

Risikoausgleich und Managed Care

Diese beiden Themen haben auf den ersten Blick nichts miteinander zu tun. Es ist allgemein bekannt, dass mit dem Risikoausgleich hauptsächlich die Risikoselektion der Krankenversicherer nach Alter und Geschlecht begrenzt werden soll: einfach und gut – alles bestens, oder?

Weshalb soll das System dann geändert oder verbessert werden? Die aktuellen Kriterien sind ganz offensichtlich unzureichend, und die Risikoselektion geht munter weiter. Für gewisse grosse Kassen und Gruppen stellt sie sogar ein echtes Geschäft dar, um ihren Marktanteil zu erhöhen. Ist es nicht seltsam, dass immer die gleichen vom Risikoausgleichsfonds profitieren? Und ist es nicht ein erstaunlicher Zufall, dass es sich im wesentlichen um die grossen Versicherungen handelt, die zusammen 90% der Versicherten auf sich vereinigen? Auch die Nettozahler sind immer die gleichen. Glaubt man *santésuisse*, weisen diese Krankenkassen einfach eine ungünstige Versichertenstruktur auf, die sie verbessern müssen. Nur dauert es halt, bis die Versicherten alt werden, um die Struktur auszugleichen. Und deshalb müsse man mit diesem sogenannten Unsinn fortfahren, der natürlich nicht nötig wäre, wenn es nur die grossen Kassen gäbe.

Der Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht ist schon eine patente Sache: So können die Krankenkassen auch ihre Betriebsdefizite auf die Leistungserbringer abwälzen. Dieselben allgemeinen Risikoausgleichskriterien gelten auch für die Praxispatienten.

Auf diese Weise können die Statistiken von *santésuisse* belegen, dass jeder achte Arzt unabhängig von der Struktur seiner Patientenschaft erheblich vom Durchschnitt

der Honorare je Patient seines Fachbereichs abweicht. Und folglich ist jeder achte Arzt ein Profiteur, der zurückzahlen muss. Was für eine bequeme Art des Risikoausgleichs!

Alle – Politiker, Versicherer und Leistungsträger – sind der Meinung, dass Managed Care zweifellos eine gute Sache ist. Die wenigen in der Schweiz tätigen Pilotgruppen haben es gezeigt. Die Effizienz der Betreuung steigt, und man kann dabei erst noch sparen. Die Versicherer sind interessiert, aber nur ein wenig, nicht zu sehr. Die Risikoselektion bringt eben mehr. Zumindest kann man damit seine Marktanteile erhöhen.

Dem ist zweifellos so, denn der Risikoausgleich soll keinesfalls verbessert werden! Schliesslich funktioniert ja das einfache System mit Alters- und Geschlechtskriterien so gut. Weshalb soll man da noch Kriterien wie Hospitalisierung oder gar Morbidität einfügen, wie alle Gesundheitsökonominnen und ein paar verschrobene Parlamentarier einstimmig meinen? Die Risikoselektion würde so nichts mehr einbringen, und die Versicherer müssten sich wirklich mit Managed Care befassen. Das wäre dann die einzige Möglichkeit, wettbewerbsfähig zu bleiben und die Marktanteile zu erhöhen, sofern die Versicherer mit den Ärzten und Managed-Care-Netzen zusammenarbeiten – welch ein Paradigmenwechsel!

*Dr. med. Yves Guisan,
Vizepräsident der FMH, Nationalrat*