
-10 bis 0%	35%	15%	10%	3%	20%	10%	8%
0 bis 10%	2%	40%	42%	68%	27%	26%	43%
10 bis 20%	36%	30%	29%	0%	29%	25%	27%
20 bis 30%	4%	0%	1%	0%	3%	12%	0%
30 bis 40%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
40 bis 50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
mehr als 50%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
über Mittel	42%	70%	73%	71%	59%	63%	70%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Tessin

Tabelle 65: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Kanton Tessin 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	56'023	56'488	88'815	96'724	104'472	119'744	126081
weniger als -50%	3'406	16'826	5'802	8'665	10'307	51'967	59697
-50 bis -40%	14'565	8'368	24'995	30'191	35'826	6'058	182
-40 bis -30%	6'136	14'266	3'574	3'911	1'810	5'241	13694
-30 bis -20%	15'633	7'778	20'096	23'916	28'726	16'659	12614
-20 bis -10%	1'431	6'057	34'348	27'833	25'858	39'626	37723
-10 bis 0%	14'852	3'193	0	2'208	1'945	193	2171
0 bis 10%	26'228	163'110	127'182	17'623	40'152	10'581	0
10 bis 20%	97'176	68'015	17'631	126'825	97'003	39'540	42134
20 bis 30%	7'101	91	58'841	56'990	57'828	85'517	86716
30 bis 40%	226	5	844	91	8	50'666	50148
40 bis 50%	0	436	0	372	1'878	91	1363
mehr als 50%	597	0	85	150	225	173	210
über Mittel	131'328	231'657	204'583	202'051	197'094	186'568	180571
Total	187'351	288'145	293'398	298'775	301'566	306'312	306652
unter Mittel	30%	20%	30%	32%	35%	39%	41%
weniger als -50%	2%	6%	2%	3%	3%	17%	19%
-50 bis -40%	8%	3%	9%	10%	12%	2%	0%
-40 bis -30%	3%	5%	1%	1%	1%	2%	4%
-30 bis -20%	8%	3%	7%	8%	10%	5%	4%
-20 bis -10%	1%	2%	12%	9%	9%	13%	12%
-10 bis 0%	8%	1%	0%	1%	1%	0%	1%
0 bis 10%	14%	57%	43%	6%	13%	3%	0%
10 bis 20%	52%	24%	6%	42%	32%	13%	14%
20 bis 30%	4%	0%	20%	19%	19%	28%	28%
30 bis 40%	0%	0%	0%	0%	0%	17%	16%
40 bis 50%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
mehr als 50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
über Mittel	70%	80%	70%	68%	65%	61%	59%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Waadt

Tabelle 66: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Kanton Waadt 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	221'713	217'264	239'273	277'490	274'249	377'646	344408
weniger als -50%	29'099	38'006	8'719	33'472	34'588	47'840	51622
-50 bis -40%	1'302	59'665	49'540	11'660	9'665	13'969	6570
-40 bis -30%	64'902	4'829	61'606	31'626	25'222	117'397	25754
-30 bis -20%	36'755	12'208	8'393	77'053	93'881	13'150	107017
-20 bis -10%	17'633	36'340	69'772	57'469	12'848	4'358	9042
-10 bis 0%	72'022	66'216	41'243	66'210	98'045	180'932	144403
0 bis 10%	62'349	140'474	113'284	48'412	113'394	64'106	144599
10 bis 20%	58'912	87'019	176'666	138'258	77'834	26'975	14347
20 bis 30%	508	83'646	6'610	87'501	93'239	51'885	9200
30 bis 40%	58'750	50'488	6'193	0	315	68'012	69353
40 bis 50%	49'976	0	435	5'944	5'687	0	11738
mehr als 50%	75	581	42'453	42'235	39'424	20'751	18280
über Mittel	230'570	362'208	345'641	322'350	329'893	231'729	267517
Total	452'283	579'472	584'914	599'840	604'142	609'375	611925
unter Mittel	49%	37%	41%	46%	45%	62%	56%
weniger als -50%	6%	7%	1%	6%	6%	8%	8%
-50 bis -40%	0%	10%	8%	2%	2%	2%	1%
-40 bis -30%	14%	1%	11%	5%	4%	19%	4%
-30 bis -20%	8%	2%	1%	13%	16%	2%	17%
-20 bis -10%	4%	6%	12%	10%	2%	1%	1%
-10 bis 0%	16%	11%	7%	11%	16%	30%	24%
0 bis 10%	14%	24%	19%	8%	19%	11%	24%
10 bis 20%	13%	15%	30%	23%	13%	4%	2%
20 bis 30%	0%	14%	1%	15%	15%	9%	2%
30 bis 40%	13%	9%	1%	0%	0%	11%	11%
40 bis 50%	11%	0%	0%	1%	1%	0%	2%
mehr als 50%	0%	0%	7%	7%	7%	3%	3%
über Mittel	51%	63%	59%	54%	55%	38%	44%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Basel-Stadt

Tabelle 67: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Kanton Basel-Stadt 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	65'255	70'363	117'080	80'917	80'824	93'257	66951
weniger als -50%	2'618	10'665	16'082	2'889	3'142	5'909	6677
-50 bis -40%	15'961	14'141	14'377	14'614	10'114	8'100	8912
-40 bis -30%	8'924	5'442	3'381	8'887	10'309	13'734	17987
-30 bis -20%	4'314	3'365	11'475	24'569	26'448	3'664	0
-20 bis -10%	30'854	32'666	20'132	18'001	6'237	14'014	2906
-10 bis 0%	2'584	4'084	51'633	11'957	24'574	47'836	30469
0 bis 10%	33'139	48'591	1'441	39'509	35'921	4'627	40888
10 bis 20%	95'668	146	0	392	12	104'537	88849
20 bis 30%	17	74'676	2'609	73'539	74'826	262	174
30 bis 40%	2	8	73'307	6	0	0	166
40 bis 50%	5	0	0	0	0	3	0
mehr als 50%	3	23	30	71	217	60	50
über Mittel	128'834	123'444	77'387	113'517	110'976	109'489	130127
Total	194'089	193'807	194'467	194'434	191'800	202'746	197078
unter Mittel	34%	36%	60%	42%	42%	46%	34%
weniger als -50%	1%	6%	8%	1%	2%	3%	3%
-50 bis -40%	8%	7%	7%	8%	5%	4%	5%
-40 bis -30%	5%	3%	2%	5%	5%	7%	9%
-30 bis -20%	2%	2%	6%	13%	14%	2%	0%
-20 bis -10%	16%	17%	10%	9%	3%	7%	1%
-10 bis 0%	1%	2%	27%	6%	13%	24%	15%
0 bis 10%	17%	25%	1%	20%	19%	2%	21%
10 bis 20%	49%	0%	0%	0%	0%	52%	45%
20 bis 30%	0%	39%	1%	38%	39%	0%	0%
30 bis 40%	0%	0%	38%	0%	0%	0%	0%
40 bis 50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
mehr als 50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
über Mittel	66%	64%	40%	58%	58%	54%	66%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Genf

Tabelle 68: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttorisikostufen, Kanton Genf 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	116'669	118'751	130'880	160'551	164'576	158'254	164'743
weniger als -50%	20'366	25'562	5'016	23'480	33'275	59'911	68'766
-50 bis -40%	5'895	10'750	38'262	7'767	4'835	3'111	19'803
-40 bis -30%	3'665	22'481	5'936	26'912	8'429	31'202	3613
-30 bis -20%	60'745	33'117	53'278	27'697	38'560	296	24'394
-20 bis -10%	19'466	15'443	19'840	32'494	42'189	42'181	11'125
-10 bis 0%	6'532	11'398	8'548	42'201	37'288	21'553	37'042
0 bis 10%	22'836	129'388	80'273	83'828	24'526	54'958	43'393
10 bis 20%	81'976	59'436	96'948	31'576	151'302	54'378	53'439
20 bis 30%	54'881	32'860	21'855	72'742	18'008	58'989	33'674
30 bis 40%	8	29'298	2	4'249	25	0	40'078
40 bis 50%	24'871	0	26'203	19'559	23'136	40'958	22'214
mehr als 50%	19	42	1'054	5'694	14	13'321	21'517
über Mittel	184'591	251'024	226'335	217'648	217'011	222'604	214'315
Total	301'260	369'775	357'215	378'199	381'587	380'858	379'058
unter Mittel	39%	32%	37%	42%	43%	42%	43%
weniger als -50%	7%	7%	1%	6%	9%	16%	18%
-50 bis -40%	2%	3%	11%	2%	1%	1%	5%
-40 bis -30%	1%	6%	2%	7%	2%	8%	1%
-30 bis -20%	20%	9%	15%	7%	10%	0%	6%
-20 bis -10%	6%	4%	6%	9%	11%	11%	3%
-10 bis 0%	2%	3%	2%	11%	10%	6%	10%
0 bis 10%	8%	35%	22%	22%	6%	14%	11%
10 bis 20%	27%	16%	27%	8%	40%	14%	14%
20 bis 30%	18%	9%	6%	19%	5%	15%	9%
30 bis 40%	0%	8%	0%	1%	0%	0%	11%
40 bis 50%	8%	0%	7%	5%	6%	11%	6%
mehr als 50%	0%	0%	0%	2%	0%	3%	6%
über Mittel	61%	68%	63%	58%	57%	58%	57%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Thurgau

Tabelle 69: Entwicklung der Versicherer gewichtet nach Versicherten mit 12 Bruttoisikostufen, Kanton Thurgau 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
unter Mittel	68'801	114'048	126'749	98'106	90'778	85'935	76700
weniger als -50%	124	729	1'340	3'864	6'288	6'877	4241
-50 bis -40%	2'264	14'575	21'758	672	7'735	12'234	19809
-40 bis -30%	13'408	6'504	7'444	39'916	13'365	9'594	9077
-30 bis -20%	3'652	3'112	11'354	6'255	28'692	30'664	4733
-20 bis -10%	4'000	8'200	8'660	11'033	7'472	3'924	29957
-10 bis 0%	45'353	80'928	76'193	36'366	27'226	22'642	8883
0 bis 10%	64'749	22'322	18'314	55'611	81'386	31'709	78565
10 bis 20%	16'955	66'498	14'701	2'531	547	54'309	1880
20 bis 30%	9'102	81	49'232	57'307	8'596	47'802	69542
30 bis 40%	7'541	5'704	3'133	5'534	40'378	5'450	1904
40 bis 50%	67	142	78	81	15	91	0
mehr als 50%	129	1'169	344	812	1'140	19	124
über Mittel	98'543	95'916	85'802	121'876	132'062	139'380	152015
Total	167'344	209'964	212'551	219'982	222'840	225'315	228715
unter Mittel	41%	54%	60%	45%	41%	38%	34%
weniger als -50%	0%	0%	1%	2%	3%	3%	2%
-50 bis -40%	1%	7%	10%	0%	3%	5%	9%
-40 bis -30%	8%	3%	4%	18%	6%	4%	4%
-30 bis -20%	2%	1%	5%	3%	13%	14%	2%
-20 bis -10%	2%	4%	4%	5%	3%	2%	13%
-10 bis 0%	27%	39%	36%	17%	12%	10%	4%
0 bis 10%	39%	11%	9%	25%	37%	14%	34%
10 bis 20%	10%	32%	7%	1%	0%	24%	1%
20 bis 30%	5%	0%	23%	26%	4%	21%	30%
30 bis 40%	5%	3%	1%	3%	18%	2%	1%
40 bis 50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
mehr als 50%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%
über Mittel	59%	46%	40%	55%	59%	62%	66%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Daten GE; eigene Berechnungen

Anhang C: Leitfaden für die Interviews mit sechs Versicherern hinsichtlich der Risikoselektionen

Allgemein Fragen zum Risikoausgleich

1. Wie beurteilen sie die Existenzberechtigung des Risikoausgleichs? Was wurde erreicht und was wäre wünschbar?
2. Wie beurteilen Sie die Befristung des Risikoausgleichs auf 10 Jahre?
3. Welches sind die wichtigsten Probleme des Risikoausgleichs heute?
4. Welche Auswirkung hatte die Einführung des Risikoausgleichs auf die Existenzsicherung einzelner Versicherungsgesellschaften?
5. Wie beurteilen Sie die Rollen der verschiedenen Akteure im Rahmen des Risikoausgleichs (BSV, Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung, Krankenversicherer)?

Auswirkungen des Risikoausgleichs auf die Risikokollektive der Versicherer

1. Hat der Risikoausgleich eine Angleichung der Risikostrukturen herbeigeführt? Konnte die vor der Einführung beobachtete Risikoentmischung gestoppt bzw. sogar (in Teilen oder vollständig) rückgängig gemacht werden?
2. Wie hat der Risikoausgleich das Verhalten der Versicherer im bezug auf die Risikoselektion beeinflusst?
3. Wie sehen die Möglichkeiten zur Risikoselektion heute aus? Nach welchen Merkmalen wird heute Risikoselektion betrieben?
4. Wie gross schätzen Sie das effektiv vorhandene Ausmass der Risikoselektion ein?
5. Wie kann Risikoselektion verhindert werden? Ist dies überhaupt sinnvoll?
6. Was halten Sie von der Aussage: Die Risikoselektion wird am effektivsten verunmöglicht, wenn alle Versicherer Risikoselektionspolitik betreiben. Diese Strategie führt zu einer gegenseitigen Neutralisierung?

Kostenentwicklung in Ihrer Versicherung

Wir möchten für die Fragen in Abschnitt C vorausschicken, dass wir einem strengen Datenschutz unterliegen und somit die im folgenden aufgeführten Individualdaten nicht veröffentlicht werden.

Mit Hilfe der von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung und vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zur Verfügung gestellten Daten, konnten wir die Entwicklung der Kosten in der Grundversicherung zwischen 1985 und 1996 für die Versicherer nachzeichnen. Wir haben für jedes Jahr die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet (unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligungen). Dieser Indikator, welcher das realisierte Risiko in einem Kollektiv abbilden kann, wurde einerseits auf gesamtschweizerischer Ebene und andererseits für neun Untersuchungskantone (ZH, BE, SG, OW, TI, VD, BS, GE und TG) berechnet. Weiter wurden für jedes Jahr Risikostufen gebildet. Eine Risikostufe definiert sich als prozen-

tuale Abweichung vom Mittelwert.¹⁰³ Jeder Versicherer wurde entsprechend der prozentualen Abweichung seiner durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten von derjenigen über alle Versicherer in eine Risikostufe eingeteilt.

