

Glarus, 17. März 2011
Unsere Ref: 60359

Medieninformation

Kantonale und regionale Krankenkasse: eine gleichwertige Alternative zum heutigen Modell

Die von den Gesundheitsdepartementen der Kantone Glarus, Appenzell Ausserrhoden, Schaffhausen, St. Gallen und Thurgau in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass eine kantonale oder regionale Krankenkasse ein gleichwertiges Modell zum heutigen System darstellt. Eine flächendeckende Einführung hätte Vorteile in Bezug auf Risikoselektion, konsequenter Einführung von Managed Care Modellen und würde die heutige umfangreiche Administration entschlacken bei den Versicherungen, der niedergelassenen Ärzteschaft wie auch in den Spitälern. Werbekosten und Wechselkosten würden nicht mehr anfallen, was bereits zu einer Einsparung von mindestens 300 Millionen Franken führt. Die KRK ist dann weiterzuvollziehen, wenn es am (politischen) Willen fehlt, das heutige System klar verbessern zu wollen.

Fünf Gesundheitsdepartemente aus der Gesundheitsdirektorenkonferenz Ost (GL/AR/SH/SG/TG nachfolgend vereinfachend GDK-Ost) haben bei der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften in Auftrag gegebene Studie zur Abklärung eines Systems mit kantonalen oder regionalen Krankenkassen (KRK) liegt vor. Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie unter der Leitung von Professor Urs Brügger vergleicht das Modell einer KRK mit dem heutigen System, gekennzeichnet durch eine Vielzahl an Krankenkassen. Die Studie zeigt auf, dass ein Systemwechsel eine Änderung der rechtlichen Grundlagen bedingt. Die Bundesverfassung sowie das Krankenversicherungsgesetz (KVG) wären anzupassen, da die Vorteile einer KRK nur bei einer landesweiten Einführung unter Berücksichtigung der Grundsätze des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit zum Tragen kommen. Die Studie geht nicht näher ein auf die Überführungskosten sowie auf die volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Systemswechsels.

Die Studie kommt zum Schluss, dass für die zukünftige Prämienentwicklung die entscheidende Frage ist, welches System besser geeignet ist, die Behandlungskosten zu steuern. In diesem Zusammenhang spielt vor allem die Ausgestaltung von Integrierten Versorgungsmodellen (Managed Care) eine Rolle. Welches der beiden Systeme (das heutige oder das der kantonalen regionalen Krankenkassen) in diesem Bereich besser abschneidet, hängt vor allem davon ab, ob der neue Risikoausgleich in der Lage ist, die Risikoselektion entscheidend zu vermindern.

Heute: beschränkter Wettbewerb

Das schweizerische System räumt den Versicherten die Möglichkeit ein, die obligatorische Krankenversicherung aus einem vielfältigen Angebot von verschiedenen Kassen zu wählen. Gerne wird dieses System als freier Wettbewerb bezeichnet. Die Studie zeigt, dass bestenfalls von einem regulierten Wettbewerb gesprochen werden kann. Die Voraussetzungen für Wettbewerbsbedingungen sind nur partiell erfüllt. Der Krankenversicherungsmarkt wird durch zahlreiche staatliche Vorschriften stark reguliert. Gesetzliche Vorgaben wie ein definierter Grundleistungskatalog oder der Kontrahierungszwang führen dazu, dass sich in der Grundversicherung der Wettbewerbsgedanke nicht bewährt hat.

KRK: gleichwertiges Modell

Eine KRK versichert alle Einwohnerinnen und Einwohner eines oder mehrerer Kantone gegen das Risiko Krankheit. Die KRK wäre eine selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt analog den verschiedenen kantonalen Gebäudeversicherungen. Ein Vorteil dieses Modells ist, dass der Verwaltungsaufwand sicher niedriger ist als beim heutigen Modell. So entstehen keine Kosten für Werbung oder administrativen Aufwand infolge häufiger Versichertenwechsel. Ein anderer wichtiger Vorteil ist, dass eine KRK einen höheren Anreiz hat, sich um chronisch kranke Menschen und kostenintensive Patientinnen und Patienten zu kümmern. Die Möglichkeit eines Wechsels resp. der Abschiebung auf andere Krankenkassen entfällt. Die Studie attestiert denn auch dem Case Management ein bedeutendes Potential für Effizienz- und damit Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Nachteile des KRK-Modells könnten bei der Dienstleistungsqualität auftauchen. Es besteht die Gefahr, dass bei einer KRK die Kundenbedürfnisse und -wünsche weniger stark im Fokus stehen als bei einem System mit mehreren Anbietern. Der Kanton ist Aufsichtsbehörde über die KRK und zugleich Kostenträger, Leistungserbringer und Tarifgenehmiger. Hier könnte eine Machtkonzentration entstehen.

Prämien: weiterhin hoher Kostenanstieg zu befürchten

Die Kantone der GDK-Ost sind besorgt über den fortlaufenden Prämienanstieg im Gesundheitswesen. Ob die Gesundheitskosten mit einem KRK-Modell nachhaltiger und spürbarer eingedämmt werden könnten als mit dem heutigen System, hängt von partiellen Verbesserungen im heutigen System ab. Nebst den überflüssig werdenden Werbe- und Wechselkosten könnten mit einer KRK ebenfalls Spareffekte durch den Abbau der Bürokratie und eine einheitliche Rechnungsstellung erzielt werden. Diese Einspareffekte sind aktuell schwer bezifferbar, haben aber durchaus Potential. Die KRK bringt nebst administrativer Vereinfachung jährlich wiederkehrende Einsparungen in der Höhe von mindestens 300 Millionen Franken.

Politische Forderungen

Die GDK-Ost befürchtet weiterhin ein Wachstum der Krankenkassenprämien auf hohem Niveau. Die Ostschweiz ist davon besonders betroffen. Die Studie zeigt Wege auf, wie die Effizienz im heutigen System ohne grössere Veränderungen verbessert und der Kostenanstieg gebremst werden kann. Die an der Studie beteiligten Kantone der GDK-Ost fordern:

1. Einhaltung und Verstärkung des Gentlement-Agreement betreffend Werbekosten

Die GDK-Ost nimmt mit Befriedigung davon Kenntnis, dass der politische Druck die Krankenkassen endlich zu einem Umdenken bewogen hat. Die Kassen sind aber leider nur bereit, die Telefonwerbung zu verbieten sowie den Maklern eine Obergrenze von 50 Franken pro Abschluss zu bezahlen. Die anderen Werbeausgaben unterliegen nicht dem Verhaltenskodex. Das von den Kassen bezifferte Potential von Einsparungen in der Höhe von 100 Mio. Franken ist entsprechend als bescheiden zu beurteilen. Die Studie bezeichnet die durch Werbung ausgelöste Wechsel als schlecht, da sie unnötige Kosten verursachen und die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden untergraben.

2. Nachhaltige Verbesserungen im Risikoausgleich

Der Risikoausgleich führt dazu, dass sich Krankenkassen mit hohem finanziellem Aufwand gegenseitig gute Risiken abjagen. Diese Wechsel verursachen dem System unnötige Kosten und erzielen keine nachhaltige Wirkung auf das Prämienwachstum. Ein verbesserter, wirk-samer Risikoausgleich ist dringend notwendig. Die Erkenntnisse der Studie lassen allerdings zweifeln, ob die Anpassungen ausreichen, um die unerwünschte Risikoselektion zu unterbinden. Die GDK-Ost fordert eine griffige wirksame Lösung unter Einbezug von weiteren Kriterien (bspw. Medikamentenbedarf).

3. Verbot von Billigkassen

Billigkassen sind nur auf den ersten Blick ein Vorteil für die Versicherten. Billigkassen haben tiefe Prämien, nicht weil sie günstig arbeiten, sondern gute Risiken mit geringen Ausgaben anziehen. Die Billigkassen versuchen deshalb mit allen Mittel, die Prämien tief zu halten. Ansonsten scheitert dieses Geschäftsmodell. Den Billigkassen muss deshalb besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das Bundesamt für Gesundheit plant eine verbesserte Aufsicht der Krankenkassen, was jedoch zu einem personellen Mehraufwand in der Verwaltung führt. Diesen müssen die Versicherten allenfalls über ihre Prämien finanzieren ebenso wie die Wechselkosten. Diese kostentreibenden Ineffizienzen sind nach Ansicht der GDK-Ost unnötig. Die Billigkassen tragen nicht zu einer Kosteneindämmung bei und sind zu verbieten.

4. Tarifverhandlungen: kein Basar

Die GDK-Ost ist besorgt, dass der Tarifverbund der Krankenkassen (Tarifsuisse) bröckelt. Der Alleingang von Krankenkassen wie Helsana, KPT oder Sanitas bläht das System bürokratisch auf. Müssen die Leistungserbringer wie Spitäler mit verschiedenen Kassen Tarif- und Vertragsverhandlungen führen, verursacht das personellen Mehraufwand – und zwar auf beiden Seiten. Viele Leistungserbringer können aus Praktikabilitätsgründen nicht verschiedene Tarife vereinbaren. Die Versicherten zahlen letztendlich diesen Zusatzaufwand über höhere Prämien ohne einen entsprechenden Mehrwert zu erhalten. Die Kantone stehen vor Problemen bei der Tarifgenehmigung, indem für das gleiche Spital unter Umständen verschiedene Tarifen zulassen müssen.

5. Abkehr vom System kantonaler Reserven

Kantonale kalkulatorische Reserven sind nach Ansicht der GDK-Ost ein Systemfehler. Die Kassen müssen ihre kantonalen Reserven aufstocken, wenn die Zahl ihrer Versicherten steigt. Dieser Aufbau muss mit einer Erhöhung der Prämien finanziert werden. Das kann dazu führen, dass neu eingetretene Versicherte die Kasse wieder verlassen. Die Reservevorschriften können unnötige Kassenwechsel auslösen. Bei den kantonalen Reserven handelt es sich um statische, und nicht versicherungsmathematische Grössen. Die Versichertenkollektive einzelner Kassen sind in kleineren Kantonen zu klein, um eine finanztechnische Sicherheit zu erreichen. Deshalb wird eine Sicherstellung von genügenden Reserven auf Betriebsebene gefordert.

6. Pflicht zur flächendeckenden Einführung von Managed Care Modellen

80 Prozent der Nettokosten fallen bei 10 Prozent der Versicherten an. Die Studie ortet hier das grösste Potential für Effizienzsteigerungen und somit Kosteneinsparungen. Managed Care hat zum Ziel, Angebot und Nachfrage über finanzielle Anreize aufeinander abzustimmen. Insbesondere die Betreuung von chronisch kranken Personen im Rahmen von Case Management senkt die Kosten, verbessert den Ablauf des Behandlungsprozesses und baut Doppelspurigkeiten ab.. Die GDK-Ost bedauert ausserordentlich, dass das eidgenössische Parlament den Nutzen einer flächendeckende und obligatorische Einführung von Managed Care in Frage stellt und nicht vorantreibt.

Fazit:

Die 5 Mitglieder der GDK-Ost beobachten die Entwicklung im Gesundheitswesen weiterhin aufmerksam. Die Umsetzung der 6 politischen Forderungen führt zweifelsohne zu nachhaltigen Einsparungen im Gesundheitswesen. Dies ist im Interesse der Versicherten sowie der Kantone, welche mit über 7 Milliarden Franken an die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie den Beiträgen über die individuelle Prämienverbilligung einen erheblichen Teil der Kosten im Gesundheitswesen mitfinanzieren. Die GDK-Ost befürchtet, dass die wichtigen Akteure im Gesundheitswesen weiterhin primär ihre eigenen Interessen verfolgen und eine integrale Sichtweise des Gesamtwohls vernachlässigen. Sollten die geforderten Verbesserungen nicht in absehbarer Zeit wirksam werden, behalten sich die an der Studie beteiligten GDK-Ost Kantone vor, auf die Forderung nach Einführung einer KRK zurückzukommen.

Kontakte

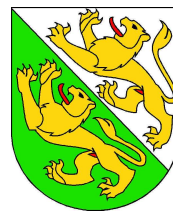
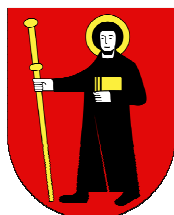
Rolf Widmer, Regierungsrat
Departementsvorsteher Finanzen und Gesundheit
Rathaus, 8750 Glarus
Telefon: 055 646 61 00
E-Mail: finanzengesundheit@gl.ch

Matthias Weishaupt, Regierungsrat
Departementsvorsteher Gesundheit
Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau
Telefon: 071 353 65 92
E-Mail: Gesundheit@ar.ch

Ursula Hafner-Wipf, Regierungsrätin
Departementsvorsteherin des Innern
Mühlentalstrasse 105, 8200 Schaffhausen
Telefon: 052 632 74 61
E-Mail: sekretariat.di@ktsh.ch

Heidi Hanselmann, Regierungsrätin
Departementsvorsteherin Gesundheit
Davidstrasse 27, 9001 St. Gallen
Telefon: 058 229 35 70
E-Mail: info.gdgs@sg.ch

Bernhard Koch, Regierungsrat
Departementsvorsteher Finanzen und Soziales
Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld
Telefon: 052 724 22 82
E-Mail: generalsekretariat.dfs@tg.ch



Studie

kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK)



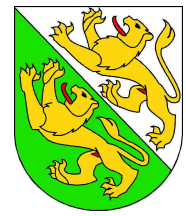
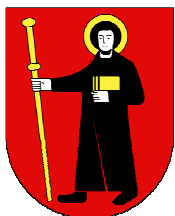
Gutachter:

Zürcher Fachhochschule für angewandte Wissenschaften

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (Teil I)
Institut für Wirtschaftsrecht (Teil II)

Prof. U. Brügger
Prof. Dr. R. Schleiniger
Dr. S. Wieser
M. Pletscher
R. Plessow
Dr. S. Bucher

Auftraggeber:



- Departement Finanzen und Gesundheit, Kanton GL
- Departement Gesundheit, Kanton AR
- Departement des Innern, Kanton SH
- Departement Gesundheit, Kanton SG
- Departement Finanzen und Soziales, Kanton TG

Teil I

Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile

Simon Wieser, Reto Schleiniger, Mark Pletscher, Rafael Plessow, Urs Brügger

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW

Kontakt:
Urs Brügger
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
School of Management and Law
Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
St. Georgenstrasse 70
8401 Winterthur

Inhaltsverzeichnis Teil I - Ökonomische Analyse

Executive Summary

- 1 Einleitung Zwei Positionen zum Wettbewerb in der Krankenversicherung
- 2 Wettbewerb im Schweizerischen Krankenversicherungsmarkt
 - 2.1 Wettbewerbsfunktionen
 - 2.2 Wettbewerbsbedingungen
 - 2.3 Regulierungen im Krankenversicherungsmarkt
 - 2.4 Fazit Wettbewerbsintensität im Krankenversicherungsmarkt
3. Das Modell der Kantonalen oder Regionalen Krankenkasse (KRK)
 - 3.1 Vergleich KRK und Wettbewerbssituation
 - 3.2 Organisationsmodell einer KRK
- 4 Vergleich Wettbewerb versus KRK
 - 4.1 Verwaltungskosten
 - 4.1.1 Grössenvorteile in der Krankenversicherung
 - 4.1.2 Kosten der Kassenwechsel
 - 4.1.3 Schätzung von Zahl und Kosten der Kassenwechsel
 - 4.1.4 Weitere Überlegungen zu den Verwaltungskosten
 - 4.2 Gesundheitskosten
 - 4.2.1 Raum für mehr Effizienz im Gesundheitswesen
 - 4.2.2 Struktur und Verteilung der Gesundheitsausgaben
 - 4.2.3 Kosten senken über Kostenbeteiligung
 - 4.2.4 Kosten senken über Managed Care
 - 4.2.5 Kosten senken über Case Management
 - 4.2.6 Kosten senken über Verhandlungsmacht gegenüber Leistungserbringern
 - 4.2.7 Kosten senken über Kontrolle der Rechnungen und über Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer
 - 4.2.8 Kosten senken über Gesundheitsförderung und Prävention
- 5 Schlussfolgerungen

Abbildungsverzeichnis Teil 1 - Ökonomische Analyse

Tabellenverzeichnis Teil 1 - Ökonomische Analyse

Abkürzungsverzeichnis Teil 1 - Ökonomische Analyse

Literaturverzeichnis Teil 1 - Ökonomische Analyse

Anhang A: Schweizerische Gesundheitsbefragung



Teil II

Frage der rechtlichen Zulässigkeit einer obligatorischen kantonalen oder regionalen Krankenkasse (KRK)

Silvia Bucher

Dr. iur., Rechtsanwältin,
zhaw
School of Management and Law
Institut für Wirtschaftsrecht
Zentrum für Sozialrecht
bsil@zhaw.ch

(ab 1. Februar 2011; bis 31. Januar 2011 Assistenzprofessorin für
Sozialversicherungsrecht an der Universität Luzern).

Die vorliegende Einschätzung beruht auf der am 1. Januar 2011 geltenden Rechtslage und im Übrigen auf Ende 2010 durchgeführten – umfangreichen, aber in Anbetracht des Auftrags einer Kurzeinschätzung nicht abschliessenden – Recherchen. Ich bedanke mich bei Frau Sabine Steiger-Sackmann, Rechtsanwältin, erwähntes Zentrum für Sozialrecht, für die Zurverfügungstellung von ihr bereits zuvor gesammelter Unterlagen.

Inhaltsverzeichnis Teil II - Rechtliche Analyse

- I. Fragestellung
- II. Bundesstaatliche Kompetenzordnung
- III. Frage der Zulässigkeit im Lichte der Bundesgesetzgebung
- IV. Frage der Zulässigkeit im Lichte der wirtschaftsverfassungsrechtlichen Regelung und anderer Aspekte des Verfassungsrechts
 - A) Wirtschaftsfreiheit
 - B) Grundsätze der Wirtschaftsordnung und Frage einer Verfassungsgrundlage für die Einführung eines KRK-Systems
 - 1. Grundsätze der Wirtschaftsordnung
 - 2. Erfordernis einer Verfassungsgrundlage für die Einführung eines KRK-Systems
 - 3. Frage des Bestehens einer Verfassungsgrundlage für die Einführung eines KRK-Systems
 - C) Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns
 - D) Eigentumsgarantie
- V. Schlussfolgerung

Anhang: verwendete Kurzzitierweise

Teil I - Ökonomische Analyse

Executive Summary

Ziel dieser Studie ist die ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile der Einführung von öffentlichen kantonalen oder regionalen Krankenkassen (KRK) in der Schweiz als alleinige Anbieter der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG. Damit würden die privaten Krankenkassen und der Wettbewerb zwischen diesen Kassen auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung abgeschafft.

Wir vergleichen eine KRK, die nach dem Modell der Suva als öffentlich-rechtliche Anstalt eingerichtet wird, mit der gegenwärtigen Situation auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung unter Berücksichtigung des neuen Risikoausgleichs der im Jahr 2012 eingeführt werden soll. Wir beurteilen zuerst die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten (6% der Gesamtkosten bzw. Prämien) und auf die Gesundheitsausgaben der Kassen (94% der Gesamtausgaben).

Verwaltungskosten

Wir können keinen Zusammenhang zwischen der Grösse der Kassen und der Höhe der Verwaltungskosten pro Versicherten feststellen und auch in Bezug auf die Reservehaltung hätten die KRKs kleiner Kantone keinen bedeutenden Nachteil gegenüber grossen Krankenkassen.

Die Frage, ob die Kassenwechsel im Wettbewerb zu unnötigen Verwaltungskosten führen, hängt vor allem davon ab, inwieweit der Wettbewerb von Risikoselektion geprägt ist. Kassenwechsel haben eine effizienzsteigernde Wirkung, wenn sie die Kassen antreiben, ihre Kosten zu senken, einen guten Service zu liefern und Versicherungsmodelle zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen. Falls der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt hingegen vor allem von der Risikoselektion bestimmt ist, verursachen die Wechsel unnötige Kosten und untergraben die Solidarität zwischen den Versicherten. Beim aktuell geltenden Risikoausgleich sind die Anreize zur Risikoselektion so gross, dass der überwiegende Teil der Wechsel als „schlechte Wechsel“ zu betrachten ist.

Mit einem Systemwechsel zur KRK würden die Kosten der Kassenwechsel wegfallen und die Prämien könnten um den entsprechenden Betrag gesenkt werden. Wir schätzen die jährlichen Wechselkosten auf 300 Mio. Franken, was etwa 40 Franken pro Versicherten, 600 Franken pro Wechsel, 20% der Verwaltungskosten der Kassen oder 1.2% der Gesamtausgaben der Krankenkassen entspricht. Wir erwarten, dass sich die Zahl und damit

die Kosten der Kassenwechsel mit dem neuen Risikoausgleich reduzieren werden, können die Grösse dieser Reduktion aber nicht abschätzen.

Insgesamt sind bei den Verwaltungskosten gewisse Kosteneinsparungen möglich, die aber im Vergleich zu den gesamten Gesundheitskosten nicht sehr gross sind, da sie im besten Fall eine Prämienreduktion von 1% ermöglichen. Inwieweit eine Krankenkasse unter öffentlicher Kontrolle weniger effizient als eine private Krankenkasse arbeitet, kann im Rahmen unserer Studie nicht im Detail untersucht werden. Diese Befürchtungen sind aber angesichts der im Vergleich zu den privaten Unfallversicherungen recht erfolgreich wirtschaftenden öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung Suva zu relativieren.

Gesundheitskosten

Bei der Frage der Wahl des Versicherungssystems geht es nicht allein um die Kosten und die Qualität der Versicherungsdienstleistungen, sondern auch um die Kosten der Gesundheitsleistungen, da die Versicherungen diese über die Ausgestaltung der Versicherungsverträge, über Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern (Ärzte, Spitäler, etc.) und über Kostenkontrollen beeinflussen können. Vor allem die Ausgestaltung der Versicherungsverträge kann dazu beitragen, die Nachfrage und das Angebot von unnötigen medizinischen Leistungen einzuschränken, und damit die Gesundheitskosten zu senken.

Ein grosses und heute weitgehend noch nicht ausgeschöpftes Potential zur Effizienzsteigerung besteht in Managed Care mit Einsparungen von bis zu 20% der Gesundheitskosten. Entscheidend ist hier, ob das Wettbewerbsmodell oder die KRK besser in der Lage ist, die Gesundheitskosten mit Managed Care zu senken. Dabei gibt es Argumente in beide Richtungen. Im Wettbewerb haben die Kassen in Managed Care Modellen gegenüber dem Standard-Versicherungsmodell einerseits einen deutlich grösseren unternehmerischen Spielraum, um den Leistungserbringern Anreize für eine effiziente Produktion der Gesundheitsleistungen zu setzen. Die innovative Dynamik des Wettbewerbs könnte also eher die Effizienz sichern. Andererseits verringert die Risikoselektion, die auch mit dem neuen Risikoausgleich noch bestehen wird, die Anreize zur Effizienzsteigerung durch Managed Care im Wettbewerb vor allem zur Betreuung von Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten. Schliesslich führt die unterschiedliche Finanzierung der Behandlungskosten in der ambulanten und stationären Behandlung manchmal zu Widerstand gegen eine eigentlich effizienzsteigernde Verlagerung von der stationären in die ambulante Behandlung. Eine KRK kann hier eher eine globale Optik zur Effizienzsteigerung übernehmen.

Druck auf die Gesundheitskosten kann auch über Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern ausgeübt werden. Einerseits könnte eine KRK dank der starken Verhandlungsposition als einzige Kasse im Kanton bessere Konditionen in den Tarifverhandlungen durchsetzen. Andererseits könnte sie sich unter dem Druck von Interessengruppen und angesichts von mangelndem Wettbewerbsdruck und fehlenden Anreizen für das Management zu wenig für Effizienzsteigerungen der Leistungserbringer einsetzen.

Die Gesundheitskosten können auch über die Kontrolle der Rechnungen und über Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen der Leistungserbringer gesenkt werden. Viele Kassen verfügen heute über stark automatisierte Systeme der Rechnungskontrolle und eine KRK müsste grosse Anstrengungen unternehmen, um dieses Niveau von Effizienz zu erreichen.

Schliesslich könnte die Effizienz in der Gesundheitsversorgung über vermehrte Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung verbessert werden. In diesem Bereich hätte eine KRK eindeutig grössere Anreize, da sie sicher sein könnte, dass die meisten Versicherten langfristig bei ihr bleiben würden.

Insgesamt besteht bei den Gesundheitskosten ein deutlich grösseres Potential zu Effizienzsteigerungen als bei den Verwaltungskosten. Ob eine KRK in der Lage ist, dieses Potential besser zu nutzen als die Kassen im Wettbewerb, hängt vor allem davon ab, wie stark der neue Risikoausgleich die Anreize zur Risikoselektion verringern wird. Wenn diese Anreize deutlich abnehmen, könnten die Kassen Versicherungsmodelle zur Betreuung von Versicherten mit chronischen Krankheiten und für andere „schlechte Risiken“ entwickeln. Falls die Anreize zur Risikoselektion trotz neuem Risikoausgleich weiter bestehen sollten, bleiben die Anreize der Kassen in einem Wettbewerbssystem weiterhin gering.

1 Einleitung: Zwei Positionen zum Wettbewerb in der Krankenversicherung

Das Schweizerische Gesundheitswesen besteht aus einem komplexen Zusammenspiel von privaten und öffentlichen Unternehmen unter weitreichender öffentlicher Regulierung. Die privaten Krankenkassen spielen in diesem System eine zentrale Rolle. In dieser Studie geht es um die Frage, ob ein Wechsel zu einem System mit öffentlichen kantonalen oder regionalen Krankenkassen als alleinige Anbieter der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) sinnvoll ist. Damit würden die privaten Krankenkassen und auch der Wettbewerb zwischen diesen Kassen auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung abgeschafft.

Als Einstieg in die Diskussion für und gegen einen Systemwechsel stellen wir, stark vereinfacht, zwei Positionen zum heutigen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in der Schweiz dar.

Position 1:

- Die Lage bei der Krankenversicherung ist verfahren und bedarf einer grundlegenden Reform.
- Es findet kein echter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen statt, da der Leistungskatalog vorgegeben ist und somit alle Kassen die gleichen Leistungen entschädigen.
- Der Wettbewerb zwischen den Kassen dreht sich in erster Linie um die Risikoselektion. Er führt zu einer Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden und zu unschönen Praktiken gegenüber unerwünschten Kunden.
- Es kommt zu vielen sinnlosen Versicherungsverwechslungen, die nur die Verwaltungskosten und damit auch die Prämien in die Höhe treiben.
- Mit der Einführung von kantonalen oder regionalen Kassen könnten viele dieser Probleme gelöst werden.

Position 2:

- Es gibt zweifellos Probleme bei der Krankenversicherung, aber diese sind in erster Linie auf zu viel Regulierung und schlechte Regulierung zurückzuführen.
- Der Wettbewerb zwischen den Kassen funktioniert. Er zwingt die Kassen ihre Kosten im Griff zu halten, um attraktive Prämien anbieten zu können, und drängt sie dazu,

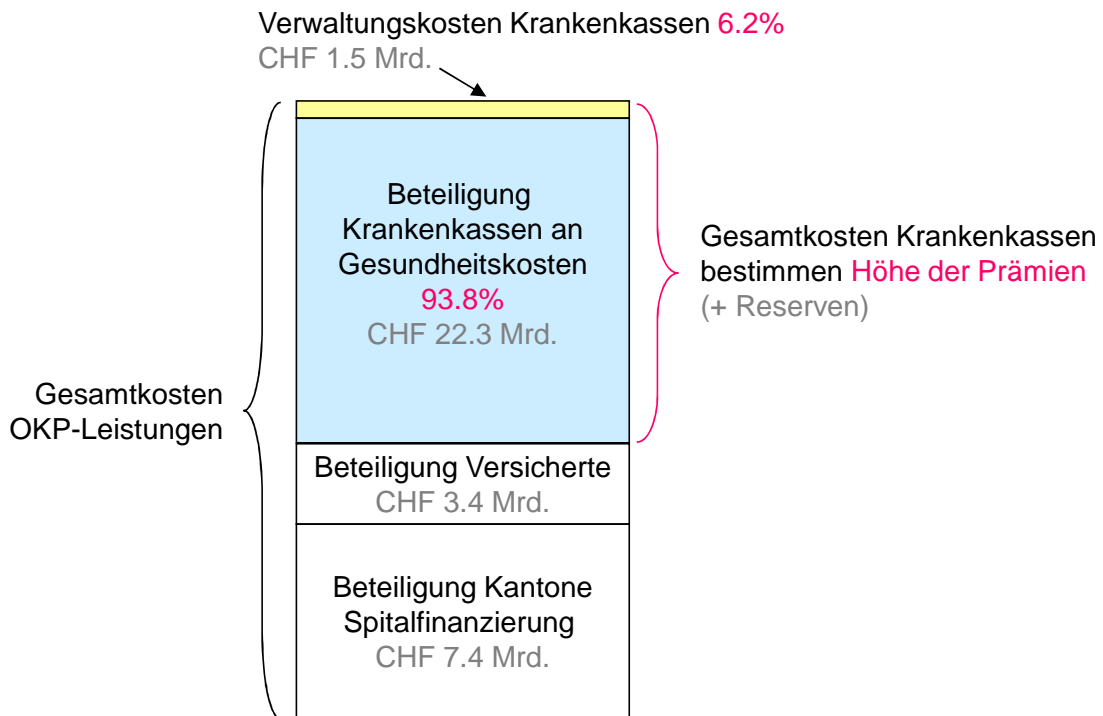
innovative Versicherungsmodelle zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Kunden entsprechen.

- Ein Teil der heutigen Probleme wird durch bereits beschlossene Reformen entschärft werden. So wird der verbesserte Risikoausgleich ab 2012 die Anreize zur Risikoselektion deutlich reduzieren. Gleichzeitig wird der Wettbewerb im stationären Bereich durch die Einführung der DRGs, der neuen Spitalfinanzierung und der freien Spitalwahl zunehmen.
- Die Reformen sollten in Richtung von mehr Wettbewerb gehen, wie z.B. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs für die Leistungsanbieter.

Wir versuchen nun diese stark vereinfachten Positionen anhand eines Schemas zur Kostenstruktur der Kassen darzustellen. Diese Grafik soll nach und nach weiterentwickelt werden und sich wie ein roter Faden durch die Diskussion ziehen.

Die Höhe der Prämien einer Kasse in einer Prämienregion wird zum weitaus grössten Teil von der Höhe der Gesundheitskosten ihrer Versicherten in dieser Region und zu einem geringeren Teil von den Verwaltungskosten bestimmt. Abbildung 1 stellt diese Zusammensetzung dar. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtkosten der Kassen bei durchschnittlich 6.2%(BAG 2010a). Die Abbildung zeigt auch, dass die Gesamtkosten der Leistungen, die unter der OKP von den Kassen übernommen werden, aufgrund von Selbstbehalt und Franchise zu einem gewissen Teil von den Versicherten direkt getragen werden. Die Kantone decken mit der Spitalfinanzierung ebenfalls einen bedeutenden Teil der volkswirtschaftlichen Kosten der Gesundheitsversorgung.

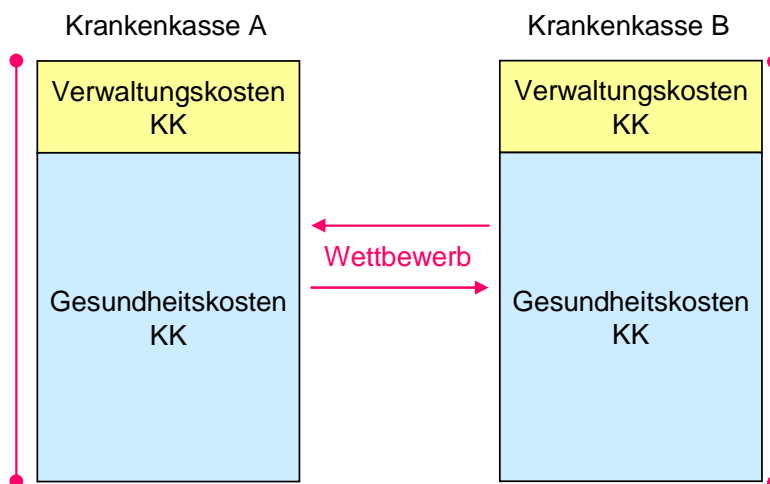
Abbildung 1: Gesundheitskosten, OKP-Leistungen und Kosten der Kassen (2008)



Quelle: BAG, BFS, eigene Darstellung

Die beiden Positionen können schematisch in einem Versicherungsmarkt mit zwei Krankenkassen dargestellt werden (Abbildung 2). In der Ausgangssituation vor der Einführung des Wettbewerbs stehen sich die beiden Kassen A und B mit ähnlichen Kostenstrukturen und Prämien gegenüber.

Abbildung 2: Ausgangssituation auf dem Versicherungsmarkt



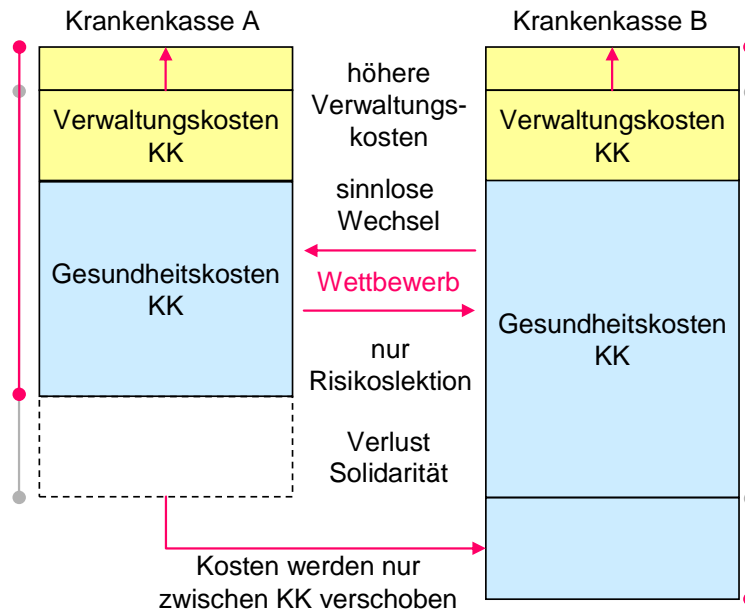
Schematische Darstellung: Die Grössenverhältnisse zwischen den Flächen entsprechen nicht den tatsächlichen Grössenverhältnissen.

Die seitlichen Linien stehen für die Höhe der Prämien.

Abbildung 3 stellt die Folgen des Wettbewerbs im gegenwärtigen System gemäss Position 1 dar. Die Verwaltungskosten steigen aufgrund einer Vielzahl von Versicherungsverwechslungen an, da Marketingkosten und Kosten bei Ein- und Austritt anfallen. Diese Wechsel sind volkswirtschaftlich gesehen sinnlos, da sie nur dazu führen, dass die Kosten in Form von „guten“ oder „schlechten“ Risiken von einer Versicherung zur anderen verschoben werden. Gleichzeitig geht dabei die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden verloren, da die Kranken im Durchschnitt deutlich höhere Prämien zahlen als die Gesunden. Durch die Einführung einer kantonalen Kasse könnten unnötige Kosten gespart, die Prämien gesenkt und das Solidaritätsziel erreicht werden.

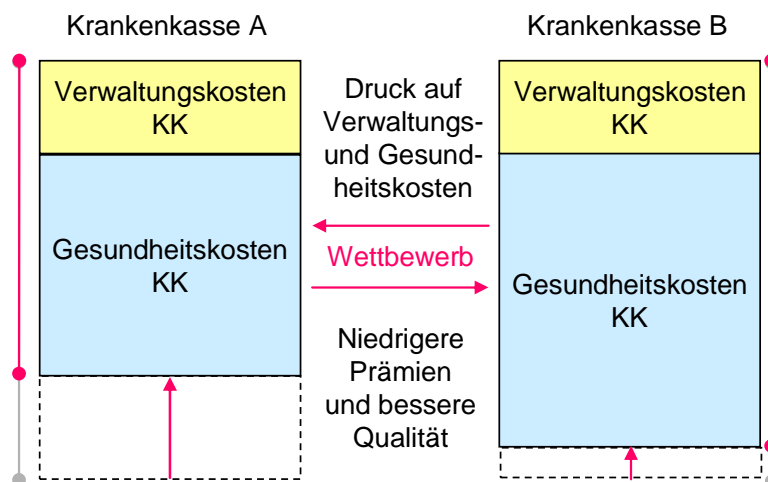
Abbildung 4 stellt die Folgen des Wettbewerbs aus der Sicht von Position 2 dar. Der Wettbewerbsdruck drängt die Kassen, ihre Kosten zu senken. Dies erreichen sie einerseits über eine Kontrolle der Verwaltungskosten und andererseits über eine Senkung der Gesundheitskosten. Die Gesundheitskosten können z.B. über die Kontrolle der Rechnungen und durch die Einführung innovativer Versicherungsmodelle gesenkt werden. Die Prämienunterschiede zwischen den Kassen sind gerechtfertigt, da niedrigere Prämien auf höhere Kosteneinsparungen zurückzuführen sind. Auch ein Anstieg der Verwaltungskosten ist hier gerechtfertigt, wenn er entweder direkt zu geringeren Gesundheitskosten führt (z.B. über HMO) oder wenn er zu einer Intensivierung des Wettbewerbs beiträgt und damit indirekt zur Senkung der Prämien führt. Die Versicherten gehören zu den Gewinnern des Wettbewerbs, da sie niedrigere Prämien für eine Versicherungsleistung von besserer Qualität bekommen.

Abbildung 3: Wettbewerb führt zu höheren Verwaltungskosten und höheren Prämien (Position 1)



Schematische Darstellung: Die Größenverhältnisse zwischen den Flächen entsprechen nicht den tatsächlichen Größenverhältnissen.

Abbildung 4: Wettbewerb führt zu tieferen Gesundheitskosten und tieferen Prämien (Position 2)



Schematische Darstellung: Die Größenverhältnisse zwischen den Flächen entsprechen nicht den tatsächlichen Größenverhältnissen.

Die Reduktion auf diese zwei Positionen ist eine starke Vereinfachung der Diskussion zum Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt. Sie wirft aber einige der wichtigsten Fragen auf, mit denen wir uns in dieser Studie befassen werden:

- Wie gross sind die administrativen Kosten der Versicherungswechsel?
- Inwieweit sind Versicherungswechsel und ihre Kosten volkswirtschaftlich sinnvoll oder nicht? Anders gesagt: Woran erkennt man einen volkswirtschaftlich sinnvollen Versicherungswechsel?
- Führt der Wettbewerb zu einer besseren Qualität der Versicherungsdienstleistungen?
- Trägt der Wettbewerb zwischen den Kassen zur Kontrolle der Gesundheitskosten bzw. zur Dämpfung des Kostenwachstums bei?
- Inwieweit ist die Einführung einer kantonalen oder regionalen Krankenkasse ein geeigneter Lösungsansatz?
- Inwieweit sind die bereits heute beschlossenen Massnahmen, wie der erweiterte Risikoausgleich, in der Lage die wichtigsten Probleme der Krankenversicherung zu lösen?

Methode

Um diese Fragen zu beantworten, verwenden wir neben den Erkenntnissen aus früheren Studien Daten aus verschiedenen öffentlichen Quellen, wie zum Beispiel der Statistik der öffentlichen Krankenversicherung des BAG. Zusätzliche Informationen wurden durch direkte Anfrage bei öffentlichen Stellen und privaten Krankenkassen gesammelt. Schliesslich konnten wir durch die Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS wichtige Informationen zu den Kassenwechseln und den Gesundheitskosten gewinnen.

Aufbau der Studie

Die Studie ist folgendermassen aufgebaut: Kapitel 2 steckt den allgemeinen Rahmen der Fragestellung ab. Wir stellen die Vorteile des freien Wettbewerbs dar und diskutieren, wieso der Wettbewerb diese Vorteile im Gesundheitswesen manchmal nicht erreichen kann. Kapitel 3 befasst sich mit der Frage, wie eine KRK konkret aussehen könnte. In Kapitel 4 geht es um die Vor- und Nachteile einer möglichen KRK im Vergleich zu einer modifizierten Situation auf dem Krankenversicherungsmarkt ab dem Jahr 2012. Dabei folgen wir der bereits in der Einleitung skizzierten Strukturierung der Fragestellung, indem wir uns zuerst mit den Auswirkungen auf die Verwaltungskosten und dann mit den Auswirkungen auf die Gesundheitskosten auseinandersetzen. Kapitel 5 enthält unsere Schlussfolgerungen.

2 Wettbewerb im Schweizerischen Krankenversicherungsmarkt

Die Wirtschaft ist in der Schweiz in den meisten Branchen nach dem Prinzip des freien Wettbewerbs zwischen privaten Unternehmen organisiert, und es herrscht ein breiter Konsens, dass dieser freie Wettbewerb eine unumgängliche Grundlage für unseren hohen Wohlstand ist. Im Gesundheitswesen ist der freie Wettbewerb hingegen oft stark eingeschränkt. Die staatlichen Regulierungen und Eingriffe gehen vom Zulassungsstopp für Ärzte, über das Versicherungsobligatorium und die Spitalplanung bis zur Prämienaufsicht. Daneben spielt der Staat mit den öffentlichen Spitälern auch eine zentrale Rolle als Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Die Rahmenbedingungen für den Krankenversicherungsmarkt wurden bewusst nach den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs ausgestaltet.¹ Die Kassen stehen im Wettbewerb um die Patienten, sind aber gleichzeitig zahlreichen Vorschriften unterworfen, wie etwa dem Zwang, jede beitrittswillige Person aufzunehmen, einheitliche Prämien für alle Versicherten in einer bestimmten Prämienregion festzulegen und Rechnungen von allen zugelassenen Ärzten zu bezahlen. Mit der Einführung von kantonalen oder regionalen Krankenkassen würde der verbleibende Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt ganz abgeschafft.

In diesem Kapitel zeigen wir den allgemeinen Rahmen der Fragestellung der Studie auf. Es werden zuerst die verschiedenen Funktionen erörtert, welche einem idealtypischen Wettbewerbssystem zugeschrieben werden. Dann wird diskutiert, inwiefern die Bedingungen für einen funktionierenden Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt gegeben sind und welche Probleme sich dort ergeben, wo diese Voraussetzungen nicht oder nur teilweise erfüllt sind. Zudem wird untersucht, welche Auswirkungen die staatlichen Regulierungen auf die Funktionsweise des Wettbewerbs haben. Das Kapitel schliesst mit einem Fazit über das Ausmass der Wettbewerbsintensität im bestehenden schweizerischen Krankenversicherungsmarkt.

2.1 Wettbewerbsfunktionen

Aus der Sicht der ökonomischen Theorie ist der freie Wettbewerb ein Wert an sich, ein unabdingbares Mittel zur Erhöhung des Wohlstands und ein in einer gewissen Optik gerechter Verteilungsmechanismus. Sehen wir uns diese Argumente im Detail an.

¹ Zweifel(2000, S. 937) bezeichnet die Wettbewerbssituation seit Inkrafttreten des neuen KVG 1996 als managed competition. Der Begriff von managed competition geht auf Enthoven zurückgeht und bezeichnet eine ganz spezielle Form der Regulierung (siehe z.B. Enthoven (1993)).

Wahlfreiheit

Ein System des freien Wettbewerbs gewährt dem Individuum im Rahmen der geltenden Rechtsordnung wirtschaftliche Entscheidungs- und Handlungsfreiheit. Die Möglichkeit des Einzelnen, wirtschaftlich tun und lassen zu können, was ihm beliebt, ist untrennbar mit der Wettbewerbsidee verbunden. In diesem Sinne erfüllt der Wettbewerb einen Selbstzweck, der gerade von wirtschaftsliberalen Kreisen stark betont wird.²

Effizienz

Eine zweite zentrale Funktion des Wettbewerbs ist es, eine möglichst hohe Effizienz zu erreichen. Effizient ist ein Zustand ohne Verschwendung, in dem mit den bestehenden Mitteln die grösstmögliche Menge derjenigen Güter hergestellt wird, die den Konsumenten den grösstmöglichen Nutzen geben. Effizienz spielt auch im Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle, da auch hier nicht unbegrenzte Mittel zur Verfügung stehen und diese möglichst nicht verschwendet werden sollten.

Effizienz lässt sich in produktive und allokativen Effizienz unterteilen. *Produktive Effizienz* bedeutet, dass ein bestimmtes Gut zu minimalen Kosten produziert wird bzw. dass mit einem gegebenen Aufwand möglichst viel von diesem Gut erzeugt wird. Das alleine reicht aber nicht aus, um der Forderung nach keiner Verschwendung Genüge zu tun, da neben einer möglichst kostengünstigen Produktion auch wichtig ist, was produziert wird. Dieser zusätzliche Aspekt wird durch die *allokative Effizienz* erfasst, welche beschreibt, dass Güter in der Menge, Art und Qualität angeboten werden, die sich die Konsumenten wünschen. Anbieter, die sich in einem Wettbewerbssystem nicht nach den Wünschen der Konsumenten ausrichten, würden sehr schnell vom Markt verdrängt, da sie ihre Güter nicht absetzen könnten.

Neben produktiver und allokativer Effizienz können wir auch zwischen statischer und dynamischer Effizienz unterscheiden. Während sich die *statische Effizienz* auf den gegenwärtigen Zeitpunkt beschränkt, berücksichtigt die *dynamische Effizienz* auch die zukünftige Entwicklung. Aufgrund des Wettbewerbs bestehen permanent Anreize, Leistungen günstiger zu produzieren und damit die produktive Effizienz zu erhöhen. Im Sinne der allokativen Effizienz sollte Wettbewerb zudem dazu führen, dass das Angebot laufend an veränderte Konsumentenwünsche angepasst und diese durch innovative Produkte besser befriedigt werden.

Die Tabelle 1 fasst die verschiedenen Effizienz Aspekte im Überblick zusammen.

² "Freedom in economic arrangements is itself a component of freedom broadly understood, so economic freedom is an end in itself." Friedman (2002, S. 9)

Tabelle 1: Effizienz kategorien

	produktiv	allokativ
statisch	Güter werden heute zu minimalen Kosten produziert	Güter werden heute in Menge, Art und Qualität entsprechend der Konsumentenwünsche angeboten
dynamisch	Güter werden in Zukunft durch technischen Fortschritt billiger produziert	Güter werden an Konsumentenwünsche angepasst und durch Innovationen verbessert

Leistungsgerechtigkeit

Eine dritte Wettbewerbsfunktion ist die einer möglichst grossen Leistungsgerechtigkeit. Leistungsgerechtigkeit heisst, dass die Produktionsfaktoren wie Arbeit und Kapital entsprechend ihrem Beitrag zur Produktion abgegolten werden. Wie hoch der Wert der Leistung ist, wird dabei vom Markt, also vom Zusammenspiel zwischen Nachfragern und Anbietern, bestimmt. Im Gesundheitswesen heisst dies zum Beispiel, dass ein ausserordentlich fähiger Arzt, der einen besonders grossen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit seiner Patienten leistet, ein besonders hohes Einkommen erhalten sollte. Der Markt sichert ihm dieses hohe Einkommen, da die Nachfrage nach seinen Leistungen gross ist und es nur wenige andere derartig fähige Anbieter gibt.

In diesem Zusammenhang gilt es jedoch anzumerken, dass diese Vorstellung von Gerechtigkeit nur eine von ganz unterschiedlichen Gerechtigkeitsvorstellungen ist. Eine andere Gerechtigkeitsvorstellung ist die der Bedürfnisgerechtigkeit, wonach die Gesellschaftsmitglieder entsprechend ihrer Bedürfnisse abgegolten werden sollten. Auch wenn kontrovers darüber diskutiert werden kann, was Bedürfnisse sind, ist es dennoch unbestritten, dass ein Wettbewerbsmarkt nicht zur Bedürfnisgerechtigkeit führt. Die fehlende Bedürfnisgerechtigkeit des freien Marktes ist deshalb auch der Grund für sozialpolitische Markteingriffe. Wie weit solche Eingriffe gehen sollen, muss dabei über den politischen Prozess bestimmt werden.

2.2 Wettbewerbsbedingungen

Damit der Wettbewerb in einem Markt spielt und seine Vorteile zum Tragen kommen, müssen eine Reihe von Bedingungen gegeben sein, die in der Realität nicht immer erfüllt sind. Wenn diese Bedingungen nicht erfüllt sind spricht man von *Marktversagen*. Dabei stellt sich die Frage, ob es durch geeignete staatliche Eingriffe korrigiert werden kann. Allerdings

gibt es neben Marktversagen auch *Staatsversagen*, also Situationen in denen der staatliche Eingriff zu einem genauso schlechtem oder noch schlechteren Ergebnis führt. Daher wäre also voreilig, überall dort den Markt durch den Staat zu ersetzen, wo der Markt nicht zu einem optimalen Ergebnis führt. Vielmehr geht es darum, zu klären, ob der Markt oder der Staat ein bestimmtes Problem besser lösen kann.

Bei der Analyse der Wettbewerbsbedingungen im Krankenversicherungsmarkt ist es wichtig, neben den Versicherten und den Versicherern auch die Leistungserbringer einzubeziehen. Während etwa bei einer Gebäudeversicherung die Versicherer in erster Linie als Transfervermittler zwischen den Versicherten dienen, weil die Höhe des Schadens eines Ereignisses zu wenig Diskussion Anlass gibt, ist im Unterschied dazu bei einem Krankheitsfall nicht a priori klar, wie der „Schaden“ behoben werden soll und wie viel dies kostet. Damit stehen die Versicherer nicht nur mit den Versicherten in Beziehung, sondern auch mit den Leistungserbringern, etwa indem sie mit diesen Verträge aushandeln.³

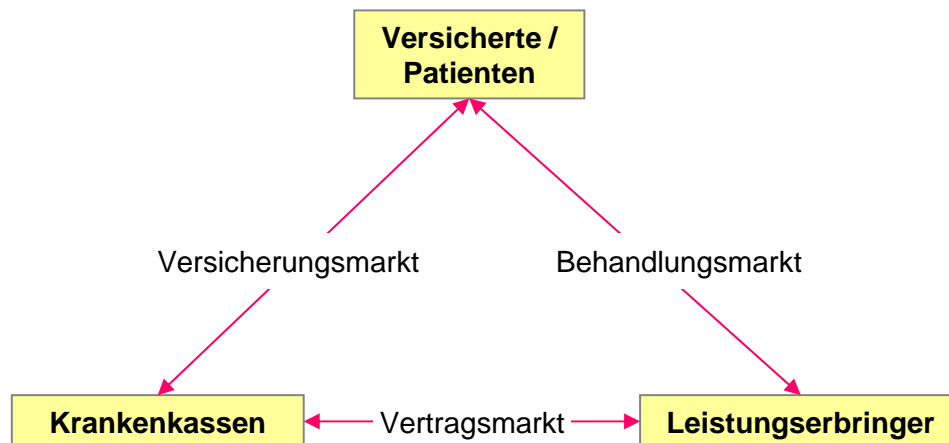
Abbildung 5 stellt das Dreieck dieser Beziehungen grafisch dar. Mit dem Versicherungsmarkt, dem Behandlungsmarkt und dem Vertragsmarkt haben wir drei Märkte, auf denen wir uns nun mit der Frage auseinandersetzen, inwiefern die Bedingungen für einen funktionierenden Wettbewerb erfüllt sind.

Anzahl Marktteilnehmer

Eine Voraussetzung für den freien Wettbewerb ist, dass eine Vielzahl von Anbietern und Nachfragern auf dem Markt präsent ist. Dadurch haben die einzelnen Marktteilnehmer keine Marktmacht und können den Preis nicht beeinflussen. Eine etwas abgeschwächte Forderung für einen funktionierenden Wettbewerb verlangt dagegen nur freien Marktzutritt. Durch den freien Zutritt sind bestehende Anbieter permanent zu effizientem Verhalten angehalten, weil sie sonst von neuen, effizienteren Anbietern aus dem Markt verdrängt würden.

³Phelps (2003, S. 29): “*We cannot talk meaningfully about medical markets or health insurance markets separately.*”

Abbildung 5: Dreieck Krankenkassen, Versicherer und Leistungserbringer



Quelle: eigene Darstellung

Sehen wir uns die Zahl der Marktteilnehmer auf den drei Märkten des Gesundheitswesens an:

- Auf den Märkten für obligatorische Krankenversicherungen besteht freier Marktzutritt, da dieser für alle Krankenkassen möglich ist, sofern sie die gesetzlichen Vorlagen erfüllen. Wenn auch nicht alle der rund 80 Kassen in allen Kantonen agieren, so lassen sich keine monopolistischen Tendenzen auf diesen Märkten feststellen.
- Auf dem Behandlungsmarkt bestehen dagegen zwei Einschränkungen für den Marktzutritt von Leistungserbringern. So führen die kantonalen Spitallisten diejenigen Krankenhäuser auf, welche über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abrechnen können. Zudem besteht nach wie vor ein Zulassungsstopp für Spezialärzte. Diese Einschränkungen können allerdings als Eingriff zur Korrektur eines möglichen Überangebotes verstanden werden, wie wir weiter unten diskutieren werden.
- Auf dem Vertragsmarkt sind die Bedingungen bezüglich Anzahl Marktteilnehmer am wenigsten erfüllt, weil hier in der Regel *santésuisse* als Vertreter der Versicherer mit Verbandsvertretern der Leistungserbringer verhandelt, wie etwa den kantonalen Ärztesellschaften, dem Spitalverband H+ oder *pharmaSuisse*, der Dachorganisation der Apotheken. Da es bei diesen Verhandlungen um Tarife geht, sind deren Auswirkungen vor allem verteilungsrelevant. So sind die willkürlichen oder zumindest schwer nachvollziehbaren kantonalen Unterschiede bei den Taxpunktwerten wenig leistungsgerecht. Es ist schwer verständlich, warum ein Arzt für dieselbe Leistung eine andere Abgeltung bekommt als sein Kollege, nur weil er in einem anderen Kanton praktiziert.

Externe Effekte

Eine weitere und wichtige Voraussetzung für die optimale Funktionsweise eines Wettbewerbsmarktes ist, dass die Güterpreise die gesamten Kosten widerspiegeln und damit den Konsumenten signalisieren, wie knapp ein Gut tatsächlich ist. Enthält der Preis nicht die gesamten Kosten spricht man von negativen externen Effekten oder von externen Kosten. Weil dabei die Nachfrager einen Teil der Kosten auf Dritte abwälzen können, wird zu viel konsumiert und die allokativen Effizienz ist eingeschränkt.

Dass der Patient seine Behandlungskosten nicht selber bezahlt liegt in der Natur der Krankenversicherung und ist ja auch deren erklärtes Ziel. Dennoch besteht die Gefahr, dass deswegen zu viele Leistungen nachgefragt werden, ein Problem, das unter dem Namen *moral hazard* oder *moralisches Risiko* bekannt ist. In der Schweizerischen Krankenversicherung wird wie in vielen anderen Versicherungen versucht, das moralische Risiko durch die Erhebung von Franchisen und Selbstbehalten zu reduzieren. Allerdings wird bei der Franchise der Versicherungsschutz im Ausmass der Franchise aufgehoben. Der Versicherungsschutz muss also gegen das moralische Risiko abgewogen werden. Beides zusammen, unbeschränkter Versicherungsschutz und gar kein moralisches Risiko, ist nicht zu haben. Dies gilt sowohl für eine Wettbewerbslösung wie auch für eine KRK, da auch bei einer KRK das moralische Risiko aufgrund des Versicherungsschutzes besteht. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die beiden Modelle also nicht.

Externe Effekte können nicht nur auf dem Behandlungsmarkt sondern auch auf dem Versicherungsmarkt auftreten. Wenn keine Versicherungspflicht besteht und die Nicht-Versicherten damit rechnen können, bei einem Notfall auch dann behandelt zu werden, wenn sie die Kosten nicht bezahlen, besteht die Gefahr, dass sich einige als Trittbrettfahrer verhalten und die Kosten auf die Gemeinschaft abwälzen. Durch ein Versicherungsobligatorium wird dieses Problem zumindest stark vermindert. Es verbleibt allerdings die Frage, wie mit Personen, die ihre Prämie nicht bezahlen, umgegangen werden soll.

Information

Eine weitere wichtige Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb ist, dass die Marktteilnehmer über die Eigenschaften des gehandelten Gutes informiert sind. Da vollkommene Information kaum je gegeben ist, wird diese Forderung in der Praxis so verstanden, dass keine Marktseite systematisch mehr Informationen besitzt, dass also keine asymmetrischen Informationen vorliegen.

Diese Bedingung ist auf dem Behandlungsmarkt selten gegeben, weil die Leistungserbringer als Gesundheitsspezialisten gegenüber den Patienten einen systematischen Informationsvorsprung besitzen. Der Patient weiss ja meist nicht genau, was die Ursache seiner Krankheitssymptome ist und welche die Behandlungsmöglichkeiten in Frage kommen. Dieser Informationsvorsprung des Arztes kann nun unter Umständen dazu benutzt werden, den Patienten zu viele oder zu teure Leistungen zu erbringen, was sowohl der produktiven wie der allokativen Effizienz entgegenläuft. Man spricht in diesem Zusammenhang von *angebotsinduzierter Nachfrage*, also der Menge an Gesundheitsleistungen, welche ein Patient zusätzlich in Anspruch nimmt, im Vergleich zur Menge, die er gewählt hätte, wenn er über dieselben Informationen und Kenntnisse verfügt hätte wie der Leistungserbringer.⁴

Neben der kantonalen Spitalplanung und dem Zulassungsstopp für Spezialärzte besteht eine weitere Möglichkeit zur Unterbindung von angebotsinduzierter Nachfrage in der Abkehr von der heute vorherrschenden Einzelleistungsvergütung zu einem System, bei welchem die Leistungserbringer Budgetverantwortung übernehmen, indem sie pro behandelte Person ein fixes, im Voraus bestimmtes Entgelt erhalten.

Auch auf dem Versicherungsmarkt besteht ein Problem der asymmetrischen Information, weil in der Regel die Versicherten bessere Informationen über ihr persönliches Risiko haben als die Versicherer. Ohne Obligatorium kann dies im Extremfall zu einem Zusammenbruch des Versicherungsmarktes führen, falls die guten Risiken die gleich hohe Prämie zahlen müssen wie die schlechten und deshalb aus der Versicherung austreten. Als Folge davon muss die Prämie erhöht werden, was wiederum zu einem Austritt der relativ guten, noch versicherten Risiken führt.

Dieses als negative Auslese bekannte Phänomen kann wegen des Obligatoriums bei der Schweizerischen Krankenversicherung nicht auftreten. Die guten Risiken können ja nicht austreten. Allerdings können sie im Rahmen des bestehenden Angebotes eingeschränkte Versicherungsformen mit tieferen Prämien wählen. So kann es zwar nicht zu einem Zusammenbruch aber zu einer Segregation des Marktes kommen.

2.3 Regulierungen im Krankenversicherungsmarkt

Die verschiedenartigen Regulierungen des Schweizerischen Krankenversicherungsmarktes lassen sich nach den jeweiligen Motiven der Regulierung unterteilen. Dazu zählen die

⁴ Siehe z.B. Sloan und Hirschel(2008). Eine empirische Stützung dieser These für die Schweiz findet sich in Domenighetti et al. (1993), die zeigen, dass sich Ärzte selber signifikant weniger häufig operieren lassen als die Gesamtbevölkerung.

Stärkung des Wettbewerbs, die Korrektur von Marktversagen und zentral die Erreichung anderer Ziele, namentlich der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der Solidarität.

Regelungen zur Stärkung des Wettbewerbs

Das Krankenversicherungsgesetz führt in einigen Artikeln verschiedene Wettbewerbsfreiheiten explizit auf. Dazu gehört die freie Wahl der Versicherer durch die Versicherten.⁵ Die Wahlfreiheit wird zudem durch die relativ einfache Möglichkeit des Versicherungswechsels gestärkt.

Daneben besteht eine grundsätzliche Tarifvertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern.⁶ Die Tarife werden meist in Verhandlungen zwischen dem Versicherungsverband santésuisse und den Verbänden der Leistungserbringer ausgehandelt. Im Jahr 2011 wird sich dies ändern, da die neue santésuisse-Abteilung tarifsuisse die Tarifverhandlungen den Versicherern nun als preisfinanzierte Dienstleistung anbietet, und jeder Verssicherer selber entscheiden kann, welche Verträge er durch tarifsuisse aushandeln lassen will.

Ein weiteres und im Rahmen der Förderung von Managed Care Modellen zunehmend wichtiges Wettbewerbselement besteht in der Möglichkeit, besondere Versicherungsformen mit verminderter Prämie anzubieten⁷, sei es durch eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer, durch eine stärkere Kostenbeteiligung oder durch ein Bonussystem.⁸ Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass bei den Managed Care Modellen mit Budgetverantwortung der TARMED nicht gilt und deshalb die Vertragsfreiheit weniger eingeschränkt ist.

Regulierung zur Korrektur des Marktversagens

Die Regulierungen, welche auf die Korrektur eines Versagens im Krankenversicherungsmarkt abzielen, wurden bereits im vorigen Abschnitt erörtert. Es sind dies vor allem Franchise und Selbstbehalt zur Verminderung des moralischen Risikos sowie eine kantonale Spitalplanung und der Zulassungsstopp für Spezialärzte zur Eindämmung eines Überangebotes.

⁵ Art. 7KVG

⁶ Art. 43 Abs. 4KVG

⁷ Art. 62KVG

⁸Versicherungen mit Bonus wurden allerdings kaum je nachgefragt und sind deswegen auch wenig verbreitet.

Regulierung zur Erreichung anderer Ziele

Zu Beginn dieses Kapitels haben wir aufgezeigt, dass ein funktionierendes Wettbewerbssystem eine ganze Reihe von Vorteilen bringen kann. Das heisst allerdings nicht, dass es daneben nicht andere im politischen Prozess formulierte Ziele gibt, die mit den Wettbewerbszielen in Konflikt stehen können. Im Schweizerischen Krankenversicherungssystem sind diese das Versorgungs- und das Solidaritätsziel.

Das Versorgungsziel verfolgt die Gewährleistung einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung. Dies wird erreicht durch das Versicherungsobligatorium⁹ und den Grundleistungskatalog¹⁰, der die obligatorisch zu versichernden Leistungen umfasst. Das Obligatorium vermindert zudem wie erwähnt das Problem der negativen Auslese sowie das Trittbrettfahrerproblem, weil sich durch die Versicherungspflicht die besseren Risiken bzw. die potentiellen Trittbrettfahrer nicht vom Markt zurückziehen können.

Die Vorschrift, sich mindestens im Ausmass des Grundleistungskatalogs versichern zu müssen, steht allerdings im Konflikt mit der allokativen Effizienz. So kann jemand, der zum Beispiel nur Behandlungen der Alternativmedizin und keine Behandlungen der Schulmedizin beanspruchen möchte, diese nicht von seiner Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für Personen, die gar keine Versicherung wollen. Dagegen ist die Deckung von Leistungen, die über den Grundleistungskatalog hinausgehen über private Versicherungen möglich.

Auch zur Erreichung des Solidaritätszieles braucht es spezielle Regulierungen, weil Verteilungsziele, die über die leistungsgerechte Entlohnung der Produktionsfaktoren hinausgehen, sich in einem reinen Wettbewerbssystem nicht realisieren lassen. Solidarität wird in der Krankenversicherung einerseits über die Einheitsprämie und das Versicherungsobligatorium und andererseits über die Prämienverbilligungen erreicht.

Die Einheitsprämien¹¹ in den Prämienregionen dienen der Solidarität zwischen krank und gesund, da sie die Krankenkassen davon abhalten, risikoabhängige Prämien zu erheben. Gleichzeitig besteht eine Aufnahmepflicht aller Personen¹², da die schlechten Risiken, also die Personen mit hohen zu erwartenden Gesundheitskosten, sonst nicht aufgenommen würden. Trotz der Aufnahmepflicht findet eine Risikoselektion statt, da die Versicherer versuchen, durch die Auswahl möglichst guter Risiken, die Kosten zu senken und so über

⁹ Art. 3KVG

¹⁰ Art. 3 Abs. 1KVG

¹¹ Art. 61KVG

¹² Art. 4.2KVG

tiefere Prämien einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen. Mit der Einführung eines Risikoausgleichs¹³ wurde dieses Problem nur teilweise behoben und es bestehen nach wie vor erhebliche Anreize zur Risikoselektion. Risikoselektion verursacht aber Kosten und verletzt so die Forderung nach produktiver Effizienz. Gleichzeitig wird dadurch auch das Solidaritätsziel unterlaufen.

Neben der Einheitsprämie wird über die Prämienverbilligung von einkommensschwachen Personen¹⁴ ein Ausgleich zwischen arm und reich verfolgt. Diese Regelung hat jedoch keine direkten Auswirkungen auf die Effizienz im Krankenversicherungsmarkt.

Sehen wir uns zum Abschluss dieser Übersicht der Regulierungen auf den Märkten des Gesundheitswesens noch den Kontrahierungszwang und das Gewinnverbot an. Diese Regulierungen haben keinen direkten Bezug zu den Versorgungs- und Solidaritätszielen, schränken aber die effizienzsteigernde Wirkung des Wettbewerbs tendenziell ebenfalls ein.

Der Kontrahierungszwang verpflichtet die Versicherer, die Rechnungen aller zugelassenen Leistungserbringer zu begleichen. Die Versicherer können also mit Ausnahme der besonderen Versicherungsformen nicht auswählen, mit welchen Leistungserbringern sie zusammen arbeiten möchten. Dadurch geht eine wichtige Sanktionsmöglichkeit gegenüber wenig effizienten Leistungserbringern verloren.

Das Gewinnverbot der Versicherer¹⁵ kann insofern Auswirkungen auf das Verhalten der Versicherer haben, als in einem funktionierenden Wettbewerbssystem der Gewinn eine Triebfeder für Effizienzsteigerungen darstellt. Bei einem Gewinnverbot wirkt der Anreiz zur Effizienzsteigerung nur über die Gefahr, Marktanteile zu verlieren bzw. aus dem Markt gedrängt zu werden. Ebenso ist dabei der Anreiz für einen Markteintritt geringer als in einem System ohne Gewinnverbot.

2.4 Fazit Wettbewerbsintensität im Krankenversicherungsmarkt

Der Wettbewerb ist ein Mittel, mit dem verschiedene gesellschaftliche Ziele erreicht werden sollen, wobei das wichtigste Ziel für unsere Fragestellung wohl das der produktiven und allokativen Effizienz im Gesundheitswesen ist. Eine Reihe von Bedingungen müssen erfüllt sein, damit der Wettbewerb diese Ziele tatsächlich erreichen kann. Im Gesundheitswesen ist vor allem die Bedingung der Informationssymmetrie selten erfüllt, da der Patient gegenüber dem Leistungserbringer ein systematisches Informationsdefizit aufweist. Von dieser

¹³ Art. 105KVG

¹⁴ Art. 65KVG

¹⁵ Art. 12 Abs. 1 KVG

Asymmetrie geht die Gefahr aus, dass zu viele und zu teure Leistungen angeboten werden. Das daraus resultierende Problem der angebotsinduzierten Nachfrage ergibt sich allerdings im Wettbewerbssystem wie auch bei einer KRK.

Der Grundleistungskatalog und der Kontrahierungszwang sind die beiden Regulierungen, welche die Wettbewerbsintensität auf dem Krankenversicherungsmarkt am deutlichsten einschränken. Während durch die Festlegung der obligatorisch versicherten Leistungen das Ziel der allgemeinen Gesundheitsversorgung verfolgt –und auch erreicht–wird, ist die Zielsetzung beim Kontrahierungszwang weniger klar.

Neben den regulativen Einschränkungen des Wettbewerbs bestehen nach wie vor Bereiche, in denen der Wettbewerb spielen kann. Dies ist einmal bei der eigentlichen Versicherungsdienstleistung möglich, da mit wenigen Ausnahmen kaum Einschränkungen bezüglich Art und Qualität des Versicherungsservices bestehen. Bedeutend ist zudem die Gestaltungsfreiheit der Versicherer bei den besonderen Versicherungsformen, da diese auch Auswirkungen auf den Behandlungsmarkt hat, wo der Grossteil der Kosten anfällt. Die Vertragsfreiheit und ihre Wettbewerbswirkung bei den besonderen Versicherungsformen werden umso wichtiger, je grösser in Zukunft die Inanspruchnahme von Managed Care Modellen sein wird.

3 Das Modell der Kantonalen oder Regionalen Krankenkasse (KRK)

Die Idee einer Einheitskasse ist nicht neu. Seit der Volksabstimmung zur Einführung des KVG im Jahre 1994 gab es mehrere Initiativen und parlamentarische Vorstösse, die jedoch alle vom Volk respektive den Parlamenten abgelehnt wurden (siehe Kasten). Bisherige Modelle einer kantonalen oder eidgenössischen Einheitskasse umfassten in der Regel auch eine Änderung der Finanzierung. Häufig ging es zusätzlich darum, die Kopfprämien durch eine einkommensabhängige Finanzierung abzulösen.

Initiativen und parlamentarische Vorstösse zur Einheitskasse seit 1994

- 4. Dezember 1994: Initiative von SPS-/SGB zur Finanzierung des KVGs durch Lohnprozente (abgelehnt)
- November 1998: Postulat von Günter Paul für Bericht zur Einführung einer nationalen Einheitskasse (abgelehnt)
- Juni 1999: Parlamentarische Initiative von Hugo Fasel für die Schaffung einer schweizerischen Einheitskasse (abgelehnt)
- November 2001: Postulat Josef Zisyadis zur Schaffung der rechtlichen Grundlage für die Einführung einer kantonalen Einheitskasse (abgelehnt)
- Januar 2002: Postulat Robbiani an den Bundesrat zwecks Ausarbeitung einer Gegenüberstellung des jetzigen Systems mit möglichen Alternativen (angenommen)
- Mai 2002: Vorstoss der Linksallianz zur Einführung einer kantonalen Einheitskasse in Genf (abgelehnt)
- Juni 2002: Vorstoss zur Einführung einer kantonalen Einheitskasse in Freiburg (abgelehnt)
- März / Juni 2003: Initiative Zisyadis für die Schaffung einer schweizerischen Einheitskasse (abgelehnt)
- Mai 2003: Gesundheitsinitiative der SPS und damit indirekt auch Idee der Einheitskasse wird von 73% des Stimmvolkes abgelehnt
- Herbst 2003: Projekt der CRASS zur Einführung einer regionalen Einheitskasse in der Westschweiz (nicht weiter verfolgt)
- März 2003 / März 2004: Standesinitiative für eine zentrale Landeskasse und einkommensabhängige Prämien (abgelehnt)
- Dezember 2003 / Juni 2006: Standesinitiative des Kantons Tessin für die Einführung einer Krankenkasse auf Bundesebene (abgelehnt)
- November 2005: Motion mit dem Ziel, die Eidgenössische Volksinitiative für eine Einheitskasse dem Stimmvolk schnellstmöglich vorzulegen (abgelehnt)
- Dezember 2005: Bundesrat verabschiedet die Botschaft zur Volksinitiative
- August 2006: Bundesrat wird aufgefordert, Gesetzesvorschlag zum Schutz der Krankenkassenreserven auszuarbeiten (abgelehnt)
- Juni 2007: Motion zwecks Änderung des Gesetzes, so dass die Kantone eine kantonale Einheitskasse schaffen können (abgelehnt)
- März 2008: Parlamentarische Initiative zur Schaffung eines nationalen Reservefonds (abgelehnt)
- Februar 2010: Postulat zur Prüfung eines Modells der Koordination der Grundversicherer (abgelehnt)
- September 2010: Erneute Initiative von Zisyadis (abgelehnt)
- Dezember 2010: Parlamentarische Initiative für Verfassungsänderungen hinsichtlich einer einzigen nationalen öffentlichen Krankenkasse (abgelehnt)

Das nun von der GDK Ost zur Prüfung vorgeschlagene Modell einer kantonalen oder regionalen Krankenkasse (KRK) will eine staatliche Monopoleinrichtung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung schaffen, ohne jedoch die Finanzierung gegenüber der bisherigen Situation zu verändern.

In diesem Abschnitt soll das Modell einer solchen KRK grob skizziert werden, ohne allerdings in zu spezifische organisatorische Details zu gehen. Dieses Modell dient dann als Basis für Vergleichsüberlegungen, welche im Kapitel 4 ausführlich thematisiert werden.¹⁶

3.1 Vergleich KRK und Wettbewerbssituation

Die bisherige Wettbewerbssituation auf dem Krankenversicherungsmarkt wird sich in Zukunft mit oder ohne KRK verändern, da einige wichtige Reformen bereits beschlossen wurden oder geplant sind.

Tabelle 2 vergleicht drei mögliche Regime der Krankenversicherung: 1) die bisherige Wettbewerbssituation 2) die modifizierte Wettbewerbssituation der Zukunft und 3) die Situation bei Einführung von KRKs. Die erste Spalte enthält zwölf Merkmale, nach denen sich die drei Regime unterscheiden. Dabei unterscheiden sich manche Merkmale zwischen allen drei Regimen, andere sind für zwei oder alle drei Regime identisch.

Der sinnvolle Vergleich für diese Studie ist der zwischen der zukünftigen Wettbewerbssituation und der KRK, also zwischen der dritten und vierten Spalte der Tabelle. Im Kapitel 4 führen wir einen detaillierten Vergleich der Vor- und Nachteile der beiden Regime durch.

Im Folgenden skizzieren wir die zwölf Merkmale Punkt für Punkt:

- (1) Die **Anzahl Kassen** ist ein Merkmal, das sich in jedem Fall ändern wird. Statt den gegenwärtig rund 80 Krankenkassen, welche grundsätzlich allein der ganzen

¹⁶ Die wichtigsten Eckwerte des Modells KRK wurden mit den Auftraggebern abgesprochen.

Tabelle 2: Modell der KRK im Vergleich zur bisherigen Situation

Merkmals	Wettbewerbssituation bisher	Wettbewerbssituation modifiziert	KRK
(1) Anzahl Kassen	Ca. 80 Krankenkassen	< 80 Krankenkassen	1 Krankenkasse pro Kanton/Region
(2) Risikoausgleich	Alter und Geschlecht	Alter, Geschlecht und Spitalaufenthalt	Kein Risikoausgleich
(3) Marktform	Regulierter Wettbewerb		Staatliches kantonales oder regionales Monopol
(4) Rechtsform	Alle privat- und öffentlich-rechtlichen Formen möglich aber Gewinnverbot		Selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt
(5) Versicherungstyp	KVG und VVG		Nur KVG
(6) Tarifsystem	Tarmed, Tagespauschale/DRG	Tarmed, DRG	
(7) Managed Care	Managed Care als Option	Managed Care ausgebaut als „Grundmodell“	
(8) Vertragsfreiheit (zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer)	Kontrahierungszwang		
(9) Leistungskatalog	Für alle gleich		
(10) Versicherungsobligatorium	Für alle Einwohner		
(11) Prämie	Kopfprämie (Kinder, Jugendliche, Erwachsene)		
(12) Franchise	300-2500 CHF		

Schweiz tätig sein können,¹⁷ würde dann nur noch eine einzige Kasse pro Kanton oder Region tätig sein dürfen. Wir gehen davon aus, dass die Anzahl der unabhängigen Krankenkassen auch in der Wettbewerbssituation weiter abnehmen wird, und der schon seit längerer Zeit bestehende Konzentrationsprozess fortschreiten wird.

- (2) Ein bedeutendes Merkmal ist der Risikoausgleich. Der Risikoausgleich wird gegenwärtig modifiziert. Ab dem Jahr 2012 umfasst er nicht nur Alter und Geschlecht wie bisher sondern zusätzlich den stationären Spital- oder Pflegeheimaufenthalt ab drei Tagen im Vorjahr. Damit soll der Risikoausgleich zusätzlich mit einem Merkmal für die Morbidität erweitert werden. Voraussichtlich soll dieser Risikoausgleich zukünftig noch weiter verfeinert werden. Im Falle der KRK würde er gänzlich wegfallen.
- (3) Wie in Kapitel 2 beschrieben basiert die **Marktform** für die Krankenkassen, welche die soziale Krankenversicherung betreiben können, auf der Leitidee des regulierten Wettbewerbs. Diese Vorstellung würde sich auch in Zukunft bei Beibehaltung des Wettbewerbssystems nicht grundsätzlich ändern. Durch die Schaffung einer KRK würde man den Wettbewerb durch ein staatliches regionales oder kantonales Monopol ersetzen.

¹⁷ Einige kleinere Krankenkassen sind nur in einem regional eingeschränkten Gebiet tätig.

- (4) Die **Rechtsform** der Krankenkassen ist im bisherigen KVG offen. Krankenkassen können grundsätzlich jede im schweizerischen Recht vorgesehene Rechtsform des privaten und öffentlichen Rechts annehmen. Einige Einschränkungen bestehen für die Krankenkassen allerdings im Tätigkeitsbereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Gegensatz zu den privaten Versicherungen nach VVG. So gibt es im KVG wie erwähnt ein Gewinnverbot¹⁸ und die Krankenkassen müssen über einen Sitz in der Schweiz¹⁹ verfügen.

Die Rechtsform einer KRK ist grundsätzlich offen. Es sind unterschiedliche Formen denkbar. Wir erachten die Rechtsform der selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalt als die geeignetste Form. In Abschnitt 3.2 werden wir vertieft darauf eingehen.

- (5) Krankenkassen können im gegenwärtigen System alle **Versicherungstypen** anbieten, und zwar sowohl die soziale Krankenversicherung nach KVG als auch private Zusatzversicherungen nach VVG.²⁰ Wir treffen hier die Annahme, dass eine KRK nicht im Bereich der Zusatzversicherungen tätig sein darf. Der sehr marktwirtschaftlich geprägte Bereich der Zusatzversicherungen dürfte aufgrund unserer Einschätzung zu stark verzerrt werden, wenn eine im Bereich des KVG tätige Monopolversicherung auch hier tätig sein dürfte.
- (6) Die **Tarifsysteme** werden durch die Frage der Schaffung einer KRK nicht beeinflusst. Wir rechnen damit, dass die hier vorgesehenen Neuerungen in der Spitalfinanzierung mit der Einführung von SwissDRG in jeden Fall eingeführt werden. Auch die übrigen Tarifsysteme (wie z.B. TARMED) sind von der Frage der KRK nicht betroffen. Allerdings wirft die Schaffung einer KRK neue Fragen im Bereich der Tarifverhandlung auf, da die KRK dann ein so genannter Nachfragemonopolist (Monopson) darstellt. Auf diese Problematik gehen wir in Kapitel 4 vertieft ein.
- (7) Gegenwärtig wird im eidgenössischen Parlament über eine **Managed Care** Vorlage verhandelt. Falls die Vorlage in der jetzigen Form umgesetzt wird, dürfte Managed Care durch die dann gesetzten Anreize mehr und mehr die Rolle eines Grundmodells einnehmen. Diese Entwicklung wird sich unabhängig von der Frage der Einführung einer KRK vollziehen. Auch hier stellt sich dann wiederum die Frage, welche weiteren Konsequenzen diese Entwicklung in der Wettbewerbssituation im Vergleich mit einem KRK-Regime haben wird.

¹⁸ Art. 12 Abs. 1 KVG

¹⁹ Art. 13 Abs. 2 KVG

²⁰ Art. 12 Abs. 2 KVG

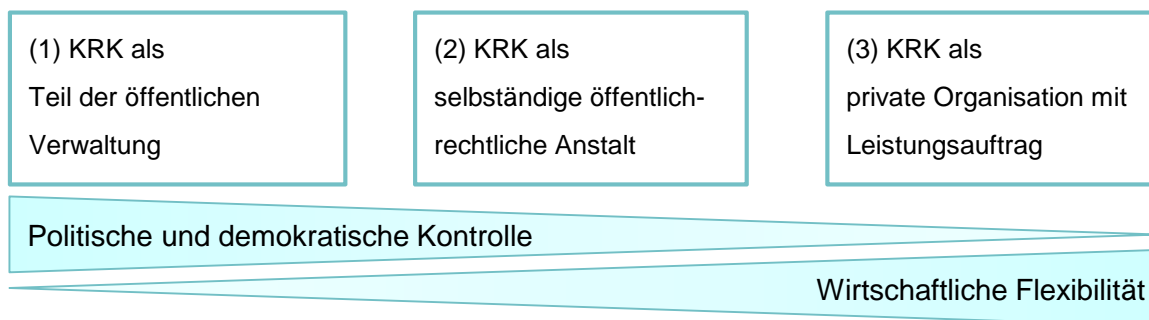
- (8) Die Frage der **Vertragsfreiheit** respektive des Kontrahierungszwangs stellt sich ebenfalls sowohl unter der gegenwärtigen Wettbewerbssituation als auch bei einer KRK. Wir gehen davon aus, dass der Kontrahierungszwang im Falle einer KRK auf jeden Fall weiter bestehen wird und kaum gelockert werden würde. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde dann für einige Leistungserbringer einem Berufsverbot im jeweiligen Gebiet gleichkommen. Ein solcher Versuch würde gewiss mit Vehemenz und grosser Aussicht auf Erfolg bekämpft werden. In der bisherigen Situation des Krankenkassenwettbewerbs sehen wir eher ein Potenzial für eine Lockerung des Kontrahierungszwangs. In Managed Care Modellen besteht auch im gegenwärtigen Wettbewerbssystem kein Kontrahierungszwang. Dies müsste auch bei einer KRK beibehalten werden.
- (9) Wir gehen davon aus, dass der **Leistungskatalog** und seine Ausgestaltung nicht von der Frage nach der Schaffung einer KRK tangiert werden.
- (10) Eine Voraussetzung für ein funktionierendes Krankenkassensystem ist das **Versicherungsobligatorium**, wie es mit der Einführung des KVGs geschaffen wurde (vgl. Kapitel 2). Dies wird sich in Zukunft nicht ändern und würde auch im Falle der Einführung einer KRK bestehen bleiben.
- (11) Wir gehen davon aus, dass im Modell der KRK die Finanzierung durch **Kopfprämien** wie im bisherigen Wettbewerbssystem beibehalten wird. Im heutigen Regime existiert eine Einheitsprämie pro Prämienregion und Versicherer, abgestuft nach Alter und Versicherungsmodell. Im Falle einer KRK gäbe es eine Einheitsprämie pro Kanton oder Gruppe von Kantonen, abgestuft nach Alter und Versicherungsmodell.
- (12) Wir gehen davon aus, dass wählbare **Franchisen** auch im Falle einer KRK weiterhin bestehen würden.

Dieser Abschnitt hat gezeigt, welche Merkmale sich im Falle einer KRK im Vergleich zur bisherigen Wettbewerbssituation und zur modifizierten Wettbewerbssituation ändern würden und welche nicht. Diese Überlegungen dienen als Grundlage für die Analyse in Kapitel 4. Die KRK soll nun im nächsten Abschnitt noch etwas genauer skizziert werden.

3.2 Organisationsmodell einer KRK

Grundsätzlich sind verschiedene Organisationsmodelle für eine KRK denkbar (Abbildung 6): (1) KRK als Teil der öffentlichen Verwaltung, (2) KRK als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt und (3) KRK als private Organisation mit Leistungsauftrag. Die drei Modelle werden im Folgenden kurz diskutiert.

Abbildung 6: Mögliche Organisationsmodelle für eine KRK



Eine KRK könnte als **Teil einer öffentlichen Verwaltung** geführt werden.²¹ Zahlreiche staatliche Aufgaben werden auf diese Art und Weise erledigt. In einem solchen Modell wäre die KRK eine Abteilung der Verwaltung und könnte direkt durch die entsprechenden politischen Organe geführt werden. Budget und Aufgaben könnten vom Parlament kontrolliert werden. Ein Vorteil wäre somit eine grosse politische und demokratische Kontrolle. Die Eingliederung in die Verwaltung kann dazu führen, dass die notwendige wirtschaftliche Flexibilität fehlt.

Das andere Extrem wäre ein **Leistungsauftrag**, der an eine **private Organisation** vergeben würde. Ein solcher Auftrag könnte vom Kanton formuliert und dann für eine bestimmte Zeit vergeben werden, bis er wieder neu ausgeschrieben würde. Damit wäre die wirtschaftliche Flexibilität im Rahmen des Leistungsauftrags gegeben. Allerdings würde man bei diesem Modell auf einen grossen Teil der politischen und demokratischen Kontrolle verzichten.²²

Dieses Organisationsmodell würde interessante Varianten ermöglichen. Denkbar wäre eine Versteigerung des Auftrags an bisherige Krankenkassen oder andere Versicherer. Eine weitere Möglichkeit wäre ein Capitation-Vertrag zwischen Kanton und privater Versicherungsgesellschaft über den gesamten Versichertenbestand im Kanton. Damit hätte man eine KRK-HMO geschaffen. Bei beiden Varianten wäre eine gute Qualitätssicherung von grösster Bedeutung.

Als Zwischenform bietet sich die **selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt** an.²³ Dieses Organisationsmodell wird für zahlreiche staatliche Aufgaben gewählt und hat sich auch

²¹ Wir zählen auch die unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalt unter diesen Typus.

²² Dieses Modell wird auch vom Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie vorgeschlagen (GAAM 2009).

²³ Denkbar wäre auch eine Rechtsform nach privatem Recht, beispielsweise eine Aktiengesellschaft, die dann zu 100% im Besitz der öffentlichen Hand ist. Dieses Organisationsmodell unterscheidet sich juristisch von der selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt, jedoch nur wenig aus ökonomischer Sicht. Deshalb verzichten wir auf die ausführliche Diskussion dieses Modells.

bewährt. Beispiele sind die Suva, Gebäudeversicherungen, SVA, Post, ETH, Universitäten oder Kantonalkassen. Dieses Organisationsmodell erlaubt eine gewisse wirtschaftliche Flexibilität bei gleichzeitiger Beibehaltung einer gewissen politischen und demokratischen Kontrolle. Suva und Gebäudeversicherungen sind Beispiele von Versicherungen für welche die Rechtsform der selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalt gewählt wurde.

Selbständig öffentlich-rechtliche Anstalten verfügen über gewisse Ähnlichkeiten mit privatrechtlichen Aktiengesellschaften aber auch über einige wesentliche Unterschiede.

Vergleichbare Elemente zwischen selbständig öffentlich-rechtlicher Anstalt und privatrechtlicher Aktiengesellschaft sind:

- Organisationsstruktur mit Verwaltungsrat und Geschäftsleitung/Direktion.
- Verwaltungsrat ist zuständig für die strategische Führung, die Festlegung der Organisation und die Aufsicht über die Geschäftsleitung.
- Geschäftsleitung/Direktion ist zuständig für die operative Führung.

Wichtige Unterschiede von selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalten im Vergleich zu privatrechtlichen Aktiengesellschaften sind:

- Gewinne sind bei gewissen selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalten nicht erlaubt (z.B. Suva und Gebäudeversicherungen).
- Statt durch die Aktionäre wird der Verwaltungsrat durch politische Organe (Bundesrat bei der Suva; Regierungsrat bei der Gebäudeversicherung) gewählt.
- Der Verwaltungsrat ist paritätisch zusammengesetzt und die Mitgliederkategorien sind genau definiert (Suva: 16 Arbeitgebervertreter, 16 Arbeitnehmervertreter, 8 Bundesvertreter).
- Tätigkeitsbereich der Organisation ist im Gesetz festgelegt und darf von Verwaltungsrat und Geschäftsleitung nicht ohne Gesetzesänderung erweitert oder verkleinert werden.

In diesem Kapitel wurden die Merkmale einer KRK im Vergleich zum bisherigen Modell grob skizziert. Wir gehen im folgenden Vergleich in Kapitel 4 vom Organisationsmodell der selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt für eine KRK aus. Dieses Modell wird mit dem modifizierten Marktmodell verglichen.

4 Vergleich Wettbewerb versus KRK

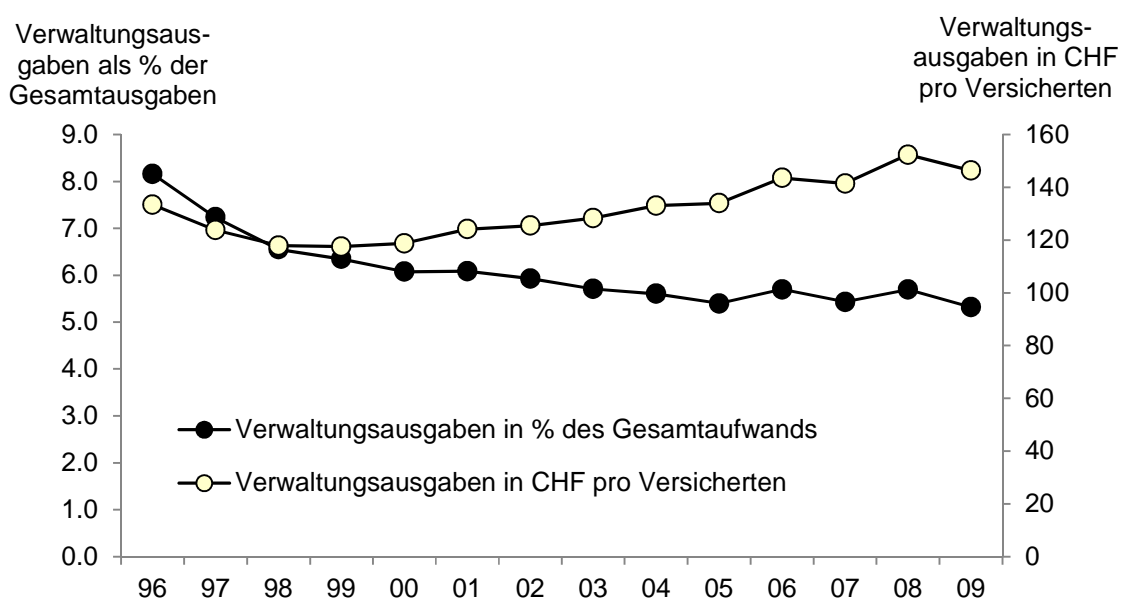
Für eine ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile einer KRK gegenüber dem Wettbewerb zwischen Kassen müssen wir die Effizienz der beiden Modelle miteinander vergleichen. Dabei geht es einerseits um mögliche Einsparungen bei den Verwaltungskosten und andererseits um die Frage, welches der beiden Modelle besser in der Lage wäre, eine möglichst effiziente Gesundheitsversorgung zu sichern.

Dieses Kapitel dient der detaillierten Analyse und Diskussion der Vor- und Nachteile der beiden Modelle. Dabei werden zuerst die Verwaltungskosten (Abschnitt 4.1) und dann die Gesundheitskosten behandelt (Abschnitt 4.2). Grau hinterlegte Textkästen halten die wichtigsten Zwischenergebnisse als „Fazit KRK oder Wettbewerb“ fest.

4.1 Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten als Anteil der Gesamtausgaben der Krankenkassen sind in den Statistiken der obligatorischen Krankenversicherung des BAG ab dem Jahr 1996 ausgewiesen. Der Verwaltungsaufwand in Franken pro Kopf ist in der Periode von 2000 bis 2009 durchschnittlich um 2.1% pro Jahr gestiegen (siehe Abbildung 7). Die Verwaltungskosten als Anteil an den totalen Leistungen pro Versicherten sind hingegen von 1996 bis 2009 von 8.2% auf 5.3% gesunken. Der Anteil der Verwaltungskosten ist gesunken, da die Gesundheitsausgaben pro Versicherten in diesem Zeitraum jährlich um 3.5% zugenommen haben und damit stärker als die Verwaltungskosten gestiegen sind.

Abbildung 7: Entwicklung der Verwaltungskosten inkl. Abschreibungen (1996-2009)



Quelle: Statistik der obl. Krankenversicherung, Tabelle 1.10 (BAG 2010a)

Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Verwaltungskosten der Kassen als Prozent der Gesamtausgaben und als Frankenbetrag pro Versicherten. Trotz steigender Verwaltungskosten pro Versicherten ist ihr Anteil an den Gesamtausgaben gesunken, da die Gesundheitsausgaben der Kassen im gleichen Zeitraum noch stärker gestiegen sind.

Diese Höhe der Verwaltungskosten im Jahr 2009 liegen in dieser Grafik mit 5.4% des Gesamtaufwands etwas unter den detailliert ausgewiesenen Verwaltungskosten der obligatorischen Krankenversicherung von 6.2% in Tabelle 5.

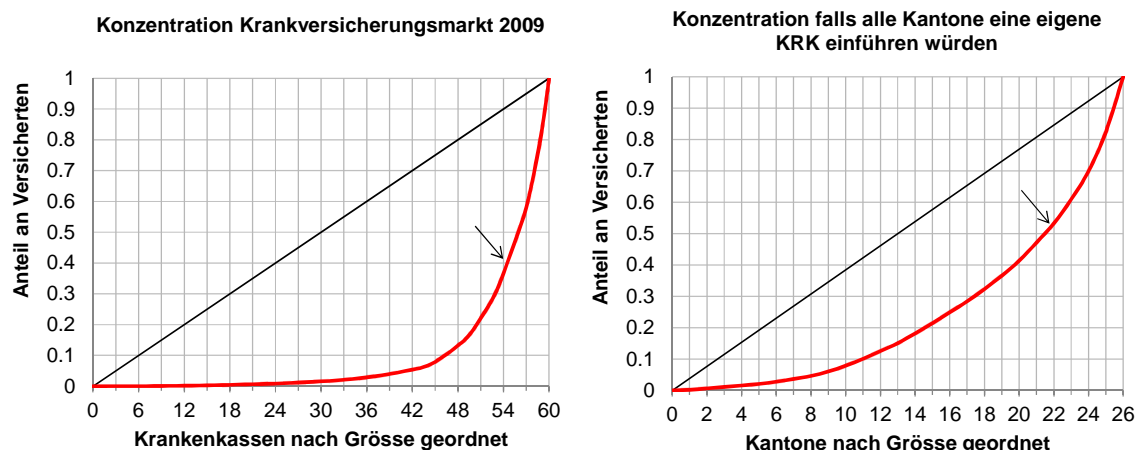
4.1.1 Grössenvorteile in der Krankenversicherung

Mit der Einführung von KRKs würde sich die Anzahl und Grösse der Kassen ändern, da die Zahl der Versicherten einer kantonalen Kasse der Bevölkerung des jeweiligen Kantons entsprechen würde. Während heute immer noch viele kleinere Kassen existieren, gäbe es bei einer landesweiten Einführung von KRKs also noch maximal 26 Kassen und damit würde die durchschnittliche Grösse der Kassen deutlich zunehmen. Gleichzeitig gilt es aber zu beachten, dass der Krankenversicherungsmarkt heute von einigen grossen Krankenkassengruppen dominiert wird. So hatten die drei grössten Kassen im Jahr 2009 einen Marktanteil von 41.8% und durchschnittliche 1'075'000 Versicherte. Da diese Versicherungsgruppen mit der Einführung der KRK aufgelöst würden und manche Kantone eine relativ kleine Bevölkerung haben (z.B. Glarus 38'000, Appenzell A. Rh. 53'000), könnte die Anzahl der ganz grossen Kassen auch abnehmen.

Abbildung 8 vergleicht die heutige Konzentration auf dem Krankenversicherungsmarkt mit der Konzentration in einer Situation, in der es in jedem Kanton eine Kasse gäbe. Die vertikale Achse stellt den Anteil der Bevölkerung dar, der in der jeweiligen Anzahl Kassen / Kantone versichert ist. Die Grafik links zeigt zum Beispiel, dass im Jahr 2009 60% der Versicherten in den 6 grössten Krankenversicherungskassen (Gruppen gelten als eine Kasse) versichert sind. Die Grafik rechts zeigt, dass hingegen 47% der Versicherten in den 4 grössten kantonalen Kassen versichert wären, falls alle Kantone ihre eigene KRK einführen würden.

Die Veränderung der Gröszenstruktur der Kassen könnte Auswirkungen auf die Effizienz der Kassen haben, falls grössere Kassen besser in der Lage sind, ihre Verwaltungskosten und allenfalls auch ihre Gesundheitskosten zu senken. In diesem Abschnitt setzen wir uns mit dieser Frage auseinander, indem wir (1) die möglichen Ursachen für Grössenvorteile ansehen, (2) die Entwicklung der Anzahl und Grösse der Kasse in den letzten Jahren analysieren, (3) den Zusammenhang zwischen Verwaltungskosten und Grösse der Kassen aufzeigen, (4) das Verhältnis zwischen der Grösse einer Kasse und der notwendigen Reservehaltung diskutieren und schliesslich (5) ein vorläufiges Fazit zur Bedeutung von Grössenvorteilen für die mögliche Einführung von KRK ziehen.

Abbildung 8: Konzentration auf dem Krankenversicherungsmarkt 2009 und Konzentration bei einer Kasse pro Kanton



Quelle: Aufsichtsdaten BAG, eigene Berechnungen

Die Abbildung stellt die Konzentration Krankenversicherungsmarkt mit sogenannten Lorenzkurven. Die Kurven zeigen welcher Anteil der Versicherten in der ersten bis zur soundsovielten Kasse versichert ist, wobei die Kassen von der kleinsten bis grössten geordnet sind. Die gerade diagonale Linie stellt eine Situation ohne Konzentration dar, in der alle Kassen gleich viele Versicherte hätten und also gleich gross wären.

Die Kurve in der Grafik links zeigt z.B., dass etwa 40% der Versicherten im Jahr 2009 in den ersten 54 Kassen versichert waren (siehe Pfeil rechts), oder anders gesagt 60% der Versicherten in den grössten 6 Kassen versichert waren (insgesamt gab es 2009 59 Kassen und Kassengruppen).

Die Kurve in der Grafik rechts zeigt die Konzentration auf dem Krankenversicherungsmarkt, falls es in jedem Kanton nur eine einzige Kasse und damit insgesamt 26 Kassen gäbe. Die mit dem Pfeil markierte Stelle der Kurve zeigt z.B., dass in diesem Fall etwa 53% der Versicherten in den 22 Kassen der eher kleineren Kantone versichert wären, während die restlichen 47% der Versicherten in den Kassen der 4 grössten Kantone (ZH, BE, VD, AG) versichert wären.

4.1.1.1 Ursachen für Grössenvorteile in der Krankenversicherung

Eine ganze Reihe von Argumenten sprechen dafür, dass grössere Kassen geringere Verwaltungskosten pro Versicherten haben könnten:²⁴

- Grössere Kassen können die Kosten der Anschaffung von elektronischen Leistungsabwicklungssystemen und anderen Investitionen in effizientere Verwaltungsabläufe auf mehr Versicherte aufteilen und damit die Verwaltungskosten pro Versicherten senken. Dieses Argument wird häufig bei Übernahmen und Fusionen von Kassen angeführt.
- Grössere Kassen verfügen über die Fachkräfte und die finanziellen Mittel für die Entwicklung von neuen Versicherungsmodellen. Diese neuen Versicherungsmodelle

²⁴ Für eine Diskussion möglicher Grössenvorteile siehe auch Hefti und Frey (2008)

können dazu beitragen, die Gesundheitskosten der Versicherten zu senken. Kleine Kassen sind auch nicht in der Lage, selbst Verhandlungen mit Leistungserbringern zu führen, um niedrigere Preise auszuhandeln.

- Grössere Kassen können die höheren Anforderungen des VVG besser erfüllen und somit Grund- und Zusatzversicherungen aus einer Hand anbieten. Sie können somit mehr Versicherte anziehen und ihre Fixkosten auf mehr Versicherte verteilen.
- Kleinere Kassen müssen höhere Reservequoten erfüllen und Kassen mit weniger als 50'000 Versicherten müssen zusätzlich eine Rückversicherung abschliessen. Beides führt zu höheren Kosten pro Versicherten.
- Viele kleinere Kassen sind von den zunehmend komplexeren administrativen Anforderungen überfordert (z.B. Datenlieferungen an das BAG, aufwändige Tarifrunden, etc.) (Hefti und Frey 2008).

Neben diesen Argumenten für Grössenvorteile im Krankenversicherungsmarkt gibt es auch einige Gründe, wieso kleinere Kassen effizienter sein könnten.

- Der Verwaltungsapparat der kleinen Kassen ist meist relativ schlank, da sie teilweise noch im Milizsystem geführt werden. Die Tendenz, den Verwaltungsapparat aufgrund von bürokratischen Eigendynamiken laufend zu vergrössern ist im Vergleich zu grossen Kassen deutlich geringer, was zu eher geringeren Verwaltungskosten führen kann.
- Da sich die kleinen Kassen oft auf wenige ländliche Gemeinden konzentrieren, besteht eine deutlich grössere soziale Kontrolle über die in Anspruch genommenen Leistungen. Dies führt zu tendenziell geringeren Gesundheitskosten und Prämien.

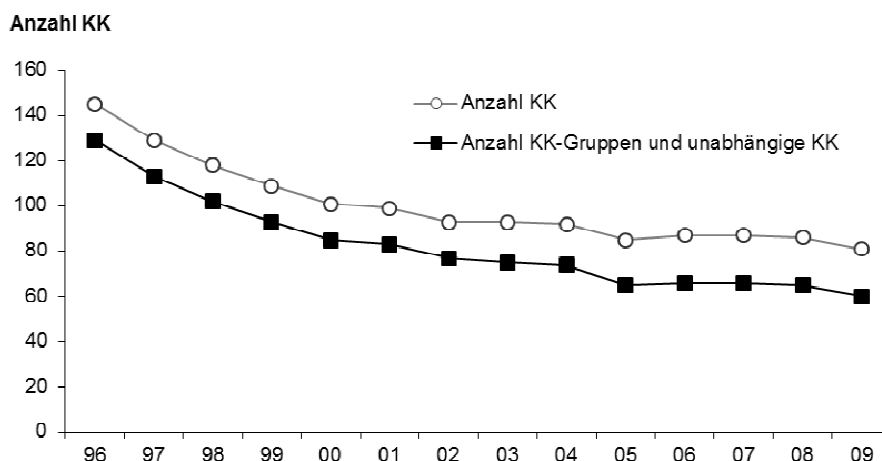
4.1.1.2 Entwicklung der Anzahl und Grösse der Kassen

Eine ganze Reihe von Argumenten spricht also für Grössenvorteile in der Krankenversicherung. Um zu prüfen, ob es auch empirische Hinweise für die Existenz von Grössenvorteile gibt, sehen wir uns in diesem Abschnitt die Entwicklung der Anzahl der Kassen und der Grösse der Kassen an. Falls es tatsächlich Grössenvorteile gibt, sollten diese zu einem Wettbewerbsvorteil für die grossen Versicherer und damit zu einem Konzentrationsprozess führen.

Die Anzahl Kassen hat nach der Einführung des KVG im Jahr 1996 zuerst deutlich abgenommen und liegt seit 2005 bei etwa 80 Kassen (siehe Abbildung 9). Die Zahl blieb in den letzten Jahren stabil, da zwar immer wieder kleinere und mittlere Kassen geschlossen oder übernommen wurden, die grossen Versicherungsgruppen aber gleichzeitig regelmässig neue sogenannte Billigkassen gegründet haben. Hefti und Frey (2008) zeigen aber auch, dass die Zahl der Kassen in den einzelnen Kantonen nur abgenommen hat, wenn

Versicherungsgruppen als ein Anbieter betrachtet werden. Betrachtet man jede Tochterkasse separat, sinkt die Zahl der Anbieter zwischen 1996 und 2006 nur in 13 Kantonen.

Abbildung 9: Anzahl Kassen und Kassen-Gruppen (1996 bis 2009)



Quelle: Statistik der obl. Krankenversicherung 2009(BAG 2010a)eigene Berechnung

KK: Krankenkasse

Die Zahl der Kassen hat zwischen 1996 und 2009 von 145 auf 81 abgenommen. Die Zahl der Versicherungsgruppen ging von 127 auf 60 zurück.

Ein besseres Bild der Konzentration auf dem OKP Versicherungsmarkt gibt der Anteil der Versicherten, die bei einer der grossen Kassen oder Kassen-Gruppen versichert sind. Im Jahr 2009 umfassten die 16 Kassen mit einem Marktanteil von über 1% der Versicherten 93.3% aller Versicherten (die grössten 3 Kassen haben einen Anteil von 41.8%, die grössten 10 Kassen von 81.7%). Im Jahr 1996 war ihr Anteil mit 90.1% nur wenig niedriger gewesen (die grössten 3 Kassen hatten einen Anteil von 41.2%, die grössten 10 von 76.8%).

Zusammenfassend können wir sagen, dass vor allem in den ersten zehn Jahren nach der Einführung des KVGs ein Konzentrationsprozess stattgefunden hat und die Situation ungefähr seit 2005 relativ stabil ist. Es gibt damit gewisse Indizien für Grössenvorteile, diese scheinen aber nicht stark genug zu sein, um den Konzentrationsprozess rasch voranzutreiben.

4.1.1.3 Verwaltungskosten und Grösse der Kassen

Die Beziehung zwischen der Grösse der Kassen und der Höhe der Verwaltungskosten pro Versicherten könnte ebenfalls Hinweise geben, ob Grössenvorteile in der Krankenversicherung vorliegen. So wurde in der *Berner Zeitung* etwa vor kurzem die

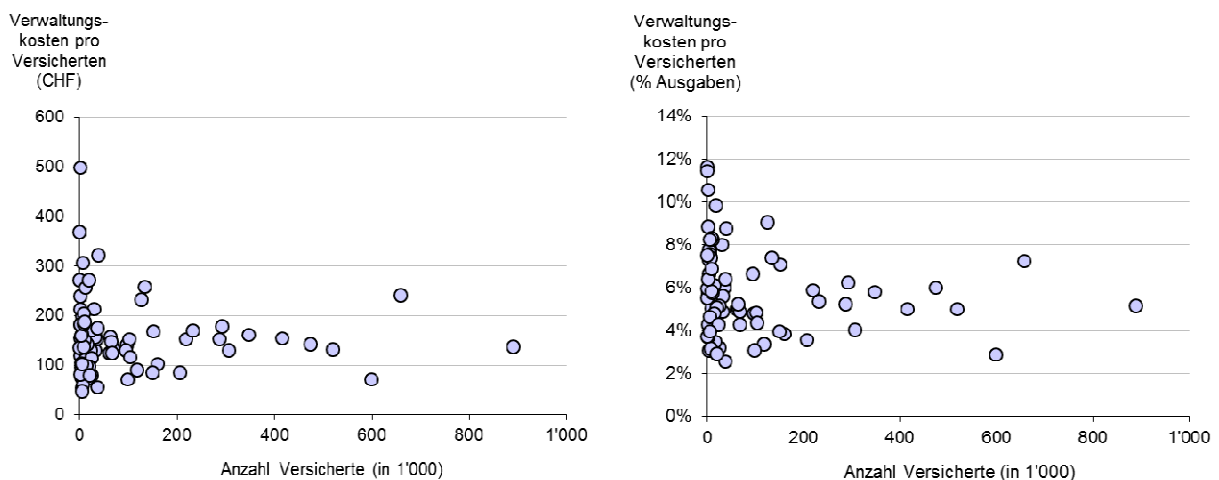
Position vertreten, grössere Kassen hätten im Durchschnitt *höhere* Verwaltungskosten pro Kopf (Berner Zeitung 2010a).

Eine einfache grafische Analyse, bei der jede Kasse mit ihren Verwaltungskosten pro Versicherten und ihrer Versichertenzahl in einem Diagramm dargestellt wird, zeigt keinen Zusammenhang zwischen diesen Grössen (siehe

Abbildung 10). Falls Grössenvorteile bestehen würden, müssten die Punkte rechts in der Grafik (grössere Kassen) im Durchschnitt tiefer liegen als die Punkte weiter links. Die Grafiken zeigen auch, dass die Streuung der Verwaltungskosten unter den kleinen Kassen grösser ist als unter den Grossen.

Bei einer Betrachtung über verschiedene Jahre (hier nicht dargestellt) nimmt die Streuung im Laufe der Zeit ab. Dieser Eindruck passt zur Beobachtung von Hefti und Frey (2008), dass die Verwaltungskosten der verschwundenen Kassen beinahe immer über denjenigen der weiter bestehenden liegen. Möglicherweise werden die ineffizienten Kassen durch den Wettbewerb verdrängt, vielleicht werden sie aber auch effizienter.

Abbildung 10: Verwaltungskosten und Grösse der Kassen im Jahr 2009



Quelle: Statistik der obl. Krankenversicherung 2009(BAG 2010a)eigene Berechnung

Die Grafik zeigt den Zusammenhang zwischen Verwaltungskosten pro Versicherten und der Anzahl Versicherten der Kassen. Jeder Punkt stellt diesen Zusammenhang für eine einzelne Kasse dar. Die durchschnittlichen Verwaltungskosten pro Versicherten scheinen bei grossen Kassen nicht systematisch höher oder niedriger zu sein als bei kleinen Kassen.

Jede Kasse ist in den Grafiken durch einen Punkt dargestellt, welcher ihre Verwaltungskosten pro Versicherten und die Anzahl ihrer Versicherten zeigt. Ein Ausreisser bei den Verwaltungskosten in % der Ausgaben wird nicht dargestellt (Compact Grundversicherungen AG).

Wir haben den Zusammenhang zwischen Grösse und Verwaltungskosten zusätzlich in einer Korrelationsanalyse untersucht.²⁵ Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen der Zahl der Versicherten der Kassen und ihrem Verwaltungsaufwand pro Versicherten ist jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang²⁶ festzustellen (siehe Tabelle 3), was den Eindruck der grafischen Analyse bestätigt.

Tabelle 3: Korrelation Anzahl Versicherter und Verwaltungskosten pro Kopf

	1996	2000	2008
Korrelation zwischen Anteil Verwaltungsaufwand an Ausgaben und Anzahl Versicherte	-0.0157 (0.8512)	-0.0946 (0.3466)	-0.0294 (0.7883)
Korrelation zwischen Verwaltungsaufwand pro Kopf und Anzahl Versicherte		0.0223 (0.8247)	0.1330 (0.2222)

Quelle: Eigene Berechnung mit OKP Daten BAG

Die Tabelle zeigt die in der Korrelationsanalyse ermittelten Koeffizienten. Die Werte in Klammern sind die sogenannten p-Werte, die hier angeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Hypothese, dass der Wert des Koeffizienten gleich Null ist (also kein Zusammenhang besteht), nicht verworfen werden kann.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Verwaltungskosten und Grösse der Kassen

- Obwohl es auf den ersten Blick eine ganze Reihe von einleuchtenden Argumenten gibt, wieso grössere Kassen effizienter als kleine Kassen arbeiten sollten, kann unsere Analyse keinen derartigen Zusammenhang erkennen.
- Mit dem Verschwinden von kleinen Kassen sind keine Effizienzgewinne oder Effizienzverluste zu erwarten.
- KRKs in kleineren Kantonen sollten ebenso effizient arbeiten können wie solche in grossen Kantonen.

²⁵ Die Korrelationsanalyse ist eine statistische Methode, mit der die Art und Intensität des linearen Zusammenhangs zwischen zwei Grössen gemessen wird.

²⁶ Ein statistisch signifikanter Zusammenhang ist ein Zusammenhang, der mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht rein zufällig ist.

4.1.1.4 Kassengrösse und notwendige Reservehaltung

Das Risiko einer Kasse besteht darin, dass in einem Jahr die Ausgaben so hoch sind, dass diese mit den Prämieinnahmen desselben Jahres nicht gedeckt werden können. Sollte sich ein Ausgabenüberschuss einstellen, kann die Kasse zur Verhinderung der Zahlungsunfähigkeit versuchen, im Nachhinein einen Kredit aufzunehmen. Sie kann dem Illiquiditätsrisiko aber auch vorbeugen, indem sie über die Bildung von Reserven ein eigenes Polster aufbaut oder indem sie sich vorgängig rückversichert.

In der aktuellen politischen Situation sind die Kassen verpflichtet, minimale Reserven als Prozentsatz des Prämienvolumens zu halten. So schreibt Art. 78 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für Kassen bis 50'000 Versicherte einen Mindestreservesatz von 20% des Prämienvolumens, für Kassen zwischen 50'000 und 150'000 einen Satz von 15% und für Kassen über 150'000 einen Satz von 10% vor. Zusätzlich sind Kassen mit weniger als 50'000 Mitgliedern verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.

Dass grössere Kassen kleinere Reserveanteile halten müssen, ist versicherungsmathematisch durchaus sinnvoll, da die Wahrscheinlichkeit von zufälligen grossen Ausschlägen der Ausgaben bei einem grossen Versicherungskollektiv kleiner ist. Letztlich ist dieser Zusammenhang ja auch der Grund, warum man sich überhaupt versichert – um eben das Risiko auf viele Personen aufzuteilen.

Im Zusammenhang mit der Bildung von kantonalen Kassen stellt sich nun die Frage, ob kleinere Kantone ein genügend grosses Versicherungskollektiv bilden, um das Risiko auf genügend Personen verteilen zu können. Ein Blick auf die bestehenden Versicherungslandschaft zeigt dabei, dass offenbar viele kleine und kleinste Kassen in der Lage sind, trotz der schärferen Reservevorschriften im Markt zu bestehen.

Eine andere und wohl bedeutendere Frage ist allerdings, inwiefern diese Reservevorschriften dem Illiquiditätsrisiko der einzelnen Kassen Rechnung tragen. So argumentieren Beck et al.(2011), dass nicht die Reservesätze, sondern das zumutbare Restrisiko der Illiquidität die politisch festzulegende Grösse sein sollte. Davon lässt sich dann der notwendige Reservesatz in Abhängigkeit der Kassengrösse ableiten. Einen ganz ähnlichen Ansatz verfolgt auch die FINMA bei der Regulierung der Zusatzversicherungen. Beck et al. berechnen solche Reservesätze unter Berücksichtigung von vier verschiedenen Risiken. Das Zufallsrisiko beschreibt dabei die Gefahr, dass in einem Jahr zufälligerweise viele Mitglieder einer Kasse hohe Kosten verursachen. Das so genannte Parameterrisiko umfasst die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Kostenentwicklung. Das Finanzmarktrisiko bildet die möglichen Wertschwankungen der Kapitalanlagen ab, und das Grossschadensrisiko

berücksichtigt das mögliche Auftreten von ausserordentlichen Ereignissen wie etwa einer Pandemie.

Die Simulationsergebnisse von Beck et al. (2011) zeigen, dass für ein Versicherungskollektiv von 10'000 Personen die heute geltende Reservevorschrift von 20% ein Risiko der Zahlungsunfähigkeit von 0.52% impliziert. Mit anderen Worten hätte eine Kasse von dieser Grösse und 20% Reserven alle 200 Jahre ein Zahlungsproblem bzw. könnte pro Jahr eine von 200 Kassen von dieser Grösse ihren Verpflichtungen nicht nachkommen. Für grössere Kassen liegt der Reservesatz bei einem Illiquiditätsrisiko von einem halben Prozent erwartungsgemäss tiefer, allerdings nicht sehr viel tiefer. So beträgt der notwendige Reservesatz bei 50'000 Versicherten rund 16%, bei 150'000 ungefähr 14% und bei einer Million noch etwa 13%. Um einiges höhere Reservesätze ergeben sich nur bei sehr kleinen Versicherungskollektiven von deutlich unter 10'000 Personen. Letztere Ergebnisse sind aber in Bezug auf Kantonale Krankenkasse nicht relevant, da Appenzell Innerrhoden als kleinste politische Einheit mit gut 15'000 Einwohnern bereits in einem Bereich liegt, in dem der Reservesatz nur noch wenig variiert.

Gegenüber der heutigen Situation würde eine kantonale KRK auch zu einer höheren Transparenz bei der Reservehaltung führen, da sogenannte Quersubventionierungen zwischen Kantonen nicht mehr möglich wären. So kritisieren Vertreter verschiedener Kantone, dass die Prämien in ihren Kantonen in den vergangenen Jahren mehr als die Gesundheitskosten gestiegen seien und dass diese Mehreinnahmen dazu genutzt worden seien, die Prämien in anderen Kantonen weniger ansteigen zu lassen (Berner Zeitung 2010b). Für Kassen, die in verschiedenen Kantonen aktiv sind, macht es aus betriebswirtschaftlicher Sicht aber keinen Sinn kantonale Reserven zu bilden, da eine Kasse nicht in einzelnen Kantonen sondern nur als ganze Konkurs gehen kann. Auch kann nur dann von einer Quersubventionierung über die Kantongrenzen hinweg gesprochen werden, wenn systematisch Gelder in eine Richtung fliessen. Wenn andererseits die überregionalen Reserven einer Kasse zum Ausgleich von zufälligen Kostenschwankungen in den einzelnen Kantonen verwendet werden, handelt es sich nicht um eine Quersubventionierung, sondern um einen versicherungstechnisch sinnvollen Ausgleich innerhalb eines möglichst grossen Versicherungskollektivs.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kassengrösse und notwendige Reservehaltung

- Gemäss der neuesten Berechnungen von Beck et al. (2011) sind die Reserven, die zur Vermeidung eines bestimmten Illiquiditätsrisikos notwendig sind, auch für kleine Kantone recht gering. So liegt bei Anwendung der heute geltenden Reservevorschriften bei Appenzell Innerrhoden oder Glarus das Restrisiko der Zahlungsunfähigkeit im Promillebereich.
- Zudem scheint die Rückversicherungspflicht der bestehenden Kassen mit weniger als 50'000 Mitgliedern keine existenzielle Bedrohung im freien Versicherungsmarkt darzustellen.

4.1.2 Kosten der Kassenwechsel

Die Kassenwechsel und ihre Kosten spielen eine zentrale Rolle in unserer Fragestellung. Die Befürworter einer kantonalen oder regionalen Krankenkasse gehen davon aus, dass es vor allem hier möglich sei, Kosten zu sparen, da viele sinnlose Versicherungswechsel die Verwaltungskosten und damit die Prämien in die Höhe treiben. Die Befürworter des Wettbewerbs argumentieren hingegen, dass die Wechselkosten nur einen minimalen Anteil der Versicherungskosten darstellen. Der Wettbewerb zeige sich im Moment zwar teilweise in einer sinnlosen Jagd auf die guten Risiken, aber mit dem neuen Risikoausgleich im Jahr 2012 werde dieses Problem zu einem grossen Teil gelöst. Der Druck der Wechsel werde die Kassen dann zwingen, kostensparende und kundenfreundliche Managed Care Modelle zu entwickeln und ihre Leistungen den Wünschen der Versicherten anzupassen.

Bei unserer Analyse der Kassenwechsel und ihrer Kosten gehen wir folgendermassen vor: Zum Einstieg sehen wir uns an, inwieweit es möglich und sinnvoll ist zwischen *guten* und *schlechten* Kassenwechseln zu unterscheiden (Abschnitt 4.1.2.1). Dann zeigen wir die aktuelle Wettbewerbssituation auf dem Krankenversicherungsmarkt auf, insbesondere die vielfältigen Formen der Risikoselektion, und diskutieren, ob der heute existierende Risikoausgleich in der Lage ist, diese zu beheben (4.1.2.2). Im dritten Abschnitt untersuchen wir, inwieweit heute ein Systemfehler besteht, der zu unnötigen Kassenwechseln führt (4.1.2.3). Im vierten Abschnitt schätzen wir die Anzahl und die Kosten der Kassenwechsel im heutigen Regime (4.1.2.3). Wir können diese Kosten aber nicht ohne weiteres als potentielle Einsparungen der KRK ansehen, da nicht alle Wechsel als volkswirtschaftlich unerwünscht betrachtet werden können und sich zudem die Wettbewerbssituation mit dem neuen Risikoausgleich im Jahr 2012 deutlich verändern könnte. In Abschnitt 4.1.3.1 diskutieren wir deshalb den neuen Risikoausgleich und seine möglichen Auswirkungen auf die Zahl und Kosten der Kassenwechsel.

4.1.2.1 Gute und schlechte Wechsel

Versuchen wir erst einmal zu klären, inwieweit es „gute“ und „schlechte“ Kassenwechsel gibt und inwieweit es möglich ist, diese zu unterscheiden. Die Positionen der Befürworter und Gegner des Wettbewerbs auf dem Krankenversicherungsmarkt unterscheiden sich ja gerade auch in dieser Frage.

Wir bezeichnen Kassenwechsel als *gute* und *schlechte* Wechsel, je nachdem ob sie dazu beitragen die Ziele des regulierten Wettbewerbs zu erreichen oder nicht. Während ein Kassenwechsel aus der Sicht des Einzelnen fast immer gut ist (ausser jemand wird gegen seinen Willen aus einer Versicherung gedrängt), kann ein Kassenwechsel aus der Sicht des Gesundheitssystems schlecht sein, wenn er den Zielen einer möglichst effizienten Leistungserbringung und der Solidarität zwischen Kranken und Gesunden widerspricht (siehe Kapitel 2).

Beispiele für gute Wechsel sind solche, welche die Kassen zu einer erhöhten Effizienz und einem besseren Service zwingen. Wenn jemand die Kasse wechselt, weil seine bisherige Kasse aufgrund mangelnder Kostenkontrolle überhöhte Prämien verlangt, so ist dies ein guter Wechsel. Auch ein Kassenwechsel aufgrund von schlechtem Kundenservice ist ein guter Wechsel, sofern dieser schlechte Service nicht absichtlich erbracht wurde, um den Kunden los zu werden (siehe das Problem der Risikoselektion im nächsten Abschnitt). Schliesslich ist auch ein Wechsel in ein Versicherungsmodell, das den Bedürfnissen des Versicherten unabhängig von den Kosten besser entspricht, ein guter Wechsel, da er die allokativen Effizienz erhöht. Aus dieser Sicht kann es also auch zu wenige Wechsel geben, wenn die Kassen ihre Kunden trotz schlechtem Service und hohen Prämien davon abhalten können, die Kasse zu wechseln. So war um das Jahr 2000 die Mehrheit der schweizerischen GesundheitsökonomInnen noch der Meinung, dass es zu wenig Kassenwechsel gebe und die Mobilität der Versicherten aufgrund von vertraglichen Hindernissen und einer gewissen Trägheit der Versicherten eingeschränkt werde.

Beispiele für schlechte Wechsel sind solche, die nur Kosten verursachen und die zu einer Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden führen. Wenn jemand zum Beispiel je nach Gesundheitszustand von einer Kasse zur anderen wechselt – etwa ein Managed Care Modell mit niedrigen Prämien wählt, solange er nicht zum Arzt muss, und zu einer Kasse mit freier Arztwahl wechselt, sobald gesundheitliche Probleme auftauchen – ist dies nach unserer Definition ein schlechter Wechsel.

Schlechte Wechsel sind meist die Folge von Risikoselektion. Risikoselektion heisst, dass die Kassen versuchen, nur die sogenannten *guten Risiken* zu versichern, also Personen mit niedrigen erwarteten Gesundheitskosten. Wenn eine Kasse mit dieser Strategie Erfolg hat, verfügt sie über überdurchschnittlich viele gesunde Versicherte, die relativ geringe

Gesundheitskosten verursachen und es ihr erlauben, über niedrige Prämien zusätzliche Versicherte anzuziehen. Ein schlechter Wechsel ist in diesem Zusammenhang ein Wechsel, der nur stattfindet, weil die Kasse aufgrund der Risikoselektion, und nicht etwa einer höheren Effizienz, in der Lage ist, neue Versicherte anzuziehen.

Fassen wir zusammen. Ob ein Wechsel gut oder schlecht ist, lässt sich nur sagen, wenn wir gleichzeitig die Rahmenbedingungen beurteilen, in denen der Wechsel stattfindet. In einem von Risikoselektion dominierten Krankenversicherungsmarkt sind Wechsel aufgrund von hohen Prämienunterschieden oder absichtlich schlechtem Service meist schlecht.

Andererseits können Wechsel in einem Markt, in dem die Kassen sich gegenseitig mit Servicequalität und kostensenkenden Massnahmen konkurrenzieren, gut sein.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Gute und schlechte Wechsel

- Die gesundheitspolitischen Ziele des regulierten Wettbewerbs auf dem Krankenversicherungsmarkt sind Effizienz und Solidarität. Gute Wechsel sind Wechsel, die beitragen, diese Ziele zu erreichen. Schlechte Wechsel führen zu weniger Effizienz und weniger Solidarität.
- In einem von Risikoselektion bestimmten Krankenversicherungsmarkt sind die meisten Wechsel schlechte Wechsel, da sie unnötige Kosten verursachen und die Solidarität zwischen den Versicherten untergraben.
- In einem von Wettbewerb ohne Risikoselektion bestimmten Markt sind die meisten Wechsel gute Wechsel, da sie die Kassen antreiben, ihre Kosten zu senken und Versicherungsmodelle zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen.

4.1.2.2 Wettbewerb, Risikoselektion und Risikoausgleich

Die Versicherten können heute in der Schweiz zwischen einer Vielzahl von Kassen mit unterschiedlichen Versicherungsmodellen und Prämien wählen. Die hohen Prämienunterschiede sind heute der wichtigste Grund für Kassenwechsel. Weitere Gründe sind Unzufriedenheit mit der Servicequalität der bisherigen Kasse und die Wahl eines Versicherungsmodells einer anderen Kasse, das den eigenen Bedürfnissen besser entspricht.²⁷

²⁷ Zum Wettbewerb auf dem Schweizerischen Krankenversicherungsmarkt siehe z.B. Beck (2004), Hefti und Frey (2008) und Hammer et al. (2008).

Risikoselektion

Der Wettbewerb auf dem schweizerischen Krankenversicherungsmarkt ist heute vor allem von der Jagd auf die guten Risiken geprägt. Dabei lässt sich zwischen passiver und aktiver Risikoselektion unterscheiden.

Bei der *passiven Risikoselektion* bieten die Kassen Versicherungsmodelle an, die aufgrund der Leistungsauswahl und der eingebauten Hürden vor allem für die guten Risiken attraktiv sind und die schlechten Risiken (die Versicherten mit hohen Gesundheitskosten) abschrecken. Viele der Versicherungsmodelle, die dank einer Steuerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen (z.B. Einschränkung der freien Arztwahl in Hausarzt- und Managed Care Modellen, Auflage vor jedem Arztbesuch ein Telemedizin-Zentrum zu kontaktieren) oder einer höheren Kostenbeteiligung (z.B. höhere Franchisen) eine höhere Effizienz bringen sollen, dienen heute wohl in erster Linie der Risikoselektion. Weitere Mittel zur passiven Risikoselektion sind die Wahl eines umständlicheren Systems zur Begleichung der Kosten von Medikamenten (z.B. *tier garant* statt *tier payant*²⁸) oder das Aufstellen von Hindernissen, die schlechte Risiken bei der Anmeldung bei der Kasse behindern sollen (z.B. Anmeldung nur über Internet möglich).

Auch die sogenannten Billigkassen sind ein Instrument zur passiven Risikoselektion, das von fast allen grossen Versicherungsgruppen genutzt wird. Die Billigkassen werden mit dem Know-How und der Infrastruktur der Versicherungsgruppe betrieben, haben aber Prämien, die deutlich unter denen des Rests der Gruppe liegen. Mit den Billigkassen wird das KVG vorgesehene Prinzip der Einheitsprämie ausgehebelt, da eine Versicherungsgruppe so über mehr als eine Einheitsprämie verfügen kann.

Die Groupe Mutuel, die sich heute aus 14 einzelnen Kassen zusammensetzt, nimmt mit ihrer Multikassen-Strategie eine besondere Position unter den Krankenkassen ein und ist in gewisser Weise die Erfinderin der Billigkassen-Strategie. Die 14 rechtlich unabhängigen Kassen der Groupe Mutuel treten einheitlich gegen aussen auf, jede der Kassen setzt aber eine eigene Prämie fest. Interessenten, die sich bei der Groupe Mutuel versichern wollen, erhalten je nach Risikoeinschätzung durch die Gruppe die Offerte einer teuren oder einer

²⁸ Im *tier payant* bezahlt der Versicherte die Rechnung des Leistungserbringers und leitet diese dann an die Kasse weiter. Im *tier garante* wird die Rechnung direkt von der Kasse bezahlt. Während für die ambulante Behandlung das *tier payant* Modell von relativ vielen Kassen angewandt wird, gilt das *tier payant* Prinzip bei den meisten Kassen beim Kauf von kassenpflichtigen Medikamenten. Nur wenige Kassen verlangen von ihren Versicherten, dass sie die Medikamente in der Apotheke aus der eigenen Tasche bezahlen und die Rechnung dann an ihre Kasse weiterleiten. Damit könnten sie durchaus auch das Ziel der Risikoselektion verfolgen, da Versicherte mit einem geringen Bedarf an Medikamenten weniger vom zusätzlichen Aufwand dieses Abwicklungssystems betroffen sind.

billigen Kasse. Durch den gemeinsamen Auftritt fehlt die Transparenz und die Interessenten sind sich dieser Situation wohl oft nicht bewusst.²⁹Die Groupe Mutuel, die bereits 1996 aus einer Vielzahl von Kassen bestand, hat ihre Strategie anfangs sehr erfolgreich umgesetzt und konnte in den Jahren bis 2003 viele Versicherte dazu gewinnen (Leu et al. 2006). Ab 2003 begannen andere grosse Versicherer wie die Helsana, diese Strategie zu kopieren und 2005 folgten auch die CSS und die Visana. Wie von Leu und Beck (2006) vorausgesehen, führte die grössere Verbreitung der Strategie dazu, dass sie weniger profitabel wurde. Die Groupe Mutuel konnte ab 2006 nicht mehr weiter wachsen, während die anderen grossen Versicherer nach Übernahme der Strategie erstmals wieder wachsen konnten.³⁰

Bei der *aktiven Risikoselektion* wird versucht, die schlechten Risiken zum Verlassen der Kasse zu bewegen oder sie aktiv von einem Eintritt abzuhalten. Beck (2004) berichtet von einer breiten Palette von Methoden, die vom einfachen Abwimmeln von schlechten Risiken, über absichtlich falsche Angaben von hohen Prämien für ältere Personen bis zu Aufträgen an Maklergehen, teure Versicherte an die Konkurrenz abzuschieben. Weitere Beispiele sind das Call-Center einer Versicherung, welches die Anrufe von Kunden mit hohen Gesundheitskosten immer wieder an das Ende der telefonischen Warteschlange stellt, während die Anrufe der guten Risiken sofort beantwortet werden, oder absichtliche Verspätungen in der Rückerstattung von Rechnungen. Manche Kassen versuchen die Aufnahme von schlechten Risiken zu verhindern, indem sie vor dem Vertragsabschluss zusätzliche Informationen zu den Eintrittswilligen sammeln. Solche Praktiken sind meist nicht legal. Es ist daher schwierig zu sagen, wie stark sie verbreitet sind. Die vorhandenen Studien zur Risikoselektion und zum Risikoausgleich in der Schweiz, wie die von Beck (2004), gehen aber von einer verbreiteten aktiven Risikoselektion aus und berücksichtigen die damit verbundenen Kosten in ihren Modellen.

Die Gewinner der Risikoselektion sind die Kassen, denen eine erfolgreiche Strategie der Risikoselektion gelingt, und die Versicherten, die über eine geschickte Kassenwahl ihre Prämienausgaben verringern können. Die Verlierer der Risikoselektion sind hingegen jene Versicherten, die höhere Prämien zahlen und die Gesamtheit der Versicherten, da Ziele der Effizienzsteigerung und der Solidarität zwischen Kranken und Gesunden nicht erreicht

²⁹ Ein Besuch der Website des Groupe Mutuel im November 2010 zeigt, dass eine Offerte online nur eingeholt werden kann, wenn man seine derzeitige Versicherung angibt. Je nach Versicherung werden dem Interessenten unterschiedliche Prämien angeboten. Älteren Versicherten wird jedoch keine schlechtere Offerte unterbreitet.

³⁰ Per 1. Januar 2011 reduziert die Groupe Mutuel die Anzahl ihrer Kassen von 15 auf 4. In der Pressemitteilung wird vor allem mit den tieferen Reserveanforderungen argumentiert, da alle neuen Kassen mehr als 150'000 Versicherte haben werden. (Groupe Mutuel 2010)

werden. Der Wettbewerb zwischen den Kassen verliert also eine seiner wichtigen Funktionen, wenn sich die Kassen auf Risikoselektion statt auf Effizienzsteigerung konzentrieren.

Risikoausgleich

Als Mittel gegen die unerwünschten Folgen der Risikoselektion wurde 1996 der Risikoausgleich zwischen den Kassen eingeführt. Der gegenwärtige Risikoausgleich teilt die erwachsenen Versicherten einer Prämienregion nach Geschlecht und Alter in 30 Gruppen ein, und wird deshalb auch *demografischer* Risikoausgleich genannt. Aufgrund der jährlichen Gesundheitskosten (nach Abzug von Franchise und des Selbstbehalt) berechnet die Gemeinsame Einrichtung KVG die Beträge, die für die jüngeren Versicherten zu zahlen sind, bzw. für die älteren Versicherten ausbezahlt werden (die Gesundheitskosten steigen mit dem Alter und sind bei Frauen im Durchschnitt höher). Für eine Krankenkasse entsprechen die jährlichen Kosten eines Versicherten damit der Summe aus den jährlichen Gesundheitskosten des Versicherten und der Zahlungen, die für diesen Versicherten an Ausgleichskasse zu leisten sind bzw. von ihr überwiesen werden. Die Nettokosten der Versicherten gleichen sich damit an, da die Kosten der guten Risiken steigen und die der schlechten Risiken sinken. Damit sollten im Idealfall auch die Anreize zur Risikoselektion verschwinden.

In seiner gegenwärtigen Form hält der Risikoausgleich die Kassen aber nicht von der Risikoselektion ab. Mit den Instrumenten der passiven Risikoselektion ist es immer noch möglich, Versicherte mit unterdurchschnittlichen Gesundheitskosten, die nicht über den Risikoausgleich kompensiert werden müssen, anzuziehen (Beck 2004).

Ein wichtiger Grund, warum sich Risikoselektion im aktuellen Wettbewerbssystem lohnt, ist, dass Gesunde unabhängig von Alter und Geschlecht viel eher die Versicherung wechseln als Kranke. Eine Kasse mit einer günstigen Risikostruktur und damit tieferen Prämien läuft daher nicht Gefahr, sofort von schlechteren Risiken überrannt zu werden, was dazu führen würde, dass die Kasse ihre Prämien wieder nach oben anpassen müsste.

Tabelle 4 zeigt den Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und der durchschnittlichen Häufigkeit eines Kassenwechsels in den letzten 12 Monaten gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2007. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand ist ein anerkannt guter Indikator für den momentanen Gesundheitszustand und die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben.³¹ Die Tabelle zeigt, dass Personen mit schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand

³¹ Siehe z.B. DeSalvo et al. (2005).

(3.9% der Befragten)mehr als drei Mal weniger häufig die Kasse wechseln als Personen mit gutem und sehr gutem Gesundheitszustand. Dabei entstehen bei der Behandlung der 5% der Versicherten mit den höchsten Kosten etwa 50% der gesamten Gesundheitskosten und etwa 60% der Kosten, die bei den Kassen nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten anfallen.³²

Tabelle 4: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand und Kassenwechsel

selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	Anzahl Antworten	Anteil Antworten in %	durchschnittliche Wechselhäufigkeit (gewichtet)
sehr gut	3'659	19.79	8.7
gut	12'044	65.13	6.6
mittelmässig	2'070	11.19	4.2
schlecht	583	3.15	2.7
sehr schlecht	126	0.68	1.9
keine Antwort	10	0.05	-
Total	18'492	100.00	6.6

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 des BFS, eigene Berechnungen

Die durchschnittliche Wechselhäufigkeit ist nach der soziodemografischen Gewichtung der Teilnehmer an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gewichtet (siehe Anhang A)

In ihrer ausführlichen Übersicht zum Wettbewerb im Gesundheitswesen meinen Hammer et al. (Hammer et al. 2008), dass es sich für die Kassen immer lohnen wird, gute Risiken anzuziehen, solange der Risikoausgleich keine angemessenen Indikatoren für den Gesundheitszustand berücksichtigt.

Im Jahr 2012 wird ein neuer Risikoausgleich eingeführt, der diesen Mangel wenigstens teilweise beheben soll: Neben den Kriterien Alter und Geschlecht wird auch das Kriterium „mehr als 3 Spital- oder Pflegeheimtage im letzten Jahr“ eingeführt, womit sich die Zahl der Risikoausgleichsklassen von 30 auf 60 verdoppelt. Nach Beck et al. (2010) sollten die Anreize zur Risikoselektion mit dem neuen Risikoausgleich stark abnehmen, und der Wettbewerb zwischen den Kassen sollte sich von einer Jagd auf die guten Risiken zu einem Wettbewerb um die höher Effizienz wandeln. Im Abschnitt 4.1.3.1 legen wir dar, inwieweit wir diese Einschätzung teilen.

³² Siehe Anhang A für Details zu unserer Berechnung der Gesundheitskosten auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Wettbewerb, Risikoselektion und Risikoausgleich

- Beim aktuell geltenden Risikoausgleich sind die Anreize zur Risikoselektion so gross, dass ein grosser Teil der Wechsel als schlechte Wechsel zu betrachten sind.

4.1.2.3 Kassenwechsel aufgrund von Reservevorschriften

Als mögliche Ursache von unnötigen Kassenwechseln, werden manchmal auch die bestehenden Reservevorschriften genannt.³³ Bei diesen Vorschriften ist zu beachten, dass die Reserven bei einem Kassenwechsel nicht mit transferiert werden, sondern bei der ehemaligen Krankenkasse bleiben. So ist es möglich, dass eine Kasse, die im Vorjahr niedrige Prämien hatte, und deshalb viele Versicherte anziehen konnte, im nächsten Jahr die Prämien stark erhöhen muss und deshalb wieder viele Versicherte verliert. Derartige Wechsel lösen keinen Druck für eine verbesserte Effizienz der Kassen aus, sondern verursachen nur unnötige Kosten.

Wir illustrieren diesen Mechanismus an Hand eines stark vereinfachten Modells mit 2 Kassen, für welche folgende Annahmen gelten (siehe auch

Abbildung 11):

1. Die 2 Kassen (A und B) haben in der Ausgangssituation je 100 Versicherte. Diese Versicherten lassen sich in 2 Gruppen aufteilen: Versicherte mit hohen Gesundheitskosten (*schlechte Risiken* mit Kosten von z.B. 100 pro Jahr) und Versicherte mit niedrigen Gesundheitskosten (*gute Risiken* mit Kosten von 90 z.B. pro Jahr). Die Kassen unterscheiden sich in der Ausgangssituation allein durch unterschiedliche Anteile von Versicherten der beiden Gruppen.
2. Die guten Risiken wechseln jeweils zur Kasse mit der tieferen Prämie, sobald die Prämien für das nächste Jahr bekannt sind. Die schlechten Risiken wechseln hingegen nie.
3. Die Kassen müssen eine obligatorische Mindestreserve halten, die einem Prozentsatz r ihres Prämienvolumens im laufenden Jahr entspricht (z.B. 10%). Wenn neue Versicherte in die Kasse eintreten, muss die Kasse diese Reserven aufstocken, wenn Versicherte austreten, kann sie die Reserven abbauen.

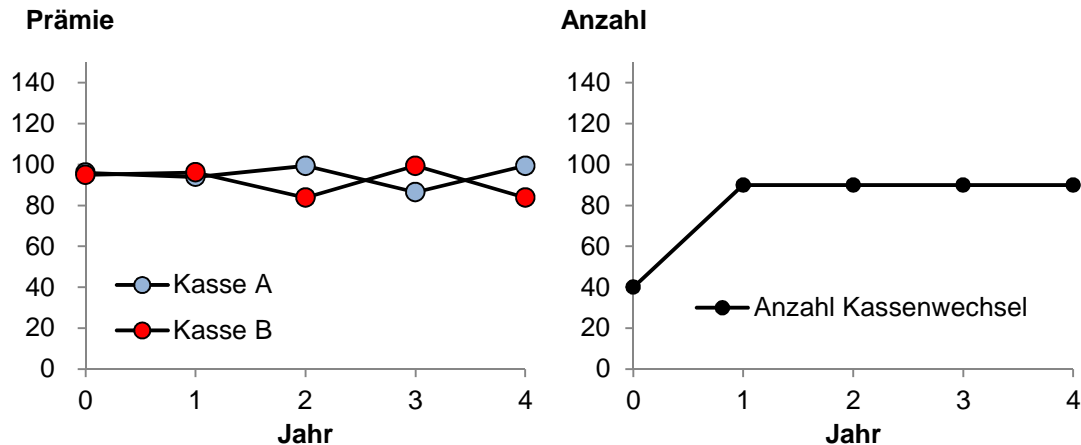
³³ Siehe zum Beispiel das Positionspapier des Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie (GAAM 2009)

4. Die Kassen legen eine einzige Prämie nach dem Prinzip der Kostendeckung fest (Gesundheitskosten geteilt durch Anzahl Versicherte). Die Prämie für das kommende Jahr wird jeweils zum Jahresende festgelegt.
5. Falls im laufenden Jahr Versicherte in die Kasse ein- oder ausgetreten sind, entspricht die Prämie den durchschnittlichen Gesundheitskosten *plus* der notwendigen Anpassung der Reserven pro Versicherten.

In Abbildung 11 stellen wir die Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen der 2 Kassen über einen Zeitraum von 4 Jahren dar. Die grau hinterlegten Felder in der Tabelle zeigen die Annahmen in der Ausgangssituation im Jahr 0. In diesem Jahr entsprechen die Reserven den Vorschriften. Es ist also keine Anpassung der Reserven notwendig und die Prämien entsprechen genau den durchschnittlichen Gesundheitskosten der beiden Kassen. Kasse A hat eine etwas höhere Prämie von 96, da sie einen höheren Anteil schlechten Risiken hat. Wegen dieser höheren Prämie wechseln die 40 guten Risiken im Jahr 1 zur Kasse B.

Abbildung 11: Kassenwechsel in einfachen Modell (2 Kassen, 2 Versicherte)

		Kosten schlechte Risiken 100 Kosten gute Risiken 90			Reservesatz 10%						
Jahr	Kasse	Zahl Versicherte			Kosten		Reserven			Prämie	Anzahl Wechsel am Jahresende
		schlechte Risiken	gute Risiken	Total	total	pro Kopf	Ist	Soll	Anpassung pro Kopf		
0	A	60	40	100	9'600	96.0	960	960	0.0	96.0	-40
	B	50	50	100	9'500	95.0	950	950	0.0	95.0	40
1	A	60	0	60	6'000	100.0	960	600	-6.0	94.0	90
	B	50	90	140	13'100	93.6	950	1'310	2.6	96.1	-90
2	A	60	90	150	14'100	94.0	600	1'410	5.4	99.4	-90
	B	50	0	50	5'000	100.0	1'310	500	-16.2	83.8	90
3	A	60	0	60	6'000	100.0	1'410	600	-13.5	86.5	90
	B	50	90	140	13'100	93.6	500	1'310	5.8	99.4	-90
4	A	60	90	150	14'100	94.0	600	1'410	5.4	99.4	-90
	B	50	0	50	5'000	100.0	1'310	500	-16.2	83.8	90



Quelle: eigene Darstellung

Das Zahlenbeispiel illustriert den Mechanismus, durch den es bei Anpassungen der Reserven in Folge von Ein- und Austritten von Versicherten zu Veränderungen der Prämien kommen kann, welche ihrerseits weitere Ein- und Austritte auslösen. Ob diese Situation tatsächlich eintritt, hängt von der Höhe des Reservesatzes und dem Unterschied zwischen den Gesundheitskosten der guten und schlechten Risiken ab.

In Kasse B nehmen dadurch zwar die Kosten pro Kopf von 95.0 auf 93.6 ab, gleichzeitig muss sie aber ihre Reserven aufstocken und die Prämie deshalb von 95.0 auf 96.1 erhöhen. Die Kasse A hat jetzt zwar höhere Kosten von 100 pro Kopf, kann gleichzeitig aber ihre Reserven um 6.0 pro Kopf abbauen und somit die Prämie auf 94.0 senken. Da Kasse A somit am Ende von Jahr 1 die Kasse mit den tieferen Prämien ist, wechseln im Jahr 2 alle 90 guten Risiken in die Kasse A. Nun ist die Kasse A gezwungen, ihre Reserven zu erhöhen, während die Kasse B sie senken kann. Dies führt dazu, dass Kasse B wieder die günstigere ist und unter den einfachen Annahmen des Modells die guten Risiken jedes Jahr die Kasse wechseln. Die beiden Grafiken unter der Tabelle zeigen die Schwankungen der Prämien im Zeitverlauf und die Anzahl der durch der davon ausgelösten Kassenwechsel.

Ob es in diesem Modell tatsächlich zu diese zahlreichen unnötigen Wechseln kommt, hängt von den Annahmen des Modells ab:

- Der Effekt ist umso wahrscheinlicher, je grösser die vorgeschriebenen Reserven sind, da die jährlichen Prämienanpassungen aufgrund der notwendigen Reserven Anpassung als Folge der Ein- oder Austritt grösser sind.
- Der Effekt ist umso weniger wahrscheinlich, je niedriger die Gesundheitskosten der guten Risiken im Vergleich zu denen der schlechten Risiken sind, da die Gesundheitskosten mit dem Eintritt der guten Risiken so stärker fallen. Wenn wir die Annahme über die Kosten der guten Risiken z.B. von 90 auf 80 senken, ist die Abnahme der Kosten pro

Versicherten grösser als der notwendige Aufbau der Reserven pro Kopf. Kasse B bleibt in diesem Fall die Kasse mit den niedrigeren Prämien.

Im Schweizerischen Krankenversicherungsmarkt ist dieser Effekt darum unwahrscheinlich, weil die vorgeschriebenen Reserven mit 10 bis 15% im Vergleich zum Unterschied zwischen den Gesundheitskosten der guten und der schlechten Risiken weniger ins Gewicht fallen, als in der obigen Beispielrechnung.

Auch Beck (2004) hat bereits darauf hingewiesen, dass erfolgreiche Kassen die Reserven nach dem Eintritt von neuen Versicherten erhöhen müssen, und Kassen, die Versicherte verlieren, die Prämien vorübergehend senken können. Das Problem werde aber durch die zeitliche Verzögerung zwischen der Behandlung und der Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer abgeschwächt. So hat die Kasse mit neuen Versicherten aufgrund von Verzögerungen in der Rechnungsstellungen in den ersten drei Monaten nach dem Neueintritt in der Regel keine Rechnungen zu begleichen. Sie kann die Prämieinnahmen dieser Monate also zum Aufbau der Reserven nutzen. Schliesslich tritt der Effekt auch nur dann voll ein, wenn sich die Kassen an die Reservevorschriften halten, was in Wirklichkeit nicht immer der Fall ist.

Da die Reservevorschriften eine dämpfende Wirkung auf die Prämienunterschiede zwischen den Versicherern haben, vermindern sich dadurch die Anreize zur Risikoselektion. Wenn dagegen die Versicherten „ihren“ Teil der Reserven bei einem Kassenwechsel mitnehmen könnten, würde der Anreiz verstärkt.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kassenwechsel aufgrund von Reservevorschriften

- Die Kassen müssen ihre Reserven aufstocken, wenn die Zahl ihrer Versicherten steigt. Der Aufbau der Reserven muss mit einer Erhöhung der Prämien finanziert werden. Dies kann dazu führen, dass ein Teil der neu eingetretenen Versicherten die Kasse wieder verlässt. Die Reservevorschriften können also unnötige Kassenwechsel auslösen.
- Ob dieser Effekt tatsächlich eintritt, hängt unter anderem von der Höhe des Reservesatzes und der Höhe der Gesundheitskosten der Versicherten ab, die die Kasse wechseln.
- In der Schweiz tritt der Effekt eher selten auf, da der Reservesatz von 10% durch die vergleichsweise tiefen Gesundheitskosten der neueintretenden Versicherten kompensiert wird.
- Dieser mögliche Systemfehler bei den Reservevorschriften ist also kein Argument für die KRK.

4.1.3 Schätzung von Zahl und Kosten der Kassenwechsel

Daten und Studien zu den Ursachen der Kassenwechsel

Sehen wir uns nun an, welche Daten und Studien zu den Ursachen der Kassenwechsel in der Schweiz vorliegen. Dies ist wichtig für unsere Fragestellung, da wir erstens Hinweise dafür suchen, inwieweit die heutigen Wechsel zweckdienlich sind oder nicht und zweitens die Informationen zu den Ursachen der heutigen Wechseln benötigen, um einzuschätzen, wie sich die Zahl der Wechsel mit dem neuen Risikoausgleich im Jahr 2012 ändern könnte.

Leider liegen nur wenige Studien zur relativen Bedeutung der verschiedenen Faktoren vor, welche die Häufigkeit der Kassenwechsel bestimmen. Die Kassen selbst verfügen über gute Informationen darüber, von welcher Kasse die Wechsler kommen, bzw. zu welcher sie gehen, da aufgrund des Versicherungsobligatoriums ein Versicherungsvertrag nur auflöst werden kann, wenn die Kasse weiss, wo der Kunde neu versichert sein wird. Die Kassen haben aber kein Interesse, diese Informationen öffentlich zugänglich zu machen, da sie ein wertvolles Betriebsgeheimnis darstellen.

Eine Ausnahme stellen hier die Studien von Beck³⁴ und verschiedener Koautoren dar, welche auf Kundendaten der CSS-Versicherung basieren, und einen wichtigen Beitrag zur Analyse des schweizerischen Krankenversicherungsmarkts leisten. Gemäss Beck (2004) ist die Wechselwahrscheinlichkeit in der Schweiz umso höher, je jünger die Versicherten sind, je weniger lang sie bereits bei der Kasse versichert sind, je weniger Zusatzversicherungen sie haben, je geringer ihre Gesundheitskosten sind und je höher die Prämie im Vergleich zur Durchschnittsprämie ist. Beck berechnet einen durchschnittlichen prozentualen Anstieg der Austrittswahrscheinlichkeit von 1.39% bei einem Anstieg der Prämien um 1%, wobei sich die Intensität der Reaktion auf Prämien erhöhungen jedoch stark zwischen unterschiedlichen Gruppen von Versicherten unterscheidet. Gemäss Leu et al. (2009) wechseln vor allem die Gesunden, da sie die Prämien als eine Ausgabe ansehen, für die sie kaum eine Gegenleistung erhalten. Daneben haben weniger gesunde und ältere Menschen höhere Wechselkosten, da sie etwa im Umgang mit dem Internet mehr Schwierigkeiten haben.

Die Ergebnisse aus Studien zu den Ursachen für Kassenwechsel in anderen Ländern sind nicht sehr hilfreich, da die Vorteile der Wechsel stark von den institutionellen Besonderheiten der nationalen Gesundheitssysteme abhängen. Am ehesten ist noch ein Vergleich mit den Niederlanden und Deutschland sinnvoll, die beide jedoch schon über einen

³⁴ Konstantin Beck ist Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie und Privatdozent an der Universität Zürich. Seine Studien basieren hauptsächlich auf Kundendaten der CSS Versicherung. Siehe z.B. Beck (2004), Beck und Trottmann (2007) und Beck et al. (2010).

morbiditätsbasierten Risikoausgleich verfügen. In den Niederlanden finden deutlich weniger Wechsel statt, aber die Prämienunterschiede sind hier auch deutlich geringer als in der Schweiz und die Höhe der direkt zu zahlenden Prämien beträgt nur ein Sechstel der durchschnittlichen Schweizer Prämie. In Deutschland sind die Prämien im Gegensatz zur Schweiz einkommensabhängig, die Prämienunterschiede aber ähnlich gross. Die Wechselwahrscheinlichkeit ist in Deutschland umso höher, je höher die Prämien im Verhältnis zum Einkommen der Versicherten sind und je jünger und gesünder die Versicherten sind.³⁵

Die Höhe der Kosten der Kassenwechsel im heutigen Regime spielt eine zentrale Rolle für unsere Studie, da diese Kosten mit der Einführung einer KRK nicht mehr anfallen würden. Wir berechnen diese Kosten indem wir zuerst die Anzahl der Kassenwechsel und dann die Gesamtkosten der Wechsel schätzen.

Anzahl der Kassenwechsel

Zur Zahl der Kassenwechsel liegen leider nur bruchstückhafte und unvollständige Informationen vor. In diesem Abschnitt stellen wir zuerst die verschiedenen Informationsquellen zu den Kassenwechseln vor und zeigen dann eine plausible Entwicklung der Wechselzahlen in den letzten Jahren auf.

Bei der Zahl der Kassenwechsel interessieren uns allein die Wechsel zwischen unterschiedlichen Kassen. Wechsel des Versicherungsmodells innerhalb einer Kasse gelten ebenso wenig als Wechsel, wie Wechsel zwischen den regionalen Niederlassungen einer gleichen Kasse. Ebenfalls nicht als Wechsel zählen die Eintritte von Neugeborenen und Einwanderern aus dem Ausland und Austritte von Auswanderern ins Ausland sowie Todesfälle.

Folgende Informationsquellen zu den Kassenwechseln stehen zur Verfügung.

- Beck (2004) berechnet die Zahl der Wechsel aufgrund der Daten der CSS, die mit etwa einer Million Versicherten zu den ganz grossen Kassen gehört, und kommt für die Jahre von 1996 bis 2000 auf eine durchschnittliche jährliche Zuwanderungsrate von 4.5%.
- Bei einer vom BAG bei den Versicherten durchgeführten Umfrage lag die Zahl der Wechsel zwischen 1996 und 2000 bei jährlich durchschnittlich 3.8% der Versicherten. Die Zahl der Wechsel war eher abnehmend (Colombo 2001).

³⁵ Siehe Schwarze und Andersen (2001), Lauterbach und Wille (2001) und Werner et al.(2005) in Deutschland. Für einen internationalen Überblick siehe Laske-Aldersdorf et al. (2006)

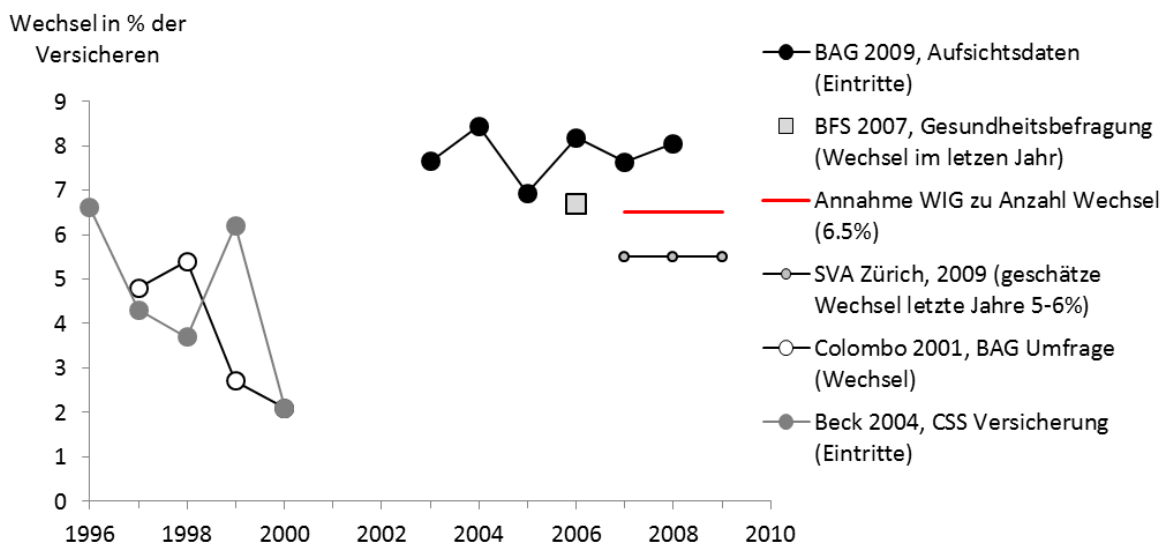
- Das BAG erfasst die Zahl der Eintritte seit dem Jahr 2003 aufgrund von Meldungen der Kassen. Dabei werden die Neugeborenen explizit ausgewiesen. Wenn wir zusätzlich Eintritte von Einwanderern abziehen, wechselten zwischen 2003 und 2008 durchschnittlich jährlich 7.8% Versicherte, also etwa 580'000 Personen, ihre Kasse. Der verantwortliche Abteilungsleiter beim BAG teilte uns dazu mit, dass diese Zahl die Wechselhäufigkeit eher überschätzt, da manche Kassen auch Wechsel des Versicherungsmodell oder der regionalen Niederlassung als Kassenwechsel angeben. Daneben wird manchmal auch die Änderung der Versichertenzahl in Folge von Fusionen als Kassenwechsel angegeben, obwohl dies eigentlich keine Kassenwechsel sind.
- Die in Prämienvergleichen spezialisierte Internetplattform Comparis hat 2009 und 2010 in repräsentativen Stichproben Versicherte befragt, ob sie für das jeweils nächste Jahr einen Kassenwechsel planen. Während im Jahr 2009 12% der Versicherten mit „ja“ und 11% mit „vielleicht“ antworteten, waren es 2010 10% bzw. 11% der Versicherten. Diese Angaben sind wohl eher als Obergrenze anzusehen, da manche dieser geplanten Wechsel nicht durchgeführt werden (Comparis 2010).

Zusätzlich zu diesen Informationsquellen haben wir im Rahmen dieser Studie noch zwei weitere Quellen zu den Kassenwechseln ausgewertet.

- Einige kantonale Sozialversicherungsanstalten (SVA), die für die Überweisung von Prämienverbilligungen an die einkommensschwachen Haushalte zuständig sind, überweisen die Subventionen direkt an die Kassen und sind somit über mögliche Kassenwechsel informiert. Im Herbst 2010 hatten wir telefonischen Kontakt mit den Leitern der SVA der Kantone Schaffhausen, St. Gallen, Waadt und Zürich, welche die Subventionen direkt an die Kassen überweisen. Leider führen die Anstalten keine Statistiken über die Zahl der Wechsel, und können deshalb nur grobe Angaben über die Zahl der Wechsel machen. Die wohl zuverlässigsten Informationen sind die der SVA des bevölkerungsreichen Kantons Zürich. Hier wechseln jährlich zwischen 5 und 6% der Personen mit Prämienverbilligung die Kasse.
- Eine weitere Informationsquelle ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des BFS. Die SGB ist eine breit angelegte Befragung der Bevölkerung, in der zahlreiche Informationen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung gesammelt werden. Die Gesundheitsbefragung wird alle 5 Jahre durchgeführt und umfasst auch Fragen zur Art der Krankenversicherung und zu möglichen Kassenwechseln. Bei der letzten Befragung im Jahr 2007 (18'760 Teilnehmer) gaben 1'135 Personen an, in den letzten 12 Monaten die Grundversicherung gewechselt zu haben. Einer Hochrechnung dieser Zahl auf die Gesamtbevölkerung würde die Zahl der tatsächlichen Wechsel aber unterschätzen, da die Bevölkerungsgruppen mit

überdurchschnittlicher Wechselhäufigkeit in der Stichprobe untervertreten sind.³⁶ Das BFS liefert jedoch soziodemografische Gewichtungsfaktoren für jeden Teilnehmer, die eine Korrektur dieses Selektionsfehlers erlauben. Die mit dieser Korrektur berechnete Wechselquote beträgt 6.7% und liegt damit leicht über der Wechselquote ohne Korrektur von 6.1%. Abbildung 12 stellt die verschiedenen Informationen zur Entwicklung der Zahl der Kassenwechsel seit 1996 dar. Während die Quellen für den Zeitraum zwischen 1996 bis 2000 auf einen Rückgang der Wechselrate von etwa 6 auf 2% hinweisen, zeigen alle ab 2003 verfügbaren Zahlen Wechselquoten von über 5%. In den Jahren 2001 und 2002, für die keine Daten vorliegen, scheint also eine grundlegende Veränderung im Wechselverhalten der Versicherten oder in der Prämien- und Versicherungsgestaltung der Kassen stattgefunden haben. Ein plausibler Grund scheint die Verbreitung der Billigkassen-Strategie der grossen Kassen und die damit einhergehende Intensivierung des Wettbewerbs zu sein.

Abbildung 12: Zahl der Kassenwechsel nach unterschiedlichen Quellen



Für unsere Studie müssen wir eine Annahme zur jährlichen Zahl der Kassenwechsel treffen, da wir diese für die Berechnung der Kosten der Kassenwechsel benötigen. Wir treffen die Annahme einer jährlichen Wechselquote von 6.5%, also rund 500'000 Wechseln pro Jahr, was eine eher konservative Annahme ist, da sie unter den Werten der wohl am besten dokumentierten Informationsquellen des BAG und BFS liegen.

³⁶ Die Stichprobe enthält z.B. einen im zu geringen Anteil von Personen zwischen 18 und 30 Jahren. Ein möglicher Grund ist, dass diese Personen in Haushalten leben, die keinen Festnetztelefonanschluss haben und nur noch über ein Mobiltelefon verfügen. Diese Personen konnten mit der Selektionsprozedur der Umfrage gar nicht ausgewählt werden.

Höhe der Wechselkosten

Nach der Schätzung der Zahl der Kassenwechsel kommen wir nun zur Beurteilung der Höhe der Wechselkosten. Diese Kosten können bei den Kassen, den Versicherten, der öffentlichen Verwaltung und den Leistungserbringern anfallen.

- Der *Anteil der Kassen an den Wechselkosten* umfasst interne administrative Kosten und die externen Kosten für Marketing, Werbung und Provisionen. Die internen administrativen Kosten umfassen die Kosten für die Abwicklung der Ein- und Austritte der Kassenwechsler, die Kosten der passiven und aktiven Risikoselektion und einen Teil der allgemeinen Infrastrukturkosten (z.B. Räumlichkeiten, Personaldienst). Die Kosten der Risikoselektion umfassen auch einen Teil der Kosten für die Entwicklung und den Betrieb der neuen Versicherungsmodelle (z.B. HMOs), sofern diese ein wesentlichen Teil der Risikoselektionsstrategie darstellen. Da die Wechselkosten der Kassen wohl der wichtigste Teil der Wechselkosten sind, beschäftigen wir uns im anschliessenden Abschnitt vor allem mit diesen Kosten.
- Der *Anteil der Wechselkosten bei den Versicherten* besteht aus den Zeitkosten bei der Suche nach der geeigneten Kasse und beim Vertragswechsel. Dank Internetplattformen wie Comparis, die personalisierte Prämienvergleiche und automatisierte Vertragsvorschläge ermöglichen, sind diese Zeitkosten für Personen mit Internetzugang heute sehr niedrig. Wir werden sie deshalb hier nicht weiter berücksichtigen.

Ein Teil der Versicherten hat zusätzliche Wechselkosten, wenn gleichzeitig mit dem Wechsel der Grundversicherung auch die Zusatzversicherung und bei einem Wechsel in ein Managed Care Modell eventuell auch der Hausarzt gewechselt werden muss. Diese Kosten können vor allem bei gesundheitlich angeschlagenen Versicherten so hoch sein, dass sie den Versicherten von einem Wechsel abhalten (Dromont et al. 2009), gleichzeitig sind sie aber schwer in Geldeinheiten messbar. Deshalb verzichten wir hier darauf, diese Kosten zu berücksichtigen.

- Der *Anteil der öffentlichen Verwaltung an den Wechselkosten* umfasst die Kosten, die bei den kantonalen SVA anfallen, die für die Überweisung der Prämienverbilligungen zuständig sind, falls diese die Subventionen direkt an die Kassen überweisen. Gemäss den Aussagen der Verantwortlichen für die Prämienverbilligungen einiger kantonalen SVA (SH, SG, VD, ZH) verursachen diese Wechsel aber einen vergleichsweise geringen Aufwand, der kaum mehr als 10% des administrativen Aufwand der SVAs bei der Abwicklung der Prämienverbilligungen ausmacht. Nach Informationen der SVA Zürich entwickeln die SVA und die Kassen gegenwärtig auch eine elektronische Plattform für die automatisierte Abwicklung der Wechsel der Personen mit Prämienverbilligung.

Angesichts der heute vergleichsweise relativ niedrigen Kosten, die zukünftig zudem noch abnehmen werden, berücksichtigen wir auch diese Kosten im weiteren nicht.

- Der *Anteil der Leistungserbringer an den Wechselkosten* entspricht den administrativen Kosten bei den Leistungserbringern, welche die Versicherten über den Zeitpunkt des Versicherungswechsel hinaus mehrmals behandeln. Diese administrativen Kosten umfassen das Ausstellen von zusätzlichen Rechnungen, da die Behandlung über zwei und nicht eine Kasse abgerechnet wird. Zudem ergeben sich bei chronischen Patienten eventuell zusätzliche Kontakte mit den Case Managern und Vertrauensärzten der neuen Kassen. Diese Kosten sind aber sehr schwer einzuschätzen. Wir verzichten hier deshalb auf die Berücksichtigung dieser Kosten.

Sehen wir uns nun den Anteil der Wechselkosten an den Verwaltungskosten der Kassen an. Tabelle 5 zeigt den Verwaltungsaufwand aller Kassen im Jahr 2009 gemäss der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG (BAG 2010a). Insgesamt lag der Verwaltungsaufwand bei 2'136 Mio. Franken, von denen aber 661 Mio. Franken als „erhaltene Verwaltungsentschädigung“ abgezogen werden müssen. Die Position entspricht der Entschädigung für die Abwicklung von Versicherungsgeschäften durch die obligatorische Krankenversicherung und von Versicherungsgeschäften für die nicht obligatorischen Zusatzversicherungen (z.B. privater Spitalaufenthalt). Vermutlich sind diese Zahlungen höher als betriebswirtschaftlich gerechtfertigt, da der KVG Bereich in manchen Kassen vom VVG Bereich subventioniert wird. Der gesamte Verwaltungsaufwand der obligatorischen Krankenversicherung lag damit bei 1'475 Mio. Franken, was 191 Franken pro Versicherten und 6.2% des Gesamtaufwands der Kassen entspricht.

Die Spalten rechts in Tabelle 5 zeigen die Resultate unserer Berechnung zur Höhe der Wechselkosten. Die Spalte „Anteil an VWA in %“ gibt den geschätzten Anteil der Wechselkosten an den einzelnen Kostenpositionen an. Wir haben dazu folgende Annahmen getroffen:

Tabelle 5: Verwaltungsaufwand der Krankenkassen 2009 und Berechnung der Wechselkosten

	Kosten total			Wechselkosten		
	CHF	CHF pro Versicherten	Anteil an Total in %	Anteil an VWA in %	CHF	CHF pro Versicherten
Total Versicherungsaufwand	22'255'521'077	2'887	93.4			
Total Verwaltungsaufwand (VWA)	1'475'441'696	191	6.2		294'328'278	38
– Personalaufwand	1'227'678'042	159	5.2	15	184'151'706	24
– Räumlichkeiten und Einrichtungen	124'659'085	16	0.5	15	18'698'863	2
– EDV-Kosten	189'320'394	25	0.8	15	28'398'059	4
– Versicherungsprämien	43'146'016	6	0.2	15	6'471'902	1
– Marketing und Werbung KVG	85'896'499	11	0.4	100	85'896'499	11
– Marketing und Werbung VVG	51'044'300	7	0.2	15	7'656'645	1
– Übriger Verwaltungsaufwand	414'421'589	54	1.7	15	62'163'238	8
– erhaltene Verwaltungsentschädigung	-660'724'229	-86	-2.8	15	-99'108'634	-13
Abschreibungen	79'103'084	10	0.3			
Sonstige Betriebsaufwendungen	17'460'735	2	0.1			
Total Betriebsaufwand	1'572'005'514	204	6.6			
Total Aufwand	23'827'526'591	3'091	100.0			

Quelle: Statistik der obl. Krankenversicherung 2009 Tabelle 8.06, Datenstand 24.8.2010 (BAG 2010a), eigene Berechnungen

VWA: Verwaltungsaufwand

- Die Kosten für Marketing und Werbung KVG von 86 Mio. Franken sind zu 100% Teil den Wechselkosten zuzurechnen, da sie sich nur ergeben, wenn die Kassen im Wettbewerb um Kassenwechsler stehen.³⁷
- Für alle anderen Positionen schätzen wir im Basisszenario einen Wechselkostenanteil von 15%. Dabei konzentrieren wir uns auf die Personalkosten, weil diese mit einem Anteil von zwischen 70 und 80% der Verwaltungskosten den überwiegenden Teil der Verwaltungskosten darstellen. Der Personalbestand der Krankenkassen besteht in der Regel aus drei Bereichen. Der Bereich Kunden und Produkte ist für die Anwerbung neuer Versicherter, die Abwicklung der Ein- und Austritte und die die Entwicklung neuer Versicherungsprodukte verantwortlich, der Bereich Leistungen für die Abwicklung der Versicherungsfälle und der dritte Bereich für Logistik sowie Finanzen und Controlling. Der Anteil des Bereichs Kunden und Produkte liegt bei den von uns angefragten Kassen zwischen 22% und 33%. Unsere Annahme eines Wechselkostenanteils von 15% impliziert also nur einen Personalabbau von etwas mehr als der Hälfte der Stellen in dieser Abteilung. Dies scheint uns eine konservative Annahme zu sein, da wir einen

³⁷ Bei Comparis zahlen die Kassen z.B. etwa 50 Franken pro angeforderte Offerte. Da gemäss Informationen einer Krankenkasse nur jede dritte oder vierte Offerte zu einem Vertragsabschluss führt, zahlen die Kassen pro Kassenwechsel zwischen 150 und 200 Franken an Comparis.

daraus folgenden Personalabbau in den unterstützenden Bereichen Logistik, Finanzen und Controlling (etwa 25%) nicht berücksichtigen.³⁸

Mit diesen Annahmen schätzen wir die in ausgewiesenen Wechselkosten pro Jahr auf knapp 300 Mio. Franken und die geschätzte Wechselkosten pro Versicherten auf 38 Franken. Aus diesen Zahlen ergeben sich zudem Kosten pro Wechsel von 587 Franken.

Tabelle 6 enthält eine Sensitivitätsanalyse der Wechselkosten bezüglich der Annahme über den Anteil der Wechselkosten am Verwaltungsaufwand der Kassen. Die dritte Zeile entspricht dem Ergebnis in. Zusätzlich stellt Tabelle 6 auch die Kosten pro Wechsel und die Reduktion des Verwaltungsaufwands und der Gesamtkosten der Kassen dar, falls die Wechselkosten wegfallen würden. In der ersten Zeile (Wechselkosten in % VWA gleich 0) wurden allein die Kosten für Marketing und Werbung berücksichtigt. In diesem Fall betragen die Kosten pro Versicherten 11 und die Kosten pro Wechsel 171 Franken.

Tabelle 6: Sensitivität der Wechselkosten 2009 bezüglich der Annahme zum Anteil der Wechselkosten am Verwaltungsaufwand

Annahmen		Wechselkosten				
Wechselkosten in % VWA	Wechselquote	jährlich CHF	CHF pro Versicherten	CHF pro Wechsel	Reduktion VWA %	Reduktion Gesamtkosten %
0	6.5	85'896'499	11	171	-5.8	-0.4
10	6.5	224'851'019	29	449	-15.2	-0.9
15	6.5	294'328'278	38	587	-19.9	-1.2
20	6.5	363'805'538	47	726	-24.7	-1.5
30	6.5	502'760'058	65	1'003	-34.1	-2.1
15	5.5	294'328'278	38	694	-19.9	-1.2
15	7.5	294'328'278	38	509	-19.9	-1.2

Quelle: eigene Berechnung

VWA: Verwaltungsaufwand

Wechselquote: jährliche Kassenwechsel über Anzahl der Versicherten

Der Aufwand für Marketing und Werbung KVG wird in jedem Fall auf null gesenkt

In der Sensitivitätsanalyse variieren wir den Anteil der Wechselkosten am Verwaltungsaufwand um plus minus 5 bzw. 15 Prozentpunkte gegenüber unserer Hauptannahme von 15%. Bei der Annahme eines Anteils von 10% und 20% liegen die Kosten in einer Grössenordnung, die im gleichen Bereich der Hauptannahme von 15% liegt (224 bzw. 364 Mio. Franken statt 294 Mio. Franken). In den letzten beiden Zeilen der Tabelle 6 nehmen wir eine um einen Prozentpunkt höhere oder niedrigere jährliche Wechselquote

³⁸ Die Annahme eines Wechselkostenanteils von 15% wird auch auf die mit den der Abwicklung von VVG Geschäften entstehenden Kostenpositionen angewendet, da diese ja über die Verwaltungsentschädigung wieder abgezogen werden und sonst eine Verzerrung vorliegen würde.

bei gleichbleibenden jährlichen Wechselkosten an. Dies wirkt sich allein auf die Kosten pro Wechsel aus, die nun bei 894 bzw. 509 Franken pro Wechsel liegen.

Sind die geschätzten knapp 300 Mio. Franken viel oder wenig? Ein sinnvoller Vergleich wäre beispielsweise ein Vergleich mit den erwarteten Kosteneinsparungen bei anderen gesundheitspolitischen Massnahmen. So erwartet das BAG etwa Kosteneinsparungen von 400 Mio. Franken zu Gunsten der obligatorischen Krankenversicherung in Folge einer Senkung der Medikamentenpreise auf den 1. März 2010 (Medienmitteilung BAG (2010b, 1.3.2010)).

Fazit KRK oder Wettbewerb: Schätzung von Zahl und Kosten der Kassenwechsel

- Die Zahl der jährlichen Kassenwechsel im heutigen System wird auf etwa 500'000 Wechsel geschätzt.
- Die Wechselkosten fallen vor allem bei den Krankenkassen an. Die Kosten, welche die Wechsel bei den Versicherten, den Leistungserbringern und der öffentlichen Verwaltung auslösen sind schwer quantifizierbar aber vermutlich nicht von grosser Bedeutung.
- Wir schätzen die jährlichen Wechselkosten auf 300 Mio. Franken. Diese Schätzung beruht auf den Annahmen, dass die gesamten Kosten für Marketing und Werbung im Geschäftsbereich KVG der Kassen und 15% der jährlichen Personalkosten Wechselkosten sind. Wechselkosten von jährlichen 300 Mio. Franken entsprechen etwa 40 Franken pro Versicherten, 600 Franken pro Wechsel, 20% der Verwaltungskosten der Kassen und 1.2% der Gesamtausgaben der Krankenkassen.
- Diese Wechselkosten entsprechen aber nicht der möglichen Kosteneinsparung bei der Einführung einer KRK, da die KRK mit der Situation nach der Einführung des neuen Risikoausgleichs verglichen werden muss und zudem nicht alle Wechsel als schlechte Wechsel betrachtet werden können.

4.1.3.1 Folgen des neue Risikoausgleichs

Im Jahr 2012 wird das bisherige System des rein demographischen Risikoausgleichs durch einen erweiterten Risikoausgleich abgelöst, der auch den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt. Dies ist ein grosser Schritt in die richtige Richtung, weil mit dem neuen Risikoausgleich die Anreize zur Risikoselektion deutlich vermindert werden.

Die Einführung des neuen Risikoausgleichs spielt für die Fragestellung unserer Studie eine zentrale Rolle, da wir die Vor- und Nachteile der Einführung einer kantonalen/regionalen Krankenkasse nicht mit den Vor- und Nachteilen der heutigen Situation, sondern mit der Situation *nach* der Einführung des neuen Risikoausgleichs vergleichen. Das Ziel des neuen Risikoausgleichs ist es ja gerade, die heutigen Probleme auf dem Krankenversicherungsmarkt zu beheben.

In diesem Abschnitt sehen wir uns zuerst die Ausgestaltung des neuen Risikoausgleichs an, beurteilen dann seine möglichen Folgen und versuchen schliesslich seine Wirkung auf die Zahl der Kassenwechsel abzuschätzen.

Ausgestaltung des neuen Risikoausgleichs

Der neue Risikoausgleich teilt die Versicherten einer Prämienregion neben den bisherigen Kriterien *Alter* und *Geschlecht* auch nach dem Kriterium *mehr als 3 Tage in stationären Einrichtungen im Vorjahr* ein. Mit dem Spitalaufenthalt im Vorjahr berücksichtigt der Risikoausgleich somit direkt den Gesundheitszustand des Versicherten und die damit verbundenen Kosten.

Im Vergleich zum bisherigen Risikoausgleich erhalten die Kassen deutlich höhere Ausgleichszahlungen für die Versicherten, die im Vorjahr im Spital waren. Diese Versicherten haben erfahrungsgemäss auch im Jahr nach dem Spitalaufenthalt überdurchschnittlich hohe Gesundheitskosten, da sie häufig weiterhin ambulant oder stationär in Behandlung sind. Nach Beck und Trottmann(2007) sind diese Kosten im Durchschnitt doppelt bis dreimal so hoch als bei Personen der gleichen Altersgruppe, die im Vorjahr nicht in stationärer Behandlung waren.

Mit dem neuen Risikoausgleich müssen die Kassen aber auch deutlich höhere Beträge für die Versicherten ohne Spitalaufenthalt im Vorjahr an die Risikoausgleichskasse zahlen. Damit nimmt der Anreiz zur Risikoselektion ab, da die guten Risiken zwar weiterhin niedrige Gesundheitskosten haben, aber die Krankenkassen mit deutlich grösseren Ausgleichszahlungen belasten.

Der neue Risikoausgleich, der auf einen Vorschlag von Beck aus dem Jahr 1998 zurückgeht(Beck 1998), hat den Vorteil, mit der Anzahl Spitaltage ein vergleichsweise einfaches Merkmal für die Morbidität der Versicherten zu verwenden. Der Vorschlag für einen morbiditätsorientierten Risikoausgleich von Holly et al. (2004) von der Universität Lausanne wäre im Vergleich dazu mit deutlich grösseren Schwierigkeiten bei der Umsetzung verbunden, da er die Kenntnis von klinischen Diagnosen voraussetzt. Eine weiterer Ansatz ist die Verwendung von sogenannten *pharmaceutical cost groups*, welche die Versicherten nach dem Verbrauch von bestimmten Arten von Medikamenten gruppieren. Diese Idee wird

mit Erfolg in den Niederlanden umgesetzt, ist aber aufgrund von technischen Hindernissen kurzfristig kaum auf die Schweiz übertragbar (Leu et al. 2008).

Mögliche Folgen des neuen Risikoausgleichs

Die gemeinsame Einrichtung KVG, die für die Berechnung des Risikoausgleichs zuständig ist, hat im Frühling 2010 mit 58 Kassen einen Probelauf des neuen Risikoausgleichs durchgeführt. Leider sind die Ergebnisse des Probelaufs nicht öffentlich. Allein die geschätzte Zunahme der Nettoumverteilung durch den neuen Risikoausgleich ist bekannt: Die Zahlungen steigen um 114 Mio. Franken auf 1.6 Mrd. Franken (santésuisse 2010b).

Wir haben die Auswirkungen des neuen Risikoausgleichs mit Hilfe der modellierten Gesundheitskosten von über 14'000 Teilnehmern an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung simuliert. Da nur Daten für ein Jahr vorliegen, mussten die Anzahl Spitaltage im laufenden Jahr als neues Gruppierungskriterium verwendet werden und nicht, wie vom neuen Risikoausgleich vorgesehen, die Spitaltage im Vorjahr. Dies führt zu einer Überschätzung der Auswirkungen des neuen Risikoausgleichs. Trotzdem sind einige Prognosen möglich:

- Für die eher kleine Gruppe der Versicherten mit Spitalaufenthalt im Vorjahr werden hohe Risikoausgleichsbeträge anfallen. Gleichzeitig wird die Zahl der Versicherten, mit Zahlungen an den Risikoausgleich stark zunehmen.
- Die Prämienunterschiede werden abnehmen, da die Zahlungen an die Ausgleichskasse eine grössere Rolle bei der Prämienberechnung erhalten. Die Prämien der guten Risiken werden tendenziell zunehmen, die der schlechten Risiken eher abnehmen. Auch die Prämien der Versicherten mit hohen Franchisen und in Managed Care Modellen werden steigen.
- Die Zahl der unerwünschten Kassenwechsel wird sinken, da die geringeren Prämienunterschiede einen Wechsel weniger attraktiv machen und die Anreize zur Risikoselektion abnehmen.

Beck et al. (2010) haben eine Reihe von Modellrechnungen zu den Folgen des neuen Risikoausgleichs durchgeführt. Sie vergleichen die erwarteten Gesundheitsausgaben eines Versicherten mit den Prämien dieser Personen und der jeweiligen Risikoausgleichszahlung. Sind die Gesundheitsausgaben grösser als die um die Risikoausgleichszahlung korrigierten Prämien, so ergibt sich ein negativer Deckungsbeitrag und umgekehrt. Die Krankenkassen können ihre Kosten verringern, indem es ihnen gelingt, möglichst viele Personen mit einem positivem und möglichst wenige mit einem negativen Deckungsbeitrag zu versichern. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass Risikoselektion für die Krankenkassen nicht kostenlos ist. Beck et al. gehen von der Annahme aus, dass sich Risikoselektion nur für Personen mit

einem – negativen oder positiven – Deckungsbeitrag pro Jahr von mehr als 1'000 Franken lohnt. Damit lassen sich je nach Ausgestaltung des Risikoausgleichs der Anteil der Versicherten bestimmen, für welche Risikoselektion in Frage kommt. Beim heute gültigen Risikoausgleich lohnt sich Risikoselektion gemäss Beck et al. bei 58% der Versicherten. Dieser Anteil reduziert sich beim neuen Risikoausgleich um gut einen Viertel auf 43% der Versicherten. Auffällig ist dabei, dass sich vor allem der Anteil von Personen mit einem positiven Deckungsgrad von über 1'000 Franken pro Jahr von 40 auf 26% vermindert, während der Anteil der Personen mit negativem Deckungsbeitrag von über 1'000 Franken nur geringfügig von 18 auf 17% zurückgeht. Das heisst, dass die Anreize zur Risikoselektion bei den guten Risiken zurückgehen, während sie bei den schlechten Risiken unverändert hoch bleiben. Aufgrund dieser Ergebnisse ist davon auszugehen, dass durch den neuen Risikoausgleich die Jagd auf gute Risiken zwar nicht vollkommen beseitigt aber zumindest reduziert werden kann. Als Folge davon reduziert sich auch die Anzahl volkswirtschaftlich unerwünschter Wechsel.

Beck und Trottmann (2007) widersprechen auch einigen Kritikpunkten, die gegenüber dem neuen Risikoausgleich geäussert wurden. Die Kritik, dass die Zahl der Spitaltage manipulierbar sei, sei nicht stichhaltig, da ja mindestens 3 Tage notwendig seien. Zudem würden nicht die hohen und meist unvorhersehbaren Kosten der Spitalaufenthalte entschädigt, sondern die wesentlich tieferen Folgekosten des Aufenthalts. Ausserdem erhalte die Kasse nur dann die höheren Risikoausgleichszahlungen, wenn der Versicherte mit dem manipulierten Spitalaufenthalt im Folgejahr immer noch bei der Kasse sei.

Eine Reihe von weiteren Argumenten könnten jedoch für eine weniger optimistische Einschätzung der Auswirkungen des neuen Risikoausgleichs für den Krankenversicherungsmarkt sprechen.

- Der neue Risikoausgleich schafft neue Verzerrungen, da die Differenz zwischen der Zahlung an den Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG, falls ein Versicherter keine stationäre Behandlung in Anspruch nimmt, und der Zahlung vom Risikoausgleich, falls er dies tut, für viele Gruppen der Versicherten über 10'000 Franken pro Jahr liegen kann. Die Kassen haben in solchen Situation einen starken Anreiz einen Klinikaufenthalt von 3 oder mehr Tagen auszulösen. So ist etwa eine Zunahme von stationären Kurzaufenthalten bei Behandlungen, die sowohl ambulant wie stationär durchgeführt werden können, zu erwarten– beispielsweise in der Rehabilitation oder in der Psychiatrie. Die Kreativität der Kassen bei der Entwicklung von Strategien zur aktiven und passiven Risikoselektion in der heutigen Situation ist ein deutlicher Hinweis dafür, wie stark und phantasievoll die Kassen auf Anreize reagieren.

- Es stellt sich auch die Frage, ob Versicherte mit chronischen Krankheiten, die zwar hohe Kosten verursachen aber nur selten mit Spitalaufenthalten verbunden sind, nun besonders stark der aktiven und passiven Risikoselektion ausgesetzt sind. Mögliche Zielgruppen könnten Patienten mit Diabetes, Asthma, Rheumatoider Arthritis oder HIV sein. Die Kassen müssten für diese Patienten im neuen System oft sogar mehr als bisher für den Risikoausgleich einzahlen. Dabei versprechen gute Disease Management Programme gerade bei diesen Patienten eine bessere Behandlungsqualität bei gleich hohen oder sogar tieferen Kosten.

Es ist also sehr wahrscheinlich, dass auch im neuen Risikoausgleich ein bedeutendes Mass an Risikoselektion bestehen bleibt, obwohl die Anreize zur Risikoselektion abnehmen werden.

Auswirkung des neuen Risikoausgleichs auf die Zahl der Kassenwechsel

Der neue Risikoausgleich wird zu einem deutlichen Anstieg der Ausgleichszahlungen für die guten Risiken führen, etwa für Männer unter 50 Jahren. Dadurch nehmen die Prämiendifferenzen und damit auch die Zahl der Kassenwechsel ab.

Wie stark die Zahl der Wechsel abnimmt hängt vor allem davon ab, wie sensibel die Kassenwechsler auf die Preisdifferenzen ansprechen. Leider verfügen wir nicht über die Datengrundlage, um diese Preiselastizität zu schätzen, weil dazu Informationen über die Zahl der Kassenwechsler bei unterschiedlichen Preisdifferenzen notwendig sind.

Ausserdem ist es schwierig einzuschätzen, inwieweit sich das Wechselverhalten der Versicherten in den letzten Jahren grundsätzlich geändert hat. So ist es durchaus denkbar, dass die Wechselraten um das Jahr 2000 auch deshalb so niedrig waren, weil viele Versicherte noch nie gewechselt hatten und die Wechselkosten deutlich höher waren. Heute haben aber viele schon einmal gewechselt, und ausserdem sind die Wechselkosten heute für die Versicherten dank Plattformen wie Comparis deutlich geringer.

Aufgrund verschiedener Unsicherheiten ist es kaum möglich, die Anzahl und die Kosten der unerwünschten Wechsel unter dem Regime des neuen Risikoausgleichs zu beziffern. Es ist aber davon auszugehen, dass die Anzahl schlechter Wechsel wegen den schwächeren Anreizen zur Risikoselektion und den geringeren Prämiendifferenzen abnehmen wird. Damit werden auch die Kosten aufgrund von schlechten Wechseln unterhalb der 300 Mio. Franken liegen, die beim bestehenden Risikoausgleich hergeleitet wurden.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Folgen des neuen Risikoausgleichs

- Der neue Risikoausgleich ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, da er mit dem zusätzlichen Kriterium der Spitaltage im Vorjahr die Morbidität der Versicherten teilweise berücksichtigt.
- Der neue Risikoausgleich kann die Risikoselektion vermindern aber nicht ganz verhindern und führt möglicherweise zu neuen Fehlanreizen.
- Es ist zu erwarten, dass sich die Zahl der Kassenwechsel mit dem neuen Risikoausgleich reduzieren. Damit verringern sich auch die unter dem bestehenden Risikoausgleich hergeleiteten Wechselkosten von 300 Mio. Franken.

4.1.4 Weitere Überlegungen zu den Verwaltungskosten

Krankenkassen, die im Wettbewerb mit anderen Kassen stehen, sind einem permanenten Druck ausgesetzt, die Prämien und somit auch die Verwaltungskosten tief zu halten. Andernfalls besteht die Gefahr, dass sie Marktanteile an die Konkurrenz verlieren. Helsana, die grösste Krankenkasse der Schweiz, bietet dazu ein aktuelles Beispiel zur Illustration. Nach grossen Verlusten im Jahr 2009 und bei Verwaltungskosten, die deutlich über denen der Konkurrenten lagen, musste die Kasse im Jahr 2010 ein Sparprogramm einleiten, welches den Abbau von 500 Stellen vorsah (Handelszeitung 2010).

Ein ähnliches Sanierungsprogramm ist für eine KRK kaum vorstellbar. Die KRK ist zwar einer politischen Kontrolle unterworfen. Da ihre Kosten aber keinen Einfluss auf das staatliche Budget und damit auf die Höhe der Steuern haben, sondern direkt über Kopfprämien finanziert werden, ist der politische Druck auf die Höhe der Kosten geringer.

Neben den Verwaltungskosten ist auch die Servicequalität ein Wettbewerbsparameter, der im heutigen System nur wenig eingeschränkt ist. Daher ist es den Kassen grundsätzlich möglich, durch einen den Kundenwünschen angepassten Service, Reputation aufzubauen und grössere Marktanteile zu erreichen. Ebenso können Versicherte, die mit dem Service ihrer angestammten Kasse unzufrieden sind, diese problemlos wechseln. Dieses Drohpotential gibt den Kassen Anreize, die Servicequalität hoch zu halten, wenn sie keine Kunden verlieren möchten.

Im Unterschied dazu besteht bei einer KRK nur noch ein Anbieter pro Kanton. Damit können die Versicherten ihre Kasse bei Unzufriedenheit nicht wechseln, es sei denn, sie verlassen den Kanton. Die Anreize zu einer hohen Servicequalität sind also bei einer KRK kleiner, da

sie nur indirekt über den politischen Prozess und den Vergleich mit KRK in anderen Kantonen wirken. Auch besteht bei einer KRK als einzigem Anbieter keine Servicevielfalt, was den Versicherten verunmöglicht, sich diejenige Art und Qualität des Services auszuwählen, welche ihren Präferenzen am besten entspricht.

Allerdings kann, wie bereits geschildert, schlechter Service auch als Instrument der aktiven Risikoselektion benutzt werden, indem dieser selektiv und diskriminierend den schlechten Risiken geboten wird. Eine KRK betreibt dagegen keine Risikoselektion. Wie bedeutend das Problem der aktiven Risikoselektion im heutigen System ist, lässt sich schwer einzuschätzen. Gemäss einer Umfrage von Comparis im Jahr 2009 gaben nur 8% der Wechselwilligen die Servicequalität als Wechselgrund an. Daraus lässt sich allerdings nicht ablesen, ob dabei die ungenügende Servicequalität als Instrument zur Risikoselektion eingesetzt wurde.

Weitere Einsparungen sind im KRK-System aufgrund der Abschaffung des Risikoausgleichs zu erwarten. Dadurch entfallen sowohl die Kosten des Risikoausgleichs über die Gemeinsame Einrichtung KVG, als auch die Kosten der Versicherer für die Datenlieferungen.

Wahrscheinlich könnte auch das Prämienbewilligungsverfahren vereinfacht werden, da pro Kanton nur noch eine Kasse überprüft werden müsste. Allerdings ist nicht damit zu rechnen, dass das Bewilligungsverfahren ganz abgeschafft werden könnte, da die Prämienaufsicht eine Bundesaufgabe ist.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Weitere Überlegungen zu den Verwaltungskosten
<ul style="list-style-type: none">• Der Wettbewerb von Kassen erzeugt einen Druck, die Verwaltungskosten tief zu halten und die Servicequalität entsprechend den Kundenwünschen zu gestalten.• Bei einer KRK ist dieser Druck, der indirekt über den politischen Prozess wirkt, geringer.• Bei einer KRK besteht kein Anlass, über selektiv schlechten Service, aktive Risikoselektion zu betreiben.

4.2 Gesundheitskosten

Der mit Abstand grösste Kostenpunkt in der obligatorischen Krankenversicherung sind die Gesundheitskosten der Versicherten. Diese machen mit 22.3 Mrd. Franken 93.8% der Gesamtausgaben der Krankenkassen aus. Zusätzlich zu diesen Ausgaben der

Versicherungen steuern die Kantone 7.4 Mrd. Franken für die stationäre Versorgung und die Patienten 3.3 Mrd. Franken über die Selbstbeteiligung bei.³⁹

Bei der Frage, ob die Einführung von kantonalen oder regionalen Krankenkassen eine gute oder schlechte Alternative zum gegenwärtigen Wettbewerbssystem ist, geht es deshalb vor allem um die Frage, welches der beiden Systeme besser in der Lage ist, eine möglichst effiziente Gesundheitsversorgung zu erbringen. Eine möglichst hohe Effizienz im Gesundheitswesen heisst, mit den vorhandenen Mitteln möglichst vielen Menschen eine möglichst lange Lebensdauer bei möglichst hoher Lebensqualität zu sichern.

Effizienzsteigerung bedeutet in diesem Zusammenhang also *nicht* Rationierung von Gesundheitsleistungen, wie sie etwa durch Einschränkungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung durchgesetzt werden könnte.

In diesem Abschnitt greifen wir zuerst die im Kapitel 2 bereits angesprochenen Ursachen von Ineffizienzen im Gesundheitswesen auf (Abschnitt 4.2.1) und werfen dann einen Blick auf die Höhe und Verteilung der Gesundheitskosten (Abschnitt 4.2.2). Dann zeigen wir, welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um die Effizienz der Leistungserbringer zu beeinflussen, und diskutieren, ob ein Regime von miteinander im Wettbewerb stehenden Kassen oder eine KRK besser in der Lage sind, diese Möglichkeiten zu nutzen (Abschnitte 4.2.3 bis 4.2.8).

4.2.1 Raum für mehr Effizienz im Gesundheitswesen

In Kapitel 2 wurden mit den Begriffen der *angebotsinduzierten Nachfrage* und des *moralischen Risikos* zwei der wichtigsten Ursachen für Ineffizienzen im Gesundheitswesen vorgestellt. Daneben kann auch die mangelnde Koordination zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern (Hausärzte, Spezialisten, Spitäler, Spitex, etc.) zu unnötigen Kosten und einer mangelhaften Behandlungsqualität führen.⁴⁰

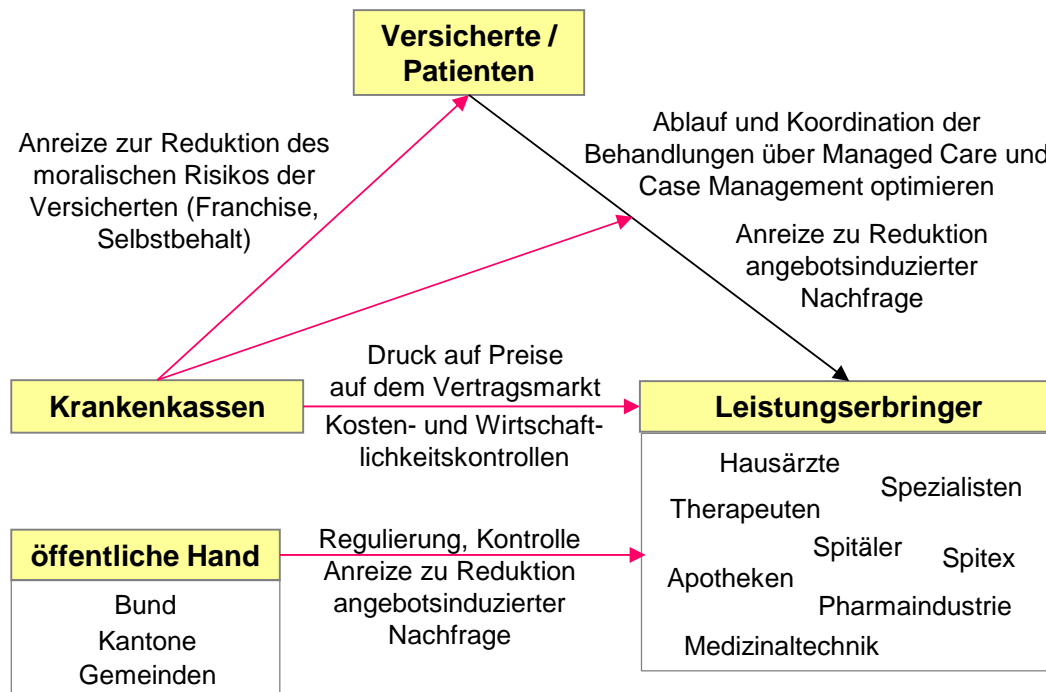
Um zu beurteilen, ob im Wettbewerb stehende Krankenkassen oder eine KRK besser in der Lage wären, das Verhältnis zwischen Kosten und Leistungen im Gesundheitswesen zu verbessern, müssen wir zuerst einmal verstehen, wie die Krankenkassen die Effizienz im Gesundheitswesen beeinflussen können. Abbildung 13 stellt dar, welche Hebel den Kostenträgern und der öffentlichen Hand zur Verbesserung der Effizienz im

³⁹ Ein Teil der Versicherten bezahlt zusätzlich Rechnungen für kassenpflichtige Leistungen, ohne diese Rechnungen dann an die Kassen weiterzuleiten, da sie aufgrund von noch nicht ausgeschöpften Franchisen ohnehin nicht von den Kassen übernommen werden (sogenannte *out-of-pocket* Zahlungen). Daneben tragen die Steuerzahler indirekt über Prämienverbilligungen in der Höhe von 4 Mrd. CHF an die Ausgaben von 22.4 Mrd. CHF der obligatorischen Krankenversicherung bei.

⁴⁰ Zu den verbreiteten Ineffizienzen im Gesundheitswesen siehe z.B. Brownlee (2008) oder Phelps (2003).

Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Die Kassen, egal ob im Wettbewerb oder als KRK, haben drei Instrumente um die Effizienz der Behandlung zu erhöhen:

Abbildung 13: Mögliche Hebel zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen



Quelle: eigene Darstellung

1. Sie können den Versicherten über Franchisen und die Ausgestaltung des Selbstgehalts Anreize geben, auf unnötige Behandlungen zu verzichten (Reduktion des moralischen Risikos). Dabei gilt es zu beachten, dass es aus volkswirtschaftlicher Sicht kein Effizienzgewinn ist, wenn ein Versicherter und nicht die Kasse die Kosten einer Arztrechnung übernimmt.
2. Sie können den Ablauf und die Koordination der Behandlungen über Managed Care Modelle und Case Management optimieren. Vor allem bei Managed Care Modellen mit Budgetverantwortung können sie Anreize zur Verminderung der angebotsinduzierten Nachfrage setzen und dank der Vertragsfreiheit ineffiziente Leistungserbringer ausschliessen.
3. Sie können in den Tarifverhandlungen und über Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen direkten Druck auf die Preise der Leistungserbringer ausüben. Manchmal haben die Kassen auch Einfluss auf die Art und die Menge der Leistungen.

Neben den Krankenkassen hat die öffentliche Hand über vielfältige Regulierungen der Leistungserbringer und durch die direkte Kontrolle der Spitäler ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf die Effizienz in der Produktion der Gesundheitsleistungen (Leistungskatalog, Spitalplanung, Bewilligung der Tarife, etc.). Der Erfolg der Kassen in ihren Anstrengungen für

eine höhere Effizienz der Leistungserbringer bedarf deshalb einer guten Koordination mit den Anstrengungen der öffentlichen Hand.

4.2.2 Struktur und Verteilung der Gesundheitsausgaben

Werfen wir zuerst einen Blick auf die Höhe der Gesundheitsausgaben und ihre Verteilung über die Versicherten und einzelne Leistungskategorien. Diese Informationen geben eine Vorstellung, in welchen Bereichen und bei welchen Versicherten Effizienzgewinne in Form von Kostensenkungen überhaupt möglich sind.

In Kontrast zum gängigen Bild einer Explosion der Gesundheitskosten lag der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt(BIP) in den 10 Jahren zwischen 1998 und 2008 relativ stabil zwischen 10 und 12% des BIP. Überdurchschnittlich stark gestiegen sind hingegen die Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung, der Kantone und die Kostenbeteiligung der Versicherten in der obligatorischen Krankenversicherung. Tabelle 7 zeigt die Aufteilung der Gesundheitskosten nach Kostenträgern im Jahr 2008 und die Veränderung der Ausgaben zwischen 1996 und 2008 sowie die Veränderung der relativen Anteile der einzelnen Kostenträger. Während die Gesundheitsausgaben zwischen 1996 und 2008 um insgesamt 56% gestiegen sind, haben die KVG-Kosten, die einen Drittel der gesamten Ausgaben ausmachen, um 75% zugenommen. Die Kosten der Kantone sind um 91% gestiegen. Das nominale BIP, eine Vergleichsgrösse für das Einkommen, ist im gleichen Zeitraum um 44.5% gewachsen.

Tabelle 7: Kennzahlen zur Entwicklung der Gesundheitskosten der Schweiz zwischen 1996 und 2008

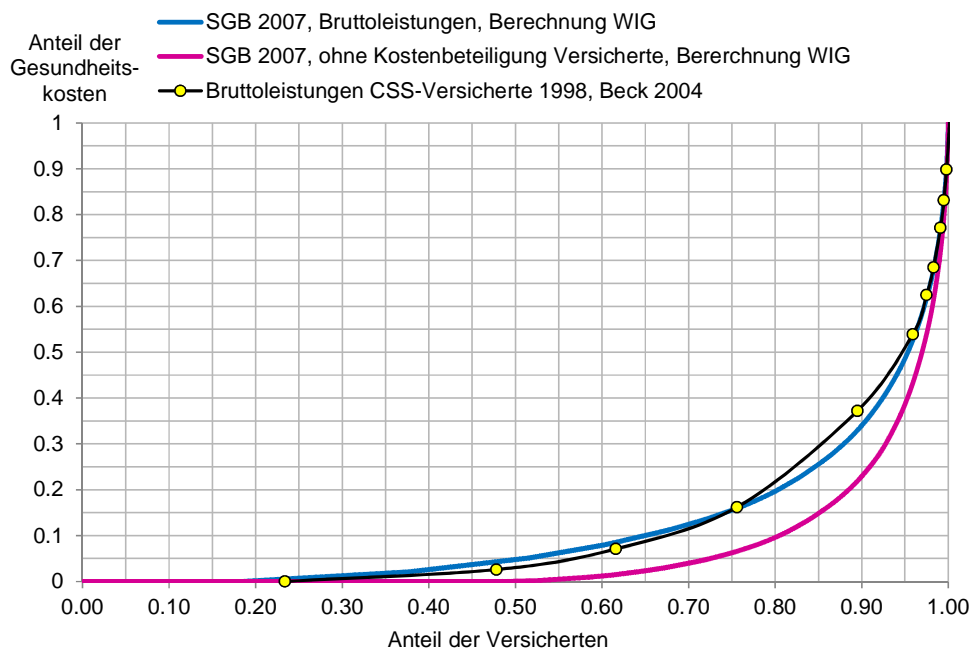
	Ausgaben 2008 (Mio. CHF)	Zunahme 1996-2008 (%)	Anteil 2008 (%)	Veränderung Anteil 1996-2008 (Prozentpunkte)
Bund	191	47.6	0.3	0.0
Kantone	9'144	91.1	15.6	2.9
Gemeinden	1'344	26.5	2.3	-0.5
Krankenversicherung KVG	20'552	75.1	35.2	3.8
andere Sozialversicherungen*	3'548	31.7	6.1	-1.1
Privatversicherungen	5'247	7.2	9.0	-4.1
Kostenbeteiligung KVG	3'291	96.0	5.6	1.1
Out of Pocket**	15'137	44.4	25.9	-2.1
Total	58'453	56.0	100.0	0.0
*andere Sozialversicherungen: UVG, AHV/IV, Militärversicherung				
**Out of Pocket inkl. Selbstbehalt Privatversicherung und andere private Finanzierung				

Quelle: Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden BFS (2010), eigene Berechnungen

Die Tabelle zeigt, wie die totalen Gesundheitskosten von 58 Milliarden Franken im Jahr 2008 finanziert wurden, und wie sich die Anteile der verschiedenen Kostenträger in den 12 Jahre zwischen 1996 und 2008 verändert haben. Vor allem der über die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone finanzierte Anteil der Gesundheitskosten hat stark zugenommen.

Abbildung 14 zeigt die Verteilung der Gesundheitskosten über die Versicherten der Kassen gemäss unserer Berechnung aufgrund der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) im Jahr 2007 und aufgrund der Bruttoleistungen von 180'000 CSS-Versicherten im Jahr 1998 gemäss Beck (2004). Obwohl unsere Berechnung nur auf den Informationen zur Anzahl Arztbesuchen und Spitaltagen in den letzten 12 Monaten beruht (siehe Anhang A für weitere Details), entspricht die Verteilung der Kosten doch recht gut der Verteilung der Kosten der CSS-Versicherten. Wenn man die Versicherten von kostengünstig bis kostenintensiv ordnet, so verursachen die ersten 25% der Versicherten praktisch keine Kosten, die ersten 75% der Versicherten 15% der Kosten und etwa 5% der Versicherten 45% der Kosten. Der gemäss unserer Berechnung etwas höhere Anteil der Kosten der Versicherten mit niedrigen Kosten könnte darauf zurückzuführen sein, dass die SGB-Daten auch Arztbesuche erfassen, deren Rechnungen gar nicht an die Kassen geschickt werden, da diese Versicherten ihre Franchise im laufenden Jahr ohnehin nicht ausschöpfen.

Abbildung 14: Verteilung der Gesundheitskosten der Kassen über die Versicherten



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2007, Beck (2004), eigene Berechnung

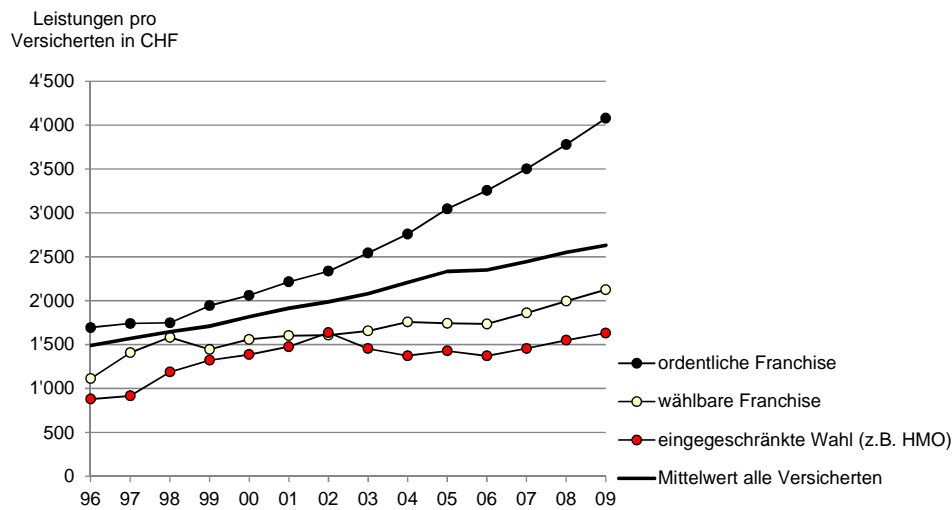
Die Grafik zeigt die Verteilung der Gesundheitskosten für die Krankenkassen über die Versicherten, wobei die Versicherten nach der Höhe ihrer Gesundheitskosten geordnet wurden. Die Grafik zeigt, dass sich unsere Schätzung der Verteilung der Gesundheitskosten auf der Grundlage der Gesundheitsbefragung 2007 nur wenig von der Verteilung von echten Krankenkassen-Daten aus dem Jahr 1998 unterscheidet. Die tiefer liegende Linie zeigt die Verteilung der Kosten nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Linie zeigt, dass fast 80% der Kosten bei nur 10% der Versicherten anfallen und 90% der Kosten bei nur 20% der Versicherten.

Die etwas tiefer liegende Linie in Abbildung 14 zeigt die Verteilung der Kosten nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise + Selbstbehalt), bzw. der gar nicht an die Kassen weitergeleiteten Rechnungen. Die Kosten konzentrieren sich nun auf einen deutlich geringeren Teil der Versicherten, da bei fast 60% der Versicherten keine Kosten anfallen, 5% der Versicherten über 60% der Kosten verursachen und 10% der Versicherten fast 80% der Kosten. Dies spielt für die Diskussion von möglichen Effizienzgewinnen eine grosse Rolle, denn schliesslich können die Kassen nur bei den Versicherten, die Kosten verursachen, auch Kosten sparen. Etwas pointiert könnte man sagen, dass auch Managed Care Modelle, die 60% der Versicherten umfassen wenig zur Effizienz beitragen können, falls diese 60% keine Kosten für die Kassen verursachen würden.

Die Unterteilung in Versicherte mit hohen und tiefen Kosten wird bei Berücksichtigung des sogenannten *regression to the mean* Prinzips etwas abgeschwächt. Auf die Verteilung der Gesundheitskosten angewandt bedeutet dieses Prinzip, dass die Patienten, die im letzten Jahr besonders hohe Kosten hatten, im nächsten Jahr niedrigere Kosten haben, und die Patienten, die im letzten Jahr gar keine Kosten hatten, im nächsten Jahr doch gewisse Kosten haben werden. Dieses Prinzip schwächt die deutliche Aufteilung in Versicherte mit hohen und mit niedrigen Kosten aber nur wenig ein, da gleichzeitig gilt, dass die Kosten im letzten Jahr die beste Prognose für die Kosten im nächsten Jahr darstellen. Dies erscheint auch deshalb plausibel, da vor allem ältere, multimorbide und chronisch kranke Personen hohe Gesundheitskosten haben.

Abbildung 15 zeigt die Entwicklung der von allen Kassen bezahlten Gesundheitskosten pro Versicherten nach verschiedenen Versicherungsmodellen zwischen 1996 und 2007. Auffällig ist vor allem die Entwicklung ab dem Jahr 2002. Die Kosten der Versicherten in Modellen mit eingeschränkter Wahl, haben nach 2002 für mehrere Jahre abgenommen und lagen im Jahr 2009 noch unter dem Niveau von 2002, während sich die Kosten der Versicherten mit ordentlicher Jahresfranchise im gleichen Zeitraum fast verdoppelt haben. Die Kosten der Versicherten mit wählbarer Jahresfranchise sind hingegen im Durchschnitt der Gesundheitskosten gewachsen.

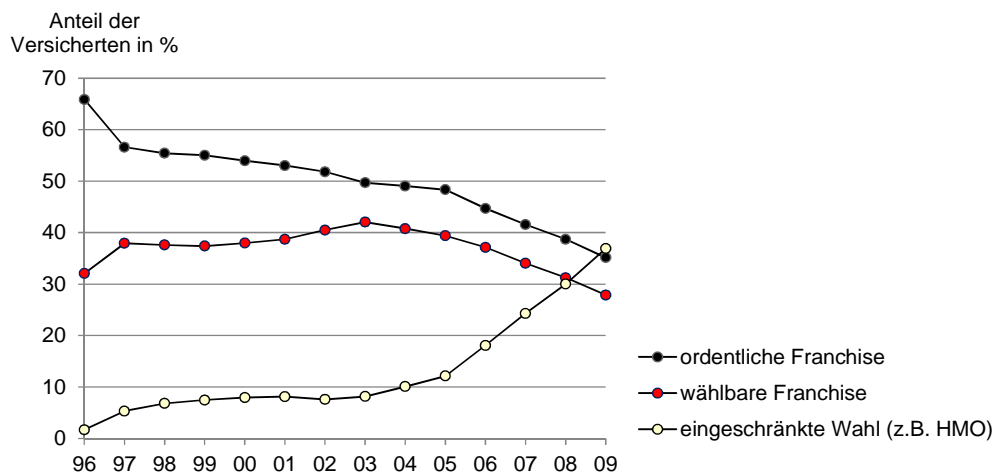
Abbildung 15: Gesundheitskosten pro Versicherten nach Versicherungsmodell



Quelle: Statistik der obl. Krankenversicherung 2009, Blatt 221d, BAG, eigene Darstellung

Abbildung 16 zeigt, dass diese ungleiche Entwicklung der Gesundheitskosten in verschiedenen Versicherungsmodellen von einer deutlichen Zunahme der Versicherten in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl begleitet war. Diese Versicherten waren 2009 mit einem Anteil von 37% die grösste Gruppe unter den Versicherten. Gleichzeitig hat die Zahl der Versicherten mit ordentlicher oder wählbarer Franchise abgenommen.

Abbildung 16: Versichertenbestand nach Versicherungsmodell



Quelle: Statistik der obl. Krankenversicherung 2009, Blatt 1105d, BAG, eigene Darstellung

Die Statistik führt auch das Modell der Bonus-Versicherung auf. Sie wird hier nicht dargestellt, da sie nie mehr als 0.4% der Versicherten umfasste.

4.2.3 Kosten senken über Kostenbeteiligung

Inwieweit trägt die Kostenbeteiligung der Versicherten über Franchise und Selbstbehalt zur Effizienzsteigerung bei? Sehen wir als erstes die Kostenbeteiligung als Instrument zur Verringerung des moralischen Risikos an.

Bei der Revision des KVG im Jahr 2004 wurde eine Kostenbeteiligung der Versicherten in Form einer Jahresfranchise und eines prozentualen Selbstbehalts eingeführt. Damit sollten Anreize für Kostensenkungen auf Seiten der Versicherten geschaffen werden (Deiss et al. 2004). Die Franchise kann aus gesetzlich vorgegebenen Stufen ausgewählt werden und beträgt zwischen 300 und 2'500 Franken. Die Versicherten müssen sich zusätzlich mit 10% bis zu einem Höchstbetrag von 700 Franken an den Kosten der medizinischen Leistungen beteiligen. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung haben im Jahr 2007 59% der Versicherten eine niedrige Franchise von 300 oder 500 Franken gewählt und 35% eine hohe Franchise von 1500 Franken oder mehr.⁴¹ Im internationalen Vergleich bezahlen die Patienten in der Schweiz heute mit 31% der gesamten Gesundheitsausgaben ein grosser Teil der Gesundheitsausgaben direkt.⁴²

Die tieferen Kosten von Versicherten mit hoher Franchise können mit vier Effektenerklärt werden (Beck 2004):

- *Effekt moralisches Risiko:* Aufgrund der höheren Kostenbeteiligung haben die Versicherten einen höheren Anreiz nur die Leistungen in Anspruch zu nehmen, von denen sie einen echten Nutzen erwarten. Die Ausgaben für unnötige Leistungen nehmen ab.
- *Effekt Franchise:* Die Versicherungsleistungen werden um den Betrag der Franchise reduziert.
- *Direkter Risikoselektionseffekt:* Personen mit geringeren erwarteten Versicherungsleistungen wählen eher eine hohe Franchise.
- *Indirekter Risikoselektionseffekt:* Der kostendämpfende Effekt einer hohen Franchise ist geringer, wenn nur Personen, die keine Versicherungsleistungen beanspruchen, eine hohe Kostenbeteiligung wählen. Umgekehrt bringt die Einführung einer Selbstbeteiligung bei Personen mit hohen Gesundheitskosten auch tatsächlich eine Einsparung.

⁴¹ Eigene Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS 2007). 19% der Befragten antworten nicht oder mit "weiss nicht" auf die Frage nach der Höhe der Franchise.

⁴² Der Anteil von Out-of-pocket Zahlungen und Kostenbeteiligung bei der obligatorischen und freiwilligen Krankenversicherung lag 2008 bei 31.5%. Weitere 9.0% wurden über freiwillige Privatversicherungen finanziert (siehe auch Tabelle 7 auf Seite 70) (BFS 2010).

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist allein der *Effektmoralisches Risiko* von Bedeutung, da es sich bei den anderen Effekten um eine Verschiebung der Kosten von der Kasse zum Versicherten (Effekt Franchise) oder um eine Verschiebung der Kosten zwischen den Kassen handelt (Risikoselektionseffekt).

Die meisten empirischen Untersuchungen zur Bedeutung der einzelnen Effekte kommen zum Schluss, dass Personen mit tiefen erwarteten Gesundheitskosten eher eine hohe Franchise wählen (Beck 2004; Hammer et al. 2008; Leu et al. 2008). Schellhorn (2004) führt in einer Schätzung anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 die realisierten Kosteneinsparungen sogar allein auf Selbstselektion zurück. Diese Arbeit wird aber von Beck (2004) wegen methodischer Mängel kritisiert. Auch die Begleitforschung des Bundesamtes für Sozialversicherung hat ergeben, dass die Kostenunterschiede zwischen den Franchisestufen vor allem auf Selektionseffekten beruhen, und dass echte Kosteneinsparungen höchstens in der obersten Franchisegruppe nachgewiesen werden können (Beck 2004).

Eine Reihe von Untersuchungen bestätigt die Reduktion des moralischen Risikos dank höherer Kostenbeteiligung der Versicherten. In einer grossen experimentellen Studie wurden in den USA in den 1970er Jahren Kosteneinsparungen zwischen 25 und 30% nachgewiesen (Newhouse 1993). Die Kosteneinsparungen durch den Selbstbehalt sind vor allem bei ambulanten Leistungen ausgeprägt. Dies scheint plausibel, da die Versicherten einen wohl deutlich grösseren Einfluss auf die Menge der in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen haben. Ausserdem sind die Kosten einer stationären Behandlung in der Regel so hoch, dass der Selbstbehalt ohnehin ausgeschöpft wird.

Der entscheidende Punkt für unsere Fragestellung ist jedoch, ob eine KRK besser als der gegenwärtige Wettbewerb zwischen den Kassen in der Lage wäre, über Franchisen und Selbstbeteiligung der Versicherten die Effizienz des Gesundheitssystem zu steigern. Unterliegen beide Modelle den gleichen gesetzlichen Vorschriften bezüglich der maximal zugelassenen Franchise und dem Selbstbehalt, dann gäbe es wohl keinen Unterschied zwischen den beiden Versicherungssystemen bei der Umsetzung dieser Massnahme.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kosten senken über Kostenbeteiligung

- Potentielle Effizienzsteigerung gegenüber einer Kostenbeteiligung der Versicherten sind im heutigen System bereits weitgehend ausgereizt.
- Eine KRK unterscheidet sich in Bezug auf die Ausgestaltung von Massnahmen von Kostenbeteiligungen nicht vom Wettbewerbsmodell.

4.2.4 Kosten senken über Managed Care

Managed Care beschreibt alle Steuerungs- und Integrationsinstrumente im Gesundheitswesen zur Förderung einer kosteneffektiven und qualitätsbasierten medizinischen Versorgung. Anstelle von Managed Care spricht man heute in Fachkreisen vermehrt von *integrierter Versorgung*, welche im Rahmen eines Netzwerks der Leistungserbringer die vorherrschende Fragmentierung des Angebots überwinden und dadurch Doppelspurigkeiten abbauen soll. Alle Managed Care Modelle zeichnen sich durch das so genannte Gatekeeping aus, dass also die versicherte Person immer denselben Eingang ins Gesundheitswesen zu wählen hat. Dies kann ein Hausarzt, ein Gesundheitszentrum (HMO: Health Maintenance Organization) oder ein medizinisches Call Center sein.⁴³

Bei der Wahl einer Managed Care Versicherung schränkt der Versicherte also seine Arztwahl auf eine von der Krankenkasse vorgegebene Gruppe von Ärzten ein, die eine Managed Care Organisation bilden. Die Kasse muss jetzt nur die Kosten der Arztbesuche und Behandlungen übernehmen, welche von den Ärzten der Managed Care Organisation geleistet oder verordnet werden (Beck et al. 2009).

HMOs nehmen innerhalb der verschiedenen Managed Care Modelle deshalb eine besondere Stellung ein, weil sie finanzielle Verantwortung übernehmen. So teilen die Versicherer diesen Organisationen eine Pauschale (Capitation) zu, welche zur Deckung der Gesamtheit der Gesundheitskosten eines Kunden genügen muss. Im Unterschied zur nach wie vor vorherrschenden Einzelleistungsvergütung bestehen in einem solchen System keine Anreize zur angebotsinduzierten Nachfragesteigerung. Damit kann das in Kapitel 2 angesprochene Problem, nämlich dass die Leistungserbringer den Informationsvorsprung zu ihren Gunsten ausnützen, umgangen werden, weil nun die Ärzte daran verdienen, wenn ihre Patienten möglichst gesund bleiben und nicht wenn möglichst viele Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden.

Die konkrete Ausgestaltung von Managed Care Modellen mit Budgetverantwortung setzt eine sorgfältige Planung und eine komplexe Vertragsgestaltung zwischen Versicherer und Leistungserbringer voraus. So müssen einerseits Regeln zur Qualitätskontrolle erstellt und eingehalten werden, um zu verhindern, dass es nicht zu einer medizinischen Unterversorgung der Patienten kommt. Andererseits müssen die Kopfpauschalen nach einer Formel berechnet werden, die den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigen. Analog zum Risikoausgleich zwischen den Kassen muss also auch bei den Managed Care

⁴³ Zur Beschreibung von Managed Care, siehe Berchtold (2009)

Modellen verhindert werden, dass bei den Ärztenetzen und Gesundheitszentren Anreize zur Risikoselektion entstehen.

Wie wir in Abbildung 16 gesehen haben, ist die Zahl der Versicherten in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl in den letzten Jahren sehr stark gewachsen und lag im Jahr 2009 bei 37% der Versicherten. Allerdings ist nur ein relativ kleiner Teil dieser Versicherten in echten Managed Care Modellen mit Budgetverantwortung. Gemäss den Zahlen des santésuisse Datenpools, waren 2008 74.8% der Versicherten in einem Standard-Modell, 21.6% in einem Hausarzt-Modell ohne Capitation und nur 3.1% in einem Versicherungsmodell mit Capitation (HMO, Hausarzt mit Capitation).

In der Schweiz funktionierten die ersten Managed Care Modelle mit Budgetverantwortung alles andere als optimal. Sie waren chronisch defizitär und erst ein langwieriger Trial and Error Prozess führte zum Aufbau des nötigen Know How und zur Ausgestaltung der heute bestehenden Organisationsformen.⁴⁴

Kosteneinsparungen dank Managed Care oder Risikoselektionsgewinne

Managed Care Modelle sind für die Beurteilung von KRK von grosser Bedeutung, weil einerseits ihr Anteil in Zukunft deutlich ansteigen soll und andererseits bei den besonderen Versicherungsformen Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern und damit ein relativ freier Wettbewerb zwischen den Kassen besteht. Besonders interessiert dabei die Frage, wie stark solche Modelle die Gesundheitskosten eindämmen können.

Eine Reihe von Studien zeigt klar, dass Versicherte in Managed Care Modellen mit Budgetverantwortung im Vergleich zu Versicherten mit freier Arztwahl deutlich tiefere Kosten verursachen. Ist dieser Kostenunterschied aber eine echte Kostenersparnis oder ist er die Folge von Risikoselektion, da vor allem Versicherte mit guter Gesundheit Managed Care Modelle wählen? Je grösser die echte Kostenersparnis, desto grösser ist die Chance, über einen Wettbewerb von verschiedenen Managed Care Modellen die Gesundheitskosten zu senken.

Die neueste empirische Arbeit zu den möglichen Kostenersparnissen von Managed Care Modellen in der Schweiz stammt von Beck et al. (2009). Die Studie analysiert die Kostenersparnisse von Versicherten bei HMO mit Budgetverantwortung. Da sich die durchschnittlichen Gesundheitskosten von HMO-Versicherten und Versicherten mit freier Arztwahl schon deshalb unterscheiden, weil HMO-Versicherte im Durchschnitt gesünder sind, berechnet Beck mit einem statistischen Verfahren auch die durchschnittlichen

⁴⁴Beck (2007) argumentiert, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen der „Geburtshelfer“ der heute für alle Beteiligten befriedigenden Modelle war.

Gesundheitskosten eines Versicherten mit freier Arztwahl, der genauso gesund ist wie ein durchschnittlicher HMO-Versicherter.

Zur Illustration der Studie von Beck gehen wir von monatlichen Kosten von 300 Franken bei einem typischen Versicherten mit freier Arztwahl aus. Für die 18 analysierten HMOs ergeben sich dann folgende Resultate:

Kosten durchschnittlicher Versicherter mit freier Arztwahl:	300 Franken
Kosten Versicherter mit freier Arztwahl, mit gleichem Gesundheitszustand wie durchschnittlicher HMO-Versicherter:	150 Franken
Kosten durchschnittlicher HMO-Versicherter:	120 Franken

Der grössere Teil der Kostendifferenz von 180 Franken ist also auf Risikoselektion zurückzuführen. Dennoch verbleibt nach Berücksichtigung der unterschiedlichen Risiken ein eigentlicher Einspareffekt von 30 Franken bzw. 20% der Kosten des Versicherten mit gleichem Gesundheitszustand, der aber nicht HMO versichert ist.⁴⁵ Dabei ist zu berücksichtigen, dass der absolute Spareffekt grösser ist, wenn neben den Kosten, die bei den Versicherungen anfallen, auch noch der Anteil der stationären Spalkosten einbezogen wird, welcher von der öffentlichen Hand finanziert wird.

Wie lassen sich diese Kosteneinsparungen einzelner HMOs auf die gesamten Gesundheitskosten übertragen? Wie wir bereits erwähnt haben, sind die erwarteten Kosteneinsparungen gering, wenn wie bisher vor allem die guten Risiken in Managed Care Modellen versichert sind. Die von Bundesrat Burkhalter für 2015 erwartete Anteil von Versicherten in Managed Care Modellen von 60% könnte bei den Wachstumsraten der letzten Jahre wohl erreicht werden (siehe Abbildung 16). Wichtig wäre aber vor allem, dass die Patienten mit hohen Kosten in Managed Care Modellen wären, da hier die grössten Effizienzgewinne möglich sind.

Nehmen wir an, dass die etwa 25% der Versicherten, die etwa 90% der Gesundheitskosten verursachen, in einem Managed Care Modell wären. Bei Kosteneinsparungen von 20% dank Managed Care liessen sich so 18% der Gesundheitskosten sparen, bei Kosteneinsparungen von 10% wären es immer noch 9%. Das Potential für Kosteneinsparungen scheint also vielversprechend und ist auch plausibel, wenn wir bedenken, dass Managed Care über eine

⁴⁵ Bei Lehmann (2004) ist der Anteil Risikoselektion kleiner und der eigentliche Kostenspareffekt grösser. Lehmann kann aber nicht ausschliessen, dass einzelne risikorelevante Faktoren nicht berücksichtigt wurden.

Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage auch in der stationären Versorgung, ein grosses Potential hat.

Da eine KRK ebenfalls Managed Care Modelle anbieten könnte, ist die entscheidende Frage für unsere Studie aber, ob die im Wettbewerb stehenden Kassen die Gesundheitskosten mit Managed Care Modellen *stärker* senken können als eine KRK, und wie gross dieser mögliche Vorteil wäre.

Effizienter Wettbewerb in Managed Care Modellen

Ein erstes Argument spricht für höhere Kosteneinsparungen im Wettbewerbsmodell. In Managed Care Modellen verfügen die Kassen über einen deutlich grösseren unternehmerischen Spielraum, um den Leistungserbringern Anreize für eine effiziente Produktion der Gesundheitsleistungen zu setzen. Die Kassen können wählen mit welchen Leistungserbringern sie zusammenarbeiten wollen, da kein Kontrahierungszwang gilt, und ohne allzu restriktive Vorschriften die Organisationsformen und Abläufe optimieren. Versicherungsmodelle mit Budgetverantwortung sind äusserst komplex und müssen laufend weiterentwickelt werden. Diese dynamischen Effizienzvorteile ergeben sich eher in Wettbewerbssystemen als in staatlichen Organisationen, weil der Innovationsdruck im Wettbewerb höher ist.

Risikoausgleich verringert Anreize zur Effizienzsteigerung im Wettbewerb

Obwohl Managed Care bedeutende Effizienzgewinne verspricht, verringert der Risikoausgleich den Anreiz, Managed Care Modelle tatsächlich einzuführen. Die Effizienzgewinne werden über den Risikoausgleich teilweise an die konkurrierenden Kassen weitergegeben, während die Kosten für die Entwicklung und Administration des Managed Care Modells ganz bei der Kasse bleiben, der die Effizienzgewinne zu verdanken sind.

Tabelle 8 illustriert diesen Zusammenhang mit einem einfachen Beispiel mit 2 Kassen, die je nur einen Versicherten haben. Kasse A hat einen Versicherten mit gutem Risiko der Gesundheitskosten von 200 Franken verursacht, während Kasse B einen Versicherten mit schlechtem Risiko hat, der Kosten von 400 Franken verursacht. Der Risikoausgleich wird jeweils als Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten der Versicherten (hier 300 Franken) und den Kosten der einzelnen Versicherten berechnet. So muss die Kasse A 100 Franken in den Risikoausgleich einzahlen, während die Kasse B 100 Franken erhält. Die Prämie entspricht der Summe aus Gesundheitskosten und Risikoausgleich und somit 300 für beide Kassen.

Die Kasse B führt nun ein Managed Care Modell ein, mit dem sie die Kosten ihres Versicherten von 400 auf 360 senken kann. Diese geringeren Kosten führen zu geringeren

Durchschnittskosten von 280 und beeinflussen damit den Risikoausgleich. Kasse A muss nun nur 80 einzahlen während Kasse B nur noch 80 erhält. Die Prämien beider Kassen sinken auf 280. Kasse B erreicht also trotz erfolgreichen Kostensenkungen keinen Wettbewerbsvorteil, sondern muss allein die Kosten des Managed Care in der Form erhöhter Verwaltungskosten tragen.

Eine Lösung des Problems läge in der speziellen Berücksichtigung von Kostensparmodellen bei der Bestimmung des Risikoausgleichs. Im Beispiel in Tabelle 8 müssten die Zahlungen an und aus dem Risikoausgleich also weiter bei 100 liegen.⁴⁶

Diese unerwünschten Folgen des Risikoausgleichs auf die Anreize zur Kosteneinsparung bestehen aber nur unter zwei Bedingungen:

1. Die Versicherten mit ungleichen Risiken sind ungleichmässig auf die Krankenkassen verteilt.
2. Die einzelnen Krankenkassen haben einen hohen Marktanteil.

Tabelle 8: Anreize zu Kosteneinsparungen im Risikoausgleich: 2 Kassen mit unterschiedlicher Risikostruktur

Ausgangssituation mit 2 Kassen und 2 Versicherten			
	Kosten	Risikoausgleich (Mittelwert Kosten - Kosten des Versicherten)	Prämie (Kosten + Risikoausgleich)
Kasse A: Versicherter mit gutem Risiko	200	100	300
Kasse B: Versicherter mit schlechtem Risiko	400	-100	300
Mittelwert	300	0	300
Situation nach kostensenkenden Massnahmen durch Kasse B			
Kasse A: Versicherter mit gutem Risiko	200	80	280
Kasse B: Versicherter mit schlechtem Risiko	360	-80	280
Mittelwert	280	0	280

Quelle: eigene Darstellung

Das Zahlenbeispiel zeigt, dass sich im Fall einer stark unterschiedlichen Risikostruktur kostensparende Massnahmen für die Kasse B nicht lohnen. In Folge der Kosteneinsparungen von 40 nimmt die Zahlung vom Risikoausgleich an die Kasse B um 20 ab und die Kasse A muss 20 weniger an den Risikoausgleich zahlen. Da die Prämien als Summe von Kosten und Risikoausgleichszahlung festgelegt werden, haben beide Kassen vor und nach den Kosteneinsparungen die gleichen Prämien. Die Kasse B erreicht also trotz erfolgreicher Kosteneinsparungen keinen Wettbewerbsvorteil.

⁴⁶ Bei der Bestimmung der Capitation stellt sich das Problem in ganz analoger Weise. Es wird aber explizit berücksichtigt, indem zwischen Leistungserbringer und Versicherer ausgehandelt wird, welcher Anteil der erwarteten Kostenersparnis als – erwarteter – Gewinn bei den Leistungserbringern anfällt.

Tabelle 9 zeigt eine Situation in der die erste Bedingung (Versicherte mit ungleichem Risiko sind ungleich über die Kassen verteilt) nicht erfüllt ist und die guten und schlechten Risiken also gleichmässig über die Kassen verteilt sind. Da in dieser Situation kein Risikoausgleich zwischen den Kassen fließt, kann die Kasse B ihre Kosteneinsparungen in einen Wettbewerbsvorteil umwandeln, indem sie niedrigere Prämien als die Kasse A festsetzt.

Tabelle 9: Anreize zu Kosteneinsparungen im Risikoausgleich: 2 Kassen mit identischer Risikostruktur

Ausgangssituation mit 2 Kassen mit je 2 Versicherten			
	Kosten	Risikoausgleich (Mittelwert Kosten Gruppe - Kosten aller Versicherten)	Prämie Summe (Kosten + Risikoausgleich) / Versicherte
Kasse A: Versicherter Gruppe jung	200	100	300
Kasse A: Versicherter Gruppe alt	400	-100	300
Kasse B: Versicherter Gruppe jung	200	100	300
Kasse B: Versicherter Gruppe alt	400	-100	300
<i>Mittelwert Risikogruppe jung</i>	200	100	
<i>Mittelwert Risikogruppe alt</i>	400	-100	
<i>Mittelwert alle</i>	300	0	300
Situation nach kostensenkenden Massnahmen durch Kasse B			
	Kosten	Risikoausgleich (Mittelwert Kosten - Kosten des Versicherten)	Prämie (Kosten + Risikoausgleich)
Kasse A: Versicherter Gruppe jung	200	95	300
Kasse A: Versicherter Gruppe alt	400	-95	300
Kasse B: Versicherter Gruppe jung	180	95	270
Kasse B: Versicherter Gruppe alt	360	-95	270
<i>Mittelwert Risikogruppe jung</i>	190	95	
<i>Mittelwert Risikogruppe alt</i>	380	-95	
<i>Mittelwert alle</i>	285	0	285

Quelle: eigene Darstellung

Das Zahlenbeispiel zeigt, dass sich im Fall identischer Risikostruktur kostensparende Massnahmen für die Kasse B lohnen. Der Risikoausgleich wird für jede der beiden Risikogruppen jung und alt als Differenz zwischen dem Mittelwert der Kosten der Gruppe und dem Mittelwert aller Versicherten berechnet.

In Folge der kostensparenden Massnahmen der Kasse B sinken die Kosten ihrer 2 Versicherten um je 10% um 20 für den jungen und 40 für den alten Versicherten. Da die Kasse B je einen Versicherten in der Gruppe alt und einen in der Gruppe jung hat, erhält sie zwar einen geringeren Risikoausgleich für den alten Versicherten, muss aber gleichzeitig auch weniger für den jungen Versicherten einzahlen. So gehen die Kosteneinsparungen nicht an die andere Kasse verloren und die Kasse B kann ihre Prämien in der Höhe der durchschnittlichen Kosteneinsparungen von 30 senken. Damit erreicht sie einen Wettbewerbsvorteil.

Tabelle 10 zeigt eine Situation in der die zweite Bedingung (die einzelnen Kassen haben einen grossen Marktanteil) nicht erfüllt ist, da der Anteil der Risikogruppe, bei der Krankenkasse welche die Massnahmen zur Kosteneinsparung ergreift, mit nur 5 von insgesamt 50 Versicherten dieser Risikogruppe vernachlässigbar ist.⁴⁷ Im ersten Beispiel in [Tabelle 8](#) ist dies der Fall, da die schlechten Risiken alle bei Kasse B versichert sind. In [Tabelle 10](#) sind hingegen nur 5 von insgesamt 50 schlechten Risiken bei Kasse B versichert und die restlichen 45 schlechten Risiken bei einer dritten Kasse C. Wenn die Kasse B nun die Kosten ihrer 5 Versicherten von 400 auf 360 senken kann, so verursachen die schlechten Risiken zusammengenommen nach wie vor hohe durchschnittliche Kosten von 396. Der Mittelwert über alle Risiken fällt auf 298 und der Risikoausgleich an Kasse B beträgt 98. Damit ergibt sich bei Kasse B eine Prämie von 262 (360-98). Die Kassen A und C mit Prämien von 298 (200+98) bzw. 302 (400-98) sind nun deutlich teurer als Kasse B, weil in diesem Fall nur 10% der Kosteneinsparung in den Risikoausgleich abfliesst. Der grösste Teil der Kosteneinsparungen in Kasse B kann über eine reduzierte Prämie an ihre Versicherten weitergegeben werden.

Tabelle 10: Anreize zu Kosteneinsparungen im Risikoausgleich: 3 Kassen unterschiedlich grosse Kassen mit unterschiedlicher Risikostruktur

Ausgangssituation mit 3 Kassen				
	Anzahl Versicherte	Kosten	Risikoausgleich (Mittelwert Kosten - Kosten des Versicherten)	Prämie (Kosten + Risikoausgleich)
Kasse A: Versicherte mit gutem Risiko	50	200	100	300
Kasse B: Versicherte mit schlechtem Risiko	5	400	-100	300
Kasse C: Versicherte mit schlechtem Risiko	45	400	-100	300
Mittelwert		300		300
Situation nach kostensenkenden Massnahmen durch Kasse B				
Kasse A: Versicherte mit gutem Risiko	50	200	98	298
Kasse B: Versicherte mit schlechtem Risiko	5	360	-98	262
Kasse C: Versicherte mit schlechtem Risiko	45	400	-98	302
Mittelwert		298	0	298

Quelle: eigene Darstellung

Das Zahlenbeispiel zeigt, dass sich Kosteneinsparungen für Kassen mit einem geringen Marktanteil auch bei unterschiedlicher Risikostruktur lohnen können. Kasse B hat mit 5 Versicherten mit schlechtem Risiko nur einen Marktanteil von 5%. Wenn es ihr gelingt die Kosten ihrer Versicherten um 10% auf 40 zu senken, nehmen die Zahlungen aus dem Risikoausgleich nur um 2 ab, da die andern Versicherten mit schlechtem Risiko weiterhin Kosten von 400 haben. Die Kasse B kann ihre Prämien also gegenüber den Konkurrenten senken und erreicht so einen Wettbewerbsvorteil.

⁴⁷ Beck (2004), S. 280

Was lässt sich aus diesen Beispielen für die Anreize zu Kosteneinsparungen im schweizerischen Krankenversicherungsmarkt schliessen? Da in der Schweiz die Versicherten mit unterschiedlichen Risiken nicht gleichmässig über alle Krankenkassen verteilt sind, werden die Anreize zur Kosteneinsparungen durch den Risikoausgleich tendenziell reduziert. Bei der aktuellen Marktkonzentration der Krankenkassen verbleibt aber auch bei den grossen Kassen der grössere Teil der Kosteneinsparung bei der Krankenkasse, die solche Anstrengungen unternimmt.

Risikoselektion bremst Managed Care für schlechte Risiken

Die Risikoselektion ist ein weiteres bedeutendes Hindernis für einen effizienten Einsatz von Managed Care Modellen im Wettbewerbsmodell. Die Kassen versuchen den Eintritt Personen mit höheren Gesundheitskosten zu verhindern, solange sie über den Risikoausgleich nicht ausreichend für diese höheren Kosten kompensiert werden. Wie wir im Abschnitt 4.1.3.1 diskutiert haben, ist der Ausbau des Risikoausgleichs im Jahr 2012 zwar ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, es werden aber weiterhin bedeutende Anreize zu Risikoselektion bestehen, da einige grosse Gruppen von Patienten mit chronischen Leiden vergleichsweise hohe Kosten in der ambulanten Behandlung verursachen aber im Durchschnitt nicht mehr Spitalaufenthalte haben als andere Versicherte ihrer demographischen Risikoausgleichskasse. Beck et al. (2010) zeigen ja gerade, dass die Anreize zur Risikoselektion gegen die schlechten Risiken mit dem neuen Risikoausgleich nur wenig abnehmen (siehe Abschnitt 4.1.3.1).

Ein wichtiger Faktor für den Erfolg von Managed Care Modellen, ist dass sie sowohl aus der Sicht der Patienten als auch der Sicht der Leistungserbringer eine Verbesserung der Behandlungsqualität mit sich bringen. Wenn eine Kasse beispielsweise ein erfolgreiches Managed Care Modell für Personen mit HIV entwickelt, werden vermutlich vermehrt Personen mit HIV in diese Kasse wechseln, da sie die verbesserte Behandlungsqualität schätzen. Dies widerspricht aber dem betriebswirtschaftlichen Interesse der Kasse, da die hohen Kosten der Versicherten mit HIV trotz der Einsparungen dank Managed Care nicht ausreichend vom Risikoausgleich kompensiert werden.

Im Wettbewerb haben die Kassen also auch im neuen Risikoausgleich weiterhin zu geringe Anreize für die Entwicklung von Managed Care Modelle zur Betreuung von Patienten mit einigen chronischen Krankheiten, obwohl gerade bei diesen Patienten ein grosses Potenzial für eine für verbesserte Behandlung und Effizienzsteigerungen besteht. Wie wir in Abschnitt 4.2.2 gesehen haben verursachen ja nur 20% der Versicherten etwa 90% der Gesundheitskosten der Krankenkassen.

Eine KRK hätte hingegen keine derartigen Fehlanreize, da keine Risikoselektion stattfindet und die Kasse die Kosten der Patienten mit chronischen Leiden so oder so tragen muss.

Managed Care und Integration zwischen stationärer und ambulanter Verhandlung

Die verbesserte Integration zwischen der stationären und ambulanten Behandlung ist einer der Angelpunkte von Managed Care. Die Kassen stellen sich heute aber manchmal gegen Modelle der integrierten Versorgung, die zwar Kosten sparen und die Behandlungsqualität verbessern, aber mit einer Verschiebung von Kosten aus dem stationären in den ambulanten Bereich verbunden sind. Dies ist aus einer betriebswirtschaftlichen Optik verständlich, da die Kassen in der ambulanten Behandlung 100% der Kosten tragen, während sie in der stationären Behandlung nur 50% der Kosten übernehmen müssen, und der Rest von den Kantonen übernommen wird.

Eine KRK könnte hier eine globalere Sichtweise ermöglichen, da alle Kosten nun eher aus der Sicht des Kantons beurteilt werden können. Eine sinnvolle Integration von ambulanter und stationärer Behandlung wäre eher möglich.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kosten senken über Managed Care

- Managed Care hat ein grosses und heute weitgehend noch nicht ausgeschöpftes Potential für Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen.
- Zur entscheidenden Frage, ob das Wettbewerbsmodell oder die KRK besser in der Lage ist, die Gesundheitskosten mit Managed Care Modellen zu senken, gibt es Argumente in beide Richtungen.
- Die Kassen haben im Managed Care einen deutlich grösseren unternehmerischen Spielraum, um den Leistungserbringern Anreize für eine effiziente Produktion der Gesundheitsleistungen zu setzen. Die innovative Dynamik des Wettbewerbs könnte also eher die produktive und allokativen Effizienz sichern.
- Der Risikoausgleich vermindert tendenziell die Anreize zur Effizienzsteigerung durch Managed Care im Wettbewerb. Allerdings ist dies nur bei Kassen mit grossem Marktanteil von Bedeutung.
- Die Risikoselektion, die auch mit dem neuen Risikoausgleich noch bestehen wird, verringert die Anreize zur Effizienzsteigerung durch Managed Care im Wettbewerb vor allem zur Betreuung von Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten. In einer KRK gibt es hingegen keine Risikoselektion.
- Die unterschiedliche Aufteilung der Behandlungskosten in der ambulanten und stationären Behandlung, führt manchmal zu Widerstand gegen eine eigentlich effizienzsteigernde Verlagerung von der stationären in die ambulante Behandlung. Eine KRK kann hier eher eine globale Optik zur Effizienzsteigerung übernehmen.

4.2.5 Kosten senken über Case Management

Case Management umfasst die gezielte Betreuung einzelner Versicherter auf ihren Behandlungspfaden im Gesundheitswesen. Gegenwärtig wird Case Management durch Krankenkassen vor allem für die berufliche Wiedereingliederung eingesetzt und weniger für das reine Management der Heilungskosten. Damit spielt Case Management vor allem für die Krankenkassen im Zusammenhang mit Taggeldversicherungen eine Rolle.

Interessant ist hier ein Blick auf die Suva, die über ein stark ausgebautes und erfolgreiches Case Management verfügt. Das im Vergleich zu den Krankenkassen eher grössere Engagement der Suva im Case Management hat mehrere Gründe:

- Die Suva hat einen noch grösseren Anreiz für eine umfassende Betreuung als eine Krankenkasse, da sie im Rahmen der Unfallversicherung nicht nur für die Kosten der

medizinischen Behandlung aufkommt, sondern über Taggelder und Rentenzahlungen auch für die Kosten Arbeitsausfalls und eine mögliche Invalidität übernimmt.

- Die Suva muss nicht befürchten, über eine gute Betreuung durch die Case Manager schlechte Risiken von anderen Kassen anzuziehen. In diesem Sinn entspricht die Situation der Suva der einer möglichen KRK.

Die Suva verfügt aufgrund der gesetzlichen Grundlagen der Unfallversicherung über eine bessere Grundlage für das Case Management. Während für KVG-Versicherte *Kostenerstattungsprinzip* gilt, nach dem die Krankenkasse die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen übernehmen muss, gilt für UVG-Versicherte das *Naturalleistungsprinzip*. Im Naturalleistungsprinzip muss die Kasse dem Versicherten die für die Behandlung notwendigen Leistungen garantieren, aber deshalb nicht die Kosten jeder vom Versicherten in Anspruch genommener Leistung übernehmen. Die Suva verfügt im Gegensatz zu einer KVG-Kasse, die nicht einmal die Diagnose der Patienten kennen, für deren Behandlung sie die Kosten übernehmen, auch über deutlich mehr Informationen zum Gesundheitszustand der verunfallten Versicherten. Die Suva ist damit in einer stärkeren Position gegenüber den Leistungserbringern und den Versicherten, und kann damit eher die Probleme der angebotsinduzierten Nachfrage und des moralischen Risikos eindämmen.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kosten senken über Case Management
<ul style="list-style-type: none">• Case Management durch die Kassen hat ein bedeutendes Potential für Effizienzgewinne, wird ist aber aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen heute nur begrenzt eingesetzt.• Eine KRK hat höheren Anreiz für Case Management, da sie nicht wie eine Kasse im Wettbewerb vermeiden muss, schlechte Risiken von der Konkurrenz anzuziehen

4.2.6 Kosten senken über Verhandlungsmacht gegenüber Leistungserbringern

Die Krankenkasse kann nicht nur indirekt über die Ausgestaltung der Verträge mit den Versicherten (Reduktion moralisches Risiko durch Kostenbeteiligung) und den Leistungserbringern (Reduktion angebotsinduzierte Nachfrage durch Managed Care) Einfluss auf die Effizienz der erbrachten Leistungen nehmen, sondern auch direkten Druck auf die Preise ausüben (siehe Abbildung 13). Da eine KRK der einzige Kostenträger von kassenpflichtigen medizinischen Behandlungen in einem Kanton wäre, wäre die KRK in einer

äusserst starken Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern. Auch heute stehen sich bei Tarifverhandlungen in vielen Fällen die Verbände der Kassen und der Leistungserbringer gegenüber, es gibt aber eine Tendenz zu einer zunehmenden Fragmentierung in den Verhandlungen (siehe auch Abschnitt 2.3).⁴⁸

Diese grosse Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern könnte einerseits zu möglichen Kostensenkungen beitragen, hat aber gleichzeitig einige problematische Aspekte:

- Der Kanton würde an den Tarifverhandlungen mit einer problematischen *multiplen Persönlichkeit* auftreten. Er hätte gleichzeitig die Rolle eines Leistungserbringers (als Betreiber der Spitäler), eine Kostenträgers (als Betreiber der Krankenkasse) und einer öffentlichen Bewilligungs-, Planungs- und Aufsichtsbehörde. Diese sich überschneidenden Rollen bergen zwar einerseits das Potential für eine bessere Koordination des kantonalen Gesundheitssystems, gleichzeitig könnten sie aber mögliche Effizienzsteigerungen behindern und zu wenig transparenten Entscheidungsprozessen führen.
- Einige Schweizer Gesundheitsökonominnen und Vertreter von Krankenkassen sprechen sich für eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs aus.⁴⁹ Kontrahierungszwang heisst, dass eine Kasse die Rechnungen aller Leistungserbringer begleichen muss, sofern sie zugelassen sind und die Leistung kassenpflichtig ist. Wir haben eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs in unserem Szenario für die modifizierte Wettbewerbssituation (siehe Abbildung 6) nicht berücksichtigt, da sie im Moment als nicht realisierbar erscheint. Fall es jedoch in Zukunft mit der KRK eine einzige Kasse pro Kanton gäbe, würde die Aufhebung des Kontrahierungszwangs der KRK die Möglichkeit geben, einzelne Leistungserbringer faktisch mit einem Berufsverbot zu belegen. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs wäre in dieser Situation als kaum mehr möglich.

Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass sich eine KRK aufgrund von mangelndem Wettbewerb und Druck von Interessengruppen (Leistungserbringer, Patienten) weniger für Effizienzsteigerungen einsetzt als eine Kasse im Wettbewerb. Beck (2004) drückt diese Befürchtung klar aus:

Die Einheitskasse löst sicher das eben angesprochene Risikoselektionsproblem und garantiert die Gleichbehandlung der Versicherten. Ob das eine *gleich gute* oder *gleich schlechte* Behandlung sein wird, sei dahingestellt. [...] Die Chefbeamten der Einheitskasse werden nur noch beschränkte Anreize haben, Leistungseinsparungen vorzunehmen. Einerseits sehen sie sich bei rigidem Verhalten gegenüber den Versicherten dem Vorwurf des Amtsmissbrauchs

⁴⁸ Die Krankenkassen Helsana, Sanitas und KPT planen zum Beispiel ab 2011 eigene Verhandlungen mit Leistungserbringern im stationären und ambulanten Bereich zu führen (Helsana 2010).

⁴⁹ Siehe z.B. santésuisse (2007)

ausgesetzt, andererseits stehen sie nicht mehr in Konkurrenz mit Mitbewerbern, die beim Leistungssparen die Nase vorn haben. Und sie gewinnen auch keine zusätzlichen Versicherten, wenn sie erfolgreich sparen. (Beck 2004, Seite 228)

Ob diese Befürchtungen tatsächlich für eine mögliche KRK zutreffen, lässt sich im Vorherein nicht eindeutig sagen – ausser man vertritt die Meinung, öffentliche Organisationen seien immer ineffizient. Ein sachlicher Vergleich zwischen der Effizienz privaten Versicherungen und der öffentlich-rechtlich organisierten Suva wäre wohl der beste Weg, um zu prüfen, ob öffentlich-rechtliche Organisationsformen im schweizerischen Gesundheitswesen tatsächlich weniger effizient sind.

Die Studie von Jäger et al. (2004) von der Universität St. Gallen vergleicht die Suva mit den Privatversicherungen, die ebenfalls im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung tätig sind. Die Rahmenbedingungen im UVG-Bereich unterscheiden sich von denen im KVG Bereich vor allem im Naturalleistungsprinzip und der Art der versicherten Leistungen (siehe Abschnitt 4.2.4). Die Studie kann im Vergleich mit den privaten Versicherungen im UVG-Bereich keine geringere Effizienz der Suva feststellen. Die Suva zahlt im Vergleich zu den Privatversicherern sogar einen höheren Anteil ihrer Einnahmen in Form von verschiedenen Arten von Versicherungsleistungen wieder an ihre Versicherten aus.⁵⁰

⁵⁰Prof. Franz Jäger, der sich als engagierter Advokat des freien Wettbewerbs einen Namen gemacht hat, erklärt die höhere Effizienz der SUVA mit folgenden Argumenten: 1) Die SUVA und die Privatversicherer versichern unterschiedlich Branchen der schweizerischen Volkswirtschaft. 2) Die SUVA benötigt dank ihres Monopols weniger Eigenkapital. 3) Die SUVA hat praktisch keine Akquisitionskosten. 4) Die SUVA ist einem potentiellen Wettbewerb ausgesetzt, der sie zur Effizienz antreibt. (Jaeger et al. 2004)

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kosten senken über Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern

- Dank der starken Verhandlungsposition als einzige Kasse im Kanton könnte die KRK bessere Konditionen in den Tarifverhandlungen durchsetzen.
- Die KRK könnte sich unter dem Druck von Interessengruppen und angesichts mangelnden Wettbewerbsdrucks und fehlender Anreize für das Management zu wenig für Effizienzsteigerungen der Leistungserbringer einsetzen.
- In einem Vergleich zwischen der öffentlich-rechtlichen Suva mit Privatversicherungen im UVG-Bereich weist die Suva jedoch keine geringere Effizienz als die Privatversicherungen auf.
- Eine KRK führt zu einer möglicherweise problematischen Machtkonzentration beim Kanton als gleichzeitiger Kostenträger, Leistungserbringer, Tarifbewilliger und Aufsichtsbehörde.
- Im Falle der Einführung einer KRK wäre eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs nicht mehr möglich, da die KRK einzelnen Leistungserbringern sonst faktisch ein Berufsverbot auferlegen könnte.

4.2.7 Kosten senken über Kontrolle der Rechnungen und über Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer

Die Kontrolle der Rechnungen und die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer sind zwei wichtige Instrumente, die von den Krankenkassen zur Kostensenkung eingesetzt werden.

Die Kassen haben in den letzten Jahren grosse Anstrengungen für den Aufbau von stark automatisierten IT-gestützten Kontrollsystemen unternommen und zum Teil wird die Rechnungskontrolle auch durch spezialisierte Unternehmen abgewickelt. Santésuisse schätzt die Einsparungen der Kassen aufgrund der Rechnungskontrolle auf 1 Mrd. Franken pro Jahr (santésuisse 2010a; santésuisse 2010c).

Die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer wird heute von santésuisse im Auftrag der Kassen durchgeführt. Eine einzelne kantonale Kasse wäre wohl weniger gut in der Lage diese Kostenvergleiche durchzuführen, da sie über keine überkantonale Vergleichsmöglichkeiten verfügen würde. Diese Aufgabe müsste also von einer überkantonalen Organisation übernommen werden.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kosten senken über Kontrolle der Rechnungen und über Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer

- Viele Kassen verfügen heute über stark automatisierte Systeme der Rechnungskontrolle.
- Die KRK müsste grosse Anstrengungen unternehmen, um diese Niveau von Effizienz zu erreichen.

4.2.8 Kosten senken über Gesundheitsförderung und Prävention

Massnahmen zur Krankheits-Prävention und zur Gesundheitsförderung sind ein weiteres Instrument zur Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung. Beispiele für derartige Massnahmen sind Vorsorgeuntersuchungen oder die Teilnahme an Ernährungsberatungen. Diese Massnahmen führen im laufenden Jahr zu Kosten, die oft erst einige Jahre später durch Kosteneinsparungen kompensiert werden.

Damit sich solche Massnahmen auch aus der betriebswirtschaftlichen Sicht für die Kassen lohnen, ist es wichtig, dass die Versicherten langfristig bei der gleichen Kasse bleiben. Nur dadurch fällt der Nutzen der Investitionen auch bei dieser Kasse an.

Das Wettbewerbssystem setzt für Krankenkassen relativ wenig Anreize Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu betreiben, da Versicherte abwandern könnten. Bei einer KRK wären die Anreize anders, da Versicherte meist nicht abwandern können.

Fazit KRK oder Wettbewerb: Kosten senken über Prävention

- Eine KRK hätte grössere Anreize, über die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern, da die Versicherten langfristig bei der gleichen KRK verbleiben und diese nur bei einem Wohnortwechsel in einen anderen Kanton wechseln.

5 Schlussfolgerungen

Ziel dieser Studie ist die ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile der Einführung von öffentlichen kantonalen oder regionalen Krankenkassen (KRK) in der Schweiz als alleinige Anbieter der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG. Damit würden die privaten Krankenkassen und der Wettbewerb zwischen diesen Kassen auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung abgeschafft. Diese Schlussfolgerungen fassen die wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammen.

Das zentral ökonomische Kriterium für den Vergleich der beiden Versicherungssysteme ist die produktive und allokativen Effizienz. Die Frage ist also, welches der beiden Systeme besser in der Lage ist, die Versicherungsdienstleistungen und die medizinische Versorgung, die sich die Versicherten wünschen, zu möglichst geringen Kosten bereit zustellen. Daneben berücksichtigen wir auch das Kriterium der Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten, welches mit der Vorschrift von gleichen Prämien für alle Versicherten einer Kasse in einer Prämienregion im KVG vorgesehen ist.

Für den Vergleich gilt es zuerst einmal festzulegen, welche Krankenversicherungs-Systeme miteinander zu vergleichen sind. Wir nehmen an, dass eine KRK nach dem Modell der Suva als öffentlich-rechtliche Anstalt eingerichtet wird und ein kantonales oder regionales Monopol in der sonst unveränderten obligatorischen Grundversicherung innehat. Die KRK wird keine Zusatzversicherungen anbieten, da sie in diesem Bereich sonst einen grossen Wettbewerbsvorteil gegenüber privaten Versicherungsgesellschaften hätte. Wir vergleichen die so ausgestaltete KRK mit der gegenwärtigen Situation auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung, wobei die Einführung des neuen Risikoausgleichs im Jahr 2012 berücksichtigt wird. Der neue Risikoausgleich wird neben Alter und Geschlecht der Versicherten auch das Morbiditätskriterium „im Vorjahr mehr als 3 Tage im Spital oder Pflegeheim“ berücksichtigen.

Bei der Beurteilung der Vor- und Nachteile des Wechsels zur KRK gehen wir in zwei Schritten vor: In einem ersten Schritt beurteilen wir die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten der Kassen, die einen Anteil von etwa 6% der Gesamtkosten der Kassen und damit der Prämien ausmachen. In einem zweiten Schritt beurteilen wir die Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben der Kassen, die mit 94% der Gesamtausgaben die Höhe der Prämien weitgehend bestimmen.

Verwaltungskosten

Mit dem Wechsel zu KRKs würde die durchschnittliche Grösse der Kassen zunehmen, da viele kleine Kassen aufgelöst würden. Gleichzeitig würden aber auch einige grosse Kassen

verschwinden, die möglicherweise aufgrund von Grössenvorteilen besonders effizient sein könnten. Wir stellen jedoch keinen Zusammenhang zwischen der Grösse der Kassen und der Höhe der Verwaltungskosten pro Versicherten fest. Mit dem Verschwinden von kleinen Kassen sind damit keine Effizienzgewinne oder Effizienzverluste zu erwarten. Ausserdem sollten die KRKs in kleineren Kantonen ebenso effizient arbeiten können wie solche in grossen Kantonen. Auch in Bezug auf die Reservehaltung hätten die KRKskleiner Kantone keinen bedeutenden Nachteil gegenüber grossen Krankenkassen, da die notwendigen Reservequoten zur Verhinderung von Illiquiditätsrisiken zwischen den kleinen und grossen Kantonen nicht stark variieren.

Einer der wichtigsten Kritikpunkte am gegenwärtigen Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt ist, dass Kassenwechsel zu unnötigen Verwaltungskosten führen. Ob diese Kritik zutrifft, hängt vor allem davon ab, inwieweit der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt von Risikoselektion geprägt ist. Kassenwechsel haben eine effizienzsteigernde Wirkung, wenn sie die Kassen antreiben, ihre Kosten zu senken, einen guten Service zu liefern und Versicherungsmodelle zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen. In diesem Fall bezeichnen wir die Wechsel als „gute Wechsel“, da sie dazu beitragen, das gesundheitspolitische Ziel der Effizienz zu erreichen. Falls der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt hingegen vor allem von der Risikoselektion und der Jagd auf die guten Risiken bestimmt ist, verursachen die Wechsel unnötige Kosten und untergraben die Solidarität zwischen den Versicherten. In diesem Fall können solche Wechsel aus gesundheitspolitischer Optik „schlechte Wechsel“ genannt werden. Die Risikoselektion durch die Kassen kann nur durch einen geeigneten Risikoausgleich zwischen den Kassen verhindert werden. Beim aktuell geltenden Risikoausgleich sind die Anreize zur Risikoselektion so gross, dass der überwiegende Teil der Wechsel als „schlechte Wechsel“ zu betrachten ist.

Mit einem Systemwechsel zur KRK würden die Kosten der Kassenwechsel wegfallen und die Prämien könnten, unter der Annahme, dass die gegenwärtigen Kassenwechsel nicht zur Effizienz der Kassen beitragen, um den entsprechenden Betrag gesenkt werden. Deshalb berechnen wir die Kosten der jährlichen Kassenwechsel im heutigen System. Die Zahl der jährlichen Kassenwechsel im heutigen System wird auf etwa 500'000 und die jährlichen Wechselkosten, die bei den Krankenkassen anfallen, werden auf 300 Mio. Franken geschätzt. Dies entspricht etwa 40 Franken pro Versicherten pro Jahr, 600 Franken pro Wechsel, 20% der Verwaltungskosten der Kassen oder 1.2% der Gesamtausgaben der Krankenkassen.

Auf Grund mangelnder Informationen konnten einige möglichen Kosten bei dieser Schätzung nicht berücksichtigt werden. So sind die Kosten der Versicherten, welche als „schlechte

Risiken“ den Risikoselektionsstrategien mancher Kassen ausgesetzt sind, schwer messbar und auch die administrativen Kosten, welche sich für die Leistungserbringer auf Grund der Vielzahl von Kassen und Kassenwechsel ergeben, konnten nicht quantifiziert werden.

Diese Wechselkosten entsprechen aber nicht der möglichen Kosteneinsparung bei der Einführung einer KRK, da die KRK mit der Situation nach der Einführung des neuen Risikoausgleichs verglichen werden muss und zudem nicht alle Wechsel als „schlechte Wechsel“ betrachtet werden können. Der neue Risikoausgleich wird die Risikoselektion vermindern aber nicht ganz verhindern und führt möglicherweise zu neuen Fehlanreizen. Wir erwarten, dass sich die Zahl und damit die Kosten der Kassenwechsel mit dem neuen Risikoausgleich reduzieren werden, können die Grösse dieser Reduktion aber nicht abschätzen.

Insgesamt sind bei den Verwaltungskosten gewisse Kosteneinsparungen möglich, die aber im Vergleich zu den gesamten Gesundheitskosten nicht sehr gross sind, da sie im besten Fall eine Prämienreduktion von 1% ermöglichen. Inwieweit eine Krankenkasse unter öffentlicher Kontrolle weniger effizient als ein private Krankenkasse arbeitet, kann im Rahmen unserer Studie nicht im Detail untersucht werden. Diese Befürchtungen sind aber angesichts der im Vergleich zu den privaten Unfallversicherungen recht erfolgreich wirtschaftenden öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung Suva zu relativieren.

In Bezug auf die Art und Qualität des Versicherungsservices ist festzuhalten, dass im monopolistischen KRK-System die Versicherten ihren Anbieter nicht wechseln können. Dadurch ergeben sich geringere Anreize, den Service den Kundenwünschen entsprechend zu gestalten. Eine quantitative Abschätzung dieses Effekts ist allerdings nicht möglich.

Gesundheitskosten

Bei der Frage der Wahl des Versicherungssystems geht es nicht allein um die Kosten und die Qualität der Versicherungsdienstleistungen, sondern auch um die Kosten der Gesundheitsleistungen, da die Versicherungen diese über die Ausgestaltung der Versicherungsverträge, über Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern (Ärzte, Spitäler, etc.) und über Kostenkontrollen beeinflussen können. Vor allem die Ausgestaltung der Versicherungsverträge kann dazu beitragen, zwei wichtige Ursachen für die Nachfrage nach eigentlich unnötigen medizinischen Leistungen, und damit für unnötig hohe Gesundheitskosten, einzuschränken: Das Problem des *moralischen Risikos* auf Seiten der Versicherten (die Versicherten fragen zu viele Leistungen nach, da sie nicht für die Leistungen bezahlen müssen) und das Problem der *angebotsinduzierten Nachfrage* auf Seiten der Leistungserbringer (die Leistungserbringer verabreichen zu viele Behandlungen,

da die Patienten nicht wissen, welche Behandlung sinnvoll wäre, und das Einkommen der Leistungserbringer mit der Anzahl der Behandlungen steigt).

Das moralische Risiko auf Seiten der Versicherten kann vor allem durch die Kostenbeteiligung der Versicherten über Franchisen und den Selbstbehalt eingeschränkt werden. Eine KRK unterscheidet sich in Bezug auf die Ausgestaltung von Massnahmen von Kostenbeteiligungen jedoch nicht vom Wettbewerbsmodell.

Ein grosses und heute weitgehend noch nicht ausgeschöpftes Potential zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen besteht hingegen in Managed Care bzw. in der integrierten Versorgung mit Einsparungen von bis zu 20% der Gesundheitskosten. Entscheidend für unsere Fragestellung ist hier, ob das Wettbewerbsmodell oder die KRK besser in der Lage ist, die Gesundheitskosten mit Managed Care zu senken. Dabei gibt es Argumente in beide Richtungen. Im Wettbewerb haben die Kassen bei Managed Care Modellen gegenüber dem Standard-Versicherungsmodell einerseits einen deutlich grösseren unternehmerischen Spielraum, um den Leistungserbringern Anreize für eine effiziente Produktion der Gesundheitsleistungen zu setzen. Die innovative Dynamik des Wettbewerbs könnte also eher die produktive und alloкатive Effizienz sichern. Andererseits verringert die Risikoselektion, die auch mit dem neuen Risikoausgleich noch bestehen wird, die Anreize zur Effizienzsteigerung durch Managed Care im Wettbewerb vor allem zur Betreuung von Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten. Schliesslich führt die unterschiedliche Finanzierung der Behandlungskosten in der ambulanten und stationären Behandlung manchmal zu Widerstand gegen eine eigentlich effizienzsteigernde Verlagerung von der stationären in die ambulante Behandlung. Eine KRK kann hier eher eine globale Optik zur Effizienzsteigerung übernehmen.

Das Case Management ist ein weiteres Instrument mit einem bedeutenden Potential für Effizienzgewinne, welches aber aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen heute nur begrenzt eingesetzt wird. Eine KRK hätte höhere Anreize für das Case Management, da sie nicht wie eine Kasse im Wettbewerb vermeiden muss, schlechte Risiken von der Konkurrenz anziehen.

Druck auf die Gesundheitskosten kann auch über Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern ausgeübt werden. Einerseits könnte eine KRK dank der starken Verhandlungsposition als einzige Kasse im Kanton bessere Konditionen in den Tarifverhandlungen durchsetzen. Andererseits könnte sie sich unter dem Druck von Interessengruppen und angesichts von mangelndem Wettbewerbsdruck und fehlenden Anreizen für das Management zu wenig für Effizienzsteigerungen der Leistungserbringer einsetzen. Auch hier spricht das Beispiel der öffentlich-rechtlichen Suva im Bereich der Unfallversicherung aber eher gegen diese Befürchtungen. Schliesslich wäre eine Aufhebung

des Kontrahierungszwangs, eine Massnahme, welche die Verhandlungsmacht der Kassen gegenüber den Leistungserbringern deutlich erhöhen würde, nicht mehr möglich, da die KRK einzelnen Leistungserbringern sonst faktisch ein Berufsverbot auferlegen könnte.

Die Gesundheitskosten können auch über die Kontrolle der Rechnungen und über Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer gesenkt werden. Viele Kassen verfügen heute über stark automatisierte Systeme der Rechnungskontrolle und eine KRK müsste grosse Anstrengungen unternehmen, um dieses Niveau von Effizienz zu erreichen.

Schliesslich könnte die Effizienz in der Gesundheitsversorgung über vermehrte Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung verbessert werden. In diesem Bereich hätte eine KRK eindeutig grössere Anreize, da sie sicher sein könnte, dass die meisten Versicherten langfristig bei ihr bleiben würden.

Insgesamt besteht bei den Gesundheitskosten ein deutlich grösseres Potential zu Effizienzsteigerungen als bei den Verwaltungskosten. Ob eine KRK in der Lage ist, dieses Potential besser zu nutzen als die Kassen im Wettbewerb, hängt vor allem davon ab, wie stark der neue Risikoausgleich die Anreize zur Risikoselektion verringern wird. Wenn diese Anreize deutlich abnehmen, könnten die Kassen Versicherungsmodelle zur Betreuung von Versicherten mit chronischen Krankheiten und für andere „schlechte Risiken“ entwickeln. Falls die Anreize zur Risikoselektion trotz neuem Risikoausgleich weiter bestehen sollten, bleiben die Anreize der Kassen in einem Wettbewerbssystem weiterhin gering.

Konsequenzen eines Systemwechsels für Versicherte, Kantone und Leistungserbringer

Ein Systemwechsel vom Wettbewerb zwischen privaten Krankenkassen zu einer öffentlichen KRK auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung hätte weitreichende Konsequenzen für Versicherte, Kantone, Leistungserbringer und Krankenkassen. Wir versuchen diese Konsequenzen zu skizzieren, obwohl vor allem in Bezug auf die Verringerung der Anreize zur Risikoselektion durch den neuen Risikoausgleichbedeutende Unsicherheiten bestehen.

Konsequenzen für Versicherte:

- Die Prämiendifferenzen zwischen den Versicherten in einer Prämienregion werden verschwinden. Im Gegensatz zur Situation im Jahr 2011 werden sich die Prämiendifferenzen aber schon mit der Einführung des neuen Risikoausgleichs im Jahr 2012 wenigstens teilweise vermindern.

- Die Prämien der guten Risiken werden eher zunehmen, die der schlechten Risiken eher abnehmen, was dem gesundheitspolitischen Ziel der Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten entspricht.
- Die Möglichkeit zwischen verschiedenen Kassen und Versicherungsmodellen zu wählen wird stark eingeschränkt. Damit verringern sich die Vorteile für die Versicherten, die bisher vor allem von der Möglichkeit des freien Kassenwechsels profitiert haben.
- Eine Prämienreduktion wird nur durch die Wahl eines Versicherungsmodells mit hoher Franchise oder eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer möglich sein.
- Für die Prämienentwicklung sind die Auswirkungen auf die Gesundheitskosten von zentraler Bedeutung. Mit dem geplanten Ausbau von Managed Care ist dabei entscheidend, welches der beiden Systeme das Sparpotential der integrierten Versorgung besser auszuschöpfen vermag. Über alle Versicherten betrachtet ist dabei zu erwarten, dass in Konkurrenz stehende Krankenkassen innovativere Modelle entwickeln und damit die Kostensteigerung stärker begrenzen. Dieser Effekt ist deshalb bedeutsam, weil gerade bei den besonderen Versicherungsformen die Wettbewerbsfreiheit wenig eingeschränkt ist. Für Krankheitsbilder, die hohe Kosten verursachen, aber im Risikoausgleich ungenügend berücksichtigt sind, besteht allerdings im Wettbewerbssystem kein Anreiz zur Entwicklung spezifischer Managed Care Lösungen. Im Unterschied dazu ist davon auszugehen, dass eine KRK sich stärker auf Versicherte mit solchen Krankheiten konzentriert, weil diese sowieso zum Versicherungskollektiv gehören und zudem einen grossen Anteil der Gesamtkosten verursachen.
- In einer KRK würde die obligatorische Krankenversicherung und mögliche private Zusatzversicherungen, die heute meist bei einer gleichen Versicherungsgesellschaft abgeschlossen werden, bei zwei unterschiedlichen Gesellschaften abgeschlossen.

Konsequenzen für Kantone

- Die gesundheitspolitischen Kompetenzen und Verantwortungen der Kantone würde mit der Einrichtung einer KRK deutlich zunehmen. Diese Verantwortung für eine politisch vom Kanton kontrollierte KRK wird auch schwierige Entscheidungen umfassen, wie etwa Kostengutsprachen für neuartige Behandlungen, die heute den Krankenkassen überlassen sind.
- Eine KRK führt zu einer möglicherweise problematischen Machtkonzentration beim Kanton als gleichzeitiger Kostenträger, Leistungserbringer, Tarifbewilliger und Aufsichtsbehörde.

- Gleichzeitig birgt diese erhöhte Machtkonzentration auch die Möglichkeit einer besseren Koordination in der Gesundheitspolitik. So sollten einer besseren Abstimmung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsabläufen zum Beispiel deutlich geringere Hindernisse im Wege stehen. Die Koordination der Gesundheitspolitik könnte auch auf einer breiteren Datengrundlage durchgeführt werden.

Konsequenzen für Leistungserbringer

- Die erhöhte gesundheitspolitische Machtkonzentration beim Kanton würde wohl die Verhandlungsposition der Leistungserbringer in den Tarifverhandlungen schwächen. Andererseits wäre in einer KRK die von den privaten Krankenkassen geforderte Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die ebenfalls die Verhandlungsposition der Leistungserbringer schwächen würde, kaum mehr möglich.

Konsequenzen für Krankenkassen

- Die privaten Krankenkassen würden einen zentralen Teil ihres Geschäftsfelds verlieren und müssten sich auf das Angebot von privaten Zusatzversicherungen beschränken.
- Es ist anzunehmen, dass ein grosser Teil der Kassen aufgelöst würde.

Nicht berücksichtigt Aspekte eines Systemwechsel

Diese Studie zu den ökonomischen Vor- und Nachteilen einer KRK richtet ihren Fokus in erster Linie auf die Frage, ob und wie sich mit einer KRK bei den Verwaltungs- und Gesundheitskosten die Effizienz gegenüber dem Wettbewerbssystem verbessern liesse. Dabei konnten eine Reihe von wichtigen Punkten nicht oder nur teilweise untersucht werden.

Auf eine detaillierte Diskussion der organisatorischen Ausgestaltung einer KRK in Form einer Verwaltungseinheit des Kantons, einer selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt nach dem Modell der Suva oder einer privaten Organisation mit Leistungsauftrag, wurde in Absprache mit dem Auftraggeber explizit verzichtet, da vorerst die möglichen Vor- und Nachteile einer KRK abgeklärt werden sollten. Aus dem gleichen Grund wurde auf eine Untersuchung der Übergangskosten bei einem möglichen Systemwechsel verzichtet. Eine Abklärung von rechtlichen Fragen eines Systemwechsels werden in einem separaten juristischen Teilgutachten von Silvia Bucher vom Institut für Wirtschaftsrecht der ZHAW behandelt (Bucher 2011).

Die wichtige Frage der möglichen Auswirkungen des neuen Risikoausgleichs auf das Ausmass der Risikoselektion auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung konnte vor allem aufgrund mangelnder Daten über die Struktur der Gesundheitskosten im Zeitverlauf nicht durchgeführt werden, da diese Daten allein den privaten Krankenversicherungen zur Verfügung stehen.

Das wohl wichtigste Argument gegen einen Wechsel zur KRKs ist, dass damit die Vorteile des Wettbewerbs als „selbstregulierendes System“ verloren gehen würden. Der Wettbewerb sichert die Wahlfreiheit der Versicherten, liefert Anreize Versicherungsmodelle zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Versicherten am besten entsprechen, macht Druck für Kosteneinsparungen bei Verwaltungskosten und drängt die Versicherungen die Gesundheitskosten über die Kontrolle der Rechnungen und Managed Care zu senken. Im Rahmen des heutigen Krankenversicherungsmarkts kann der Wettbewerb diese Vorteile aufgrund von einer Reihe von Verzerrungen und Einschränkungen aber nur sehr beschränkt entfalten. So konzentrieren sich die Kassen heute eher auf die Risikoselektion als darauf, die Gesundheitskosten zu senken.

Abschliessend ziehen wir folgendes Fazit: Der Hauptvorteil der KRK besteht darin, dass die Risikoselektion wegfällt und so auch keine unnötigen Wechselkosten entstehen. Allerdings ist die Höhe dieser Einsparung im Vergleich zu den gesamten Kosten der Krankenkassen gering. Gleichzeitig kann durch den Wegfall der Risikoselektion das gesetzlich vorgegebene Ziel der Solidarität zwischen Kranken und Gesunden nicht unterlaufen werden.

Entscheidend für die zukünftige Prämienentwicklung ist die Frage, welches System besser geeignet ist, die Behandlungskosten zu steuern. In diesem Zusammenhang spielt vor allem die Ausgestaltung von Managed Care Modellen eine Rolle. Welches der beiden Systeme in diesem Bereich besser abschneidet, hängt vor allem davon ab, ob der neue Risikoausgleich in der Lage ist, die Risikoselektion entscheidend zu vermindern.

Abbildungsverzeichnis Teil I - Ökonomische Analyse

Abbildung 1: Gesundheitskosten, OKP-Leistungen und Kosten der Kassen (2008)

Abbildung 2: Ausgangssituation auf dem Versicherungsmarkt

Abbildung 3: Wettbewerb führt zu höheren Verwaltungskosten und höheren Prämien
(Position 1)

Abbildung 4: Wettbewerb führt zu tieferen Gesundheitskosten und tieferen Prämien
(Position 2)

Abbildung 5: Dreieck Krankenkassen, Versicherer und Leistungserbringer

Abbildung 6: Mögliche Organisationsmodelle für eine KRK

Abbildung 7: Entwicklung der Verwaltungskosten inkl. Abschreibungen (1996-2009) 34

Abbildung 8: Konzentration auf dem Krankenversicherungsmarkt 2009 und Konzentration
bei einer Kasse pro Kanton

Abbildung 9: Anzahl Kassen und Kassen-Gruppen (1996 bis 2009)

Abbildung 10: Verwaltungskosten und Grösse der Kassen im Jahr 2009

Abbildung 11: Kassenwechsel in einfachen Modell (2 Kassen, 2 Versicherte)

Abbildung 12: Zahl der Kassenwechsel nach unterschiedlichen Quellen

Abbildung 13: Mögliche Hebel zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen

Abbildung 14: Verteilung der Gesundheitskosten der Kassen über die Versicherten

Abbildung 15: Gesundheitskosten pro Versicherten nach Versicherungsmodell

Abbildung 16: Versichertenbestand nach Versicherungsmodell

Tabellenverzeichnis Teil II - Ökonomische Analyse

- Tabelle 1: Effizienz kategorien
- Tabelle 2: Modell der KRK im Vergleich zur bisherigen Situation
- Tabelle 3: Korrelation Anzahl Versicherter und Verwaltungskosten pro Kopf
- Tabelle 4: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand und Kassenwechsel
- Tabelle 5: Verwaltungsaufwand der Krankenkassen 2009 und Berechnung der Wechselkosten
- Tabelle 6: Sensitivität der Wechselkosten 2009 bezüglich der Annahme zum Anteil der Wechselkosten am Verwaltungsaufwand
- Tabelle 7: Kennzahlen zur Entwicklung der Gesundheitskosten der Schweiz zwischen 1996 und 2008
- Tabelle 8: Anreize zu Kosteneinsparungen im Risikoausgleich: 2 Kassen mit unterschiedlicher Risikostruktur
- Tabelle 9: Anreize zu Kosteneinsparungen im Risikoausgleich: 2 Kassen mit identischer Risikostruktur
- Tabelle 10: Anreize zu Kosteneinsparungen im Risikoausgleich: 3 Kassen unterschiedlich grosse Kassen mit unterschiedlicher Risikostruktur

Abkürzungsverzeichnis Teil I - Ökonomische Analyse

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
DRG	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen für Spitäler)
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
HMO	Health Maintenance Organization
KK	Krankenkasse
KRK	kantonale oder regionale Krankenkasse
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SVA	Sozialversicherungsanstalt
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VWA	Verwaltungsaufwand

Literaturverzeichnis Teil I - Ökonomische Analyse

BAG (2010a). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009. Bern, Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2010b). Tiefere Medikamentenpreise ab 1. März 2010.

<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=32045>

Beck, K. (1998). "Optimierung des Risikoausgleichs im KVG - Ein Vorschlag der Krankenkasse CSS." *Neue Zürcher Zeitung* (21.09.1998).

Beck, K. (2004). *Risiko Krankenversicherung - Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*. Bern, Haupt Verlag.

Beck, K. (2007). "Die Krankenversicherer zeigen sich innovativ - Gründe gegen die Einführung einer Einheitskasse." *Neue Zürcher Zeitung* (26.02.2007).

Beck, K., U. Käser, et al. (2011). Risikominimierung durch Reservehaltung. in *Risiko Krankenversicherung*. K. Beck (Eds). Bern, Haupt Verlag.

Beck, K., U. Käser, et al. (2009). "Effizienzsteigerung dank Managed Care." *Datamaster*:15-21.

Beck, K. und M. Trottmann (2007). Der Risikostrukturausgleich und die langfristigen Profite der Risikoselektion: Wie erfolgreich sind verschiedene Formeln? in *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007*. D. Göpfrath et al. (Eds), St. Augustin.329-355.

Beck, K., M. Trottmann, et al. (2010). "Risk adjustment in health insurance and its long-term effectiveness." *Journal of Health Economics*29(4):489-498.

Berchtold, P. (2009). "Integrierte Versorgung – Das wirksame Therapiekonzept für Qualität und Wirtschaftlichkeit." *Die Volkswirtschaft - Das Magazin für Wirtschaftspolitik*11.

Berner Zeitung, (2010a).Je grösser die Kasse, desto höher die Kosten. (16.08.2010)

Berner Zeitung (2010b).Krankenkassen-Prämien: Rätselraten um die Reserven. (30.09.2010)

BFS (2007). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

BFS (2010). Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden 1995-2008. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

Brownlee, S. (2008). *Overtreated: Why too much medicine is making us sicker and poorer*, Bloomsbury.

- Bucher, S. (2011). Frage der rechtlichen Zulässigkeit einer obligatorischen kantonalen oder regionalen Krankenkasse (KRK). *Juristisches Teilgutachten zur im Auftrag der GDK-Ost vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie verfassten Studie „Kantonale oder regionale Krankenkasse [KRK]: Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile“*. Winterthur, Institut für Wirtschaftsrecht - Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Colombo, F. (2001). "Towards More Choice in Social Protection?: Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland." *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers***53**.
- Comparis (2010). Medienmitteilung: Prognose zur Anzahl der Krankenkassenwechsler - Wieder über eine Million Kassenwechsel.
http://www.comparis.ch/~media/files/mediencorner/medienmitteilungen/2010/kranken-kassen/prognose_wechsel_krankenkassen.pdf
- Deiss, J. und A. Huber-Hotz (2004). "Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Kostenbeteiligung)."
- DeSalvo, K., V. Fan, et al. (2005). "Predicting mortality and healthcare utilization with a single question." *Health Services Research***40**(4):1234-1246.
- Domenighetti, G., A. Casabianca, et al. (1993). "Revisiting the most informed consumer of surgical services: The physician-patient." *International Journal of Technology Assessment in Health Care***9**(04):505-513.
- Dromont, B., P.-Y. Geoffard, et al. (2009). "The influence of supplementary health insurance on switching behaviour: Evidence from Swiss data." *Health Economics***18**:1339-1356.
- Enthoven, A. C. (1993). "The history and principles of managed competition." *Health Affairs***Supplement 1993**:24-48.
- Friedman, M. (2002). *Capitalism and Freedom*. Chicago, The University of Chicago Press.
- GAAM (2009). Réflexions sur l'assurance maladie obligatoire, Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie.
- Groupe Mutuel (2010). Die Krankenversicherungsgesellschaften der Groupe Mutuel werden neu organisiert - Medienmitteilung vom 21.06.2010.
http://www.groupemutuel.ch/content/dam/gm/docs/de/groupemutuel/medienmitteilung/2010/2010.06.21_Neuorganisation_der_Groupe_Mutuel.pdf
- Hammer, S., M. Peter, et al. (2008) "Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung." Neuchâtel, Obsan/BFS

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=3204>

Handelszeitung (2010).Helsana will die Betriebskosten bis 2012 um 80 Mio CHF senken; Abbau von 500 Stellen. (10.03.2010)

Hefti, C. und M. Frey (2008) "Die Entwicklung der Versicherungslandschaft in der Krankenversicherung 1996-2006." Neuchâtel, Obsan/BFS
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/01.html?publicationID=3202>

Helsana (2010). Helsana und Sanitas: Ausweitung der Einkaufsgemeinschaft auf ambulante Leistungen (Medienmitteilung 7.12.2010).
<https://www.helsana.ch/?wm=c%281206%29sp%28471%2C486%2C502%29&blog257=a%28dt%29la%28ov%29sp%28%2D1%2C7%29e%28615%29>

Holly, A., L. Gardiol, et al. (2004) "Health-based risk adjustment in Switzerland: An exploration using medical information from prior hospitalisation." Lausanne, Institut d'économie et mangement de la santé IEMS
<http://www.hec.unil.ch/iems/Publications/rapportholly.pdf/download>

Jaeger, F., C. Brunner, et al. (2004) "Kosten-Nutzen-Analyse zur obligatorischen Unfallversicherung - Schlussbericht." St. Gallen, Forschungsinstitut für Empirische Ökonomie und Wirtschaftspolitik
http://www.bag.admin.ch/themen/versicherung/00321/02413/04164/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6qpJCEd3x_e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Laske-Aldershof, T., E. Schut, et al. (2006). Kassenwechsel im internationalen Vergleich. in *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006 – Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. D. Göppfarth et al. (Eds), Asgard-Verlag.

Lauterbach, K. W. und E. Wille (2001). "Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm "Wechselkomponente und solidarische Rückversicherung" unter Berücksichtigung der Morbidität." **Abschlussbericht**.

Lehmann, H. und P. Zweifel (2004). "Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance." *Journal of Health Economics* **23**(5):997-1012.

Leu, R. und K. Beck (2006) "Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz." Bern, Universität Bern
<http://www.physicianprofiling.ch/PHYRisikoausgleichGutachtenBeckLeu2006.pdf>

Leu, R., F. Rutten, et al. (2009) "The Swiss and Dutch health insurance systems: Universal coverage and regulated competitive insurance markets." The Commonwealth Fund.

<http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2009/Jan/The-Swiss-and-Dutch-Health-Insurance-Systems--Universal-Coverage-and-Regulated-Competitive-Insurance.aspx>

Leu, R., F. Rutten, et al. (2008). *The Swiss and the Dutch health care systems compared: A tale of two systems*, Nomos.

Newhouse, J. (1993). *Free for all?: Lessons from the rand health insurance experiment* Harvard University Press.

Phelps, C. (2003). *Health economics*. Boston, Addison Wesley.

santésuisse (2005). "Datenpool."

santésuisse (2007). Positionspapier - Wettbewerb in der Krankenversicherung.

<http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200710011013550.PDF>

infosantésuisse - 8/10 (2010a). Das Zittern des Fälschers - Mit Infrarot/Ultraviolet-Geräten deckt die Groupe Mutuel gefälschte Rechnungen auf.

santésuisse (2010b). "Gelungene Hauptprobe des Probelaufs " *infosantésuisse* **8/10**.

infosantésuisse 8/10 (2010c). Kontrolle im Sekundentakt - Ausgelagerte automatische Rechnungskontrolle.

Schellhorn, M. (2004) "Wählbare Selbstbehalte in der Krankenversicherung der Schweiz: Nachfragesteuerung oder Selektion?" *Diskussionschriften* **04-02**.

Schwarze, J. und H. Andersen (2001) "Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?". Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung

Sloan, F. und K. Hirschel (2008). *Incentives and choice in health care*. Cambridge, Massachusetts, MIT Press.

Werner, A., P. Reitmeir, et al. (2005). "Kassenwechsel und Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung - empirische Befunde der Kooperativen Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA)." *Gesundheitswesen* **67**(Sonderheft 1):158-166.

Zweifel, P. (2000). "Reconsidering the role of competition in health markets: Switzerland." *Journal of Health Politics, Policy and Law* **23**(3):937-944.

Anhang A: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist eine repräsentative Bevölkerungsbefragung, welche seit 1992 alle 5 Jahre vom Bundesamt für Statistik durchgeführt wurde. Dabei wurden unter Berücksichtigung der Grössenverhältnisse der Kantone in einem Zufallsverfahren Privathaushalte aus dem elektronischen Telefonbuch der Schweiz ausgewählt und für ein telefonisches Interview angerufen. Bei geglückter Kontaktaufnahme musste der Interviewer die Zahl und das Alter aller im Haushalt lebenden Personen aufnehmen um dann mit einem vom Computer zufällig bestimmten erwachsenen Haushaltsmitglied (über 15 Jahre) das Einzelinterview zu führen. Im Anschluss an die telefonische Befragung erhielt die befragte Person noch einen schriftlichen Fragebogen an die Heimadresse gesandt. Der Grund für diese zweite Befragung war einerseits der Umfang des Fragekatalogs, welcher die Möglichkeiten einer telefonischen Erhebung sprengte, andererseits wurden auch Fragen gestellt, zu deren Beantwortung die Teilnehmer eventuell Dokumente konsultieren mussten. In jedem Befragungsjahr wurde die Erhebung in vier Wellen über das Jahr verteilt durchgeführt, um saisonale Schwankungen des Gesundheitszustands der Bevölkerung auszugleichen.

Inhalt der Daten

Die gesammelten Informationen umfassen soziodemografische Merkmale, die Arbeits- und Lebenssituation, den Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Aspekte der sozialen Sicherheit und der Krankenversicherung sowie zu persönlichen Einstellungen und dem Gesundheitsverhalten.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind unter anderem Angaben zu den in Tabelle A 1 Leistungen enthalten.

Gesundheitskosten

Aus den Angaben zur Inanspruchnahme haben wir die Gesundheitskosten der befragten Personen geschätzt. Dabei konnten nur die Arztbesuche (Allgemeinärzte und Spezialisten) und die ambulanten und stationären Spitalbehandlungen berücksichtigt werden, da allein für diese die Information zu den in Anspruch genommenen Menge vorliegen (Zahl der Arztbesuche, Zahl der Tage im Spital). Die Ausgaben für Medikamente konnten aufgrund fehlender Mengenangaben nicht geschätzt werden. Zahn- und alternativmedizinischen Leistungen wurden nicht berücksichtigt, da sie nicht von der Grundversicherung bezahlt werden.

Tabelle A 1: Ausgewählte Angaben zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (BFS 2007)

Thema	Informationen
Konsultationen bei Allgemein- und Hausärzten	Anzahl Besuche
Konsultationen bei Spezialisten	Anzahl Besuche insgesamt
Konsultationen bei Spezialisten	Anzahl Besuche bei Frauenarzt/in, Zahnarzt/in, Dentalhygieniker/in, Physiotherapeut/in, Chiropraktiker/in, Optiker/in, Psychologe/in, Fusspfleger/in, Heilpraktiker/in oder Naturheiler/in
telefonische Beratungsdienste	Anzahl Beratungen
Stationäre Spitalaufenthalte	Anzahl Tage
Ambulante Spitalbehandlungen	Anzahl notfallmässige und geplante ambulante Behandlungen
Medikamentenkonsum	Häufigkeit der Einnahme in den 7 Tagen vor der Befragung: Medikamente gegen Bluthochdruck, Herzmedikamente, Schlafmittel, Mittel gegen Schmerzen, Mittel zur Beruhigung, Mittel gegen Verstopfung, Mittel gegen Asthma, Medikamente gegen zu hohes Cholesterin, Medikamente gegen Depression, Mittel gegen Diabetes, Hormonersatzbehandlung. Wurde das Medikament von einem Arzt verordnet?
Spitex Dienste	Vorübergehend oder regelmässig? Pflege, Haushaltshilfe oder anderes? Stunden in den letzten 7 Tagen?
Beratung in der Apotheke	Ja / nein?
Konsultationen bei komplementärmedizinischen Therapeuten	Anzahl Besuche im Bereich der Akupunktur, Homöopathie, Kräutermedizin / Pflanzenheilkunde, Shiatsu / Fussreflexzonenmassage, Autogenes Training / Hypnose, Neuraltherapie, Traditionelle Chinesische Medizin (ohne Akupunktur), anthroposophische Medizin, Bioresonanztherapie, Indische Medizin / Ayurveda, Osteopathie.

Zur Berechnung der jährlichen individuellen Kosten wurde die Anzahl Arztbesuche und Spitalbehandlungen mit den durchschnittlichen Kosten (Bruttoleistungen) pro Konsultation bzw. Spitaltag aus dem santésuisse Datenpool 2009 multipliziert.

Tabelle A 2: Durchschnittliche Preise medizinischer Leistungen 2005(santésuisse 2005)

Leistung	Durchschnittliche Preise pro Leistung in CHF in Jahr 2009
Konsultation bei einem Arzt (alle Disziplinen)	113
Spitaltag ambulant	361
Spitaltag stationär	429

Die Arztbesuche wurden für diese Berechnung nicht in Spezialisten und Allgemeinärzte unterteilt, da diese Kategorien nicht alle angegebenen Arztbesuche abdecken. Versucht man drei Kategorien (Allgemeinärzte, Spezialisten und Übrige) zu bilden, fallen relativ viele Individuen aufgrund fehlender Werte bei einer Kategorie aus der Auswertung.

Von den 18'760 Personen, die an der SGB 2007 teilgenommen haben, konnten wir die Antworten von 14'761 Personen für die Kostenschätzung verwenden. Die durchschnittlichen jährlichen Gesundheitskosten betragen 1'052 CHF (Standardabweichung 3'391 CHF).

Da wir mit den Arztbesuchen und Spitalbehandlungen nur einen Teil der Gesundheitsleistungen berücksichtigen konnten, liegen die berechneten Gesundheitskosten unter den tatsächlichen jährlichen Gesundheitskosten der befragten Personen. Für die Verwendung der Daten in den Berechnungen für diese Studie sind aber einerseits in vielen Fällen die relativen Kostenunterschiede zwischen den Versicherten entscheidend. Andererseits wurden die Kosten für die Berechnungen, bei denen die absolute Höhe der Kosten von Bedeutung ist, mit einem Korrekturfaktor multipliziert. Dies ist etwa bei der Berechnung der Gesundheitskosten die von den Krankenkassen getragen werden der Fall (siehe z.B. Abschnitt 4.2.2). Der Korrekturfaktor wurde aus dem Verhältnis zwischen den durchschnittlichen Brutto-Gesundheitskosten der Krankenkassen (gemäss der gemeinsamen Einrichtung KVG für das Jahr 2009) über den von uns ermittelten durchschnittlichen Gesundheitskosten (SGB 2007 und Preise 2009) berechnet.

Krankenversicherung

Die teilnehmenden Personen wurden detailliert zu ihrer Krankenversicherung befragt. Es sind in den Daten Informationen über das Versicherungsprodukt und über die Wechsel innert der vorangegangenen 12 Monate bekannt.

Mit diesen Angaben kann die Häufigkeit von Kassenwechseln und der Zusammenhang zwischen dem Versicherungsprodukt und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersucht werden.

Tabelle A 3: Ausgewählte Angaben zur Krankenversicherung der befragten Personen (BFS 2007)

Thema	Informationen
Art der Krankenversicherung	Gewöhnliche Krankenversicherung mit Franchise, Bonus Versicherung, HMO-Versicherung, Hausarztmodell, Telefonmodell
Wechsel des Versicherungsmodells	In den letzten 12 Monaten gewechselt? Von welcher Form zu welcher Form gewechselt?
Wechsel des Versicherers	In den letzten 12 Monaten Versicherer gewechselt? Wegen zu hoher Prämie, schlechtem Service oder aus anderen Gründen?
Höhe der Jahresfranchise	
Wechsel der Franchisehöhe	In den letzten 12 Monaten Franchise verändert? Erhöht oder reduziert?
Spitalzusatzversicherung	Allgemeine Abteilung, Allgemeine Abteilung freie Spitalwahl, halbprivate Abteilung, private Abteilung, anderes Modell. Zusatzversicherung bei gleicher Versicherung wie Grundversicherung?
Zusatzversicherung für die Komplementärmedizin	Ja / nein

Externe Validität

Die Aussagekraft der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ist im Bereich der Inanspruchnahme von Leistungen aus verschiedenen Gründen eingeschränkt:

1. Es wurden zum einen nur in Privathaushalten lebende Personen befragt, welche fähig waren an der telefonischen Befragung teilzunehmen. In Heimen oder anderen Institutionen lebende Personen wurden nicht erfasst. Wenn eine Person zum Befragungszeitpunkt zu krank für eine Teilnahme war oder sich während mindestens vier weiteren Wochen im Spital befand, wurden keine Daten zur Inanspruchnahme gesammelt. Gerade bei älteren Personen könnten deshalb eher gesündere Personen im Datensatz enthalten sein.
2. Oversampling: Mehrere Kantone haben die Zahl der Befragten aus ihrem Einzugsgebiet auf eigene Kosten erhöht, um Auswertungen auf kantonaler Ebene durchführen zu können.⁵¹ Ausserdem wurde 2007 darauf geachtet, dass aus allen 7 Grossregionen (RégionLémanique, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz und Zentralschweiz) mindestens 1'000 Beobachtungen vorhanden sind, womit kleine Regionen bereits übervertreten sind. Falls sich die Bewohner übervertreter Gebiete systematisch von den Personen aus anderen Gebieten unterscheiden, liefern Auswertungen auf nationaler Ebene verzerrte Resultate.
3. Antwortverweigerung: Gewisse Bevölkerungsgruppen verweigern häufiger als andere die Teilnahme an der Umfrage oder haben nach der telefonischen Befragung den schriftlichen Fragebogen nicht retourniert.⁵²
4. Zufällige Über- bzw. Untervertretung gewisser Gruppen: Auch bei vielen befragten Personen unterliegt die Struktur der Stichprobe zufälligen Schwankungen.

⁵¹ Im Jahr 2007 handelt es sich dabei um die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Freiburg, Genf, Jura, Luzern, Neuenburg, Schwyz, Tessin, Uri, Waadt und Wallis. 2002 verlangten die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Jura, Luzern, Neuenburg, Solothurn, St. Gallen, Tessin, Wallis, Waadt, Zug und Zürich zusätzliche Befragungen. Im Jahr 1997 taten dies nur Bern, Tessin, Wallis und Genf und für das Jahr 1992 ist aus der Dokumentation gar kein solches Oversampling ersichtlich.

⁵² Um dieses Problem mit einer Gewichtung zu lösen, muss unterstellt werden, dass sich die teilnehmenden Personen nicht systematisch von den Verweigerern aus der betreffenden Gruppe unterscheiden. Sonst muss mit Techniken zur Linderung von Selektionsverzerrungen gearbeitet werden.

Gewichtungsfaktoren

Die externe Validität der Stichprobe kann erhöht werden, indem die teilnehmenden Personen entsprechend ihres Aufkommens in der Bevölkerung gewichtet werden. Dafür wurde mittels einer Variablen jedem Individuum ein Wert zugewiesen, welcher angibt, wie gross das Gewicht des Subjekts sein muss, um aus der Stichprobe akkurate Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung ziehen zu können. Typen, welche anteilmässig schwächer vertreten sind als in der Grundgesamtheit, müssen demnach höher gewichtet werden, als solche, die relativ übervertreten sind.

Die Gewichtungsfaktoren geben für jede Beobachtung an, wie viele Personen aus der Schweizer Wohnbevölkerung durch das betreffende Individuum vertreten werden. Gibt es in der Schweiz also 700 50-jährige Frauen, welche im Kanton Zürich wohnen und einen ausländischen Pass besitzen, in der Stichprobe aber nur ein solches Individuum vorhanden ist, dann erhält dieses das Gewicht 700. Kommen in der Erhebung zwei solche Personen vor, dann wird jeder noch der Wert 350 zugewiesen. Die Summe der Häufigkeitsgewichte aller Subjekte des Datensatzes ergibt also genau die Grösse der in Privathaushalten lebenden Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.

Im Jahr 2007 wurden die Gewichte anhand der folgenden Merkmalen geschätzt: Anteil befragte Haushalte in der Region, Haushaltsgrösse, Heiratsstatus, Nationalität, Geschlecht, Alter, Kanton, Antwortausfälle. Als Referenz für diesen Vergleich mit der Wohnbevölkerung dienen die Daten der Eidgenössischen Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), welche basierend auf den Volkszählungen detaillierte Angaben zur Bevölkerung der Schweiz enthalten.

Beantworten allerdings gewisse Teilnehmende die Fragen systematisch anders als die vergleichbaren Personen aus der Gesamtbevölkerung, dann kann die Verzerrung auch mit den Gewichtungsfaktoren nicht behoben werden. Dies trifft vermutlich besonders auf ältere Personen zu, von denen eher die Gesünderen bei der Umfrage mitmachen.

Teil II – Rechtliche Analyse

I. Fragestellung

(1) Gemäss Projektskizze vom 10. Mai 2010 für eine Studie zur Thematik Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK) ist das Modell eines Systems, nach dem in der gesamten Schweiz pro Kanton bzw. Region nur noch eine Krankenkasse im Grundversicherungsbereich zugelassen ist und sich alle versicherungspflichtigen Personen, die im Gebiet der jeweiligen KRK wohnhaft sind, bei dieser versichern müssen, in erster Linie in gesundheitsökonomischer Hinsicht zu untersuchen. Im Rahmen des vorliegenden juristischen Teilgutachtens ist im Sinne einer Kurzeinschätzung zu prüfen, ob die Einführung eines solchen Systems rechtlich möglich wäre bzw. welche gesetzlichen und/oder verfassungsmässigen Rahmenbedingungen für dessen Einführung geschaffen werden müssten (Ziff. 3.3.1 Sätze 1 und 2 der Projektskizze).

(2) Dabei ist zunächst die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen zu beachten (hinten II.). Sodann ist danach zu fragen, ob das zur Diskussion stehende Modell mit der derzeit in Kraft stehenden Bundesgesetzgebung vereinbar wäre oder ob, um die Einführung eines KRK-Systems zu ermöglichen, zunächst das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) geändert werden müsste (hinten III.). Schliesslich ist die Frage der Zulässigkeit des zu beleuchtenden Systems unter anderen als die bundesstaatliche Kompetenzverteilung betreffenden Aspekten des Verfassungsrechts, insbesondere der Wirtschaftsverfassung, bzw. die Frage der Notwendigkeit einer Verfassungsänderung – auch schon als Voraussetzung einer allfälligen Gesetzesänderung – zu prüfen (hinten IV.).

II. Bundesstaatliche Kompetenzordnung

(3) Die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101) enthält im 2. Kapitel „Zuständigkeiten“ ihres 3. Titels „Bund, Kantone und Gemeinden“ einen Art. 117 mit der Überschrift „Kranken- und Unfallversicherung“ und folgendem Wortlaut:

¹Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

²Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

(4) Damit wird dem Bund für den Bereich der Krankenversicherung eine umfassende, den Regelungsbereich ganz erfassende und nicht auf die Festlegung von Grundsätzen beschränkte⁵³ Gesetzgebungszuständigkeit eingeräumt, wobei es sich um eine konkurrierende Kompetenz mit nachträglich derogatorischer Wirkung handelt⁵⁴. Letzteres bedeutet, dass kantonale Regelungen ausgeschlossen sind und hinfällig werden, sobald und soweit der Bund von seiner Kompetenz Gebrauch macht⁵⁵ (vgl. auch Art. 3 und 42 BV). Art. 117 BV verleiht dem Bund nicht nur eine Gesetzgebungskompetenz, sondern zugleich auch einen verbindlichen Gesetzgebungsauftrag (vgl. „erlässt“⁵⁶)⁵⁷.

⁵³ Vgl. BGE 122 V 85 E. 5b/bb/aaa S. 95 (noch zu Art. 34^{bis} der alten BV); Zwischenverfügung WEKO, E. 35 S. 516; Gutachten BJ 2008, S. 5; BIAGGINI, Kommentar, N 12 der Vorbemerkungen zu Art. 42-135 BV und N 2 zu Art. 117 BV; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 1 und 3; GÄCHTER/VOLLENWEIDER, Rz. 132; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 1084; KIESER, Verfassungsgrundlage, S. 325; KIESER, Leistungserbringer, S. 578; MADER, N 3 zu Art. 117; MAHON, Commentaire, N 4 zu Art. 117; MATTIG, S. 104; POLEDNA, Bundesverfassung, N 3 zu Art. 117; TSCHANNEN, § 20 Rz. 35.

⁵⁴ Zwischenverfügung WEKO, E. 35 S. 516; BIAGGINI, Kommentar, N 2 zu Art. 117 BV; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 1; KIESER, Verfassungsgrundlage, S. 325; MADER, N 3 zu Art. 117; MAHON, Commentaire, N 4 zu Art. 117; POLEDNA, Bundesverfassung, N 3 zu Art. 117; RHINOW/ KÄGI-DIENER, S. 4 mit Fn. 2. Vgl. auch Urteil K 139/06 vom 31. Januar 2008 E. 6.4 und 6.5 i. V. m. hinten bei Fn. 55.

⁵⁵ Z. B. Zwischenverfügung WEKO, E. 35 f. S. 516 und E. 47 S. 518; BIAGGINI, Kommentar, N 11 der Vorbemerkungen zu Art. 42-135 BV; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 1; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 1092 ff.; POLEDNA, Bundesverfassung, N 5 zu Art. 117; RHINOW/SCHEFER, Rz. 727; SCHWEIZER, N 16 zu Art. 3; TSCHANNEN, § 20 Rz. 28.

⁵⁶ Vgl. BIAGGINI, Kommentar, N 14 der Vorbemerkungen zu Art. 42-135 BV; TSCHANNEN, § 20 Rz. 6.

⁵⁷ Vgl. Urteil U 203/01 vom 27. November 2001, E. 4b; Entscheid BR, E. 4.1 S. 225 (noch zu Art. 34^{bis} der alten BV); Zwischenverfügung WEKO, E. 35 S. 516; BIAGGINI, Kommentar, N 2 zu Art. 117 BV; EGLI, S. 79 f.; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 1; KIESER, Verfassungsgrundlage, S. 325; KIESER, Einheitskasse, S. 112; MADER, N 3 zu Art. 117; MAHON, Commentaire, N 4 zu Art. 117; MATTIG, Fn. 192; POLEDNA, Bundesverfassung, N 3 zu Art. 117; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 4 f. mit Fn. 2.

(5) Bezüglich der Frage, wer die soziale Krankenversicherung durchführt, hat der Bund, wie aus den Ausführungen hinten unter III. ersichtlich ist, von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht, sodass den Kantonen diesbezüglich keine Regelungszuständigkeit verbleibt. Diese sind somit nach geltendem Recht schon in Anbetracht der bundesstaatlichen Kompetenzordnung nicht befugt, eine KRK im Sinne des vorne in Nr. 1 beschriebenen Modells einzurichten⁵⁸.

(6) Dies war denn auch einer der Gründe, der zur Ungültigerklärung der eine kantonale Einheitskasse anstrebenden Volksinitiative „Pour une caisse vaudoise d'assurance maladie de base“ durch das Waadtländer Kantonsparlament führte⁵⁹.

(7) Die Projektskizze geht zu Recht vom Fehlen einer kantonalen Zuständigkeit aus, indem erwähnt wird, der Kantonsrat (Landrat) des Kantons Glarus habe dem Regierungsrat den Auftrag erteilt, ein KRK-Modell im Rahmen einer Standesinitiative (vgl. zu diesem Instrument Art. 160 BV und Art. 115 ff. des Bundesgesetzes vom 13. Dezember 2002 über die Bundesversammlung [ParlG; SR 171.10]) zu prüfen (Ziff. 2 der Projektskizze).

⁵⁸ Vgl. auch EGLI, S. 74, insbesondere Fn. 367.

⁵⁹ Vgl. Préavis VD, S. 734 f., und Urteil 1P.383/2004 vom 23. Dezember 2004, Sachverhalt sowie E. 4.

III. Frage der Zulässigkeit im Lichte der Bundesgesetzgebung

(8) Gemäss Art. 11 ff. und Art. 67 ff. des sich auf Art. 117 BV⁶⁰ (bzw. Art. 34^{bis} der alten BV⁶¹) stützenden KVG wird die aus einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung und einer freiwilligen Taggeldversicherung bestehende (Art. 1a Abs. 1 KVG) soziale Krankenversicherung durch zwei Arten von Versicherern, nämlich einerseits durch vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) anerkannte Krankenkassen (Art. 11 lit. a und Art. 12 KVG) und andererseits durch dem Bundesgesetz vom 17. Dezember 2004 betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG; SR 961.01) unterstehende sowie über eine entsprechende Bewilligung des EDI verfügende private Versicherungsunternehmen (Art. 11 lit. b und Art. 13 KVG) betrieben. Nach Art. 4 und Art. 67 f. KVG können die versicherungspflichtigen bzw. -berechtigten Personen unter den Versicherern frei wählen, während diese in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige bzw. -berechtigte Person aufnehmen müssen.

(9) Somit beruht insbesondere die hier interessierende obligatorische Krankenpflegeversicherung auf dem System der Mehrfachträgerschaft bzw. Trägervielfalt⁶². Es besteht kein Numerus clausus der Versicherer, auch nicht in Form des Erfordernisses eines Bedürfnisnachweises⁶³. Sowohl auf die Anerkennung als Krankenkasse (Art. 12 KVG) als auch auf die für beide Arten von Versicherern erforderliche⁶⁴ Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Art. 13 KVG) besteht bei Erfüllung der gesetzlichen und verordnungsmässigen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch (vgl. für die Anerkennung Art. 12 Abs. 1 KVG i. V. m. Art. 12 [insbesondere Abs. 4] der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102] und für die

⁶⁰ Gutachten BJ 2007, S. 354; GÄCHTER/VOLLENWEIDER, Rz. 132.

⁶¹ Vgl. Ingress des KVG.

⁶² Botschaft Einheitskrankenkasse, Ziff. 3.3.1 (S. 742) und Ziff. 3.1.11 (S. 747); EGLI, S. 63, Fn. 367 und S. 79; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 175 f.; EUGSTER, Rechtsprechung, N 1 zu Art. 11; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 8.

⁶³ BGE 128 V 272 E. 6d/aa S. 285; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 175; EUGSTER, Rechtsprechung, N 4 zu Art. 11; MOSER, Rz. 15 und 55; POLEDNA, Organisation, S. 52 f.

⁶⁴ Vgl. Art. 12 Abs. 2 KVV und Art. 11 lit. b KVG i. V. m. Art. 13 KVG; Art. 15 Abs. 1 KVV.

Durchführungsbewilligung Art. 13 [insbesondere Abs. 1] KVG i. V. m. Art. 15 [insbesondere Abs. 2] KVV)⁶⁵.

(10) Dieses System der Mehrfachträgerschaft ist vor dem Hintergrund des gesetzgeberischen Willens zu sehen, dass zwischen den Versicherern unter dem Kostengesichtspunkt – zwecks Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen – wirksamer Wettbewerb herrschen soll, wo und soweit dies möglich ist⁶⁶.

(11) Eine Ablösung des beschriebenen auf einen Kosten dämpfenden Wettbewerb abzielenden Systems der Mehrfachträgerschaft mit Wahlfreiheit durch ein Einheitskassen vorsehendes KRK-System, in dem im räumlichen Tätigkeitsbereich der jeweiligen KRK nur ein einziger Versicherer zur Verfügung stünde und damit die bisherige Wahlfreiheit entfiel⁶⁷, würde eine Änderung der geltenden krankenversicherungsrechtlichen Regelung durch den Bundesgesetzgeber bedingen. Das zur Diskussion stehende Modell könnte somit nur über eine Änderung des KVG verwirklicht werden⁶⁸.

(12) Die in diesem Gesetz verankerte Wahlfreiheit war denn auch ein weiterer Grund für die Ungültigerklärung der vorne in Nr. 6 erwähnten kantonalen Volksinitiative infolge Bundesrechtswidrigkeit⁶⁹.

(13) Im Folgenden (IV.) ist der Frage nachzugehen, ob eine Änderung des KVG, die ein KRK-System vorsehen oder erlauben würde, verfassungsrechtlich zulässig wäre.

⁶⁵ Vgl. KIESER, Einheitskasse, S. 110; MAURER, S. 14; MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, § 15 Rz. 12 und 19; POLEDNA, Organisation, S. 19; RIEMER-KAFKA, Rz. 6.37 und 6.39.

⁶⁶ Vgl. BGE 128 V 272 E. 6d/aa S. 285, E. 7b/bb S. 290, E. 7c S. 291 und E. 8b/dd S. 294; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 176 f.; EUGSTER, Rechtsprechung, N 3 zu Art. 11; MOSER, Rz. 4, 14 ff. und 54 f.; POLEDNA, Organisation, S. 52 f.

⁶⁷ Vgl. vorne Nr. 1.

⁶⁸ Vgl. auch EGLI, S. 74, insbesondere Fn. 367.

⁶⁹ Vgl. Préavis VD, S. 733 f., und Urteil 1P.383/2004 vom 23. Dezember 2004, Sachverhalt sowie E. 4.

IV. Frage der Zulässigkeit im Lichte der wirtschaftsverfassungsrechtlichen Regelung und anderer Aspekte des Verfassungsrechts

A) *Wirtschaftsfreiheit*

(14) Art. 27 BV mit der Überschrift „Wirtschaftsfreiheit“ lautet:

¹Die Wirtschaftsfreiheit ist gewährleistet.

²Sie umfasst insbesondere die freie Wahl des Berufes sowie den freien Zugang zu einer privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit und deren freie Ausübung.

(15) Dieses Grundrecht⁷⁰ schützt nur privatwirtschaftliche Tätigkeiten⁷¹, wohingegen die (übertragene) Erfüllung staatlicher Aufgaben nicht in dessen Schutzbereich fällt⁷².

⁷⁰ Art. 27 BV ist im 1. Kapitel „Grundrechte“ des 2. Titels der BV enthalten.

⁷¹ Vgl. BGE 135 I 130 E. 4.2 S. 135; Urteil 2C_655/2009 vom 23. März 2010, E. 4.1; BIAGGINI, Kommentar, N 8 zu Art. 27 BV; EGLI, S. 35; VALLENDER, N 8 zu Art. 27.

⁷² Vgl. BGE 133 I 259 E. 2.2 S. 261 und E. 4.4 S. 266 (Notariat), BGE 132 I 201 E. 7.1 S. 205 und E. 8.5 S. 216 (amtlicher Verteidiger), 132 V 6 E. 2.5.4 S. 15 f. (öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler), 131 II 639 E. 6.1 S. 645 (Notariat), 130 I 26 E. 4.1 S. 40 f. (im Rahmen einer öffentlichrechtlichen Anstalt in einem entsprechenden Dienstverhältnis erfolgende ärztliche Tätigkeit; private Erwerbstätigkeit an staatlich subventionierten Spitälern); Urteil 2C_655/2009 vom 23. März 2010, E. 4.1, wonach sich der Beschwerdeführer in Bezug auf die Notariatstätigkeit bzw. das Amt als Notar nicht auf die Wirtschaftsfreiheit berufen kann; AUER/ MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 937, 940 und 943, wonach eine als öffentliche Aufgabe qualifizierte und dem öffentlichen Recht unterstehende wirtschaftliche Tätigkeit nicht unter die Wirtschaftsfreiheit fällt bzw. wonach sich eine Person nicht auf die Wirtschaftsfreiheit berufen kann, soweit sie eine ihr delegierte öffentliche Aufgabe ausübt; BIAGGINI, Kommentar, N 13 zu Art. 27 BV, wonach nicht unter dem Schutz der Wirtschaftsfreiheit steht, wer eine staatliche Tätigkeit ausübt; BIAGGINI/LIENHARD/RICHLI/UHLMANN, S. 10, wonach die Ausübung einer staatlichen Tätigkeit nicht unter den Schutz der Wirtschaftsfreiheit fällt; EGLI, S. 35, wonach die staatliche Aufgabenerfüllung vom sachlichen Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit nicht erfasst wird; KIENER/KÄLIN, S. 305, wonach sich grundsätzlich nicht auf die einzig privatwirtschaftlich tätige Personen schützende Wirtschaftsfreiheit berufen kann, wer Staatsaufgaben erfüllt; MAHON, Commentaire, N 6 zu Art. 27, wonach sich Personen, die eine öffentliche Aufgabe erfüllen, nicht auf die Wirtschaftsfreiheit berufen können, und MAHON, Commentaire, N 8 zu Art. 27, sowie MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 130, wonach die öffentliche Tätigkeit der Wirtschaftsfreiheit entzogen ist; MATTIG, Fn. 269, wonach sich eine öffentliche Aufgabe erfüllende Privatpersonen grundsätzlich nicht auf die Wirtschaftsfreiheit berufen können; RHINOW/SCHEFER, Rz. 3217, wonach sich nicht auf die Wirtschaftsfreiheit berufen kann, wer eine öffentliche Aufgabe erfüllt; RICHLI, Grundriss, Rz. 186, wonach Private nicht aus der Wirtschaftsfreiheit heraus Anspruch auf eine Tätigkeit erheben können, die eine kraft staatlicher Übertragung von Privaten ausgeübte öffentliche Aufgabe darstellt, Rz. 187, wonach Private insoweit, als sie eine ihnen

(16) Als öffentliche Aufgabe des Bundes⁷³ zählt die Durchführung der sozialen Krankenversicherung zur Erfüllung staatlicher Aufgaben⁷⁴; die Durchführungsorgane der sozialen Krankenversicherung bildenden⁷⁵ und mit der Befugnis, Verfügungen zu erlassen, ausgestatteten⁷⁶ Versicherer (vorne Nr. 8) sind im Sinne von Art. 178 Abs. 3 BV und Art. 2 Abs. 4 des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG; SR 172.010) ausserhalb der Bundesverwaltung stehende Personen des öffentlichen oder privaten Rechts⁷⁷, denen durch Gesetz⁷⁸ Verwaltungsaufgaben übertragen wurden⁷⁹ (Träger

übertragene öffentliche Aufgabe wahrnehmen, nicht im Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit stehen, Rz. 210, wonach nicht dem sachlichen Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit untersteht, was zulässigerweise zur öffentlichen Aufgabe gemacht wurde, und Rz. 213, wonach Private, wenn sie eine öffentliche Aufgabe erfüllen, nicht im sachlichen Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit stehen; TSCHANNEN, § 7 Rz. 25, wonach Verwaltungsaufgaben erfüllende Privatrechtssubjekte als Grundrechtsträger ausscheiden; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 10 Rz. 22, wonach sich unter anderem beliebige Private im Bereich der ihnen übertragenen Aufgaben nicht zu ihrem eigenen Schutz auf die verfassungsmässigen Rechte berufen können; VALLENDER, N 8 zu Art. 27, wonach die Erfüllung einer staatlichen, öffentlich-rechtlich übertragenen Aufgabe keine private Betätigung ist.

⁷³ Entscheid BR, E. 4.1 S. 225 und E. 5 Ingress S. 226; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 3; GREBER/KAHIL-WOLFF, Rz. 358; KIESER, Einheitskasse, S. 116; POLEDNA/BERGER, Rz. 409; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 4 f., 8 und 26. Vgl. MOSER, Rz. 47.

⁷⁴ Vgl. BGE 130 V 196 E. 3 S. 203, 124 V 393 E. 2c S. 399; Urteil 5P.97/2006 vom 1. Juni 2006 E. 3.3; Gutachten BJ 2007, S. 354; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 1512 i. V. m. Rz. 1514; EGLI, S. 13 f., 18, 45, 73 und 89, auch i. V. m. den hinten in Fn. 79 angeführten Stellen; KNAPP, Rz. 107; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 22 f.

⁷⁵ Vgl. BGE 132 V 303 E. 4.4.1 S. 306, 124 V 393 E. 2c S. 399; Entscheid BR, E. 5 Ingress S. 226 und E. 12.1 S. 239; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 1520; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 175; EUGSTER, Rechtsprechung, N 1 zu Art. 11; KIESER, Einheitskasse, S. 116; KIESER, Leistungserbringer, S. 578; MONIOUDIS, S. 23; MOSER, Rz. 1 und 33; POLEDNA, Organisation, S. 12 und 18; POLEDNA/BERGER, Rz. 409; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 2.

⁷⁶ Vgl. Art. 1 und 80 KVG i. V. m. Art. 49-52 ATSG. Vgl. Gutachten BJ 2007, S. 354; BIAGGINI, Kommentar, N 24 zu Art. 178 BV; BIAGGINI, Bundesverfassung, N 29 zu Art. 178; EGLI, S. 13 und 45; KIESER, Einheitskasse, S. 116; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 1515 i. V. m. Rz. 1520; KIESER, Leistungserbringer, S. 578; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 5 f. Vgl. auch BGE 127 V 43 E. 3 S. 51 („détenteurs de la puissance publique“) und Entscheid BR, E. 5 Ingress S. 226 (hoheitliche Tätigkeit) und E. 12.1 S. 239 (Hoheitsträger). Vgl. zur Verknüpfung der Handlungsform der Verfügung mit der (übertragenen) Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben EGLI, S. 44 i. V. m. S. 13; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 1515; KIESER, Einheitskasse, S. 116; KIESER, Leistungserbringer, S. 578; TSCHANNEN, § 7 Rz. 42; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 10 Rz. 19.

⁷⁷ Vgl. Art. 11 lit. a KVG i. V. m. Art. 12 Abs. 1 KVG sowie Art. 12 Abs. 1 KVV und Art. 11 lit. b KVG i. V. m. Art. 7 VAG.

⁷⁸ Vgl. Art. 11-13 (und Art. 68) KVG i. V. m. Art. 12 sowie 15 KVV.

der mittelbaren Staatsverwaltung⁸⁰). Sie scheinen sich daher nach bisheriger – allerdings nicht unwidersprochen gebliebener⁸¹ – Praxis bezüglich der Durchführung der sozialen Krankenversicherung nicht auf die Wirtschaftsfreiheit berufen zu können⁸².

(17) Wie es sich damit verhält, braucht hier indessen nicht weiter diskutiert zu werden; denn auch falls sich die Versicherer nicht auf die Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 BV berufen können, sind die Vorgaben des Art. 94 BV (hinten B) und des Art. 5 BV (hinten C) zu beachten, aus denen sich – soweit vorliegend von Interesse und wie im Folgenden aufzuzeigen ist – die gleichen Anforderungen ergeben wie bei Anwendung von Art. 27 BV⁸³.

B) Grundsätze der Wirtschaftsordnung und Frage einer Verfassungsgrundlage für die Einführung eines KRK-Systems

1. Grundsätze der Wirtschaftsordnung

(18) Art. 94 BV, der die Überschrift „Grundsätze der Wirtschaftsordnung“ trägt, bestimmt:

¹Bund und Kantone halten sich an den Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit.

[...]

⁷⁹ Vgl. BGE 130 V 196 E. 3 S. 203; Bericht BK, S. 75 (in Bezug auf die Sozialversicherung im Allgemeinen); Gutachten BJ 2007, S. 354; BIAGGINI, Kommentar, N 24 zu Art. 178 BV; BIAGGINI, Bundesverfassung, N 29 zu Art. 178; EGLI, S. 18, 23, 44 f., 73 und 89; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 175; EUGSTER, Rechtsprechung, N 1 zu Art. 11; KIESER, Einheitskasse, S. 116; KIESER, Leistungserbringer, S. 578; MONIoudis, S. 23; POLEDNA, Organisation, S. 13; POLEDNA/BERGER, Rz. 436; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 5 f. mit Fn. 11. Vgl. auch Entscheid BR, E. 5 Ingress S. 226, E. 6.2.3 S. 229 und E. 12.1 S. 239.

⁸⁰ BGE 124 V 393 E. 2b S. 398; EGLI, S. 13 f., 18, 45 und 73; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 175; MOSIMANN, S. 15; POLEDNA, Organisation, S. 12; POLEDNA/BERGER, Rz. 409; RHINOW/ KÄGI-DIENER, S. 6 und 26.

⁸¹ Kritisch RICHLI, Organisation, Rz. 12 f., 45 f., 48 und 75-77. Relativierend auch KNAPP, Rz. 108 f., POLEDNA, Wettbewerb, S. 36 und 45 f., sowie POLEDNA, Organisation, S. 19 mit Fn. 20.

⁸² Vgl. BGE 130 I 26 E. 4.3 S. 41 f., E. 4.5 S. 42 f. und E. 6.2 S. 50, wonach der Bereich der obligatorischen Krankenversicherung der Wirtschaftsfreiheit weitgehend entzogen ist; Entscheid BR, E. 6.1 S. 228 und E. 12.1 S. 239 f.; EGLI, S. 45; KNAPP, Rz. 105-108 (siehe für Kritik vorne Fn. 81); POLEDNA, Organisation, S. 19 (siehe für Kritik vorne Fn. 81); RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 8 und 23 mit Fn. 49 (und auch S. 20); RICHLI, Organisation, Rz. 42 f., 51 und 74 (siehe für Kritik vorne Fn. 81). Vgl. auch KIESER, Einheitskasse, S. 110, wonach der Anspruch auf Erteilung der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung (vorne Nr. 9) nicht grundrechtlich (Wirtschaftsfreiheit) begründet ist, und in Fn. 72 angeführte Belegstellen.

⁸³ Vgl. hinten Nrn. 19 und 29.

⁴Abweichungen vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit, insbesondere auch Massnahmen, die sich gegen den Wettbewerb richten, sind nur zulässig, wenn sie in der Bundesverfassung vorgesehen oder durch kantonale Regalrechte begründet sind.

(19) Diese Vorschrift ist nicht nur – hier zusätzlich zu Art. 36 BV, wonach Einschränkungen von Grundrechten einer gesetzlichen Grundlage bedürfen, durch ein öffentliches Interesse oder durch den Schutz von Grundrechten Dritter gerechtfertigt sowie verhältnismässig sein müssen und überdies der Kerngehalt der Grundrechte unantastbar ist – bei Einschränkungen der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 BV von Bedeutung, insbesondere indem hier der Kreis der in Frage kommenden öffentlichen Interessen durch den grundsätzlichen Ausschluss „wirtschaftspolitischer“ Interessen eingengt wird⁸⁴. Vielmehr statuiert sie mit der Verankerung des Grundsatzes der Wirtschaftsfreiheit über den individualrechtlichen Gehalt der Wirtschaftsfreiheit hinaus auch in institutioneller Hinsicht ein Ordnungsprinzip, einen ordnungspolitischen Grundentscheid, einen Verfassungsgrundsatz im Sinne eines Bekenntnisses zu einer privatwirtschaftlich orientierten, wettbewerbsgesteuerten Marktwirtschaftsordnung, welches auch ausserhalb von Grundrechtseingriffen zu beachten ist⁸⁵.

⁸⁴ Vgl., auch allgemein für eine Aufzählung in Betracht fallender Interessen, BGE 131 I 223 E. 4.1 und 4.2 S. 231, 130 I 26 E. 4.5 S. 43, 128 I 3 E. 3a S. 9 f.; Zwischenverfügung WEKO, E. 60 und 64 S. 520 f.; AUBERT, N 18 zu Art. 94; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 954, 958 mit Überschrift, 976 ff. mit Überschrift und Rz. 990 f. mit Überschriften; BIAGGINI, Kommentar, N 29 sowie 31 zu Art. 27 BV und N 13 f. zu Art. 94 BV; BIAGGINI/LIENHARD/RICHLI/UHLMANN, S. 11-16; EGLI, S. 38 f.; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 620, 663, Rz. 668 i. V. m. Rz. 672-689, Rz. 705 und S. 206; KIENER/KÄLIN, S. 301 und 313-321; MAHON, Commentaire, N 10-14 zu Art. 27; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 133 und 136; MATTIG, S. 72; MÜLLER/SCHEFER, S. 1044 und 1075 ff.; RHINOW/SCHEFER, Rz. 3223, 3226, 3231 ff. und 3243; RICHLI, Grundriss, Rz. 269-273, 280-312, 460-465, 472, 487, 541 und 543-545; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 45 Rz. 7 und 10; VALLENDER, N 48-50, 52, 55 f. sowie 59 zu Art. 27 und N 4 f. zu Art. 94. Daran, dass wirtschaftspolitische Massnahmen per se grundsatzwidrig seien, und allgemein an der Unterscheidung von Wirtschaftspolitik auf der einen und Wirtschaftspolizei und Sozialpolitik (sowie anderen zulässigen öffentlichen Interessen) auf der anderen Seite wird Kritik geübt (vgl. AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 954 f.; BIAGGINI/LIENHARD/RICHLI/UHLMANN, S. 14; MAHON, Commentaire, N 14 zu Art. 27; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 136; MÜLLER/SCHEFER, S. 1068 ff.; RHINOW/SCHEFER, Rz. 3231 f.; RICHLI, Grundriss, Rz. 428-456).

⁸⁵ Vgl. BGE 132 I 282 E. 3.2 S. 287; Zwischenverfügung WEKO, E. 62 S. 520; Gutachten BJ 2008, S. 7 f.; AUBERT, N 2 und 5 f. zu Art. 94; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 893, 903, 905, 908 und 948 f.; BIAGGINI/LIENHARD/RICHLI/UHLMANN, S. 11; EGLI, S. 36 f.; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 621, 623, 627 und 657; HOFMANN, S. 794; KIENER/KÄLIN, S. 302 f.; MAHON, Commentaire, N 3 f. und 10 zu Art. 27; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 128; MÜLLER/SCHEFER, S. 1044 ff.; POLEDNA, Bundesverfassung, N 4 zu Art. 117; POLEDNA, Wettbewerb, S. 34 f.; RICHLI, Grundriss, Rz. 133 f., 138 und 532 f.; VALLENDER, N 51 zu Art. 27 und N 4, 6 sowie 16 f. zu Art. 94.

2. Erfordernis einer Verfassungsgrundlage für die Einführung eines KRK-Systems

(20) Nach Art. 94 Abs. 4 BV sind Abweichungen vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit – insbesondere Massnahmen, die sich gegen den Wettbewerb richten –, sog. grundsatzwidrige Massnahmen⁸⁶, abgesehen vom im vorliegenden Zusammenhang nicht relevanten Fall der kantonalen Regalrechte nur zulässig, wenn sie in der BV vorgesehen sind.

(21) Dieser Verfassungsvorbehalt⁸⁷ gilt auch für das hier zur Diskussion stehende KRK-System⁸⁸; denn bei Einführung einer Einheitskasse, der man sich für die soziale Krankenpflegeversicherung anschliessen muss (bzw. hier mehrerer territorial beschränkter Einheitskassen, denen sich je die in ihrem Tätigkeitsgebiet wohnenden Versicherten anschliessen müssen⁸⁹), liegt ein (mittelbar rechtliches⁹⁰) Monopol vor⁹¹, welches durch die Ausschaltung des privatwirtschaftlichen⁹² Wettbewerbs⁹³ eine grundsatzwidrige Massnahme darstellt⁹⁴.

⁸⁶ AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 962 mit Überschrift; BIAGGINI, Kommentar, N 31 zu Art. 27 BV; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 657; KIENER/KÄLIN, S. 314 f.; MÜLLER/SCHEFER, S. 1044 und 1068; VALLENDER, N 52 zu Art. 27 und N 5 f. zu Art. 94.

⁸⁷ BIAGGINI, Kommentar, N 31 zu Art. 27 BV und N 13 zu Art. 94 BV; BIAGGINI/LIENHARD/RICHLI/UHLMANN, S. 13; EGLI, S. 34; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Überschrift vor Rz. 662; MATTIG, S. 80; MÜLLER/SCHEFER, S. 1072; VALLENDER, N 52 sowie 55 zu Art. 27 und N 7 der Vorbemerkungen zur Wirtschaftsverfassung [vor Art. 94]).

⁸⁸ Vgl. auch EGLI, S. 79.

⁸⁹ Vgl. vorne Nr. 1.

⁹⁰ Siehe zu diesem Begriff hinten Nr. 25.

⁹¹ Vgl. Botschaft Einheitskrankenkasse, Ziff. 3.1.11 (S. 747 f.); Gutachten BJ 2008, S. 4; EGLI, S. 73 f. und 90.

⁹² Vgl. vorne Nr. 19.

⁹³ Vgl. AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 974; BIAGGINI, Kommentar, N 15 zu Art. 94 BV; RHINOW/SCHEFER, Rz. 3191; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 45 Rz. 4.

⁹⁴ Vgl. Gutachten BJ 2008, S. 4 i. V. m. vorne bei Fn. 86; AUBERT, N 17 zu Art. 94; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 974; EGLI, S. 41 und 79; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 715; KIESER, Einheitskasse, S. 112 i. V. m. vorne bei Fn. 86; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 139 i. V. m. vorne bei Fn. 86; MÜLLER/SCHEFER, S. 1080 i. V. m. S. 1082; RHINOW/SCHEFER, Rz. 3190 f. (i. V. m. vorne bei Fn. 86); VALLENDER, N 80 zu Art. 27.

(22) Die Ermächtigung durch die BV für eine grundsatzwidrige Massnahme – und damit auch für die hier in Frage stehende Schaffung von Einheitskassen⁹⁵ – kann ausdrücklich oder implizit erfolgen⁹⁶.

3. Frage des Bestehens einer Verfassungsgrundlage für die Einführung eines KRK-Systems

(23) Zu prüfen bleibt unter dem Gesichtspunkt der Grundsätze der Wirtschaftsordnung, ob Art. 117 BV, dem keine ausdrückliche diesbezügliche Befugnis zu entnehmen ist (dass die Versicherung obligatorisch erklärt werden kann, sagt noch nichts über den oder die Anbieter einer solchen Versicherung aus), so auszulegen ist, dass er den Bund⁹⁷ implizit im Sinne von Art. 94 Abs. 4 BV zur Abweichung vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit in Form der Errichtung eines Monopols durch Schaffung eines KRK-Systems ermächtigt⁹⁸, wobei eine solche Befugnis nicht etwa schon allein daraus resultiert, dass Art. 117 BV eine umfassende Bundeskompetenz⁹⁹ vorsieht¹⁰⁰.

(24) Nach der noch zur Vorgängerbestimmung von Art. 117 BV, Art. 34^{bis} der alten BV¹⁰¹, ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts verfügt der Bund im Bereich der sozialen Krankenversicherung über ein mittelbar rechtliches Monopol¹⁰². Dementsprechend wird auch

⁹⁵ Vorne Nr. 21.

⁹⁶ BGE 130 I 26 E. 6.2 S. 50; Gutachten BJ 2008, S. 4; AUBERT, N 21 zu Art. 94; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 974; BIAGGINI, Kommentar, N 31 zu Art. 27 BV und N 13 f. zu Art. 94 BV; EGLI, S. 38 und 79; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 662; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 2571; HOFMANN, S. 794; KIENER/KÄLIN, S. 317; KIESER, Einheitskasse, S. 112; MAHON, Commentaire, N 19 und 23 zu Art. 27; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 137; MATTIG, S. 77; MÜLLER/SCHEFER, S. 1073; RHINOW/SCHEFER, Rz. 3228; RICHLI, Grundriss, Rz. 233, 441, 490 und 546; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 45 Rz. 12; VALLENDER, N 61 f. und 80 zu Art. 27.

⁹⁷ Vgl. vorne Nrn. 5 und 11.

⁹⁸ Vgl. vorne 2.

⁹⁹ Vorne Nr. 4.

¹⁰⁰ Vgl. AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 974; Gutachten BJ 2008, S. 4; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 716; HOFMANN, S. 794; MÜLLER/SCHEFER, S. 1082 und Fn. 359; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 45 Rz. 12; VALLENDER, N 62 und 80 zu Art. 27.

¹⁰¹ Vgl. vorne Nr. 8; Urteil 2P.134/2003 vom 6. September 2004 E. 5.1.

¹⁰² BGE 109 V 207 E. 4d/bb S. 217 und 122 V 85 E. 5b/bb/aaa S. 95, wiederholt in BGE 130 I 26 E. 4.2 S. 41 und in Urteil 2P.134/2003 vom 6. September 2004 E. 5.1.

in der Literatur darauf hingewiesen, dass der Bund auf diesem Gebiet ein (mittelbar rechtliches) Monopol einrichten dürfe bzw. geschaffen habe¹⁰³.

(25) Ein mittelbar rechtliches Monopol liegt vor, wenn eine Benützungspflicht für eine vom Gemeinwesen angebotene Leistung besteht¹⁰⁴. Dabei wird teils auch dann von einem staatlichen Monopol gesprochen, wenn auf staatlicher Seite diverse Anbieter vorhanden sind, es sich somit in wirtschaftlicher Hinsicht um ein Polypol handelt¹⁰⁵, teils aber für das Vorliegen eines solchen Monopols die Existenz eines einzigen Anbieters, mithin ein Monopol auch im wirtschaftlichen Sinne¹⁰⁶, vorausgesetzt¹⁰⁷. Der vorne in Nr. 24 verarbeiteten Rechtsprechung muss der weitere, auch ein wirtschaftliches Polypol (wie es bei der heutigen Mehrfachträgerschaft im Rahmen des KVG vorliegt¹⁰⁸) umfassende, Begriff zugrunde liegen¹⁰⁹; denn die Einführung eines Monopols im wirtschaftlichen Sinne war für den Bereich der Krankenversicherung jedenfalls nach Art. 34^{bis} der alten BV, der den Gesetzgeber zur

¹⁰³ EGLI, S. 45 und 79; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 1 und 175; EUGSTER, Rechtsprechung, N 1 zu Art. 11; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 717; KIESER, Verfassungsgrundlage, S. 325; KIESER, Einheitskasse, S. 110, 113 f. und 116 f.; KIESER, Leistungserbringer, S. 578; POLEDNA, Bundesverfassung, N 3 zu Art. 117; POLEDNA, Organisation, S. 19; RICHLI, Grundriss, Rz. 229 f. und 234. Relativierend POLEDNA, Wettbewerb, S. 45 f.; RHINOW/KÄGI-DIENER, S. 20, wo von einer monopolisierten Tätigkeit die Rede ist.

¹⁰⁴ Vgl. EGLI, S. 44 f.; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 2564; KIESER, Einheitskasse, S. 110 und 112 f.; MÜLLER/SCHEFER, S. 1081; RICHLI, Grundriss, Rz. 229 f.; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 45 Rz. 5; VALLENDER, N 65 zu Art. 27.

¹⁰⁵ So EGLI, S. 42 und 45. Vgl. zum wirtschaftswissenschaftlichen Begriff des Polypols auch RICHLI, Grundriss, Rz. 216 i. V. m. Rz. 214. Vgl. auch KIESER, Einheitskasse, S. 116 f., wonach der Umstand, dass die versicherungspflichtigen Personen zwingend eine von mehreren zugelassenen Anstalten zu benutzen haben, der Schaffung eines mittelbaren Monopols gleichkommt bzw. die gegenwärtige Gesetzgebung im Ergebnis ein mittelbares Monopol vorsieht.

¹⁰⁶ Vgl. EGLI, S. 42.

¹⁰⁷ So RICHLI, Einheitskrankenkassen, S. 21, und RICHLI, Organisation, Rz. 8 f., 11 und 13, dementsprechend mit Kritik an der in Rechtsprechung und Literatur erfolgenden Qualifikation als mittelbar rechtliches Monopol.

¹⁰⁸ Vgl. EGLI, S. 42 i. V. m. S. 45.

¹⁰⁹ Vgl. auch EGLI, S. 79, wonach die Vereinbarkeit des geltenden Systems der Mehrfachträgerschaft mit Art. 117 BV nicht bezweifelt wird, und KIESER, Einheitskasse, S. 116, der trotz der Wahlmöglichkeit der Versicherungspflichtigen zwischen verschiedenen Versicherern festhält, es sei davon auszugehen, dass im Bereich der obligatorischen Krankenpflege nach geltendem Recht ein Monopol bestehe (vgl. vorne Fn. 105).

„Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen“ verpflichtete¹¹⁰ und in dessen Anwendung die erwähnte Rechtsprechung erging, ausgeschlossen¹¹¹.

(26) Daraus, dass Art. 117 BV im Gegensatz zu Art. 34^{bis} der alten BV die Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen nicht mehr (ausdrücklich) verlangt, werden verschiedene Schlüsse gezogen: Z. T. wird davon ausgegangen, der Passus „unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen“ sei aus dem Grunde weggelassen worden, weil er sich, nachdem ein System mit mehreren Krankenversicherern bereits eingeführt worden sei, erübrigt habe¹¹²; z. T. wird in dessen Streichung eine materielle Änderung erblickt, indem für die Krankenversicherung die Errichtung einer Einheitskasse (und damit eines Monopols auch im wirtschaftlichen Sinne¹¹³) nun (bei Erfüllung der übrigen verfassungsmässigen Voraussetzungen¹¹⁴) erlaubt bzw. nun nicht mehr grundsätzlich ausgeschlossen sei¹¹⁵.

(27) Nach der vorne in Nr. 26 zweitgenannten Lösung verhielte es sich nun mit der Krankenversicherung gleich wie mit der Unfallversicherung¹¹⁶, für welche der Bundesgesetzgeber – indem er der SUVA zuerst allgemein die Alleinzuständigkeit, später in Bezug auf eine bestimmte Versichertengruppe die Alleinzuständigkeit für die Durchführung der sozialen Unfallversicherung übertrug – in Art. 117 BV bzw. Art. 34^{bis} der alten BV eine Ermächtigung sieht, (für eine Personengruppe) die Durchführung der Versicherung durch einen einzigen Anbieter vorzuschreiben und damit ein Monopol auch im wirtschaftlichen Sinne¹¹⁷ zu errichten¹¹⁸. Wie die SUVA über ein Monopol für Versicherte bestimmter

¹¹⁰ Art. 34^{bis} der alten BV ist z. B. in EGLI, Fn. 5, abgedruckt.

¹¹¹ Vgl. zum zweiten Teilsatz EGLI, S. 3; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 4; FILLETTAZ CURTET, S. 138; MAHON, Commentaire, N 5 zu Art. 117; POLEDNA, Bundesverfassung, N 1 zu Art. 117; RICHLI, Organisation, Rz. 9.

¹¹² Vgl. FILLETTAZ CURTET, S. 138; PFIFFNER RAUBER, S. 28.

¹¹³ Vgl. EGLI, S. 73.

¹¹⁴ Dazu hinten C).

¹¹⁵ Vgl. EGLI, S. 79 i. V. m. S. 3; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 4; FILLETTAZ CURTET, S. 138; KIESER, Krankenkasse, S. 24 i. V. m. S. 26; MAHON, Commentaire, N 5 zu Art. 117; MOSER, Rz. 41 mit Fn. 38; MOSIMANN, S. 13. Vgl. auch KIESER, Einheitskasse, S. 124, wonach ins Gewicht fällt, dass Art. 117 BV im Gegensatz zu Art. 34^{bis} der alten BV dem Gesetzgeber die Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen nicht mehr vorschreibt; POLEDNA, Bundesverfassung, N 1 zu Art. 117, wonach die Änderung für die Diskussion um die Einführung einer Einheitskasse von Bedeutung ist.

¹¹⁶ Vgl. auch EGLI, S. 3.

¹¹⁷ Vgl. EGLI, S. 42, RICHLI, Einheitskrankenkassen, S. 21, RICHLI, Organisation, Rz. 9, und vorne Nr. 25.

¹¹⁸ Vgl. Gutachten BJ 2008, S. 4 f. Vgl. auch KIESER, Einheitskasse, S. 118.

Arbeitgeber verfügt¹¹⁹, würde eine KRK über ein territorial beschränktes¹²⁰ Monopol verfügen. Die Einführung oder Ermöglichung solcher Einheitskrankenkassen durch den Bundesgesetzgeber¹²¹ würde keine Verfassungsänderung voraussetzen¹²², da dem Erfordernis des Verfassungsvorbehalts¹²³ bereits nach geltendem Recht Genüge getan wäre¹²⁴. Für diese Lösung spricht der Wortlaut des Art. 117 BV, dem sich keine Anhaltspunkte für eine Differenzierung zwischen Kranken- und Unfallversicherung entnehmen lassen.

(28) Nach der vorne in Nr. 26 erstgenannten Lösung wäre demgegenüber eine vorgängige Verfassungsänderung notwendig, weil es an einer in der Verfassung enthaltenen (impliziten) Ermächtigung für die Schaffung eines derartigen Monopols¹²⁵ in der derzeit geltenden BV ebenso wie in der alten BV¹²⁶ fehlen würde¹²⁷. Die Botschaft über eine neue Bundesverfassung lässt diese Auffassung als eher zutreffend erscheinen¹²⁸, indem sie ausführt, die neue Verfassungsnorm über die Kranken- und Unfallversicherung entspreche der alten, und die frühere Vorschrift der Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen lediglich als obsolet bezeichnet¹²⁹, was beides gegen die Absicht einer materiellen Änderung

¹¹⁹ Vgl. Art. 66 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20). Vgl. auch KIESER, Einheitskasse, S. 118 und 120; KIESER, Krankenkasse, S. 25.

¹²⁰ Vgl. vorne Nr. 21.

¹²¹ Vgl. vorne Nrn. 5 und 11.

¹²² Vgl. KIESER, Krankenkasse, S. 24, wonach der Bund bei Erfüllung der Erfordernisse des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit (hinten Nr. 31) nach geltendem Verfassungsrecht eine gesetzliche Regelung treffen kann, die eine einzige Bundes-Krankenkasse einrichtet oder den Kantonen die Schaffung einer Einheitskasse für ihre ganze Bevölkerung erlaubt; MOSER, Fn. 38. Vgl. auch RICHLI, Einheitskrankenkassen, S. 21, und RICHLI, Organisation, Rz. 7, wonach der Bundesgesetzgeber eine Einheitskasse einführen könnte, wenn ein entsprechender Wille des Verfassungsgebers nachzuweisen wäre.

¹²³ Vorne Nr. 21.

¹²⁴ Vgl. auch EGLI, S. 33 und S. 79 i. V. m. S. 73.

¹²⁵ Vgl. vorne Nr. 23.

¹²⁶ Vorne Nr. 25.

¹²⁷ Vgl. RICHLI, Einheitskrankenkassen, S. 21; RICHLI, Organisation, Rz. 62. Vgl. auch AUER/MALIN-VERNI/HOTTELIER, Rz. 974, und HOFMANN, S. 795, wonach Art. 117 BV keine Grundlage für Abweichungen von der Wirtschaftsfreiheit im Sinne von Art. 94 Abs. 4 BV hergibt.

¹²⁸ Vgl. auch RICHLI, Organisation, Rz. 7.

¹²⁹ Botschaft BV, S. 331 f.

spricht¹³⁰. Letztlich wird aber entscheidend sein, wie der Bundesgesetzgeber Art. 117 BV versteht (vgl. Art. 190 BV)¹³¹.

C) Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns

(29) Bei Anwendbarkeit von Art. 27 BV¹³² müsste die Einführung eines KRK-Systems abgesehen von der auch ausserhalb des Schutzbereichs dieser Bestimmung bestehenden Notwendigkeit einer in der BV enthaltenen Ermächtigung für eine grundsatzwidrige Massnahme nach Art. 94 Abs. 4 BV¹³³ den vorne in Nr. 19 erwähnten Anforderungen des Art. 36 BV genügen¹³⁴. Die dort verankerten Erfordernisse der gesetzlichen Grundlage, des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit¹³⁵ gelten aber auch bei Nichtanwendbarkeit von Art. 27 BV, da es sich dabei – wie aus Art. 5 BV ersichtlich ist, wonach das Recht Grundlage und Schranke staatlichen Handelns ist und staatliches Handeln im öffentlichen Interesse liegen sowie verhältnismässig sein muss – um Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns (vgl. Überschrift von Art. 5 BV) schlechthin handelt, die auch ausserhalb des Grundrechtsschutzes und auch vom Gesetzgeber einzuhalten sind¹³⁶.

(30) Eine gesetzliche Grundlage kann selbstredend nicht schon für die hier zur Diskussion stehende gesetzgeberische Tätigkeit selbst vorausgesetzt sein, für die das Erfordernis der Verfassungsermächtigung entscheidend ist¹³⁷, aufgrund derer die gesetzliche Grundlage in Form revidierter Bestimmungen des KVG¹³⁸ zu schaffen wäre.

¹³⁰ Vgl. für eine übereinstimmende Tragweite bzw. inhaltliche Entsprechung von Art. 34^{bis} der alten BV auf der einen und Art. 117 BV auf der anderen Seite Urteil 2P.134/2003 von 6. September 2004 E. 5.1 („art. 34^{bis} aCst. [...] dont le contenu a été repris à l'art. 117 Cst.“), Gutachten BJ 2008, S. 5, und MADER, N 1 f. zu Art. 117.

¹³¹ Vgl. auch POLEDNA, Wettbewerb, S. 50.

¹³² Siehe zu dieser Frage vorne A).

¹³³ Dazu vorne B).

¹³⁴ Vgl. vorne Nr. 19. Vgl. etwa auch Gutachten BJ 2008, S. 5; RICHLI, Einheitskrankenkassen, S. 21.

¹³⁵ Siehe zu diesem Begriff hinten Nr. 31. Vgl. neben vorne Nr. 19 z. B. auch MÜLLER/SCHEFER, S. 1072.

¹³⁶ Vgl. Gutachten BJ 2008, S. 7 f.; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 226; BIAGGINI, Kommentar, N 14 zu Art. 94 BV; EGLI, S. 29 und 78 f.; EUGSTER, Krankenversicherung, Rz. 4; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 363, 535, 553, 557, 562, 583 und 585; POLEDNA, Bundesverfassung, N 4 zu Art. 117; POLEDNA, Wettbewerb, S. 35; RICHLI, Grundriss, Rz. 268, wonach auch der Bundesgesetzgeber an die BV gebunden ist; RICHLI, Organisation, Rz. 10, 50 f. und 78; TSCHANNEN/ ZIMMERLI/MÜLLER, S. 127, § 19 Rz. 1, § 20 Rz. 1 und 11 f. sowie § 21 Rz. 1 und 18 f.; VALLENDER, N 17 zu Art. 94.

¹³⁷ Vgl. vorne B). Vgl. auch EGLI, S. 78 i. V. m. S. 79.

¹³⁸ Dazu vorne III.

(31) Vom Bundesgesetzgeber bei Vorliegen einer grundsätzlichen Verfassungsermächtigung zur Einführung eines Monopols in Form eines Einheitskrankenkassensystems¹³⁹ näher zu prüfen wären die Erfordernisse des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit¹⁴⁰, welche ihrerseits aus den Teilgehalten der Geeignetheit sowie Notwendigkeit – die Massnahme hat zu unterbleiben, wenn sich der verfolgte Zweck auch mit (gleichermaßen geeigneten) milderer Mitteln erreichen lässt bzw. wenn die Massnahme über das zur Erreichung des Zwecks Erforderliche hinausgeht¹⁴¹ – der Massnahme zur Erreichung des verfolgten im öffentlichen Interesse liegenden Zwecks sowie der Verhältnismässigkeit i. e. S. – im Sinne eines vernünftigen Verhältnisses zwischen der den Wettbewerb ausschaltenden¹⁴² Massnahme und dem damit verfolgten im öffentlichen Interesse liegenden Zweck¹⁴³ – besteht¹⁴⁴ (eine solche Prüfung würde nur dann entfallen, wenn der Verfassungsgeber dem Gesetzgeber die Einführung einer Einheitskrankenkassenlösung vorschreibe, statt ihn nur dazu zu ermächtigen¹⁴⁵).

¹³⁹ Vorne B).

¹⁴⁰ Vgl. EGLI, S. 79; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 2573; KIESER, Einheitskasse, S. 112, 114, 117, 120 f. und 123 f.; KIESER, Krankenkasse, S. 24 f.; POLEDNA, Wettbewerb, S. 35-37; RICHLI, Grundriss, Rz. 315, 478 und 491; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 45 Rz. 12 (allgemein zur Einführung eines Monopols).

¹⁴¹ Vgl. BGE 131 V 107 E. 3.4.1 S. 113 f.; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 232 f.; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 322 und Rz. 663, wonach von der Wirtschaftsfreiheit abweichende Wirtschaftslenkung nur zulässig ist, wenn Massnahmen im Rahmen der Wirtschaftsfreiheit für die Erfüllung des Verfassungsauftrags unzureichend sind; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 591 ff.; EGLI, S. 81-83 und 90 (i. V. m. S. 80); KIENER/KÄLIN, S. 105 f.; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 49; MATTIG, S. 83, wonach grundsatzwidrige Massnahmen auch dort, wo die BV grundsatzwidrige Massnahmen zulässt, ausgeschlossen bleiben, solange der Verfassungsauftrag mit grundsatzkonformen Mitteln erfüllt werden kann; RHINOW/SCHEFER, Rz. 1222; TSCHANNEN, § 7 Rz. 111 Ziff. 2; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 21 Rz. 6 ff. Vgl. auch RICHLI, Grundriss, Rz. 313 f.

¹⁴² Vgl. vorne Nr. 21.

¹⁴³ Vgl. HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 323; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 613 ff.; KIENER/KÄLIN, S. 107; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 49; RHINOW/SCHEFER, Rz. 1224; TSCHANNEN, § 7 Rz. 111 Ziff. 3; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 21 Rz. 16.

¹⁴⁴ Vgl. AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Rz. 229; EGLI, S. 81; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Rz. 320 ff.; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 581 und 586 ff.; KIENER/KÄLIN, S. 102 ff.; KIESER, Einheitskasse, S. 121; MAHON, Droit constitutionnel, Rz. 49; RHINOW/SCHEFER, Rz. 1221 ff.; RICHLI, Grundriss, Rz. 314; TSCHANNEN, § 7 Rz. 111; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, § 21 Rz. 2.

¹⁴⁵ Vgl. KIESER, Einheitskasse, S. 114.

(32) Diese Beurteilung, bei welcher der Gesetzgeber über einen grossen Spielraum verfügt¹⁴⁶ (und immerhin bezüglich der Unfallversicherung die Voraussetzungen für die Einführung einer Alleinzuständigkeit der SUVA für bestimmte Personen bejahte¹⁴⁷), kann erst auf der Grundlage der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse erfolgen¹⁴⁸. Die differenzierten Schlussfolgerungen des gesundheitsökonomischen Hauptgutachtens zeigen sowohl Vor- als auch Nachteile eines KRK-Systems auf. Ob – was für die Verhältnismässigkeitsprüfung von Bedeutung ist¹⁴⁹ – eine erhebliche Überlegenheit eines KRK-Systems gegenüber einem (angepassten) Wettbewerbssystem zu bejahen ist, hängt auch davon ab, wie die einzelnen Pro- und Contra-Argumente im politischen Entscheidungsprozess gewichtet werden.

D) Eigentumsgarantie

(33) Schliesslich wäre gegebenenfalls der Übergang vom heutigen System der Mehrfachträgerschaft zu einem KRK-System mit Einheitskassen¹⁵⁰ so auszugestalten, dass die Massnahme mit der Eigentumsgarantie des Art. 26 BV vereinbar wäre¹⁵¹.

¹⁴⁶ Vgl. Gutachten BJ 2008, S. 8, wonach es in erster Linie Sache des Gesetzgebers ist, im konkreten Fall die verschiedenen Interessen zu bewerten und gegeneinander abzuwägen; KIESER, Einheitskasse, S. 120; RICHLI, Grundriss, Rz. 452, wonach erhebliche Gestaltungsspielräume des Gesetzgebers unvermeidbar sind. Vgl. auch Art. 190 BV und dazu HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 2573.

¹⁴⁷ Vgl. vorne Nr. 27; Gutachten BJ 2008, S. 6 f. und 8 unten; EGLI, S. 80 und 82 f.; KIESER, Einheitskasse, S. 118, 120 f. und 123 f.; KIESER, Krankenkasse, S. 25.

¹⁴⁸ Vgl. auch EGLI, S. 83.

¹⁴⁹ Vgl. auch EGLI, S. 80-83, wonach fraglich ist, ob die Einheitskasse die angestrebte medizinische Versorgung zu möglichst günstigen Kosten garantieren kann, und in Anbetracht des Grundsatzes der Subsidiarität staatlichen Handelns und des Grundsatzes der Wirtschaftsfreiheit zu klären ist, ob nicht das bestehende System der Mehrfachträgerschaft unter massgeblicher Beteiligung privater Krankenversicherer die verfolgten Ziele ebenso gut oder sogar besser erreichen kann; KIESER, Einheitskasse, S. 123-126, und KIESER, Krankenkasse, S. 26, wonach eine Einheitskasse ohne Gefährdung der Qualität der Leistungserbringung in besonderem Mass zur Erreichung einer kostengünstigen medizinischen Versorgung beitragen müsste und eine einlässliche Prüfung, ob die bestehende Struktur herangezogen werden kann, geboten ist (wobei der Umstand, dass Art. 117 BV im Gegensatz zu Art. 34^{bis} der alten BV die Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen nicht mehr vorschreibt, allenfalls dahin verstanden werden könnte, dass verfassungsrechtlich dem Anliegen der Weiterführung der bisherigen Struktur heute ein kleineres Gewicht zukomme als früher).

¹⁵⁰ Vorne Nr. 11.

¹⁵¹ Vgl. Botschaft Einheitskrankenkasse, Ziff. 3.3.2 (S. 754), BRÄNDLI, S. 15, RICHLI, Einheitskrankenkassen, S. 21, und RICHLI, Organisation, Rz. 10, wo überall von einer Enteignung ausgegangen wird.

V. Schlussfolgerung

(34) Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden:

- Die Einführung eines KRK-Systems, wie es hier zur Diskussion steht, setzt eine Intervention des Bundesgesetzgebers in Form einer Änderung des KVG voraus¹⁵².
- Einer solchen Gesetzesänderung hätte in Anbetracht der wirtschaftsverfassungsrechtlichen Regelung möglicherweise (je nach Auslegung des bestehenden Art. 117 BV) eine Revision der BV vorauszugehen, die eine Ermächtigung zu einer derartigen Monopolisierung schaffen würde¹⁵³.
- Eine Ermächtigung in der BV vorausgesetzt (und vom Sonderfall abgesehen, dass der Verfassungsgeber den Gesetzgeber zur Einführung eines KRK-Systems nicht nur ermächtigen, sondern verpflichten würde), darf der Gesetzgeber ein KRK-System nur vorsehen, wenn dies den Grundsätzen des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit entspricht, was aufgrund der gesundheitsökonomischen Analyse zu beurteilen sein wird¹⁵⁴.
- Der Übergang vom alten zum neuen System müsste so ausgestaltet werden, dass er mit der Eigentumsgarantie vereinbar wäre¹⁵⁵.

¹⁵² Vorne. II. und III.

¹⁵³ Vorne IV.A) und IV.B).

¹⁵⁴ Vorne IV.C).

¹⁵⁵ Vorne IV.D).

Anhang: verwendete Kurzzitierweise

Botschaft des Schweizerischen Bundesrates vom 20. November 1996 über eine neue Bundesverfassung, BBl 1997 1 (zit. Botschaft BV); Botschaft des Schweizerischen Bundesrates vom 9. Dezember 2005 zur Volksinitiative „Für eine soziale Einheitskrankenkasse“, BBl 2006 735 (zit. Botschaft Einheitskrankenkasse); Bundeskanzlei, Sektion Recht, Bericht vom 12. Dezember 2008 zum Anhang zur Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung (RVOV), VPB 2009.6 S. 57 ff. (zit. Bericht BK); Entscheid des Schweizerischen Bundesrates vom 22. Oktober 1997, VPB 2000.17 S. 210 ff. (zit. Entscheid BR); Zwischenverfügung der Wettbewerbskommission vom 4. September 2006 in Sachen Untersuchung „Tarifverträge Zusatzversicherung Kanton Luzern“ gemäss Artikel 27 KG betreffend Bestand und Tragweite vorbehaltener Vorschriften im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 KG, rpw 2006 S. 513 ff. (zit. Zwischenverfügung WEKO); Bundesamt für Justiz, Surveillance sur les organisations faitières dans l'assurance-maladie, Avis de droit du 21 juin 2007, JAAC 2007.20 S. 352 ff. (zit. Gutachten BJ 2007); Bundesamt für Justiz, Teilmonopol, Zusatzversicherungen und Nebentätigkeiten der SUVA, Gutachten vom 29. September 2008, VPB 2009.1 S. 1 ff. (zit. Gutachten BJ 2008); Préavis du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur l'initiative législative populaire cantonale „pour une caisse vaudoise d'assurance maladie de base“, in: Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud, Séance du mardi après-midi 25 mai 2004, S. 729 ff., <http://www.vd.ch/fr/autorites/grand-conseil/bulletin-du-grand-conseil> (zit. Préavis VD).

AUBERT Jean-François, in: Aubert Jean-François/Mahon Pascal, *Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999*, Zürich/Basel/Genf 2003 (zit. AUBERT); AUER Andreas/MALINVERNI Giorgio/HOTTELIER Michel, *Droit constitutionnel suisse. Volume II. Les droits fondamentaux*, 2. Aufl., Bern 2006 (zit. AUER/MALINVERNI/HOTTELIER); BIAGGINI Giovanni, *Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft*, Zürich 2007 (zit. BIAGGINI, Kommentar); BIAGGINI Giovanni, in: Ehrenzeller Bernhard/Mastronardi Philippe/Schweizer Rainer J./Vallender Klaus A., *Die schweizerische Bundesverfassung. Kommentar*, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2008 / Zürich/Basel/Genf 2008 (zit. BIAGGINI, Bundesverfassung); BIAGGINI Giovanni/LIENHARD Andreas/RICHLI Paul/UHLMANN Felix, *Wirtschaftsverwaltungsrecht des Bundes*, 5. Aufl., Basel 2009 (zit. BIAGGINI/LIENHARD/RICHLI/UHLMANN); BRÄNDLI Christoffel, *Mit enormen Problemen verbunden*, NZZ vom 30. Januar 2007, S. 15 (zit. BRÄNDLI); EGLI Philipp, *Einheitskasse oder verzerrter Wettbewerb?*, Zürich/Basel/Genf 2006 (zit. EGLI); EUGSTER Gebhard, *Krankenversicherung*, in: Meyer Ulrich (Hrsg.), *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, Band XIV, Soziale Sicherheit, S. 337 ff. (zit. EUGSTER, Krankenversicherung); EUGSTER Gebhard, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)*, Zürich/Basel/Genf 2010 (zit. EUGSTER, Rechtsprechung); FILLETTAZ CURTET Caroline, *Les soins de santé dans l'assurance-maladie sociale suisse: point de vue historique*, CGSS Nr. 33 – 2004 S. 127 ff. (zit. FILLETTAZ CURTET); GÄCHTER Thomas/VOLLENWEIDER Irene, *Gesundheitsrecht*, Basel 2010 (zit. GÄCHTER/VOLLENWEIDER); GREBER Pierre-Yves/KAHIL-WOLFF Bettina, *Introduction au droit suisse de la sécurité sociale*, 4. Aufl., CGSS Nr. 43 – 2009 (zit. GREBER/KAHIL-WOLFF); HÄFELIN Ulrich/HALLER Walter/KELLER Helen, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 7. Aufl., Zürich/ Basel/Genf 2008 (zit. HÄFELIN/HALLER/KELLER); HÄFELIN Ulrich/MÜLLER Georg/UHLMANN Felix, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 6. Aufl., Zürich/St. Gallen 2010 (zit. HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN); HOFMANN David, *La clause du besoin pour les médecins et la Constitution fédérale*, AJP 2003 S. 789 ff. (zit. HOFMANN); KIENER Regina/KÄLIN Walter, *Grundrechte*, Bern 2007 (zit. KIENER/KÄLIN); KIESER Ueli, *Eine neue Verfassungsgrundlage für die Krankenversicherung?*, AJP 2008 S. 324 ff. (zit. KIESER, Verfassungsgrundlage); KIESER Ueli, *Einführung einer Einheitskasse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung? Eine juristische Analyse*, in: Brunner Alexander/Rehbinder Manfred/Stauder Bernd (Hrsg.), *Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts 2003*, Bern 2004, S. 105 ff. (zit. KIESER, Einheitskasse); KIESER Ueli, *Für alle die gleiche Krankenkasse*, plädoyer 3/03 S. 24 ff. (zit. KIESER,

Krankenkasse); KIESER Ueli, *Leistungserbringer in der Krankenversicherung. Rahmenbedingungen der Tätigkeit von Leistungserbringern zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*, SJZ 2003 S. 577 ff. (zit. KIESER, Leistungserbringer); KNAPP Blaise, *Avis de droit concernant la recevabilité de l'initiative populaire cantonale tendant à la création d'une caisse d'assurance-maladie cantonale au canton du Tessin*, RTiD I-2007, S. 477 ff. (zit. KNAPP); MADER Luzius, in: Ehrenzeller Bernhard/Mastronardi Philippe/Schweizer Rainer J./Vallender Klaus A., *Die schweizerische Bundesverfassung*, Kommentar, 1. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2002 (zit. MADER); MAHON Pascal, in: Aubert Jean-François/Mahon Pascal, *Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999*, Zürich/Basel/Genf 2003 (zit. MAHON, Commentaire); MAHON Pascal, *Droit constitutionnel. Volume II. Droits fondamentaux*, Neuenburg 2008 (zit. MAHON, Droit constitutionnel); MATTIG Thomas, *Grenzen der Spitalplanung aus verfassungsrechtlicher Sicht*, Diss. Basel, Zürich/Basel/Genf 2003 (zit. MATTIG); MAURER Alfred, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Basel 1996 (zit. MAURER); MAURER Alfred/SCARTAZZINI Gustavo/HÜRZELER Marc, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3. Aufl., Basel 2009 (zit. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER); MONIOUDIS Helen, *Die Organisation ausgewählter Sozialversicherungszweige und die rechtliche Stellung der Sozialversicherungsträger*, Diss. Zürich, Zürich/Basel/Genf 2003 (zit. MONIOUDIS); MOSER Markus, *Wettbewerb unter Krankenkassen*, in: Poledna Tomas/Jacobs Reto, *Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld*, Zürich/Basel/Genf 2010 (zit. MOSER); MOSIMANN Hans-Jakob, *Krankenkassen und Krankenversicherung im Überblick*, in: Brunner Alexander/Rehbinder Manfred/Stauder Bernd (Hrsg.), *Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts 2003*, Bern 2004, S. 3 ff. (zit. MOSIMANN); MÜLLER Jörg Paul/SCHEFER Markus, *Grundrechte in der Schweiz*, 4. Aufl., Bern 2008 (zit. MÜLLER/SCHEFER); PFIFFNER RAUBER Brigitte, *Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege*, Diss. Zürich, Zürich/Basel/Genf 2003 (zit. PFIFFNER RAUBER); POLEDNA Tomas, in: Ehrenzeller Bernhard/Mastronardi Philippe/Schweizer Rainer J./Vallender Klaus A., *Die schweizerische Bundesverfassung. Kommentar*, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2008 / Zürich/Basel/Genf 2008 (zit. POLEDNA, Bundesverfassung); POLEDNA Tomas, *Gesundheitsrecht und Wettbewerb – der schmale Pfad zwischen Plan und Markt*, in: Schaffhauser René/Poledna Tomas (Hrsg.), *Wettbewerb im Gesundheitsrecht*, St. Gallen 2004, S. 27 ff. (zit. POLEDNA, Wettbewerb); POLEDNA Tomas, *Krankenversicherungen und ihre rechtliche Organisation*, Zürich 2002 (zit. POLEDNA, Organisation); POLEDNA Tomas/BERGER Brigitte, *Öffentliches Gesundheitsrecht*, Bern 2002 (zit. POLEDNA/BERGER); RHINOW René/SCHEFER Markus, *Schweizerisches Verfassungsrecht*, 2. Aufl., Basel 2009; RHINOW René/KÄGI-DIENER Regula, *Gutachten betreffend Aufsicht über Santésuisse*, 7. November 2006, http://www.consano.ch/Gutachten_Santésuisse2.pdf (zit. RHINOW/KÄGI-DIENER); RICHLI Paul, *Grundriss des schweizerischen Wirtschaftsverfassungsrechts*, Bern 2007 (zit. RICHLI, Grundriss); RICHLI Paul, *Einheitskrankenkassen – ein verfassungsrechtliches Minenfeld*, NZZ vom 7. Januar 2010, S. 21 (zit. RICHLI, Einheitskrankenkassen); RICHLI Paul, *Gutachten zu Rechtsfragen der Organisation der sozialen Krankenversicherung, Teilgutachten „Allgemeine Fragen und Massnahmen gegen die Entsolidarisierung“*, 13. August 2009, <http://www.svv.ch/fr/node/2025> (zit. RICHLI, Organisation); RIEMER-KAFKA Gabriela, *Schweizerisches Sozialversicherungsrecht*, 2. Aufl., Bern 2010 (zit. RIEMER-KAFKA); SCHWEIZER Rainer J., in: Ehrenzeller Bernhard/Mastronardi Philippe/Schweizer Rainer J./Vallender Klaus A., *Die schweizerische Bundesverfassung. Kommentar*, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2008 / Zürich/Basel/Genf 2008 (zit. SCHWEIZER); TSCHANNEN Pierre, *Staatsrecht der Schweizerischen Eidgenossenschaft*, 2. Aufl., Bern 2007 (zit. TSCHANNEN); TSCHANNEN Pierre/ZIMMERLI Ulrich/MÜLLER Markus, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 3. Aufl., Bern 2009 (zit. TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER); VALLENDER Klaus A., in: Ehrenzeller Bernhard/Mastronardi Philippe/Schweizer Rainer J./Vallender Klaus A., *Die schweizerische Bundesverfassung. Kommentar*, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2008 / Zürich/Basel/Genf 2008 (zit. VALLENDER).

Glarus, 17. März 2011

Medieninformation

Kantonale und regionale Krankenkasse: eine gleichwertige Alternative zum heutigen Modell

Die von den Gesundheitsdepartementen der Kantone Glarus, Appenzell Ausserrhoden, Schaffhausen, St. Gallen und Thurgau in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass eine kantonale oder regionale Krankenkasse ein gleichwertiges Modell zum heutigen System darstellt. Eine flächendeckende Einführung hätte Vorteile in Bezug auf Risikoselektion, konsequenter Einführung von Managed Care Modellen und würde die heutige umfangreiche Administration entschlacken bei den Versicherungen, der niedergelassenen Ärzteschaft wie auch in den Spitälern. Werbekosten und Wechselkosten würden nicht mehr anfallen, was bereits zu einer Einsparung von mindestens 300 Millionen Franken führt. Die KRK ist dann weiterzuverfolgen, wenn es am (politischen) Willen fehlt, das heutige System klar verbessern zu wollen.

Fünf Gesundheitsdepartemente aus der Gesundheitsdirektorenkonferenz Ost (GL/AR/SH/SG/TG nachfolgend vereinfachend GDK-Ost) haben bei der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften in Auftrag gegebene Studie zur Abklärung eines Systems mit kantonalen oder regionalen Krankenkassen (KRK) liegt vor. Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie unter der Leitung von Professor Urs Brügger vergleicht das Modell einer KRK mit dem heutigen System, gekennzeichnet durch eine Vielzahl an Krankenkassen. Die Studie zeigt auf, dass ein Systemwechsel eine Änderung der rechtlichen Grundlagen bedingt. Die Bundesverfassung sowie das Krankenversicherungsgesetz (KVG) wären anzupassen, da die Vorteile einer KRK nur bei einer landesweiten Einführung unter Berücksichtigung der Grundsätze des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit zum Tragen kommen. Die Studie geht nicht näher ein auf die Überführungskosten sowie auf die volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Systemswechsels.

Die Studie kommt zum Schluss, dass für die zukünftige Prämienentwicklung die entscheidende Frage ist, welches System besser geeignet ist, die Behandlungskosten zu steuern. In diesem Zusammenhang spielt vor allem die Ausgestaltung von Integrierten Versorgungsmodellen (Managed Care) eine Rolle. Welches der beiden Systeme (das heutige oder das der kantonalen regionalen Krankenkassen) in diesem Bereich besser abschneidet, hängt vor allem davon ab, ob der neue Risikoausgleich in der Lage ist, die Risikoselektion entscheidend zu vermindern.

Heute: beschränkter Wettbewerb

Das schweizerische System räumt den Versicherten die Möglichkeit ein, die obligatorische Krankenversicherung aus einem vielfältigen Angebot von verschiedenen Kassen zu wählen. Gerne wird dieses System als freier Wettbewerb bezeichnet. Die Studie zeigt, dass bestenfalls von einem regulierten Wettbewerb gesprochen werden kann. Die Voraussetzungen für Wettbewerbsbedingungen sind nur partiell erfüllt. Der Krankenversicherungsmarkt wird durch zahlreiche staatliche Vorschriften stark reguliert. Gesetzliche Vorgaben wie ein definierter Grundleistungskatalog oder der Kontrahierungszwang führen dazu, dass sich in der Grundversicherung der Wettbewerbsgedanke nicht bewährt hat.

KRK: gleichwertiges Modell

Eine KRK versichert alle Einwohnerinnen und Einwohner eines oder mehrerer Kantone gegen das Risiko Krankheit. Die KRK wäre eine selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt analog den verschiedenen kantonalen Gebäudeversicherungen. Ein Vorteil dieses Modells ist, dass der Verwaltungsaufwand sicher niedriger ist als beim heutigen Modell. So entstehen keine Kosten für Werbung oder administrativen Aufwand infolge häufiger Versichertenwechsel. Ein anderer wichtiger Vorteil ist, dass eine KRK einen höheren Anreiz hat, sich um chronisch kranke Menschen und kostenintensive Patientinnen und Patienten zu kümmern. Die Möglichkeit eines Wechsels resp. der Abschiebung auf andere Krankenkassen entfällt. Die Studie attestiert denn auch dem Case Management ein bedeutendes Potential für Effizienz- und damit Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Nachteile des KRK-Modells könnten bei der Dienstleistungsqualität auftauchen. Es besteht die Gefahr, dass bei einer KRK die Kundenbedürfnisse und –wünsche weniger stark im Fokus stehen als bei einem System mit mehreren Anbietern. Der Kanton ist Aufsichtsbehörde über die KRK und zugleich Kostenträger, Leistungserbringer und Tarifgenehmiger. Hier könnte eine Machtkonzentration entstehen.

Prämien: weiterhin hoher Kostenanstieg zu befürchten

Die Kantone der GDK-Ost sind besorgt über den fortlaufenden Prämienanstieg im Gesundheitswesen. Ob die Gesundheitskosten mit einem KRK-Modell nachhaltiger und spürbarer eingedämmt werden könnten als mit dem heutigen System, hängt von partiellen Verbesserungen im heutigen System ab. Nebst den überflüssig werdenden Werbe- und Wechselkosten könnten mit einer KRK ebenfalls Spareffekte durch den Abbau der Bürokratie und eine einheitliche Rechnungsstellung erzielt werden. Diese Einspareffekte sind aktuell schwer bezifferbar, haben aber durchaus Potential. Die KRK bringt nebst administrativer Vereinfachung jährlich wiederkehrende Einsparungen in der Höhe von mindestens 300 Millionen Franken.

Politische Forderungen

Die GDK-Ost befürchtet weiterhin ein Wachstum der Krankenkassenprämien auf hohem Niveau. Die Ostschweiz ist davon besonders betroffen. Die Studie zeigt Wege auf, wie die Effizienz im heutigen System ohne grössere Veränderungen verbessert und der Kostenanstieg gebremst werden kann. Die an der Studie beteiligten Kantone der GDK-Ost fordern:

1. Einhaltung und Verstärkung des Gentlement-Agreement betreffend Werbekosten

Die GDK-Ost nimmt mit Befriedigung davon Kenntnis, dass der politische Druck die Krankenkassen endlich zu einem Umdenken bewogen hat. Die Kassen sind aber leider nur bereit, die Telefonwerbung zu verbieten sowie den Maklern eine Obergrenze von 50 Franken pro Abschluss zu bezahlen. Die anderen Werbeausgaben unterliegen nicht dem Verhaltenskodex. Das von den Kassen bezifferte Potential von Einsparungen in der Höhe von 100 Mio. Franken ist entsprechend als bescheiden zu beurteilen. Die Studie bezeichnet die durch Werbung ausgelöste Wechsel als schlecht, da sie unnötige Kosten verursachen und die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden untergraben.

2. Nachhaltige Verbesserungen im Risikoausgleich

Der Risikoausgleich führt dazu, dass sich Krankenkassen mit hohem finanziellem Aufwand gegenseitig gute Risiken abjagen. Diese Wechsel verursachen dem System unnötige Kosten und erzielen keine nachhaltige Wirkung auf das Prämienwachstum. Ein verbesserter, wirksamer Risikoausgleich ist dringend notwendig. Die Erkenntnisse der Studie lassen allerdings zweifeln, ob die Anpassungen ausreichen, um die unerwünschte Risikoselektion zu unterbinden. Die GDK-Ost fordert eine griffige wirksame Lösung unter Einbezug von weiteren Kriterien (bspw. Medikamentenbedarf).

3. Verbot von Billigkassen

Billigkassen sind nur auf den ersten Blick ein Vorteil für die Versicherten. Billigkassen haben tiefe Prämien, nicht weil sie günstig arbeiten, sondern gute Risiken mit geringen Ausgaben anziehen. Die Billigkassen versuchen deshalb mit allen Mitteln, die Prämien tief zu halten. Ansonsten scheitert dieses Geschäftsmodell. Den Billigkassen muss deshalb besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das Bundesamt für Gesundheit plant eine verbesserte Aufsicht der Krankenkassen, was jedoch zu einem personellen Mehraufwand in der Verwaltung führt. Diesen müssen die Versicherten allenfalls über ihre Prämien finanzieren ebenso wie die Wechselkosten. Diese kostentreibenden Ineffizienzen sind nach Ansicht der GDK-Ost unnötig. Die Billigkassen tragen nicht zu einer Kosteneindämmung bei und sind zu verbieten.

4. Tarifverhandlungen: kein Basar

Die GDK-Ost ist besorgt, dass der Tarifverbund der Krankenkassen (Tarifsuisse) bröckelt. Der Alleingang von Krankenkassen wie Helsana, KPT oder Sanitas bläht das System bürokratisch auf. Müssen die Leistungserbringer wie Spitäler mit verschiedenen Kassen Tarif- und Vertragsverhandlungen führen, verursacht das personellen Mehraufwand – und zwar auf beiden Seiten. Viele Leistungserbringer können aus Praktikabilitätsgründen nicht verschiedene Tarife vereinbaren. Die Versicherten zahlen letztendlich diesen Zusatzaufwand über höhere Prämien ohne einen entsprechenden Mehrwert zu erhalten. Die Kantone stehen vor Problemen bei der Tarifgenehmigung, indem für das gleiche Spital unter Umständen verschiedene Tarifen zulassen müssen.

5. Abkehr vom System kantonaler Reserven

Kantonale kalkulatorische Reserven sind nach Ansicht der GDK-Ost ein Systemfehler. Die Kassen müssen ihre kantonalen Reserven aufstocken, wenn die Zahl ihrer Versicherten steigt. Dieser Aufbau muss mit einer Erhöhung der Prämien finanziert werden. Das kann dazu führen, dass neu eingetretene Versicherte die Kasse wieder verlassen. Die Reservevorschriften können unnötige Kassenwechsel auslösen. Bei den kantonalen Reserven handelt es sich um statische, und nicht versicherungsmathematische Grössen. Die Versichertenkollektive einzelner Kassen sind in kleineren Kantonen zu klein, um eine finanztechnische Sicherheit zu erreichen. Deshalb wird eine Sicherstellung von genügenden Reserven auf Betriebsebene gefordert.

6. Pflicht zur flächendeckenden Einführung von Managed Care Modellen

80 Prozent der Nettokosten fallen bei 10 Prozent der Versicherten an. Die Studie ortet hier das grösste Potential für Effizienzsteigerungen und somit Kosteneinsparungen. Managed Care hat zum Ziel, Angebot und Nachfrage über finanzielle Anreize aufeinander abzustimmen. Insbesondere die Betreuung von chronisch kranken Personen im Rahmen von Case Management senkt die Kosten, verbessert den Ablauf des Behandlungsprozesses und baut Doppelspurigkeiten ab. Die GDK-Ost bedauert ausserordentlich, dass das eidgenössische Parlament den Nutzen einer flächendeckende und obligatorische Einführung von Managed Care in Frage stellt und nicht vorantreibt.

Fazit:

Die 5 Mitglieder der GDK-Ost beobachten die Entwicklung im Gesundheitswesen weiterhin aufmerksam. Die Umsetzung der 6 politischen Forderungen führt zweifelsohne zu nachhaltigen Einsparungen im Gesundheitswesen. Dies ist im Interesse der Versicherten sowie der Kantone, welche mit über 7 Milliarden Franken an die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie den Beiträgen über die individuelle Prämienverbilligung einen erheblichen Teil der Kosten im Gesundheitswesen mitfinanzieren. Die GDK-Ost befürchtet, dass die wichtigen Akteure im Gesundheitswesen weiterhin primär ihre eigenen Interessen verfolgen und eine integrale Sichtweise des Gesamtwohls vernachlässigen. Sollten die geforderten Verbesserungen nicht in absehbarer Zeit wirksam werden, behalten sich die an der Studie beteiligten GDK-Ost Kantone vor, auf die Forderung nach Einführung einer KRK zurückzukommen.

Kontakte

Rolf Widmer, Regierungsrat
Departementsvorsteher Finanzen und Gesundheit
Rathaus, 8750 Glarus
Telefon: 055 646 61 00
E-Mail: finanzengesundheit@gl.ch

Matthias Weishaupt, Regierungsrat
Departementsvorsteher Gesundheit
Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau
Telefon: 071 353 65 92
E-Mail: Gesundheit@ar.ch

Ursula Hafner-Wipf, Regierungsrätin
Departementsvorsteherin des Innern
Mühlentalstrasse 105, 8200 Schaffhausen
Telefon: 052 632 74 61
E-Mail: sekretariat.di@ktsh.ch

Heidi Hanselmann, Regierungsrätin
Departementsvorsteherin Gesundheit
Davidstrasse 27, 9001 St. Gallen
Telefon: 058 229 35 70
E-Mail: info.gdgs@sg.ch

Bernhard Koch, Regierungsrat
Departementsvorsteher Finanzen und Soziales
Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld
Telefon: 052 724 22 82
E-Mail: generalsekretariat.dfs@tg.ch

