



Service public

Wann sind öffentliche Monopole effizienter als private Versicherungen?

Warum Konkurrenz unter den Krankenkassen nicht zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen kann

In der gesundheitspolitischen Diskussion dominiert die Vorstellung, eine möglichst ungehinderte Konkurrenz zwischen Krankenkassen führe langfristig zu einer Optimierung der Gesundheitsversorgung. Diese Position beruht auf einer Verkettung von Annahmen, die in der Realität nicht zutreffen. Weshalb diese Annahmen in Wirklichkeit kaum zu erfüllen sind, zeigt dieser Beitrag. Er beleuchtet darüber hinaus Beispiele, bei denen ein öffentliches Monopol effizienter ist als konkurrierende Privatversicherungen (Unfall, Gebäude, Alterspension). Aktuell ist dieses Thema unter anderem in Hinblick auf die hängige Volksinitiative für eine soziale Einheitskrankenkasse.

Sechs Voraussetzungen für einen ›gesunden‹ Wettbewerb

Das System der schweizerischen Krankenversicherung beruht auf dem Wettbewerb zwischen verschiedenen Krankenkassen. Damit ein solcher Wettbewerb zu einer besseren Gesundheitsversorgung führt, müssten die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

Voraussetzung 1:

Der versicherte Schaden ist eindeutig zurechenbar.

In der Unfallversicherung übernimmt ein Versicherer gegen eine Prämie das Unfallrisiko. Die Prämie verpflichtet ihn, für einen allfälligen Schaden gerade zu stehen, und zwar so lange, bis der Schaden beseitigt ist oder der Versicherte stirbt. Denn der Unfallversicherer muss sowohl für die unmittelbaren und wiederkehrenden Heilungskosten als auch für den kurzfristigen Erwerbsausfall und die Rente im Todes- und Invaliditätsfall aufkommen. Praktiker wissen um die Schwierigkeiten, den Unfallschaden von anderen Leiden und Problemen abzugrenzen – man denke nur etwa an die Diskussion um Schleudertraumata. Sattsam bekannt sind auch die

Oliver Peters

1959, ist Ökonom und persönlicher Mitarbeiter des waadtländischen Gesundheitsdirektors Pierre-Yves Maillard



Service public

endlosen Kämpfe der Unfallversicherer, um den von ihnen zu deckenden Schaden möglichst klein zu halten.

Was bereits in der Unfallversicherung schwierig ist, erweist sich im Fall von Krankheiten als unmöglich: Die Diagnosen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen – auch gravierenden – sind längst nicht immer eindeutig. Und selbst bei eindeutiger Diagnose können Ausmass und Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigung sachlich und zeitlich nicht immer scharf eingegrenzt werden. Es lässt sich folglich auch nicht eindeutig feststellen, welche Beeinträchtigungen während der Laufdauer des Versicherungsvertrages entstanden respektive nicht sachgerecht behandelt worden sind. In der Krankenversicherung gibt es also keinen abgrenzbaren Schaden in Form von eindeutig nachweisbaren Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes, die während der Vertragsperiode entstanden und/oder nicht sachgerecht behandelt worden sind, und für die der Versicherer auch bei oder nach Beendigung des Vertrags verantwortlich wäre.

Voraussetzung 2:

Die Krankenkassen haben ein Interesse an der Risiko- respektive Schadensminimierung.

Wo es keinen eindeutig eingrenzbaaren Schaden gibt, kann es auch keine Verantwortung der Krankenkassen geben, das Risiko zu vermindern oder den Schaden langfristig optimiert zu behandeln. Theoretisch wäre es zwar vorstellbar, die Versicherten bei jedem Eintritt in oder Austritt aus einer Krankenkasse auf ihre Gesundheit überprüfen zu lassen, um dann die jeweilige Krankenkasse zu verpflichten, dem Versicherten beim Austritt einen Geldbetrag mitzugeben, der seinem aktualisierten Gesundheitsrisiko (oder der Gesundheitsverschlechterung) entspricht. Eine solche Lösung wäre aber mit grösstem Aufwand und Unsicherheiten behaftet und würde dazu zwingen, künftige Risiken zu kapitalisieren. Sie ist darum aus Kosten- und aus Systemgründen nicht praktikabel.

Somit existiert auf der Leistungsseite keine dauerhafte und finanziell verbindliche Verantwortung der Krankenkassen für das versicherte Risiko. Gleiches gilt auch für die Finanzierungsseite: In der Krankenversicherung können die Prämien jedes Jahr angepasst, die Kosten für die Schadensregulierung also stets auf die Versicherten überwältzt werden.

Voraussetzung 3:

Die Krankenkassen sind in der Lage, bei der Schadensprävention und -regulierung Kostenvorteile zu erzielen.

Um bei der Schadensprävention und -behandlung Kostenvorteile zu



Service public

erzielen, müsste jede Krankenkasse über ein eigenes Netz von Leistungserbringern verfügen, vom Hausarzt über das Akutspital bis zur Reha-Klinik und zum Altersheim. Diese wiederum müssten spezifische Vorschriften haben, wie die jeweiligen Versicherten zu behandeln sind. Die Ergebnisse dieser Vorschriften müssten laufend gemessen und verbessert werden.

Gegen ein derartiges Modell spricht, dass es ökonomisch unsinnig wäre, in der Schweiz zwei Dutzend oder mehr konkurrierende Gesundheitsversorgungen mit eigenen Versorgungs- und Behandlungsvorschriften aufzubauen. Ebenso wenig macht es Sinn, neue Behandlungs- oder Versorgungsmodelle, mit denen Effizienzfortschritte erzielt werden könnten, dem Geschäftsgeheimnis zu unterstellen, um die Konkurrenzposition der jeweiligen Kasse zu schützen.

In der Praxis bringen die kasseneigenen Behandlungsmodelle aber meist nicht mehr Effizienz, sondern bloss weniger Leistungen für die Versicherten. Dies deshalb, weil keine wirkliche Ergebnisverantwortung der Kasse besteht (siehe oben).

Voraussetzung 4:

Die Kostenvorteile, die sich mit einer besseren Schadensvermeidung oder -abwicklung erzielen lassen, sind höher als die Kosten, die durch Risikoselektion oder Leistungsrationierung zu erzielen sind.

Den einzelnen Krankenkassen erscheinen langfristige Investitionen in die Optimierung ihres eigenen Gesundheitsnetzwerkes nur dann attraktiv, wenn die (im gleichen Zeitraum bei gleichem Aufwand) erzielbaren Kostenvorteile grösser sind als diejenigen, die durch eine Risikoselektion oder Leistungsrationierung bei den Versicherten herauszuholen sind. Das ist heute aus mehreren Gründen nicht der Fall: Erstens ist die Optimierung der Gesundheitsversorgung ein mühevolleres Geschäft, das viel Vertrauen, Stabilität und einen langen Atem erfordert, folglich erst langfristig nennenswerte Kostenvorteile bringt. Zweitens verfügen die Krankenkassen heute nicht über die notwendigen Behandlungsnetze. Drittens ist der heutige Risikoausgleich absolut ungenügend.

Laut einer Studie von Konstantin Beck et al können die Versicherer mit dem heutigen Risikoausgleich Kosten von bis zu 57 Prozent einsparen, falls sie nur gute Risiken führen, und bis zu 32 Prozent, falls sie alle schlechten Risiken an die Konkurrenz vertreiben. Bei den Verbesserungen des Risikoausgleichs, die momentan im Ständerat diskutiert werden, bleiben die Einsparungen, die sich durch Rosinenpickerei erzielen lassen, mit 31 Prozent (nur gute Risiken) respektive 19 Prozent (alle schlechten Risiken loswerden) beträchtlich. Diese Zahlen bestätigen viertens,



Service public

dass bei jedem bisher bekannten Risikoausgleich immer noch eine viel versprechende Rosinenpickerei möglich ist, weil ein Risikoausgleich auf durchschnittliche Risikoverstärkungen oder -minderungen ausgelegt ist, nicht aber auf die Spitzen, die im Gesundheitswesen eine grosse Bedeutung haben: Das teuerste Prozent der Versicherten verursacht laut einer Schätzung von Paul Krugman 22 Prozent der Kosten.

Es ist also nachvollziehbar, dass es für die Krankenkassen auch bei einem stark verbesserten Risikoausgleich interessanter bleibt, teure Risiken durch schlechte Behandlung an die Konkurrenz abzuschieben und gute Risiken anzulocken, als die Gesundheitsversorgung effektiv zu optimieren.

Voraussetzung 5:

Die Krankenkassen sind gezwungen, die erzielten Kostenvorteile an die Versicherten weiterzugeben.

Damit sich gute Krankenkassen mit effizienten Behandlungsmethoden im Markt durchsetzen, müssten sie ihre Kostenvorteile in Form von günstigen Prämien an die Versicherten weitergeben und so ihre Attraktivität steigern. Die Anbieter im Kassenmarkt haben aber kein Interesse an günstigen Prämien, weil sie sonst mit einer Flut von Versicherten konfrontiert würden, die überdurchschnittlich preissensitiv sind, das heisst niedrige Einkommen haben und mit höheren Risiken belastet sind (z.B. Sozialhilfeempfänger). Insbesondere kleine und mittelgrosse günstige Krankenkassen könnten durch solche Versichertenwanderungen regelrecht ausgeblutet werden. Die Krankenkassen werden also eher versuchen, erzielte Kostenvorteile zu thesaurisieren, an eigene Gesellschaften in der nicht obligatorischen Versicherung zu übertragen oder mit spezifischen Kassen an speziell interessante Kategorien von Versicherten weiterzugeben.

Voraussetzung 6:

Versicherte sind in der Lage, die Kostenvorteile einzelner Krankenkassen wahrzunehmen und zu nutzen.

Schliesslich müssen die Versicherten in der Lage sein, Krankenkassen zu erkennen, die günstig und trotzdem nachhaltig gut sind. Das ist schon bei einer hoch standardisierten Dienstleistung wie der Bankhypothek oder der Privathaftpflicht eine grosse Herausforderung. Zusätzlich müssten die Versicherten aber auch in der Lage sein, die Kasse zu wechseln, was bei schlechten Risiken zum administrativen Spiessrutenlauf werden kann. Viele scheuen diesen Schritt auch wegen befürchteten Komplikationen mit bestehenden Zusatzversicherungen.



Service public

Fazit: Die Krankenversicherungspolice ähnelt heute einem Wartungsvertrag, bei dem sich die Wartungsfirma verpflichtet, die anfallenden Rechnungen zu begleichen, ohne ein Leistungsziel zu garantieren und ohne bei Vertragsende eine Haftung für den zu wartenden Gegenstand zu übernehmen. Diese fehlende Ergebnisverantwortung der Krankenkassen ist wegen der enormen Komplexität der menschlichen Gesundheit nicht zu umgehen. Sie führt dazu, dass mehr Konkurrenz zu mehr Risikoselektion und mehr Leistungsrationierung, nicht aber zu einer langfristigen Optimierung der Gesundheitsversorgung führt. Die Kompetenzen der Krankenkassen müssen deshalb auf das beschränkt werden, wofür sie verantwortlich sind: die Kontrolle und die Bezahlung von Rechnungen. Risikoselektion muss mit einem gemeinsamen Risikorespektive Leistungspool aller Kassen unterbunden werden. Die Konkurrenz zwischen den Kassen soll auf die administrative Abwicklung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschränkt werden.

Konkurrenz ist auch in anderen Versicherungsbereichen ineffizient

Wegen der anhaltenden Versuche der Privatversicherer, das SUVA-Monopol für die Unfallversicherung in Industrie- und Gewerbebranchen zu knacken, sind aussagekräftige Leistungsvergleiche zwischen Monopol und privater Konkurrenz angestellt worden.

Der kaum linker Sympathien verdächtige HSG-Professor Franz Jäger hat festgestellt, dass die Verwaltungskosten der privaten Unfallversicherer rund doppelt so hoch sind wie diejenigen der SUVA (18% Private zu 9% SUVA). Wenn die Gesamteffizienz gemessen wird, fliessen pro Franken ›Input‹ (Prämien und Kapitalerträge) bei der SUVA 94.5 Rappen in Form von Leistungen an die Versicherten zurück, während bei den Privaten nur 79 Rappen den Versicherten zugute kommen. Hinzu kommt, dass die SUVA in ihren Branchen (und mit ihren Verwaltungskosten) eine intensive und erfolgreiche Präventionstätigkeit betreibt, die die Privatversicherer nicht für lohnend halten, weil sie ihre Verantwortung auf die eigenen Versicherten beschränkt sehen.

Für die Gebäudeversicherungen, öffentliche Monopolanstalten in 19 von 26 Kantonen, hat Professor Von Ungern-Sternberg von der Universität Lausanne untersucht, welche Folgen die Privatisierung der öffentlichen Versicherungsanstalten in Deutschland im Jahr 1992 hatte. Vor der Privatisierung lagen die Prämien der öffentlichen Anstalten 50 Prozent unter denen der privaten Konkurrenz, obwohl diese Anstalten zusätzlich eine wesentliche Präventionsaufgabe erfüllten und teilweise auch Naturereignisse mitversicherten. Nach der Privatisierung stiegen die



Service public

Prämien um 35 bis 75 Prozent, während die Ausgaben für Prävention um mehr als die Hälfte fielen. In der Schweiz beträgt das Prämienniveau der öffentlichen Monopole 64 Rappen pro 1000 Franken Versicherungssumme gegenüber 109 Rappen bei den Privaten. Die Prämien der öffentlichen Monopole sind 41 Prozent günstiger als diejenigen der privaten Versicherungen. Gleichzeitig geben die öffentlichen Anstalten hier zu Lande mehr als das Doppelte für Prävention aus (13.4 gegen 6 Rp./1000.-).

Auch in der individuellen Altersvorsorge (BVG) sind die Sammelstiftungen der privaten Lebensversicherer regelmässig teurer (Verwaltungskosten) und weniger effizient (Kapitalerträge) als autonome (Non-Profit-)Pensionskassen, und ausserdem viel weniger effizient als grosse öffentliche Pensionskassen. Bei den Verwaltungskosten liegen die ›Autonomen‹ zumeist zwischen 200 und 300 Franken pro Versicherten und Jahr, während die Privaten zwischen 500 und 800 Franken verlangen (Vergleiche in ›Schweizer Versicherung‹, Cash oder in der jährlichen Swisscanto-Umfrage). »Unabhängige Stiftungen arbeiten in der Regel günstiger als die Lebensversicherer, bieten höhere Umwandlungssätze (gleich Renten) an und verzeichnen höhere Kapitalrenditen,« schrieb denn auch die NZZ am Sonntag vom 26.3.06.

Also auch in Branchen, in denen die Resultatverantwortung der Versicherer für die Behebung oder Entschädigung eines Schadens (im Gegensatz zur Krankenversicherung) klar geregelt ist, sind privatwirtschaftliche Konkurrenzunternehmen häufig ineffizient. Woran liegt das?

- Versicherungen haben unter Konkurrenzbedingungen hohe Werbungs- und Repräsentationskosten (gilt wegen der höheren Vertragssummen und -margen speziell beim Kapitaldeckungsverfahren).
- Aufgrund der beschränkten Abdeckung lohnen sich weder Präventions- noch Schadensminderungsmassnahmen, wenn diese teure Infrastrukturen voraussetzen.
- 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.
- Deshalb bestehen bei den Privaten wenig Anreize, Kapitalerträge an die Versicherten zurückfliessen zu lassen.

Umgekehrt gilt, dass Private in transparenten Märkten effizient sein können, in denen

- Prävention eine kleine Rolle spielt oder an den Staat ausgelagert worden ist



Service public

- für die Schadensabwicklung keine teuren Infrastrukturen notwendig sind
- das Umlageverfahren praktiziert wird respektive Kapitalerträge keine grosse Bedeutung haben (höhere Transparenz, kleinere Vertragssummen)
- die Missbrauchsbekämpfung wesentlicher Teil des Geschäftes ist.

Beispielhaft seien hier Hausrat/Diebstahl- oder Motorfahrzeugversicherungen genannt.

Literatur

- Beck, Konstantin et al.: Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung; Bern, 2006
- Jäger, Franz: Kosten-Nutzen-Analyse zur obligatorischen Unfallversicherung; FEW-HSG, St. Gallen; August 2004
- Krugman, Paul: The Health Care Crisis and What to Do About It: The New York Review of Books, Volume 53, Number 5, March 23, 2006
- Von Ungern-Sternberg, Thomas: Die Abschaffung der Monopole in der deutschen Gebäudeversicherung: Lehren für die Schweiz; Universität Lausanne, Discussion Paper 00.05