Für Ihre Versicherung haben wir gesehen, dass Sie 1996 gesamtschweizerisch in der Risikostufe X standen. Ihr Risikokollektiv war daher vergleichsweise günstig/teuer/im durchschnittlichen Bereich. Ein Vergleich der Jahre 1992 (vor Einführung des Risikoausgleichs) und 1996 (nach Einführung des Risikoausgleichs) zeigt, dass sich Ihr Risikokollektiv von der Stufe Y (1992) zur Stufe X (1996) verbessert hat/verschlechtert hat/unverändert gleichgeblieben ist.

1. Welche Gründe erklären Ihrer Ansicht nach diese Entwicklung auf gesamtschweizerischer Ebene?
2. Können Sie Gründe für die (unterschiedliche) Entwicklung in den einzelnen Kantonen nennen?

Ein Blick in die Zukunft

1. Wird es den Risikoausgleich nach Ablauf der 10 Jahre noch geben?
2. Was müsste man an der Ausgestaltung des Risikoausgleichs ändern (weitere Verfeinerung der Gruppen, zusätzliche Risiken ausgleichen wie bspw. Todesfälle)?

¹⁰³ Die Definition der 12 Risikostufen:

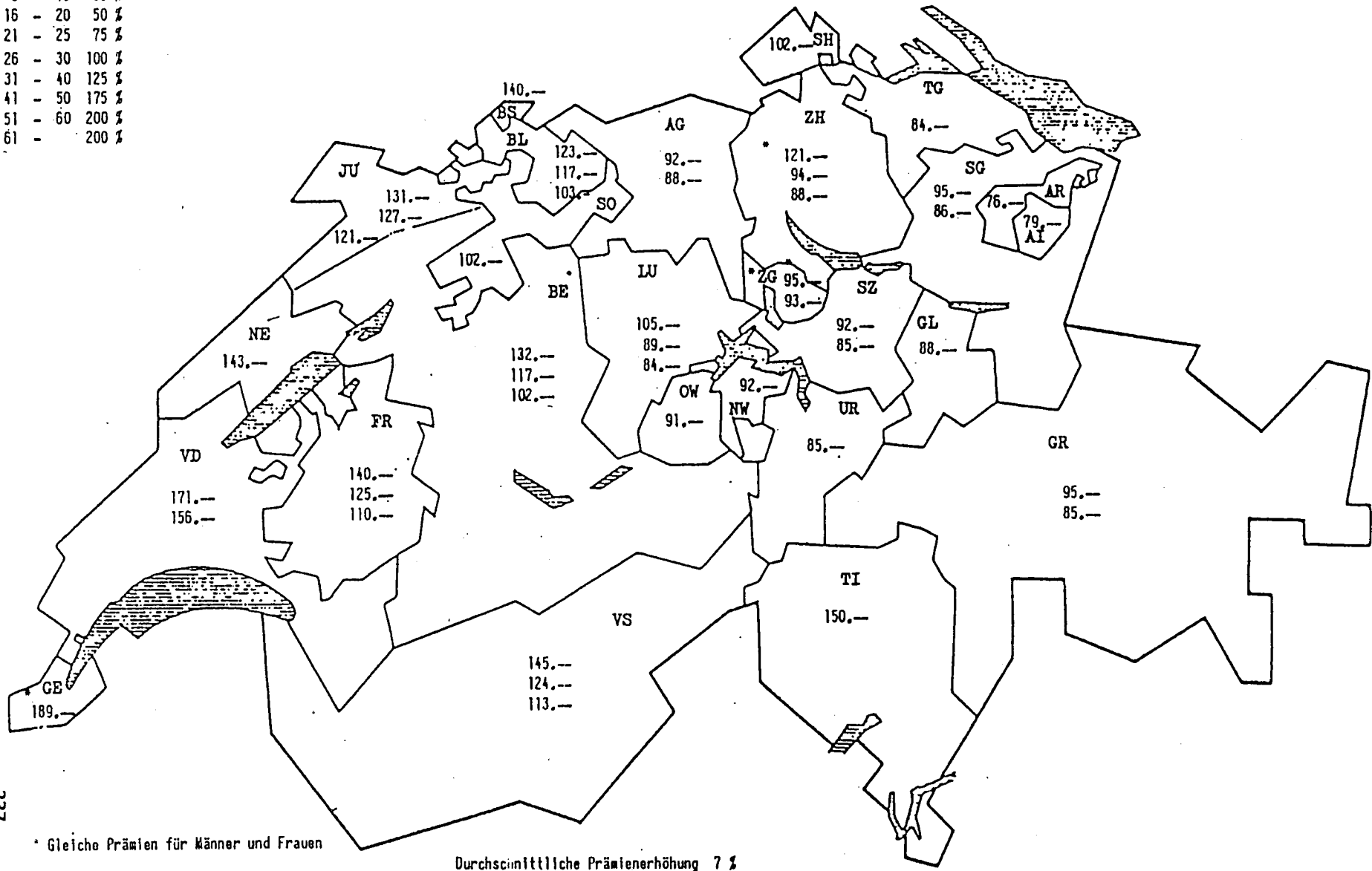
1: weniger als -50%; 2: -50 bis -40%; 3: -40 bis -30%; 4: -30 bis -20%; 5: -20 bis -10%; 6: -10 bis 0%; 7: 0 bis 10%; 8: 10 bis 20%; 9: 20 bis 30%; 10: 30 bis 40%; 11: 40 bis 50%; 12: mehr als 50%

Anhang D: Beispiel einer Prämienkarte

C S S Christlich-Soziale der Schweiz

Regionalstufeneinteilung 1992 sowie Männerprämien (26 - 30) inklusive obligatorischer Spitalzusatz

0 - 15	35 %
16 - 20	50 %
21 - 25	75 %
26 - 30	100 %
31 - 40	125 %
41 - 50	175 %
51 - 60	200 %
61 -	200 %



* Gleiche Prämien für Männer und Frauen

Durchschnittliche Prämienhöhung 7 %

Anhang E: Wanderungen 1985 bis 1996

Tabelle 70: Zu- und Abwanderungsintensitäten in den Untersuchungskantonen 1986 - 1996

