



# Krankentaggeld-Versicherung: Die Zeit ist überreif für eine obligatorische, öffentlich-rechtliche Lösung!

Das AEV-Modell (Gurny & Ringger 2009) zielt darauf ab, alle Erwerbsausfall-Versicherungen aus einer Hand anzubieten und öffentlich-rechtlich zu organisieren. Ein erster konkreter Schritt müsste unserer Meinung nach darin bestehen, endlich eine obligatorische Krankentaggeld-Versicherung einzurichten. Dieser Beitrag stellt die heutige unbefriedigende Situation dar, beschreibt die geltenden gesetzlichen Grundlagen und diskutiert, ob eine private oder eine öffentlich-rechtliche Versicherung anzustreben sei. Anhand der verfügbaren theoretischen und empirischen Untersuchungen kann gezeigt werden, dass im Fall der Krankentaggeld-Versicherung eine öffentlich-rechtliche Monopollösung für die Versicherten am effizientesten ist. Ein Obligatorium drängt sich allein schon deshalb auf, weil auf Basis der heutigen privatrechtlichen Situation jährlich Hunderte von Millionen Prämienfranken in den privaten Versicherungsgesellschaften versickern.

## Die heutige Situation

Im schweizerischen Sozialversicherungssystem der Schweiz klafft auch heute noch eine Lücke, die für Betroffene rasch und unverhofft zu einer Armutsfalle werden kann: Es fehlt eine obligatorische Abdeckung des Erwerbsausfalls bei Krankheit. Zwar kommen über Gesamtarbeitsverträge (GAV) oder auf freiwilliger Basis private Krankentaggeld-Versicherungen zum Tragen: Viele private Arbeitgeber, aber auch die öffentliche Hand haben für ihre Belegschaften mit Privatversicherern Kollektivverträge abgeschlossen. In der Regel decken diese Verträge den Erwerbsausfall nach dem 30. Krankheitstag ab. Häufig werden die ArbeitnehmerInnen mit Lohnprozenten an den Versicherungskosten beteiligt. Ausfälle unter 30 Tagen übernimmt der Arbeitgeber auf eigene

Rechnung. Doch bleiben wichtige Lücken, wie Gurny und Ringger beschreiben (2009, S. 65): »Wechselt der Arbeitgeber die Versicherung, kann diese beschliessen, bestehende Krankheitsrisiken vom

---

### Ruth Gurny und Beat Ringger

Prof. Dr. phil. Ruth Gurny ist Soziologin und Präsidentin des Denknetzes. Beat Ringger ist Zentralsekretär des vpod und geschäftsführender Sekretär des Denknetzes.

neuen Vertrag auszunehmen. Wer arbeitslos wird, verliert den Schutz der Kollektivversicherung und muss eine in der Regel sehr teure private Einzelversicherung abschliessen. Wer dies vergisst oder unterlässt, verliert im Krankheitsfall nach 30 Tagen das Anrecht auf Arbeitslosentaggelder, weil sie oder er dann nicht mehr als vermittelbar gilt. Kleinbetriebe und selbstständig Erwerbende verfügen häufig über gar keine Taggeldversicherung.«

Drei Beispiele aus dem Beratungsalltag von Gewerkschaften veranschaulichen, welche Konsequenzen das fehlende Obligatorium einer Krankentaggeldversicherung für Betroffene haben kann (Gurny & Ringger 2009, S. 65ff):

Frau K. war jahrelang als Pflegende in verschiedenen Krankenheimen tätig. Sie zog sich dabei ein chronisches Rückenleiden zu. An ihrer letzten Arbeitsstelle wurde darauf Rücksicht genommen, und sie musste keine körperlich belastenden Arbeiten – zum Beispiel Umlagerungen von PatientInnen – übernehmen. Als die Klinik die Pforten schloss, wurde die nunmehr 62-jährige Frau K. arbeitslos. Das horrend teure Angebot der angestammten Krankentaggeld-Versicherung schreckte sie ab, der Wechsel zu einer anderen Versicherung war verbaut, weil diese ihr Rückenleiden von den Leistungen hätte ausschliessen können. Das RAV drängt Frau K. nun dazu, eine neue Stelle anzutreten, weil sie sonst nicht als vermittelbar gelte – mit unabsehbaren Folgen für ihren Rücken.

Herr Z. arbeitete während rund zehn Jahren in der gleichen Pizzeria. Während all der Jahre wurden ihm Prämienanteile für die Krankentaggeld-Versicherung vom Lohn abgezogen. Vor einem halben Jahr stellte sich heraus, dass Herr Z. an einem schweren Augenleiden erkrankt ist, das im schlimmsten Fall zur Invalidität führen kann. Die Pizzeria wird von einem neuen Pächter übernommen, der mit einer neuen Versicherung einen neuen Krankentaggeld-Vertrag vereinbart. Die Versicherung schliesst das Augenleiden von Herrn Z. aus ihren Leistungen aus. Trotz jahrelanger Prämienzahlung erhält Herr Z. bei eintretender Arbeitsunfähigkeit folglich nur Leistungen nach OR. Herr Z. hat vielleicht Anrecht auf eine IV-Rente; entsprechende Abklärungen können jedoch mehrere Jahre dauern. In der Zwischenzeit wird er, sobald er sein Privatvermögen verbraucht hat, auf Sozialhilfe angewiesen sein.

Herr B. arbeitete rund 30 Jahre in verschiedenen Baubetrieben und war stets für Krankentaggeld versichert. Vor wenigen Jahren musste er infolge Konkurses des Arbeitgebers die Stelle wechseln. Er wurde

ernsthaft krank, und kurz nach seiner Erkrankung gab auch der neue Betrieb auf. Die Krankentaggeld-Versicherung bietet Herrn B. nun eine Einzelversicherung an, bei der er für ein Taggeld von 134 Franken eine Monatsprämie von sage und schreibe CHF 855.55 bezahlen muss. Herr B. hat keine Wahl: Eine andere Versicherung würde ihn nicht aufnehmen. Er muss die teuren Prämien bezahlen.

Die fehlende Krankentaggeld-Versicherung ist denn auch ein häufiger Grund, warum Menschen auf Sozialhilfe angewiesen sind. Gemäss dem Sozialbericht des Kantons Zürich von 2005 sind knapp 25 Prozent aller SozialhilfebezügerInnen zumindest teilweise aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf Unterstützung angewiesen (leider sind keine neueren Zahlen verfügbar). Besonders gefährdet waren bis vor kurzem ArbeitnehmerInnen in temporären Arbeitsverhältnissen: Temporär Beschäftigte verloren im Bedarfsfall ihren Anspruch auf Krankentaggelder jedesmal nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Seit Dezember 2011 gibt es nun neu einen Gesamtarbeitsvertrag für Temporärarbeitende, in dem endlich auch die Krankentaggeld-Versicherung geregelt ist (Unia 2011).

Die Arbeitgeber beteiligen sich in unterschiedlicher Weise am Lohnausfall bei Krankheit. Gewerbliche Betriebe richten sich in der Regel nach dem üblichen Mindestmass (80% Lohnausfall mit hälftiger Prämienbeteiligung). Öffentliche Arbeitgeber und viele Grossbetriebe bieten mehr: So garantiert der Kanton Bern seinen Angestellten eine Gehaltsfortzahlung von 100 Prozent im ersten und von 90 Prozent im zweiten Jahr.

### **Gesetzliche Grundlagen zur Krankentaggeld-Versicherung**

Wer wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Militärdienst usw. unverschuldet seine Arbeitsleistung nicht erbringen kann, dem muss der Arbeitgeber gestützt auf das Arbeitsvertragsrecht des OR für eine beschränkte Zeit den Lohn fortzahlen. Hat das Arbeitsverhältnis mehr als drei Monate gedauert oder ist es für mehr als drei Monate eingegangen worden, ist der Lohn im ersten Dienstjahr während drei Wochen zu bezahlen, nachher für eine »angemessene längere Zeit« (Art. 324a OR). Diese angemessene Dauer wird in der Rechtsprechung näher umschrieben (Zürcher, Berner oder Baslerskalen).

Da diese Regelung nach OR grosse Lücken offenlässt, haben eine Grosszahl der Arbeitgeber kollektive Krankentaggeld-Versicherungen abgeschlossen. Eine Verpflichtung dafür gibt es aber nicht. Abweichende Regelungen können im Rahmen eines Normalarbeitsvertrages oder Ge-

samarbeitsvertrages getroffen werden, wenn sie für den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin mindestens gleichwertig sind wie die Regelung nach OR (Art. 324a Abs.4 OR). Solche vertragliche Regelungen verpflichten häufig den Arbeitgeber zum Abschluss einer Krankentaggeld-Versicherung für seine ArbeitnehmerInnen. Diese Versicherungslösungen gelten nach gängiger Auffassung dann als gleichwertig, wenn sie im Krankheitsfall nach höchstens drei Karenztagen während 720 Tagen 80 Prozent des Lohnes abdecken und der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Versicherungsprämien bezahlt.

Bei diesen Kollektivversicherungen handelt es sich um Privatversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz VVG, beim dem der Grundsatz der Vertragsfreiheit gilt. Dies bedeutet insbesondere:

- Keine Aufnahmepflicht: Versicherungsvorbehalte für bestehende Krankheiten können zeitlich unbefristet angebracht und bestimmte Krankheitsrisiken von der Leistungspflicht ausgenommen werden.
- Höhe und Dauer der Leistungen können frei vereinbart werden.
- Kein Recht auf Freizügigkeit.

Diese grossen Einschränkungen kommen dann besonders zum Tragen, wenn Personen eine individuelle Taggeldversicherung abschliessen wollen (z.B. nach einer Entlassung oder bei selbstständiger Berufstätigkeit). Das ist umso bedeutsamer, als viele Menschen ohne regelmässige Arbeitsstelle stärker krankheitsgefährdet sind.<sup>1</sup> Zwar müssen Kollektivversicherungen bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses dem Versicherten ein Angebot unterbreiten, die Versicherung individuell weiterzuführen, und das ohne Vorbehalte. Sie sind jedoch frei in der Festsetzung der Versicherungsprämie. Das führt zu absurden Angeboten, bei denen die Monatsprämien 600 Franken oder mehr betragen.

Eigentlich enthält auch das Krankenversicherungsgesetz KVG Bestimmungen zu einer Taggeldversicherung. Die Taggeldversicherung nach KVG ist eine Sozialversicherung und wird von den Krankenkassen wahrgenommen. Das bedeutet unter anderem:

- *Aufnahmepflicht*: Mit allen am Abschluss einer Versicherung interessierten Personen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren muss eine Versicherung abgeschlossen werden, wobei Versicherungsvorbehalte für bestehende Krankheiten spätestens nach fünf Jahren dahinfallen.
- *Das Recht auf Freizügigkeit*: Muss die versicherte Person bei Aufnahme oder Beendigung eines Arbeitsverhältnisses den Versicherer wechseln, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden. Bei Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung besteht ein Recht auf

Übertritt in die Einzelversicherung zu den bisher versicherten Leistungen.

- *Die Höhe des versicherten Taggeldes:* wird zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart. Das Gesetz schreibt den Versicherern keine Mindesthöhe des Taggeldes vor. Die Versicherer sind also nicht verpflichtet, einem Bewerber einen Versicherungsschutz anzubieten, den dieser zur Deckung des voraussichtlichen Erwerbsausfalls bei Krankheit benötigt. Diese fehlende Vorschrift führt dazu, dass die Versicherungen nach KVG nie über eine Farce hinausgekommen sind. Keine einzige Krankenkasse bietet Taggelder an, die den Versicherungszweck – die Deckung des Erwerbsausfalls während der Krankheit – auch nur halbwegs erfüllen würden. Die angebotenen Tagessätze bewegen sich zwischen 6 bis 40 Franken.

### Aktuelle Revisionsbestrebungen

Zurzeit ist im schweizerischen Nationalrat eine Motion von Ruth Humbel aus dem Jahre 2010 hängig (Motion 10.3821, Wirksame Taggeldversicherung bei Krankheit). Mit diesem parlamentarischen Vorstoss wird der Bundesrat beauftragt, dem Parlament eine Gesetzesrevision vorzulegen, die allen Erwerbstätigen einen wirksamen Versicherungsschutz bei Erwerbsausfall durch Krankheit garantiert. In ihrer Begründung weist die Motionärin darauf hin, dass im Bereich der Erwerbsausfallversicherung Lücken bestehen. Weiter führt sie aus:

»Taggeldversicherungen nach KVG und VVG sind freiwillige Versicherungen. Die Krankenversicherer müssen die Taggeldversicherung zwar anbieten und haben Aufnahmezwang. Der Versicherungsschutz ist indes eine Farce, weil Taggelder bei grossen Krankenversicherern zwischen 6 und 40 Franken liegen. Während Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Regel einer kollektiven Taggeldversicherung angeschlossen sind, haben selbstständig Erwerbstätige keinen Anspruch auf einen Versicherungsschutz bei Krankheit. Im Falle einer Krankheit gewährt die KVG-Taggeldversicherung keinen ausreichenden Schutz, und bei einer VVG-Lösung wird der Vertrag bei Krankheit in der Regel gekündigt. Erwerbstätige ohne Taggeldschutz bei Krankheit werden damit in die IV gedrängt. Arbeitsstellen sind heute nicht mehr Lebensstellen; häufiger wird zwischen selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit gewechselt. Ein ausreichender Versicherungsschutz kann nur durch ein Obligatorium für alle Erwerbstätigen garantiert werden. Damit würde die Lücke im Versicherungsschutz bei Krankheit geschlossen; IV-Fälle würden ver-

mieden, und die interinstitutionelle Zusammenarbeit im Sinne von Artikel 68bis IVG würde auf eine bessere Basis gestellt. (...) Das Obligatorium würde für alle erwerbstätigen Personen im Sinne der AHV gelten. Leistungsbeginn, die Begrenzung der Leistungsdauer sowie die prozentuale Taggeldhöhe des versicherten Verdienstes werden definiert, wie auch die Höchstgrenze des obligatorisch versicherten Verdienstes (gemäss Bundesrat etwa beim halben UVG-Betrag). Weiter gehende Leistungen können mit Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Ob für das Obligatorium eine KVG- oder eine VVG-Lösung in Betracht kommt, ist zu prüfen. Mit einer KVG-Lösung könnten Behandlungskosten und Taggeld zusammengeführt und analog zur Unfallversicherung ganzheitlich beurteilt werden, was volkswirtschaftlich gewünscht und sinnvoll wäre.«

In seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2010 schreibt der Bundesrat:

»Der Bundesrat hat im Rahmen des Postulates 04.3000 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates die Auswirkungen der heutigen Gesetzgebung evaluiert und dem Parlament am 30. September 2009 den Bericht ›Evaluation und Reformvorschläge zur Taggeldversicherung bei Krankheit‹ (Bundesrat, 2009) unterbreitet. In diesem Bericht hat der Bundesrat festgestellt, dass der Erwerbsausfall bei vorübergehender Krankheit auch ohne eine obligatorische Versicherung weitgehend durch Taggeldversicherungen abgedeckt wird und dass sich die geltende Regelung, die insbesondere auf sozialpartnerschaftlichen Lösungen basiert, für den überwiegenden Teil der Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden grundsätzlich bewährt hat. Nach Auffassung des Bundesrates ist die Taggeldversicherung deshalb im bestehenden Rahmen beizubehalten.

Diese Haltung hat der Bundesrat am 8. September 2010 in seiner Antwort auf die Interpellation Robbiani 10.3498 und in seiner Stellungnahme zur Motion Robbiani 10.3500 bekräftigt. Für den Bundesrat besteht im heutigen Zeitpunkt kein Anlass zu einer anderen Beurteilung; dies ganz abgesehen davon, dass die Einführung einer obligatorischen Erwerbsausfallversicherung mit erheblichen Kostenfolgen verbunden wäre, die der Bundesrat für nicht vertretbar erachtet. Er lehnt die mit der Motion beantragte Gesetzesänderung somit ab.«

Die Motion wird in einer der kommenden Sessions behandelt werden. Der Vorstoss lässt jedoch die entscheidende Frage offen, ob ein KTV-

Obligatorium öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich umgesetzt werden soll.

## Öffentlich-rechtliche oder private Versicherung?

Im Jahr 2004 erstellte das Forschungsinstitut für Empirische Ökonomie und Wirtschaftspolitik der HSG im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen eine Analyse zu Kosten und Nutzen einer Liberalisierung des schweizerischen Unfallversicherungsmarktes und einer Privatisierung der SUVA (Jäger, Brunner, Furrer & Kaiser, 2004)<sup>2</sup>. Die Studie sollte nicht zuletzt empirisch nachweisen, dass öffentlich-rechtliche Strukturen gegenüber privaten weniger effizient sind.

»Die Aufhebung des Teilmonopols der SUVA führt zu einer Stärkung der Marktmechanismen. Ausserdem wäre die Anstalt nicht mehr auf den schrumpfenden Sekundärsektor der schweizerischen Wirtschaft beschränkt. Damit könnte ihr die Chance eröffnet werden, ihren Versichertenbestand zu halten und allenfalls sogar auszubauen. Eine Privatisierung würde es der SUVA erlauben, sich neue Geschäftsfelder zu erschliessen, ohne auf eine gesetzliche Ermächtigung angewiesen zu sein. Ausserdem wäre das Risiko einer Haftung des Bundes für allfällige Defizite vermindert« (Bundesamt für Sozialversicherungen BSA 2002, S. 1).

Ein wichtiger Bestandteil dieser empirischen Analyse bestand im Vergleich der Output/Input-Relation verschiedener Versicherer. Diese Relation gibt an, welcher Prozentsatz der Einnahmen, die einem Versicherer in einem Rechnungsjahr zufließen (hauptsächlich Prämieinnahmen, Kapitalerträge und Regresseinnahmen), in Form von Versicherungsleistungen (vor allem Heilkosten, Taggelder, Integritätsentschädigungen, Renten, Teuerungszulagen und Hilflosenentschädigungen) wieder ausgegeben werden. Die verbleibenden Einnahmen, die nicht als Versicherungsleistungen (Outputs) wieder ausgegeben werden, verwendet man vorwiegend für die Verwaltungskosten des Versicherungsbetriebs und für die Finanzierung des Eigenkapitals der Versicherer. Je höher der Prozentsatz der als Versicherungsleistungen (Outputs) wieder ausbezahlten Inputs ausfällt, desto tiefer sind folglich die Verwaltungs- und Kapitalkosten, die einem Versicherer bei der Erbringung einer bestimmten Summe an Versicherungsleistungen entstehen (2004, S. 55).

Folgende Variablen gehen in die Input/Output-Relation ein (2004, S. 59):

Outputs
+ Heilungskosten
+ Taggelder
+ Leistungen für Invalide
+ Leistungen für Hinterlassene
+ Veränderung der Rückstellungen für kurzfristige Leistungen
+ Veränderung der Rückstellungen für langfristige Leistungen
+ Ausgaben für Teuerungszulagen (Teuerungszulagen an Rentner + Zuweisungen an den Fonds für Teuerungszulagen + Ausgleichszahlungen an den Pool für Teuerungszulagen Vorjahr)
+ Beitrag an die Ersatzkasse
+ Zuweisung an die gesetzliche Reserve gemäss Art. 111/1 und 111/3 UVV
+ Übrige Ausgaben
- Aufwendungen zur Amortisierung von Altlasten
Inputs
+ Prämieinnahmen inkl. aller Zuschläge
+ Kapitalertrag
+ Einnahmen aus Regressansprüchen
+ Entnahmen aus dem Fonds für Teuerungszulagen
+ Ausgleichszahlungen des Pools für Teuerungszulagen
+ Entnahmen aus der gesetzlichen Reserve gemäss Art. 111/1 und 111/3 UVV
- Verzinsung der Entnahme aus der gesetzlichen Reserve
+ Saldo der Einnahmen abzüglich der Ausgaben für Prävention (+Zurückerhaltene Aufwendungen für die Förderung der Arbeitssicherheit + Vortrag Mehraufwand Verhütung NBUV - Unfallverhütungsbeitrag - Rückerstattung Mehraufwand Verhütung NBUV - Ausgaben zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten - Ausgaben zur Verhütung von Nichtberufsunfällen)
+ Übrige Einnahmen
- Aufwendungen zur Amortisierung von Altlasten

## Definition der Output/Input-Relation

Die Analyse ergab, dass bei der SUVA für jeden einbezahlten Franken 95 Rappen in Form von Leistungen an die Versicherten zurückfliessen, während bei den Privatversicherern nur 79 Rappen den Versicherten zugute kommen (2004, S. 67):

Art des Versicherers	Mittelwert der Output/Input-Relation, 1984-2001
SUVA	94.9%
Öffentliche Kassen	92.1%
Krankenkassen	83.6%
Privatversicherer	79.2%

## Output/Input-Relation nach Art des Versicherers (Quelle BAG)

Die Autoren der Studie kommen zum Schluss, dass

»(...) die SUVA deshalb besser abschneidet, weil sie im Gegensatz zu den Privatversicherern kaum Akquisitionskosten hat. Sie muss die bei ihr versicherten Betriebe nicht umwerben, weil diese ihr per Gesetz zugewiesen sind. Ausserdem ist die SUVA dank des Monopols



auf weniger Eigenkapital angewiesen, das sie zudem nicht verzinsen muss. Diese Vorteile führen ceteris paribus sicher zu einer höheren Output/Input-Relation. Trotzdem war nicht a priori klar, dass die SUVA besser abschneiden würde. Weil die SUVA eine Monopolstellung und damit relativ geringe Anreize zu Effizienzsteigerungen hat, wäre es durchaus denkbar gewesen, dass derartige Effizienznachteile die erwähnten Vorteile hätten aufwiegen können« (2004, S. 77).

Diese Anmerkungen sagen einiges aus über die ideologisch motivierten Erwartungen der Autoren. Insbesondere Franz Jäger hat sich einen Namen als marktradikaler Vordenker gemacht. Für ihn muss die Erkenntnis, dass ein öffentlich-rechtliches Monopol nicht mit hohen Effizienznachteilen belastet ist, Erstaunen auslösen.

### Die Effizienz der Privatversicherer im KTV-Bereich

Leider sind nur sehr lückenhafte statistische Angaben zum Versicherungsmarkt der Taggeldversicherungen verfügbar. Das attestiert auch der Bundesrat, der Folgendes festhält:

»Das BAG publiziert in seiner Statistik zur obligatorischen Krankenversicherung auch Zahlen zur freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG. Gleichzeitig publiziert das BAG auch einen Vergleich zwischen den Taggeldversicherungen nach dem KVG und jenen nach dem VVG bezüglich Prämieinnahmen und Leistungen. Für die Taggeldversicherungen nach VVG fehlen Angaben oder Schätzungen zur Zahl der versicherten Personen. Ebenso ist die Zahl der in der Kollektivversicherung nach KVG versicherten Personen nicht bekannt. Für beide Versicherungssysteme fehlen Angaben über die Zahl der Erkrankten und damit auch Angaben über die durchschnittlichen Leistungen pro erkrankte Person« (Bundesrat 2009, S. 26 f).

Immerhin lässt die nachstehende Tabelle mit Daten zu Prämien und Leistungen für die Jahre 1997 bis 2007 erkennen, dass die Input-Output-Relationen für die Versicherten alles andere als vorteilhaft sind, wobei sich die Tendenz im Verlauf der dokumentierten Jahre noch verschlechterte.

Auch die Daten, die die FINMA (seit 2008 für die Überwachung privater Versicherer zuständig) veröffentlicht, dokumentieren eine gleichbleibend tiefe Effizienz für die Jahre 2008 bis 2010.

Im Durchschnitt wurde – wie die beiden Tabellen zeigen – zwischen 1997 und 2010 ein Input/Output-Verhältnis von 78.4 Prozent erreicht.

Jahr	Prämien	Leistungen	Leistungen in Prozent der Prämien
1997	1319.9	1082.8	82.0 %
1998	1428.4	1137.1	79.6 %
1999	1337.8	1077.5	80.5 %
2000	1638.2	1334.1	81.4 %
2001	1850.8	1595.2	86.2 %
2002	1946.0	1701.0	87.4 %
2003	2059.8	1821.8	88.4 %
2004	2199.5	1729.0	78.6 %
2005	2145.0	1547.5	72.1 %
2006	2152.4	1471.9	68.4 %
2007	2152.2	1413.6	65.7 %

**Prämien und Leistungen der Privatversicherer Taggeld in Millionen Franken** (*Bundesrat 2009, S. 48*).

	2008	2009	2010
1 Verdiente Prämien	2681	2808	2767
2 Zahlungen für Versicherungsfälle brutto	-1907	-2121	-2231
3 Rückstellung für eingetretene noch nicht ausbezahlte Versicherungsfälle brutto	-1238	-1273	-1248
4 Andere versicherungs-technische Rückstellungen brutto	-504	-543	-488
<i>Input/Output (2) zu (1) 3</i>	71.1%	75.5%	80.6%

**Krankentaggeld-Versicherung Kollektiv von 2008 bis 2010, »zusätzliche Angaben« FINMA in Millionen Franken (Ergänzungen Gurny/Ringger kursiv).**

Wenn wir unterstellen, dass eine öffentlich-rechtliche Krankentaggeld-Versicherung eine gleiche Effizienz erreichen könnte wie die SUVA (also 95%), dann haben die Versicherten im betrachteten Zeitraum die erkleckliche Summe von rund 5 Milliarden Franken an überhöhten Prämien einbezahlt (16.6% der im Zeitraum 1997 bis 2010 total einbe-

zahlten Prämien). Die hohen Effizienzunterschiede zwischen den Privatversicherern und der SUVA haben skandalösen Charakter. Dies umso mehr, als man sich vor Augen führen muss, dass die SUVA nebst Taggeldern auch Heilungskosten abwickeln muss und zudem für ein hohes Engagement in der Prävention bekannt ist, während eine private Krankentaggeld-Versicherung auf der Leistungsseite lediglich die Bezahlung von Taggeldern bewältigen muss. Allenfalls bietet sie ein freiwilliges Case-Management an, das aber mit der IVG-Revision wesentlich an Bedeutung verloren hat, seit die IV nun selbst massiv in die Früherfassung investiert.

### **Ineffiziente Versicherungskonkurrenz in anderen Gebieten**

Auch in anderen Versicherungsbereichen zeigen Leistungsvergleiche zwischen einem öffentlich-rechtlichen Monopol und der Konkurrenz von Privatassekuranz-Lösungen, dass öffentlich-rechtliche Lösungen effizienter sind (Peters 2006). Das gilt für die Gebäudeversicherung, wie von Ungern-Sternberg zeigte (2005, zitiert nach Peters), aber auch für die Pensionskassen der zweiten Säule (siehe dazu die jährlichen Swisscanto-Umfragen). Peters nennt unter anderem folgende Gründe, die verantwortlich sind, dass privatwirtschaftliche Konkurrenzunternehmen für die Versicherten oft ineffizienter arbeiten als die öffentlich-rechtlichen Monopolanbieter:

- Versicherungen haben unter Konkurrenzbedingungen hohe Kundenwerbungs- und Repräsentationskosten.
- Aufgrund der beschränkten Abdeckung lohnen sich weder Prävention noch Schadensminderungsmassnahmen.
- Der Markt ist hochgradig intransparent, und die Versicherer haben eine hohe Fertigkeit entwickelt, die Kunden gegen ihren Willen mit langen Vertragsdauern an sich zu binden.

Nicht zuletzt ist anzufügen, dass die privaten Versicherungsgesellschaften gewinnorientiert arbeiten wollen, und diese Gewinne müssen alimentiert werden – auf Kosten der Versicherten.

### **Schlussfolgerungen**

Bei einem Erwerbsausfall wegen Krankheit fehlt in der Schweiz eine obligatorische Versicherungslösung. Es gibt keinen sachlichen Grund, für die Versicherung von Unfällen ein Obligatorium einzuführen, für Krankheit aber nicht. Im Bereich der Unfallversicherung hat sich die SUVA im Vergleich zu privatrechtlichen Lösungen in ihren Branchen

als bedeutend effizienter für die Versicherten erwiesen. Aufgrund des verfügbaren Wissens drängt sich auf, endlich eine obligatorische Krankentaggeld-Versicherung zu schaffen und diese mit einer öffentlich-rechtlichen Versicherung abzuwickeln. Dabei bietet es sich an, diese Aufgabe an die SUVA oder allenfalls an die IV zu übertragen. Die IV engagiert sich seit den letzten beiden Revisionen verstärkt in der Früherkennung von Invaliditätsrisiken und ist damit in einer Phase tätig, in der vielfach Krankentaggelder gesprochen werden. Sie richtet selbst zudem auch Taggelder aus. Die SUVA wiederum kann auf eine langjährige und erfolgreiche Tätigkeit zurückblicken.

Die Prämien sind bei abhängig Beschäftigten weiterhin als Lohnprozente zu erheben, wobei die Prämienberechnungen zeigen, dass die Abgeltung der Lohnfortzahlungspflicht nach OR 324a einer Prämienbeteiligung der Arbeitgeber von 75 bis 80 Prozent entspräche, also deutlich mehr als die heute als Minimum verlangten 50 Prozent. Die Arbeitgeber wären also deutlich stärker an den Lohnprozenten zu beteiligen als die Arbeitnehmenden.<sup>4</sup>

Die Volksinitiative ›Für ein gesichertes Einkommen bei Krankheit (Taggeldinitiative)‹<sup>5</sup>, die der Christlich Nationale Gewerkschaftsbund CNG (heute Travail Suisse) 1998 lanciert und der Schweizerische Gewerkschaftsbund SGB aktiv unterstützt hat, sah Leistungen von 80 Prozent des letzten Lohnes während 730 von 900 aufeinanderfolgenden Tagen vor. An diesem Leistungsniveau könnte sich eine obligatorische Versicherungslösung orientieren. Jene Arbeitgeber, die heute bessere Leistungen anbieten, wären natürlich weiterhin frei, dies zu tun. Es ist dann die Aufgabe der Gewerkschaften, für eine Sicherung dieser höheren Leistungsniveaus in GAV oder im öffentlichen Anstellungsrecht einzutreten.

## Anmerkungen

- 1 Dieser Zusammenhang wird in vielen Untersuchungen belegt. Siehe dazu beispielsweise für die Schweiz die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Auch dort wird festgehalten, dass »Arbeitslosigkeit immer mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit für Gesundheitsprobleme zusammen(hängen), als dies bei Arbeitnehmenden der Fall ist, die nicht um ihre Arbeit fürchten« (Bundesamt für Statistik 2010).
- 2 Ursprünglich waren nur die ArbeitnehmerInnen in den unfallgefährdeten Bereichen der Industrie und des Baugewerbes gegen Unfall versichert. 1918 wurde die öffentlich-rechtliche SUVA zur Durchführung dieses Teilobligatoriums geschaffen. Seit 1984 sind nun alle in der Schweiz beschäftigten ArbeitnehmerInnen obligatorisch gegen Berufsunfälle versichert. Die SUVA behielt ihr Teilmonopol, für die »neuen« Bereiche wurden auch private Versicherer, Krankenkassen und öffentliche Unfallversicherungskassen zugelassen. Auf der politischen Ebene wurde das Teilmonopol der SUVA wiederholt in Frage gestellt.
- 3 Die Rückstellungen (3) sind aufgeschobene Prämienzahlungen, die aber jedes Jahr aus der Vergangenheit mitgenommen werden, also in (1) zeitversoben enthalten sind. Deshalb können sie für die Input/Output-Relation vernachlässigt werden.
- 4 Die Arbeitgeber sind nach OR verpflichtet, während einer bestimmten Dauer 100 Prozent der Lohnausfallkosten zu übernehmen. Der Prämienanteil der Arbeitgeber muss deshalb so festgelegt werden, dass er mindestens der Summe entspricht, die die Arbeitgeber ohne Versicherung bezahlen müssten. Da die meisten Krankheitsfälle von kurzer Dauer sind, kommt ein deutlich höherer Prämienanteil der Arbeitgeber zustande.
- 5 Die Initiative war eine von vier gewerkschaftlichen Volksinitiativen, für die parallel Unterschriften gesammelt wurden. Es zeigte sich jedoch, dass dies die Kräfte der Gewerkschaften überfordert hatte. Um die Last zu verringern, musste eine Initiative ausgeschieden werden. Die Wahl fiel damals auf die Taggeldinitiative, weil sie als am wenigsten prestigeträchtig galt.

## Literatur

- Bundesamt für Sozialversicherungen BSA (2002): Zukunft der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA. Bern.
- Bundesamt für Statistik (2010): Arbeit und Gesundheit. NFS Aktuell. Neuchâtel.
- Bundesrat (2009): Evaluation und Reformvorschläge zur Taggeldversicherung bei Krankheit. Bern. [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/07716/index.html?download=NHzLpZeg7t](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/07716/index.html?download=NHzLpZeg7t)
- Gurny, R. & Ringger, B. (2009): Die grosse Reform: Die Schaffung einer Allgemeinen Erwerbsversicherung AEV. edition 8, Zürich
- Jäger, F.; Brunner, C.; Furrer & Kaiser, C. (2004): Kosten-Nutzen-Analyse zur obligatorischen Unfallversicherung. Forschungsinstitut für empirische Ökonomie und Wirtschaftspolitik, St. Gallen.
- Peters, O. (2006): Wann sind öffentliche Monopole effizienter als private Versicherungen? Denknnetz-Jahrbuch. edition 8, Zürich.
- Unia (2011): Meilenstein der Sozialpartnerschaft: Erster branchenübergreifender GAV der Schweiz. Bern. [www.unia.ch/news\\_aktionen.9.98.html?&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=7215&tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=290&cHash=29e5e5f18d90ffec4d283fd020ed6a](http://www.unia.ch/news_aktionen.9.98.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=7215&tx_ttnews%5BbackPid%5D=290&cHash=29e5e5f18d90ffec4d283fd020ed6a)
- von Ungern-Sternberg, T. (2005): Die Abschaffung der Monopole in der deutschen Gebäudeversicherung: Lehren für die Schweiz (Discussion Paper 00.05). Universität Lausanne.