

## UMWERTEILUNG

### Hohe Prämien gefährden die Solidarität

**Das Kostenwachstum und die veränderte Demographie gefährden die Solidarität in der Krankenversicherung. Die Solidaritätslast wird gerade bei Jungen zum Problem.**

Mit dem 1996 eingeführten Krankenversicherungsgesetz (KVG) verfolgte das Parlament mehrere Ziele: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Solidarität sollten gewährleistet und gleichzeitig der Kostenanstieg gedämpft werden. Dazu wurden unter anderem ein Versicherungsobligatorium mit voller Freizügigkeit, eine Einheitsprämie mit Risikoausgleich sowie ein breiter Leistungskatalog und Kontrahierungszwang zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern eingeführt.

Nach über zehn Jahren fällt die Bilanz zwiespältig aus: Die Kosten in der Grundversicherung sind zwischen 1996 und 2007 im Schnitt um 4,5% pro Jahr gewachsen. Die Prämien, die nichts anderes als die Kosten widerspiegeln, sind stärker als die durchschnittliche Teuerung gestiegen, und das Kostendämpfungsziel wurde verfehlt. Verantwortlich für den Kostenanstieg ist das ungebremsste Mengenwachstum.

Für Versicherte besteht der Anreiz, mehr Leistungen nachzufragen als ohne Versicherung darin, dass sie die Leistungen nicht oder nur einen kleinen Teil davon selber zahlen müssen. Die Leistungserbringer wiederum haben den Anreiz, Leistungen über das medizinisch indizierte Mass hinaus zu veranlassen, da dies vom Patienten gewünscht wird und sie bestrebt sind, die Menge an Behandlungen durchzuführen, die für sie und ihre Infrastruktur finanziell optimal sind.

#### SOLIDARITÄT IN GEFAHR

Die ungebremsste steigenden Prämien in der Grundversicherung gefährden die Solidarität. Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung und die dynamische Entwicklung der Gesundheitskosten führen dazu, dass gerade die von der jungen Bevölkerung zu tragende Solidaritätslast in den kommenden Jahren stark zunehmen wird. Zwar sind Alter und Krankheit keinesfalls gleichzusetzen. Aber es ist eine Tatsache, dass die Gesundheitskosten mit zunehmendem Alter ansteigen.

#### PRÄMIENVERBILLIGUNGEN

Krankenversicherungsprämien sind heute oftmals gerade für junge Familien eine grosse Belastung. Dies zeigt sich auch daran, dass etwa 80% der Versicherten, die Prämienverbilligungen erhalten, jünger als 50-jährig sind. Die älteren Generationen sind heute durch die umfassende Altersvorsorge (Alters- und Hinterlassenenversicherung, AHV), Ergänzungsleistungen (EL) sowie die berufliche Vorsorge (BVG) weitgehend vor dem Risiko der Altersarmut geschützt.

Im Prinzip findet heute in der Krankenversicherung eine Umverteilung von Arm zu Reich statt, die wegen des Kostenanstiegs immer stärker durch vom Steuerzahler zu finanzierende Prämienverbilligungen ausgeglichen werden muss. Faktisch bewegen wir uns vom System der Einheitsprämie weg und zur lohnabhängigen Finanzierung des Gesundheitswesens hin.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Belastung der jungen Bevölkerung durch die Demographie und das Kostenwachstum sowie die faktische Umverteilung von Arm zu Reich ist die Einführung einer zusätzlichen Altersstufe bei den Prämien für ältere Personen neben Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu prüfen.

#### JAGD NACH GUTEN RISIKEN

Einheitsprämien und Aufnahmepflicht (unabhängig beispielsweise vom Gesundheitszustand oder Alter) verunmöglichen es den Krankenversicherern, risikogerechte Prämien zu erheben, wie bei anderen Versicherungen üblich. Diese Konstellation erzeugt starke Anreize zur Risikoselektion, weshalb ein Risikoausgleich unter den Krankenversicherern eingeführt wurde.

Trotz des geltenden Risikoausgleichs, der die Kriterien Alter und Geschlecht berücksichtigt und bis Ende 2011 gilt, ist es für die Kassen interessant, Jagd nach guten Risiken zu machen. Der tatsächliche Gesundheitszustand wird ungenügend abgebildet. Die stark steigenden Kosten verstärken den Selektionsvorteil, sprich gute Risiken zu «jagen».

Ab 2012 wird der befristete Risikoausgleich um fünf weitere Jahre verlängert und um das Kriterium «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» erweitert. Das Kriterium gilt, sofern der Aufenthalt länger als drei Nächte dauerte. Verfeinert wurde der Risikoausgleich im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Die ab 2012 geltenden leistungsabhängigen Fallpauschalen belasten Versicherungen mit einem morbideren Kollektiv zusätzlich, da sich die Kosten für stationäre Spitalaufenthalte den tatsächlichen - in diesem Fall höheren - Kosten annähern.

Der Risikoselektionsanreiz bleibt für die Krankenversicherer trotz verfeinerten Risikoausgleichs auch 2012 bestehen, da der tatsächliche

Gesundheitszustand eines Versicherten immer noch mangelhaft abgebildet wird. Obwohl nicht erwünscht und volkswirtschaftlich nutzlos, wird die gezielte Risikoselektion der Krankenversicherungen für deren unternehmerischen Erfolg ein Kriterium bleiben.

Die Schwere der Krankheit von Patientinnen und Patienten wird immer noch zu wenig berücksichtigt. Die Visana-Gruppe fordert deshalb die Einführung eines sogenannten Morbiditätsindikators, mit welchem der tatsächliche Gesundheitszustand der Versicherten bestimmt werden kann. In den Niederlanden und in Deutschland wurden solche Systeme erfolgreich eingeführt, und die Informationen für die tatsächliche Abbildung des Gesundheitszustandes der Versicherten sind vorhanden.

Die Krankenversicherer werden erst mit einem funktionierenden Risikoausgleich die vorgesehene Rolle im Gesundheitswesen einnehmen und den Fokus auf die Versorgung der Versicherten und das Kostenmanagement richten können.

Peter Fischer

18.08.2009

[Fenster schliessen](#)