Jahr	Bestand	Abwan- derung	Zuwan- derung	A-Inten- sität	Z-Inten- sität	Bestand	Abwande- rung	Zuwande- rung	A-Intensi- tät	Z-Intensi- tät
	Schweiz					Tessin				
1985	6450967					266867				
1986	6512375	21143	90580	0,33%	1,40%	268006	2884	4660	0,04%	0,07%
1987	6590780	23346	153971	0,36%	2,36%	272882	267	40852	0,00%	0,63%
1988	6674553	81695	117035	1,24%	1,78%	276158	407	5255	0,01%	0,08%
1989	6772464	17290	206770	0,26%	3,10%	279918	2169	4782	0,03%	0,07%
1990	6874241	18151	184189	0,27%	2,72%	285441	1329	6806	0,02%	0,10%
1991	6966976	29256	183724	0,43%	2,67%	288833	4214	7823	0,06%	0,11%
1992	7016711	89989	170896	1,29%	2,45%	293330	5756	11017	0,08%	0,16%
1993	7056750	162028	281744	2,31%	4,02%	295499	9843	12202	0,14%	0,17%
1994	7131653	215563	330540	3,05%	4,68%	302482	10557	18431	0,15%	0,26%
1995	7166317	162423	264045	2,28%	3,70%	299342	14271	11269	0,20%	0,16%
1996	7194754	218510	1221062	3,05%	17,04%	307305	13945	25292	0,19%	0,35%
	Zürich					Waadt				
1985	1109050					530852				
1986	1116977	4585	13248	0,41%	1,19%	538380	860	7974	0,16%	1,50%
1987	1124278	5522	14786	0,49%	1,32%	545016	1801	8360	0,33%	1,55%
1988	1132051	6705	14798	0,60%	1,32%	557882	51339	22294	9,42%	4,09%
1989	1145207	5128	23482	0,45%	2,07%	566636	5540	14260	0,99%	2,56%
1990	1147105	12431	16994	1,09%	1,48%	582497	3377	21733	0,60%	3,84%
1991	1159315	5155	25809	0,45%	2,25%	588608	14332	20730	2,46%	3,56%
1992	1159798	16729	26659	1,44%	2,30%	590734	18475	21090	3,14%	3,58%
1993	1164674	19971	80204	1,72%	6,92%	593938	18065	21491	3,06%	3,64%
1994	1175389	41696	67755	3,58%	5,82%	604757	17969	30080	3,03%	5,06%
1995	1185931	44505	62085	3,79%	5,28%	610599	20534	67003	3,40%	11,08%
1996	1194252	25338	196483	2,14%	16,57%	611044	53223	69420	8,72%	11,37%
	Bern					Basel-Stadt				
1985	891171					220820				
1986	899529	1721	11180	0,19%	1,25%	220548	4636	2768	2,10%	1,25%
1987	903987	3420	13640	0,38%	1,52%	225076	4231	454	1,92%	0,21%
1988	917384	666	17244	0,07%	1,91%	225630	3947	281	1,75%	0,12%
1989	923268	5433	11271	0,59%	1,23%	226291	2485	295	1,10%	0,13%
1990	934682	3809	17136	0,41%	1,86%	193194	36800	3242	16,26%	1,43%
1991	946792	2278	17608	0,24%	1,88%	193324	3088	987	1,60%	0,51%
1992	953078	13429	20342	1,42%	2,15%	194908	2056	1156	1,06%	0,60%
1993	951760	30149	29414	3,16%	3,09%	196630	6810	582	3,49%	0,30%
1994	947190	48262	45136	5,07%	4,74%	193818	10961	364	5,57%	0,19%
1995	945785	19704	20474	2,08%	2,16%	193814	8046	1005	4,15%	0,52%
1996	954680	22029	354439	2,33%	37,48%	192116	9304	1252	4,80%	0,65%

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

11. Anhänge

Fortsetzung Tabelle 70: Zu- und Abwanderungsintensitäten in den Untersuchungskantonen 1986 - 1996

Jahr	Bestand	Abwan- derung	Zuwan- derung	A-Inten- sität	Z-Inten- sität	Bestand	Abwande- rung	Zuwande- rung	A-Intensi- tät	Z-Intensi- tät
	St. Gallen					Genf				
1985	399850					351461				
1986	403695	2003	5853	0,50%	1,46%	356530	3017	8038	0,86%	2,29%
1987	407574	2595	6720	0,64%	1,66%	364663	1761	9890	0,49%	2,77%
1988	408218	6674	8539	1,64%	2,10%	371068	19098	10288	5,24%	2,82%
1989	413325	1209	89394	0,30%	21,90%	377480	4543	10937	1,22%	2,95%
1990	422616	627	12353	0,15%	2,99%	384608	2836	13707	0,75%	3,63%
1991	433779	2506	13847	0,59%	3,28%	384681	7911	7937	2,06%	2,06%
1992	434567	7152	11483	1,65%	2,65%	385285	14799	17933	3,85%	4,66%
1993	439250	10469	17447	2,41%	4,01%	384471	15608	14888	4,05%	3,86%
1994	445058	20510	31730	4,67%	7,22%	381271	22469	20253	5,84%	5,27%
1995	447781	13152	19262	2,96%	4,33%	379270	16894	16293	4,43%	4,27%
1996	450279	16639	142334	3,72%	31,79%	378024	33342	49854	8,79%	13,14%
	Obwalden					Thurgau				
1985	26837					189093				
1986	27116	102	378	0,38%	1,41%	190896	782	3332	0,41%	1,76%
1987	27564	43	1101	0,16%	4,06%	193971	577	3592	0,30%	1,88%
1988	27872	64	371	0,23%	1,35%	197885	582	4856	0,30%	2,50%
1989	27898	111	469	0,40%	1,68%	202898	378	5460	0,19%	2,76%
1990	29032	47	1230	0,17%	4,41%	206485	425	8885	0,21%	4,38%
1991	29849	19	862	0,07%	2,97%	214437	984	9140	0,48%	4,43%
1992	29709	424	802	1,42%	2,69%	215316	5008	7331	2,34%	3,42%
1993	30233	421	965	1,42%	3,25%	217859	8437	11721	3,92%	5,44%
1994	31349	801	1972	2,65%	6,52%	222693	11656	17573	5,35%	8,07%
1995	31712	480	832	1,53%	2,65%	225867	4385	12350	1,97%	5,55%
1996	32076	817	2136	2,58%	6,74%	227909	9162	63204	4,06%	27,98%

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Tabelle 71: Abwanderungsintensitäten in den Untersuchungskantonen 1986 – 1996, nach Intensitätsstufen

Intensität	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Schweiz											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	16	17	17	12	9	10	14	3	6	5	2
0,5% bis 1%	17	22	14	14	11	13	10	9	14	10	4
1% bis 2.5%	53	48	41	37	27	30	28	29	24	30	20
2,5% bis 5%	42	37	40	26	22	21	18	24	26	21	10
5% bis 7.5%	16	4	5	8	3	7	6	3	7	7	7
7,5% bis 10%	6	1	0	0	0	2	2	2	1	1	4
10% bis 12.5%	4	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2
12,5% bis 15%	0	1	0	0	0	0	1	4	1	0	2
15% und mehr	0	1	2	0	0	0	0	1	3	2	3
Total	154	132	119	98	72	83	79	76	83	77	54
Versicherte											
kleiner als 0,5%	302390	61147	101636	76924	99766	507236	523531	3343	17213	40202	933393
0,5% bis 1%	154756	108879	71493	84230	180118	1119774	147956	540856	533336	395554	492947
1% bis 2.5%	409572	484682	493478	524450	785124	325365	3554597	1735945	1058765	1623989	511339
2,5% bis 5%	275441	411050	199173	185294	131478	64279	452542	2554872	1778589	485876	190989
5% bis 7.5%	50319	3789	4044	18467	10527	178644	207731	13675	1723468	1535722	1090081
7,5% bis 10%	4066	222	0	0	0	205	26248	131292	931	2515	230215
10% bis 12.5%	2168	89	0	547	0	0	0	36910	16042	6256	69263
12,5% bis 15%	0	1001	0	0	0	0	3798	82923	2771	0	26684
15% und mehr	0	161	191483	0	0	0	0	554	38548	34319	445526
Total	1198712	1071020	1061307	889912	1207013	2195503	4916403	5100370	5169663	4124433	3990437
Zürich											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	6	8	6	5	2	2	1	3	0	0	1
0,5% bis 1%	5	4	8	3	3	3	5	2	1	1	1
1% bis 2.5%	13	12	13	9	8	14	14	11	11	12	6
2,5% bis 5%	15	15	19	11	18	11	15	12	15	7	5
5% bis 7.5%	4	7	8	4	6	3	4	5	9	6	5
7,5% bis 10%	3	2	4	3	1	3	1	4	6	2	1
10% bis 12.5%	1	5	2	1	1	0	4	1	0	2	0
12,5% bis 15%	2	3	8	3	1	1	1	0	1	1	1
15% und mehr	14	8		7	2	6	5	5	4	10	7
Total	63	64	68	46	42	43	50	43	47	41	27
Versicherte											
kleiner als 0,5%	64898	362015	319125	9268	6515	381862	71866	155351	0	0	242297
0,5% bis 1%	17691	110599	37828	17856	15994	5955	303763	3829	17730	464	124
1% bis 2.5%	49577	49160	188007	102012	126851	147793	347339	574136	126555	202230	329938
2,5% bis 5%	100158	110608	43757	12158	188459	94735	149426	124844	237102	203786	12245
5% bis 7.5%	13213	629	1944	1688	14626	262	58168	5494	377984	65358	14871
7,5% bis 10%	136	168	6126	1483	13	312	12908	14217	17455	1452	41089
10% bis 12.5%	57	227	86	12199	35	0	348	15275	0	273905	0
12,5% bis 15%	95	157	133	5522	14348	44	36	0	39	3119	70
15% und mehr	218	171	0	170	30	108	80	2121	6037	1691	87939
Total	246043	633734	597006	162356	366871	631071	943934	895267	782902	752005	728573

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

11. Anhänge

Fortsetzung Tabelle 71: Abwanderungsintensitäten in den Untersuchungskantonen 1986 – 1996, nach Intensitätsstufen

Intensität	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Bern											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	9	3	1	2	1	2	2	0	2	2	0
0,5% bis 1%	3	7	1	2	1	4	1	0	1	3	0
1% bis 2.5%	10	6	9	12	10	8	9	7	2	4	3
2,5% bis 5%	7	12	7	8	8	4	5	11	12	7	7
5% bis 7.5%	4	8	4	3	4	2	5	3	4	3	1
7,5% bis 10%	2	1	2	3	1	2	5	6	5	4	1
10% bis 12.5%	3	1	1	3	2	1	2	3	2	0	2
12,5% bis 15%	1	1	1	2	2	2	2	3	1	2	0
15% und mehr	17	13	9	7	6	4	9	6	14	9	4
Total	56	52	35	42	35	29	40	39	43	34	18
Versicherte											
kleiner als 0,5%	38775	77666	222	172294	55095	131736	26680	0	2446	3112	0
0,5% bis 1%	19319	20898	10083	57036	217	209070	19194	0	2306	66224	0
1% bis 2.5%	12725	15315	13598	75517	93663	67521	626592	3927	25563	389745	3148
2,5% bis 5%	16298	17878	8584	53837	4625	2960	56331	692232	358551	258100	177424
5% bis 7.5%	1507	2060	311	669	16679	174	6286	1391	1404	1186	15
7,5% bis 10%	96	91	518	77	47	47	608	139	274331	11342	25867
10% bis 12.5%	4983	9	9	5221	74	10	87	15223	48000	0	6731
12,5% bis 15%	16	14	7	15	14	372	118	542	23	15	0
15% und mehr	106	8501	82	335	3574	149	479	11249	10910	4599	69287
Total	93825	142432	33414	365001	173988	412039	736375	724703	723534	734323	282472
St. Gallen											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	4	2	1	2	2	0	2	1	0	2	1
0,5% bis 1%	0	2	2	3	2	3	1	0	3	0	1
1% bis 2.5%	12	13	8	3	6	4	8	8	8	6	0
2,5% bis 5%	7	10	13	2	6	6	5	7	3	6	2
5% bis 7.5%	4	3	4	1	4	3	3	6	2	3	2
7,5% bis 10%	2	1	2	5	1	2	4	3	8	2	1
10% bis 12.5%	1	1	2	1	1	2	0	2	5	2	0
12,5% bis 15%	1	3	1	6	2	3	2	0	4	2	0
15% und mehr	17	10	15	11	11	13	8	10	17	9	11
Total	48	45	48	34	35	36	33	37	50	32	18
Versicherte											
kleiner als 0,5%	26441	5600	650	4895	39994	0	22189	15531	0	84433	265
0,5% bis 1%	0	2802	933	3000	3677	4320	182	0	4514	0	188
1% bis 2.5%	95662	92291	28390	436	3590	89265	161167	143604	137042	117564	0
2,5% bis 5%	3910	25193	154329	585	840	1300	99224	208726	774	131696	4554
5% bis 7.5%	173	1232	149	78	2063	20781	3397	1735	39496	1256	60515
7,5% bis 10%	346	12	1426	1116	840	50	545	262	180617	3815	2043
10% bis 12.5%	9	494	18	83	28	805	0	37	1264	36510	0
12,5% bis 15%	7	29	30	80	22	1063	762	0	37	23	0
15% und mehr	1960	106	133	2647	913	163	124	2894	3436	1036	35880
Total	128508	127759	186058	12920	51967	117747	287590	372789	367180	376333	103445

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Fortsetzung Tabelle 71: Abwanderungsintensitäten in den Untersuchungskantonen 1986 – 1996, nach Intensitätsstufen

Intensität	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Obwalden											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
0,5% bis 1%	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	0
1% bis 2.5%	1	2	1	1	0	1	1	3	0	2	1
2,5% bis 5%	1	3	4	0	0	1	3	3	3	1	1
5% bis 7.5%	2	1	1	1	2	1	0	0	1	1	3
7,5% bis 10%	1	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1
10% bis 12.5%	2	1	2	1	0	1	0	3	1	1	0
12,5% bis 15%	3	1	1	0	2	0	3	0	0	0	0
15% und mehr	7	6	10	4	4	3	6	9	5	4	6
Total	19	16	20	10	8	8	15	20	11	12	12
Versicherte											
kleiner als 0,5%	7723	0	4037	4030	0	0	0	0	0	8469	0
0,5% bis 1%	611	577	0	8333	0	523	0	16739	632	799	0
1% bis 2.5%	49	97	41	542	0	42	8599	2348	0	9095	8440
2,5% bis 5%	31	115	1052	0	0	73	8903	5154	1384	1868	795
5% bis 7.5%	518	18	16	15	565	14	0	0	2019	17	3786
7,5% bis 10%	41	80	0	22	0	0	24	0	0	237	25
10% bis 12.5%	27	18	38	9	0	34	0	610	4111	20	0
12,5% bis 15%	64	7	7	0	56	0	36	0	0	0	0
15% und mehr	105	82	66	18	16	12	62	67	589	445	2641
Total	9169	994	5257	12969	637	698	17624	24918	8735	20950	15687
Tessin											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	2	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0
0,5% bis 1%	0	0	3	2	0	0	2	0	1	1	0
1% bis 2.5%	8	3	3	5	3	5	2	3	4	3	1
2,5% bis 5%	13	5	6	3	7	6	6	10	3	8	1
5% bis 7.5%	12	2	1	2	3	3	2	1	4	0	2
7,5% bis 10%	6	0	2	5	0	4	2	1	1	0	0
10% bis 12.5%	5	4	1	1	0	3	2	0	0	3	2
12,5% bis 15%	0	0	3	1	0	0	2	0	12	1	2
15% und mehr	7	7	6	10	5	6	11	15	3	3	15
Total	53	22	25	32	18	28	30	30	25	19	23
Versicherte											
kleiner als 0,5%	70701	8256	0	14277	0	11771	33781	0	0	0	0
0,5% bis 1%	0	0	20283	3681	0	0	18735	0	1893	7375	0
1% bis 2.5%	18408	1088	3383	71796	57773	112130	100501	15235	21860	34814	181
2,5% bis 5%	25762	4679	1996	145	2624	67808	57067	197476	48018	78472	3973
5% bis 7.5%	10601	188	14	50	7616	646	11406	20	126991	0	17685
7,5% bis 10%	3918	0	838	8551	0	89	483	11	3019	0	0
10% bis 12.5%	2032	159	9	678	0	38	95	0	0	87046	44242
12,5% bis 15%	0	0	23	8	0	0	22	0	2468	27	482
15% und mehr	143	60	29	103	624	893	1107	3482	6067	26692	26692
Total	131565	14430	26575	99289	68637	193375	223197	216224	204249	213801	93255

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

11. Anhänge

Fortsetzung Tabelle 71: Abwanderungsintensitäten in den Untersuchungskantonen 1986 – 1996, nach Intensitätsstufen

Intensität	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Waadt											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	2	0	3	0	1	1	1	1	0	0	0
0,5% bis 1%	0	0	1	3	1	3	0	1	0	0	1
1% bis 2.5%	5	8	4	3	3	2	7	1	1	7	0
2,5% bis 5%	6	8	4	9	4	3	7	6	5	5	4
5% bis 7.5%	3	2	2	2	0	4	0	3	3	2	4
7,5% bis 10%	1	2	1	0	3	0	3	2	1	6	3
10% bis 12.5%	1	1	0	1	0	5	3	2	1	1	4
12,5% bis 15%	1	1	1	1	0	0	0	2	2	0	3
15% und mehr	7	9	8	9	6	4	4	7	7	2	15
Total	26	31	24	28	18	22	25	25	20	23	34
Versicherte											
kleiner als 0,5%	6964	0	7251	0	217	8847	316	54677	0	0	0
0,5% bis 1%	0	0	57758	216776	60352	44888	0	25796	0	0	10798
1% bis 2.5%	59163	79556	101983	6925	6955	119031	145294	182	42212	138741	0
2,5% bis 5%	1754	25249	730	65906	62203	799	183010	164439	61234	109307	50150
5% bis 7.5%	141	252	53	311	0	33249	0	97355	100666	8528	56780
7,5% bis 10%	11	295	21	0	72	0	25879	44142	90765	108876	12419
10% bis 12.5%	19	10	0	10	0	634	49255	9112	5423	58	97942
12,5% bis 15%	7	16	66	15	0	0	0	123	22	0	4584
15% und mehr	46	211	112703	2648	76	58801	132	572	121	26092	76289
Total	68105	105589	280565	292591	129875	266249	403886	396398	300443	391602	308962
Basel-Stadt											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	1	1	2	0	0	1	1	3	1	2	0
0,5% bis 1%	1	5	1	0	2	2	3	2	0	0	1
1% bis 2.5%	11	4	10	8	2	5	9	3	0	3	2
2,5% bis 5%	4	5	4	3	5	6	3	2	7	8	5
5% bis 7.5%	2	5	2	1	3	3	2	5	4	1	0
7,5% bis 10%	3	3	1	1	3	2	3	1	4	4	2
10% bis 12.5%	0	2	1	3	2	1	0	0	3	0	2
12,5% bis 15%	0	0	0	3	2	1	3	1	0	2	0
15% und mehr	8	4	6	4	11	10	6	9	10	10	11
Total	30	29	27	23	30	31	30	26	29	30	23
Versicherte											
kleiner als 0,5%	4948	2611	19970	0	0	260	7849	87299	3326	3220	0
0,5% bis 1%	280	31725	4596	0	75572	2836	77367	5788	0	0	4652
1% bis 2.5%	35539	15308	91791	108212	2838	43432	60737	15555	0	10884	1442
2,5% bis 5%	86249	86589	1798	1797	3406	1942	1519	1836	16300	52385	11078
5% bis 7.5%	10002	2431	1684	216	10565	5720	232	19909	12386	676	0
7,5% bis 10%	721	296	493	73	227	18701	215	1348	28656	2560	21387
10% bis 12.5%	0	298	241	2208	2001	20	0	0	438	390	343
12,5% bis 15%	0	0	0	230	191	45	189	30816	0	0	0
15% und mehr	38	90	6207	756	67911	1550	779	1788	30123	22189	19511
Total	137777	139348	126780	113492	162711	74506	148887	164339	91229	92304	58413

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Fortsetzung Tabelle 71: Abwanderungsintensitäten in den Untersuchungskantonen 1986 – 1996, nach Intensitätsstufen

Intensität	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Genf											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	0	1	1	0	0	3	0	2	0	0	1
0,5% bis 1%	4	1	2	0	1	1	2	2	0	0	0
1% bis 2.5%	3	5	7	6	5	5	2	4	1	8	0
2,5% bis 5%	2	4	4	4	2	9	8	1	5	3	1
5% bis 7.5%	5	4	2	2	3	1	3	2	3	1	1
7,5% bis 10%	1	1	1	4	1	1	2	3	2	1	1
10% bis 12.5%	2	3	2	2	1	2	0	2	1	0	0
12,5% bis 15%	0	2	1	1	1	1	0	2	1	2	2
15% und mehr	14	7	7	10	5	8	7	8	11	5	16
Total	31	28	27	29	19	31	24	26	24	20	22
Versicherte											
kleiner als 0,5%	0	43488	7842	0	0	21906	0	5701	0	0	9078
0,5% bis 1%	32958	148	77819	0	14306	30850	20074	716	0	0	0
1% bis 2.5%	7692	24647	39323	91942	13853	33693	24886	50175	46014	82577	0
2,5% bis 5%	5094	33907	4344	8312	31275	124957	154384	5124	44743	24178	2985
5% bis 7.5%	37142	3807	1252	3609	24987	22301	35558	83032	68254	6501	18045
7,5% bis 10%	11	13	12	26269	111	4553	4192	35444	21264	5214	5017
10% bis 12.5%	215	286	157	37	27	6317	0	24233	26898	0	0
12,5% bis 15%	0	62	32	7	8	1336	0	132	7500	68930	3976
15% und mehr	113	127	43431	123	58	252	22274	7557	41424	14635	123930
Total	83225	106485	174212	130299	84625	246165	261368	212114	256097	202035	163031
Thurgau											
Versicherer											
kleiner als 0,5%	2	1	2	0	0	1	2	1	2	1	0
0,5% bis 1%	1	2	4	4	1	1	3	0	1	1	1
1% bis 2.5%	6	9	3	7	9	6	8	4	5	8	3
2,5% bis 5%	4	5	4	5	4	6	4	7	5	3	3
5% bis 7.5%	1	3	4	2	2	4	5	8	6	2	0
7,5% bis 10%	2	2	1	0	2	2	2	1	2	0	1
10% bis 12.5%	5	2	1	3	0	2	5	1	1	1	2
12,5% bis 15%	2	0	3	1	2	1	2	3	1	0	1
15% und mehr	7	13	11	5	4	10	5	10	12	7	7
Total	30	37	33	27	24	33	36	35	35	23	18
Versicherte											
kleiner als 0,5%	2303	42868	43211	0	0	1119	4556	645	2338	15368	0
0,5% bis 1%	1713	1806	7678	9154	1384	1376	61934	0	6768	6711	11959
1% bis 2.5%	50184	11331	1177	9040	6837	1193	48552	5574	5277	73528	3275
2,5% bis 5%	2431	5645	4432	1888	6342	10655	6223	92226	22844	26393	34033
5% bis 7.5%	17	45	578	79	417	769	45750	59179	35520	38222	0
7,5% bis 10%	63	223	1683	0	463	508	60	3145	79517	0	778
10% bis 12.5%	247	706	33	658	0	29	90	27	18	10	4564
12,5% bis 15%	23	0	143	7	16	8	357	1256	2704	0	7
15% und mehr	48	66	104	22	82	2232	1130	3570	4621	804	28587
Total	57029	62690	59039	20848	15541	17889	168652	165622	159607	161036	83203

Quelle: BSV-Statistikdaten, eigene Berechnungen

Anhang F: Potentiell gefährdete Versicherer und ihre Versicherten 1992 bis 1997

Tabelle 72: Potentiell gefährdete Versicherer nach Gefährdungsursache und Versicherungstyp 1992 bis 1997

Gefährdungsquelle	öffentliche Kassen	Betriebskassen	Andere Kassen mit weniger als 100'000 Versicherten	Andere Kassen mit mehr als 100'000 Versicherten	Total
1989 bis 1992					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	13	0	14	0	27
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	6	2	9	2	19
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	2	1	5	0	8
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	1	5	13	1	20
Total	22	8	41	3	74
1993					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	7	0	10	0	17
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	2	1	5	0	8
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	0	0	0	0	0
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	1	0	1	0	2
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	4	6	9	4	23
Total	14	7	25	4	50
1994					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	4	0	8	0	12
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	0	0	2	1	3
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	0	0	0	0	0
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	6	7	13	7	33
Total	10	7	23	8	48
1995					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	5	0	4	0	9
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	11	0	3	0	14
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	1	0	1	0	2
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	7	3	7	3	20
Total	24	3	15	3	45
1996					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	6	3	12	2	23
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	9	5	22	8	44
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	1	0	0	0	1
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	7	2	5	0	14
Total	23	10	39	10	82
1997					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	9	3	17	2	31
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	8	0	7	1	16
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	0	1	5	3	9
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	3	1	4	2	10
Total	20	5	33	8	66

Quelle: BSV-Statistikdaten

11. Anhänge

Tabelle 73: Versicherte bei potentiell gefährdeten Versicherer nach Gefährdungsursache und Versicherungstyp 1992 bis 1997

Gefährdungsquelle	öffentliche Kassen	Betriebskassen	Andere Kassen mit weniger als 100'000 Versicherten	Andere Kassen mit mehr als 100'000 Versicherten	Total
1989 bis 1992					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	89320	0	157400	0	246720
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	19116	36581	136012	1784986	1976695
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	1931	2890	61380	0	66201
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	11884	28552	119648	110875	270959
Total	122251	68023	474440	1895861	2560575
1993					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	65596	0	143518	0	209114
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	4407	4716	91588	0	100711
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	0	0	0	0	0
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	8017	0	30002	0	38019
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	9194	108182	29764	2304877	2452017
Total	87214	112898	294872	2304877	2799861
1994					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	58645	0	96173	0	154818
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	0	0	42072	383077	425149
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	0	0	0	0	0
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	12659	122774	89949	3030719	3256101
Total	71304	122774	228194	3413796	3836068
1995					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	56896	0	83756	0	140652
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	23731	0	34669	0	58400
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	860	0	8007	0	8867
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	19685	1359	47298	1795708	1864050
Total	101172	1359	173730	1795708	2071969
1996					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	92374	60280	185338	1269437	1607429
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	47228	498364	407525	2967628	3920745
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	982	0	0	0	982
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	5978	298	100940	0	107216
Total	146562	558942	693803	4237065	5636372
1997					
Reserven unter dem gesetzlichen Minimum	118580	530144	424068	449489	1522281
Abnahme der Reserven, Reservesatz nicht mehr als 50 Prozent über dem gesetz. Minimum und wiederholte Abnahme nicht möglich	52203	0	59406	294167	405776
Rückstellungen ungenügend, Reserven knapp genügend	0	6057	101861	2488037	2595955
Reserven knapp genügend, Wanderungsverluste	0	0	0	0	0
Nur mittlere bis grosse Wanderungsverluste	4202	332	53877	386338	444749
Total	174985	536533	639212	3618031	4968761

Quelle: BSV-Statistikdaten

Tabelle 74: Reservesätze nach Versicherungsgrösse und Höhe der Reserven 1989 bis 1997 - Versicherer

Grösse	Gesetzlicher Mindestre- servesatz	Anzahl Versicherer			Total	Mittlerer Reser- vesatz
		Unter dem gesetzlichen Ansatz	Bis 20% dar- über	Mehr als 20% darüber		
1989						
bis 100	182%	0	0	3	3	1395%
100 bis 500	96%	5	2	33	40	416%
500 bis 1000	73%	4	6	33	43	148%
1000 bis 2500	52%	10	2	49	61	117%
2500 bis 5000	42%	3	6	19	28	83%
5000 bis 10'000	34%	0	1	16	17	90%
10'000 bis 50'000	24%	1	2	24	27	62%
über 50'000	20%	1	0	21	22	44%
Total		24	19	198	241	169%
1990						
bis 100	182%	0	0	1	1	1168%
100 bis 500	96%	4	0	31	35	391%
500 bis 1000	73%	1	4	30	35	121%
1000 bis 2500	52%	5	2	49	56	121%
2500 bis 5000	42%	2	3	21	26	85%
5000 bis 10'000	34%	1	1	19	21	84%
10'000 bis 50'000	24%	1	0	22	23	65%
über 50'000	20%	1	0	21	22	44%
Total		15	10	194	219	153%
1991						
bis 100	182%	0	0	1	1	903%
100 bis 500	96%	1	1	28	30	418%
500 bis 1000	73%	0	2	27	29	166%
1000 bis 2500	52%	8	2	45	55	115%
2500 bis 5000	42%	1	1	20	22	89%
5000 bis 10'000	34%	1	2	18	21	81%
10'000 bis 50'000	24%	2	0	20	22	60%
über 50'000	20%	1	0	22	23	43%
Total		14	8	181	203	151%
1992						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	2	1	23	26	367%
500 bis 1000	73%	1	1	25	27	169%
1000 bis 2500	52%	6	2	39	47	118%
2500 bis 5000	42%	6	0	20	26	88%
5000 bis 10'000	34%	1	2	16	19	83%
10'000 bis 50'000	24%	4	2	16	22	52%
über 50'000	20%	1	1	21	23	39%
Total		21	9	160	190	135%
1993						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	2	2	24	28	340%
500 bis 1000	73%	1	1	22	24	162%
1000 bis 2500	52%	5	4	34	43	119%
2500 bis 5000	42%	2	4	20	26	98%
5000 bis 10'000	34%	3	1	13	17	99%
10'000 bis 50'000	24%	3	6	14	23	51%
über 50'000	20%	1	0	21	22	40%
Total		17	18	148	183	136%
1994						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	1	0	21	22	372%
500 bis 1000	73%	1	0	26	27	186%
1000 bis 2500	52%	2	0	39	41	146%
2500 bis 5000	42%	2	1	24	27	94%
5000 bis 10'000	34%	2	0	13	15	111%
10'000 bis 50'000	24%	3	1	17	21	53%
über 50'000	20%	1		22	23	42%
Total		12	2	162	176	145%

11. Anhänge

Fortsetzung Tabelle 74: Reservesätze nach Versicherungsgrösse und Höhe der Reserven 1989 bis 1997 - Versicherer

Grösse	Gesetzlicher Mindestre- servesatz	Anzahl Versicherer			Total	Mittlerer Reser- vesatz
		Unter dem gesetzlichen Ansatz	Bis 20% dar- über	Mehr als 20% darüber		
1995						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	3	0	17	20	341%
500 bis 1000	73%	2	2	21	25	171%
1000 bis 2500	52%	0	3	31	34	124%
2500 bis 5000	42%	0	1	22	23	104%
5000 bis 10'000	34%	0	3	12	15	94%
10'000 bis 50'000	24%	3	1	14	18	62%
über 50'000	20%	1	1	23	25	41%
Total		9	11	140	160	133%
1996						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	2	0	16	18	253%
500 bis 1000	73%	1	3	16	20	122%
1000 bis 2500	52%	2	4	28	34	103%
2500 bis 5000	42%	4	6	8	18	59%
5000 bis 10'000	34%	3	1	10	14	58%
10'000 bis 50'000	24%	7	4	9	20	31%
über 50'000	20%	4	9	8	21	25%
Total		23	27	95	145	93%
1997						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	0	2	10	12	261%
500 bis 1000	73%	6	1	12	19	110%
1000 bis 2500	52%	3	2	25	30	95%
2500 bis 5000	42%	4	4	8	16	55%
5000 bis 10'000	34%	4	3	7	14	53%
10'000 bis 50'000	24%	8	5	6	19	28%
über 50'000	20%	6	4	9	19	25%
Total		31	21	77	129	83%

Quelle: BSV-Statistikdaten

Tabelle 75: Reservesätze nach Versicherungsgrösse und Höhe der Reserven 1989 bis 1997 - Versicherte

Grösse	Gesetzlicher Mindestre- servesatz	Anzahl Versicherer			Total	Mittlerer Reser- vesatz
		Unter dem gesetzlichen Ansatz	Bis 20% dar- über	Mehr als 20% darüber		
1989						
bis 100	182%	0	0	140	140	1395%
100 bis 500	96%	1760	791	8671	11222	416%
500 bis 1000	73%	3390	4820	23067	31277	148%
1000 bis 2500	52%	17835	3553	80158	101546	117%
2500 bis 5000	42%	9130	20787	69902	99819	83%
5000 bis 10'000	34%	0	5289	101917	107206	90%
10'000 bis 50'000	24%	33136	52581	643959	729676	62%
über 50'000	20%	62528	0	5621282	5683810	44%
Total		127779	87821	6549096	6764696	169%
1990						
bis 100	182%	0	0	75	75	1168%
100 bis 500	96%	1317	0	8530	9847	391%
500 bis 1000	73%	981	3210	21133	25324	121%
1000 bis 2500	52%	7978	2588	83598	94164	121%
2500 bis 5000	42%	6833	10788	77077	94698	85%
5000 bis 10'000	34%	5417	5442	121328	132187	84%
10'000 bis 50'000	24%	32486	0	536252	568738	65%
über 50'000	20%	62382	0	5886704	5949086	44%
Total		117394	22028	6734697	6874119	153%
1991						
bis 100	182%	0	0	69	69	903%
100 bis 500	96%	324	272	7646	8242	418%
500 bis 1000	73%	0	1792	19611	21403	166%
1000 bis 2500	52%	13389	4529	74860	92778	115%
2500 bis 5000	42%	3081	3734	71715	78530	89%
5000 bis 10'000	34%	6027	12721	115070	133818	81%
10'000 bis 50'000	24%	45811	0	466727	512538	60%
über 50'000	20%	61492	0	6058106	6119598	43%
Total		130124	23048	6813804	6966976	151%
1992						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	738	491	6314	7543	367%
500 bis 1000	73%	962	817	18058	19837	169%
1000 bis 2500	52%	11155	4535	64227	79917	118%
2500 bis 5000	42%	21366	0	71080	92446	88%
5000 bis 10'000	34%	6777	13589	101867	122233	83%
10'000 bis 50'000	24%	130050	42897	357849	530796	52%
über 50'000	20%	59044	1277310	4822615	6158969	39%
Total		230092	1339639	5442010	7011741	135%
1993						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	759	987	6866	8612	340%
500 bis 1000	73%	812	951	16455	18218	162%
1000 bis 2500	52%	10228	8136	54095	72459	119%
2500 bis 5000	42%	7921	14667	70395	92983	98%
5000 bis 10'000	34%	22246	8017	78587	108850	99%
10'000 bis 50'000	24%	110671	135091	308475	554237	51%
über 50'000	20%	56477	0	6123324	6179801	40%
Total		209114	167849	6658197	7035160	136%
1994						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	322	0	6112	6434	372%
500 bis 1000	73%	849	0	18758	19607	186%
1000 bis 2500	52%	4050	0	65128	69178	146%
2500 bis 5000	42%	9033	3030	85680	97743	94%
5000 bis 10'000	34%	15471	0	82295	97766	111%
10'000 bis 50'000	24%	71347	41276	417579	530202	53%
über 50'000	20%	53746	0	6235811	6289557	42%
Total		154818	44306	6911363	7110487	145%

11. Anhänge

Fortsetzung Tabelle 75: Reservesätze nach Versicherungsgrösse und Höhe der Reserven 1989 bis 1997 - Versicherte

Grösse	Gesetzlicher Mindestre- servesatz	Anzahl Versicherte			Total	Mittlerer Reser- vesatz
		Unter dem gesetzlichen Ansatz	Bis 20% dar- über	Mehr als 20% darüber		
1995						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	1205	0	4843	6048	341%
500 bis 1000	73%	1787	1696	14657	18140	171%
1000 bis 2500	52%	0	5442	50446	55888	124%
2500 bis 5000	42%	0	3040	83200	86240	104%
5000 bis 10'000	34%	0	21213	77238	98451	94%
10'000 bis 50'000	24%	83438	31889	320983	436310	62%
über 50'000	20%	54222	247401	6123970	6425593	41%
Total		140652	310681	6675337	7126670	133%
1996						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	745	0	4551	5296	253%
500 bis 1000	73%	788	2452	11381	14621	122%
1000 bis 2500	52%	3711	8138	45470	57319	103%
2500 bis 5000	42%	16347	25389	28319	70055	59%
5000 bis 10'000	34%	24122	5861	70304	100287	58%
10'000 bis 50'000	24%	159500	112488	238999	510987	31%
über 50'000	20%	1402216	3023401	2010572	6436189	25%
Total		1607429	3177729	2409596	7194754	93%
1997						
bis 100	182%	0	0	0	0	0%
100 bis 500	96%	0	669	2660	3329	261%
500 bis 1000	73%	5257	550	7519	13326	110%
1000 bis 2500	52%	5832	3865	40063	49760	95%
2500 bis 5000	42%	16485	16531	26499	59515	55%
5000 bis 10'000	34%	28627	22485	53912	105024	53%
10'000 bis 50'000	24%	239969	182224	160304	582497	28%
über 50'000	20%	1226111	2782204	2414705	6423020	25%
Total		1522281	3008528	2705662	7236471	83%

Quelle: BSV-Statistikdaten

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Übersicht	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Materialienberichte / Befragungen	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte / Administrativdatenuntersuchung	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	EDMZ* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter. Die Referate (April 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Arègger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. IKOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99 d	EDMZ* 318.010.1/99 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne