

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 Verkettung von Annahmen, die in der Realität allesamt nicht nachweisbar sind. Der folgende Beitrag nennt diese Annahmen und zeigt, weshalb diese in Wirklichkeit kaum zu erfüllen sind. Er erläutert weitere Beispiele, in 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.

von Oliver Peters

Oliver Peters ist Ökonom und persönlicher Mitarbeiter des waadtländischen Gesundheitsdirektors Pierre-Yves Maillard

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

Voraussetzung 1: Der versicherte Schaden ist eindeutig zurechenbar

In der Unfallversicherung wird das Unfallrisiko von einem Versicherer gegen eine Prämie übernommen, die ihn verpflichtet, einen allfälligen Schaden bis zu dessen Beseitigung oder bis zum Ableben des Versicherten zu übernehmen. Denn der Unfallversicherer muss sowohl für die unmittelbaren und wiederkehrenden Heilungskosten, wie 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 (siehe Diskussion Schleudertrauma), und kennen die 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 Falle von Krankheiten als unmöglich: Die Diagnosen auch von gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind längst nicht immer eindeutig. Und auch bei eindeutiger Diagnose lassen sich Ausmass und Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigung sachlich und zeitlich nicht immer scharf eingrenzen. Es lässt sich somit 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 im Sinne 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-, bzw. Schadensminimierung

Wo es keinen eindeutig eingrenzbaeren Schaden gibt, kann es auch keine Verantwortung der Krankenkasse für die Verminderung des Risikos oder eine langfristig optimierte Behandlung dieses Schadens geben. Es wäre zwar theoretisch vorstellbar, eine Gesundheitsprüfung der Versicherten bei jedem Ein- und Austritt in oder aus einer Krankenkasse vorzunehmen und die Krankenkasse dazu zu verpflichten, dem Versicherten bei Austritt einen Geldbetrag mitzugeben, der dem aktualisierten Gesundheitsrisiko (oder der Gesundheitsverschlechterung) des Versicherten 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. Es existiert somit 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 jährlich angepasst werden. Die Kosten für die Schadensregulierung können damit Jahr für Jahr 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 -erledigung Kostenvorteile zu erzielen, müssten die Krankenkassen über je eigene Netzwerke von Leistungserbringern (vom Hausarzt über das Akutspital bis zu Reha-Klinik und zum Altersheim) verfügen, mit spezifischen Vorschriften, wie die jeweiligen Versicherten zu behandeln sind. Die Ergebnisse dieser Vorschriften müssten laufend gemessen und verbessert werden. Gegen eine derartige Konkurrenz spricht, dass es ökonomisch unsinnig erscheint, in der Schweiz zwei Dutzend oder mehr konkurrierende Gesundheitsversorgungen mit eigenen Versorgungs- und Behandlungsvorschriften aufzubauen. Es ist auch nicht sinnvoll, neue Behandlungs- oder Versorgungsmodelle, mit denen effektiv 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 ist einfach zu bewerkstelligen, weil keine wirkliche Ergebnisverantwortung der Kasse besteht (siehe oben).

Voraussetzung 4: Die durch eine bessere Schadensvermeidung oder -abwicklung erzielbaren Kostenvorteile sind höher als die Kosten, die durch Risikoselektion oder Leistungsrationierung zu erzielen sind

Damit es für die einzelne Krankenkasse attraktiv erscheint, langfristig in eine Optimierung ihres eigenen Gesundheitsnetzwerkes zu investieren, muss der (im gleichen Zeitraum bei gleichem Aufwand) erzielbare Kostenvorteil grösser sein, als Kostenvorteile, die durch Risikoselektion oder durch Leistungsrationierung bei bestehenden Versicherten zu erzielen sind. Das ist heute aus mehreren Gründen nicht der Fall:

Erstens ist die Optimierung der Gesundheitsversorgung ein mühevolleres Geschäft ist, das viel Vertrauen, Stabilität und einen langen Atem erfordert, d.h. erst langfristig nennenswerte Kostenvorteile bringt.

Zweitens verfügen die Krankenkassen heute nicht über die notwendigen Behandlungsnetze (siehe oben).

Drittens ist der heutige Risikoausgleich absolut ungenügend. Laut einer Studie von Konstantin Beck et al.³ sind mit dem heutigen Risikoausgleich für die Versicherer Kosteneinsparungen von bis zu 57% möglich, wenn sie nur gute Risiken führen, und von bis zu 32%, wenn sie alle schlechten Risiken an die Konkurrenz vertreiben. Bei den aktuell im Ständerat diskutierten Verbesserungen des Risikoausgleichs bleiben

die durch Rosinenpickerei erzielbaren Einsparungen mit 31% (nur gute Risiken), resp. 19% (alle schlechten Risiken loswerden) beträchtlich. Diese Zahlen bestätigen viertens, dass bei jedem ex ante bekannten Risikoausgleich immer noch attraktive 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 P.Krugman⁴ 22% der Kosten. Es ist also nachvollziehbar, dass es für die Krankenkassen auch bei einem stark verbesserten Risikoausgleich marginal interessanter bleibt, teure Risiken durch schlechte Behandlung an die Konkurrenz abzuschieben und gute Risiken anzulocken, als eine effektive Optimierung der Gesundheitsversorgung zu betreiben.

Voraussetzung 5: Die Krankenkassen sind gezwungen, die erzielten Kostenvorteile an die Versicherten weiterzugeben

Damit sich gute Krankenkassen mit effizienten Behandlungsmethoden am Markt durchsetzen, müssten sie ihre Kostenvorteile in Form von günstigen Prämien an die Versicherten weitergeben und damit ihre Attraktivität steigern. Im Kassenmarkt besteht seitens der Anbieter aber kein Interesse an günstigen Prämien, weil sie sonst mit einer Flut von Versicherten konfrontiert werden, die überdurchschnittlich preissensitiv und darum mit niedrigen Einkommen und höheren Risiken belastet sind (siehe z.B. Sozialhilfeempfänger). Insbesondere kleine und mittelgrosse günstige Krankenkassen können 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 alleine ist bereits bei einer hoch standardisierten Dienstleistung (Bank-Hypothek, Privathaftpflicht) schon eine grosse Herausforderung. Versicherte müssen aber zusätzlich auch in der Lage sein, die Kasse zu wechseln, was bei schlechten Risiken zum administrativen Spiessrutenlauf werden kann, und von Vielen auch wegen befürchteten Komplikationen mit bestehenden Zusatzversicherungen gescheut wird.

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 sind darum auf das zu beschränken, wofür sie verantwortlich sind: die Kontrolle und Bezahlung von Rechnungen. Risikoselektion muss mit einem gemeinsamen Risiko-, resp. Leistungspool aller Kassen unterbunden werden. Die Konkurrenz zwischen den Kassen soll auf die administrative Abwicklung des KVG beschränkt werden.

Versicherungskonkurrenz auch in anderen Bereichen 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 Jäger¹ 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. Dazu kommt, dass die SUVA in ihren Branchen (und mit ihren Verwaltungskosten) eine intensive und erfolgreiche Präventionstätigkeit betreibt, die von den Privatversicherern aufgrund ihrer auf die eigenen Versicherten beschränkten Verantwortung nicht für lohnend gehalten wird.

Für die Gebäudeversicherung (öffentliche Monopolanstalten in 19 von 26 Kantonen) hat Prof. Von Ungern-Sternberg² von der Universität Lausanne eine Untersuchung über die Privatisierung der öffentlichen Versicherungsanstalten im Jahr 1992 in Deutschland angestellt. Vor der Privatisierung lagen die Prämien der öffentlichen Anstalten 50% unter denen der privaten Konkurrenz, wobei die öffentlichen Anstalten zusätzlich eine wesentliche Präventionstätigkeit abdeckten und z.T. auch Naturereignissen mitversicherten. Nach der Privatisierung stiegen die Prämien um 35-75%, während die Ausgaben für Prävention um mehr als die Hälfte gefallen sind. In der Schweiz beträgt das Prämienniveau der öffentlichen Monopole 64 Rp./1000.- Versicherungssumme gegen 109 Rp. bei den Privaten. Die Prämien der öffentlichen Monopole sind 41% günstiger als diejenigen der privaten Versicherungen.- Die öffentlichen Anstalten geben hierzulande mehr als das Doppelte für Prävention aus (13.4 gegen 6 Rp./1000.- VS).

Auch in der individuell bemessenen Altersvorsorge (BVG) sind die von privaten Lebensversicherern geführten Sammelstiftungen regelmässig teurer (Verwaltungskosten) und weniger effizient (Kapitalerträge) als autonome (Non Profit) Pensionskassen, und noch viel weniger effizient als grosse öffentliche Pensionskassen. Bei den Verwaltungskosten liegen die "Autonomen" zumeist zwischen 200 und 300 Franken, während die Privaten zwischen 500 und 800 Franken pro Versicherten und Jahr 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." (NZZ am Sonntag 26.3.06).

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

- Versicherungen haben unter Konkurrenzbedingungen hohe Kundenwerbungs- und Repräsentationskosten (gilt wegen der höheren Vertragssummen und –margen speziell beim Kapitaldeckungsverfahren);
- Aufgrund der beschränkten Abdeckung lohnen sich weder Prävention, 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;
- Für die Schadensabwicklung keine teuren Infrastrukturen notwendig sind;
- Das Umlageverfahren praktiziert wird, resp. Kapitalerträge keine grosse Bedeutung haben (höhere Transparenz, kleinere Vertragssummen);
- Die Missbrauchsbekämpfung wesentlicher Teil des Geschäftes ist.

Beispielhaft seien hier Hausrat/Diebstahl- oder Motorfahrzeugversicherungen genannt.

- 1 Jäger, Franz: Kosten-Nutzen-Analyse zur obligatorischen Unfallversicherung, FEW-HSG, St. Gallen, August 2004
- 2 Von Ungern-Sternberg, Thomas: Die Abschaffung der Monopole in der deutschen Gebäudeversicherung: Lehren für die Schweiz, Universität Lausanne Discussion Paper 00.05
- 3 Beck, Konstantin et al.: Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung, Bern, 2006
- 4 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