

Fakten und Argumente für eine Öffentliche Krankenkasse

Studie im Auftrag der SP Schweiz

Autorin:

Anna Sax, lic.oec.publ., MHA

Gesundheitsökonomin

Februar 2013

Inhalt

1	Die Argumente auf einen Blick.....	4
2	Das Experiment „Marktwirtschaft in der Sozialversicherung“	7
2.1	Die Regeln.....	7
2.2	Der Versicherungsmarkt heute	7
2.3	So versagt der Wettbewerb	8
2.4	Gründe für den fehlgeleiteten Wettbewerb	8
2.4.1	Risikoausgleich und Risikoselektion	8
2.4.2	Gewinnverbot.....	8
2.5	Wettbewerb und Servicequalität	8
3	Risikoselektion: Tiefere Versorgungsqualität und höhere Kosten	10
3.1	Weshalb Krankenversicherer Risikoselektion betreiben	10
3.1.1	So funktioniert Risikoselektion.....	10
3.1.2	Alternativen zur Risikoselektion.....	10
3.2	Der heutige Risikoausgleich	10
3.2.1	Neues Kriterium: Stationärer Aufenthalt im Vorjahr	11
3.2.2	Formen des Risikoausgleichs.....	11
4	Hochkostenpool als Ergänzung zum Risikoausgleich	13
5	Einsparungen bei den Verwaltungskosten.....	14
6	Effizienzgewinne bei den Leistungen	15
6.1	Integrierte Versorgung.....	15
6.1.1	Hintergrund und Situation heute	15
6.2	Fallbegleitung und strukturierte Behandlungsprogramme („Case- und Disease Management“)	16
6.2.1	Fallbegleitung	16
6.2.2	Strukturierte Behandlungsprogramme	16
6.2.3	Einsparungen durch Integration und Koordination	16
6.3	Gesundheitsförderung und Prävention.....	18
6.4	Tarifverhandlungen, Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen	18
7	Mehr Transparenz und Gerechtigkeit	20
7.1	Unterschiedliche Praxis bei Kostengutsprachen	20
7.2	Unterschiedliche Praxis bei Medikamenten im „Off-label-use“	20
8	Die freie Arztwahl bleibt gewahrt	21
9	Was geschieht mit den Zusatzversicherungen?	22
10	Staat oder Markt?	23
10.1	Effizienz von privaten und öffentlichen Unternehmen.....	23
10.2	Wo Monopole sinnvoll sind.....	23
10.3	Blick ins Ausland	24
11	Auswirkungen auf die Wirtschaft.....	25

11.1	Statische Effekte.....	25
11.1.1	Situation heute.....	25
11.1.2	Auswirkungen auf die Krankenversicherungsbranche.....	26
11.1.3	Auswirkungen auf die Beschäftigung infolge der veränderten Aufgaben.....	27
11.1.4	Auswirkungen auf die Beschäftigung infolge Änderungen in der Effizienz der Verwaltung.....	28
11.1.5	Auswirkungen auf die Vorleistungsbranchen.....	28
11.1.6	Auswirkungen auf die Versicherten.....	29
11.2	Dynamische Effekte.....	29
12	Transformationsprozess und Übergangsregelungen.....	31
12.1	Übertragung der Vermögenswerte.....	31
12.1.1	Vermögenstransfer sorgfältig umsetzen.....	31
12.1.2	Vorhandenes Knowhow und Infrastrukturen nutzen.....	31
12.1.3	Juristische Stolpersteine überwinden.....	32
12.2	Transformationskosten.....	32
13	Der Gegenvorschlag des Bundesrats.....	33
13.1	Rückversicherung für sehr hohe Kosten.....	33
13.2	Verfeinerung des Risikoausgleichs.....	33
13.3	Trennung von Grund- und Zusatzversicherung.....	33
14	Abkürzungen.....	34
15	Literatur.....	35

1 Die Argumente auf einen Blick

Argument Nr. 1 für die öffentliche Krankenkasse

Die öffentliche Krankenkasse setzt dem Pseudowettbewerb unter den Krankenversicherern ein Ende.

Die Krankenversicherung ist eine Sozialversicherung, deren Aufgabe es ist, die Bevölkerung flächendeckend für die Heilungskosten bei Krankheit zu versichern. Der regulierte Wettbewerb unter den Krankenversicherern hat bisher weder zu mehr Effizienz noch zu Qualitätsverbesserungen geführt. Statt auf Diversifizierung, Gesundheitsförderung und Kostenmanagement setzen die Versicherer auf Risikoselektion. Deshalb ist es nun Zeit, das Experiment „Marktwirtschaft in der Sozialversicherung“ zu beenden.

Argument Nr. 2 für die öffentliche Krankenkasse

Mit der öffentlichen Krankenkasse ist das Problem der Risikoselektion auf einen Schlag gelöst.

Ein verfeinerter Risikoausgleich verringert zwar das Problem, aber er schafft die schädliche Risikoselektion nicht aus der Welt. Das kann nur die öffentliche Krankenkasse.

Argument Nr. 3 für die öffentliche Krankenkasse

Ein Hochkostenpool ist besser als keiner, aber er schafft auch neue Probleme.

Der Risikoausgleich könnte mit einem Hochkostenpool ergänzt werden. Das würde den Anreiz zur Risikoselektion stärker reduzieren, aber noch immer nicht zum Verschwinden bringen. Ein Hochkostenpool hätte zudem den Nachteil, dass das Interesse der Versicherer am Kostenmanagement weiter abnimmt.

Argument Nr. 4 für die öffentliche Krankenkasse

Alein durch den Wegfall der Akquisitions-, Werbe- und Wechselkosten entsteht ein kurzfristiges Einsparpotenzial von 300 – 350 Millionen Franken.

Argument Nr. 5 für die Öffentliche Krankenkasse

Die Öffentliche Krankenkasse kann chronisch kranke Versicherte nicht abschieben und hat damit einen Anreiz, die Qualität und Effizienz der Versorgung mit strukturierten Behandlungsprogrammen zu verbessern.

In der Schweiz gibt es kaum strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, obwohl die Qualitäts- und Effizienzgewinne solcher Programme in anderen Ländern nachgewiesen sind. Grund dafür ist das Bestreben der Krankenkassen, schlechte Risiken von sich fern zu halten.

Argument Nr. 6 für die Öffentliche Krankenkasse

Die Öffentliche Krankenkasse packt das Kostenproblem bei der Wurzel: Sie kümmert sich um die Minderheit der Versicherten, die am meisten Kosten verursachen.

Mehr als die Hälfte der Gesundheitskosten fallen bei 5% der Versicherten an. Wenn die Betreuung dieser kränksten Personen koordiniert und begleitet stattfinden würde, könnten im Idealfall 5 bis

10% der Gesamtkosten eingespart werden – und dies bei gleich bleibender oder sogar besserer Versorgungsqualität.

Argument Nr. 7 für die Öffentliche Krankenkasse

Für die Öffentliche Krankenkasse lohnt es sich, in Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren.

Im heutigen System gibt es keinen Anreiz für die Krankenversicherer, Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzen. Die Öffentliche Krankenkasse kann dagegen von späteren Kosteneinsparungen profitieren, wenn sie eine gesunde Lebensweise bei ihren Versicherten unterstützt. Die Investition lohnt sich, im Unterschied zu den Krankenversicherern, die miteinander im Wettbewerb stehen.

Argument Nr. 8 für die Öffentliche Krankenkasse

Die Leistungserbringer haben wieder mehr Zeit für ihre PatientInnen. Die Bürokratie wird abgebaut, Tarifverhandlungen und Wirtschaftlichkeitskontrollen werden einfacher und transparenter.

Auf Seiten der Krankenversicherer gibt es heute unterschiedliche Verhandlungspartner mit teils unterschiedlichen Standpunkten. Das bedeutet für die Leistungserbringer einen erheblichen Mehraufwand. Zudem ist es für sie kompliziert und mühsam, wenn sie Rückfragen von verschiedenen Krankenkassen beantworten müssen.

Argument Nr. 9 für die Öffentliche Krankenkasse

Die Rechtsungleichheit bei Kostengutsprachen und Kostenübernahmen von Medikamenten im Off-label-use wird behoben.

Für die Versicherer besteht heute ein zu grosser Ermessensspielraum bei der Kostenübernahme. Die Öffentliche Krankenkasse wäre gezwungen, in Zusammenarbeit mit den Ärzteorganisationen klare Richtlinien zu erstellen für die Kostenübernahme bei Leistungen im Grenzbereich des Leistungskatalogs.

Argument Nr. 10 für die Öffentliche Krankenkasse

Mit der Öffentlichen Krankenkasse bleibt die freie Arztwahl garantiert und die Frage der „Vertragsfreiheit“ ist vom Tisch.

Da es für die Versicherten keine Möglichkeit mehr für einen Kassenwechsel gibt, können keine Leistungserbringer von der Kostenübernahme ausgeschlossen werden.

Argument Nr. 11 für die Öffentliche Krankenkasse

Eine strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung ist im bestehenden System nicht durchsetzbar.

So lange Grund- und Zusatzversicherung von den gleichen Versicherungsgesellschaften durchgeführt werden, ist eine konsequente Trennung der beiden Bereiche illusorisch. Diese Trennung ist notwendig, um den Transfer von Gesundheitsdaten zum Zweck der Risikoselektion zu verhindern.

Argument Nr. 12 für eine Öffentliche Krankenkasse

Die Überführung der privaten Krankenversicherer in eine öffentliche Krankenkasse ist noch keine Verstaatlichung des Gesundheitssystems.

Auch mit einer Öffentlichen Krankenkasse gibt es weiterhin private Zusatzversicherungen, Privatspitäler, private Arztpraxen und private Spitexorganisationen.

Argument Nr. 13 für eine Öffentliche Krankenkasse

Bei Sozialversicherungen und anderen obligatorischen Versicherungen sind staatlich geschützte Monopole effizienter als private Unternehmen, die miteinander im Wettbewerb stehen.

Für die Schweiz wurden in den letzten Jahren die SUVA und die Gebäudeversicherung volkswirtschaftlich untersucht. Bei beiden Versicherungen stellte sich heraus, dass die staatlich geschützten Monopolversicherungen in Bezug auf einen effizienten Einsatz der Prämiegelder besser als die private Konkurrenz abschneiden. Auch internationale Vergleiche lassen nicht darauf schliessen, dass staatliche Einheitskassen schlechter abschneiden als private Krankenversicherer.

Argument Nr. 14 für die Öffentliche Krankenkasse

Dank der Öffentlichen Krankenkasse können die Gesundheitsleistungen bei gleicher oder besserer Qualität effizienter bereitgestellt werden. Dies spart Ressourcen und macht Mittel frei für andere Wirtschaftsbereiche.

Die Effizienzsteigerung erhöht die Arbeitsproduktivität und löst damit Innovationsimpulse in der Versicherungs- und in anderen Branchen aus. Längerfristig ergeben sich damit positive Effekte auf Wachstum und Beschäftigung, welche allfällige kurzfristige Beschäftigungsverluste kompensieren können.

Argument Nr. 15 für die Öffentliche Krankenkasse

Nach der Annahme der Initiative für eine Öffentliche Krankenkasse werden die Vermögenswerte der Krankenversicherer in die neue Institution übertragen. Die Übertragung und Sicherung dieses Vermögen ist notwendig, denn sie wurden aus den obligatorischen Prämien der rund 8 Millionen Versicherten geäuft.

Zu hohen Transformationskosten kommt es nur dann, wenn die Krankenversicherer nach einer Annahme der Initiative Obstruktion betreiben und versuchen, die Umsetzung mit juristischen Mitteln zu verhindern oder hinauszuzögern.

Argument Nr. 16 für die Öffentliche Krankenkasse

Der indirekte Gegenentwurf des Bundesrats ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die Probleme, die er angehen will, können jedoch mit der Öffentlichen Krankenkasse rascher und vollständiger gelöst werden.

Bleibt es beim bisherigen System, so sind die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen richtig und notwendig.

2 Das Experiment „Marktwirtschaft in der Sozialversicherung“

Um den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten, braucht es eine allgemeine Versicherung, die von Gesunden und Kranken gemeinsam getragen wird. Deshalb stimmte die Schweizer Bevölkerung 1994 dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) mit der obligatorischen Grundversicherung zu. Seit 1996 sind alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz für die Heilungskosten bei Krankheit versichert.

Auch nach der Einführung des neuen KVG sollten Krankenversicherer miteinander in Wettbewerb treten können, so wollte es der Gesetzgeber. Er versprach sich davon mehr Kosteneffizienz und weniger Verwaltungsaufwand. So wurde erstmals in der Geschichte des Sozialstaats das Kunststück versucht, eine Sozialversicherung marktwirtschaftlich zu organisieren. Von Anfang an war klar, dass es ohne eine starke Regulierung des Wettbewerbs zu einem Marktversagen kommen würde.

2.1 Die Regeln

Folgende Regulierungen im KVG schränken den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern ein:

- Der *Leistungskatalog* der obligatorischen Grundversicherung wird durch den Bundesrat festgelegt und gilt schweizweit für alle Versicherten. Das heisst, alle Krankenkassen müssen für die gleichen Leistungen aufkommen.
- Für die Versicherer besteht *Aufnahmepflicht*, d.h. es ist ihnen nicht erlaubt, bestimmte Personen oder Personengruppen von der Grundversicherung auszuschliessen.
- Die Versicherten können die Krankenkasse jeweils per Ende Jahr wechseln.
- Es gilt der *Vertragszwang*, was bedeutet, dass die Versicherer mit allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abrechnen und deren Rechnungen begleichen müssen. Für die Versicherten ist damit die freie Arztwahl gewährleistet.
- Die Versicherer handeln mit den Leistungserbringern *Tarife* aus, welche durch die Kantone genehmigt werden.
- Die Versicherer dürfen in der Grundversicherung *keinen Gewinn* machen.
- Es gilt eine *Einheitsprämie* pro Versicherer und Region. Das heisst, es gibt keinen Spielraum für Sonderkonditionen, zum Beispiel für jüngere Versicherte, Nichtraucherinnen oder Patienten, die weniger oft zur Ärztin gehen.
- Die Versicherten haben die Möglichkeit, ihre monatliche Prämie zu verringern, indem sie ihre Wahlfranchise¹ erhöhen oder ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Arztwahl wählen².
- Die Kantone gewähren Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen *Prämienverbilligungen*.

Für Wettbewerb zwischen den Versicherern bleibt trotzdem noch ein gewisser Spielraum. So hätten die Versicherer theoretisch die Möglichkeit, sich durch gute Serviceleistungen und innovative Versicherungsmodelle von der Konkurrenz abzugrenzen. Oder sie könnten versuchen, durch konsequentes Kostenmanagement die Prämien möglichst tief zu halten. Beides haben sie bis heute kaum realisiert, wie später noch gezeigt wird.

2.2 Der Versicherungsmarkt heute

Der seit vielen Jahren stattfindende Konzentrationsprozess setzt sich fort, doch Ende 2011 existierten in der Schweiz noch immer 63 Krankenversicherer. Der angestrebte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern hätte Kostensenkungen und Effizienzsteigerungen bewirken sollen. Dieses Ziel wurde jedoch verfehlt. Stattdessen finden Kostenwachstum und eine Entsolidarisierung zwischen gesunden und kranken Versicherten statt.

¹ Jährlicher Betrag, bis zu welchem die Rechnungen für ärztlich verordnete Leistungen selbst zu bezahlen sind. Die Grundfranchise beträgt Fr. 300.-, die Versicherten haben aber die Möglichkeit, höhere Franchisen zwischen Fr. 500.- und Fr. 2500.- zu wählen und damit ihre monatliche Prämie um bis zu 40% zu senken.

² Z.B. Hausarztmodell oder HMO

2.3 So versagt der Wettbewerb

Ein Blick auf den heutigen Versicherungsmarkt zeigt folgendes Bild:

- Der Wettbewerb zwischen den Versicherern fokussiert in erster Linie auf den Preis (Prämienwettbewerb) und weniger auf den Service oder die Qualität der Leistungen.
- Eine Diversifizierung der Versicherungsmodelle findet praktisch nicht statt. Alle Kassen bieten ähnliche Modelle an. Es werden nur wenige innovative Versicherungsmodelle angeboten.
- Der Prämienwettbewerb dient den Versicherern vor allem als Mittel zur Risikoselektion.
- Der mangelhafte Risikoausgleich führt dazu, dass eine Risikoselektionsstrategie im Vergleich zu einer Kostenmanagementstrategie für die Versicherer attraktiver ist.
- Die Versicherer betreiben nur wenig Kostenmanagement (z.B. über Prävention oder Gesundheitsförderung). Effektive Einsparungen bei den Leistungskosten werden kaum erzielt. Kostenunterschiede zwischen Versicherungsmodellen sind grösstenteils auf Risikoselektion zurückzuführen.
- Kostenkontrollmassnahmen (strengere Rechnungskontrolle, Kontrolle der Leistungserbringer etc.) werden nicht realisiert.

2.4 Gründe für den fehlgeleiteten Wettbewerb

Dies sind die drei Hauptgründe für das Versagen des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern:

2.4.1 Risikoausgleich und Risikoselektion

Die meisten Versicherer verfolgen heute eine Strategie der Risikoselektion, indem sie mit allen Mitteln versuchen, die aus Kostensicht jeweils optimalen Versicherten anzuwerben. Auf dieses Problem kommen wir im Kapitel 3 ausführlich zurück.

2.4.2 Gewinnverbot

Das KVG schreibt vor, dass Versicherer in der Grundversicherung keinen Erwerbszweck verfolgen dürfen. Damit wird der Anreiz für die Versicherer, Effizienzsteigerungen zu erzielen, deutlich verringert, und auch für potenzielle neue Marktteilnehmer ist der Versicherungsmarkt nicht sehr attraktiv. Seit Inkrafttreten des KVG 1996 sind denn auch ausschliesslich Tochtergesellschaften von bestehenden Krankenversicherern neu im Markt aufgetaucht – dabei handelt es sich um sogenannte Billigkassen, die nur zum Zweck gegründet wurden, gute Risiken anzulocken (vgl. Abschnitt 3.1.1).

2.5 Wettbewerb und Servicequalität

Obwohl es wenig Unterschiede gibt in der Servicequalität der Krankenversicherer, möchten viele Versicherte zumindest theoretisch die Möglichkeit zu einem Kassenwechsel haben, falls sie etwas zu beanstanden haben an der Bearbeitungsdauer oder der Freundlichkeit des Personals. Dieser Wunsch ist verständlich. Mit der Öffentlichen Krankenkasse besteht diese Möglichkeit tatsächlich nicht mehr.

Allerdings kann auch die Öffentliche Krankenkasse ihre Kundschaft nicht einfach mit schlechter Servicequalität verärgern. So wie andere öffentliche Monopolbetriebe, etwa die SBB oder die Post, wird die Öffentliche Krankenkasse auf Reklamationen und schlechte Beurteilungen in den Medien reagieren und allfällige Mängel beheben müssen. Andernfalls wird sie von den PolitikerInnen in die Schranken gewiesen und das Management muss Konsequenzen ziehen. Öffentliche Betriebe sind im Vergleich zu privaten Unternehmungen stärker exponiert und müssen ebenso auf ihr Image achten.

Zudem bieten die Krankenkassen im heutigen System nicht selten sogar absichtlich eine schlechte Servicequalität, um „schlechte Risiken“ los zu werden oder an einem Beitritt zu hindern (z.B. Warteschlangen in Call Centers, Verspätungen bei der Rückerstattung von Rechnungen, Anmeldung nur über Internet).

Argument Nr. 1 für die öffentliche Krankenkasse:

Die öffentliche Krankenkasse setzt dem Pseudowettbewerb unter den Krankenversicherern ein Ende.

Die Krankenversicherung ist eine Sozialversicherung, deren Aufgabe es ist, die Bevölkerung flächendeckend für die Heilungskosten bei Krankheit zu versichern. Der regulierte Wettbewerb unter den Krankenversicherern hat bisher weder zu mehr Effizienz noch zu Qualitätsverbesserungen geführt. Statt auf Diversifizierung, Gesundheitsförderung und Kostenmanagement setzen die Versicherer auf Risikoselektion. Deshalb ist es nun Zeit, das Experiment „Marktwirtschaft in der Sozialversicherung“ zu beenden.

3 Risikoselektion: Tiefere Versorgungsqualität und höhere Kosten

Anstatt in neue Versorgungsformen und gute Qualität zu investieren, setzen die Krankenversicherer auf Risikoselektion, um ihre Stellung im Wettbewerb zu verbessern. Das ist schädlich für die Gesundheitsversorgung und hat zur Folge, dass ältere, chronisch und mehrfach kranke Personen im Stich gelassen werden. Ein verbesserter Risikoausgleich verringert zwar den Selektionsgewinn, ist aber noch keine Garantie dafür, dass die Versicherer ihre Strategie ändern.

3.1 Weshalb Krankenversicherer Risikoselektion betreiben

Wie in Kapitel 2.1 ausgeführt, sind die Krankenversicherer verpflichtet, alle beitragswilligen Personen zu den gleichen Bedingungen in die Grundversicherung aufzunehmen. Je gesünder die Versicherten im Durchschnitt sind, desto weniger Kosten verursachen sie und entsprechend geringer fallen die Kopfprämien beim Versicherer aus. Wenn ein Versicherer tiefere Prämien verlangen will als die Konkurrenz, muss er dafür sorgen, dass seine Kundschaft insgesamt möglichst wenig Kosten verursacht. Um das zu erreichen, hat der Versicherer zwei Möglichkeiten: Er kann effizientere Versorgungsstrukturen fördern oder Risikoselektion betreiben. Risikoselektion ist die einfachste und für die Versicherer lohnendste Massnahme zur Kostensenkung. Es gehört zu den Kernkompetenzen einer Versicherungsgesellschaft, Risiken zu berechnen und eine entsprechende Selektionsstrategie zu entwickeln.

3.1.1 So funktioniert Risikoselektion

Das effektivste und am häufigsten praktizierte Instrument zur Risikoselektion sind sogenannte Kassenkonglomerate. Bei diesen handelt es sich um mehrere eigenständige Gesellschaften, die gemeinsam unter einem Namen auftreten, jedoch mit verschiedenen hohen Prämien für unterschiedliche Risikogruppen die Einheitsprämienvorschrift des KVG unterlaufen. Bisher ist es nicht gelungen, dieser „Billigkassen-Strategie“ gesetzlich einen Riegel zu schieben. Daneben gibt es zahlreiche weitere Tricks, um junge, gesunde Versicherte anzulocken und ältere, chronisch kranke KundInnen auszuschliessen.

Aus Sicht der Krankenversicherer ist die Praxis der Risikoselektion so lange rational, wie es möglich ist, auf diese Weise mehr Kosten einzusparen – und damit Prämien zu senken – als mit Verbesserungen der Qualität und Effizienz der Gesundheitsleistungen.

3.1.2 Alternativen zur Risikoselektion

Die Krankenversicherer haben wegen der verlockenden Jagd auf gute Risiken wenig Anreiz, sich mit besonders guten Serviceleistungen von der Konkurrenz abzugrenzen. Ein guter Service könnte etwa beinhalten, dass die Abwicklung der Rückzahlungen speditiv erfolgt, Anfragen rasch und freundlich beantwortet werden und die KundInnen jederzeit gut über die Geschäftspolitik ihrer Krankenkasse informiert sind. Wünschenswert wäre es, wenn Personen mit chronischen Erkrankungen die Möglichkeit erhielten, sich einem strukturierten Behandlungsprogramm anzuschliessen (s. Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Wegen des mangelhaften Risikoausgleichs vermeiden es die meisten Krankenkassen, neue, effizientere und kundenfreundlichere Versorgungsmodelle zu unterstützen, weil sie sonst „riskieren“, für chronisch kranke PatientInnen attraktiv zu werden.

3.2 Der heutige Risikoausgleich

Mit dem KVG wurde bereits ein minimaler Risikoausgleich eingeführt – zuerst provisorisch, dann wurde er mehrmals verlängert. Der Risikoausgleich beschränkte sich bis vor kurzem auf die Kriterien Geschlecht und Alter. Damit erhielten Versicherer, die überdurchschnittlich viele Frauen und ältere Personen in ihrem Versichertenbestand haben, Ausgleichszahlungen aus dem Risikoausgleichsfonds. Versicherer mit vielen jungen und männlichen Versicherten zahlten dagegen in den Fonds ein. Weil aber „jung und männlich“ noch keine Garantie ist für gute Gesundheit, wurde der Risikoausgleich um das Kriterium „Stationärer Aufenthalt im Vorjahr“ ergänzt.

3.2.1 Neues Kriterium: Stationärer Aufenthalt im Vorjahr

Per 1. Januar 2012 wurde der Risikoausgleich verfeinert. Neu berechtigen auch Versicherte mit erhöhtem Krankheitsrisiko zu Ausgleichszahlungen aus dem Risikoausgleichsfonds. Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko gilt der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage gedauert hat. Dieses neue Kriterium könnte die Jagd der Krankenkassen nach jungen und gesunden Versicherten ein wenig bremsen. Ob es aber genügen wird, die schädliche und sozial unerwünschte Risikoselektion auszuschalten, ist zu bezweifeln. So werden Versicherte, die hohe Kosten verursachen und ambulant betreut werden, vom Risikoausgleich weiterhin nicht erfasst. Zu dieser Gruppe gehören hauptsächlich chronisch kranke PatientInnen, z.B. solche mit Diabetes, Rheuma oder HIV.

Die aktuelle Erweiterung des Risikoausgleichs kann sogar zusätzliche Fehlanreize zur Folge haben: Um an die Beiträge aus dem Risikoausgleichsfonds heranzukommen, werden Krankenversicherer versuchen, Spitalaufenthalte auszulösen für Behandlungen, die auch ambulant möglich wären.

Eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs, die auch die oben genannten chronisch kranken Versicherten berücksichtigt hätte, wurde in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 zusammen mit der Vorlage „Managed Care“ abgelehnt. Die SP hat bereits im November 2011 einen neuen Vorstoss eingereicht, der nun im Parlament hängig ist. Die Verbesserung des Risikoausgleichs ist auch Teil des Gegenvorschlags des Bundesrates zur Initiative für eine Öffentliche Krankenkasse (S. Kapitel 0).

3.2.2 Formen des Risikoausgleichs

Die folgende Tabelle zeigt die verschiedenen Formen des Risikoausgleichs, die zur Diskussion stehen. Seit 1. Januar 2012 gilt in der Schweiz die Variante „Demografischer RA + Hospitalisation im Vorjahr“. Mit einem weiteren Kriterium, z.B. bestimmte Medikamente oder Diagnosen, könnte eine weitere Verfeinerung erreicht und der Anreiz zur Risikoselektion nochmals verringert werden.

Tabelle 1: Formen des Risikoausgleichs und ihre Erklärungskraft

	Beschreibung	Stand in der Schweiz	Erklärungsgehalt (R^2)
Demografischer RA	Nach Alter und Geschlecht	Bis 31.12.2011	11%
Demografischer RA + Hospitalisation im Vorjahr (HospV)	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr, länger als drei Tage	Seit 01.01.2012	21%
Demografischer RA + HospV + weiteres morbiditätsbezogenes Kriterium	Diagnostische oder pharmazeutische Informationen	Im Parlament hängig	30%

Quelle: Beck, Trottmann, 2007

Wie Beck und Trottmann (2007) schätzten, erklären die Formeln zwischen 11% und 30% der Kostenunterschiede zwischen den Versicherten. Der Anreiz zur Risikoselektion sinkt mit jedem Kriterium, das zum demografischen Risikoausgleich hinzukommt. ExpertInnen schätzen die Einsparungen, welche durch Integrierte Versorgungsmodelle erzielt werden können, auf 10-20% (vgl. Abschnitt 6.2.3). Solange mit Risikoselektion mindestens ebenso hohe Einsparungen erzielt werden können, bleibt sie eine attraktive Strategie für die Versicherer. Durch konsequentes Anwerben von KundInnen mit geringem Krankheitsrisiko bzw. dem Ausschluss von Hochrisiko-KundInnen bleiben auch beim besten Risikoausgleich Selektionsgewinne von über 10% ohne weiteres möglich (Beck, Trottmann 2007). Es ist also ungewiss, ob der Risikoausgleich wirklich so verbessert werden kann,

dass kostensparende und qualitätsorientierte Versorgungsmodelle zum echten Wettbewerbsvorteil werden.

Den perfekten Risikoausgleich, der jede Verfälschung des Wettbewerbs ausschaltet, gibt es nicht. Dafür müsste das Krankheitsrisiko jeder einzelnen versicherten Person abgeschätzt werden können. Und selbst wenn es möglich wäre, alle Erklärungsfaktoren für unterschiedliche Krankheitsrisiken zu finden, wäre ein enormer administrativer Aufwand notwendig, um alle Daten zu erheben und in die Berechnungen einzubeziehen.

Argument Nr. 2 für die öffentliche Krankenkasse:

Mit der öffentlichen Krankenkasse ist das Problem der Risikoselektion auf einen Schlag gelöst.

Ein verfeinerter Risikoausgleich verringert zwar das Problem, aber er schafft die schädliche Risikoselektion nicht aus der Welt. Das kann nur die öffentliche Krankenkasse.

4 Hochkostenpool als Ergänzung zum Risikoausgleich

Auch mit einem verfeinerten Risikoausgleich bleibt ein Anreiz zur Risikoselektion bestehen, wie wir im Abschnitt 3.2.2 gesehen haben. Dies umso mehr, als es Patientengruppen gibt, die ausserordentlich hohe Kosten verursachen und kaum mittels eines Risikoausgleichs erfasst werden können. Deshalb fordert die SP seit längerer Zeit die Einführung eines Hochrisiko- bzw. Hochkostenpools³ zur Verstärkung der Solidarität mit schwerkranken Menschen. Die Versicherer erhalten aus dem Hochkostenpool die Kosten zurückerstattet, die eine bestimmte Grenze überschreiten. Die Finanzierung des Fonds könnte über einen fixen Prämienanteil pro Versicherte oder noch besser über Steuergelder erfolgen.

Der Hochkostenpool kann die Wirkung des Risikoausgleichs tatsächlich verstärken, doch hat er einen gewichtigen Nachteil: Die Versicherer haben noch weniger Anreiz, das Kostenmanagement bei ihren teuersten Versicherten zu verbessern, weil sie die Kosten aus dem Pool zurückerstattet erhalten.⁴ Das Problem kann etwas reduziert werden, wenn von den den Versicherern ein Selbstbehalt erhoben wird. Auf jeden Fall ist ein Hochkostenpool nur in Kombination mit einem verfeinerten Risikoausgleich sinnvoll. Sonst findet die Risikoselektion einfach unterhalb der Kostengrenze statt, die zum Bezug von Geldern aus dem Pool berechtigt.

Argument Nr. 3 für die öffentliche Krankenkasse:

Ein Hochkostenpool ist besser als keiner, aber er schafft auch neue Probleme.

Der Risikoausgleich könnte mit einem Hochkostenpool ergänzt werden. Das würde den Anreiz zur Risikoselektion stärker reduzieren, aber noch immer nicht zum Verschwinden bringen. Ein Hochkostenpool hätte zudem den Nachteil, dass das Interesse der Versicherer am Kostenmanagement weiter abnimmt.

³ Beim Hochrisikopool handelt es sich um eine prospektive Risikoteilung, d.h. die Versicherer können anfangs Jahr diejenigen Versicherten an den Pool anmelden, bei denen sie besonders hohe Kosten erwarten. Bei einem Hochkostenpool erfolgt der Ausgleich retrospektiv, d.h. die Versicherer erhalten die Kosten pro Versicherten ab einer bestimmten Kostengrenze am Jahresende zurückerstattet. In der politischen Diskussion steht momentan der Hochkostenpool im Zentrum, weil er die Kostensparanreize der Versicherer weniger reduziert.

⁴ Spycher 2002

5 Einsparungen bei den Verwaltungskosten

Der Verwaltungsaufwand lag 2011 in der obligatorischen Krankenversicherung bei 1.27 Mrd. Franken oder rund 5.4% der Prämieinnahmen von 23.631 Mrd. Fr.

Von den Verwaltungskosten entfallen 18% auf Akquisition und Marketing⁵, also ca. 230 Mio Franken. Hinzu kommen weitere Wechselkosten in der Höhe von ca. 100 Mio Franken.

Tabelle 2: Anteile Verwaltungsaufwand, Akquisitions-, Marketing- und Wechselkosten am Prämienvolumen

	in Mio. Fr.	in %
Prämieinnahmen	23'631	100.0
Verwaltungsaufwand	1'270	5.4
Akquisition und Marketing	230	1.0
Wechselkosten	100	0.4

Quellen: BAG Versicherungsaufsicht, Bertschi, Brügger

Eine BASS-Studie im Auftrag der SP Schweiz⁶ rechnet mit 25% Einsparungen bei den Verwaltungskosten, das wären 317 Mio. Franken. Das unmittelbare Einsparpotenzial durch den Wegfall der Akquisitions-, Werbe- und Wechselkosten kann damit grob auf 300-350 Millionen Franken geschätzt werden. Das bedeutet eine Prämienreduktion um maximal 1.5%.

Kurzfristig können mit der öffentlichen Krankenkasse also keine substanziellen Prämienreduktionen erwartet werden, wenn Umfang und Niveau der Versicherungsleistungen unverändert bleiben sollen. Mittel- und langfristig werden sich jedoch bei den Leistungen Effizienzgewinne erzielen lassen, wie wir weiter unten sehen werden. Dies wird zu spürbaren Erleichterungen bei den Prämien führen.

Argument Nr. 4 für die öffentliche Krankenkasse:

Allein durch den Wegfall der Akquisitions-, Werbe- und Wechselkosten entsteht ein kurzfristiges Einsparpotenzial von 300 – 350 Millionen Franken.

⁵ Bertschi 2004

⁶ Gardiol 2010

6 Effizienzgewinne bei den Leistungen

Dieses Kapitel geht der Frage nach, ob und inwiefern eine Einheitskasse besser als das heutige regulierte Wettbewerbssystem zur Wirtschaftlichkeit und damit zur Reduktion von Leistungskosten beitragen kann. Krankenversicherer haben verschiedene Möglichkeiten zur Reduktion von Leistungskosten:

- Integrierte Versorgung
- Fallbegleitung und strukturierte Behandlungsprogramme („Case- und Disease-Management“)
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Tarifverhandlungen, Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

6.1 Integrierte Versorgung

Unter Integrierter Versorgung werden hier Versicherungs- und Versorgungsmodelle verstanden, bei denen eine Instanz für die ganze Behandlungskette mitverantwortlich ist und den Prozess bis zu einem gewissen Grad steuert. Integrierte Versorgung bedingt eine enge Kooperation zwischen verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens.

6.1.1 Hintergrund und Situation heute

Modelle der Integrierten Versorgung werden bei den Krankenversicherern vor allem in Form alternativer Versicherungsmodelle (Hausarztmodelle, Ärztenetze, HMO-Modelle⁷, telemedizinische Modelle) angeboten. Sie bezwecken eine Reduktion der Leistungskosten durch die Optimierung der Behandlungspfade und die Kontrolle bzw. Koordination durch einen sogenannten „Gatekeeper“. Viele HMO-Praxen übernehmen zusätzlich finanzielle Budgetmitverantwortung. Zur Zeit ist die Integrierte Versorgung noch stark ärztlich geprägt, die Ausweitung auf andere Berufsgruppen ist jedoch im Gang.

Integrierte Versorgungsmodelle beinhalten in der Regel eine Prämienreduktion für die Versicherten im Gegenzug zu einer Einschränkung der Wahlfreiheit. Von diesen Versicherungsmodellen fühlten sich zunächst vor allem Personen angesprochen, die selten zum Arzt gehen und entsprechend geringe Gesundheitskosten verursachen. In den letzten Jahren hat sich die PatientInnenpopulation in der Integrierten Versorgung dem Durchschnitt angenähert – dies auch deshalb, weil viele HMO-Versicherte älter geworden und trotzdem der Integrierten Versorgung treu geblieben sind.

Krankenkassen haben im heutigen Wettbewerb wegen des Risikoausgleichs kaum Anreize zur Effizienzsteigerung über Integrierte Versorgung. Der Grund liegt darin, dass sie Einsparungen, die sie dank Integrierter Versorgung bei chronisch Kranken erzielen, über den Risikoausgleich teilweise wieder an andere Krankenkassen abgeben müssen, weil der Risikoausgleich chronisch Kranke zu wenig berücksichtigt.⁸ Die administrativen Kosten für die Integrations-Anstrengungen müssen sie aber selber tragen.

Die Unterschiede bei den Leistungskosten zwischen Versicherten in Integrierten Versorgungsmodellen und den konventionell Versicherten sind zum Teil beträchtlich. Auch wenn man berücksichtigt, dass ein grosser Teil der Kosteneinsparungen in HMO-Praxen darauf zurückzuführen ist, dass HMO-Versicherte im Durchschnitt gesünder sind, bleiben noch Einsparungen von 10-20%, die auf Effizienzgewinnen basieren.⁹

⁷ HMO = Health Maintenance Organisation. Auch dieser Begriff stammt ursprünglich aus den USA. In einer HMO-Praxis lohnt es sich nicht, möglichst viele medizinische Leistungen zu erbringen. Das Einkommen der Leistungserbringer ist entweder konstant, oder es verbessert sich sogar, wenn kostengünstiger gearbeitet wird. Ziel einer HMO-Organisation ist es deshalb, die Gesundheit der PatientInnen möglichst zu erhalten.

⁸ Siehe Beispiel Brügger 2011, Beck 2007

⁹ Brügger 2011

6.2 Fallbegleitung und strukturierte Behandlungsprogramme („Case- und Disease Management“)

Für die Begriffe Case Management und Disease Management gibt es noch keine allgemein gebräuchliche Entsprechung auf Deutsch. Wir sprechen in der Folge von „Fallbegleitung“ bzw. „strukturierten Behandlungsprogrammen“.

6.2.1 Fallbegleitung

Fallbegleitung ist vor allem dann interessant, wenn es darum geht, längere Absenzen vom Arbeitsplatz und Invalidisierung vorzubeugen. Ernsthaft erkrankte oder verunfallte Personen werden durch Fachpersonen begleitet und bei der Wiederintegration unterstützt. Fallbegleitung wird also vor allem von Unfall-, Krankentaggeld- und Invalidenversicherung sowie von Pensionskassen angewendet, um Rentenzahlungen im Fall einer Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Für die obligatorische Krankenversicherung spielt die Fallbegleitung keine grosse Rolle, da sie für Heilungskosten, nicht aber für Erwerbsausfälle aufkommen muss.

6.2.2 Strukturierte Behandlungsprogramme

Um Effizienz- und Qualitätsgewinne in Behandlung und Pflege zu erzielen, sind strukturierte Behandlungsprogramme, bzw. „Disease Management Programme“ (DMP) gut geeignet. Sie sind speziell für chronisch kranke PatientInnen konzipiert. Diese werden darin unterstützt, trotz der Krankheit eine gute Lebensqualität zu erreichen. Mit Beratung, klaren Behandlungsrichtlinien und systematischen Kontrollen können Komplikationen frühzeitig erkannt und Folgeerkrankungen vermieden werden. Bisher profitieren in der Schweiz praktisch nur HMO-Versicherte von Strukturierten Behandlungsprogrammen. Es handelt sich dabei z.B. um PatientInnen mit Diabetes, Herzinsuffizienz, COPD oder Rheuma. Mit der Förderung von Behandlungsprogrammen sind über das ganze Gesundheitssystem hinweg gesehen Qualitäts- und Effizienzgewinne verbunden, wie Erfahrungen im Ausland zeigen¹⁰. Deutschland betreibt schon seit 2001 mit Erfolg eine aktive Förderung von Strukturierten Behandlungsprogrammen, indem die Krankenversicherungen mehr Geld aus dem Risikoausgleich erhalten, wenn sie solche Programme anbieten. Die Schweiz ist in Bezug auf strukturierte Behandlungsprogramme ein Entwicklungsland. Wichtigster Grund dafür ist der mangelhafte Risikoausgleich (vgl. Abschnitt 3.1.2).

Argument Nr. 5 für die Öffentliche Krankenkasse:

Die Öffentliche Krankenkasse kann chronisch kranke Versicherte nicht abschieben und hat damit einen Anreiz, die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Integration und strukturierten Behandlungsprogrammen zu verbessern.

In der Schweiz gibt es kaum strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, obwohl die Qualitäts- und Effizienzgewinne solcher Programme in anderen Ländern nachgewiesen sind. Grund dafür ist das Bestreben der Krankenkassen, schlechte Risiken von sich fern zu halten.

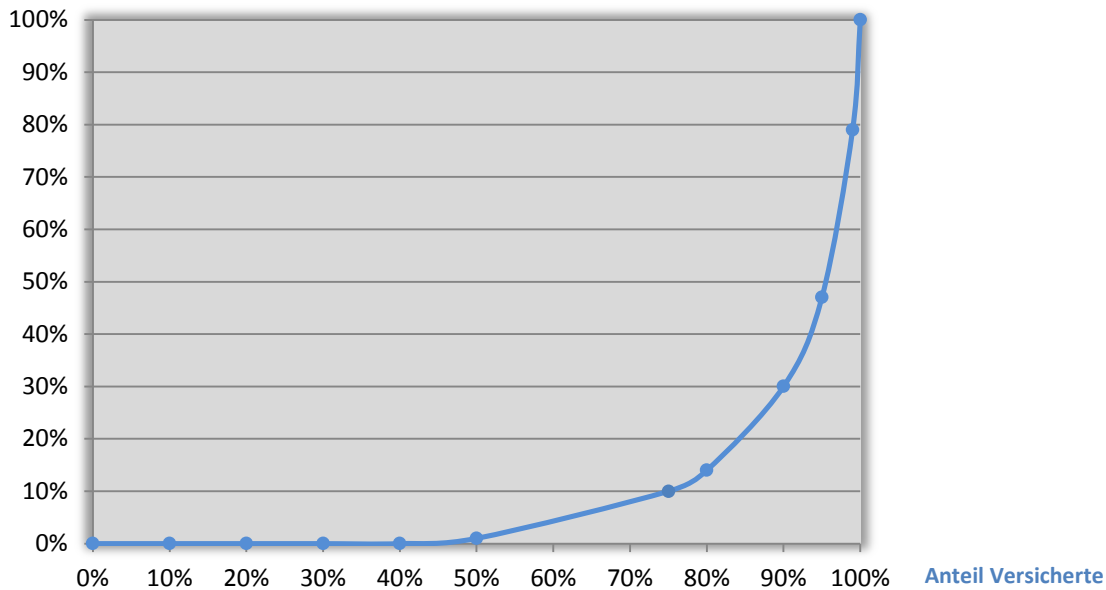
6.2.3 Einsparungen durch Integration und Koordination

In der Krankenversicherung gibt es eine grosse Zahl von Versicherten, die überhaupt keine Kosten verursachen, weil sie gesund sind und die seltenen Arztbesuche über die Franchise selber bezahlen. Etwa die Hälfte der Bevölkerung gehört zu dieser Gruppe. Am anderen Ende der Skala gibt es eine kleine Minderheit von 5% der Versicherten, bei denen mehr als die Hälfte der Kosten anfallen.

¹⁰ z.B. Szecsenyi et.al, 2012

Abbildung 1: Verteilung der KVG-Kosten über die Versicherten

Anteil Kosten



Quelle: BAG, eigene Darstellung

Abbildung 1 zeigt, dass bei den ersten 50% der Versicherten praktisch keine Kosten anfallen und bei den ersten 75% nur 10%. 90% der Kosten entstehen bei den 25% teuersten PatientInnen. 5% der Versicherten verursachen mehr als die Hälfte der Kosten.

Würden wir nun davon ausgehen, dass die fünf Prozent Versicherten, welche die intensivste und teuerste Betreuung benötigen, konsequent von ihrer Hausärztin oder ihrem Pflegefachmann durch den Behandlungsprozess begleitet und bei Bedarf in ein DMP aufgenommen würden, dann könnten bei einem Effizienzgewinn von 10% somit 5% der Gesamtkosten eingespart werden, bei einem Effizienzgewinn von 20% sogar 10%. Bei Nettoleistungen¹¹ der Grundversicherung von 21.4 Mrd. Franken (2011) ergibt das ein Einsparpotenzial von bis zu 2 Mrd. Franken.

Natürlich handelt es sich bei diesen Zahlen um idealisierte Grössen, die nur unter der Bedingung zum Tragen kommen, dass tatsächlich alle schwerkranken PatientInnen in integrierten Versorgungsmodellen betreut werden können. Die Rechnung zeigt aber, dass beträchtliche Effizienzverluste dadurch entstehen, dass im heutigen System des regulierten Wettbewerbs niemand wirklich daran interessiert ist, das Kostenproblem bei der Wurzel zu packen.

Argument Nr. 6 für die Öffentliche Krankenkasse:

Die Öffentliche Krankenkasse packt das Kostenproblem bei der Wurzel: Sie kümmert sich um die Minderheit der Versicherten, die am meisten Kosten verursachen.

Mehr als die Hälfte der Gesundheitskosten fallen bei 5% der Versicherten an. Wenn die Betreuung dieser kränkstesten Personen koordiniert und begleitet stattfinden würde, könnten im Idealfall 5 bis 10% der Kosten eingespart werden – und dies bei gleich bleibender oder sogar besserer Versorgungsqualität.

¹¹ Leistungen nach Abzug der Kostenbeteiligung

6.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Prävention ist für die Krankenversicherer kein Thema. Auch in der Gesundheitsförderung sind heute in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) kaum Aktivitäten zu beobachten. Im Zusatzversicherungsbereich sind Ermässigungen von Sportkursen, Fitness-Abos oder Gutscheine für Sportgeschäfte verbreitet. Krankenkassen bezwecken dadurch weniger, gesunde Lebensweisen zu fördern, als vielmehr junge, aktive, sportliche Personen anzuwerben (Risikoselektion). Dabei machen sich Krankenkassen selten die Mühe, einen direkten Einfluss auf die Förderung der Gesundheit nachzuweisen oder zu überprüfen.

Versicherer in der OKP haben im heutigen System wenig Anreize, Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme anzubieten, da die Programme im laufenden Jahr Kosten verursachen, aber oft erst einige Jahre später durch Kosteneinsparungen kompensiert werden können. Weil die Versicherten jährlich wechseln können, haben die Versicherer damit zu rechnen, dass der Nutzen bei einer anderen Krankenversicherung wirksam wird.

Allerdings zahlt jeder und jede Versicherte einen Zuschlag von Fr. 2.40 pro Jahr auf die Krankenkassenprämie. Dies ergibt insgesamt ca. 19 Millionen Franken (0.08% des Prämienvolumens), welche an die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz fliessen. Gesundheitsförderung Schweiz finanziert daraus Kampagnen und Projekte.

Zum Vergleich: Die SUVA investiert insgesamt etwa 3% ihres Prämienvolumens in Massnahmen zur Unfallverhütung. Im Vergleich zu den Krankenkassen setzt sie also deutlich mehr Mittel für Präventionsmassnahmen ein, denn das Engagement zahlt sich für sie direkt aus. Auch für eine Öffentliche Krankenkasse lohnen sich Investitionen in die Förderung einer gesunden Lebensweise bei ihren Versicherten, denn spätere Kosteneinsparungen fallen wiederum bei ihr an.

Argument Nr. 7 für die Öffentliche Krankenkasse:

Für die Öffentliche Krankenkasse lohnt es sich, in Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren.

Im heutigen System gibt es keinen Anreiz für die Krankenversicherer, Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzen. Die Öffentliche Krankenkasse kann dagegen von späteren Kosteneinsparungen profitieren, wenn sie eine gesunde Lebensweise bei ihren Versicherten unterstützt. Die Investition lohnt sich, im Unterschied zu den Krankenversicherern, die miteinander im Wettbewerb stehen.

6.4 Tarifverhandlungen, Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

Bei Tarifverhandlungen ist es wichtig, dass sich Leistungserbringer und Krankenkassen auf Augenhöhe gegenüberstehen. Bis vor kurzem verhandelten die Leistungserbringer über ihre nationalen Verbände mit der Dachorganisation der Krankenversicherer santésuisse. Nun ist jedoch von Seiten der Krankenversicherer eine Tendenz erkennbar, die Tarifverhandlungen auszulagern und zu fragmentieren. So hat santésuisse die Tochtergesellschaft tarifsuisse AG gegründet, die nun gegen Bezahlung Tarifverträge mit den Leistungserbringern aushandelt. Daraufhin haben sich die drei grossen Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT entschieden, künftig eine eigene Einkaufsgemeinschaft zu bilden und gesondert zu verhandeln. Diese Entwicklung bedeutet für die Organisationen der Leistungserbringer (ÄrztInnen, Pflegende, PhysiotherapeutInnen, Gesundheitsligen etc.) einen erheblichen Mehraufwand ohne entsprechenden Nutzen. Mit der öffentlichen Krankenkasse würden die Tarifverhandlungen für alle Beteiligten wieder einfacher und transparenter.

Selbstverständlich hätte eine Öffentliche Krankenkasse eine deutlich grössere Verhandlungsmacht bei der Aushandlung von Tarifen mit den Leistungserbringern als die Krankenversicherer im heutigen, fragmentierten System. Sie könnte in einigen Bereichen günstigere Konditionen aushandeln.

Auch die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen könnten vereinfacht werden, gerade auch für die Leistungserbringer. Sie müssten sich für Rechnungsstellung oder Kostengutsprachen nicht mehr an eine Vielzahl von Krankenkassen wenden, sondern hätten noch eine Ansprechstelle. Das bedeutet einen Abbau der Bürokratie und mehr Zeit für die PatientInnen.

Argument Nr. 8 für die Öffentliche Krankenkasse:

Die Leistungserbringer haben wieder mehr Zeit für ihre PatientInnen. Die Bürokratie wird abgebaut, Tarifverhandlungen und Wirtschaftlichkeitskontrollen werden einfacher und transparenter.

Auf Seiten der Krankenversicherer gibt es heute unterschiedliche Verhandlungspartner mit teils unterschiedlichen Standpunkten. *Das bedeutet für die Leistungserbringer einen erheblichen Mehraufwand.* Zudem ist es für sie kompliziert und mühsam, wenn sie Rückfragen von verschiedenen Krankenkassen beantworten müssen.

7 Mehr Transparenz und Gerechtigkeit

Das KVG hat zum Ziel, allen EinwohnerInnen der Schweiz gleichermassen den Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Der Leistungskatalog ist deshalb bei allen Versicherern der gleiche, und es gelten die gleichen Regeln für die Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung, Rehabilitation, Pflege und nichtärztliche Therapien.

Bei genauerem Hinsehen gibt es jedoch Elemente, die dieses perfekte Bild stören. Transparenz und Gerechtigkeit des Systems werden, bedingt durch die Vielzahl von Krankenversicherern, in Frage gestellt, namentlich durch

- Unterschiedliche Praxis bei Kostengutsprachen
- Unterschiedliche Praxis bei der Bezahlung von Medikamenten im Off-label-use.

7.1 Unterschiedliche Praxis bei Kostengutsprachen

Will ein Arzt z.B. einen Rehabilitationsaufenthalt oder eine Psychotherapie verschreiben, braucht er eine Kostengutsprache der Krankenversicherung. Bis zum Eintreffen der Kostengutsprache dauert es je nach Kasse unterschiedlich lang. Einige Kassen verweigern Kostengutsprachen, wo andere sie ohne weiteres bewilligen. Bei geriatrischen PatientInnen verweigern einzelne Krankenversicherer systematisch Kostengutsprachen für Rehabilitationskliniken mit der Begründung, die Rehabilitation könne auch in einem Pflegeheim stattfinden.¹² Abgesehen davon, dass ein Pflegeheim weniger gut eingerichtet ist und einen anderen Zweck erfüllen muss als eine Rehabilitationsklinik, muss hier die Patientin einen grösseren Anteil der Kosten selbst bezahlen.

Bei der Erteilung von Kostengutsprachen sind also PatientInnen und verordnende ÄrztInnen vom Goodwill der einzelnen Krankenkasse abhängig – von Gleichbehandlung aller Versicherten kann keine Rede sein.

7.2 Unterschiedliche Praxis bei Medikamenten im „Off-label-use“

Stossend ist auch die ungleiche Praxis bei der Kostenübernahme für Medikamente im sogenannten Off-label-use, die anders als im Packungsprospekt vorgesehen angewendet werden. Für Aufsehen sorgte Ende 2010 ein Entscheid des Bundesgerichts, der einen Krankenversicherer von der Verpflichtung entthob, ein sehr teures Medikament zu bezahlen, welches für eine seltene Krankheit einen gewissen Nutzen versprach. Die Brisanz des Entscheides liegt darin, dass es weitgehend im Ermessen der Krankenversicherer bleibt, ob sie die Kosten für ein Medikament im Off-label-use übernehmen wollen oder nicht. Dies widerspricht dem Gebot der Gleichbehandlung.

Die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO erstellte 2011 Richtlinien für die Kostenübernahme von Medikamenten im Off-label-use in der Onkologie.¹³ Die SGMO konnte dabei nicht auf die Unterstützung der Krankenversicherer zählen, obwohl eine einheitliche Definition und Handhabung der Kriterien die Rechtssicherheit für die Versicherten verbessern würde.

Argument Nr. 9 für die Öffentliche Krankenkasse:

Die Rechtsungleichheit bei Kostengutsprachen und Kostenübernahmen von Medikamenten im Off-label-use wird behoben.

Für die Versicherer besteht heute ein zu grosser Ermessensspielraum bei der Kostenübernahme. Die Öffentliche Krankenkasse wäre gezwungen, in Zusammenarbeit mit den Ärzteorganisationen klare Richtlinien zu erstellen für die Kostenübernahme bei Leistungen im Grenzbereich des Leistungskatalogs.

¹² Mündliche Auskunft verschiedener Geriatrie-Chefärzte

¹³ Nadig 2011

8 Die freie Arztwahl bleibt gewahrt

Der in Abschnitt 2.1 beschriebene Kontrahierungszwang garantiert zugleich, dass für die Patientinnen und Patienten die freie Arztwahl gewährleistet ist, solange sie im Standardmodell der OKP versichert sind. Die Krankenversicherer und die bürgerlichen PolitikerInnen verlangen seit langem die Aufhebung des Kontrahierungszwangs („Vertragsfreiheit“), um den Wettbewerb unter den Leistungserbringern anzuheizen. Die freie Arztwahl ist jedoch für die Mehrheit der Bevölkerung ein wichtiger Bestandteil unseres Gesundheitssystems, wie sich zuletzt in der deutlichen Ablehnung der Vorlage „Managed Care“ im Juni 2012 gezeigt hat.

Mit der Öffentlichen Krankenkasse wäre die Aufhebung des Kontrahierungszwangs keine Option mehr. Wenn die ganze Bevölkerung in einer Einheitskasse versichert ist, kann es sich diese nicht mehr leisten, einen Teil der Leistungserbringer von der Kostenübernahme auszuschliessen. Das ist nur dann möglich, wenn für die Versicherten die Möglichkeit eines Kassenwechsels besteht.

Selbstverständlich wird auch die Öffentliche Krankenkasse Integrierte Versorgungsmodelle anbieten mit der Möglichkeit einer freiwilligen Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer.

Argument Nr. 10 für die Öffentliche Krankenkasse:

Mit der Öffentlichen Krankenkasse bleibt die freie Arztwahl garantiert und die Frage der „Vertragsfreiheit“ ist vom Tisch.

Da es für die Versicherten keine Möglichkeit mehr für einen Kassenwechsel gibt, können keine Leistungserbringer von der Kostenübernahme ausgeschlossen werden.

9 Was geschieht mit den Zusatzversicherungen?

Neben der obligatorischen Grundversicherung besteht die Möglichkeit, Zusatzversicherungen abzuschliessen für Leistungen wie z.B. Komplementärmedizin, Zahnmedizin oder ein Einzelzimmer im Spital. Etwa 80% der Bevölkerung haben eine Zusatzversicherung. Im Unterschied zur OKP gilt bei Zusatzversicherungen der freie Markt, das heisst, die Versicherer können risikogerechte Prämien festlegen, bestimmte Diagnosen von den Leistungen ausschliessen oder auch jemandem die Aufnahme verweigern. Obwohl die Versicherten frei sind zu entscheiden, wo sie eine Zusatzversicherung abschliessen wollen, haben die meisten Grund- und Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer.

Beim Abschluss einer Zusatzversicherung verlangen die Versicherer in der Regel eine Gesundheitsprüfung. Dadurch verfügen sie über detaillierte Angaben über den Gesundheitszustand der Zusatzversicherten, die sie wiederum für die Risikoselektion in der Grundversicherung nutzen können. Eine strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung wird deshalb seit langem gefordert und ist auch im Gegenvorschlag des Bundesrates zur Initiative für eine Öffentliche Krankenkasse enthalten (s. Abschnitt 13.3). Sie ist jedoch illusorisch: So lange Grund- und Zusatzversicherung beim gleichen Versicherungsunternehmen beheimatet sind, werden die Informationen zwischen den Unternehmenszweigen ungehindert fliessen.

Nur die Öffentliche Krankenkasse ermöglicht eine konsequente Trennung von Grund- und Zusatzversicherung. Die Zusatzversicherungen unterliegen weiterhin dem freien Wettbewerb und können von jedem Versicherungsunternehmen angeboten werden.

Argument Nr. 11 für die Öffentliche Krankenkasse:

Eine strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung ist im bestehenden System nicht durchsetzbar.

So lange Grund- und Zusatzversicherung von den gleichen Versicherungsgesellschaften durchgeführt werden, ist eine konsequente Trennung der beiden Bereiche illusorisch. Diese Trennung ist notwendig, um den Transfer von Gesundheitsdaten zum Zweck der Risikoselektion zu verhindern.

10 Staat oder Markt?

Das Gesundheitssystem in der Schweiz ist eine Mischform zwischen politisch gesteuerten und marktwirtschaftlichen Elementen. Die OKP deckt heute einen vom Bundesrat festgelegten Leistungskatalog ab, wird jedoch von privaten Versicherungsgesellschaften durchgeführt. Es gibt öffentliche und private Spitäler, die jeweils Leistungsaufträge von den Kantonen erhalten und mit Steuergeldern subventioniert werden. Die ambulante medizinische Versorgung beruht auf privaten Praxen, deren Leistungen aufgrund des KVG zu vom Kanton genehmigten Tarifen vergütet werden.

Eine Öffentliche Krankenkasse würde bedeuten, dass ein Element des Gesundheitssystems von mehreren privaten zu einer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft analog zur SUVA wechseln würde. Es geht also nicht um eine Verstaatlichung des gesamten Gesundheitssystems, wie es beispielsweise in Grossbritannien der Fall ist.

Argument Nr. 12 für eine Öffentliche Krankenkasse:

Die Überführung der privaten Krankenversicherer in eine staatliche Einheitskasse ist noch keine Verstaatlichung des Gesundheitssystems.

Auch mit einer Öffentlichen Krankenkasse gibt es weiterhin private Zusatzversicherungen, Privatspitäler, private Arztpraxen und private Spitexorganisationen.

10.1 Effizienz von privaten und öffentlichen Unternehmen

Es gibt in der Geschichte der Schweiz einige Beispiele von erfolgreichen Verstaatlichungen von Unternehmen – das berühmteste ist die SBB. Nach erbitterten Konkurrenzkämpfen und Konkursen unter den privaten Eisenbahnbetreibern stimmten die Schweizer Männer 1898 der Gründung der SBB zu. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden die fünf grossen Eisenbahngesellschaften sowie zahlreiche kleine Eisenbahnlinien verstaatlicht. Auch die später gegründeten „Privatbahnen“ befanden sich in kantonaler oder kommunaler Hand. Inzwischen hat die Schweizer Bevölkerung in zahlreichen Abstimmungen bestätigt, dass der Schienenverkehr ebenso wie andere Dienstleistungen des „Service Public“ in eine öffentliche Trägerschaft gehört.

Generell besteht in der ökonomischen Literatur keine Einigkeit darüber, dass private Unternehmungen effizienter seien als die öffentliche Hand. Die Erfahrung spricht im Gegenteil für eine Überlegenheit von staatlich gegenüber privat geführten Unternehmungen des öffentlichen Verkehrs, der Wasser- und Stromversorgung, der Post und Telekommunikation – oder eben der Gesundheitsversorgung.

10.2 Wo Monopole sinnvoll sind

Monopole werden in den Lehrbüchern der Wirtschaftstheorie generell als teuer, ineffizient und innovationsfeindlich dargestellt. Gerade bei Leistungen des Service Public und bei Sozialversicherungen zeigt sich jedoch, dass ein Staatsbetrieb oder ein staatlich geschütztes Monopol sinnvoll und effizient ist. So liegen beispielsweise im Fall der Gebäudeversicherung die Prämien der kantonal geschützten Monopolversicherungen deutlich unter den Prämien privater Versicherer.¹⁴

Bei der Unfallversicherung gibt es ein Teilmonopol der SUVA, und es zeigt sich, dass die SUVA im Vergleich zu den privat geführten Unfallversicherungen und auch zu den Krankenversicherungen die von den Versicherten bezahlten Prämien effizienter verwaltet.¹⁵

¹⁴ Kirchgässler 2001

¹⁵ Koch u.a. 2008

10.3 Blick ins Ausland

Vergleiche mit ausländischen Systemen zu ziehen ist immer eine heikle Angelegenheit. Je nach politischer Einstellung werden Gesundheitssysteme mit vorwiegend staatlicher Finanzierung oder Einheitskrankenkassen, wie sie z.B. in Grossbritannien, Kanada, Frankreich oder Schweden existieren, als Schreckgespenst oder Vorbild dargestellt. Die Gesundheitssysteme sind insgesamt sehr unterschiedlich aufgebaut. So handelt es sich beim „National Health Service“ (NHS) in Grossbritannien um einen reinen Staatsbetrieb, der ebenso oft für seine Kundennähe und guten Resultate gelobt wie für lange Wartezeiten und Rationierung getadelt wird. Tatsache ist, dass die britische Bevölkerung mehrheitlich stolz ist auf ihren NHS und Privatisierungen im Gesundheitssektor politisch tabu sind. Ähnlich sieht es in Ländern mit Einheitskassen wie Kanada, Frankreich oder Schweden aus. Auch hier steht die Bevölkerung grossmehrheitlich hinter ihrem Gesundheitssystem.

Der „Euro Health Consumer Index“ 2012¹⁶ misst die Orientierung der Gesundheitssysteme an den Patientenbedürfnissen anhand von 43 Indikatoren, die sich auf die fünf Disziplinen „Patientenrechte und Information“, „Zugänglichkeit“, „Resultate“, „Prävention“ und „Arzneimittel“ verteilen. Die ersten beiden Plätze belegen hier die Niederlande und Dänemark. Die Schweiz liegt auf Rang 7 (von 34 Ländern). Die Niederlande hat ein ähnliches System wie die Schweiz mit privaten Krankenkassen, jedoch einen viel ausgeklügelteren Risikoausgleich und deutlich tiefere Selbstbeteiligungen. Dänemark dagegen hat ein staatlich gesteuertes, steuerfinanziertes System mit Einheitskasse.

Ländervergleiche sind zu vielschichtig und die Gesundheitssysteme sind zu unterschiedlich aufgebaut, als dass daraus eindeutige Argumente für oder gegen eine Einheitskrankenkasse abgeleitet werden könnten. Es kann jedoch festgestellt werden, dass es keine Evidenz dafür gibt, dass wettbewerbsorientierte Systeme grundsätzlich besser abschneiden als staatlich gesteuerte.

Argument Nr. 13 für eine Öffentliche Krankenkasse:

Bei Sozial- und anderen obligatorischen Versicherungen sind staatlich geschützte Monopole effizienter als private Unternehmen, die miteinander im Wettbewerb stehen.

Für die Schweiz wurden in den letzten Jahren die SUVA und die Gebäudeversicherung volkswirtschaftlich untersucht. Bei beiden Versicherungen hat sich herausgestellt, dass die staatlich geschützten Monopolversicherungen in Bezug auf einen effizienten Einsatz der Prämiegelder besser als die private Konkurrenz abschneiden. Auch internationale Vergleiche lassen nicht darauf schliessen, dass staatliche Einheitskassen schlechter abschneiden als private Krankenversicherer.

¹⁶ Björnberg 2012

11 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Dieses Kapitel behandelt die Frage, wie sich die Öffentliche Krankenkasse auf die Beschäftigung und die Wertschöpfung auswirken würde. Dabei sind einerseits kurzfristige statische Effekte und andererseits längerfristige dynamische Effekte auf die Volkswirtschaft zu unterscheiden. Letztere wirken über die Arbeitsproduktivität und das Wirtschaftswachstum auf die Beschäftigung.

Die kurzfristigen Effekte auf die Versicherungsbranche lassen sich relativ einfach schätzen, weshalb wir in den folgenden Abschnitten auf diese fokussieren. Hingegen ist es schwierig, die längerfristigen Auswirkungen zu beziffern. Wir beschränken uns deshalb darauf, die dynamischen Effekte qualitativ zu beschreiben.

11.1 Statische Effekte

Die statischen Effekte entsprechen den kurzfristigen, isoliert betrachteten Beschäftigungswirkungen in der Versicherungsbranche und deren Auswirkungen auf die übrigen Branchen und die privaten Haushalte, die sich bei der Einführung der Einheitskasse ergeben. Das Ausmass dieser Effekte wird mittels einer groben Analyse auf Basis des verfügbaren Zahlenmaterials vorgenommen. Die Resultate sind als Grössenordnung zu verstehen.

11.1.1 Situation heute

Die grössten sechs der 63 Versicherer¹⁷ decken mit 3.7 Mio. Versicherten fast die Hälfte der Bevölkerung ab (Stand 2011).

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Kennzahlen zusammen:

Tabelle 3: Kennzahlen der OKP

Anzahl Krankenkassen	63
Anzahl Beschäftigte	ca. 7'900
Prämienvolumen KVG in Mio. Fr.	23'631
Verwaltungskosten in Mio. Fr.	1'270
Vorleistungsanteil	40%
Vorleistungen in Mio. Fr.	508
Wertschöpfung in Mio. Fr.	762
Investitionen in Mio. Fr.	41 ¹⁸

Quellen: BAG, Vettori (2010)

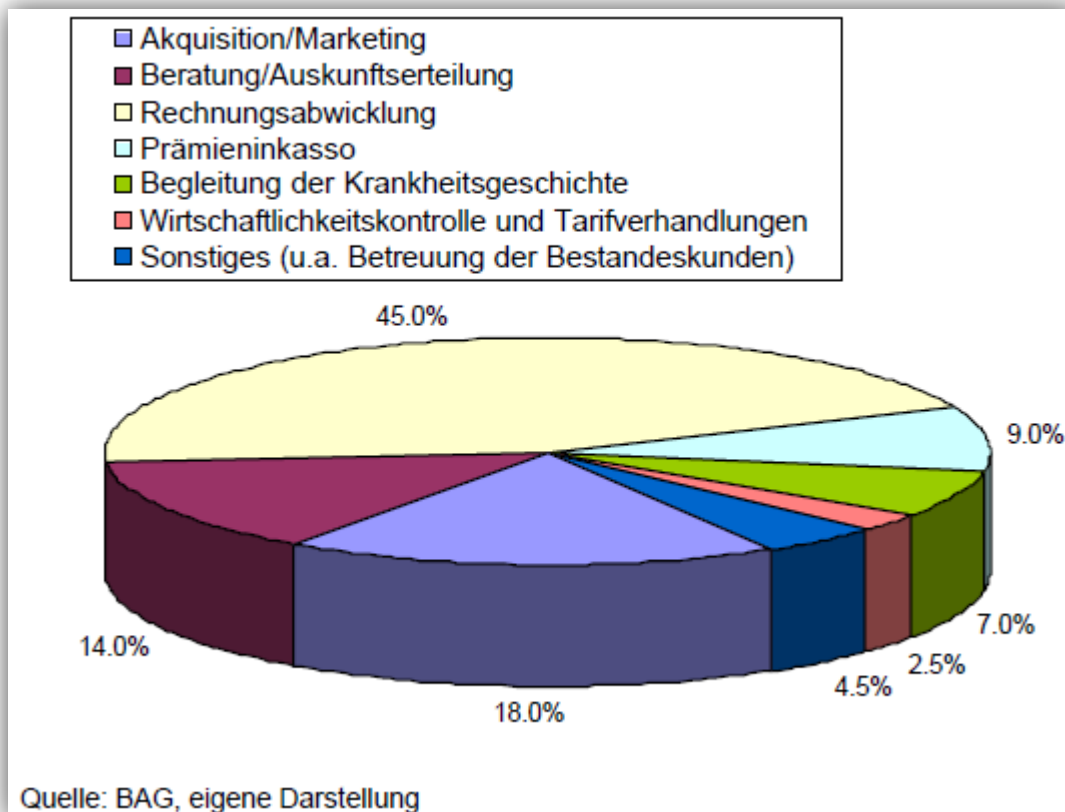
Eine von santésuisse in Auftrag gegebene Studie¹⁹ kam 2004 zu folgender Aufteilung der Verwaltungskosten in der OKP:

¹⁷ Vlsana, Concordia, Helsana, SWICA, Assura, CSS

¹⁸ Inkl. Zusatzversicherungen

¹⁹ Bertschi 2004

Abbildung 2: Kostenanteile der Leistungen der Krankenversicherer gemessen an den gesamten OKP Verwaltungskosten



Aus: Bertschi 2004

Neuere Zahlen sind in dieser Form nicht verfügbar. Die vom BAG jährlich veröffentlichten Zahlen zum Verwaltungsaufwand der Krankenversicherungen betreffen Kostenarten (Personalaufwand, Räumlichkeiten EDV-Kosten etc.) und nicht Kostenstellen. Sie machen zudem keine Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung²⁰. Wir gehen für die folgenden Ausführungen davon aus, dass die Grössenordnungen noch in etwa denjenigen von 2003 entsprechen.

11.1.2 Auswirkungen auf die Krankenversicherungsbranche

Krankenversicherungen sind Teil des Gesundheitssystems. Die Versicherer sind dabei sowohl mit den Versicherten (Prämien, Rückerstattungen) als auch mit den Leistungserbringern (Tarifgestaltung, Leistungsabgeltung) verbunden. Die Einführung einer Öffentlichen Krankenkasse wirkt sich über beide Beziehungen auf die Beschäftigung aus. Im Vordergrund der folgenden Ausführungen stehen die kurzfristigen Auswirkungen auf die Beschäftigung in der Versicherungsbranche selber und in den Vorleistungsbranchen.²¹ Die Beschäftigungseffekte auf die anderen Akteure werden summarisch behandelt.

Die Einführung einer Öffentlichen Krankenkasse hätte zur Folge, dass es anstelle der heute ca. 60 Krankenkassen nur noch eine nationale Krankenkasse geben würde. Die Auswirkungen auf die Beschäftigung ergeben sich daraus, welche Aufgaben die neue Einheitskasse zu erfüllen hat und wie effizient sie diese erbringt.

²⁰ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Blatt 806d T 8.06 Gesamtbetriebsrechnung: Aufwand der Versicherer

²¹ Vorleistungen: Waren und Dienstleistungen, die für die Unternehmenstätigkeit benötigt werden.

11.1.3 Auswirkungen auf die Beschäftigung infolge der veränderten Aufgaben

Um die Aufteilung der Art der Tätigkeiten bei den Krankenversicherter abschätzen zu können, nehmen wir die Versicherungsbranche als Ganze zu Hilfe. Hier zeigt sich folgendes Bild:

Tabelle 4: Beschäftigungsanteile in der Versicherungsbranche

Tätigkeit	Anteil
Verrichtung höchst anspruchsvoller und schwierigster Arbeiten	6.5%
Verrichtung selbstständiger und qualifizierter Arbeiten	34.1%
Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt	50.3%
Einfache und repetitive Tätigkeiten	9.0%
Total	100%

Quelle: BFS, schriftliche Auskunft

Mit dem Wegfall von Akquisition und Marketing sowie weiterer Wechselkosten fallen auch die damit verbundenen Arbeitsplätze bei den Krankenversicherern weg. Unter der Annahme, dass sich die Zahl der Beschäftigten anteilmässig im gleichen Umfang verändert wie die Verwaltungskosten, gehen rund 25% der Beschäftigung oder maximal 2'000 der ca. 7'900 Arbeitsplätze im OKP-Bereich verloren (vgl. Kapitel 5). Inwieweit diese Arbeitskräfte von den übrigen Branchen aufgenommen werden können, hängt insbesondere von der Konjunkturlage und der Arbeitsmarktsituation ab und lässt sich nicht generell beurteilen.

Inwieweit sich der Beschäftigungsrückgang auf die verschiedenen Hierarchiestufen auswirkt, ist abhängig von der Beschäftigtenstruktur. Fürs erste gehen wir davon aus, dass die Hierarchiestufen entsprechend der Beschäftigungsanteile gemäss BFS betroffen sind:

Tabelle 5: Beschäftigungseffekte infolge Wegfall Akquisition/Marketing

Tätigkeit	Anteil	Beschäftigung
Verrichtung höchst anspruchsvoller und schwierigster Arbeiten	6.5%	-130
Verrichtung selbstständiger und qualifizierter Arbeiten	34.1%	-680
Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt	50.3%	-1010
Einfache und repetitive Tätigkeiten	9.0%	-180
Total	100%	-2000

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Angaben BFS

Sollte die Einheitskasse jedoch Grössenvorteile realisieren können (s. Abschnitt 11.1.4), so ist damit zu rechnen, dass Kaderangestellte eher betroffen sind als SachbearbeiterInnen. Dies lässt sich damit begründen, dass der gesamte Overhead von 60 Versicherern auf eine Versicherung „zusammenschrumpft“.

11.1.4 Auswirkungen auf die Beschäftigung infolge Änderungen in der Effizienz der Verwaltung

Bei einer Öffentlichen Krankenkasse stellt sich sodann die Frage, wie sich die Effizienz der Verwaltungstätigkeit entwickelt. Grundsätzlich sind zwei gegenläufige Entwicklungen denkbar: Geringere Verwaltungskosten infolge von Grössenvorteilen oder höhere Verwaltungskosten infolge des fehlenden Konkurrenzdrucks.

Grössenvorteile

Eine Einheitskasse profitiert von Grössenvorteilen und hat daher im Vergleich zur heutigen Situation geringere Verwaltungskosten. Mögliche Grössenvorteile sind:²²

- 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 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.
- 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.)

Untersuchungen zeigen allerdings, dass sich ein Zusammenhang zwischen der Grösse und den Verwaltungskosten für die Schweiz statistisch nicht belegen lässt.²³ Es fragt sich, ob sich dieses Ergebnis nicht mit dem geltenden Gewinnverbot erklären lässt: Da Krankenkassen in der Grundversicherung keine Gewinne erzielen dürfen, könnten sie allfällige Überschüsse in Form von hohen Gehältern und Overheadkosten geltend machen. Dies hätte zur Folge, dass die Verwaltungskosten der grösseren Krankenversicherer steigen und allfällige Grössenvorteile kompensiert würden.

11.1.5 Auswirkungen auf die Vorleistungsbranchen

Von den rund 330 Mio. Franken Kosten, die bei der Einführung der Öffentlichen Krankenkasse wegfallen dürften, werden rund 60% oder 200 Mio. Franken intern generiert (Wertschöpfung). Ca. 40% oder 130 Mio. Franken entfallen auf Vorleistungen (vgl. Tabelle 3).

Die folgende Tabelle zeigt, aus welchen Branchen Versicherungen hauptsächlich Vorleistungen beziehen und wie hoch der Umsatzrückgang in Mio. Franken wäre:

²² Brügger 2011, S. 35

²³ Brügger 2011

Tabelle 6: Umsatzrückgang bei Vorleistungsbranchen

Branche	Anteil an Vorleistungen	Umsatzrückgang in Mio. Fr.
Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	37%	48
Datenverarbeitung und Datenbanken	20%	26
Versicherungen	17%	22
Vermietung	13%	17
Handelsvermittlung und Grosshandel	4%	5
Kreditinstitute	3%	4
Nachrichtenübermittlung	2%	3
Übrige	4%	5
Total	100%	130

Quelle: INFRAS, schriftliche Auskunft

Inwieweit mit diesen Vorleistungen verbundene Arbeitsplätze wegfallen, ist unklar. Grundsätzlich ist es möglich, dass die betroffenen Unternehmen den Umsatzrückgang mittelfristig teilweise durch die Nachfrage nach anderen Gütern kompensieren können. Dabei kann es zu Verschiebungen zwischen Branchen kommen. Hinzu kommen dynamische Effekte (siehe Abschnitt 11.2).

11.1.6 Auswirkungen auf die Versicherten

Wenn die Einheitskasse dazu führt, dass die Verwaltungskosten sinken, müssten im Prinzip die Prämien im gleichen Umfang sinken, also um rund Fr. 330 Mio. Franken. Dies hätte zur Folge, dass die Versicherten einen geringeren Teil ihres Bruttoeinkommens für obligatorische Ausgaben aufwenden müssten. Im Gegenzug steigt ihr frei verfügbares Einkommen und der Konsum anderer Waren und Dienstleistungen. Bei einer Bevölkerung von 8 Millionen sind dies Fr. 41.- pro Kopf und Jahr. Dies wiederum erhöht den Umsatz in anderen Branchen.

Inwieweit allerdings die Beschäftigungswirkungen dieses zusätzlichen Konsums die Arbeitsplatzverluste bei den Krankenversicherern kompensieren, hängt davon ab, wofür die Leute das zusätzlich verfügbare Einkommen verwenden: Wenn sie damit hauptsächlich inländische Güter kaufen, werden entsprechend neue Arbeitsplätze geschaffen. Wenn sie die eingesparten Krankenkassenprämien hingegen sparen oder für importintensive Waren und Dienstleistungen verwenden (z.B. Ferien im Ausland), ist der Beschäftigungseffekt geringer. Ein Teil der Versicherten wird von den Prämienenkungen nichts spüren, weil die Prämienverbilligungen entsprechend geringer ausfallen werden.

11.2 Dynamische Effekte

Aus einer kurzfristigen statischen Sicht gesehen ist der Beschäftigungseffekt einer Öffentlichen Krankenkasse negativ. Längerfristig dürfte dieser Effekt allerdings durch die dynamischen Effekte kompensiert werden.

Dank der Einführung der Öffentlichen Krankenkasse kann die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei gleichbleibender oder besserer Qualität effizienter abgedeckt werden (Grössenvorteile bei den Verwaltungskosten, günstigere Preise dank Verhandlungsmacht, Integrierte Versorgung und DMP). Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist dies grundsätzlich positiv, weil damit Ressourcen gespart werden.

Die frei werdenden Mittel können für andere Güter eingesetzt werden. Dadurch können Innovationsimpulse ausgelöst werden und die gesamtwirtschaftliche Produktivität dürfte in der Folge

steigen. Diese Entwicklung wirkt sich positiv auf das Wirtschaftswachstum aus, wodurch sich insgesamt positive Effekte auf die Beschäftigung ergeben. Das Ausmass dieser positiven Wirkungen hängt auch davon ab, inwieweit die Einführung einer Einheitskasse durch Übergangsregelungen (z.B. eine Übergangsfrist) abgefedert und so die kurzfristigen negativen Beschäftigungswirkungen gemindert werden können.

Argument Nr. 14 für die Öffentliche Krankenkasse:

Dank der Öffentlichen Krankenkasse können die Gesundheitsleistungen bei gleicher oder besserer Qualität effizienter bereitgestellt werden. Dies spart Ressourcen und macht Mittel frei für andere Wirtschaftsbereiche.

Die Effizienzsteigerung erhöht die Arbeitsproduktivität und löst damit Innovationsimpulse in der Versicherungs- und in anderen Branchen aus. Längerfristig ergeben sich damit positive Effekte auf Wachstum und Beschäftigung, welche allfällige kurzfristige Beschäftigungsverluste kompensieren können.

12 Transformationsprozess und Übergangsregelungen

Der Gesundheitsökonom und Präsident der „Allianz Schweizer Krankenversicherer“²⁴ Heinz Locher spricht im Zusammenhang mit der Öffentlichen Krankenkasse von einer „Enteignung“ von Unternehmen, die zusammen 5% der Schweizer Wirtschaftsleistung erbringen, und er ist darob „fassungslos“.²⁵ Was Locher nicht erwähnt, ist die Tatsache, dass diese Unternehmen von der Durchführung einer Sozialversicherung leben, die mit den Prämien aller BewohnerInnen der Schweiz gespiesen wird.

12.1 Übertragung der Vermögenswerte

In den Übergangsbestimmungen zur Initiative für eine Öffentliche Krankenkasse ist festgehalten, dass die Reserven, Rückstellungen und Vermögen der Krankenversicherer auf die neue Einrichtung übertragen werden.²⁶ Bei einer Annahme des neuen Verfassungsartikels durch das Volk käme es also tatsächlich zu einer Verstaatlichung von Vermögenswerten. Diese wurden zuvor geäußert durch rund 8 Millionen Prämienzahlende.

12.1.1 Vermögenstransfer sorgfältig umsetzen

Die Versicherten dürfen erwarten, dass ihre Prämiegelder effizient und in ihrem Interesse eingesetzt werden. Wenn die Mehrheit der Bevölkerung der Ansicht ist, dass eine Öffentliche Krankenkasse besser dazu in der Lage ist als die rund 60 privaten Krankenversicherer, die heute über die Prämiegelder verfügen, dann ist eine Transfer der Vermögen in die neu geschaffene Einrichtung vorzunehmen.

Dennoch wird die Übertragung der Vermögenswerte der Grundversicherung an die Öffentliche Krankenkasse kein einfaches Unterfangen sein, insbesondere bei den 56 Versicherern, die gleichzeitig die obligatorische Grundversicherung und Zusatzversicherungen durchführen. Viele Versicherer bieten zudem Krankentaggeldversicherungen nach KVG und nach VVG an. Diese Versicherungen werden vom gleichen Personal, in den gleichen Räumlichkeiten und auf den gleichen Servern abgewickelt. Die Versicherer haben ihrerseits kaum Interesse daran, hier vollständige Transparenz zu schaffen. Sie können so die Möglichkeit nutzen, zwischen den Versicherungszweigen Informationen für Marketing- und Risikoselektionszwecke auszutauschen und Quersubventionierungen vorzunehmen.

Eine klare Trennung von Grund- und Zusatzversicherung ist ohnehin fällig und auch Gegenstand des bundesrätlichen Gegenvorschlags zur Initiative für eine Öffentliche Krankenkasse. Diese Trennung muss sorgfältig vollzogen werden, wobei auf eine Gleichbehandlung aller Versicherer zu achten ist. Anschliessend kann die Übertragung der Vermögenswerte der Grundversicherung in die Öffentliche Krankenkasse erfolgen.

12.1.2 Vorhandenes Knowhow und Infrastrukturen nutzen

Es ist wünschenswert, dass möglichst viele Mitarbeitende der Krankenkassen in den Agenturen der Öffentlichen Krankenkasse weiter beschäftigt werden, damit ihr Knowhow und ihre Erfahrung nicht verloren gehen. Auch ist denkbar, dass die Agenturen bestehende Räumlichkeiten und Infrastrukturen der Krankenversicherer übernehmen.

²⁴ Die Krankenkassen Helsana, Sanitas und Groupe Mutuel spalteten sich 2011 vom Branchenverband „santésuisse“ ab und gründeten den neuen Krankenkassenverband „Allianz Schweizer Krankenversicherer“ ASK

²⁵ Handelszeitung 18.10.2012

²⁶ Text der Übergangsbestimmung Abs. 1: „Nach der Annahme von Artikel 117 Absätze 3 und 4 durch Volk und Stände erlässt die Bundesversammlung die notwendigen gesetzlichen Bestimmungen, damit die Reserven, die Rückstellungen und die Vermögen aus dem Bereich der sozialen Krankenversicherung auf die Einrichtung nach Artikel 117 Absätze 3 und 4 übertragen werden.“

12.1.3 Juristische Stolpersteine überwinden

Es ist zu erwarten, dass ein Teil der Krankenversicherer versuchen wird, die Umsetzung der Öffentlichen Krankenkasse mit juristischen Mitteln zu verhindern oder hinauszuzögern. Die Öffentliche Krankenkasse wird deshalb kaum bereits am Tag nach der Abstimmung operativ werden können. Es wird ein gut organisierter, juristisch kompetent begleiteter Prozess notwendig sein. Die VertreterInnen der heutigen Krankenversicherer sollen angehört und mit einbezogen werden, damit der Übergang sauber und möglichst ohne langwieriges juristisches Seilziehen vollzogen werden kann.

12.2 Transformationskosten

Es ist klar, dass der Transformationsprozess vom heutigen System zur Öffentlichen Krankenkasse Kosten verursachen wird. Bereits wurden von Lobbisten der Krankenversicherer „Hunderte von Millionen von Franken“²⁷ herumgeboten. Die Transformationskosten sind insbesondere auch von der Kooperationsbereitschaft der Akteure bei den Krankenversicherern abhängig. Je stärker sie versuchen werden, die Umsetzung der Initiative für eine Öffentliche Krankenkasse mit juristischen und politischen Mitteln zu hintertreiben, desto höher werden die Kosten ausfallen. Zuverlässige Schätzungen sind deshalb zum heutigen Zeitpunkt nicht möglich. Der Bundesrat kündigte in seiner Antwort auf ein Postulat von NR Jürg Stahl²⁸ im Mai 2011 an, in seiner Botschaft zur Initiative zur Frage der Umsetzungskosten Stellung zu beziehen.

Argument Nr. 15 für die Öffentliche Krankenkasse:

Nach der Annahme der Initiative für eine Öffentliche Krankenkasse werden die Vermögenswerte der Krankenversicherer in die neue Institution übertragen. Diese Übertragung ist notwendig, denn die Vermögenswerte wurden aus den obligatorischen Prämien der rund 8 Millionen Versicherten geäufnet.

Zu hohen Transformationskosten kommt es nur dann, wenn die Krankenversicherer nach einer Annahme der Initiative Obstruktion betreiben und versuchen, die Umsetzung mit juristischen Mitteln zu hintertreiben.

²⁷ Stefan Holenstein im santésuisse-Blog www.monsieur-sante.ch, 28.05.2012

²⁸ 11.3276

13 Der Gegenvorschlag des Bundesrats

Der Bundesrat lehnte die Öffentliche Krankenkasse am 10. Oktober 2012 ab. Gleichzeitig beauftragte er das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), eine Botschaft für einen indirekten Gegenentwurf zu erarbeiten. Der Gegenentwurf soll folgende Elemente enthalten: Die Einrichtung einer Rückversicherung für sehr hohe Kosten, eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs und eine strikere Trennung von Grundversicherung und Zusatzversicherung.

Alle drei Elemente des bundesrätlichen Gegenentwurfs betreffen anerkannte Schwächen des heutigen Krankenversicherungssystem. Es handelt sich um Probleme, die mit der Öffentlichen Krankenkasse auf einen Schlag gelöst werden können.

13.1 Rückversicherung für sehr hohe Kosten

Bei dieser „Rückversicherung“ handelt es sich um einen Hochkostenpool, wie er in Kapitel 4 beschrieben ist. Die Rückversicherung würde die Kosten pro Versicherte/n ab einer bestimmten Schwelle übernehmen. Wichtig ist es, die Höhe dieser Schwelle richtig zu treffen: Je niedriger die Schwelle ist, desto näher rückt die Rückversicherung an eine „Einheitskrankenkasse“ – es würden z.B. nur noch die ersten 5000 Franken durch die eigentliche Krankenkasse übernommen. Damit die Krankenversicherer trotzdem noch einen Anreiz hätten, Kostenmanagement zu betreiben, müssten sie einen Selbstbehalt in der Rückversicherung übernehmen. Bei einer hohen Schwelle von z.B. 20'000 Franken ändert sich wenig am Anreiz zur Risikoselektion. Trotz dieser Schwierigkeiten gilt: Eine sorgfältig ausgestaltete Rückversicherung kann eine sinnvolle Ergänzung sein zu einem verfeinerten Risikoausgleich.

13.2 Verfeinerung des Risikoausgleichs

Vieles spricht für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs, wie wir in Kapitel 3 ausführlich dargelegt haben. Die Ergänzung mit einem Kriterium, welches die Morbidität der Versicherten anzeigt, sollte so rasch wie möglich erfolgen.

13.3 Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Auch dies ist eine sinnvolle Massnahme, um den Missbrauch von Patientendaten für die Risikoselektion zu verhindern und Querfinanzierungen z.B. von Provisionen bei der Kundenakquisition zu unterbinden. Allerdings ist es schwierig, wirksame Informationsbarrieren zu errichten, solange es den Versicherern erlaubt ist, im gleichen Konzern verschiedene Versicherungszweige anzubieten (vgl. Kapitel 9).

Argument Nr. 16 für die Öffentliche Krankenkasse:

Der indirekte Gegenentwurf des Bundesrats ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die Probleme, die er angehen will, können jedoch mit der Öffentlichen Krankenkasse rascher und vollständig gelöst werden.

Bleibt es jedoch beim bisherigen System, so sind die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen richtig.

14 Abkürzungen

EDI	Eidgenössisches Departement des Innern, zuständig für das KVG und die Gesundheitspolitik
KVG	Krankenversicherungsgesetz, in Kraft seit 1.1.1996
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (= Grundversicherung nach KVG)
DMP	Disease Management Programme (auch: „Strukturierte Behandlungsprogramme“ oder „Chronikerprogramme“)
HMO	Health Maintenance Organisation (Gruppenpraxen mit Fixlöhnen und z.T. mit Budgetmitverantwortung)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz, regelt die Zusatzversicherungen und den Hauptteil der Krankentaggeldversicherungen.

15 Literatur

Baumgartner, Christian und André Busato: Risikoselektion in der Grundversicherung. Eine empirische Untersuchung. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93: 13, S. 510-513

Beck, Konstantin und Maria Trottmann: Der Risikostrukturausgleich und die langfristigen Profite der Risikoselektion: Wie erfolgreich sind verschiedenen Formeln. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds, S. 329-355, St. Augustin, Asgard Verlag, 2007

Beck, Konstantin (Hrsg.): Risiko Krankenversicherung, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2011

Bertschi Michael, Verwaltungskosten der Krankenversicherer, santésuisse 2004

Björnberg Arne, Euro Health Consumer Index 2012, Health Consumer Powerhouse. Download: http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55&id=36&layout=blog&option=com_content&view=category

Brügger, Urs u.a.: Studie kantonale oder regionale Einheitskasse (KRK), ZHAW, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2011

Bundesrat: Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich. Bericht in Erfüllung des Postulates 07.3769 der SGK des Ständerats vom 09.11.2007, 2011. Download: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12845/index.html?lang=de>

Gardiol Lucien u.a., Courte étude des impacts économiques d'une caisse maladie publique, sur mandat du PS Suisse, Büro BASS 2010

Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie (GAAM) : Réflexions sur l'assurance maladie obligatoire, GAAM, dossier du mois, octobre 2009. Download: http://www.artias.ch/media/DossierMois/2009/Rapport_Pittet.pdf

Kirchgässler, Gebhard: Die Effizienz des öffentlichen Versicherungsmonopols: Das Beispiel der schweizerischen Gebäudeversicherung, ZögU, Band 24, Heft 3, 2001, S. 249-266

Koch Patrick, Stefan Bruni, Stefanie Hof: Der wirtschaftliche Nutzen der Suva. Eine Überprüfung der Effizienz, der Innovationen und der Leistungen im öffentlichen Interesse, B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel 2008.

Leu, Robert E. und Konstantin Beck: Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz. Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg, Bern/Luzern 2006

Nadig Jürg, Lösung für Off-label-use in der Onkologie, info@onkologie.ch _ 02 _ 2011. Download: http://www.sgmo.ch/phocadownload/info/41-43_Nadig.pdf

Spycher Stefan, Risikoausgleich in der Schweiz – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Zusammenfassung der Dissertation, Büro BASS, 2002

Szecsényi, Joachim et al.: Evaluation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen der ELSID-Studie, Abschlussbericht für den AOK-Bundesverband, Universitätsklinikum Heidelberg, 2012. Download: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/elsid/index.html>.

Trottmann, Maria, Andrea Weidacher, Ralph Leonhart: Morbiditätsbezogene Ausgleichsfaktoren im Schweizer Risikoausgleich. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 2010. Download: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12845/index.html?lang=de>

Vettori Anna u.a.: Volkswirtschaftliche Auswirkungen steigender Gesundheitsausgaben. Im Auftrag der VIPS – Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz, INFRAS 2010