



Beschreibung  
der  
**Risikostrukturausgleichssystematik  
des niederländischen  
Krankenversicherungsgesetzes**

# Risikostrukturausgleich im Überblick

## 1 Einleitung

Was ist mit „Risikostrukturausgleich“ gemeint? Weshalb wird im niederländischen Gesundheitssystem ein Risikostrukturausgleich angewendet? Solche und weitere Fragen werden in diesem Abschnitt behandelt. Wir geben einen Überblick über die wesentlichen Elemente des Risikostrukturausgleichs einschließlich des politischen, juristischen und finanziellen Kontextes, in dem der Risikostrukturausgleich angewendet wird. Der Abschnitt vermittelt die für ein besseres Verständnis des Risikostrukturausgleichs benötigten Basiskenntnisse. In den weiteren Abschnitten wird auf die Themen dieses Abschnitts und andere Fragen eingehender und mehr im Einzelnen eingegangen.

## 2 Zweck des Risikostrukturausgleichs

### 2.1 Gestaltung des Gesundheitssystems

Die niederländische Regierung hat sich zum Ziel gesetzt, ein Gesundheitssystem zu schaffen, das erschwinglich ist, das für jeden, der medizinische Leistungen benötigt, zugänglich ist, und das qualitativ gute Leistungen zur Verfügung stellt. Zwischen den Zielen der Kostenkontrolle einerseits und der allgemeinen Zugänglichkeit und Qualität andererseits besteht allerdings immer ein gewisser Konflikt. Die einfachste Art und Weise der Kosteneinsparung wäre immer eine Einschränkung der Qualität oder der Zugänglichkeit der Leistungen. Durch einen möglichst effizienten Einsatz der verfügbaren finanziellen Mittel lassen sich im Gesundheitssystem Qualität und Zugänglichkeit mit Kostenkontrolle jedoch gut kombinieren. Nur muss das Gesundheitssystem dann genügend Anreize zur Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit enthalten.

In den achtziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts erkannte man, dass das damalige Gesundheitssystem keine Anreize zur Zweckmäßigkeit enthielt. Das war einer der wichtigsten Schlüsse der Dekker-Kommission, die damals die Regierung über das Gesundheitssystem beriet. Auf der Angebotsseite mischte sich die Regierung intensiv in die Kosten und den

Umfang der medizinischen Leistungen ein. Dadurch war das Gesundheitssystem erstarrt und fragmentiert. Durch die verschiedenartigen getrennten Finanzierungssysteme („Scheidewände“) wurde der Ersatz teurer medizinischer Leistungen in Institutionen durch erschwinglichere Leistungen außerhalb dieser Institutionen eingeschränkt. Die Regierung legte unter anderem für jeden Leistungsteil im Gesundheitswesen eine Ausgabenobergrenze fest. Die Gesamtkapazität des Leistungsangebots wurde genau wie die Sätze zentral geregelt. Die damaligen Krankenkassen trugen kein finanzielles Risiko, da sie die Kosten für ihre Versicherungsnehmer beim Staat einreichen konnten. Im Grunde waren sie kaum mehr als Verwaltungsbüros. Die Versicherungsnehmer hatten in Bezug auf die Versicherungsgesellschaft oder die Versicherung wenig Wahlfreiheit. Auf Seiten der Nachfrage gab es kaum Gründe, die Leistungsanspruchnahme einzuschränken, da man fast keine Zuzahlungen zu entrichten hatte. Aber unter anderem durch die Entwicklungen der medizinischen Technologie und durch die Überalterung wurde der Bedarf an Kostenkontrolle dringender.

Anfang der neunziger Jahre führte die Regierung den regulierten Wettbewerb im Gesundheitswesen ein, um die Zweckmäßigkeit zu fördern. Die Regierung als Regisseur zog sich vorsichtig etwas zurück und überließ die Lenkung in der Gesundheitsfürsorge immer mehr den Krankenkassen, den privat- und öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungen und den medizinischen Leistungsanbietern. Somit entschied sich die Regierung für ein System des regulierten Wettbewerbs, das im Großteil der neunziger Jahre primär im Krankenkassensektor Anwendung fand. Die Krankenversicherungen traten für ihre Versicherungsnehmer beim Leistungseinkauf als Nachfrager auf (Nachfragesteuerung).

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 2006 sind alle Krankenversicherungen Privatunternehmen, die Gewinnerzielungsabsichten haben dürfen (zuvor galt dies nur für Privatversicherungen). Krankenversicherungen verhandeln für ihre Versicherten mit Leistungsanbietern (beispielsweise mit Krankenhäusern, Hausärzten, Apotheken) über den Umfang, die Qualität und den Preis der zu erbringenden Leistungen. Somit spielen die Krankenversicherungen in der Ausführung des Krankenversicherungsgesetzes eine zentrale Rolle. Die Versicherungsnehmer bekamen die Möglichkeit, mit den Füßen abzustimmen. Wenn sie der Meinung sind, dass die Krankenversicherung zu teuer ist oder die Qualität bemängeln, haben sie das Recht, einmal im Jahr die Versicherung zu wechseln. Auf diese Weise werden sowohl die Leistungsanbieter als auch die Krankenversicherungen dazu angeregt, mit den verfügbaren Mitteln zweckmäßig umzugehen.

## 2.2 Regulierter Wettbewerb im Krankenversicherungssektor

In den Niederlanden ist von einem völlig freien Markt für Krankenversicherungen keine Rede. Dafür gibt es gute Gründe. So könnte die allgemeine Zugänglichkeit der Leistungen gefährdet sein, wenn die Krankenversicherungen ihren Versicherungsnehmern Beiträge im Einklang mit dem Risiko, dass die Versicherten für die Versicherer darstellen, in Rechnung stellen könnten (Äquivalenzprinzip). In dem Fall müssten krankheitsanfällige Versicherungsnehmer entweder sehr hohe Beiträge zahlen oder wären sogar unversicherbar. Somit hätten gerade die Menschen mit dem größten Bedarf an einer Krankenversicherung kaum Zugang zu einer solchen. Deshalb hat die Regierung für den Krankenversicherungsmarkt Grundbedingungen erstellt. Das Krankenversicherungsgesetz erlegt den Krankenversicherungen sowohl eine Leistungspflicht als auch eine Aufnahmepflicht für die Basisversicherung auf. Diese deckt die notwendige medizinische Versorgung, ist bei allen Krankenversicherungen gleich und gilt für jeden. Eine Versicherungsgesellschaft darf einen Versicherungsnehmer, der bei ihm eine Basisversicherung abschließen möchte, nicht zurückweisen (für Zusatzversicherungen ist dies wohl zulässig). Des Weiteren erlegt das Krankenversicherungsgesetz den Versicherungsgesellschaften ein Verbot der Prämien differenzierung auf<sup>1</sup>. In dieser Weise wird die Solidarität von Menschen mit verschiedenen Gesundheitsrisiken gestaltet.

Ohne Zusatzmechanismen würden das Verbot der Prämien differenzierung und die Aufnahmepflicht die Krankenversicherungen dennoch dazu anregen, Versicherungsnehmer mit einem guten Gesundheitsprofil aufzunehmen und ungesunde Versicherungsnehmer abzuwehren (*Risikoselektion*). Schließlich erleidet der Versicherer bei Versicherten mit einem ungünstigen Risikoprofil Verluste, während er bei Versicherten mit guter Gesundheit Gewinne erzielt. Versicherer mit einem verhältnismäßig ungünstigen Versichertenbestand sind dann gezwungen, von ihren Versicherten höhere Beiträge zu verlangen. Dies hat einen selbstverstärkenden Effekt, wobei der Versicherer wegen seiner hohen Beiträge auch die Versicherungsnehmer mit einem günstigen Risikoprofil an andere Versicherungen verliert und auf die Dauer nicht mehr existenzfähig ist.

Deshalb muss die Regierung Mechanismen einführen, die bewirken, dass Risikoselektion sich für die Versicherungen nicht lohnt, und dass Versicherungen mit ungesunden Versicherungsnehmern sich gegenüber Gesellschaften mit gesunden Versicherten nicht im Nachteil befinden.

---

<sup>1</sup> Mit Ausnahme einer Ermäßigung für Kollektivverträge.

## 2.3 Vermeidung von Risikoselektion und Schaffung identischer Ausgangsbedingungen im Wettbewerb

Ein Mittel zur Vermeidung von Risikoselektion ist der *Risikostrukturausgleich*. Dabei werden Krankenversicherungsgesellschaften für Versicherungsnehmer mit einem ungünstigen Risikoprofil (beispielsweise Senioren, chronisch Kranke oder Versicherte aus einer sozioökonomischen Risikogruppe) finanziell kompensiert. Alle Krankenversicherungen erhalten aus einem Fonds, dem so genannten Krankenversicherungsfonds, jährlich einen finanziellen Ausgleich: den *Zuweisungsbetrag*. Die Höhe dieses Betrags hängt von der Zusammensetzung der Versichertengruppe ab. Ein Versicherer mit verhältnismäßig vielen Versicherten mit einem ungünstigen Risikoprofil erhält einen höheren Ausgleich als eine Versicherungsgesellschaft mit verhältnismäßig vielen Versicherungsnehmern mit einem günstigen Gesundheitsprofil. Bei älteren Versicherungsnehmern ist das Risikoprofil ungünstig, weil für sie im Schnitt höhere medizinische Kosten gelten als für jüngere Versicherte. Deshalb erhält der Versicherer für ältere Versicherungsnehmer einen höheren Ausgleich als für jüngere. Kasten 1 zeigt ein Beispiel für zwei Versicherungsnehmer.<sup>2</sup>

Wenn der Risikostrukturausgleich gut funktioniert, ist es für den Krankenversicherer nicht von Vorteil, Versicherungsnehmer mit hohen Krankheitskosten abzuwehren. Schließlich erhält er für die Kosten dieser Versicherten einen Ausgleich und kann er dadurch in Leistungen für Ältere und chronisch Kranke investieren. Durch den Risikostrukturausgleich sind die finanziellen Gründe für eine Risikoselektion gegenstandslos.

Der Risikostrukturausgleich verhindert nicht nur eine Risikoselektion, sondern fördert auch einen ehrlichen Wettbewerb der Krankenversicherungen. Ein Versicherer mit verhältnismäßig vielen Versicherten mit einem ungünstigen Risikoprofil befindet sich gegenüber seinem Konkurrent mit Versicherten mit einem überwiegend günstigen Gesundheitsprofil im Nachteil. Durch den Risikostrukturausgleich gelten für alle Krankenversicherungsgesellschaften die gleichen *Ausgangsbedingungen*, ungeachtet der Zusammensetzung ihres Versichertenbestandes.

## 2.4 Fördern der Zweckmäßigkeit der medizinischen Leistungen

Wenn Risikoselektion als Gewinn bringende Strategie ausfällt, sind die Krankenversicherungen gezwungen, in die Förderung der Zweckmäßigkeit der medizinischen Leistungen zu investieren anstatt bestimmte Gruppen

---

<sup>2</sup> In dem Beispiel abstrahieren wir bewusst alle technischen und institutionellen Komplikationen wie beispielsweise die Unterteilung nach Teilbeträgen und die Saldierung mit der nominalen Prämie.

**Kasten 1****Stilisiertes Beispiel von zwei Versicherten**

Wie werden Krankenversicherungen für Versicherte mit einem ungünstigen Risikoprofil kompensiert? Greifen wir einmal zwei (fiktive) Versicherungsnehmer heraus. Der erste Versicherte ist eine Frau von 67 Jahren, die in einem Dorf auf dem Lande wohnt und an einer Schilddrüsenerkrankung leidet. Für ihre Krankheit nimmt sie Medikamente. Als Ausgleich für ihr Alter und ihre Erkrankung erhält ihre Versicherungsgesellschaft hohe Summen (vgl. Tabelle 1). Die Frau war in den vergangenen Jahren nicht im Krankenhaus. Sie war früher kassenversichert, wohnt jedoch auf dem Lande in einer guten Gegend. Diese Grundlagen sind Merkmale eines günstigen Risikoprofils und werden deshalb abgezogen (vgl. die Minusbeträge in Tabelle 1). Insgesamt erhält die Krankenversicherung für diese Versicherte insgesamt etwas über 1.000 Euro aus dem Krankenversicherungsfonds.

Im zweiten Beispiel handelt es sich um einen Mann von 19 Jahren. Er studiert in Amsterdam und hat in einer einigermaßen guten Gegend ein Zimmer gemietet. Er ist gesund und verwendet keine Medikamente für eine chronische Erkrankung. In den vergangenen Jahren war er auch nicht im Krankenhaus. Die Krankenversicherung erhält für diesen Versicherten insgesamt etwa 200 Euro aus dem Krankenversicherungsfonds (vgl. Tabelle 1). Für diesen jungen gesunden Student erhält der Versicherer nur ein Fünftel der Summe, die er für die ältere Frau mit einer Schilddrüsenerkrankung bekommt. In dieser Weise werden Krankenversicherungen für Versicherte mit einem ungünstigen Risikoprofil kompensiert.

**Tabelle 1****Beispiele für die Zuweisungsbeträge für zwei fiktive Versicherte**

ZUWEISUNGSBETRÄGE	
<b>Versicherter 1</b>	
Frau, 67 Jahre	970
Leidet an Schilddrüsenerkrankung	174
Keine Entlassungsdiagnose Krankenhaus	-97
Ehem. Kassenpatientin, wohnhaft auf dem Lande	-31
Art des Einkommens: gesetzl. Altersrente	0
<i>Gesamt</i>	<i>1.016</i>
ZUWEISUNGSBETRÄGE	
<b>Versicherter 2</b>	
Mann, 19 Jahre	389
Keine chronische Erkrankung	-109
Keine Entlassungsdiagnose Krankenhaus	-97
Ehem. Kassenpatient, wohnhaft i.d. Großstadt	36
Art des Einkommens: Lohn / Sonstiges	-20
<i>Gesamt</i>	<i>199</i>

Versicherungsnehmer zu werben oder abzuwehren. Versicherungsgesellschaften, die weniger zweckmäßig vorgehen (also Leistungen zu einem höheren Preis einkaufen oder sie weniger effizient organisieren) als der durchschnittliche Versicherer, kommen mit dem gezahlten Ausgleich nicht aus und sind gezwungen, ihre nominalen Prämien zu erhöhen (oder vorübergehend von ihren Rücklagen zu zehren). Wenn diese Krankenversicherer von ihren Versicherten überdurchschnittlich hohe Beiträge verlangen, ohne bessere Leistungen zu bieten, besteht die Gefahr, dass viele ihrer Versicherungsnehmer zu einer anderen, günstigeren Gesellschaft überwechseln.

Umgekehrt behalten Krankenversicherer, die zweckmäßiger vorgehen als die durchschnittlichen Versicherungsgesellschaften, von ihrem Ausgleich Geld übrig und sind dadurch imstande, ihre nominale Prämie zu senken (oder ihre Reserven zu erhöhen). Diese Versicherer können Beiträge verlangen, die im Schnitt niedriger sind und dadurch mehr Versicherungsnehmer werben. Dies wiederum führt zu geringeren Krankheitskosten. Wenn die Risikostrukturausgleichssystematik gut funktioniert, ergibt sich für zweckmäßig handelnde Krankenversicherer mit verhältnismäßig vielen Versicherten mit einem schlechten Risikoprofil eine bessere Marktposition als für Versicherungen mit relativ vielen Versicherten mit einem günstigen Risikoprofil.

Aus den genannten Gründen wird Risikostrukturausgleich als Achillesferse des Gesundheitssystems bezeichnet. Wenn der Risikostrukturausgleich gut funktioniert, kann man die Früchte des Wettbewerbs ernten. Funktioniert er nicht, dann ist die Risikoselektion eine lohnende Strategie, die dann insbesondere schwache Gruppen wie chronisch Kranke und Ältere trifft, für die die Krankenversicherung nicht adäquat kompensiert wird. Deshalb ist es von wesentlicher Bedeutung, dass die Krankenversicherungen durch die Risikostrukturausgleichssystematik für Versichertengruppen mit vorhersehbar hohen Krankheitskosten entsprechend kompensiert werden.

## 3 Die finanzielle Struktur des Risikostrukturausgleichs

### 3.1 Nominale Prämien

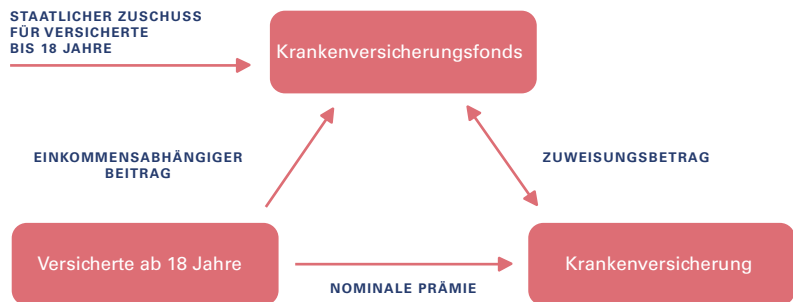
Die Krankenversicherungen in den Niederlanden haben grundsätzlich zwei Einkommensquellen für die Basisversicherung: erstens die von den Versicherungsnehmern verlangten nominalen Prämien und zweitens der jährliche Zuweisungsbetrag aus dem Krankenversicherungsfonds. Jeder Versicherte ab 18 Jahre zahlt der Versicherungsgesellschaft die

nominale Prämie für die Basisversicherung. Die Höhe dieser Prämie legt die Krankenversicherung selbst fest. Er darf diese jedoch nicht nach Versichererprofilen differenzieren (mit Ausnahme der Provinz, in der der Versicherungsnehmer wohnhaft ist). Niedrige Prämien bilden ein wichtiges Instrument im Wettbewerb um die Gunst der Versicherungsnehmer.

### 3.2 Zuweisungsbetrag

Der Zuweisungsbetrag aus dem Krankenversicherungsfonds stellt die zweite Einkommensquelle dar. In diesen Fonds werden die einkommensabhängigen Beiträge sowie die staatlichen Zuschüsse für Personen unter 18 Jahre eingezahlt. Den Letztgenannten dürfen die Krankenversicherer keine nominale Prämie in Rechnung stellen. Die einkommensabhängigen Beiträge zieht die Steuerbehörde ein. Bei berufstätigen Versicherungsnehmern wird der einkommensabhängige Beitrag durch den Arbeitgeber gezahlt. Versicherte, die keinen Arbeitgeber haben, zahlen einen reduzierten einkommensabhängigen Beitrag selbst. Die einkommensabhängigen Beiträge werden in den Krankenversicherungsfonds eingezahlt. Das Bundesversicherungsamt (College voor Zorgverzekeringen – CVZ), ein selbstständiges Verwaltungsorgan, das unter anderem mit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs beauftragt ist, verwaltet diesen Fonds. Aus dem Krankenversicherungsfonds wird schließlich ein Beitrag an die Krankenversicherer gezahlt, der so genannte Zuweisungsbetrag (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1 Die Finanzierung nach dem Krankenversicherungsgesetz



Die Höhe des Zuweisungsbetrags hängt von dem Risikoprofil der Versicherten einer Krankenversicherung ab. Auf diese Weise werden Krankenversicherer für Versicherungsnehmer mit einem ungünstigen Gesundheitsprofil kompensiert. Die Zuschüsse aus dem Krankenversicherungsfonds bewirken, dass Versicherungsgesellschaften vor Kostenunterschieden infolge verschiedener Profile von Versicherungsnehmern

soweit wie möglich geschützt werden. Der Risikostrukturausgleich soll nicht die Kostenunterschiede ausgleichen, welche beispielsweise aus einem weniger zweckmäßigen Leistungseinkauf durch Krankenversicherer entstehen.

### 3.3 Verfügbare finanzielle Mittel

Die Krankenversicherungen beziehen etwa die Hälfte ihrer Einkünfte aus dem Zuweisungsbetrag. Die andere Hälfte wird aus den nominalen Prämien bezogen. Im Jahre 2007 betrug die Summe im Krankenversicherungsfonds, die auf die Krankenversicherungsgesellschaften verteilt wird, insgesamt ca. 12 Milliarden Euro. Für 2007 wurde der Kostenvoranschlag für die Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz – das Makro-Leistungsbudget (der Zuweisungsbetrag und der geschätzte Erlös aus den nominalen Prämien) – auf rund 25 Milliarden Euro angesetzt.

Jedes Jahr legt der Minister die Höhe der insgesamt für den Risikostrukturausgleich verfügbaren Summe fest. Die Ausarbeitung und Festlegung durch ministerielle Regelung erfolgen lange vor dem betreffenden Jahr, damit die Krankenversicherungen über den Ex-ante-Zuweisungsbetrag vorab Bescheid wissen. Die Versicherer legen ihre nominalen Prämien nämlich unter anderem auf der Basis der Höhe des Zuweisungsbetrags und der veranschlagten Kosten fest.

## 4 Ex-ante-Risikostrukturausgleich und Ex-post-Ausgleich

### 4.1 Ex-ante-Risikostrukturausgleich

Die Risikostrukturausgleichssystematik ist primär ein Ex-ante-Ausgleichssystem. Ex-ante bedeutet, dass die Höhe des Zuweisungsbetrags im Vorjahr des Kalenderjahres, in dem die Zahlung erfolgt, festgesetzt wird. Beim Ex-ante-Ausgleich trägt die Krankenversicherung ein finanzielles Risiko, da sie ungeachtet ihrer tatsächlichen Kosten in dem betreffenden Kalenderjahr mit dem Zuweisungsbetrag und den Einkünften aus den nominalen Prämien auskommen muss. Somit regt der Ex-ante-Ausgleich den Versicherer dazu an, die erhaltenen Mittel möglichst zweckmäßig zu verwenden.

Der Ex-ante-Zuweisungsbetrag wird vor Beginn des betreffenden Kalenderjahres festgelegt. Der Ausgleich beruht auf einer Schätzung der Krankheitskosten. Für die Schätzung ist das Risikoprofil der Versicherten maßgeblich. Dieses umfasst unter anderem das Alter und Geschlecht, das Gesundheitsprofil, die Wohngegend und die Einkommensquelle; auf die Versichertenprofile wird in Abschnitt 5 näher eingegangen. Das

Verhältnis der Krankheitskosten zu den Versichertenprofilen ist empirisch untermauert. Die voraussichtlichen Krankheitskosten werden (auf der Basis der Versichertenprofile) an Hand eines ökonomischen Modells –des Risikostrukturausgleichsmodells – ermittelt. Darin ist jedes Versichertenprofil mit einem Wert versehen, dem ein bestimmter „Preis“ zugeordnet ist: der Normbetrag. Das Risikostrukturausgleichsmodell wird jedes Jahr aktualisiert. Durch die jährliche Schätzung der voraussichtlichen Krankheitskosten auf der Basis des Risikoprofils der Versicherten sind das Modell und die Ergebnisse immer möglichst aktuell. Je genauer die Krankheitskosten geschätzt werden, desto angemessener ist das finanzielle Risiko der Krankenversicherer. Diese stellen die für die Schätzung des Risikostrukturausgleichs benötigten Versichertendaten zur Verfügung.

#### 4.2 Ex-post-Ausgleich

Nach der Ermittlung des Zuweisungsbetrags im Vorjahr können sich sowohl die Versichertenzahlen eines Krankenversicherers als auch ihre Profile ändern, da die Versicherungsnehmer jedes Jahr zu einer anderen Versicherungsgesellschaft wechseln können. Deshalb werden alle Zuweisungsbeträge nachher neu kalkuliert (ex post), wobei die tatsächlichen Versichertenzahlen und ihre Profile berücksichtigt werden.

Des Weiteren erhalten die Krankenversicherer nach Ablauf des Jahres einen Ausgleich für ihre tatsächlichen Kosten: den Ex-post-Ausgleich. Dadurch werden die Unvollkommenheiten im Risikostrukturausgleichsmodell ausgeglichen. Das Verhältnis der Versichertenprofile zu den Krankheitskosten ist nicht perfekt, deshalb weist die Schätzung der Krankheitskosten Unvollkommenheiten auf. Durch den Ex-post-Ausgleich werden die Krankenversicherungen dafür kompensiert. Außerdem haben die Krankenversicherungen auf bestimmte Krankheitskosten nur begrenzt Einfluss (vgl. Abschnitt 0). Inwiefern der Ex-post-Ausgleich eingesetzt wird, wird im Vorjahr des betreffenden Kalenderjahres festgelegt. Der Ex-post-Ausgleich wird in Abschnitt 0 beschrieben.

## 5 Risikoprofil

### 5.1 Risikoprofil und Ausgleichskriterien

Die Krankenversicherer werden durch einen Risikostrukturausgleich für das Risikoprofil ihrer Versicherten kompensiert. Aber wer legt dieses Risikoprofil fest? In diesem Abschnitt werden die Versichertenprofile beschrieben, die im Risikostrukturausgleichsmodell 2007 zur Ermittlung der voraussichtlichen Krankheitskosten und des Zuweisungsbetrags

angewendet werden. Die maßgeblichen Kriterien werden „Ausgleichskriterien“ genannt und entsprechen größtenteils den Versichertenprofilen, die zuvor beim Risikostrukturausgleich von Krankenkassen angewendet wurden.

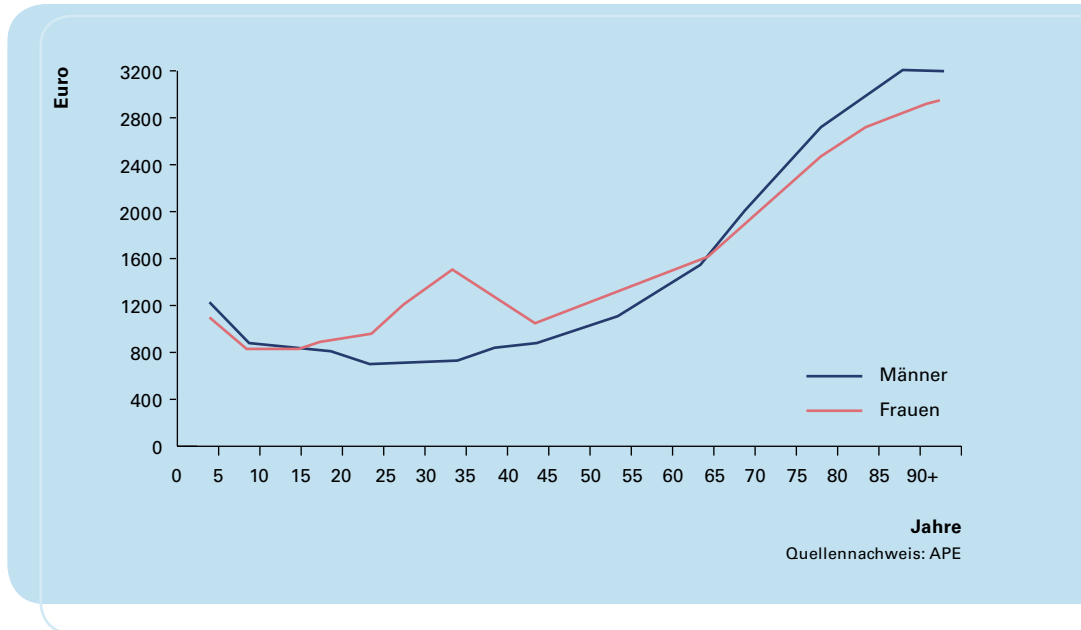
## 5.2 Alter und Geschlecht

Zunächst gibt es einen Ausgleich nach Alter und Geschlecht der Versicherten. Für ältere Menschen gelten gemittelt höhere Krankheitskosten als für jüngere. Der Effekt des Alters hängt auch vom Geschlecht ab. Für Frauen im Alter von 20 bis 35 Jahren gelten wegen Entbindungshilfe und Mutterschaftspflege im Schnitt höhere Krankheitskosten als für Männer in der gleichen Alterskategorie. Deshalb wurden Alter und Geschlecht als Ausgleichskriterium zusammengefügt. Abbildung 2 stellt den Effekt von Alter und Geschlecht auf die voraussichtlichen Kosten im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes dar.

## 5.3 Art des Einkommens

Zweitens erhalten die Krankenversicherungen einen Ausgleich für die „Art des Einkommens“ ihrer Versicherten. Bei diesem Ausgleichskriterium werden im Allgemeinen die sozialwirtschaftlich bedingten Gesundheitsunterschiede zwischen den Versicherten berücksichtigt. So gelten für Versicherte mit einem Arbeitsunfähigkeitsentgelt oder Sozialhilfe gemittelt höhere Krankheitskosten als für Versicherte im Arbeitsverhältnis. Im Risikostrukturausgleichsmodell 2007 wird unterschieden zwischen (1) Erwerbsunfähigen (2) Sozialhilfeempfängern (3) Arbeitslosen und anderen Sozialhilfeempfängern (4) selbstständig Tätigen und (5) Versicherten im Arbeitsverhältnis und Versicherten ohne eigenes Einkommen. Innerhalb der übrigen fünf Kategorien wird weiter nach Alter des Versicherten unterschieden. Dann gibt es noch eine gesonderte Kategorie für Kinder von 0 bis 14 Jahren und Senioren ab 65 Jahre.

**Abbildung 2 Voraussichtliche Kosten im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes 2007 (ohne Fixkosten) nach Alter und Geschlecht**



#### 5.4 Region

Eine dritte Ausgleichskategorie ist „Region“. Diese Kategorie hat eigentlich kaum etwas mit der Region im Sinne eines zusammenhängenden geographischen Gebiets zu tun. Die Einteilung der Regionen beruht auf der Bündelung von Postleitzahlgebieten auf der Basis sozioökonomischer und demographischer Kriterien sowie Kriterien im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen. Die Bündelung von Postleitzahlgebieten erfolgt 2007 auf der Basis von Urbanität, dem Anteil an nicht-westlichen Ausländern, dem Durchschnittseinkommen, dem Anteil Alleinstehender, der standardisierten Sterbewahrscheinlichkeit, der Erreichbarkeit von Krankenhäusern und Hausärzten sowie der Anzahl der Pflegebetten (je 1.000 Einwohner in einem Umkreis von 25 km). Es werden zehn Postleitzahlencluster unterschieden. Bei den Postleitzahlenclustern mit niedrigen Rangnummern handelt es sich um sehr urbanisierte Gebiete mit relativ vielen nicht-westlichen Ausländern, einer überdurchschnittlichen Sterbewahrscheinlichkeit, einem niedrigen Durchschnittseinkommen und verhältnismäßig hohen Normbeträgen. Die Postleitzahlencluster mit hohen Rangnummern sind die weniger urbanisierten Gebiete mit relativ wenig nicht-westlichen Ausländern, einer unterdurchschnittlichen Sterbewahrscheinlichkeit, einem hohen Durchschnittseinkommen und relativ niedrigen Normbeträgen.

## 5.5 Pharmazeutische Kostengruppen

Patienten mit einer ernstesten chronischen Krankheit wie Diabetes, Rheuma oder Epilepsie haben über Jahre hinaus wiederholt ein hohes Kostenmuster. Die Krankenversicherungen werden für die hohen Kosten der chronisch kranken Versicherten nach der vierten Ausgleichskategorie „Pharmazeutische Kostengruppen“ (PKG) kompensiert. Diese Ausgleichskategorie beruht auf der Verwendung kürzlich ambulant verschriebener Medikamente (durch öffentliche Apotheken und Hausärzte). Die Kosten für Medikamente im Krankenhaus sind in den Krankenhaussätzen enthalten, demzufolge liegen sie außerhalb der Kategorie der PKG.

Der Gedanke hinter den PKG ist, dass die Versicherten mit einer chronischen Krankheit an ihren Abrechnungen für Medikamente zu erkennen sind, von denen bekannt ist, dass sie für eine bestimmte Erkrankung verschrieben werden. Ein Versicherter fällt in die PKG-Kategorie, wenn ihm in einem Vorjahr eine größere Menge (für etwa ein halbes Jahr) eines bestimmten Medikaments verschrieben wurde. Auf diese Weise werden nur chronische Fälle bei der Ermittlung von PKG berücksichtigt. Im Risikostrukturausgleichsmodell 2007 werden – außer der Nichtzugehörigkeit zur PKG – zwanzig verschiedene PKG unterschieden: Glaukom, Schilddrüsenkrankheiten, psychische Erkrankungen, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes Typ I, IIA und IIB, CARA, Epilepsie, Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa, Herzkrankheiten, Rheuma, Morbus Parkinson, Spenderorgane, zystische Fibrose/Pankreas-Erkrankungen, Gehirn- und Rückenmarkkrankheiten, Krebs, HIV/AIDS, Nierenkrankheiten und Wachstumshormone. Seit 2007 kann ein Versicherter in mehrere PKG eingeteilt werden. Durch die Aufnahme von direkten Morbiditätskriterien in das Risikostrukturausgleichssystem entstehen für die Krankenversicherungen keine finanziellen Nachteile, wenn sie relativ viele chronisch Kranke in ihrem Versichertenbestand haben.

## 5.6 Diagnosekostengruppen

Nicht alle chronisch Kranken gehören in eine PKG, da verschiedene Erkrankungen eher klinisch als pharmakologisch behandelt werden. Außerdem gelten für PKG ausschließlich ambulant verschriebene Medikamente, während manchen Versicherungsnehmern mit chronischen Krankheiten Medikamente stationär verschrieben werden. Die Kosten dieser Therapien und Medikamente sind in den Pflegesätzen der Krankenhäuser enthalten und werden in der Buchhaltung der Krankenversicherungen nicht als PKG erfasst.

Diagnosekostengruppen (DKG) wurden als fünfte Ausgleichskategorie in das Modell aufgenommen, um die Folgekosten für chronische Krankheiten

noch besser schätzen zu können. DKG basieren primär auf der Diagnose für Patienten, wenn sie aus dem Krankenhaus entlassen werden. In die Feststellung der DKG werden nur Diagnosen einbezogen, die im nächsten Jahr voraussichtlich zu hohen Kosten führen. Kurzfristige Diagnosen wie Knochenbrüche werden in den DKG nicht verdiskontiert. Die Zusammenfügung der Diagnose-Codes zu den dreizehn DKG erfolgt auf der Basis gleicher Kostenmuster und ist nicht medizinisch begründet. Deshalb haben die dreizehn verschiedenen DKG keine eigenen Bezeichnungen. Auch bei den DKG wird die Nichtzugehörigkeit als Referenzgruppe eingestuft.

## 6 Kostentypen

Die Krankenversicherer können nur einen Teil der Kosten von Leistungsanbietern beeinflussen. Auf Kapitallasten (beispielsweise Abschreibungen von Gebäuden und Geräten in Krankenhäusern) hat die Versicherungsgesellschaft kaum Einfluss. Diese Kosten können für die verschiedenen Krankenhäuser sehr unterschiedlich sein und somit auch für die Krankenversicherer. Deshalb werden die Krankheitskosten in drei Kostentypen aufgeteilt: (1) Fixkosten der Krankenhausbetreuung (2) variable Kosten der Krankenhausbetreuung und fachärztliche Hilfe und (3) Kosten für sonstige Leistungen wie pharmazeutische Leistungen, hausärztliche Betreuung, Hilfsmittel und Schwangerenbetreuung. Das Ex-ante-Risikostrukturausgleichsmodell wie oben beschrieben findet nur auf die variablen Kosten der Krankenhausbetreuung und die Kosten für übrige Leistungen Anwendung. Da ein Krankenversicherer über diese Kostenarten mit den Leistungsanbietern verhandeln und sie somit beeinflussen kann, ist es angemessen, wenn diese Kosten für ihn ein finanzielles Risiko darstellen. Für die Fixkosten der Krankenhausbetreuung gilt eine andere, weniger riskante Weise des Ausgleichs. Diese werden nämlich auf der Basis von krankensicherungsspezifischen historischen Kosten und der Anzahl der Versicherten kompensiert. Der Krankenversicherer erhält für jeden Versicherten einen festen Betrag.

## 7 Ex-post-Ausgleichsmechanismen

Zum Ausgleich von Unvollkommenheiten des Ex-ante-Risikostrukturausgleichsmodells können Ex-post-Ausgleichsmechanismen eingesetzt werden. Wenn die veranschlagten Krankheitskosten und die wirklichen Kosten nicht gut übereinstimmen, kann es für den Krankenversicherer möglicherweise interessant sein, Zugeständnisse an die Qualität der Leistungen zu machen oder sich für Risikoselektion zu entscheiden. Ein Krankenversicherer könnte vorab besondere Gruppen von Versicherungsnehmern identifizieren, bei

welchen er voraussichtlich Verluste erleidet und deshalb versuchen, diese Personen abzuwehren. Erhält der Krankenversicherer nach Ablauf des Jahres für die realisierten Krankheitskosten solcher Versicherten einen Ausgleich, dann wird diese Tendenz zur Risikoselektion abgeschwächt. Der Einsatz von Ex-post-Ausgleichsmechanismen geht jedoch zu Lasten der Anregung zur Zweckmäßigkeit, weil ein Teil der Kosten nachher auf der Basis der Kostenrealisierung kompensiert wird. Dies führt zu einem Zielkonflikt zwischen der erwünschten Anregung zur Zweckmäßigkeit und der unerwünschten Anregung zur Risikoselektion.

In dem jetzigen Risikostrukturausgleichssystem werden verschiedene Formen des Ex-post-Ausgleichs angewendet. Wir erläutern diese in der gleichen Reihenfolge, in der sie im System eingesetzt werden. Die Ex-post-Ausgleichsmechanismen werden jedoch nicht auf alle Kostentypen angewendet. Somit ist das finanzielle Risiko für die Krankenversicherer nicht bei allen Kostentypen gleich groß. Dies kann eine effiziente Abwägung der verschiedenen Leistungsarten erschweren.

### *1 Schlussausgleich unter Berücksichtigung der veränderten Versichertenzahlen und deren Risikostruktur*

Anhand dieses Schlussausgleichs werden nachträglich Veränderungen der Versichertenzahlen und ihrer Profile ermittelt. Die Profile sind maßgeblich für die Einordnung der Versicherten in die verschiedenen Ausgleichskategorien. Dieser Schlussausgleich kann im Grunde als Korrektur des Ex-ante-Ausgleichs betrachtet werden. Sie bezieht sich auf alle Kostentypen.

### *2 Schlussausgleich unter Berücksichtigung der tatsächlichen Ausgabenhöhe*

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 2006 wird auf den Risikostrukturausgleich ein Schlussausgleich unter Berücksichtigung der tatsächlichen Ausgabenhöhe angewendet. Zweck dieses Schlussausgleichs ist der Ausgleich von Unvollkommenheiten zwischen Makro-Kostenvoranschlägen und Makro-Kostenrealisierung. Die Krankenversicherer (als Ganzes) tragen dadurch in dem betreffenden Jahr in Bezug auf die gesamte Kostenentwicklung keinerlei Risiko. Sollten die Makro-Kosten höher ausfallen, dann ist auch der Ausgleich höher, sind die Makro-Kosten niedriger, dann wird auch der Zuweisungsbetrag reduziert. Durch diesen Schlussausgleich wird verhindert, dass die Krankenversicherungen zu hohe nominale Prämien verlangen, weil sie sich gegen Unsicherheiten in der Makro-Kostenentwicklung schützen wollen. Dieser Schlussausgleich wird auf alle Kostentypen angewendet.

### *3 Hochrisikopool*

2007 werden für jeden Versicherten die Kosten, die die Schadensschwelle von 12.500 Euro übersteigen, um 90% aus dem Krankenversicherungsfonds ausgeglichen. Mit dem Hochrisikopool sollen die Kostenunterschiede infolge einer ungleichen Verteilung extrem hoher Schäden zwischen Krankenversicherern ausgeglichen werden. Hochrisikopool findet auf die variablen Kosten der Krankenhausbehandlung und die Kosten der sonstigen Leistungen Anwendung.

### *4 Generischer Ausgabenausgleich zwischen den Krankenversicherer*

Generischer Ausgabenausgleich ist ein Mittel, eventuelle Unvollkommenheiten in der Verteilungsfunktion des Modells zu korrigieren. Dabei wird die Differenz der realisierten Kosten und des Ex-ante-Ausgleichs (korrigiert um frühere Ex-post-Ausgleiche) zwischen den Krankenversicherungen verrechnet und werden 30% des Unterschieds generisch ausgeglichen. Generischer Ausgabenausgleich wird ausschließlich auf die variablen Kosten der Krankenhausbetreuung angewendet.

### *5 Proportionaler Ausgabenausgleich*

Proportionaler Ausgabenausgleich wird dazu verwendet, die Höhe des finanziellen Risikos an die Möglichkeiten zu koppeln, über welche die Krankenversicherer zur Beeinflussung der tatsächlichen Kosten verfügen. Dabei wird der Unterschied zwischen den tatsächlichen Kosten und dem Ex-ante-Ausgleich aus dem Krankenversicherungsfonds (korrigiert um frühere Ex-post-Ausgleiche) verrechnet. Die Fixkosten der Krankenhausbetreuung werden zu 100% nachkalkuliert, bei den variablen Kosten für die Krankenhausbetreuung werden 2007 35% der Differenz zwischen den tatsächlichen Kosten und dem Ex-ante-Ausgleich (nach der Korrektur für Hochrisikopool und generischen Ausgabenausgleich) nachkalkuliert.

### *6 Fangnetz- oder Bandbreiteregelung*

Außer den oben erwähnten Ex-post-Ausgleichsmechanismen können vorübergehend zusätzliche Fangnetze eingesetzt werden. Ziel dieser Fangnetze ist die Begrenzung der finanziellen Risiken der Krankenversicherer. Das Fangnetz wird angewendet, sobald die tatsächlichen Krankheitskosten für jeden prämienzahlenden Versicherten die geschätzten Kosten um mehr als 35 Euro (korrigiert um frühere Ex-post-Ausgleiche) über- oder unterschreiten wird. Die Differenz nach oben oder unten wird um 90% nachkalkuliert und über den Krankenversicherungsfonds ausgeglichen.

Von allen Ex-post-Ausgleichen ist der generische Ausgabenausgleich am meisten umstritten. Er bewirkt immerhin, dass von Krankenversicherern, die Gewinn erzielen, finanzielle Mittel Versicherern zufließen, die Verluste

erleiden. Ziel ist, die Ex-post-Ausgleiche des Hochrisikopools, den generischen Ausgabenausgleich, den proportionalen Ausgabenausgleich und das Fangnetz möglichst abzubauen.

## 8 Die Durchführung des Risikostrukturausgleichs

### 8.1 Feststellung des Zuweisungsbetrags

Das Bundesversicherungsamt (CVZ) hat unter anderem die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zur Aufgabe. Das CVZ schätzt, wie viele Versicherte bei jedem Krankenversicherer angemeldet sind und zu welcher Ausgleichskategorie sie gehören. Durch Multiplikation der Zahl der Versicherten mit den dazugehörigen Normbeiträgen lassen sich die Gesamtkosten eines Krankenversicherers schätzen. Da die Krankenversicherungen außerdem Einnahmen aus den nominalen Prämien haben, wird eine durchschnittliche Prämie von den Gesamtkosten abgezogen. Diese Durchschnittsprämie wird Rechenprämie genannt. Die Rechenprämie ist der Betrag, den die Krankenversicherer (voraussichtlich) zusätzlich zum Zuweisungsbetrag benötigen, um die Leistungsausgaben zu decken. Der Differenz zwischen Gesamtkosten und Rechenprämie ist der Zuweisungsbetrag.

### 8.2 Privatsphäre

Zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs muss das CVZ personenbezogene Daten verarbeiten und verwalten. Damit der Risikostrukturausgleich ohne personenbezogene Daten erfolgen kann, setzt das CVZ „Privacy Enhancing Technology“ (Datenschutztechnologie – PET) ein. Bei dieser Technologie handelt es sich um ein Paket IT-Maßnahmen, die durch Eliminierung oder Einschränkung von personenbezogenen Daten die Privatsphäre schützt. Jeder Versicherungsnehmer erhält aufgrund seiner Bürgerservice-nummer eine Pseudoidentität. Indem das CVZ diese Pseudoidentitäten verwendet, verfügt es nicht mehr über die „echte“ Identität der Versicherten und ist deren Privatsphäre geschützt.

## 9 Schlussbemerkungen

Risikostrukturausgleich bedeutet, dass die Krankenversicherungen für Versicherte mit einem vorhersagbar ungünstigen Risikoprofil kompensiert werden. Der Risikostrukturausgleich wird eingesetzt um zu verhindern, dass Krankenversicherer Risikoselektion anwenden. Risikoselektion bedeutet, dass Krankenversicherungen Versicherungsnehmer werben, die gewinnbringend sind (junge, gesunde Menschen) und andererseits versuchen Versicherte,

die ihnen Verluste einbringen (ältere, kranke Menschen), abzuwehren. Der Risikostrukturausgleich bewirkt, dass die Risikoselektion finanziell nicht mehr lohnend ist, sofern das Risikostrukturausgleichsmodell nicht versagt.

In verschiedenen anderen Ländern wie beispielsweise in Belgien, Deutschland, den Vereinigten Staaten (Medicare Programm), Irland, der Tschechischen Republik, der Schweiz und Israel wird ebenfalls eine Ex-ante-Risikostrukturausgleichssystematik für Krankenversicherungsgesellschaften angewendet. Die Niederlande sind mit der Entwicklung des derzeitigen Risikostrukturausgleichsmodells jedoch tonangebend. Das liegt vor allem daran, dass bei dem niederländischen Modell das Gesundheitsprofil besonders berücksichtigt wird (PKG und DKG). Dies ist sonst nur noch im Medicare Programm der Vereinigten Staaten der Fall. Was das niederländische Programm weiter auszeichnet, ist der zentrale Einzug der einkommensabhängigen Versicherungsbeiträge. Der Ausgleich, den die Krankenversicherer erhalten, wird aus einkommensabhängigen Beiträgen gezahlt, die die Steuerbehörde einzieht und einem staatlichen Zuschuss für Jugendliche bis 18 Jahre. Der Zuweisungsbetrag stellt ungefähr die Hälfte der Einkünfte der Krankenversicherungen dar. Die andere Hälfte wird aus den nominalen Prämien aufgebracht. Etwas Besonderes ist es auch, dass der Risikostrukturausgleich für alle Niederländer gilt.

Der Zuweisungsbetrag wird den Krankenversicherern ex ante (im Vorjahr) ausgezahlt. Ein Ex-ante-System regt dazu an, die verfügbaren Mittel möglichst zweckmäßig einzusetzen. Darüber hinaus werden die Krankenversicherungen ex post (nach Ablauf des Jahres) für die Differenz zwischen dem Ex-ante-Risikostrukturausgleich und der Kostenrealisierung teilkompensiert. Die Höhe des Zuweisungsbetrags wird jedes Jahr erneut für das nächste Kalenderjahr festgelegt.

Ausgabe:  
Ministerium für Gesundheit,  
Gemeinwohl und Sport

Adresse:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag

Postanschrift:  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
Telefoon (070) 340 79 11  
Telefax (070) 340 78 34

Internet:  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Juni 2008



© Aarts De Jong Wilms Goudriaan  
Public Economics bv (APE)

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

