



Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas

Auswirkungen des KVG auf die Versicherten

Forschungsbericht Nr. 6/01

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autoren: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten,
Jean-Claude Eggimann
Infras
Gerechtigkeitsgasse 20
8039 Zürich
Tel. 01/205 95 95
Fax 01/205 95 99
E-mail: zuerich@infras.ch

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Effingerstrasse 35
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
Fax 031/324 06 75
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch
Internet: www.bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-30-5

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung
eines Belegexemplares an das Bundesamt für
Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz

Bestellnummer: 318.010.6/01 d 3.01 400



Bundesamt für Sozialversicherung

**A u s w i r k u n g e n d e s K V G a u f
d i e V e r s i c h e r e r**

ausgearbeitet durch

INFRAS, Zürich

in Zusammenarbeit mit

J.C. Eggimann, Ballens

Stephan Hammer
Raffael Pulli
Rolf Iten
Jean-Claude Eggimann

Zürich, Februar 2001

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurde das Verhältnis zwischen staatlicher Regulation und Zulassen von Marktmechanismen verändert. Mit der liberaleren Ausgestaltung des Rahmens sollte den Versicherern ein Verhalten ermöglicht werden, das zu mehr Professionalität und verbesserter Kostenkontrolle führt und damit letztlich zur Stabilisierung der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung beiträgt. Merkmale dieser Liberalisierung sind beispielsweise die Zulassung privater Versicherungsgesellschaften, die Möglichkeit, Sonderverträge abzuschliessen und die gesetzliche Verankerung von alternativen Versicherungsformen.

Andererseits hat der Gesetzgeber den Rahmen für das Marktverhalten auch klar eingegrenzt, um zu vermeiden, dass ein zweites Hauptziel des KVG, die Solidarität zwischen den Versicherten, eingeschränkt oder verletzt wird. Die Pflicht, jede Versicherte und jeden Versicherten aufzunehmen, die Einheitsprämie, die Vereinheitlichung des Leistungsumfangs oder die Verankerung des Risikoausgleichs sind solche Markteinschränkungen, welche die Versicherer in ihrer Freiheit stark einschränken, ohne welche aber beispielsweise Chronischkranke keine Chance hätten, zu tragbaren Bedingungen eine Versicherung abzuschliessen zu können.

Das vorliegende Projekt lotet die Bandbreite der neuen Möglichkeiten von Versicherern im Bereich der sozialen Krankenversicherung aus und untersucht, inwiefern sich das Verhalten der Versicherer durch das Gesetz verändert hat. Neben der Auswertung von Dokumenten werden vor allem Gespräche mit verschiedenen Akteuren, insbesondere aber mit Versicherern geführt und ausgewertet.

Der Bericht zeigt auf, dass das KVG zusammen mit dem Kostendruck und den gestiegenen gesellschaftlichen Erwartungen starke Veränderungen bei den Versicherern bewirkt und deren Professionalisierung beschleunigt hat. Es wird ein Wandel von verwaltungs- zu marktorientierten Unternehmen konstatiert. Konsequenterweise werden die vielen im Bericht festgestellten mangelhaften Wirkungen von der Mehrzahl der Versicherer auf Markteinschränkungen im Gesetz zurückgeführt und entsprechend beklagt. In der Tat sind trotz der wichtigen Impulse viele Erwartungen, die in das Verhalten der Versicherer gesetzt wurden, noch nicht erfüllt worden. Die Kritik der Versicherer muss daher Ernst genommen und bei den anstehenden (Teil)Revisionen in Betracht gezogen werden. Der Bericht soll dazu einen Beitrag leisten.

Aus staatlicher Sicht gilt es bei der Beurteilung solcher Kritik und von Vorschlägen wie jener nach einer Änderung des Risikoausgleichs, einer Einschränkung des Leistungsausbaus oder der Abschaffung des Kontrahierungszwangs aber immer auch das Verhältnis zu andern zentralen Zielsetzungen des KVG zu berücksichtigen, die angemessene Versorgung aller Versicherten mit qualitativ hochstehenden medizinischen Leistungen und die Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten.

Martin Wicki, Projektleiter
Fachdienst Wirtschaft Grundlagen Forschung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a modifié le rapport entre la régulation par l'Etat et le recours aux mécanismes de marché. Les mesures de libéralisation devaient permettre aux assureurs d'agir avec davantage de professionnalisme tout en améliorant le contrôle des coûts. Cela devait contribuer à une stabilisation de l'évolution des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie. Les caractéristiques de cette libéralisation sont par exemple l'admission de compagnies d'assurance privées, la possibilité de conclure des contrats particuliers et l'inscription dans la loi de formes d'assurance alternatives.

Par ailleurs, le législateur a également fixé des limites claires à l'application des lois du marché afin d'éviter qu'un deuxième objectif essentiel de la LAMal, à savoir la solidarité entre les assurés, ne soit restreint ou violé. L'obligation pour les assureurs d'accepter toute personne qui le demande, les primes uniques, l'uniformisation de l'étendue des prestations ou la compensation des risques: telles sont les limites imposées au marché qui restreignent fortement la liberté des assureurs, sans lesquelles les malades chroniques ne pourraient pas conclure une assurance à des conditions supportables.

Le présent projet sonde toute la gamme des nouvelles possibilités offertes aux assureurs dans le domaine de l'assurance-maladie sociale et examine jusqu'à quel point la loi a modifié le comportement des assureurs. Les auteurs de l'étude se sont basés sur différents documents, mais surtout sur des entretiens qu'ils ont eu avec divers acteurs de la santé, plus particulièrement avec des assureurs.

Le rapport montre que la LAMal, associée à une pression sur les coûts et à une croissance des attentes de la société, a modifié de façon importante le comportement des assureurs dont elle a accéléré la professionnalisation. On a en effet constaté qu'auparavant ils agissaient comme des administrations, mais qu'aujourd'hui leur référence, c'est le marché. Par suite, la majorité des assureurs attribuent les nombreux problèmes constatés dans le rapport aux limitations de marché figurant dans la loi et le déplorent. En réalité, malgré d'importantes impulsions, bien des attentes placées dans le comportement de assureurs n'ont pas encore été satisfaites. Il convient donc de prendre au sérieux cette critique faite par les assureurs et d'en tenir compte dans les révisions (partielles) qui s'annoncent. Le rapport doit y contribuer.

Lors de l'évaluation d'une telle critique et certaines propositions (modifier la compensation des risques, limiter l'extension des prestations, supprimer l'obligation de contracter), l'Etat ne doit cependant pas perdre de vue d'autres objectifs centraux de la LAMal: fournir des soins appropriés à tous les assurés grâce à des prestations médicales de qualité élevée et renforcer la solidarité entre les assurés.

Martin Wicki, chef de projet

Service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Con l'introduzione della legge sull'assicurazione malattie (LAMal) si è voluto modificare il rapporto tra regolamentazione statale e apertura a meccanismi di mercato. Il quadro più liberale dovrebbe permettere agli assicuratori di assumere un comportamento volto a una maggiore professionalità e a un miglior controllo dei costi, contribuendo così a stabilizzare l'evoluzione dei costi nel settore dell'assicurazione malattie. La liberalizzazione introdotta è caratterizzata ad esempio dall'ammissione di società d'assicurazione private, dalla possibilità di stipulare contratti speciali e dalle forme d'assicurazione alternative statuite per legge.

D'altro canto, però, il legislatore ha definito chiaramente i limiti del mercato per evitare che la solidarietà tra gli assicurati, secondo obiettivo fondamentale della LAMal, venga intaccata o compromessa. L'obbligo di affiliare ogni assicurato che lo desidera, il premio unitario, la standardizzazione delle prestazioni e la compensazione dei rischi stabilita per legge sono restrizioni del mercato che limitano la libertà degli assicuratori, ma allo stesso tempo consentono, ad esempio, ai malati cronici di stipulare un'assicurazione a condizioni sostenibili.

Il presente progetto passa al setaccio le nuove possibilità degli assicuratori nell'ambito dell'assicurazione malattie sociale e esamina in quale misura è mutato il loro comportamento dall'introduzione della nuova legge. Oltre alla valutazione di documenti, vengono soprattutto tenuti e poi analizzati colloqui con vari operatori del settore sanitario, in particolare con gli assicuratori.

Il rapporto mostra come la LAMal, unitamente alla pressione dei costi e alle aspettative sociali più elevate, abbia comportato grandi cambiamenti tra gli assicuratori e contribuito ad accelerarne la professionalizzazione. Le aziende sono passate da un orientamento amministrativo a un comportamento improntato al mercato. La maggior parte degli assicuratori ritiene quindi che i numerosi effetti negativi rilevati dal rapporto siano riconducibili alle limitazioni del mercato volute dalla legge e li denuncia di conseguenza. In effetti, nonostante gli importanti incentivi, il comportamento degli assicuratori è ancora inferiore alle aspettative. Le critiche degli assicuratori devono quindi essere prese in seria considerazione, in particolare nelle revisioni parziali previste per il futuro prossimo. Con il rapporto si intende dare un contributo in questo senso.

Lo Stato, però, valutando critiche e proposte come la modifica della compensazione dei rischi, la limitazione dell'ampliamento delle prestazioni o la soppressione dell'obbligo di contrarre, deve sempre tener conto anche degli altri obiettivi fondamentali della LAMal, ossia l'assistenza adeguata con prestazioni sanitarie di alta qualità per tutti gli assicurati e il rafforzamento della solidarietà tra gli assicurati.

Martin Wicki, responsabile del progetto

Servizio specializzato economia, questioni fondamentali e ricerca

Foreword by the Federal Social Insurance Office

Switzerland's new health insurance law (Law on Sickness Insurance/Krankenversicherungsgesetz KVG) fundamentally modified the balance between state regulation and market forces in the health insurance sector. It adopted a more liberal framework in order to encourage insurers to become more professional and cost-efficient, and lastly help curb health costs. The new law admitted private insurance companies, made it possible to take out special insurance policies, and provided for alternative insurance models.

On the other hand, to avoid that the second main objective of the KVG, i.e. solidarity between the insured, be curtailed or threatened, the law sets strict boundaries to the rule of the market. The obligation to insure every individual irrespective of age, sex, etc., the flat rate premium per insurer, standardised benefits, and the introduction of risk compensation, all significantly limit the insurers' freedom. Yet without these limitations, the chronically ill, for example, would hardly stand a chance of taking out health insurance at viable cost.

The present study examines the room for manoeuvre open to insurers in respect of the basic insurance scheme, and the extent to which the law has modified their conduct. It is based on an evaluation of relevant documents, interviews of various concerned parties, especially insurers, and evaluations of these interviews.

The report shows that, coupled with rising cost pressure and higher user expectations, the KVG has significantly modified insurers' conduct and made them operate more professionally. Insurance companies are increasingly market-oriented, and less guided by traditional public sector considerations than in the past. Thus, it comes as no surprise that most insurers blame the limits imposed by the new law for its relatively low impact. It is true that, in spite of some significant innovations, many of the changes in insurers' conduct that were expected as a result of the KVG have not occurred. It follows that criticism voiced by the insurance industry should be lent an ear, and accounted for in the coming partial legislative revisions. The report should contribute to this aim.

From the point of view of the state, critical evaluations of the law, as well as recommendations to modify risk compensation, to limit the catalogue of services covered, or do away with obligatory coverage of physicians' services (Kontrahierungszwang), must always be examined for their impact on other major KVG objectives, such as the adequate provision of quality health services to all insured, and solidarity.

Martin Wicki, Head of Project,
Economics, Concepts and Research Special Unit

Inhalt

| | |
|--|------|
| Zusammenfassung..... | Z-1 |
| Résumé | Z-13 |
| Riassunto | Z-25 |
| Summary | Z-37 |
| | |
| 1. Einleitung..... | 1 |
| 1.1. Ausgangslage | 1 |
| 1.2. Zielsetzung und Fragestellungen..... | 1 |
| 1.3. Methodik..... | 2 |
| 1.3.1. Evaluationskonzept | 2 |
| 1.3.2. Forschungsmethoden und Vorgehen..... | 7 |
| 1.4. Aufbau des Berichts | 11 |
| | |
| 2. Veränderung des Handlungsspielraums der Versicherer..... | 13 |
| 2.1. Krankenversicherungsgeschäft..... | 13 |
| 2.2. Änderungen der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen..... | 21 |
| 2.2.1. Die Krankenversicherung unter dem KUVG..... | 21 |
| 2.2.2. Der neue Geist des KVG..... | 22 |
| 2.3. Änderungen für die Versicherer..... | 25 |
| 2.3.1. Unternehmensform..... | 26 |
| 2.3.2. Finanzierung | 26 |
| 2.3.3. Verwaltungsvorschriften..... | 27 |
| 2.4. Beziehung zu den Versicherten | 27 |
| 2.4.1. Risikoselektion..... | 27 |
| 2.4.2. Versicherungsformen | 29 |
| 2.4.3. Prämien-gestaltung | 30 |
| 2.5. Beziehungen zu den Leistungserbringern | 31 |
| 2.5.1. Tarifverhandlungen | 31 |
| 2.5.2. Tarifarten | 32 |
| 2.5.3. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen..... | 33 |
| 2.6. Beziehungen zu den andern Versicherern..... | 34 |

| | | |
|--------|---|----|
| 2.7. | Beziehungen zu den Behörden..... | 34 |
| 2.7.1. | Bundesbehörden | 34 |
| 2.7.2. | Kantone | 36 |
| 2.8. | Vergleichende Beurteilung des Handlungsspielraumes | 36 |
| 2.9. | Erwartete Verhaltensänderungen seitens der Versicherer..... | 38 |
| 2.9.1. | Grundsätzliche Verhaltensänderungen..... | 38 |
| 2.9.2. | Innerbetriebliche Veränderungen | 39 |
| 2.9.3. | Verhalten gegenüber den Versicherten | 39 |
| 2.9.4. | Verhalten gegenüber den Leistungserbringern..... | 40 |
| 2.9.5. | Verhalten gegenüber anderen Versicherern | 40 |
| 2.9.6. | Verhalten gegenüber den Behörden | 40 |
| 2.9.7. | Einfluss auf die Kostenentwicklung und die übrigen Ziele des KVG | 41 |
| 3. | Verhaltensänderungen der Versicherer | 43 |
| 3.1. | Innerbetriebliche Veränderungen..... | 43 |
| 3.1.1. | Wettbewerbsstrategien der Versicherer | 43 |
| 3.1.2. | Unternehmenskultur | 53 |
| 3.1.3. | Organisation, Mitarbeiter und Know-how | 55 |
| 3.1.4. | Marketing und Informatik..... | 61 |
| 3.2. | Verhalten gegenüber den Versicherten..... | 64 |
| 3.2.1. | Kundenorientierung und Dienstleistungsqualität..... | 64 |
| 3.2.2. | Alternative Versicherungsmodelle..... | 66 |
| 3.2.3. | Gesundheitsförderung | 69 |
| 3.2.4. | Risikoselektion | 70 |
| 3.2.5. | Öffentlichkeitsarbeit und Werbung | 73 |
| 3.3. | Verhalten gegenüber den Leistungserbringern..... | 74 |
| 3.3.1. | Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen | 74 |
| 3.3.2. | Fall- und Diseasesmanagement..... | 77 |
| 3.3.3. | Tarifverhandlungen und Sonderverträge | 79 |
| 3.4. | Beziehungen zu anderen Versicherern | 80 |
| 3.4.1. | Wettbewerbsverhalten | 81 |
| 3.4.2. | Kooperationen..... | 82 |
| 3.4.3. | Absprachen..... | 85 |
| 3.4.4. | Verbände..... | 86 |
| 3.5. | Beziehungen zu den Behörden..... | 88 |
| 3.5.1. | Kantone | 88 |
| 3.5.2. | Bund..... | 89 |
| 3.6. | Fazit..... | 91 |
| 4. | Veränderung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern..... | 99 |
| 4.1. | Konzept zur Messung der Wettbewerbsintensität | 99 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.2. | Marktstruktur..... | 103 |
| 4.2.1. | Konzentrationsgrad und Marktanteile..... | 103 |
| 4.2.2. | Regionale Marktausdehnung | 106 |
| 4.2.3. | Kooperationen | 109 |
| 4.2.4. | Markttransparenz..... | 110 |
| 4.2.5. | Marktschranken..... | 111 |
| 4.3. | Marktverhalten | 112 |
| 4.4. | Marktergebnisse..... | 114 |
| 4.4.1. | Versicherungsangebote | 114 |
| 4.4.2. | Veränderung der Wettbewerbsposition der Versicherer | 115 |
| 4.4.3. | Wechselquote der Versicherten..... | 128 |
| 4.5. | Beurteilung des Wettbewerbs durch die Versicherer..... | 130 |
| 4.6. | Fazit | 132 |
| 5. | Einfluss der Versicherer auf die Gesundheitskosten | 135 |
| 5.1. | Entwicklung der Gesundheitskosten..... | 136 |
| 5.1.1. | Kosten der gesamten Gesundheitsversorgung | 136 |
| 5.1.2. | Kostenentwicklung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung | 137 |
| 5.2. | Einfluss der Versicherer auf die Kostenentwicklung | 142 |
| 5.2.1. | Kostenkontrolle, Fall- und Diseasemanagement..... | 143 |
| 5.2.2. | Tarifierung..... | 144 |
| 5.2.3. | Alternative Versicherungsmodelle und Gesundheitsförderung..... | 146 |
| 5.2.4. | Beeinflussung der Leistungserbringer | 146 |
| 5.2.5. | Verwaltungskosten | 147 |
| 5.2.6. | Einfluss auf die übrigen Zielsetzungen des KVG..... | 149 |
| 5.3. | Fazit | 150 |
| 6. | Gesamtbeurteilung und Empfehlungen | 153 |
| 6.1. | Professionalisierung | 154 |
| 6.2. | Wettbewerbsverhalten..... | 156 |
| 6.3. | Wettbewerbsintensität | 159 |
| 6.4. | Beeinflussung der Gesundheitskosten | 160 |
| 6.5. | Übrige Ziele des KVG | 161 |
| 6.6. | Perspektiven..... | 162 |

| | |
|---|-----|
| Anhang | 165 |
| Anhang 1: Interviewpartner | 167 |
| Anhang 2: Durchschnittsprämien und Nettoleistungen in den Kantonen Graubünden, Bern und Waadt..... | 172 |
| Glossar | 175 |
| Literatur..... | 179 |

Zusammenfassung

Zielsetzung

Die vorliegende Wirkungsanalyse befasst sich mit den Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) auf die Versicherer. Die Untersuchung hat eine synthetisierende Funktion, in dem bestehende Evaluationsergebnisse durch eigene Analysen und Befragungen gezielt ergänzt werden. Mit der Untersuchung sollen folgende Fragen geklärt werden:

- Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind bei den Versicherern aufgrund des KVG festzustellen?
- Wie hat sich das Verhalten der Versicherer gegenüber den Versicherten und den Leistungserbringern geändert?
- Wie haben sich die Beziehungen der Versicherer untereinander verändert?
- Hat das KVG insgesamt zu einer Veränderung des Wettbewerbsverhaltens der Versicherer und dadurch zu einer Erhöhung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern geführt?
- Inwiefern haben die Versicherer mit ihren Verhaltensänderungen einen Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten geleistet? Wie haben sich die Verhaltensänderungen auf die übrigen Zielsetzungen des KVG (Stärkung der Solidarität, qualitativ hochstehende Leistungen) ausgewirkt?

Methodik

Die Beurteilung der Wirkungen erfolgt in zwei Schritten:

1. Beurteilung mittels eines Vorher/Nachher-Vergleichs zwischen den Situationen unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) und dem KVG, inwiefern sich der Handlungsspielraum der Versicherer, ihr Wettbewerbsverhalten, die Wettbewerbsintensität sowie die Kosten der Leistungserbringer verändert haben.
2. Beurteilung, welchen Einfluss das KVG auf die festgestellten Veränderungen der Versicherer ausgeübt hat (kausale Analyse).

Folgendes mehrstufige Vorgehen wurde gewählt:

- Analyse der durch das KVG bewirkten Veränderungen des Handlungsspielraumes der Versicherer.

- Auswertung bestehender Wirkungsanalysen.
- Kurzfallstudien bei 23 Versicherern mittels persönlicher Interviews und der Analyse von Geschäftsberichten zur Untersuchung des Wettbewerbsverhaltens der Versicherer.
- 7 ergänzende persönliche Interviews mit Versichererverbänden und den Behörden sowie Auswertung von 10 Protokollen der im Rahmen der Analyse der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) geführten Interviews mit Versichererverbänden.
- Analyse des Krankenversicherermarktes (Markstruktur und Marktergebnisse) anhand der Prämienhebungsdaten des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) zur Beurteilung der Wettbewerbsintensität.

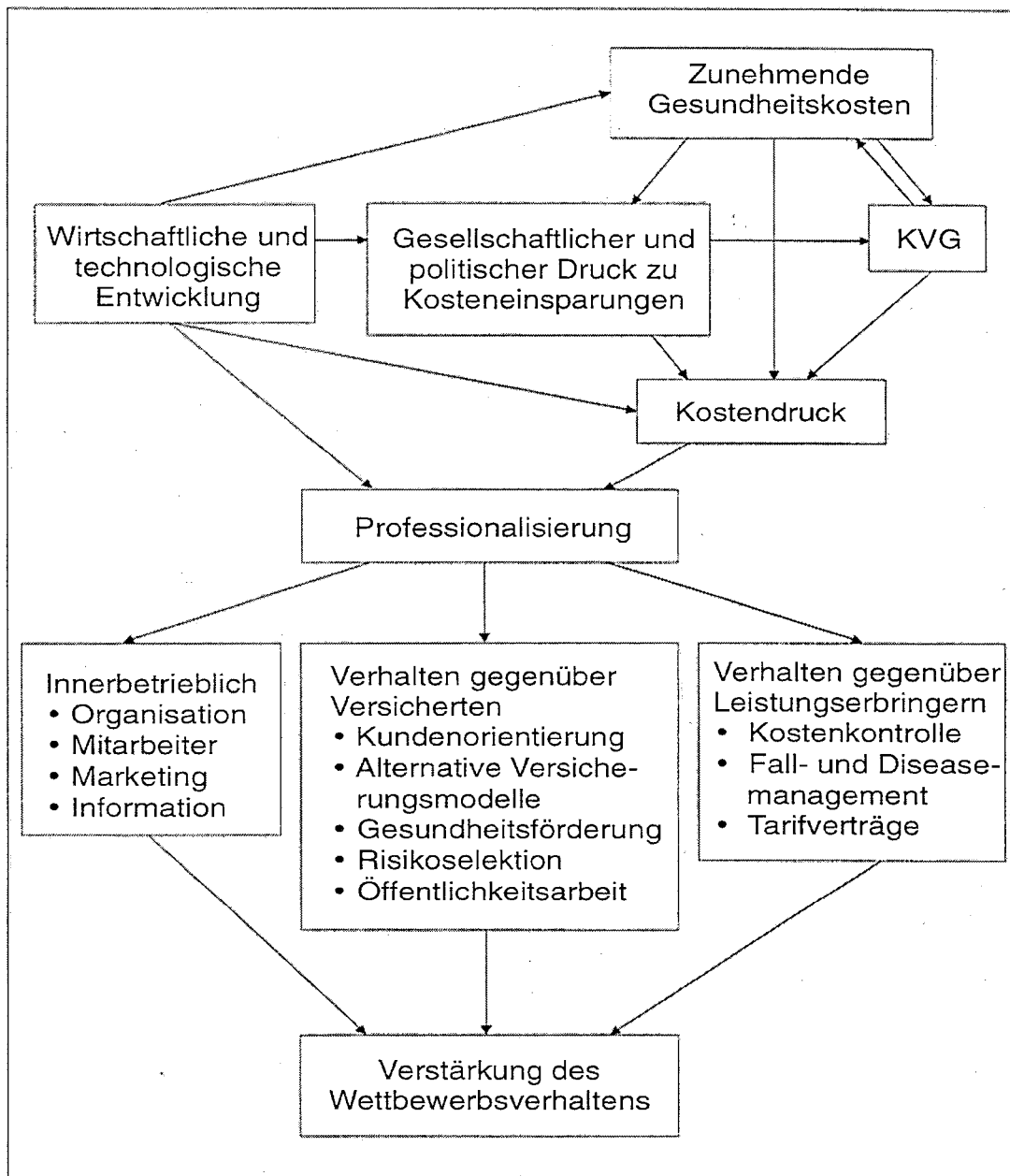
Auswirkungen des KVG auf das Verhalten der Versicherer

Das KVG hat den unternehmerischen Handlungsspielraum der Versicherer nicht grundlegend verändert. Der Handlungsspielraum ist durch die Festlegung des Versicherungsprodukts (homogener Leistungskatalog) und der Produktstrukturen (bspw. Franchisen, Rabatte, etc.) sowie des Einflusses auf die Preisgestaltung weiterhin stark eingeschränkt. Die wichtigsten mit dem KVG einhergehenden Veränderungen für die Versicherer sind die folgenden:

- Die steigenden Gesundheitskosten und die zunehmende Entsolidarisierung führte zu einem öffentlichen und politischen Druck zur Erzielung von Kosteneinsparungen.
- Die Gestaltung der Versicherungsprodukte und das Wettbewerbsverhalten der Versicherer werden durch die Einheitsprämie und die volle Wahlfreiheit der Versicherten (Freizügigkeit) massgeblich beeinflusst. So sind Kollektivversicherungen, die Begrenzung des Versichertenkollektivs auf eine geschlossene Gruppe (Bspw. Verein) oder die risikogerechte Ausgestaltung der Prämien nicht mehr möglich.
- Die Verankerung eines auf zehn Jahre befristeten Risikoausgleichs (nach Alter und Geschlecht) und die Wahlfreiheit der Versicherten (Freizügigkeit) beeinflussen die Möglichkeiten der Versicherer zur Risikoselektion.
- Die besonderen Versicherungsmodelle (wählbare Franchise, Bonusversicherung und alternative Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer) sind definitiv eingeführt worden.

- Die neue Regelung der Spitalfinanzierung, die vorsieht, dass die Vergütung der Versicherer an die anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung der subventionierten Spitäler höchstens 50% betragen darf, beeinflusst die Tarifverhandlungen.
- Der Verbandszwang (resp. das Sondervertragsverbot) ist aufgehoben worden. Damit können die Versicherer eigene vom Verband unabhängige Verträge mit den Leistungserbringern abschliessen.

Auslöser für die Verhaltensänderungen der Versicherer sind in erster Linie die zunehmenden Gesundheitskosten, die sich in der Prämienentwicklung widerspiegeln. Die Zunahme der von den Versicherern zu übernehmenden Kosten der Leistungserbringer ist einerseits KVG-bedingt (Ausbau des Leistungskatalogs, Aufheben der direkten Subventionen, Kostenverlagerung von den Kantonen zu den Versicherern) und andererseits von den Ansprüchen der Versicherten, der technischen Entwicklung und dem Verhalten der Leistungserbringer abhängig. Die steigenden Gesundheitskosten haben zu einem verstärkten politischen und gesellschaftlichen Druck zu kostenein-dämmendem Verhalten und zu einem wirtschaftlichen Kostendruck auf die Versicherer geführt. Dieser Kostendruck hat die Professionalisierung der Versicherer von verwaltungs- zu marktorientierten Unternehmen gefördert und zusammen mit den neuen Bestimmungen des KVG (siehe oben) zu bedeutenden innerbetrieblichen Veränderungen und Verhaltensänderungen gegenüber den Versicherten und den Leistungserbringern geführt. Die Verhaltensänderungen haben insgesamt zu einer Verstärkung des Wettbewerbs geführt (vgl. Figur Z-1).



Figur Z-1: Einflussfaktoren und Auswirkungen des KVG: Die wirtschaftliche Entwicklung, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, der politische und gesellschaftliche Druck sowie das KVG führen zu einem Kostendruck bei den Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der die Professionalisierung in allen Unternehmensbereichen beschleunigt und das Wettbewerbsverhalten verstärkt.

Im Folgenden werden der Einfluss des KVG auf die Professionalisierung, das Wettbewerbsverhalten und die Wettbewerbsintensität dargestellt.

Professionalisierung

Das KVG hat durch den erhöhten Kostendruck und die neuen Anforderungen die Professionalisierungstendenz bei den Versicherern beschleunigt und zu innerbetrieblichen Änderungen, zu einer verstärkten Kundenorientierung und Verbesserung der Dienstleistungsqualität geführt:

- Bei den Versicherern ist generell ein Kulturwandel von der „Kasse“ zum modernen Versicherer feststellbar, der durch das KVG beschleunigt wurde. Dieser Wandel der Unternehmenskultur konzentriert sich hauptsächlich auf die grossen Versicherer.
- Viele grosse Versicherer haben ihre Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe grundlegend überprüft und optimiert, um die Kundenorientierung zu verbessern. Bei den mittleren und kleinen Versicherern stand vor allem der Ausbau der Organisation aufgrund eines steigenden Mitgliederbestandes und die Anpassung der Arbeitsabläufe im Vordergrund.
- Die Versicherer haben ihre Fachkompetenz verstärkt. Die sehr grossen und teilweise auch die grossen Versicherer haben sich neues Know-how in den Bereichen Managed Care und Leistungseinkauf, Management und Informatik eingekauft. Die Schulungsangebote sind ausgebaut worden. Die nebenamtliche Erwerbstätigkeit ist aufgrund der gestiegenen Anforderungen zurückgegangen.
- Die grossen Versicherer haben ihre Marketinganstrengungen wesentlich verstärkt und systematisiert, was u.a. auch auf die Zusatzversicherungen zurückzuführen ist. Neben regelmässigen Marktanalysen sind die internen Datengrundlagen und -auswertungen mit dem Aufbau von Datawarehouses verbessert worden. Bei den mittleren und kleinen Versicherern hat das KVG höchstens zu einer Verbesserung des regional ausgerichteten Marketings beigetragen.
- Die Versicherer haben wesentlich in neue Informatiklösungen investiert. Die Anforderungen des KVG (insbes. TarMed) haben diese Entwicklung beschleunigt.
- Das KVG hat neben den gestiegenen Anforderungen der Kunden und dem vermehrten Wettbewerb über die Dienstleistungen die Kundenorientierung und die Dienstleistungsqualität der Versicherer erhöht. Verbessert haben sich die Intensität der Kundenkontakte sowie die Kundeninformation und -beratung. Die Auszahlung der Rechnungen wurde beschleunigt.
- Die Öffentlichkeitsarbeit und die politische Einflussnahme haben mit dem KVG bei allen Versicherern an Bedeutung gewonnen. Insbesondere die grossen Versi-

cherer haben die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert und professionalisiert und die Imagepflege verstärkt.

Die Professionalisierung ist bei den Versicherern unterschiedlich fortgeschritten. Sie ist jedoch angesichts der Zeit, die ein Unternehmenswandel benötigt und des grossen zusätzlichen Potenzials weiterhin verbesserungsfähig.

Wettbewerbsverhalten

Die Versicherer verhalten sich mit dem KVG verstärkt wettbewerbsfähig. Der Wettbewerb wird jedoch in erster Linie über die Prämien und die Risikoselektion geführt und hat sich damit nicht wesentlich verändert. Angestrebt wird ein moderates „qualitatives“ Wachstum. Die Risikoselektion hat mit der Freizügigkeit, der Einheitsprämie und dem Kostendruck tendenziell zugenommen. Die Dienstleistungsqualität und das Image haben eine grössere Bedeutung im Wettbewerb erhalten. Das aktive Kostenmanagement, die alternativen Versicherungsmodelle sowie der Wettbewerb in der Tarifierung spielen in den Wettbewerbsstrategien der Versicherer eine untergeordnete Rolle:

- Die Kostenkontrolle wurde aufgrund des zunehmenden Kostendrucks zwar verbessert, ist jedoch durch die Beschränkung auf die formale Rechnungskontrolle weiterhin lückenhaft. Auf eine Überprüfung der Angemessenheit und der Zweckmässigkeit der Behandlungen (Wirtschaftlichkeitskontrolle) wird aufgrund der unvollständigen Datenlage (fehlende Diagnosecodes) praktisch verzichtet. Zudem beschränkt sich die Rechnungskontrolle vor allem auf den stationären Bereich. Die elektronische Leistungsabrechnung wird nur bei einem geringen Teil der Rechnungen durchgeführt.
- Das Fall- und das Disease Management werden nur von den grossen Versicherern durchgeführt und befinden sich noch in der Erprobungsphase.
- Massnahmen zur Gesundheitsförderung werden von den sehr grossen Versicherern durchgeführt, wenn auch aufgrund der unsicheren und erst längerfristigen Wirkungen sowie der Freizügigkeit nur in bescheidenem Rahmen. Sie haben sich nicht zu einem zentralen Instrument der Versicherer zur Kostenbeeinflussung entwickelt.
- Die alternativen Versicherungsmodelle sind nicht entscheidend weiterentwickelt worden und haben sich nicht bedeutend verbreitet. Als Haupthemmnisse für die Verbreitung dieser Modelle wird genannt, dass sich die Versicherten nicht gerne

einschränken wollen und seitens der Leistungserbringer (v.a. der Ärzte) aufgrund des Kontrahierungszwangs wenig Bereitschaft besteht, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Die Versicherer sind sich über die Zweckmässigkeit der alternativen Modelle nicht einig, was zu einer Verunsicherung in diesem Bereich geführt hat.

- Die Versicherer üben zwar gemeinsam einen erhöhten Druck auf die Tarife aus, der tarifbezogene Wettbewerb hat sich jedoch mit der Aufhebung des Verbandszwangs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht verstärkt. Die Entkartellierung hat aufgrund der geringen Anreize für die Tarifpartner, verbandsunabhängige Tarifverträge abzuschliessen, nicht stattgefunden. Neue Tarifmodelle haben sich aufgrund der noch unklaren Auswirkungen bisher nicht breit durchgesetzt.

Das KVG hat durch die neuen Anforderungen zweckorientierte Kooperationen unter Versicherern gefördert, um deren Wettbewerbsposition zu verbessern. Während die Allianzen zwischen grossen Versicherern gescheitert sind, haben sich unter den mittleren, kleinen und teilweise auch grossen Versicherern Kooperationen in den Bereichen Leistungseinkauf, Managed Care und Zusatzversicherungen etabliert.

Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern

Die Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern hat sich seit Einführung des KVG erhöht, betrifft jedoch hauptsächlich den Wettbewerb um die guten Risiken. Profitiert haben vor allem die mittleren und kleinen Versicherer, die auf Kosten der grossen Versicherer marktanteilmässig stark zugelegt haben. Die Wettbewerbsintensität hat im Laufe der letzten Jahre seit der Einführung des KVG nicht zugenommen und befindet sich auf einem bescheidenen Niveau. Damit herrscht zwischen den Versicherern generell kein allzu grosser Konkurrenzkampf. Dies ist vor allem auf die hohe Regulungsdichte im obligatorischen Krankenversicherermarkt und Wettbewerbshemmnisse (v.a. Eingriff in die Prämien- und Tariffestsetzung sowie ungenügender Risikoausgleich) zurückzuführen.

Einfluss der Versicherer auf die Gesundheitskosten

Die Ausgaben für Leistungen, die durch die Versicherer im Rahmen der OKPV übernommen werden, nehmen unter dem KVG weiterhin zu und lagen im Jahr 2000 knapp 30% über den Ausgaben von 1996. Die Versicherer können die von ihnen zu übernehmenden Leistungskosten nur beschränkt beeinflussen. Während der Preis der Leistungen über die Tarifierung und die Rechnungskontrollen mitbeeinflusst werden kann, ist

die Lenkung der Menge über die alternativen Modelle und die Fallmanagementkonzepte wesentlich schwieriger. Die Versicherer haben die Kosten der Leistungserbringer bisher kaum beeinflusst. Sie haben damit die in sie gesetzten Erwartungen bisher nicht erfüllt. Die Leistungen der Versicherer bezüglich der Eindämmung der Gesundheitskosten kann wie folgt bilanziert werden:

- Durch die verstärkte Rechnungskontrolle konnten mehrere grosse Versicherer unternehmerisch relevante Einsparungen von bis zu 10% erzielen. Bei den mittleren und kleinen Versicherern liegen die erzielten Einsparungen tiefer und werden auf 2% bis 3% geschätzt.
- Von Fall- und Diseasemanagementkonzepten werden von den Versicherern relevante Einsparungen erwartet. Bisher sind die Einsparungen mehrheitlich nicht quantifizierbar.
- Der Tarifdruck seitens der Versicherer hat nicht zu relevanten Kosteneinsparungen, sondern zu Ausweichreaktionen seitens der Leistungserbringer (Kostenverlagerungen im stationären und Mengenausdehnungen im ambulanten Bereich) und zu einem Leistungs- und Qualitätsabbau (v.a. in den Bereichen Pflege, Ausbildung und teure Leistungen) geführt. Auch bei den neuen Tarifierungsformen ist davon auszugehen, dass diese hauptsächlich zu Ausweichreaktionen geführt haben.
- Die Einsparungen der alternativen Versicherungsmodelle betragen gemäss ersten Abschätzungen zwischen 10% und 15%. Aufgrund der geringen Verbreitung der Modelle muss ihr Einfluss auf die Leistungskosten jedoch als gering beurteilt werden.
- Von den bescheidenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung sind bisher kaum kosteneindämmende Wirkungen zu erwarten.
- Die Verwaltungskosten der Versicherer betragen durchschnittlich zwischen 6% und 7% der Nettoleistungen und sind damit im Vergleich zu denjenigen der Privatversicherer relativ tief. Die Verwaltungskosten sind mit der Einführung des KVG aufgrund der zusätzlichen administrativen Aufwendungen gestiegen, konnten anschliessend gesenkt werden und sind in den letzten Jahren wieder leicht angestiegen.

Die bisherigen Verhaltensänderungen der Versicherer gefährden die übrigen Ziele des KVG in beschränktem Masse:

1. Die weiterhin bestehende Risikoselektion läuft dem Solidaritätsziel entgegen.

2. Der erhöhte Kostendruck auf die Leistungserbringer kann das Qualitätsziel gefährden.

Gesamtbeurteilung und Empfehlungen

Von den Versicherern wird grundsätzlich erwartet, dass sie ihren bestehenden unternehmerischen Handlungsspielraum aktiv nutzen und dadurch zur Kosteneindämmung beitragen, ohne die übrigen Ziele des KVG zu gefährden. Sie sind insbesondere zu verstärktem wettbewerblichen Verhalten aufgefordert, das jedoch nicht über die Risikoselektion sondern hauptsächlich über Kostenmanagementmassnahmen erfolgen soll. Werden die festgestellten Verhaltensänderungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitskosten an diesen Erwartungen gemessen, haben die Versicherer die in sie gesetzten Erwartungen bisher weitgehend nicht erfüllt:

- Das KVG hat die Professionalisierungstendenz bei den Versicherern beschleunigt und zu einem verstärkten Wettbewerbsverhalten geführt. Der bisher erreichte Professionalisierungsgrad ist jedoch angesichts der weiter bestehenden Verbesserungspotenziale zu relativieren. Das Wettbewerbsverhalten hat sich nicht in die gewünschte Richtung entwickelt und wird weiterhin in erster Linie über die Prämien und die Risikoselektion geführt. Das aktive Kostenmanagement, die alternativen Versicherungsmodelle sowie der Wettbewerb in der Tarifierung spielen in den Wettbewerbsstrategien der Versicherer eine untergeordnete Rolle.
- Der Wettbewerb zwischen den Versicherern hat sich erhöht, betrifft jedoch hauptsächlich den Wettbewerb um die guten Risiken. Die Wettbewerbsintensität hat im Laufe der letzten Jahre nicht zugenommen und befindet sich auf einem bescheidenen Niveau.
- Bisher haben die Versicherer die Kosten der Leistungserbringer kaum beeinflusst. Die Einsparungen konzentrieren sich auf die Kostenkontrolle und die alternativen Versicherungsmodelle und sind insgesamt kaum spürbar.
- Zu den übrigen Zielen des KVG werden aufgrund der Verhaltensänderungen der Versicherer in beschränktem Masse Zielkonflikte sichtbar.

Bei der Beurteilung der bisher erzielten Wirkungen seitens der Versicherer müssen jedoch folgende Faktoren berücksichtigt werden:

1. Die weiterhin bestehende starke Einschränkung des unternehmerischen Handlungsspielraums der Versicherer bewirkt zusammen mit dem Verbot der Gewinnerzielung, dass der Markt der obligatorischen Krankenversicherung wenig at-

traktiv ist. Innovationen und verstärktes Wettbewerbsverhalten in Richtung von neuen Produkten werden damit nicht wesentlich gefördert.

2. Verhaltensänderungen wie ein unternehmerischer Wandel oder die Entwicklung von innovativen alternativen Produkte benötigen Zeit. Die vorliegende Evaluation beinhaltet eine Momentaufnahme eines dynamischen Veränderungsprozesses und beurteilt die kurzfristigen Auswirkungen des KVG auf die Versicherer. Das KVG hat bei den Versicherern bisher mehrere Tendenzen beschleunigt und verstärkt (v.a. Professionalisierung, verstärkte Rechnungskontrolle, Sammlung von Erfahrungen mit alternativen Versicherungsmodellen, härtere Tarifverhandlungen). Eine weitere Verstärkung dieser Tendenzen benötigt Zeit. Grundlegende Änderungen der Strategien der Versicherer in Richtung eines verstärkten Gesundheitsmanagements erwarten wir nur bei einer stark steigenden Prämienbelastung oder Änderungen der Rahmenbedingungen (Bspw. Aufhebung des Kontrahierungszwangs).
3. Die Marktergebnisse hängen in starkem Masse von „externen“ Faktoren ab (v.a. Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer, regulatorische Eingriffe, technologische Entwicklung). Die Versicherer können damit insbesondere die von ihnen zu übernehmenden Leistungskosten nur beschränkt beeinflussen.

Aufgrund der Erwartungen an die Versicherer und den bisher erzielten Verhaltensänderungen werden folgende generelle Empfehlungen an die Versicherer gerichtet:

- Die Professionalisierung ist in allen Unternehmensbereichen konsequent weiter zu fördern.
- Die Versicherer sollten längerfristige und innovative Unternehmensstrategien entwickeln und umsetzen, die von der kurzfristig orientierten Risikoselektion hin zu einem umfassenden Gesundheitsmanagement und damit zu relevanten Kosteneinsparungen führen.
- Die Entwicklung und Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle ist voranzutreiben. Die Anstrengungen im Fall- und Diseasesmanagement sind zu intensivieren, um die Schnittstellen der Behandlungsketten zu optimieren. In der Tarifierung sollten Modelle entwickelt und erprobt werden, die die gesamte Behandlungskette umfassen.
- Die Rechnungskontrollen (v.a. im ambulanten Bereich) sowie die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen sind zu verbessern.

- Die Zusammenarbeit und der Dialog mit den Leistungserbringern ist generell zu verbessern und zu intensivieren (Datenlage, Tarifverhandlungen, neue Tarifierungsmodelle, Fall- und Disease Management, Managed Care).

Folgende generelle Empfehlungen zur Erhöhung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern und zur Eindämmung der Gesundheitskosten richten sich an die Behörden:

- Der Risikoausgleich ist zu verbessern, damit einerseits die Risikoselektion noch weniger attraktiv wird und andererseits die Anreize zu Kosteneinsparungen bei den schlechten Risiken nicht zu stark vermindert werden.
- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist zu prüfen. Von dieser Aufhebung könnten vor allem die alternativen Versicherungsmodelle profitieren.
- Die politische Einflussnahme auf die Gestaltung der Prämien ist zu überprüfen.
- Zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten sollte eine Erhöhung der maximalen Wahlfranchisen sowie der damit verbundenen Rabatte überprüft werden.

Résumé

Objectif

La présente analyse des effets vise à étudier les effets de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) sur les assureurs. Présentés sous forme de synthèse, les résultats de l'enquête ont été complétés par des analyses et des entretiens. L'étude entend apporter une réponse aux questions suivantes:

- Quels changements la LAMal a-t-elle occasionnés au sein des compagnies d'assurances?
- Comment le comportement des assureurs à l'égard des assurés et des fournisseurs de prestations s'est-il modifié?
- Comment les relations entre assureurs ont-elles évolué?
- La LAMal a-t-elle provoqué une modification du comportement concurrentiel des assureurs qui a entraîné une intensification de la concurrence entre eux?
- Dans quelle mesure les changements d'attitude des assureurs, ont-ils contribué à maîtriser les coûts de la santé? Quels effets ces changements ont-ils produits sur les autres objectifs de la LAMal (renforcement de la solidarité, augmentation de la qualité des prestations)?

Méthode

L'analyse a été effectuée en deux étapes:

- 1^{re} étape Analyse sur la base d'une comparaison entre la situation qui prévalait sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA) et celle induite par la LAMal. Comparaison qui permet d'évaluer si la marge de manœuvre des assureurs, leur comportement en matière de concurrence, l'intensité de celle-ci se sont modifiés ainsi que les coûts des fournisseurs de prestations.
- 2^e étape Analyse de l'influence de la LAMal sur les changements constatés auprès des assureurs (analyse causale).

Nous avons utilisé le procédé suivant:

- Analyse de l'évolution de la marge de manœuvre des assureurs à la suite de l'introduction de la LAMal.
- Utilisation des résultats de projets partiels de l'analyses des effets déjà disponibles.

- Brèves études de cas (23 assureurs) au moyen d'entretiens individuels et de l'analyse des rapports d'activité en vue d'examiner le comportement concurrentiel des assureurs.
- 7 entretiens individuels complémentaires avec des associations d'assureurs ainsi qu'avec les autorités et utilisation de 10 procès-verbaux des entretiens conduits avec les associations d'assureurs dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal sur la tarification (INFRAS 2000).
- Analyse du marché de l'assurance-maladie (structure du marché et résultats) en vue d'évaluer l'intensité de la concurrence. Analyse faite sur la base des données transmises par les assureurs à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dans le cadre de la procédure d'approbation des primes.

Répercussions de la LAMal sur le comportement des assureurs

La LAMal n'a pas modifié de façon notable la marge de manœuvre des assureurs au niveau de l'entreprise elle-même. Cette marge de manœuvre continue d'être fortement restreinte par les produits d'assurance (catalogue des prestations homogène), la structure des produits (franchises, rabais, etc.) et l'influence sur la formation des prix. Pour les assureurs, la LAMal a entraîné les changements suivants:

- La hausse des coûts de la santé et l'amplification du phénomène de désolidarisation ont incité l'opinion publique et les instances politiques à faire pression sur les assureurs pour qu'ils mettent en place des mesures d'économie.
- La prime unique et la liberté totale des assurés de choisir leur caisse-maladie (libre passage) sont des éléments déterminant la structure des produits d'assurance et le comportement concurrentiel des assureurs. A titre d'illustration, il n'est plus possible d'établir des assurances collectives, de limiter le collectif des assurés à un groupe fermé (association, par exemple) ni de calculer les primes en fonction du risque
- L'inscription dans la loi d'une compensation des risques (en fonction du sexe et de l'âge) limitée à une durée de dix ans et la liberté pour les assurés de choisir leur caisse-maladie (libre passage) influencent les possibilités des assureurs de recourir à la sélection des risques.
- Les modèles particuliers d'assurances (franchise à option, assurance avec bonus et modèles alternatifs d'assurances limitant le choix du fournisseur de prestations) ont été introduits de manière définitive.

- La nouvelle réglementation relative au financement des traitements hospitaliers qui prévoit le remboursement par l'assureur des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux subventionnés à hauteur de 50 pour cent au maximum, a des incidences sur les négociations tarifaires.
- L'obligation d'adhérer aux accords existants (ou l'interdiction de conclure des contrats séparés) a été levée. De ce fait, les assureurs peuvent désormais passer leurs propres contrats avec les fournisseurs de prestations, indépendamment des conventions signées par les groupements.

Si les assureurs ont modifié leur comportement, c'est en premier lieu à la suite de la hausse des coûts de la santé, laquelle se répercute sur l'évolution des primes. L'augmentation des coûts engendrés par les prestations à la charge des assureurs s'explique d'abord par la LAMal elle-même (extension du catalogue des prestations, suppression des subventions directes, déplacement du financement). D'autre part, cette augmentation dépend des exigences des assurés, de l'évolution des moyens techniques et du comportement des fournisseurs de prestations.

Cette situation soumet les assureurs à une pression accrue de la part des milieux sociaux et politiques en faveur de la maîtrise des coûts, de même qu'à une pression économique sur les prix. Aussi ont-ils dû se professionnaliser pour passer du statut d'entreprise de type gestionnaire à celui d'entreprise axée sur le marché. De plus, cette pression sur les coûts, conjuguée avec l'introduction des nouvelles dispositions de la LAMal (voir ci-dessus), a entraîné des modifications sensibles au sein même des entreprises ainsi que des changements de comportement à l'égard des assurés et des fournisseurs de prestations. Ces nouvelles attitudes ont débouché sur un durcissement de la concurrence (voir schéma Z-2).

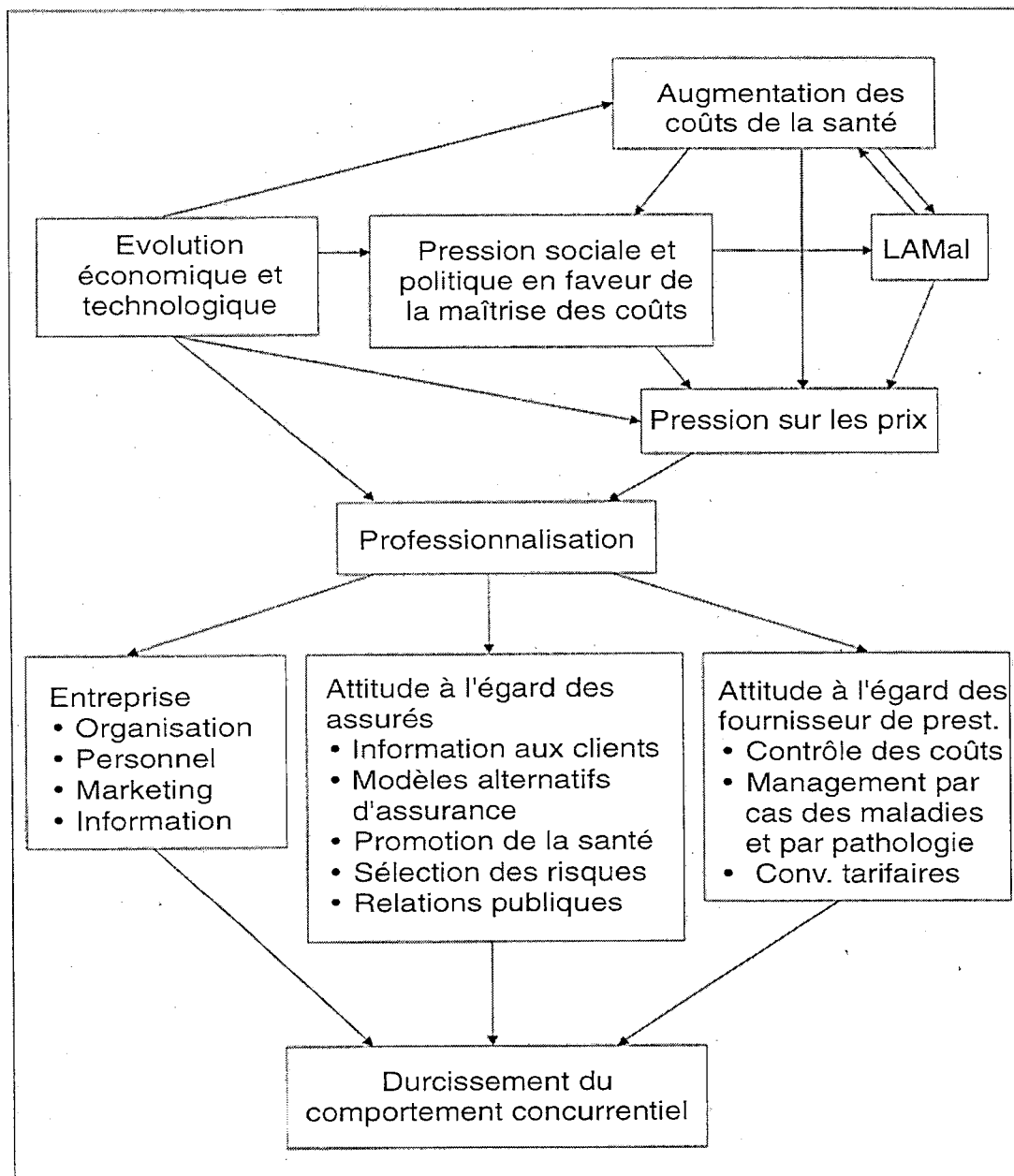


Schéma Z-2: Facteurs d'influence et répercussions de la LAMal : l'évolution économique, la hausse des coûts de la santé, la pression sociale et politique ainsi que la LAMal elle-même contraignent les assureurs à maîtriser les prix, d'où une accélération de la professionnalisation dans tous les secteurs de l'entreprise et un durcissement du comportement concurrentiel.

Description des effets de la LAMal sur la professionnalisation, le comportement concurrentiel et l'intensité de la concurrence.

Professionnalisation

L'augmentation de la pression sur les coûts et les nouvelles exigences induites par la LAMal ont incité les assureurs à accélérer leur processus de professionnalisation et à procéder à des changements au sein de l'entreprise, à axer leurs services davantage sur le client et à améliorer la qualité de leurs prestations:

- Une transformation culturelle s'est produite chez les assureurs dans leur conception de la «caisse» qui devient un l'assureur moderne, tendance encore exacerbée par l'introduction de la LAMal. Cette transformation de la philosophie d'entreprise concerne principalement les "grands" assureurs, ceux qui ont un nombre élevé d'assurés.
- Nombreux ont revu leurs structures et leurs processus de fond en comble pour les optimiser en vue de les centrer davantage sur le client. Quant aux assureurs "petits" et "moyens" ils ont mis l'accent surtout sur l'organisation en raison de l'augmentation de l'effectif de leurs membres, ainsi que sur l'adaptation des processus de travail aux nouvelles exigences.
- Les assureurs ont renforcé leurs compétences professionnelles. Tant les très grands assureurs que certaines grandes compagnies ont étoffé leur savoir-faire dans les secteurs du Managed Care, de l'achat de prestations, de la gestion et de l'informatique. Ils ont également élargi leur offre de formation. La gestion d'une caisse comme activité accessoire est en recul car les exigences sont plus élevées qu'auparavant.
- Les grands assureurs ont sensiblement renforcé et systématisé leurs efforts de marketing, notamment en ce qui concerne les assurances complémentaires. En plus des études de marché effectuées à intervalles réguliers, ils ont également amélioré les sources et les modes d'évaluation des informations au niveau interne grâce à la mise sur pied de banques de données. Du côté des petits et moyens assureurs, la LAMal a, tout au plus, débouché sur une amélioration du marketing pratiqué à l'échelon régional.
- Les assureurs ont consacré une part considérable de leurs investissements aux nouvelles solutions informatiques, requises par les exigences de la LAMal en général, et par le TarMed en particulier.
- La LAMal a non seulement entraîné l'accroissement des exigences des clients et le renforcement de la concurrence en matière de prestations de service, mais aussi incité les assureurs à mieux informer leur clientèle et à améliorer la qualité de leurs

prestations. Les contacts avec les clients se sont intensifiés, de même que les activités de conseil et d'information. De plus, le remboursement des factures intervient plus rapidement.

- Pour tous les assureurs les relations publiques et l'action politique sont devenues importantes avec la LAMal. Les grands assureurs, en particulier, ont intensifié et professionnalisé leurs relations publiques et renforcé leur image de marque.

Les progrès enregistrés en matière de professionnalisation sont contrastés en fonction des assureurs. Cependant, il convient de relativiser ce constat eu égard au temps nécessaire pour opérer des changements au sein d'une entreprise et des potentiels encore inexploités.

Comportement concurrentiel

Les assureurs ont durci leur comportement concurrentiel à la suite de l'introduction de la LAMal. Toutefois, la concurrence continue à s'exercer avant tout au moyen des primes et de la sélection des risques, elle n'a pas subi de modification fondamentale. L'objectif poursuivi est celui d'une croissance «qualitative» modérée. Du fait du libre passage, de la prime unique et de la pression sur les coûts, la sélection des risques a pris de l'ampleur. La qualité des prestations de service et l'image sont devenues des éléments essentiels de la concurrence. Par contre, la gestion active des coûts, les modèles alternatifs d'assurances et la tarification ne jouent qu'un rôle secondaire dans les stratégies des assureurs:

- Le contrôle des coûts a certes été amélioré sous l'influence de la pression croissante exercée sur les coûts, mais il reste lacunaire puisqu'il se limite au contrôle des factures quant à la forme. Les assureurs ont pour ainsi dire renoncé à vérifier l'adéquation et l'opportunité des traitements (contrôle du caractère économique), les données étant incomplètes (absence de codes de diagnostic). En outre, le contrôle des factures concerne presque exclusivement le secteur hospitalier et seule une infime partie des factures passe par le décompte électronique des prestations.
- Le management par cas ou par pathologie est uniquement effectuée par les grands assureurs et, qui plus est, se trouve encore en phase expérimentale.
- Les très grandes caisses-maladie ont pris des mesures de promotion de la santé, bien que dans un cadre restreint, en raison de l'incertitude quant à leurs effets qui ne peuvent être évalués que sur la durée. La promotion de la santé n'est pas utilisée par les assureurs comme un instrument central pour influencer sur les coûts.

- Le développement des modèles alternatifs d'assurances n'a pas été poursuivi de manière intensive. Si ces modèles ont autant de peine à s'implanter c'est notamment parce que les assurés rechignent à une limitation de leur choix et que les fournisseurs de prestations (en particulier les médecins) sont loin d'être prêts à assumer, tant que l'obligation de contracter existe, les risques économiques. En outre, les divergences d'opinions des assureurs au sujet de l'efficacité des modèles alternatifs ont créé un climat d'incertitude au sein de la branche.
- Si les assureurs exercent ensemble une pression plus forte sur les tarifs, la concurrence liée aux tarifs n'en est pas moins restée au statu quo en raison de la suppression de l'obligation d'adhérer aux accords existants. La décartellisation attendue n'a pas eu lieu, les incitations pour les partenaires à conclure des conventions tarifaires séparées faisant défaut. De nouveaux modèles tarifaires ne sont pas encore répandus car leurs répercussions sont, pour l'instant, pas claires.

Les nouvelles exigences de la LAMal ont encouragé la mise en place de coopérations ciblées entre les assureurs en vue d'améliorer leur compétitivité. Tandis que les alliances entre grands assureurs se sont soldées par des échecs, se sont noués des accords de coopération entre petits, moyens et, parfois, grands assureurs dans les secteurs de l'achat de prestations et du Managed Care ainsi que dans celui des assurances complémentaires.

Intensité concurrentielle entre les assureurs

Depuis l'introduction de la LAMal, on a constaté une intensification de la concurrence entre les assureurs, mais surtout pour attirer des bons risques. Grandes gagnantes de cette nouvelle donne, les petits et moyens assureurs se sont approprié des parts de marché considérables aux dépens des grands assureurs. Au cours des dernières années, la concurrence ne s'est pas durcie et elle reste à niveau très bas. De manière générale, on peut constater que les assureurs ne se livrent pas une bataille acharnée. Cette situation s'explique par la densité des réglementations auxquelles le marché de l'assurance-maladie obligatoire est soumis ainsi que par les obstacles opposés à tout comportement concurrentiel (citons en particulier l'intervention dans la fixation des primes et le manque de compensation des risques).

Influence des assureurs sur les coûts de la santé

Les dépenses pour prestations prises en charge par les assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins continuent d'augmenter, dépassant, en 2000, de 30% le

chiffre enregistré en 1996. Les assureurs ne peuvent influencer que dans une mesure limitée sur le coût des prestations qu'ils doivent assumer. S'ils ont leur mot à dire sur le prix des prestations par le biais de la tarification et du contrôle des factures, la maîtrise du volume à travers les modèles alternatifs et le management par cas se révèle nettement plus complexe. A ce jour, les assureurs n'ont guère pesé sur les coûts engendrés par les fournisseurs de prestations, décevant ainsi les attentes que le législateur avait placées en eux. Dès lors, on peut tirer le bilan suivant de l'action des caisses-maladie sur la maîtrise des coûts de la santé:

- Le renforcement du contrôle des factures a permis à plusieurs grands assureurs de réaliser jusqu'à 10% d'économies au niveau de l'entreprise. De leur côté, les petits et moyens assureurs n'ont réalisé qu'une économie estimée entre 2 et 3%.
- Les assureurs espèrent que le management par cas ou par pathologie seront synonymes d'économies substantielles. Pour l'heure, celles-ci ne peuvent cependant encore être chiffrées.
- La pression exercée par les assureurs sur la tarification n'a pas débouché sur des économies notables en termes de coûts de la santé, mais a incité les fournisseurs de prestations à éluder la question (transfert de coûts dans le secteur hospitalier et augmentation du volume des prestations ambulatoires), tout en provoquant une diminution du nombre de prestations et de la qualité de celles-ci (surtout dans les domaines des soins, de la formation et des prestations onéreuses). Par ailleurs, il est probable que la plupart des acteurs concernés ont également trouvé des parades aux exigences posées par les nouvelles formes de tarification.
- Selon les premières estimations, les modèles alternatifs d'assurances ont permis de réduire les coûts de 10 à 15%. Toutefois, il convient de minimiser l'influence de ces modèles sur le coût des prestations en raison de leur faible application.
- Les mesures de prévention ont été tellement insignifiantes qu'il ne faut guère s'attendre, pour l'instant, à ce qu'elles contribuent à maîtriser les coûts.
- Les frais d'administration des assureurs-maladie s'élèvent entre 6 et 7% en moyenne des prestations nettes, chiffre relativement bas comparé à ceux des assureurs privés. En raison du surplus de dépenses administratives occasionnées par l'introduction de la LAMal, les frais, au cours des dernières années, ont commencé par augmenter, pour ensuite diminuer et, finalement, remonter légèrement.

Les nouveaux comportements des assureurs constituent une menace limitée pour les autres objectifs de la LAMal:

1. La sélection des risques, qui continue d'être pratiquée, va à l'encontre de l'objectif de solidarité.
2. La pression sur les coûts, en augmentation constante, risque de mettre en péril l'objectif de qualité.

Analyse globale et recommandations

Pour répondre aux attentes du législateur, les assureurs devraient faire un usage actif de leur marge de manœuvre à l'échelon de l'entreprise afin de contribuer à maîtriser les coûts de la santé, sans pour autant porter préjudice aux autres objectifs de la LAMal. Ils devraient faire davantage jouer la concurrence, avant tout par des mesures de gestion des coûts plutôt que par la sélection des risques. Si l'on juge les changements de comportement déjà intervenus et leur incidence sur les coûts de la santé à l'aune des attentes du législateur, les assureurs sont loin de les avoir remplies:

- La LAMal a accéléré la tendance à la professionnalisation des assureurs et a intensifié leur comportement concurrentiel. Toutefois, il convient de minimiser cette professionnalisation eu égard aux potentiels d'amélioration encore inexploités. Quant au comportement concurrentiel, il n'a pas suivi la direction souhaitée puisqu'il concerne, encore et toujours, avant tout les primes et la sélection des risques. Par ailleurs, la gestion active des coûts, les modèles alternatifs d'assurances et la concurrence en matière de tarification ne jouent qu'un rôle mineur dans les stratégies des assureurs.
- La concurrence entre assureurs s'est certes durcie, mais elle se limite presque exclusivement aux bons risques. D'une manière générale, l'intensité concurrentielle a marqué le pas au cours des dernières années et se situe à un niveau assez bas.
- Les assureurs n'ont pour ainsi dire exercé, jusqu'à ce jour, aucune influence sur les coûts des fournisseurs de prestations. Insignifiantes, les seules économies réalisées concernent le contrôle des coûts et les modèles alternatifs d'assurances.
- Les changements d'attitude des assureurs n'entrent pas en conflit avec les autres objectifs de la LAMal.

L'analyse des implications pour les assureurs doit tenir compte des facteurs suivants:

1. Le marché de l'assurance-maladie obligatoire revêt peu d'attrait, et ce pour deux raisons: la faible marge de manœuvre des assureurs d'une part, et l'interdiction de réaliser des bénéfices, d'autre part. Aussi les assureurs ne sont-ils pas encouragés à innover ni à être concurrentiels en matière de produits nouveaux.

2. Les changements de comportement, qui pourraient intervenir au niveau de l'entreprise ou du développement de nouveaux produits alternatifs, exigent du temps. La présente évaluation n'étant qu'une photographie d'un processus dynamique de changement, elle n'analyse que les répercussions à court terme de la LAMal sur les assureurs. Jusqu'à aujourd'hui, la LAMal a accéléré plusieurs tendances (cf. la professionnalisation, le contrôle des factures, la collecte d'expériences dans le cadre des modèles alternatifs d'assurances, le durcissement des négociations tarifaires). Il faudra encore du temps pour que ces tendances se consolident. A notre avis, nous n'assisterons à des changements fondamentaux en termes de stratégie des assureurs en vue d'une meilleure gestion des coûts de la santé que si la charge des primes devait subir une forte hausse ou si les conditions cadres devaient être revues (levée de l'obligation de contracter, par exemple).
3. Les résultats réalisés sur le marché dépendent dans une large mesure de facteurs «externes» (comportement des assurés et des fournisseurs de prestations, réglementations interventionnistes, évolution technologique, etc.). Par conséquent, les assureurs n'ont qu'une influence limitée sur les coûts des prestations qu'ils garantissent.

Sur la base des attentes formulées à l'égard des assureurs et des changements opérés jusqu'à maintenant, les recommandations suivantes à l'intention des assureurs peuvent être formulées:

- Il convient de continuer à développer la professionnalisation dans tous les domaines de l'entreprise.
- Il faut développer – et appliquer – des stratégies innovatrices à plus long terme, afin de passer de la sélection des risques (axée sur le court terme) à une gestion de la santé globale visant à réaliser des économies substantielles.
- Il importe d'encourager le développement et la diffusion des modèles alternatifs d'assurances. A cet effet, les assureurs sont invités à redoubler d'efforts dans le cadre du management par cas ou par pathologie afin d'optimiser les interfaces dans la chaîne des traitements. Ils devraient également développer et tester des modèles de tarification incluant toute la chaîne des traitements.
- Il s'agit également d'améliorer le contrôle des factures (notamment dans le secteur des traitements ambulatoires) ainsi que celui du caractère économique et de la qualité des prestations.

- Il est impératif de tout mettre en œuvre pour améliorer et resserrer le dialogue avec les fournisseurs de prestations.

Nous adressons également des recommandations aux autorités pour ce qui est de l'intensité concurrentielle entre les assureurs et de la maîtrise des coûts de la santé:

- Il convient d'améliorer la compensation des risques, dans un objectif double : d'une part diminuer encore l'attrait de la sélection des risques et d'autre part, éviter de réduire les incitations aux économies dans les cas de mauvais risques.
- Il faut étudier la possibilité de supprimer l'obligation de contracter. Les modèles alternatifs d'assurances pourraient profiter de cette suppression.
- L'influence de la politique sur la formation des primes est à examiner.
- Il importe d'examiner l'éventualité d'une augmentation du montant maximal des franchises à option ainsi que des rabais qui y sont liés, afin d'encourager la responsabilisation des assurés.

Riassunto

Obiettivi

La presente analisi degli effetti passa in rassegna gli effetti che la legge sull'assicurazione malattia (LAMal) produce sugli assicuratori. Lo studio ha una funzione di sintesi in quanto i risultati di valutazioni effettuate in passato vengono completati in modo mirato con analisi e inchieste proprie. Lo studio è teso a far luce sui seguenti punti:

- dall'entrata in vigore della LAMal quali cambiamenti si constatano nella gestione degli assicuratori?
- Com'è cambiato il comportamento degli assicuratori nei confronti degli assicurati e dei fornitori di prestazioni?
- I rapporti tra assicuratori sono mutati?
- In generale la LAMal ha comportato una modifica del comportamento concorrenziale degli assicuratori e, quindi, un'intensificazione della concorrenza?
- In che misura il mutato comportamento degli assicuratori ha contribuito a contenere i costi del settore della sanità? Quale effetto ha avuto il loro nuovo comportamento sugli altri obiettivi della LAMal (rafforzamento della solidarietà, alta qualità delle prestazioni)?

Metodica

La valutazione degli effetti si divide in due fasi:

1. dapprima, confrontando la situazione precedente (quando ancora vigeva la vecchia legge sull'assicurazione malattia e infortuni LAMI) a quella attuale (LAMal), si valuta in quale misura sono cambiati il margine di manovra ed il comportamento concorrenziale degli assicuratori, l'intensità della concorrenza ed i costi dei fornitori di prestazioni,
2. poi si valuta in che misura i cambiamenti constatati presso gli assicuratori sono effettivamente dovuti alla LAMal (analisi della causalità).

Sono state stabilite le seguenti tappe:

- analisi dei cambiamenti nel margine di manovra degli assicuratori dovuti alla LAMal;
- interpretazione delle analisi degli effetti già esistenti;

- brevi studi di singoli casi concreti presso 23 assicuratori mediante interviste ed analisi di rapporti di gestione allo scopo di esaminare il comportamento concorrenziale degli assicuratori;
- 7 interviste supplementari presso associazioni di assicuratori e autorità nonché valutazione di 10 protocolli di interviste condotte presso associazioni di assicuratori nel quadro dell'analisi degli effetti della LAMal sull'ambito tariffario (INFRAS 2000, d/f);
- analisi del mercato degli assicuratori-malattie (struttura e andamento) in base a dati forniti dai rilevamenti dei premi effettuati dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) per valutare l'intensità della concorrenza.

Effetti della LAMal sul comportamento degli assicuratori

La LAMal non ha comportato modifiche di fondo per quanto riguarda il margine di manovra imprenditoriale degli assicuratori-malattie, che infatti rimarrà fortemente limitato dalla definizione del prodotto di assicurazione (catalogo delle prestazioni omogeneo) e delle sue strutture (franchigie, riduzioni ecc.) nonché dell'incidenza sulla struttura dei prezzi. Per quanto concerne gli assicuratori i principali cambiamenti dovuti alla LAMal sono:

- in seguito al continuo aumento dei costi della sanità e della desolidarizzazione l'opinione pubblica e la politica affinché si risparmi sui costi;
- la struttura dei prodotti di assicurazione e il comportamento concorrenziale degli assicuratori sono in gran parte dettati dai premi unitari e dalla libera scelta dell'assicuratore (libero passaggio). Per questo non è più possibile concludere assicurazioni collettive, ossia limitare un collettivo di assicurati a un gruppo ben preciso (p. es. associazione) o strutturare i premi in base al rischio;
- l'istituzione della compensazione dei rischi fissata a dieci anni (in base all'età e al sesso) e la libera scelta degli assicurati (libero passaggio) influiscono sulle possibilità di selezione dei rischi da parte degli assicuratori;
- i modelli assicurativi speciali (franchigia opzionale, assicurazione con bonus e modelli alternativi con scelta limitata dei fornitori di prestazioni) sono stati definitivamente introdotti;

- la nuova regolamentazione sul finanziamento ospedaliero, conformemente alla quale gli assicuratori possono rimborsare solo il 50% delle spese di esercizio computabili del reparto comune degli ospedali sovvenzionati, ha un influsso sulle trattative tariffarie;
- l'obbligo di aderire a un'associazione (risp. il divieto di contrarre convenzioni collettive) è stato soppresso. Gli assicuratori possono quindi concludere convenzioni con i fornitori di prestazioni indipendentemente dall'associazione.

Il fattore determinante del mutato modo di agire degli assicuratori è in primo luogo l'aumento dei costi della sanità che si ripercuote sull'evoluzione dei premi. L'aumento dei costi dei fornitori di prestazioni a carico degli assicuratori, da un lato, è dovuto alla LAMal (ampliamento del catalogo delle prestazioni, soppressione dei sussidi diretti, trasferimento dei costi dai Cantoni agli assicuratori) e, dall'altro, è determinato dalle esigenze degli assicurati, dal progresso tecnologico e dal comportamento dei fornitori di prestazioni. L'aumento dei costi della sanità ha rafforzato la pressione politica e sociale per il contenimento dei costi e quella economica sugli assicuratori. La pressione dei costi ha contribuito a professionalizzare gli assicuratori, trasformandoli da aziende basate sulla gestione in aziende basate sul mercato e, congiuntamente alle summenzionate nuove disposizioni della LAMal, ha portato a significativi cambiamenti interni all'azienda e nel comportamento nei confronti degli assicurati e dei fornitori di prestazioni. I cambiamenti del comportamento hanno portato a un rafforzamento generale della concorrenza (cfr. illustrazione Z-3).

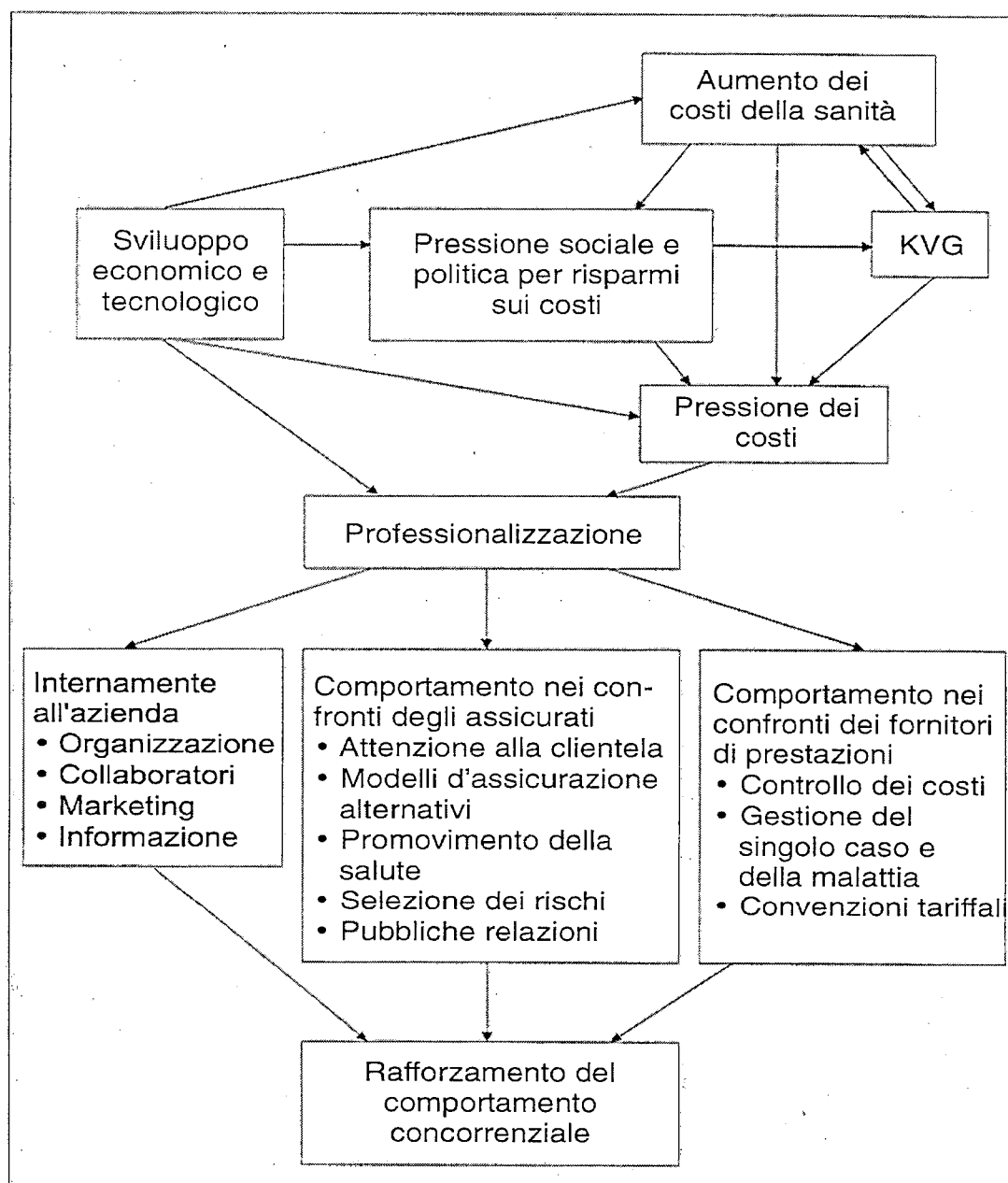


Illustrazione Z-3: Fattori determinanti e effetti della LAMal: lo sviluppo economico, l'aumento dei costi della sanità, la pressione politica e sociale nonché la LAMal portano a una pressione dei costi per gli assicuratori che accelera la professionalizzazione in tutti gli ambiti aziendali e rafforza il comportamento concorrenziale.

L'influsso della LAMal su professionalizzazione, comportamento concorrenziale e intensità della concorrenza viene descritto qui di seguito.

Professionalizzazione

Con l'aumento della pressione dei prezzi e le nuove condizioni la LAMal ha rafforzato la tendenza alla professionalizzazione degli assicuratori e comportato cambiamenti aziendali, una maggiore attenzione alla clientela e un miglioramento della qualità dei servizi.

- Negli assicuratori si constata in generale il passaggio, accelerato dalla LAMal, dalla cultura di „cassa“ a quella di assicuratore moderno. Questo mutamento della cultura aziendale concerne principalmente gli assicuratori più importanti.
- Numerosi grandi assicuratori hanno esaminato in modo approfondito e ottimizzato strutture organizzative e processi lavorativi per essere ancora più attenti alla clientela. Per quanto riguarda gli assicuratori medi e piccoli vi è stato in primo luogo un ampliamento dell'organizzazione a causa dell'aumento del contingente di assicurati e l'adeguamento dei processi lavorativi.
- Gli assicuratori hanno rafforzato la loro competenza specialistica. I maggiori assicuratori e, in parte, anche quelli di grandi dimensioni hanno acquisito nuove conoscenze (know-how) nei settori managed care e acquisto di prestazioni, gestione e informatica. Le offerte di formazione sono state ampliate. I casi di attività lucrativa secondaria sono diminuiti a causa delle maggiori esigenze.
- I grandi assicuratori hanno notevolmente rafforzato il loro impegno nel marketing rendendolo sistematico, sull'esempio, tra l'altro, delle assicurazioni complementari. Oltre a periodiche analisi di mercato sono stati migliorati i dati di base interni e le relative valutazioni mediante l'introduzione di datawarehouse. Per quanto riguarda gli assicuratori medi e piccoli la LAMal ha contribuito solo a migliorare il marketing regionale.
- Gli assicuratori hanno investito essenzialmente in nuove soluzioni informatiche. Le esigenze della LAMal (in particolare TarMed) hanno accelerato questa tendenza.
- La LAMal, oltre ad aumentare le esigenze dei clienti e la concorrenza nell'ambito dei servizi, ha aumentato l'attenzione verso la clientela e la qualità dei servizi degli assicuratori. L'intensità dei contatti con i clienti e l'informazione e la consulenza per il cliente sono migliorate. Il pagamento delle fatture è stato accelerato.
- Con la LAMal le relazioni pubbliche e l'influenza politica occupano un posto più importante presso tutti gli assicuratori. In particolare i grandi assicuratori hanno intensificato e professionalizzato le relazioni pubbliche e rafforzato la cura dell'immagine.

Il grado della professionalizzazione varia da assicuratore ad assicuratore. Può tuttavia essere ulteriormente accresciuto, considerati i tempi necessari per un cambiamento aziendale e l'aumento del potenziale.

Comportamento concorrenziale

Da quando è entrata in vigore la LAMal gli assicuratori agiscono in modo più concorrenziale. Tuttavia la concorrenza è esercitata in primo luogo sui premi e sulla selezione dei rischi e quindi non presenta cambiamenti di fondo. L'obiettivo è raggiungere una moderata crescita „di qualità“. Con l'introduzione del libero passaggio e del premio unitario ed a causa della pressione dei costi la selezione dei rischi è aumentata costantemente. Nella situazione di concorrenza la qualità dei servizi e l'immagine hanno assunto una maggiore importanza. La gestione attiva dei costi, i modelli assicurativi alternativi e la concorrenza nel settore tariffale svolgono un ruolo secondario nella strategia di concorrenza degli assicuratori:

- Il controllo dei costi, da un lato, è stato migliorato a causa dell'aumento della pressione dei costi, dall'altro però presenta tuttora lacune in quanto limitato a controlli formali di fatture. A causa dell'incompletezza dei dati (codici diagnostici mancanti) praticamente si rinuncia a un esame dell'appropriatezza e dell'adeguatezza delle cure (controllo dell'economicità). Inoltre, il controllo delle fatture è limitato essenzialmente al settore stazionario. Il conteggio elettronico delle prestazioni viene effettuato solo per una esigua parte delle fatture.
- La gestione del caso e della malattia viene effettuata solo dai grandi assicuratori ed è ancora in fase di prova.
- I maggiori assicuratori adottano misure di promovimento della salute, ma, per i loro effetti incerti raggiungibili solo a lungo termine e a causa del libero passaggio, solo in misura modesta. Non sono divenute uno strumento centrale degli assicuratori per influire sui costi.
- I modelli di assicurazione alternativi non sono stati sviluppati in modo determinante né hanno raggiunto una diffusione importante. Gli ostacoli maggiori alla diffusione di questi modelli sembrano essere la scarsa inclinazione degli assicurati a limitare la propria assicurazione e la poca disponibilità dei fornitori di prestazioni (soprattutto i medici) a correre rischi economici a causa dell'obbligo di contrarre. Gli assicuratori non sono concordi sull'adeguatezza dei modelli alternativi e questo ha causato incertezza al settore.

- Benché gli assicuratori esercitino congiuntamente una forte pressione sulle tariffe, con la soppressione dell'obbligo di aderire a un'associazione la concorrenza tariffaria non è aumentata. Non si è avuta decartellizzazione a causa degli scarsi incentivi per i partner tariffali a concludere convenzioni tariffali indipendenti dalle associazioni. Dato che non se ne conoscono ancora gli effetti, i nuovi modelli tariffali non si sono ancora imposti su vasta scala.

Ponendo nuove esigenze la LAMal ha favorito una collaborazione mirata tra assicuratori per migliorarne la posizione concorrenziale. Mentre le alleanze tra grandi assicuratori sono fallite, medi, piccoli e anche grandi assicuratori hanno creato cooperazioni nei settori acquisto di prestazioni, managed care e assicurazioni complementari.

Intensità della concorrenza tra assicuratori

Dall'introduzione della LAMal l'intensità della concorrenza tra gli assicuratori è aumentata, pur concernendo principalmente la concorrenza sui buoni rischi. Ne hanno usufruito soprattutto gli assicuratori medi e piccoli, che hanno nettamente aumentato la loro partecipazione al mercato a scapito dei grandi assicuratori. Negli ultimi anni dopo l'introduzione della LAMal l'intensità della concorrenza non è aumentata e rimane a un livello modesto. Tra gli assicuratori non vi è quindi in generale grande concorrenza, soprattutto per l'alta densità di regolamentazioni del mercato degli assicuratori-malattie LAMal e gli ostacoli alla concorrenza (in particolare l'intervento nella determinazione di premi e tariffe e l'insufficiente compensazione dei rischi).

Influsso degli assicuratori sui costi della sanità

Anche dopo l'introduzione della LAMal le spese delle prestazioni a carico degli assicuratori nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie hanno continuato ad aumentare e nel 2000 erano superiori a quelle del 1996 di quasi il 30%. Gli assicuratori possono influire solo in parte sulle spese delle prestazioni a loro carico. Mentre il prezzo delle prestazioni può essere influenzato attraverso la determinazione delle tariffe e i controlli delle fatture, il contenimento della quantità mediante i modelli alternativi ed i sistemi di gestione del singolo caso è notevolmente più difficile. Finora gli assicuratori hanno avuto solo un lieve influsso sui costi dei fornitori di prestazioni, non rispondendo così alle aspettative. L'impegno dimostrato dagli assicuratori nel contenimento dei costi della sanità può essere riassunto come segue:

- mediante maggiori controlli di fatture molti grandi assicuratori hanno potuto conseguire risparmi rilevanti dal punto di vista aziendale (fino al 10%). Inferiori i risparmi conseguiti dagli assicuratori medi e piccoli, stimati al 2-3%.
- Gli assicuratori sperano di poter conseguire grandi risparmi grazie a progetti di gestione del singolo caso e della malattia. Attualmente i risparmi non sono, per la maggior parte, quantificabili.
- La pressione sulle tariffe esercitata dagli assicuratori non ha portato a importanti risparmi sui costi, bensì a manovre d'aggiramento da parte dei fornitori di prestazioni (trasferimento dei costi nel settore stazionario e estensione quantitativa in quello ambulatoriale) e alla riduzione di prestazioni e qualità (principalmente nei settori cure, formazione e prestazioni costose). È presumibile che anche le nuove forme di determinazione delle tariffe abbiano provocato soprattutto reazioni volte alla loro elusione.
- I risparmi conseguibili con i modelli assicurativi alternativi ammontano, stando alle prime stime al 10-15%. Data la limitata diffusione dei modelli si può ritenere che il loro influsso sui costi delle prestazioni sia debole.
- Dalle modeste misure di promovimento della salute adottate finora difficilmente si possono attendere effetti di contenimento dei costi.
- I costi amministrativi degli assicuratori ammontano in media tra il 6 e il 7% del totale netto delle prestazioni e, quindi, sono relativamente bassi in confronto a quelli degli assicuratori privati. Con l'introduzione della LAMal i costi amministrativi sono dapprima aumentati a causa dei costi amministrativi supplementari, hanno potuto in seguito essere ridotti per poi aumentare di nuovo leggermente negli ultimi anni.

I cambiamenti del comportamento degli assicuratori mettono a rischio in una certa misura gli altri obiettivi della LAMal:

1. La selezione dei rischi, che rimane in uso, va contro l'obiettivo di solidarietà.
2. L'aumento della pressione dei costi sui fornitori di prestazioni può mettere a rischio l'obiettivo della qualità.

Valutazione d'insieme e raccomandazioni

Dagli assicuratori ci si aspetta in primo luogo che facciano uso attivamente del loro margine di manovra imprenditoriale contribuendo così a contenere i costi senza mette-

re a rischio gli altri obiettivi della LAMal. Essi sono in particolare chiamati ad agire in modo più concorrenziale, non però mediante la selezione dei rischi, bensì principalmente mediante misure di gestione dei costi. Confrontando i cambiamenti di comportamento osservati e i relativi effetti sui costi della sanità con le aspettative, si deve constatare che finora gli assicuratori non vi hanno risposto che in minima parte:

- La LAMal ha accelerato la professionalizzazione degli assicuratori e portato a un comportamento più concorrenziale. Il grado di professionalizzazione finora raggiunto, considerato il potenziale di miglioramento rimanente, è tuttavia relativo. Il comportamento concorrenziale non è evoluto nella direzione auspicata e continua a basarsi in primo luogo sui premi e sulla selezione dei rischi. La gestione attiva dei costi, i modelli assicurativi alternativi e la concorrenza nella determinazione delle tariffe hanno un'importanza secondaria nelle strategie di concorrenza degli assicuratori.
- La concorrenza tra assicurati pur essendo aumentata concerne soprattutto i buoni rischi. Nel corso degli ultimi anni l'intensità della concorrenza non è aumentata e si situa a un livello modesto.
- Finora gli assicuratori non hanno avuto quasi nessun influsso sui costi dei fornitori di prestazioni. I risparmi sono conseguiti soprattutto con il controllo dei costi e i modelli assicurativi alternativi e sono complessivamente pressoché impercettibili.
- Rispetto agli altri obiettivi della LAMal i cambiamenti del comportamento degli assicuratori sono in parte conflittuali.

Per analizzare gli effetti ottenuti finora dagli assicuratori deve tuttavia essere tenuto conto dei seguenti fattori:

1. La forte limitazione tuttora esistente del margine di manovra aziendale degli assicuratori congiuntamente al divieto di conseguire utili rende il mercato dell'assicurazione malattie obbligatoria poco attraente. Così non vengono particolarmente favoriti innovazioni e comportamenti più concorrenziali a promozione di nuovi prodotti.
2. Cambiamenti del comportamento, quali un mutamento aziendale o lo sviluppo di prodotti alternativi innovativi, richiedono tempo. La presente valutazione comprende un rilevamento puntuale di un processo dinamico di cambiamenti e valuta gli effetti a breve termine della LAMal sugli assicuratori. Finora la LAMal ha contribuito ad accelerare e rafforzare determinate tendenze degli assicuratori (in particolare la professionalizzazione, maggiori controlli delle fatture, esperienze con mo-

- La soppressione dell'obbligo di contrarre deve essere presa in considerazione. A usufruire di questa soppressione potrebbero essere soprattutto i modelli assicurativi alternativi.
- L'intervento politico sulla struttura dei premi deve essere verificato.
- Se si intende rafforzare la responsabilità individuale degli assicurati si dovrebbero riesaminare l'aumento della franchigia opzionale massima e la relativa riduzione.

Summary

Objectives

This impact analysis deals with the repercussions of the Federal Law on Sickness Insurance (KVG) on insurers. Its function is a synthetic one, in that the results of previous evaluations are completed by targeted ad hoc analyses and surveys. It should provide answers to the following questions:

- What internal changes have been introduced by insurance companies as a result of the KVG?
- How has the attitude of insurers towards the insured and service providers changed?
- How have relationships between insurers themselves been modified by the law?
- Has the KVG made insurers globally more competitive?
- To what extent have changed attitudes of the insurers contributed to damping health costs? What impact have they had on the other objectives of the KVG (reinforcing solidarity, improving quality of services)?

Methodology

The repercussions were assessed in two steps:

1. A before/after comparison of the situation as it was under former (KUVG) and current legislation (KVG) assesses the extent to which insurers' are more market-driven, their competitiveness, the intensity of competition and the costs of service providers.
2. A causal analysis examines the influence of the KVG on changes observed in insurers' practices.

The following methods were used:

- Analysis of the changes in the insurers' market-orientation caused by the KVG.
- Evaluation of previously existing impact analyses.
- Short case studies of 23 insurers through individual interviews and analyses of business reports to investigate their competitiveness.

- Seven complementary individual interviews with insurers' associations and the relevant authorities, plus an evaluation of 10 protocols of interviews conducted with insurers' associations as part of the analysis of the repercussions of the KVG on tariffs (INFRAS 2000).
- Analysis of the insurance market (market structure and results), based on data from a survey relative to premiums conducted by the Federal Social Insurance Office (BSV) to assess the intensity of competition.

Repercussions of the KVG on insurers' behaviour

The KVG has not fundamentally modified insurers' entrepreneurial room for manoeuvre. This continues to be severely limited by the fact that their product is standardised (uniform list of services covered), by the product structures (for example deductibles, rebates, etc.) and the influence they exert on pricing health care services. The major changes arising for insurers from the KVG are:

- Rising health care costs and decreasing solidarity have led to greater public and political pressure to curb costs.
- The uniform premium for all insured by the same company, and the freedom of clients to choose their insurer, significantly influence the design of insurance products and the competitiveness of insurers. Group policies, limiting one's insured to a specific group of individuals (for example an association) and risk-related premium pricing are all excluded under KVG provisions.
- The introduction of risk compensation (relative to age and sex) for a limited period of ten years, and the right of the insured to choose their insurer (free movement) curtail insurers' possibilities to select clients on the grounds of the risk they represent.
- Special insurance models (optional deductibles, bonus insurance, and alternative models with a limited choice of service providers) have definitely been introduced.
- The new rule relative to hospital financing, according to which insurers may contribute not more than 50% to the coverage of the running costs of general wards of subsidised hospitals, has influenced tariff negotiations.
- The obligation to comply with the insurers associations' contracts, i.e. the ban on special contracts, has been abolished. This means that insurers may now reach agreements with service providers independently of their associations.

Rising health care costs, which are mirrored by rising premiums, are the most powerful incentive for insurers to change their market conduct. Insurers have to pay more for a greater number of services partly as a result of the KVG itself, which extends the list of health services covered by insurance, and abolishes subsidies. In part this is due to greater client expectations, to technological evolution and the attitude of service providers. Rising health care costs have led to greater political and social pressure to adopt cost-cutting solutions, and put more economic pressure on insurers. This has encouraged insurers to evolve from principally administration-oriented, to market-oriented firms. Together with the new provisions under the KVG (see above) this pressure has led to significant internal changes, and modified attitudes among insurers towards both their customers and service providers. These in turn have reinforced competition (see Figure Z-4).

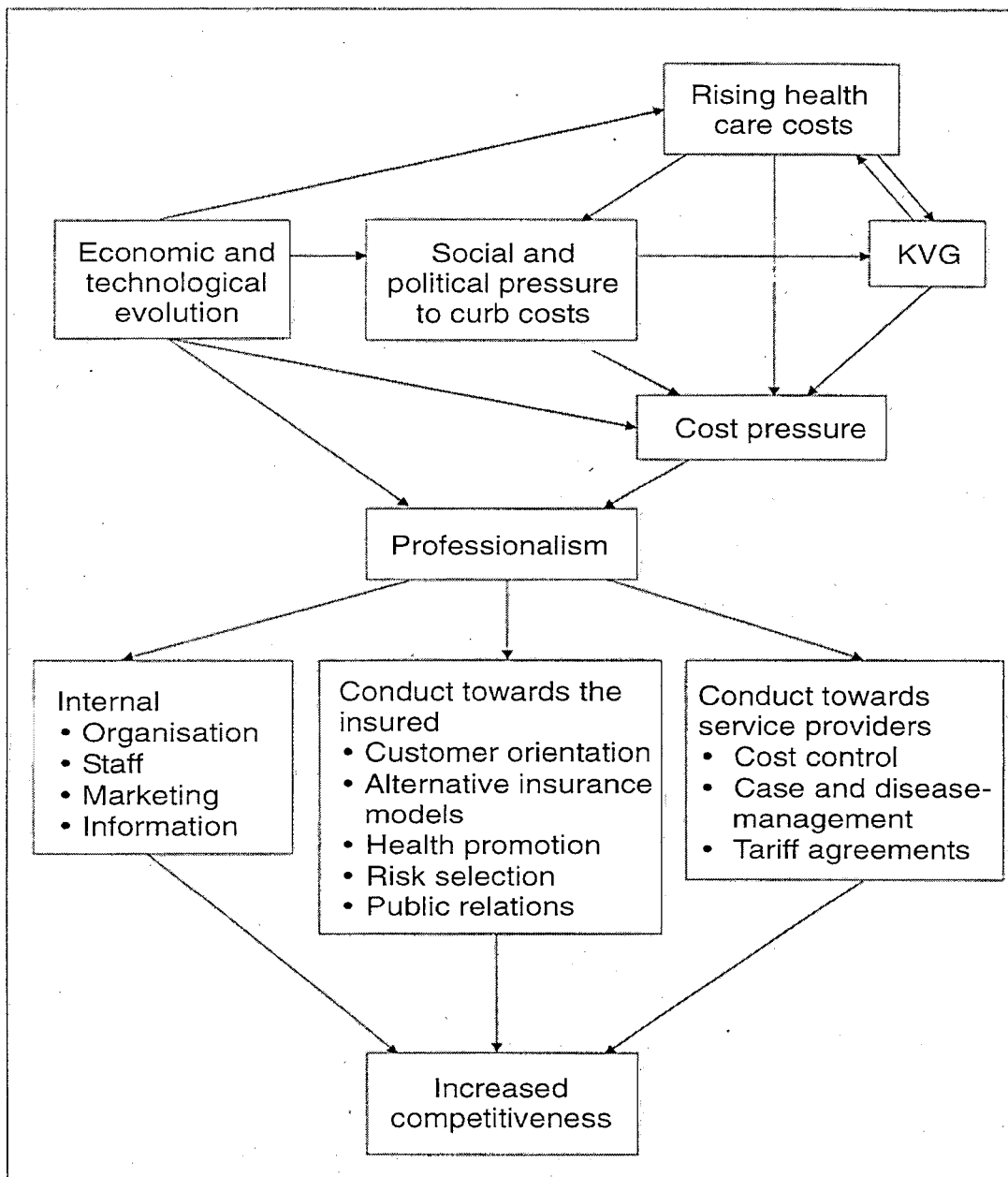


Figure Z-4: Factors and impact of the KVG: the economic evolution, rising health care costs, political and social pressure and lastly the KVG itself generate cost pressure on insurers. This in turn causes them to become more professional at all levels and more competitive.

The influence of the KVG on the professionalism, competitiveness, and intensity of competition between insurers is discussed below.

Professionalism

By exerting greater cost pressure the KVG speeded up the trend towards professionalism among insurers, and gave rise to internal changes, increased customer-orientation and improved services:

- Generally, one may observe a shift from traditional "funds" to modern insurance companies, accelerated by the KVG, although this evolution in corporate culture affects primarily the large insurance companies.
- Many large insurers conduct a fundamental assessment of their organisational structures and work processes and optimise them with a view to greater customer orientation. Medium-sized and smaller insurers concentrate on expanding their organisation to meet growing customer numbers, and on adapting procedures in consequence.
- Insurers have improved their professional qualifications. The leading ones – and some of the runners-up – have acquired new knowledge in the areas of managed care and service contracting, management and computer technology. There are more training opportunities. As a result, it is becoming rarer for insurance business to be conducted as a side-line.
- Major insurers have reinforced and systematised their marketing strategies, partly because of the introduction of supplementary insurance. They conduct periodic market analyses and use datawarehousing to upgrade their internal data bases and evaluations. As for medium-sized and small insurers, the KVG has at best improved their regional marketing strategies.
- Insurers have invested considerably into computer-assisted solutions. The requirements imposed by the KVG (especially TarMed) speeded up this development.
- Alongside rising customer demands and stronger competition through services, the KVG too has improved insurers' customer orientation and the quality of services they provide. Customer contacts, information and counselling have become more intense. Benefits are paid more rapidly.
- All insurers have been encouraged to improve their PR and lobbying activity by the KVG. Especially the large insurance companies have intensified and professionalised their PR, and become more image-conscious.

The pace of professionalisation has been variable for different insurers. In any case, it has to be viewed in the context of the time required for corporate evolution and the additional potential generated, which is considerable.

Competitiveness

The KVG has boosted competition among insurers. Changes have not been as significant as was expected, however, since competition still focuses primarily on premium-pricing and risk selection. The objective is moderate "qualitative" growth. Free choice of insurers for the insured, the uniform premium, and cost pressure, stepped up the trend towards risk selection. The quality of services and corporate image play a greater competitive role. Active cost management, alternative insurance models and tariff competition are less important for insurers' competitive strategies.

- Rising cost pressure has improved cost control. It is still lacking however, almost always limited to purely formal billing control, and to inpatient treatment. Due to incomplete data (lacking diagnostic codes), services are practically never assessed for adequacy and effectiveness (cost-effectiveness analysis). Electronic settling of bills is still the exception.
- Only the major insurers conduct case and disease management, and even they are still at the test stage.
- Only the largest implement health promotional measures, and they do so moderately. For the time being, in view of the fact that the impact of these measures is little known, that it may make itself felt only in the longer term and the right of the insured for free movement. They are not perceived as an important cost control measure by insurers as yet.
- Alternative insurance models have neither been strongly developed, nor have they gained in popularity. Several reasons may be cited for this. The insured don't want to be limited in their choices. Service providers (primarily physicians) are not willing to assume economic risk, since they are protected by the legal obligation imposed upon insurers to cover their services (Kontrahierungszwang). Insurers too are not in agreement concerning the effectiveness of alternative models, so that the overall situation here is relatively unclear.

- Although insurers jointly exert greater pressure on tariffs, tariff-related competition has not grown stronger with the abolition of the obligation for insurers to comply with their associations' contracts. Incentives for tariff partners to reach agreements independently of associations are small, so the decartelisation effects have been minimal. Possible repercussions are still unknown, and new tariff models have not made progress.

Thanks to its new requirements, the KVG has fostered targeted cooperation between insurers, with a view to improving their competitive position. Although alliances between the largest insurers have not proved successful, medium-sized, small and even some of the larger insurers have been able to cooperate in the areas of service contracting, managed care, and supplementary insurance.

Intensity of competition between insurers

Competition between insurers is greater since the introduction of the KVG. It focuses primarily on competing for customers who represent a good risk. It was mainly the medium-sized and small insurance companies who benefited from this development, strongly increasing their market share to the detriment of the major insurers. In other areas, however, competition under the KVG has not really intensified, and its overall level is modest. This is above all due to the fact that the market in obligatory insurance is highly regulated, and to the many obstacles to competition (premiums and tariffs cannot be freely set and risk compensation is insufficient).

Influence of insurers on health costs

Expenditure for services covered by insurers under the obligatory health services insurance continued to grow under the KVG. In 2000 it was almost 30% higher than in 1996. Insurers have only limited possibilities of influencing the cost of services they have to cover. They may influence service costs through tariff negotiations and the control of service providers' bills, but it is much more difficult for them to steer the volume of services through alternative insurance models and case management. Until now, in fact, insurers have hardly had any influence at all on the costs of service providers, and have thus not met the hopes set in them. The influence they have had on damping costs may be outlined as follows:

- Stronger control of service providers' bills enabled several major insurers to save up to 10%. Savings for medium-sized and small insurers are estimated at 2% to 3%.

- Although insurers expect savings to be generated by case and disease management, these potential savings are as yet not regularly quantifiable.
- Tariff pressure by insurers has not given rise to relevant savings, but to bypass reactions by service providers (shifting costs of inpatient treatment, and expanding volume for outpatient treatment) and to a deterioration of services and quality (primarily as concerns care, training and cost-intensive services). We may assume that the new forms of tariff-setting have had a similar effect.
- According to first estimates, savings due to alternative insurance models amount to 10% to 15%. Due to their low level of popularity, they have little influence on service costing however.
- Health promotional measures are as yet extremely limited; their cost-curtailling impact is correspondingly small.
- Insurers' administrative costs currently amount to 6% or 7% of the net benefits they pay, and are thus relatively low in comparison to private insurers. The introduction of the KVG upped administrative costs as a result of increased administrative procedures. They then fell, only to slightly rise again in the recent past.

The changes in insurers' behaviour jeopardise the other objectives pursued by the KVG to a certain extent:

1. Continued risk selection counteracts solidarity.
2. Increased cost pressure on service providers may impair quality.

Overall assessment and recommendations

Basically, insurers are expected to make active use of the more liberal insurance market created by the new law to cut costs without jeopardising the other objectives of the KVG. They are above all encouraged to become more competitive; competitiveness should not be exercised through risk selection however, but through improved cost management measures. If one compares the relevant evolution and its impact on health care costs with the repercussions that were originally expected, one can see that insurers have yet not fulfilled relevant expectations:

- The KVG speeded up the trend towards professionalism, and has made insurers more competitive. The level of professionalism achieved until now must be viewed in the context of further potential room for improvement. Competitiveness did not develop in the desired way, and insurers continue to concentrate above all on premiums and risk selection. Active cost management, alternative insurance models and competition in tariff-setting continue to play a secondary role in insurers' competitive strategies.
- There is more competition between insurers, with a focus on clients who represent a good risk for them. The intensity of competition as such has not increased over the past years, and continues to be rather moderate.
- Until now, insurers have hardly influenced the costs of service providers. Savings focus on billing control, whereas alternative insurance models hardly make themselves felt.
- Changes in insurers' behaviour to a certain extent counteract the law's other objectives.

When assessing the law's impact on insurers until now, the following factors have to be taken into account:

1. Insurers continue to be bound by numerous regulations and have little entrepreneurial room for manoeuvre. In conjunction with the ban on profit-making, this renders the obligatory insurance market not a particularly attractive one. It hardly fosters innovations or stronger competition through new products.
2. Modified behaviour relative to greater market-orientation or the development of innovative alternative products requires time. The present evaluation provides a snapshot of a dynamic evolutionary process and assesses the short-term repercussions of the KVG on insurers. The KVG speeded up and strengthened several trends (above all towards greater professionalism, more stringent control of billing, gathering practical experience of alternative insurance models, tougher tariff negotiations). Further progress in this direction will take time. We expect insurers' strategies to evolve in the direction of more intense health management only if premium pressure grows or if framework conditions are modified (for example if the obligation to cover services is abolished).

3. Market results are strongly influenced by "external" factors (above all the behaviour of the insured and of service providers, regulatory interventions, technological development). These factors limit the insurers' possibilities of influencing the costs of services they are obligated to cover.

The following general recommendations, based on expectations and changes that are already observable, are addressed to insurers:

- Professionalism should be consequently pursued in all areas.
- Insurers should develop and implement long-term innovative strategies, moving from short-term oriented risk selection towards comprehensive health management strategies and the savings generated thereby.
- Alternative insurance models should be developed and popularised. Case and disease management should be intensified in order to optimise the interfaces in the treatment chain. In tariff-setting, models should be developed and tested that account for the entire treatment chain.
- Billing control should be improved, above all for outpatient treatment, alongside cost-effectiveness and quality controls.
- Cooperation and dialogue with service providers should be improved and intensified (data set, tariff negotiations, new forms of setting tariffs, case and disease management, managed care).

The following general recommendations relative to intensifying competition between insurers and curbing health costs are addressed to the authorities:

- Risk compensation should be improved. On the one hand this would make risk selection even less attractive, on the other it should not reduce incentives to pursue cost curtailment.
- The possibility of abolishing the obligatory coverage of services (Kontrahierungszwang) ought to be examined. This might benefit the alternative insurance models above all.
- The political control of premium pricing ought to be evaluated.
- An increase of the maximum optional deductible and the resulting rebates ought to be examined in order to encourage the insured to be more self-reliant.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, umfasst folgende Schwerpunkte für die Reform der Krankenversicherung:

- Stärkung der Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken und mit unterschiedlichem Einkommen,
- Kosteneindämmung durch Förderung des Wettbewerbs,
- Angemessene Versorgung mit qualitativ hochstehenden Leistungen.

Die Wirkungen der Massnahmen, mit denen diese Reformziele erreicht werden sollen, sind gemäss der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz wissenschaftlich zu überprüfen. Das Konzept zur Wirkungsanalyse des KVG (BSV 1998) sieht aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge eine projektorientierte Vorgehensweise vor. Während die bisher lancierten Projekte meist auf einzelne Massnahmen fokussiert waren (neue Versicherungsformen, Prämienverbilligung, Finanzierung des Gesundheitswesens, Risikoausgleich, Tarife, Zulassung von Leistungen, Qualitätssicherung), sollen in einem zweiten Schritt Evaluationen durchgeführt werden, die eine synthetisierende Querschnittsperspektive einnehmen.

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den Auswirkungen des KVG auf die Versicherer. Die Evaluation hat eine synthetisierende Funktion, in dem bestehende Evaluationsergebnisse durch eigene Analysen und Befragungen gezielt ergänzt werden. Im Zentrum steht die Frage, inwiefern die wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des KVG und in der Folge deren kosteneindämmenden Wirkungen erreicht werden konnten.

1.2. Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel der Untersuchung ist die Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die Versicherer. Folgende zwei Hauptfragen sollen beantwortet werden:

1. Hat das KVG zu einer Veränderung des Wettbewerbsverhaltens der Versicherer und dadurch zu einer Erhöhung der Wettbewerbsintensität im Gesundheitsmarkt (Versicherer und Leistungserbringer) geführt?
2. Inwiefern haben die Verhaltensänderungen seitens der Versicherer zur Kosteneindämmung beigetragen?

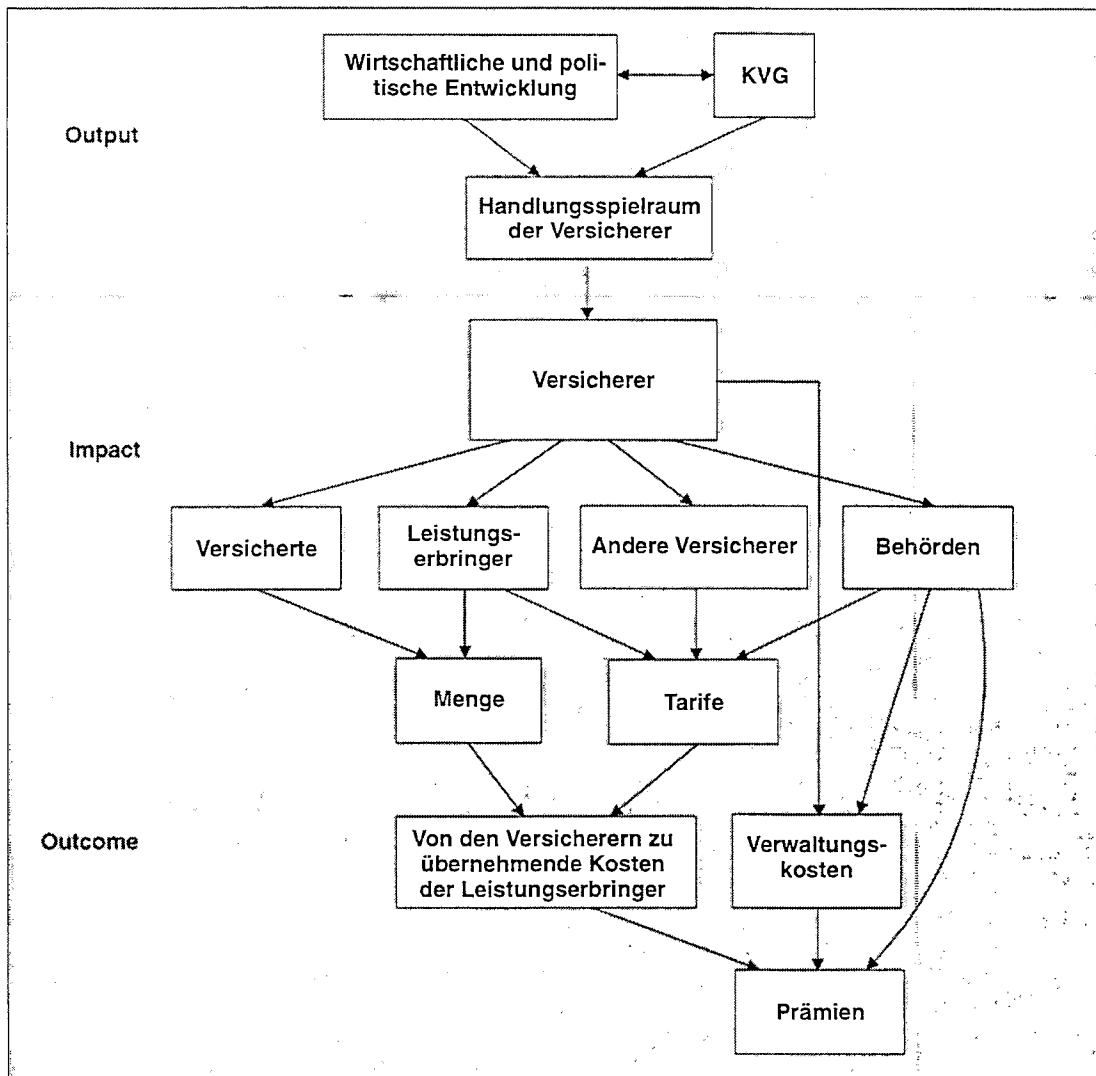
Die Untersuchung konzentriert sich auf die Beantwortung der ersten Frage. Damit wird in erster Linie geklärt, ob das KVG zu einem verstärkten Wettbewerbsverhalten der Versicherer geführt hat. Der Einfluss des geänderten Wettbewerbsverhaltens auf die Gesundheitskosten wird ergänzend qualitativ beurteilt. Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

- Wie hat sich der Handlungsspielraum der Versicherer mit der Einführung des KVG verändert?
- Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind bei den Versicherern aufgrund des KVG festzustellen?
- Wie hat sich das Verhalten der Versicherer gegenüber den Versicherten geändert?
- Wie hat sich das Verhalten der Versicherer gegenüber den Leistungserbringern verändert?
- Wie haben sich die Beziehungen der Versicherer untereinander verändert?
- Wie haben sich die Beziehungen zu den Behörden verändert?
- Inwiefern hat das geänderte Wettbewerbsverhalten der Versicherer die Wettbewerbsintensität unter den Versicherern und unter den Leistungserbringern verändert?
- Inwiefern haben die Versicherer mit ihren Verhaltensänderungen einen Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten geleistet?
- Wie haben sich die Verhaltensänderungen auf die übrigen Zielsetzungen des KVG (Stärkung der Solidarität, qualitativ hochstehende Leistungen) ausgewirkt?

1.3. Methodik

1.3.1. Evaluationskonzept

Bei der Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die Versicherer gehen wir von folgendem Wirkungsmodell aus:



Figur 1: Wirkungszusammenhänge betreffend die Krankenversicherer: Die wirtschaftliche und politische Entwicklung sowie das KVG („Output“) beeinflussen das Verhalten der Versicherer („Impact“) gegenüber den Versicherten, den Leistungserbringern, den anderen Versicherern und den Behörden und können zu einer Änderung der von den Versicherern zu übernehmenden Kosten der Leistungserbringer („Outcome“) führen, die sich aus der Multiplikation von beanspruchten Leistungsmengen und Tarifen ergeben.

Der Handlungsspielraum der Versicherer wird von den wirtschaftlichen, politischen und technologischen Rahmenbedingungen sowie den Massnahmen des KVG beeinflusst. Die Versicherer reagieren auf den geänderten Handlungsspielraum mit innerbetrieblichen Veränderungen und einem geänderten Verhalten gegenüber den Versi-

cherten, den übrigen Versicherern, den Leistungserbringern sowie den Behörden. Dies kann zu Veränderungen der Tarife (bspw. über die Tarifverhandlungen) oder der beanspruchten Leistungen (bspw. durch alternative Versicherungsmodelle) führen. Die Kosten der Leistungserbringer, die die Versicherer zu übernehmen haben, ergeben sich durch die Tarife und die beanspruchten Mengen. Sie sind die zentralen prämienbestimmenden Faktoren. Die Behörden nehmen Einfluss auf die Tarife (Kantone und Bund), die Höhe der Verwaltungskosten (Bund) und die Prämien (Prämiengenehmigung durch den Bund).

Die Evaluation baut auf der in INFRAS 2000 zur Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich angewendeten Methodik auf. Die Beurteilung der Wirkungen erfolgt dabei in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wird durch einen Vorher/Nachher-Vergleich zwischen den Situationen unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) und dem KVG beurteilt, inwiefern sich der Handlungsspielraum der Versicherer, ihr Wettbewerbsverhalten, die Wettbewerbsintensität sowie die Gesundheitskosten verändert haben. In einem zweiten Schritt werden durch kausale Analysen die auf die Massnahmen des KVG zurückführbaren Wirkungen im Vergleich zu einer unbeeinflussten Entwicklung beurteilt („Policy on/Policy off“-Vergleich). Damit sollen die Wirkungsmechanismen analysiert und beurteilt werden, welchen Einfluss das KVG auf die festgestellten Veränderungen gehabt hat. Ziel ist die ursächliche Trennung von KVG-externen (bspw. allgemeine Weiterentwicklung der Managementmethoden) und -internen Beeinflussungsfaktoren (bspw. Aufhebung des Vertragszwangs). Bei der kausalen Analyse stehen drei Fragen im Zentrum:

1. Kann die festgestellte Veränderung auf das KVG zurückgeführt werden?
2. Falls ja, auf welche Massnahmen resp. durch das KVG ausgelöste politische Rahmenbedingungen kann die Veränderung zurückgeführt werden?
3. Hat das KVG die Veränderung ausgelöst oder nur beschleunigt?

Während die Verhaltensänderungen der Versicherer seit Inkrafttreten des KVG durch Dokumentenanalysen (v.a. Geschäftsberichte und bestehende Untersuchungen) und die Befragung der Akteure relativ sicher erhoben werden kann, ist die Beurteilung der kausalen Frage wesentlich schwieriger. Erstens zeigt sich, dass das Wirkungsgefüge zwischen den gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen und dem Wettbewerbsverhalten der Versicherer komplex ist und viele indirekte Wirkungen aufweist. Zweitens ist die Isolierung der Wirkungen einzelner Massnahmen des KVG auf die Versicherer sehr schwierig. Oft wirken mehrere Massnahmen des KVG sowie die poli-

tischen Rahmenbedingungen gemeinsam auf die Versicherer ein. Zusätzlich werden die Verhaltensänderungen durch KVG-externe Faktoren wie die unternehmerische und die volkswirtschaftliche Entwicklung beeinflusst. Da methodisch ein Kontrollgruppenvergleich sowie eine quantitative Abschätzung des Einflusses des KVG nicht möglich sind, wird der kausale Bezug durch die Befragung von Versicherern hergestellt.

Ergänzend zur Längsschnittanalyse werden Querschnittsvergleiche zwischen den Wirkungen auf die Versicherer nach vier Gruppen mit unterschiedlicher Grösse und innerhalb dieser Gruppen gezogen. Durch diese Vergleiche sollen Entwicklungstendenzen sichtbar gemacht werden und Hinweise auf die Wirkungsunterschiede zwischen einzelnen Versicherern gemacht werden.

Den Kern der Studie bilden vergleichende Kurzfallstudien ausgewählter Versicherer. Mit den Kurzfallstudien werden primär das Wettbewerbsverhalten der Versicherer sowie der Einfluss des KVG auf die Verhaltensänderungen untersucht. Ausgehend von der Annahme, dass sich die Auswirkungen des KVG bei den unterschiedlich grossen Versicherern unterscheiden, haben wir zur Analyse der Auswirkungen vier Gruppen von Versicherern gebildet:

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| Sehr grosse Versicherer: | ab 500'000 Versicherte |
| Grosse Versicherer: | 100'001 bis 500'000 Versicherte |
| Mittelgrosse Versicherer: | 10'001 bis 100'000 Versicherte |
| Kleine Versicherer: | unter 10'001 Versicherte |

Da die vier sehr grossen und 10 grossen Versicherer im Jahr 2000 über 80% des Anteils am Krankenversicherungsmarkt ausmachten, haben wir sie vollständig in die Kurzfallstudien miteinbezogen. Bei den 28 mittelgrossen (Marktanteil: rund 15%) und den 57 kleinen Versicherern (Marktanteil: rund 2%) haben wir in Absprachen mit dem BSV eine Auswahl von fünf mittelgrossen und vier kleinen Versicherern nach folgenden Kriterien vorgenommen:

- Grösse (grosse, mittlere und kleine Versicherer innerhalb der Gruppe),
- Sprachregion,
- Risikostruktur,
- Besonderheiten wie junge, wachsende Versicherer, relevante Verschiebungen im Versichertenbestand, ehemalige Betriebskassen).

Die Auswahl der 23 vertieft untersuchten Versicherer, die einen Anteil von rund 85% des Krankenversicherermarktes abdeckt, ermöglicht repräsentative Aussagen für die beiden grossen Versicherergruppen, nicht jedoch für die mittelgrossen und die kleinen Versicherer. Bei den letzten beiden Gruppen können die Auswirkungen durch die Auswahl nach den erwähnten Kriterien jedoch qualitativ beispielhaft beschrieben werden.

Die für die 23 Kurzfallstudien ausgewählten Versicherer lassen sich wie folgt charakterisieren:

| Grösse (Jahr 2000) | Anzahl Versi- cherer | Marktgebiet (Jahr 2000) | | | Risikostruktur unter dem KUVG ¹ | | | „Offen“ oder „ge- schlossen“ unter dem KUVG ² | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------|---|---------------|---|-------------------|----------|--|-------------------|
| | | Ganze CH | Ganze CH mit regio- nalen Schwer- punkten | Re- gional | Gut | Ausge- glichen | Schlecht | „Offen“ | „Geschlo- sen“ |
| Sehr gross | 4 | 3 | - | 1 | - | 2 | 2 | 4 | - |
| Gross | 10 | 7 | 3 | - | 5 | 1 | 4 | 10 | - |
| Mittel- gross | 4 | 3 | 1 | - | - | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Klein | 5 | - | 2 | 3 | 5 | - | - | 4 | 1 |
| Total | 23 | 13 | 6 | 4 | 10 | 5 | 8 | 19 | 4 |

Tabelle 1: Charakterisierung der für die Kurzfallstudien ausgewählten Krankenversicherer.

Es kann vermutet werden, dass sich die Auswirkungen des KVG je nach Grösse, des Marktgebiets und der Risikostruktur der Versicherer sowie für unter dem KUVG „offene“ resp. „geschlossene“ Versicherer unterscheiden.

-
- 1 Beurteilt nach den für 2001 prognostizierten Leistungen pro Versicherten im Vergleich mit dem Schweizer Durchschnitt und der prognostizierten Veränderung der Leistungen des Jahrs 2001 im Vergleich zu 1997 (Quelle: Prämienenerhebungsdaten des BSV).
 - 2 „Offene“ Versicherer sind diejenigen, die grundsätzlich alle Versicherten aufnehmen. Als „geschlossene“ Versicherer wurden unter dem KUVG Versicherer bezeichnet, die ihren Kundenkreis auf bestimmte Gruppen einschränkten (Bspw. Betriebskassen). Mit Inkrafttreten des KVG und der Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten mussten sich diese Versicherer öffnen.

1.3.2. Forschungsmethoden und Vorgehen

Die gestellten Evaluationsfragen wurden mit einem differenzierten methodischen Vorgehen untersucht. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Arbeitsschritte und die jeweils angewandten Forschungsmethoden:

| Arbeitsschritte | Forschungsmethoden |
|---|---|
| Analyse des Handlungsspielraums der Versicherer | <ul style="list-style-type: none">• Dokumentenanalyse. |
| Auswertung von bestehenden Wirkungsanalysen | <ul style="list-style-type: none">• Dokumentenanalyse. |
| Kurzfallstudien der 23 ausgewählten Versicherer | <ul style="list-style-type: none">• 20 persönliche Interviews anhand eines halbstrukturierten Gesprächsleitfadens.• Auswertung von 7 Interviewprotokollen der im Rahmen von INFRAS 2000 geführten Interviews mit Versicherern.• Dokumentenanalyse: Auswertung von Geschäftsberichten.• Analyse der Prämiererhebungsdaten des BSV. |
| Ergänzende Befragungen und Auswertungen | <ul style="list-style-type: none">• 5 persönliche Interviews mit Krankenkassenverbänden/-vereinen oder Gruppierungen von Krankenversicherern,• 2 persönliche Interviews mit Vertretern des BSV.• Auswertung folgender Interviewprotokolle der im Rahmen von INFRAS 2000 durchgeführten Interviews:<ul style="list-style-type: none">- 3 Gruppierungen von Krankenversicherern (COSAMA, Unimedes, SanaCare),- 7 Krankenversichererverbände, |
| Analyse des Krankenversicherermarktes | <ul style="list-style-type: none">• Analyse der Krankenversicherungsstatistik des BSV.• Analyse der Prämien genehmigungsdaten des BSV. |
| Kostenbezogene Wirkungsanalysen | <ul style="list-style-type: none">• Kombination von statistischen Angaben, durchgeführten Untersuchungen und Ergebnissen der Interviews. |
| Einfluss auf die übrigen Ziele des KVG | <ul style="list-style-type: none">• Kombination von Dokumentenanalyse und Ergebnissen der Interviews. |

Tabelle 2: Überblick über die durchgeführten Arbeitsschritte und die angewandten Forschungsmethoden. Kern der Evaluation bilden die Kurzfallstudien der 23 ausgewählten Versicherer.

Folgendes mehrstufiges Vorgehen wurde im Rahmen dieser Untersuchung gewählt:

1. Analyse des Handlungsspielraums der Versicherer

In einem ersten Schritt wurde die Veränderung des Handlungsspielraums der Versicherer aufgrund der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen und der Massnahmen des KVG analysiert. Diese Analyse dient der Klärung wichtiger Begriffe,

der Darstellung der Unterschiede in den gesetzlichen Bestimmungen und den Rahmenbedingungen zwischen dem KUVG und dem KVG sowie der Klärung der Wirkungsmechanismen. Die Analyse der Veränderung des Handlungsspielraums der Versicherer diente als Grundlage für die weiteren Arbeiten und zur Konkretisierung der Fragestellungen. Aus der Veränderung des Handlungsspielraumes und den politischen Rahmenbedingungen wurden Anforderungen an die Versicherer abgeleitet, die in der Folge überprüft wurden. Neben der Analyse von Dokumenten (insbesondere gesetzliche Grundlagen und bestehende Wirkungsanalysen) wurden auch Ergebnisse der Interviews verwendet.

2. Auswertung bestehender Wirkungsanalysen

Einige Evaluationsfragen werden bereits durch bestehende Arbeiten beantwortet. Diese Arbeiten wurden gezielt ausgewertet, um das vorhandene Wissen zu nutzen und die nachfolgenden Analysen zu fokussieren. Folgende Arbeiten waren für die Beantwortung der Evaluationsfragen von Bedeutung:

| Themen | Arbeiten | Relevante Inhalte |
|------------------------------------|--|--|
| Tarifierung | Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) | Auswirkungen des KVG auf: <ul style="list-style-type: none"> • Tarifverhandlungen, Beschwerden an den Bundesrat, Tarife (Höhe und Strukturen). • Sonderverträge. • Alternative Versicherungsmodelle. • Einfluss der geänderten Tarife auf die Gesundheitskosten. |
| Risikoaussgleich | Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (Spycher 1999) Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? (Spycher 2000) | Entwicklung des Risikoausgleichs und der Risikoselektion. |
| Zusatzversicherung | Veränderung im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Prognos 2000) | Reaktionen der Versicherer, der Versicherten und der Spitäler auf die Trennung der Grund- und der Zusatzversicherung. |
| Finanzierung des Gesundheitswesens | Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit (Greppi et al. 2000) | Auswirkungen des KVG auf: <ul style="list-style-type: none"> • Kosten und Finanzierung der Krankenversicherung, Veränderung der Preise • Entwicklung der Reserven der Versicherer. |

Tabelle 3: Im Rahmen der Untersuchung vertieft ausgewertete Wirkungsanalysen.

Aufgrund der bestehenden Arbeiten wurden in der vorliegenden Arbeit insbesondere die Fragen zu den Auswirkungen des KVG im Tarifbereich und zu den Auswirkungen des Risikoausgleichs nicht vertieft untersucht.

3. Kurzfallstudien

In den 23 Kurzfallstudien ausgewählter Versicherer wurden primär die durch das KVG induzierte Veränderung des Wettbewerbsverhaltens untersucht. Folgende Frageblöcke standen im Zentrum:

- Innerbetriebliche Veränderungen,
- Veränderung des Verhaltens der Versicherer gegenüber den Versicherten, den Leistungserbringern, anderen Versicherern und den Behörden,
- Einfluss der Veränderung des Wettbewerbsverhaltens der Versicherer auf die Gesundheitskosten.

Folgende Methoden wurden in den Kurzfallstudien kombiniert:

a) Qualitative Interviews

Mit 20 Versicherern wurden qualitative Interviews anhand eines halbstrukturierten Gesprächsleitfadens geführt.³ Zusätzlich wurden die Interviewprotokolle der im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG im Tarifbereich (INFRAS 2000) geführten Interviews mit Versicherern ausgewertet. Bei drei der 23 ausgewählten Versicherern wurde auf ein persönliches Gespräch verzichtet, weil die Informationen aufgrund der bestehenden Interviewprotokolle bereits als ausreichend erachtet wurden.

b) Analyse von Geschäftsberichten

Bei den 14 grössten Versicherern (Versicherer mit über 100'000 Versicherten) wurden in Ergänzung zu den Interviews die Geschäftsberichte der Jahre 1994 bis 1999 nach einem einheitlichen Raster hinsichtlich der Fragestellungen ausgewertet. Die mittelgrossen und kleinen Versicherer verfügen nicht durchwegs über öffentliche und aussagekräftige Geschäftsberichte. Deshalb wurde auf eine Auswertung der Berichte der ausgewählten Versicherer mit unter 100'000 Versicherten verzichtet.

3 Liste der Gesprächspartner und Gesprächsleitfaden des Interviews mit den Versicherern siehe Anhang 1.

4. Ergänzende Befragungen und Auswertungen

Ergänzend zu den Kurzfallstudien wurden zur Beurteilung der Veränderung des Wettbewerbsverhaltens der Versicherer sowie des Einflusses des geänderten Verhaltens auf die Gesundheitskosten insgesamt acht qualitative Interviews mit Versichererverbänden oder Gruppierungen von Versicherern sowie dem BSV geführt und insgesamt 10 Protokolle der im Rahmen der Analyse der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) geführten Interviews mit Versicherer- und Leistungserbringerverbänden ausgewertet. Diese zusätzlichen Befragungen und Auswertungen dienten zur breiteren Abstützung der Ergebnisse der Kurzfallstudien.

5. Analyse des Krankenversicherermarktes

Durch die Analyse des Krankenversicherungsmarktes sollen Hinweise für eine Veränderung der Wettbewerbsintensität gewonnen werden. Ziel ist, aufgrund der Entwicklung der Marktstruktur und der Marktergebnisse der Versicherer auf die Wettbewerbsintensität schliessen zu können. Die Beurteilung der Marktentwicklung wurde vergleichend für die vier Gruppen von Versicherern durchgeführt, die sich nach Grösse unterscheiden. Grundlage der Beurteilung bildeten die vom BSV im Rahmen der Prämien genehmigung erhobenen Daten wie die Versichertenbestände, die Prämien und die Ergebnisrechnung (Kalkulation betreffend Leistungen, Kosten und Rückstellungen). Die Daten der Prämien erhebung liegen für den Zeitraum 1997/98 bis 2001 (Hochrechnung) vor. Sie wurden hinsichtlich wichtiger Kennzahlen pro Versicherergruppe analysiert, um die Entwicklung während den letzten Jahren nachzuzeichnen und Hinweise auf die Veränderung der Wettbewerbsintensität abzuleiten. Wichtige Kennzahlen sind die Marktanteile (Konzentrationsgrad und räumliche Marktausdehnung), die Prämienentwicklung, die Nettoleistungen pro Versicherten sowie die Reserve- und die Rückstellungsquote. Die Veränderung der Wettbewerbspositionen der Versicherergruppen wurde am Beispiel des Kantons Zürich auf kantonaler Ebene untersucht. Um die Resultate breiter abzustützen wurde die Entwicklung wichtiger Kennzahlen der Versicherer zudem für den im Vergleich zum Kanton Zürich günstigeren Kanton Graubünden, den ähnlich teuren Kanton Bern und den teureren Kanton Genf analysiert (siehe Anhang 2).

6. Kostenbezogene Wirkungsanalysen

Die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen der Kostenentwicklung und dem veränderten Marktverhalten der Versicherer sowie den Massnahmen des KVG ist metho-

disch sehr schwierig, weil das Wirkungsgefüge komplex ist und sich der Einfluss der Versicherer kaum isolieren lässt. Folgendes Vorgehen wurde gewählt:

- Aufzeigen der Kosten- und der Mengenentwicklung in den verschiedenen Leistungsbereichen.
- Beurteilung des Einflusses des geänderten Verhaltens der Versicherer und des Einflusses des KVG auf die Entwicklung der Kosten der Leistungserbringer (Tarife und Mengen) und die Prämien. Die Beurteilung erfolgt qualitativ durch die Auswertung der Befragungsergebnisse und die Auswertung vorhandener Untersuchungen. Wichtige zu beurteilende Größen sind:
 - Kostenkontrolle und Fallmanagement,
 - Höhe der Tarife sowie Einfluss neuer Tarifierungsformen,
 - Einfluss der alternativen Versicherungsmodelle,
 - Verwaltungsaufwand.

7. Einfluss der Verhaltensänderung der Versicherer auf die übrigen Ziele des KVG

Der Einfluss des Verhaltens der Versicherer auf die übrigen Ziele (Stärkung der Solidarität und hochstehende medizinische Versorgung) wurde auf Grundlage der Befragungen der Versicherer und der Dokumentenanalyse (insbesondere zum Risikoausgleich) beantwortet. Hingewiesen wird dabei auf Ziel- resp. Interessenskonflikte.

1.4. Aufbau des Berichts

Die vorliegende Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Versicherer ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 2 zeigt die Veränderungen des Handlungsspielraumes der Versicherer aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des KVG und den politischen sowie wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf. Als Ergebnis werden die neuen Anforderungen an die Versicherer abgeleitet, die die Beurteilungsgrundlage für die tatsächlichen Verhaltensänderungen darstellen.
- In Kapitel 3 werden die Verhaltensänderungen der Versicherer seit Inkrafttreten des KVG aufgrund der Kurzfallstudien der 23 ausgewählten Versicherer und der ergänzenden Informationen beschrieben. Es wird eine Beurteilung vorgenommen, inwiefern die Veränderungen auf das KVG zurückgeführt werden können. Unter-

schieden wird nach innerbetrieblichen Veränderungen, dem Verhalten gegenüber den Versicherten und den Leistungserbringern sowie den Veränderungen in den Beziehungen zu anderen Versicherern und den Behörden.

- Anschliessend wird in Kapitel 4 aufgrund der Ergebnisse des Kapitels 3 (Veränderung des Marktverhaltens) und einer Beurteilung der Marktstruktur und der Marktergebnisse die Veränderung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern beurteilt.
- Kapitel 5 stellt die Kostenentwicklung in den verschiedenen Leistungsbereichen dar und beurteilt den Einfluss der Verhaltensänderungen der Versicherer auf die Kostenentwicklung.
- Abschliessend wird in Kapitel 6 beurteilt, inwiefern die Versicherer die in sie gesetzten Erwartungen bisher erfüllt haben (Gesamtbeurteilung) und Empfehlungen an die Versicherer sowie die Behörden formuliert.

2. Veränderung des Handlungsspielraums der Versicherer

Als Grundlage für die folgenden Analysen wird in diesem Kapitel die Veränderung des Handlungsspielraums der Versicherer aufgrund der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen und der Massnahmen des KVG analysiert. Ziel ist die Darstellung der Erwartungen an die Versicherer, deren Erfüllung empirisch überprüft werden kann. Folgende Fragen werden geklärt:

- Wie lässt sich das Krankenversicherungsgeschäft charakterisieren?
- Welchen Einfluss üben übergeordnete wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen seit Inkrafttreten des KVG auf die Versicherer aus?
- Wie haben die gesetzlichen Bestimmungen des KVG den Handlungsspielraum der Versicherer gegenüber der Situation unter dem KUVG beeinflusst?
- Welche Verhaltensänderungen werden aufgrund der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen sowie der gesetzlichen Bestimmungen von den Versicherern erwartet?

2.1. Krankenversicherungsgeschäft

Die Versicherer bieten ihren Kunden Versicherungsprodukte an, die definierte Leistungen umfassen, für die die Versicherten mit der Prämie einen Preis bezahlen. Die Leistungen des Versicherers werden zudem durch die gebotene Dienstleistungsqualität (Kundenservice, Geschwindigkeit der Auszahlungen, Professionalität, etc.) bestimmt. Auf der Nachfrageseite treten die Versicherer als Händler auf, in dem sie für die „potentiellen Patienten“ medizinische Leistungen einkaufen und bezahlen. Die Nachfrage der Versicherer bezieht sich auf die gesamte Dienstleistungspalette eines Anbieters, mit dem er in Vertragsverhandlungen die Leistungen und die entsprechenden Preise resp. Tarife aushandelt. Der Gesundheitsmarkt ist jedoch trotz des Einflusses der Versicherer auf die Preise der Leistungen aufgrund verschiedener Faktoren im

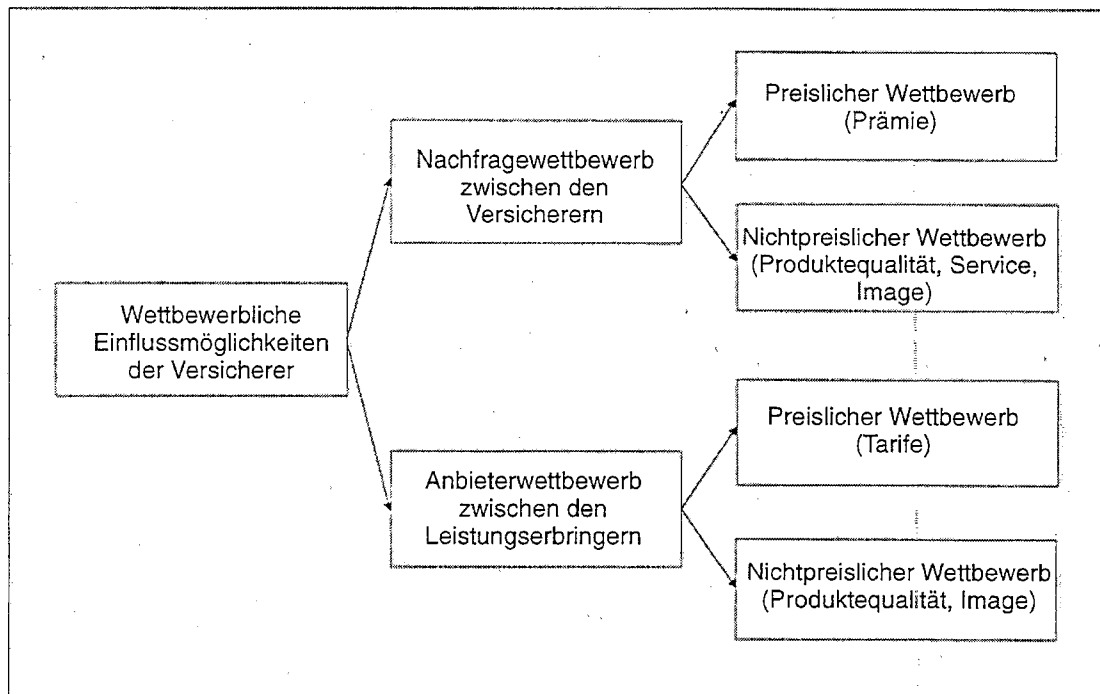
Wesentlichen ein Angebotsmarkt, in dem die Leistungserbringer als Bedarfsfixierer auftreten.⁴

Der Wettbewerb unter den Versicherern soll über die Auswahl von konkurrierenden Versicherern mit verschiedenen Versicherungsmodellen und unterschiedlicher Prämienhöhe zu einer kostengünstigen Versorgung der Versicherten mit den Leistungen der Krankenversicherung führen. Wettbewerb setzt ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis von Rivalen voraus, in dem ein grösserer Erfolg des einen Wettbewerbers zu Lasten der Konkurrenten geht. Die moderne Wettbewerbstheorie charakterisiert den Wettbewerb als dynamischen Prozess, in dem sich Unternehmen durch Innovationen Marktvorteile (Vorsprungsgewinne von Marktanteilen und Rentabilität) erschaffen und die Konkurrenten diese Vorsprungsgewinne durch Imitationen wieder abbauen (Olten 1995). Bei den Formen des Wettbewerbs kann zwischen dem Preiswettbewerb und dem Nichtpreiswettbewerb unterschieden werden. Der preisliche Wettbewerb ist umso bedeutender, je homogener die Produkte sind. Nichtpreisliche Wettbewerbsfaktoren umfassen die Produktqualität, den Service und das Image resp. Vertrauen des Unternehmens (Aberle 1992). Der Wettbewerb wird entscheidend vom Marktzugang beeinflusst. Durch das Auftreten eines neuen Anbieters bzw. eines Produkts im Markt (bspw. innovative neue effiziente und effektive Versicherungsformen) kann der Wettbewerb intensiviert werden. Bei beschränktem Marktzugang sinkt die Wettbewerbsintensität. Der Wettbewerb zwischen Unternehmen ist zudem von der Markttransparenz abhängig, die das Wahlverhalten der KundInnen entscheidend beeinflusst.

Die Versicherer können in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) den Wettbewerb zwischen den Versicherern (Nachfragewettbewerb) und über die Vertragsgestaltung und die Wahl des Versicherungsmodells denjenigen zwischen den Anbietern beeinflussen (Anbieterwettbewerb, vgl. Figur 2).

4 Gründe, weshalb der Gesundheitsmarkt ein Angebotsmarkt ist:

- Überwälzung der Kosten auf die Versicherten durch die Versicherungsdeckung.
- Fehlende Transparenz mangels Fachwissen auf der Kundenseite.
- Keine Möglichkeit, die bei den Leistungserbringern nachgefragte Mengen vertraglich zu fixieren.
- Kontrahierungszwang der Versicherer mit den Leistungserbringern.



Figur 2: *Wettbewerbliche Einflussmöglichkeiten der Versicherer: Die Versicherer konkurrieren untereinander über die Prämie oder nichtpreisliche Elemente wie Produktequalität und Image. Zusätzlich können sie durch ihre Angebote den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern beeinflussen.*

Der Wettbewerb unter den Versicherern wird durch das Mischsystem von regulierenden und wettbewerblichen Elementen des KVG beschränkt. Die Versicherer werden dadurch in ihrem unternehmerischen Handlungsspielraum wesentlich eingeschränkt.⁵ In Tabelle 4 sind die staatlichen Eingriffe in die Produkte- und Preispolitik des Krankenversicherungsmarktes dargestellt, die im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen zu einem geringen wettbewerblichen Handlungsspielraum führen.

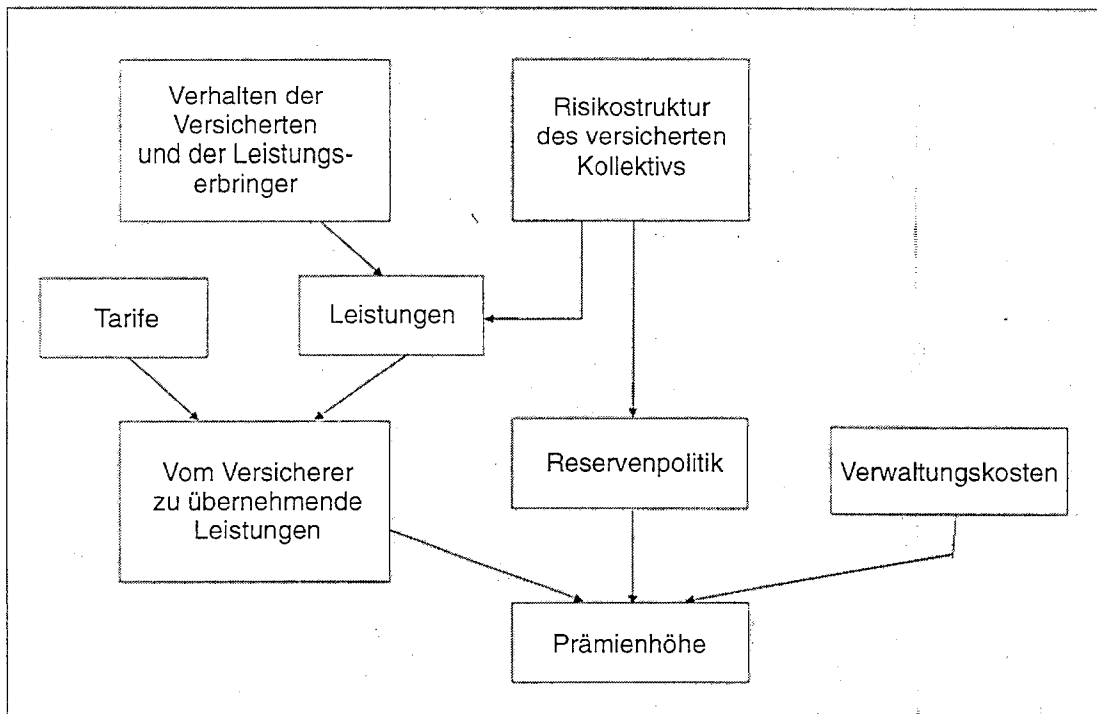
5 Auf die einzelnen Einschränkungen und Wettbewerbshindernisse wird beim Vergleich der Handlungsmöglichkeiten unter dem KUVG und dem KVG (Kapitel 2.8.) näher eingegangen.

| Staatliche Eingriffe in die | Art der Eingriffe |
|-----------------------------|--|
| Produktpolitik | <ul style="list-style-type: none"> • Vorgegebener Leistungskatalog, • Kontrahierungszwang, • Art der alternativen Versicherungsprodukte, • Kantonale Spitallisten. |
| Preispolitik | <ul style="list-style-type: none"> • Einheitsprämie, • Eingriff in die Prämiengestaltung, • keine Gewinnmöglichkeiten, • Risikoausgleich, • Festsetzung des maximalen Prämienreduktion bei den alternativen Modellen, • Reservebestimmungen, • Genehmigung und Festsetzung von Tarifen. |

Tabelle 4: Staatliche Eingriffe in die Produkte- und Preispolitik der Versicherer, die zu einem geringen wettbewerblichen Handlungsspielraum für die Versicherer führen.

Aufgrund der Homogenität des angebotenen Versicherungsprodukts (einheitlicher Leistungskatalog) spielt sich der Wettbewerb hauptsächlich über die Prämienhöhe ab (Preiswettbewerb). Weitere Wettbewerbsparameter sind die Qualität der angebotenen Produkte (bspw. alternative Versicherungsmodelle), der Service (bspw. effiziente Zahlungsabwicklung) sowie das Image eines Versicherers (bspw. „Familienversicherer“). Über die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern können die Versicherer zusätzlich auf den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern Einfluss nehmen und einen Anbieterwettbewerb in Gang setzen, der für die Leistungserbringer einen Anreiz darstellt, nach neuen effizienten Lösungen zu suchen. Neben dem preislichen Wettbewerb in Form von separaten Tarifverträgen können die Versicherer über alternative Versicherungsmodelle auch den Produktwettbewerb fördern.

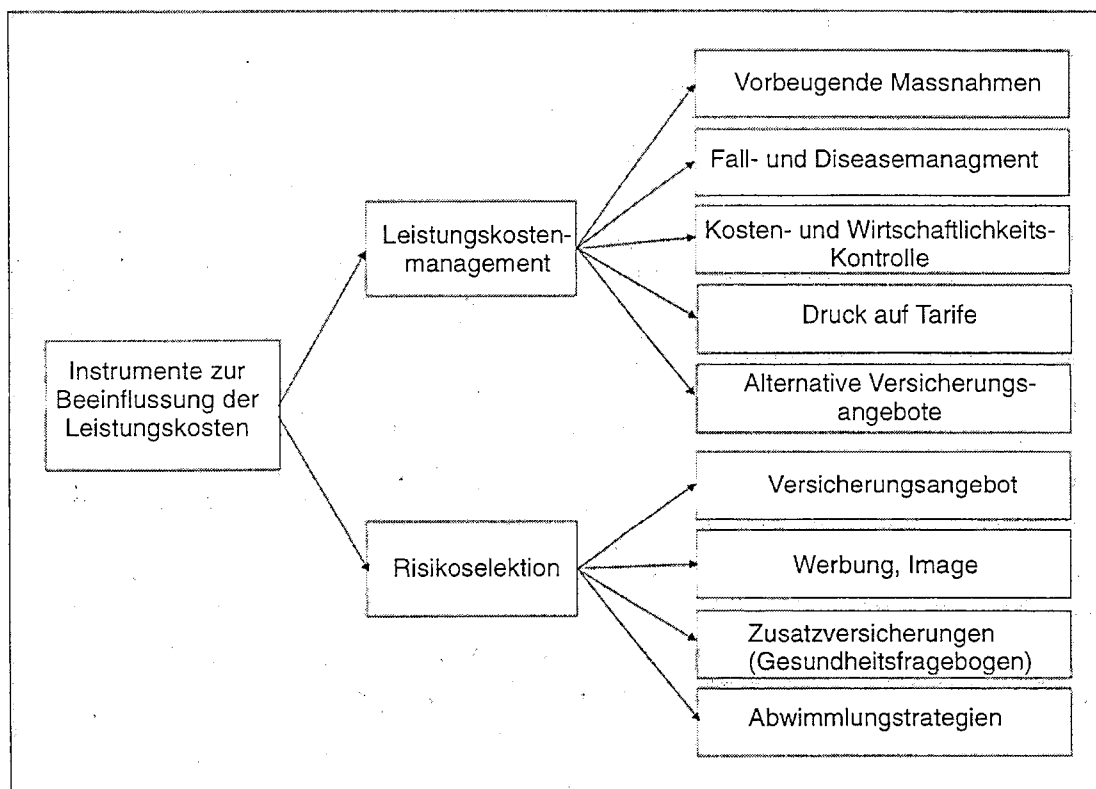
Figur 3 stellt die wichtigsten Faktoren dar, die die Prämie eines Versicherers in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) beeinflussen.



Figur 3: Die Prämienhöhe ist hauptsächlich abhängig von den vom Versicherer zu übernehmenden Leistungen, der Reservenpolitik und den Verwaltungskosten.

Die Prämienhöhe wird in erster Linie von den vom Versicherer zu übernehmenden Leistungskosten bestimmt, die sich aus der Multiplikation der voraussichtlich beanspruchten Leistungen mit den jeweiligen Preisen (resp. Tarifen) ergibt. Die Menge der Leistungen ist vor allem von der Risikostruktur des jeweiligen Versichertenkollektiv eines Versicherers und dem Verhalten der Versicherer resp. der Leistungserbringer („Mengenausdehnung“) abhängig. Neben den Leistungskosten wird die Prämie von der Reservepolitik (bspw. gezieltes Einsetzen der Reserven zur Senkung der Prämien oder Aufbau von Reserven für NeukundInnen) und den Verwaltungskosten beeinflusst, die jedoch nur einen kleinen Teil der gesamten Kosten betragen (rund 7% bis 9%). Der Versicherte kann die von ihm zu bezahlende Prämie durch die Wahl eines alternativen Versicherungsmodells verringern (v.a. höhere Franchise, HMO und Hausarztmodelle).

Zur Beeinflussung der zu übernehmenden Leistungskosten stehen den Versicherern grundsätzlich zwei Strategien zur Verfügung (vgl. Figur 4):



Figur 4: Die vom Versicherer zu übernehmenden Leistungskosten können entweder durch das erwünschte Leistungskostenmanagement oder die unerwünschte Risikoselektion erfolgen.

1. Leistungskostenmanagement⁶

Die Versicherer können versuchen, gezielt auf die Kosten der Leistungserstellung Einfluss zu nehmen. Von diesem durch das KVG erwünschten Wettbewerb wird ein wesentlicher Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten erwartet. Die Versicherer können die Kosten der Leistungserstellung durch folgende Massnahmen beeinflussen:

a) Prävention

Durch die Förderung von vorbeugenden Massnahmen können die Versicherer versuchen, den Gesundheitszustand ihres Kollektivs zu verbessern.

6 Die Versicherer verwenden für die Einflussnahme auf die Kosten der Leistungserbringer auch die Begriffe „Kostenmanagement“ und „Leistungsmanagement“.

b) Fall- und Diseasemanagement

Mit den verschiedenen Formen von Fall- und Diseasemanagement versuchen die Versicherer, die Kosten von Patientengruppen, die hohe Kosten verursachen, zu verringern. Beim „Fallmanagement“ versuchen die Versicherer mit neuen Dienstleistungen, die Behandlungskette der Patienten zu verbessern. Dadurch sollen Qualitätsverbesserungen und eine Effizienzsteigerung erzielt werden. Im Rahmen des Diseasemanagements werden neue Versorgungsformen für bestimmte Versichertengruppen (bspw. chronisch oder schwerstkranke Patienten) entwickelt und angewandt.

c) Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle

Unter dem Begriff „Kostenkontrolle“ wird meist die Überprüfung der Honorarpositionen aufgrund der vom Leistungserbringer eingereichten Rechnungen verstanden. Sie umfasst jedoch ebenfalls die Überprüfung der Zweckmässigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Behandlungen. Die Instrumente der Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen ermöglichen dem Versicherer, die Vergütung der Leistungen zu verweigern, wenn die Leistungen über das Mass hinausgehen, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck notwendig ist.

d) Tarifierung

Die Tarife werden grundsätzlich zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelt. Durch den Druck auf die Tarife oder Sonderverträge einzelner Versicherer mit Leistungserbringern können die Versicherer versuchen, den Preis der Leistungen zu beeinflussen.

e) Alternative Versicherungsangebote

Durch das Angebot besonderer Versicherungsmodelle wie die wählbare Franchise, die Bonusversicherung sowie die Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (v.a. HMO und Hausarztmodelle) können die Versicherer versuchen, die Menge der beanspruchten Leistungen seitens der Versicherer zu reduzieren.

2. Risikoselektion

Aufgrund der Einheitsprämie pro versicherter Person und der ungenügenden Risikoausgleichsregelung im KVG können die Versicherer durch die gezielte Selektion von Versicherten mit gutem Gesundheitszustand, die eine geringe Wahrscheinlichkeit aufweisen, krank zu werden und damit Leistungen beanspruchen zu müssen („gute Risiken“) ihre Risikostruktur verbessern und damit die Leistungskosten senken. Durch

die Risikoselektion können die Versicherer günstigere Prämien anbieten und werden für wanderungswillige Versicherte in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie in der Zusatzversicherung attraktiver. Die Risikoselektion ist jedoch unerwünscht und wird vom KVG verboten (KVG Art. 4 Abs. 2), weil sie zu einer Entsolidarisierung führen und die Kosten zwischen Versicherern lediglich verschieben statt senken. Dies führt zu einem ineffizienten Wettbewerb, weil Ressourcen gebunden werden, die für eine echte Kostensenkung eingesetzt werden könnten (bspw. Disease Management). Von der unerwünschten gezielten Risikoselektion ist die „natürliche“ Risikoselektion über die Prämienhöhe zu unterscheiden, die gemäss den bisherigen Erfahrungen vor allem die guten Risiken zu einem Wechsel des Versicherers bewogen haben. Den Versicherern stehen folgende Möglichkeiten zur gezielten Risikoselektion zur Verfügung:

a) Versicherungsangebot

Die Versicherer können versuchen, über bewusst tiefe Prämien oder das Angebot von alternativen Versicherungsmodellen, die bisher vor allem gute Risiken zu einem Wechsel bewegt haben (INFRAS 2000), ihre Risikostruktur zu verbessern. Gute Risiken können zudem über eine gezielte Produktpolitik in der Zusatzversicherung angezogen werden (bspw. Rabatte für Familien oder Jugendliche).

b) Werbung, Image

Mit gezielter Werbe- und Marketingaktivität oder Öffentlichkeitsarbeit können die Versicherer versuchen, ein bestimmtes Image aufzubauen und damit das gewünschte Zielpublikum anzusprechen (bspw. SportlerInnen, junge Personen, gesunde ältere Personen, Familien).

c) Zusatzversicherungen (Gesundheitsfragebogen)

Falls sich potenzielle Neukunden für Zusatzversicherungen interessieren, kann eine Selektion über den Gesundheitsfragebogen vorgenommen werden und damit unerwünschte Risiken auch in der OKPV abgewiesen werden. Das KVG verpflichtet die Versicherer jedoch, die OKPV grundsätzlich unabhängig von der Zusatzversicherung zu behandeln.

d) Abwimmelungs- und Anwerbungsstrategien

Durch gezielte Strategien kann versucht werden, schlechte Risiken abzuwimmeln oder gute Risiken anzuwerben. Diese Verhaltensweisen können beispielhaft folgende Aktivitäten umfassen:

- Schlechter Service bei unerwünschten Kunden,
- Gezielte Informationspolitik,
- Gezielte Provisionen für Aussendienstmitarbeiter.

Während die Risikoselektion mittels der Produktpolitik, der Werbung und dem Gesundheitsbogen der Zusatzversicherung möglich sind, jedoch nicht dem Geist des KVG entsprechen, werden die gezielten Abwimmelungs- und Anwerbungsstrategien von der Öffentlichkeit und der Branche als unfair erachtet, in dem sie zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten führt.

Bei den Wettbewerbsstrategien der Versicherer spielt das Verhältnis der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Zusatzversicherung, die ein weiteres Geschäftsfeld für die Versicherer darstellt, eine wichtige Rolle. Bis anhin werden die OKPV und ergänzende Zusatzversicherungen vorwiegend beim selben Versicherer abgeschlossen (Interviewaussagen der Versicherer sowie Prognos 2000 und Faisst/Schilling 1999). Zur Vermarktung von Zusatzversicherungen bieten sich verschiedene Strategien an:

- Akquisition von Versicherten (v.a. „gute Risiken“) über attraktive Prämien in der OKPV und ergänzende Vermarktung von Zusatzversicherungen.
- Angebot von attraktiven Zusatzversicherungen, welche die Versicherer zu einem Wechsel der OKPV und der Zusatzversicherungen bewegen sollen.
- Eigenständige Vermarktung von Zusatzversicherungen, was jedoch einen höheren administrativen Aufwand bedingt.

2.2. Änderungen der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen

2.2.1. Die Krankenversicherung unter dem KUVG

Das Krankenversicherungsgesetz bis 1996 (KUVG) wird als Rahmengesetz zur Gewährung von Subventionen bezeichnet (Bundesrat 1991). Die Krankenversicherung war auf Bundesebene freiwillig. Sie wurde von einer Vielzahl von Krankenkassen betrieben, die grundsätzlich autonom waren. Das KUVG schrieb lediglich Mindestleistungen

vor und auferlegte den Kassen gewisse Pflichten⁷, für die der Bund Subventionen ausrichtete. Die Kassen durften unter dem KUVG Zusatzversicherungen anbieten, die Leistungen über dem gesetzlichen Minimum abdeckten.⁸ Es bestand keine Finanzsolidarität zwischen Kassen mit günstigen (junge Versicherte) und solche mit erhöhten Risiken (ältere Versicherte). Die Kassen verstanden sich als reine Zahl- oder Clearingstellen, was sich auch in der entsprechenden Unternehmenskultur („Kässelermentalität“, Verwaltungskultur) bemerkbar machte. Unternehmerisches Denken war kaum verbreitet. Viele Arbeiten, v.a. in kleinen und mittleren Kassen, wurden nebenamtlich erledigt. Die Kassen versuchten, mittels Prämienabsprachen auf Verbandsebene jeglichen Wettbewerb untereinander zu verhindern (Sommer 1999). Zudem handelten sie auf Verbandsebene mit den jeweiligen Leistungserbringern Tarife aus, die für alle verbindlich waren und keine abweichende Regelungen zuließen.

2.2.2. Der neue Geist des KVG

Ende der 80er Jahre stieg der politische Druck auf die Krankenkassen in zweierlei Hinsicht. Einerseits führte die Kostenerhöhung im Gesundheitswesen zu ständig steigenden Prämien und damit zu einem politischen Druck, die Kosten und damit auch die Prämien zu dämpfen. Dieser Druck führte Anfang der 90er Jahre zu verschiedenen Massnahmen:

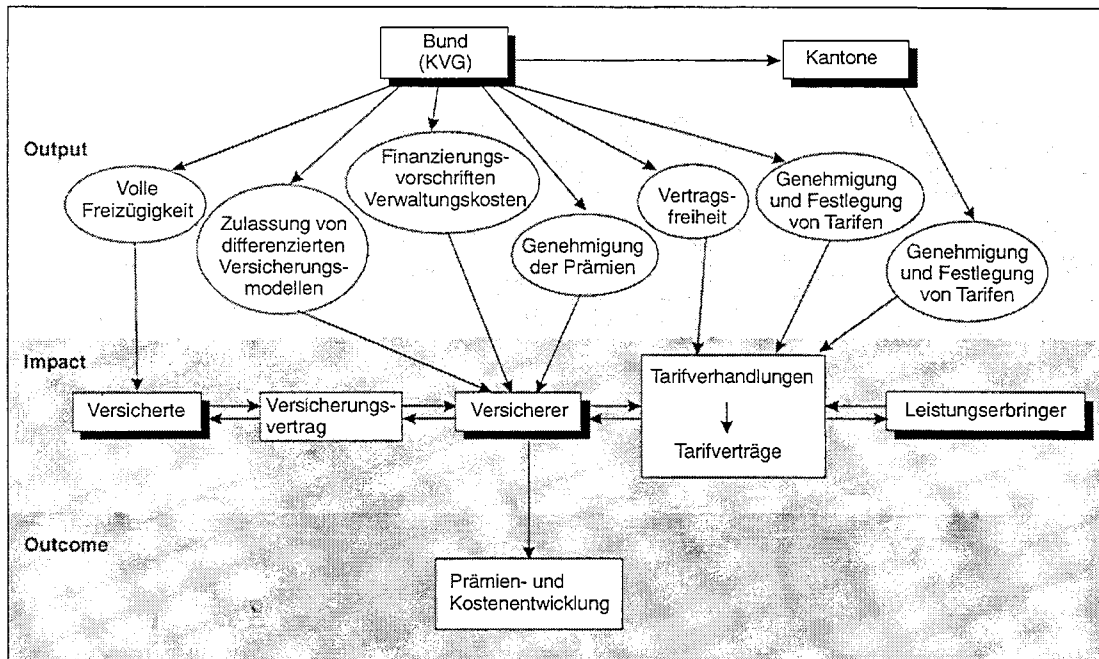
- Dringliche Bundesbeschlüsse gegen die Kostensteigerung von 1991 bis 1995 mit einer Begrenzung der Tarif- und der Preiserhöhungen. Durch dieses Notrecht wurde ein klares politisches Signal gesetzt. Seit diesen Beschlüssen ist das politische Umfeld für Tarifierhöhungen v.a. im stationären Bereich sehr schwierig geworden. Die Tarife konnten weitgehend stabilisiert werden. Zusätzlich wurden die Verwaltungskosten plafoniert.
- Zulassung von besonderen Versicherungsformen, die zu Kosten- und Prämieinsparungen führen sollten: Wählbare Franchise (1987), alternative Versicherungsformen (1990), Bonusversicherung (1991).

7 Aufnahmepflicht, Übernahme des vorgesehenen Leistungskatalogs, die Anwendung der vorgesehenen Kostenbeteiligung, die Prämienabstufung nach Eintritts- und nicht nach Lebensalter, Verbot von länger als 5 Jahre Vorbehalten, Begrenzung des Prämienunterschieds zwischen Männern und Frauen auf 10%, unbegrenzte Spitalpflege für Invalide, Unterlassungen von Gewinnausschüttungen, etc.

8 Z.B. Spitalpflege in Privat- oder Halbprivatabteilungen.

Der Anstieg der Versicherungskosten verstärkte das durch die unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen bewirkte Prämiengefälle. Dabei stiegen die Prämien der Kassen mit weniger günstigen Strukturen viel stärker an als diejenigen der anderen Kassen, was zu einem Wettbewerb durch erheblich verstärkte Risikoselektion führte. Die Folge war, dass die guten Risiken vermehrt zu den günstigeren Kassen und den neuen „Billigkassen“ abwanderten und sich die Position der Kassen mit schlechten Risiken nochmals verschlechterte. Dies deshalb, weil durch die vergleichsweise hohen Prämien keine guten Risiken angezogen werden konnten und die schlechten Risiken aufgrund der Berechnung der Prämien nach dem Eintrittsalter sowie der Festlegung eines Höchsteintrittsalters und verstärkter Vorbehalte nicht wechseln konnten. Die Risikoselektion führte durch die Risikoentmischung zu noch grösseren Unterschieden in der Risikostruktur der Kassen und zu einer Entsolidarisierung, in dem die Prämien der schlechteren Risiken enorm anstiegen. Aufgrund des politischen und gesellschaftlichen Drucks wurde mit einem dringlichen Bundesbeschluss 1993 der Risikoausgleich zwischen den Kassen in Kraft gesetzt.

Die steigenden Gesundheitskosten und die Entsolidarisierung durch die verstärkte Risikoselektion seitens der Versicherer führte neben dem politischen auch zu einem öffentlichen Druck, der sich über die Medien äusserte. Die beiden unerwünschten Entwicklungen beeinflussten die Stossrichtung des KVG mit der Festsetzung der Ziele zur Stärkung der Solidarität und der Kosteneindämmung durch Förderung des Wettbewerbs massgeblich. Mit dem KVG sind regulatorische und wettbewerbliche Massnahmen zur Stärkung der Solidarität sowie zur Kosteneindämmung eingeführt worden. Figur 5 stellt die wichtigsten Massnahmen und deren Wirkungsrichtungen dar:



Figur 5: Wirkungszusammenhänge der wichtigsten Massnahmen des KVG, die die Versicherer oder deren Beziehungen zu den Versicherten und den Leistungserbringern beeinflussen.

Folgende Massnahmen des KVG, auf die im Kapitel 2.3. näher eingegangen wird, haben den unternehmerischen Spielraum der Versicherer im Vergleich zur Situation unter dem KUVG massgeblich beeinflusst:

| KVG-Ziel | Massnahmen |
|---|---|
| Stärkung der Solidarität | <ul style="list-style-type: none"> • Versicherungsobligatorium, • Volle Freizügigkeit, • Einheitsprämie, • Gezielte Prämienverbilligung, • Definitive, jedoch befristete Einführung des Risikoausgleichs, • Spitalfinanzierungsregel. |
| Qualitativ hochstehende Leistungsversorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Leistungskatalog, • Qualitätssicherung. |
| Kosteneindämmung | <ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern (Freizügigkeit, alternative Versicherungsformen, Aufhebung des Verbandszwangs). • Definitive Einführung der besonderen Versicherungsformen (wählbare Jahresfranchise, Bonusversicherung, alternative Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer). • Verstärkung der Prämiengenehmigung. |

Tabelle 5: Massnahmen des KVG, die den Handlungsspielraum der Versicherer im Vergleich zum KUVG massgeblich beeinflussen.

Aufgrund der politisch und gesellschaftlich unerwünschten Entwicklungen hat die Politik mit dem KVG den politischen Auftrag an die Kassen verbunden, keine „unfaire“ Risikoselektion zu betreiben und v.a. durch verstärktes unternehmerisches Verhalten zur Kosteneindämmung beizutragen. Die Kassen sind aufgefordert worden, sich zu Versicherern und somit zu Unternehmen zu wandeln, die ihren Handlungsspielraum aktiv wahrnehmen. Als besonders wichtig werden gemäss BSV die Ausübung eines grösseren Drucks auf die Leistungserbringer (Vertragsverhandlungen, Kostenkontrolle), die aktive Entwicklung und Vermarktung von alternativen Versicherungsformen sowie das Aushandeln von separaten Verträgen erachtet.

2.3. Änderungen für die Versicherer

Im Folgenden werden die Änderungen des KVG gegenüber dem KUVG dargestellt, die den Handlungsspielraum der Versicherer erweitern oder beschränken.

2.3.1. Unternehmensform

Neu kann die OKPV mit dem KVG auch von den privaten Versicherungsgesellschaften betrieben werden. Zudem ist die Aktiengesellschaft ohne Erwerbszweck als Rechtsform zugelassen. Die Versicherer müssen neu das Recht der Persönlichkeit besitzen (juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts).

2.3.2. Finanzierung

Im Bereich der Finanzierung sind mit dem KVG keine grundlegenden Änderungen eingeführt worden. Die OKPV soll weiterhin durch eine unbestimmte Zahl von finanziell autonomen Versicherern betrieben werden. Das Ausgabenumlageverfahren mit einem Reservefonds der Versicherer ist beibehalten worden. Wichtig ist, dass die Finanzierung der OKPV selbsttragend sein muss und die Versicherer die Finanzierung der OKPV nicht mit anderen von ihnen geführten Versicherungen (bspw. Zusatzversicherungen) vermischen dürfen. Ein allfälliger Überschuss darf wie bisher nicht als Gewinn ausgeschüttet werden, kann aber den Reserven zugewiesen werden.

Die Kosten der Leistungserbringer werden durch die Prämien der Versicherten, die Kostenbeteiligung der Patienten und die Beiträge der öffentlichen Hand finanziert. Dabei haben sich mit dem KVG folgende für die Versicherer bedeutsamen Änderungen ergeben:

- Das neue Subventionsverfahren des Bundes (Ersatz der direkten Subventionen durch gezielte Prämienverbilligungen) hat gemäss den Versicherern zu einem Prämien Schub geführt.
- Die neu gesetzlich verankerte duale Finanzierung der kantonal subventionierten Spitäler⁹ hat bedeutende Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen und die Tarifbeschwerden seitens der Versicherer.
- Die Regelung betreffend die Finanzierung der innerkantonalen Hospitalisierung von zusatzversicherten Personen im Bereich der Grundversicherung, die bisher zum Teil durch die Zusatzversicherung zu entgelten ist (nur normaler Sockelbei-

9 Gemäss dem KVG darf die Vergütung der Versicherer an die Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung der subventionierten Spitäler höchstens 50% betragen. Die öffentlichen Spitäler wurden bereits unter dem KUVG dual durch die Kantone und die Versicherer finanziert. Es war jedoch keine Grenze für den Anteil der Versicherer festgelegt.

trag der OKPV, jedoch keine kantonalen Beiträge), hat einen spürbaren Einfluss auf die entsprechenden Prämien.¹⁰

- Die Versicherer werden bei der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung entlastet, in dem neu die Kantone 50% der Kosten übernehmen müssen.

2.3.3. Verwaltungsvorschriften

Die Versicherer haben neu getrennte Rechnungen für die obligatorische Grundversicherung und die Zusatzversicherung zu führen. Nach Art. 102 Abs. 2 hat diese rechnungstechnische Anpassung bis Ende 1996 zu erfolgen.

Das KVG verpflichtet die Versicherer neu, die Verwaltungskosten auf das für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung notwendige Mass zu beschränken. Zusätzlich hat der Bundesrat ein Interventionsrecht, in dem er aufgrund der Berücksichtigung der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen kann. Die Verpflichtung zur Kontrolle der Verwaltungskosten ist hauptsächlich ein politisches Signal, um entsprechenden Druck auf die Versicherer auszuüben. Bisher hat der Bundesrat von seiner Kompetenz nicht Gebrauch gemacht. Seit den 90er Jahren üben auch die Medien bezüglich den Verwaltungskosten öffentlichen Druck auf die Versicherer aus.

2.4. Beziehung zu den Versicherten

2.4.1. Risikoselektion

Situation unter dem KUVG

Grundsätzlich waren die Versicherten unter dem KVUG in der Wahl ihrer Kasse frei. Sie konnten jedoch durch ihren Arbeitsvertrag gezwungen werden, einer Betriebskrankenkasse oder einer betrieblichen Kollektivversicherung beizutreten. Unter dem KUVG existierten mehrere Mobilitätshindernisse. So konnten die Kassen mit dem Eintritt eine Karenzzeit oder auf eine Frist von maximal fünf Jahren beschränkte Vorbehalte anbringen. Die Freizügigkeit war weiter durch die Abstufung der Prämien nach

10 Aufgrund eines Urteils des EVG müssen die Kantone bei der Hospitalisierung von zusatzversicherten Personen ausserhalb des Wohnkantons in der Grundversicherung (allgemeine Abteilung) 50% der Kosten übernehmen. Im Wohnkanton gilt diese Regelung für Zusatzversicherte gemäss dem Stillhalteabkommen SDK/KSK jedoch nicht.

Eintrittsalter hauptsächlich auf junge Versicherte beschränkt. Ältere Versicherte mussten bei einem Kassenwechsel mit erheblichen Prämiensteigerungen rechnen. Die Risikoselektion wurde Ende 80er Jahre mit der Festsetzung eines Höchsteintrittsalters, verstärkten Vorbehalten, des Angebots von günstigen Prämien durch separate Risikogruppen im Rahmen von Kollektivversicherungen sowie der Gründung von neuen „Billigkassen“ verstärkt.

Änderungen aufgrund des KVG

Zur Verstärkung der Solidarität wurden mit dem KVG verschiedene Massnahmen eingeführt, die den Handlungsspielraum der Versicherer wesentlich beeinflusst:

- Erstens führte es im Rahmen einer neu obligatorischen Versicherung an der die ganze Bevölkerung beteiligt ist, die volle Freizügigkeit ein, was den Versicherten erlaubt, ihren Versicherer frei auszuwählen. Ausnahme von der Freizügigkeit bildet das örtliche Tätigkeitsgebiet der Versicherer. Versicherer, die ihre Tätigkeit auf bestimmte Regionen beschränken (bspw. Gemeindekassen oder ein sehr grosser Versicherer) können ihr Marktgebiet als Grund für die Nichtaufnahme eines Versicherten geltend machen.
- Zweitens setzte das KVG anstelle der nach Eintrittsalter abgestuften Prämien eine Einheitsprämie pro Versicherer fest (siehe Kapitel 2.3.3.).¹¹
- Drittens wurde zur Verhinderung von Wettbewerbsverzerrungen und zur Verhinderung der Entsolidarisierung durch Risikoselektion ein auf zehn Jahre befristeter Risikoausgleich zwischen den Versicherern verankert. Durch den Risikoausgleich sollen die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Versicherern ausgeglichen werden, indem eine finanzielle Umverteilung von Versicherern mit überdurchschnittlicher an jene mit unterdurchschnittlicher Risikostruktur erfolgt. Zur Festlegung der Ausgleichszahlungen werden die Kriterien Alter und Geschlecht verwendet und insgesamt 30 Risikogruppen gebildet.

Durch die neu eingeführten Massnahmen können die Versicherten unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht und ihrem Gesundheitszustand ihren Versicherer frei wählen. Die Versicherer sind verpflichtet, alle Versicherungswilligen im Rahmen ihres Tätigkeitsgebietes aufzunehmen. Sie können neu keine Bedingungen wie Vorbehalte, Karenzfristen und Höchsteintrittsalter mehr festsetzen. Berufs- und Betriebskassen

11 Abweichungen vom Grundsatz der Prämiengleichheit sind bei Kindern (bis 18 Jahre) und junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) sowie bei den besonderen Versicherungsformen möglich.

können weiterhin bestehen, werden jedoch durch die volle Freizügigkeit zu „offenen“ Versicherern und müssen auch Personen aufnehmen, die nicht oder nicht mehr zum entsprechenden Beruf oder Betrieb gehören. Kollektivversicherungen mit reduzierten Prämien für entsprechende Risikokollektive sind durch die Einheitsprämie und die Freizügigkeit in der OKPV nicht mehr möglich.

Der Gesetzgeber strebt durch die volle Freizügigkeit neben der Verstärkung der Solidarität einen verstärkten Wettbewerb zwischen den Versicherern an. Dieser soll sich jedoch auf eine effiziente Führung, eine gute Verwaltung und eine umfassende Kostenkontrolle beschränken und nicht über die Risikoselektion betrieben werden, die den „echten“ Wettbewerb verfälscht. Die unternehmerischen Möglichkeiten für die Versicherer, durch Risikoselektion die Wettbewerbsposition zu stärken, sind deshalb mit dem KVG wesentlich eingeschränkt worden geworden.

2.4.2. Versicherungsformen

Die Versicherer sind in der OKPV verpflichtet, ein homogenes Produkt zu versichern, das neu über einen umfassend definierten Leistungskatalog definiert ist.¹² Die Versicherer haben demzufolge keinen Einfluss auf die Art der zu versichernden Leistungen, die im Rahmen des politischen Prozesses festgelegt werden. Wie bereits erwähnt, dürfen die Versicherer in der OKPV keinen Gewinn machen. Die Kollektivversicherungen haben ihre Bedeutung in der Risikoselektion mit der Einheitsprämie verloren.

Definitiv eingeführt wurden jedoch drei besondere Versicherungsmodelle: wählbare Franchise, Bonusversicherung sowie Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (v.a. HMO und Hausarztmodelle). Bei diesen Modellen besteht die Möglichkeit, von der Einheitsprämie abzuweichen und eine Prämienreduktion anzubieten. Für den unternehmerischen Handlungsspielraum der Versicherer sind insbesondere die alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle) von Bedeutung. Das KVG hat die Möglichkeit, solche Modelle einzuführen, gesetzlich verankert, die Einführung erleichtert¹³ sowie die Möglichkeiten der Modellformen erhöht.¹⁴

12 Unter dem KUVG waren nur Mindestleistungen definiert.

13 Im Rahmen der Pilotphase unter dem KUVG bestanden Vorschriften betreffend Wirkungsanalyse, etc.

14 Die alternativen Versicherungsmodelle können unter dem KVG organisatorisch aus den Versicherern ausgegliedert werden.

Die alternativen Versicherungsmodelle sollen zur Kosteneindämmung beitragen und durch den grossen Freiraum in der Entwicklung und Ausgestaltung solcher Modelle zu einem Wettbewerb unter den verschiedenen Versicherungsmodellen und damit auch unter den Versicherern führen.

Mit dem KVG wurde eine klare Trennung der Grund- und der Zusatzversicherung vollzogen. Unter dem KUVG konnten Grund- und Zusatzversicherung unter dem öffentlichen Recht betrieben werden. Die Kassen durften Zusatzversicherungen führen, die über die gesetzlich vorgesehene Minimalleistungen gingen. Das Erzielen von Gewinnen war jedoch nicht möglich. Mit der Einführung des KVG wurden die Zusatzversicherungen dem Privatrecht unterstellt (Versicherungsvertragsgesetz, VVG). Das VVG räumt den Vertragsparteien für die Komplementärversicherungen weitgehende Vertragsfreiheit ein. Zusatzversicherungen können mit den verschiedensten Inhalten abgeschlossen werden. Der Handlungsspielraum hat sich dadurch im Bereich der Zusatzversicherungen durch die grösseren Freiheiten in der Vertragsgestaltung erhöht. Zudem können in diesem Bereich Gewinne erzielt werden. Die Produktertrennung hat von einer teilweise solidarischen Grund- und Zusatzversicherung unter dem KUVG zu einer solidarischen Grund- und weitgehend unsolidarischen Zusatzversicherung geführt. Die Finanzierungen der Grund- und der Zusatzversicherungen dürfen neu nicht mehr vermischt werden (bspw. Verwendung der Einnahmen der OKPV zur Deckung von Defiziten in der Zusatzversicherung). Dies hat zusammen mit den erweiterten Leistungen in der OKPV zu einer leichten Beeinträchtigung des Spielraums und des Marktpotenzials der Versicherer geführt.

2.4.3. Prämiengestaltung

Die Möglichkeiten der Prämiengestaltung haben mit dem KVG abgenommen. Unter dem KUVG hatten die Kassen Eintrittsprämien festzulegen. Sie konnten die Prämien nach Eintrittsalter, Geschlecht, Regionen¹⁵ und Einkommen sowie Vermögen¹⁶ abstimmen. Zudem konnten die Kassen im Rahmen der Kollektivversicherungen die Prämien speziell gestalten.

15 Die Kassen wendeten sehr kleinräumige, örtliche Prämientarife an.

16 Bei einkommens- oder vermögensabhängiger Entgeltung der Leistungserbringer.

Mit der durch das KVG eingeführten Einheitsprämie können die Prämien nicht nach unterschiedlichen Risiken (bspw. Abstufungen nach Alter und Geschlecht) und nach dem Einkommen der Versicherten (lohnprozentige Beiträge) abgestuft werden. Die Möglichkeiten zur risikogerechten Prämiengestaltung haben sich dadurch bedeutend vermindert. Zulässig sind einzig regionale Prämienabstufungen innerhalb eines Kantons in drei Regionen und reduzierte Prämien für Kinder (bis 18 Jahren) sowie junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre). Neuer Spielraum besteht bei den besonderen Versicherungsformen, wobei die maximal möglichen Prämienreduktion auf Fr. 1'270 begrenzt ist.¹⁷

Die Prämiengestaltung wird zudem auch durch den Einfluss des Bundesrates resp. des BSV im Rahmen der Prämiengenehmigung beeinflusst, die mit dem KVG und dem politischen Kostendruck verschärft worden ist (siehe Kapitel 2.7.1.).

2.5. Beziehungen zu den Leistungserbringern

2.5.1. Tarifverhandlungen

Die Tarife und Preise werden unter dem KVG wie bisher in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt. Parteien eines Tarifvertrages können einerseits einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände und andererseits einzelne oder mehrere Versicherer und deren Verbände sein.

Im Unterschied zum KUVG lässt das KVG den Tarifpartnern im Rahmen der gesetzlichen Schranken (Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie Bestimmungen für besondere Vertragsarten) einen grossen Spielraum zur Gestaltung der Verträge¹⁸. Folgende Änderungen sind mit dem KVG in Kraft getreten:

- Der Verbandszwang (resp. Sondervertragsverbote), der vorsah, dass Verbandsverträge automatisch und obligatorisch die Tarifbeziehungen der Verbandsmitglieder regelt, wurde aufgehoben. Damit können einzelne Versicherer Sonderver-

17 Wählbare Franchise bis max. 40%, Bonusversicherung bis max. 35%, alternative Versicherungsmodelle: in den ersten fünf Jahren max. 20%, nachher weitere Reduktionen aufgrund der Kosteneinsparungen.

18 Die Aufhebung des Verbandszwangs ist vom Kontrahierungszwang zu unterscheiden. Während die Versicherer mit der Aufhebung des Verbandszwangs mit einzelnen oder mehreren Leistungserbringern Sonderverträge abschliessen können, sind sie nach wie vor dazu verpflichtet, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen (Kontrahierungszwang).

träge (abweichende Vereinbarungen im Rahmen von Verbandsverträgen, separate Verträge) abschliessen. Durch das eingeführte Verbot von Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln stehen die Sonderverträge jedoch auch anderen Versicherern zum Beitritt offen.

- Wenn ein Verband Vertragspartei ist, so ist der Tarifvertrag für seine Mitglieder nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Dies stärkt die Position der einzelnen Versicherern gegenüber den Versicherungsverbänden. Neben den Verbandsmitgliedern können auch Nichtmitglieder den Verbandsverträgen beitreten.

Durch die Aufhebung der bisherigen kartellistischen Bestimmungen und Absprachen soll der Wettbewerb unter den Versicherern sowie auf Druck der Versicherer der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern erhöht werden und damit zur Kosteneindämmung beigetragen werden.

Der Bundesrat fordert die Vertragsparteien in der Botschaft zum KVG (Bundesrat 1991) zu kosteneindämmendem Verhalten auf. Dabei wird der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit stärker betont, um die Vertragsparteien zu kostenbewussterem Verhalten anzuhalten. Neu wird ausdrücklich die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife aufgrund transparenter Kostengrundlagen gefordert. Bei den Spitälern, den Pflegeheimen und der SPITEX hält das KVG die Ermittlung der Kosten und der Leistungen nach einer einheitlichen Methode explizit fest. Zur Festlegung der Tarife werden die Versicherer aufgefordert, Kostenvergleiche anzustellen und zu nutzen. In den Tarifverträgen haben die Leistungserbringer und Versicherer neue Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen.¹⁹

2.5.2. Tarifarten

Im Unterschied zum KUVG werden im KVG mögliche Tarifarten ausdrücklich und nicht abschliessend genannt:

- Zeittarif,
- Einzelleistungstarif,
- Pauschaltarif (Patienten- oder Versichertenpauschale).

19 Dabei geht es insbesondere um die Verhinderung der Wiederholung von diagnostischen Massnahmen, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Den Tarifpartnern wird ein erheblicher Spielraum (v.a. im Spitalbereich) eingeräumt, den sie gemäss dem KVG zur Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung in Vereinbarung mit einer kostendämpfenden Wirkung nutzen sollen.

Bei der Einzelleistungstarifizierung, die hauptsächlich im ambulanten Bereich üblich ist, verpflichtet das KVG neu die Tarifpartner zur Festlegung einer einheitlichen gesamtschweizerischen Tarifstruktur. Damit soll die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Leistungsangebote und die Administration der Tarife verbessert werden. Die Taxpunktwerte sind weiterhin auf kantonaler Ebene Festzulegen.

Für die Vergütung der stationären Behandlung inklusive Aufenthalt in einem Spital schreibt das KVG Pauschalen vor. Dabei werden Patientenpauschalen, die sich auf die Behandlung eines einzelnen Patienten beziehen und Versichertenpauschalen, die unabhängig von der Behandlung eines Versicherten sind. Bei den Patientenpauschalen kann weiter unterschieden werden zwischen den bisher vorherrschenden Tagespauschalen und den Fallpauschalen, die sich auf eine Behandlung beziehen (Abteilungspauschale, Eintrittspauschale, integrierte Fallpreispauschale, etc.).

2.5.3. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen

Wie bisher kann die Vergütung der Leistungen durch den Versicherer verweigert werden, wenn die Leistungen über das Mass hinausgehen, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Zulässig sind in der Kostenkontrolle die analytische Methode (Überprüfung der Honorarpositionen aufgrund der vom Leistungserbringer eingereichten Rechnungen) sowie die statistische Vergleichsmethode (Vergleich der durchschnittlichen Behandlungskosten des betreffenden Arztes mit denjenigen anderer Ärzte unter ähnlichen Bedingungen).²⁰ Den Vertrauensärzten misst das KVG grosse Bedeutung bei. Ihre Stellung ist mit dem KVG gestärkt worden, in dem sie neben der Wirtschaftlichkeit neu auch die Qualität der Leistungen überwachen sollen.

20 Dabei muss sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammengesetzt sein und der Vergleich über einen genügend langen Zeitraum beziehen. Den Versicherern steht frei, ihre Daten gemeinsam zu nutzen.

Neben der Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen zielt das KVG darauf ab, dass die Leistungen mit guter Qualität erbracht werden. Die Durchführung der Programme zur Sicherung der Qualität ist in den Tarifverträgen oder besonderen Qualitätssicherungsverträgen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern zu regeln.

2.6. Beziehungen zu den andern Versicherern

Die Beziehungen der Versicherer zu ihren Konkurrenten haben sich durch die gesetzlichen Bestimmungen nicht grundlegend verändert. Folgende Änderungen können festgestellt werden:

- Von politischer und gesellschaftlicher Seite wird von den Versicherern gefordert, dass sie sich vermehrt wettbewerblich verhalten, um einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten. Der Wettbewerb soll jedoch nicht über die Risikoselektion geführt werden, weil dies das Solidaritätsziel gefährdet und das „Verschieben der Versicherten“ aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive keine Vorteile bringt.
- Die Möglichkeiten zur Risikoselektion haben sich durch das Versicherungsobligatorium, die Einheitsprämie und den Risikoausgleich verringert. Die Anreize bestehen jedoch weiterhin. Die Einheitsprämie und der Risikoausgleich nach verschiedenen Altersgruppen bildet neu einen Anreiz, innerhalb der Altersgruppen nach guten und schlechten Risiken zu selektionieren.
- Durch die Aufhebung des Verbandszwangs sind die Handlungsmöglichkeiten des einzelnen Versicherers gestiegen. Sie haben die Möglichkeit, Sonderverträge auszuhandeln und dadurch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu fördern.

2.7. Beziehungen zu den Behörden

2.7.1. Bundesbehörden

Tarifierung

Die gesamtschweizerisch festzulegenden Tarifstrukturen bei der Einzelleistungstarifizierung müssen neu ebenfalls vom Bundesrat genehmigt werden.

Gegen Entscheide der Kantone (Genehmigung und Festsetzung von Tarifen) kann wie bisher beim Bundesrat Beschwerde geführt werden. Dieser ist angehalten, das Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit stärker zu beachten.

Prämiengenehmigung

Gemäss dem BSV wurde die Prämiengenehmigung durch den Bundesrat unter dem KUVG nur rudimentär durchgeführt. Die von den Kassen eingegebenen Prämien wurden durchaus akzeptiert. Die statistischen Grundlagen seitens des BSV waren völlig ungenügend, um die Prämien zu beurteilen.

Mit dem zunehmenden Kostendruck und dem damit einhergehenden politischen Druck auf die Prämien Anfang 90er Jahre veränderte sich die Situation. Unter den dringlichen Bundesbeschlüssen wurde zum ersten Mal eine Prämienerrhöhung nicht genehmigt. Das KVG hat in der Folge die Befugnisse des BSV²¹ in der Prämiengenehmigung verstärkt, in dem die Genehmigung neu konstitutive Wirkung hat. Die Prämien können damit erst angewendet werden, wenn sie vom BSV genehmigt worden sind. Zudem hat das BSV durch die verbesserte und erweiterte Datenerhebung bedeutend bessere Grundlagen, um die Prämieeneingaben der Versicherer zu beurteilen. Die Prämiengenehmigung hat eine hohe politische Bedeutung und eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit erhalten.

Die Prämiengenehmigung wirkt sich in zweifacher Hinsicht auf die Versicherer aus. Erstens entsteht durch die Genehmigung eine Unsicherheit über die effektiv geltenden Prämien, was die Kalkulation und die Unternehmensführung beeinträchtigt.

Aufsichtsorgan

Wie bisher unterstehen die Versicherer der Aufsicht des Bundesrates, der diese Aufgaben an das BSV delegiert hat. Das BSV kann insbesondere Weisungen zur einheitlichen Anwendung des KVG erteilen, erforderliche Auskünfte und Belege fordern sowie Inspektionen durchführen. Neu werden seit 1999 Audits bei den Versicherern durchgeführt, bei denen im Rahmen von Prozessanalysen untersucht wird, ob die Umsetzung der OKPV gesetzeskonform erfolgt.

21 Der Bundesrat hat die Prämiengenehmigung an das BSV delegiert.

2.7.2. Kantone

Erhöhter politischer Druck

Die Kantone haben ihren politischen Druck aufgrund der gestiegenen Prämien wesentlich erhöht (v.a. in der Westschweiz). Die Kantonsregierungen können neu von den Versicherern dieselben Unterlagen verlangen wie das BSV im Rahmen der Prämien genehmigung. Die Versicherer müssen sich neu diesem Druck stellen.

Tarifierung

Die Befugnisse der Kantone in der Genehmigung und Festsetzung der Tarife hat sich grundsätzlich nicht verändert. Aufgrund des finanziellen Drucks versuchen die Kantone jedoch verstärkt zu erreichen, dass die Versicherer bei den öffentlichen Spitälern gemäss der Regel zur Spitalfinanzierung 50% der Kosten übernehmen.

2.8. Vergleichende Beurteilung des Handlungsspielraumes

Der unternehmerische Handlungsspielraum der Versicherer ist durch das KVG und die wirtschaftliche sowie die politische Entwicklung im Vergleich zum KUVG sowohl erweitert als auch eingeschränkt worden.

| Veränderung des Handlungsspielraums | Massnahmen (bzw. Entwicklungen) |
|-------------------------------------|--|
| Erweiterung | <ul style="list-style-type: none">• Die Zulassung privater Versicherungsgesellschaften und der Aktiengesellschaft als Rechtsform ergibt grössere Freiheiten in der Führung und der Organisation des Versicherers.• Aufhebung des Verbandszwangs, die mit der Möglichkeit, Sonderverträge abzuschliessen grössere Freiheiten in den Tarifverhandlungen öffnet.• Die Forderung nach Kostentransparenz und einer betriebswirtschaftlichen Bemessung der Tarife sowie die Ermöglichung von Kostenvergleichen hat den Handlungsspielraum in den Tarifverhandlungen verstärkt.• Die politische Aufforderung des KVG zur Anwendung von kostenein-dämmenden Tarifarten unterstützt die Einführung dieser Tarife.• Definitive Einführung der besonderen Versicherungsformen (insbesonde-re erweiterte Möglichkeiten bei den alternativen Versicherungsmodellen).• Die Möglichkeiten zur Kostenkontrolle sind durch die Verstärkung der Position des Vertrauensarztes und die Möglichkeit von Kostenvergleichen leicht erhöht worden. |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Veränderung des Handlungsspielraums | Massnahmen (bzw. Entwicklungen) |
| | <ul style="list-style-type: none"> Die unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Zusatzversicherungen haben sich durch die Trennung der beiden Versicherungstypen und die Unterstellung unter das Privatrecht erhöht. |
| Verringerung bzw. Einschränkung | <ul style="list-style-type: none"> Wirtschaftlicher Druck zur Optimierung der Risikostruktur. Politischer und gesellschaftlicher Druck sich vermehrt wettbewerblich zu verhalten ohne das Solidaritätsziel zu gefährden (verstärkte Kostenkontrolle, Entwicklung neuer alternativer Versicherungsangebote, optimierte Betriebsführung). Politischer Druck wird auch auf die Verwaltungskosten ausgeübt. Die Erweiterung des Leistungskatalogs sowie der Verzicht auf die direkten Subventionen haben den Druck auf die Kosten und damit auch auf die Prämien nochmals erhöht. Die abgrenzende Definition der zu versichernden Leistungen sowie die Trennung von Grund- und Zusatzversicherungen²² haben den Gestaltungsraum betreffend Versicherungsprodukte in der Grundversicherung verringert. Bedeutende Einschränkungen in der Risikoselektion durch das Versicherungsobligatorium, die Einheitsprämie und den Risikoausgleich. Die Einheitsprämie verunmöglicht eine risikogerechte Gestaltung der Prämien. Das Verbot von Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln in den Tarifverträgen engt den Spielraum für Sonderverträge ein. Die Verstärkung der Prämiengenehmigung hat den Handlungsspielraum in der Bestimmung der Prämien eingeschränkt. |

Tabelle 6: Massnahmen des KVG, die den Handlungsspielraum für die Versicherer erweitert resp. verringert haben. Insgesamt gehen wir davon aus, dass sich der unternehmerische Handlungsspielraum mit dem KVG als auch der wirtschaftliche und politische Druck auf das Wettbewerbsverhalten erhöht hat.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass der unternehmerische Handlungsspielraum mit dem KVG per saldo zugenommen hat. Ebenso hat sich der wirtschaftliche und politische Druck zu wettbewerblichem Verhalten der Versicherer erhöht. Als massgebliche Faktoren für die Zunahme des unternehmerischen Spielraums für die Versicherer erachten wir die erweiterten unternehmerischen Möglichkeiten im Bereich der alternativen Versicherungsformen und der Zusatzversicherungen.

²² Unter dem KUVG war die Versicherung verschiedener Leistungen im Rahmen der Grund- und der Zusatzversicherungen sowie der finanzielle Ausgleich zwischen den Versicherungstypen möglich.

Die Zunahme des Wettbewerbsdrucks unter den Versicherern führen wir auf die Zunahme der Gesundheitskosten und die daraus resultierende wirtschaftliche schwierige Situation einiger Versicherer mit schlechter Risikostruktur und den politischen und gesellschaftlichen Druck hinsichtlich Kosten- und Prämiendämpfung zurück.

2.9. Erwartete Verhaltensänderungen seitens der Versicherer

Abgeleitet von der Veränderung der politischen Rahmenbedingungen sowie den Neuerungen in den gesetzlichen Bestimmungen des KVG werden nachfolgend die Erwartungen resp. Anforderungen an das Verhalten der Versicherer und die in der Evaluation zu prüfenden Fragen konkretisiert. Nach dem Aufzeigen der grundsätzlich erwarteten Verhaltensänderungen werden die Erwartungen in den einzelnen Verhaltensbereichen der Versicherer sowie hinsichtlich der Kosteneindämmung konkretisiert.

2.9.1. Grundsätzliche Verhaltensänderungen

Von den Versicherern wird grundsätzlich erwartet, dass sie ihren bestehenden unternehmerischen Handlungsspielraum aktiv nutzen und dadurch zur Kosteneindämmung beitragen ohne das Solidaritätsziel zu gefährden. Sie sind zu verstärktem wettbewerblichem Verhalten aufgefordert. Der Wettbewerb soll sich jedoch nicht über die Risikoselektion sondern über Kostensenkungsmassnahmen (alternative Versicherungsmodelle, Kostenkontrolle, Druck auf die Tarife und Anwendung kosteneindämmender Tarifarten) und verbessertem Management erfolgen.

Evaluationsfragen:

- Nutzen die Versicherer den vom KVG gegebenen wettbewerblichen Handlungsspielraum? Verhalten sie sich unter dem KVG im Vergleich zur Situation unter dem KUVG verstärkt wettbewerblich? Inwiefern sind die Verhaltensänderungen auf das KVG zurückzuführen?
- Wird der Wettbewerb zunehmend über Kostensenkungsmassnahmen oder die Risikoselektion geführt?
- Hat sich die Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern erhöht? Haben die Verhaltensänderungen der Versicherer den Wettbewerb unter den Leistungserbringern intensiviert?

2.9.2. Innerbetriebliche Veränderungen

Die Versicherer sind zur Verstärkung des Wettbewerbs aufgefordert, sich von den an einer Verwaltungskultur orientierten Kassen zu Unternehmen zu entwickeln. Neben den neuen administrativen Anforderungen wird deshalb eine marktwirtschaftliche Neuausrichtung des ganzen Unternehmens erwartet, von der alle innerbetrieblichen Bereiche betroffen sind. Neben der Veränderung der Wettbewerbsstrategien stehen organisatorische und betriebliche Veränderungen im Zentrum.

Evaluationsfragen:

- Inwiefern haben sich mit dem KVG die Wettbewerbsstrategien und die Unternehmenskulturen der Versicherer verändert?
- Sind aufgrund des KVG die organisatorischen Strukturen angepasst worden? Haben die Versicherer neues Know-how aufgebaut?
- Wurde das Marketing und die Informatik verstärkt?
- Haben die Versicherer die Managementinformations- und Analysesysteme verstärkt?

2.9.3. Verhalten gegenüber den Versicherten

Gegenüber den Versicherten sind die Versicherer aufgefordert, verstärkt kundenorientiert zu handeln und auf die gezielte Selektion guter Risiken zu verzichten.

Evaluationsfragen:

- Hat sich die Dienstleistungsqualität und Kundenorientierung seitens der Versicherer verbessert?
- Haben die Versicherer verstärkt alternative Versicherungsprodukte entwickelt und angeboten? Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich zu beurteilen?
- Bieten die Versicherer vermehrt Angebote im Bereich Gesundheitsförderung an?
- Inwiefern betreiben die Versicherer gezielte Risikoselektion? Hat sie sich im Vergleich zur Situation unter dem KUVG erhöht?
- Hat sich mit dem KVG die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt?

2.9.4. Verhalten gegenüber den Leistungserbringern

Gegenüber den Leistungserbringern sollten die Versicherer ein verstärktes Leistungs-kostenmanagement betreiben.

Evaluationsfragen:

- Haben die Versicherer die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle verstärkt?
- Haben die Versicherer Fall- und Diseasemanagementkonzepte entwickelt und angewendet?
- Haben die Versicherer auf die Tarifverhandlungen zur Stabilisierung der Tarife resp. der Dämpfung der Tarifizunahmen einen erhöhten Druck ausgeübt? Inwiefern haben die Versicherer vermehrt Sonderverträge oder Verträge mit von den Verbandsverträgen abweichenden Bestimmungen ausgehandelt?

2.9.5. Verhalten gegenüber anderen Versicherern

Die Versicherer sind aufgefordert, sich gegenüber anderen Versicherern verstärkt wettbewerbsfähig zu verhalten, die unternehmerischen Möglichkeiten zu nutzen und von kartellistischem Verhalten abzuweichen.

Evaluationsfragen:

- Hat sich das Wettbewerbsverhalten der Versicherer gegenüber ihren Konkurrenten verändert?
- Hat das KVG zu einer Zunahme von Kooperationen geführt? Von welchen Versicherern werden in welchen Bereichen Kooperationen angestrebt?
- Werden unter dem KVG marktrelevante Absprachen unter den Versicherern getroffen?
- Wie haben sich die Beziehungen der einzelnen Versicherer zu den Versichererverbänden auf schweizerischer (KSK) und kantonaler Ebene (kantonale Versichererverbände) verändert?

2.9.6. Verhalten gegenüber den Behörden

Die Bundes- und Kantonsbehörden üben einen zunehmenden politischen Druck auf die Prämien der Versicherer aus.

Evaluationsfragen:

- Wie haben sich die Beziehungen zu den Behörden (Bund und Kantone) verändert (insbesondere in den Bereichen Tarifierung, Prämien genehmigung, Audits)?

2.9.7. Einfluss auf die Kostenentwicklung und die übrigen Ziele des KVG

Von den Versicherern wird ein relevanter Beitrag zur Kosteneindämmung erwartet. Handlungsspielraum haben sie bei den Kosten der Leistungserbringer (Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle, Tarifierung, alternative Versicherungsmodelle) und bei den eigenen Verwaltungskosten. Im traditionellen Versicherungsmodell können sie die Leistungsmengen jedoch kaum beeinflussen. Das geänderte Wettbewerbsverhalten der Versicherer soll über günstigere und neue Produkte sowie möglichst tiefe Verwaltungskosten zu einer Eindämmung der Leistungskosten führen. Gleichzeitig darf jedoch das Solidaritätsziel und das Ziel einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung nicht gefährdet werden.

Evaluationsfragen:**a) Kosten der Leistungserbringer**

- Welche Kosteneinsparungen bewirkt die verstärkte Kostenkontrolle seitens der Versicherer? Welche Einsparungen können mit dem Fall- und dem Disease management erzielt werden?
- Inwiefern konnte die Zunahme der Tariffhöhen durch die Versicherer in den Verhandlungen oder durch Bundesratsentscheide gedämpft werden? Wie wirkten sich die tieferen Tarife auf die Leistungserbringer und die entsprechenden Gesundheitskosten aus?
- Welche Erfolge konnten mit neuen Tarifierungsformen erzielt werden? Wie wirken sich diese auf die Leistungserbringer und die entsprechenden Kosten aus?
- Wie wirken sich die alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) hinsichtlich Kosteneinsparungen aus?
- Haben die Versicherer durch ihre Verhaltensänderungen den Wettbewerb unter den Leistungserbringern verstärkt und damit Kosteneinsparungen erzielt?

b) Verwaltungskosten

- Inwiefern hat das KVG zu einer Veränderung der Verwaltungskosten der Versicherer geführt?

c) Auswirkungen auf die übrigen Ziele des KVG

- Gefährdet die von den Versicherern betriebene Risikoselektion das Solidaritätsziel? Gefährdet der erhöhte Druck seitens der Versicherer auf die Leistungserbringer die Versorgung der Patienten mit ausreichender und qualitativ hochstehenden Leistungen?

3. Verhaltensänderungen der Versicherer

Im folgenden Kapitel werden die Verhaltensänderungen der Versicherer aufgrund des KVG dargestellt. Dabei wird unterschieden zwischen den innerbetrieblichen Veränderungen, den Verhaltensänderungen gegenüber den Versicherten und den Leistungserbringern und den Veränderungen der Beziehungen zu den Behörden.

3.1. Innerbetriebliche Veränderungen

Mit dem KVG sind die Versicherer aufgefordert, sich verstärkt wettbewerbslich zu verhalten und sich von „Verwaltern“ zu „Unternehmern“ zu entwickeln. Im Folgenden wird aufgezeigt, inwiefern sich die Versicherer seit Inkrafttreten des KVG innerbetrieblich verändert haben und welchen Einfluss das KVG auf diese Veränderungen hatte. Folgende Fragen werden untersucht:

- Inwiefern haben sich mit dem KVG die Wettbewerbsstrategien und die Unternehmenskulturen der Versicherer verändert?
- Sind aufgrund des KVG die organisatorischen Strukturen angepasst worden? Welche Veränderungen haben sich für die Mitarbeiter ergeben? Haben die Versicherer neues Know-how aufgebaut?
- Wurde das Marketing verstärkt?
- Haben die Versicherer die Managementinformations- und Analysensysteme verstärkt?

3.1.1. Wettbewerbsstrategien der Versicherer

a) Handlungsspielraum aus Sicht der Versicherer und neue Herausforderungen

Der Handlungsspielraum der Versicherer hat sich in der obligatorischen Krankenversicherung gemäss den Interviews mit den 23 ausgewählten Versicherern nicht grundlegend verändert. Der Markt in der obligatorischen Krankenversicherung wird als **hoch reguliert** und sehr restriktiv, der **unternehmerische Spielraum** aufgrund des homogenen Produkts und den Tarif- und Vertragsregeln als **äusserst gering empfunden**. Mehrere Versicherer bewerten die unternehmerischen Möglichkeiten unter dem KVG im Vergleich zum KUVG als geringer! Das KUVG liess ihrer Ansicht nach mehr Möglich-

keiten zur Gestaltung von Produkten und Dienstleistungen offen. Folgende Bestimmungen des KVG schränken die Handlungsmöglichkeiten aus Sicht der Versicherer im Vergleich zum KUVG massgeblich ein:

| Massnahmen KVG | Reduktion des Gestaltungsspielraumes |
|--|---|
| Festgelegter Leistungskatalog | zur kulantanten Rechnungsbegleichung und damit Erbringung von Zusatzleistungen |
| Einheitsprämie | für Kollektivverträge und zielgruppenspezifische Prämiengestaltung (bspw. für Familien) |
| Freizügigkeit und Risikoausgleich | zur Risikoselektion |
| Politischer Einfluss des BSV auf die Prämien | Reduktion des Spielraums in der Prämienpolitik |

Tabelle 7: Massnahmen, die aus Sicht der Versicherer ihren Handlungsspielraum einschränken.

Andererseits sind sich die befragten Versicherer darin einig, dass der unternehmerische Spielraum durch die definitive Einführung der alternativen Versicherungsformen sowie in der Zusatzversicherung erhöht worden ist. Kritisiert werden jedoch die Festlegung einer Obergrenze für die Franchisen sowie die Beschränkung des Rabatts für alternative Versicherungsmodelle.

Die grundlegende gesellschaftspolitische und unternehmerische Herausforderung für die Versicherer besteht in der Eindämmung der Leistungskosten ihres Versichertenkollektivs. Zentrale unternehmerische Bedeutung haben dabei das Management der Risikostruktur (Optimierung der Risikostruktur durch einen kontinuierlichen Zulauf an guten Risiken; Bestandeshaltung der guten Risiken) und das Kostenmanagement. Die Einführung des KVG hat für die Versicherer gemäss den 23 Kurzfallstudien zu folgenden neuen strategischen Herausforderungen geführt:

| Massnahmen und Forderungen des KVG | Herausforderungen für die Versicherer |
|------------------------------------|---|
| Trennung OKPV/VVG-Produkte | <ul style="list-style-type: none"> Suche nach neuen Differenzierungs- und Vertriebsmöglichkeiten in der OKPV (Dienstleistungsqualität, Image, neue alternative Produkte, neue Vertriebsformen). Entwicklung und Vermarktung von Zusatzversicherungsprodukten. Neue Produkte im Versicherungs- und im Allfinanzbereich? |

| Massnahmen und Forderungen des KVG | Herausforderungen für die Versicherer |
|--|--|
| Einheitsprämie und Risikoausgleich | <ul style="list-style-type: none"> • Neue Möglichkeiten der Risikoselektion. |
| Freizügigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Positionierung des Versicherers, Öffentlichkeitsarbeit. • Verstärkung der Marketingaktivitäten. • Verbesserung der Kundenorientierung und der Dienstleistungsqualität. • Verbesserung des Preis/Leistungsverhältnisses. • Administrative Abwicklung der wechselnden Versicherer. |
| Kosteneindämmung | <ul style="list-style-type: none"> • Innovative Entwicklung und Vermarktung von alternativen Versicherungsmodellen. • Druck in den Tarifverhandlungen, Sonderverträge und Entwicklung neuer Tarifmodelle. • Verstärkung der Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen. • Einsparungen in den Verwaltungskosten, wobei die zunehmende Professionalisierung erhöhte Aufwände verursacht (Trade-off). |
| Administrative Anforderungen (Berichterstattung, Statistik, elektronische Verarbeitung mit TarMed) | <ul style="list-style-type: none"> • Administrative Abwicklung der neuen Anforderungen. |

Tabelle 8: Herausforderungen für die Versicherer aufgrund der Massnahmen des KVG.

Neben diesen KVG-spezifischen Herausforderungen haben die Versicherer zur Effizienzsteigerung allgemeine unternehmerische Herausforderungen zu bewältigen wie die laufende Unternehmensentwicklung (Unternehmenskultur, Management, Organisation, Produkte, Dienstleistungsqualität) oder der Einsatz der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien.

Die neuen Herausforderungen stellen sich nicht für alle Versicherer in gleichem Masse. Sie sind hauptsächlich von folgenden Faktoren abhängig:

- Unternehmensgrösse: Die grossen Versicherer (ab 100'001 Versicherten) können sich aus eigener Kraft weiterentwickeln. Sie sind vor allem gefordert, sich umfassend zu aktiven Unternehmen zu wandeln und innovative Produkte und Instrumente zu entwickeln. Die kleineren und mittleren Versicherer sind neben der Professionalisierung gefordert, sich in Nischen (Region, Zielgruppe) zu behaupten und gemeinsame Lösungen für Aufgaben zu finden, für die sie zu klein sind

(Vermarktung alternativer Versicherungsmodelle und Zusatzversicherungsprodukte, neue Informatiklösungen, Fall- und Diseasemanagement, etc.).

- Risiko- und Finanzstruktur: Während ein Versicherer mit guter Risikostruktur und Finanzsituation bei Inkrafttreten des KVG vor allem vor der Herausforderung steht, seine Kunden zu behalten und „qualitativ“²³ zu wachsen, ergeben sich für Versicherer mit schlechter Risikostruktur wesentlich grössere Herausforderungen. Sie sind gefordert, mit qualitativ guten Dienstleistungen und innovative Produkten im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung, der Zusatzversicherung oder neuen Märkten ihre Marktposition zu verbessern.
- Professionalisierungsgrad: Versicherer, die sich bereits vor dem KVG weitgehend zu einem professionellen, kundenorientierten Unternehmen entwickelt haben, sind im Vergleich zu Versicherern mit Verwaltungskultur wesentlich besser auf den Wettbewerb vorbereitet. Bei ihnen sind deshalb geringere Verhaltensänderungen zu erwarten.

b) Änderungen der Wettbewerbsstrategien der Versicherer

Bei der Beurteilung der Veränderung der Wettbewerbsstrategien der 23 ausgewählten Versicherer wurden folgende Strategieelemente untersucht:

| Strategieelemente | Fragen |
|----------------------|---|
| Unternehmenskultur | <ul style="list-style-type: none"> • Hat sich die Absicht, sich in Richtung eines Unternehmens zu wandeln und die Kundenorientierung zu verstärken, geändert? |
| Versicherungsangebot | <ul style="list-style-type: none"> • Welche Versicherungsangebote werden vermarktet? Inwiefern haben sich die Angebote durch das KVG verändert? • Werden aufgrund des KVG Nischenstrategien hinsichtlich Produkte, Regionen und Zielgruppe gewählt? |
| Wachstum | <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern wird ein weiteres Wachstum angestrebt? |
| Wettbewerbsparameter | <ul style="list-style-type: none"> • Hat sich die Bedeutung der Wettbewerbsparameter Preis, Qualität und Image mit dem KVG verändert? |
| Kostenmanagement | <ul style="list-style-type: none"> • Ist das Kostenmanagement zu einem strategischen Pfeiler der Versicherer geworden? |
| Technologien | <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern wird die Entwicklung und Nutzung neuer Technologien in die Strategien miteinbezogen? |

23 Qualitatives Wachstum beinhaltet eine Zunahme an Versicherten zur Verbesserung der Risikostruktur eines Versicherers.

| Strategieelemente | Fragen |
|-------------------|--|
| Kooperationen | <ul style="list-style-type: none">• Inwiefern sind Kooperationen in die Strategien miteinbezogen worden? |

Tabelle 9: *Strategieelemente, die sich bei den Versicherern aufgrund des KVG geändert haben könnten.*

Die Kurzfallstudien zeigen, dass das KVG bei praktisch allen untersuchten Versicherern zu mehr oder weniger starken Änderungen in der Unternehmensstrategie geführt hat. Im Folgenden werden die Strategien der Versicherer und die Änderungen aufgrund des KVG anhand der in Tabelle 9 aufgeführten Elemente beschrieben.

Unternehmenskultur

Von den 14 **grossen Versicherern** (ab 100'001 Versicherte) geben sieben explizit an, dass die Entwicklung zu einem modernen, kundenorientierten Versicherer ein strategisches Ziel ist. Betont wird dieses Ziel vor allem von den vier grössten Versicherern mit über 500'000 Versicherten. Die sieben Versicherer nennen als Grund für die notwendige Veränderung der Unternehmenskultur neben dem erhöhten Wettbewerb aufgrund des KVG insbesondere die Initiative des Managements, die Kostenentwicklung und die gestiegenen Ansprüche der Kunden. Zwei grosse Versicherer betrachten sich bereits vor Inkrafttreten als kundenorientiert und professionell.

Bei den **mittleren und kleinen Versicherern** (bis 100'000 Versicherte) steht die Neuorientierung in der Unternehmenskultur nicht im Vordergrund. Betont wird jedoch die Notwendigkeit von organisatorischen Anpassungen, um besser auf die Kundenwünsche eingehen zu können. Um sich zu behaupten, hat sich gemäss RVK Rück²⁴ die Innovationsneigung der mittleren und kleinen Versicherer erhöht.

24 Die RVK Rück ist eine Branchenorganisation von über 60 mittleren und kleinen Krankenversicherern mit insgesamt rund 600'000 Versicherten. Sie ist der grösste Rückversicherer im Krankenversicherungsmarkt und bietet neben Rückversicherungen Dienstleistungen für Kranken- und Unfallversicherer an.

Versicherungsangebote

Die Versicherer haben je nach Grösse und Marktvolumen unterschiedliche Produktstrategien im Bereich der konventionellen und alternativen Versicherungsmodelle sowie der Zusatzversicherungen eingeschlagen.

Die **vier grössten Versicherer** mit über 500'000 Versicherten bieten konventionelle und alternative Versicherungsmodelle an. Sie haben das Ziel, die alternativen Modelle weiter auszubauen, wollen jedoch aufgrund der bisherigen Resultate die Strategien überprüfen. Mit den alternativen Versicherungsmodellen (HMO, Hausarztmodelle, etc.) sollen innovative, kostensparende Formen der Versorgung entwickelt und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gefördert werden. Der Vermarktung der Zusatzversicherungsprodukte und deren Weiterentwicklung messen sie grosses unternehmerisches Gewicht bei. Während für drei der sehr grossen Versicherer die Produkte der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Zusatzversicherung als Kuppelprodukte zusammengehören, möchte ein Versicherer mit schlechterem Risikobestand die Zusatzversicherungen auch eigenständig vermarkten. Zusätzlich wird als weiteres Marktfeld überlegt, zukünftig auch andere Personenversicherungen anzubieten („Crossselling“).

Die **10 grossen Versicherer** mit 100'001 bis 500'000 Versicherten haben ganz unterschiedliche Produktstrategien gewählt. Während drei Versicherer die alternativen Versicherungsmodelle aufgrund des mit dem KVG verbundenen Kostenschubs als zentralen Pfeiler oder als sehr wichtig erachten, bieten vier Versicherer diese Versicherungsmodelle nicht an. Drei dieser Versicherer vertreten die Auffassung, dass diese Modelle nicht geeignet sind, Kosten zu senken und von ihren Kunden nicht gewünscht werden. Sie werfen den anderen Versicherern vor, dass sie mit diesen Modellen vor allem Risikoselektion betreiben. In der Westschweiz werden neben den Hausarztmodellen insbesondere die wählbaren Franchisen vermarktet. Ein Versicherer möchte vor allem die Verbreitung der Naturmedizin fördern und betreibt eine entsprechende Nischenpolitik, die er jedoch schon unter dem KUVG verfolgt hat. Zusatzversicherungen werden von allen zehn grossen Versicherern geführt. Dabei setzten fünf Versicherer auf besondere Strategien:

- Zwei Versicherer versuchen in Zusammenarbeit mit oder als Tochter eines Privatversicherers mit den Zusatzversicherungen Kunden für die Vermarktung anderer Versicherungsprodukte zu gewinnen. Während diese Strategie von einem dieser Versicherer schon lange als Nischenpolitik verfolgt wird, hat das KVG diese Stra-

ategie beim anderen mitbeeinflusst. Zwei weitere Versicherer möchte diese Strategie zukünftig aus unternehmerischen Gründen einschlagen.

- Ein Versicherer mit eher schlechter Risikostruktur setzt auf die Zusatzversicherungen und bietet Interessenten an, die OKPV bei einem attraktiveren Versicherer abzuschliessen.

Für die **mittleren und kleinen Versicherer** (bis 100'000 Versicherte) stellte sich mit dem KVG die strategische Frage, ob sie aufgrund ihrer Grösse und ihres Marktvolumens alternative Versicherungsmodelle und Zusatzversicherungen selbständig oder über Partner anbieten oder darauf verzichten sollen. Von den neun in den Kurzfallstudien untersuchten mittleren und kleinen Versicherern hat keiner alternative Versicherungsmodelle selbständig entwickelt und angeboten. Es werden jedoch folgende Zusammenarbeitsformen gewählt:

- Drei Versicherer bieten Hausarztmodelle über Unimedes²⁵ an. Ein weiterer Versicherer arbeitet mit Unimedes zusammen, bietet jedoch aufgrund des fehlenden Nutzens keine Hausarztmodelle an.
- Ein Westschweizer Versicherer deckt den Bereich der alternativen Versicherungsmodelle über COSAMA²⁶ ab, hat bisher jedoch auf die Nutzung dieser Angebote verzichtet.
- Ein Versicherer bietet nur wählbare Franchisen an und hat die Zusammenarbeit mit einem grossen Versicherer gesucht.

Die übrigen mittleren und kleinen Versicherer verzichten auf das Angebot von alternativen Modellen, weil sie der Ansicht sind, dass diese Modelle von ihren Versicherten nicht gewünscht werden und mit ihnen keine Kosteneinsparungen erzielt werden können. Sie bieten jedoch wählbare Franchisen an.

Während von den vier untersuchten **mittleren Versicherern** (zwischen 10'001 und 100'000 Versicherte) drei selbständig Zusatzversicherungen anbieten und einer diese über einen grossen Versicherer abdeckt, zeigt sich, dass praktisch alle der fünf unter-

25 Unimedes ist ein Verein, dem drei mittelgrosse sowie die rund 60 mittleren und kleinen Versicherer des RVK Rück angehören. Die Unimedes entwickelt für seine Mitglieder Hausarztsysteme und schliesst Tarifverträge im Zusatzversicherungsbereich ab.

26 Dem Verein COSAMA sind 22 Versicherer mit einem Bestand von 1.4 Mio. Versicherten angeschlossen. COSAMA führt die Tarifverhandlungen für ihre Mitglieder und entwickelt Angebote im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle an.

suchten **kleinen Versicherer** (alle unter 5'000 Versicherten) zu klein sind, um diese Produkte selbständig anzubieten. Sie haben daher die Zusammenarbeit mit sehr grossen Versicherern oder Versichererverbänden (bspw. ÖKKV) gewählt. Gemäss dem RVK Rück bieten vor allem die mittleren und kleinen Versicherer aufgrund des grossen Risikos keine Zusatzversicherungen mehr an, sondern vermitteln diese. Bei den öffentlichen Krankenkassen wurde mit der Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung gemäss ÖKKV entschieden, dass die Zusatzversicherung aller Mitglieder durch die Tochterfirma ÖKK Versicherungs AG angeboten wird.

Die untersuchten neun kleinen und mittleren Versicherer betreiben eine Nischenstrategie, in dem sie sich in erster Linie auf eine ausgewählte Region beschränken. Gemäss dem RVK Rück haben mehrere seiner Mitglieder ihr Prämiengebiet eingeschränkt und ihr Tätigkeitsgebiet bereinigt, um zu verhindern, dass sie in teuren Regionen (bspw. Tessin und Westschweiz) wachsen. Sie können dadurch ihren Wettbewerbsvorteil der regionalen Eingebundenheit bewahren. Mehrere mittlere Versicherer haben gemäss dem RVK Rück Spezialisierungen vorgenommen (Fokussierung auf Nichtraucher, Gewerbebetriebe).

Vier der neun untersuchten mittleren und kleinen Versicherer waren unter dem KUVG „geschlossene“ Kassen und ausschliesslich für eine bestimmte Zielgruppe tätig (Betrieb, Verband, Verein). Mit Inkrafttreten des KVG müssen sie neu ihre Produkte allen Personen in ihrer Prämienregion anbieten.

Wachstum

Grundsätzlich streben alle befragten Versicherer ein Wachstum der Anzahl versicherter Personen oder bei schlechter Risikostruktur zumindest die Bestandeshaltung der Versicherten an. Dabei steht bei den meisten Versicherer ein moderates qualitatives Wachstum im Vordergrund, das einen laufenden Zustrom an guten Risiken ergibt. Damit kann der „Überalterung“ vorgebeugt und die Wettbewerbsposition verbessert werden. Ein zu starkes Wachstum kann zu Nachteilen wie dem zusätzlichen Aufbau von Reserven, zusätzlichen Risikoausgleichszahlungen und erhöhten administrativen Aufwendungen führen. Nur einzelne grosse und mittlere Versicherer geben explizit an, in neuen Regionen (bspw. der Deutschschweiz) oder generell stark wachsen zu wollen. Die kleinen Versicherer streben vor allem ein qualitatives Wachstum in ihrer Region an, um ihre Position dort zu festigen.

Wettbewerbsparameter

Wichtigster Wettbewerbsparameter in der OKPV ist gemäss den befragten Versicherern der Preis resp. die Prämienhöhe. Eine Differenzierung über das Produkt wird aufgrund des vorgegebenen Leistungskatalogs als nicht mehr möglich erachtet. Praktisch alle grossen Versicherer (ab 100'000 Versicherte) geben explizit an, auf ein „Prämien-dumping“ zu verzichten. Ebenso geben alle Versicherer an, im Unterschied zur Zusatzversicherung in der OKPV keine explizite und aktive Risikoselektion zu betreiben. Sie sind jedoch der Ansicht, dass Risikoselektion von den Versicherern (vor allem über die Zusatzversicherung) weiterhin betrieben wird. Ein sehr grosser Versicherer sowie das KSK vertreten die Auffassung, dass die Risikoselektion für einen Versicherer weiterhin die einfachste Möglichkeit ist, Wettbewerbsvorteile durch eine günstige Kostenstruktur und Gewinne im Zusatzversicherungsgeschäft zu erzielen.²⁷ Ein weiterer grosser Versicherer ist der Ansicht, dass das KVG über die Kostensteigerung den Druck zur Risikoselektion verstärkt hat.

Neben den Prämien haben aufgrund des erhöhten Wettbewerbs der Kundenservice und das Image eines Versicherers im Wettbewerb zunehmend an Bedeutung gewonnen. So geben alle befragten grossen und die meisten mittleren und kleinen Versicherer explizit an, dass die Qualität ihrer Dienstleistungen im Mittelpunkt ihrer Bestrebungen steht. Die Verbesserung der Dienstleistungsqualität ist vor allem zur Anbindung der guten Risiken wichtig.

Leistungskostenmanagement

Bis auf wenige Ausnahmen geben alle Versicherer die Verbesserung des Kostenmanagements als strategische Ziele an. Im Vordergrund steht dabei die verstärkte Kostenkontrolle mit Hilfe neuer Informatikinstrumente. Fall- und Diseasemanagementkonzepte stehen nur bei den grossen Versicherern zur Diskussion.

Technologien

Mehrere grosse, aber auch mittlere Versicherer geben explizit an, die technologischen Fortschritte im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien für den Geschäftserfolg nutzen zu wollen. Die Implementierung dieser Technologien hat bei

27 „Mit gezieltem Risikoausgleich kann heute mehr für den Unternehmenserfolg getan werden als mit einem erfolgreichen Kostenmanagement“ (Geschäftsbericht Helsana 1998).

vielen Versicherern hohe strategische Bedeutung. So möchte beispielsweise ein mittlerer Versicherer möglichst alle Eintritte über Internet abwickeln.

Strategische Kooperationen

Im Hinblick auf die Einführung des KVG beabsichtigten die grossen Versicherer, durch strategische Kooperationen (Swisscare²⁸, Arcovita²⁹) ihre Marktmacht gegenüber den Leistungserbringern zu verstärken und neue innovative Modelle zur Kostenlenkung zu entwickeln. Diese Kooperationen sind jedoch gescheitert (siehe Kapitel 3.4.2.). Während die grossen Versicherer aufgrund dieser Erfahrungen mit Ausnahme von Kooperationen mit Privatversicherern nicht mehr auf Kooperationen abzielen, werden in der Westschweiz (COSAMA, Groupe Mutuel³⁰) und unter den mittleren und kleinen Versicherern (Unimedes) Kooperationen im Bereich der Tarifierung, den alternativen Versicherungsmodellen (v.a. Hausarztmodelle) und den Zusatzversicherungen verfolgt. Diese Kooperationen bestanden teilweise schon unter dem KUVG, haben jedoch mit dem KVG eine grössere Bedeutung erlangt.

Sicht des KSK und des BSV

In der Beurteilung des KSK und des BSV weisen die Versicherer strategische Mängel auf, die sich in einer Orientierungslosigkeit äussert. Vermisst werden vor allem längerfristige Zielsetzungen und Produktinnovationen. So urteilt das BSV (BSV 2000) im Rahmen seiner 1999 bei 20 Versicherern durchgeführten Audits, dass die Versicherer Schwierigkeiten haben mit ihrer Wahrnehmung als Gesundheitsmanager und grösstenteils eine simple Wachstumspolitik mittels Risikoselektion betreiben, um eine günstige Kostenstruktur zu erzielen. Klare Vorstellungen über die längerfristigen Ausrichtung bilden die Ausnahme. Das Geschäft mit der OKPV wird vor allem deshalb betrieben, weil sie sich dadurch im Wettbewerb um die profitablen Zusatzversicherungsprodukte einen Marktvorteil erhoffen.

28 Kooperation der Helvetia mit der KFW Winterthur (heute Wincare) und der Konkordia.

29 Kooperation der CSS mit der Visana.

30 Verband von zur Zeit 20 Versicherern, die alle ihre Identität und ihre Verwaltung behalten haben, jedoch über gemeinsame Ziele, Strategien und Massnahmen verfügen. Die Groupe Mutuel versucht, ihren Marktanteil über eine gemeinsame Prämienstrategie und die Nutzung von Synergien zu vergrössern. Sie ist Teil der COSAMA.

Folgerungen:

Insgesamt hat das KVG, der erhöhte Kosten- und Wettbewerbsdruck sowie die gestiegenen Anforderungen der Versicherten die **Unternehmensstrategien** der Versicherer **nicht grundlegend verändert**. Weiterhin steht das „qualitative Wachstum“ über die Risikoselektion und die Kostenkontrolle im Zentrum der Bemühungen. Betreffend die alternativen Versicherungsmodelle besteht bei den meisten grossen Versicherern aufgrund der bisherigen Erfahrungen eine gewisse Orientierungslosigkeit. Folgende strategische Änderungen wurden grösstenteils durch das KVG bekräftigt und damit in der Umsetzung beschleunigt:

- Professionalisierung,
- Nischenpolitik von grossen, mittleren und kleinen Versicherer,
- Erhöhung der Dienstleistungsqualität,
- Nutzung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien,
- Kooperationen unter den mittleren und kleinen Versicherern.

3.1.2. Unternehmenskultur

Gemäss den Aussagen der untersuchten 23 Versicherer hat bei den Versicherern in den letzten Jahren generell eine Professionalisierung von einer „Verwaltung“ in Richtung eines modernen, kundenorientierten Unternehmen stattgefunden. Die Professionalisierung konzentrierte sich in ausgeprägten Masse auf die grossen Versicherer (ab 100'000 Versicherte). Doch auch bei den mittleren und kleinen Versicherern ist eine Tendenz zur Professionalisierung erkennbar, was auch vom RVK Rück und dem ÖKKV bestätigt wird.

Alle vier **sehr grossen Versicherer** (ab 500'000 Versicherte) geben explizit an, dass sie sich den letzten Jahren einen Kulturwandel von der „Kasse“ zu einem modernen Versicherer gewandelt und einen bedeutenden Professionalisierungsschub erfahren haben. Neben dem neuen management- und kundenorientierten Denken hat diese Professionalisierungstendenz alle Unternehmensbereiche beeinflusst und zu bedeutenden Veränderungen geführt (Organisation, Marketing, etc.). Die sehr grossen Versicherer betonen jedoch, dass die Veränderung der Unternehmenskultur ein längerfristiger Prozess ist und weiterhin Potenziale bestehen (v.a. in den Bereichen Kostenmanagement und Entwicklung neuer Produkte). Betreffend die Bedeutung des KVG für diesen Wandlungsprozess gehen die Meinungen auseinander:

- Zwei Versicherer vertreten die Auffassung, dass das KVG diesen Unternehmenswandel neben dem wirtschaftlichen Druck durch die Kostenerhöhung infolge zusätzlichen Wettbewerbs beschleunigt hat („KVG als Beschleuniger“).
- Zwei Versicherer führen die Professionalisierungstendenz vor allem auf die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung und das Management zurück. Das KVG hat ihrer Meinung nach diesen Wandel nur am Rande beeinflusst.

Von den 10 **grossen Versicherern** (100'001 bis 500'000 Versicherte) geben fünf an, in den letzten Jahren grosse innerbetriebliche Veränderungen in Richtung eines modernen Unternehmens (Management, neues Bewusstsein betreffend Kundenzufriedenheit) unternommen zu haben. Während drei Versicherer dem KVG explizit eine auslösende und beschleunigende Funktion anerkennen („KVG als Katalysator“), führen die übrigen diesen Professionalisierungsschub hauptsächlich auf die allgemeine wirtschaftliche und unternehmerische Entwicklung (bspw. Fusionen) zurück. Ein Versicherer vertritt die Auffassung, dass die Medien einen stärkeren Einfluss ausgeübt haben als das KVG. Zwei grosse Versicherer geben an, dass sie bereits vor Inkrafttreten des KVG professionell gewirtschaftet haben und dadurch keine grosse Veränderungen in der Unternehmenskultur erfahren haben. Einer dieser Versicherer hat jedoch eine deutliche Verstärkung des betriebswirtschaftlichen Denkens festgestellt. Beide Versicherer sind der Ansicht, dass das KVG bei den anderen grossen Versicherern eine Professionalisierung ausgelöst hat. Die Versicherer, die mit Privatversicherern fusioniert haben oder intensiv mit ihnen zusammenarbeiten, geben an, durch die entsprechenden Erwartungen und den Know-how-Transfer wesentlich professioneller zu arbeiten als die übrigen Versicherer, die bis anhin sehr verwaltungsorientiert waren. Daraus kann gefolgert werden, dass bei den Krankenversicherern im Vergleich zu den Privatversicherern tendenziell ein zusätzliches Professionalisierungspotenzial besteht.

Die **mittleren und kleinen Versicherer** (bis 100'000 Versicherte) betrachten sich aufgrund der regionalen Nähe zu ihren Kunden bereits vor dem KVG als sehr kundenorientiert. Das KVG hat bei ihnen gemäss den neun befragten Versicherern keinen grundlegenden unternehmerischen Wandel herbeigeführt. Wesentlich für die Verbesserung der Dienstleistungsqualität werden vor allem die erhöhte Anspruchshaltung der KundInnen erachtet. Gemäss dem RVK Rück und dem ÖKKV sind die mittleren und kleinen Versicherer generell durch die Verbesserung der Dienstleistungsqualität sowie die erhöhte Markt- und Kundenorientierung professioneller geworden. Das

KVG (zusätzlicher Wettbewerb, neue Anforderungen) hat ihrer Ansicht nach diese Entwicklung gefördert und beschleunigt.

c) Sicht des BSV, des KSK und der kantonalen Versichererverbände

Auch seitens des BSV, des KSK und der kantonalen Versichererverbände wird insgesamt eine spürbare Professionalisierung wahrgenommen. Festgestellt wird ein Veränderungsprozess in Richtung einer neuen Unternehmenskultur (Vermehrtes Management und Kundenorientierung anstelle der Verwaltungsmentalität). Die Professionalisierungstendenz konzentriert sich gemäss den vom BSV (BSV 2000) durchgeführten Audits vor allem auf das traditionelle Kassengeschäft, das mit grosser Routine und verbesserter Dienstleistungsorientierung erfüllt wird. Grundsätzlich werden vom BSV und dem KSK jedoch noch grosse Potenziale in der Verbesserung des unternehmerischen Denkens und Handelns (Strategien, Führung, Marktorientierung, etc.) geortet. Mehrere kantonale Versichererverbände orten im Managementbereich noch wesentliche Potenziale.

Folgerungen:

Bei den meisten Versicherern hat in den letzten Jahren eine grundlegende Veränderung in der Unternehmenskultur von verwaltungs- zu marktorientierten Unternehmen stattgefunden. Dieser Unternehmenswandel konzentriert sich hauptsächlich auf die grossen Versicherer. Eine zunehmende Professionalisierung ist auch bei den mittleren und kleinen Versicherern feststellbar (verbesserte Dienstleistungen und Kundenorientierung). Die Professionalisierung ist angesichts der Zeit, die ein solcher Unternehmenswandel benötigt und des grossen zusätzlichen Potenzials weiterhin verbesserungsdürftig. Der Unternehmenswandel ist hauptsächlich vom Kostendruck und der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung ausgelöst worden. Das KVG hat die Professionalisierungstendenz bei mehreren Versicherern durch den erhöhten Wettbewerb deutlich beschleunigt.

3.1.3. Organisation, Mitarbeiter und Know-how

Im Folgenden wird geklärt, welchen Einfluss das KVG auf die folgenden innerbetrieblichen Bereiche ausgeübt hat:

| Bereiche | Fragen |
|-----------------------|--|
| Organisationsstruktur | <ul style="list-style-type: none"> • Hat das KVG die Organisationsstrukturen der Versicherer beeinflusst? • Wurden neue Abteilungen gegründet? |
| Arbeitsprozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Sind aufgrund des KVG die Arbeitsprozesse überarbeitet und verbessert worden? • Haben die Versicherer durch das KVG Massnahmen zur Qualitätssicherung (Total Quality Management, TQM) ergriffen? • Ist die rechnungstechnische Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung erfolgt? |
| Mitarbeiter | <ul style="list-style-type: none"> • Hat das KVG zu Veränderungen im Mitarbeiterbestand geführt? • Sind die Anforderungen an die Mitarbeiter gestiegen? |
| Ausbildung | <ul style="list-style-type: none"> • Hat das KVG zu einer Intensivierung der Mitarbeiterschulung geführt? |
| Know-how | <ul style="list-style-type: none"> • Hat das KVG zur Erarbeitung oder zum „Einkauf“ von neuem Wissen geführt? |

Tabelle 10: Mögliche Veränderungen durch das KVG in den Bereichen Organisationsstrukturen, Arbeitsprozesse, Mitarbeiter, Ausbildung und Know-how.

Organisationsstrukturen und Prozessabläufe

Anfang und Mitte der 90er Jahre haben sich mehrere grosse und mittlere Versicherer zu drei grossen bis sehr grossen Versicherer zusammengeschlossen. Diese Fusionen sind gemäss den betroffenen Versicherern durchgeführt worden, um die Marktmacht zu vergrössern und damit den Markt stärker beeinflussen und um gemeinsame Kräfte und Synergien nutzen zu können. Während für zwei Versicherer vor allem die Marktentwicklung für die Fusion ausschlaggebend gewesen ist und das KVG nur am Rande eine Rolle gespielt hat, gibt ein Versicherer an, dass das KVG die Fusion beschleunigt hat. Wichtig waren dabei die Erwartung der mit dem KVG zu vollziehenden administrativen Neuerungen und Herausforderungen auf Produkteebene sowie die Absicht, durch eine grössere Marktmacht bessere Ergebnisse zu erzielen. Ein weiterer Versicherer hat Mitte der 90er Jahre mit einem Privatversicherer fusioniert. Insgesamt ist davon auszugehen, dass das KVG bei allen Fusionen in Anbetracht der erwarteten Marktveränderungen eine gewisse Rolle gespielt hat.

Die **sehr grossen Versicherer** haben sich organisatorisch stark gewandelt. Bei zwei der vier Versicherer sind die strukturellen Änderungen vor allem fusionsbedingt. Bei einem der übrigen Versicherer ist die Reorganisation durch die Kostenentwicklung aus-

gelöst, jedoch vom KVG beschleunigt worden. Beispielhaft sind folgende Veränderungen zur Verbesserung der Marktorientierung vorgenommen worden:

- Neue Unternehmensstruktur zur Verstärkung der Kundenorientierung,
- Straffung der Vereinsstruktur und Umstrukturierung der Aussenstellen,
- Straffung der Unternehmensführung (flachere Hierarchien, Verbesserung der Flexibilität),
- professionellere Vertriebsstrukturen.

Durch die neuen Anforderungen und die Reorganisationen haben die sehr grossen Versicherer auch bedeutende Änderungen in ihren Unternehmenseinheiten vorgenommen. Alle vier Versicherer haben eine Managed Care oder Leistungseinkaufsabteilung aufgebaut. Ein Versicherer hat weiter den Finanzbereich wesentlich ausgebaut, ein anderer die Bereiche Marketing, Informatik und strategische Planung eingeführt oder wesentlich verstärkt. Bei den Arbeitsprozessen haben alle sehr grossen Versicherer neben der Anpassung an die Erfordernisse des KVG unterschiedlich intensive Rationalisierungen durchgeführt und die Betriebsabläufe standardisiert und optimiert. Ein Versicherer hat ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt, mit dem die Kernprozesse dauernd durchleuchtet werden sollen. Ein weiterer Versicherer beabsichtigt, sein Qualitätsmanagementsystem zertifizieren zu lassen.

Bei den 10 **grossen Versicherern** haben in den letzten Jahren fünf Versicherer ebenfalls mehr oder weniger grosse Reorganisationen durchgeführt. Illustrativ können folgende Neuerungen genannt werden:

- Aufbau von professionellen Strukturen, Erneuerung der Führungsstrukturen mit klarer Abgrenzung von strategischen und operativen Kompetenzen.
- Neue Aufbauorganisation, Verbesserung der Service-, Betriebs- und Vertriebsorganisation.
- Institutionalisierung von Innovations- und Prozessmanagementstrukturen.
- Durchführen von Organisationsstrukturanalysen und Audits.

Teilweise sind von den grossen Versicherern Managed Care- oder Leistungseinkaufsabteilungen aufgebaut worden. Die Arbeitsabläufe mussten ebenfalls an die neuen gesetzlichen Bestimmungen angepasst werden. Zusätzlich haben praktisch alle grossen Versicherer die Arbeitsabläufe überprüft und vor allem mit dem Einsatz von modernen Informatik-Anwendungen rationalisiert. Drei Versicherer haben zur laufenden

Verbesserung der Prozesse ein Qualitätsmanagement eingeführt oder das bestehende System verbessert. Zwei dieser Versicherer sind nach internationalen Normen zertifiziert (ISO 9001). Drei der grossen Versicherer geben explizit an, dass die Einführung des KVG die Optimierung der Organisationsstruktur und der Arbeitsprozesse auslöst oder beschleunigt hat.

Von den 14 **grossen Versicherern** mit über 100'001 Versicherten haben fünf Versicherer das Zusatzversicherungsgeschäft in eine Aktiengesellschaft rechtlich ausgegliedert. Ein weiterer sehr grosser Versicherer plant diesen rechtlichen Schritt. Diese Ausgliederung trägt gemäss den Versicherern aus folgenden Gründen zur Ausweitung des unternehmerischen Handlungsspielraumes und damit der Flexibilität bei:

- Weniger Restriktionen in den Finanzanlagen in der Zusatzversicherung,
- Steigerung der Attraktivität für Fusionen und Kooperationen,
- Verhinderung des Missbrauchs von Reserven zur Quersubventionierung der OKPV.

Bei den **mittleren und kleinen Versicherern** sind organisatorisch keine grundlegenden Neuerungen eingeführt worden. Mehrere Versicherer mit bedeutendem Mitgliederzuwächsen haben jedoch ihre organisatorischen Strukturen ausgebaut. Zudem haben viele Versicherer die Arbeitsabläufe mittels neuer Informatikanwendungen standardisiert. Weiter haben die neuen administrativen Anforderungen (Statistiken, etc.) Anpassungen der Arbeitsabläufe erfordert. Bei mehreren Versicherern bewirkten diese neuen Anforderungen einen enormen Anstieg des Administrativaufwandes. Ein kleiner Versicherer beabsichtigt, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen. Gemäss dem RVK Rück haben viele mittlere und kleine Versicherer die organisatorische Flexibilität erhöht (Verkleinerung des Vorstands, Kompetenzen von Mitglieder- oder Delegiertenversammlungen an den Vorstand, etc.). Viele Versicherer sind zudem aufgrund des Bedürfnisses nach stärkerer Professionalisierung am Qualitätsmanagement interessiert. Einige daran, ein Qualitätsmanagement aufzubauen.

Gemäss Prognos 2000 haben alle 12 in deren Untersuchung befragten grossen Versicherer ihr Rechnungswesen termingerecht angepasst und führen getrennte Rechnungen für die OKPV und die Zusatzversicherung. Die meisten Versicherer streben darüber hinaus für die Zusatzversicherung rechtlich selbständige Unternehmen an (vgl. auch oben stehende Ausführungen), um nicht mehr der Aufsicht des BSV zu unterstehen. Mehrere Versicherer führen getrennte Sparten oder Abteilungen innerhalb des

Unternehmens. Die rechnungstechnische und/oder organisatorische Trennung zwischen der OKPV und die Zusatzversicherung wird nach Prognos 2000 möglichst kundenfreundlich umgesetzt (Produktgestaltung, Beratung, Information).

Mitarbeiter, Ausbildung und Know-how

Generell geben die untersuchten Versicherer an, dass die Anforderungen an die Mitarbeiter mit dem KVG gestiegen sind. Die mittleren und kleinen Versicherer sind hauptsächlich von der Integration der Anforderungen des KVG in die Geschäftsabläufe und die verstärkte Kundenorientierung betroffen. Die grossen Versicherer stellen neu zusätzliche Anforderungen an neues Wissen (bspw. Managed Care, Marketing, Öffentlichkeitsarbeit) und Fähigkeiten (bspw. Management). Praktisch alle Versicherer haben aufgrund des KVG wesentlich in die Ausbildung ihrer Mitarbeiter investiert, teils durch interne, teils durch gemeinsame Schulungsprogramme. Die Veränderungen in den angesprochenen Bereichen unterscheiden sich nach der Grösse eines Versicherers.

Die **sehr grossen Versicherer** haben ihr Know-how in den Bereichen Management, Marketing, Finanzen, Managed Care und teilweise auch strategische Planung und Informatik/Statistik wesentlich ausgebaut. Neben der Weiterbildung von Mitarbeitern haben sie in diesen Bereichen insbesondere auch Spezialisten eingestellt und sich damit das erforderliche Wissen eingekauft. Teilweise wurde das Management mit neuen Kräften aufgerüstet. Die grossen Versicherer haben aufgrund der gestiegenen Anforderungen das interne und externe Kurs- und Schulungswesen stark ausgebaut. Teilweise werden die Mitarbeiter spezifisch zur Verbesserung der Kundenorientierung ausgebildet (Verkaufstrainings, Kundenbindungstrainings). Ein Versicherer erwähnt, dass eine neue umfassende Personalpolitik erarbeitet und eingeführt worden ist. Bei einem Versicherer ist ein leistungsbezogenes Entlohnungssystem eingeführt worden. Bei mehreren sehr grossen Versicherern ist der Anteil der Nebenerwerbstätigen aufgrund der neuen Anforderungen stark rückläufig.

Die **grossen Versicherer** haben mehrheitlich insbesondere das Know-how im Bereich Managed Care und Leistungseinkauf durch den Einkauf von neuen Spezialisten ausgebaut. Ein Versicherer deckt seine diesbezüglichen Bedürfnisse gemeinsam mit anderen Versicherern über einen Verein (COSAMA) ab. Zusätzliches Know-how wurde vereinzelt auch in den Bereichen Management, Ökonomie und Recht eingekauft. Mehrere Versicherer haben ebenfalls die Weiterbildung verstärkt. Ein Versicherer führte die leistungsabhängige Entlohnung ein.

Die **mittelgrossen Versicherer** decken ihr benötigtes Know-how betreffend Managed Care hauptsächlich über gemeinsame Vereine ab (Unimedes, COSAMA). Die neuen gesetzlichen Anforderungen und die zunehmenden Mitglieder haben bei den mittleren und kleinen Versicherern zu einem zusätzlichen Ausbildungsbedarf geführt, der hauptsächlich über externe Schulungen und Tagungen abgedeckt wird. Gemäss dem RVK Rück hat bei vielen mittleren und kleinen Versicherern ein Wechsel im Management stattgefunden (Generationenwechsel), was den Wandel zu Dienstleistungsorganisationen unterstützt hat. Die Versicherer haben ihre Kapazitäten mit Fachkompetenzen ausgebaut. Teilweise haben sie erfolgreich Fachkräfte von sehr grossen Versicherern abgeworben. Die mittleren und kleinen Versicherer haben ihr Bedürfnis nach Weiterbildung deutlich verstärkt. Im Vordergrund steht dabei die Verbesserung der Fachkompetenz. Neben den vielen neuen Mitarbeitern sind dafür die Änderungen des KVG und das Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Information und Transparenz verantwortlich. Der RVK Rück bietet vor allem Kurse für neue Mitarbeiter und den Umgang mit den Medien an und versucht damit, die entsprechenden Bedürfnisse abzudecken.

Folgerungen:

Das Bedürfnis nach verstärkter Professionalisierung hat bei den Versicherern zu spürbaren Veränderungen in den Bereichen Organisation, Mitarbeiter und Know-how geführt. Im organisatorischen Bereich haben sehr viele grosse Versicherer u.a. aufgrund des KVG ihre Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe optimiert, um die Kundenorientierung zu verbessern. Bei den mittleren und kleinen Versicherern haben sich durch das KVG keine grundlegenden Änderungen ergeben. Im Vordergrund stand vor allem der Ausbau der Organisation aufgrund der zusätzlichen Kunden und die Anpassung der Arbeitsabläufe an die neuen Anforderungen des KVG und den informationstechnischen Möglichkeiten. Die sehr grossen Versicherer und teilweise auch die grossen Versicherer haben sich neues Know-how in den Bereichen Managed Care und Leistungseinkauf, Öffentlichkeitsarbeit, Management und Informatik eingekauft. Die Schulungsangebote sind wesentlich ausgebaut und verfeinert worden. Die nebenamtliche Erwerbstätigkeit ist aufgrund der neuen Anforderungen stark zurückgegangen. Die mittleren und kleinen Versicherern verspüren aufgrund der neuen Anforderungen einen zusätzlichen Ausbildungsbedarf. Sie haben ihre Fachkompetenz in verschiedenen Bereichen (allgemein, Informatik, Öffentlichkeitsarbeit) über externe Schulungen aufgebaut.

3.1.4. Marketing und Informatik

Im Folgenden werden die Veränderungen in den Bereichen Marketing und Informatik aufgezeigt. Es stellen sich folgende Fragen:

| Bereich | Fragen |
|--|--|
| Marketing | <ul style="list-style-type: none">• Wurde das Marketing mit dem Trend zur Professionalisierung verstärkt?• Haben die Versicherer ihre Marketingstrategien angepasst?• Werden vermehrt vorhandene Daten für die Marktbearbeitung ausgewertet? |
| Informatik/neue Informations- und Kommunikationstechnologien | <ul style="list-style-type: none">• Welche Anstrengungen sind im Bereich Informatik unternommen worden? Inwiefern lassen sie sich auf das KVG zurückführen?• Inwiefern werden die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien genutzt? |

Tabelle 11: Fragestellungen in den Bereichen Marketing und Informatik/neue Informations- und Kommunikationstechnologien.

Marketing und Datenanalyse

Die grossen Versicherer (ab 100'000 Versicherte) haben durchwegs ihr Marketing verstärkt und systematisiert. Als wichtigster Grund wird die Trennung der Krankenversicherung in Grundversicherungs- und Zusatzversicherungsprodukte genannt. In mehreren Fällen hat diese Produkttrennung auch zu neuen Marktbearbeitungsstrategien (bspw. Zielgruppe Familie, junge Personen oder Sporttreibende) geführt. Da die Mehrzahl der grossen Versicherer diese Produkttypen als Kuppelprodukte betrachten, wird das Marketing für beide gemeinsam betrieben. Die grossen Versicherer haben als Grundlage für ihre Marketingstrategien die internen und vergleichenden Marktforschungsaktivitäten und -analysen verstärkt. Als wichtiges Instrument, um innerbetriebliche Verbesserungen auszulösen, wird das regelmässige Benchmarking (oder Rating) unter den grossen Versicherern mittels einer Kundenumfrage unter den 14 grössten Versicherer betrachtet. Beurteilt werden dabei u.a. die Faktoren Service-Leistungen, Bekanntheit, Werbung, Vertrauenswürdigkeit, Sicherheit, Solidarität (CSS Geschäftsbericht 1999). Des weiteren wird ein Rating über den „Grand Prix der Kundenzufriedenheit“ durchgeführt (Sanitas Geschäftsbericht 1999). Die Datengrundlagen und -auswertungen wurden von praktisch allen grossen Versicherern mit Hilfe neuer Informatikanwendungen verbessert und intensiviert. Die meisten grossen Versicherer haben ein eigenes Datawarehouse aufgebaut und analysieren die Daten hinsichtlich

der Kunden und der Leistungserbringer. Die Resultate werden als Grundlage für den Leistungseinkauf und die Leistungskontrolle (Identifikation teurer Fälle) verwendet. Ein grosses Hemmnis in den Datenanalysen besteht aus Sicht der Versicherer jedoch darin, dass die Leistungserbringer die Diagnosecodes nicht bekannt geben und die Datenlage damit unvollständig und mangelhaft ist. Den Versicherern ist es damit nicht möglich, die Behandlungspfade systematisch zu verfolgen (vgl. auch Kap. 3.3.1.). Mehrere Versicherer wenden auch moderne Management Informationssysteme (MIS) auf der Führungsstufe ein. Die Verbesserung der Datengrundlagen und der Datenanalysetechniken werden einerseits auf die neuen technischen Möglichkeiten und andererseits auf die Markterfordernisse zurückgeführt.

Bei den neun untersuchten **mittleren und kleinen Versicherern** hat nur ein Teil die Marketinganstrengungen wesentlich verstärkt. Dabei konzentrieren sich diese Versicherer auf ihr Schwerpunktsgebiet. Die Datenanalysen werden auf ganz unterschiedlichen Niveaus durchgeführt:

- Ein Versicherer nutzt das Datawarehouse der RESO (Rechnungszentrum Solothurn).
- Drei Versicherer haben ein eigenes Informatiksystem zur Abrechnung und Analyse ihrer Fälle entwickelt. Zwei davon haben sich von der RESO abgelöst, weil sie unzufrieden waren.
- Zwei Versicherer nutzten die Software eines sehr grossen Versicherers.
- Mehrere Versicherer erstellen und analysieren eigene Marktübersichten aufgrund verfügbarer Statistiken (insbesondere KSK, RVK Rück), um zu sehen, wie sie im Vergleich zur Konkurrenz stehen.

Grosse Hoffnungen werden auf den vom KSK in Erarbeitung befindlichen Datenpool aller Versicherer gesetzt.

Informatik/neue Informations- und Kommunikationstechnologien

Die Versicherer haben grosse Anstrengungen unternommen, um die elektronische Datenverarbeitung zu verbessern. Im Zentrum steht dabei die elektronische Leistungsabwicklung (insbesondere elektronischer Datenaustausch mit den Leistungserbringern und elektronische Leistungskontrolle) und die Datenanalyse (Datawarehouse):

- Praktisch alle grossen Versicherer und teilweise auch mittlere und kleine Versicherer haben neue Informatiksysteme zur Rationalisierung der Betriebsabläufe und Datawarehouses eingeführt.

- Mehrere grosse und mittlere Versicherer wickeln einen Teil der Leistungsabwicklung (elektronischer Datenaustausch) sowie die Leistungskontrolle in elektronischer Form ab.
- Mehrere Versicherer stellen ihren Kundenberatern umfassende Dateninformationen zur Verfügung.
- Teilweise werden Rechnungen der Leistungserbringer elektronisch erfasst („eingescannt“) und anschliessend weiterverarbeitet.

Gemäss den Aussagen mehrerer Versicherer hat das KVG die Entwicklung und Einführung dieser Informatiksysteme beschleunigt. Vom TarMed wird eine zusätzliche Beschleunigung im elektronischen Datenaustausch und der elektronischen Leistungsabrechnung erwartet.

Die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (v.a. Internet) werden von allen grossen und den meisten mittleren und kleinen Versicherern genutzt. Am meisten verbreitet ist das elektronische Mail (E-Mail) und die Verwendung einer Homepage zur Präsentation des Versicherers. Mehrere grosse und vereinzelte mittlere Versicherer setzen sehr stark auf die ihrer Sicht nach strategisch wichtigen Technologien und haben grosse Anstrengungen in diesem Bereich unternommen. So wickelte beispielsweise ein mittelgrosser Versicherer 1999 bereits 16% der Neueintritte über Internet ab.

Folgerungen:

Aufgrund des KVG (v.a. Produkttrennung in Grund- und Zusatzversicherungsprodukte) und der allgemeinen Marktentwicklung haben die grossen Versicherer ihre Marketinganstrengungen wesentlich verstärkt und systematisiert. Neben regelmässigen internen und externen Marktanalysen und Kundenbefragungen zur Standortbestimmung sind die internen Datengrundlagen und -auswertungen mit dem Aufbau von Datawarehouses verbessert worden. Wesentlich investiert wurde ebenfalls in neue Informatiklösungen zur elektronischen Datenabwicklung, wobei diese noch in der Anfangsphase steckt. Die Anforderungen des KVG (insbes. TarMed) haben diese Entwicklungen beschleunigt. Das Internet wird von allen grossen Versicherern genutzt, jedoch in einer konventionellen Form (Nutzung von E-Mail und Homepage).

Bei den mittleren und kleinen Versicherern hat das KVG höchstens zur Verbesserung des regionalen Marketings beigetragen. Grössere neue Herausforderungen stellten sich jedoch im Bereich Informatik, in dem sie eigene Informatik-Systeme entwickelt haben, gemeinsame Systeme nutzen oder mit einem grossen Versicherer zusammenarbeiten.

3.2. Verhalten gegenüber den Versicherten

Gegenüber den Versicherten sind die Versicherer aufgefordert, verstärkt kundenorientiert zu handeln und auf die gezielte Selektion guter Risiken zu verzichten. Neben der Darstellung der relevanten Änderungen wird beurteilt, inwiefern diese Einflüsse auf das KVG zurückgeführt werden können. Folgende Fragen werden untersucht:

- Hat sich die Kundenorientierung und die Dienstleistungsqualität seitens der Versicherer verbessert?
- Haben die Versicherer verstärkt alternative Versicherungsprodukte entwickelt und angeboten? Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich zu beurteilen?
- Bieten die Versicherer vermehrt Angebote im Bereich Gesundheitsförderung an?
- Inwiefern betreiben die Versicherer gezielte Risikoselektion? Hat sie sich im Vergleich zur Situation unter dem KUVG erhöht?
- Hat sich die Öffentlichkeitsarbeit unter dem KVG verstärkt?

3.2.1. Kundenorientierung und Dienstleistungsqualität

Im Folgenden werden die Veränderungen in den Bereichen Kundenorientierung und Dienstleistungsqualität aufgezeigt. Es stellen sich folgende Fragen:

- Hat die Kundenorientierung seitens der Versicherer zugenommen? Inwiefern hat das KVG diese Veränderungen beeinflusst?
- Hat sich die Dienstleistungsqualität verbessert? Wie sind die Veränderungen in den Bereichen Information und Beratung, Auszahlung, Freundlichkeit zu beurteilen?

Kundenorientierung

Mit der zunehmenden Professionalisierung hat sich die Kundenorientierung der Versicherer nach Ansicht der befragten Versicherer erhöht. Die Einführung des KVG hat bei

allen Versicherern einen spürbaren zusätzlichen Informations- und Beratungsaufwand verursacht.

Von den 14 **grossen Versicherern** (ab 100'000 Versicherte) geben 12 explizit an, dass sich die Kundenorientierung verbessert hat. Im Zentrum steht dabei die Intensivierung des Kundenkontakts, der -information, der -beratung und die Einführung von Kundenkarten. Teilweise sind Call-Center oder spezielle Kompetenzzentren eingerichtet, um besser auf die Kundenwünsche eingehen zu können. Ein Versicherer versucht, seine Produkte im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle gezielt auf seine Kunden auszurichten. Ein Grossteil der befragten **mittleren und kleinen Versicherer** betrachten sich aufgrund der Nähe zu ihren Mitgliedern und dem intensiven Kundenkontakt bereits unter dem KUVG als sehr kundenorientiert. Verbessert hat sich gemäss ihren Angaben vor allem die Kundeninformation. Vermehrt werden Kundenbefragungen durchgeführt.

Dienstleistungsqualität

Praktisch alle befragten Versicherer geben an, dass sich die Qualität ihrer Dienstleistungen erhöht hat. Als Grund dafür werden die gestiegenen Anforderungen der Kunden sowie die mit dem KVG einhergehende Fixierung des Leistungsangebots in der OKPV genannt, die eine Verbesserung der Serviceleistungen notwendig macht, um sich von den Konkurrenten abzugrenzen. Mit einer hohen Dienstleistungsqualität wird insbesondere versucht, die vorteilhaften Risiken zu behalten.

Die **grossen Versicherer** (ab 100'000 Versicherten) geben an, dass sie sich vor allem in den Bereichen schnelle Auszahlung der Rückerstattungen, der Beratung und der Kundeninformation verbessert haben. Grundlage für die Verbesserungen sind das Benchmarking unter den Versicherern sowie eigene Marktumfragen. Einen wichtigen Einfluss haben auch Ratings und Vergleiche der Presse (K-Tip, Cash, etc.). Gemäss einem **grossen Versicherer** nähern sich die Dienstleistungsqualitäten der Versicherer durch diese Ratings und die entsprechenden Massnahmen immer mehr an. Auch bei den **mittleren und kleinen Versicherern** hat das KVG grundsätzlich die Verbesserung der Dienstleistungsqualität gefördert (vor allem Kundeninformation und Auszahlungsgeschwindigkeit). Gemäss dem RVK Rück hat sich die Dienstleistungsqualität bei den **mittleren und kleinen Versicherern** eindeutig erhöht (Kundenservice, Vergütungen, Beratungen, Information).

Gemäss den vom BSV 1999 (BSV 2000) durchgeführten Audits ist die Servicequalität zu einem zentralen Ziel der Versicherer geworden und die Stärke der Versicherer. Kritisiert wird jedoch, dass entsprechende Qualitätssicherungskonzepte noch weitgehend in der Entwicklungsphase stecken.

Folgerungen:

Das KVG hat neben den gestiegenen Anforderungen der Kunden durch die zunehmende Professionalisierung und den vermehrten Wettbewerb über Serviceelemente die Kundenorientierung und die Dienstleistungsqualität erhöht. Verbessert haben sich die Intensität der Kundenkontakte sowie die Kundeninformation und -beratung. Die Auszahlungen der Rechnungsbeträge wurde beschleunigt. Neben den vermehrten Kundenbefragungen haben die Vergleiche in den Medien (Ratings) einen Beitrag zu Verbesserung der Dienstleistungsqualität geleistet.

3.2.2. Alternative Versicherungsmodelle

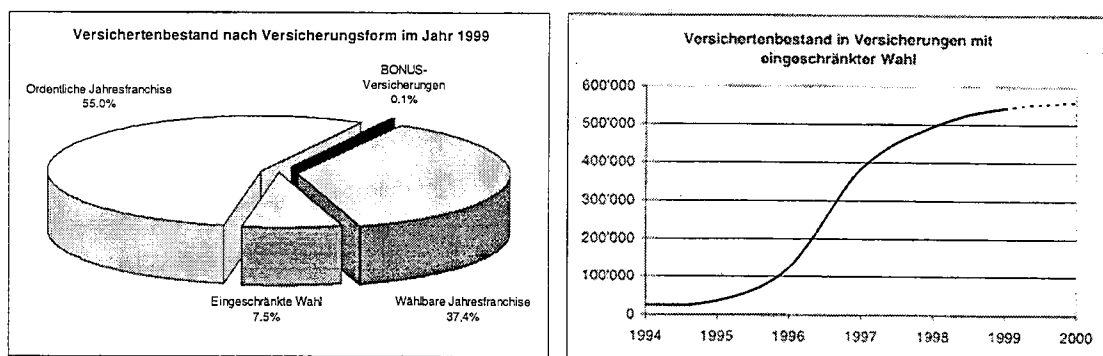
In der OKPV bestehen für die Versicherer aufgrund des festgelegten Leistungskatalog nur bei den alternativen Versicherungsangeboten Differenzierungsmöglichkeiten. Im Folgenden wird aufgrund der Befragungen und der Untersuchung betreffend die Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) die Entwicklung und der Erfolg der alternativen Versicherungsmodelle (insbesondere HMO und Hausarztmodelle) beurteilt.

Mit dem KVG wurden die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und zur vereinfachten Einführung von alternativen Versicherungsmodellen verbessert (Erleichterung des Abschlusses von verbandsunabhängigen Sonderverträgen; Möglichkeit, den Betrieb der alternativen Versicherungsmodelle organisatorisch auszugliedern). Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich bis heute jedoch noch nicht breit durchgesetzt. Die Versicherer verfolgen betreffend dieser Modelle ganz unterschiedliche Produktstrategien (vgl. Kap. 3.1.1.):

- Von den 14 grossen Versicherern (ab 100'001 Versicherten) setzen nur zwei Versicherer konsequent und überzeugt auf die neuen Modelle. Vier Versicherer bieten diese Modelle nicht an, u.a. weil sie der Auffassung sind, dass diese Modelle von ihren Kunden nicht gewünscht werden und nicht geeignet sind, Kosten zu sparen.

- Die mittleren und kleinen Versicherer bieten alternative Modelle teilweise in Kooperation mit anderen Versicherern über spezielle Organisationen an (Unimedes, COSAMA).

Die Entwicklung des Versichertenbestands dieser Modelle zeigt, dass sich die alternativen Versicherungsmodelle bisher nicht bedeutend entwickelt und breit durchgesetzt haben. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist bescheiden. In der Westschweiz sind sie weniger gefragt als in der Deutschschweiz und praktisch nicht verbreitet. Das Wachstum hat sich nach einer anfänglichen Dynamik deutlich abgeschwächt und stagniert (vgl. Figur 6).



Figur 6: Der Anteil der Versicherten in den alternativen Versicherungsmodellen (HMO, Hausarztmodelle) ist bescheiden. Das Wachstum hat sich abgeschwächt (Quelle: Statistik über die Krankenversicherung BSV 2000b).

Gründe für die Erhöhung in den ersten Jahren sind die verstärkten Angebote der Versicherer und der Leistungserbringer sowie der Prämien Schub durch das KVG genannt. Bei den Angeboten hat sich u.a. aufgrund des Kostendrucks auf die Ärzte insbesondere die Anzahl der Hausarztnetzwerke in den Jahren 1996/97 enorm vergrössert (INFRAS 2000). Obwohl sich die alternativen Modelle noch nicht durchgesetzt haben, ist durch die ein Prozess bei den Versicherern ausgelöst worden, in dem sie Kompetenzen im Bereich Managed Care aufgebaut haben (vgl. Kap. 3.1.3.).

Gemäss INFRAS 2000 sind seit Inkrafttreten des KVG bei den alternativen Versicherungsmodellen, die sich noch im Experimentierstadium befinden, keine bedeutenden Innovationen erkennbar. Die Ausnahme bildet ein Modell eines Versicherers, in dem sich die Versicherten auf Leistungserbringer (resp. Ärzte) beschränken und eine Second Opinion einholen müssen. Die alternativen Versicherungsmodelle werden von den Versicherern vorwiegend als Prämiensparmodelle geführt, um gute bestehende

oder neue Risiken anzubinden. Dies ist deshalb möglich, weil hauptsächlich jüngere und gesunde Versicherte in diese Modelle wechseln, um Prämien zu sparen. Die vom BSV durchgeführten Audits bei Versicherern bestätigen, dass mit den heute bestehenden alternativen Versicherungsmodellen hauptsächlich Risikoselektion betrieben wird. Die im Rahmen der Audits kennen gelernten Managed Care Konzepte fokussieren auf die Verbindung mit Zusatzversicherungsprodukten und damit auf Zielgruppen, die in der OKPV unterdurchschnittliche Kosten verursachen (BSV 2000c). Ein Versicherer geht davon aus, dass die Hausarztssysteme weniger erfolgreich sind, weil sie oft als Vereine zur Strukturhaltung gegründet werden. Die Ärzte sind oft nicht bereit, sich den neuen Herausforderungen zu stellen und sich am Ergebnis zu beteiligen. Die HMO werden als erfolgreicher beurteilt, weil eine Selektion der Leistungserbringer stattfindet und diese über eine Kopfpauschale am Ergebnis beteiligt sind.

Als Haupthemmnisse für die Verbreitung dieser Modelle wird genannt, dass sich die Versicherten nicht gerne einschränken wollen und seitens der Leistungserbringer (v.a. Ärzte) aufgrund des Kontrahierungszwangs wenig Bereitschaft besteht, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen (INFRAS 2000). Zudem bieten gemäss den Kurzfallstudien mehrere Versicherer diese Modelle aufgrund der zweifelhaften Wirtschaftlichkeit nicht oder nicht intensiver an. Neben dem Kontrahierungszwang werden von den befragten Versicherern folgende Rahmenbedingungen als hemmend empfunden:

- Für mehrere Versicherer wirkt die Beschränkung des Prämienrabattes auf 20% in den ersten fünf Jahren hemmend. Es wird davon ausgegangen, dass mit dieser Beschränkung der Anreiz für die Versicherten zu gering ist, in diese alternativen Modelle zu wechseln und damit die zur gewünschten Marktabdeckung notwendige Marktmacht nicht erreicht werden kann.
- Die alternativen Versicherungsmodelle werden gemäss einem Versicherer durch den Risikoausgleich benachteiligt, der sich nicht auf die effektiven Kosten bezieht.

Die zukünftige Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle ist gemäss INFRAS 2000 ungewiss. Unter den Versicherern ist eine gewisse Orientierungslosigkeit festzustellen. Während ein Teil der Versicherer betreffend die alternativen Modelle sehr vorsichtig bis zurückhaltend geworden sind, arbeiten mehrere Versicherer an der Weiterentwicklung dieser Modelle in Richtung Kosten- und Qualitätsmanagement. Hauptziel ist dabei gemäss den im Rahmen der Kurzfallstudien befragten grossen Versicherer die schlechten Risiken in diese Modelle zu bewegen und die Entwicklung hin zu Kopfpauschalen (Capitations) auch bei den Hausarztmodellen.

Folgerungen:

Seit Inkrafttreten des KVG haben sich die alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle) noch nicht breit durchgesetzt und stagnieren auf einem bescheidenen Niveau. Die Versicherer sind sich über die Zweckmässigkeit der alternativen Versicherungsmodelle nicht einig. Eine gewisse Orientierungslosigkeit herrscht vor. Von den meisten Versicherern werden die alternativen Versicherungsmodellen heute zur aktiven Risikoselektion verwendet. Innovationen sind in den letzten Jahren kaum sichtbar. Die Zukunft der alternativen Versicherungsmodelle ist sehr ungewiss und hängt neben der Innovationsfähigkeit der Versicherer und der Leistungserbringer vor allem auch von den Reaktionen der Versicherten auf die steigenden Prämien ab.

3.2.3. Gesundheitsförderung

Die Versicherer sind mit dem KVG aufgefordert, die Verhütung von Krankheiten zu fördern. Dazu sollen sie gemeinsam mit den Kantonen eine entsprechende Organisation gründen.

Auf Versichererebene unterstützen in erster Linie die vier sehr grossen Versicherer, aber auch vereinzelte grosse Versicherer, Massnahmen zur Gesundheitsförderung. Diese Massnahmen haben gemäss diesen Versicherern einen Gesundheits- und einen Marketingaspekt. Sie dienen damit zur Reduktion der Leistungskosten und als Marketinginstrument zur Imagepflege. Die Versicherer betonen, dass die Erfolgsmessung sehr schwierig ist. Zudem werden diese Massnahmen erst längerfristig Wirkungen zeigen, was bei der Freizügigkeit die Investitionen unsicher macht. Insgesamt wird die Gesundheitsförderung aus diesen Gründen in sehr bescheidenem Masse betrieben. Beispiele für Gesundheitsförderungsmassnahmen:

- Kampagne „Allez Hop“ mit dem Schweizerischen Olympischen Verband,
- Projekt Qualitop, mit dem verschiedene Aktivitäten zertifiziert und anschliessend unterstützt werden (v.a. Fitnesszentren),
- Sportchecks zur Förderung des Breitensports,
- Gesundheitsförderung in Betrieben,
- Ernährungskurse.

Folgerungen:

Massnahmen zur Förderung der Gesundheit werden in erster Linie von den vier sehr grossen Versicherern unterstützt. Aufgrund der unsicheren Wirkungen werden sie jedoch in bescheidenem Rahmen gehalten und sind nicht zu einem zentralen Instrument der Versicherer zur Kostenbeeinflussung geworden.

3.2.4. Risikoselektion

Die Versicherer haben mit dem KVG weniger Möglichkeiten zur aktiven und gezielten Risikoselektion (vgl. Kap. 2.4.1.). Aufgrund des unvollständigen Risikoausgleichs und der Tatsache, dass vor allem junge und gesunde Versicherer wechseln, ist sie jedoch weiterhin möglich und interessant. Gemäss den Aussagen eines sehr grossen Versicherers und des KSK ist davon auszugehen, dass eine aktive Risikoselektion mehr zum unternehmerischen Erfolg beiträgt als das Kostenmanagement und die Entwicklung und Vermarktung von alternativen Versicherungsmodellen. Auch gemäss BSV 2000c ist die Wachstumsstrategie durch Risikoselektion ein effizientes Mittel zur kurzfristigen Kosteneindämmung. So ist das „qualitative Wachstum“, das mit Risikoselektion oder „Risikopflege“ erreicht werden soll und Gewinnmöglichkeiten in der Zusatzversicherungen erwarten lassen, ein wichtiges unternehmerisches Ziel der Versicherer (vgl. Kap. 3.1.1.). In den Audits des BSV konnte festgestellt werden, dass die Bewirtschaftung des Versichertenbestandes im Unterschied zu derjenigen von Versichertenfällen im Vordergrund steht.

Praktisch alle der in den Kurzfallstudien befragten Versicherer geben an, in der OKPV keine aktive Risikoselektion zu betreiben und keine Provisionen als Leistungsanreize auszubezahlen. Zudem erwähnen mehrere sehr grosse Versicherer explizit, dass sie ihre Mitarbeiter angewiesen haben, auf aktive Risikoselektion zu verzichten. Unfaire Methoden werden von den Versicherern als nicht professionell und imageschädigend erachtet. Gleichzeitig stellen sie einhellig fest, dass mit dem KVG weiterhin Risikoselektion betrieben wird. Diese Aussagen interpretieren wir dahingehend, dass der einzelne Versicherer zwar angibt, keine unfaire Risikoselektion zu betreiben, Risikoselektion jedoch weiterhin über die Zusatzversicherung, das Marketing oder unfaire Methoden der anderen Versicherer betrieben wird. Aufgrund unserer Befragung, der Untersuchung des Risikoausgleichs (Spycher 1999) und den Audits des BSV (BSV 2000c) kann es als Faktum betrachtet werden, dass in der OKPV weiterhin Risikoselektion betrieben wird. Da die meisten Versicherten mit Zusatzversicherung diese mit der

OKPV beim gleichen Versicherer abschliessen (Kuppelprodukt), kann jedoch oft nicht zwischen der Risikoselektion in der OKPV und der Zusatzversicherung unterschieden werden. Dies betrifft vor allem folgende zwei gemäss den Kurzfallstudien weitverbreiteten Formen der aktiven Risikoselektion:

- Bei praktisch allen Versicherern ist eine Selektion über den Gesundheitsfragebogen der Zusatzversicherung üblich. Gemäss den befragten Versicherern und dem RVK Rück ist davon auszugehen, dass die Selektion über die Zusatzversicherung mit Inkrafttreten des KVG intensiviert worden ist. Ein Versicherer erwähnt, dass er in der Zusatzversicherung keine Versicherten über 50 Jahren akzeptiert.
- Viele grosse Versicherer zielen mittels Marketing-, Werbe- und Imagemassnahmen oder speziellen Produkten in der Zusatzversicherung darauf ab, eine spezifische Zielgruppe anzusprechen (bspw. Familie, SportlerInnen, junge Personen, etc.). Dadurch betreiben die Versicherer gezielte Risikopflege für die OKPV und die Zusatzversicherung.

Die Methoden zur aktiven Risikoselektion sind sehr vielfältig. Aufgrund der Befragung der Versicherer bestehen folgende weitere Formen der Ausnutzung legaler Bedingungen zur Risikoselektion:

- Selektion über die Prämienpolitik: Ein Versicherer erwähnt, dass eine weitverbreitete Methode zur Risikoselektion darin besteht, in Regionen mit hohem Versichertenbestand die Prämien zu erhöhen und in Regionen mit tiefem Bestand die Prämien zu senken. Dies ermöglicht das Vorstossen in neue Marktregionen.
- Angebot von alternativen Versicherungsmodellen, mit denen eine bestimmte Zielgruppe angesprochen wird (vgl. Kap. 3.2.2.)
- Negative Anreize: Ein Versicherer betreibt Risikoselektion mit geringeren Serviceleistungen und abschreckenden Massnahmen, in dem er auf Apothekerscheine verzichtet und strenge Kontrollen bei den Auszahlungen vornimmt.
- Gezielte Aufnahme von Versicherten mit hoher Kostenbeteiligung. Beispielsweise wird vor allem in der Westschweiz von Versicherern eine höhere Wahlfranchise im Voraus ausgefüllt und so die niedrigste Franchise nicht angeboten.
- Gebietsabgrenzungen: Der Rückzug eines sehr grossen Versicherers aus Prämienregionen mit hohen Kosten wird von mehreren anderen Versicherern als aktive Risikoselektion gewertet. Mehrere mittlere und kleine Versicherer haben ihr Prämienangebot eingeschränkt, um zu verhindern, dass sie in den teuren Regionen wachsen.

Neben diesen „legalen“ Formen bestehen gemäss den befragten Versicherern und Spycher 1999 beispielhaft folgende unfairen Methoden:

- Schikanen: schlechte Auskünfte, reduzierte Erreichbarkeit, Reaktion nur wenn der Übertritt eingeschrieben erfolgt, administrative Verzögerungen.
- Prämien an den Aussendienst, Zuschlag, wenn nur die Zusatzversicherung abgeschlossen wird.
- Auch wenn sich jemand nur für die OKPV interessiert, wird der Gesundheitsfragebogen mitgeschickt.

Die Risikoselektion hat sich mit Inkrafttreten des KVG methodisch verändert und wird schwerpunktmässig über die Zusatzversicherungen betrieben. Berücksichtigt werden muss jedoch, dass die Kosten der Zusatzversicherung rund 25% derjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betragen und in den letzten Jahren keine bedeutende Änderungen erfahren haben (Greppi et al. 2000).³¹ Die Selektionsmöglichkeiten über die Zusatzversicherungen sind damit beschränkt. Gemäss den Aussagen mehrere Versicherer ist davon auszugehen, dass sich die Risikoselektion aufgrund der Freizügigkeit und des Kostendrucks unter dem KVG im Vergleich zum KUVG tendenziell verstärkt hat.

Folgerungen:

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird unter dem KVG weiterhin aktive Risikoselektion betrieben. Im Vergleich zum Kostenmanagement und den alternativen Versicherungsmodellen stellt sie eine effiziente Form der „Risikopflege“ und damit der Beeinflussung der Kosten eines Versicherers dar. Die Risikopflege hat sich mit dem KVG jedoch methodisch verändert und wird hauptsächlich über die Zusatzversicherungen betrieben. Daneben existieren eine breite Vielfalt von legalen (v.a. Marketing und Produktgestaltung) und unfairen Methoden (v.a. Schikanen). Im Vergleich zur Situation unter dem KUVG hat die aktive Risikoselektion mit der Freizügigkeit und dem Kostendruck unter dem KVG tendenziell zugenommen.

31 Gemäss Prognos 2000b hat das KVG durch die Kostensteigerung und der Trennung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von der Zusatzversicherung zu einem generellen Rückgang der Zusatzversicherten und der Reduktion des Leistungsumfangs der Zusatzversicherten geführt. Das Kundensegment der nur Zusatzversicherten ist generell klein.

3.2.5. Öffentlichkeitsarbeit und Werbung

Die steigenden Gesundheitskosten und die zunehmende Entsolidarisierung führte Anfang der 90er Jahre zu einem öffentlichen Druck, der sich über die Medien äusserte (vgl. Kap. 2.2.2.). Die Medien haben in der Folge mit dem KVG gemäss mehreren befragten Versicherern einen stärkeren Einfluss auf die Versicherer ausgeübt. Mit dem KVG hat sich das Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Informationen und Transparenz verstärkt. Die Anfragen der Medien haben sich spürbar erhöht. Einen grossen medienmässigen Einfluss üben heute neben der Prämienveröffentlichung des BSV die Ratings verschiedener Zeitschriften und Zeitungen aus (K-Tip, Beobachter, Cash, Facts, etc.). Für die Versicherer hat andererseits das Image aus Wettbewerbsgründen mit dem KVG eine immer grössere Bedeutung erhalten. Durch eine gezielte Imagepflege über Öffentlichkeitsarbeit und Werbemassnahmen versuchen die grossen Versicherer sich zu positionieren und die neuen sowie die bestehenden Kunden zu binden.

Aufgrund des erhöhten Drucks der Medien und der verstärkten Bedeutung des Images als Wettbewerbsfaktor hat die Mehrzahl der **grossen Versicherer** (ab 100'000 Versicherte) die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert und professionalisiert sowie die Imagepflege verstärkt. Zur Verstärkung des Bekanntheitsgrades und zur Imagepflege haben die grossen Versicherer verstärkt in Werbe- und Sponsoringaktivitäten investiert. Die Massnahmen umfassen beispielhaft ganze Kampagnen, Plakatwerbung, TV-Spots, Sportsponsoring. Insgesamt sind jedoch die Ausgaben in diesen Bereichen verglichen mit anderen Branchen gering. Praktisch alle grossen Versicherer betonen, dass auch die politische Arbeit mit dem KVG zunehmend an Bedeutung gewonnen hat und einen erheblich grösseren Stellenwert einnimmt. Verstärkt werden soll insbesondere der politische Einfluss über das KSK. Zudem erwähnt ein Versicherer, dass der Dialog mit den Partnern im Gesundheitswesen zunehmend bedeutender geworden ist.

Die **mittleren und kleinen Versicherer** betreiben gemäss den befragten Versicherern nur in sehr bescheidenem Masse Imagewerbung oder -sponsoring. Allenfalls sind sie regional aktiv (Plakatwerbung, Messen, Sportsponsoring). Die wirksamste Werbemassnahme für die mittleren und kleinen Versicherer ist die Mund-zu-Mund-Propaganda. Mehrere Versicherer erwähnen auch, dass die Medien mit ihren Prämienvergleichen aufgrund der günstigen Prämien um sonst für sie arbeiten. Ein Versicherer erwähnt, dass die Bekanntgabe der Prämien durch das BSV einen grossen Kundenzuwachs ausgelöst hat. Gemäss dem RVK Rück erhalten jedoch auch die mittleren und kleinen Versicherer vermehrt Anfragen seitens der Presse und verspüren in diesem

Bereich einen Schulungsbedarf. Marketing- und Imagemassnahmen haben ein stärkeres Gewicht erhalten. Mittlere und kleine Versicherer unterstützen vermehrt lokale und regionale Anlässe.

Folgerungen:

Mit dem KVG hat sich das Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Information und Transparenz erhöht. Das Image ist zu einem Wettbewerbsfaktor geworden. Dies hat vor allem bei den grossen Versicherern dazu geführt, dass sie die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert und professionalisiert und die Imagepflege verstärkt haben. Zudem hat die politische Arbeit spürbar an Bedeutung gewonnen. Die mittleren und kleinen Versicherer betreiben nur in sehr bescheidenem Masse regionale Imagepflege. Die Öffentlichkeitsarbeit sowie Marketing- und Imageaktivitäten haben aufgrund des KVG jedoch ebenfalls ein grösseres Gewicht erhalten.

3.3. Verhalten gegenüber den Leistungserbringern

Gegenüber den Leistungserbringern sollten die Versicherer ein verstärktes Kostenmanagement betreiben und auf die Tarifierung einen stärkeren Druck ausüben. Folgende Fragen stellen sich:

- Haben die Versicherer ihre Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen verstärkt (Kontrolle einzelner Rechnungen, Kostenvergleiche zwischen Leistungserbringern, Ausscheiden von nicht wirtschaftlichen Leistungen)?
- Haben die Versicherer Fall- und Diseasemanagementkonzepte entwickelt und angewendet?
- Haben die Versicherer auf die Tarifverhandlungen zur Stabilisierung der Tarife resp. Dämpfung der Tarife einen erhöhten Druck ausgeübt? Inwiefern haben die Versicherer vermehrt Sonderverträge oder Verträge mit von Verbandsverträgen abweichenden Bestimmungen ausgehandelt?

3.3.1. Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

Kostenkontrollen

Die Kostenkontrollen wurden bei den meisten Versicherern seit der Einführung des KVG gemäss ihren eigenen Angaben wesentlich ausgebaut oder zumindest in der gleichen Weise weitergeführt. Wesentlich ist dabei vor allem die Einführung von elektro-

nischen Systemen, die verstärkte Nutzung vorhandener Daten sowie die strengere Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen durch Vertrauensärzte. Die Verbesserungen in der Kostenkontrolle können damit nur teilweise auf das KVG zurückgeführt werden.

Die **sehr grossen Versicherer** sind sich einig, dass mit verschärften Leistungskontrollen wesentliche Beträge eingespart werden können. In der Regel handelt es sich bei den beanstandeten Leistungen um Mängel und Missbräuche (Struktur der Beträge auf den Rechnungen, falsche Codes, Einhaltung der Fallpauschalen, Behandlungsdauer, Doppelzahlungen oder nicht leistungspflichtige Medikamente). Die Einführung der elektronischen Leistungsabrechnungen, die Expertensysteme (Kontrollsysteme) und die vertieften Abrechnungskontrollen hat gemäss zwei Versicherern neben den direkten Einsparungen auch eine psychologische und präventive Wirkung bei den Leistungserbringern, in dem die Rechnungen sorgfältiger ausgestellt werden. Alle vier sehr grossen Versicherer sind der Meinung, dass effiziente Leistungskontrollen und umfassendes Kostenmanagement eine immer grössere Bedeutung erhalten werden.

Uneinheitlicher sieht das Bild bei den **grossen Versicherern** aus. Sechs der 10 befragten grossen Versicherer haben die Kostenkontrollen massgeblich ausgebaut. Ziel ist, mit Data-Mining, statistischen Auswertungen und Benchmarking zu einer professionellen Kostenkontrolle zu kommen. Drei Versicherer sind eher skeptisch gegenüber dem Nutzen der Kostenkontrollen eingestellt. Sie sind der Meinung, dass sich die Einsparungen nur im Promillebereich bewegen und die Wichtigkeit der Kostenkontrollen bedeutend überschätzt wird. Als wesentlich wichtiger werden die Regresse gegenüber den Privatversicherern erachtet. Ein Versicherer weist auf den konstruktiven Dialog mit den Leistungserbringern hin. Der Einfluss des KVG auf den Ausbau der Kostenkontrollen wird ebenfalls unterschiedlich stark wahrgenommen. Drei Versicherer geben an, dass schon vor dem KVG Kostenkontrollen durchgeführt worden sind oder dass sich keine Änderung ergeben hat. Andere sind der Meinung, dass das KVG der wesentliche Motor war.

Die **mittleren Krankenversicherer** streichen heraus, dass Kostenkontrollen schon vor dem KVG sehr wichtig waren. Trotzdem wurden die Abrechnungskontrollen verstärkt, die Zusammenarbeit mit den Vertrauensärzten intensiviert. Der Nutzen der Kostenkontrollen wird durch die mittleren Krankenversicherer nicht so hoch eingeschätzt wie bei den sehr grossen Versicherern. Mit den Kostenkontrollen werden aber auch systematische Fehler aufgespürt und Unklarheiten in der Abrechnung geklärt.

Dazu sind zum Teil Qualitätsstandards für Rechnungskontrollen eingeführt worden. Auch wird nicht gezögert, Rechnungen, die keine KVG-Pflichtleistungen umfassen, abzulehnen. Dies wird durch Faisst/Schilling 1999 bestätigt, die erwähnen, dass mehrere Versicherer insbesondere aus der Westschweiz zunehmend weniger bereit sind, medizinische Leistungen bei Unklarheiten zu übernehmen (Bspw. Kosten für Transplantationen im Ausland)

Die **kleinen Versicherer** haben zum Teil eigene Abrechnungs-Software eingeführt, die ihnen die Kostenkontrolle erleichtern, zum Teil ihr Kosten-Controlling den mit ihnen kooperierenden sehr grossen Versicherer abgegeben. Die Kostenkontrollen wurden aber übereinstimmend verstärkt und führen, wenn genau durchgeführt, zu erheblichen Einsparungen.

Interessant ist der Hinweis von zwei kleinen und mittleren Versicherern, dass bei den sehr grossen Versicherern eine Tendenz da ist, Rechnungen bedeutend bereitwilliger und grosszügiger zu zahlen und Fehler durchzulassen. Sie führen dies zurück auf die geringere Verbundenheit der Mitarbeitenden mit ihrem Unternehmen.

Gemäss dem BSV und dem KSK wird die Rechnungskontrolle sehr unterschiedlich intensiv durchgeführt. Lückenhaft ist sie wegen des hohen Aufwands (Vielzahl von Rechnungen, Vielfalt von Verträgen, Einzelleistungstarifizierung) insbesondere im ambulanten Bereich. Vom KSK wird darauf hingewiesen, dass die Leistungserbringer genau wissen, welcher Versicherer bei der Kontrolle streng vorgeht. Eine besonders effektive Kostenkontrolle können kleine Versicherer mit regionalen Schwerpunkten betreiben.

Wirtschaftlichkeitskontrollen und Kostenvergleiche

Wirtschaftlichkeitskontrollen, d.h. die Überprüfung der Zweckmässigkeit und der Angemessenheit können gemäss den befragten Versicherern nur sehr unvollständig vorgenommen werden. Hauptproblem sind die ungenügenden Datengrundlagen, resp. das Fehlen von diagnosebezogenen Codes. Kostenvergleiche werden bisher in rudimentärer Form über die Rechnungsstellerstatistik des KSK durchgeführt. Diese ermöglicht jedoch nur Vergleiche im ambulanten Bereich. Zudem sind die Vergleichsmöglichkeiten limitiert, weil das Risikokollektiv des jeweiligen Leistungserbringers nicht bekannt ist. Ein Versicherer versucht, durch die Zusammenführung der Fälle über die Rechnungen die Behandlungskosten pro Fall zu ermitteln und damit Grundlagen für Kostenvergleiche zu erhalten.

Weitere Kontrollformen

Neben der strengeren Kontrolle von Einzelfällen (Richtige Anwendung der Tarife, Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Vertrauensärzte) überprüfen zwei befragte grosse Versicherer einzelne Leistungserbringer vertieft mittels Leistungsaudits. Ein Versicherer führt Heilungs- und Prozesskontrollen durch. Ein weiterer Versicherer erwähnt, dass zusätzlich versucht wird, im Rahmen einer Prozessoptimierung die Schnittstellen der einzelnen Leistungserbringer zu verbessern.

Folgerungen:

Die zunehmenden Kosten haben bei den Versicherern zu einer verstärkten Kontrolle der Leistungsabrechnung geführt. Mangelhafte und missbräuchliche Rechnungen werden durch strikte und zunehmend elektronische Kontrollen aufgedeckt und zurückgewiesen. Insbesondere die sehr grossen Versicherer rechnen mit Einsparungen in Millionenhöhe. Einige Versicherer zweifeln den Nutzen solcher Kostenkontrollen an. Der Einfluss des KVG wird unterschiedlich eingeschätzt. Während vor allem die grösseren Versicherer den Ausbau der Kostenkontrollen mit dem KVG in Verbindung bringen, geben einige mittlere und kleinere Versicherer an, bereits unter dem KUVG stark Kostenkontrollen durchgeführt zu haben. Da sich die Rechnungskontrolle vor allem auf den stationären Bereich konzentriert, ist sie weiterhin lückenhaft. Zudem wird auf eine Überprüfung der Angemessenheit und der Zweckmässigkeit einer Behandlung (Wirtschaftlichkeitskontrolle) aufgrund unvollständiger Daten (keine Diagnosecodes) praktisch verzichtet. Kostenvergleiche werden nur in rudimentärer Form durchgeführt. Insgesamt beurteilen wir die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle als weiterhin stark verbesserungsdürftig.

3.3.2. Fall- und Diseasemanagement

Als Antwort auf die zunehmenden Leistungskosten wurde bei den Versicherern in den letzten Jahren vermehrt das Fall- oder Diseasemanagement diskutiert. Durch das Fallmanagement versuchen die Versicherer mit neuen Dienstleistungen, die Behandlungskette der Patienten zu verbessern. Dadurch soll eine Qualitätsverbesserung und eine Effizienzsteigerung erzielt werden. Im Rahmen des Diseasemanagements werden neue Versorgungsformen für bestimmte Versichertengruppen (z.B. chronisch oder schwerstkranke Patienten) entwickelt und angewandt.

Fallmanagement wird fast ausschliesslich durch die **grossen** und vor allem **sehr grossen Versicherer** eingesetzt. Drei Versicherer betreiben Fallmanagement nach unterschiedlichen Konzepten. Bei weiteren sieben der 14 grossen Versicherer werden erste Konzepte getestet, entwickelt oder diskutiert. Ein sehr grosser Versicherer, der seit zwei Jahren Fallmanager in Spitälern einsetzt, hat das Fallmanagement wesentlich ausgebaut. Die Fallmanager sollen die verschiedenen Leistungsbereiche durch eine Begleitung der Versicherten vom Spitaleintritt bis zum Abschluss der Nachbehandlung möglichst optimal verknüpfen. Es wird mit relevanten Einsparungen gerechnet, welche zum jetzigen Zeitpunkt aber noch nicht bezifferbar sind. Das Fallmanagement dieses Versicherers ist auf die 3% bis 5% der Patienten ausgerichtet, die rund 60% bis 70% der Kosten verursachen. Gemäss einem Versicherer wird das Fallmanagement sowohl von den Leistungserbringern als auch von den PatientInnen begrüsst. Disease managementkonzepte werden erst von wenigen sehr grossen Versicherern angewendet oder erprobt. Gemäss diesen Versicherern sind die Erfahrungen positiv. Erfolgreich angewendet wurde das Disease management beispielsweise im Rehabilitationsbereich.

Für die **mittleren und kleinen Versicherer** kommt Fall- und Disease management aufgrund der kleineren Versichertenbestände weniger in Frage. Teure Fälle werden trotzdem, z.B. in Zusammenarbeit mit dem RVK Rück, begleitet, um eine Kostenoptimierung zu erzielen. Ein mittlerer Versicherer hat aber erste Tests im Fallmanagement geplant.

Ein Versichererverband möchte bei Hausarztmodellen einen Care-Manager einsetzen, der die Funktion der „Second Opinion“ und die soziale Beratung übernimmt.

Nicht alle Versicherer sind jedoch von Fall- und Disease managementkonzepten überzeugt:

- Ein grosser Versicherer ist der Ansicht, dass ohne den Diagnosecodes der Ärzte ein solches Kostenmanagement hinfällig ist, weil die Behandlungspfade nicht nachvollzogen und damit optimiert werden können.
- Ein mittlerer Versicherer ist nicht einverstanden damit, dass die Versicherer sich mit Fall- oder Disease management zu eigentlichen Medizinerinnen weiterentwickeln müssen und die Aufgaben der Spitäler und Ärzte übernehmen sollen.

Folgerungen:

Fall- und Diseasemanagement wird durch die grossen und sehr grossen Versicherer mit einem genügend grossen Versichertenbestand vorangetrieben, befinden sich jedoch noch in der Erprobungsphase. Durch die Optimierung der Behandlungsabläufe erhoffen sie sich, bedeutende Kosteneinsparungen zu erzielen. Mittlere und kleine Versicherer sehen sich mit wenigen Ausnahmen aufgrund ihres geringeren Versichertenbestandes nicht in der Lage, ein institutionalisiertes Fall- und Diseasemanagement einzuführen. Teure Fälle werden aber in der Regel begleitet oder zumindest beobachtet.

3.3.3. Tarifverhandlungen und Sonderverträge**Tarifverhandlungen**

Gemäss INFRAS 2000 sind die Beziehungen der Versicherer zu den Leistungserbringern direkter und angespannter geworden. Die Versicherer üben in den Tarifverhandlungen aufgrund der Kostensteigerung und des KVG verstärkt Druck auf die Leistungserbringer aus und verhandeln wesentlich härter. Sie versuchen, aufgrund wesentlich verbesserter Datengrundlagen und durch Kostenvergleiche die Leistungserbringer zu günstigeren Tarifen zu bewegen. Dabei streben sie durch gemeinsame Verhandlungspositionen ein Benchmarking unter den Leistungserbringern an, um diese zu einem gewissen Wettbewerb zu bewegen. Die Verhandlungen sind dadurch schwieriger und ruppiger geworden. In einigen Kantonen ist die Verhandlungskultur derart schlecht, dass sich die Partner nicht mehr an einen Tisch setzen. Mehrere Befragte gehen jedoch davon aus, dass die Verhandlungsbereitschaft aufgrund der Abnützungserscheinungen in letzter Zeit wieder gestiegen ist.

Sonderverträge

In INFRAS 2000 wird festgestellt, dass die Aufhebung des Vertragszwangs zu praktisch keinen neuen Sonderverträgen geführt hat. Die Entkartellierung zwischen den jeweiligen Tarifpartnern hat nicht stattgefunden. An Sonderverträgen haben die Tarifpartner kein Interesse. Die Versicherer haben durch die Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklausel einen nur sehr geringen Anreiz, separate Verträge auszuhandeln. Zudem haben sie bemerkt, dass sie durch gemeinsames Verhandeln einen wesentlich stärkeren Druck auf die Leistungserbringer ausüben können. Die Leistungserbringer haben hauptsächlich aus administrativen und finanziellen Gründen kein Interesse an Sonderverträgen.

Tarifierungsformen

Gemäss INFRAS 2000 sind in den letzten Jahren einige neue Tarifierungsformen eingeführt worden. Diese befinden sich jedoch noch im Experimentierstadium und haben sich noch nicht breit durchgesetzt. Festgestellt wird jedoch ein Trend in Richtung neuer Pauschalisierungsformen (Eintritts- und Abteilungspauschalen oder Mischsysteme, Fallpreispauschalen). Die Versicherer sind nach INFRAS 2000 grundsätzlich an der Einführung und der Sammlung von Erfahrungen mit neuen Tarifierungsformen interessiert, weil sie von diesen neuen Tarifarten verbesserte Anreize sowie eine erhöhte Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungserbringer erwarten. Sie fordern jedoch, dass die neuen Pauschalisierungsformen zu echten Kosteneinsparungen führen und stufenweise je nach Datenvoraussetzungen eingeführt werden sollten. Die Versicherer verhalten sich gegenüber den neuen Tarifarten skeptisch, weil sie von den Auswirkungen der bisherigen Formen noch nicht überzeugt sind und sich aufgrund der aus ihrer Sicht schlechten und intransparenten Datenlage in den Verhandlungen gegenüber den Leistungserbringern benachteiligt fühlen. Gemäss dem KSK wollen viele Versicherer das mit den neuen Pauschalisierungsformen verbundene Risiko nicht eingehen. Das KSK strebt jedoch längerfristig integrale tarifliche Lösungsansätze über die ganze Behandlungskette (integrale Fallpreispauschale).

Folgerungen:

Das KVG hat zusammen mit der Kostensteigerung dazu geführt, dass die Versicherer in den Tarifverhandlungen einen erhöhten Druck auf die Leistungserbringer ausüben und wesentlich härter verhandeln. Die Verhandlungen sind dadurch schwieriger und härter geworden. Die Aufhebung des Vertragszwangs hat zu praktisch keinen neuen Sonderverträgen geführt. Die Entkartellierung zwischen den jeweiligen Partnern hat damit nicht stattgefunden. Die Versicherer haben ein Interesse an den neu eingeführten Tarifierungsformen, die sich noch im Experimentierstadium befinden. Sie verhalten sich jedoch zurückhaltend, weil sie von den erhofften Kosteneinsparungen noch nicht überzeugt sind.

3.4. Beziehungen zu anderen Versicherern

Im Folgenden wird untersucht, inwiefern sich durch das KVG die Beziehungen eines Versicherers zu den anderen Versicherern verändert hat. Folgende Fragen stehen dabei im Zentrum:

- Hat sich generell das Wettbewerbsverhalten der Versicherer gegenüber ihren Konkurrenten verändert?
- Hat das KVG zu einer Zunahme von Kooperationen geführt? Von welchen Versicherern werden in welchen Bereichen Kooperationen angestrebt?
- Werden unter den Versicherern wettbewerbsrelevante Absprachen getroffen?
- Wie haben sich durch das KVG die Beziehungen der Versicherer zum Branchenverband KSK und zu den kantonalen Versichererverbänden verändert?

3.4.1. Wettbewerbsverhalten

Das Wettbewerbsverhalten der Versicherer hat sich durch das KVG gemäss den Kurzfallstudien nicht grundsätzlich verändert. In der OKPV herrscht in erster Linie ein Prämienwettbewerb, der vor allem über die Selektion guter Risiken geführt wird (vgl. Kap. 3.2.3.). Dies wird auch von mehreren Versichererverbänden bestätigt. Mehrere grosse Versicherer geben explizit an, dass sie ihr Wettbewerbsverhalten intensiviert haben. Dies vor allem über die Verbesserung der Dienstleistungsqualität, die gemäss übereinstimmenden Aussagen der Versicherer nach den Prämien zu einem immer wichtigeren Wettbewerbsfaktor geworden ist. Gemäss einem Versicherer zeigen Umfragen unter den Versicherten, dass die Prämienhöhe der ausschlaggebende Wettbewerbsfaktor ist, bei der Dienstleistungsqualität jedoch ein minimaler Standard erforderlich ist. So haben einerseits Versicherer mit hohen Prämien auch mit einer guten Dienstleistungsqualität kaum Erfolgchancen. Andererseits fordern die Versicherten auch bei den Versicherern mit günstigen Prämien eine minimale Dienstleistungsqualität. Weiter wird versucht, die Versicherten durch den Aufbau eines entsprechenden Images verstärkt zu binden. Die Versicherer führen die Intensivierung ihres Wettbewerbsverhaltens u.a. auf den Kostendruck und die Trennung der OKPV- von den Zusatzversicherungsprodukten. Mehrere grosse Versicherer betonen, dass sich die Versicherer vor allem im Zusatzversicherungsbereich verstärkt wettbewerbslich verhalten.

Von den befragten **mittleren und kleinen Versicherern** wird erwähnt, dass sie sich untereinander kaum konkurrenzieren, jedoch Konkurrenten der grossen Versicherer sind. Sie geben an, ihr Wettbewerbsverhalten mit Ausnahme der verbesserten Dienstleitungen nicht gross verändert zu haben. Dies ist aufgrund ihrer mehrheitlich vorteilhaften Prämien (vgl. Kap. 4.4.2.) gut nachvollziehbar. Erwähnt wird, dass sich das Wettbewerbsverhalten vor allem zeitlich verändert hat, in dem sich der Wettbewerb

auf die Zeit zwischen der Prämienbekanntgabe und dem Kündigungstermin konzentriert.

Gemäss dem Beobachter 2000 erheben fünf Versicherer administrative Zuschläge auf Zusatzversicherungen, wenn die Kunden bei einem anderen Versicherer grundversichert sind. Dies beschränkt die Freizügigkeit der betreffenden Versicherten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Wettbewerbshemmnisse nur in beschränktem Ausmass auftreten.

Folgerungen:

Das Wettbewerbsverhalten hat sich mit dem KVG nicht grundsätzlich verändert und wird hauptsächlich über die Risikoselektion zur Erzielung vorteilhafter Prämien geführt. Die grossen Versicherer haben jedoch ihr Wettbewerbsverhalten hauptsächlich über die Verbesserung der Dienstleistungen intensiviert. Gründe dafür waren u.a. der Kostendruck und die Trennung der OKPV- von den Zusatzversicherungsprodukten. Bei den mittleren und kleinen Versicherern hat sich das Wettbewerbsverhalten mit Ausnahme der Verbesserung der Dienstleistungen nicht gross verändert. Teilweise werden von den Versicherern bei nicht grundversicherten Kunden Zuschläge auf Zusatzversicherungen erhoben, was zu einem Wettbewerbshemmnis führen kann.

3.4.2. Kooperationen

Bei den Kooperationen unter den Versicherern ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen den Kooperationen unter den grossen Versicherern Mitte der 90er Jahre und denjenigen unter den mittleren und kleinen Versicherern in klar abgegrenzten Bereichen (Managed Care, Tarifverträge, etc.).

Im Hinblick auf die Einführung des KVG und des damit verbundenen erhöhten Wettbewerbsdruck beabsichtigten die grossen Versicherer, durch strategische Kooperationen (Swisscare, Arcovita) ihre Marktmacht gegenüber den Leistungserbringern zu verstärken und neue innovative Modelle zur Kostenbeeinflussung zu entwickeln. Schwerpunkt der Zusammenarbeit in diesen Allianzen waren die Bereiche Leistungseinkauf und Managed Care. Ziel war die verstärkte Einflussnahme auf die Anbieter im Gesundheitsmarkt durch intensives Kostenmanagement, Gesundheitsförderung und die Einführung alternativer Versicherungsmodelle (Geschäftsbericht Grütli 1994). Folgende Gründe waren gemäss den betroffenen befragten Versicherer für das Scheitern dieser Kooperationen verantwortlich:

- Die Marktmacht konnte aufgrund der geringen Freiheiten gegenüber den Leistungserbringern nicht ausgeübt werden (Kontrahierungszwang; Sonderverträge waren nicht erfolgreich.).
- Der Leistungseinkauf sowie Managed Care sind in der OKPV Kernkompetenzen jedes Versicherers. Eine Kooperation ist in diesen Bereichen aus Konkurrenzgründen schwierig.
- Unterschiedliche Unternehmenskulturen und -zielsetzungen.

Während die grossen Versicherer aufgrund dieser Erfahrungen nicht mehr auf Kooperationen abzielen, hat das KVG mit den neuen Aufgaben vermehrt zu zweckorientierten jedoch relativ losen Kooperationen geführt. So werden in der Westschweiz (COSAMA) und unter den mittleren und kleinen Versicherern (Unimedes, RVK Rück, ÖKKV) Kooperationen im Bereich der Tarifierung, den alternativen Versicherungsmodellen (v.a. Hausarztmodelle), den Zusatzversicherungen, der Rückversicherung und der Weiterbildung verfolgt. Diese Kooperationen bestanden teilweise schon unter dem KUVG, haben jedoch mit dem KVG eine grössere Bedeutung erlangt:

- COSAMA konzentriert sich hauptsächlich auf die Tarifverhandlungen für ihre Mitglieder. Zusätzlich werden Angebote im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle (v.a. Hausarztmodelle) entwickelt und das politische Gewicht der Mitglieder erhöht. COSAMA hat sich dadurch in den letzten Jahren zu einer Organisation des Leistungseinkaufs entwickelt. Dem Verein COSAMA sind 22 Versicherer mit einem Versichertenbestand von 1.4 Mio. Versicherten angeschlossen.
- Unimedes ist ein Verein, der für seine Mitglieder Hausarztssysteme entwickelt und Tarifverträge im Zusatzversicherungsbereich abschliesst. Mitglieder sind drei mittelgrosse Versicherer sowie die rund 20 mittleren und kleinen Mitglieder des RVK Rück. Die Unimedes ist explizit als Gegenreaktion zu den Allianzen der grossen Versicherer entstanden.
- Der RVK Rück bietet seinen Mitgliedern die Rückversicherung in der OKPV und der Zusatzversicherung an, vermittelt Zusatzversicherungen und bietet verschiedene Dienstleistungen an (Weiterbildung, Qualitätsmanagement, Vertretung gemeinsamer Interessen gegenüber der Politik, Beratung in Fachfragen, Vermittlung eines vertrauensärztlichen Dienstes sowie eines Rechtsdienstes).

- Der Verband Öffentlicher Krankenkassen (ÖKKV) hat mit dem KVG an Bedeutung gewonnen, in dem er die Zusatzversicherung aller Mitglieder über eine Tochtergesellschaft abwickelt und verstärkt Dienstleistungen anbietet (Informatik, Koordination der Leistungsabwicklung).

Neben diesen grösseren Kooperationen bestehen verschiedene Kooperationen zwischen einzelnen Versicherern in bestimmten Bereichen:

- Zwei grosse Versicherer haben eine gemeinsame Managed Care Betriebsgesellschaft gegründet, die auch anderen Versicherern offen steht.
- Ein grosser Versicherer kooperiert mit Privatversicherern. Ein weiterer hat mit einem Privatversicherer fusioniert.
- Ein grosser Versicherer bietet seine HMO-Gesundheitszentren auch anderen Versicherern an.
- Zwei grosse Versicherer arbeiten in den Bereichen Leistungseinkauf und Ausbildung zusammen.
- Mehrere kleine Versicherer nutzen im Bereich der Zusatzversicherung und der Abrechnungssysteme die Produkten von sehr grossen Versicherern zusammen.
- Vereinzelt werden auch Kooperationen mit Leistungserbringern gesucht (bspw. Apotheken).
- Mehrere Versicherer arbeiten mit anderen betreffend Abrechnungssystem und Datawarehouse zusammen (RESO).

Lose Zusammenarbeitsformen zwischen den Versicherern bestehen weiter in den Bereichen Tarifverträge/-modelle und Qualitätssicherung:

- Die Tarifverhandlungen werden in der OKPV weiterhin von den kantonalen Versichererverbänden und dem KSK geführt (vgl. Kap. 3.3.3.). Die Versicherer kooperieren in den Tarifverhandlungen weiterhin, weil sie gemerkt haben, dass sie in gemeinsamen Verhandlungen bessere Resultate erzielen und die wenigen Versuche, Sonderverträge abzuschliessen, gescheitert sind (INFRAS 2000).
- Im Rahmen des KSK kooperieren die Versicherer betreffend Projekten zur Einführung von Qualitätssicherungssystemen bei den Leistungserbringern.

Ein spezieller Verband ist die Groupe Mutuel, die zur Zeit rund 15 Mitglieder umfasst, die alle ihre Identität und Verwaltung behalten haben, jedoch über gemeinsame Ziele, Strategien und Instrumente verfügt. Die Groupe Mutuel konzentriert sich damit nicht

auf einzelne Themen, sondern versucht, den Marktanteil über eine gemeinsame Prämienstrategie und die Nutzung von Synergien zu vergrössern.

Folgerungen:

Das KVG hat durch die neuen Anforderungen zweckorientierte Kooperationen unter Versicherern gefördert. Während die strategischen Allianzen zwischen grossen Versicherern an den Rahmenbedingungen und aus Konkurrenzgründen gescheitert sind, haben sich unter den mittleren, den kleinen und teilweise auch grossen Versicherer Kooperationen in den Bereichen Leistungseinkauf (resp. Tarifverhandlungen), Managed Care und Zusatzversicherung etabliert. Durch diese Zusammenarbeitsformen können die betreffenden Versicherer ihre Marktmacht erhöhen (v.a. COSAMA) oder durch beschränkte Ressourcen gemeinsam Know-how aufbauen (v.a. Unimedes). Zweckgebundene Kooperationsformen bestehen auch zwischen einzelnen Versicherern (v.a. im Bereich Managed Care). Die Versicherer kooperieren zudem in loser Form in den Tarifverhandlungen und in der Qualitätssicherung.

3.4.3. Absprachen

Gemäss den Kurzfallstudien und INFRAS 2000 bestehen wettbewerbsrelevante Absprachen unter den Versicherern hauptsächlich im Tarifbereich. Die Versicherer versuchen, durch eine einheitliche Strategie über die kantonalen Versichererverbände einen möglichst hohen Druck auf die Tarife aufzubauen. Absprachen betreffend Prämien oder Regionen sind mit Ausnahme der Groupe Mutuel und regionalen Absprachen mittlerer und kleiner Versicherern (Gebietsabsprachen innerhalb des ÖKKV, gemäss einem Versichererverband bestehen Absprachen zwischen zwei Walliser Gemeinden) keine bekannt. Üblich sind hingegen nicht wettbewerbsrelevante Absprachen bezüglich der politischen Stossrichtung. Ein mittlerer Versicherer ist der Ansicht, dass die mittleren und kleinen Versicherern deshalb notwendig sind, um Preisabsprachen unter den grossen zu verhindern.

Folgerungen:

Die Versicherer haben mit Ausnahme des Tarifbereichs, der Groupe Mutuel und einzelner regionalen Absprachen keine wettbewerbshemmende Absprachen vereinbart.

3.4.4. Verbände

Von Interesse ist, wie sich mit dem KVG die Beziehungen zwischen den Versicherern und ihren Verbänden auf schweizerischer und kantonaler Ebene verändert hat.

Versicherer/kantonale Versichererverbände

Die Tarifverhandlungen werden in der OKPV weiterhin von den kantonalen Versichererverbänden geführt. Einerseits haben sich die Versicherer mit den Verbänden darauf geeinigt, dass sich die Verbände um die Tarifverträge der Grundversicherung und die Versicherer selbst um diejenigen der besonderen Versicherungsformen sowie der Zusatzversicherungen kümmern. Andererseits haben die Versicherer gemerkt, dass sie in gemeinsamen Verhandlungen bessere Resultate erzielen. Gemäss INFRAS 2000 hat der Einfluss der grossen Versicherer im Rahmen der Verhandlungen enorm zugenommen. Die Versicherer sind zu expliziten Vertragspartnern geworden, in dem sie gemäss KVG dem Verbandsvertrag beitreten müssen, damit dieser für sie gültig wird. Damit werden die Versichererverbände vermehrt in die Rolle eines Moderators gedrängt, der ganz unterschiedliche Ansprüche der Versicherer in den Verhandlungen berücksichtigen muss. Die grossen Versicherer haben im Tarifbereich Know-how und Ressourcen aufgebaut und sind bei Verhandlungen über ihre Verbandsvertreter oder Managed Care Organisationen präsenter. Während die grossen Versicherer in der bevorstehenden Reform regionalisieren und professionalisieren wollen, setzen sich die mittleren und kleinen Versicherer für die Beibehaltung der kantonalen Verbände ein. In der Westschweiz ist die Entwicklung von Hausarztmodellen, die in einer ersten Phase von den kantonalen Verbänden vorangetrieben wurde, von der COSAMA übernommen worden.

Mehrere mittlere und kleine Versicherer beurteilen den Kontakt zu den kantonalen Verbänden als schlechter, weil sie sich nicht ernst genommen fühlen.

Kantonale Versichererverbände/KSK

Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) hat mit dem KVG im Vergleich zu den kantonalen Verbänden an Bedeutung gewonnen:

- Das KSK ist neu für die Führung der Verhandlungen betreffend die neuen Verträge mit gesamtschweizerischer Tarifstruktur verantwortlich (bspw. TarMed, Physiotherapie, etc.).
- Das KSK erarbeitet neue Datengrundlagen für alle Versicherer („Datenpool“).
- Die grossen Versicherer möchten die politische Arbeit des KSK spürbar verstärken.

Die anstehende Reform der Versichererverbände zielt drauf ab, die kantonalen Verbände zu regionalisieren und zu professionalisieren. Damit wird gemäss einem Versicherer eine Machtverschiebung zum KSK stattfinden.

Versicherer/KSK

Die Ansichten der Versicherer betreffend die Politik und die Aufgaben des KSK gehen auseinander. Gemäss einem kantonalen Versichererverband wird betreffend die Verbandsstruktur ein Kampf um die Vormachtstellung geführt. Die grossen Versicherer möchten mit der KSK-Reform die Arbeiten professionalisieren, das Know-how konzentrieren, die Öffentlichkeitsarbeit verbessern und die politische Arbeit verstärken. Die mittleren und kleinen Versicherer fühlen sich im KSK, das von den grossen Versicherern dominiert wird, jedoch nicht ernst genommen. Die Beziehungen zwischen ihnen, den grossen Versicherern und dem KSK haben sich gemäss einigen mittleren Versicherern verschlechtert. Die kleinen und mittleren Versicherern versuchen, ihre Anliegen vor allem über den RVK Rück und in der Westschweiz über COSAMA geltend zu machen. Diese Vereinigungen resp. Verbände sind damit stärker geworden.

Folgerungen:

Mit dem KVG hat der Einfluss der grossen Versicherer und des KSK spürbar zugenommen. Die grossen Versicherer üben einen stärkeren Druck auf die Tarifverhandlungen aus und dominieren das KSK. Das KSK ist durch die neuen Aufgaben im Tarif-, Grundlagen- und politischen Bereich sowie der geplanten Reform verstärkt worden. Die Kantonalverbände haben an Einfluss verloren. Die mittleren und kleinen Versicherer fühlen sich in den Verbänden von den grossen dominiert und damit schlecht vertreten. Sie versuchen, ihre Anliegen über eigene Vereinigungen (RVK Rück und COSAMA) geltend zu machen.

3.5. Beziehungen zu den Behörden

Im Folgenden wird untersucht, wie sich durch das KVG die Beziehungen zu den Kantonen und zum Bund verändert haben.

3.5.1. Kantone

Gemäss den in den Kurzfallstudien befragten Versicherer haben sich in den Beziehungen der Versicherer zu den Kantonen keine grossen Veränderungen ergeben. Die Beziehungen werden grundsätzlich als gut bezeichnet. Folgende Aspekte werden jedoch kritisiert (vgl. auch INFRAS 2000):

- Die Versicherer beklagen sich darüber, dass der Föderalismus mit dem KVG zugenommen hat, in dem die Kantone aufgrund der Finanzierungsregeln und der Spitalplanung ihre eigenen Interessen ins Zentrum rücken. Kritisiert wird, dass sich die Kantone aufgrund des finanziellen Drucks immer mehr zulasten der Versicherer aus der Finanzierung der Krankenversicherung zurückziehen. Dabei bereitet den Versicherern die Doppelrolle der Kantone als Leistungsanbieter und Genehmigungsbehörde Schwierigkeiten, in dem den Kantonen vorgeworfen wird, bei ihren eigenen Einrichtungen ausschliesslich ihre eigenen Interessen zu vertreten. Beklagt wird zudem, dass der Föderalismus zu einem erhöhten administrativen Aufwand führt (Tarifverhandlungen, differenzierte Rechnungsstellung).
- Mehrere Versicherer, mittlere und kleine, erwähnen, dass einige Kantone im Rahmen der Prämien genehmigung neu ausführliche Informationen verlangen.
- Mehrere Versicherer geben an, dass bei einigen Kantonen spürbar ist, dass sie versuchen, Kosten einzusparen. Ein Versicherer wirft mehreren Kantonen vor, die Versicherten aktiv zum Wechseln zu bewegen, um Subventionen zu sparen.

Folgerungen:

Die Versicherer beurteilen ihre Beziehungen zu den Kantonen grundsätzlich als unverändert und gut. Kritisiert wird hauptsächlich der mit dem KVG zunehmende Föderalismus und die Doppelrolle der Kantone als Leistungsanbieter und Genehmigungsbehörde.

3.5.2. Bund

Mehrere Versicherer geben an, dass sich die Beziehungen zu den Bundesbehörden verschlechtert haben. Aufgrund der Kurzfallstudien und INFRAS 2000 haben sich in den Beziehungen zu den Bundesbehörden durch das KVG folgende Veränderungen ergeben:

- Der Vollzug des KVG hat sich im Vergleich zum KUVG erschwert und bedeutet zusätzlichen administrativen Aufwand (Auskunftspflicht, Datenerhebung für den Risikoausgleich und die Prämiengenehmigung). Von diesem zusätzlichen Aufwand sind die mittleren und kleinen Versicherer verhältnismässig stark betroffen.
- Dem Bund wird vorgeworfen, wichtige Grundlagen nicht bereit zu stellen, v.a. die Verordnung über die Kostenrechnung. Weiter wird kritisiert, dass verschiedene Begriffe noch unklar sind (Bsp. „teilstationäre Behandlung“, „Kostenunterschiede“ im Bereich der alternativen Modelle, Transparenzerfordernis bei der Festlegung der Tarife, etc.).
- Dem Bundesrat werfen mehrere Versicherer vor, dass es oft zu lange dauert, bis die Entscheide vorliegen und wichtige Beschlüsse verzögert werden. Ein grosser Teil der befragten Versicherer und das KSK beurteilt zudem die Entscheide als zu wenig sachbezogen, was zu Rechtsunsicherheit führt. Beklagt wird auch die Ohnmacht der Versicherer gegenüber Bundesratsentscheiden, weil die Verfassungsgerichtsbarkeit fehlt. Gemäss den Versicherern haben die Tarifentscheide die Versicherer in ihren Forderungen unterstützt, v.a. im stationären Bereich.
- Die Empfehlungen des Preisüberwachers im stationären Bereich werden von den Versicherern begrüsst, weil ihre Anliegen durch die Forderung nach Kostentransparenz sowie die entwickelten Beurteilungskriterien unterstützt werden. Sie ziehen den Preisüberwacher in die Tarifverhandlungen bewusst mit ein und verwenden seine Kriterien für ihre Berechnungen. Andererseits werfen die Versicherer eine Einmischung und damit nicht marktkonformes Verhalten vor.
- Die Versicherer werden aufgrund ihrer zunehmenden Professionalisierung in den Tarifverhandlungen besser akzeptiert und haben damit an Verhandlungsmacht gewonnen. Die Beziehungen zu den Kantonen sind jedoch härter geworden.
- Die Politik des BSV bei der Prämienenehmigung wird von praktisch allen Versicherern als wettbewerbspolitisch gefärbt kritisiert. Dem BSV wird vorgeworfen, dass es mit den Prämienentscheiden einen Druck auf die Prämien ausübt und versucht, die Prämien tief zu halten. Dadurch kann das BSV zu hohe Prämiensteige-

rungen gegenüber den Versicherten vermeiden. Der Zwang zur Senkung der Prämien mit der Reduktion der Reservebestimmungen wird als Eingriff in die unternehmerische Freiheit und als Wettbewerbsverzerrung kritisiert. Die Versicherer fordern einen freien Spielraum bei der Gestaltung der Prämien, damit sie über die Prämien auch marktpolitische und strategische Entscheide treffen können. Für die Versicherer ist die Prämiengenehmigung aus mehreren Gründen problematisch:

- Das BSV fordert die neuen Prämien zu einem frühen Zeitpunkt. Für die Berechnung müssen Schätzungen vorgenommen werden.
- Die politisch motivierten Entscheide schränken den unternehmerischen Handlungsspielraum der Versicherer ein. Die Entscheide verhindern wichtige marktpolitische und strategische Entscheide (bspw. die Erhöhung eines Tarifs in bestimmten Kantonen) und durch den Abbau von Reserven zu einem zusätzlichen Kostendruck auf die Versicherer.
- Die Prämienentscheide des Bundesrates haben zu einer ausgleichenden Wirkung zwischen den Versicherern geführt.
- Die Prämiengenehmigung beeinflusst den Markterfolg der Versicherer, in dem das BSV bestimmt, wie hoch der Aufschlag sein darf. Die Versicherer empfinden die Genehmigung als Störfaktor, der zu enormen Umtrieben führt.
- Die Ansichten zu den vom BSV seit 1999 durchgeführten Audits gehen weit auseinander. Während ein Grossteil der befragten Versicherer die Audits als überflüssigen Eingriff in die unternehmerische Freiheit kritisiert, beurteilen mehrere mittlere und kleine Versicherer die Audits als durchaus positiv. Einige geben an, aufgrund der Audits wertvolle Hinweise für Verbesserungen erhalten und eingeleitet zu haben.
- Die mittleren und kleinen Versicherer kritisieren das BSV, dass es der Position dieser Versicherer zu wenig Beachtung schenkt.

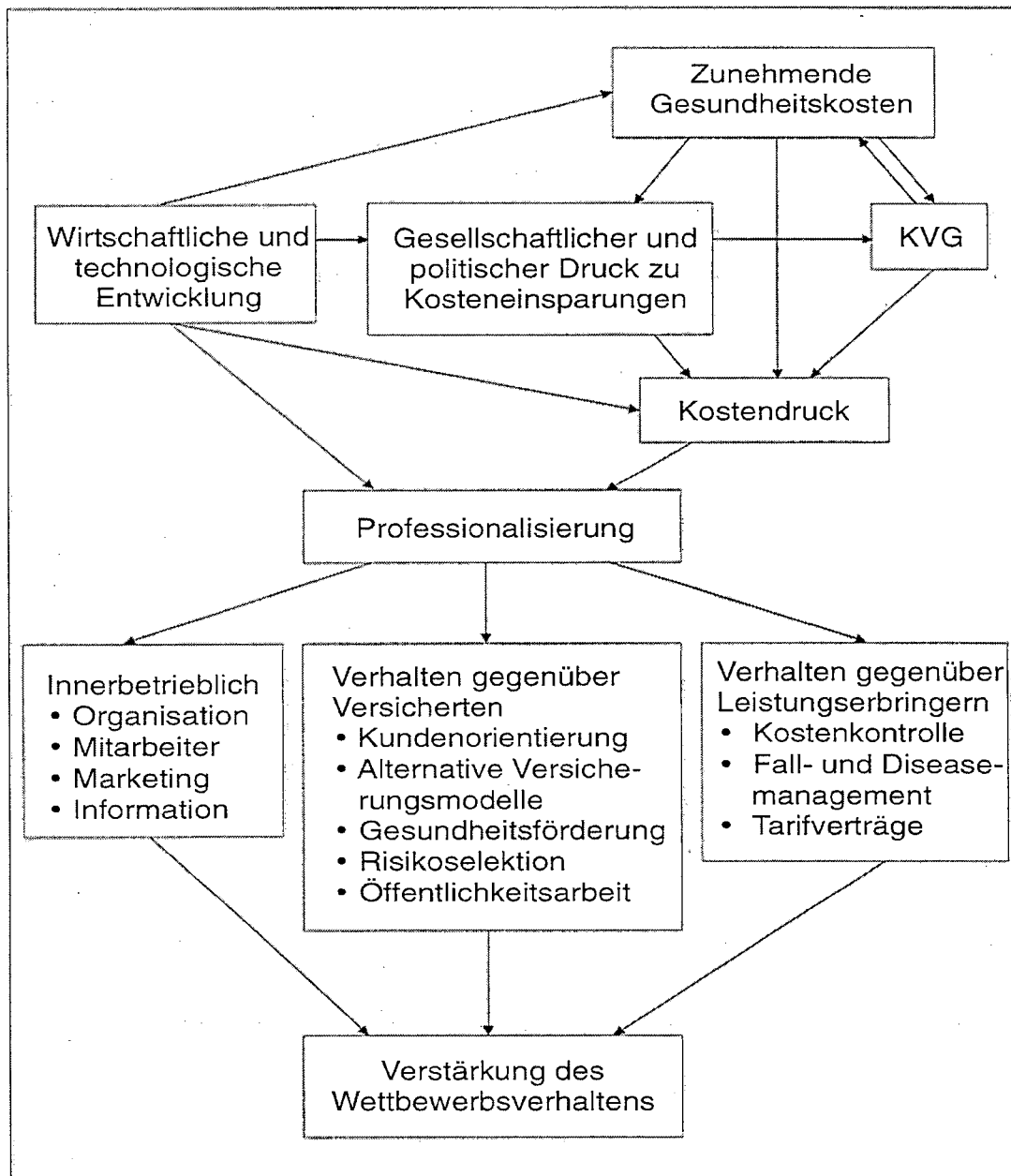
Folgerungen:

Die Beziehungen der Versicherer zu den Bundesbehörden haben sich mit dem KVG tendenziell leicht verschlechtert. Verantwortlich dafür sind der zusätzliche administrative Aufwand, das Fehlen wichtiger Grundlagen, die Tarifentscheide des Bundesrates und vor allem die als politisch gefärbt empfundenen Eingriffe in die Prämienfestsetzung.

3.6. Fazit

Beschleunigung der Professionalisierung

Grundlegende Einflussfaktoren auf das Verhalten der Versicherer sind die allgemeine wirtschaftliche und technologische Entwicklung (Bspw. Informatisierung, Management-Know-how, konjunkturelle Entwicklung, etc.), der politische und gesellschaftliche Druck hinsichtlich eines kosteneindämmenden Verhaltens, der zunehmende Kostendruck durch die Erhöhung der Leistungskosten und die Bestimmungen des KVG (Figur 7).



Figur 7: Einflussfaktoren und Auswirkungen des KVG: Die wirtschaftliche Entwicklung, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, der politische und gesellschaftliche Druck sowie das KVG führen zu einem Kostendruck bei den Versicherern, die die Professionalisierung in allen Unternehmensbereichen beschleunigt und das Wettbewerbsverhalten verstärkt.

Aufgrund der kontinuierlich steigenden Prämien und des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks haben die Versicherer ein grosses Interesse an Kosteneinsparungen. Der

Druck zur Kosteneindämmung ist mit dem politischen Auftrag des KVG und der sprunghaften Prämienerrhöhung (Erweiterung des Leistungskatalogs; Wegfallen der direkten Subventionen an die Versicherer) wesentlich verstärkt worden. Der Kostendruck hat vor allem die Professionalisierung der Versicherer in praktisch allen Unternehmensbereichen spürbar beschleunigt und die Ausübung eines stärkeren Drucks in den Vertragsverhandlungen unterstützt. Im Folgenden werden die durch das KVG ausgelösten oder beschleunigten Verhaltensänderungen der Versicherer dargestellt.

Das KVG, der erhöhte Kosten- und Wettbewerbsdruck sowie die gestiegenen Anforderungen der Versicherten haben die Unternehmensstrategien der Versicherer nicht grundlegend verändert. Weiterhin steht das „qualitative Wachstum“ über die Risiko-selektion und die Kostenkontrolle im Zentrum der Anstrengungen. Bei praktisch allen untersuchten Versicherern ist jedoch eine zunehmende Professionalisierung erkennbar, die durch das KVG beschleunigt wurde. Grundlegende Veränderungen in der Unternehmenskultur von verwaltungs- zu marktorientierten Unternehmen haben sich vor allem bei den grossen Versicherern ergeben. Angesichts der Zeit, die ein solcher Unternehmenswandel benötigt und dem weiterhin bestehenden Potenzial ist die bisher erreichte Professionalisierung jedoch weiterhin verbesserungsfähig.

Innerbetriebliche Verhaltensänderungen

Das Bedürfnis nach verstärkter Professionalisierung hat bei den Versicherern zu spürbaren innerbetrieblichen Veränderungen geführt:

| Bereiche | Verhaltensänderungen |
|--------------|---|
| Organisation | <p>Viele grosse Versicherer haben ihre Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe grundlegend überprüft und optimiert, um die Kundenorientierung zu verbessern.</p> <p>Bei den mittleren und kleinen Versicherern stand vor allem der Ausbau der Organisation aufgrund des steigenden Mitgliederbestands und die Anpassung der Arbeitsabläufe an die neuen Anforderungen des KVG und den informationstechnischen Möglichkeiten im Zentrum.</p> |
| Mitarbeiter | <p>Die sehr grossen und teilweise auch die grossen Versicherer haben sich neues Know-how in den Bereichen Managed Care und Leistungseinkauf, Öffentlichkeitsarbeit, Management und Informatik eingekauft. Die Schulungsangebote sind wesentlich ausgebaut und verfeinert worden. Die nebenamtliche Erwerbstätigkeit ist aufgrund der neuen Anforderungen stark zurückgegangen.</p> <p>Die mittleren und kleinen Versicherer haben ihre Fachkompetenz verstärkt.</p> |
| Marketing | <p>Die grossen Versicherer haben ihre Marketinganstrengungen wesentlich verstärkt und systematisiert, was vor allem auch auf die profitablen Zusatzversicherungsprodukte zurückzuführen ist. Neben regelmässigen Marktanalysen sind die internen Datengrundlagen und -auswertungen mit dem Aufbau von Datawarehouses verbessert worden.</p> <p>Bei den mittleren und kleinen Versicherern hat das KVG höchstens zu einer Verbesserung des regional ausgerichteten Marketings beigetragen.</p> |
| Informatik | <p>Die grossen Versicherer haben wesentlich in neue Informatiklösungen investiert, u.a. zur elektronischen Datenabwicklung. Die Anforderungen des KVG (insbes. TarMed) haben diese Entwicklung beschleunigt.</p> <p>Die mittleren und kleinen Versicherer haben teilweise eigene Informatik-Systeme entwickelt, nutzen gemeinsame Systeme oder arbeiten mit einem grossen Versicherer zusammen.</p> |

Tabelle 12: Durch das KVG ausgelöste innerbetriebliche Verhaltensänderungen: In den Bereichen Organisation, Know-how, Marketing und Informatik wurden durch die zunehmende Professionalisierung Veränderungsprozesse ausgelöst oder beschleunigt.

Verhaltensänderungen gegenüber den Versicherten

Das Verhalten der Versicherer gegenüber den Versicherten wurde durch das KVG wie folgt beeinflusst:

| Bereiche | Verhaltensänderungen |
|--|--|
| Kundenorientierung und Dienstleistungsqualität | Das KVG hat neben den gestiegenen Anforderungen der Kunden durch die zunehmende Professionalisierung und den vermehrten Wettbewerb über die Dienstleistungen die Kundenorientierung und die Dienstleistungsqualität der Versicherer erhöht. Verbessert haben sich die Intensität der Kundenkontakte sowie die Kundeninformation und -beratung. Die Auszahlungen der Rechnungsbeträge hat sich beschleunigt. |
| Alternative Versicherungsmodelle | Die alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle) haben sich nicht stark verbreitet und stagnieren auf einem bescheidenen Niveau. Betreffend dieser neuen Versicherungsmodelle herrscht eine gewisse Orientierungslosigkeit seitens der Versicherer. Von den meisten Versicherern werden die heutigen Modelle zur aktiven Risikoselektion verwendet. Ihre Zukunft ist ungewiss und hängt neben der Innovationsfähigkeit der Versicherer und der Leistungserbringer vor allem auch von den Reaktionen der Versicherten auf die steigenden Prämien ab. |
| Gesundheitsförderung | Massnahmen zur Gesundheitsförderung werden hauptsächlich von den vier sehr grossen Versicherern in bescheidenem Rahmen unterstützt. Sie sind bisher noch nicht zu einem zentralen Kostenbeeinflussungsinstrument geworden. |
| Risikoselektion | In der OKPV wird unter dem KVG weiterhin Risikoselektion betrieben, weil sie eine effiziente Form der „Risikopflege“ und damit der Beeinflussung der Kosten eines Versicherers ist. Die Risikoselektion wird über den Gesundheitsfragebogen der Zusatzversicherung, aber auch weiteren legalen (v.a. Marketing und Produktgestaltung) und unfairen Methoden (v.a. Schikanen) betrieben. Die aktive Risikoselektion hat mit der Freizügigkeit, der Einheitsprämie und dem Kostendruck mit dem KVG tendenziell zugenommen. |
| Öffentlichkeitsarbeit | Die Öffentlichkeitsarbeit, die politische Arbeit sowie Marketing- und Imageaktivitäten haben mit dem KVG bei allen Versicherern an Bedeutung gewonnen. Insbesondere die grossen Versicherer haben die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert und professionalisiert und die Imagepflege verstärkt. |

Tabelle 13: Durch das KVG ausgelöste Verhaltensänderungen der Versicherer gegenüber den Versicherten: Verstärkt resp. erhöht hat sich die Kundenorientierung, die Dienstleistungsqualität, die Risikoselektion und die Öffentlichkeitsarbeit.

Verhaltensänderungen gegenüber den Leistungserbringern

Das Verhalten der Versicherer gegenüber den Versicherten wurde durch das KVG wie folgt beeinflusst:

| Bereiche | Verhaltensänderungen |
|---|--|
| Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen | Die zunehmenden Kosten haben bei den Versicherern zu einer Verstärkung der Kostenkontrolle geführt. Diese ist jedoch weiterhin sehr lückenhaft, da sie sich vorwiegend auf die Rechnungskontrolle beschränkt und die Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen aufgrund fehlender Angaben (Diagnosecodes) nicht überprüft werden. Zudem bezieht sich die Rechnungskontrolle vor allem auf den stationären Bereich. Die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen sind weiter verbesserungsbedürftig. |
| Fall- und Disease-management | Fall- und Diseasemanagementkonzepte werden durch die sehr grossen Versicherer vorangetrieben und befinden sich in der Erprobungsphase. |
| Tarifverhandlungen | Das KVG hat zusammen mit der Kostensteigerung dazu geführt, dass die Versicherer in den Tarifverhandlungen einen erhöhten Druck auf die Leistungserbringer ausüben und wesentlich härter verhandeln. Die Aufhebung des Vertragszwangs hat zu praktisch keinen Sonderverträgen in der OKPV geführt. Gegenüber den neuen Tarifierungsformen (Pauschaltarife) verhalten sich die Versicherer zurückhaltend, weil sie von den erhofften Kosteneinsparungen noch nicht überzeugt sind. |

Tabelle 14: Durch das KVG ausgelöste Verhaltensänderungen der Versicherer gegenüber den Leistungserbringern: Während die Kostenkontrollen verstärkt und der Druck in den Tarifverhandlungen erhöht wurden, befinden sich Fall- und Diseasemanagementkonzepte in der Erprobungsphase.

Beziehungen zu anderen Versicherern

Die Beziehungen zu anderen Versicherern haben sich mit dem KVG und dem erhöhten Kostendruck nicht grundlegend verändert. Während die grossen Versicherer ihr Wettbewerbsverhalten intensiviert haben, hat sich das Wettbewerbsverhalten der mittleren und kleinen Versicherer nicht spürbar verändert. Sie gehen jedoch vermehrt zweckorientierte Kooperationen in den Bereichen Leistungseinkauf, Managed Care und Zusatzversicherungen ein, um aufgrund ihrer beschränkten Ressourcen gemeinsames Know-how zu nutzen und ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen. Die strategischen Allianzen zwischen den grossen Versicherern sind an den Rahmenbedingungen und aus Konkurrenzgründen gescheitert. Wettbewerbshemmende Absprachen bestehen mit Ausnahme eines Versichererverbandes und einzelner regionalen Absprachen nicht. Teilweise werden bei nicht grundversicherten Kunden Zuschläge bei den Zusatzversicherung erhoben, was die Freizügigkeit für einen Versichererwechsel einschränkt.

Auf Verbandsebene hat der Einfluss des KSK mit dem KVG spürbar zugenommen (Tarifizierung, Grundlagen, politische Arbeit). Die kantonalen Versichererverbände haben an Einfluss verloren. Die mittleren und kleinen Versicherer fühlen sich im KSK und den kantonalen Verbänden schlecht vertreten und versuchen, ihre Anliegen über eigene Vereinigungen geltend zu machen.

Beziehungen zu den Behörden

Während sich die Beziehungen der Versicherer zu den Bundesbehörden vor allem durch die als politisch gefärbt empfundenen Eingriffe in die Prämienfestsetzung und die Tarifentscheide des Bundesrates tendenziell verschlechtert haben, werden diejenigen zu den kantonalen Behörden als unverändert und gut bezeichnet. Kritisiert wird hauptsächlich der mit dem KVG zunehmende Föderalismus und die Doppelrolle der Kantone als Leistungsanbieter und Genehmigungsbehörde.

4. Veränderung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern

Im folgenden Kapitel wird die Veränderung der Wettbewerbsintensität bzw. des Wettbewerbsgrads zwischen den Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung untersucht. Es wird beurteilt, ob sich der Wettbewerbsgrad zwischen den Versicherern seit Inkrafttreten des KVG verändert hat und welche Intensität der Wettbewerb aufweist. In einem ersten Teil wird aufgezeigt, wie die Wettbewerbsintensität beurteilt werden kann. Anschliessend werden die Ergebnisse für die einzelnen Beurteilungskriterien dargestellt.

4.1. Konzept zur Messung der Wettbewerbsintensität

Liegt eine Veränderung des Marktverhaltens der Versicherer vor, stellt sich die Frage, inwiefern sich dadurch die Wettbewerbsintensität (resp. die Rivalität unter den Versicherern) verändert hat. Zur Beurteilung der (optimalen) Wettbewerbsintensität besteht kein generelles wettbewerbstheoretisches Konzept. Die moderne Wettbewerbstheorie ist im Wesentlichen von zwei wettbewerbspolitischen Leitbildern geprägt worden (vgl. Olten 1995):

- Im Rahmen des Konzepts des funktionsfähigen Wettbewerbs (Harvard School) wurden verschiedene Wettbewerbskriterien entlang der Wirkungskette Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis entwickelt. Der Versuch, für jedes dieser Kriterien Normen für den funktionsfähigen Wettbewerb zu entwickeln, ist jedoch gescheitert.
- Die Vertreter der Chicago School kritisierten das Konzept des funktionsfähigen Wettbewerbs als untauglich. Als alleiniges Ziel der Wettbewerbspolitik wird die Maximierung der Konsumentenwohlfaht erachtet (produktive und allokatve Effizienz). Wettbewerbspolitisch wird Zurückhaltung gefordert. Zu unterbinden ist einzig eindeutig wettbewerbsbeschränkendes Verhalten (bspw. Preisabsprachen oder Gebietsaufteilungen).

Nach Olten (1995) besteht ein Konsens betreffend folgenden wettbewerbstheoretischen Grundsätzen:

- Ein funktionsfähiger Wettbewerb kann unter sehr verschiedenen Bedingungen zustande kommen und ist nicht an die Erfüllung bestimmter Strukturmerkmale gebunden (bspw. „weites Oligopol mit mässiger Produktdifferenzierung“).
- Die Wettbewerbsvoraussetzungen sind ungünstig in Märkten mit folgenden Merkmalen:
 - Hoher Konzentrationsgrad (enge Oligopole, Monopole) oder atomistische Angebotsstruktur (viele Unternehmen mit kleinem Marktanteil).
 - Hohe Marktzutritts- oder Marktaustrittsschranken.
 - Produkte, die sich in der Sättigungs- oder der Niedergangsphase befinden.

Da mit dem KVG im Vergleich zum KUVG mit der Freizügigkeit und der einheitlichen Prämie die Wechselmöglichkeiten der Versicherten verbessert worden sind, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sich der Wettbewerb zwischen den Versicherern erhöht hat. Relevant ist dabei vor allem auch die Erhöhung des potenziellen Wettbewerbs, die zu einer Verstärkung des wettbewerblchen Verhaltens der Versicherer führt.

Bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität gehen wir von dem von der Harvard School entwickelten Schema (Marktstruktur, Marktverhalten, Marktergebnis) und den Kriterien für den funktionsfähigen Wettbewerb aus und wenden diese auf den Krankenversicherermarkt an. Wir sind uns bewusst, dass die Veränderung der Wettbewerbsintensität mit den folgenden Indikatoren nur näherungsweise beurteilt werden kann. Bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität stellen wir vor allem auf die Ergebnisse des Kapitels 3 ab, das die durch das KVG ausgelösten Verhaltensänderungen der Versicherer darstellt. Ergänzend werden die Bereiche Marktstruktur und Marktergebnis analysiert. Die Ergebnisse werden zusätzlich mit den Einschätzungen der in den Kurzfallstudien befragten Versicherer ergänzt.

Wegleitend für die Beurteilung sind die folgenden Kriterien (in Anlehnung an Olten, 1995). Bei jedem Kriterium wird beschrieben, bei welcher Ausprägung wir auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität schliessen.

Wettbewerbskriterien Marktstruktur

| | |
|--------------------|---|
| Kriterien | Ausprägung, von der auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität geschlossen wird. |
| Konzentrationsgrad | Vom Konzentrationsgrad (Marktanteile in Anzahl Versicherte) kann nicht direkt auf die Wettbewerbsintensität geschlossen werden. Gemäss der Wettbewerbstheorie sind jedoch ein geringer Konzentrationsgrad, aber |

| | |
|--|---|
| Kriterien | Ausprägung, von der auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität geschlossen wird. |
| (Anzahl und Grösse der Versicherer) | keine atomistische Struktur für den Wettbewerbsprozess günstig. Wir gehen davon aus, dass sich der Wettbewerb verstärkt hat, wenn sich der Konzentrationsprozess der Versicherer weiterentwickelt hat, jedoch nicht zu einem hohen Konzentrationsgrad (enges Oligopol, Monopol) geführt hat. |
| Räumliche Marktausdehnung | Da die Prämien nach Kantonen differieren, ist die Unternehmensstruktur auch räumlich zu beurteilen (Marktanteile der Versicherer pro Kanton). Wir gehen wieder davon aus, dass sich der Wettbewerb im Vergleich zur Situation unter dem KUVG verstärkt hat, wenn entweder ein Konzentrationsprozess oder bei sehr hohem Konzentrationsgrad ein umgekehrter Prozess ergeben hat. |
| Kooperationen | Eine Zunahme der Kooperationen kann sowohl ein Indikator für einen zunehmenden Wettbewerbsdruck wie einer zunehmenden Marktbeschränkung sein. Wichtig ist die Ergründung der mit den Kooperationen zu erreichenden Ziele. Eine Erhöhung von wettbewerblich begründeten Kooperationen ist ein Indiz für eine Zunahme der Wettbewerbsintensität. |
| Markttransparenz | Wir gehen davon aus, dass eine erhöhte Markttransparenz (Leistungen, Preise) den Wettbewerb fördert. |
| Marktschranken (resp. Marktein- und austritte) | Von Interesse sind insbesondere die Markteintrittsschranken. Tiefere Markteintrittsschranken können zu einer höheren Wettbewerbsintensität führen. Neben den nationalen Markteintrittsschranken interessieren v.a. diejenigen auf kantonaler Ebene. Sind auf nationaler oder kantonaler Ebene neue Versicherer aktiv geworden, ist dies ein Indiz für einen höheren Wettbewerbsgrad. |
| Absatz- und Marktorganisation | Eine Verbesserung der Absatz- oder der Marktorganisation kann als Indiz eines zunehmenden Wettbewerbs gewertet werden. |

Tabelle 15: Marktstrukturbezogenen Kriterien zur Beurteilung der Wettbewerbsintensität.

Marktverhalten

| | |
|---|---|
| Kriterien | Ausprägung, von der auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität geschlossen wird. |
| Unternehmens- und Wettbewerbsstrategie | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivere oder aggressivere Wettbewerbsstrategie (Ziele und Verhalten); • Höhere Rivalitäts- und Innovationsneigung. • Grössere absatzpolitische Flexibilität. |
| Unternehmenskultur | Stärkere Orientierung an einer wettbewerblichen Unternehmenskultur (Kundenorientierung, leistungsabhängige Entlohnung, etc.). |
| Organisation, Mitarbeiter, Know-how | Verstärkte Ausrichtung der Organisation, der Mitarbeiter und des benötigten Know-hows am Markt. |
| Marketing, Kundenorientierung und Dienstleistungsqualität | Intensivierung der Marketinganstrengungen, Erhöhung der Kundenorientierung und der Dienstleistungsqualität. |

| | |
|---|--|
| Kriterien | Ausprägung, von der auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität geschlossen wird. |
| Produktpolitik | Innovationen im Produktbereich. |
| Risikoselektion | Verstärkte Risikoselektion. |
| Öffentlichkeitsarbeit und Werbung | Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit und der Werbeaktivitäten. |
| Massnahmen zur Senkung der Kosten der Leistungserstellung | Aktiveres Kostenmanagement: Erhöhte Aktivitäten zu Kosteneinsparungen bei den vorbeugenden Massnahmen, dem Fall- oder dem Disease Management, der Kostenkontrolle. |
| Tarifierung | Vermehrte Sonderverträge. |
| Wettbewerbsbeschränkendes Verhalten | Verringerung des wettbewerbsbeschränkenden Verhaltens (Absprachen, Parallelverhalten, Kartelle, wettbewerblich begründete Unternehmenskonzentration, Missbrauch von Marktmacht). |

Tabelle 16: Verhaltensbezogene Kriterien zur Beurteilung der Wettbewerbsintensität.

Marktergebnis

| | |
|---|---|
| Kriterien | Ausprägung, von der auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität geschlossen wird. |
| Versicherungsangebote | Eine Zunahme von unterschiedlichen Versicherungsangeboten ist ein Indiz für einen verstärkten Wettbewerb. |
| Wettbewerbsposition der Versicherer | Eine Zunahme des Versichertenbestandes, Prämien und Leistungskosten pro Versicherten, die unter dem kantonalen Durchschnitt liegen und tendenziell abnehmen, zunehmende Zahlungen in den Risikoausgleichfonds sowie zunehmende Reserven weisen auf eine verbesserte Wettbewerbsposition eines Versicherers hin. Stärkere Veränderungen im Vergleich zur Situation unter dem KUVG deutet auf eine stärkere Wettbewerbsintensität hin. |
| Wechselquote der Versicherten (Anzahl wechselnde Versicherte bezogen auf alle Versicherten) | Mit dem KVG (Freizügigkeit und Einheitsprämie) hat sich das Wettbewerbspotenzial zwischen den Versicherern erhöht. Für die Versicherer ist es nun wesentlich einfacher zu wechseln. Erhöht sich die Wechselquote mit dem Inkrafttreten der neuen Rahmenbedingungen, so weist dies auf einen zunehmenden Wettbewerb auf einem höheren Niveau hin (Sprung im Wettbewerbsniveau), der durch einen strukturellen Anpassungsbedarf ausgelöst worden ist. Da die Wechselquote von vielen Marktfaktoren abhängt, kann nach einem Anpassungsprozess bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen von einer weiteren Veränderung der Wechselquote nicht direkt auf die Veränderung der Wettbewerbsintensität geschlossen werden. Die Wechselquote wird anhand der jährlich saldierten Zu- oder Abgänge der Versicherer gemessen. |

Tabelle 17: Marktergebnisbezogene Kriterien zur Beurteilung der Wettbewerbsintensität.

4.2. Marktstruktur

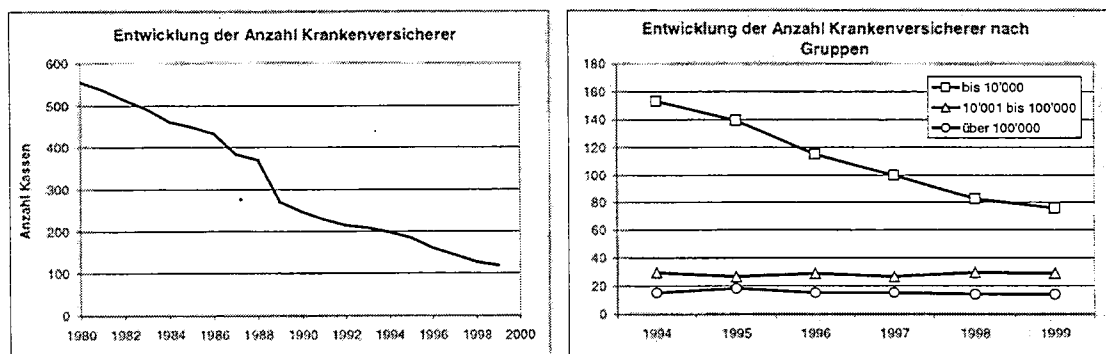
Im Folgenden wird untersucht, welche Veränderungen sich seit Inkrafttreten des KVG in der Marktstruktur ergeben haben und ob anhand dieser Veränderungen auf eine Erhöhung der Wettbewerbsintensität unter den Versicherern geschlossen werden kann.

4.2.1. Konzentrationsgrad und Marktanteile

Annahmen:

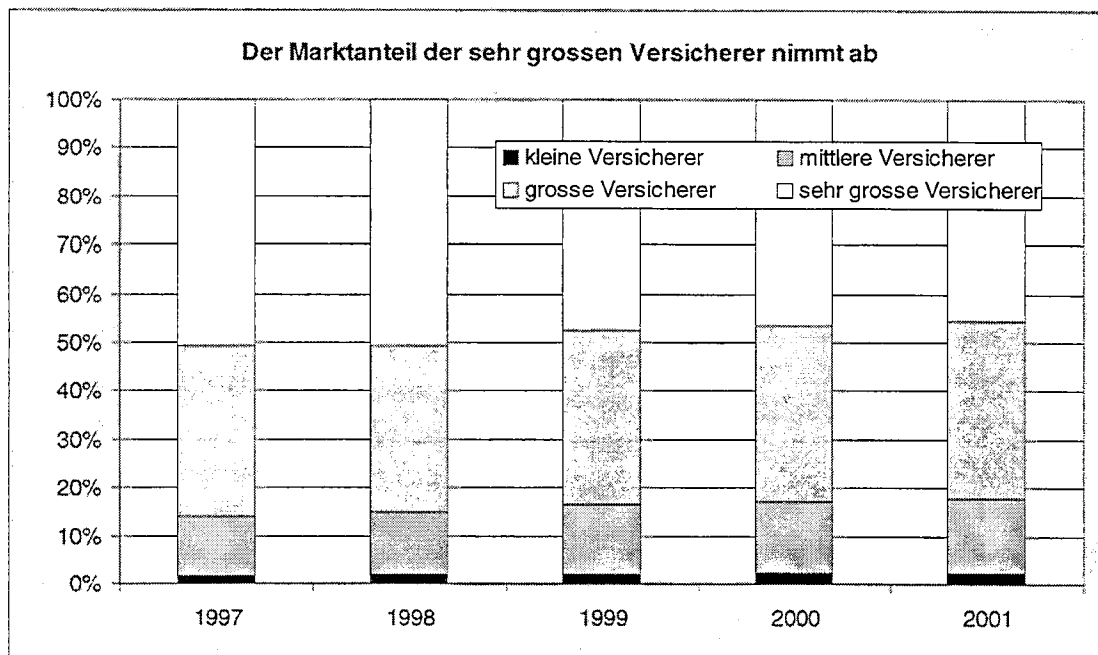
- Der Wettbewerb hat sich verstärkt, wenn sich der Konzentrationsprozess der Versicherer weiterentwickelt, jedoch nicht zu einem sehr hohen Konzentrationsgrad (enges Oligopol, Monopol) geführt hat.
- Eine stärkere Verschiebung der Marktanteile zwischen den Versicherern lässt auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität schliessen.

Die Anzahl der in der Schweiz tätigen Krankenkassen erreichte 1935 den Höchststand. Damals waren rund 1'160 Krankenversicherer tätig. Seither hat sich diese Anzahl kontinuierlich verringert, am stärksten in der zweiten Hälfte der 80er Jahre. In den letzten Jahren hat sich nochmals ein Konzentrationsprozess ergeben, in dem einige sehr kleine Kassen fusionierten. Gegenüber 1996, als noch 159 Versicherer tätig waren, ging die Zahl im Jahr 1999 auf 119 Versicherer zurück, wovon zehn ausschliesslich Krankentaggeldversicherungen anboten. Der kontinuierliche, sich leicht verstärkende Konzentrationsprozess der Versicherer betraf hauptsächlich die mittleren und vor allem die kleinen Versicherer (vgl. Figur 8).



Figur 8: Die Anzahl der Krankenkassen nimmt stetig ab. Heute sind noch etwas mehr als 100 Krankenkassen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig (Quelle: Statistik über die Krankenversicherung 1999, BSV 2000a).

Marktanteilmässig sind jedoch die sehr grossen Versicherer Verlierer des Konzentrationsprozesses. Während sie 1997 über 50% aller SchweizerInnen versicherten, liegt ihr prognostizierter Marktanteil 2001 noch knapp über 45%. Erhöht haben sich hingegen der Marktanteil der grossen Versicherer um ca. 1.4%, derjenige der mittleren Versicherer um ca. 3.3% und derjenige der kleinen Versicherer um rund 0.6% (siehe Figur 9).



Figur 9: Gegenüber 1997 hat der Marktanteil der Versicherer mit über 500'000 Versicherten um mehr als 5% auf Kosten der anderen Versicherergruppen abgenommen. Am meisten zugelegt haben die mittleren Versicherer (+ 3.3% Marktanteil). Die Angaben für das Jahr 2000 sind eine Hochrechnung. Die Angaben für das Jahr 2001 wurden aufgrund der Budgets der Versicherer gebildet (Quelle: Prämienengenehmigungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen).

Entgegen der bei der Einführung des KVG oft vertretenen Ansicht, dass die mittleren und kleinen Versicherer mit der Einführung des KVG überfordert sind, hat sich im Gegenteil eine Stärkung der verbliebenen mittleren und kleinen Betriebe ergeben. Während die mittleren und kleinen Versicherer unter dem KUVG unter einem Rückgang ihrer Anzahl (Druck zu Zusammenschlüssen) und einem Rückgang der Versicherten zu leiden hatten, hat sich die Wettbewerbsposition dieser Versicherer gemäss dem RVK Rück mit dem KVG verbessert. Mit dem KVG haben sich bei den Verbandsmitgliedern des RVK Rück die Anzahl der Versicherten stabilisiert und die Anzahl der Versicherten stark erhöht. Im Bereich der OKPV haben die Bestände der Verbandsmit-

glieder des RVK Rück gemäss den Angaben des Verbands seit 1995 um ca. 200'000 Versicherte oder um rund 50% zugenommen. Ein Versicherer erwähnt, das einige kleine Versicherer darauf abzielen, ein allzu starkes Wachstum zu verhindern, weil sie dieses aufgrund des notwendigen Reservenaufbaus und den administrativen Aufwendungen nicht meistern könnten (Gefahr eines „Shake Out“). Der RVK Rück führt diese Zunahmen hauptsächlich auf folgende Gründe zurück:

- Die mit dem KVG einhergehende Aufhebung der Kollektivversicherungen führte viele Versicherten wieder zu ihren Ortskassen zurück.
- Die Prämien der meisten mittleren und kleinen Versicherer sind grösstenteils wesentlich günstiger als bei grossen Versicherern. Dies, weil diese Versicherer meistens in ländlichen Regionen mit geringerem Leistungserbringerangebot tätig sind und sich ein Teil der Versicherten mit ihrem Versicherer stark identifizieren und keine unnötigen Belastungen hervorrufen wollen. Zudem kennen viele mittlere und kleine Versicherer die Leistungserbringer und die Versicherten und können damit die Kosten besser kontrollieren.

Bezüglich der Frage, wie sich die Marktstruktur in den kommenden Jahren entwickeln wird, gehen die Ansichten der Versicherer auseinander:

- Ein Teil der befragten Versicherer geht davon aus, dass sich der Konzentrationsprozess stark abflachen und die Anzahl der Versicherer bei rund 100 einpendeln wird.
- Andere Versicherer prognostizieren, dass der Konzentrationsprozess aufgrund der gestiegenen Anforderungen weitergehen wird und rund 12 grosse Versicherer und verschiedene Nischenversicherer übrig bleiben werden.

Folgerungen:

Der Konzentrationsgrad hat mit dem KVG leicht zugenommen. Marktanteilmässig haben vor allem die mittleren und kleinen Versicherer zugelegt, die sehr grossen Versicherer jedoch verloren. Der leicht erhöhte Konzentrationsgrad sowie vor allem die Verschiebung der Marktanteile hin zu den mittleren und kleinen Versicherern lässt tendenziell auf eine Verstärkung der Wettbewerbsintensität schliessen.

4.2.2. Regionale Marktausdehnung

Da die Prämien nach Kantonen differieren, ist die Marktstruktur auch räumlich zu beurteilen. Je nach regionalem Hintergrund (z.B. grosse Zahl industrieller Betriebe), Siedlungsdichte und Kantonsgrösse liegen verschiedene Marktanteile je Versicherergruppe pro Kanton vor.

Annahmen:

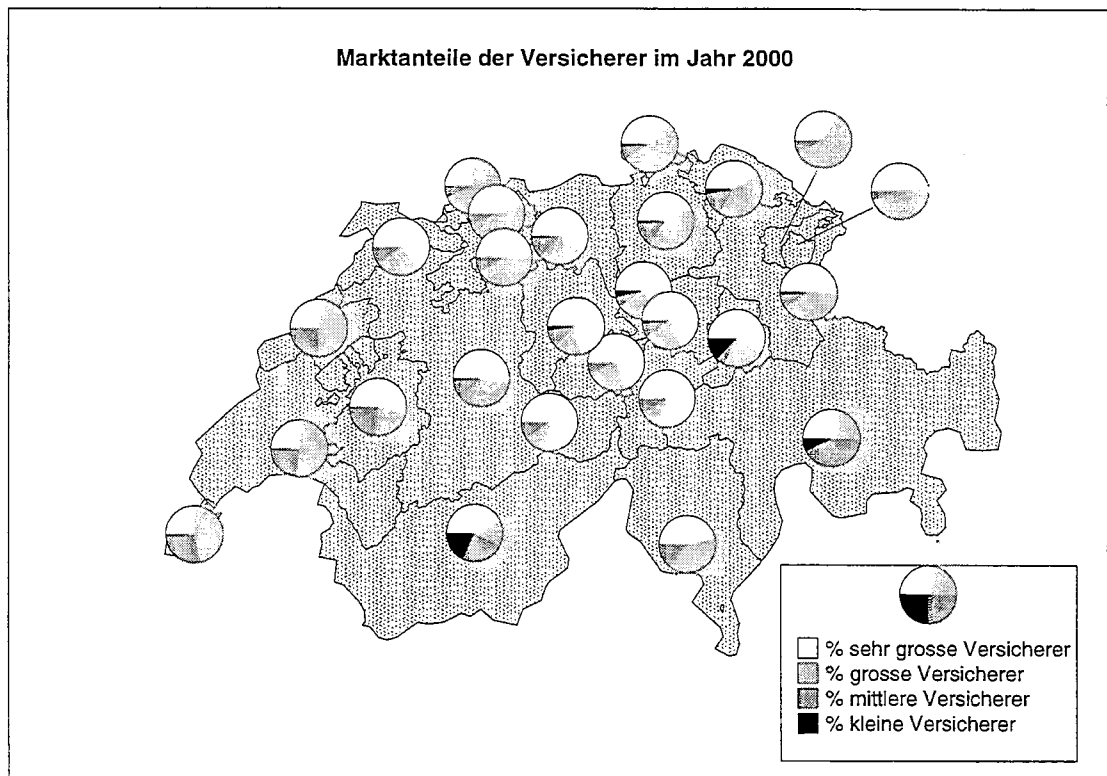
- Der Wettbewerb hat sich im Vergleich zur Situation unter dem KUVG verstärkt, wenn sich auf kantonaler Ebene entweder ein Konzentrationsprozess oder bei sehr hohem Konzentrationsgrad ein umgekehrter Prozess ergeben hat.
- Der Wettbewerb hat zugenommen, wenn auf kantonaler Ebene eine stärkere Verschiebung der Marktanteile der Versicherer zu verzeichnen ist.

Die Anzahl der Versicherer hat gegenüber dem Jahr 1997 in fast allen Kantonen um jeweils 25% bis 40% abgenommen. Nur in den Kantonen Bern, Wallis und Zürich liegt der Rückgang unter 25%. Die Abnahme der Anzahl der Versicherer ist vor allem auf Fusionen unter Versicherern und die Aufgabe der Tätigkeit von mehreren Betriebskrankenkassen zurückzuführen. Die Entwicklung in den Kantonen unterscheidet sich jedoch zum Teil beträchtlich:

- Die sehr grossen Versicherer sind mit einer Ausnahme in allen Kantonen vertreten. Ein Versicherer hat sich in acht Kantonen aus dem Versicherungsgeschäft zurückgezogen.
- Die Anzahl der grossen Versicherer ist in den Kantonen praktisch unverändert. In allen Kantonen sind zwischen 8 und 10 Versicherer (von total 10) tätig.
- Bei den mittleren Versicherern hat ein Wandel stattgefunden. Während in den grösseren Kantonen die Anzahl nur geringfügig abgenommen hat, ist es insbesondere kurz nach der Einführung des KVG in den kleineren Kantonen zu einer Halbierung der Anzahl der mittleren Versicherer gekommen. Seit 1998 hat sich die Anzahl der tätigen mittleren Versicherer in den meisten Kantonen stabilisiert.
- Die bedeutendsten Veränderungen haben sich im Bereich der kleinen Versicherer abgespielt. Mit Ausnahme weniger Kantone sind in allen Kantonen nur noch einzelne kleine Versicherer aktiv tätig.

In Figur 10 ist die Verteilung der Versicherergrösse je nach Kanton im Jahr 2000 ersichtlich. Die sehr grossen und grossen Versicherer sind in den meisten Kantonen tätig.

Nur gerade im Kanton Graubünden sind die mittleren Versicherer die stärkste Versicherergruppe.

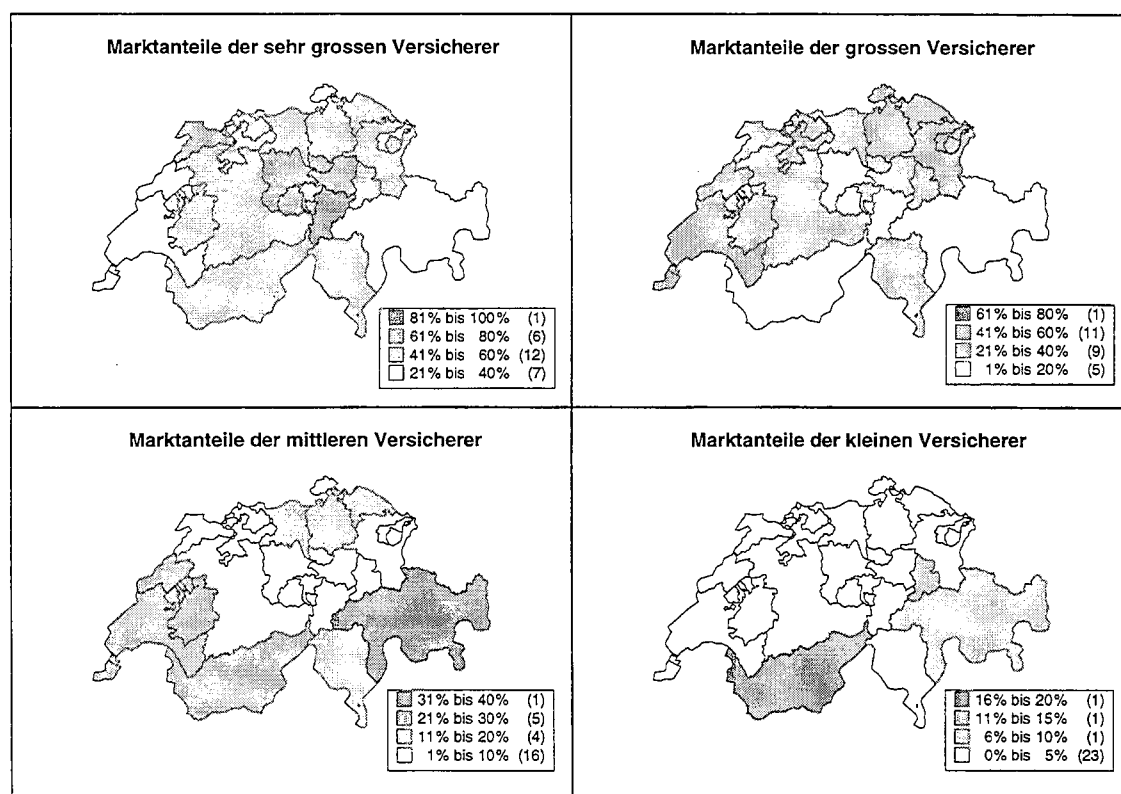


Figur 10: In den meisten Kantonen sind über 75% der Bevölkerung bei sehr grossen oder grossen Versicherern versichert (Quelle: Prämiengenehmigungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen).

Deutlich ist in Figur 11 sichtbar, dass es grosse regionale Unterschiede gibt:

- Die sehr grossen Versicherer sind ausserordentlich stark in der Zentralschweiz vertreten. Dort versichern sie den grössten Teil aller Einwohner. Die Entwicklungen der einzelnen Versicherer in den verschiedenen Kantonen gestalten sich allerdings sehr unterschiedlich. Während die einen Versicherer starken Mitgliederchwund in den Bergkantonen aufweisen, konnten andere ihre Mitgliederzahlen dort erhöhen.
- Die grossen Versicherer sind stark in der Nordostschweiz, der Nordwestschweiz und der Westschweiz vertreten.

- Die mittleren Versicherer haben vor allem im Graubünden und der Westschweiz eine grosse Bedeutung mit Anteilen über 20% an den jeweiligen Versichertenbeständen.
- Die kleinen Versicherer sind vor allem in den drei Kantonen Wallis, Glarus und Graubünden stark präsent. Im Wallis versichern die kleinen Versicherer über 15% der Versicherten.



Figur 11: Anteile der vier Versicherergruppen am Versichertenbestand in den verschiedenen Kantonen im Jahr 2000 (Quelle: Prämien genehmigungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen).

Der Konzentrationsprozess ist auf kantonaler Ebene deutlicher zu spüren als auf gesamtschweizerischer Ebene. In den meisten Kantonen hat die Anzahl der kleinen und mittleren Versicherer seit 1997 zwar abgenommen, der Versichertenbestand dieser Gruppen hingegen ist gleich geblieben oder hat zugenommen. Eine wesentliche Zunahme des Versichertenbestandes können die kleinen und mittleren Versicherer in den Kantonen BE, BS, GE, GL, GR, JU, NE und ZH verzeichnen. Hauptgrund für dieses Wachstum sind im Wesentlichen die Fusionen der sehr kleinen Versicherer und der

Zufluss an Versicherten von den sehr grossen Versicherern. Die grossen Versicherer haben vor allem in den Kantonen BE und SH zugelegt, während sie in den Kantonen GL, GR und JU Versicherte verloren haben. Deutlich Anteile verloren haben die sehr grossen Versicherer in den Kantonen BE, BL, BS, GE, GR, NE, SO, SH, TI und ZH. Dies ist vor allem auf den Rückzug eines Versicherers aus mehreren Kantonen zurückzuführen („Visana-Effekt“). Im Wesentlichen unverändert sind die Strukturen in den zentral- und ostschweizerischen Kantonen geblieben.

Folgerungen

- In praktisch allen Kantonen hat wie auf gesamtschweizerischer Ebene ein bedeutender Konzentrationsprozess stattgefunden. Die Anzahl der tätigen Versicherer hat in den verschiedenen Kantonen um jeweils 25% bis 40% abgenommen. Nur in den Kantonen Bern, Wallis und Zürich liegt die Abnahme unter 25%. Die Abnahme ist vor allem auf Fusionen von Versicherern und die Aufgabe der Tätigkeit von mehreren Betriebskrankenkassen zurückzuführen. Seit 1998 hat sich die Anzahl der tätigen Versicherer nicht mehr wesentlich verändert.
- Mit Ausnahme der Zentral- und Ostschweiz hat sich in allen Kantonen eine Verlagerung der Marktanteile ergeben. Insbesondere die kleinen und mittleren Versicherer haben, trotz der Aufgabe ihrer Tätigkeit in vielen Kantonen, beträchtlich Mitglieder gewonnen, dies insbesondere auf Kosten der sehr grossen Versicherer. Diese Marktverschiebung lässt auf eine tendenziell grössere Wettbewerbsintensität schliessen.

4.2.3. Kooperationen

Annahme:

Eine Erhöhung von wettbewerblich begründeten Kooperationen oder ein Scheitern von Kooperationen aus Konkurrenzgründen ist ein Indiz für eine Zunahme der Wettbewerbsintensität.

Bei den strategischen Kooperationen deuten zwei Entwicklungen auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität hin (vgl. Kap. 3.4.2.):

- Die strategischen Allianzen unter den grossen Versicherern sind u.a. aus Wettbewerbsgründen gescheitert. Die grossen Versicherer betrachten den Leistungseinkauf und Managed Care als Kernkompetenzen. In diesen Bereichen möchten sie eigene Strategien entwickeln und am Markt umsetzen.

- Das KVG hat mit seinen Anforderungen vermehrt zu zweckorientierten Kooperationen v.a. unter den mittleren, kleinen, teilweise aber auch grossen Versicherern geführt. Mit den Kooperationen wollen diese Versicherer hauptsächlich Know-how in den strategischen Bereichen Leistungseinkauf, Managed Care, Informatik und Zusatzversicherungen aufbauen, um gegenüber den grossen und sehr grossen Versicherern ihre Wettbewerbsposition zu verbessern.

Folgerungen:

Das Scheitern der Allianzen zwischen den grossen Versicherern sowie die zunehmende Bedeutung von zweckgerichteten Kooperationen lässt auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität schliessen.

4.2.4. Markttransparenz

Annahme:

Eine Erhöhung der Markttransparenz (Leistungen, Preise) fördert den Wettbewerb.

Die Markttransparenz hat sich mit dem KVG (v.a. Freizügigkeit) in der OKPV erhöht. Aufgrund des klar definierten Leistungsspektrums bezieht sich diese erhöhte Transparenz hauptsächlich auf die Prämien. Folgende Informationskanäle haben zur Erhöhung der Prämientransparenz beigetragen und damit die Entscheidungsgrundlagen für einen Versichererwechsel verbessert:

- Das BSV veröffentlicht jährlich im Oktober eine Übersicht über die Prämien nach Kanton, Versicherer und Region. Neu ist der Prämienwegweiser auch über Internet verfügbar (www.bsv.admin.ch).
- Verschiedene Fachzeitschriften (K-Tip, Beobachter, Bon à Savoir) und Zeitungen (Cash) führen Ratings von Versicherern durch. Während sich der K-Tip vor allem auf einen Prämienvergleich konzentriert, führen der Beobachter, Bon à Savoir und Cash weitergehende Ratings mit Qualitätskriterien (Prämien, Service, etc.) durch.
- Verschiedene Unternehmen bieten Prämienvergleiche an. So kann über Comparis (www.comparis.ch) und Pricecheck (www.pricecheck.ch) ein unverbindlicher Online-Prämienvergleich zwischen den Versicherern durchgeführt werden. Das VZ Vermögenszentrum bietet einen schriftlichen und eine Online-Service zur Optimierung der Prämien und der Leistungen an.

- Der K-Tip (K-Dossier 2000) und das VZ Vermögenszentrum (VZ Vermögenszentrum 2000) informieren mit Spezialpublikationen über die OKPV und die Zusatzversicherungen. Der Beobachter hat einen umfassenden Ratgeber zur Krankenversicherung veröffentlicht (Beobachter Schwerpunkt 1998).

Folgerungen:

Die Veröffentlichung der Prämien sowie vor allem die Möglichkeit zu Online-Prämienvergleichen haben die Markttransparenz in der OKPV erheblich verbessert. Wir gehen davon aus, dass diese Verbesserung die Wettbewerbsintensität erhöht hat.

4.2.5. Marktschranken

Der Wettbewerb in einem Markt wird entscheidend vom Marktzugang beeinflusst. Durch das Auftreten eines neuen Anbieters bzw. eines Produkts im Markt kann der Wettbewerb intensiviert werden. Bei beschränktem Marktzugang sinkt die Wettbewerbsintensität, und die Koordination wird erleichtert. Zur Förderung des Strukturwandels ist andererseits auch die Möglichkeit eines ungehinderten Marktaustrittes wichtig. Der Marktzutritt ist für die unter dem KUVG bestehenden Krankenkassen und neu auch für private Versicherungseinrichtungen grundsätzlich offen. Das KVG definiert verschiedene Anforderungen, die ein Versicherer zum Betrieb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen muss.

Annahme:

Sind auf nationaler oder kantonaler Ebene neue Versicherer aktiv geworden oder neue Produkte eingeführt worden, ist dies ein Indiz für einen verstärkten Wettbewerb.

Die Analyse der vorhandenen Daten ergibt, dass auf gesamtschweizerischer Ebene nur ein einziger Versicherer im Jahr 1999 neu auf dem Markt tätig geworden ist. Zusätzlich kommen drei neue Versicherer, die nur in ausgewählten Kantonen neu aufgetreten sind. Privatversicherer sind auf dem OKPV-Markt nicht tätig geworden. Als Hauptgrund nennen die befragten Versicherer dafür die aus privatwirtschaftlicher Sicht fehlende Attraktivität des Marktes (keine Gewinnmöglichkeit, hohe Regulationsdichte). Private Versicherer streben höchstens Kooperationen mit Versicherern an, die in der OKPV tätig sind. Einige haben sogar die Zusatzversicherungen abgeschoben, weil sie nicht ihren Renditeerwartungen entsprochen haben.

Aus dem gesamtschweizerischen Markt ganz zurückgezogen haben sich in den letzten Jahren nur noch wenige Versicherer. Auf kantonaler Ebene sieht dies anders aus. Diverse Versicherer haben sich aus mehreren Kantonen zurückgezogen oder ihr Tätigkeitsgebiet auf einen oder zwei Kantone beschränkt (bspw. ÖKK-Versicherer). Dabei handelt es sich zumeist um kleine Versicherer, deren Aufnahmekapazität zum Teil überschritten wurde.

Betreffend die Produkte werden seit Inkrafttreten des KVG von mehreren Versicherern alternative Versicherungsmodelle angeboten. Diese haben sich jedoch noch nicht bedeutend entwickelt und breit durchgesetzt. Als Hemmnisse resp. als Markteintrittsbarrieren werden von den Versicherern der Kontrahierungszwang, die Beschränkung des Prämienrabattes und die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs genannt (vgl. Kap. 3.2.2.).

Folgerungen:

Der Zugang zum OKPV-Markt ist grundsätzlich für alle Unternehmen unter bestimmten Voraussetzungen offen. Bisher sind jedoch nur wenige Versicherer in den gesamtschweizerischen oder einen neuen kantonalen Markt eingetreten. Dies lässt darauf schliessen, dass der gesättigte OKPV-Markt zu wenig attraktiv ist. Der offene Marktzugang hat damit den Wettbewerb unter den Versicherern höchstens auf kantonaler Ebene erhöht. Bei den Produkten haben die alternativen Versicherungsmodelle aufgrund ihrer geringen Verbreitung noch nicht zu einer spürbaren Erhöhung des Produktewettbewerbs geführt. Die Versicherer weisen in diesem Bereich auf Markteintrittsbarrieren des KVG hin.

4.3. Marktverhalten

Die Verhaltensänderungen der Versicherer sind in Kapitel 3 ausführlich dargestellt. Im Folgenden wird beurteilt, inwiefern von den festgestellten Verhaltensänderungen auf eine Erhöhung der Wettbewerbsintensität geschlossen werden kann.

| | |
|---|--|
| Kriterien | Beurteilung des Einflusses der festgestellten Verhaltensänderungen auf die Wettbewerbsintensität |
| Unternehmens- und Wettbewerbsstrategie | Die Unternehmensstrategien der Versicherer haben sich mit dem KVG nicht grundlegend verändert. Die verstärkte Betonung des Prämien- und des Qualitätswettbewerbs, die gezielte Nischenpolitik mehrerer Versicherer sowie die zunehmende Bedeutung von zweckorientierten Kooperationen lassen auf eine Zunahme des Wettbewerbs schliessen. |
| Unternehmenskultur | Die zunehmende Professionalisierung der Versicherer zu marktorientierten Unternehmen deutet auf eine Zunahme des Wettbewerbs hin. |
| Organisation, Mitarbeiter und Know-how | Die Optimierung der Organisationsstrukturen und der Arbeitsabläufe, der Aufbau von neuem Know-how lassen tendenzielle auf eine Zunahme des Wettbewerbs schliessen. |
| Marketing, Kundenorientierung und Dienstleistungsqualität | Die Versicherer haben ihre Marketinganstrengungen, die Kundenorientierung sowie die Qualität ihrer Dienstleistungen verbessert. Diese Entwicklungen weisen auf eine Zunahme des Wettbewerbsverhaltens hin. |
| Produktpolitik | Im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle sind die Versicherer zur Zeit grösstenteils orientierungslos. Die bisher entwickelten und angebotenen Modelle haben die Wettbewerbsintensität zwischen den Produkten nicht spürbar erhöht. |
| Risikoselektion | Die im Vergleich zum KUVG veränderte und tendenziell verstärkte Risikoselektion deutet auf einen zunehmenden Wettbewerb hin. |
| Öffentlichkeitsarbeit und Werbung | Vor allem die grossen Versicherer haben aufgrund des KVG die Öffentlichkeitsarbeit professionalisiert und die Imagepflege verstärkt. Diese Entwicklungen deuten ebenfalls auf einen zunehmenden Wettbewerb hin. |
| Massnahmen zur Senkung der Kosten der Leistungserstellung | Die verstärkte Kontrolle der Leistungsabrechnung und die ersten Anwendungen von Fall- und Diseasemanagementkonzepten zeigen, dass die Versicherer vermehrt bestrebt sind, aus Wettbewerbsgründen die Kosten der Leistungserbringer tief zu halten. |
| Tarifierung | In der Tarifierung hat der Wettbewerb unter den Versicherern nicht zugenommen. Einerseits wird in gemeinsamen Verhandlungen versucht, Druck auf die Leistungserbringer auszuüben. Andererseits haben sich Sonderverträge nicht durchgesetzt. |
| Wettbewerbsbeschränkendes Verhalten | Mit Ausnahme des Tarifbereichs, der Groupe Mutuel und einzelnen regionalen Absprachen (u.a. ÖKKV und Gemeinden im Kt. Wallis) sind unter dem KVG keine weiteren wettbewerbshemmenden Vereinbarungen getroffen worden. Die teilweise erhobenen administrativen Zuschläge bei der Zusatzversicherung bei nicht grundversicherten Versicherten hemmen die Wechselbereitschaft dieser Versicherten. |

Tabelle 18: Beurteilung des Einflusses der in Kapitel 3 festgestellten Verhaltensänderungen auf die Wettbewerbsintensität: Die Verhaltensänderungen deuten auf ein verstärkt wettbewerbles Verhalten der Versicherer.

Wie in Kapitel 3.4.1. dargestellt, geben mehrere grosse Versicherer explizit an, dass sie ihr Wettbewerbsverhalten hauptsächlich über die Verbesserung der Dienstleistungsqualität intensiviert haben. Betont wird insbesondere, dass sich die Versicherer aufgrund des Zusatzversicherungsbereich verstärkt wettbewerbslich verhalten. Bei den mittleren und kleinen Versicherern hat sich das Wettbewerbsverhalten mit Ausnahme der Verbesserung der Dienstleistungen nicht gross verändert.

Folgerungen:

Die Analyse der Verhaltensänderungen der Versicherer zeigt, dass sie sich mit Ausnahme des Produkte- und des Tarifbereichs verstärkt wettbewerbslich verhalten. Vom verstärkten wettbewerbsorientierten Verhalten kann tendenziell auf eine Zunahme der Wettbewerbsintensität geschlossen werden.

4.4. Marktergebnisse

Im Folgenden wird beurteilt, inwiefern von der Entwicklung der Marktergebnisse auf die Veränderung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern geschlossen werden kann. Untersucht werden die Veränderung der Versicherungsangebote, der Wettbewerbsposition der Versicherer und die Wechselquote der Versicherten.

4.4.1. Versicherungsangebote

Annahme:

Eine Zunahme von unterschiedlichen Versicherungsangeboten ist ein Indiz für einen verstärkten Wettbewerb.

Produktdifferenzierungen sind mit dem KVG in der OKPV nur noch im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle und ergänzenden Dienstleistungen (bspw. Fallmanagement) möglich. In Kapitel 3.2.2. wird dargestellt, dass sich die heute angebotenen alternativen Versicherungsmodelle kaum von den früher angebotenen unterscheiden und vor allem zur Risikoselektion benützt werden. Innovationen oder eine breitere Palette von Angeboten sind in den letzten Jahren nicht erkennbar. Zudem haben sich die alternativen Modelle noch nicht breit durchgesetzt und damit den Wettbewerb zwischen den konventionellen und den alternativen Modellen kaum gefördert. Zwischen den unterschiedlichen alternativen Modellen besteht gemäss den Versicherern

aufgrund der geringen Verbreitung kaum Wettbewerb. Die ergänzenden Dienstleistungen wie das Fall-, Disease- oder Qualitätsmanagement sind in der Entwicklungsphase. Sie haben die Wettbewerbsintensität zwischen den Modellen kaum beeinflusst.

Folgerungen:

Die Versicherungsangebote haben sich mit dem KVG nicht spürbar erweitert. Der Wettbewerb ist damit nicht durch die Entwicklung und die Verbreitung unterschiedliche Angebote erhöht worden.

4.4.2. Veränderung der Wettbewerbsposition der Versicherer

Die Wettbewerbsposition wird anhand wichtiger unternehmerischer Kennzahlen der Versicherer untersucht. Im Zentrum stehen dabei aufgrund des dominierenden Preiswettbewerbs die Prämien und die Faktoren, die die Prämien beeinflussen. Der Einfluss der qualitativen Wettbewerbsfaktoren (Dienstleistungsqualität und Image) auf die Wettbewerbsintensität wird bereits in Kapitel 4.3. untersucht. In einem ersten Schritt werden die Entwicklungen der unternehmerischen Grössen pro Versicherergruppe analysiert. Anschliessend werden die Kennzahlen vergleichend hinsichtlich der Zunahme der Wettbewerbsintensität interpretiert.

a) Entwicklung wichtiger unternehmerischer Kennzahlen

Neben den Marktanteilen der Versicherer, die bereits in Kapitel 4.2.1. dargestellt sind, wird die Entwicklung folgender Kennzahlen aufgezeigt: Prämien, Leistungskosten, Risikoausgleichszahlungen und Reserven. Auf eine Analyse der Verwaltungskosten wird aufgrund ihres geringen Anteils an den zu übernehmenden Gesamtkosten und den geringen Abweichungen in diesem Zusammenhang verzichtet (s. Kap. 5.3.5.).

Prämienentwicklung

Die Höhe der Prämien wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst wie etwa der Risikostruktur der Versicherer, dem Kostenmanagement der Versicherer, dem Verhalten der Versicherten oder dem von den Versicherten gewählten Versicherungsmodell, das wiederum einen Einfluss auf das Verhalten zeigt. Ein Vergleich der Prämienhöhe je Versicherer auf kantonaler Ebene gibt einen Hinweis auf die Wettbewerbsposition der Versicherer.

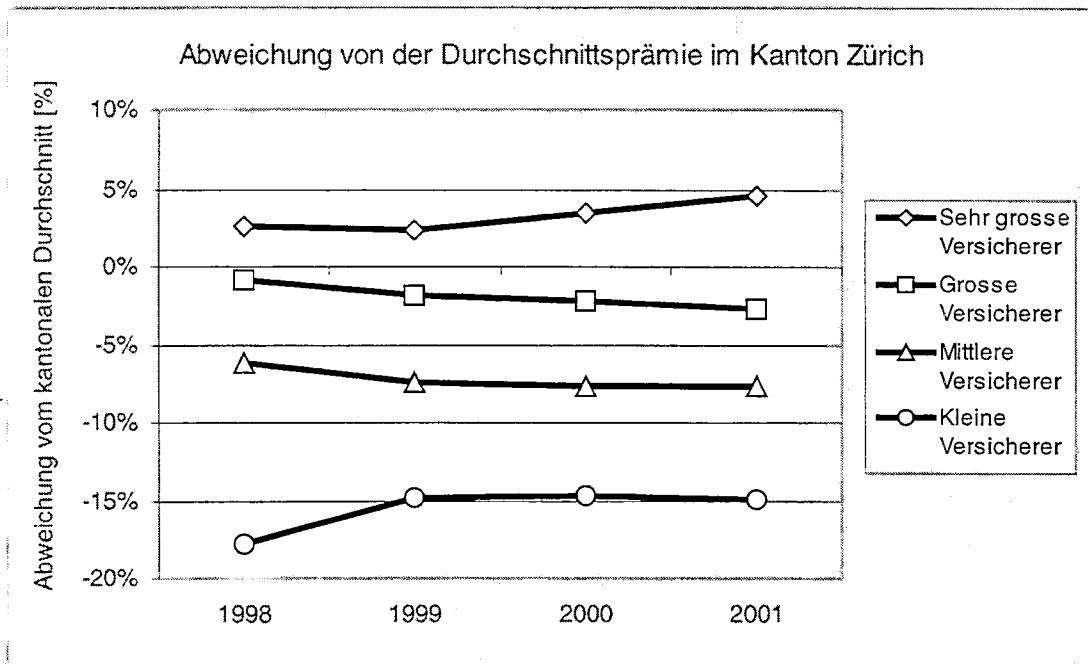
Annahme:

Die Prämienhöhe ist ein entscheidender Wettbewerbsfaktor. Die Abweichung der Prämien eines Versicherers vom kantonalen Durchschnitt widerspiegelt dessen Wettbewerbsposition. Zunehmende Differenzen bei den Prämienhöhen deuten auf zunehmende Wettbewerbspotenziale hin.

Die durchschnittlichen Prämien in der OKPV steigen kontinuierlich (BSV 2000b). Während die Durchschnittsprämien für Erwachsene (bei ordentlicher Franchise von Fr. 230.– und Unfaldeckung) 1996 noch bei Fr. 166.– lagen, betrugen sie im Jahr 1998 bereits Fr. 197.– und im Jahr 2000 wurden sie auf rund Fr. 212.– geschätzt. Damit sind die Prämien rund 6.2% pro Jahr gestiegen. Bei den jungen Erwachsenen (19 bis 25 Jahre) und bei Kindern fiel die Steigerung kleiner aus. Die Prämien in den Kantonen unterscheiden sich bedeutend. Die höchste durchschnittliche Monatsprämie ist seit 1996 im Kanton Genf zu verzeichnen. Sie beträgt mehr als doppelt so viel wie diejenige im Kanton Appenzell Innerrhoden (BSV 2000b).

In Figur 12 werden beispielhaft für den Kanton Zürich die Abweichungen der durchschnittlich angebotenen Prämien der vier Gruppen von der kantonalen Durchschnittsprämie für Erwachsene mit Franchise 230 und Unfaldeckung dargestellt³². Im Anhang 2 sind ergänzend die Ergebnisse für den im Vergleich zum Kanton Zürich günstigeren Kanton Graubünden, den ähnlich teuren Kanton Bern und den teureren Kanton Waadt dargestellt.

32 Dabei werden die Prämienhöhen der einzelnen Versicherer mit dem Versichertenbestand gewichtet.



Figur 12: Abweichungen der durchschnittlich angebotenen Prämien der vier Gruppen von der kantonalen Durchschnittsprämie im Kanton Zürich. Quelle: Prämiengenehmigungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen.

Es ist ersichtlich, dass sich im Kanton Zürich die durchschnittlichen Prämienhöhen zwischen den Versicherergruppen mit Ausnahme der kleinen Versicherern leicht auseinander entwickeln. Während die angebotenen Prämien der sehr grossen Versicherer leicht über dem kantonalen Durchschnitt liegen, bieten die kleinen, mittleren und grossen Versicherer Prämien unter dem Durchschnitt an. Am deutlichsten unter dem kantonalen Durchschnitt liegen die Prämien der kleinen Versicherer, die im Jahr 2001 fast 15% weniger als der kantonale Durchschnitt betragen und nach einer Zunahme im Jahr 1999 wieder leicht abnehmen. Diese Prämienentwicklungstendenz der Versicherergruppen wird durch die Ergebnisse in den Kantonen Graubünden, Bern und Waadt im Wesentlichen bestätigt (siehe Anhang 2). Die mittleren und kleinen Versicherer weisen damit zunehmend Wettbewerbsvorteile gegenüber den sehr grossen Versicherern auf. Berücksichtigt werden muss, dass die unterschiedlichen angebotenen Prämien der grossen und der kleinen Versicherer vor allem auf die unterschiedlichen Risiko- und Unternehmensstrukturen zurückzuführen sind.

Folgerungen:

Bei den Prämien bestehen grosse Unterschiede zwischen den vier Versicherergruppen. Die durchschnittlich angebotenen Prämien der kleinen Versicherer liegen deutlich unter dem jeweiligen kantonalen Durchschnitt. Während die angebotenen Prämien der mittleren und grossen Versicherer stabil sind oder leicht abnehmen, nehmen diejenigen der sehr grossen Versicherer tendenziell zu. Die Prämienhöhe übt einen starken Einfluss auf die Wettbewerbsposition eines Versicherers aus.

Die unterschiedliche Entwicklung der Prämienhöhen zwischen den vier untersuchten Versicherergruppen weist auf zunehmende Wettbewerbsvorteile der kleinen gegenüber den grösseren Versicherern hin. Gleichzeitig deutet diese Entwicklung auf zunehmende Wettbewerbspotenziale, resp. die zunehmende Bedeutung der Prämien als Wettbewerbsfaktor.

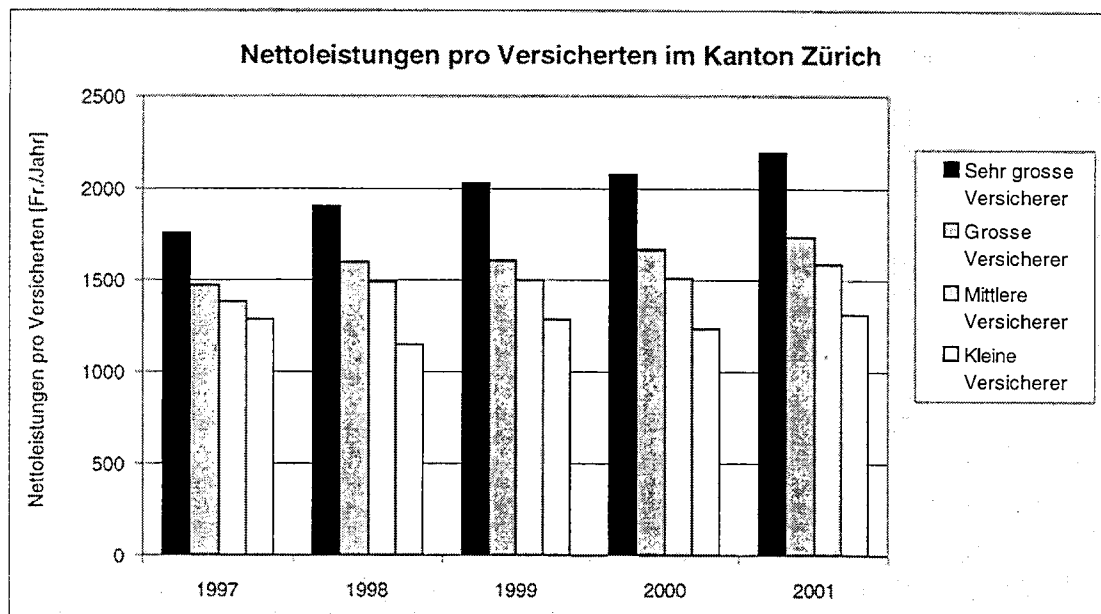
Leistungskosten

Mit den Kosten im Gesundheitswesen sind auch die von den Versicherern zu übernehmenden Kosten gestiegen. Diese Ausgaben sind von mehreren Faktoren abhängig (z.B. der Risikostruktur, der Tarife, des Kostenbewusstseins der Versicherten, der Kostenkontrollen, der Leistungsbeschränkungen etc.). Die von den Versicherern zu übernehmenden Kosten beeinflussen zu einem grossen Teil die Prämien und sind damit wettbewerbsrelevant.

Annahme:

Unterschiedliche Leistungsniveaus resp. unterschiedlich verlaufende Entwicklungen der Leistungen pro Versicherten lassen tendenziell auf unterschiedliche Wettbewerbspositionen schliessen.

In Figur 13 wird ersichtlich, dass die Nettoleistungen pro Versicherten im Kanton Zürich bei allen vier untersuchten Gruppen zunehmen. Dieses Ergebnis wird von den Analysen in den Kantonen Graubünden, Bern und Waadt bestätigt (siehe Anhang 2).



Figur 13: Die Nettoleistungen (nach Abzug des Versichertenanteils) in allen untersuchten Gruppen nehmen im Kanton Zürich auch in Zukunft zu (Quelle: Prämienengendungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen).

Mit Abstand am höchsten sind die Leistungskosten der sehr grossen Versicherer. Werden die Nettoleistungen mit den Risikoausgleichszahlungen korrigiert, verkleinert sich die Kostendifferenz.

Folgerungen:

Bei den von den Versicherern zu übernehmenden Leistungskosten pro Versicherten sind deutliche Unterschiede zwischen den vier untersuchten Versicherergruppen feststellbar. Mit Abstand am höchsten liegen die Leistungskosten der sehr grossen Versicherer, die weiter zunehmen.

Die unterschiedliche Entwicklung der Leistungskosten pro Versicherten bei den Versicherergruppen lässt auf eine zunehmend sich verändernde Risikostruktur und damit auch auf eine unterschiedliche Wettbewerbsposition der Versicherer schliessen.

Risikoausgleichszahlungen

Durch den Risikoausgleich sollen die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Versicherern ausgeglichen werden, indem eine finanzielle Umverteilung von Versicherern mit überdurchschnittlicher an jene mit unterdurchschnittlicher Risikostruktur erfolgt. Zur Festlegung der Ausgleichszahlungen werden die Kriterien Alter und Geschlecht verwendet und insgesamt 30 Risikogruppen gebildet. Der Risikoausgleich ist jedoch unvollständig und berücksichtigt beispielsweise den Gesundheitszustand der Versicherten nicht (zur Problematik des Risikoausgleichs s. Spycher 1999 und 2000).

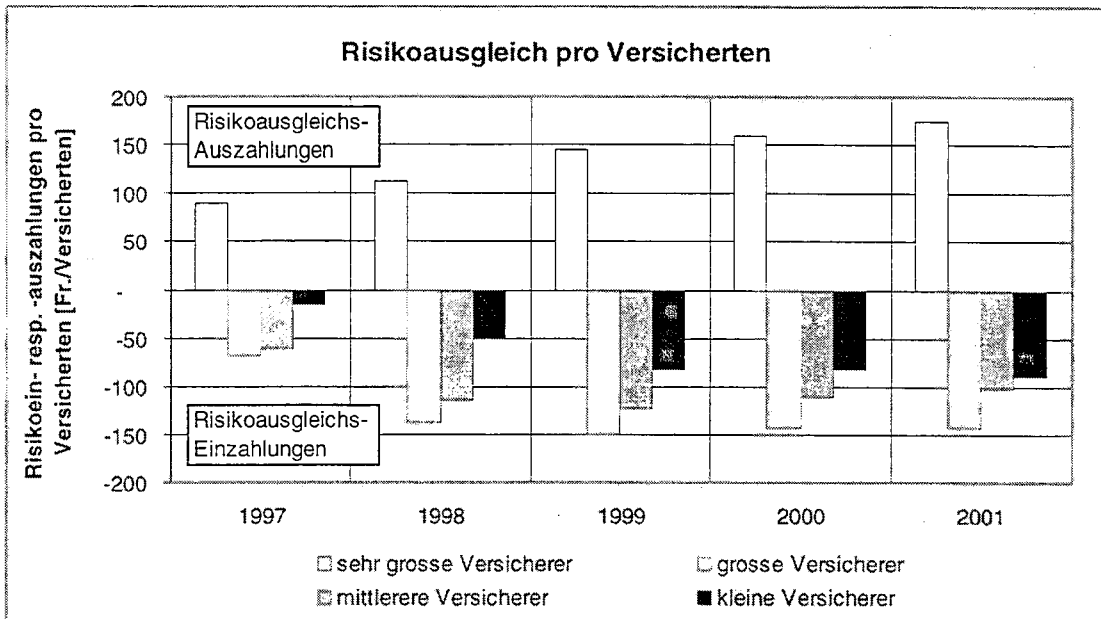
Annahme:

Zunehmende Zahlungen in den Risikoausgleich resp. Beiträge aus dem Risikoausgleich widerspiegeln eine veränderte Risikostruktur.³³

Für den Risikoausgleich 1999 lässt sich eine Umverteilung von 3,3 Mrd. Fr. an effektiven Kosten von den jüngeren zu den älteren Versicherten oder von 1,0 Mrd. Fr. von den Männern zu den Frauen berechnen (BSV 2000b). Der Grossteil dieser Umverteilung spielt sich dabei innerhalb des einzelnen Versicherers ab und wird damit auch nicht über die Risikoausgleichsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG umverteilt. Über die Risikoausgleichsstelle fliesst nur jene Summe, die nach Saldierung aller Ausgleichszahlungen nach Alter, Geschlecht und Kanton innerhalb jedes einzelnen Versicherers stehen bleibt. Gemäss dieser Betrachtungsweise zahlten im Ausgleichsjahr 1999 die 59 Versicherer, die Nettozahler waren, den 50 Versicherern, die Nettoempfänger waren, einen Betrag von 660 Mio. Fr. (BSV 2000b).

Figur 14 zeigt, wie sich die Einzahlungen in den Risikoausgleich resp. die Auszahlungen aus dem Risikoausgleich seit 1997 verändert haben. Am meisten profitieren die sehr grossen Versicherer vom Risikoausgleich. Pro Versicherten erhalten sie im Jahr 2000 über Fr. 150.– ausbezahlt. Auffällig ist, dass sich die Schere immer mehr öffnet. Die sehr grossen Versicherer erhalten zunehmend mehr aus dem Risikoausgleich, die anderen Versicherergruppen bezahlen zunehmend in den Risikoausgleich ein.

33 Die Zahlungen in den Risikoausgleich resp. die Beiträge aus dem Risikoausgleich eines Versicherers sind neben der Risikostruktur auch von der Kostensteigerung je nach Altersgruppe abhängig. Da neben den Kosten für die Langzeitpflege (Heime und Spitex) keine relevanten Kostenfaktoren aufgetreten sind, die nur spezifische Altersgruppen belasten, gehen wir vereinfachend davon aus, dass Veränderungen in den Risikoausgleichszahlungen resp. den Beiträgen aus dem Risikoausgleichsfonds Veränderungen in der Risikostruktur widerspiegeln.



Figur 14: Risikoausgleichszahlungen. Die sehr grossen Versicherer profitieren vom Risikoausgleich, die anderen Versicherergruppen bezahlen. Allerdings gibt es auch kleine Versicherer, die Risikoausgleichszahlungen erhalten (Quelle: Prämiengenehmigungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen).

Folgerungen

Die Risikoausgleichszahlungen haben seit Inkrafttreten des KVG zugenommen. Die grossen, mittleren und kleinen Versicherer zahlen zugunsten der sehr grossen Versicherer Solidaritätsbeiträge. Die zunehmende Veränderung der Risikostruktur in den untersuchten Gruppen lässt auf einen erhöhten Wettbewerb im Bereich der guten Risiken schliessen.

Reserven

Gemäss Art. 78 KVV haben die Versicherer für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Dazu müssen sie ständig über eine Sicherheits- und über eine Schwankungsreserve verfügen. Die minimalen Reservequoten (Reserven pro Prämien Soll) wurde abhängig vom Versichertenbestand festgelegt. Versicherer mit mehr als 250'000 Versicherten müssen über eine minimale Reservequote von 15% verfügen. Die minimalen Reserven mittlerer und kleinerer Versicherer können reduziert werden, wenn die Leistungen rückversichert werden, müssen aber mindestens 20% betragen. Da unter dem KVG keine Gewinne ausgeschüttet werden können, widerspiegelt die Reservequote zum Teil auch

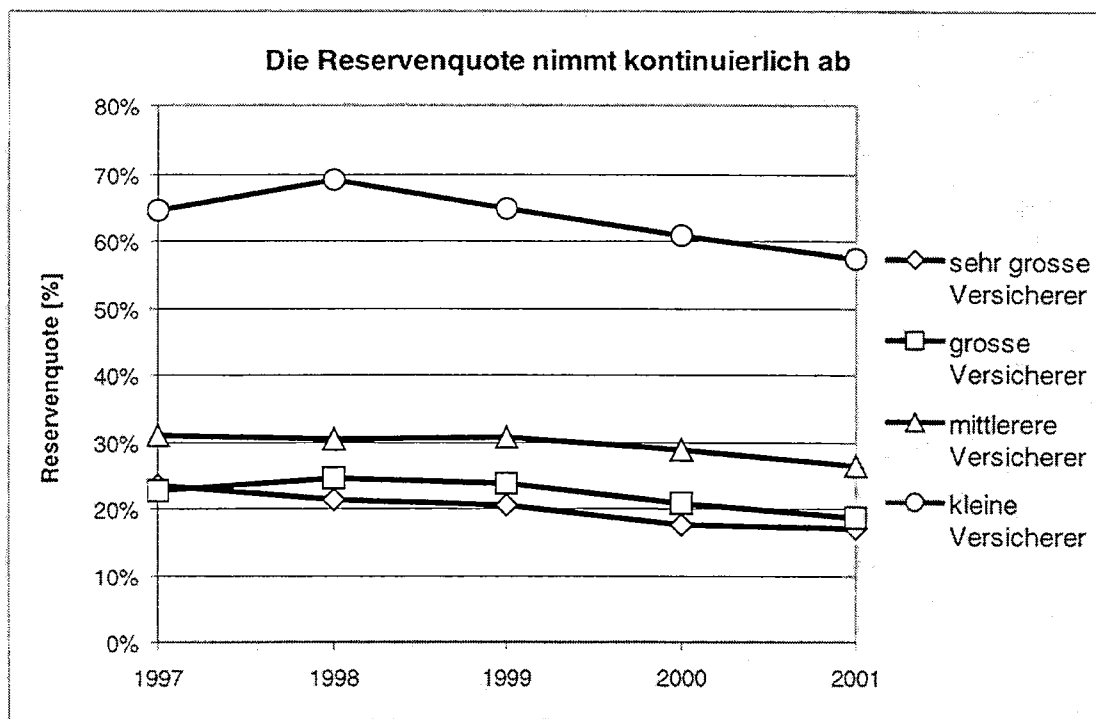
die wirtschaftliche Situation des Versicherers. Die Reserven werden weiter gezielt bei der Prämienpolitik eingesetzt.

Annahme:

Abnehmende Reserven widerspiegeln einen wirtschaftlichen Druck und können eine Verschlechterung der Wettbewerbsposition der Versicherer bedeuten.

Das Gesamtbetriebsergebnis der Krankenversicherer war 1999 gegenüber den schwankhaften Vorjahren leicht negativ. Das stark negative Ergebnis bei den Versicherungen mit ordentlicher Franchise wurde durch positive Ergebnisse bei den Versicherungen mit wählbarer Franchise, der BONUS-Versicherungen resp. den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zum grössten Teil wieder kompensiert (BSV 2000b).

In Figur 15 ist die durchschnittliche Entwicklung der Reservequote in den vier untersuchten Versicherergruppen ersichtlich. Bei allen ist eine Abnahme der Reservequote feststellbar. Diese Abnahme ist u.a. auf die neuen Reserveregelungen zurückzuführen (Reservesätze von neu 15% statt 20% für die Versicherer mit über 250'000 Versicherten).



Figur 15: Die Reservequoten (Reserven/Prämiensoll) nehmen in allen untersuchten Versicherergruppen kontinuierlich ab. Teilweise ist diese Entwicklung auf eine Änderung der Reservebestimmungen zurückzuführen. Zu berücksichtigen ist, dass die minimale Reservenquote je nach Versichertenbestand unterschiedlich hoch ist (z.B. über 250'000 Versicherte 15%, 50'000 bis 250'000 Versicherte 20%, 10'000 bis 50'000 Versicherte 24% etc.). Quelle: Prämiengenehmigungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen.

Folgerungen

Bei fast allen analysierten Versicherern nehmen die Reserven ab. Damit kann tendenziell auf einen verstärkten Wettbewerbsdruck geschlossen werden. Berücksichtigt werden müsste jedoch der Einfluss des BSV im Rahmen der Prämienbewilligung.

b) Vergleichende Interpretation

Im Folgenden wird versucht, zwischen den unternehmerischen Kennzahlen Bezüge herzustellen und damit auf die Veränderung der Wettbewerbsposition resp. der Erhöhung der Wettbewerbsintensität zu schliessen.

Annahmen:

Vergleichsweise tiefe Prämien, Leistungskosten, hohe Zahlungen in den Risikoausgleichsfonds sowie zunehmende Reserven lassen auf eine relativ gute Wettbewerbsposition schliessen, die zu einer Zunahme des Versichertenbestandes führt. Vergleichsweise hohe Prämien, Leistungskosten, Zahlungen aus dem Risikoausgleichsfonds sowie abnehmende Reserven lassen eine relativ schlechte Wettbewerbsposition vermuten.

Eine zunehmende Veränderungen dieser Grössen deutet auf eine zunehmende Wettbewerbsintensität hin.

Im Folgenden werden beispielhaft für den Kanton Zürich die Entwicklungen der Kennzahlen von 1997 bis 2001 vergleichend interpretiert. Betrachtet werden alle im Kanton tätigen sehr grossen und grossen Versicherer sowie jeweils die fünf bedeutendsten mittleren und kleinen Versicherer. Die Analyse der Faktoren wird dabei für die Versicherer, die Mitglieder gewonnen haben („Gewinner“) und diejenigen, die verloren haben („Verlierer“), getrennt vorgenommen. Tabelle 19 stellt die Veränderungen für die „Gewinner“ dar.

Veränderung wichtiger Kennzahlen von Versicherern, die Mitglieder gewonnen haben („Gewinner“)

| | Mitgliederbestand hat zugenommen | Prämienhöhe (Monatsprämie pro Versicherten) | | Leistungen pro Versicherten | | Veränderung der Risikoausgleichszahlungen pro Versicherten | | Veränderung der Reserven (Reserven pro Prämien-soll) | |
|-------------|----------------------------------|---|------------------------|-----------------------------|------------------------|--|---|--|---------|
| | | Unter dem kant. Schnitt | Über dem kant. Schnitt | Unter dem kant. Schnitt | Über dem kant. Schnitt | Höhere Zahlungen resp. tiefere Beiträge | Tiefere Zahlungen resp. höhere Beiträge | Zunahme | Abnahme |
| Sehr grosse | + | | + | | + | | --- | | --- |
| Grosse | + | | + | - | | | --- | | -- |
| | ++ | - | | --- | | ++++ | | ++ | |
| | ++++ | - | | --- | | +++ | | | - |
| | +++ | - | | --- | | ++++ | | | --- |
| | +++ | -- | | --- | | ++ | | ++ | |
| | ++ | - | | --- | | | -- | | -- |

| | Mitgliederbestand hat zugenommen | Prämienhöhe (Monatsprämie pro Versicherten) | | Leistungen pro Versicherten | | Veränderung der Risikoausgleichszahlungen pro Versicherten | | Veränderung der Reserven (Reserven pro Prämien-soll) | |
|----------|----------------------------------|---|------------------------|-----------------------------|------------------------|--|---|--|---------|
| | | Unter dem kant. Schnitt | Über dem kant. Schnitt | Unter dem kant. Schnitt | Über dem kant. Schnitt | Höhere Zahlungen resp. tiefere Beiträge | Tiefere Zahlungen resp. höhere Beiträge | Zunahme | Abnahme |
| Mittlere | ++++ | -- | | - | | (++++) | | | --- |
| | ++ | - | | --- | | +++ | | | -- |
| | +++ | - | | --- | | | --- | | |
| | ++ | - | | | ++ | | (---) | | - |
| | + | - | | | ++ | (++) | | ++ | --- |
| Kleine | ++++ | -- | | --- | | | --- | | --- |
| | ++++ | -- | | --- | | ++++ | | | --- |
| | ++++ | -- | | - | | (++++) | | | -- |
| | + | - | | --- | | ++ | | | -- |
| | +++ | -- | | --- | | ++++ | | ++ | |

Tabelle 19: Ausgewählte im Kanton Zürich aktive Versicherer, deren Mitgliederbestand zugenommen hat: Veränderungen von Mitgliederbestand, Risikoausgleich und Reserven im Jahr 2001 gegenüber 1997. Abweichung der Prämienhöhe und der Leistungen pro Versicherten vom kantonalen Durchschnitt prognostiziert für das Jahr 2001. +/-: schwache Veränderung oder Abweichung, ++/-: mittlere Veränderung, +++/-: starke Veränderung, ++++/-: sehr starke Veränderung. Die Klammern bei den Risikoausgleichszahlungen bezeichnen Risikoausgleichsempfänger.

Von den 23 untersuchten Versicherern im Kanton Zürich haben ein sehr grosser, sechs grosse, alle fünf mittleren und alle fünf kleinen Versicherer an Versicherten zugelegt. Auffallend sind die zum Teil überdurchschnittlichen Zunahmen bei den grossen, mittleren und kleinen Versicherern. Die „Gewinner“ weisen mit wenigen Ausnahmen Prämienhöhen und Leistungskosten pro Versicherten unter dem kantonalen Durchschnitt auf. Ein sehr grosser Versicherer konnte trotz vergleichsweise höheren Leistungen und Prämien leicht an Mitgliedern zulegen. Die „Gewinner“ sind mehrheitlich Zahler in den Risikoausgleichsfonds und haben ihre Risikostruktur in den letzten Jahren aufgrund der höheren Zahlungen resp. den geringeren Beiträgen aus dem Risikoausgleichsfonds verbessert. Bei einigen Versicherer hat sich jedoch trotz leicht steigenden Mitgliederbeständen die Risikostruktur verschlechtert (tiefere Zahlungen in den

Risikoausgleichsfonds). Wir interpretieren diese Entwicklung dahingehend, dass diese Versicherer einen Zustrom an vergleichsweise schlechteren Risiken in Kauf nehmen mussten. Dabei könnten die von der Visana zu übernehmenden Versicherten durchaus eine Rolle gespielt haben (Visana-Effekt). Die Reserven haben bei den meisten „Gewinnern“ mehr oder weniger stark abgenommen. Einzelne Versicherer konnten ihre Reservenquote aber auch ausbauen.

Tabelle 20 zeigt die Veränderungen für die „Verlierer“:

Veränderung wichtiger Kennzahlen von Versicherern, die Mitgliedern verloren haben („Verlierer“)

| | Mitgliederbestand hat abgenommen | Prämienhöhe (Monatsprämie pro Versicherten) | | Leistungen pro Versicherten | | Veränderung der Risikoausgleichszahlungen pro Versicherten | | Veränderung der Reserven (Reserven pro Prämien-soll) | |
|-------------|----------------------------------|---|------------------------|-----------------------------|------------------------|--|---|--|---------|
| | | Unter dem kant. Schnitt | Über dem kant. Schnitt | Unter dem kant. Schnitt | Über dem kant. Schnitt | Höhere Zahlungen resp. tiefere Beiträge | Tiefere Zahlungen resp. höhere Beiträge | Zunahme | Abnahme |
| sehr grosse | - | - | | | ++ | | (---) | | --- |
| | - | | + | | + | ++++ | | | ---- |
| | ---- | | ++ | | ++++ | | (---) | | --- |
| grosse | -- | | + | | ++ | | (---) | | -- |
| | -- | | ++ | | ++++ | | (---) | | ---- |
| | --- | | + | ---- | | ++++ | | ++++ | |

Tabelle 20: Ausgewählte im Kanton Zürich aktive Versicherer, deren Mitgliederbestand abgenommen hat: Veränderungen von Mitgliederbestand, Risikoausgleich und Reserven im Jahr 2001 gegenüber 1997. Abweichung der Prämienhöhe und der Leistungen pro Versicherten vom kantonalen Durchschnitt prognostiziert für das Jahr 2001. +/-: schwache Veränderung oder Abweichung, ++/--: mittlere Veränderung, +++/--: starke Veränderung, ++++/--: sehr starke Veränderung. Die Klammern bei den Risikoausgleichszahlungen bezeichnen Risikoausgleichsempfänger.

An Versicherten verloren haben nur drei sehr grosse und drei grosse im Kanton Zürich aktive Versicherer. Die „Verlierer“ weisen grösstenteils Prämienhöhen und Leistungen pro Versicherten über dem kantonalen Schnitt auf. Fast alle Verlierer weisen aufgrund der Zahlungen, die sie aus dem Risikoausgleichsfonds erhalten, eine vergleichsweise

schlechte Risikostruktur auf. Auffallend ist auch, dass die Beiträge dieser Versicherer aus dem Risikoausgleichsfonds aufgrund der Verschlechterung der Risikostruktur zugenommen haben. Zwei Versicherer, deren Mitgliederbestand abgenommen hat, haben aufgrund der erhöhten Risikoausgleichszahlungen demgegenüber ihre Risikostruktur verbessern können.

Folgende Zusammenhänge lassen sich ableiten:

- Prämien, die unter dem kantonalen Durchschnitt liegen, führen tendenziell zu einer Zunahme des Versichertenbestandes, Prämien, die über dem Durchschnitt liegen, zu einer Abnahme: Bei 16 von 17 Versicherern, deren Prämien unter dem kantonalen Durchschnitt liegen, konnte eine Zunahme des Versichertenbestandes festgestellt werden. Fünf von sechs Krankenversicherer, deren Prämien über dem kantonalen Durchschnitt liegen, mussten eine Abnahme des Versichertenbestandes in Kauf nehmen.
- Ein zunehmender Versichertenbestand ist tendenziell mit einer Verbesserung der Risikostruktur verbunden. Ein abnehmender Versichertenbestand führt entsprechend zu einer Verschlechterung der Risikostruktur. 11 von 17 Versicherer, die 2001 mehr Versicherte als 1997 aufweisen, bezahlen mehr in den Risikoausgleich resp. erhalten weniger ausbezahlt. Vier von sechs Versicherer, die 2001 weniger Versicherte als 1997 aufweisen, bezahlen weniger in den Risikoausgleich resp. erhalten mehr aus dem Risikoausgleich. Bei sechs der „Gewinner“ konnte allerdings auch ein bedeutender Zuwachs an schlechteren Risiken festgestellt werden. Bei der Interpretation dieser Entwicklung sind die von der Visana zu übernehmenden Versicherten zu berücksichtigen (Visana-Effekt). Bei zwei der „Verlierer“ hat der Anteil der schlechteren Risiken eher abgenommen. Diese Resultate weisen auf einen Wechsel der guten (und zum Teil auch der schlechteren) Risiken hin.
- Zwischen der Änderung der Prämienhöhe und der Änderung der Reservenquote kann kein signifikanter Zusammenhang hergeleitet werden. Es ist jedoch zu vermuten, dass die „Gewinner“ über höhere Reserven verfügten und diese verstärkt zugunsten tieferer Prämien abgebaut haben. Mehrere grosse Versicherer geben in den Interviews an, nach Inkrafttreten des KVG in deutlichem Masse Reserven abgebaut zu haben, um die durch das KVG verursachte Kostensteigerung abzumildern.

Folgerungen:

Es besteht ein Wettbewerb um die guten Risiken, die von den vergleichsweise teureren Versicherern mit schlechter Risikostruktur zu den günstigeren Versicherern mit guter Risikostruktur wechseln. Da eine stärkere Zunahme des Versichertenbestandes tendenziell mit einer vergleichsweise grossen Verbesserung der Risikostruktur (und umgekehrt) einhergeht, kann gefolgert werden, dass sich der Wettbewerb um die guten Risiken intensiviert hat.

4.4.3. Wechselquote der Versicherten

Da es mit Inkrafttreten des KVG (Freizügigkeit und Einheitsprämie) für die Versicherten wesentlich einfacher ist zu wechseln, hat sich für die Versicherer das Wettbewerbspotenzial erhöht.

Annahme:

Erhöht sich die Wechselquote mit dem Inkrafttreten des KVG, so weist dies auf einen zunehmenden Wettbewerb auf einem höheren Niveau hin (Sprung im Wettbewerbsniveau). Nach dem Anpassungsprozess kann bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen von der Entwicklung der Wechselquote nicht mehr direkt auf die Veränderung der Wettbewerbsintensität geschlossen werden, weil die Wechselquote von verschiedenen Marktfaktoren abhängig ist (v.a. von den Prämien Differenzen zwischen den Versicherern).

In den 80er Jahren waren Kassenwechsel sehr selten (Faisst/Schilling 1999, Spycher 1999). Gemäss einer Mehrheit der grossen Versicherer, die im Rahmen der vorliegenden Studie befragt wurden, hat das KVG die Fluktuation unter den Versicherern erhöht, was sich in einer Steigerung der Wechselquote bemerkbar machte. Faisst/Schilling 1999 betonen ebenfalls, dass gemäss Markt- und Meinungsforschungsumfragen 1996 ungefähr doppelt so viele Versicherte ihren Versicherer gegenüber dem Vorjahr wechselten (ca. 8%). Anschliessend hat sich die Wechselquote jedoch nach übereinstimmender Einschätzung der Versicherer deutlich reduziert und danach stabilisiert. Zwei sehr grosse Versicherer schätzen die Wechselquote auf 4% bis 5%. Gemäss einem grossen Versicherer ist die Wechselquote von der Prämiensteigerung abhängig und beträgt in einer „normalen Prämienrunde“ 6% bis 8%. In Kantonen mit überdurchschnittlicher Prämiensteigerung kann sie nach diesem Versicherer bis zu 14% betragen. Das KSK (KSK 1997) schätzt die Wechselquote 1996/96 auf 5% bis 10%.

Die Wahrnehmungen der Versicherer stimmen mit der Abschätzung der Wechselquoten des BSV weitgehend überein. Das BSV hat die Wechselquoten (jährlich saldierte Zu- oder Abgänge der Versicherer) seit Inkrafttreten des KVG anhand der Prämienhebungsdaten (Nettowechselquote) ergänzt mit Abklärungen bei Versicherern abgeschätzt. Die gesamtschweizerischen Wechselquoten sind gemäss den Schätzungen des BSV nach Inkrafttreten des KVG auf über 6% gestiegen, haben dann jedoch wieder abgenommen. Generell sind die Wechselquoten als gering einzustufen (vgl. Tabelle 21).

| Jahr | 1996/97 | 1997/98 | 1998/99 | 1999/2000 | 2000/01 ¹⁾ |
|----------------------|---------|---------|--------------------|-----------|-----------------------|
| Wechselquote Schweiz | 6.2% | 4.4% | 4.4% ²⁾ | 2.6% | 1.6% ³⁾ |

- 1) Schätzung
- 2) Die 100'000 Versicherten, die aufgrund des Rückzugs eines sehr grossen Versicherer in bestimmten Kantonen wechseln mussten, sind hier nicht berücksichtigt.
- 3) Diese geschätzte Wechselquote wird gemäss dem BSV aufgrund seiner Erfahrungen vermutlich etwas höher liegen.

Tabelle 21: Die Wechselquote ist sowohl auf gesamtschweizerischer Ebene vergleichsweise tief und stabilisiert sich auf tiefem Niveau.

Ausschlaggebend für den Wechsel eines Versicherers ist gemäss den befragten Versicherern und Faisst/Schilling 1999 in erster Linie die Prämienhöhe. So hat die Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen von Faisst/Schilling 1999 gezeigt, dass vor allem die Anfragen von Familien besonders zugenommen haben, die die finanzielle Belastung durch steigende Prämien und die Kopfprämien für alle Familienmitglieder besonders deutlich zu spüren bekommen haben. Unterschiede zwischen den Dienstleistungen verschiedener Versicherer scheinen dagegen sekundär zu sein.

Wir interpretieren die Zunahme der Wechselquote mit Inkrafttreten des KVG dahingehend, dass das KVG durch die Vereinfachung des Versichererwechsels zu einer Strukturanpassung geführt hat, indem eine grössere Anzahl Versicherten ihren Versicherer wechselten. Diese Zunahme der Wechselquote hat den Wettbewerbsdruck auf die Versicherer erhöht und gemäss den Versicherern zu einer erhöhten Wettbewerbsintensität geführt. Von der anschliessend abnehmenden Wechselquote kann nicht direkt auf eine Veränderung der Wettbewerbsintensität geschlossen werden, da diese von verschiedenen Marktbedingungen abhängt. Aufgrund der Interviewaussagen der Versicherer und der Abnahme der Wechselquoten gehen wir jedoch davon aus, dass

sich der Wettbewerb nach der Anpassung an die vereinfachten Wechselmöglichkeiten auf einem höheren Niveau stabilisiert hat. Insgesamt gehen wir aufgrund der vermutlich eher geringen Steigerung der Wechselquote davon aus, die Wettbewerbsintensität weiterhin eher gering ist.

Folgerungen:

- Die Wechselquote hat sich mit Inkrafttreten des KVG erhöht, was auf eine Zunahme des Wettbewerbs schliessen lässt (Sprung im Wettbewerbsniveau).
- Aufgrund der geringen Erhöhung der Wechselquote auf rund 6% gehen wir davon aus, dass die Wettbewerbsintensität unter den Versicherern weiterhin vergleichsweise gering ist.

4.5. Beurteilung des Wettbewerbs durch die Versicherer

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden 23 Versicherer befragt, inwiefern sich die Wettbewerbsintensität gemäss ihren eigenen Einschätzungen verändert hat, welche Wettbewerbsparameter entscheidend sind und welche Wettbewerbshemmnisse bestehen.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Versicherer ist der Ansicht, dass sich der Wettbewerb in der OKPV mit dem KVG erhöht hat. Folgende Gründe werden dafür geltend gemacht:

- Die Freizügigkeit und der zunehmende Kostendruck hat zu einer verstärkten Konkurrenzsituation geführt.
- Die Trennung der OKPV- von den Zusatzversicherungsprodukten hat zu einer Intensivierung des Wettbewerbs v.a. auch über den Zusatzversicherungsbereich geführt.
- Der Wettbewerb ist intensiver, weil der OKPV-Markt nicht wächst.

Der Wettbewerb wird übereinstimmend aufgrund des homogenen OKPV-Produkts hauptsächlich über die Prämien und die Risikoselektion geführt. Ein zunehmend wichtiger Wettbewerbsfaktor ist die Dienstleistungsqualität geworden (vgl. auch Kap. 3.4.1. und 3.2.3.).

Die Versicherer orten hauptsächlich folgende Wettbewerbshemmnisse:

- Dem BSV wird vorgeworfen, dass die Einflussnahme auf die Prämienhöhen im Rahmen der Prämiengenehmigung durch die Berücksichtigung von politischen Faktoren (v.a. Abbau der Reserven zur Reduktion der Prämiensteigerungen) den Wettbewerb verfälscht. Die Eingriffe des BSV haben damit tendenziell den Wettbewerbsdruck reduziert. In einem Fall wurde eine gesamtschweizerische „Nullrunde“ bewilligt, was dem Konzept der Prämienrunden zuwider läuft.
- Ein Grossteil der Versicherer ist der Auffassung, dass der heute bestehende Risikoausgleich ungenügend ist, die Risikoselektion belohnt und zu einer spürbaren Benachteiligung der Versicherer mit schlechter Risikostruktur führt, weil günstige Prämien gute Risiken anziehen. Ein anderer Teil der Versicherer vertritt die Auffassung, dass der Risikoausgleich auf keinen Fall verstärkt werden darf, weil er zu einem Kostenausgleich umfunktioniert und damit den Wettbewerb behindern würde.
- Der Risikoausgleich belastet die alternativen Versicherungsmodelle, in dem diese durch die günstigere Risikostruktur zusätzliche Zahlungen in den Ausgleichsfonds leisten müssen. Zudem haben die Leistungserbringer (v.a. Ärzte) aufgrund des Kontrahierungszwangs kaum Anreize, sich an den alternativen Modellen zu beteiligen. Die Begrenzung des Prämienrabattes wird als wettbewerbshemmend beurteilt.
- Ein Versicherer gibt an, dass die Freizügigkeit oft nicht funktioniert, weil die Versicherten mit Spitalzusatzversicherung an den Zusatzversicherer gebunden und damit die OKPV nicht frei wählen können.
- Die mittleren und kleinen Versicherer kritisieren die ungleichen Reservebestimmungen. Sie fühlen sich wettbewerbsmässig benachteiligt, weil sie eine höhere Reservequote einhalten müssen.

Folgerungen:

Die überwiegende Mehrheit der befragten Versicherer ist der Ansicht, dass sich der Wettbewerb in der OKPV mit dem KVG aufgrund der Freizügigkeit und der Trennung der OKPV- von den Zusatzversicherungsprodukten erhöht hat. Es werden jedoch Wettbewerbshemmnisse in folgenden Bereichen geortet: Einflussnahme auf die Prämienfestsetzung, ungenügender Risikoausgleich, Wettbewerbshemmnisse für die alternativen Versicherungsmodelle (Risikoausgleich, Begrenzung der Prämienreduktion).

4.6. Fazit

Der Wettbewerb zwischen den Versicherern hat sich verstärkt.

Sowohl die Analyse der Marktstruktur, des Marktverhaltens, der Marktergebnisse sowie der geführten Gespräche deuten auf eine Erhöhung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern durch die Einführung des KVG hin:

| Untersuchter Bereich | Hinweise für eine verstärkte Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern |
|----------------------|--|
| Marktstruktur | <ul style="list-style-type: none"> • Leicht erhöhter Konzentrationsgrad sowie vor allem Verschiebung der Marktanteile hin zu den mittleren und kleinen Versicherern. • Scheitern der strategischen Allianzen zwischen den grossen Versicherern und zunehmende Bedeutung von zweckgerichteten Kooperationen. • Erhöhung der Markttransparenz durch die Veröffentlichung der Prämien und die Möglichkeiten zu Online-Prämienvergleichen. |
| Marktverhalten | <ul style="list-style-type: none"> • Verstärktes wettbewerbles Verhalten in allen Bereichen mit Ausnahme des Produkte- und Tarifbereichs: Wettbewerbsstrategie, Unternehmenskultur, Organisation, Know-how, Marketing, Dienstleistungsqualität, Risikoselektion, Öffentlichkeitsarbeit, Kostenkontrolle, Tarifierung, kaum wettbewerbsbeschränkende Absprachen. |
| Marktergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Divergierende Entwicklung der Prämienhöhen und damit der Wettbewerbspositionen zwischen den vier untersuchten Versicherergruppen. • Divergierende Entwicklung der Leistungskosten und der Risikoausgleichszahlungen weisen auf eine sich divergierend entwickelnde Risikostruktur hin. • Tendenziell abnehmende Reserven. • Die veränderten Wettbewerbspositionen der Versicherer zeigen, dass ein Wettbewerb um die guten Risiken besteht, die von den vergleichsweise teuren Versicherern zu den günstigeren Versicherern mit guter Risikostruktur wechseln. Der Wettbewerb um die guten Risiken hat sich intensiviert, wobei eine stärkere Zunahme des Versichertenbestandes tendenziell mit einer Verbesserung der Risikostruktur (und umgekehrt) einhergeht. |
| Interviews | <ul style="list-style-type: none"> • Die überwiegende Mehrheit der befragten Versicherer ist der Ansicht, dass sich der Wettbewerb mit dem KVG erhöht hat. |

Tabelle 22: Hinweise für eine verstärkte Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern.

Folgende Argumente weisen jedoch darauf hin, dass sich die Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern unter dem KVG nicht fortlaufend weiter erhöht hat:

- Die Wechselquote hat sich mit der Einführung des KVG erhöht, sich in den letzten Jahren jedoch wieder reduziert und auf tiefem Niveau stabilisiert. Daraus kann abgeleitet werden, dass sich die Wettbewerbsintensität anfänglich erhöht (Sprung im Wettbewerbsniveau), anschliessend jedoch nicht weiter zugenommen hat. Mögliche Gründe für diese Entwicklung sind das Ausschöpfen des bisherigen Wechslerpotenzials („Prämienhopper“) und die zunehmende Bedeutung der Dienstleistungsqualität für den Versicherten.
- Die Versicherungsangebote haben sich mit dem KVG nicht spürbar erweitert. Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich bisher nicht durchgesetzt. Die Marktstrategien werden überprüft. Es ist unklar, ob und wie sich die alternativen Modelle weiterentwickeln werden.
- Eine Minderheit der befragten Versicherer vertritt die Auffassung, dass sich der Wettbewerb mit dem KVG nicht wesentlich intensiviert hat.

Der Wettbewerbsgrad befindet sich auf einem relativ tiefen Niveau

Verschiedene Hinweise deuten darauf hin, dass sich der Wettbewerbsgrad zwischen den Versicherern auf einem relativ tiefen Niveau befindet und damit zwischen den Versicherern kein allzu grosser Konkurrenzkampf herrscht:

- Der OKPV-Markt ist hoch reguliert (Leistungskatalog, Tarifbereich, Kontrahierungszwang, Franchisengrenze). Es bestehen eine Vielzahl von bedeutenden Wettbewerbshemmnisse: Eingriff in die Prämienfestsetzung, ungenügender Risikoausgleich, Behinderung der alternativen Modelle durch den Risikoausgleich, die Begrenzung des Rabattes.
- Die geringe Erhöhung der Wechselquote nach Inkrafttreten des KVG auf rund 6% deutet darauf hin, dass die Wettbewerbsintensität unter den Versicherern weiterhin vergleichsweise gering ist.
- Bisher beschränkt sich das Wechselpotenzial vor allem auf die jungen und gesunden Versicherten und war damit sehr beschränkt (schätzungsweise auf 5% bis 10%). Die älteren Personen weisen eine geringere Wechselbereitschaft auf. Zudem sind sie weniger bereit, sich in der Wahl ihres Leistungserbringers einzuschränken und alternative Versicherungsmodelle zu wählen.

- Bisher sind nur sehr wenige Versicherer in den gesamtschweizerischen oder einen für sie neuen kantonalen Markt eingetreten. Dies lässt darauf schliessen, dass der gesättigte OKPV-Markt zu wenig attraktiv ist. Die Privatversicherer sind aufgrund von Renditeüberlegungen und der hohen Regulationsdichte nicht im OKPV-Markt tätig geworden.
- Die Versicherer haben ihre Wettbewerbsstrategie nicht grundsätzlich geändert und betreiben weiterhin in erster Linie Risikoselektion anstelle eines verstärkten Kostenmanagements und stärkeren Engagements in den alternativen Versicherungsmodellen. Teilweise werden wettbewerbshemmende administrative Zuschläge auf der Zusatzversicherung bei Kunden erhoben, die bei einem anderen Versicherer grundversichert sind.
- Die bisherigen alternativen Versicherungsmodelle sind zur Zeit keine Konkurrenz für die konventionellen Modelle. Sie haben sich aufgrund der fehlenden Bereitschaft der Leistungserbringer (v.a. Ärzte), der Versicherten und der Versicherer (klare innovative Strategien) nicht bedeutend verbreitet.
- Im Tarifbereich besteht kein Wettbewerb zwischen den Versicherern.
- Die Mehrheit der Versicherer beurteilt die Wettbewerbintensität aufgrund der hohen Regulierungsdichte und der Wettbewerbshemmnisse ebenfalls als gering. Es wird darauf hingewiesen, dass der Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt intensiver ist.

5. Einfluss der Versicherer auf die Gesundheitskosten

Von den Versicherern wird erwartet, dass sie ihren unternehmerischen Handlungsspielraum aktiv nutzen und dadurch zur Kosteneindämmung beitragen ohne das Solidaritätsziel zu gefährden. Handlungsspielraum haben sie bei den Kosten der Leistungserbringer (Kostenmanagement, Tarifierung, alternative Versicherungsmodelle) und bei den eigenen Verwaltungskosten. Im folgenden Kapitel wird untersucht, inwiefern die Versicherer durch ihre Verhaltensänderungen zu einer Eindämmung des Kostenanstiegs beigetragen haben. Dabei wird in einem ersten Schritt die Kosten- und Mengenentwicklung in den verschiedenen Leistungsbereichen dargestellt. In einem zweiten Schritt wird der Einfluss des geänderten Verhaltens der Versicherer und des Einflusses des KVG auf die Entwicklung der Gesundheitskosten aufgezeigt. Ergänzend wird der Einfluss der Versicherer auf die übrigen Ziele (Stärkung der Solidarität und hochstehende medizinische Versorgung) beurteilt. Folgende Fragen werden untersucht:

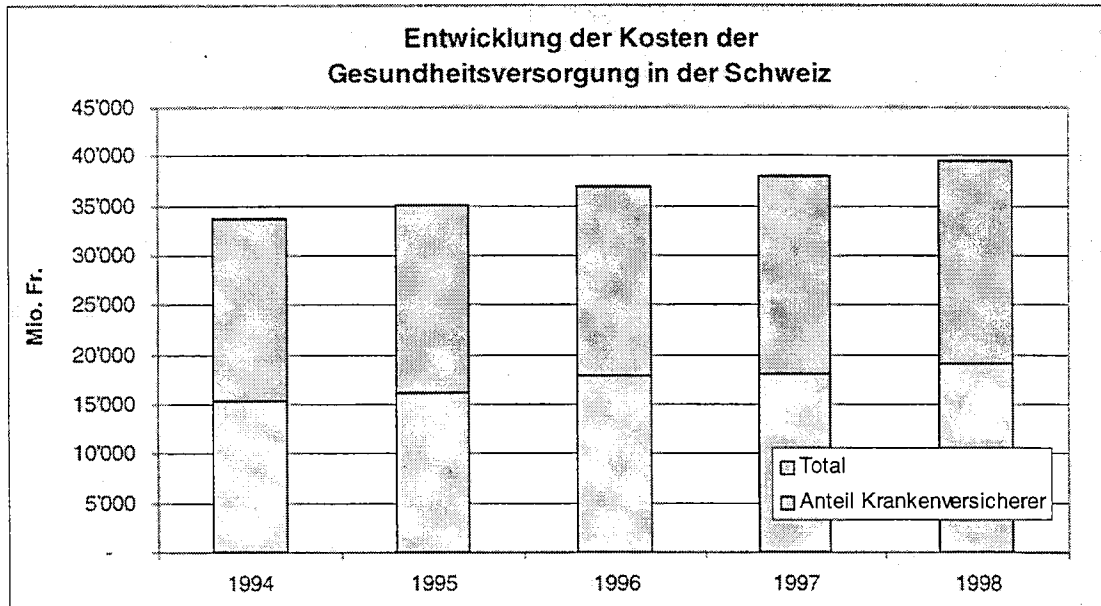
- Welche Kosteneinsparungen bewirkte die verstärkte Kostenkontrolle der Versicherer? Welche Einsparungen konnten mit dem Fall- und dem Diseasemanagement erzielt werden?
- Inwiefern konnte die Zunahme der Tarifhöhen durch die Versicherer in den Verhandlungen oder durch Bundesratsentscheide eingedämmt werden? Wie wirkten sich die tieferen Tarife auf die Leistungserbringer und die entsprechenden Kosten aus?
- Welche Erfolge konnten mit neuen Tarifierungsformen erzielt werden? Wie wirken sich diese auf die Leistungserbringer und die entsprechenden Kosten aus?
- Wie wirkten sich die alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) hinsichtlich Kosteneinsparungen aus?
- Haben die Versicherer durch ihre Verhaltensänderungen den Wettbewerb unter den Leistungserbringern verstärkt und in dieser Weise Kosteneinsparungen bewirkt?
- Inwiefern hat das KVG zu einer Veränderung der Verwaltungskosten der Versicherer geführt?

- Gefährdet die von den Versicherern betriebene Risikoselektion das Solidaritätsziel? Gefährdet der erhöhte Druck seitens der Versicherer auf die Leistungserbringer die Versorgung der Patienten mit ausreichenden und qualitativ hochstehenden Leistungen?

5.1. Entwicklung der Gesundheitskosten

5.1.1. Kosten der gesamten Gesundheitsversorgung

Im Folgenden werden die Kosten- und Mengenentwicklungen in den verschiedenen Leistungsbereichen dargestellt. Dabei handelt es sich um die totalen Kosten, d.h. die Kosten, die für die Haushalte, Krankenkassen und die öffentliche Hand zusammen anfallen. Der Anteil, der direkt durch die Krankenversicherer finanziert wird, hat sich mit den neuen Regelungen des KVG in einzelnen Bereichen bedeutend verändert. Gesamthaft stieg der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer 1998 gegenüber 1994 um rund 2% auf über 48% der Gesamtkosten, verbunden mit einer gleichzeitigen Abnahme des Anteils der Privathaushalte und der öffentlichen Hand (vgl. Figur 16).



Figur 16: Die gesamten Kosten der Gesundheitsversorgung in der Schweiz haben kontinuierlich zugenommen und betrugen 1998 knapp 40 Mia. Franken. Der Anteil, der durch die Krankenversicherer finanziert wird, ist mit der Einführung des KVG um 2% angestiegen und hat sich bei rund 48% eingependelt (Quelle BFS 1999).

Von den knapp 19 Mia. Franken, welche durch die Krankenversicherer 1998 finanziert wurden, sind rund 5 Mia. den Zusatzversicherungen und 14 Mia. der Grundversicherung zuzuschreiben. Während die Zusatzversicherungsausgaben in der Zeitperiode von 1994 bis 1998 um rund 28% zugenommen haben, sind die Kosten der Grundversicherung um gut 23% gestiegen.

Nachdem die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von einer Grössenordnung von 6.1% bis 8.3% in den Jahren 1985 bis 1990 im Jahr 1991 auf 13.0% gestiegen war, reduzierte sie sich in den folgenden Jahren mit Ausnahme des Jahrs 1996 auf 3% bis 4%. Das BFS führt die Verlangsamung des Wachstums auf die dringlichen Bundesbeschlüsse gegen die Kostenerhöhung, die Verlangsamung der allgemeinen Teuerung sowie auf das KVG zurück (BFS 1999).

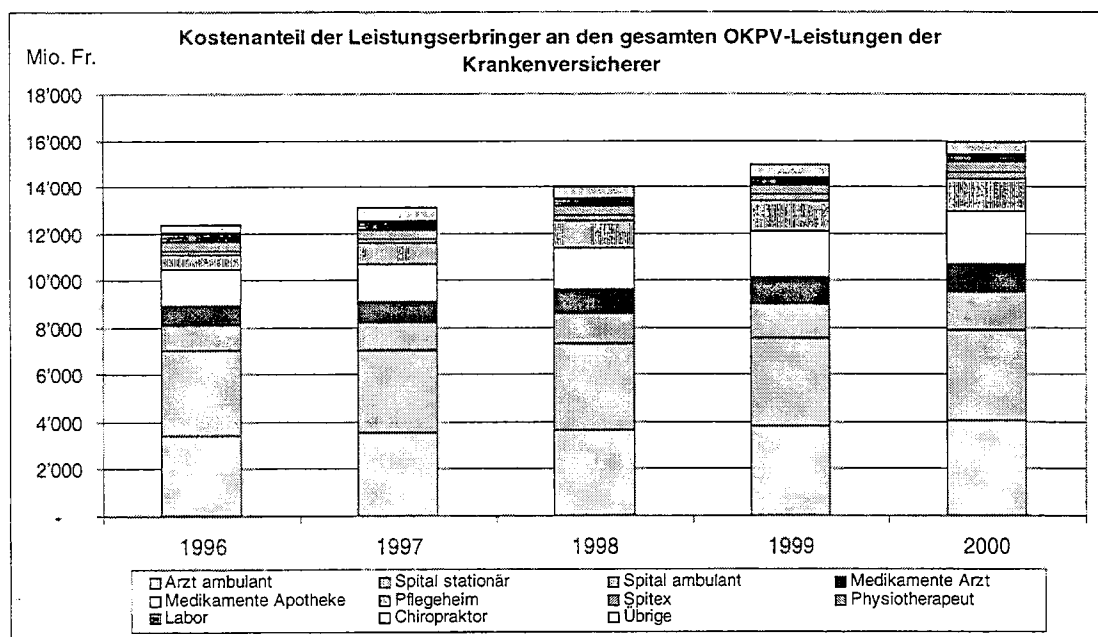
5.1.2. Kostenentwicklung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Neben einer generellen Übersicht werden im Folgenden die Entwicklung der wichtigsten kostenverursachenden Bereiche dargestellt.

Übersicht

In Figur 17 sind die Kostenanteile der verschiedenen Leistungserbringer im Rahmen der OKPV ersichtlich.³⁴ Die bedeutendsten Kosten werden im Jahr 2000 in den Bereichen der ambulanten ärztlichen Behandlung (25.6% der gesamten Kosten), der stationären Spitalbehandlung (23.7%), der Medikamente (insgesamt 21.7%) und der ambulanten Spitalbehandlung (10.4%) verursacht.

34 Quelle: BSV 1999: Entwicklung der Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1996–2000, die Zahlen für die Jahre 1996, 1997 und 1998 stammen dabei aus den Statistiken des KSK, die Zahlen für 1999 und 2000 wurden gemäss den BSV-Erhebungen von Mai 1999 hochgerechnet.

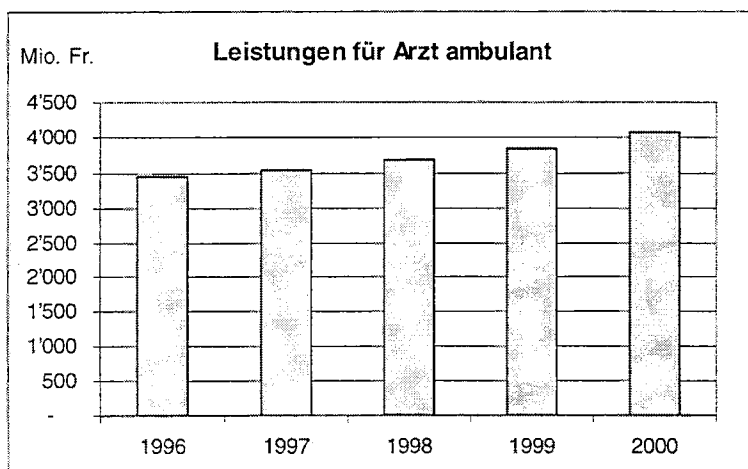


Figur 17: Entwicklung der OKPV-Kosten im Zeitraum 1996 bis 2000. Die Kosten im Jahr 2000 werden auf rund 16 Mrd. Fr. geschätzt, rund 29% höher als 1996 (Quelle: BSV 1999).

Die Erhöhung der Kosten im Jahr 2000 um 3.5 Mrd. Fr. gegenüber 1996 ist hauptsächlich bedingt durch die Zunahme bei der ärztlichen Behandlung (0.6 Mrd. Fr.), der ambulanten Spitalbehandlung (0.6 Mrd. Fr.), der Medikamente (1.1 Mrd. Fr.) und der Pflegeheime (0.7 Mrd. Fr.). Die anderen Bereiche tragen wesentlich weniger zur Kostensteigerung mit. Die relativen Anteile der ärztlichen Behandlung, der stationären Behandlung, der physiotherapeutischen Behandlung und der Labordienstleistungen sind zurückgegangen.

Ärztliche Leistungen

Die Ausgaben für die ärztliche Behandlung (ohne Medikamente) nahmen zwischen 1996 und 2000 um rund 18% zu (siehe Figur 18). Dabei hat die jährliche Kostensteigerung v. a. in den letzten Jahren zugenommen (1999/2000 rund 6%). Da die Arzttarife in dieser Zeit praktisch nicht gestiegen sind, kann diese Zunahme zum grössten Teil auf die Ausweitung der Leistungen zurückgeführt werden.



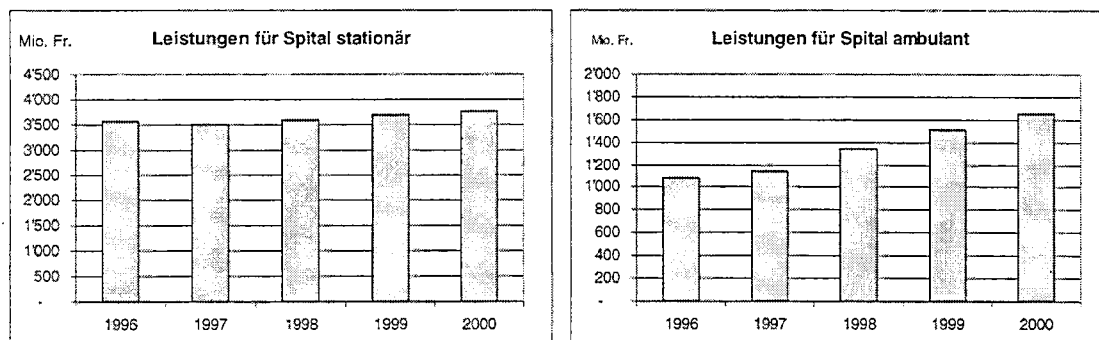
Figur 18: Entwicklung der Leistungen für ärztliche Behandlungen in der Grundversicherung. Die Leistungen haben im Jahr 2000 gegenüber 1996 um rund 18% zugenommen. Aufgrund der weitgehend stabilen Arzttarife kann diese Kostensteigerung hauptsächlich auf die Ausweitung der Leistungen zurückgeführt werden (Quelle: BSV 1999).

Gemäss Greppi et al. 2000 nahm die Ärztedichte³⁵ zwischen 1994 und um 10% zu. Seit 1996 nimmt der Ärztebestand zahlen- und dichtemässig aber weniger zu. Deutliche Unterschiede bezüglich der Ärztedichte lassen sich auf Kantonsebene ausmachen (z.B. AI 0.78 Ärzte pro 1'000 Einwohner, BS 3.27). Sie sind hauptsächlich durch die Anzahl Fachärzte bedingt. In Greppi et al. 2000 wird zusätzlich noch eine markante Korrelation zwischen der Anzahl Fachärzte und der Höhe der Prämien ausgewiesen. Dies deutet darauf hin, dass die Zunahme der ambulanten Arztkosten vor allem auf die Ärztedichte resp. die Mengenausdehnung zurückzuführen ist.

Spitäler stationär und ambulant

Die Ausgaben für die stationäre Spitalbehandlung werden für das Jahr 2000 auf ca. 3.8 Mrd. Fr. geschätzt (siehe Figur 19). Damit sind sie gegenüber 1996 um rund 6% gestiegen. Diese Ausgaben sind gemäss Greppi et al. 2000 stark von der Preissteigerung abhängig.

35 Anzahl Ärzte pro 1000 EinwohnerInnen.

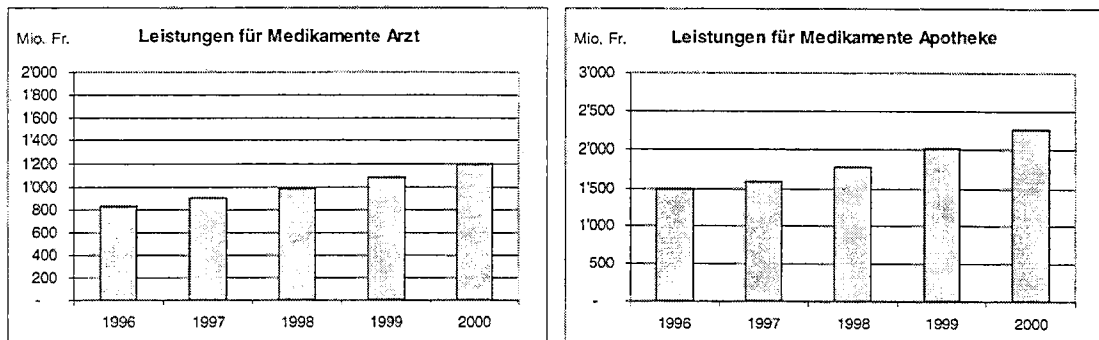


Figur 19: Entwicklung der Leistungen für die stationären und die ambulanten Spitalbehandlungen in der Grundversicherung. Die Leistungen der stationären Behandlung haben im Jahr 2000 gegenüber 1996 um rund 6% zugenommen, diejenigen für ambulante Behandlungen hingegen um rund 53% (Quelle: BSV 1999).

Bei der ambulanten Spitalbehandlung kann im Zeitraum von 1996 bis 2000 ein wesentlicher Zuwachs festgestellt werden. Für das Jahr 2000 werden die Ausgaben im Rahmen der OKPV auf rund 1.7 Mrd. Fr. geschätzt (siehe obige Figur 19). Damit erhöhten sich die Ausgaben seit 1996 um über 53%. Die grösste Zunahme hat 1997/1998 stattgefunden mit einer Steigerung um 18%. In den letzten beiden Jahren ist die jährliche Kostensteigerung in den Bereich von 10% bis 12% zurückgegangen. Die hohe Kostensteigerungen im ambulanten Bereich werden auf die Verlagerung aus dem stationären Bereich und den technischen Fortschritt zurückgeführt.

Arzneimittel

Im Jahr 2000 werden sich die Ausgaben für Medikamente im Rahmen der OKPV auf rund 3.5 Mrd. Fr. belaufen, rund 48% mehr als 1996 (siehe Figur 20). Die Medikamente, die durch Apotheken abgegeben werden, machen ca. 2.3 Mrd. Fr. aus, diejenige, welche durch Ärzte direkt abgegeben werden, machen rund 1.2 Mrd. Fr. aus. Die jährliche Kostensteigerung liegt in beiden Bereichen bei rund 10% bis 12%.

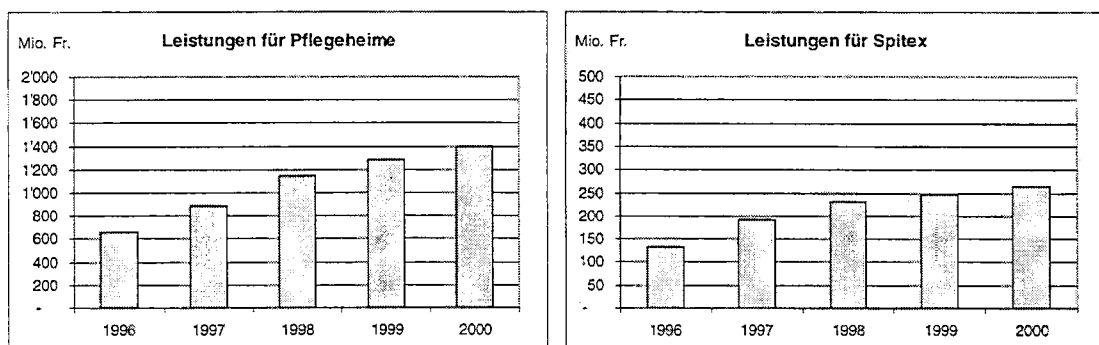


Figur 20: Entwicklung der Medikamentenkosten zwischen 1996 und 2000 (Quelle: BSV 1999).

Gemäss Greppi et al. 2000 kann auch bei den Medikamenten die Zunahme durch eine starke Abhängigkeit von der Mengenausweitung erklärt werden. Die Preise für die Medikamente wurden seit 1996 eher gesenkt.

Pflegeheime und Spitex

Die Ausgaben für die Leistungen für die Pflegeheime im Rahmen der OKPV haben sich im Zeitraum von 1996 bis 2000 mehr als verdoppelt und werden im Jahr 2000 auf rund 1.4 Mrd. Fr. geschätzt (siehe Figur 21). Die jährliche Kostenzunahme war insbesondere kurz nach der Einführung des KVG durch die Aufnahme in den Leistungskatalog sehr hoch (96/97: +35%, 97/98: +29%). In der Zwischenzeit hat sich eine Beruhigung eingestellt, die jährliche Kostensteigerung liegt aber immer noch bei rund 9%. Mit der Aufnahme in den Leistungskatalog stieg auch der Finanzierungsanteil der Krankenkassen von rund 13% im Jahr 1995 auf 26% im Jahr 1998 (Greppi et al. 2000).



Figur 21: Entwicklung der KVG-Leistungen für Pflegeheime und Spitex (Quelle: BSV 1999).

Die Kosten für die Spitex haben sich zwischen 1996 und 2000 annähernd verdoppelt und werden für das Jahr 2000 auf ca. 265 Mio. Franken geschätzt (siehe Figur 21). Die bedeutendsten Zunahmen waren allerdings vor und während der Einführung des KVG zu verzeichnen. In den Jahren 1999 und 2000 konnte die Kostenzunahme auf rund 7% pro Jahr stabilisiert werden. Die Kosten für die Spitex wurden im Jahr 1998 zu rund 28% von den Versicherern finanziert. Die Beteiligung der Privathaushalte und der öffentlichen Hand geht dabei kontinuierlich zurück.

Folgerungen:

Die Leistungen, die durch die Krankenversicherer im Rahmen der OKPV übernommen werden müssen, nehmen unter dem KVG weiterhin zu und liegen im Jahr 2000 knapp 30% über den Ausgaben von 1996. Die ärztliche Behandlung und die stationäre Spitalbehandlung machen dabei zusammen fast die Hälfte dieser Kosten aus. Gegenüber 1996 hat sich eine bedeutende Verschiebung der Kostenanteile dieser beiden Bereiche in Richtung ambulanter Behandlung und Medikamente ergeben. Die geringe Zunahme der stationären im Vergleich zu den ambulanten Spitalkosten deutet auf eine deutliche Kostenverlagerung hin. Während die Zunahme der Leistungen bei der ambulanten Behandlung und der Medikamente vor allem durch die Mengenausweitung zu erklären ist, kann die geringfügige Zunahme bei den stationären Spitalkosten auf Tarifierhöhungen zurückgeführt werden.

5.2. Einfluss der Versicherer auf die Kostenentwicklung

Die Kostensteigerung kann hauptsächlich als Folge des hoch entwickelten Angebots (Anzahl Leistungserbringer, technologischer Stand) und einer ungebremsen Nachfrage seitens der Versicherten (demografische Entwicklung, Anspruchshaltung) zurückgeführt werden. Zentraler Faktor der Kostensteigerung ist damit anerkanntermassen die sich daraus ergebende Mengenausweitung (INFRAS 2000). Die Versicherer können die von ihnen zu übernehmenden Leistungskosten nur teilweise beeinflussen (s. Kap. 2.1.). Während über die Tarifierung und die Rechnungskontrollen der Preis der Leistungen mitbeeinflusst werden kann, ist die Lenkung der Menge über die alternativen Versicherungsmodelle und Fallmanagementkonzepte wesentlich schwieriger. Im Folgenden werden die einzelnen Handlungsbereiche der Versicherer hinsichtlich ihres Beitrags zur Kosteneindämmung beurteilt.

5.2.1. Kostenkontrolle, Fall- und Diseasemanagement

Wie in Kapitel 3.3.1. ausgeführt, haben die meisten Versicherer die Kostenkontrolle seit der Einführung des KVG verstärkt. Die Kostenkontrolle ist jedoch weiterhin lückenhaft:

- Die Kostenkontrolle bezieht sich hauptsächlich auf die formale Kontrolle der Rechnungen. Weitergehende Prüfungen der Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit werden aufgrund der fehlenden Datengrundlagen (Diagnosecodes) nicht durchgeführt.
- Die Rechnungskontrolle wird aufgrund des Aufwands grösstenteils auf den stationären Bereich beschränkt. Damit wird ein sehr grosser Teil der Kosten nicht kontrolliert.

Die Kosteneinsparungen werden von den im Rahmen der Kurzfallstudien befragten Versicherer wie folgt eingeschätzt:

- Der Ausbau der Abteilungen mit Leistungskontrollfunktionen hat bei den sehr grossen Krankenversicherern zu beträchtlichen Kosteneinsparungen geführt. Die genauen Kontrollen der angewendeten Tarife und die Ablehnung von Leistungen, die nicht dem Leistungskatalog des KVG entsprechen, ergeben gemäss den Erfahrungen der sehr grossen Versicherer Einsparungen in Millionenhöhe und können bis zu 10% der gesamten Leistungskosten betragen.
- Uneinheitlicher sieht das Bild bei den grossen Versicherern aus. Während zwei Drittel der befragten grossen Versicherer die Kostenkontrollen ausgebaut haben und mit Einsparungen in der Höhe von bis zu 15% rechnen, ist ein Drittel eher skeptisch gegenüber dem Nutzen der Kostenkontrollen (Einsparungen im Promillebereich).
- Der Nutzen der Kostenkontrollen wird von den mittleren Versicherer nicht so hoch eingeschätzt wie von den sehr grossen Versicherer. In einem Fall konnten rund 2.5% der gesamten Leistungskosten reduziert werden. Mit den Kostenkontrollen werden aber auch systematische Fehler aufgespürt und Unklarheiten in der Abrechnung geklärt.
- Die kleinen Versicherer haben die Kostenkontrollen ebenfalls verstärkt. Sie sind der Auffassung, dass die verstärkten Kontrollen zu erheblichen Einsparungen führen. Ein Versicherer nennt ein Einsparpotenzial von 2%, ohne die präventive Wirkung strikter Rechnungskontrollen einzubeziehen.

Fall- und Diseasemanagementkonzepte werden fast ausschliesslich von den grossen und v.a. sehr grossen Versicherern vorangetrieben, befinden sich jedoch noch im Entwicklungsstadium. Gemäss diesen Versicherern sind die ersten Erfahrungen positiv. Mehrere sehr grosse Versicherer rechnen beim Fallmanagement mit relevanten Einsparungen, die jedoch mehrheitlich noch nicht bezifferbar sind. Ein sehr grosser Versicherer gibt an, pro Spitaleintritt mit dieser Massnahme zwischen Fr. 150.– und Fr. 200.– Kosten eingespart zu haben. Insgesamt konnten die Leistungskosten pro Jahr um 6.5 Mio. Fr. reduziert werden, was rund 0,2% der ausbezahlten Leistungen entspricht. Erfolgreich angewendet wurde das Diseasemanagement beispielsweise bereits im Rehabilitationsbereich. Die Einsparungen sind jedoch bisher ebenfalls noch nicht bezifferbar. Mehrere mittlere und kleine Versicherer begleiten teure Fälle um eine Kostenoptimierung zu erzielen (bspw. in Zusammenarbeit mit dem RVK Rück).

Folgerungen:

Die Kostenkontrollen der Versicherer sind lückenhaft, weil sie sich nur auf die Rechnungskontrolle und dabei hauptsächlich auf den stationären Bereich beschränken. Mit einer verstärkten Rechnungskontrolle konnten mehrere grosse Versicherer unternehmerisch relevante Kosteneinsparungen von bis zu 10% erzielen. Wichtig ist zudem die präventive Wirkung der Kontrollen. Bei den mittleren und kleinen Versicherern liegen die erzielten Einsparungen tiefer und werden auf 2% bis 3% geschätzt. Die grossen Versicherer erwarten sich von der Einführung des Fall- und des Diseasemanagement relevante Einsparungen. Diese sind jedoch mehrheitlich noch nicht bezifferbar und betragen nach ersten Schätzungen 0.2% der ausbezahlten Leistungen.

5.2.2. Tarifierung

Durch Massnahmen im Tarifbereich kann grundsätzlich nur der Preis einer Leistung beeinflusst werden. Eine Mengenausdehnung kann jedoch kaum verhindert werden. Der Einfluss der Änderungen im Tarifbereich auf die von den Versicherern zu übernehmenden Leistungskosten wurde in INFRAS 2000 untersucht und hier in zusammenfassender Form wiedergegeben.

Höhe der Tarife

Gemäss INFRAS 2000 haben der Verhandlungsdruck der Versicherer, die Tarifentscheide des Bundesrates sowie der politische Druck zu einer Verringerung der Zunahmen der Tarifhöhen in allen Leistungsbereichen geführt. Bei den öffentlichen Spi-

tälern hat dies zusammen mit der schwierigen finanziellen Lage der Kantone sowie den Spitallisten zu einem spürbaren Kostendruck auf die Spitäler geführt. In einer ersten Phase hat dieser Kostendruck, vor allem durch die Spitallisten, zu gewissen Sparmassnahmen geführt. Der Druck hat jedoch bei den öffentlichen Spitälern zu keinen spürbaren Kostenreduktionen sondern durch Ausweichreaktionen zu Kostenverlagerungen (stationär/ambulant) und einem Leistungs- und Qualitätsabbau (v.a. in den Bereichen Pflege, Ausbildung und teure Leistungen) geführt. Im ambulanten Bereich sind die Verringerungen der Zunahmen der Tarife nach INFRAS 2000 zum grössten Teil durch Mengenausweitungen kompensiert worden. Die Aufhebung des Verbandsverbots hat nur zu sehr vereinzelt Sonderverträgen geführt und damit keinen Druck auf die Tarifhöhen ausgeübt.

Tarifierungsformen

Die Einführung einheitlicher Tarifstrukturen bei den Einzelleistungstarifen hat gemäss INFRAS 2000 die administrativen Aufwendungen der Versicherer und Leistungserbringer durch eine einfachere Abrechnung gesenkt. Bei verschiedenen Tarifen wurden mit den Einzelleistungstarifen Sitzungs- resp. Besuchsbeschränkungen eingeführt. Entscheidend ist jedoch der Einfluss auf die Mengenentwicklung. Bei der Physiotherapie sind die Kosten trotz des neuen Tarifs, mit dem ein Schritt hin zu einer Pauschale vollzogen wurde, gestiegen, was auf eine Kompensation mit einer Mengenausweitung schliessen lässt.

Bei den neuen Pauschalisierungsformen im Spitalbereich gehen die Versicherer gemäss INFRAS 2000 mehrheitlich davon aus, dass sich die Leistungserbringer den neuen Modellen anpassen und diese zum grössten Teil durch Ausweichreaktionen kompensieren, was zu einer Kostenverlagerung führt (v.a. Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung).

Folgerungen:

- Der Tarifdruck der Versicherer hat nicht zu relevanten Kosteneinsparungen, sondern zu Ausweichreaktionen seitens der Leistungserbringer geführt (Kostenverlagerungen und Leistungs- resp. Qualitätsabbau im stationären Bereich, Mengenausdehnungen im ambulanten Bereich).

- Auch bei den neuen Tarifierungsformen (einheitliche Strukturen bei den Einzelleistungstarifen, neue Pauschalisierungsformen im Spitalbereich) ist davon auszugehen, dass diese hauptsächlich zu Ausweichreaktionen wie Kompensation durch eine Mengenausweitung oder Kostenverlagerungen geführt haben.

5.2.3. Alternative Versicherungsmodelle und Gesundheitsförderung

Der Einfluss der alternativen Versicherungsmodellen, kann aufgrund ihrer geringeren bisherigen Verbreitung als sehr gering beurteilt werden. Gemäss den in INFRAS 2000 befragten Versicherern ist die Wirtschaftlichkeit der alternativen Modelle umstritten. Es wird davon ausgegangen, dass die HMO wirtschaftlich betrieben werden können, die Hausarztmodelle jedoch vermutlich unwirtschaftlich sind. Erste Abschätzungen lassen vermuten, dass die Einsparungen der heute angebotenen Modelle zwischen 10% und 15% betragen (INFRAS 2000).

Die grossen Versicherer bieten in bescheidenem Umfang ihren Versicherten Angebote zur Gesundheitsförderung an. Aufgrund der unsicheren und längerfristigen Wirkungen werden sie jedoch nicht zu einem zentralen Instrument der Versicherer zur Kostenbeeinflussung geworden.

Folgerung:

Die alternativen Versicherungsmodelle haben die Leistungskosten bisher nur in vernachlässigbarem Umfang beeinflusst. Von den bescheidenen Gesundheitsförderungsmassnahmen sind bisher kaum kosteneindämmende Wirkungen zu erwarten.

5.2.4. Beeinflussung der Leistungserbringer

Im Folgenden wird beurteilt, inwiefern die Versicherer durch ihre Verhaltensänderungen den Wettbewerb unter den Leistungserbringern gefördert und damit zu einer Eindämmung der Kosten beigetragen haben.³⁶ Wesentliche Anknüpfungspunkte sind dabei die Tarifierung und die alternativen Versicherungsmodelle:

36 Die Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer werden im Auftrag des BSV den in einer separaten Evaluation untersucht.

- Über die Tarifierung haben die Versicherer keine verstärkte Konkurrenz unter den Leistungserbringern ausgelöst. Sondertarife werden von den Versicherern in der OKPV kaum abgeschlossen. Sie versuchen demgegenüber in gemeinsamen Verhandlungen Druck auf die Leistungserbringer auszuüben.
- Die geringe Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle hat bisher noch zu keiner spürbaren Konkurrenz zwischen diesen neuen und den konventionellen Versorgungsformen geführt. Ebenfalls besteht zwischen den alternativen Modellen gemäss mehreren Versicherern kaum Wettbewerb. Gemäss INFRAS 2000 konnte jedoch bei sich beteiligenden Ärzten eine Sensibilisierung hinsichtlich ihrer ökonomischen Verantwortung und damit ein gewisser Bewusstseinswandel ausgelöst werden, der zu einer spürbaren Dynamik seitens der Ärzte geführt hat.

Generell sind die befragten Versicherer der Ansicht, dass die Leistungserbringer durch das KVG nicht wesentlich beeinflusst worden sind. Einerseits treten sie in den Tarifverhandlungen ebenfalls geschlossen auf. Andererseits hat sich die Kostensteigerung und der Tarifdruck nur beschränkt auf die Wettbewerbsintensität ausgewirkt.

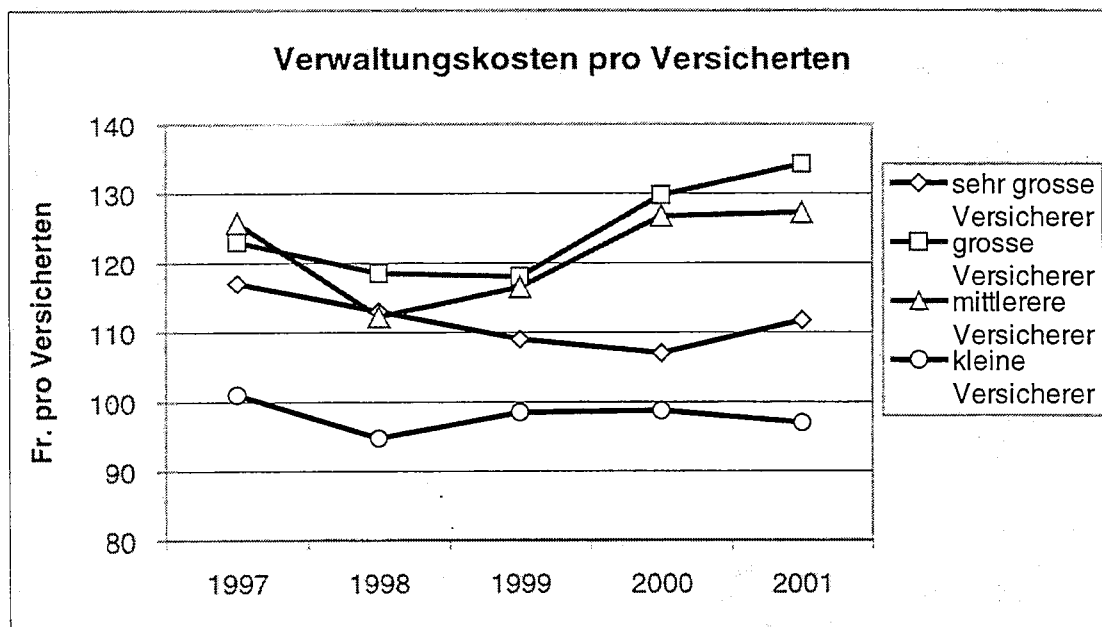
Folgerung:

Die Versicherer haben durch ihre Verhaltensänderungen aufgrund des KVG keinen zusätzlichen Wettbewerb unter den Leistungserbringern bewirkt, der zu Kosteneinsparungen geführt hat.

5.2.5. Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten sind Betriebskosten und damit stark abhängig von wettbewerblich bedingten Investitionen. Sie haben sich in den letzten Jahren nicht gross verändert und betragen gemäss BSV 2000b 6 bis 7% der Nettoleistungen. Die Verwaltungskosten liegen bei den Krankenversicherern deutlich unter denjenigen der Privatversicherer, die sich in der Regel zwischen 15% und 20% bewegen. Die Versicherer sind vor allem Mitte der 90er Jahre von der Politik und den Medien unter Druck gesetzt worden, die Verwaltungskosten zu reduzieren (vgl. Kap. 2.2.2.).

Die Verwaltungskosten der vier Versicherergruppen in der OKPV unterscheiden sich nicht beträchtlich (vgl. Figur 22).



Figur 22: Verwaltungskosten in Relation zur Anzahl Versicherte (Quelle: Prämiengenehmigungsdaten des BSV, BSV 2000a, eigene Berechnungen).

Gemäss den befragten Versicherern nahmen die Verwaltungskosten im Jahr 1996 deutlich zu, was insbesondere auf die Umstellung auf die neuen KVG-Strukturen zurückgeführt werden kann. Neue Abläufe, zunehmende administrative Tätigkeiten und neue EDV-Lösungen führten anfänglich zu einer Erhöhung der Verwaltungskosten bei den meisten Versicherern. In den Jahren 1998/99 verzeichneten die Verwaltungskosten eine abnehmende Tendenz, nehmen seither jedoch aufgrund der durch die Professionalisierung notwendigen Aufwendungen (Marketing, Informatik, Know-how) wieder zu. Insgesamt konnten sie jedoch mehr oder weniger stabil gehalten werden. Werden die Verwaltungskosten in Relation zur Anzahl versicherten Personen gesetzt, zeigt sich, dass sie zwischen rund Fr. 100.–/Versicherten bei kleinen Versicherern und etwas über Fr. 130.–/Versicherten bei den grossen Versicherern liegen. Folgende Gründe können die unterschiedlichen Höhen der Verwaltungskosten zwischen den Versicherergruppen erklären:

- Die Verwaltungskosten der sehr grossen Versicherer liegen mit durchschnittlich Fr. 110.– pro Versicherten im mittleren Bereich. Die sehr grossen Versicherer haben bedeutende innerbetriebliche Investitionen getätigt (neue Abteilungen, Reorganisationen, Informatik, neue Produkte, Marketing, Verbesserung der Leistungskontrollen, Fallmanagement, etc.). Der Skaleneffekt macht sich bisher nur gegenüber den mittleren und grossen Versicherern bemerkbar.

- Die Verwaltungskosten der grossen und mittleren Versicherer liegen mit rund Fr. 130.– pro Versicherten am höchsten. Dies ist einerseits durch die notwendigen Investitionen (Informatik, Reorganisationen, etc.), andererseits wohl auch teilweise durch die Zunahme der Versicherten, die zusätzliche administrative Aufwendungen verursacht haben.
- Die tiefen Verwaltungskosten der kleinen Versicherer sind einerseits auf die kleinen Strukturen (wenige MitarbeiterInnen führen alle Arbeitsabläufe durch) und andererseits auf Kooperationen mit sehr grossen Versicherern zurückzuführen (kein Aufbau eigener EDV-Produkte).

Folgerungen:

Die Verwaltungskosten der Versicherer betragen über die letzten Jahre zwischen 6% und 7% der Nettoleistungen und liegen damit im Vergleich zu den Privatversicherern relativ tief. Die Verwaltungskosten sind mit der Einführung des KVG aufgrund der zusätzlichen administrativen Aufwendungen gestiegen. In den Jahren 1998/99 verzeichneten die Verwaltungskosten eine abnehmende Tendenz, nehmen seither jedoch wieder zu. Insgesamt konnten sie jedoch mehr oder weniger stabil gehalten werden. Die geringsten Verwaltungskosten weisen die kleinen Versicherer aus.

5.2.6. Einfluss auf die übrigen Zielsetzungen des KVG

Der Einfluss der Verhaltensänderungen der Versicherer auf das Solidaritäts- und das Leistungsqualitätsziel wurde nicht vertieft untersucht. Aufgrund der festgestellten Auswirkungen können jedoch nachstehende Folgerungen abgeleitet werden:

- Die Entsolidarisierung hat sich mit der durch das KVG eingeführten Einheitsprämie entschärft. Sie wird jedoch durch die Risikoselektion, die aufgrund des verstärkten Kostendrucks und der profitablen Zusatzversicherungen verstärkt wurde, und der Tatsache, dass bisher vor allem die guten Risiken wechseln, tendenziell verschlechtert. Ein verbesserte Risikoausgleichsregel könnte dieses Problem entschärfen.
- Der durch das KVG und den allgemeinen Kostendruck hervorgerufene Kosten- und Tarifdruck führte dazu, dass die Spitäler aus Spargründen teilweise Leistungs- oder Qualitätseinbussen in Kauf nahmen (v.a. Pflegepersonal und Ausbildung). Qualitätseinbussen können zudem bei neuen Pauschalisierungsformen in Spitälern entstehen, in dem Patienten früher entlassen oder abgeschoben werden,

um möglichst viele Fälle behandeln zu können. Andererseits führen das Fall- und das Diseasemanagement zu Qualitätsverbesserungen.

Folgerungen:

- Zwischen dem Ziel der Versicherer, eine möglichst gute Risikostruktur zu erzielen und dem Solidaritätsziel besteht ein Zielkonflikt, in dem die Risikoselektion zu einer tendenziell zunehmenden Entsolidarisierung führen kann. Ein verbesserter Risikoausgleich könnte diesen Zielkonflikt entschärfen.
- Erhöhter Kostendruck unter den Leistungserbringern und zunehmender Wettbewerb kann die Leistungsqualität verschlechtern. Deshalb sollte möglichst bald eine wirksame Qualitätssicherung eingeführt werden.

5.3. Fazit

Die Ausgaben für Leistungen, die durch die Versicherer im Rahmen der OKPV übernommen werden, nehmen unter dem KVG weiterhin zu und liegen im Jahr 2000 knapp 30% über den Ausgaben von 1996. Die ärztliche Behandlung und die stationäre Spitalbehandlung machen zusammen fast die Hälfte dieser Kosten aus. Gegenüber 1996 hat sich eine bedeutende Verschiebung der Kostenanteile dieser beiden Bereiche in Richtung der ambulanten Behandlung und der Medikamente ergeben. Die geringe Zunahme der stationären im Vergleich zu den ambulanten Spitalkosten deutet auf eine deutliche Kostenverlagerung hin. Während die Zunahmen der Leistungen bei der ambulanten Behandlung und der Medikamente vor allem durch die Mengenausweitung erklärt werden kann, ist die geringfügige Zunahme bei den stationären Spitalkosten vor allem auf Tarifierhöhungen zurückführbar.

Die Versicherer haben bisher die Kosten der Leistungserbringer kaum beeinflusst. Sie konnten damit die in sie gesetzten Erwartungen bisher nicht erfüllen. Die Versicherer können die von ihnen zu übernehmenden Leistungskosten jedoch nur beschränkt beeinflussen. Während der Preis der Leistungen über die Tarifierung und die Rechnungskontrollen mitbeeinflusst werden kann, ist die Lenkung der Menge über die alternativen Modelle und die Fallmanagementkonzepte wesentlich schwieriger. Der bisherige Beitrag der Versicherer bezüglich der Eindämmung der Gesundheitskosten kann wie folgt bilanziert werden:

| Bereich | Ergebnis |
|--------------------------------------|---|
| Kostenkontrollen | Die Kostenkontrollen der Versicherer sind lückenhaft, weil sie sich nur auf die Rechnungskontrolle und dabei hauptsächlich auf den stationären Bereich beschränken. Durch eine verstärkte Rechnungskontrolle konnten mehrere grosse Versicherer unternehmerisch relevante Einsparungen von bis zu 10% erzielen. Bei den mittleren und kleinen Versicherern liegen die erzielten Einsparungen tiefer und werden auf 2% bis 3% geschätzt. |
| Fall- und Disease-Management | Von Fall- und Disease-Managementkonzepten werden relevante Einsparungen erwartet. Bisher sind die Einsparungen mehrheitlich nicht quantifizierbar. Ein Versicherer schätzt die Einsparungen des Fallmanagements auf 0.2% der ausbezahlten Leistungen. |
| Tarifierung | Der Tarifdruck seitens der Versicherer hat nicht zu relevanten Kosteneinsparungen, sondern zu Ausweichreaktionen seitens der Leistungserbringer geführt (Kostenverlagerungen im stationären und Mengenausdehnungen im ambulanten Bereich). Auch bei den neuen Tarifierungsformen ist davon auszugehen, dass diese hauptsächlich zu Ausweichreaktionen geführt haben. |
| Alternative Versicherungsmodelle | Erste Abschätzungen zeigen, dass die Einsparungen der alternativen Versicherungsmodellen zwischen 10% und 15% betragen. Aufgrund der geringen Verbreitung der Modelle muss ihr Einfluss auf die Leistungskosten bisher als gering beurteilt werden. |
| Gesundheitsförderung | Von den bescheidenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung sind bisher kaum kosteneindämmende Wirkungen zu erwarten. |
| Beeinflussung der Leistungserbringer | Die Versicherer haben durch ihre Verhaltensänderungen keinen zusätzlichen Wettbewerb unter den Leistungserbringern bewirkt, der zu Kosteneinsparungen geführt hat. |
| Verwaltungskosten | Die Verwaltungskosten der Versicherer betragen durchschnittlich 8% bis 9% der gesamten Kosten und sind damit im Vergleich zu denjenigen der Privatversicherer relativ tief. Die Verwaltungskosten sind mit der Einführung des KVG aufgrund der zusätzlichen administrativen Aufwendungen gestiegen, konnten anschliessend jedoch wieder gesenkt werden. |

Tabelle 23: Der bisherige Beitrag der Versicherer zur Eindämmung der Gesundheitskosten ist gering und konzentriert sich auf die Kostenkontrolle und die alternativen Versicherungsmodelle.

Zu den übrigen Zielen des KVG bestehen folgende Zielkonflikte:

1. Zwischen dem Ziel der Versicherer, eine möglichst gute Risikostruktur zu erzielen und dem Solidaritätsziel besteht ein Zielkonflikt, indem die Risikoselektion zu einer tendenziell zunehmenden Entsolidarisierung führen könnte.
2. Erhöhter Kostendruck unter den Leistungserbringern und zunehmender Wettbewerb kann die Leistungsqualität gefährden.

6. Gesamtbeurteilung und Empfehlungen

Im folgenden Kapitel werden die festgestellten Verhaltensänderungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitskosten an den politischen und den gesellschaftlichen Erwartungen sowie den Erwartungen des KVG gemessen. Aufgrund dieser Gesamtbeurteilung werden anschliessend Empfehlungen zur Intensivierung des Wettbewerbsverhaltens der Versicherer und zur Erhöhung des Beitrags zur Kosteneindämmung seitens der Versicherer formuliert.

Von den Versicherern wird grundsätzlich erwartet (vgl. Kapitel 2.9.), dass sie ihren bestehenden unternehmerischen Handlungsspielraum aktiv nutzen und dadurch zur Kosteneindämmung beitragen, ohne die übrigen Ziele des KVG zu gefährden. Sie sind insbesondere zu verstärktem wettbewerblichem Verhalten aufgefordert, das jedoch nicht über die Risikoselektion sondern hauptsächlich über Kostenmanagementmassnahmen erfolgen soll. Werden die festgestellten Verhaltensänderungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitskosten an diesen Erwartungen gemessen, haben die Versicherer die in sie gesetzten Erwartungen bisher weitgehend nicht erfüllt. Folgende Faktoren relativieren jedoch diese Beurteilung:

1. Die weiterhin bestehende starke Einschränkung des unternehmerischen Handlungsspielraums der Versicherer bewirkt zusammen mit dem Verbot der Gewinnzielsetzung, dass der Markt der obligatorischen Krankenversicherung wenig attraktiv ist. Innovationen und verstärktes Wettbewerbsverhalten in Richtung von neuen Produkten werden damit nicht wesentlich gefördert.
2. Verhaltensänderungen wie ein unternehmerischer Wandel oder die Entwicklung innovativer alternativer Produkte benötigen Zeit. Die vorliegende Evaluation beinhaltet eine Momentaufnahme eines dynamischen Veränderungsprozesses und beurteilt die kurzfristigen Auswirkungen des KVG auf die Versicherer.
3. Die Marktergebnisse hängen in starkem Masse von „externen“ Faktoren ab (v.a. Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer, regulatorische Eingriffe, technologische Entwicklung).

Im Folgenden wird die Erfüllung der wichtigsten Erwartungen an die Versicherer zusammenfassend beurteilt und Empfehlungen an die Versicherer und die Behörden formuliert.

6.1. Professionalisierung

Erwartung:

Die Versicherer sind zur Verstärkung des Wettbewerbs aufgefordert, sich von den an einer Verwaltungskultur orientierten Kassen zu modernen Unternehmen zu entwickeln. Erwartet wird eine marktwirtschaftliche Neuausrichtung des ganzen Unternehmens. Diese betrifft alle innerbetrieblichen Bereiche sowie die Verstärkung der Kundenorientierung.

Das KVG hat die Professionalisierungstendenz bei den Versicherern beschleunigt und zu innerbetrieblichen Änderungen, zu einer verstärkten Kundenorientierung und Verbesserung der Dienstleistungsqualität geführt:

- Bei den Versicherern ist generell ein Kulturwandel von der „Kasse“ zu modernen Versicherern feststellbar. Dieser Wandel der Unternehmenskultur konzentriert sich vor allem auf die grossen Versicherer.
- Viele grosse Versicherer haben ihre Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe grundlegend überprüft und optimiert. Bei den mittleren und kleinen Versicherern stand vor allem der Ausbau der Organisation aufgrund eines steigenden Mitgliederbestandes und die Anpassung der Arbeitsabläufe im Vordergrund.
- Die Versicherer haben ihre Fachkompetenz generell verstärkt. Die sehr grossen und teilweise auch die grossen Versicherer haben sich neues Know-how in den Bereichen Managed Care und Leistungseinkauf, Management und Informatik eingekauft. Die Schulungsangebote sind ausgebaut worden. Die nebenamtliche Erwerbstätigkeit ist aufgrund der gestiegenen Anforderungen zurückgegangen.
- Die grossen Versicherer haben ihre Marketinganstrengungen wesentlich verstärkt und systematisiert, was u.a. auch auf die profitablen Zusatzversicherungen zurückzuführen ist. Neben regelmässigen Marktanalysen sind die internen Datengrundlagen und -auswertungen mit dem Aufbau von Datawarehouses verbessert worden. Bei den mittleren und kleinen Versicherern hat das KVG höchstens zu einer Verbesserung des regional ausgerichteten Marketings beigetragen.
- Die Versicherer haben wesentlich in neue Informatiklösungen investiert. Die Anforderungen des KVG (insbes. TarMed) haben diese Entwicklung beschleunigt.
- Das KVG hat neben den gestiegenen Anforderungen der Kunden und den vermehrten Wettbewerb über die Dienstleistungen die Kundenorientierung und die Dienstleistungsqualität der Versicherer erhöht. Verbessert haben sich die Intensität

der Kundenkontakte, die Kundeninformation und -beratung sowie die Geschwindigkeit der Rechnungsauszahlungen.

- Die Öffentlichkeitsarbeit und die politische Einflussnahme haben mit dem KVG bei allen Versicherern an Bedeutung gewonnen. Insbesondere die grossen Versicherer haben die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert und professionalisiert und die Imagepflege verstärkt.

Die Professionalisierung ist angesichts der Zeit, die ein Unternehmenswandel benötigt und des grossen zusätzlichen Potenzials zu relativieren. Sie ist bei den Versicherern unterschiedlich fortgeschritten. Weitere Verbesserungspotenziale bestehen generell im unternehmerischen Denken und Handeln, der Entwicklung neuer innovativer Versicherungsprodukte und des Kostenmanagements (siehe auch Kapitel 6.2.).

Empfehlungen an die Versicherer:

Die Professionalisierung ist in allen Unternehmensbereichen konsequent weiter zu fördern. Insbesondere die bisher wenig professionellen Versicherer sollten überdurchschnittliche Anstrengungen unternehmen, um ihre Wettbewerbsposition zu verbessern. Folgende, teilweise bereits eingeleitete Entwicklungen sollten verstärkt resp. beschleunigt werden:

- Verstärkung des unternehmerischen und kundenorientierten Denkens aller Mitarbeiter.
- Weitere Verbesserung der Kundenorientierung und der Dienstleistungsqualität (Kundenkontakt, Information, Beratung, abgestimmte Produktpalette, Freundlichkeit, Geschwindigkeit der Auszahlungen, etc.).
- Aufbau von professionellen Organisations- und Führungsstrukturen (klare Führungsstrukturen, Verbesserung der Service- und Vertriebsstrukturen), rechtliche Ausgliederung des Zusatzversicherungsgeschäfts, Institutionalisierung von Innovationsstrukturen.
- Einführung eines Qualitätsmanagementsystems zur Verbesserung der Arbeitsabläufe.
- Professionalisierung des Personalwesens; Vermehrte Leistungsanreize, jedoch keine Provisionen; Verstärkung der Fachkompetenzen durch gezielte Ergänzungen von Spezialisten (v.a. Management, Managed Care, Kostenmanagement und Informatik) und systematische Weiterbildungsprogramme (Bspw. Verkaufsschulung).

- Verbesserung der vorhandenen Datengrundlagen und deren Auswertungen (Datenpool) zur Produktentwicklung, gezielten Marktbearbeitung, Verbesserung der Kostenkontrolle (Identifikation teurer Fälle), zum Fallmanagement und als Grundlage für die Tarifverhandlungen (Benchmarking).
- Grosse Versicherer sollten moderne Managementinformationssysteme einführen. Vor allem die mittleren und kleinen Versicherer sollten im Bereich Informatik stärker zusammenarbeiten, um die gemeinsamen Ressourcen zu nutzen.
- Verstärkte Nutzung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien zur Marktbearbeitung (Information, Marketing, Bearbeitung von Kundenanfragen, etc.).
- Die Öffentlichkeitsarbeit ist weiter zu verstärken und zu systematisieren. Dabei ist der Sensibilisierung für ökonomische Aspekte seitens der Versicherten und der Leistungserbringer sowie der Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten besonderes Gewicht beizumessen. Der Einfluss auf politische Entscheide sollte vor allem über das KSK verstärkt werden, um die Anliegen der Versicherer verstärkt durchzusetzen.

6.2. Wettbewerbsverhalten

Erwartung:

Die Versicherer sind aufgefordert, ihren Handlungsspielraum aktiv zu nutzen und sich verstärkt wettbewerbslich zu verhalten. Der Wettbewerb soll jedoch nicht über die Risikoselektion sondern über Kostensenkungsmassnahmen (alternative Versicherungsmodelle, Kostenkontrolle, Druck auf die Tarife und Anwendung kosteneindämmender Tarife) erfolgen.

Die Versicherer verhalten sich verstärkt wettbewerbslich. Der Wettbewerb wird jedoch in erster Linie über die Prämien und die Risikoselektion geführt und hat sich damit nicht wesentlich verändert. Angestrebt wird ein moderates „qualitatives“ Wachstum. Die Dienstleistungsqualität und das Image sind zu haben eine grössere Bedeutung im Wettbewerb erhalten. Das aktive Kostenmanagement, die alternativen Versicherungsmodelle sowie der Wettbewerb in der Tarifierung spielen in den Wettbewerbsstrategien der Versicherer eine untergeordnete Rolle:

- Die Kostenkontrolle wurde zwar verbessert, ist jedoch durch die Beschränkung auf die formale Rechnungskontrolle weiterhin lückenhaft. Auf eine Überprüfung der Angemessenheit und der Zweckmässigkeit der Behandlungen (Wirtschaftlichkeitskontrolle) wird aufgrund der unvollständigen Datenlage (fehlende Diagnosecodes) praktisch verzichtet. Zudem beschränkt sich die Rechnungskontrolle vor allem auf den stationären Bereich. Die elektronische Leistungsabrechnung wird nur bei einem geringen Teil der Rechnungen durchgeführt.
- Das Fall- und das Diseasemanagement werden nur durch die grossen Versicherer durchgeführt, befinden sich jedoch noch in der Erprobungsphase.
- Massnahmen zur Gesundheitsförderung werden aufgrund der unsicheren und erst längerfristigen Wirkungen von den sehr grossen Versicherern in bescheidenem Rahmen durchgeführt und haben sich nicht zu einem zentralen Instrument der Versicherer zur Kostenbeeinflussung entwickelt.
- Die alternativen Versicherungsmodelle sind nicht entscheidend weiterentwickelt worden und haben sich nicht bedeutend verbreitet. Als Haupthemmnisse für die Verbreitung dieser Modelle wird genannt, dass sich die Versicherten nicht gerne einschränken wollen und seitens der Leistungserbringer (v.a. der Ärzte) aufgrund des Kontrahierungszwangs wenig Bereitschaft besteht, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Die Versicherer sind sich über die Zweckmässigkeit der alternativen Modelle nicht einig, was zu einer Verunsicherung geführt hat.
- Die Versicherer üben zwar gemeinsam einen erhöhten Druck auf die Tarife aus, der tarifbezogene Wettbewerb hat sich jedoch mit der Aufhebung des Verbandszwangs nicht verstärkt. Neue Tarifmodelle haben sich aufgrund der noch unklaren Auswirkungen noch nicht breit durchgesetzt.

Das KVG hat durch die neuen Anforderungen zweckorientierte Kooperationen unter Versicherern gefördert, um deren Wettbewerbsposition zu verbessern. Während die Allianzen zwischen grossen Versicherern gescheitert sind, haben sich unter den mittleren, kleinen und teilweise auch grossen Versicherern Kooperationen in den Bereichen Leistungseinkauf, Managed Care, und Zusatzversicherungen etabliert.

Empfehlungen an die Versicherer:

Die Versicherer sollten eine längerfristige und innovative Unternehmensstrategie entwickeln und umsetzen, die von der kurzfristig orientierten Risikoselektion hin zu ei-

nem umfassenden Gesundheitsmanagement und damit zu relevanten Kosteneinsparungen führen. Diese längerfristige Strategie sollte folgende Elemente stärker betonen:

- Die Massnahmen zur Gesundheitsförderung sollten wesentlich verstärkt werden, um die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken.
- Die Entwicklung und Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle ist voranzutreiben. Die bestehenden Modelle sind in Richtung von Capitation-Modellen mit vermehrten Anreizen für die Versicherten und Leistungserbringer innovativ weiterzuentwickeln. Der Fokus ist hauptsächlich auf die schlechten Risiken zu richten, um relevante Kosteneinsparungen erzielen zu können. Die Zusammenarbeit in diesen Modellen mit den Leistungserbringern sowie das Marketing ist zu verstärken.
- Die Anstrengungen im Fall- und Diseasemanagement sind zu intensivieren mit dem Ziel, die Schnittstellen der Behandlungsketten zu optimieren. Zudem sind die Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung bei den Leistungserbringern zu verstärken.
- Die Erfahrungen mit den neuen Tarifierungsmodellen sind zur Erarbeitung von optimierten Strategien auszuwerten. Angestrebt werden sollen möglichst Tarifierungsmodelle, die die gesamte Behandlungskette umfassen. Damit könnte ein Beitrag zur Effizienzsteigerung (resp. zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten) und zur Optimierung der Schnittstellen geleistet werden.
- Die Zusammenarbeit und der Dialog mit den Leistungserbringern ist generell zu verbessern und zu intensivieren. Folgende Bereiche sind betroffen: Qualitätssicherung, Tarifmodelle, Datengrundlagen (Diagnosecodes), Fall- und Diseasemanagement, elektronischer Datenaustausch.

Weiter sollten die Versicherer folgende Anstrengungen unternehmen, um ihre Wettbewerbsposition zu verbessern:

- Die Rechnungskontrollen sind auch im ambulanten Bereich zu verbessern. Die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen sind durch die Erarbeitung von geeigneten Datengrundlagen (Datenpool) und wesentlichen Fortschritten in der Qualitätssicherung deutlich zu verbessern. Die Vertrauensärzte könnten verstärkt in die Entwicklung von Kontrollmechanismen miteinbezogen werden.
- Falls der Kontrahierungszwang aufgehoben wird, sind vermehrt Sonderverträge abzuschliessen.

Empfehlungen an die Behörden:

- Der Risikoausgleich ist zu verbessern, damit einerseits die Risikoselektion noch weniger attraktiv wird, andererseits die Anreize zu Kosteneinsparungen bei den schlechten Risiken nicht zu stark vermindert werden.
- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist zu prüfen. Mit einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnten die alternativen Versicherungsmodelle gefördert werden (insbesondere Hausarztmodelle).
- Eine Erhöhung des Rabatts für alternative Versicherungsmodelle ist zu deren Attraktivitätssteigerung zu prüfen.

6.3. Wettbewerbsintensität

Erwartung:

Das KVG soll zu einer Erhöhung der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern führen.

Der Wettbewerb zwischen den Versicherern hat sich erhöht, betrifft jedoch hauptsächlich den Wettbewerb um die guten Risiken. Die Wettbewerbsintensität hat im Laufe der letzten Jahre nicht zugenommen und befindet sich auf einem bescheidenen Niveau. Damit herrscht zwischen den Versicherern generell kein allzu grosser Konkurrenzkampf. Verantwortlich für diese geringe Wettbewerbsintensität sind vor allem die hohe Regelungsichte und die Wettbewerbshemmnisse:

- Der obligatorische Krankenversicherungsmarkt ist hoch reguliert. Die zentralen Wettbewerbsfaktoren „Produkt“ und „Preis“ werden durch den Leistungskatalog, den Kontrahierungszwang und die Spitalplanung einerseits und den Bestimmungen im Tarifbereich sowie den Franchisenobergrenzen andererseits festgesetzt.
- Im obligatorischen Krankenversicherungsmarkt bestehen weiter eine Reihe von bedeutenden Wettbewerbshemmnissen wie der Eingriff in die Prämienfestsetzung durch die Behörden, der ungenügende Risikoausgleich, die Behinderung der alternativen Versicherungsmodelle durch den Risikoausgleich und die Begrenzung des Rabatts.
- Teilweise werden bei Kunden, die bei einem anderen Versicherer grundversichert sind, administrative Zuschläge auf die Zusatzversicherung erhoben.

Empfehlungen an die Versicherer:

- Weiterentwicklung der alternativen Versicherungsmodelle und Verstärkung des Kostenmanagements zur Verbesserung der Wettbewerbsposition (siehe auch 6.2.).
- Auf administrative Zuschläge für Zusatzversicherte, die bei einem anderen Versicherer grundversichert sind, ist zu verzichten.

Empfehlungen an die Behörden:

- Die politische Einflussnahme auf die Gestaltung der Prämien ist zu überprüfen, indem verstärkt auf die voraussichtlichen Kosten Bezug genommen wird.
- Bei den Regelungen der Reserven ist zu prüfen, ob die Reserven bei einem Versichertenwechsel dem neuen Versicherer zu übertragen sind.
- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist zu prüfen. Sie könnte den Wettbewerb unter den Versicherern über unterschiedliche Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl erhöhen.
- Durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit könnte den Versicherern ihre Wahlmöglichkeit des Versicherers verstärkt bewusst gemacht und damit die Wechselquote erhöht werden.

6.4. Beeinflussung der Gesundheitskosten

Erwartung:

Die Versicherer sollen einen relevanten Beitrag zur Kosteneindämmung leisten.

Die Versicherer können die von ihnen zu übernehmenden Leistungskosten nur beschränkt beeinflussen. Während der Preis der Leistungen über die Tarifierung und die Rechnungskontrolle mitbeeinflusst werden kann, ist die Lenkung der Menge wesentlich schwieriger. Bisher haben die Versicherer die Kosten der Leistungserbringer kaum beeinflusst. Die Einsparungen konzentrieren sich auf die Kostenkontrolle und die alternativen Versicherungsmodelle und sind insgesamt kaum spürbar.

Empfehlung an die Versicherer:

- Umsetzung einer längerfristigen Strategie in Richtung Gesundheitsmanagement (Verstärkung der Gesundheitsförderung, der alternativen Versicherungsmodelle, des Fall- und Diseasemanagements, etc.) und Verstärkung der Kostenkontrolle (vgl. Kapitel 6.2.).

Empfehlung an die Behörden:

- Zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten sollte eine Erhöhung der maximalen Wahlfranchisen sowie der damit verbundenen Rabatte überprüft werden.
- Um die Attraktivität der alternativen Modelle zu fördern, ist die Begrenzung des Rabatts sowie die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu überprüfen (vgl. Kapitel 6.2.).
- Die Kostensteigerung in der obligatorischen Grundversicherung ist u.a. eine Folge des erweiterten Grundleistungskatalogs. Zusätzliche Erweiterungen sind zu überprüfen.
- Die Spitalfinanzierung ist neu zu regeln, um die Kostenverlagerungen einzudämmen und die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern zu verringern.
- Die föderalistische Organisation der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen ist zu überprüfen (Tarifizierung, Spitalplanung, Doppelrolle der Kantone als Leistungserbringer und als Tarifgenehmigungs- resp. -festsetzungsbehörde).

6.5. Übrige Ziele des KVG

Erwartung:

Die Verhaltensänderungen der Versicherer dürfen die übrigen Ziele des KVG (Solidaritäts- und Qualitätsziel) nicht gefährden.

Die bisherige Verhaltensänderungen der Versicherer gefährden die übrigen KVG-Ziele in beschränktem Masse:

- Die weiterhin bestehende Risikoselektion läuft dem Solidaritätsziel entgegen.
- Der erhöhte Kostendruck auf die Leistungserbringer kann das Qualitätsziel gefährden.

Empfehlungen an die Versicherer:

- Verzicht auf die Risikoselektion mit unfairen Methoden („Schikanen“).
- Verstärkte Förderung des Qualitätsmanagements bei den Leistungserbringern.

Empfehlungen an die Behörden:

- Verbesserung des Risikoausgleichs.
- Verstärkte Förderung des Qualitätsmanagements bei den Leistungserbringern.

6.6. Perspektiven

Das KVG hat bisher im Wesentlichen die Professionalisierung der Versicherer beschleunigt und ihr Wettbewerbsverhalten geringfügig intensiviert. Die Wettbewerbsstrategien der Versicherer haben sich jedoch kaum verändert. Bei gleichen Rahmenbedingungen erwarten wir die folgenden Trends für die kommenden Jahre:

- Die Professionalisierung wird aufgrund des Kosten- und Wettbewerbsdrucks durch neues Wissen und neue Technologien weiter vorgetrieben werden.
- Die Versicherer werden auch zukünftig ihre Wettbewerbsstrategien nicht wesentlich verändern und weiterhin hauptsächlich einen Prämienwettbewerb über die Risikoselektion betreiben. Die Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle wird sich auf tiefem Niveau stabilisieren. Das Fall- und das Diseasemanagement wird sich nur langsam weiterentwickeln. Die grossen Versicherer werden zunehmend andere und interessantere Geschäftsfelder suchen (andere Personenversicherungsprodukte, Allfinanzbereich), um ihren Kunden neue gewinnbringende Produkte anbieten zu können („Crossselling“).
- Die Rechnungskontrolle wird sich durch die zunehmende elektronische Verarbeitung verbessern (v.a. auch durch den TarMed). Die Wirtschaftlichkeitskontrolle wird sich mit neuen Datengrundlagen (Datenpool) leicht verbessern.
- Die Tarifverhandlungen werden weiterhin hart geführt. Die Anzahl der Sonderverträge wird nicht zunehmen. Neue Tarifmodelle werden sich nur sehr zögerlich entwickeln.

- Eine weitere Erhöhung der Wettbewerbsintensität ist kaum zu erwarten. Sie wird weiterhin auf relativ tiefem Niveau verharren. Gründe dafür sind die geringen Wettbewerbsmöglichkeiten der Versicherer und das hohe Beharrungsvermögen der Versicherten.
- Der Konzentrationsprozess unter den Versicherern wird sich aufgrund der gestiegenen Anforderungen fortsetzen und vor allem zu einer weiteren Reduktion der mittleren und kleinen Versicherer führen. Die verbleibenden mittleren und kleinen Versicherer werden ihren Marktanteil jedoch aufgrund ihrer guten Wettbewerbsposition weiter erhöhen können. Sie werden verstärkt in zweckmässigen Kooperationen zusammenarbeiten.
- Die Versicherer werden auch weiterhin nicht in relevantem Masse zur Eindämmung der Gesundheitskosten beitragen können.

Eine grundlegende Änderung der Strategien der Versicherer in Richtung eines verstärkten Gesundheitsmanagement (vgl. Kapitel 6.2.) erwarten wir nur bei einer stark steigenden Prämienbelastung oder Änderungen der Rahmenbedingungen:

- Eine stark steigende Prämienbelastung, die die Zahlungsbereitschaft der meisten Versicherten übersteigt, könnte dazu führen, dass diese konsequent die günstigsten Versicherer resp. die vorteilhaftesten Versicherungsmodelle auswählen. Dies könnte die Bemühungen der Versicherer zum verstärkten Kostenmanagement und der Entwicklung alternativer Versicherungsmodelle erheblich fördern.
- Bei der Veränderung der Rahmenbedingungen könnte beispielsweise die Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Entwicklung und Verbreitung alternativer Versicherungsmodelle mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer fördern und bei einem genügend hohen Leidensdruck der Versicherten aufgrund gestiegener Prämien diese zu einem Wechsel veranlassen. Mit der Verbreitung neuer alternativer Versicherungsmodelle könnte zusätzlich die Entwicklung neuer ganzheitlicher Tarifierungsformen begünstigt werden.

Anhang

Anhang 1: Interviewpartner

1. Persönliche Interviews

In Tabelle 24 sind die GesprächspartnerInnen der 26 persönlichen Interviews dargestellt:

| Organisationen | | GesprächspartnerInnen |
|----------------|--|---|
| Versicherer | HELSANA Versicherungen AG | Herr Ch. Beusch |
| | CSS Versicherung | Herren G. Fürer, W. Strüwe und Boutellier |
| | VISANA | Herren F. Zaugg und U. Pfenniger |
| | SWICA Gesundheitsorganisation | Herr H.-U. Regius |
| | INTRAS Caisse-maladie | Herr J.-Y. Rapin |
| | SUPRA Caisse-maladie | Herren R. Fitz und P. Lutz |
| | KPT Krankenkasse und Versicherungen AG | Herr H.-P. Wyss |
| | ASSURA assurance-maladie et accidents | Herr J.-P. Diserens |
| | La Caisse Vaudoise, Assurance en cas de maladie et d'accidents | Herr M.-A. Müller |
| | „Die Eidgenössische“ Gesundheitskasse | Herren R. Barfuss und P. Rickenbacher |
| | Kolping Krankenkasse | Herr E. Hürlimann |
| | Krankenkasse Aquilana | Herr D. Boesch |
| | Caisse-maladie HOTELA | Herr J.-P. Genoud |
| | GALENOS Kranken- und Unfallversicherung | Herr H.P. Lang |
| | KluG Krankenkasse Landis & Gyr | Frau M. Baumann |
| | Öffentliche Krankenkasse Surselva | Herr R. Vincenz |
| | Allgemeine Krankenkasse Brugg | Herr Matter |
| | AMB Assurance-maladie et accident | Herr P. Vaudan |
| | Krankenkasse Malters | Herr U. Hänsli |

| Organisationen | | GesprächspartnerInnen |
|---|--|---|
| Versichererverbände/ -vereine oder Gruppierungen von Versicherern | Konkordat der Schweizeri- schen Krankenversicherer KSK | Herr S. Kaufmann |
| | | Herr D. Wyler |
| | Groupe Mutuel | Herr D. Overnay |
| | Verband Öffentlicher Kran- kenkassen der Schweiz (ÖKKV) | Herr Dr. B. Ochsner |
| | RVK Rück Rückversicherun- gen und Dienstleistungen für Kranken- und Unfallversiche- rer | Herr M. Helfenstein |
| Bundesamt für Sozialversiche- rung (BSV) | | Herr R. Flück, Sektion Auf- sicht und Expertisen KUV |
| | | Herr H. Balmer, Sektion Fi- nanzen und Prämien |

Tabelle 24: GesprächspartnerInnen der Interviews.

2. Gesprächsleitfaden der Interviews mit den Versicherern

I Einfluss des KVG auf die Versicherer

- Wie hat sich das KVG auf Ihren Versicherer ausgewirkt? In welchen Bereichen haben sich relevante Veränderungen ergeben?
- Wie schätzen Sie die Auswirkungen bei anderen Versicherern ein?

II Wettbewerb unter den Versicherern

- Wie schätzen Sie die Wettbewerbsintensität unter den Versicherern im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein? Hat das KVG zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Versicherern geführt?
- Hat sich das Wettbewerbsverhalten der Versicherer mit dem KVG verändert?
- Inwiefern hat sich die Marktstruktur durch das KVG aus wettbewerblichen Gründen verändert? Hat sich die Markttransparenz verbessert?

III Verhaltensänderungen des befragten Versicherers

1. Wettbewerbsstrategien

- Welche Unternehmensziele und Wettbewerbsstrategien verfolgt Ihr Versicherer? Inwiefern haben sich die Wettbewerbsstrategien mit dem KVG verändert? Treten Sie aggressiver auf dem Markt auf? Hat sich Ihre Innovationsneigung vergrößert?

2. Innerbetriebliche Veränderungen

- Hat sich durch das KVG das unternehmerische, management- und kundenorientierte Denken Ihres Versicherers verstärkt?
- Ist das Marketing verstärkt (Marktanalyse, Nutzung vorhandener Daten, Marktbearbeitung) worden?
- Sind die organisatorischen Strukturen angepasst worden (Aufbau neuer Abteilungen, Optimierung der Unternehmensstruktur und der Ablauforganisation, etc.)?
- Haben Sie aufgrund der KVG neues Know-how in den Bereichen Management, Leistungseinkauf und Managed Care aufgebaut oder das bestehende Know-how verstärkt?
- Haben Sie die Managementinformations- und Analysesysteme verstärkt (Informatik, Datawarehouse)?

- Inwiefern haben die innerbetrieblichen Massnahmen die Entwicklung der Verwaltungskosten beeinflusst?
- 3. Verhalten gegenüber den Versicherten**
- Hat sich durch das KVG die Dienstleistungsqualität und die Kundenorientierung Ihres Versicherers verbessert (Zahlungsabwicklung, Information, Beratung, Erreichbarkeit, Freundlichkeit, Qualität der Auskünfte, etc.)?
 - Betreiben Sie verstärkt Imagepflege (Sponsoring, gezielter Unternehmensauftritt, Werbung)?
 - Hat Ihr Versicherer verstärkt alternative Versicherungsprodukte (HMO, Hausarztsysteme) entwickelt und bietet diese an? Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich zu beurteilen? Wie wirken sich die alternativen Versicherungsmodelle hinsichtlich Kosteneinsparungen aus?
 - Betreibt Ihr Versicherer gezielte Risikoselektion? Hat Risikoselektion mit dem KVG verstärkt?
- 4. Beziehungen zu anderen Versicherern**
- Verhält sich Ihr Versicherer gegenüber den Konkurrenten verstärkt wettbewerbslich?
 - Ist Ihr Versicherer aufgrund des KVG vermehrt Kooperationen eingegangen?
 - Haben Sie Absprachen mit anderen Versicherern getroffen? Haben sich die Absprachen im Vergleich zur Situation unter dem KUVG verringert?
 - Inwiefern haben sich durch das KVG die Beziehungen zum KSK und zu den kantonalen Verbänden verändert?
- 5. Verhalten gegenüber den Leistungserbringern**
- Hat Ihr Versicherer die Kostenkontrolle und die Kostenvergleiche zwischen Leistungserbringern verstärkt? Wie hoch schätzen Sie die dadurch erzielten Kosteneinsparungen?
 - Hat Ihr Versicherer die präventiven Massnahmen verstärkt? Haben Sie Fallmanagement- und Diseasemanagementkonzepte entwickelt und angewendet? Welche Erfolge konnten mit diesen Massnahmen erzielt werden?

- Hat Ihr Versicherer auf die Tarifverhandlungen zur Stabilisierung der Tarife resp. der Dämpfung der Tarifizunahmen einen erhöhten Druck ausgeübt? In welchen Leistungsbereichen konnte ein Erfolg erzielt werden?
- Wie werden neue Tarifierungsformen wie Abteilungspauschalen beurteilt?
- Inwiefern hat Ihr Versicherer vermehrt Sonderverträge oder Verträge mit von den Verbandsverträgen abweichenden Bestimmungen ausgehandelt? Welche Erfahrungen sind damit gemacht worden?
- Wie hat sich das KVG auf die Leistungserbringer ausgewirkt? Hat sich ihr Verhalten geändert? Hat sich der Wettbewerb unter den Leistungserbringern verstärkt? Haben sich bei den Leistungserbringern innerbetriebliche Änderungen ergeben?

6. Beziehungen zu den Behörden

- Wie haben sich die Beziehungen zu den Behörden (Bund, Kantone) verändert (insbesondere Prämien genehmigung)?

IV Veränderung der Wettbewerbsposition des befragten Versicherers

- Wie hat sich Ihre Wettbewerbsposition seit Inkrafttreten des KVG verändert (Marktanteil, Risikostruktur der Versicherten)? Wie haben sich die Zu- und Abgänge von Versicherten sowie die Prämiengestaltung mit dem KVG verändert?

V Einfluss auf die Kostenentwicklung

- Inwiefern konnten die Kosten der Leistungserbringer durch die Massnahmen in den Bereichen Kostenmanagement, Tarifverhandlungen resp. Vertragsgestaltung und alternative Versicherungsmodelle beeinflusst werden? Konnte ein Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten geleistet werden?
- Inwiefern hat sich eine allfällige Veränderung des Wettbewerbsverhaltens auf die Prämienentwicklung ausgewirkt? Wie wirkte sich die Prämien genehmigung des BSV auf die Zunahme der Prämien aus?

Anhang 2: Durchschnittsprämien und Nettoleistungen in den Kantonen Graubünden, Bern und Waadt

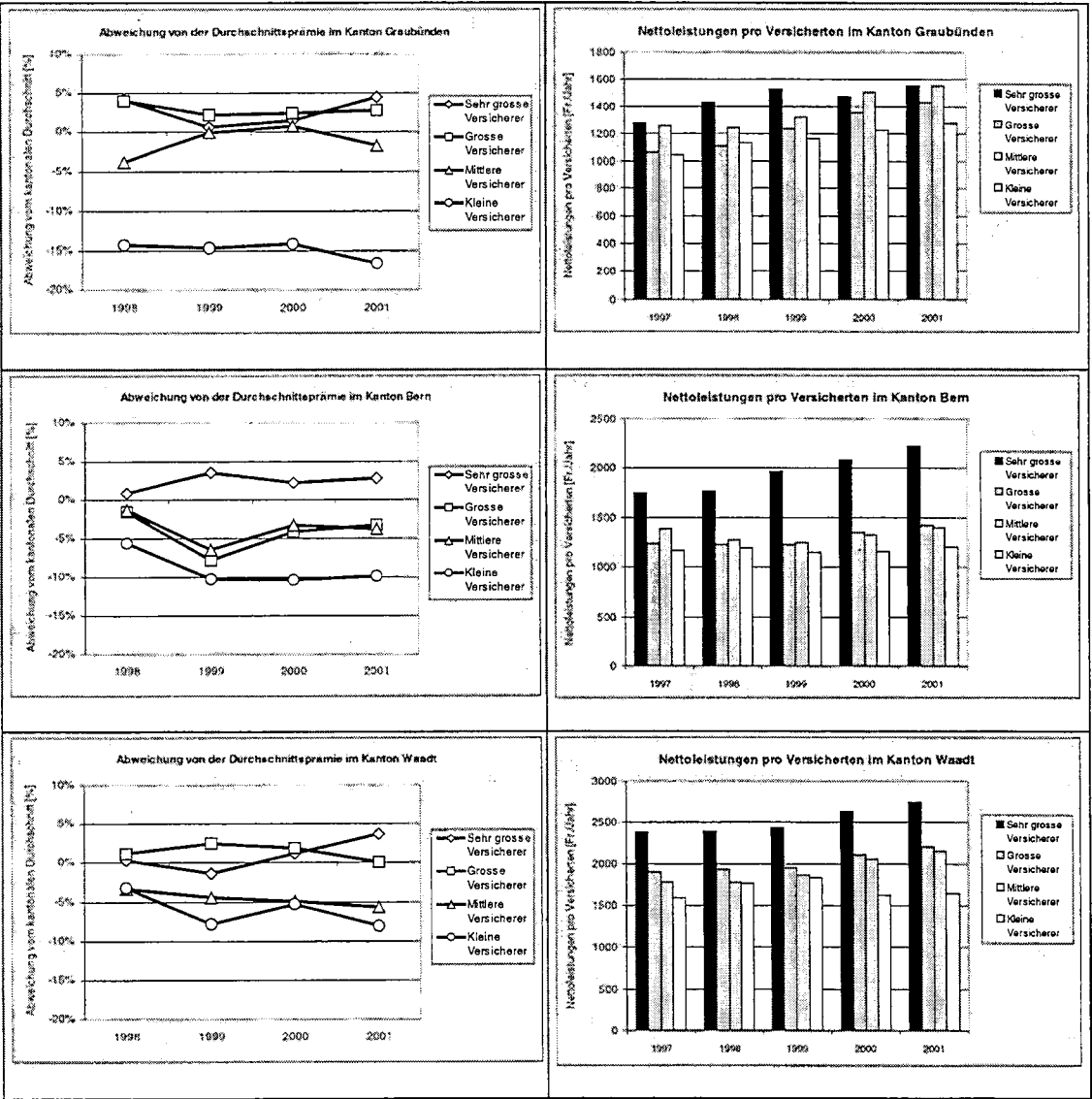


Tabelle 25: Abweichungen von der durchschnittlichen kantonalen Prämie der vier Gruppen von der kantonalen Durchschnittsprämie und Entwicklung der Nettoleistungen pro Versicherten in den Kantonen Graubünden, Bern und Waadt.

Glossar

- Abweichende Vereinbarungen:** Verträge, die von Verbandsverträgen abweichende Bestimmungen umfassen oder Tarifverträge, die sich ganz von Verbandsverträgen unterscheiden (Sonderverträge).
- Alternative Versicherungsmodelle:** Besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (HMO-, PPO- oder Hausarztmodelle).
- Besondere Versicherungsformen:** Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (HMO-, PPO- oder Hausarztmodelle) sowie Bonus-Versicherungen und die wählbare Jahresfranchise (Art. 62 KVG). Diese Versicherungsformen wurden bereits unter dem KUVG eingeführt und sollen den Wettbewerb unter den Kassen fördern und zur Kostendämpfung beitragen.
- Bonus-Versicherung:** Versicherung, deren Prämie sich reduziert, wenn der Versicherte während eines Kalenderjahres keine Leistungen des Versicherers in Anspruch nimmt (Art. 62 KVG). Die Reduktion beträgt nach einem Prämienstufensystem höchstens 45%.
- Capitation:** Versichertenpauschale. Diese Tarifierungsform wird zur Zeit hauptsächlich im Rahmen der HMO angewendet.
- Crossselling:** Einem bestehenden Kundenstamm neue Produkte anbieten und dadurch in neue Marktfelder vorstossen. Beispielsweise beabsichtigen einzelne Versicherer, zukünftig auch andere Personener Versicherungen anzubieten.
- Datawarehouse:** Umfangreiche Datenbanken.
- Diseasemanagement:** Entwicklung und Anwendung neuer Versorgungsformen für bestimmte Versichertengruppen (bspw. chronisch oder schwerstkranke Patienten).
- Einheitsprämie:** Innerhalb eines Versicherers soll es mit Ausnahme der Prämienabstufung zwischen Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern und bei Prämien für besondere Versicherungsformen in einer bestimmten Region keine Prämienunterschiede mehr geben. Die Einheitsprämie gilt unabhängig von Alter und Geschlecht der Versicherten (Art. 61 KVG).
- Einzelleistungstarif:** Für die einzelnen Leistungen werden Taxpunkte festgelegt (Tarifstruktur) und mit dem jeweiligen Taxpunktwert multipliziert. Art. 43 KVG bestimmt, dass die Tarifpartner die Tarifstruktur gesamtschweizerisch einheitlich regeln müssen. Wenn sie sich nicht einigen können, so legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.

- Fallmanagement:** Beim „Fallmanagement“ versuchen die Versicherer mit neuen Dienstleistungen, die Behandlungskette der Patienten zu verbessern. Dadurch sollen eine Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung erzielt werden.
- Freizügigkeit:** Die Versicherten können unter den Versicherern frei wählen (Art. 4 KVG). Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.
- Grundsatz der Effizienz:** Die Leistungen im Rahmen der Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 56 KVG).
- Grundsatz der Wirtschaftlichkeit:** Die Tarifpartner haben auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife sowie auf deren wirtschaftlichen Tragbarkeit zu achten (Art. 43 und 46 KVG).
- Gute Risiken:** Versicherte mit gutem Gesundheitszustand, die eine geringe Wahrscheinlichkeit aufweisen, krank zu werden und damit Leitungen beanspruchen zu müssen.
- Hausarztmodell:** Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall stets ihren Hausarzt zu konsultieren. Dieser berät sie über den Beizug eines allfälligen Spezialisten, den Eintritt in ein Spital sowie über allfällige chirurgische Eingriffe.
- HMO (Health Maintenance Organisationen):** Gesundheitskassen, welche eine längerfristige Verantwortung für die Versicherten übernehmen und auch Präventions- und Gesundheitsförderung umfassen. Der Versicherer unterhält eine Gruppenpraxis, der verschiedene Ärzte und andere Medizinalpersonen angehören. Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst den Arzt oder die Ärztin in der HMO-Praxis zu konsultieren.
- Kostenkontrolle:** Unter dem Begriff Kostenkontrolle wird meist die Überprüfung der Honorarpositionen aufgrund der vom Leistungserbringer eingereichten Rechnungen verstanden. Sie umfasst jedoch ebenfalls die Überprüfung der Zweckmässigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Behandlungen.
- Leistungserbringer:** Personen oder Organisationen, die Leistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen: ÄrztInnen; ApothekerInnen; ChiropraktikerInnen; Hebammen; Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag von ÄrztInnen Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen; Laboratorien; Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen; Spitäler; Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen; Pflegeheime; Heilbäder.

- Leistungskostenmanagement:** Beeinflussung der von den Versicherer zu übernehmen den Kosten der Leistungserbringer durch die Versicherer (Prävention, Fall- und Diseasemanagement, Kosten und Wirtschaftlichkeitskontrolle, Tarifierung, alternative Versicherungsmodelle. Von den Versicherern werden oft auch die Begriffe Kosten- oder Leistungsmanagement verwendet.
- Managed Care-Modelle:** Alternative Versicherungsmodelle wie HMO, Hausarztssysteme und PPO.
- OKPV-Markt:** Markt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- PPO (Preferred Provider Organisationen):** Die Versicherten müssen sich auf Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, usw.) beschränken, mit denen der Versicherer besonders kostengünstige Tarifverträge abgeschlossen hat.
- Qualitatives Wachstum:** Zunahme an Versicherten zur Verbesserung der Risikostruktur eines Versicherers.
- Risikoausgleich:** Der Risikoausgleich soll die Kostenunterschiede pro Versichertem zwischen den einzelnen Versicherern ausgleichen, soweit diese auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechterstruktur der Versichertenbestandes zurückzuführen ist (Art. 105 KVG). Ziel ist die Erhaltung der Kassenvielfalt für die angestrebte Wettbewerbsordnung.
- Risikoselektion:** Auswahl von Versicherten mit gutem Gesundheitszustand, die eine geringe Wahrscheinlichkeit aufweisen, krank zu werden und damit Leistungen beanspruchen zu müssen. Jüngere Personen werden im Vergleich zu älteren als bessere Risiken eingeschätzt. Dasselbe gilt im Vergleich von Männern zu Frauen.
- Spitalfinanzierung:** Die Finanzierung der stationären Leistungen der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern erfolgt durch die Versicherten über die Prämien und die öffentliche Hand (duals Finanzierungssystem). Die Kantone übernehmen bis zur Hälfte der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung (Art 49 KVG).
- Spitalplanung:** Spitäler sind nur zugelassen, wenn sie einer kantonalen Planung entsprechen. Damit soll eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erreicht werden (Art. 39 KVG).
- Spitex:** Spitalexterne Dienste, die eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sind und in besonderen Vereinigungen organisiert sind.

- Tarifvertrag:** Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern über Tarife und Preise, der vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde (Kantonsregierung oder Bundesrat) festgesetzt wird. Parteien eines Tarifvertrags sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.
- Verbandszwang:** Regelung, die Verbandsverträge automatisch und obligatorisch die Tarifbeziehungen der Verbandsmitglieder regelt.
- Versicherte:** Personen, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen
- Versicherer:** Krankenkassen im Sinne von Art. 12 KVG, private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterstehen, die Krankenversicherung durchführen und über eine Bewilligung nach Art. 13 KVG verfügen.
- Versicherungsobligatorium:** Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich für die Krankenpflege versichern.
- Vertragsfreiheit:** Es besteht kein Verbandszwang. Die Tarifbindung von Verbandverträgen gilt nur für die dem Vertrag beigetretenen Mitgliedern. Man kann Verbandsmitglied sein, aber durchaus einen anderen als den Verbandstarifvertrag abgeschlossen haben.
- Wählbare Jahresfranchise:** Die Versicherer können den Versicherten die Möglichkeit geben, sich stärker an den Kosten zu beteiligen als dies im KVG vorgeschrieben ist (Beträge zwischen Fr. 400.- und Fr. 1'500.-, anstelle von Fr. 230.-).
- Wettbewerb:** Wettbewerb setzt ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis von Rivalen voraus, indem ein grösserer Erfolg des einen Wettbewerbers zu Lasten der Konkurrenten geht. Die moderne Wettbewerbstheorie charakterisiert den Wettbewerb als dynamischen Prozess, in dem sich Unternehmen durch Innovationen Marktvorteile (Vorsprungsgewinne von Marktanteilen und Rentabilität) erschaffen und die Konkurrenten diese Vorsprungsgewinne durch Imitationen wieder abbauen.

Literatur

Aberle G. 1992: Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik, Stuttgart, Berlin und Köln.

Arbeitsgruppe WintiMed 1996: WintiMed – ein Erfahrungsbericht, in: Schweizerische Ärztezeitung Band 77 Heft 13/1996.

Beck K. und Keller B. 1997: Verhindert der Risikoausgleich das Kostensparen? Analyse der heute gültigen Verordnung zum Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen, Luzern.

Beobachter Schwerpunkt 1998: Krankenversicherung, Zürich.

Beobachter 2000: Krankenkassen: Zusätzliche Kosten für Zusatzversicherte, Beobachter 26/00 vom 22.12.2000

Biedermann D., Gross J. und Kocher G. (Hrsg.) 1999: Krankenversicherung und Gesundheitswesen – wie weiter?

BFS 1999: Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklungen seit 1960, Neuchâtel.

BSV 1998: Wirkungsanalyse KVG, Ausführungsplan, Bern.

BSV 1999: Entwicklung der Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1996–2000, BSV 1999

BSV 2000a: Prämiengenehmigungsdaten des BSV, unveröffentlicht, BSV 2000

BSV 2000b: Statistik über die Krankenversicherung 1999, BSV, Bern 2000

BSV 2000c: Audit, Eindrücke 1999, Internes Arbeitspapier, Bern.

Bundesrat 1991: Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, Bern.

CSS Versicherung 1999: Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Verbesserung durch Ausbau? In: Soziale Sicherheit 4/1999, BSV, Bern.

CSS Versicherung 1998: Risikoausgleich – Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung, Luzern.

Faisst K. und Schilling J. 1999: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen, BSV-Forschungsbericht Nr. 4/99, Zürich.

Greppi S., Rossel R. und Strüwe W. (BFS) 1998: Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Bern 1998.

Greppi S., Ritzmann H., Rossel R. und Siffert N. (BFS) 2000: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, Bern.

Hausarztverein WintiMed und SanaCare AG: Das Hausarztsystem „WintiMed“, Bilanz und Auswertung nach vier Jahren, in: Schweizerische Ärztezeitung 1999; 80: Nr. 27.

Helsana 1999: Helsana – 1998: Ein Jahr mit zahlreichen positiven Aspekten, http://www.helsana.ch/de/aktuell/wir_konzernleitung.html.

Huber-Steimich, Hess K., Baumann P. und Berger D. 1996: Sechs Jahre HMO Zürich-Wiedikon, Ein Erfahrungsbericht, in: ARS MEDICI 18/96.

INFRAS 2000: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, Zürich.

K-Dossier 1999: Krankenkasse und Unfallversicherung, Das Wichtigste im Überblick, Mit praktischen Tipps und Prämientabellen, Zürich.

KSK 1997: KSK-Aktuell vom Januar 1997, Solothurn.

Maurer A. 1996: Das neue Krankenversicherungsgesetz, Basel.

Müller K. 1997a: Stabilisierung des Gesundheitskosten durch Wettbewerb: Chancen, Grenzen und ihre Konsequenzen aus heutiger Sicht, in Soziale Sicherheit 4/1997, Bern.

Müller K. 1997b: Integriertes Leistungsmanagement der medizinischen Versorgung. Gründe und Grundlagen für umfassende Behandlungs- und Rehabilitationsketten bei chronischen Krankheiten, Schriftenreihe der SGGP No. 54, Basel.

Oggier W. 1999: Wettbewerb unter den Grundversicherern versus Einheitskasse, Studie im Auftrag des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer, St. Gallen.

Olten, R. 1995: Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik, München und Wien.

Prognos 1998: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, Synthesebericht, Basel.

Prognos 2000: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG, Basel

Sanitas 1999: Geschäftsbericht 1998, Zürich.

Scherer F.M. und Ross D. 1990: Industrial Market Structure and Economic Performance, Boston.

Sommer J. 1999: Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, Stuttgart.

Sommer J. 2000: Anreize und Rationierung im Gesundheitswesen, Gutachten zuhanden des Staatssekretariates für Wirtschaft, Beilage zur Volkswirtschaft, dem Magazin für Wirtschaftspolitik Nr. 11/2000, 377. Mitteilung der Kommission für Konjunkturfragen, Bern.

Spycher S. 1999: Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Basel.

Spycher S. 2000: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung, Basel.

Vassalli P. 2000: Grundlagen und Funktionsweise des geltenden Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), Kritik und Vorschläge, Beilage zur Volkswirtschaft, dem Magazin für Wirtschaftspolitik Nr. 11/2000, 377. Mitteilung der Kommission für Konjunkturfragen, Bern.

VZ Vermögenszentrum 1999: VZ-Test 2000 Krankenkassen im Vergleich, Zürich.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
|--|---|
| Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94 | EDMZ* 318.010.1/94 d |
| Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94 | OCFIM* 318.010.1/94 f |
| Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94 | OCFIM* 318.010.2/94 f |
| Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94 | EDMZ* 318.010.3/94 d |
| Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94 | EDMZ* 318.010.4/94 d |
| Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94 | EDMZ* 318.010.5/94 d |
| Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94 | OCFIM* 318.010.5/94 f |
| Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95 | EDMZ* 318.010.1/95 d |

| | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
|--|---|
| Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95 | EDMZ* 318.010.2/95 d |
| Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95 | EDMZ* 318.010.3/95 d |
| Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95 | OCFIM* 318.010.3/95 f |
| Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995 | EDMZ* 318.012.1/95 d |
| Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995 | OCFIM* 318.012.1/95 f |
| Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995 | UCFSM* 318.012.1/95 i |
| Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I | BSV** 96.217 |
| Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II | BSV** 96.538 |
| Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96 | EDMZ* 318.012.1/96 d |
| Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96 | OCFIM* 318.012.1/96 f |
| Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96 | EDMZ* 318.010.1/96 d |
| Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96 | OCFIM* 318.010.1/96 f |
| Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96 | BSV** 96.567 |
| Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96 | OFAS** 96.568 |

| | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
|---|---|
| Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96 | EDMZ* 318.010.3/96 d |
| Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. No 3/96 | OCFIM* 318.010.3/96 f |
| Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96 | UCFSM* 310.010.3/96 i |
| Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96 | EDMZ* 318.010.4/96 d |
| Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97 | EDMZ* 318.010.1/97 d |
| Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97 | EDMZ* 318.010.2/97 d |
| Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97 | EDMZ* 318.010.3/97 d |
| Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97 | OCFIM* 318.010.3/97 f |
| Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97 | EDMZ* 318.010.4/97 d |
| Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97 | EDMZ* 318.010.5/97 d |
| Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97 | EDMZ* 318.010.6/97 d |

- | |
|---|
| <p>* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern</p> <p>* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne</p> <p>* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna</p> <p>** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern</p> <p>** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne</p> <p>** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna</p> |
|---|

| | |
|--|---|
| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
| Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien. | EDMZ* 318.012.1/97 d |
| Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers. | OCFIM* 318.012.1/97 f |

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
 * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
 ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
 ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

| | |
|--|---|
| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
| Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung" | |
| Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie | |
| Übersicht – Synthèse | |
| Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98 | EDMZ* 318.010.1/98 d |
| Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. No 1/98 | OCFIM* 318.010.1/98 f |
| Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes | |
| Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98 | EDMZ* 318.010.2/98 d |
| Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98 | EDMZ* 318.010.3/98 d |
| Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98 | EDMZ* 318.010.4/98 d |
| Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98 | EDMZ* 318.010.5/98 d |
| Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98 | EDMZ* 318.010.6/98 d |
| Materialienberichte – Dossiers techniques | |
| Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98 | EDMZ* 318.010.7/98 d |
| Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98 | EDMZ* 318.010.8/98 d |
| Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. No 9/98 | OCFIM* 318.010.9/98 f |
| Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48) | |

| | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
|---|---|
| Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98 | EDMZ* 318.010.10/98 d |
| Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98 | EDMZ* 318.010.11/98 d |
| Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98 | EDMZ* 318.010.12/98 d |
| Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98 | EDMZ* 318.010.13/98 d |
| Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98 | EDMZ* 318.010.14/98 d |
| Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98 | EDMZ* 318.010.15/98 d |
| Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. No 15/98 | OCFIM* 318.010.15/98 f |
| Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98 | EDMZ* 318.010.16/98 df |
| Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98 | EDMZ* 318.010.17/98 d |
| Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98 | EDMZ* 318.010.18/98 d |
| Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98 | OCFIM* 318.010.18/98 f |

| | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
|--|---|
| Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d | EDMZ* 318.010.19/98 d |
| Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98 | OCFIM* 318.010.19/98 f |
| Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d | EDMZ* 318.010.20/98 d |
| Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98 | OCFIM* 318.010.20/98 f |
| Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d | EDMZ* 318.010.21/98 d |
| Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98 | OCFIM* 318.010.21/98 f |
| Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99 | EDMZ* 318.010.1/99 d |
| Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99 | EDMZ* 318.010.2/99 d |
| Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99 | OCFIM* 318.010.2/99 f |
| Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99 | OCFIM* 318.010.3/99 f |
| Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99 | OCFIM* 318.010.4/99 d |
| Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99 | OCFIM* 318.010.5/99 df |
| Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99 | EDMZ* 318.010.6/99 d |

| | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
|--|---|
| Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99 | EDMZ * 318.010.7/99 d |
| Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99 | EDMZ * 318.010.8/99 d |
| Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99 | EDMZ * 318.010.9/99 d |
| Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. Nr. 10/99 | EDMZ * 318.010.10/99 d |
| Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00 | EDMZ * 318.010.1/00 d |
| Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00 | EDMZ * 318.010.2/00 d |
| Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Nr. 3/00 | EDMZ * 318.010.3/00 d |
| Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00 | EDMZ * 318.010.4/00 d |
| Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00 | EDMZ * 318.010.5/00 d |
| Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00 | OCFIM* 318.010.5/00 f |
| Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00 | EDMZ * 318.010.6/00 dfi |
| Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; INFRAS, Zürich. Nr. 7/00 | EDMZ* 318.010.7/00 d |

| | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
|---|---|
| Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00 | OCFIM* 318.010.8/00 f |
| Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00 | OCFIM* 318.010.9/00 f |
| Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00 | EDMZ * 318.010.10/00 d |
| Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00 | EDMZ * 318.010.11/00 d |
| Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00 | OCFIM* 318.010.12/00 f |
| Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00 | EDMZ * 318.010.13/00 d |
| Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00 | OCFIM* 318.010.13/00 f |
| Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00 | OCFIM* 318.010.14/00 f |
| Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. Nr. 15/00 | EDMZ * 318.010.15/00 d |
| Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01 | OCFIM* 318.010.1/01 f |
| Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000. Nr. 2/01 | EDMZ * 318.010.2/01 d |

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 *OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
 *UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
 **BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 **OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
 **UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

| | |
|---|---|
| | Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande |
| Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 2/01 | OCFIM* 318.010.2/01 f |
| Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Nr. 3/01 | EDMZ * 318.010.3/01 d |
| Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungs-analyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01 | EDMZ * 318.010.4/01 d |
| Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung. Nr. 5/01 | EDMZ * 318.010.5/01 d |
| Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer. Nr. 6/01 | EDMZ * 318.010.6/01 d |

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
 * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
 ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
 ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna