



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Die Entwicklung der Versicherungs- landschaft in der Krankenversicherung 1996-2006

Schlussbericht

Forschungsprotokoll 8

Christoph Hefti (B,S,S)

Miriam Frey (B,S,S)

Neuchâtel

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Publikation auf www.obsan.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Christoph Hefti, Miriam Frey

Die Entwicklung der Versicherungslandschaft in der Krankenversicherung 1996-2006
Schlussbericht

Begleitgruppe:

Stefan Spycher (Obsan)

Herbert Käzlig (BAG)

Paul Camenzind (Obsan)

Maik Roth (Obsan)

Forschungsprotokoll des Obsan

Oktober 2008

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

www.obsan.ch

Anschrift der Autoren:

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG

Steinenberg 5, CH-4051 Basel

Tel: +41-61-262 05 55, Fax: +41-61-262 05 57

E-Mail: Contact@bss-basel.ch, Home: www.bss-basel.ch

B , S , S .

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

Die Entwicklung der Versicherungslandschaft in der Krankenversicherung 1996-2006

Schlussbericht

Autor und Autorin:

Lic.oec.HSG Christoph Hefti und lic.oec.publ. Miriam Frey

Basel, den 26.08.2008

Schlussbericht im Rahmen des Projektes „Die Entwicklung der Versicherungslandschaft in der Krankenversicherung 1996-2006“

Zuhanden des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan)

Projektleitung: Lic.oec.HSG Christoph Hefti

Projektbearbeitung: Lic.oec.publ. Miriam Frey

Statistische Auswertungen: Dr. Patrick Koch

Externe Mitarbeit: Dr. Bruno Koller, Dr. Charlotte Werthemann und lic.iur. Yvonne Bollag

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Steinenberg 5, CH-4051 Basel

Tel: 061-262 05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail: christoph.hefti@bss-basel.ch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einführung	7
2. Datengrundlage	8
Teil I: Heutige Versicherungslandschaft	11
3. Anzahl Krankenkassen, Zusammenarbeit und regionale Verteilung	11
3.1 Anzahl und Grösse der Krankenkassen	11
3.2 Versicherergruppen.....	13
3.3 Verbände und weitere Formen der Zusammenarbeit	15
3.4 Regionale Präsenz.....	15
4. Rechtsformen und Strukturen der Eigentümer/innen	16
4.1 Einführung.....	16
4.2 Überblick zu den Rechtsformen	18
4.3 Überblick zu den Eigentümer/innen.....	18
4.4 Struktur der Eigentümer/innen bei den Versicherergruppen.....	20
5. Zusatzversicherungen	22
5.1 Verknüpfung von Grund- und Zusatzversicherung	22
5.2 Gewinnverwendung.....	24
6. Interessen der Akteure und Prinzipal-Agenten-Problematik in der Krankenversicherung	26
6.1 Interessen des Gesetzgebers.....	27
6.2 Interessen der Eigentümer/innen	28
6.3 Interessen des Managements	30
6.4 Fazit: Interessenskonflikte?.....	32
Teil II: Entwicklung der Versicherungslandschaft seit 1996	35
7. Entwicklung der Anzahl Krankenkassen und deren Verteilung	35
7.1 Entwicklung der Anzahl und der Grösse der Krankenkassen	35
7.2 Entwicklung der Versicherergruppen.....	47
7.3 Fusionen, Übernahmen und Auflösungen von Krankenkassen	55
7.3.1 Gründe aus Sicht der übernehmenden Krankenkassen.....	58
7.3.2 Analyse finanzieller Kennzahlen.....	61
7.4 Entwicklung der regionalen Präsenz	65
8. Entwicklung der Rechtsformen	72
9. Entwicklung der Zusatzversicherungen	73

10. Entwicklung der Stakeholderinteressen.....	74
10.1 Interessen des Gesetzgebers.....	74
10.2 Interessen der Eigentümer/innen	74
10.3 Interessen des Managements	75
10.4 Fazit: Interessenskonflikte?.....	75
11. Gruppierung der Krankenkassen	76
Teil III: Künftige Entwicklung der Versicherungslandschaft.....	83
12. Zukünftige Entwicklungen.....	83
12.1 Anzahl Krankenkassen, Zusammenarbeit und Verteilung	83
12.2 Rechtsformen und Struktur der Eigentümer/innen.....	86
12.3 Zusatzversicherungen	87
12.4 Zukünftiges Verhalten der Stakeholder	88
12.5 Einfluss politischer Entwicklungen.....	89
13. Fragen des Auftraggebers	92
Abkürzungsverzeichnis	99
Literaturverzeichnis	101
Anhang I: Fragebogen	103
Anhang II: Interviewpartner/innen Krankenkassen	105
Anhang III: Fragebogen Telefoninterviews	105
Anhang IV: Experteninterviews.....	107
Anhang V: Anzahl und Grösse der Krankenkassen – Zusätzliche Auswertungen.....	107
Anhang VI: Box-Plots.....	109
Anhang VII: Übernahmen und Fusionen.....	110

Zusammenfassung

Auftrag

Seit dem 1. Januar 1996 ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft. Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) hat B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung die Entwicklung der Versichererlandschaft im Grundversicherungsbereich seit Einführung des KVG untersucht. Ziel der Studie ist, die vergangene Marktentwicklung zu analysieren, zu erklären und auf dieser Grundlage die zukünftige Entwicklung zu prognostizieren. Untersuchungsgegenstand sind die Krankenkassen, nicht jedoch die Privatversicherer.

Methodik

Die Bearbeitung des Auftrages basiert auf verschiedenen Informationsquellen und Methoden:

- Literatur und Gesetze.
- Daten des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Erhebung neuer Daten zur Verknüpfung der Grund- und Zusatzversicherung, zur Struktur der Eigentümer/innen der Krankenkassen, zu Änderungen deren Rechtsformen sowie zu Übernahme- und Fusionsgründen.
- Vertiefte Interviews mit ausgewählten Krankenkassenvertreter/innen und (weiteren) Experten.
- Verschiedene Datenanalysen zur Entwicklung und zur heutigen Situation.

Ergebnisse

Überblick Krankenversicherungslandschaft

Die offensichtlichsten Veränderungen seit 1996 waren der Rückgang von 145 auf 87 Krankenkassen (betrachtet man Versicherergruppen als einen Anbieter ist die Anzahl von 136 auf 64 gesunken), das Verschwinden der öffentlich-rechtlichen Krankenkassen und die Entwicklung hin zur Gründung von Tochterfirmen durch grössere Krankenkassen. Der Rückgang der Anzahl Krankenkassen war die Fortsetzung einer Konsolidierung, die bereits lange vor 1996 begonnen hatte. So gab es vor rund 40 Jahren noch beinahe 1'000 Krankenkassen in der Schweiz. Die Abnahme der Anzahl Kassen seit 1996 ist primär auf 56 Übernahmen, aber auch auf sechs Auflösungen und zwei Fusionen zurückzuführen. Zu betonen ist der überragende Einfluss der Übernahmewelle der Bündner ÖKK mit 34 Übernahmen (60% aller Übernahmen). 90% der übernommenen, kleinen Krankenkassen hatten weniger als 10'000 Versicherte. Diese 56 übernommenen Kassen (39% aller Krankenkassen 1996) vereinigten lediglich 6% aller Versicherten auf sich. Die Gründe für die Übernahmen sind aus Sicht der übernommenen Kassen der Rückzug von Gemeinden als Eigentümerinnen, Nachfolgeprobleme in der Führung der Kasse, veränderte Rahmenbedingungen durch das KVG und einen damit oft zusammenhängenden hohen administrativen Aufwand – jedoch eher selten finanzielle Probleme. Übernommen wurden in der Regel finanziell attraktive Kassen, finanziell unattraktive Kassen wurden aufgelöst. Die übernehmenden Kassen sind nicht nur grosse Kassen, sondern zu 50% Kassen mit weniger als 50'000 Versicherten. Die übernehmenden Kassen verfolgten mit den Übernahmen Wachstumsziele und erhofften sich Skaleneffekte – welche unter Expert/innen jedoch umstritten sind.

Nebst der Gründung von fünf Tochterfirmen war mit der Accorda auch eine Neugründung zu verzeichnen. Die Accorda wurde jedoch bereits wieder aufgelöst. Der Markteintritt im Grundversicherungsmarkt scheint schwierig und/oder insbesondere aufgrund des Gewinnverbots unattraktiv. 2005 hat mit der Winterthur auch der letzte Privatversicherer das Grundversicherungsgeschäft aufgegeben.

Die heutige Versicherungslandschaft besteht im Grundversicherungsbereich weiterhin aus vielen kleinen Kassen. Gut die Hälfte aller Krankenkassen hat weniger als 10'000 Versicherte, ihr Anteil an allen Versicherten beträgt jedoch lediglich 2%. Diese kleinen Kassen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von den grossen Kassen (s. unten). Die zehn grossen Krankenkassen mit mehr als 250'000 Mitgliedern versichern 84% aller Versicherten. Bei den grossen Krankenkassen haben seit 1996 einzig die Groupe Mutuel und die Assura in grossem Mass Mitglieder dazu gewonnen. Insbesondere die grossen alten Kassen haben Marktanteile eingebüsst.

Krankenkassen sind in ihren „Heimatkantonen“ stark verankert. Ein Drittel der Krankenkassen ist auch heute noch in drei oder weniger Kantonen tätig. Regional tätige Kassen sind immer kleinere Kassen. Ein Drittel der Krankenkassen ist in der gesamten Schweiz (24 und mehr Kantone) tätig, worunter auch Krankenkassen mit relativ wenig Versicherten sind. Gesamtschweizerisch tätige Kassen sind jedoch nicht in allen Kantonen gleich aktiv.

Fast alle Versicherten sind bei einer Krankenkasse versichert, welche als Verein oder als Stiftung organisiert ist. Die Eigentümer/innen sind bei Vereinen die Vereinsmitglieder, welche weitgehend selbst Versicherte sind. Bei Stiftungen gibt es keine Eigentümer/innen. Die Interessen der Versicherten werden jedoch durch den Stiftungsrat, ähnlich wie beim Aufsichtsgremium in Vereinen, wahrgenommen. Seit 1996 werden auch vermehrt Aktiengesellschaften gegründet. Diese sind jedoch lediglich vorgelagerte Rechtsgefässe, deren Eigentümer/innen wiederum Vereine oder Stiftungen sind. Sie wurden insbesondere aufgrund der verlangten rechtlichen Trennung von Grund- (Aufsichtsbehörde BAG) und Zusatzversicherung (Aufsichtsbehörde Bundesamt für Privatversicherungen BPV) eingeführt. Die öffentliche Hand hat sich als Eigentümerin von Krankenkassen weitgehend zurückgezogen.

Zusatzversicherungen

Alle Kassen bieten zusätzlich zur Grundversicherung auch (bestimmte) *Zusatzversicherungen* an, in welchen Gewinne gemacht werden dürfen. Dabei stehen sie in Konkurrenz mit den *Privatversicherern*. Die Spitalzusatz- und die ambulanten Zusatzversicherungen, welche mit Ausnahme einer Krankenkasse (Société Suisse des Hôteliers) alle Kassen anbieten, sind fest in den Händen der Krankenkassen, da die Versicherten diese Zusatzversicherungen in Kombination mit der Grundversicherung einkaufen und Privatversicherer keine Grundversicherungen anbieten. Hingegen haben die Privatversicherer einen Marktanteil von 40% im Bereich Kollektivtaggeld, welcher von einem Viertel der Krankenkassen nicht angeboten wird. Die Gewinne aus dem Zusatzversicherungsbereich werden bei den Krankenkassen im Betrieb einbehalten – teilweise zur (unerlaubten) Quersubventionierung des Grundversicherungsbereichs – und nicht ausgeschüttet. Bei Stiftungen wäre mangels Eigentümer/innen eine Gewinnausschüttung nicht möglich.

Immer weniger Krankenkassen bieten Zusatzversicherungen *selbständig* an: Diese Kassen vermitteln ihren Kunden Zusatzversicherungen von grösseren Krankenkassen (nicht aber die

Zusatzversicherungen von Privatversicherern). Gründe dafür sind die hohen gesetzlichen und fachlichen Anforderungen im Zusatzversicherungsbereich – als Beispiel seien etwa der Swiss Solvency Test (SST) oder das komplexe Underwriting im Taggeldbereich genannt. Grosse Kassen führen die Zusatzversicherungen selbst durch, respektive innerhalb der Gruppe. Im Aussenauftritt (Homepages) präsentieren gerade grössere Kassen oft sogenannte Paketversicherungen, welche nebst der Grundversicherung auch Zusatzversicherungen beinhalten. Die Versicherten nehmen den Unterschied von Grund- und Zusatzversicherung erst auf der Police wahr (auf den Homepages ebenso nicht ersichtlich sind bei bestimmten Versicherergruppen die verschiedenen Grundversicherer).

Interessen des Gesetzgebers, der Eigentümer/innen und des Managements

Die vergangene, wie auch die zukünftige Entwicklung ist unter anderem das Ergebnis der Interessen und des damit verbundenen Verhaltens der drei zentralen Akteure Eigentümer/innen, Gesetzgeber und Management: Die Eigentümer/innen nehmen fast keinen Einfluss auf das Management. Dies hat einerseits mit den fehlenden fachlichen Qualifikationen (der Vertreter/innen) der Eigentümer/innen und der wachsenden Komplexität des Versicherungsgeschäfts zu tun. Ein weiterer Grund ist, dass die Gewinne nicht an die Eigentümer/innen ausgeschüttet werden – was dadurch begründet werden kann, dass die Eigentümer/innen auch die Kunden (Versicherten) sind oder sie zumindest vertreten. Würde das Gewinnverbot aufgehoben und wären Privatversicherer im Grundversicherungsmarkt aktiv, dürfte die Kontrolle des Managements durch deren gewinnorientierte Eigentümer/innen stärker sein. Zwischen den jetzigen Eigentümer/innen und dem Management bestehen Interessensunterschiede. Während die Eigentümer/innen primär an tiefen Prämien und kundenfreundlichem Verhalten interessiert sind, verfolgen Manager/innen andere, eigene Interessen (Löhne, Boni, Macht, Prestige). Aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen den beiden Akteursgruppen können die Interessen der Eigentümer/innen durch deren Vertretung – das Aufsichtsgremium – nur ungenügend gewahrt werden.

Auch die Interessen des Gesetzgebers und des Managements sind nicht immer deckungsgleich. Beispielsweise ist für Krankenkassen aus betrieblicher Sicht die, vom Gesetzgeber aus sozialer Gesamtsicht unerwünschte, Risikoselektion attraktiv. Starke Anstrengungen werden von den Krankenkassen auf die Risikoselektion verwendet, ohne dass dadurch die gesamtwirtschaftlichen Gesundheitskosten gesenkt werden. Die geplante Verfeinerung des Risikoausgleichs ist eine Massnahme, um diese Vollzugsdefizite zu beheben.

Das Management grosser Krankenkassen kritisiert oft die starke Regulierung durch den Gesetzgeber. Die Regulierung (insbesondere das Gewinnverbot) wie auch die politischen Unsicherheiten zur zukünftigen Ausgestaltung der Krankenversicherung tragen zudem dazu bei, den Markteintritt neuer Akteure (Privatinvestor/innen, Privatversicherer) zu verhindern. Es wäre aus unserer Sicht lohnenswert, die Voraussetzungen für einen Markteintritt neuer Akteure (z.B. Aufhebung des Gewinnverbotes) und die Wirkung des damit einhergehenden verstärkten Wettbewerbs zu untersuchen. Am Markteintritt interessierte Akteure, auch ausländische Investor/innen, gibt es.

Zukünftige Entwicklungen

Mit den gegebenen Rahmenbedingungen wird der Konzentrationsprozess weitergehen. Vor allem kleine Krankenkassen werden sich, weitgehend aus denselben Gründen wie bisher, zusammenschliessen oder sie werden übernommen. Auch die zurzeit diskutierten politischen Entwicklungen (steigende administrative Anforderungen (Swiss Solvency Test), verfeinerter Risikoausgleich, Fallpauschalen und Vertragsfreiheit) setzen kleinere Krankenkassen unter Druck. Zusammenschlüsse von grösseren Kassen sind ebenfalls denkbar. Die Entscheide des Gesetzgebers haben auf die Struktur der Krankenkassen einen nicht unbedeutenden Einfluss. Inwiefern die Entwicklung hin zu grossen Kassen erwünscht ist, ist offen. Analysen zu Vor- und Nachteilen von grossen und kleinen Versicherern, insbesondere Untersuchungen zur Existenz oder Nichtexistenz von Skaleneffekten, bestehen unseres Wissens nicht. Wir empfehlen, solche zu erstellen, um die Auswirkungen politischer Neuerungen auf die Struktur der Krankenkassen effektiv bewerten zu können.

Die Meinungen, wie schnell der Konzentrationsprozess in Zukunft fortschreiten wird, sind unterschiedlich. Krankenkassenvertreter/innen gehen davon aus, dass in den nächsten zehn Jahren bis zu 40 Krankenkassen verschwinden werden. Die meisten befragten Experten halten dies für eine zu dynamische Einschätzung, insbesondere da die kleinen Krankenkassen nur selten finanzielle Probleme haben. Der Trend zu Versicherergruppen und die Gründung weiterer Tochterfirmen werden ebenfalls anhalten. Ein Markteintritt neuer Akteure wird, wie oben bereits angedeutet, unter den jetzigen Bedingungen nicht erwartet.

1. Einführung

Seit dem 1. Januar 1996 ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft. Das KVG verfolgt die drei Hauptziele „Stärkung der Solidarität“, „Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden Versorgung“ und „Dämpfung der Kostenentwicklung“. Die wichtigsten Neuerungen des KVG sind aus Sicht der Krankenkassen¹ das Obligatorium, wonach Jede und Jeder versichert sein muss sowie die Aufteilung der Versichererleistungen in nicht-gewinnorientierte obligatorische Leistungen mit den gesetzlichen Regelungen im KVG und (potentiell) gewinnorientierten Zusatzleistungen, welche dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unterstellt sind. Während der Grundversicherungsbereich (KVG) streng reglementiert ist, haben die Versicherer in der Gestaltung des Zusatzversicherungsbereichs mehr Freiheiten. Weitere wichtige Neuerungen des KVG sind die gesetzlich geregelte und verbesserte Solidarität (insb. Versicherungsobligatorium und volle Freizügigkeit), und damit zusammenhängend der Ausbau der Leistungen in der obligatorischen Grundversicherung (Widmer und Wolffers, 1996, 13ff). Die ursprünglich zeitlich begrenzte Einführung des Risikoausgleichs wurde vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit der Notwendigkeit nach einem fairen Wettbewerb zwischen den Versicherern in der Startphase des KVG begründet (BSV, 1994, 80). Seit Einführung des Gesetzes erhöhten sich auch die administrativen Anforderungen an die Krankenkassen erheblich (Berichterstattung, Datenerhebung, Tarifrunden).

Die vorliegende Studie untersucht im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) die Entwicklung der Versichererlandschaft im Grundversicherungsbereich seit Einführung des KVG untersucht werden. Seit 1996 hat sich die Zahl der Krankenkassen (auch: Grundversicherer) von 145 Kassen auf 87 reduziert. Das Ziel der Studie ist, diese Marktentwicklung zu analysieren, zu erklären und auf dieser Grundlage die zukünftige Entwicklung in der Krankenversicherungslandschaft in der Schweiz zu prognostizieren.

Die Studie besteht aus drei Teilen, welche sich anhand der zeitlichen Entwicklung der Krankenversicherungslandschaft in der Schweiz charakterisieren lassen:

Die heutige Versicherungslandschaft (Teil I): Dazu zählt eine Beschreibung der heute im Krankenversicherungsmarkt tätigen Kassen (Anzahl, Grössenverteilung, Zusammenarbeit, regionale Präsenz). Ebenso werden in diesem Teil die Rechtsformen der Kassen, die Strukturen der Eigentümer/innen, die Bedeutung der Zusatzversicherungen sowie Interessensunterschiede zwischen dem Management und den Eigentümer/innen, resp. dem Gesetzgeber behandelt.

Die vergangene Entwicklung (Teil II): Im zweiten Teil werden die in Teil I behandelten Themen (Anzahl, Grössenverteilung, regionale Präsenz, Rechtsformen, Zusatzversicherungen, Interessensunterschiede der Akteure) in ihrer Entwicklung seit 1996 (Einführung KVG) aufgezeigt und die Gründe für allfällige Veränderungen beschrieben. Ein besonderes Augenmerk kommt in diesem Teil der Veränderung der Anzahl Kassen zu, d.h. es werden die Übernahmen, Fusionen, Auflösungen und Neugründungen von Krankenkassen vertieft betrachtet, erklärt und analysiert.

Die zukünftige Entwicklung (Teil III): Im dritten und letzten Themenblock werden Prognosen zur zukünftigen Entwicklung im Krankenversicherungsmarkt erstellt.

¹ Begriff Krankenkasse: Gegenstand der Untersuchung sind jene Versicherer, welche die obligatorische Grundversicherung anbieten. Dabei handelt es sich zur Zeit ausschliesslich um *Krankenkassen* gemäss Art.12 KVG.

Für die Beantwortung dieser Fragestellungen setzen wir sowohl quantitative als auch qualitative Methoden ein: Als erstes führten wir detaillierte Datenanalysen zur Beschreibung und Erklärung der vergangenen Entwicklung und der heutigen Situation durch. Fehlende Datengrundlagen haben wir im Rahmen zweier Befragungen aller Krankenkassen neu erhoben. In einem zweiten Schritt wurden diese Datenanalysen in Interviews – insbesondere mit Vertreter/innen ausgewählten Krankenkassen – ergänzt. Abschliessend führten wir in einer zweiten Befragungsrunde Interviews mit Experten zur Prognose der zukünftigen Entwicklung der Versicherungslandschaft durch.

2. Datengrundlage

Zur Beantwortung dieser Fragenblöcke wurden folgende Informationen verwendet (Bei den quantitativen Daten wurden, wenn immer möglich, die Zahlen für die Jahre 1996-2006 berücksichtigt):

- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für die Jahre 1996-2006²
- Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer des BAG (Stand 1.1.2007)
- Verzeichnis aller Krankenversicherer seit 1914 des BAG
- Krankenkassenverzeichnis des BAG (Verzeichnis aller je existierenden Krankenkassen, inkl. aufgelöster Kassen)
- Eigene schriftliche Befragung aller Krankenkassen: Da weder vom BAG noch vom Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) Daten zur Verknüpfung von Grund- und Zusatzversicherung erhoben wurden, haben wir diesbezüglich bestimmte Informationen im Rahmen einer schriftlichen Kurzbefragung bei allen Krankenkassen erfasst. In diesem Zusammenhang wurden weitere noch fehlende Daten erhoben: Diese betrafen die Rechtsform im Jahr 1996, Gründe für allfällige Änderungen der Rechtsform, Gewinnverwendung im Zusatzversicherungsbereich und Strukturen der Eigentümer/innen. Die Befragung erfolgte von Dezember 2007 bis Januar 2008. Der Fragebogen wurde den zu diesem Zeitpunkt existierenden 87 Krankenkassen elektronisch zugesandt. Zuvor wurde die Befragung telefonisch angekündigt und danach folgten bis zu drei Reminder (per e-mail und Telefon), um die Rücklaufquote zu erhöhen. Die Rücklaufquote lag denn auch bei sehr hohen 91%, das heisst 79 der 87 Krankenkassen gaben Auskunft. Der Fragebogen ist in Anhang I aufgeführt.
- Erste telefonische Befragung zu den Fusions- und Übernahmegründen: Im Laufe des untersuchten Zeitraumes (1996-2006) wurden 61 Kassen übernommen oder sie fusionierten. Die Gründe für diese Entwicklung klärten wir telefonisch ab. Dabei wurden alle noch existierenden Kassen, das heisst die fusionierten respektive die übernehmenden Kassen, nach den Gründen für die Übernahme respektive Fusion befragt. Alle angefragten Kassen waren grundsätzlich bereit Auskunft zu geben, in vereinzelt Fällen konnten die Gründe länger zurückliegender Fälle jedoch nicht mehr eruiert werden.

² Zusätzlich wurden vom BAG Daten zu einzelnen Jahren ergänzt.

- Zweite telefonische Befragung mit ausgewählten Krankenkassen: Im Rahmen dieser Befragung wurden die vergangene Entwicklung und die heutige Situation (Organisation, Eigentümer/innen, etc.) der jeweiligen Kasse im Detail nachvollzogen. Ebenso gaben die Krankenkassen eine Einschätzung zur zukünftigen Entwicklung ab – sowohl was ihre eigene Kasse als auch was die Krankenversicherungslandschaft insgesamt betrifft. Es wurden sowohl alle sechs Versicherergruppen, welche zu den grössten Kassen im Markt zählen und gesamtschweizerisch tätig sind, angefragt als auch kleinere und mittlere Krankenkassen, welche z.T. ein sehr lokales Tätigkeitsgebiet aufweisen. Im Rahmen dieser Interviews wurden auch Geschäftsberichte, Statuten und Stiftungsurkunden analysiert. Ansprechpersonen bei den Krankenkassen waren in der Regel der/die Geschäftsführer/in oder – vor allem bei grösseren Kassen – der/die Kommunikationsverantwortliche der Krankenkasse. Eine Aufstellung aller Interviewpartner/innen ist in Anhang II, der Interviewleitfaden in Anhang III aufgeführt.
- Telefoninterviews mit Experten: Diese Gespräche fokussierten sich auf die Prognose zur zukünftigen Entwicklung in der Krankenversicherungslandschaft. Die befragten Experten sind in Anhang IV aufgeführt und setzen sich aus je einem Vertreter von santésuisse, dem Rückversicherungsverband kleiner und mittlerer Krankenkassen (RVK), dem BAG und dem Verband der Privatversicherer (SVV) sowie einem Professor für Gesundheitsökonomie zusammen.

Teil I: Heutige Versicherungslandschaft

3. Anzahl Krankenkassen, Zusammenarbeit und regionale Verteilung

3.1 Anzahl und Grösse der Krankenkassen

Zurzeit gibt es in der Schweiz 87 Krankenkassen, welche die obligatorische Krankenversicherung gemäss KVG anbieten.³ Zählt man die Versicherergruppen (siehe Kapitel 3.2) jeweils nur als einen Akteur gibt es statt 87 Krankenkassen nur 64 verschiedene Anbieter. Ob die folgenden Analysen auf 87 oder 64 Krankenkassen basieren, hängt von der Fragestellung ab. Es wird im Bericht jeweils darauf hingewiesen mit welcher Definition gearbeitet wird.

Die Grössenverteilung der Krankenkassen ist nachfolgend tabellarisch abgebildet. Es wurden dabei vier Kategorien nach Anzahl Versicherten gebildet.⁴ Die Tabelle zeigt die Anzahl Kassen nach Grössenkatgorie der Krankenkassen auf. Etwa die Hälfte der Kassen betreut demnach weniger als 10'000 Versicherte.

Tabelle 1: Grössenverteilung der Krankenkassen, 2006

	Anzahl Kassen	
	Mitglieder von Gruppen als je 1 Anbieter gezählt	Gruppen insgesamt als 1 Anbieter gezählt
Bis 10'000 Versicherte	42	35
Zwischen 10'000 und 50'000 Versicherte	20	13
Zwischen 50'000 und 250'000 Versicherte	13	6
Mehr als 250'000 Versicherte	12	10
Summe	87	64

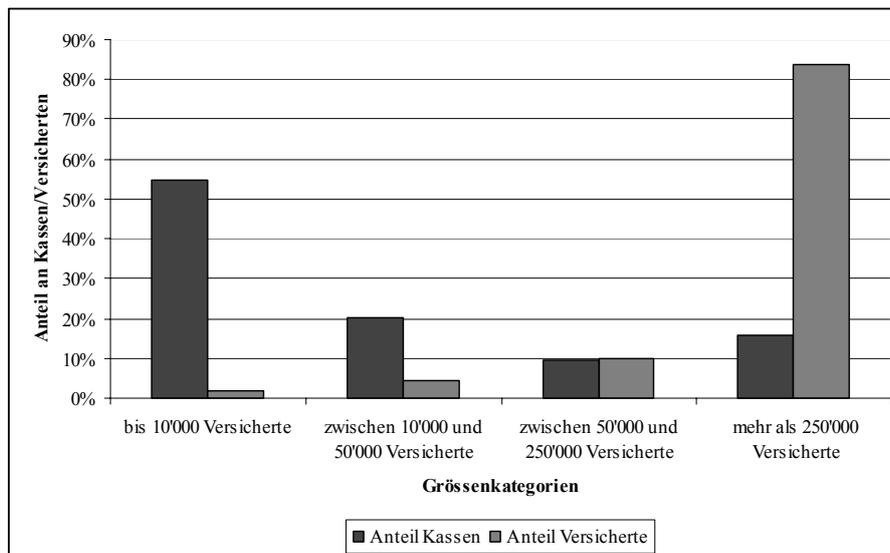
Quelle: BAG

Es zeigt sich in Abbildung 1, dass der Anteil der Kleinkassen (< 10'000 Versicherte) zwar bei über der Hälfte aller Kassen liegt, sie versichern jedoch nur 2% der Versicherten. Die Grosskassen (> 250'000 Versicherte) versichern hingegen knapp 85% aller Versicherten, ihr Anteil an der Anzahl Kassen liegt jedoch nur bei 16%.

³ Daneben existieren noch fünf Versicherer, welche *nur* die Taggeldversicherung gemäss KVG anbieten. Diese werden in nachfolgender Analyse nicht berücksichtigt.

⁴ Die Grössenkatgorien wurden nach Reserve- und Rückversicherungsvorschriften gebildet. Die kleinste Kategorie (< 50'000 Versicherte) wurde zudem nochmals unterteilt.

Abbildung 1: Grössenverteilung der Krankenkassen: Anteile der Grössen Kategorien an Anzahl Kassen und Versicherten, 2006

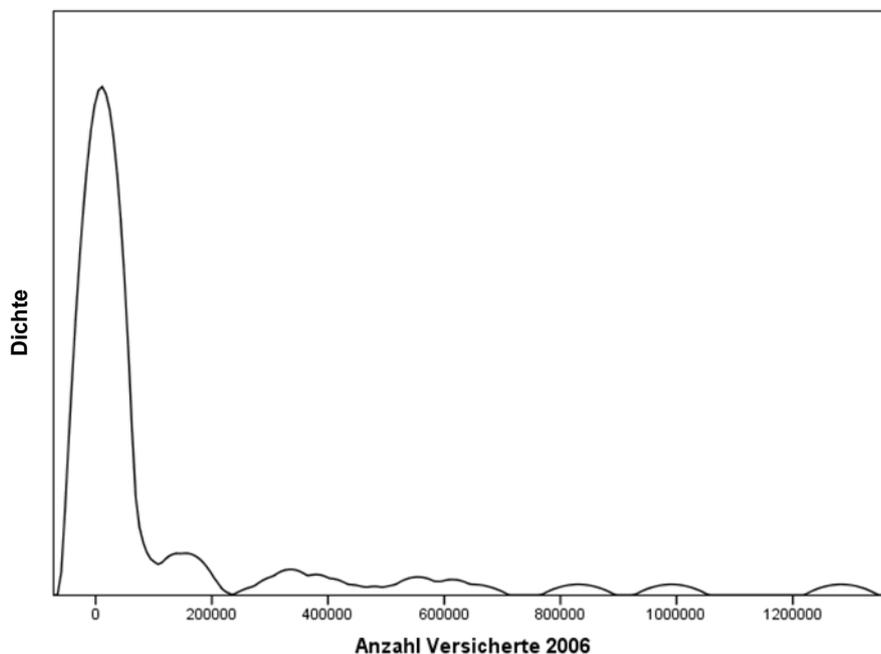


Quelle: BAG (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt. Die Darstellung, wenn Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt werden, findet sich in Anhang V)

Abbildung 2 stellt die Grössenverteilung der Kassen anhand eines Kerndichteschätzers⁵ dar. Die Abbildung zeigt, dass die meisten Krankenkassen 20'000 Versicherte oder weniger haben. Die Erhebungen bei 800'000 Versicherten, 1 Mio. Versicherten und 1,2 Mio. Versicherten repräsentieren jeweils lediglich eine Versicherung.

⁵ Der Kerndichteschätzer ist ein Verfahren, das eine stetige Schätzung einer unbekanntem Verteilung ermöglicht. Der Kerndichteschätzer liefert Hinweise darauf, welcher Verteilung die Daten (Anzahl Versicherte pro Kasse) folgen. Abbildung 2 zeigt auf, dass die niedrigen Werte (wenige Versicherte pro Kasse) gehäuft auftreten. Die Grundidee des Kerndichteschätzers ist diejenige eines Histogramms. Im Gegensatz zum Histogramm werden die Daten jedoch nicht in Gruppen zusammengefasst, sondern es erfolgt eine stetige Schätzung. Dabei gleiten zentrale Intervalle um x , $(x - w; x + w)$ über die X-Achse und es wird die Wahrscheinlichkeit approximiert, dass Beobachtungswerte $x(i)$ in ein solches Intervall fallen. Der Parameter w wird als Bandbreite bezeichnet. Es wird eine allgemeine, symmetrische Dichtefunktion verwendet, die eine Glättung bewirkt. Wir verwenden dabei den Epanechnikov-Kern zur Schätzung (Quelle: <http://www.quantlet.com/mdstat/scripts/cs1/cs1-html/cs1htmlhtmlnode11.html>).

Abbildung 2: Grössenverteilung der Krankenkassen: Kerndichteschätzer, 2006



Quelle: BAG (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt. Die Darstellung, wenn Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt werden, findet sich in Anhang V)

Anmerkung: Da die y-Skala abhängig von der „Klassengrösse“ ist, ist die Skalierung nicht abgebildet.

3.2 Versicherergruppen

Es gibt in der Schweiz sechs Versicherergruppen, die mehrere Grundversicherer in ihrer Gruppe vereinen.⁶ Die so definierten Versicherergruppen sind nachfolgend aufgeführt:

Tabelle 2: Versicherergruppen

Gruppe	Anzahl Versicherte (2006, Jahresendbestände)	Mitglieder
Helsana Gruppe	1'283'252	Helsana Versicherungen AG Progrès Avanex Sansan Aerosana
CSS Holding AG	990'927	CSS Krankenversicherung AG Arcosana AG Auxilia

⁶ Versicherergruppen sind als Gruppen von zwei oder mehreren Krankenkassen definiert. Nicht berücksichtigt werden also Gruppen, welche aus *einer* Krankenkasse und einem VVG-Versicherer (Auslagerung des VVG-Geschäftes in ein separates Rechtsgefäss) bestehen.

Gruppe	Anzahl Versicherte (2006, Jahresendbestände)	Mitglieder
Groupe Mutuel	830'490	Avantis Avenir CMBB / SKBH / CMEL CM EOS CM Troistorrents Easy sana Hermes La Caisse Vaudoise Mutuel Assurances Natura Assurances Panorama Philos Universa
Sanitas	647'462	Sanitas Grundversicherungen AG Wincare Versicherungen
Visana Gruppe	430'056	Visana Services AG Sana 24 Vivacare
ÖKK / Sympany *	155'835	Öffentliche Krankenkasse Basel ÖKK Öffentliche Krankenkasse Schweiz Krankenkasse 57 (erst seit 1.1.07)

* Bei der ÖKK / Sympany ist die Krankenkasse 57 im Versichertenbestand 2006 noch nicht berücksichtigt, da sie erst auf den 1.1.2007 der Gruppe beigetreten ist. Die Krankenkasse 57 hatte 2006 rund 13'300 Versicherte.

Quelle: BAG und Informationen der Versicherergruppen.

Die grösste Versicherergruppe im Jahr 2006 ist die Helsana Gruppe mit rund 1.28 Millionen Kund/innen. Danach folgen die CSS Holding AG, die Groupe Mutuel und die Sanitas. Diese vier Versicherergruppen sind zugleich auch die vier grössten Krankenkassen in der Schweiz. Die Visana Gruppe hat sich seit 1996 in Folge grösserer Schwierigkeiten aus verschiedenen Kantonen zurückgezogen. Aufgrund des daraus resultierenden Mitgliederrückganges ist die Visana Gruppe zurzeit nur noch die siebtgrösste Krankenkasse der Schweiz. Die ÖKK/Sympany hat weniger als 250'000 Versicherte, verfolgt jedoch eine Wachstumsstrategie.

Im Aussenaustritt (Homepages) treten die Gruppen als eine Firma mit verschiedenen Paketversicherungen, welche Grund- und Zusatzversicherungsleistungen kombinieren, auf. Die einzelnen Krankenkassen sind bei der CSS, Sympany und der Groupe Mutuel im Aussenaustritt komplett inexistent: Es gibt nur einen Auftritt als Gruppe.⁷

⁷ Wer beispielsweise www.arcosana.ch im Internet eingibt, wird zu www.css.ch umgeleitet.

3.3 Verbände und weitere Formen der Zusammenarbeit

Es gibt zwei wichtige Verbände unter den Versicherern:

- **santésuisse:** santésuisse ist der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der Krankenversicherung. Der Branchenverband beschreibt sich auf seiner Homepage folgendermassen: „santésuisse fördert in Politik und Öffentlichkeit das Verständnis für die Krankenversicherung, deren Erfolge und Risiken sowie die Tätigkeiten und Ergebnisse der Branche.“ santésuisse vertritt die Branche u.a. in diversen (eidg.) Kommissionen, führt Tarifverhandlungen zusammen mit den Krankenkassen durch, erstellt Statistiken zur Krankenversicherung und ist im Bildungsbereich tätig.
- **RVK (Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer):** Der RVK ist der Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer, der für seine Mitglieder Rückversicherungen und Dienstleistungen erbringt. 46 kleinere und mittlere Krankenkassen mit gesamthaft 800'000 Versicherten sind Mitglieder des Verbands. Der gemeinsame Leistungseinkauf, das Vermitteln von Zusatzversicherungen und das Angebot einer Rückversicherung wie auch die politische Vertretung der Krankenkassen sind dabei wichtige Aspekte der Arbeit des RVK.

Weitere Formen der Zusammenarbeit zwischen Versicherern sind:

- **Anbieten von Zusatzversicherung anderer Krankenkassen (Vermittlung):** Verschiedene kleinere Krankenkassen bieten ihren Versicherten Zusatzversicherungen von grösseren Kassen an. Die kleinen Kassen verfügen dadurch über ein umfassenderes Leistungsangebot; und die grossen Krankenkassen können ihr (potentiell) lukratives Zusatzversicherungsgeschäft ausdehnen.
- **Zusammenarbeit mit Privatversicherern (Vermittlung):** Krankenkassen bieten Zusatzversicherungen von Privatversicherern an. Dazu gehören insbesondere die Rechtsschutzversicherung und die Reiseversicherung. Interessanterweise wird das Taggeld an andere Krankenkassen und nicht an Privatversicherer ausgelagert. Die Privatversicherer führen das Taggeldgeschäft (insb. Kollektivtaggeld) selbständig durch. Die Sanitas, welche von Privatversicherern gegründet wurde, führt zudem keinen eigenen Aussendienst, sondern überlässt diesen den Privatversicherungspartnern.
- **Gemeinsamer Leistungseinkauf (Bsp. auch über den RVK):** Um den Aufwand in der Leistungsbeschaffung zu reduzieren und bessere Konditionen zu erhalten, tätigen bestimmte Krankenkassen den Leistungseinkauf gemeinsam (z.B. Informatiksysteme).

3.4 Regionale Präsenz

Viele der 64 Krankenkassen sind nicht gesamtschweizerisch tätig, sondern bieten ihre Leistungen nur in gewissen Kantonen an. In Tabelle 3 ist die Aufteilung der Krankenkassen gemäss der Grösse ihres Tätigkeitsgebietes dargestellt.

Tabelle 3: Verteilung der Krankenkassen gemäss ihrer regionalen Präsenz, 2006

	Anzahl Kassen	Min. Anzahl Versicherte	Max. Anzahl Versicherte
1-3 Kantone	23	103	14'919
4-13 Kantone	12	896	21'902
14-23 Kantone	8	7'315	430'056
24-26 Kantone	21	9'869	1'283'252
Summe	64		

Quelle: BAG (Mitglieder von Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt, KK in einem Kanton nur als aktiv gezählt bei mindestens zehn Versicherten).

Etwa ein Drittel ist gesamtschweizerisch in 24-26 Kantonen tätig, knapp 36% (23 Kassen) begrenzen ihr Tätigkeitsgebiet auf ein bis drei Kantone. Von diesen 23 Kassen bieten 18 sogar nur in einem Kanton ihre Leistungen an. Die grösste Krankenkasse, welche maximal in 13 Kantonen aktiv ist, hat knapp 22'000 Versicherte: Es gibt folglich keine regional tätige Krankenkasse mit einem grossen Versichertenbestand. Hingegen gibt es grössere Kassen, welche in vielen, aber nicht in allen Kantonen anbieten. Beachtenswert ist ebenfalls, dass es verhältnismässig kleine Kassen gibt, die in der gesamten Schweiz anbieten.

Der Grund, dass viele Krankenkassen stark regional tätig sind, ist primär die historisch regionale Verankerung einer Krankenkasse. Gegen eine Ausweitung auf mehr Kantone sprechen die höheren Administrationsaufwendungen und damit zusammenhängend zusätzlich benötigtes Wissen bei der Geschäftsabwicklung. Zudem bestehen sprungfixe Kosten, wenn ein Landesteil mit einer anderen Landessprache erschlossen werden soll.

4. Rechtsformen und Strukturen der Eigentümer/innen

Die Krankenkassen können entweder als Aktiengesellschaft, als Genossenschaft, als Verein, als Stiftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Unternehmensform organisiert sein. Einleitend beschreiben wir kurz die Hauptmerkmale der einzelnen Rechtsformen bevor wir die Situation auf dem KVG-Markt präsentieren und analysieren.

4.1 Einführung⁸

Aktiengesellschaft

Die Bestimmungen zur Aktiengesellschaft sind im Obligationenrecht (OR) geregelt. Die Aktionär/innen besitzen Mitwirkungsrechte (Teilnahme an GV, Stimmrecht) sowie Schutzrechte (z.B. Einsichts- und Auskunftsrecht) und Vermögensrechte. Das Stimmrecht wird i.d.R. nach dem Kapitalanteilsprinzip geregelt. Das oberste Organ bildet die Generalversammlung der Aktionär/innen.

⁸ Quellen: Thommen, J-P. und S. Sachs (2000), Obligationenrecht (OR) und Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB).

Die *nicht-gewinnorientierten* Aktiengesellschaften im Bereich der Krankenkassen lassen sich nicht mit börsenkotierten Aktiengesellschaften anderer Branchen vergleichen: Die Aktionär/innen sind keine privaten Investor/innen mit Gewinninteressen. Die Aktionär/innen sind jeweils Vereine (z.B. CSS) oder Stiftungen (z.B. Visana), je einmal auch eine Genossenschaft (KPT) und die öffentliche Hand (Xundheit: Stadt Luzern, siehe auch Formen des öffentlichen Rechts).

Genossenschaft

Auch Genossenschaften werden im OR geregelt. Die Teilnahme- und die Kontrollrechte der Eigentümer/innen sind ähnlich wie in einer Aktiengesellschaft. Die Genossenschafter/innen üben ihr Stimmrecht bei der Generalversammlung oder Delegiertenversammlung (= oberstes Organ) nach dem Kopfstimmrecht aus. Genossenschaften im KVG-Bereich dürfen, gleich wie alle anderen Rechtsformen, nicht gewinnorientiert sein.

Verein

Der Verein ist im Gegensatz zur AG und Genossenschaft nicht im OR, sondern im ZGB geregelt. Grundsätzlich entsprechen die Rechte der Vereinseigentümer/innen bei den Vereinsversammlungen denjenigen der Genossenschaft.

Ein Unterschied zwischen Verein und Genossenschaft liegt bei den Krankenkassen darin, dass die Gründung einer Genossenschaft explizit den Zweck der Gründung einer Krankenkassen hatte, während Vereine oftmals aus anderen Zwecken gegründet wurden (z.B. Handwerkerzünfte) und später als eine weitere Dienstleistung eine Krankenkassen gründeten.

Formen des öffentlichen Rechts

Bei den Formen des öffentlichen Rechts gibt es zum einen die öffentlich-rechtliche Anstalt und zum anderen die öffentlich-rechtliche Aktiengesellschaft. Bei beiden hat die öffentliche Hand als Eigentümerin (Kanton, Gemeinde) ein hohes Mitspracherecht. Das oberste Organ ist der Verwaltungsrat.

Zurzeit sind noch drei Krankenkassen öffentlich-rechtlich organisiert. Dies sind die Krankenkasse Xundheit, welche eine AG im Eigentum der Stadt Luzern ist, die öffentlich-rechtliche Krankenkasse Surselva mit 15 Trägergemeinden und die öffentlich-rechtliche Anstalt ÖKK Basel (Sympany). Letztere wird jedoch ihre Rechtsform ändern und in eine nicht-gewinnorientierte AG umgewandelt werden.

Stiftung

Bei der Gründung einer *Stiftung* wird ein Stiftungsvermögen für einen besonderen Zweck eingesetzt – im KVG-Bereich ist dies etwa die Versicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall sowie die Gesundheitsförderung. Diese, oft sehr allgemeinen Formulierungen, werden in der Stiftungsurkunde festgehalten und deren Erfüllung vom Stiftungsrat überwacht. Bei der Stiftung existieren keine Eigentümer/innen. Der Stiftungsrat ist

das oberste Organ. Gemäss telefonischer Auskunft erneuert er sich selbst, d.h. die Stiftungsrät/innen wählen ihre Nachfolger/innen selbst. Das Stiftungsrecht ist im ZGB geregelt.

4.2 Überblick zu den Rechtsformen

Die Rechtsformen im Grundversicherungsbereich sind bei den 87 Krankenkassen folgendermassen verteilt:⁹

- 30 Stiftungen,
- 27 Vereine,
- 20 Aktiengesellschaften (inkl. öffentlich-rechtliche AG der Xundheit),
- 8 Genossenschaften und
- 2 öffentlich-rechtliche Krankenkassen.

Tabelle 4 gibt für jede Rechtsform einen Überblick über das oberste Organ, die Eigentümer/innen und die Anzahl Versicherten.

Tabelle 4: Oberste Organe und Eigentümer/innen bei den verschiedenen Rechtsformen der Krankenkassen

Rechtsform	Oberstes Organ	Eigentümer/in	Versicherte 2006
Stiftung (30 KK)	Stiftungsrat	verselbständigtetes Vermögen	2'469'787
Verein (27 KK)	Mitglieder, evtl. Delegiertenversammlung	Mitglieder (Versicherte)	187'547
Aktiengesellschaft (AG, 20 KK)	Generalversammlung der Aktionär/innen	Aktionär/innen	4'619'842
Genossenschaft (8 KK)	Generalversammlung, bei mehr als 300 Mitgliedern; Delegiertenversammlung	Genossenschafter/innen (Mitglieder)	59'697
Formen des öff. Rechts (2 KK)	Verwaltungsrat	öff. Hand (Kanton / Gemeinde)	141'554

Quelle: BAG

4.3 Überblick zu den Eigentümer/innen

Die Eigentümer/innen einer Krankenkasse können wiederum juristische Personen sein. Beispielsweise ist der Verein CSS Eigentümer der CSS Kranken-Versicherung AG sowie der Arcosana AG und der Auxilia AG.

Betrachtet man die Eigentümer/innen der Krankenkassen, so zeigt sich, dass alle Aktiengesellschaften im Besitz von Stiftungen oder Vereinen sind; in einem Fall ist die öffentliche Hand die Eigentümerin (vgl. Tabelle 5). Es gibt folglich keine Aktiengesellschaft, bei welcher Privatpersonen direkt Aktionär/innen sind (evt. Ausnahme: Sanatop, welche die Struktur der Eigentü-

⁹ Stand: 1.1.2007, vgl. BAG (2007)

mer/innen nicht offengelegt hat). Der Zusatzversicherungsbereich hat zudem immer dieselben Eigentümer/innen (oder dieselbe Stiftung) wie der Grundversicherungsbereich (Quelle: Befragung B,S,S.).

Tabelle 5 zeigt auch, dass 96% aller Versicherten bei einer Krankenkasse, welche im Eigentum eines Vereins oder einer Stiftung ist, versichert sind.

Tabelle 5: Verteilung der Krankenkassen und Versicherten auf die verschiedenen Rechtsformen (Grundversicherungsbereich)

Rechtsform	Rechtsformen Kassen		Rechtsformen gemäss Eigentümerstruktur	
	Anteil an Anzahl KK	Anteil an Versicherten	Anteil an Anzahl KK	Anteil an Versicherten
Stiftung	34%	33%	31%	50%
Verein	31%	3%	56%	46%
Aktiengesellschaft	23%	62%	-	-
Genossenschaft	9%	1%	9%	1%
Formen des öff. Rechts	2%	2%	4%	2%
Summe	100%	100%	100%	100%

Quelle: BAG und B,S,S. (schriftliche Kurzbefragung aller Krankenkassen), Mitglieder von Versicherergruppen je als eine Versicherung gezählt

Anmerkung: Der gesunkene Anteil der Stiftungen an der Anzahl Krankenkassen (4. Spalte) ergibt sich daraus, dass alle 14 Mitgliederkassen der Groupe Mutuel Stiftungen sind, die Dachorganisation jedoch in Form eines Vereins organisiert ist.

Die Verteilung der Struktur der Eigentümer/innen bedeutet, dass 31% aller Krankenkassen, welche 50% aller Versicherten versichern, keine Eigentümer/innen haben, da sie als *Stiftung* organisiert sind. Der Stiftungsrat ist das Kontrollorgan. Gemäss telefonischer Auskunft erneuert sich der Stiftungsrat selbst, d.h. er bestimmt seine Nachfolger/innen.

Ob eine Krankenkasse im Eigentum von Vereinsmitgliedern oder Genossenschafter ist, macht in der Praxis gemäss Einschätzung der Experten keinen Unterschied. Aufgrund der vorrangigen Bedeutung der Vereine werden die folgenden Argumente für Vereine ausgeführt: Bei *Vereinen* sind in allen befragten Krankenkassen die Versicherten die Mitglieder und somit Eigentümer/innen des Vereins. Bei gewissen Kassen sind dies alle Versicherten, bei anderen nur jene, die die Mitgliedschaft explizit beantragen.¹⁰ Der Einfluss der Versicherten unterscheidet sich von Kasse zu Kasse: Eine Krankenkasse mit rund 2'500 Versicherten und 500 Mitgliedern erwähnte, dass jeweils drei bis zehn Personen an der Generalversammlung teilnehmen, als das Traktandum einer Übernahme anstand, kamen 50 Personen. Bei einer grossen Krankenkasse hingegen wählen die Vereinsmitglieder einen Mitgliederrat, welcher den Verwaltungsrat wählt. Es kam auch schon vor, dass der Mitgliederrat einen eigenen Kandidaten für den Verwaltungsrat gegen den Kandidaten der Geschäftsleitung durchgesetzt hat. Mit Ausnahme dieses Beispiels waren sich die anderen Auskunftspersonen der Krankenkassen sowie die Experten einig,

¹⁰ Eine Krankenkasse teilte uns mit, dass das BAG die automatische Mitgliedschaft von Versicherten als nicht zulässig befand und sie diese Praxis somit beenden mussten. Versicherte müssen nun einen Antrag auf Mitgliedschaft stellen. Andere Krankenkassen kennen aber weiterhin die automatische Mitgliedschaft.

dass die Vereinsmitglieder nur wenig Einfluss auf die Tätigkeiten der Krankenkassen nehmen. Dies ist im Grundversicherungsbereich auch deshalb der Fall, weil dieser sehr stark reglementiert ist und deshalb grundsätzlich nur wenig Einfluss genommen werden kann. Zudem sei der Krankenversicherungsbereich für Laien zu komplex geworden, um inhaltlich mitbestimmen zu können.

Einfluss auf die Geschäftsleitung nimmt, wie in der Privatwirtschaft üblich, ein allfälliger Verwaltungsrat (oder bei Stiftungen der Stiftungsrat), indem dieser mit der Geschäftsleitung Ziele vereinbart. Dies gilt vor allem für grössere Krankenkassen. Für die Zielerreichung bestehen bei grossen Krankenkassen auch finanzielle Anreize (Boni).

Die öffentliche Hand ist nur noch Eigentümerin von drei Kassen (Sympany, ÖKK Surselva und Xundheit). Bei zwei dieser drei Krankenkassen wird sich die öffentliche Hand bald zurückziehen: Dies betrifft zum einen die Sympany¹¹ und zum anderen die Krankenkasse Xundheit, welche sich der Concordia anschliessen wird. Bei einer weiteren Kasse ist die öffentliche Hand nebst den Versicherten Miteigentümerin der Kasse (Visperterminen).

4.4 Struktur der Eigentümer/innen bei den Versicherergruppen

Eigentümer/in der *Versicherergruppen* sind Stiftungen oder – bei ehemaligen Vereinskassen – Vereine. Die einzelnen Krankenkassen werden meist in der Form einer Aktiengesellschaft geführt. Bei der Groupe Mutuel haben die Krankenkassen die Rechtsform einer Stiftung. Die Krankenkassen sind die Eigentümerinnen der Gruppe. Die einzige öffentlich-rechtliche Krankenkasse bei den Versicherergruppen (ÖKK Basel) wird demnächst in eine AG umgewandelt.

Tabelle 6: Rechtsform der Versicherergruppen und derer Mitglieder

Gruppe	Mitglieder	Rechtsform Mitgl.	Rechtsform/Organisation der Gruppe
Helsana Gruppe	Helsana Versicherungen AG	AG	Helsana Holding AG: Stiftung Helvetia Sana: 79%, Verein Artisana: 21%
	Progrès	AG	
	Avanex	AG	
	sansan	AG	
	Aerosana	Stiftung	
CSS Holding	CSS Krankenversicherung AG	AG	CSS Holding AG: Alleinaktionär: CSS-Verein
	Arcosana AG	AG	
	Auxilia	Stiftung	

¹¹ Grossratsbeschluss Kanton Basel-Stadt per Mittwoch, 20. Februar 2008. Es wird nicht davon ausgegangen, dass dagegen das Referendum ergriffen wird.

Gruppe	Mitglieder	Rechtsform Mitgl.	Rechtsform/Organisation der Gruppe
Groupe Mutuel	Avantis	Stiftung	GM: Verein; Mitglieder: einzelne Stiftungen
	Avenir	Stiftung	
	CMBB / SKBH / CMEL	Stiftung	
	CM EOS	Stiftung	
	CM Troistorrents	Stiftung	
	Easy sana	Stiftung	
	Hermes	Stiftung	
	La Caisse Vaudoise	Stiftung	
	Mutuel Assurances	Stiftung	
	Natura Assurances	Stiftung	
	Panorama	Stiftung	
	Philos	Stiftung	
Universa	Stiftung		
Sanitas	Sanitas Grundversicherungen AG	AG	Holdingstruktur mit 4 AG (Grundversicherungen Sanitas, Wincare, Sanitas Privatversicherungen, Wincare Zusatzversicherungen). Alleinaktionärin an allen AG: Stiftung Sanitas Krankenversicherung
	Wincare Versicherungen	AG	
Visana Gruppe	Visana Services AG	AG	Visana Services AG: Stiftung Visana: 40%, Visana Versich. AG: 60% (diese gehört wiederum Visana Beteiligungen AG zu 100% und diese Stiftung Visana Plus zu 100%), Visana Bet. AG hält jeweils 100% von sana14 und vivacare
	Sana 24	AG	
	Vivacare	AG	
ÖKK / ab 1.1.08 Sympany	Öffentliche Krankenkasse Basel	öffentlich-rechtliche Anstalt, künftig: AG	Die von der ÖKK gegründete Stiftung Sympany besitzt die Tochterfirmen ÖKK Schweiz und Krankenkasse 57. Künftig soll auch die ÖKK Basel in den Besitz der Stiftung übergehen
	ÖKK Öffentliche Krankenkasse Schweiz	AG	
	Krankenkasse 57	AG	

Quelle: BAG und Informationen der Versicherergruppen

Anmerkung zur Struktur der Eigentümer/innen von Sanatop, Supra und Assura: Diese Krankenkassen gaben sich uns gegenüber bezüglich ihrer möglichen rechtlichen Verflechtung und ihrer Struktur der Eigentümer/innen bedeckt, resp. widersprüchlich. In der schriftlichen Befragung vermerkte Sanatop, dass sie einer Holding angehören. Gemäss telefonischer Auskunft von Sanatop sind die drei Krankenkassen in der Diversa AG zusammengefasst (zusammen mit einem Tierversicherer). Diese Aussage wurde nachträglich jedoch widerrufen und die Eigenständigkeit der drei Kassen betont (Supra und Assura geben an, dass sie als Stiftung organisiert sind. Stiftungen haben wie bereits erwähnt keine Eigentümer/innen, können aber Eigentümerinnen einer Gruppe sein).

5. Zusatzversicherungen

5.1 Verknüpfung von Grund- und Zusatzversicherung

Krankenkassen wie auch Privatversicherer bieten Zusatzversicherungen an. Im Geschäft mit Zusatzversicherungen dürfen Gewinne erwirtschaftet werden. Als Rechtsform sind nur die beiden Rechtsformen Genossenschaft oder Aktiengesellschaft möglich, es sei denn eine Krankenkasse bietet die Zusatzversicherung nicht in einem separaten Rechtsgefäss an. Die Aufsicht über den Zusatzversicherungsbereich liegt nicht beim BAG sondern beim Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) – dies auch wenn beide Bereiche im gleichen Rechtsgefäss angeboten werden. Die gesetzlichen Grundlagen des Zusatzversicherungsbereichs bilden das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

Die Zusatzversicherungen werden in drei wichtige Bereiche unterteilt:

- Spitalzusatzversicherungen
- Ambulante Zusatzversicherungen (z.B. Alternativ- und Zahnmedizin)
- Taggeldversicherungen gemäss VVG

Die Krankenkassen versichern in der freiwilligen Einzelkrankenversicherung¹² den überwiegenden Anteil der gebuchten Prämien (> 90%). Im Bereich der Kollektivkrankenversicherung erreichen die Krankenkassen einen weniger hohen Marktanteil (ca. 60%). Der Grund, weshalb die Privatversicherer in der freiwilligen Einzelkrankenversicherung praktisch keine Marktanteile haben, ist, dass sie die obligatorische Grundversicherung nicht anbieten: Die Kund/innen nehmen die Grund- und Zusatzversicherung meistens bei derselben Versicherung in Anspruch. Das Kollektivtaggeld hingegen wird Firmenkunden als Teil von grösseren Versicherungslösungen, welche normalerweise keine Grundversicherungen beinhalten, angeboten. Im Jahr 2005 wurden 4 Mia. Franken an Nettoleistungen (nach Abzug der Kostenbeteiligung) aus dem Zusatzversicherungsbereich bezahlt – im Gegensatz zu 17,4 Mia. Franken im Grundversicherungsbereich (BSV, 2007b).

Wenn die Krankenkassen Zusatzversicherungen anbieten möchten, können sie sie entweder selbst durchführen oder vermitteln. Es existieren dabei auch Mischformen. So kann es z.B. Krankenkassen geben, welche die Spitalzusatzversicherungen vermitteln, die ambulanten Zusatzversicherungen selbst durchführen und die Taggeldversicherungen gemäss VVG nicht anbieten. Tabelle 7 gibt einen Überblick zum Angebot und der Art der Durchführung der Zusatzversicherungen bei den Krankenkassen.

¹² Die Aufteilung in freiwillige Einzelkrankenversicherung und Kollektivkrankenversicherung entspricht nicht exakt unserer Aufteilung nach Taggeld vs. Spital- und ambulanten Zusatzversicherungen. Der Unterschied liegt darin, dass auch der freiwilligen Einzelkrankenversicherung ein Teil des Taggeldes gemäss VVG zugeordnet wird. Dessen Anteil ist jedoch sehr gering. Grob kann somit das Taggeld der Kollektivkrankenversicherung zugeordnet werden und die Spital- und ambulante Zusatzversicherungen der freiwilligen Einzelkrankenversicherung. Zu erwähnen ist des Weiteren, dass das Taggeld teilweise im KVG geregelt ist und teilweise im VVG. Wenn von den Zusatzversicherungen gesprochen wird, ist immer vom Taggeld gemäss VVG die Rede.

Tabelle 7: Verknüpfung der Grund- und Zusatzversicherungen (n=79)

	Spitalzusatz		Ambulant		Taggeld VVG *	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Eigene Durchführung	37	47%	40	51%	24	30%
Vermittlung an Anbieter derselben Holding/Gruppe/Unternehmung	22	28%	22	28%	22	28%
Vermittlung an externen Anbieter	18	23%	15	19%	11	14%
Kein Angebot	1	1%	1	1%	20	25%
k. A.	1	1%	1	1%	2	3%
Total	79	100%	79	100%	79	100%

* Auch in der Grundversicherung wird ein Taggeld angeboten (Taggeld gemäss KVG). In dieser Tabelle ist jedoch nur das Taggeld gemäss VVG, welches zu den Zusatzversicherungen zählt, gemeint.

Quelle: B,S,S., schriftliche Kurzbefragung aller Krankenkassen

Es werden folgende Resultate sichtbar:

- *Mit Ausnahme einer Krankenkasse bieten alle Kassen die Spital- und die ambulanten Zusatzversicherungen an.* Davon führt jeweils ca. die Hälfte diese Versicherungen selbst durch. Knapp 30% vermitteln¹³ sie an Anbieter derselben Holding, Gruppe oder Unternehmung. Dies ist zum einen dann der Fall, wenn eine Krankenkasse sich mit anderen Kassen zusammengeschlossen hat (14 Kassen) und zum anderen auch dann, wenn eine Krankenkasse lediglich ihr KVG-Geschäft vom Zusatzversicherungsgeschäft getrennt hat (Splitting, z.B. Gründung einer AG, welche nur VVG-Geschäfte durchführt). Dieser letztere Fall tritt bei acht Kassen auf. Ungefähr 20% der Kassen vermitteln die Spital- und die ambulanten Zusatzversicherungen an einen externen Anbieter.
- Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Zusatzversicherungen *bietet ein Viertel der Krankenkassen die Taggeldversicherung gemäss VVG nicht an.* Auch von denjenigen, welche sie anbieten, führen sie weniger Kassen selbst durch (rund 30%). Der Grund, weshalb einige Kassen kein Taggeld gemäss VVG anbieten, liegt darin, dass das Taggeld-Geschäft aufgrund des schwierigen Underwritings branchenfremdes Know-how, welches oft nicht vorhanden ist, erfordert.¹⁴ Das Taggeld-Geschäft ist zudem stark umkämpft und konjunkturabhängig. Aus Sicht des Versicherers bieten Taggeldangebote den Vorteil, dass sie den Zugang zur attraktiven Gruppe der berufstätigen Bevölkerung herstellen (Arbeitnehmende gelten im Durchschnitt als relativ gesunde Klient/innen). Von gesunden Klient/innen profitiert sowohl der Grund- wie auch der Zusatzversicherungsbereich.
- Die Krankenkassen, welche die Zusatzversicherungen nicht selbst durchführen, sondern an externe Anbieter vermitteln, erhalten für die Vermittlung eine *Provision*. Sie tragen also das Risiko für das Produkt nicht selbst (sog. Fronting).

Seit Einführung des KVG müssen die Krankenkassen den Grund- und den Zusatzversicherungsversicherungsbereich buchhalterisch getrennt führen. Eine Quersubventionierung zwi-

¹³ Vermittlung von Zusatzversicherung bedeutet, dass die Krankenkassen Zusatzversicherungen ihren Kund/innen anbieten (d.h. sie sind die Ansprechperson, das Risiko dieser Versicherungen liegt jedoch bei einem anderen Anbieter).

schen den beiden Bereichen ist nicht erlaubt. Bei Krankenkassen, welche die Grund- und Zusatzversicherung aus einer Hand anbieten, besteht gemäss Aussage der Experten und einiger Krankenkassenvertreter/innen ein Graubereich bei den Verwaltungskosten, in welchem eine Quersubventionierung des Grundversicherungsbereichs durch den Zusatzversicherungsbereich stattfindet. Beispiele dafür sind die Kosten für Prozessoptimierung, Marketing oder IT.

Ganz im Gegensatz zur buchhalterischen Trennung der Grund- und der Zusatzversicherung sind die beiden Bereiche mit aus Sicht der Versicherten eng miteinander verknüpft: Insbesondere grosse Kassen bieten den Kund/innen zielgruppenspezifische Paketversicherungen an, welche nebst der obligatorischen Grundversicherung auch Leistungen der Zusatzversicherungen beinhalten. Auf den Homepages der grossen Krankenkassen werden diese kombinierten Versicherungslösungen auf der Hauptseite präsentiert, und nicht getrennte Angebote für die Grund- und die Zusatzversicherungen. Auch suchen sich Kund/innen selten separate Anbieter für den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich.

5.2 Gewinnverwendung

Wie bereits erwähnt, dürfen die Krankenkassen im Zusatzversicherungsbereich Gewinne erwirtschaften. In einer schriftlichen Befragung wurden die Krankenkassen zur Verwendung des Gewinns im Zusatzversicherungsbereich befragt (Mehrfachantworten möglich).

Das wichtigste Ergebnis ist, dass keine der 65 antwortenden Kassen die Gewinne an die Eigentümer/innen ausschüttet. Die Gewinne werden im Betrieb einbehalten. In 36 Fällen werden die Gewinne den Reserven und/oder den Rückstellungen zugeführt. Da die Gewinne bei langfristig gutem Geschäftsverlauf nicht nur den Reserven oder Rückstellungen zugewiesen werden können¹⁵, werden sie in weiteren Geschäftsjahren wahrscheinlich für einen der folgenden Zwecke verwendet.

- Sieben Kassen gaben an, dass der Gewinn der Weiterentwicklung ihres Unternehmens dienen würde.
- Vier Krankenkassen verwenden ihn direkt zur Prämiensenkung.
- Vier Kassen gaben zudem noch diverse Antworten, z.B. Optimierung des Preis-Leistungs-Verhältnisses. Sanatop gab an, eine Dividende an die Holding auszahlen. Da die Struktur der Eigentümer/innen uns nicht bekanntgegeben wurde, können wir nicht feststellen, ob die Gewinne von der Holding abfliessen oder wie bei allen anderen Krankenkassen einbehalten werden.

¹⁴ Spezifisches Know-How: Branchen-Know-How, Ausgestaltung von Wartefristen, Bezugsdauer und zu zahlenden Lohnanteile ist komplex, zyklisches Geschäft

¹⁵ Rückstellungen sind Fremdkapital und daher im Gegensatz zu den Reserven (= Eigenkapital) steuerfrei. Rückstellungen dürfen jedoch nur bis zu einer gewissen Höhe gebildet werden (250% des Prämienvolumens). Wenn die Reserven eine bestimmte Höchstgrenze (in % der Prämieinnahmen) erreichen, muss dies bei der Berechnung der neuen Prämien kostensenkend berücksichtigt werden.

Die Auswertung der Fragebögen wie auch die Interviews zeigen auf, dass die Gewinne aus dem Zusatzversicherungsbereich teilweise auch dem Grundversicherungsbereich zugute kommen (z.B. Weiterentwicklung des Unternehmens). 14 Kassen, welche den Zusatzversicherungsbereich nur vermitteln, gaben an, dass sie lediglich eine Aufwandsentschädigung erhalten und somit aus den Zusatzversicherungen keinen Gewinn generieren.

Wenn Gewinne nicht an Eigentümer/innen ausgeschüttet werden (können), so stellt sich die Frage, ob dies aus Sicht der Eigentümer/innen überhaupt wünschenswert wäre: Diese Frage muss eher verneint werden. Dies, da die Eigentümer/innen gleichzeitig die Kund/innen der Versicherung sind. Der Gewinn der Eigentümer/innen würde also aus deren eigenen Prämien resultieren. Entsprechende Interessenlagen finden sich auch bei anderen Organisationen, wie beispielsweise Baugenossenschaften oder Mobility, wieder.

Dass die Gewinne nicht ausgeschüttet werden, relativiert die Bedeutung des Systems mit einem gewinnorientierten Zusatzversicherungsbereich und einem Grundversicherungsbereich mit Gewinnverbot: Ein Gewinnverbot im Zusatzversicherungsbereich würde die Krankenkassen faktisch zu keiner Verhaltensänderung zwingen, da Überschüsse anders verbucht werden könnten (Reserven, Rückstellungen, Transitorische, ...). Hingegen würde ein Gewinnverbot sehr wohl die Tätigkeit der gewinnorientierten Privatversicherer stark betreffen.

Falls die Gewinne aus dem Zusatzversicherungsbereich zur Entwicklung von besseren Leistungen (z.B. Managed Care oder erfolgreiche Präventionsanstrengungen) oder für Prämienreduktionen verwendet werden, ist dies aus Sicht der Eigentümer/innen (oftmals = Kund/innen) sicherlich wünschenswert. Falls die Innovationen auch dem Grundversicherungsbereich zugute kommen, ist festzuhalten, dass die Zusatzversicherten mit ihren Prämien Entwicklungsschritte, welche auch anderen Versicherten zugute kommen, finanzieren.

Wenn jedoch die Gewinne für Marketingausgaben, welche primär der Gewinnung guter Risiken im Grundversicherungsbereich dienen,¹⁶ verwendet werden, ist dies aus der Gesamtsicht aller Versicherten ineffizient und führt zu einer Entsolidarisierung zwischen jenen, die bei einer Krankenkasse mit guten Risiken und jenen, die bei einer Krankenkasse mit schlechten Risiken versichert sind.

Wie die Befragung ergab wird bei keiner Krankenkasse der Gewinn an die Eigentümer/innen ausgeschüttet (z.B. in Form von Dividenden). Dies ist im Falle von Stiftungen, welche keine Eigentümer/innen kennen, auch nicht möglich. Auch im Falle von Vereinen geht das Bundesamt für Privatversicherung davon aus, dass eine Gewinnausschüttung an die Vereinsmitglieder rechtlich nicht möglich wäre (Auskunft: Hr. Reto Januth).

Die Struktur der Eigentümer/innen und der Sinn und Zweck der Krankenkassen führen folglich dazu, dass das Gewinnstreben eine weniger hohe Bedeutung hat als bei den Privatversicherern, und dem Gewinnstreben aufgrund der Interessen der Eigentümer/innen als Klient/innen oder Gründer/innen klare Grenzen gesetzt sind (vgl. auch Kapitel 6 bezüglich Interessen des Managements und der Eigentümer/innen).¹⁷

¹⁶ Ein Mitglied der Geschäftsleitung einer mittelgrossen Krankenkasse meinte bezüglich Gewinnverwendung, dass man sich nur mal achten soll, wer zur teuersten Übertragungszeit Fernsehwerbung platziert.

¹⁷ 18 Stiftungen wurden von Versicherungsgesellschaften gegründet. Diese Gründer/innen hatten möglicherweise auch gewinnorientierte Ziele (evt. im Zusammenspiel mit anderen Versicherungen wie beispielsweise bei der Sa-

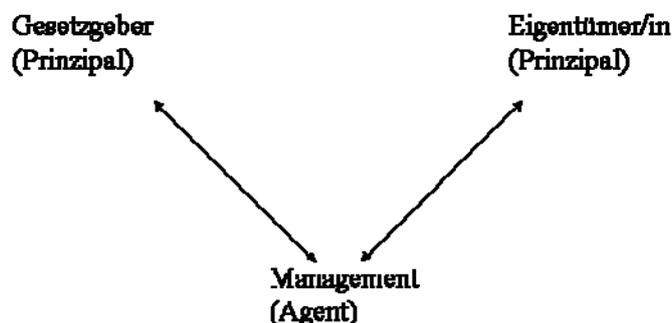
6. Interessen der Akteure und Prinzipal-Agenten-Problematik in der Krankenversicherung

Im Krankenversicherungsmarkt agieren verschiedene Akteure. Es stellt sich die Frage, ob Konflikte bezüglich ihrer Interessen bestehen und welche Auswirkungen diese auf den Krankenversicherungsmarkt haben. Die Fragestellung wird mit der Prinzipal-Agenten-Theorie behandelt. Die Prinzipal-Agenten-Problematik kann dann auftreten, wenn verschiedene Akteure miteinander interagieren und zwischen ihnen keine vollständige Information herrscht. Ein Prinzipal-Agenten-Problem kann kurz zusammengefasst folgendermassen charakterisiert werden:

- Ein Prinzipal (Auftraggeber/in) delegiert eine Aufgabe an einen Agenten (Auftragnehmer/in).
- Zwischen Prinzipal und Agent herrschen Informationsasymmetrien. Konkret verfügt der Prinzipal über unvollständige Informationen zur Beurteilung des Handelns des Agenten.
- Sowohl Prinzipal als auch Agent handeln im eigenen Interesse. Unterscheiden sich ihre Ziele, kann es zu Konflikten kommen.

Im Bereich der Grundversicherung taucht die Prinzipal-Agenten-Problematik zwischen den drei zu untersuchenden Akteuren Management, Eigentümer/innen und Gesetzgeber zweimal auf (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Prinzipal-Agenten-Problematik (schematisch)



Zum einen verhält sich der Gesetzgeber gegenüber dem Management der Krankenkassen im Bereich der Grundversicherungen faktisch als Prinzipal: Der Einfluss geht weit über das in der Marktwirtschaft übliche Mass an Einflussnahme hinaus. Das Management der Krankenkassen ist weitgehend der ausführende Agent.

Zum anderen nehmen die Eigentümer/innen gegenüber dem Management ebenfalls die Funktion des Prinzipals ein.

In einem ersten Schritt werden die Interessen dieser drei Akteure beschrieben. Im zweiten Schritt werden die Interessenskonflikte zwischen den Akteuren analysiert.

nitä). Aufgrund der sehr allgemein gehaltenen Formulierungen in den Stiftungsurkunden konnten wir die ursprünglichen Ziele der Versicherungsgesellschaften nicht ermitteln.

6.1 Interessen des Gesetzgebers

Die Erwartungen des Gesetzgebers an die Krankenkassen im Bereich der Grundversicherung lassen sich anhand der rechtlichen Grundlagen analysieren. Dazu zählen insbesondere das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die dazugehörige Verordnung (KVV). Auch die Botschaften zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (26. Mai 2004 sowie 15. September 2004) geben die Interessen des Gesetzgebers wieder.

Die Erwartung des Gesetzgebers an die Krankenversicherung lässt sich folgendermassen zusammenfassen: Die Krankenversicherung soll für die gesamte Bevölkerung eine qualitativ hoch stehende, kosteneffiziente und für den Einzelnen finanziell tragbare medizinische Versorgung sicherstellen. Aus diesem Grundsatz folgen die drei *Hauptziele* des KVG:

- Versorgungsziel: Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Grundversorgung für alle.
- Solidaritätsziel: Solidarität zwischen den Versicherten.
- Kostendämpfungsziel (z.B. durch Wettbewerb).

Beim Gesetzgeber selbst bestehen wichtige Interessenskonflikte, insbesondere zwischen dem Ziel der Kostendämpfung und den anderen Zielen:

- *Kostendämpfung vs. Versorgung*: Eine höhere Qualität in der medizinischen Versorgung führt teilweise zu höheren Kosten. Dabei ist Folgendes zu beachten: Gemäss drei Expert/innenmeinungen befindet sich die Gesundheitsversorgung bereits im Bereich von stark abnehmenden Grenznutzen. Dies heisst: Die Qualität kann nur mit einem sehr hohen Kostenaufwand noch gesteigert werden. Man kann jedoch dennoch – wie in den meisten Betrieben auch – davon ausgehen, dass bei den Leistungserbringer/innen in verschiedenen Bereichen die Qualität gesteigert werden kann ohne dass die Kosten steigen, oder dass die Kosten bei steigender Qualität sogar sinken (z.B. Vermeiden von Doppelspurigkeiten beim Stellen von Diagnosen). Die Optimierung zwischen Qualität und Kosten ist zudem politisch (und ethisch) problematisch: Da dem Leben jedoch von Seite der Politik oft unendlich viel Wert zugeschrieben wird, lässt sich zwischen Wirtschaftlichkeit und Politik für diesen Fall kein Optimum generieren.
- *Kostendämpfung (durch Wettbewerb) vs. Solidarität*: In einem freien Wettbewerb würden die Prämien differenziert nach Risikogruppen festgesetzt: Die Prämien für Personengruppen mit einem hohen Krankheitsrisiko wären um ein Vielfaches höher als für Versicherte mit einer guten Konstitution.

Der Gesetzgeber hat verschiedene Instrumente geschaffen, um seine drei Hauptziele zu realisieren und allfällige Interessenskonflikte zu entschärfen. So wurde etwa der Wettbewerb reglementiert: Um der Entsolidarisierung entgegenzuwirken, wurden die Einheitsprämie sowie die Aufnahmepflicht aller Personen durch die Krankenkassen beschlossen. Weitere wichtige Instrumente sind der Risikoausgleich, das Gewinnverbot im Grundversicherungsbereich sowie die Kontrolle der Verwaltungskosten.

In Tabelle 8 sind die drei Hauptziele des KVG aufgeführt, ebenso die konkreteren *Teilziele*. So lässt sich das Hauptziel der Solidarität in die zwei Teilziele Solidarität zu kranken Personen und

Solidarität zu einkommensschwachen Personen unterteilen. In der dritten Spalte der Tabelle sind *Instrumente* aufgeführt.

Tabelle 8: Ziele des KVG

Hauptziele	Teilziele	Instrumente	
Versorgung	Medizinische Versorgung für alle	Versicherungsobligatorium (Erweiterter) Leistungskatalog	
	Hohe Qualität der medizinischen Versorgung	Reglementierung des Marktes für Leistungserbringer	
Solidarität	Solidarität mit kranken Personen	Versicherungsobligatorium Einheitsprämie Aufnahmepflicht Risikoausgleich	
	Solidarität mit einkommensschwachen Personen	Prämienverbilligung	
Kostendämpfung	Wirtschaftlichkeit von Seiten der Leistungserbringer	Zulassungsbeschränkung	
	Tiefe Verwaltungskosten im Grundversicherungsbereich	Gewinnverbot im Grundversicherungsbereich Kontrolle der Verwaltungskosten	
		Mehr Wettbewerb zwischen Versicherern (s. auch Teilziel "Mehr Wettbewerb")	
	Mehr Wettbewerb	Trennung von Grund- und Zusatzversicherung Neue Versicherungsmodelle (insb. Managed Care / HMO) Verbot kartellistischer Absprachen bei der Prämiensetzung Volle Freizügigkeit bei der Kassenwahl	
		Förderung Kostenbewusstsein beim Versicherten	Franchise und Selbstbehalt Neue Versicherungsmodelle (insb. Managed Care / HMO)
			Zweckmässiger Einsatz der medizinischen Leistungen
	Gesundheit der Bevölkerung verbessern	Präventionsanstrengungen	

Quellen: KVG, KVV, Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (2004), Bundesamt für Sozialversicherungen (2001)

6.2 Interessen der Eigentümer/innen

Krankenkassen wurden zumeist von der öffentlichen Hand, Vereinen, Betrieben oder sonstigen Zusammenschlüssen von Interessierten gegründet. Ziel der Gründer/innen war, die Gesundheitsversorgung der Versicherten sicher zu stellen. Dieses Ziel wurde in den Statuten festgehalten. Während im Falle eines Vereins die Gründer/innen (Vereinsmitglieder) auch Eigentümer/innen der Krankenkasse wurden, nahmen die Gründer/innen im Falle einer Stiftung durch den Stiftungsrat Einfluss auf die Krankenkasse. Der vom Stiftungsrat verfolgte und in der Stiftungsurkunde festgehaltene Zweck der Krankenkasse unterscheidet sich jedoch nicht systematisch vom Zweck einer Vereinskasse.

Die Interessen der Eigentümer/innen, wenn diese zugleich *Versicherte* sind, sind die folgenden (Quelle: Eigene Markteinschätzung und Recherche von Statuten):

- Finanzielle Absicherung gegen Krankheitskosten.
- Qualitativ gute Gesundheitsleistungen (wichtiger Unterschied zu anderen Versicherungsarten: Während bei anderen Versicherungsarten der Schaden in Form reiner Geldzahlungen ausgeglichen wird, so ist bei Krankenkassen auch die Qualität der mit den Geldzahlungen finanzierten Leistungen (z.B. Qualität der Leistungserbringer/innen oder Art einer Operation) aus Sicht des Versicherten von Interesse).
- Tiefe Prämien.
- Guter Kundendienst durch die Krankenkassen (z.B. Kundennähe, Kulanz).
- Finanzielle Stabilität der Krankenkasse.

Zwischen dem Ziel tiefer Prämien und einer qualitativ guten Leistungserbringung besteht, wie bereits im Kapitel zu den Interessen des Gesetzgebers erwähnt, teilweise ein Zielkonflikt. Wenn dieser zutrifft, gilt: Je besser die Leistungserbringung, desto teurer die Leistungserbringung und desto höher somit die Prämien. Die Gewichtung der beiden Ziele hängt insbesondere vom Gesundheitszustand der Versicherten ab. Während die gesunden Versicherten primär an einer tiefen Prämie interessiert sind, so möchten kranke Versicherte, dass die Versicherung ihnen die qualitativ beste und umfassendste Behandlung bezahlt (Zusätzliche Schwierigkeit: Die Qualität der Leistungserbringung ist oft nur schwer messbar).

Im Gegensatz zu den Eigentümer/innen von gewinnorientierten Firmen verfolgen die Eigentümer/innen von Krankenkassen *keine Gewinnabsichten*. Der Grund dafür ist die Doppelrolle der Versicherten als Eigentümer/in und Kund/in: Weshalb Gewinne mit den Prämien der Eigentümer/innen (= Kund/innen) machen? In der Doppelrolle von Eigentümer/in und Kund/in sehen sich die Vereinsmitglieder (oder Genossenschafter/innen) heutzutage unserer Meinung nach stärker in der Rolle der Kund/innen denn in der Rolle der Eigentümer/innen. Im Falle von Privatversicherern ist dies üblicherweise anders, da die Eigentümer/innen nicht (oder nicht primär) die Kund/innen der Versicherung sind. Auf die Interessen der Eigentümer/innen bei Privatversicherungen gehen wir im Rahmen dieser Studie nicht weiter ein.

Gewinne aus dem Zusatzversicherungsgeschäft sind aus Sicht der Eigentümer/innen für Innovationen, die den Kund/innen zugute kommen, für Prämienenkungen oder zur Reservenbildung zu verwenden.¹⁸ Personen mit einer Zusatzversicherung haben im Vergleich zu Personen mit lediglich einer Grundversicherung ein stärkeres Interesse an der Gewinnverwendung im Zusatzversicherungsbereich.

Bei wenigen Krankenkassen ist die öffentliche Hand die Eigentümerin: Es liegen die gleichen Interessen vor, wie wenn die Versicherten Eigentümer/innen sind. Zusätzlich möchte die öffentliche Hand als Eigentümerin der Krankenkasse das Gesundheitswesen mittels der Versicherung steuern. Beispielsweise soll gewährleistet werden, dass auch Bevölkerungsgruppen mit schlechten Risiken adäquat versichert und betreut werden. Eine Vertreterin der Sympany teilte uns mit, dass die Verknüpfung mit der öffentlichen Hand dazu führte, dass schlechte Risiken (z.B. Arbeitslose oder Asylbewerber) von den zuständigen Ämtern jeweils direkt bei der ÖKK Basel versichert wurden. Dies führt innerhalb des bestehenden Systems zu einem Wettbe-

¹⁸ Die Prämienenkungen dürften aufgrund der gesetzlichen Trennung von KVG und VVG nur im Zusatzversicherungsbereich stattfinden. Aufgrund der teilweise vorherrschenden Quersubventionierung werden jedoch möglicherweise mit den Gewinnen auch die Prämien im KVG-Bereich tief gehalten.

werbsnachteil für die ÖKK Basel. Des weitern dürfte die öffentliche Hand die Sicherung der lokalen Arbeitsplätze bei einer Krankenkasse aus politischen Überlegungen heraus stark gewichten.

6.3 Interessen des Managements

Das Management verfolgt eigene Interessen wie beispielsweise die Maximierung des Lohnes, Macht und Prestige, unternehmerische Freiheit sowie Arbeitsplatzsicherheit (vgl. Kaluza et al., 2003, S.20 und Starbucks in: Macharzina und Oesterle, 2002). Bei Nonprofit Organisationen (NPO) wird oft unterstellt, dass der Idealismus für die Geschäftstätigkeit selbst als Ziel und Motivation des Managements stärker ist als bei gewinnorientierten Firmen (Schwarz, 2002, S.21).

Mittels einer telefonischen Befragung von Krankenkassenvertreter/innen und einer eigenen Markteinschätzung haben wir die Interessen des Managements konkretisiert. Die Befragung hat gezeigt, dass die Interessen von grösseren und kleineren Kassen teilweise unterschiedlich sind.

Interessen des Managements grosser Krankenkassen

Das Management grosser Krankenkassen hat folgende Interessen, wobei deren Gewichtung zwischen den Krankenkassen variiert.

- *Finanzielle Stabilität und Weiterbestehen der Krankenkasse:* Das Management hat ein Interesse an der Sicherung der finanziellen Stabilität und der Zukunftsfähigkeit der Kasse, damit der Arbeitsplatz gesichert ist und die Position der Geschäftsleitung gestärkt wird. Die Sicherung der finanziellen Stabilität wird durch das Einstellen genügend hoher Rückstellungen und dem Bilden von genügend Reserven gewährleistet.
- *Macht und Prestige:* Das Management von Krankenkassen verfolgt – wie auch Manager/innen von Unternehmen anderer Branchen – persönliche Interessen und Ziele. Dazu zählen beispielsweise Macht und Prestige, welche durch die Steigerung der Grösse einer Krankenkasse erhöht werden können. Diese Macht- und Prestigesteigerung ergibt sich dann beispielsweise aus einer Erhöhung der Mitarbeitenden und des Marktanteils. Die Krankenkasse erlangt eine grössere Bedeutung in der öffentlichen Wahrnehmung, wodurch auch das Ansehen der Manager/innen zunimmt.
- *Löhne und Boni:* Der Verwaltungsrat/Stiftungsrat vereinbart mit dem Management Jahresziele, deren Erreichung teilweise finanziell entschädigt wird. Solche Ziele können eine Reduktion, oder ein nur schwacher Anstieg der Gesundheitskosten der eigenen Versicherten beinhalten. Dies erklärt (teilweise) das politische Engagement der grossen Kassen für ein tieferes Ausgabenwachstum im Gesundheitsbereich, aber auch deren Interesse am Anwerben guter Risiken. Ob die Löhne und Boni eher hoch oder tief sind, hängt von der Vergleichsbasis ab. Im Vergleich mit den Löhnen des Managements in anderen staatlichen Sozialversicherungen (z.B. Arbeitslosenversicherung) dürften die Löhne gemäss einer Expertenaussage durchschnittlich bis hoch sein. Beispielsweise erzielte ein Mitglied der siebenköpfigen, operativen Geschäftsleitung der Visana 2006 im Durchschnitt ein Einkommen von 236'000 Franken (Lohn und Bonus, Quelle: Geschäftsbericht Visana 2006). Das Management der

grossen Krankenkassen vergleicht seine Löhne jedoch mit den Löhnen der Privatversicherer, welche wesentlich höher sind.

- *Unternehmerische Freiheit*: Als wichtiger Punkt wird vom Management auch die unternehmerische Freiheit genannt, welche v.a. den Zusatzversicherungsbereich betrifft. Dazu zählt beispielsweise die Produktentwicklung, aber auch die Freiheit zielgruppenorientiert arbeiten zu können und der eigenen Versicherung ein Profil zu verleihen.

Zur Erreichung der oben genannten Interessen gibt es verschiedene *Strategien und Zwischenziele*, welche das Management der grossen Krankenkassen verfolgt:

- *Wachstum*: Grosse Krankenkassen streben oftmals ein Wachstum des Versichertenbestands an, da dadurch die Macht, das Prestige und ggf. auch die Entlohnung des Managements steigt. Sie versuchen dabei Wachstum mit dem Anwerben guter Risiken zu verbinden, weshalb eine grössere Kasse uns erklärte, dass sie Übernahmen kleinerer Kassen (mit schlechten Risiken) auch schon abgelehnt hat. Zur Erreichung der Wachstumsziele gibt es verschiedene *Instrumente*: 1. *Professionalisierung* der Krankenkasse: Das Management der grossen Kassen betont die Wichtigkeit der Grösse der Kasse um die Professionalisierung der Krankenkassen voranzutreiben. Wird eine Krankenkasse professioneller, erhoffen sich die Kassen davon tiefere Verwaltungskosten und dadurch tiefere Prämien. Die tieferen Prämien wiederum begünstigen das Wachstum der Krankenkasse. 2. *Kundenorientiertes Handeln*. 3. *Marketing*.

In Bezug auf Wachstumsziele der Kassen sei noch Folgendes erwähnt: Im Gegensatz zu Märkten anderer Branchen, welche ggf. noch Steigerungspotenzial aufweisen, ist der Grundversicherungsmarkt bezüglich Anzahl Marktteilnehmende gesättigt (alle sind versichert). Es herrscht zwischen den Kassen somit ein reiner Verdrängungswettbewerb: Mit teilweise hohen Anstrengungen wird versucht, sich die Kund/innen gegenseitig abzuwerben.

- *Gewinne*: Gewinne im Zusatzversicherungsbereich erhöhen neben der Macht des Managements und allfälligen Boni auch die Möglichkeit mit den Gewinnen neue Produkte zu entwickeln. Die unternehmerische Freiheit steigt somit. Wiederum sind die Professionalisierung der Krankenkasse und ein kundenorientiertes Handeln Instrumente zur Erreichung des Ziels.

Interessen des Managements kleiner Krankenkassen

Die kleinen Krankenkassen unterscheiden sich bezüglich ihrer grundlegenden *Interessen* in folgenden Punkten vom Management grosser Kassen:

- Die Interessen Macht/Prestige und unternehmerisches Handeln sind bei kleinen Krankenkassen weniger zentral.
- Bei kleineren Kassen sind bedeutende Boni selten.
- Das Anbieten eines möglichst guten Services (kundenorientiertes Handeln) wurde von einigen Manager/innen kleiner, regionaler Krankenkassen in den Interviews glaubhaft als Interesse und Ansporn vermittelt (Idealismus).

Auch in Bezug auf die *Strategien* Wachstum und Gewinne unterscheiden sich die kleinen von den grossen Krankenkassen. So ist bei kleinen Kassen meist nur ein *minimales und v.a. be-*

ständiges Wachstum (d.h. ohne Schwankungen) erwünscht. In absoluten Zahlen geringe Zunahmen in den Versichertenbeständen können bereits die Stabilität der Kasse gefährden. Eine kleinere Krankenkasse führte an, dass sie sich gezwungen sieht, sich einer grossen Kasse anzuschliessen, da sie aufgrund ihrer tiefen Prämien plötzlich ein relativ starkes Wachstum an Mitgliedern verzeichnete und dies die drei Mitarbeitenden der Krankenkasse überfordert hat. Die Prämien musste diese Kasse, da sie zu hohe Reserven hatte, aufgrund der Reservevorschriften sehr tief ansetzen. Das oben genannte Beispiel zeigt, dass die Reserve- und Prämiensetzungsvorschriften insbesondere bei kleinen Kassen zu einer Instabilität beitragen können. Das Erzielen von Gewinnen hat bei kleinen Krankenkassen teilweise keine, oder nur eine geringe Bedeutung, da *Zusatzversicherungen* oft bloss vermittelt werden.

6.4 Fazit: Interessenskonflikte?

In den vorangegangenen Kapiteln haben wir die Interessen des Gesetzgebers, des Managements und der Eigentümer/innen aufgezeigt. Es stellt sich die Frage, ob es zu Interessenskonflikten zwischen den Akteuren kommt und falls ja, welche Partei ihre Interessen eher durchsetzen kann.

Interessenskonflikt zwischen Eigentümer/innen und Management

Die Eigentümer/innen haben ein Interesse an einem möglichst effizienten Management, welches tiefe Prämien und einen hohen Service garantiert. Diese Ziele wurden auch von den Krankenkassenvertreter/innen genannt. Sie sind für das Management *grosser Krankenkassen* jedoch mehr Mittel zum Zweck denn tatsächliche Interessen. Einige der grundlegenden Interessen des Managements grosser Kassen – nämlich Macht und Prestige für das Management sowie möglichst hohe finanzielle Entschädigungen – teilen die Eigentümer/innen hingegen nicht oder nur in sehr geringem Mass, die hohen finanziellen Entschädigungen sind aus Sicht der Eigentümer/innen wiederum lediglich Mittel zum Zweck. Welcher Akteur seine Interessen letztlich verfolgen kann, hängt von der Stärke der Informationsasymmetrie und der Kontrolle durch die Eigentümer/innen ab.

Wie üblich bei Nonprofit Organisationen fehlt der Gewinn als Massstab für die Unternehmensbewertung (Anthony und Young, 1999, S.48). In gewinnorientierten Unternehmen dient der Gewinn als zentrale – wenn auch nicht einzige – Grösse bei der Beurteilung der Effizienz und der Effektivität des Unternehmens und damit des Managements. Die Eigentümer/innen oder auch die Stiftungsrät/innen sind aus unserer Sicht und übereinstimmend mit den Aussagen der befragten Krankenkassen mit der Beurteilung der Effektivität und Effizienz des Managements überfordert – sofern sie selbst nicht eine Doppelrolle von Eigentümer/innen und Management (oder Stiftungsrät/innen und Management) innehaben oder es sich um grobe Missstände handelt. Die Eigentümer/innen und Stiftungsrät/innen sind, wie bei vielen Nonprofit Organisationen üblich, primär Repräsentant/innen der Mitglieder, während die fachliche Qualifikation oft nebensächlich ist (vgl. auch Cornforth, 2003, 247f). Zurzeit besteht hier sicherlich eine sich, aufgrund des immer komplexer werdenden Versicherungsgeschäfts, öffnende Informationsasymmetrie

zwischen Management und Aufsichtsgremien. Die Aufsichtsgremien können die Interessen der Eigentümer/innen daher teilweise nicht genügend wahren.

Interessenskonflikt zwischen Gesetzgeber und Management

Auch zwischen dem Management und dem Gesetzgeber bestehen Interessenskonflikte. Die Instrumente, die der Gesetzgeber zur Erreichung seiner Ziele verwendet, stehen – zumindest bei grossen Krankenkassen – im Widerspruch zur unternehmerischen Freiheit der Krankenkassen und zur Professionalisierung (s. unten Kontrolle der Verwaltungskosten). Im Folgenden gehen wir der Frage nach, ob der Gesetzgeber mit seinen Instrumenten den gewünschten Einfluss auf das Management ausübt und dadurch seine Interessen durchsetzen kann.

- *Gewinnverbot*: Das Gewinnverbot soll eine kostendämpfende Wirkung im Grundversicherungsbereich entfalten. Das Gewinnverbot des Gesetzgebers schränkt aber auch den Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt ein. In der *heute bestehenden Krankenversicherungslandschaft* besteht aber kein nennenswerter Interessenskonflikt zwischen Gesetzgeber und Management (keine gewinnorientierte Struktur der Eigentümer/innen, auch im Zusatzversicherungsbereich keine Gewinnausschüttungen). Zu untersuchen ist jedoch, ob das Gewinnverbot zur Kostendämpfung beiträgt. Würde das Verbot aufgehoben, wären Markteintritte von neuen Akteuren zu erwarten, was zu mehr Wettbewerb und möglicherweise tieferen Prämien führen könnte.
- *Kontrolle der Verwaltungskosten*: Der Gesetzgeber respektive die Aufsichtsbehörde interveniert als Kontrollstelle, welche die Höhe der Verwaltungskosten im Grundversicherungsbereich überprüft und gegebenenfalls moniert. In der Praxis gibt es Bandbreiten, innerhalb welcher das BAG als Aufsichtsamt die Höhe der Verwaltungskosten toleriert.¹⁹ Dies steht im Widerspruch zur freien Gestaltung des Managements, denn es ist zu beachten, dass höhere Verwaltungskosten nicht grundsätzlich schlecht sind: Hohe Verwaltungskosten könnten beispielsweise durch die Anstellung von „besserem“, aber auch teurerem Personal bedingt sein. Falls dieses Personal dazu beiträgt, dass sich das Kostenmanagement verbessert, so können die höheren Verwaltungskosten durchaus vorteilhaft sein. Zudem ist die Kontrolle nicht einfach: Der Nachweis, wie auch die Überprüfung der tatsächlich angefallenen Verwaltungskosten, sind bei jenen Kassen, die auch Zusatzversicherungen durchführen, sehr schwierig.
- *Kontrolle der Prämiensetzung und Reservevorschriften*: Die Prämien der Krankenkassen müssen durch die Aufsichtsbehörde genehmigt werden, unter anderem damit keine zu hohen Prämien angeboten werden. Ob dieses Ziel damit erreicht wird, müsste verifiziert werden. Zudem existieren Vorschriften, ab welcher Höhe Reserven abgebaut und somit Prämien reduziert werden müssen. Dieser Einschnitt in die unternehmerische Freiheit des Ma-

¹⁹ Antwort des Bundesrates auf Anfrage Fehr (22.06.2006): Im Rahmen der Aufsicht über die Krankenversicherer überwacht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den wirtschaftlichen Umgang der Versicherer mit den ihnen anvertrauten Prämiegeldern. Das BAG kontrolliert zu diesem Zweck die gesamte, prämienbestimmende Höhe der Verwaltungskosten im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen sowie den Verteilschlüssel der Verwaltungskosten. Dabei lässt es den Krankenversicherern einen gewissen Spielraum. In diesem Rahmen kann der Versicherer eigenverantwortlich wirtschaftlich tätig sein und die Struktur der Verwaltungskosten selber bestimmen. Gesetzliche Grundlage: Die Krankenversicherer sind gehalten, ihre Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken (Art. 22 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes, KVG; SR 832.10).

nagements kann bei kleinen Krankenkassen die Stabilität des Unternehmens gefährden und führt folglich in diesem Fall zu einem grossen Interessenskonflikt (vgl. Kapitel 6.3 *Interessen des Managements kleiner Krankenkassen*).

- *(Verfeinerter) Risikoausgleich*: Expert/innen gehen davon aus, dass trotz Risikoausgleich in starkem Masse Risikoselektion betrieben wird und dadurch die Solidarität mit kranken Personen untergraben werden könnte. Es gibt in diesem Bereich somit ein Interessenskonflikt, welcher ein Vollzugsproblem generiert: Das Management verhält sich mit der Risikoselektion aufgrund derer grossen Kostenrelevanz rational, aber entgegen der Interessen des Gesetzgebers. Wie bei vielen Interessenskonflikten zwischen Gesetzgeber und Management ist auch dieser darauf zurückzuführen, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht ein anderes Verhalten, als es aus sozialer Gesamtsicht wünschenswert ist, rational ist. Gefordert wird von Expert/innen ein differenzierterer Risikoausgleich (BSV, 2001, S. XIII). Dadurch soll auch ein Anreiz gesetzt werden, dass die Krankenkassen ihre Anstrengungen verstärkt auf die Einführung neuer Versicherungsmodelle, auf das Reduzieren ihrer Verwaltungskosten und auf ein aktives Kostenmanagement fokussieren. Diesbezügliche Vorarbeiten sind im Gange (vgl. Kapitel 12.5). Bei einer Neugestaltung des Risikoausgleichs ist jedoch darauf zu achten, dass die Krankenkassen ein finanzielles Interesse an möglichst geringen Krankheitskosten ihrer Versicherten behalten.
- *Vorschriften zur Gestaltung alternativer Versicherungsmodelle*: Die Einführung von Managed-Care-Organisationen geht langsamer vor sich als erhofft, da sich die Versicherten nur zögerlich für alternative Versicherungsmodelle entscheiden (BSV, 2001, S. XI). Dies ist weniger ein Interessenskonflikt zwischen Gesetzgeber und Management – beide Parteien möchten die Einführung solcher Modelle grundsätzlich fördern – sondern es stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit des Instrumentes: Sollten die Hoffnungen von Expert/innen bezüglich der kostendämpfenden Wirkung von sog. Managed-Care-Organisationen stimmen, so muss der Gesetzgeber die bestehenden Hemmnisse, welche die Verbreitung solcher Modelle behindern, beseitigen.

Zusätzlich lässt sich sagen, dass die Vielzahl der Instrumente und die starke Reglementierung des Wettbewerbs auch das *divergierende Rollenverständnis* zwischen dem Gesetzgeber und dem Management grosser Krankenkassen aufzeigen: Die grossen Krankenkassen sehen sich auch im Bereich der Grundversicherungen als aktive Mitgestalter des Versicherungsumfelds, während das BAG nach Meinung der Krankenkassen diese im Grundversicherungsbereich als Ausführungsstellen betrachtet. Die Rolle der Ausführungsstelle wiederum behagt kleineren Kassen meistens besser, da sie mit zusätzlichen Freiräumen überfordert wären (ähnlich wie im Zusatzversicherungsbereich). Eine aktivere Mitgestaltung der (grossen) Krankenkassen ist dann sinnvoll, wenn deren Partizipation zur Verbesserung des Gesundheitswesens beiträgt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Gesetzgeber verschiedene Instrumente einsetzt um seine Ziele zu erreichen. Inwiefern diese Instrumente geeignet sind, das Verhalten des Managements dahingehend zu beeinflussen, dass eine kostendämpfende Wirkung resultiert, ist teilweise unklar. Vertiefte Analysen sind empfehlenswert.

Teil II: Entwicklung der Versicherungslandschaft seit 1996

Nach der Präsentation und Analyse der heutigen Versicherungslandschaft in Teil I befasst sich Teil II mit den Entwicklungen seit der Einführung des KVG. Mit Hilfe dieser Analysen können weitere Erkenntnisse über die Dynamik und Funktionsweise des Versicherungsmarktes gewonnen werden. Die Ergebnisse von Teil II fliessen in die abschliessende Einschätzung der zukünftigen Entwicklungen (Teil III der Studie) ein.

7. Entwicklung der Anzahl Krankenkassen und deren Verteilung

7.1 Entwicklung der Anzahl und der Grösse der Krankenkassen

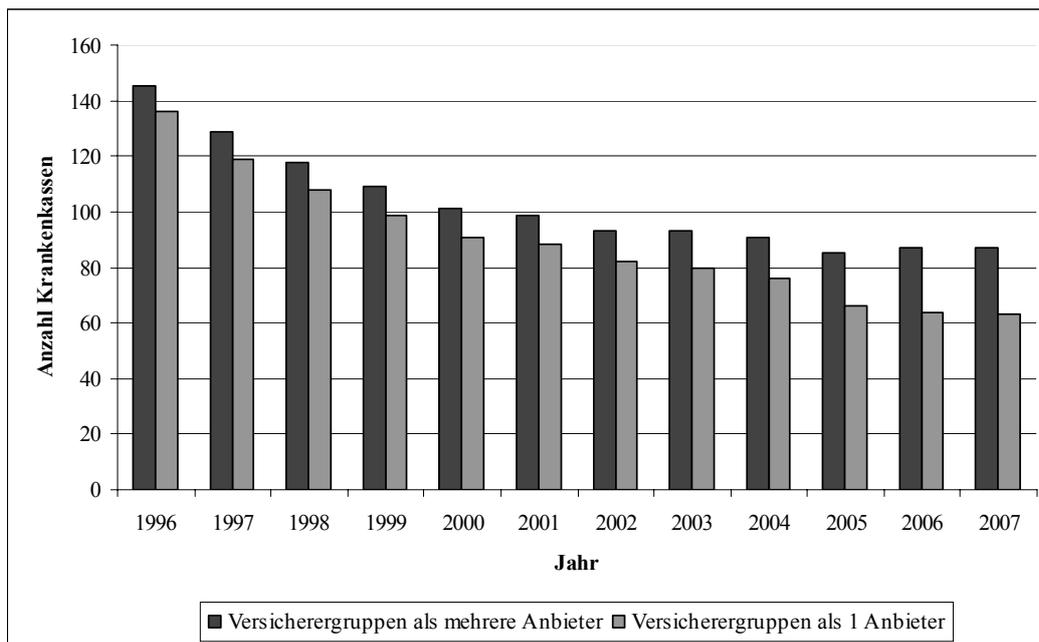
Die Anzahl Krankenkassen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung anbieten, hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich verringert. Existierten 1996 (Einführung KVG) noch 145 Krankenkassen, bestanden 2007 nur noch 87 Krankenkassen.²⁰ Die Gründe des Konzentrationsprozess werden in den folgenden Kapiteln der Studie ermittelt.

Tatsächlich ist der Konzentrationsprozess jedoch noch stärker als diese Zahlen aufzeigen. Denn es existieren sechs *Versicherergruppen*. Zählt man diese Versicherergruppen jeweils als nur eine Unternehmung, liegt die Anzahl Krankenkassen 2006 bei nur noch 64 Kassen (1996 = 136). Der Konzentrationsprozess auf Gruppenebene ist primär auf die Übernahme von Krankenkassen durch die Groupe Mutuel zurückzuführen.

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Anzahl Krankenkassen in den letzten zehn Jahren auf. Blickt man noch weiter zurück zeigt sich, dass die Entwicklung seit 1996 nur die Fortsetzung eines Prozesses darstellt, welcher schon seit geraumer Zeit verläuft. So gab es vor rund 40 Jahren noch beinahe 1'000 Krankenkassen in der Schweiz. Die Zahl nahm in den folgenden Jahren kontinuierlich ab: 1980 existierten noch 555 Kassen, 1990 nur noch 245 (vgl. Abbildung 5).

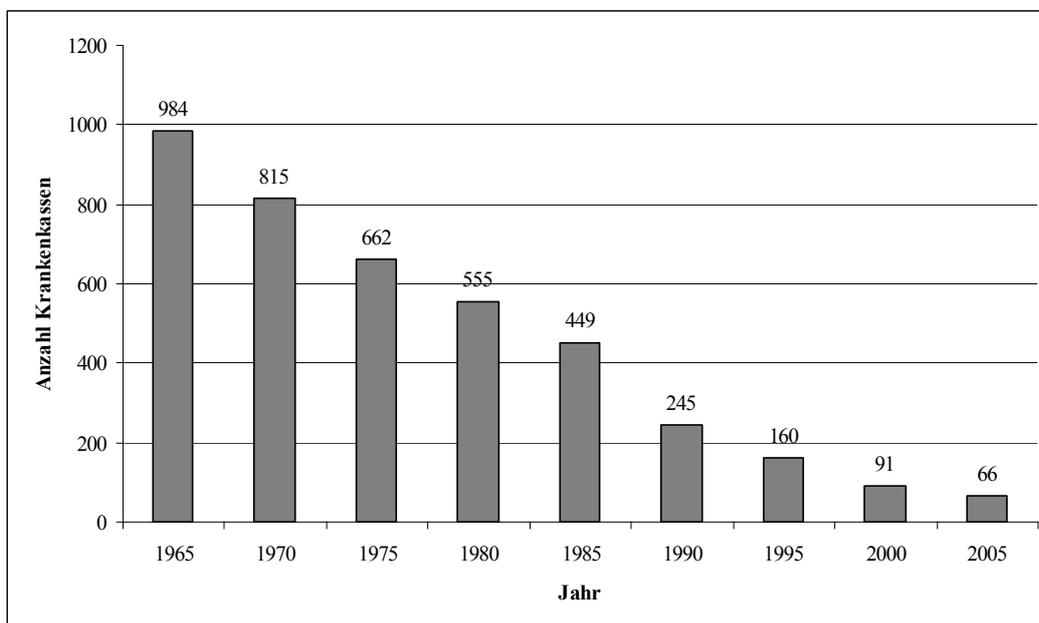
²⁰ Es werden jeweils die Jahresendbestände aufgeführt, d.h. es wird die Anzahl Krankenkassen genannt, welche am Ende des jeweiligen Jahres aktiv waren.

Abbildung 4: Anzahl Krankenkassen in der Schweiz, 1996-2007



Quelle: BAG und Angaben der einzelnen Versicherergruppen

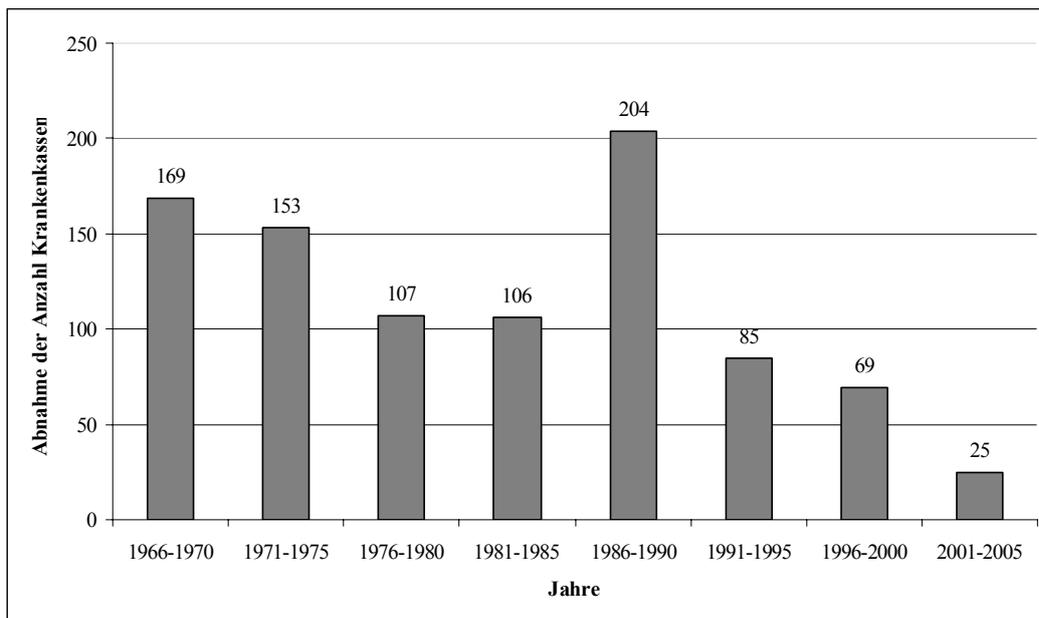
Abbildung 5: Anzahl Krankenkassen in der Schweiz, 1965-2005



Quelle: Eigene Berechnungen, BAG und Kocher und Oggier (2007, S.140) (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt)

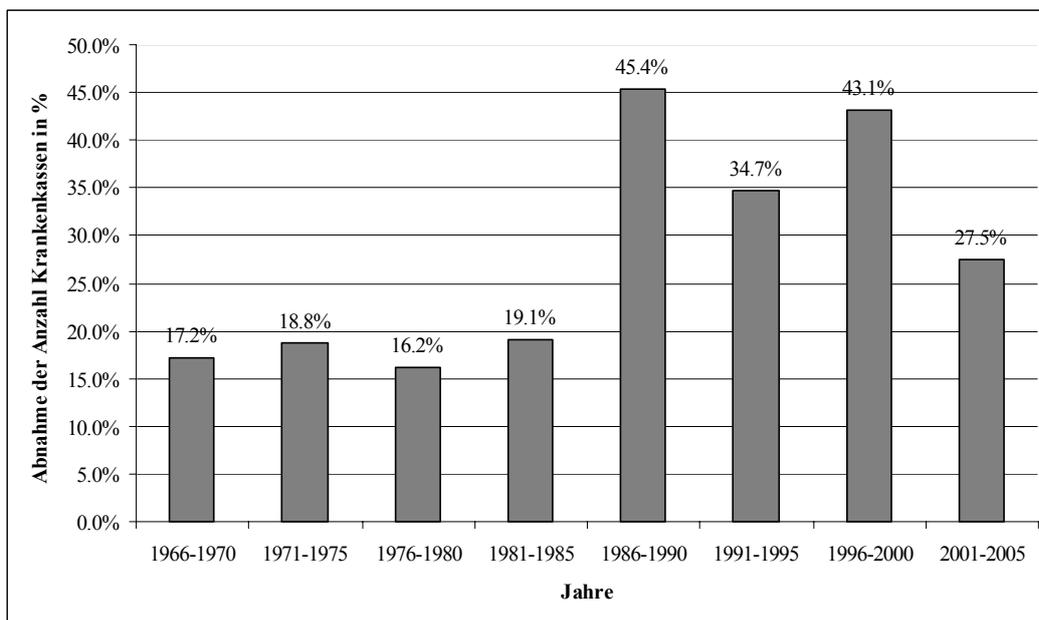
Abbildung 6 zeigt, dass sich die Abnahme der Anzahl Krankenkassen in absoluten Zahlen seit Einführung KVG verlangsamt hat. Auch wenn die Abnahme in Prozenten betrachtet wird, so zeigt Abbildung 7, dass der Rückgang der Anzahl Kassen in den zehn Jahren vor Einführung des KVG leicht höher war als in den zehn Jahren nach Einführung KVG.

Abbildung 6: Abnahme der Anzahl Krankenkassen in absoluten Zahlen, 1966-2005



Quelle: Kocher und Oggier, 2007, S.140 (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt)

Abbildung 7: Abnahme der Anzahl Krankenkassen in Prozent, 1966-2005

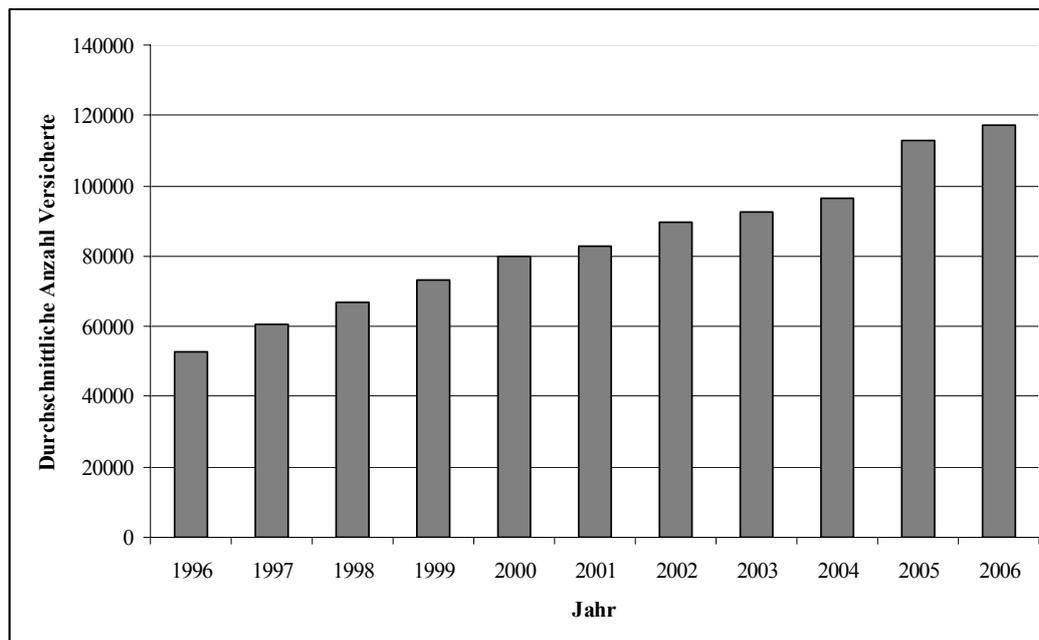


Quelle: Kocher und Oggier, 2007, S.140 (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt)

Anzahl Versicherte pro Versicherung

In nachfolgender Abbildung ist die Entwicklung des durchschnittlichen Versichertenbestandes abgebildet. Entsprechend der Reduktion der Anzahl Kassen nahm die durchschnittliche Anzahl Versicherte pro Versicherer(-gruppe) zu. Betrag der durchschnittliche Versichertenbestand 1996 noch knapp 53'000 Personen, stieg der Wert 2006 auf beinahe 118'000 Versicherte.

Abbildung 8: Durchschnittlicher Versichertenbestand in der Schweiz (pro Krankenkasse), 1996-2006



Quelle: BAG (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt)

Die Streuung der Grösse der Krankenkassen ist in Abbildung 9 und als „Vergrösserung“ in Abbildung 10 mittels Box-Plots abgebildet.²¹ Es wird dabei deutlich, dass die Streuung seit 1996 tendenziell zugenommen hat. Dies ist daran ersichtlich, dass die Höhe der Box (Grauer Kasten) im Laufe der Jahre zugenommen hat. Auch Abbildung 11 zeigt mit Hilfe eines Kerndichteschätzers²², dass die Konzentration bei den kleinen Kassen abgenommen hat. Die Zunahme der Streuung ist folglich nicht auf ein *Mitgliederwachstum* bei den grossen Kassen und/oder einem Mitgliederschwund bei kleinen Krankenkassen zurückzuführen, sondern primär auf die Abnahme der *Anzahl* kleiner Krankenkassen. Dies wird auch deutlich, wenn man nur die Veränderung bei den kleinen und mittleren Kassen betrachtet (vgl. Abbildung 12).

Die Boxplots bestätigen zudem, dass die Mehrheit der Krankenkassen weiterhin wenige Mitglieder haben, es aber nur wenige grosse Kassen gibt. Während es bis zum Versichertenbestand von ca. 600'000 Versicherten eine (mehr oder weniger) regelmässige Präsenz einzelner Krankenkassen gibt, folgt dann – zumindest bis 2005 – eine Lücke bis zu den zwei bis drei

²¹ Die Box-Plot Abbildungen sind folgendermassen zu verstehen: In der Box (Jeweils das graue Kästchen in der Abbildung) liegen 50% der Werte. Die Box wird durch die Quartile (= 25%-Perzentil und 75%-Perzentil) bestimmt. Die Länge der Box misst somit den Interquartilsabstand. Je grösser die Box und je länger der Interquartilsabstand, desto stärker streuen die Daten. In der Box ist auch der Median eingezeichnet. Dieser gibt die Schiefe der Verteilung an.

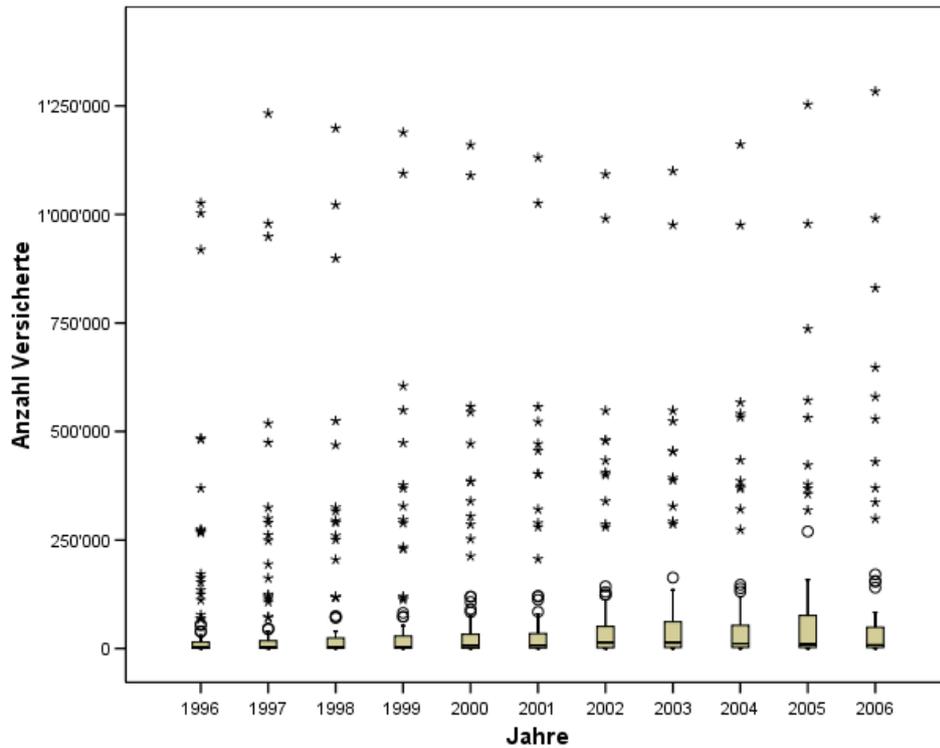
Die vertikalen Linien werden als *Whisker* bezeichnet. Die Länge der Whisker beträgt maximal das 1.5-fache des Interquartilsabstandes. Der Endpunkt des Whiskers liegt bei jenem Wert, welcher als letzter innerhalb des 1,5-fachen Interquartilsabstandes liegt.

Werte, welcher ausserhalb der Whisker liegen, werden als Extremwerte oder Ausreisser bezeichnet und sind als Punkte abgebildet. Die Definitionen lauten dabei folgendermassen: *Ausreisser* sind Werte, deren Abstand vom unteren Quartil nach unten bzw. vom oberen Quartil nach oben zwischen dem 1.5-fachen und dem 3-fachen des Interquartilsabstandes beträgt. *Extreme Werte* sind als Sternchen eingetragen. Der Abstand extremer Werte von dem unterem oder dem oberen Quartil beträgt mehr als das Dreifache des Interquartilabstandes.

²² Wie eine Grafik mit Kerndichteschätzer zu lesen ist: vgl. FN 5.

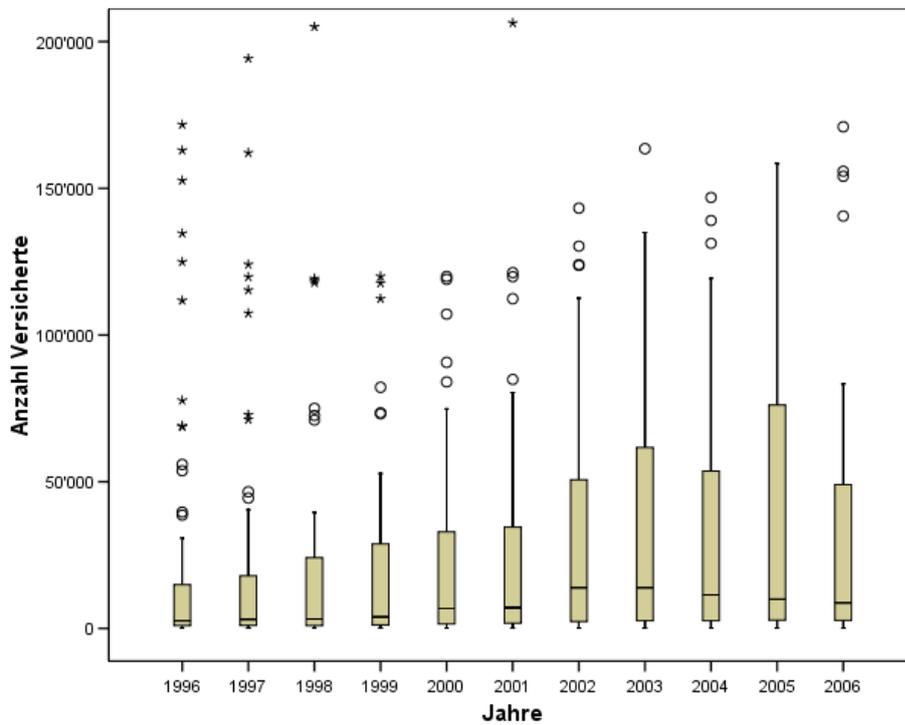
Krankenkassen mit mehr als 800'000 Versicherten. Dies sind jeweils die Helsana und die CSS. Bis 1998 zählte auch die Visana dazu. Seit 2005 hat die Groupe Mutuel einen sehr hohen Versichertenbestand und zählt seit dann gemeinsam mit der Helsana und der CSS zu den drei grössten Krankenkassen. Interessanterweise ist der Median bis 2003 angestiegen, seither aber wieder gesunken. Wie dies zu interpretieren ist, haben wir nicht im Rahmen dieser Studie nicht untersucht.

Abbildung 9: Box-Plots „Anzahl Versicherte der Krankenkassen“, 1996-2006



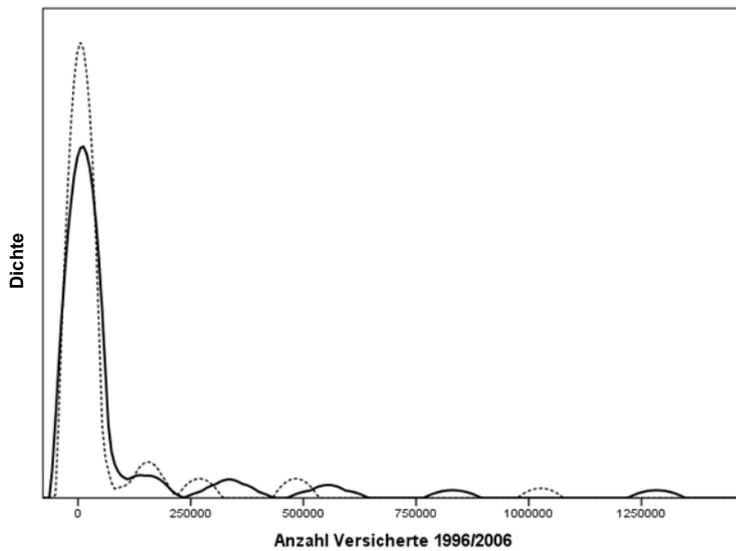
Quelle: BAG (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt)

Abbildung 10: Box-Plots „Anzahl Versicherte der Krankenkassen“, 1996-2006, Schnitt bei 200'000 Versicherten



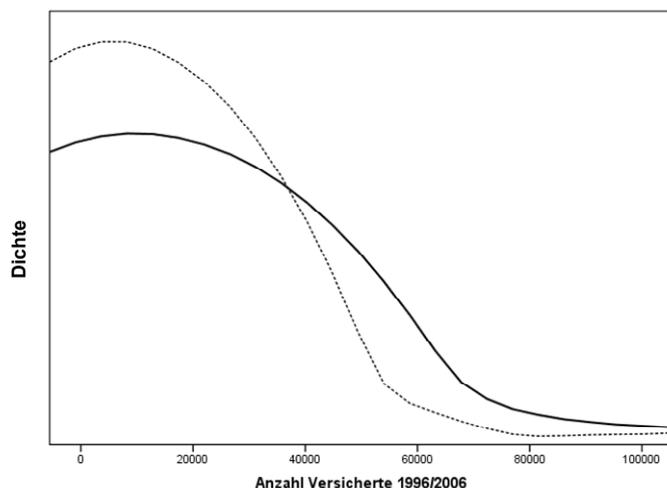
Quelle: BAG (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt)

Abbildung 11 Kerndichteschätzer „Anzahl Versicherte“, 1996 und 2006



Anmerkung: Die gestrichelte Kurve gibt die Werte für 1996 an, die durchgehende Linie jene für 2006. Versicherergruppen sind als ein Anbieter gezählt.

Abbildung 12: Kerndichteschätzer „Anzahl Versicherte“, 1996 und 2006, Schnitt bei 100'000 Versicherten



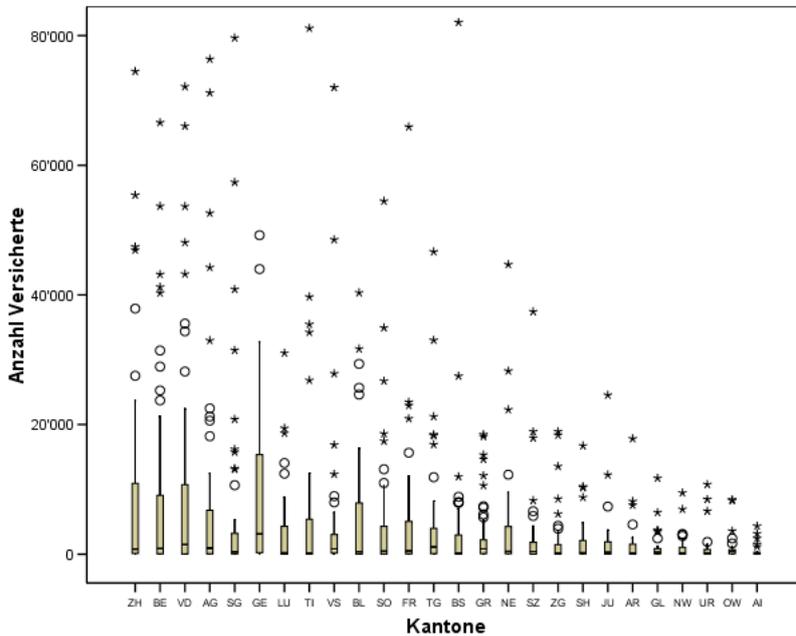
Anmerkung: Die gestrichelte Kurve gibt die Werte für 1996 an, die durchgehende Linie jene für 2006. Versicherergruppen sind als ein Anbieter gezählt.

Im Folgenden ist die Grössenverteilung der Krankenkassen in den Kantonen für die Jahre 1996 und 2006 abgebildet. Die Kantone sind dabei gemäss ihrer Bevölkerungszahl im jeweiligen Jahr sortiert.

Die Streuung hat, gleich wie in der gesamten Schweiz, auch *in den Kantonen* zugenommen. Vergleicht man die Kantone untereinander, zeigt sich, dass je grösser der Kanton, desto grösser die Streuung. Die Streuung ist bei den zehn kleinsten Kantonen der Schweiz weitaus geringer als bei den anderen, dies wird insbesondere im Jahr 2006 sichtbar. Die 10 kleinsten Kantone haben eine um 30% höhere Marktkonzentration als die 10 grössten Kantone (vgl. Kapitel Marktkonzentration: Herfindahl-Index, S.45).

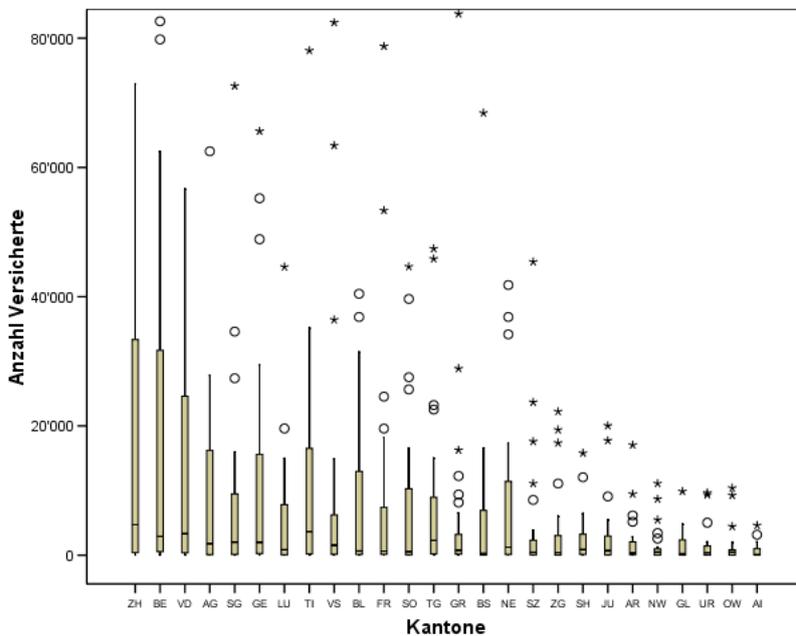
Auch hat die Auswertung ergeben, dass die durchschnittliche Anzahl Versicherte pro Krankenkasse in jedem Kanton seit 1996 zugenommen hat. Dies ist wiederum primär auf die Abnahme der kleinen Krankenkassen zurückzuführen. Es ist jedoch zu betonen, dass weiterhin ein beträchtlicher Teil aller Kassen (zwischen 20% und 55%) weniger als 1% der Versicherten im jeweiligen Kanton versichern (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 13: Box-Plots „Kantonale Grössenverteilung der Krankenkassen“, 1996, KK mit weniger als zehn Versicherten nicht gezählt, Schnitt bei 80'000²³



Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

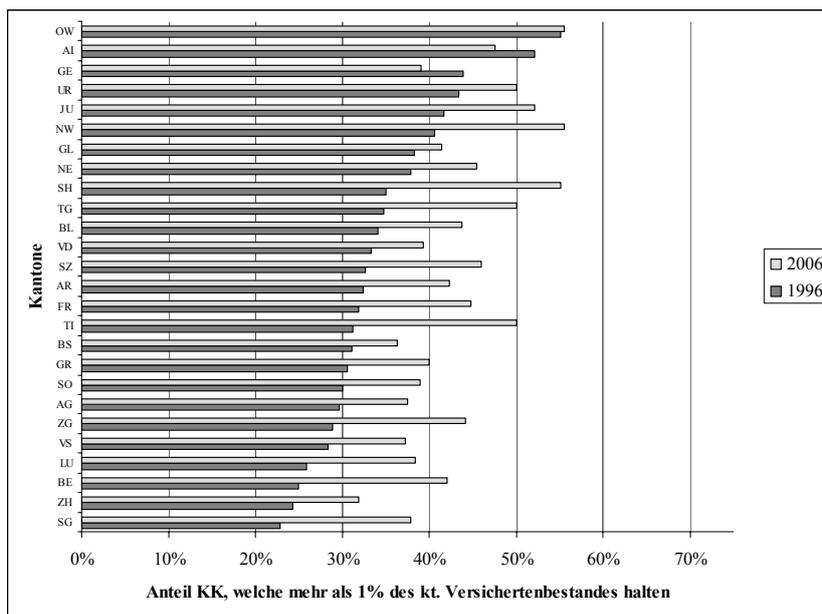
Abbildung 14: Box-Plots „Kantonale Grössenverteilung der Krankenkassen“, 2006, KK mit weniger als zehn Versicherten nicht gezählt, Schnitt bei 80'000²³



Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

²³ Der besseren Lesbarkeit halber stellen wir die Abbildung nur bis zu einem Versichertenbestand von 80'000 dar. Die vollständigen Box-Plots sind in Anhang VI aufgeführt.

Abbildung 15: Grössenverteilung in den Kantonen: Anteil Kassen, welche mehr als 1% des Versichertenbestandes halten, 1996 und 2006

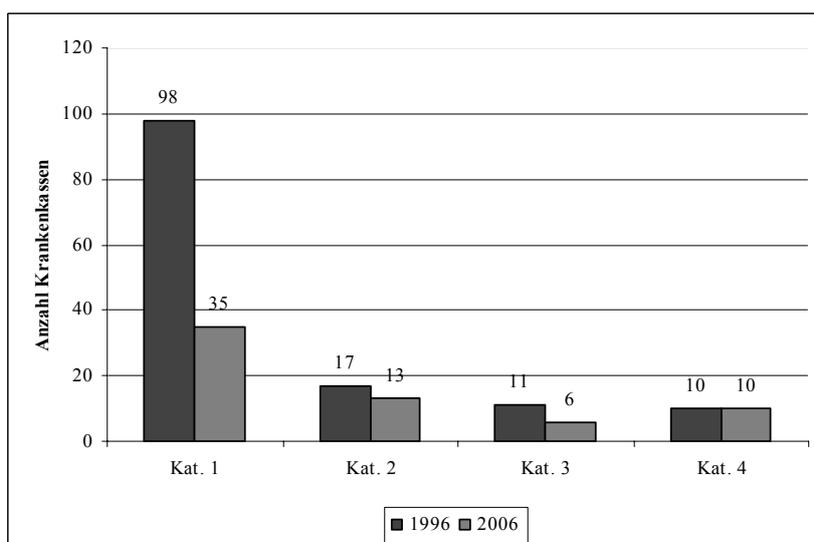


Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

Entwicklung der Anzahl und des Mitgliederbestandes von Krankenkassen unterschiedlicher Grösse

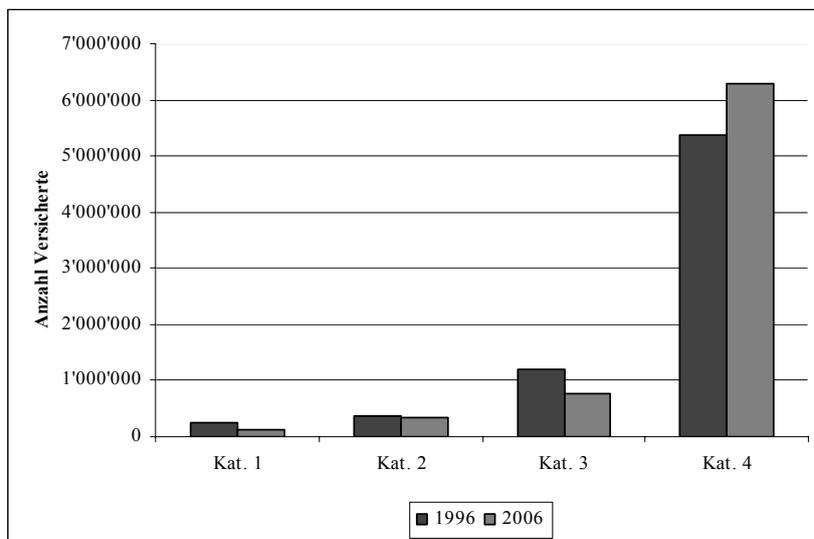
Aus der Abbildung 16 und der Abbildung 17 wird ersichtlich, dass die Marktkonzentration bei der Anzahl Krankenkassen stärker war als bei der Anzahl Versicherten pro Versicherer(-gruppe).

Abbildung 16: Anzahl Krankenkassen nach Grössenkatgorien, 1996 und 2006



Kategorien: Kat.1 = KK mit weniger als 10'000 Versicherten, Kat.2 = KK mit zwischen 10'000 und 50'000 Versicherten, Kat.3 = KK mit zwischen 50'000 und 250'000 Versicherten, Kat.4 = KK mit mehr als 250'000 Versicherten. Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

Abbildung 17: Anzahl Versicherte nach Grössenkategorie der Krankenkassen, 1996 und 2006



Kategorien: Vgl. Abbildung 16. Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

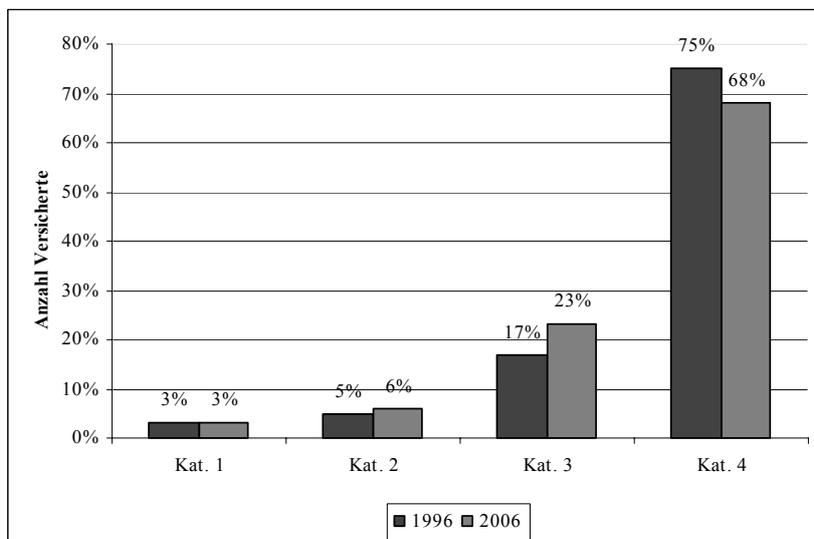
Tabelle 9: Anzahl Krankenkassen und Anzahl Versicherte nach Grössenkategorien

	Anzahl Krankenkassen		Veränderung	Anzahl Versicherte'		Veränderung
	1996'	2006		1996'	2006	
Kat. 1'	98	35	-64%	238'731'	129'117	-46%
Kat. 2'	17	13	-24%	367'044'	322'675'	-12%
Kat. 3'	11	6	-45%	1'184'047	755'389'	-36%
Kat 4'	10	10	0%	5'365'394	6'296'839'	17%
Summe	136	64		7'155'216	7'504'020	

Kategorien: Vgl. Abbildung 16. Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

Die Zunahme der Anzahl der Versicherten bei den grossen Kassen war jedoch nicht auf das Wachstum der grossen alten Kassen, sondern auf das Wachstum der Groupe Mutuel und der Assura, welche von mittlergrossen (Kat. 3) zu grossen Kasse (Kat. 4) wurden, zurückzuführen. Die Entwicklung der Kassen gemäss deren Grössenkategorie 1996 in Abbildung 18 zeigt deutlich, dass die grossen alten Kassen am meisten Marktanteile verloren haben (1996: 75%, 2006: 68%).

Abbildung 18 Entwicklung der Marktanteile der Krankenkassen gemäss deren Grösse 1996



Anmerkung: Die Einteilung der Kassen in die vier Kategorien wurde gemäss 1996 durchgeführt. Wenn eine Kasse also im Jahr 1996 9'000 Versicherte hat und im Jahr 1997 13'000, wird in beiden Jahren zu Kategorie 1 gezählt. Bei neu gegründeten Kassen wird das erste Jahr nach der Gründung genommen. Kategorien: Vgl. Abbildung 16.

Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

Marktkonzentration: Herfindahl-Index

Mit Hilfe des sog. „Herfindahl-Index“ bilden wir die Marktkonzentration unter den Krankenkassen ab. Der Herfindahl-Index ist eine der am meisten genutzten Kennzahl zur Konzentrationsmessung.²⁴ Je höher der Herfindahl-Index ist, desto konzentrierter ist der Markt. Allgemein wird bis zu einem Wert von 0.1 von einem nicht konzentrierten Markt gesprochen, ab einem Wert von 0.18 gilt ein Markt als hoch konzentriert.²⁵ Die Konzentration auf einem Markt ist jedoch lediglich ein *Indikator* bezüglich Wettbewerbsintensität. So können auch hoch konzentrierte Märkte einen funktionierenden Wettbewerb aufweisen.

Betrachtet man den Herfindahl-Index für den KVG-Markt in der Schweiz, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 10: Herfindahl-Index, Schweiz

	1996	2006
Versicherungsgruppen als 1 Anbieter gezählt	0.077	0.089

Der KVG-Markt ist mit einem Index-Wert von unter 0.1 – gemäss den oben aufgeführten Kriterien – nicht konzentriert. Dies gilt sowohl für 1996 als auch für 2006. Wie aufgrund der bisheri-

²⁴ Der Herfindahl-Index ist als die Summe aller quadrierten Marktanteile der Marktteilnehmenden definiert. Bei einer vollständigen Gleichverteilung der Marktanteile ergibt sich ein Wert von 1/n (n= Anzahl Marktteilnehmende), bei einem Monopol ein Wert von 1.

²⁵ Diese Schwellenwerte gehen auf das US-amerikanische Kartellrecht zurück, in dem die Rechtmässigkeit von Unternehmenszusammenschlüssen anhand von Veränderungen in der Marktkonzentration beurteilt wird. Die Schwellenwerte werden in zahlreichen Studien verwendet (vgl. z.B. Pfeiffer (2005)).

gen Analysen zu erwarten, hat der Herfindahl-Index und somit die Konzentration seit Einführung des KVG zugenommen. Diese Aussage trifft nicht mehr zu, wenn man die Versicherergruppen als mehrere Anbieter zählt: In diesem Fall ist der Herfindahl-Index 2006 tiefer als 1996. Da die Versicherergruppen bezüglich Marktkonzentration jedoch als ein Anbieter gezählt werden müssen, sind die in Tabelle 10 aufgeführten Werte relevant.

Diese Werte kann man mit dem Herfindahl-Index in anderen Dienstleistungsbranchen vergleichen. Im Bankensektor z.B. variiert der Herfindahl-Index zwischen verschiedenen Ländern beträchtlich und lag 2003 in Europa zwischen 0.017 (Deutschland) und 0.242 (Finnland).²⁶ Zu beachten ist, dass dies nationale Werte sind. Sind lokale oder internationale Märkte relevant, kann die Konzentration davon beträchtlich abweichen.

Gerade im KVG-Bereich bestehen in den Kantonen eigene Teilmärkte. Die Marktkonzentration in den Kantonen ist im Folgenden aufgeführt:

Tabelle 11: Herfindahl-Indices, Kantone

	Versicherergruppen als 1 Anbieter 1996	Versicherergruppen als 1 Anbieter 2006	Veränderung
GR	0.046	0.224	0.178
GE	0.070	0.183	0.113
VD	0.083	0.165	0.082
BL	0.089	0.096	0.007
ZH	0.095	0.113	0.018
AG	0.097	0.118	0.022
TG	0.098	0.111	0.014
SO	0.104	0.100	-0.004
SH	0.115	0.106	-0.009
VS	0.118	0.144	0.026
ZG	0.120	0.123	0.003
FR	0.126	0.163	0.038
SG	0.127	0.154	0.027
TI	0.127	0.113	-0.015
NW	0.135	0.161	0.026
NE	0.136	0.172	0.036
GL	0.143	0.124	-0.019
SZ	0.148	0.165	0.017
AR	0.159	0.167	0.008
OW	0.161	0.190	0.029
LU	0.165	0.175	0.010
JU	0.176	0.181	0.005
AI	0.177	0.179	0.002
BE	0.184	0.111	-0.073
UR	0.185	0.178	-0.007
BS	0.218	0.191	-0.027

Anmerkung: Werte grösser oder gleich 0.18 sind fett markiert (hoch konzentriert). Veränderung: Ein positiver Wert bedeutet gestiegene Konzentration seit 1996, ein negativer Wert heisst gesunkene Konzentration.

²⁶ Vgl. Deutsche Bundesbank (2005). Die genannte Untersuchung berücksichtigt 14 europäische Länder.

Es zeigt sich:

- Die Konzentration in den einzelnen Kantonen ist grundsätzlich höher als schweizweit betrachtet.
- Sowohl 1996 als auch 2006 gibt es einige (wenige) Kantone, welche über dem kritischen Wert von 0.18 liegen (grau markiert).
- Die Konzentration hat seit 1996 in den meisten Kantonen zugenommen. Es gibt jedoch auch Kantone, in denen sie abgenommen hat (BE, BS, GL, SH, SO, TI, UR).

Ohne weiter das Thema Wettbewerb zu vertiefen, ist anzumerken, dass im Grundversicherungsmarkt aufgrund der Homogenität des Produkts, der freien Kassenwahl für die Versicherten und der Transparenz der Preise im Vergleich zu anderen Branchen eine relativ hohe Konzentration aus Sicht eines funktionierenden Wettbewerbs noch unproblematisch sein könnte.

7.2 Entwicklung der Versicherergruppen

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der Versicherergruppen dargestellt. Es wird dabei zwischen einem Wachstum aufgrund von Zusammenschlüssen und einem inneren Wachstum unterschieden.

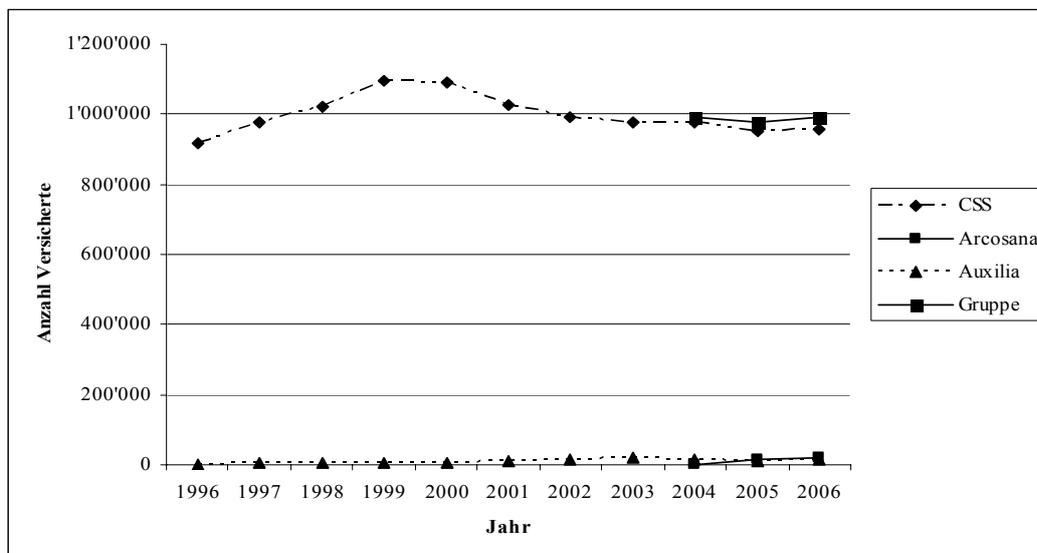
Wie bereits erwähnt wenden die Versicherergruppen eine Mehrmarkenstrategie an, welche gegen aussen nicht nach den verschiedenen Anbietern der Grundversicherung, sondern nach Paketversicherungen, bestehend aus Grund- und Zusatzversicherungsleistungen diversifiziert ist.

In einem ersten Schritt wird die Entwicklung der einzelnen Gruppen graphisch dargestellt. Dabei wird aufgezeigt, wann sich welche Kassen angeschlossen haben und wie sich dabei der Versichertenbestand entwickelt hat. In einem zweiten Schritt wird auf das innere Wachstum der Gruppen eingegangen.

CSS Holding AG

Die CSS Versicherung wurde 1899 als „Krankenkasse des katholischen Arbeitervereins St. Gallen“ gegründet. Im Jahre 2000 übertrug die CSS Versicherung ihr Zusatzversicherungsgeschäft der CSS Versicherung AG, der KVG-Bereich blieb beim Verein CSS Versicherung. 2004 wurde dieser in die CSS Kranken-Versicherung AG umgewandelt, dessen Alleinaktionär der CSS-Verein ist. 2004 schloss sich die Krankenkasse Auxilia der Gruppe an und die Arcosana wurde neu gegründet.

Abbildung 19: Entwicklung der Anzahl Versicherten der CSS Holding AG, graphisch



Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe

Tabelle 12: Entwicklung der Anzahl Versicherten der CSS Holding AG, tabellarisch

	CSS	Arcosana	Auxilia	Gruppe
1996	918'847		2'300	
1997	978'771		3'998	
1998	1'022'158		5'031	
1999	1'094'169		6'243	
2000	1'089'453		7'415	
2001	1'025'440		8'782	
2002	990'653		14'422	
2003	975'956		17'985	
2004	975'744	0	14'036	989'780
2005	953'516	12'495	12'258	978'269
2006	954'734	20'155	16'038	990'927

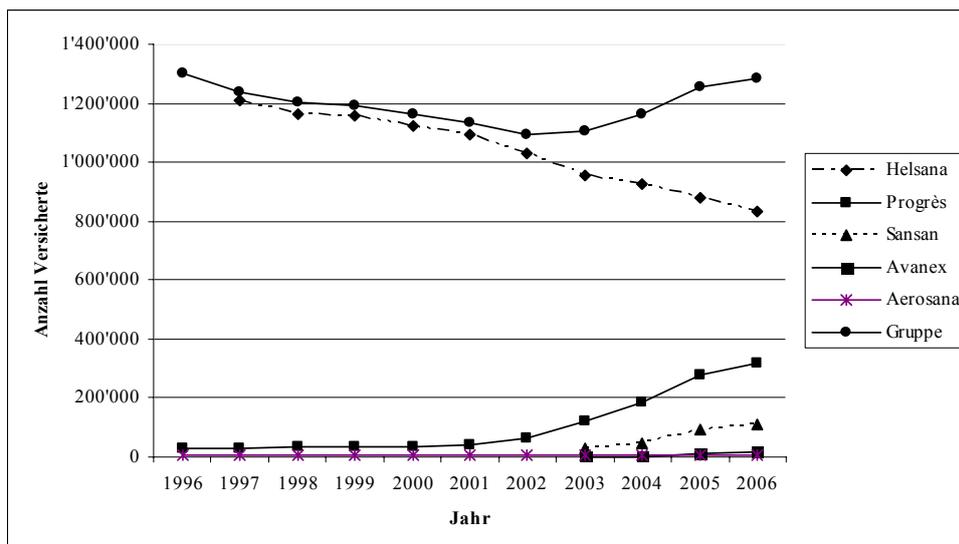
Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe (Versichertenzahlen in Fett für jene Jahre, in welchen die Krankenkasse Mitglied der Gruppe ist)

Der Mitgliederbestand der CSS Versicherung nahm nach einem Höhenflug in den Jahren 1999 und 2000 wieder ab. Seit der Gründung der Tochterkasse und der Übernahme der Auxilia nahm die Versichertenzahl der CSS Gruppe insgesamt zu, diejenige der CSS Krankenversicherung schrumpfte hingegen weiter. In jüngster Zeit wurde bekannt gegeben, dass sich die Intras der CSS Gruppe anschliessen wird. Dies ist in der Abbildung noch nicht berücksichtigt, da der Zusammenschluss noch nicht erfolgt ist. Die Intras hatte im Jahr 2006 ungefähr 340'000 Kund/innen. Die CSS Gruppe wird somit zur grössten Versicherergruppe in der Schweiz.

Helsana Gruppe

Die Helsana Versicherungen AG wurde 1997 aus dem Zusammenschluss der beiden Krankenkassen Helvetia (1 Mio. Versicherte) und Artisana (270'000 Versicherte) gegründet. 2003 wurden die Tochterfirmen Avanex und Sansan neu gegründet, 2006 schloss sich die Krankenkasse Aerosana der Gruppe an.

Abbildung 20: Entwicklung der Anzahl Versicherten der Helsana Gruppe, graphisch



Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe

Tabelle 13 Entwicklung der Anzahl Versicherten der Helsana Gruppe, tabellarisch

	Helsana	Progrès	Sansan	Avanex	Aerosana	Gruppe
1996		27'205			3'516	1'300'660
1997	1'206'283	26'248			3'563	1'236'094
1998	1'164'805	33'687			3'728	1'202'220
1999	1'154'760	34'068			3'899	1'192'727
2000	1'124'161	35'922			4'055	1'164'138
2001	1'093'305	37'696			4'060	1'135'061
2002	1'030'254	'92'084			3'942	1'096'280
2003	952'462	119'233	28'094	67	3'617	'103'473
2004	926'642	188'000	45'635	1'040	3'356	1'164'673
2005	878'185	276'133	89'801	8'831	3'256	1'256'216
2006	831'165	317'517	109'507	18'237	6'826	1'283'252

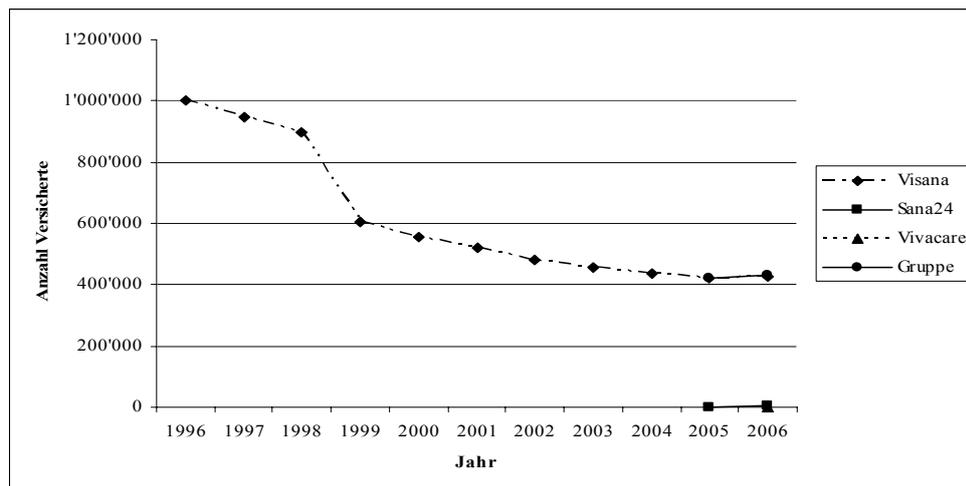
Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe (Versichertenzahlen in Fett für jene Jahre, in welchen die Krankenkasse Mitglied der Gruppe ist)

Seit Gründung der Tochterfirmen Avanex und Sansan reduzierte sich der Versichertenbestand der Muttergesellschaft Helsana AG stark, der Bestand in der gesamten Gruppe nahm hingegen zu.

Visana Gruppe

Die Visana entstand 1996 aus dem Zusammenschluss der drei Berner Krankenkassen KKB, Grütli und Evidenzia. 2005 respektive 2006 wurden zwei Tochterfirmen (sana24, vivacare) gegründet. Die Auswirkungen dieser Tochterfirmen auf den Versichertenbestand sind zurzeit jedoch noch gering.

Abbildung 21: Entwicklung der Anzahl Versicherten der Visana Gruppe, graphisch



Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe.

Tabelle 14: Entwicklung der Anzahl Versicherten der Visana Gruppe, tabellarisch

	Visana	Sana 24	Vivacare	Gruppe
1996	1'002'859			
1997	948'686			
1998	898'798			
1999	605'041			
2000	557'428			
2001	522'464			
2002	478'908			
2003	453'998			
2004	434'054			
2005	420'613	1'836		422'449
2006	426'913	3'128	15	430'056

Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe (Versichertenzahlen in Fett für jene Jahre, in welchen die Krankenkasse Mitglied der Gruppe ist)

Die Visana zählt 2006 weniger als die Hälfte der Versicherten im Jahre 1996. Dies ist teilweise auf die Sanierungsbestrebungen der Visana zurückzuführen. So zog sich die Visana im Jahre 1999 aus acht Kantonen zurück (GE, NE, JU, GL, GR, TG, AI, AR). Über 100'000 Versicherte waren davon betroffen. Der Grund für den Rückzug lag primär darin, dass die Visana in diesen Kantonen eine schlechte Risikostruktur und finanzielle Probleme hatte. Das Zusatzversicherungsgeschäft war vom Rückzug nicht betroffen. Die Erlaubnis für einen Rückzug aus den Kan-

tonen erteilte das Eidg. Departement des Innern der Visana 1998 unter der Bedingung, dass sie in den betroffenen Kantonen während zehn Jahren keine Grundversicherung mehr anbieten darf. Gemäss neusten Medienberichten möchte die Visana ihr Tätigkeitsgebiet nach Ablauf dieser zehn Jahre in Kürze wieder auf die gesamte Schweiz ausdehnen.²⁷

Sanitas Gruppe

Die Sanitas wurde von mehreren Privatversicherern als deren Krankenversicherungsgesellschaft gegründet. Ein Experte ist der Meinung, dass die Sanitas deswegen im Vergleich zu den anderen grossen Kassen am stärksten wie ein marktwirtschaftlich ausgerichtetes Unternehmen funktioniert. Auch erklärt die Geschichte der Sanitas deren spezielle Situation, dass weiterhin eine enge Zusammenarbeit mit Privatversicherern besteht: Der Aussendienst wird von Privatversicherern für die Sanitas erbracht.

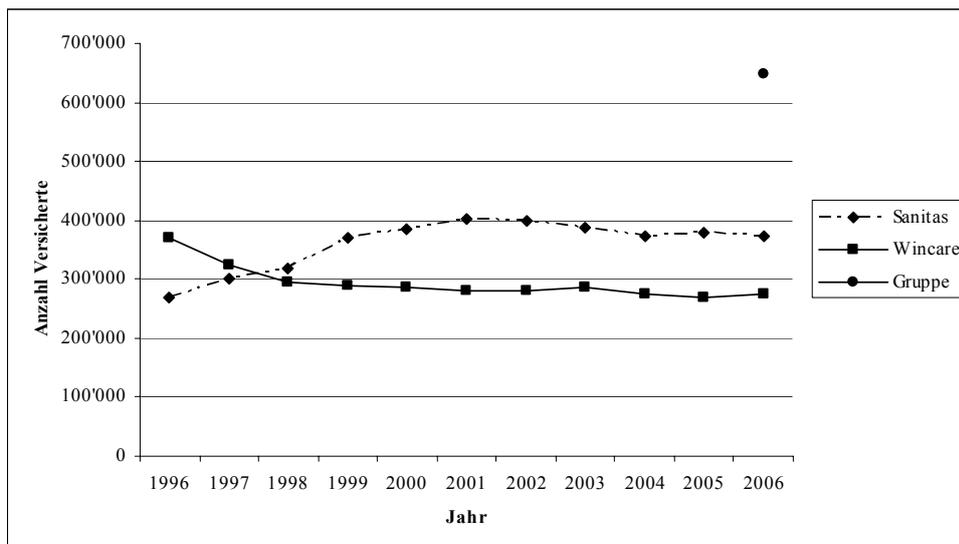
Die Sanitas führt die Grund- und die Zusatzversicherung seit 2004 in zwei Aktiengesellschaften. 2006 übernahm die Sanitas die fast gleich grosse Wincare. Interessant ist insbesondere die Geschichte der Wincare: Die KFW Winterthur wurde 1997 vom Privatversicherer Winterthur Versicherung übernommen und als Wincare weitergeführt.²⁸ Mit der Winterthur Versicherung hat sich somit der letzte Privatversicherer aus der Durchführung des KVG-Geschäfts zurückgezogen. Partnerschaften mit Krankenkassen, insbesondere der Sanitas, bestehen jedoch weiterhin.

Heute sind vier Aktiengesellschaften unter dem Dach der Sanitas Stiftung (Eigentümerin): Grund- und Zusatzversicherung der Sanitas sowie Grund- und Zusatzversicherung der Wincare. Die Wincare ist eine eigenständige Marke, welche jedoch stark in die Gruppe integriert ist. Das Marketing findet gemäss Aussage des Managements primär über die Sanitas statt, die Wincare bleibt jedoch ein eigener Versicherungsträger. Die Gründe für den Zusammenschluss waren erstens dass ein grösserer Verbund eine effizientere Abwicklung des Geschäfts erlaubt (IT, elektronische Leistungsabwicklung) und zweitens dass die beiden Geschäftsmodelle gut zusammenpassten (Zusammenarbeit mit Privatversicherern).

²⁷ <http://www.tagesanzeiger.ch/dyn/news/schweiz/862321.html>

²⁸ <http://www.help.ch/newsflashartikel.cfm?art=News&key=1442&parm=detail>

Abbildung 22 Entwicklung der Anzahl Versicherten der Sanitas Gruppe, graphisch



Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe

Tabelle 15: Entwicklung der Anzahl Versicherten der Sanitas Gruppe, tabellarisch

	Sanitas	Wincare	Gruppe
1996	269'157	369'313	
1997	299'548	324'779	
1998	316'984	295'075	
1999	369'391	288'980	
2000	384'508	285'884	
2001	402'286	279'875	
2002	400'336	280'367	
2003	387'487	286'709	
2004	373'616	273'878	
2005	378'088	269'769	
2006	373'185	274'277	647'462

Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe (Versichertenzahlen in Fett für jene Jahre, in welchen die Krankenkasse Mitglied der Gruppe ist)

Im Vergleich zu 1996 nahm der Versichertenbestand der Sanitas zu, derjenige der Wincare schrumpfte (insbesondere in den Jahren 1996 bis 1998).

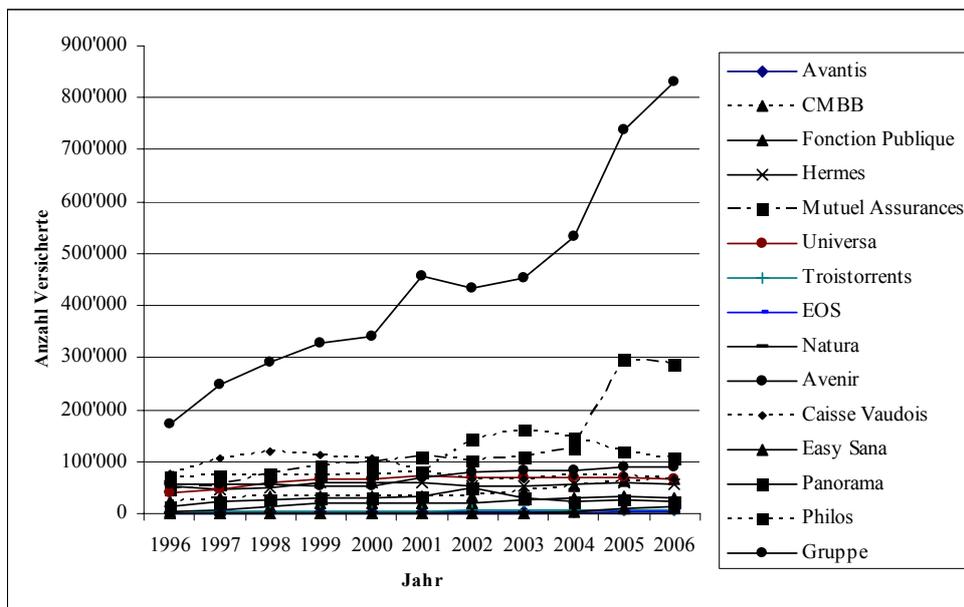
Groupe Mutuel

Im Gegensatz zu den in den letzten Abschnitten besprochenen Gruppen besteht bei der Groupe Mutuel keine Hauptkrankenkasse, sondern der Verein setzt sich vielmehr aus einer Vielzahl von Mitgliedern zusammen – zurzeit hat sie 14 Mitgliederkassen. Gegenüber den Kund/innen tritt die Groupe Mutuel jedoch als eine Firma mit mehreren Marken auf.

Die Groupe Mutuel wurde 1993 als Verein gegründet, 1994 traten die KVG- Krankenkassen Avantis, CMBB, CM Fonction Publique, Hermes, Mutuel Assurances und Universa bei. Die Tätigkeit der Groupe Mutuel konnte so auf die ganze Schweiz ausgeweitet werden, ebenso erweiterte sich ihr Versichertenportefeuille. Weitere Krankenkassen traten bei. 1995 die CM Troistorrents, 1996 die CM EOS und die Natura Assurances, 1997 die Avenir, 2001 die Caisse Vaudoise, 2004 die Easy sana und die Panorama und 2006 schliesslich noch die Philos. Gemäss Aussage der Groupe Mutuel lag der Hauptgrund der Beitritte jeweils darin, dass diese Krankenkasse dadurch eine kritische Marktgrösse erreichte. Die unterschiedliche Grösse der, der Groupe Mutuel beigetretenen, Kassen weisen zumindest nicht darauf hin, dass es *eine* kritische Marktgrösse gibt: Die Anzahl Versicherter bei den beigetretenen Kassen variiert stark.

Mitglieder der Groupe Mutuel haben zwischen 1996 und 2006 zudem vier weitere Krankenkassen übernommen (vgl. Anhang VII). Im Unterschied zu den anderen Gruppen (ausg. Sanitas) gab es bei der Groupe Mutuel keine Neugründungen von Krankenkassen.

Abbildung 23 Entwicklung der Anzahl Versicherten der Groupe Mutuel²⁹, graphisch



Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe

²⁹ Die Entwicklung der verschiedenen Kassen ist nur in der folgenden Tabelle nachvollziehbar.

Tabelle 16: Entwicklung der Anzahl Versicherten der Groupe Mutuel, tabellarisch

	Avantis	CMBB	Fonction publique	Hermes	Mutuel Assurances	Universa	Troistorrents	EOS	Natura	Avenir	Caisse vau-doise	Easy Sana	Panorama	Philos	Gruppe
1996	1'569	22'793	4'317	52'629	47'673	40'585	1'456	534	179	55'905	77'739	763	14'164	68'765	171'735
1997	1'974	29'700	7'895	46'891	57'532	47'349	1'898	570	215	54'836	107'450	810	24'109	72'813	248'860
1998	2'056	32'434	13'205	49'077	76'600	58'934	2'432	603	245	54'628	118'587	904	26'274	72'596	290'214
1999	2'179	34'047	19'680	57'977	91'349	66'974	2'814	613	293	52'187	112'376	1'390	29'099	73'179	328'113
2000	2'212	33'981	20'840	59'521	98'262	67'143	3'309	614	288	53'230	107'143	1'147	30'992	74'782	339'400
2001	2'231	33'920	20'829	61'192	108'423	71'263	4'322	645	306	69'091	83'474	1'184	34'483	80'400	455'696
2002	2'234	32'548	20'377	51'464	103'440	69'514	5'142	822	340	80'785	66'709	1'187	50'700	143'249	433'375
2003	3'171	43'082	24'955	52'192	108'237	67'898	5'600	1'363	500	82'625	64'971	1'143	30'616	163'520	454'594
2004	4'934	54'128	31'233	56'978	125'177	70'112	6'031	1'531	1'046	82'985	72'309	2'145	24'444	146'903	433'053
2005	6'042	63'886	32'929	60'485	296'289	71'053	7'077	1'855	800	88'412	72'477	10'043	24'971	120'734	736'319
2006	8'066	67'461	30'700	57'809	286'665	67'598	7'369	2'207	1'151	90'379	66'870	13'087	23'766	107'362	830'490

Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe (Versichertenzahlen in Fett für jene Jahre, in welchen die Krankenkasse Mitglied der Gruppe ist)

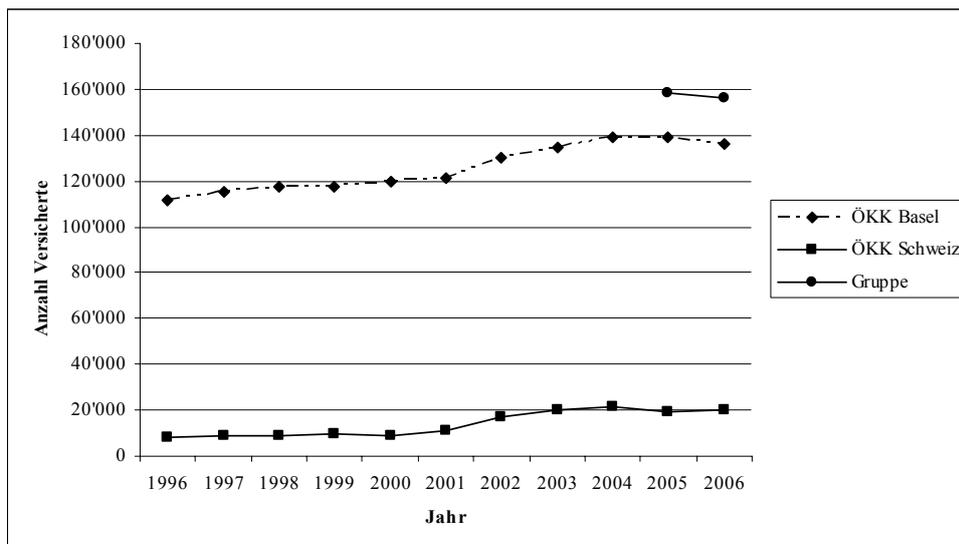
Die Groupe Mutuel vergrösserte insgesamt ihren Versichertenbestand seit 1996 massiv. Dieser Anstieg resultiert extern aus dem Anschluss verschiedener neuer Mitgliederkassen und intern aus dem inneren Wachstum der Mitgliederkassen.

ÖKK/Sympany Gruppe³⁰

Die ÖKK Basel hat die Stiftung Sympany gegründet, welche seit 2005 die Krankenkasse ÖKK Schweiz besitzt. Die ÖKK Basel war bis zum 1.1.2008 eine öffentlich-rechtliche Anstalt und wird nun in eine nicht-gewinnorientierte AG umgewandelt werden, welche auch in den Besitz der Stiftung Sympany übergehen wird. Seit 2007 ist auch die Krankenkasse 57 mit rund 13'000 Versicherten im Besitz der Stiftung.

³⁰ Bei der ÖKK/Sympany Gruppe ist ergänzend zu betonen, dass sie in derselben Systematik wie die anderen Versicherergruppen abgegrenzt wurde. Die ÖKK Luzern (heute Xundheit), die ÖKK Ostschweiz (heute Carena) und die RVG Graubünden (heute ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG), mit denen die ÖKK Basel 1996 eine Kooperation hatte, werden nicht berücksichtigt, da sie – im Gegensatz zur ÖKK Schweiz – keine Tochtergesellschaften der ÖKK Basel waren.

Abbildung 24: Entwicklung der Anzahl Versicherten der ÖKK/Sympany Gruppe, graphisch



Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe

Anmerkung: Da die Daten zu den Versicherungsbeständen erst bis 2006 vorhanden sind, ist die Krankenkasse 57 noch nicht aufgeführt.

Tabelle 17: Entwicklung der Anzahl Versicherten der ÖKK/Sympany Gruppe, tabellarisch

	ÖKK Basel	ÖKK Schweiz	Gruppe
1996	111'784	8'336	
1997	115'331	8'774	
1998	117'865	8'937	
1999	117'714	9'422	
2000	119'977	8'925	
2001	121'279	11'327	
2002	130'307	17'160	
2003	134'925	19'982	
2004	139'056	21'690	
2005	139'141	19'348	158'489
2006	135'922	19'913	155'835

Quelle: BAG und Angaben der Versicherergruppe (Versichertenzahlen in Fett für jene Jahre, in welchen die Krankenkasse Mitglied der Gruppe ist)

Sowohl die ÖKK Basel als auch die ÖKK Schweiz haben im Vergleich zu 1996 an Versicherten gewonnen. Die Bestände haben seit 2004 jedoch wieder leicht abgenommen.

7.3 Fusionen, Übernahmen und Auflösungen von Krankenkassen

1996 gab es schweizweit 145 Krankenkassen. Einige dieser Kassen wurden in den folgenden zehn Jahren übernommen, andere fusionierten oder lösten sich auf, daneben wurden auch

neue Kassen gegründet. In Anhang VII wird die Entwicklung der Krankenversicherungslandschaft in den letzten zehn Jahren in Form einer umfassenden Tabelle dargestellt.

Einschränkend muss angeführt werden, dass viele Übernahmen faktisch Fusionen waren (so z.B. die Fusionswelle unter den Bündner ÖKK). Ein Zusammenschluss wurde von uns gemäss den Abgrenzungskriterien des BAG dann als Übernahme gewertet, wenn die Versicherungsbestände der beiden Krankenkassen unter der BAG-Nummer von einer der beiden Krankenkassen fortgeführt wurden. Wurde eine neue BAG-Nummer für den Zusammenschluss eingeführt, so wurde dies als Fusion kategorisiert. Diese Abgrenzung entspricht der Definition des BAG.

Zusammenfassend lässt sich die Entwicklung folgendermassen aufzeigen:

Tabelle 18: Veränderung der Krankenversicherungslandschaft durch Auflösungen, Fusionen, Übernahmen und Neugründungen von Kassen, 1996-2007

1996 : 145	
6	aufgelöst
5 → 2	5KK fusionierten zu 2 neuen KK
56	übernommen
7	neu
2007 : 87	

Quelle: BAG, Befragung B,S,S.

Der zeitliche Verlauf der Übernahmen, Fusionen und Auflösungen ist nachfolgend aufgeführt, wobei die Zusammenschlüsse der Bündner ÖKK separat ausgewiesen sind, da diese im Rahmen eines einzigen Prozesses (Fusionswelle der öffentlichen Krankenkassen im Kanton Graubünden) erfolgt sind.

Tabelle 19: Anzahl Übernahmen, Fusionen und Auflösungen, 1997-2007

	Übernommene KK	Übernommene KK ohne ÖKK GR	Fusionierte KK	Aufgelöste KK	Summe
1997	13	6	2	2	17
1998	11	2	0	0	11
1999	7	0	3	1	11
2000	9	2	0	0	9
2001	2	2	0	0	2
2002	5	2	0	0	5
2003	1	1	0	1	2
2004	0	0	0	1	1
2005	8	7	0	1	9
2006	0	0	0	0	0
2007	0	0	0	0	0
Summe	56	22	5	6	67

Quelle: BAG, Befragung B,S,S.

Interessant ist nun, welche Krankenkassen diese Veränderungen betroffen haben (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Grössenkategorien der fusionierten, übernommenen und aufgelösten Krankenkassen

	Total	< 10'000	10'000 < x > 50'000	50'000 < x > 250'000	> 250'000
Übernahme	56	49	5	2	0
Auflösung	6	2	3	1	0
Fusion	5	2	1	0	2
Total	67	53	9	3	2

Quelle: BAG, Befragung B,S,S.

Von den 67 betroffenen Krankenkassen hatten 53 Krankenkassen im Jahr vor ihren Zusammenschluss/ihrer Auflösung schweizweit weniger als 10'000 Versicherte. Neun Krankenkassen hatten zwischen 10'000 und 50'000 Versicherte, drei Krankenkassen hatten zwischen 50'000 und 250'000 Kund/innen und zwei Krankenkassen betreuten mehr als 250'000 Kund/innen.

Beinahe 90% der übernommenen Kassen hatten weniger als 10'000 Versicherte. Dies zeigt also, dass die übernommenen Kassen zum grössten Teil sehr kleine Krankenkassen waren. Gesamthaft war lediglich 6% des Versichertenbestandes von Übernahmen betroffen (vgl. auch Anhang VII). Anders sieht es bei den Auflösungen und den Fusionen aus: In diesen Fällen sind auch mittlere und (bei Fusionen) auch grosse Kassen betroffen.

Betrachtet man jedoch die übernehmenden Kassen, so zeigt sich, dass bei 45 der 56 Übernahmen eine kleinere Kasse (< 50'000 Versicherte) die übernehmende Kasse war (davon 34 ÖKK Graubünden). Selbst wenn die ÖKK Graubünden nicht berücksichtigt wird, so haben Krankenkassen mit weniger als 50'000 Versicherten (Kategorien I und II) ebenso viele Übernahmen getätigt wie Krankenkassen mit über 50'000 Versicherten (Kategorien III und IV). Übernahmen werden also nicht nur von grossen Kassen durchgeführt (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Grössenkategorien der übernehmenden Krankenkassen

	Total	< 10'000	10'000 < x > 50'000	50'000 < x > 250'000	> 250'000
Übernehmende KK (in Klammern: Anzahl der übernommenen KK)	16 (56)	8 (10)	2 (35)	2 (2)	4 (9)

Quelle: BAG

Es wurden auch neue Krankenkassen gegründet: Seit 1996 kam es zu sieben Neugründungen. Fünf Kassen wurden als Tochterfirmen einer der beschriebenen Versicherergruppen gegründet. Eine Neugründung war die Accorda assurance-maladie, welche inzwischen jedoch bereits wieder aufgelöst wurde. Ebenfalls eine Neugründung ist die SanaTop Versicherungen AG. Die Gründe der Neugründung sind uns nicht bekannt. Aufgrund der vermutlich engen Verknüpfung mit der Supra und der Assura ist es denkbar, dass auch die SanaTop von anderen Krankenkassen gegründet wurde (vgl. auch Kapitel 3.2).

Die Gründe, weshalb im Vergleich zu 1996 heute keine neuen Versicherer im KVG-Markt aufgetreten sind, liegen unserer Ansicht nach in der mangelnden Attraktivität des KVG-Marktes (Gewinnverbot), den Markteintrittsbarrieren (Anfangsinvestitionen, welche durch nicht-gewinnorientierte Investor/innen finanziert werden müssen) sowie der Marktstruktur (reiner Verdrängungswettbewerb, geringer unternehmerischer Handlungsspielraum und politische Unsicherheiten). Interessant ist der erwähnte Versuch der Winterthur Versicherung, mit der Win-care direkt im KVG-Markt aktiv zu sein. Während der profitable Zusatzbereich in die Mutterfirma

integriert wurde, wurde der Grundversicherungsbereich an die Sanitas abgestossen: Eine Partnerschaft mit einem selbständigen Grundversicherer wurde der eigenen Durchführung der Grundversicherung vorgezogen.

Seit 1996 haben sich sechs Krankenkassen aufgelöst. In nachfolgender Tabelle sind diese kurz charakterisiert.

Tabelle 22: *Aufgelöste Krankenkassen*

BAG Nr.	Name	Auflösung (meist auf 1.1)	Durschnittl. Vers.bestand (Jahr vor Auflösung)	Übernahme der Versicherten
354	Krankenkasse Zurzach	2003	22'098	Swica
972	Mutual Versicherungen, Carouge	1997	10'955	k. A.
1250	Krankenkasse BLS	1999	2'562	KPT
1519	Krankenkasse KBV	2004	81'315	Helsana
1558	Basler Krankenkasse	1997	30'913	k. A.
1564	Accorda assurance-maladie	2005	5'606	CSS

Quelle: BAG und <http://www.kvg.org/insolvenz/default.htm>

Der Grund ist im Falle der Krankenkasse Zurzach, der Krankenkasse KBV und der Accorda Zahlungsunfähigkeit (<http://www.kvg.org/insolvenz/default.htm>), bei den anderen drei Kassen ist uns der Grund nicht bekannt. Die Spalte „Übernahme der Versicherten“ ist eine Portfeuilleübernahme im Grundversicherungsbereich, was lediglich bedeutet, dass diese Kassen den Versicherten ein Angebot unterbreiteten. Den Versicherten stand es frei, sich bei dieser Versicherung (oben: Swica, KPT, Helsana oder CSS) zu versichern oder nicht. Insofern ist uns nicht bekannt, wie viele Versicherte effektiv übernommen wurden.

7.3.1 Gründe aus Sicht der übernehmenden Krankenkassen

In nachfolgender Tabelle sind die Gründe für Übernahmen und Fusionen aufgeführt. Diese resultieren aus einer telefonischen Befragung der übernehmenden respektive fusionierten Kassen. Die Ergebnisse sind mit und ohne Einbezug der Gründe der Fusionswelle der Bündner ÖKK abgebildet.

Tabelle 23: Gründe für Übernahmen und Fusionen

		Anzahl Übernahmen/Fusionen	ohne ÖKK
1. Übernahmen			
1a Übernehmende Kassen			
	Wachstum (Auswertung Tätigkeitsfeld, Versichertenportefeuille, Erreichen krit. Grösse)	12	12
	Synergien	3	3
1b Übernommene Kassen			
	Rückzug Gemeinden	36	2
	Zu komplizierte Struktur mit Verband - Zusammenschluss	34	0
	Abwanderung als Risiko	34	0
	Veränderte Rahmenbedingungen durch KVG	37	3
	Nachfolgeprobleme	37	3
	Sehr kleine KK: zuviel Aufwand	6	6
	Finanzielle Schwierigkeiten	4	4
	Sinkende Reserven, steigende Kosten	2	2
2. Fusionen			
	Wachstum (Ausweitung Tätigkeitsfeld, Versichertenportefeuille, Erreichen krit. Grösse)	2	
	Synergien	5	
	Verbesserte Marktmacht	5	
	Finanzielle Schwierigkeiten	1	
	Veränderte Rahmenbedingungen durch KVG	2	

Quelle: B,S,S., telefonische Befragung der übernehmenden respektive fusionierten Krankenkassen (Mehrfachantworten möglich)

Aus Sicht der *übernehmenden* Kasse wurden einzig die Ziele Wachstum und Synergien genannt. Auch bei den Fusionen werden diese Gründe oft genannt. Der Grund der verbesserten Marktmacht ist zudem dem Argument Wachstum sehr ähnlich.

Die Gründe der *übernommenen* Kassen für die Übernahme sind heterogener:

Die Fusionswelle der ÖKK war durch den Rückzug der Gemeinden als Eigentümerinnen der Krankenkassen bedingt. Dieser Rückzug war jedoch auf andere Argumente, wie die grosse Komplexität der Zusammenarbeit unter den ÖKK, Probleme bei der Nachfolgeregelung, der Angst von einer schrumpfenden Bergbevölkerung (Abwanderung) und veränderte Rahmenbedingungen durch das KVG zurückzuführen.

Der aufgeführte Grund „Veränderte Rahmenbedingungen durch KVG“ zeigt, dass die Einführung des neuen KVG in 37 Fällen (ohne Bündner ÖKK: drei Fälle) mit dem Verschwinden von Krankenkassen zusammenhängt: Zwei der drei betroffenen Krankenkassen (ausserhalb der ÖKK) sagten aus, dass die neuen Anforderungen im Bereich VVG zur Übernahme führten. Eine dieser Kassen führte auch die hohen Umstellungskosten mit der Aufteilung KVG/VVG als Grund an. Eine Kasse erwähnte, dass ihr Mitgliederbestand mit Einführung des KVG für das Weiterführen des Rückversicherungsgeschäfts aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen nicht mehr gross genug war, weswegen man sich mit einer anderen Kasse zusammenschloss.

Die Einführung des KVG war jedoch aus Sicht der Krankenkassen lediglich der Beginn der in den Folgejahren fortschreitenden Einführung administrativer und operativer Hürden durch das BAG, was in der Tabelle auch im Übernahmegrund „Zuviel Aufwand“ zum Ausdruck kommt.

Auch wenn ein Vertreter des BAG angibt, dass die vom BAG gestellten neuen Anforderungen an die Krankenkassen seit Einführung des KVG nicht zugenommen haben, wurde in den Interviews von grossen wie auch von kleinen Kassen betont, dass die Berücksichtigung der Vielzahl an (neuen) Regelungen für die kleinen Kassen schwierig ist: Zunehmende Datenlieferungen und Berichte ans BAG, aufwändige Tarifrunden, etc. Des Weiteren wurden und werden die Anforderungen im Zusatzversicherungsbereich höher (z.B. Notwendigkeit eines verantwortlichen Aktuars, Swiss Solvency Test). Für den Zusatzversicherungsbereich ist zudem ein anderer Ansprechpartner (BPV) zuständig als für den Grundversicherungsbereich (BAG). So gaben zwei Kleinkassen im Interview als Konsequenz an, dass ein Zusammenschluss mit einer grösseren Kasse respektive mit 6-7 anderen Kleinkassen geplant ist. Die Konsolidierungsphase ist somit noch nicht abgeschlossen. Anzuführen ist, dass der Krankenversicherungsbereich schon immer ein stark reglementierter Bereich war, der sich konstant im Wandel befand. Ohne dass die Gründe befragt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass auch vor Einführung des KVG ein Teil des Konzentrationsprozesses auf die sich oft ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen waren.

Die weiteren aufgeführten Gründe „Finanzielle Schwierigkeiten“ und „Sinkende Reserven“ wurden von uns plausibilisiert. In vier von sechs Fällen können die Aussagen unterstützt werden:

- Vier Krankenkassen mit finanziellen Schwierigkeiten: In zwei der vier Fälle liegen die Reserven im Jahr vor der Übernahme/Fusion der Krankenkasse unter den gesetzlich festgelegten Minimalreserven. In drei Fällen ist die Reservequote tiefer als im Durchschnitt (definiert als Gesamtreserven / Gesamtprämieinnahmen).
- Zwei Krankenkassen mit sinkenden Reserven: Dies stimmt in beiden Fällen.

Tabelle 24: Reserven der verschwundenen Krankenkassen, welche „finanzielle Probleme“ als Grund der Übernahme/Fusion angaben

BAG Nr.	Übernahme / Fusion	Versichertenbestand (Jahr vor Verschwinden)	Reserve (Jahr vor Verschwinden)	Minimalreserve * (Jahr vor Verschwinden)	Total Reserve (Jahr vor Verschwinden)
788	01.01.1997	20'7555	0.1%	24%	26.0%
1484	01.01.1997	289'128	22.1%	15%	
50	01.01.1998	4'658	44.2%	42%	24.8%
147	01.01.2001	31'577	13.6%	24%	21.1%

* Versicherer, die über eine entsprechende Rückversicherung oder Defizitgarantie verfügen, dürfen die Minimalreserven unterschreiten.

Die Reserven sind als Anteil der Prämieinnahmen definiert.

Quelle: BAG

Nicht untersucht werden konnte, ob dem Management der übernommenen Kassen von Seiten der übernehmenden Kasse finanzielle oder berufliche Anreize gesetzt wurden um die Übernahme zu unterstützen.

7.3.2 Analyse finanzieller Kennzahlen

Um die verschwundenen Krankenkassen charakterisieren zu können, soll in diesem Kapitel anhand ausgewählter finanzieller Kennzahlen untersucht werden, ob sich die nicht mehr existierenden Krankenkassen hinsichtlich Effizienz, Konkurrenzfähigkeit und finanzieller Stabilität von den verbleibenden Kassen unterscheiden. Aufgrund des zur Verfügung stehenden Datenmaterials haben wir uns für folgende *Indikatoren* entschieden:

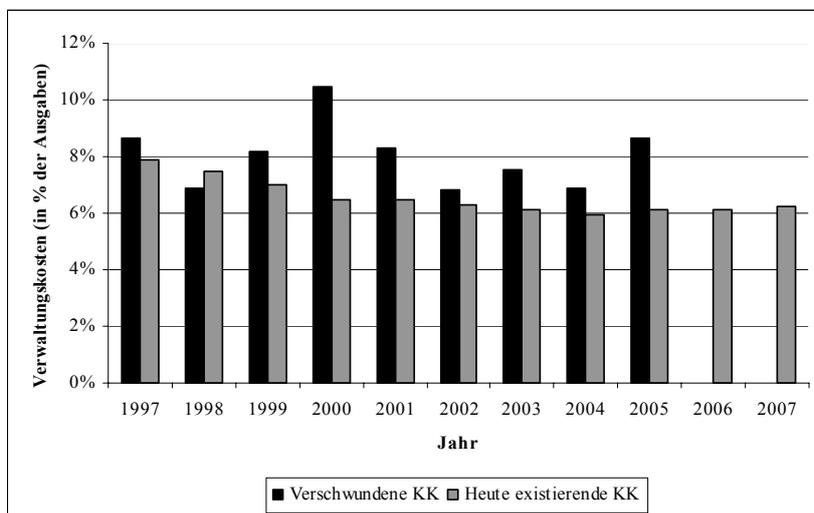
- Effizienz: Verwaltungskosten + Abschreibungen in % der Ausgaben
- Konkurrenzfähigkeit: Prämienhöhe
- Finanzielle Stabilität: Reserven in % der Prämieinnahmen und deren Entwicklung

Verwaltungskosten

Es werden jeweils die durchschnittlichen Verwaltungskosten der übernommenen/aufgelösten/fusionierten Kassen im Jahr x mit den Werten der weiterhin bestehenden Krankenkassen im Jahr x verglichen. Um die Aussagekraft der Vergleiche einschätzen zu können, muss jeweils auch die Anzahl der im jeweiligen Jahr verschwundenen Krankenkassen berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 19, S.56). Bei sehr geringen Fallzahlen sind Unterschiede weniger aussagekräftig.

Es ergeben sich folgende Resultate:

Abbildung 25: Verwaltungsaufwand + Abschreibungen in % der Ausgaben (= Total des Versicherungs- und Betriebsaufwands)

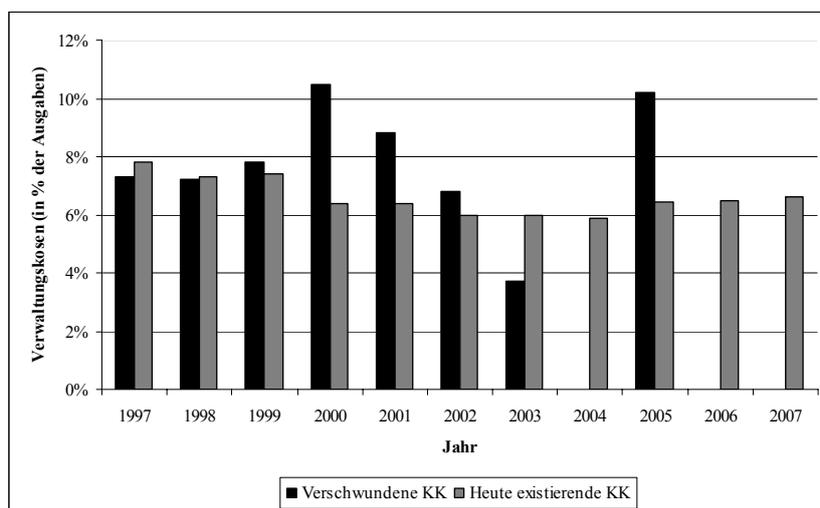


Quelle: BAG, Berechnungen B,S,S. (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt)

Die Verwaltungskostenquote (inkl. Abschreibungen) der weiterhin existierenden Kassen liegt über alle Jahre gesehen bei 6.8% und nahm im Durchschnitt ab, wobei zu bemerken ist, dass eben auch die Ausgaben zunahmen. Ausser in einem Jahr (1998) ist der Anteil an Verwaltungskosten der verschwundenen Kassen durchgehend höher als derjenige der weiterhin existierenden Kassen.

tierenden. Ein möglicher Grund kann darin liegen, dass insbesondere kleine Kassen verschwunden sind, deren Verwaltungskostenanteil tendenziell höher liegt.³¹ Um dies zu überprüfen, werden in nachfolgender Abbildung nur diejenigen verschwundenen respektive noch existierenden Kassen berücksichtigt, welche weniger als 10'000 Versicherte hatten.

Abbildung 26: Verwaltungsaufwand + Abschreibungen in % der Ausgaben, nur Kassen mit weniger als 10'000 Versicherten berücksichtigt



Quelle: BAG, Berechnungen B,S,S. (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt)

Hier ist das Bild nicht mehr ganz so eindeutig: In fünf Jahren hatten die übernommenen Kassen im Durchschnitt einen höheren Verwaltungsaufwand, in anderen jedoch einen tieferen. Zu beachten ist, dass in den Jahren 2001 und 2003 nur eine Kasse übernommen wurde, deren Versichertenbestand geringer als 10'000 war. Die These, dass die verschwundenen Kassen ineffizienter waren als vergleichbare andere Kassen lässt sich nicht klar nachweisen. Dieses Ergebnis überrascht insofern nicht, da der Einfluss unterschiedlich hoher Verwaltungskosten im Vergleich zum Risikoprofil der Versicherten nur geringe Auswirkungen auf den Wettbewerbsparameter Prämienhöhe hat.

Prämienhöhe

Eine andere Frage betrifft die Prämien der verschwundenen Kassen: Waren diese Krankenkassen möglicherweise teurer als ihre Konkurrenz und deshalb nicht überlebensfähig auf dem Markt? Betrachtet man *beispielsweise* die Prämien der 17 Kassen, welche sich im Jahr 1996 auflösten, fusionierten oder übernommen wurden und vergleicht diese mit der Durchschnittsprämie³² im jeweiligen Jahr, ergibt sich folgendes Ergebnis.³³

³¹ Die tieferen Verwaltungskosten grosser Krankenkassen kann auf Skaleneffekte zurückgeführt werden. Denkbar ist aber auch, dass bei (bestimmten) grossen Versicherern die Verwaltungskosten stärker dem VVG-Bereich als dem KVG-Bereich belastet werden. Die Aussagekraft des Datenvergleichs ist folglich begrenzt.

³² Durchschnittliche Erwachsenen-Prämien 1996 für die Krankenpflege-Grundversicherung (mit Unfall), wie sie die Krankenkassen beim Bundesamt für Sozialversicherungen eingereicht hatten. Die Werte sagen aus, wie viel die

Tabelle 25: Prämienhöhe verschwundener Krankenkassen im Vergleich zur Prämienhöhe im Durchschnitt, 1996

	Höhere Prämie als Durchschnitt	Durchschnittsprämie	Tiefere Prämie als Durchschnitt
Fusion	1	1	
Auflösung	2		
Übernahme			6
Übernahme ÖKK	2	2	2

Quelle: BAG, BSV (1995), Berechnungen B,S,S.

Die Tabelle zeigt, was aus betrieblicher Logik, zu erwarten ist: Krankenkassen mit tiefen Prämien sind attraktiv für Übernahmen. Krankenkassen mit hohen Prämien nicht (Auflösung).

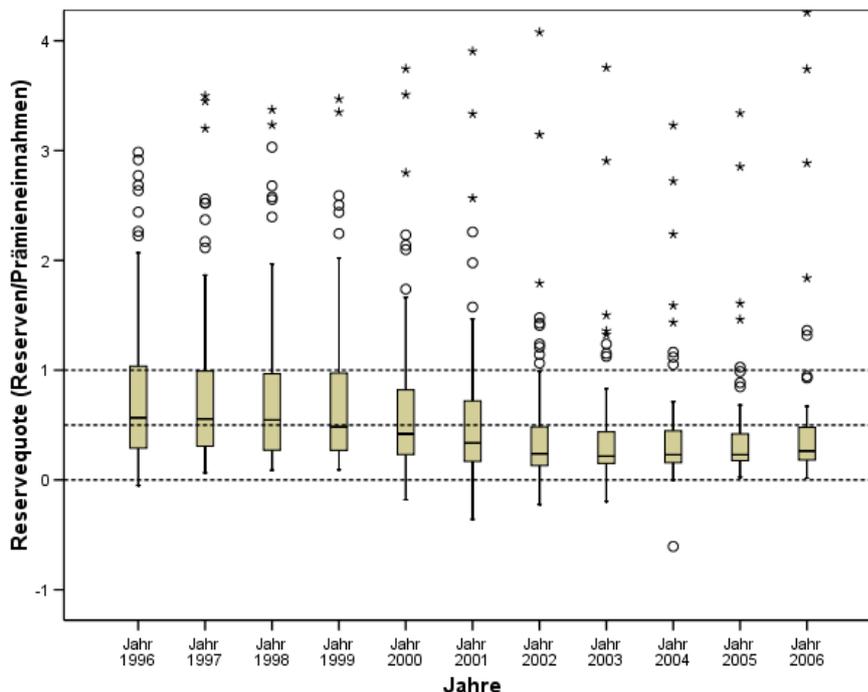
Reserven

Interessant ist, wie sich die finanzielle Situation der verschwundenen Kassen darstellt: Waren die Kassen finanziell instabil und wurden deshalb übernommen, respektive lösten sich auf? Anzumerken ist, dass das BAG bei zu geringen Reserven interveniert und der Krankenkasse Prämien erhöhungen vorschreibt. Die negativen Reservequoten in der nachfolgenden Abbildung zeigen denn auch, dass Krankenkassen effektiv finanzielle Probleme hatten.

Versicherten im betreffenden Kanton durchschnittlich für die Grundversicherungs-Prämie bezahlen (gewichteter Durchschnitt). Berücksichtigt sind die 25 mitgliederstärksten Krankenkassen der Schweiz. Quelle: BSV (1995).

³³ Es wird jeweils derjenige Kanton verglichen, in welchem die Kasse den Hauptsitz hält.

Abbildung 27: Box-Plots „Verhältnis Reserven zu Prämieinnahmen (Reservequote)“ für alle Krankenkassen, 1996-2006, Schnitt bei 400%



Anmerkung: Y-Achse: Reservequote: Reserven/Prämieinnahmen. Wert 1 bedeutet 100%. Bei 0%, 50% und 100% sind der Übersichtlichkeit halber Parallelen zur x-Achse aufgeführt. Aus demselben Grund werden die Werte grösser als 4 nicht aufgeführt. Pro Jahr lag jeweils nur eine Krankenkasse (in einem Jahr zwei Krankenkassen) über dem Wert von 4. Die negative Reservequote einer Krankenkasse im Jahr 2004 betrifft die Accorda, welche im darauf folgenden Jahr aufgrund Zahlungsunfähigkeit aufgelöst wurde.

Quelle: BAG, Berechnungen B,S,S. (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt)

Die Abbildung zeigt auch, dass die Reservequote seit 1996 im Durchschnitt deutlich abgenommen hat (Median tiefer), wobei die Durchschnittswerte in den letzten Jahren relativ konstant geblieben sind. Auch haben sich die Unterschiede zwischen den Kassen reduziert (Boxen und Whiskers kleiner). Die Anzahl Ausreisser und Extremwerte ist jedoch ähnlich gross geblieben.

Die verschwundenen Kassen weisen – mit einer Ausnahme – nicht auffallend tiefe Reserven auf, einige haben sogar überdurchschnittlich hohe Reservequoten, was auch ein möglicher Übernahmegrund darstellen kann.

Fazit zu den finanziellen Kennzahlen

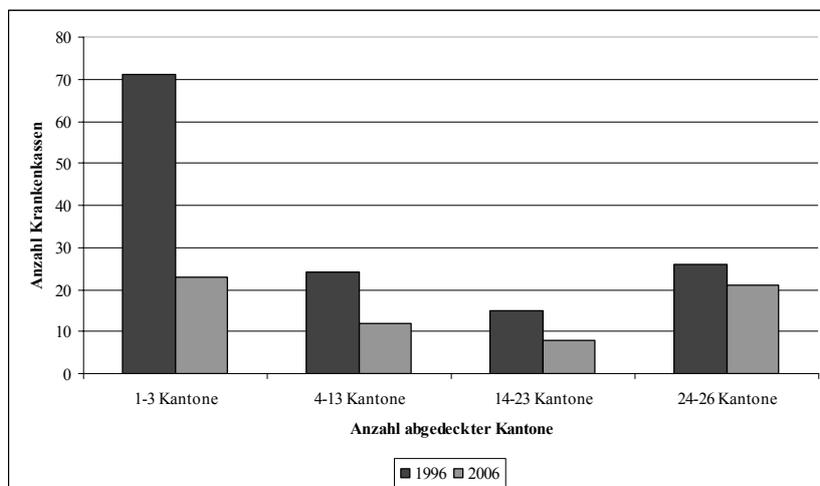
Als Fazit zu den Merkmalen der verschwundenen Kassen ist zu sagen, dass diese Kassen sich bezüglich finanzieller Stabilität und Verwaltungskosten nicht eindeutig von den weiterhin existierenden Kassen unterschieden. Dieses Ergebnis zeigt, dass mehrheitlich nicht ein finanzieller Druck auf dem KVG-Markt die Krankenkassen zu Auflösungen und Übernahmen zwingt. Es wurden keine „schlechten“ Kassen übernommen oder mit „schlechten“ Kassen fusioniert. Dies ist auch nicht weiter überraschend. Die übernehmende Krankenkasse hat ein Interesse an einer guten Risikostruktur der neuen Versicherten, was sich in den tiefen Prämien der übernom-

menen Kassen zeigt. Es zeigt sich jedoch, dass die aufgelösten Krankenkassen eher höhere Prämien hatten, was auf eine schlechte Risikostruktur und somit eine mangelnde Übernahmeattraktivität hinweist: Übernommen wurden somit attraktive Kassen, „schlechte“ Kassen wurden aufgelöst (Wobei aufgrund der geringen Fallzahl die Aussage kritisch betrachtet werden soll).

7.4 Entwicklung der regionalen Präsenz

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der regionalen Präsenz der Krankenkassen betrachtet. Interessant ist dabei, dass das offizielle Tätigkeitsgebiet (örtlicher Tätigkeitsbereich gemäss BAG Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer, 2007a) im Jahr 2006 bei 26 der 87 Krankenkassen nicht mit der tatsächlichen regionalen Abdeckung übereinstimmt: Diese Krankenkassen bieten entweder in Kantonen an, in denen sie zurzeit keine Versicherten haben oder sie haben in Kantonen Versicherte, in denen sie grundsätzlich nicht tätig sind und daher keine neuen Versicherten aufnehmen. Der Grund für letzteres liegt darin, dass die Kassen weggezogene Personen respektive Wochenaufenthalter weiter versichern. In nachfolgender Grafik wird die Entwicklung der regionalen Präsenz dargestellt – es werden jedoch nur diejenigen Krankenkassen in einem Kanton als aktiv gezählt, die mindestens zehn Versicherte darin aufweisen.

Abbildung 28: Regionale Präsenz der Krankenkassen, 1996 und 2006 (Versicherergruppen als ein Anbieter)



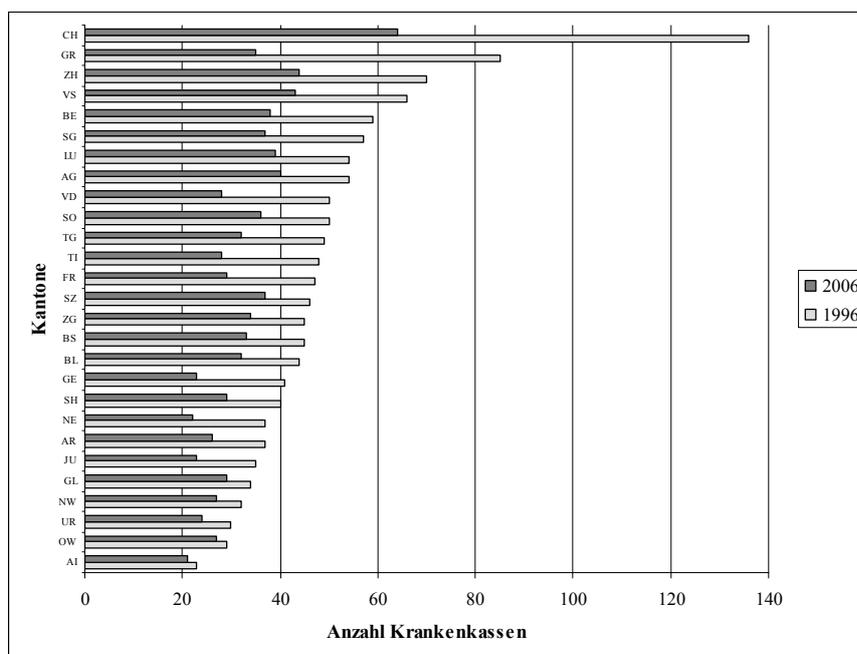
Anmerkung: 33 der 34 später übernommenen öffentlichen Krankenkassen im Kanton Graubünden gehören zur Kategorie 1-3 Kantone.

Quelle: BAG (Mitglieder von Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt, KK in einem Kanton nur als aktiv gezählt, wenn mindestens zehn Versicherte)

Die obenstehende Abbildung zeigt, dass die Anzahl Kassen, welche im Jahr 2006 24-26 Kantone abdecken, absolut betrachtet geringer ist als im Jahr 1996, relativ zur Entwicklung der Gesamtzahl an Krankenkassen ist der Anteil jedoch stark gestiegen.

In der nachfolgenden Abbildung³⁴ wird deutlich, dass die Anzahl Krankenkassen, welche 2006 aktiv waren, im Vergleich zu 1996 *in jedem Kanton* tiefer war (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt). Wie sich diese Entwicklung auf die Marktkonzentration in den einzelnen Kantonen auswirkt, zeigt Kapitel 7.1 (Abschnitt *Marktkonzentration: Herfindahl-Index*) auf.

Abbildung 29: Anzahl Krankenkassen in den einzelnen Kantonen, 1996 und 2006 (Versicherergruppen als ein Anbieter)

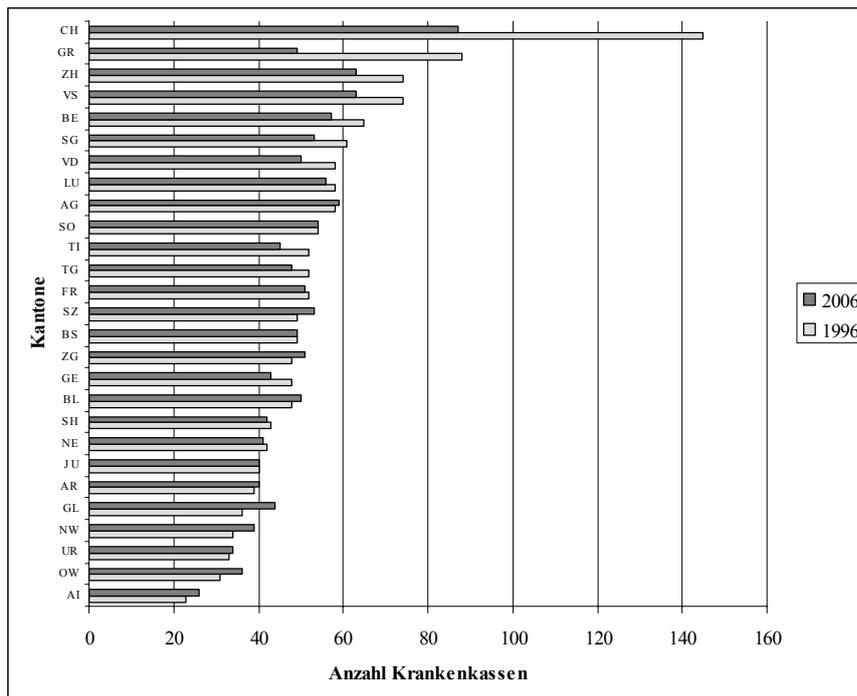


Quelle: BAG (Mitglieder von Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt, KK in einem Kanton nur als aktiv gezählt, wenn mindestens zehn Versicherte)

Die Zahl der Krankenkassen sinkt – bei Berücksichtigung von Mitgliederkassen als einzelne Krankenkassen – zwischen 1996 und 2006 hingegen nur in 13 Kantonen, in zwei Kantonen bleibt die Anzahl konstant und in elf kleineren Kantonen steigt sie sogar an (Abbildung 30). Somit kann ausgesagt werden, dass die Anzahl Krankenkassen in den letzten zehn Jahren schweizweit stark gesunken ist, kantonal betrachtet ist dieses Ergebnis jedoch weit weniger klar. Grosse Abnahmen gab es vor allem im Kanton Graubünden (Fusionswelle der Bündner ÖKK) und in etwas geringerer Masse auch in den Kantonen Wallis, Zürich, Waadt, Tessin, St. Gallen und Bern. In anderen Kantonen (Glarus, Nidwalden, Obwalden, Appenzell Innerhoden) gibt es heute jedoch mehr Krankenkassen als vor zehn Jahren. Ein Vertreter einer mittelgrossen, gesamtschweizerischen Versicherung wies darauf hin, dass sie schweizweit tätig seien, aber bestimmte Kantone nicht aktiv bearbeiten (Beispielsweise würde ihre Kasse den Hochpreiskanton Genf nicht bearbeiten).

³⁴ Die folgenden 4 Abbildungen weisen der Vergleichbarkeit halber jeweils dieselbe Kantonsreihenfolge auf.

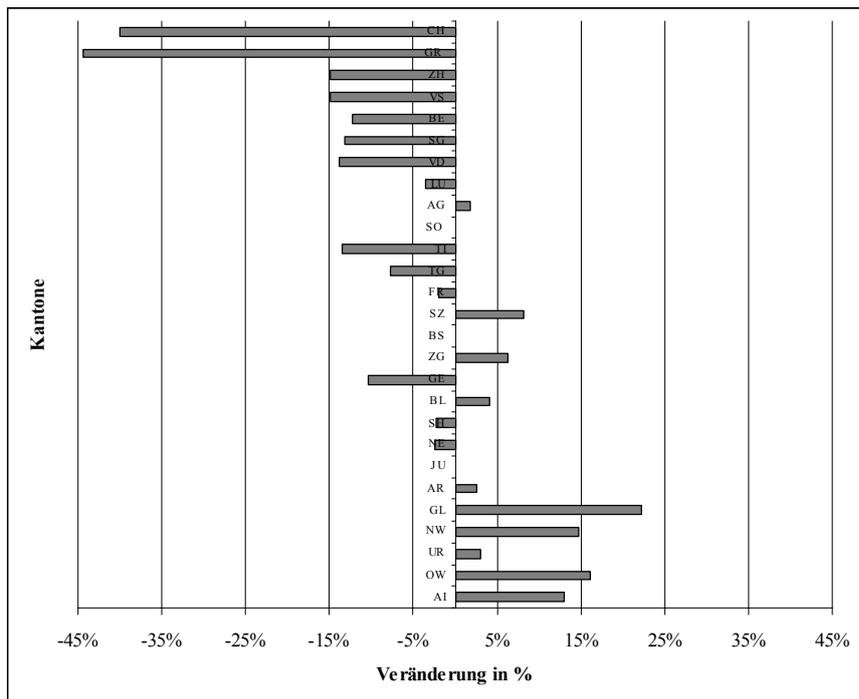
Abbildung 30: Anzahl Krankenkassen in den Kantonen, 1996 und 2006 (Versicherergruppen als mehrere Anbieter)



Quelle: BAG (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt, KK in einem Kanton nur als aktiv gezählt, wenn mindestens zehn Versicherte)

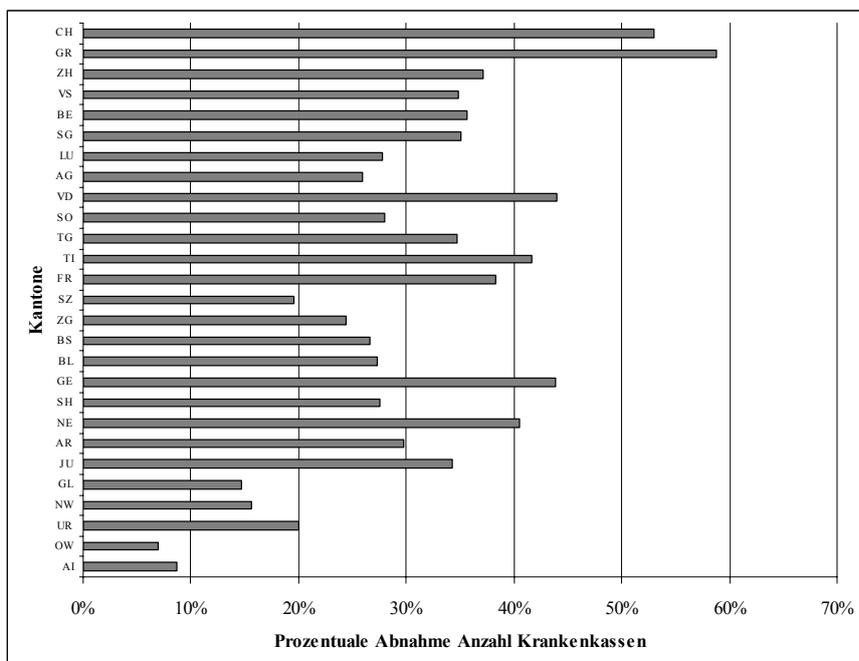
Die prozentualen Änderungen sind in den beiden folgenden Abbildungen wiedergegeben.

Abbildung 31: Prozentuale Veränderung der Anzahl Krankenkassen in den Kantonen zwischen 1996 und 2006 (Versicherergruppen als mehrere Anbieter)



Quelle: BAG (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt, KK in einem Kanton nur als aktiv gezählt, wenn mindestens zehn Versicherte), dieselbe Sortierung wie Abbildung 30

Abbildung 32: Prozentuale Veränderung der Anzahl Krankenkassen in den Kantonen zwischen 1996 und 2006 (Versicherergruppen als ein Anbieter)



Quelle: BAG (Mitglieder von Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt, KK in einem Kanton nur als aktiv gezählt, wenn mindestens zehn Versicherte), dieselbe Sortierung wie Abbildung 29

Entwicklung der Prämienbandbreite

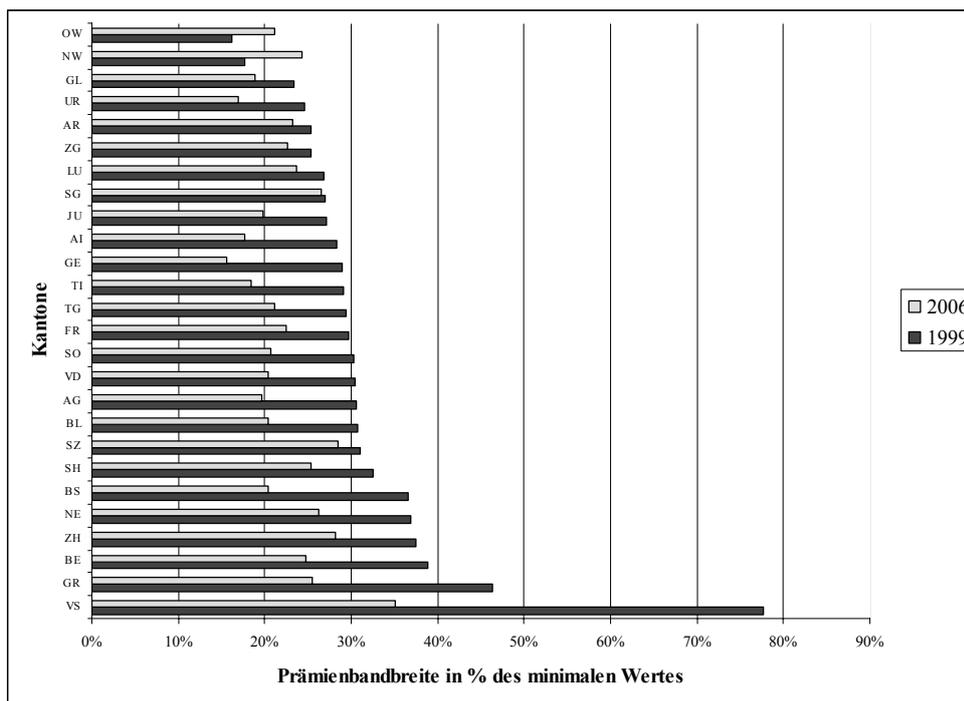
Die Entwicklung der Prämien ist ein Indikator bezüglich Wettbewerbsintensität. Dabei geht es nicht um die Entwicklung der absoluten Prämienhöhe – es ist klar, dass diese seit 1996 gestiegen ist – sondern um die Entwicklung der *Prämienbandbreite*.³⁵

Falls die Prämienbandbreite seit Einführung des KVG abgenommen hat, kann dies ein Hinweis auf einen funktionierenden Wettbewerb sein. Denn es gilt grundsätzlich: Bei einem standardisierten Produkt wie der Grundversicherung findet der Wettbewerb über den Preis statt. Bei einem vollkommenen Wettbewerb würden sich die Preise zu einem Einheitspreis (Bandbreite = 0) hin annähern. Dieser Aussage muss jedoch einschränkend hinzugefügt werden, dass die Prämiensetzung durch das BAG entscheidend beeinflusst werden kann. Die Reduktion der Prämienbandbreite kann somit auch durch eine stärkere Einflussnahme des BAG verursacht worden sein. Als dritte Möglichkeit kann ein sog. Parallelverhalten der Krankenkasse eine Annäherung der Prämienbandbreite erklären: Die Krankenkassen würden sich bei der Prämiensetzung an einem oder mehreren Marktführern orientieren. Diese Möglichkeit erscheint aufgrund der jährlichen Prämienrunden nicht abwegig.

Abbildung 33 zeigt die Veränderung der Prämienbandbreiten in den einzelnen Kantonen auf. Dabei werden jeweils die tiefsten und die höchsten 5% (= zumeist drei Krankenkassen) *nicht* berücksichtigt. Dies um die Analyse nicht durch einzelne Ausreisser zu verzerren. Die Entwicklung wird seit 1999 untersucht. In den Jahren zuvor sind die Informationen zu den Prämien noch nicht vollständig verfügbar.

³⁵ Die Prämienbandbreite wird als Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Prämie definiert und in % der niedrigsten Prämie angegeben.

Abbildung 33: Prämienbandbreiten der Kantone, 1999 und 2006

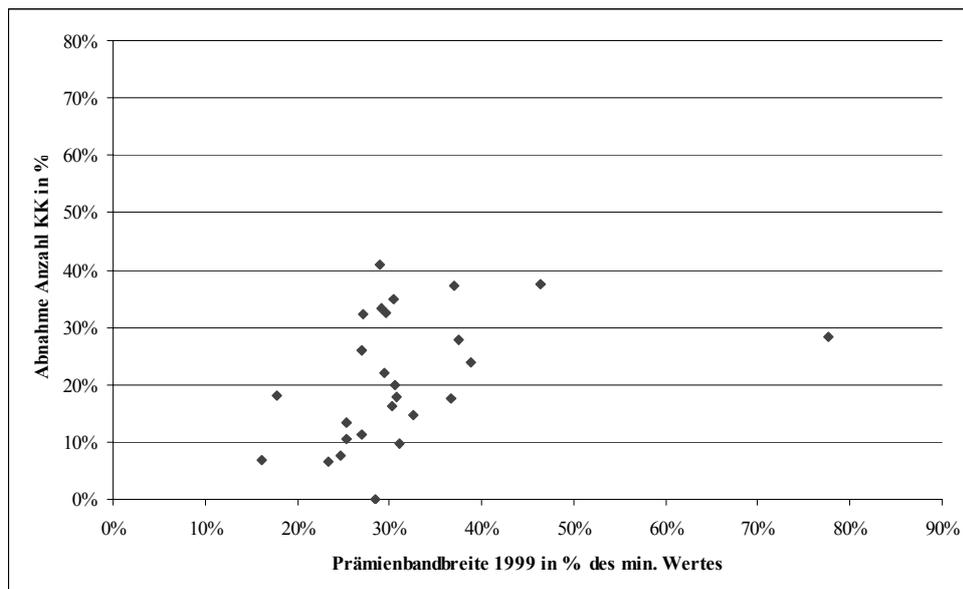


Anmerkung: Grundversicherungsprämien für Erwachsene ab 19 respektive 26 mit Unfall und Franchise 230.- (1999) respektive 300.- (2006). Bei mehreren Prämienregionen wird der Mittelwert der Prämienbandbreiten angegeben. Quelle: BAG und eigene Berechnungen (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt)

Es zeigt sich, dass die Prämienbandbreite seit 1999 in allen Kantonen – ausser in Ob- und Nidwalden – abgenommen hat. Die Prämien haben sich also angenähert.

Zudem zeigt sich, dass die Abnahme der Anzahl Krankenkassen in den Kantonen mit einer grossen Prämienbandbreite am grössten war (vgl. Abbildung 34.): Es fand ein stärkerer Konzentrationsprozess in Kantonen mit grossen Prämienbandbreiten statt als in Kantonen mit einer geringen Prämienbandbreite.

Abbildung 34: Zusammenhang zwischen Prämienbandbreite 1999 und Veränderung der Anzahl Krankenkassen zwischen 1999 und 2006³⁶



Anmerkung: Bei der Veränderung wurden nur diejenigen Krankenkassen berücksichtigt, welche mindestens zehn Versicherte in einem Kanton aufweisen, die Versicherergruppen wurden dabei als ein Anbieter gezählt. Bei der Berechnung der Prämienbandbreiten wurden die Versicherergruppen als mehrere Anbieter berücksichtigt.

Quelle: BAG und eigene Berechnungen

Inwiefern die Annäherung der Prämien auf Wettbewerb, Einfluss des BAG oder Parallelverhalten der Krankenkassen zurückzuführen ist, müsste aus unserer Sicht untersucht werden. Führt der Wettbewerb zu einer Annäherung des Preises oder ist es der Einfluss des BAG und somit kein Wettbewerbseinfluss? Oder ist die Preisannäherung sogar auf Parallelverhalten zurückzuführen, mit der Möglichkeit, dass die „einheitlichen“ Preise sich vom Wettbewerbspreis gegen oben hin immer weiter entfernen. Im Rahmen dieser Studie konnten wir dieser Fragestellung nicht weiter nachgehen.

³⁶ Es zeigt sich ein grundsätzlich positiver Zusammenhang zwischen Prämienbandbreite 1999 und Abnahme der Anzahl Krankenkassen, dieser ist jedoch relativ schwach ausgeprägt: Das Bestimmtheitsmass R^2 von 0.146 sagt aus, dass knapp 15% der Varianz in der Variablen „Abnahme der Anzahl Krankenkassen“ durch die Prämienbandbreite erklärt wird. Der Zusammenhang ist auf dem 10%-Niveau signifikant. Schliesst man den Ausreisser (Prämienbandbreite 78%) aus, so ist der Zusammenhang auf dem 5%-Niveau signifikant.

8. Entwicklung der Rechtsformen

Betrachtet man die Entwicklung der Rechtsformen in den letzten zehn Jahren wird deutlich, dass sich die Verteilung der Rechtsformen stark geändert hat. So nahmen die Aktiengesellschaften stark zu, während die öffentlichen Rechtsformen drastisch schrumpften. Die Vereine nahmen in absoluten Zahlen zwar ab, prozentual ist die Veränderung jedoch gering. Der Anteil der Stiftungen nahm zu.

Tabelle 26: Entwicklung der Rechtsformen 1996-2007

Rechtsform	2007		1996	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
AG	22	25%	1	1%
Verein	26	30%	47	32%
Stiftung	29	33%	34	23%
Genossenschaft	8	9%	10	7%
öff. Rechtsform	2	2%	42	29%
k. A.	0	0%	11	8%
Summe	87	100	145	100

Quelle: BAG (2007a) und B,S,S., schriftliche Kurzbefragung aller Krankenkassen.

Zu beachten ist, dass diese Änderung der Rechtsform sowohl aufgrund Übernahmen, Fusionen, Auflösungen und Neugründungen von Kassen verursacht wurde als auch durch Rechtsformänderungen. Letzterer Fall wurde im Rahmen der schriftlichen Befragung der Kassen abgefragt.

20 Kassen gaben an, seit 1996 ihre Rechtsform geändert zu haben. Der Trend weist klar hin zu Aktiengesellschaften und Stiftungen. Nachfolgend sind die 20 Rechtsformänderungen aufgeführt.

Tabelle 27: Arten der Rechtsformänderungen seit 1996

Verein → AG	7
Verein → Stiftung	4
öff. Recht → AG	2
öff. Recht → Stiftung	3
Stiftung → AG	3
Genossenschaft → Stiftung	1

Quelle: B,S,S., schriftliche Kurzbefragung aller Krankenkassen.

Das wichtigste Argument für die Umwandlung in eine Aktiengesellschaft ist, dass das KVG die buchhalterische Trennung von Grund- und Zusatzversicherung verlangt. Einige Krankenkassen hat dies dazu bewogen, je ein Rechtsgefäß für die Grund- und eines für die Zusatzversicherung zu gründen. Dieses Rechtsgefäß war oft die Aktiengesellschaft. Die befragten Krankenkassen führten zudem folgende Gründe für die Rechtsformänderung an:

- Anpassung zur Rechtsform des Partners beim Eintritt in Versicherergruppen

- Möglichkeit verstärkter Kooperationen
- Grössere Flexibilität, mehr Handlungsmöglichkeiten
- Rückzug der öffentlichen Hand
- Organisatorische Gründe
- Umwandlung der Krankenkassen in eine AG entspricht der üblichen Rechtsform in der Wirtschaft.

Die Vorteile der Rechtsformen AG und Stiftungen liegen somit in einer höheren Flexibilität und Unabhängigkeit (z.B. keine Generalversammlung bei Stiftungen, aber auch unkompliziertere Generalversammlungen, wenn der Verein Eigentümer der AG ist), einfacheren Voraussetzungen bei Kooperationen (z.B. können die Beteiligungsverhältnisse bei einer AG klar geregelt werden), mehr Know-How von Fachkräften im Umgang mit einer AG (Jurist/innen, Rechnungswesen) und konsistenten Organisationsformen innerhalb einer Gruppe (z.B. Anpassung zur Rechtsform AG derjenigen Firma, welche die Zusatzversicherungen abwickelt).

9. Entwicklung der Zusatzversicherungen

Die Entwicklung der Zusatzversicherungen wird mit Fokus auf die Krankenkassen analysiert. Eine Analyse des gesamten Zusatzversicherungsmarktes müsste die Entwicklung bei den Privatversicherern detaillierter berücksichtigen.

1996 führten 137 der 145 Krankenkassen (beinahe 95%) zumindest einen Teil der Zusatzversicherungen selbst durch.³⁷ Die von uns durchgeführte Befragung zeigt, dass heute bis zu 80% der Krankenkassen selbständig oder innerhalb ihrer Versicherergruppe Zusatzversicherungen anbieten (vgl. Kapitel 5.1).

Die Daten weisen folglich darauf hin, dass 2006 weniger Krankenkassen selbständig Zusatzversicherungen anbieten als 1996. Je kleiner die Kasse, desto höher die Wahrscheinlichkeit, Zusatzversicherungen nicht selbständig anzubieten. Dies ist, wie bereits in Kapitel 5.1 erwähnt, auf die wachsende Komplexität des Zusatzversicherungsbereichs zurückzuführen, die kleine Krankenkassen überfordert. Es dürfte jedoch nicht nur die Komplexität sein, sondern auch der Handlungsspielraum, der die kleinen Kassen überfordert. Diese funktionieren weiterhin weitgehend wie Zahlungsstellen und haben zu wenig eigene Ressourcen, um ihre Rolle in einem Markt selbst zu gestalten. Die gestiegenen Anforderungen waren denn auch einer der wichtigen Gründe für Zusammenschlüsse und Übernahmen. Heute werden Zusatzversicherungen vermehrt in einem anderen Rechtsgefäss als die Grundversicherung angeboten oder innerhalb einer Gruppe einem anderen (oder möglicherweise auch an externe) Anbieter vermittelt. Insbesondere die grossen Krankenkassen respektive die Versicherergruppen haben zumeist ein eigenes Rechtsgefäss für die Zusatzversicherungen eingeführt.

³⁷ Da diese Informationen aus den Aufsichtsdaten des BAG stammen, welche nur das Prämienvolumen der selbst durchgeführten Zusatzversicherungen enthalten, ist nicht klar, ob die 137 Kassen weitere Zusatzversicherungszweige vermittelt haben oder nicht. Ebenso wenig lässt sich daraus schliessen, ob die restlichen 5% Zusatzversicherungen vermittelt haben oder überhaupt keine anbieten.

Die Nettoleistungen haben sich im Zusatzversicherungsbereich von 4,3 Mia. Franken (1996) auf knapp 4 Mia. Franken (2005) reduziert – dies bei einem Anstieg der Nettoleistungen im Grundversicherungsbereich von 10,8 Mia. Franken auf 17,4 Mia. Franken (BAG, 2007b, S.91 und 165). Seit 2001 hat das Marktvolumen im Bereich Zusatzversicherungen wieder um 14% zugenommen. Während die freiwillige Einzelkrankenversicherung praktisch konstant blieb (+1%), nahm der Kollektivkrankenversicherungsbereich¹² stark zu (+34%), wobei auch dieser Bereich in jüngster Zeit eine Sättigung aufzuweisen scheint (Zunahme von 2005 auf 2006: 1%) (Quelle: BPV³⁸, Angaben aus der technischen Erfolgsrechnung). Interessanterweise haben die Krankenkassen in diesem Wachstumsbereich gegenüber den Privatversicherern ihren Marktanteil von knapp 50% der gebuchten Prämien (2001) auf 60% (2006) erhöht. Die bisherige Entwicklung zeigt daher eine Verschiebung hin zu den Krankenkassen auf. Dies könnte als hohe Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen interpretiert werden. Gemäss der Aussage eines Experten resultierte diese Verschiebung jedoch aus einer Risikoselektion von Seiten der Privatversicherer. Die schlechten Risiken wären dabei von den Krankenkassen übernommen worden. Diese These konnte im Rahmen dieser Studie nicht überprüft werden.

10. Entwicklung der Stakeholderinteressen

Die heutigen Stakeholderinteressen sind in Kapitel 6 aufgeführt. Inwiefern sich diese Interessen und somit die Interessensgegensätze seit 1996 verändert haben, wird im Folgenden beschrieben.

10.1 Interessen des Gesetzgebers

Das 1996 in Kraft getretene KVG schuf einen reglementierten Wettbewerb in der Krankenversicherung. Die Teilrevision des KVG im Jahr 2001 – neue Prämienstufe, Erleichterung für Kassenwechsel, Verbot der vertraglichen Verknüpfung von Grund- und Zusatzversicherung, Erlaubnis Generikaabgabe durch Apotheker – verdeutlicht unter anderem das Streben des Gesetzgebers nach einer *verstärkten Kostendämpfung* im Gesundheitswesen. Denn das Kostendämpfungsziel wurde noch nicht erreicht (BSV, 2001). Die Hoffnung, dass sich der zusätzliche Wettbewerb unter den Krankenkassen dämpfend auf die Verwaltungskosten auswirken wird (BSV, 1994, S.82), hat sich beispielsweise nicht erfüllt.

10.2 Interessen der Eigentümer/innen

Die *Interessen* der Eigentümer/innen haben sich seit 1996 nicht verändert. Geändert hat sich hingegen die *Struktur* der Eigentümer/innen. So hat sich die öffentliche Hand fast vollständig als Eigentümerin von Krankenkassen zurückgezogen. Zudem haben sich vermehrt Versiche-

³⁸ <http://www.bpv.admin.ch/dokumentation/00439/01297/01302/01304/01330/index.html?lang=de>

rergruppen mit vorgelagerten Aktiengesellschaften gebildet. Dies hat einen Einfluss auf die Ausprägung der Interessenskonflikte zwischen Eigentümer/innen und Management (vgl. Abschnitt 10.4).

10.3 Interessen des Managements

Es hat einen Kulturwandel von der „Kasse“ hin zu einem modernen Versicherer stattgefunden (vgl. Infras 2001, 154ff). Während grosse Krankenkassen ihre Kasse eindeutig als dynamisches, modernes Unternehmen sehen, geben auch einige kleinere Kassen an, dass sich ihre Kasse von der Familien-Krankenkasse zum KMU entwickelt habe. Gemäss Expertenmeinung können auch mittlere Krankenkassen (schätzungsweise bereits mit einem Versichertenbestand ab 10'000) professionell, innovativ und effizient organisiert sein.

Die Gründe für die Professionalisierung und den Kulturwandel liegen hauptsächlich

- in einem stärkeren Druck von aussen (Öffnung des Marktes im Zusatzversicherungsbereich, volle Freizügigkeit, höhere Dynamik, verstärkte Komplexität, verändertes Marktumfeld),
- einem Generationenwechsel im Management der grösseren Versicherungen sowie
- der verstärkten Einführung von Führungsinstrumenten und Managementsystemen (z.B. Qualitätsmanagement).

Dieser Kulturwandel hat unserer Ansicht nach zu einer stärkeren Gewichtung der in Kapitel 6.3 aufgeführten Interessen „Löhne/Boni“ und „unternehmerische Freiheit“ sowie den Instrumenten „Professionalisierung“, „Kundenorientierung/Dienstleistungsqualität“ und der Strategie „Wachstum“ geführt. Das Interesse „unternehmerische Freiheit“ findet zudem auch Ausdruck in der verstärkten politischen Einflussnahme von Seiten der grossen Krankenkassen. Befragte kleinere Krankenkassen kritisieren diese politische Einflussnahme der grossen Krankenkassen.

10.4 Fazit: Interessenskonflikte?

Interessenskonflikt zwischen Eigentümer/innen und Management

Die Interessensgegensätze zwischen Eigentümer/innen und Management haben sich nicht grundsätzlich verändert, der *Einfluss* der Eigentümer/innen hat sich hingegen geändert. So hat sich mit dem fast vollständigen Rückzug der öffentlichen Hand jene Eigentümergruppe zurückgezogen, welche möglicherweise am meisten Einfluss auf die Geschehnisse der Krankenkasse genommen hat. Bei den neu gegründeten Aktiengesellschaften blieb die Struktur der Eigentümer/innen (insb. Stiftungen, Vereine) zwar fast immer dieselbe. Die Wahrnehmung der Interessen wird durch Holdingstrukturen und andere Gruppenbildungen jedoch erschwert – wobei die Möglichkeiten zur Einflussnahme von den Eigentümer/innen auch zuvor nur sehr begrenzt beansprucht wurden. Zudem haben die Professionalisierung grosser Krankenkassen sowie die hohen fachlichen Anforderungen im Zusatzversicherungsbereich das Problem fehlender fachlicher Kompetenz der Eigentümer/innen verschärft.

Interessenskonflikt zwischen Gesetzgeber und Management

Die beschriebenen Interessenskonflikte (vgl. Kapitel 6.4) gab es bereits nach der Einführung des KVG vor mehr als zehn Jahren und haben sich seither nur leicht verändert: Durch die Professionalisierung und die damit verbundene verstärkte Risikoselektion hat sich das Prinzipal-Agenten-Problem in diesem Bereich verstärkt.

11. Gruppierung der Krankenkassen

Mit einer Clusteranalyse können Gruppen von Krankenkassen mit ähnlichen Eigenschaften (Clustern) ermittelt werden.³⁹ Die Clusteranalyse gibt einen guten Überblick zur Gruppierung der Versicherungslandschaft.

Es interessieren insbesondere drei Fragestellungen:

- Welche Merkmale weisen verschwundene (aufgelöste, fusionierte, übernommene) Versicherungen auf? Häufen sich die verschwundenen Krankenkassen in bestimmten Clustern?
- Welche Gruppen können *innerhalb* der übernommenen Kassen gebildet werden? Wie unterscheiden sich diese?
- Wie lässt sich die Krankenversicherungslandschaft in der Schweiz beschreiben? Welche Gruppen mit ähnlichen Merkmalen existieren?

Zur Beantwortung der oben beschriebenen Fragestellungen werden drei Clusteranalysen durchgeführt:

- Clusteranalyse aller im Jahr 1996 existierender Kassen
- Clusteranalyse der übernommenen Kassen
- Clusteranalyse aller im Jahr 2006 existierender Kassen

Nachfolgend sind die Vorgehensweise sowie die Ergebnisse beschrieben, ergänzend werden die Resultate in Tabellen dargestellt.

Indikatoren der Clusteranalysen

Als Kennzahlen zur Beschreibung (und Unterscheidung) der Krankenkassen verwenden wir folgende Grössen: Anzahl Versicherte, Höhe der Reserven, Angebot der Zusatzversicherun-

³⁹ Die zu untersuchenden Daten werden in der Clusteranalyse als multivariat verteilte Zufallsvariablen aufgefasst und in der Regel in Form von Vektoren als Punkte in einem Vektorraum zusammengefasst. Die Anzahl der Komponenten der Datenvektoren bildet die Dimension des Vektorraumes. Ein Cluster ist eine Anhäufung von Punkten. Dabei ist der Abstand der Punkte innerhalb eines Clusters zueinander geringer als der Abstand zu Punkten anderer Cluster. Cluster können auch als Gruppe von Punkten definiert werden, die untereinander oder in Bezug auf einen berechneten Schwerpunkt eine minimale Abstandssumme haben. Dazu ist die Wahl eines Distanzmasses erforderlich. Die Statistiksoftware ermöglicht eine Unterscheidung zwischen dem log-likelihood und dem euklidischen Distanzmass. Ersteres wurde in unseren Berechnungen gewählt.

gen, Rechtsform, Zugehörigkeit zu einer Versicherergruppe⁴⁰ und regionale Präsenz. Das Kriterium, ob eine Kasse noch existiert oder nicht wird explizit nicht mit in die Analyse einbezogen, da dieses Merkmal gerade erklärt werden soll.

Tabelle 28: Indikatoren der Clusteranalyse⁴¹

Merkmal	Indikator	Kategorien
Grösse	Anzahl Versicherte	Kat. 1: bis 10'000 Versicherte Kat. 2: 10'000-50'000 Versicherte Kat. 3: 50'000-250'000 Versicherte Kat. 4: mehr als 250'000 Versicherte
Finanzielle Lage	Reserven	Kat. 1 : bis 25% des Prämiensolls Kat. 2: 25-50% des Prämiensolls Kat. 3: 50-75% des Prämiensolls Kat. 4: mehr als 75% des Prämiensolls
Breite des Angebots / Einfluss eines profitablen Versicherungszweiges	Zusatzversicherung selber durchführen	1: ja, 2: nein
Organisation	Rechtsform	1: AG, 2: Verein, 3: Stiftung, 4: Genossenschaft, 5: öffentliche Rechtsform
Zusammenarbeit	Zugehörigkeit zu Versicherergruppe	1: ja, 2: nein
Regional Abdeckung	Präsenz in Kantonen	Kat. 1: 1-3 Kantone Kat. 2: 4-13 Kantone Kat. 3: 14-23 Kantone Kat. 4: 24-26 Kantone (Kt nur gewählt wenn mind. 10 Versicherte in einem Kanton)

Anmerkung: Eigene Kategorisierung der Merkmale „Grösse“, „Finanzielle Lage“ und „Regionale Abdeckung“.

Datengrundlage

Es wurden jeweils die Aufsichtsdaten des BAG verwendet, das Verzeichnis der zugelassenen Krankenkassen des BAG sowie die in der schriftlichen Kurzbefragung gewonnenen Informationen zur Rechtsform 1996 und zur Organisation des Zusatzversicherungsbereichs. Bezüglich des Datenzeitpunktes wurden

- für das Clustering 1996 Daten vom Jahr 1996,
- für das Clustering der übernommenen Kassen jeweils das letzte zur Verfügung stehende Jahr (wurde eine Kasse z.B. auf den 1.1.1997 übernommen, wurden die Daten von 1996 verwendet) und
- für das Clustering 2006 Daten vom Jahr 2006 verwendet.

Clusteranalyse 1996

Alle 145 im Jahr 1996 existierenden Kassen wurden in die Analyse mit einbezogen. Bei 13 Kassen lagen fehlende Werte vor, daher wurden diese von der Analyse ausgeschlossen. Es wurden somit 132 Fälle geclustert.

⁴⁰ Folglich wurde jede Krankenkasse einer Gruppe einzeln in der Analyse berücksichtigt.

⁴¹ Zusatzversicherung: 1996 auf Basis der Angaben des BAG, 2006 auf Basis der Angaben aus der Befragung B,S,S. Das heisst, dass 2006 die Durchführung der Zusatzversicherung in der eigenen Gruppe ebenfalls als eigene Durchführung der Zusatzversicherung gewertet wurde. Da es 1996 fast keine Gruppen gab, führt die Kodierung zu keinen grösseren Verzerrungen.

Die durchgeführte Clusteranalyse ergab vier Cluster mit folgenden Merkmalen:⁴²

- Cluster 1 (36 KK): Kleine Kassen, hohe Reserven, Vereine und öffentliche Rechtsform, in 1-3 Kantonen tätig.
- Cluster 2 (40 KK): Kleine Kassen, Rechtsform: Verein/Stiftung/ Genossenschaft, in 4-23 Kantonen tätig.
- Cluster 3 (22 KK): Unterschiedlich grosse Kassen, mittlere Reserven, öffentliche Rechtsform, in 1-3 Kantonen tätig.
- Cluster 4 (34 KK): Mittlere bis grosse Kassen, tiefe Reserven, Stiftungen, in 14-26 Kantonen tätig.

Die Ausprägungen der Cluster sind im Folgenden tabellarisch abgebildet (Merkmalsausprägungen, vgl. Tabelle 28).⁴³

Tabelle 29: Merkmale der vier Cluster, Clusteranalyse 1996

Indikator	Anzahl Kassen	Anzahl Versicherte	Reserven	Zusatzversicherung selber durchführen	Rechtsform	Zugehörigkeit zu Versicherergruppe	Präsenz in Kantonen
Cluster 1	36	36/0/0/0*	0/0/0/36*	35/1	0/19/0/0/17*	0/36	36/0/0/0*
		kl.	hoch		Verein, öff. Recht		1-3 Kt.
Cluster 2	40	40/0/0/0*	0/12/13/15	39/1	0/16/14/9/1*	5/35	15/19/5/1*
		kl.			Verein, Stiftung, Genossenschaft		4-23 Kt.
Cluster 3	22	19/3/0/0	5/6/11/0*	21/1	0/0/1/0/21*	0/22	21/1/0/0*
			mittel		öff. Recht		1-3 Kt.
Cluster 4	34	0/16/8/10*	16/14/4/0*	33/1	1/11/19/0/3*	6/28	0/2/8/24*
		mittel-gr.	tief		Stiftung		14-26 Kt.
Summe	132	95/19/8/10	21/32/28/51	128/4	1/46/34/9/42	11/121	72/22/13/25

* signifikant (5%-Niveau)

⁴² Es sind die statistisch signifikanten Merkmale der Cluster aufgeführt. Das heisst jedoch nicht, dass alle Kassen des jeweiligen Clusters alle statistisch signifikanten Merkmale aufweisen.

⁴³ Beispiel für Verständnis der Tabelle: In Cluster 1 gehören alle 36 Krankenkassen der kleinsten Grössenkatgorie (Anzahl Versicherte) an. 1 Kasse führt die Zusatzversicherungen nicht selbst durch. Es gibt 19 Vereine und 17 öffentlich-rechtliche Kassen. Keine Kasse gehört einer Versicherergruppe an und alle 36 Kassen sind in 1-3 Kantonen tätig.

Tabelle 30 und Tabelle 31 geben in einem zweiten Schritt Auskunft darüber, in welchen dieser Cluster die verschwundenen Kassen auftreten.

Tabelle 30: Verteilung der verschwundenen Kassen auf die vier Cluster aus Tabelle 29 (mit Zeilenprozenten)

	Bestehend		Aufgelöst		Fusion		Übernahme		Summe
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Cluster 1	14	39%	0	0%	0	0%	22	61%	36
Cluster 2	26	65%	1	3%	2	5%	11	28%	40
Cluster 3	3	14%	0	0%	0	0%	19	86%	22
Cluster 4	26	76%	2	6%	3	9%	3	9%	34
Summe	69	52%	3	2%	5	4%	55	42%	132

Tabelle 31: Verteilung der verschwundenen Kassen auf die vier Cluster aus Tabelle 29 (mit Spaltenprozenten)

	Bestehend		Aufgelöst		Fusion		Übernahme		Summe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cluster 1	14	20	0	0	0	0	22	40	36	27
Cluster 2	25	38	1	33	2	40	11	20	40	30
Cluster 3	3	4	0	0	0	0	19	35	22	17
Cluster 4	26	38	2	67	3	60	3	5	34	26
Summe	69	100%	3	100	5	100	55	100	132	100

Anmerkung: Lesebeispiel zu den Zeilen- und Spaltenprozenten: In Cluster 1 bestehen 14 der 36 Kassen heute noch (= 39% = Zeilen-%, Tabelle 32). 14 der 69 Kassen, welche heute noch bestehen, sind Cluster 1 zugeordnet (= 20% = Spalten-%, Tabelle 33).

In Cluster 1 sind 14 der 22 übernommenen Kassen und in Cluster 3 17 der 19 übernommenen Kassen auf die Fusionswelle der Bündner ÖKK zurückzuführen. Die Clusteranalyse ergibt das bekannte Ergebnis, wonach nur sehr wenige mittlere bis grosse Kassen übernommen wurden (Die Intras, deren Übernahme aktuell geplant ist, ist die erste Krankenkasse aus der grössten Grössenkatgorie (> 250'000 Versicherte)). Fusionen mit mittleren und grösseren Kassen haben jedoch bereits stattgefunden.

Clusteranalyse mit übernommenen Krankenkassen

In einem nächsten Schritt wurde die Clusteranalyse nur mit den übernommenen⁴⁴ Krankenkassen durchgeführt. Aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl (56 Kassen) nun geringer ist als in den vorigen Clusteranalysen werden nur zwei Cluster gebildet: Die Clusteranalyse weist Cluster 1 35 Fälle zu, Cluster 2 20 Fälle, ein Fall wird aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen. Die Cluster definieren sich folgendermassen:

- Cluster 1: Sehr kleine Kassen, öffentliche Rechtsform, Abdeckung von 1-3 Kantonen.

⁴⁴ Aufgelöste oder fusionierte Kassen wurden ebenso wie zurzeit noch existierende Kassen nicht berücksichtigt.

- Cluster 2: Kleine bis mittlere Kassen, Rechtsform Verein oder Stiftung, auch etwas breitere regionale Abdeckung.

Da die Übernahmewelle der Bündner ÖKK (mit über 30 übernommenen Kassen) ein sehr hohes Gewicht erhält, ist diese Auswertung möglicherweise verzerrt. Das Clustering wird daher nochmals durchgeführt – die 34 ÖKK werden jedoch ausgeschlossen. Es verbleiben noch 22 Kassen, wovon 21 analysiert werden konnten.

Es ergeben sich folgende zwei Cluster:

- Cluster 1 (15 Kassen): sehr klein, keine sehr hohen Reserven, oftmals Vereine, meist 1-3 Kantone
- Cluster 2 (6 Kassen): mittelkleine Kassen, hohe Reserven, Stiftungen, eher mehr Kantone abgedeckt

Die Merkmale der Cluster sind aufgrund der sehr geringen Fallzahlen statistisch jedoch nicht signifikant.

Clusteranalyse 2006

Die 87 heute existierenden Kassen wurden analysiert. Bei vier Kassen lagen fehlende Werte vor. Diese Kassen wurden von der Analyse ausgeschlossen. Es wurden somit 83 Fälle geclustert (Die Mitglieder von Versicherergruppen werden auch in dieser Clusteranalyse als mehrere Anbieter gezählt).

Es ergaben sich vier Cluster mit folgenden Merkmalen:

- Cluster 1 (20 KK): Kleine Kassen, relativ hohe Reserven, keine (eigene) Durchführung der Zusatzversicherungen, Vereine, keine Gruppenzugehörigkeit, in 1-3 Kantonen präsent.
- Cluster 2 (21 KK): Kleine und mittelkleine Kassen, Vereine und Genossenschaften, keine Gruppenzugehörigkeit, in 4-23 Kantonen tätig.
- Cluster 3 (18 KK): Hauptsächlich kleine und mittelkleine Kassen, Aktiengesellschaften und Stiftungen, zugehörig zu einer Gruppe (16 der 18 Kassen), in 4-23 Kantonen tätig.
- Cluster 4 (24 KK): Mittलगrosse und grosse Kassen, Aktiengesellschaften und Stiftungen, in 24-26 Kantonen tätig.

Die Merkmale dieser vier Cluster sind in nachfolgender Tabelle im Überblick aufgeführt.

Tabelle 32: Merkmale der vier Cluster, Clusteranalyse 2006

Indikator	Anzahl Kassen	Anzahl Versicherte	Reserven	Zusatzversicherung selber durchführen	Rechtsform	Zugehörigkeit zu Versicherergruppe	Präsenz in Kantonen
Cluster 1	20	20/0/0/0*	6/3/7/4*	8/12*	0/14/4/2/0*	0/20*	20/0/0/0*
		kl.	hoch	nein	Verein	nein	1-3 Kt.
Cluster 2	21	9/12/0/0*	9/11/1/0	18/3	4/10/0/6/1*	0/21*	1/10/5/5*
		kl.-mittelkl.			Verein, Genossenschaft	nein	4-23 Kt.
Cluster 3	18	9/7/1/1	8/4/4/2	18/0	7/0/11/0/0*	16/2*	1/6/10/1*
					AG, Stiftung	ja	4-23 Kt.
Cluster 4	24	1/0/12/11*	18/5/1/0	24/0	11/0/12/0/1*	13/11	0/0/1/23*
		mittelgr.-gr.			AG, Stiftung		24-26 Kt.
Summe	83	39/19/13/12	41/23/13/6	68/15	22/24/27/8/2	29/54	22/16/16/29

* signifikant (5%-Niveau)

Die Schweizer Versichererlandschaft zeichnet sich somit im Jahre 2006 durch folgende vier Gruppen von Krankenkassen aus:

- Kleine, sehr regional tätige Krankenkassen, welche als Verein organisiert sind und von welchen ein bedeutender Teil die Zusatzversicherungen nicht selbst durchführt (Cluster 1).
- Eine Gruppe von kleinen und mittelkleinen Krankenkassen, welche im Unterschied zur ersten Gruppe überregional tätig sind und vermehrt Zusatzversicherungen selbst durchführen (Cluster 2).
- Die dritte Gruppe beinhalten vor allem die Tochterfirmen der grossen Gruppen. Auch diese sind überregional tätig (Cluster 3).
- Die letzte Gruppe beinhaltet die mittleren und grossen Krankenkassen; auch die grossen Tochterfirmen, resp. die Stammfirma der Gruppen (Cluster 4).

Die zentrale Veränderung gegenüber 1996 ist, dass die öffentlich-rechtlich organisierten Krankenkassen verschwunden sind (Cluster 3, 1996), neu es aber eine Gruppe aus Tochterfirmen von grösseren Kassen gibt (Cluster 3, 2006).

Teil III: Künftige Entwicklung der Versicherungslandschaft

12. Zukünftige Entwicklungen

Die Informationen in diesem Kapitel stammen aus Interviews mit Vertreter/innen von Krankenkassen (vgl. Anhang II) und (weiteren) Experten des Gesundheitswesens (im Folgenden: Experten, vgl. Anhang IV), wie auch aus den eigenen Analysen der vergangenen Entwicklung der Krankenversicherungslandschaft.

12.1 Anzahl Krankenkassen, Zusammenarbeit und Verteilung

Zurzeit existieren 35 Krankenkassen mit weniger als 10'000 Versicherten, 13 Kassen mit zwischen 10'000 und 50'000 Versicherten, sechs Kassen mit zwischen 50'000 und 250'000 Versicherten und zehn Kassen mit über 250'000 Versicherten. Die Versicherergruppen werden hierbei als ein Anbieter gezählt.

Bezüglich der Entwicklung der Gesamtzahl Krankenkassen in der Schweiz sind sich alle interviewten Personen einig: Der Konzentrationsprozess geht weiter.

Nachfolgend führen wir die wahrscheinliche Entwicklung der Anzahl, Zusammenarbeit und regionalen Verteilung der Kassen auf. Dabei differenzieren wir unsere Analysen nach der Grösse der Krankenkassen. Kleine und mittelkleine Krankenkassen sind Kassen mit bis zu 50'000 Versicherten (im Folgenden: kleine Kassen), mittelgrosse Krankenkassen Kassen mit 50'000 - bis 250'000 Versicherten und grosse Krankenkassen als Kassen mit über 250'000 Versicherten.

Kleine Krankenkassen

Die Anzahl Krankenkassen wird weiter abnehmen. Alle Interviewpartner/innen waren sich diesbezüglich einig. Die Abnahme kleiner Kasse resultiert in Form von Übernahmen, Fusionen sowie Angliederungen an Versicherergruppen. Ein Interviewpartner einer Kleinkasse (weniger als 5'000 Versicherte) gab etwa an, dass sie sich in naher Zukunft als Tochterfirma einer grösseren Kasse anschliessen werden. Ein anderer Vertreter einer Kleinkasse teilte uns mit, dass sie eine Fusion mit verschiedenen anderen kleinen Krankenkassen planen.

Die Gründe für die Abnahme der kleinen Kassen sind ähnlich denjenigen, welche bereits in der Vergangenheit zu einem Verschwinden geführt haben:

Die *gesetzlichen Anforderungen* überfordern viele der kleinen Krankenkassen – sowohl wegen der Komplexität als auch wegen des Aufwands. Diese Anforderungen werden zukünftig wahrscheinlich noch steigen. Dies gilt sowohl für das KVG (Bsp.: Verfeinerte Datenlieferungen für einen verbesserten Risikoausgleich, Versichertenkarte) wie auch für das VVG (Bsp.: Swiss Solvency Test SST, präventive Prämien genehmigungen). Anzumerken ist jedoch Folgendes: Auch wenn diese staatlichen Regulierungen von Seiten der kleinen Kassen oftmals beklagt oder sogar als Schikane empfunden werden, schützt dieser reglementierte Markt die kleinen

Kassen auch. So stellen zwei Interviewpartner klar: Wird der Wettbewerb verstärkt (monistische Finanzierung, Vertragsfreiheit, neuer Risikoausgleich), so würde dies den Druck auf die kleinen und teilweise auf mittlere Kassen stark erhöhen.

Zu den weiteren Konzentrationsgründen bei kleinen Krankenkassen zählen: *Nachfolgeprobleme*, die *Ausgestaltung des KVG* (insb. Kontrahierungszwang, der zu starken Schwankungen in den Versichertenbeständen führen kann), *Anforderungen an die IT* und *finanzielle Probleme*. Letzteres Argument gilt nur in vereinzelt Fällen. Die kleinen Kassen sind im Allgemeinen finanziell stabil, was den Prozess der Marktkonzentration verlangsamt.

Verschiedentlich wurde eine Spezialisierung im *Angebot* (sog. Nischenstrategie) als Überlebensstrategie für kleinere und mittlere Krankenkassen erwähnt. Mit Ausnahme einer Krankenkasse EGK (Naturärzt/innen) ist uns jedoch keine kleine Krankenkasse bekannt, die sich mit einem speziellen Nischenangebot positioniert hat. Wir sehen hierfür denn auch für kleine Krankenkassen nur sehr wenig Potential: Die Grundversicherung ist ein standardisiertes Produkt. Die Profilierung muss daher über die Zusatzversicherung laufen, was jedoch für kleine Krankenkassen oft schwierig ist, da sie die Zusatzversicherungen immer weniger selbständig gestalten.

Am ehesten halten werden sich *regional* stark verankerte Krankenkassen mit einer loyalen Kundschaft und Krankenkassen mit einer *spezifischen und treuen Gruppe von Kund/innen* (z.B. Landwirt/innen bei Agrisano). Bedingung ist, dass sie ihre oft günstigen Risiken halten können und keinen starken Mitgliederschwund verzeichnen (u.a. auch aufgrund von Abwanderung aus ländlichen Gebieten). Positiv für regionale Kassen in ländlichen Gebieten ist, dass das Nachfolgeproblem weniger ausgeprägt ist, da das Jobangebot für Generalist/innen weniger breit ist als in Städten.

Kleine Krankenkassen, welche eigenständig bleiben, werden vermehrt Kooperationen suchen. In Bezug auf Kooperationen ist der RVK zu nennen – der Verband der kleinen und mittleren Krankenkassen. Der RVK bietet u.a. Rückversicherungen, die Vermittlung von Versicherungen (v.a. Zusatzversicherungsbereich), weitere Dienstleistungen wie Leistungseinkauf und Hausarztssystem/HMO, Risk und Management Services sowie Bildungs- und Kommunikationstätigkeiten. Der RVK wird für die kleinen Krankenkassen weiterhin bedeutungsvoll bleiben, insbesondere bei Angeboten, welche kleine Krankenkassen nicht selbst aufbauen können (z.B. Vertrauensärztlicher Dienst, Ausbildung, rechtliche Beratung, Zusatzversicherungen). Nach eigenen Aussagen des RVK wird sich dessen Aufgabengebiet zudem ausweiten: So wird es verstärkt Angebote für andere Kund/innen als die Krankenkassen anbieten (z.B. für Privatversicherer oder auch für Leistungserbringer/innen).

Mittelgrosse und grosse Krankenkassen

Auch bei den mittelgrossen und grossen Krankenkassen wird ein Rückgang der Anzahl *eigenständiger* Kassen erwartet (Aktuelles Beispiel: Angliederung der Intras an die CSS Gruppe). Dies ist hauptsächlich dadurch bedingt, dass die Wachstumsstrategie der grossen Kassen und der Trend zu Gruppenstrukturen anhalten. Aktuelles Beispiel dafür ist die Krankenkasse Xundheit, welche sich der Concordia als eigenständiges Unternehmen anschliessen wird. Die Gründe dafür liegen zum einen in Skaleneffekten – auch wenn deren Wirkung/Nutzen bei den Ex-

pert/innen nicht unbestritten sind – und zum anderen in der Mentalität der neuen Managementgeneration, aber auch im Prestigedenken („grösste Krankenversicherung der Schweiz“).

Vertreter/innen der Theorie, wonach Skaleneffekte vorherrschen, unterstreichen die Skaleneffekte aufgrund von Automatisierungen (z.B. elektronische Anbindung von Leistungserbringer/innen): Die Durchschnittskosten sinken hierbei mit der Anzahl Versicherten. Das Argument der Skaleneffekte ist jedoch ökonomisch gesehen umstritten, so gibt es auch Experten, welche die kritische Grösse sehr tief anlegen (ca. 30'000 Versicherte). Danach – also auch bei den mittleren Krankenkassen – treten ihrer Meinung nach keine Skaleneffekte mehr auf.⁴⁵

Neugründungen von Krankenkassen

Bei den Neugründungen von Krankenkassen muss zwischen *Markteintritten* und der Gründung von *Tochterfirmen* unterschieden werden.

Im betrachteten Zeitraum seit 1996 traten kaum neue Versicherer in den Grundversicherungsmarkt ein. Auch in der näheren Zukunft werden keine Neueintritte erwartet. Die Gründe liegen in der fehlenden finanziellen Attraktivität, den hohen Anfangsinvestitionen, der starken gesetzlichen Reglementierung sowie der unsicheren politischen Rahmenbedingungen

Sollte sich die finanzielle Attraktivität des Marktes verbessern sowie die politischen Rahmenbedingungen Planungssicherheit erlauben, sind Neueintritte durchaus denkbar: Mehrere Experten gaben an, dass sie bereits mit Anfragen bezüglich der Gründung einer Krankenkasse konfrontiert waren. Diese kamen teilweise von ausländischen Investor/innen. Investor/innen hätten alternativ zur Gründung neuer Kassen auch die Möglichkeit, eine bestehende Krankenkasse zu übernehmen.

Es wird erwartet, dass die wiederkehrende Gründung von Tochterfirmen unter den gegebenen Rahmenbedingungen anhalten wird. Denn sobald die Tochterfirmen einige Zeit im Markt sind, verlieren sie ihre Wirkung – nämlich die Selektion von guten Risiken – und die Mutterfirmen gründen neue Töchter. Diese Entwicklung führt nicht zu einer effektiven Zunahme der Anzahl Anbieter, sondern lediglich zu einer Diversifikation bei den bestehenden Anbietern.

Dieser Trend könnte durch veränderte Rahmenbedingungen gestoppt werden. Dazu wurde beispielsweise im vergangenen Jahr eine Motion eingereicht, die vorsieht, dass Krankenkassen, welche unter einheitlicher Leitung stehen, in derselben Prämienregion dieselben Prämien anbieten müssen.⁴⁶ Auch wenn gemäss Expertenmeinung diese Motion nicht durchkommt, zeigt sie doch, dass der politische Druck gegen diese Tochterkassen da ist. Auch muss an dieser Stelle der verfeinerte Risikoausgleich erwähnt werden. Falls dieser tatsächlich die erwartete

⁴⁵ Ein Hinweis darauf, ob es Skaleneffekte geben könnte, liefert der Vergleich der Verwaltungskostenquote ((Verwaltungsaufwand + Abschreibungen) / Ausgaben). Es zeigt sich dabei, dass der Mittelwert dieser Quote bei den Krankenkassen mit mehr als 50'000 Versicherten tiefer liegt als bei den Krankenkassen mit weniger als 50'000 Versicherten. Vergleicht man jedoch die Verwaltungskostenquote der 10 grössten Krankenkassen (Kategorie 4, mehr als 250'000 Versicherte) mit derjenigen der mittelgrossen Kassen (Kategorie 3, zwischen 50'000 und 250'000 Versicherten) ist der Effekt nicht mehr vorhanden, im Gegenteil: Kategorie 4 weist im Durchschnitt eine etwas höhere Quote auf als Kategorie 3. Dies deutet darauf hin, dass es zwar Skaleneffekte gibt, diese jedoch nur bis zu einer bestimmten Grösse, welche relativ tief liegt, von Belang sind.

⁴⁶ Motion Frick. Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung durch sogenannte Billigkassen. Einreichungsdatum: 22.03.2007.

ten Verbesserungen bringt, ist eine Risikoselektion von Seiten der Kassen weitaus weniger attraktiv als heute und der Anreiz zur Gründung von Tochterfirmen würde abnehmen.

Gesamtentwicklung

Die Anzahl (eigenständiger) Krankenkassen wird weiter sinken. Insbesondere bei kleinen Krankenkassen wird eine weitere Abnahme erwartet. Dies, da die aus der Vergangenheit bekannten Gründe weiterhin bestehen. Am ehesten weiterbestehen werden regional gut verankerte Kassen. Wachstumsbestrebungen werden auch dazu führen, dass mittelgrosse und grosse Kassen übernommen werden oder fusionieren. Neugründungen von Krankenkassen werden in der näheren Zukunft aufgrund der fehlenden finanziellen Attraktivität, den hohen Anfangsinvestitionen, der starken gesetzlichen Reglementierung und der unsicheren politischen Rahmenbedingungen nicht erwartet. Hingegen werden weiterhin Tochterfirmen gegründet. Eine starke Ausdehnung von Krankenkassen auf weitere Kantone ist unwahrscheinlich, da die meisten grösseren Kassen bereits gesamtschweizerisch tätig sind. Somit wird zusammenfassend nicht nur die Anzahl Krankenkasse gesamtschweizerisch, sondern auch in den meisten Kantonen rückläufig sein.

Die Meinungen der Interviewpartner/innen, wie umfangreich und wie schnell dieser Konzentrationsprozess fortschreiten wird, sind verschieden. Die Abnahme wird sich in *absoluten* Zahlen sicherlich verlangsamen, ansonsten in 10 Jahren keine Krankenkasse existieren würde (vgl. Kapitel 7.1). Die Krankenkassenvertreter/innen gehen ungefähr von einem *prozentual* gleich starken oder leicht stärkeren Konzentrationsprozess wie bisher aus: Sechs der acht Vertreter/innen von Krankenkassen gehen davon aus, dass in fünf bis zehn Jahren noch zehn bis 20 Versicherer(-gruppen) aktiv sein werden (Anmerkung: Zurzeit bestehen 21 Krankenkassen, welche gesamtschweizerisch anbieten (vgl. Tabelle 3). Zwei Krankenkassenvertreter gehen von einer geringeren Abnahme aus und schätzen, dass in den nächsten zehn Jahren rund 20 Krankenkassen verschwinden werden und somit gut 40 Kassen bestehen werden. Die Einschätzung der Krankenkassenvertreter/innen wurde vom Grossteil der befragten *Experten* als zu dynamisch befunden. Der Rückgang der Anzahl Krankenkassen wird aus ihrer Sicht langsamer vonstatten gehen.

12.2 Rechtsformen und Struktur der Eigentümer/innen

Heute weisen – mit einer Ausnahme – alle Krankenkassen, welche mehr als 50'000 Versicherte haben, die Rechtsform der Stiftung oder der (vorgelagerten) AG auf. Möglicherweise werden in Zukunft weitere Umwandlungen in vorgelagerte Aktiengesellschaften vorgenommen und bei Zusammenschlüssen von Krankenkassen mit unterschiedlichen Rechtsformen wird normalerweise eine einheitliche Rechtsform gewählt. Ein Grund für eine weitere Verschiebung hin zu Aktiengesellschaften ist die Kompetenz der Mitarbeitenden auf dem Markt: Fachkräfte sind heutzutage oft mit der Buchhaltung, der Revision und den Rechnungslegungsvorschriften von Aktiengesellschaften besser vertraut. Grössere Veränderungen bei den Rechtsformen erwarten wir jedoch nicht.

Auch bei den Strukturen der Eigentümer/innen gehen wir innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen von keinen grösseren Veränderungen aus. Sollte sich die finanzielle Attraktivität des Marktes jedoch verbessern und die politischen Rahmenbedingungen zu mehr Planungssicherheit führen, so könnten – wie bereits erwähnt – Privatinvestor/innen neue Krankenkassen gründen oder bestehende Krankenkassen übernehmen.

12.3 Zusatzversicherungen

Die Entwicklungen im Zusatzversicherungsbereich werden unseres Erachtens sehr unterschiedlich verlaufen. Wir erwarten, dass das Marktvolumen in der freiwilligen Einzelkrankenversicherung aufgrund der steigenden Prämien im Grundversicherungsbereich abnehmen wird: Viele Haushalte haben nur ein bestimmtes Budget für die Krankenversicherung zur Verfügung und reduzieren bei steigenden Grundversicherungsprämien ihre Zusatzversicherungen. Als Reaktion erwarten Experten, dass die Krankenkassen eine Vielzahl neuer Angebote entwickeln werden. Das Marktvolumen im Bereich Kollektivkrankenversicherung wird – aufgrund der aufgetretenen Marktsättigung und der gesetzlichen Vorschriften – wahrscheinlich nicht weiter steigen aber konstant bleiben.

Die Marktaufteilung zwischen Krankenkassen und Privatversicherer wird sich aus unserer Sicht wie folgt entwickeln: Solange die Privatversicherer nicht in den Grundversicherungsmarkt einsteigen wird im Spitalzusatz- und ambulanten Zusatzversicherungsbereich die Aufteilung zwischen Krankenkassen und Privatversicherern ungefähr gleich bleiben, d.h. die Krankenkassen behalten praktisch den gesamten Markt. Im kollektiven Taggeldbereich hingegen wird die Konkurrenz zwischen den (grossen) Krankenkassen und den Privatversicherern zunehmen. Gemäss Expertenmeinung werden die Krankenkassen in Zukunft tendenziell einen stärkeren Marktanteil gewinnen können, was jedoch, wie bereits erwähnt, auch daran liegen könnte, dass die Krankenkassen ihre Kund/innen weniger selektiv auswählen als die Privatversicherer. Vom zusätzlichen Wettbewerb könnten die Prämien im Zusatzversicherungsbereich – evt. zulasten der Kosten im Grundversicherungsbereich – profitieren (Expert/innen gehen davon aus, dass zurzeit bei den Krankenkassen wie auch bei den Spitälern eine Quersubventionierung von den Zusatzversicherten hin zu den Grundversicherten stattfindet). Ein Grossteil des gewinnorientierten Zusatzversicherungsbereichs wird folglich weiterhin von Krankenkassen, welche keine gewinnorientierte Eigentümer/innen haben, durchgeführt. Die Auswirkungen dessen müsste genauer untersucht werden.

Bezüglich des Angebots der Krankenkassen im Zusatzversicherungsbereich muss wiederum zwischen grossen und kleinen Krankenkassen unterschieden werden.⁴⁷ Die kleinen Krankenkassen werden – wie sie das jetzt teilweise bereits tun – die Zusatzversicherungen vermehrt

⁴⁷ Da verschiedene Zusatzversicherungen bereits als Aktiengesellschaft in einer Versicherergruppe „isoliert“ wurden, wäre es denkbar, dass die Zusatzversicherungen in Zukunft an gewinnorientierte Eigentümer/innen (Investor/innen oder Privatversicherer) verkauft werden. Diesbezügliche Pläne scheinen derzeit aber noch nicht zu existieren: Die Krankenkasse würde damit ihren profitorientierten Bereich, welcher verschiedene unternehmerische Freiheiten ermöglicht, verlieren. Die heutige Managementgeneration schätzt gemäss Aussage der befragten grösseren Krankenkassen diese Handlungsfreiheiten. Aus Sicht der Kund/innen (Eigentümer/innen) ist ein Verkauf des Zusatzversicherungsbereichs dann sinnvoll, wenn eine gewinnorientierte Versicherungsgesellschaft den

auslagern und nur noch vermitteln. Die Gründe dafür liegen in den hohen und immer weiter steigenden Anforderungen im Zusatzversicherungsbereich (bezüglich Produktentwicklung, Produktgenehmigung, Risikomanagement, Berichterstattung und Rechnungslegung (z.B. Swiss Solvency Test SST⁴⁸), präventive Prämien genehmigung, Durchführung von Modellrechnungen), sowie darin, dass die Krankenkassen stärker als im Grundversicherungsbereich zum Risikoträger werden. Diese neue Rolle erfordert ein Umdenken und kann insbesondere kleine Krankenkassen überfordern. Die grossen Krankenkassen werden sich hingegen weiterhin um den lukrativen Zusatzversicherungsbereich bemühen, unter anderem da sie aus diesen Gewinnen Investitionen in die Unternehmensentwicklung tätigen können. Wie erwähnt werden als Reaktion eine Vergrösserung der Produktpalette im Zusatzversicherungsbereich und professionellere, segmentspezifische Marketinganstrengungen erwartet.

12.4 Zukünftiges Verhalten der Stakeholder

Gesetzgeber

Die Interessen des Gesetzgebers laufen weiterhin in Richtung *Kostendämpfung*, (u.a. über *mehr Wettbewerb*). Dies zeigt sich etwa auch am Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“⁴⁹, welcher vom Parlament ausgearbeitet wurde, am 1. Juni 2008 jedoch in einer Volksabstimmung abgelehnt wurde. Zudem sind Gesetzesrevisionen (insbesondere die monistische Finanzierung) geplant. Die konkreten politischen Entwicklungen sind in Kapitel 12.5 aufgeführt.

Es wird auch davon ausgegangen, dass zur Erfüllung der Aufsichtspflicht die Anforderungen des BAG/BPV an die Berichterstattung der Krankenkassen weiter steigen und die Handlungsspielräume durch den Gesetzgeber insgesamt eingeschränkt werden.

Management

Vier Trends werden sich wahrscheinlich fortsetzen:

- Die Manager/innen der grossen Kassen verfolgen weiterhin eine *Wachstumsstrategie*.
- Insbesondere im Zusatzversicherungsbereich liegt Potenzial zur weiteren *Professionalisierung* der Strategie (z.B. segmentspezifisches Marketing).
- Das Management der Krankenkassen versucht die stagnierende oder rückläufige Entwicklung des Prämienvolumens im Zusatzversicherungsbereich durch das Angebot neuer Produkte und weiterer Massnahmen zu stoppen.

Zusatzversicherungsbereich effizienter anbieten würde. Dass die Eigentümer/innen mit solchen Grundsatzüberlegungen Einfluss auf das Management nehmen, ist zurzeit nicht gegeben.

⁴⁸ Problematisch ist zudem die ungleiche Behandlung der Krankenkassen bei der Durchführung des SST: Krankenkassen, welche Grund- und Zusatzversicherungen in zwei getrennten Rechtsgefässen anbieten, müssen (für den Zusatzversicherungsbereich) den SST auf jeden Fall durchführen. Krankenkassen, welche den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich in einem Rechtsgefäss organisieren, müssen den SST nur ab einer gewissen Grösse der Krankenkasse machen. Dies wird als starke Ungleichbehandlung empfunden.

⁴⁹ Vgl. http://www.bag.admin.ch/qualitaet_und_wirtschaftlichkeit/index.html?lang=de

- Falls die Handlungsspielräume der Krankenkassen weiter eingeschränkt würden, könnte dies nach Ansicht der Krankenkassenvertreter/innen unter anderem die Attraktivität der Branche als Arbeitgeber mindern: „Dynamische“ Manager/innen würden sich andere Arbeitsfelder suchen.

Eigentümer/innen

Die Eigentümer/innen werden auch in Zukunft nicht mehr Einfluss als bisher ausüben. Sie sehen sich weiterhin primär in der Rolle der Kund/innen und nicht in der Rolle der Eigentümer/innen (bei Stiftungen nehmen die Stiftungsrät/innen in der Praxis ebenfalls die Rolle der Versichertenvertreter/innen wahr). Zudem sind die Eigentümer/innen oftmals fachlich überfordert.

Die Anforderungen an die Eigentümer/innen und Stiftungsrät/innen gehen hin zu mehr Fachkompetenz. Es wird sich zeigen, ob ein diesbezüglicher Wandel in der Zusammensetzung der Aufsichtsgremien eintreten wird (und dies, ohne dass die Doppelfunktion Management und Aufsichtsgremium ausgeübt wird).

12.5 Einfluss politischer Entwicklungen

Bei den politischen Entwicklungen gibt es insbesondere drei Veränderungen, welche zurzeit zur Diskussion stehen und bedeutende Änderungen im Krankenversicherungsmarkt bringen könnten:⁵⁰ Monistische Finanzierung (inkl. Einführung DRG), Vertragsfreiheit und ein verfeinerter Risikoausgleich. Diese Entwicklungen zielen auf einen verbesserten Wettbewerb unter den Krankenkassen (und auch Leistungserbringer/innen) und schliesslich auf eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Monistische Finanzierung und Einführung DRG

Unter der monistischen (Spital-)finanzierung versteht man ein Finanzierungssystem, in dem die Spitalkosten durch einen Kostenträger allein getragen werden – wie dies im ambulanten Bereich bereits der Fall ist. Die Beiträge der öffentlichen Hand würden somit nicht mehr an die Spitäler ausgerichtet, sondern an die Krankenkassen (Träger, welche die Kosten vergüten).

Die Kantone lehnen die monistische Finanzierung ab.⁵¹ Auch andernorts herrscht Opposition dagegen, da befürchtet wird, die Krankenkassen erhalten dadurch zuviel Macht („Kassendiktat“). Die Befürworter/innen sprechen hingegen von einem weiteren Wettbewerbselement, welches Kostenersparnisse generiert, indem eine leistungsbezogene und transparente Spitalfinanzierung eingeführt wird, die Krankenkassen eine grössere Verhandlungsmacht erhalten, durch die sie auf die Leistungsgestaltung der Leistungserbringer/innen einwirken können, Managed

⁵⁰ Der kürzlich eingebrachte Vorschlag der Helsana Krankenkasse zur Förderung der HMO-Modelle wurde erst kurz vor Abgabe des Schlussberichts bekannt. Der Vorschlag und dessen Bedeutung konnte deshalb nicht aufgegriffen werden. Auch auf die Veränderungen in der Pflegefinanzierung wird hier nicht weiter eingegangen.

⁵¹ Vgl. Stellungnahme GDK. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/KVG-Revision_und_Vollzug/KVG-Revision/Stellungnahme_GDK_200710.pdf

Care Modelle gefördert würden und die Mehrfachrolle des Kantons (Spitalbetreiber, -planer und -finanzierer) entfällt. Die Ablehnung des neuen Verfassungsartikels „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ dürfte die Gegner der monistischen Finanzierung gestärkt haben.

Die Einführung der monistischen Finanzierung ist an die Einführung von diagnoseabhängigen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups DRG) gekoppelt. Die stationären Leistungen werden dabei – anstatt wie bisher nach Spitaltagen – nach Pauschalen (gemäss diagnoseabhängiger Klassifikationen der Patienten in Fallgruppen) abgegolten. Die Risikovarianz (= Varianz zwischen dem billigsten und dem teuersten Fall) ist mit dem DRG-System gemäss Untersuchungen um ein Vielfaches höher als beim herkömmlichen System. Dies bedeutet für die Krankenkassen, dass ihr Versicherungsrisiko steigt.

Der Einfluss der monistischen Finanzierung auf die Marktstruktur der Krankenkassen wird entsprechend nur in Kombination mit der Einführung der DRG als signifikant eingeschätzt: Kleinere Krankenkassen sind vom höheren Risiko durch die Einführung von DRG stärker betroffen als grössere Kassen.

Vertragsfreiheit

Zurzeit herrscht sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ein Vertragszwang. Das heisst, die Krankenkassen sind verpflichtet, alle nach KVG qualifizierten Leistungserbringer/innen unter Vertrag zu nehmen und deren KVG-Leistungen zu vergüten.

Dieser Vertragszwang wird kontrovers diskutiert. Die Krankenkassen und *santésuisse* fordern dessen Aufhebung. Sie machen geltend, dass dies ein Hauptgrund für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen sei, denn sie müssen alle Leistungen von zugelassenen Ärzt/innen vergüten – unabhängig wie günstig oder teuer diese sind. Die Befürworter/innen der Vertragsfreiheit gehen davon aus, dass dieser Handlungsspielraum von den Krankenkassen wahrgenommen würde und zu Kostensenkungen führen würde. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass der Ausgestaltung der Vertragsfreiheit eine zentrale Rolle zukommt: Auch HMO-Modelle hätten sich, trotz der kostendämpfenden Wirkung, am Markt bisher nicht im gewünschten Umfang durchgesetzt. Zudem würden die Verhandlungen aufwändiger, was wahrscheinlich zu Zusatzkosten führt.

Gegner/innen der Vertragsfreiheit fürchten sich zudem vor der steigenden Macht der Krankenkassen und kritisieren, dass die Vertragsfreiheit zu Willkür und sinkender Qualität in der Krankenversicherung führe.

Ob die Vertragsfreiheit eingeführt wird, ist noch sehr ungewiss. Expert/innen gehen zwar davon aus, dass bei einer deutlichen Annahme des Verfassungsartikels auch die Vertragsfreiheit eher eingeführt würde, eine vollständige Vertragsfreiheit scheint jedoch zum heutigen Stand nicht realistisch (Eine zurzeit diskutierte Variante wäre: Die Grundversorgung, d.h. die Hausärzt/innen, würden weiterhin unter den Vertragszwang fallen, die Vertragsfreiheit würde hingegen bei den Spezialist/innen eingeführt.).

Konsequenzen der Vertragsfreiheit werden insbesondere bei den Leistungserbringer/innen erwartet. Wie die Auswirkungen auf die Krankenkassenlandschaft wären, wird kontrovers diskutiert und wird von der konkreten Ausgestaltung der Vertragsfreiheit abhängen: Die einen gehen

– insbesondere bei einer Aufhebung der Branchenlösungen – von einer Erosion der kleinen Krankenkassen aus. Wenn die Krankenkassen selbst mit den Leistungserbringer/innen verhandeln müssten und es keine Verbandslösungen mehr gibt, würde dies den Druck auf die kleinen Krankenkassen erhöhen. Andere sind hingegen nicht dieser Meinung. Sie argumentieren, dass die Krankenkassen als Ganzes in ihrer Funktion als Leistungseinkäufer sehr gestärkt würden und dass von dieser stärkeren Position auch die kleinen Kassen profitieren. Dies, da der Druck auf die Leistungserbringer/innen und deren Aufwand durch die Vertragsverhandlungen so gross würden, dass sie keine Unterscheidungen zwischen den verschiedenen Kassen machen und die mit den grossen Kassen ausgehandelten Tarife auch den kleinen Kassen anbieten würden. Die kleinen Krankenkassen würden sich dabei als Trittbrettfahrer verhalten.

Verfeinerter Risikoausgleich

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs dient der Verminderung der aus Sicht des Gesetzgebers unerwünschten Risikojagd der Krankenkassen auf gesunde Personengruppen. Dass die Krankenkassen eine Risikoselektion betreiben ist aber auch ein gutes Zeichen für deren wettbewerbsorientiertes Verhalten. Mit einem verfeinerten Risikoausgleich möchte man die Rahmenbedingungen anpassen, und so den Wettbewerb in die richtige Richtung lenken.

Die aktuelle Form des Risikoausgleichs berücksichtigt das Alter, das Geschlecht sowie den Kanton. Diese Faktoren werden ausgeglichen. Der Risikoausgleich erfolgt retrospektiv. An dieser Ausgestaltung werden hauptsächlich drei Punkte kritisiert (Leu und Beck, 2006): 1. Die Ausgleichsfaktoren gleichen die Risiken nur ungenügend aus. Es bestehen grosse Anreize zur Risikoselektion. 2. Die retrospektive Ausgestaltung setzt falsche Anreize. 3. Produktinnovationen wie Managed Care Modelle sind für die Krankenkassen zu wenig interessant.

Ab dem Jahr 2012 soll ein verfeinerter Risikoausgleich eingeführt werden. Neben den genannten Faktoren Alter, Geschlecht und Region soll ein weiteres Ausgleichskriterium berücksichtigt werden: Der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr (sofern dieser länger als drei Tage gedauert hat). Dadurch soll das Krankheitsrisiko der Versicherten besser abgebildet werden. Gemäss einer Studie von Leu und Beck (2006) würde der Einbezug der Vorjahreshospitalisation die Attraktivität der Risikoselektion so weit reduzieren, dass die Strategie Managed Care aus betriebswirtschaftlicher Sicht lukrativer sein würde als die Risikoselektion. Demgegenüber würde der Wettbewerb hinsichtlich Innovationen für gute Risiken möglicherweise gebremst werden, da deren Anwerben keine primäre Strategie mehr ist.

Würde die Attraktivität der Risikoselektionsstrategie tatsächlich beträchtlich abgeschwächt, hätte dies auch Implikationen auf die Struktur der Krankenkassen im KVG-Markt: So würde der Anreiz zur Gründung von *Tochterfirmen* für die Versicherergruppen weitgehend verschwinden. Die Umsetzung des verfeinerten Risikoausgleichs führt aber auch zu weiter steigenden Informationsbedürfnissen: *Kleine Kassen* sind bereits mit den bestehenden Informationsanforderungen teilweise überfordert. Bei vielen kleinen Kassen könnte auch der Vorteil einer attraktiven Risikostruktur abnehmen. Ein verfeinerter Risikoausgleich würde unserem Erachten nach die Auflösung kleiner Kassen tendenziell eher begünstigen.

Weitere mögliche Entwicklung: Einheitskasse

Als letzter und dem Wettbewerb entgegenlaufender Punkt sei noch die Einheitskasse erwähnt. Auch wenn diese 2007 in einer Volksabstimmung abgelehnt wurde, ist es möglich, dass die Forderung wieder kommt. Die meisten Gesprächspartner/innen gehen davon aus, dass die Einheitskasse in den nächsten Jahren kein Thema sein wird. Ein Experte meinte aber, dass sie dennoch wie ein „Damoklesschwert“ über den Krankenkassen hängt. Bestimmte Krankenkassen würden denn auch mittels eines forcierten Ausbaus des Zusatzversicherungsbereichs ein starkes, zweites Standbein aufbauen. Auch würde diese latente Unsicherheit die Attraktivität des Marktes für neue Anbieter stark reduzieren.

13. Fragen des Auftraggebers

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Studie anhand der vom Auftraggeber gestellten Leitfragen zusammenfassend präsentiert.

Welche Rechtsformen haben heute die Krankenkassen? Wie hat sich dies seit 1996 entwickelt? Welche Rechtsform kommt zwischen 1996 und heute wie häufig vor?

Die 87 Krankenkassen besitzen im Jahr 2006 folgende Rechtsformen: 29 sind Stiftungen (34% aller Kassen), 26 sind Vereine (31%), 22 sind Aktiengesellschaften (23%), acht sind Genossenschaften (9%) und zwei haben eine öffentliche Rechtsform (2%). In absoluten Zahlen haben einzig die Aktiengesellschaften (AG) in den letzten zehn Jahren zugenommen (1996: eine Kasse), dies aufgrund der Umwandlung anderer Rechtsformen in eine AG. Der Rückgang an Krankenkassen wie auch die Umwandlung in Aktiengesellschaften haben insbesondere zu einer Abnahme der Vereinskassen (1996: 47) wie auch der öffentlichen Rechtsformen (1996: 42) geführt.

Wie sind die Krankenkassen im obligatorischen Krankenpflegebereich rechtlich und ökonomisch mit dem Zusatzversicherungsbereich verbunden? Wie hat sich diese Verbindung seit 1996 verändert?

Der Krankenversicherungsbereich ist in die obligatorischen Grundversicherung und die freiwilligen Zusatzversicherungen unterteilt. Die Grundversicherung untersteht der Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und ist im KVG geregelt. Die Zusatzversicherungen werden vom Bundesamt für Privatversicherung (BPV) beaufsichtigt und sind im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gesetzlich verankert. Während im KVG-Bereich ein Gewinnverbot herrscht, sind im Zusatzversicherungsbereich Gewinne erlaubt. Zusatzversicherungen können in die Spitalzusatzversicherung, die ambulanten Zusatzversicherungen und das Taggeld unterteilt werden.

Im Grundversicherungsbereich sind nur Krankenkassen tätig. Mit der Winterthur (Grundversicherung: Wincare) hat sich 2005 auch die letzte Privatversicherung aus dem Grundversicherungsbereich zurückgezogen. Im Zusatzversicherungsbereich stehen Krankenkassen und Pri-

vatversicherer miteinander in Konkurrenz. Die Privatversicherer halten im Bereich Kollektivtaggeld 40% des Marktanteils, da sie die Kollektivtaggeldversicherung Firmen als Teil einer kompletten Versicherungsleistung verkaufen können. Der Bereich der freiwilligen Einzelkrankenversicherung (insb. Spitalzusatz und ambulante Zusatzversicherungen) wird fast ausschliesslich von den Krankenkassen geführt. Privatversicherer bieten die von den Kund/innen gewünschte Kombination Grund- und Zusatzversicherung nicht an.

Mit Ausnahme einer Kasse (Société Suisse des Hôteliers) bieten heute alle Krankenkassen die Spital- und die ambulanten Zusatzversicherungen an. Die Taggeldversicherung bietet ein Viertel der Krankenkassen nicht an. Seltener ist jedoch die selbständige *Durchführung* der Zusatzversicherungen, insbesondere unter kleinen Krankenkassen⁵²: Der Anteil der Krankenkassen, welche Zusatzversicherungen selbst durchführen, ist seit 1996 rückläufig. Dies ist auf die hohen gesetzlichen Anforderungen zurückzuführen, welche insbesondere kleine Kassen aufgrund der begrenzten Ressourcen überfordern. Bei den *Spital- respektive den ambulanten Zusatzversicherungen* führen ca. drei Viertel der Kassen den Zusatzversicherungsbereich selbst durch respektive vermitteln ihn an eine Firma derselben Gruppe. Bei der Taggeldversicherung kommt als zusätzliche Anforderung das schwierige Underwriting hinzu. 60% der Krankenkassen führen Taggeldversicherungen selbst durch, respektive vermitteln diese an eine Firma derselben Gruppe. Die restlichen Anbieter vermitteln mit einer Ausnahme das Taggeldgeschäft anderer Krankenkassen (und nicht Taggeldangebote von Privatversicherern). Rechtsschutzversicherungen und Reiseversicherungen sind kleinere Zusatzversicherungen, welche die Krankenkassen bei Privatversicherern einkaufen und ihren Kund/innen vermitteln.

Die Krankenkassen verwenden die Gewinne aus dem Zusatzversicherungsbereich zur Reservenbildung und/oder für Rückstellungen, aber auch für die Unternehmensentwicklung. Bei der Verwendung des Gewinns für die Unternehmensentwicklung erfolgt teilweise eine Quersubventionierung von den Zusatzversicherten hin zu den Grundversicherten.

Die Versicherten nehmen im Aussenauftritt der Krankenkassen eine Trennung von Grund- und Zusatzversicherung oft nicht wahr: Grund- und Zusatzversicherungen werden von vielen Krankenkassen in verschiedenen Produkten kombiniert angeboten (sog. Mehrmarkenstrategie).

Wer sind die Eigentümer/innen der Krankenkassen im obligatorischen Krankenpflegebereich? Welche Interessen verfolgen sie? Wie hat sich dies seit 1996 verändert?

In der Schweiz sind heute 56% der Krankenkassen (46% der Versicherten) im Eigentum eines Vereins, und 31% der Krankenkassen (50% der Versicherten) als Stiftung organisiert. Bei fast allen Krankenkassen sind die Eigentumsstrukturen von Grund- und Zusatzversicherungen identisch. Die bestehenden Aktiengesellschaften sind lediglich vorgelagerte Rechtsgefässe, bei denen fast immer ein Verein oder eine Stiftung Alleinaktionär/in ist.

Sowohl bei *Vereinskassen* als auch bei *Genossenschaften* sind die Versicherten, oder ein Teil davon, Eigentümer/innen der Kassen. Der Einfluss der Eigentümer/innen auf die Krankenkassen ist aber gering und in den letzten Jahren weiter gesunken. Wenn die Eigentümer/innen Einfluss auf das Management (Wahl der Versicherung, Wahl des Produktes) nehmen, dann

⁵² Grössenkategorien: bis 10'000 Versicherte: kleine Krankenkassen, 10'000 – 50'000 Versicherte: mittelkleine KK, 50'000 – 250'000 Versicherte: mittelgrosse KK, über 250'000 Versicherte: grosse KK

hauptsächlich in der Rolle als Kund/innen (Versicherten) der Versicherung. Die Interessen der Eigentümer/innen sind primär durch deren Rolle als Kund/innen definiert: Umfassende Gesundheitsversorgung mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen bei möglichst geringen Kosten. Zudem sind die Versicherten an der finanziellen Stabilität und einem kundenorientierten Verhalten ihrer Versicherung interessiert. Die Eigentümer/innen sind nicht gewinnorientiert, da im Grundversicherungsbereich ein Gewinnverbot gilt und allfällige Gewinne aus dem Zusatzversicherungsbereich in der Praxis nicht ausgeschüttet werden.

Bei *Stiftungen* existieren keine Eigentümer/innen. Das oberste Organ ist der Stiftungsrat. Ge-gründet wurden die Stiftungen von Versicherungsgesellschaften, aber auch von Betrieben, Verbänden oder Privatpersonen. Die Eigentümerin von *öffentlichen Rechtsformen* ist die öffentliche Hand.

Verschiedene am Markt als eigenständige Firmen auftretende Krankenkassen gehören zu einer gemeinsamen Holding: Welche Krankenkassen gehören in diesem Sinne zusammen? Wie haben sich diese Strukturen seit 1996 entwickelt?

2006 existierten sechs Versicherergruppen im KVG-Markt: Helsana Gruppe (1,28 Mio. Versicherte; fünf Krankenkassen), CSS Holding AG (990'000 Versicherte; drei Krankenkassen), Groupe Mutuel (830'000 Versicherte; 14 Krankenkassen), Sanitas (650'000 Versicherte; zwei Krankenkassen), Visana Gruppe (430'000 Versicherte; drei Krankenkassen), ÖKK/Sympany Gruppe (156'000 Versicherte; zwei Krankenkassen). Im Jahr 1996 existierten als Gruppe erst die Groupe Mutuel, welche damals aus neun Mitgliederkassen bestand, sowie der Zusammenschluss von Helvetia und Progrès (später: Helsana). Der Anteil der grössten Kasse (Mutterkasse) an der Versichertenzahl der gesamten Gruppe variiert stark (99% bei der Visana, 35% bei der Groupe Mutuel)

Die Gruppen haben sich seit 1996 sehr unterschiedlich entwickelt: Groupe Mutuel (+94% Versicherte), Sympany (+30%), CSS (+8%), Sanitas (+1%), Helsana (-2%), Visana (-57%).

Die Groupe Mutuel und die Assura sind die einzigen grossen Krankenkassen, welche in den letzten zehn Jahren ein starkes inneres Wachstum aufweisen. Der drastische Rückgang bei der Visana ist auf deren finanzielle Schwierigkeiten und dem daraus folgenden Rückzug aus bestimmten Kantonen zurückzuführen.

Welche Interessen hat das Management in den verschiedenen Rechtsformen und Konstellationen? Wie hat sich dies seit 1996 entwickelt?

Die Interessen des Managements unterscheiden sich primär nach der Grösse der Krankenkasse. In grossen Krankenkassen bestehen typischerweise die Interessen finanzielle Stabilität, Macht und Prestige (u.a. über Wachstum), Löhne und Boni (u.a. über Gewinne bei den Zusatzversicherungen) sowie unternehmerische Freiheit. Das Management kleinerer Krankenkassen unterscheidet sich davon wie folgt: Macht und Prestige sind weniger zentrale Interessen, auch fallen nur selten bedeutende Boni an. Grosse unternehmerische Freiheiten, wie beispielsweise im Zusatzversicherungsbereich, überfordern kleine Kassen eher als grosse Kassen. Hingegen konnten wir bei kleinen Krankenkassen einen Idealismus feststellen, wonach kundenorientiertes Handeln nicht nur ein Mittel zum Zweck, sondern ein eigentliches Interesse ist.

Im Gegensatz zu 1996 wurde bei grossen wie auch bei kleinen Krankenkassen ein Kulturwandel hin zu einem „modernen“ Unternehmen festgestellt. Zudem findet auch eine verstärkte Einflussnahme der grossen Kassen auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens statt, was wiederum von kleineren Kassen aufgrund derer z.T. anderen Interessen bemängelt wird.

Was erwartet das Krankenversicherungsgesetz von den Versicherern?

Das KVG verfolgt mittels verschiedener Instrumente die drei Hauptziele Versorgung, Solidarität und Kostendämpfung. Letzteres Ziel wurde nicht erreicht. Die (geplanten) Revisionen zeigen das Streben des Gesetzgebers nach einer verstärkten Gewichtung des Ziels Kostendämpfung auf.

Inwiefern stimmen heute die Interessen der Eigentümer/innen mit den Interessen des Managements und den Erwartungen des KVG überein? Sollte es Interessensunterschiede geben: Welche Entwicklung ist in den kommenden Jahren zu erwarten?

Es bestehen Interessenkonflikte zwischen Eigentümer/innen und Management. Macht und Prestige des Managements ist kein Interesse der Eigentümer/innen, jedoch oft des Managements. Interessen des Managements sind Boni und unternehmerische Freiheiten, welche für die Eigentümer/innen lediglich Mittel für ihre eigenen Ziele „tiefe Prämien“ und „kundenfreundliches Handeln“ sind. Da die Informationsasymmetrie zwischen Eigentümer/innen und Management aufgrund der wachsenden Komplexität des Versicherungsgeschäfts zunimmt, können die Aufsichtsgremien jetzt und in Zukunft als Vertreter der Eigentümer/innen nur ungenügend sicherstellen, dass die Interessen der Eigentümer/innen genügend gewahrt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass der Gewinn, bei Firmen oft die zentrale Messgrösse für den Geschäftsgang, bei Krankenkassen aufgrund des Gewinnverbots im Grundversicherungsbereich und den fehlenden Gewinnausschüttungen im Zusatzversicherungsbereich nur eine relativ geringe Bedeutung hat.

Auch zwischen dem Gesetzgeber und dem Management bestehen Interessenskonflikte. Die Regulierungen haben Vor- und Nachteile für die Krankenkassen, abhängig zum Teil auch von ihrer Grösse. Der Gesetzgeber hat das Ziel der Kostendämpfung jedoch nicht erreicht, dies möglicherweise auch aufgrund ungenügender Anreize gegenüber den Krankenkassen.

Wie hat sich die Zahl der Krankenkassen in der Schweiz und in den einzelnen Kantonen seit 1996 entwickelt?

Die Anzahl Krankenkassen betrug 1996 145, 2006 noch 87. Zählt man die Versicherergruppen als nur je einen Anbieter, liegt die Anzahl Krankenkassen heute sogar nur noch bei 64 (1996: 136). Die Anzahl Anbieter ist auch in jedem Kanton gesunken – dies gilt jedoch nur, wenn die Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt werden.

Die Übernahmen und Fusionen von Krankenkassen überdecken auf kantonaler Ebene den gegenläufigen Effekt, wonach immer mehr Krankenkassen gesamtschweizerisch tätig sind und so insbesondere in kleinen Kantonen auch neue Anbieter aktiv wurden. 2006 ist ein Drittel der

Kassen gesamtschweizerisch tätig (> 24 Kantone). Ein weiteres Drittel ist jedoch nach wie vor in weniger als vier Kantonen aktiv.

Wie haben sich die Grössenverteilung der Krankenkassen und die Durchschnittsgrösse in der Schweiz und in den einzelnen Kantonen seit 1996 entwickelt?

Noch heute hat knapp mehr als die Hälfte der Krankenkassen weniger als 10'000 Versicherte. Die Zahl dieser Kassen hat sich jedoch um 64% von 98 (1996) auf 35 (2006) Kassen reduziert (Versicherergruppen als ein Anbieter gezählt). Auf kantonaler Ebene ist der Anteil Kassen mit wenigen Versicherten ebenfalls gesunken. Der durchschnittliche Versichertenbestand hat sich als Folge der starken Abnahme kleiner Kassen von 53'000 (1996) auf 118'000 (2006) Versicherte verdoppelt. Es gibt keine grosse Krankenkasse, welche nur regional tätig ist.

Die kleinen Kassen versichern lediglich 2% aller Versicherten. 1996 wie auch 2006 gab es zehn grosse Krankenkassen mit jeweils mehr als 250'000 Versicherten. Die *zehn grössten Krankenkassen* versichern 85% aller Versicherten (+17% gegenüber den zehn grössten Krankenkassen von 1996). Das Wachstum ist jedoch hauptsächlich auf das innere Wachstum der Groupe Mutuel und der Assura und die Anbindung weiterer Krankenkassen zurückzuführen. Der Marktanteil der *zehn grössten Krankenkassen aus dem Jahre 1996* hat sich von 75% (1996) auf 68% (2006) reduziert: Die bei Einführung des KVG grossen Krankenkassen haben über die letzten zehn Jahre im Durchschnitt ein negatives Wachstum verzeichnet.

Wenn es zu Zusammenschlüssen kam: (a) Was waren die Gründe für die Fusionen? (b) Wie verhielten sich die Durchschnittskosten der Krankenkasse, die die Tätigkeit aufgab, im Vergleich zur Krankenkasse, die weiter existierte? (c) Wie können die Krankenkassen, die ihre Existenz aufgaben, mit wichtigen Kennzahlen zu ihrer Geschäftstätigkeit beschrieben werden?

Seit 1996 kam es zu 56 Übernahmen (davon: aus 34 Bündner ÖKK wurde eine Kasse), sechs Auflösungen (drei davon aufgrund Zahlungsunfähigkeit) und fünf Fusionen (fünf Kassen fusionierten zu zwei neuen Kassen). Daneben wurden sieben Kassen neu gegründet, davon fünf als Tochterfirmen. Es gab nur zwei effektive Neugründungen, wovon eine (vermutliche) Neugründung noch heute besteht (Sanatop). Weitere neun Krankenkassen haben sich Versicherergruppen angeschlossen.

Die Übernahmen erfolgten nicht hauptsächlich durch grosse Krankenkassen: Auch wenn die Übernahmewelle der Bündner ÖKK nicht berücksichtigt wird, so waren die übernehmenden Kassen dennoch zu rund 60% Kassen mit weniger als 50'000 Versicherten.

(a) Die Gründe für die Übernahmen lagen aus Sicht der übernehmenden Kasse im Wachstumsstreben und in Synergieeffekten. Gerade diese Synergieeffekte (Skaleneffekte) sind unter Expert/innen sehr umstritten. Wir gehen davon aus, dass ab einem Versichertenbestand von 30'000 im jetzigen Marktumfeld keine weiteren Skaleneffekte anfallen. Diese Expert/innen vertreten denn auch die Meinung, dass der Hauptgrund für Übernahmen oder Fusionen grösserer Krankenkassen das Interesse der Manager/innen nach mehr Macht, Prestige und Lohn ist. Die – möglichen – Skaleneffekte wurden im Rahmen dieser Studie nicht analysiert.

Aus Sicht der übernommenen Kasse wurden die Gründe Rückzug der Gemeinden, veränderte Rahmenbedingungen durch das KVG, Nachfolgeprobleme, zu hoher Aufwand sowie finanzielle Schwierigkeiten/sinkende Reserven genannt. Die Gründe für Fusionen lagen in erster Linie in Synergieeffekten und einer verbesserten Marktmacht. Auch veränderte Rahmenbedingungen durch das KVG und Wachstumsstreben wurden genannt.

(b) Die durchschnittlichen Verwaltungskosten der verschwundenen Kassen unterschieden sich nicht systematisch von denjenigen der weiter existierenden Krankenkassen derselben Gröszenkategorie.

(c) Die übernommenen Krankenkassen waren mehrheitlich kleinere Kassen, welche in Vereinen oder öffentlichen Rechtsformen organisiert und regional tätig waren. Insgesamt waren 6% der Versicherten bei ihnen versichert. Die übernommenen Krankenkassen waren finanziell stabil und verfügten über tiefe Prämien (gute Risiken): Übernommen wurden somit attraktive Kassen. Im Gegensatz dazu hatten die aufgelösten Krankenkassen oft hohe Prämien und somit ein schlechtes Versichertenprofil.

*(a) Was sind die Gründe hinter der Entwicklung der Krankenversicherungslandschaft seit 1996?
(b) Welche Rolle spielen die Entwicklungen vor der Einführung des KVG zwischen 1985 und 1995?*

(a) Die Gründe der Entwicklung seit 1996 sind im Rahmen der vorangegangenen Fragen teilweise bereits beantwortet. Mittels einer Clusteranalyse haben wir weitere Erkenntnisse zur Entwicklung und zum Stand der Krankenversicherungslandschaft gewonnen:

Die heutige Versichererlandschaft kann in folgende vier Gruppen unterteilt werden:

- Cluster 1 (20 Krankenkassen): Kleine Kassen, relativ hohe Reserven, keine (eigene) Durchführung der Zusatzversicherungen, Vereine, keine Gruppenzugehörigkeit, in 1-3 Kantonen präsent.
- Cluster 2 (21 KK): Kleine und mittelkleine Kassen, Vereine und Genossenschaften, keine Gruppenzugehörigkeit, in 4-23 Kantonen tätig.
- Cluster 3 (18 KK): Hauptsächlich kleine und mittelkleine Kassen, Aktiengesellschaften und Stiftungen, zugehörig zu einer Gruppe (16 der 18 Kassen), in 4-23 Kantonen tätig.
- Cluster 4 (24 KK): Mittलगrosse und grosse Kassen, Aktiengesellschaften und Stiftungen, in 24-26 Kantonen tätig.

(b) Der Konzentrationsprozess im Krankenkassenmarkt ist eine Fortsetzung des Trends, der bereits vor 1996 bestand.

Welche Entwicklungen der Krankenversicherungslandschaft sind aufgrund der bisherigen Entwicklung in der Schweiz und in den Kantonen zu erwarten? Welche Entwicklung der Krankenversicherungslandschaft erwarten ausgewählte Experten/innen in der Schweiz und in den Kantonen?

Der *Konzentrationsprozess* geht weiter. Kleine Krankenkassen werden sich zusammenschliessen oder von grösseren Kassen übernommen werden. Dies aus weitgehend denselben Gründen wie bisher. Die Anzahl mittlerer und grösserer Kassen wird aufgrund des Wachstumsstrebens grösserer Kassen ebenfalls zurückgehen (Fusionen, Übernahmen oder Angliederung an Versicherergruppe), wenn auch weniger stark als bei den kleinen Kassen. In den gegebenen Strukturen werden wahrscheinlich weiterhin Tochterfirmen gegründet. Effektive Neueintritte werden vorläufig keine erwartet. In einem attraktiveren Markt mit veränderten Rahmenbedingungen ist dies jedoch durchaus denkbar; in- und ausländische Investor/innen haben bereits ihr Interesse angemeldet. Solange keine neuen Anbieter auf den Markt drängen, erwarten wir keine einschneidenden Änderungen bei den *Rechtsformen* und bei den Strukturen der Eigentümer/innen.

Die Meinungen über die konkrete Entwicklung der Anzahl Krankenkassen gehen auseinander: Die Mehrheit der befragten *Krankenkassenvertreter/innen* erwartet, dass in zehn Jahren noch zehn bis 20 Krankenkassen bestehen. Dies entspricht einer gegenüber heute beschleunigten prozentualen Abnahme der Anzahl Krankenkassen. Die befragten *Experten* gehen von einer langsameren Marktkonzentration aus, dies insbesondere, da die allermeisten Krankenkassen finanziell gesund sind und kleinere Kassen nach wie vor oft tiefe Prämien anbieten. Diese verschiedenen Einschätzungen zeigen auch die Schwierigkeit bei der Prognose auf: Insbesondere kleinere Krankenkassen sind laufend übernommen worden. Doch die Gründe waren meist nicht finanzielle Probleme. Gleiches gilt auch für die weiter bestehenden kleineren Krankenkassen. Diese haben finanziell oft keinerlei Probleme und somit keinen Druck, sich einer anderen Kasse anzuschliessen oder übernommen zu werden.

Da die Anforderungen im *Zusatzversicherungsbereich* weiter steigen werden, erwarten wir jedoch, dass noch mehr kleine Krankenkassen ihren Zusatzversicherungsbereich ausgliedern werden und lediglich die Vermittlung übernehmen. Die steigenden Grundversicherungsprämien werden zudem die Entwicklung des Zusatzversicherungsbereichs in der freiwilligen Einzelkrankenversicherung (insb. Spitalzusatz und ambulante Zusatzversicherungen) negativ beeinflussen. Die Krankenkassen versuchen, mittels professionellerer Marktbearbeitung (Segmentierung) und der damit zusammenhängenden Lancierung neuer Produkte ihren (potentiell) lukrativen Bereich zu schützen. Im Bereich Kollektivtaggeld wird sich die Konkurrenz weiter verschärfen.

Wichtig sind zudem die möglichen *politischen Entwicklungen* (monistische Finanzierung und Fallpauschalen, Vertragsfreiheit, verfeinerter Risikoausgleich), welche die Marktstruktur nachhaltig beeinflussen könnten. Insbesondere für die kleinen Krankenkassen würden sich aufgrund der verstärkten Informationspflicht (Risikoausgleich) und der stärkeren Risikobelastung (Fallpauschalen) grössere Herausforderungen ergeben, was zu einer beschleunigten Abnahme von kleinen Krankenkassen führen könnte. Wie sich eine allfällige Vertragsfreiheit auf die Struktur im KVG-Markt auswirken würde, wird kontrovers diskutiert. Vom verfeinerten Risikoausgleich erwarten Expert/innen eine Verschiebung der Innovationstätigkeit weg vom Anwerben guter Risiken hin zu (beispielsweise) einer verstärkten Umsetzung der Managed Care Modelle.

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen
DRG	Diagnosis Related Groups
GV	Generalversammlung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HMO	Health Maintenance Organisationen
KK	Krankenkasse
Kt.	Kanton
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
k.A.	keine Angabe
NPO	Nonprofit Organisation
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OR	Obligationenrecht
ÖKK	Öffentliche Krankenkasse
RVK	Rückversicherungsverband der kleinen und mittleren Krankenkassen
SST	Swiss Solvency Test
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Literaturverzeichnis

- Anthony, Robert N. und David W. Young (1999): *Management Control in Nonprofit Organizations*, 6th Edition, Irwin/McGraw-Hill
- Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (2004), <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2004/4259.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit (2007a). *Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer*, Stand: 01.01.2007
- Bundesamt für Gesundheit (2007b). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005*.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2001): *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht*, Forschungsbericht 16/01, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (1995): *Prämien 1996*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (1994): *Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz*, EDI-Arbeitsgruppe Neues Krankenversicherungsgesetz, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG) vom 17. Dezember 2004 (Stand am 13. Juni 2006), <http://www.admin.ch/ch/d/sr/9/961.01.de.pdf>
- Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 (Stand am 1. Januar 2008), <http://www.admin.ch/ch/d/sr/2/221.229.1.de.pdf>
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 27. Dezember 2006), <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf>
- Cornforth, Chris (2003): *The Governance of Public and Non-Profit Organisations – What do boards do?*, Routledge
- Deutsche Bundesbank (2005): „Bankenwettbewerb und Stabilität des Finanzsystems“, in: Finanzstabilitätsbericht, November, S. 103-119.
- Infras (2001): *Auswirkungen des KVG auf die Versicherer*, Zürich
- Kaluza Bernd, Herwig Dullnig und Franz Malle (2003): *Principal-Agent-Probleme in der Supply Chain – Problemanalyse und Diskussion von Lösungsvorschlägen*, Diskussionsbeiträge des Instituts für Wirtschaftswissenschaften der Universität Klagenfurt, Klagenfurt
- Kocher, G. und Oggier, W. (2007): *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Leu, R. und Beck, K. (2006): *Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz*, Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg.
- Macharzina, Klaus und Michael-Jörg Österle (2002): *Handbuch internationales Management*, 2. Auflage, Gabler Verlag
- Pfeiffer, Jörg (2005): „Konzentration auf dem deutschen Strommarkt – 1994 bis 2004“, *IWE Working Paper*, Nr. 02. Institut für Wirtschaft, Universität Erlangen-Nürnberg).

- Schwarz, Peter, Robert Purtschert, Charles Giroud und Reinbert Schauer (2002): *Das Freiburger Management-Modell für Nonprofit-Organisationen*, Verlag Paul Haupt, Bern
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) vom 10. Dezember 1907 (Stand am 1. Januar 2008), <http://www.admin.ch/ch/d/sr/2/210.de.pdf>
- Thommen, J-P. und Sachs, S. (2000): *Wirtschaft – Unternehmung – Management*, Versus Verlag AG, Zürich.
- Verordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen (VKU) vom 17. Juni 1996 (Stand am 23. März 2004), <http://www.admin.ch/ch/d/sr/2/251.4.de.pdf>
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. September 2007), <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.102.de.pdf>
- Widmer, Dieter und Felix Wolffers (1996): *Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG)*, Edition Soziothek, Köniz

Anhang I: Fragebogen

KURZBEFRAGUNG KRANKENVERSICHERER

*Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Miriam Frey der Firma B,S,S. (061 262 05 51).
Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.*

Name der Krankenversicherung: _____

Kontaktperson und Telefonnummer: _____

1. Rechtsform

Heutige Rechtsform Aktiengesellschaft:

Welche Aktionäre haben Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- a) Öffentliche Hand (Stadt, Gemeinde, Kanton). Name: _____
- b) Versicherte Ihrer Krankenversicherung (KV)
- c) Privatpersonen, welche keine Versicherten Ihrer KV sind.
- d) Stiftung. Wer hat die Stiftung gegründet?
- d1) Privatpersonen
- d2) Öffentliche Hand (Stadt, Gemeinde, Kanton). Name: _____
- d3) Versicherungsgesellschaft(en). Name: _____
- d4) Andere: _____
- e) Verein oder Genossenschaft. Welche Vereinsmitglieder/Genossenschaftsmitglieder stehen dahinter? (Mehrfachantworten möglich):
- e1) Vertreter der öffentlichen Hand. Name: _____
- e2) Versicherte Ihrer Krankenversicherung (KV)
- e3) Privatpersonen, welche keine Versicherten Ihrer KV sind.
- e4) Andere: _____
- f) Andere: _____

Rechtsform 1996:

Welche Rechtsform hatte Ihre Krankenversicherung im Jahr 1996?

- a) Verein
- b) Genossenschaft
- c) Stiftung
- d) Aktiengesellschaft
- e) Unternehmensform des öffentlichen Rechts (öffentlich-rechtliche Anstalt oder öffentliche Krankenkasse)
- f) Die Krankenversicherung existierte 1996 noch nicht.

Falls Sie seit 1996 die Rechtsform gewechselt haben, was waren die Gründe dafür?

2. Zusatzversicherungen

In welchen Bereichen bieten Sie Zusatzversicherungen an (Mehrfachantworten möglich)?

	1) Führen wir selbst durch.	2) Vermitteln wir an eine andere Firma derselben Holding oder desselben Vereins	3) Vermitteln wir an einen externen Anbieter	4) Bieten wir nicht an.
a) Spitalzusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/>
b) Ambulante Zusatzversicherungen (Alternativ, Zahn, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/>
c) Taggeldversicherung gemäss VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/>
d) Weitere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/>
e) Weitere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/>
f) Weitere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/> / Name des Anbieters: _____	<input type="checkbox"/>

Falls Sie Zusatzversicherungen durchführen respektive vermitteln: Wozu wird der daraus resultierende Gewinn verwendet?

Anmerkung: Der Fragebogen wurde jeweils an die Rechtsform der jeweiligen Krankenkasse angepasst. Als Beispiel ist derjenige für eine Aktiengesellschaft abgebildet. Falls eine Krankenkasse seit 1996 andere Kassen übernommen hat, wurden zusätzlich die Rechtsformen dieser übernommenen Kassen im Jahr 1996 abgefragt.

Anhang II: Interviewpartner/innen Krankenkassen

Tabelle 33: Gesprächspartner/innen der Telefoninterviews

	Krankenkasse	Interviewpartner	Funktion des Interviewpartners	Cluster
1	ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG	Stefan Schena	Direktor	4
2	Krankenkasse Flaachtal	Regula Bachofner	Geschäftsführerin	1
3	Öffentliche Krankenkasse Surselva	Roland Vincenz	Geschäftsführer	2
4	Krankenkasse Schatterberge	Anton Marner	Geschäftsführer	1
5	Allgemeine Krankenkasse Brugg	Hans Rudolf Matter	Geschäftsführer	2
6	Innova	Michael Rindlisbacher	Vorsitzende der Geschäftsleitung	2
7	Helsana Gruppe	Manfred Manser	CEO	4
8	CSS Gruppe	Stephan Michel	Leiter Corporate Communications	4
9	Sanitas Gruppe	Isabelle Vautravers	Bereichsleiterin Kommunikation	4
10	Visana Gruppe	Christian Beusch	Leiter Unternehmenskommunikation	3
11	ÖKK / Sympany Gruppe	Hans-Ruedi Huber	Leiter Unternehmenskommunikation	4
12	Sanatop	Tiziano Liniger	Direktor	3
13	RVK – Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer	Marcel Graber	Direktor	-

Anmerkung: Bei den Versicherergruppen wird jeweils das Cluster der Muttergesellschaft aufgeführt. Mit der Sanatop wurde nur ein Kurzinterview bezüglich der Entstehungsgeschichte und der Gruppenzugehörigkeit geführt. Die Gruppe Mutuel wurde – wie alle Versicherergruppen – angefragt, sie hat auf unsere Anfrage jedoch nicht geantwortet.

Anhang III: Fragebogen Telefoninterviews

Interviewleitfaden für die telefonische Befragung ausgewählter Krankenkassen:

1. Vor 10 Jahren wurde das KVG eingeführt. Nennen Sie uns die zwei wichtigsten Veränderungen, die die Einführung des KVG bei Ihrer Krankenkassen ausgelöst hat.
2. Was sind die Kernelemente einer (allfälligen) Strategie in ihrer Firma?
3. Wann bewertet Ihr Management ein Jahr als erfolgreich, wann nicht?
4. Wodurch hat das Management einen Anreiz, möglichst erfolgreich (gemäss Angaben oben) zu arbeiten?
5. Man sagt, dass das Management der Krankenkassen früher wie „Verwalter“ funktioniert hat, heute aber unternehmerischer denkt als früher.
 - a. Können Sie das bestätigen?
 - b. Woran liegt das?
 - c. Hat das KVG eine (mögliche Veränderung) einen Einfluss gehabt? Welchen?
6. (Wenn sich die KK in den letzten 10 Jahren aus Kantonen zurückgezogen hat, resp. ein Markteintritt in neue Kantone erfolgt ist): Was waren die Gründe für den Rückzug / Eintritt aus/in die Kantone?
7. (Bei erfolgten Übernahmen) Gab es direkte Anreize fürs Management die Übernahme durchzuführen?
8. Sind Übernahmen oder Fusionen für Sie ein Thema? Wenn ja, warum?
9. Haben Sie Kooperationen mit anderen Krankenkassen? Wenn ja, in welchen Bereichen? Planen Sie diese zu vertiefen / in welchen Bereichen?

10. Planen Sie neue Kooperationen mit anderen Krankenkassen?
11. (Wenn die KK die Rechtsform in den letzten 10 Jahren geändert hat) Was war der Grund, dass sie ihre Rechtsform geändert haben?
12. Überlegen Sie sich die Rechtsform zu ändern? Wenn ja, warum und hin zu welcher Rechtsform?
13. Welchen Einfluss haben die Eigentümer/innen bei Ihnen aufs Management? Unterscheiden Sie zwischen formellem Einfluss und tatsächlicher Einflussnahme.
14. (Falls KK Eigentümerstruktur eines Vereins hat): Sind Versicherte automatisch Mitglieder?
15. Unserer Ansicht nach wird das Management bei den Krankenkassen schlechter durch die Eigentümer/innen kontrolliert als Firmen in der Privatwirtschaft.
 - a. Stimmen Sie dieser Aussage zu?
 - b. Wenn ja, warum ist dem so? Sollte man dies verbessern? Wie?
 - c. Wenn nein, weshalb nein?
16. Zusatzversicherungen:
 - a. Rechtliche Verflechtung zu KVG-Bereich?
 - b. Organisation?
 - c. Organigramm?
 - d. (Falls eigene Durchführung der Zusatzversicherung) Wie stark ist Gesamtbetrieb abhängig von Gewinn VVG, was würde passieren, wenn es keinen Gewinn mehr gäbe? Welche Bedeutung hat die Durchführung der Zusatzversicherung für die Krankenkassen?
 - e. Wenn Sie die Zusatzversicherung in einem eigenen Rechtsgefäss durchführen: Was ist der Grund dafür?
 - f. (Falls Vermitteln der Zusatzversicherung an externen Anbieter) Welche Bedeutung hat das Vermitteln der Zusatzversicherung für die Krankenkassen finanziell? Sonstige Bedeutung?
 - g. Falls Taggeld weder durchgeführt noch vermittelt wird: Warum nicht? Haben Sie deswegen Probleme bei der Kundenakquisition / Verlieren Sie Kund/innen? Vorteile?
17. Holdings: Wie wird zusammengearbeitet?
 - a. Eine Firma mit unterschiedlichen Namen am Markt – organisatorisch keine Trennung.
 - b. Jede Tochter ist ein eigener Bereich. Wo findet Koordination statt?
 - c. Jede Tochter ist eine eigene Firma. Wo findet Koordination statt?
18. Wir hatten in der Schweiz vor 10 Jahren rund 150 Krankenkassen. Jetzt sind es noch gut 80. Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Anzahl Krankenkassen entwickeln? Gründe?
19. Denken Sie, es wird eine Einheitskasse geben? Beeinflusst dieses Szenario bereits heute ihre Tätigkeiten? Wenn ja, wie?
20. Zusatzfrage an die „Grossen“: Warum denken Sie dass die Groupe Mutuel bez. Grösse im Vergleich mit anderen KK so erfolgreich am Markt war?
21. Statuten/Stiftungsurkunden: Änderungen seit 1996? Welche? Evtl. zustellen.

Anhang IV: Experteninterviews

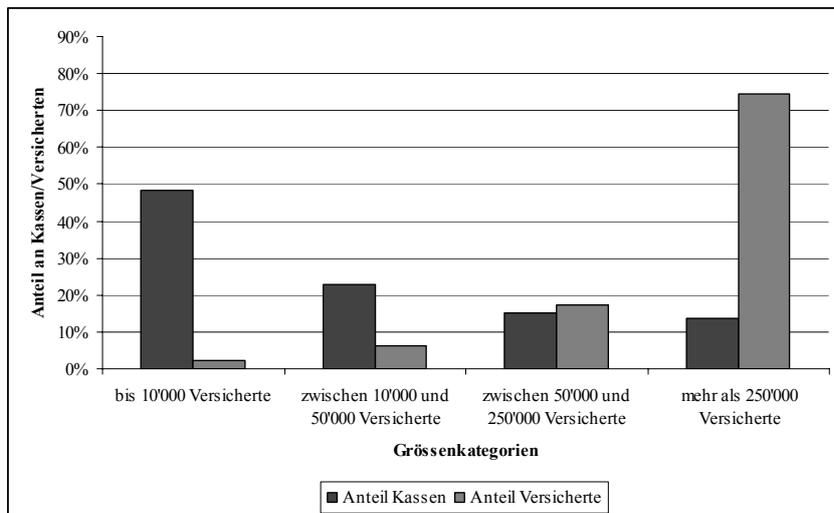
Tabelle 34: Gesprächspartner der Experteninterviews

	Interviewpartner	Organisation des Interviewpartners	Funktion des Interviewpartners
1	Heinz Balmer	Bundesamt für Gesundheit	Projektleiter Prämien
2	Prof. Dr. Jürg Sommer	Universität Basel	Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik
3	Marco d'Angelo	santésuisse	Leiter Datenpool
4	Marcel Graber	RVK – Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer	Direktor
5	Heinz Roth	Schweizerischer Versicherungsverband SVV	Leiter Prävention

Anmerkung: Für die Beurteilung zur zukünftigen Entwicklung der Krankenversicherungslandschaft wurden neben den Experteninterviews auch die telefonischen Interviews mit den Krankenkassenvertreter/innen (vgl. Anhang II) verwendet.

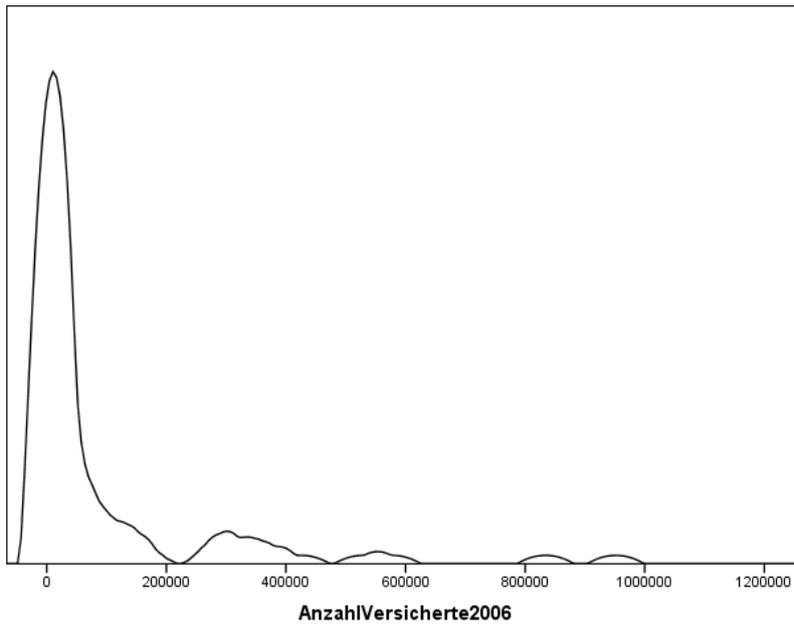
Anhang V: Anzahl und Grösse der Krankenkassen – Zusätzliche Auswertungen

Abbildung 35: Grössenverteilung der Krankenkassen: Anteile der Grössen Kategorien an Anzahl Kassen und Versicherten, 2006 (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt)



Quelle: BAG

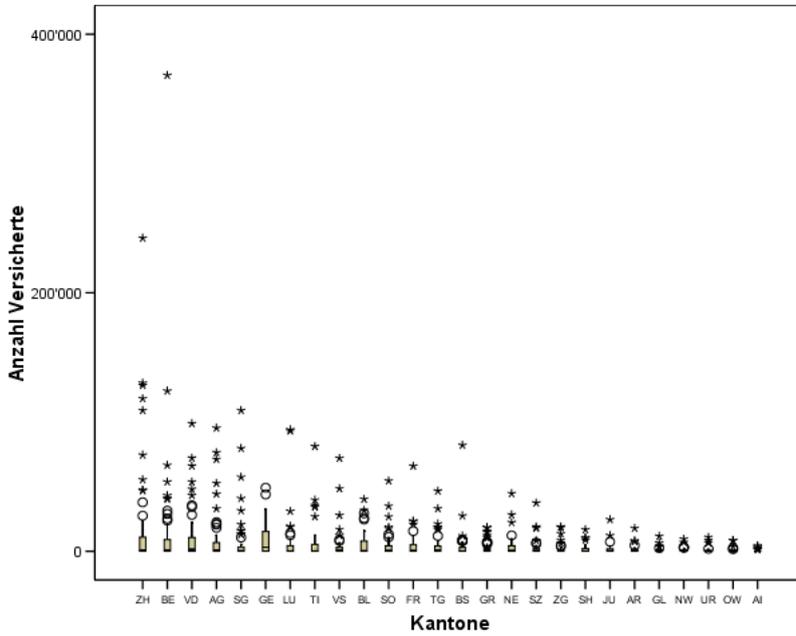
Abbildung 36: Grössenverteilung der Krankenkassen: Kerndichteschätzer, 2006 (Mitglieder von Versicherergruppen als mehrere Anbieter gezählt)



Quelle: BAG

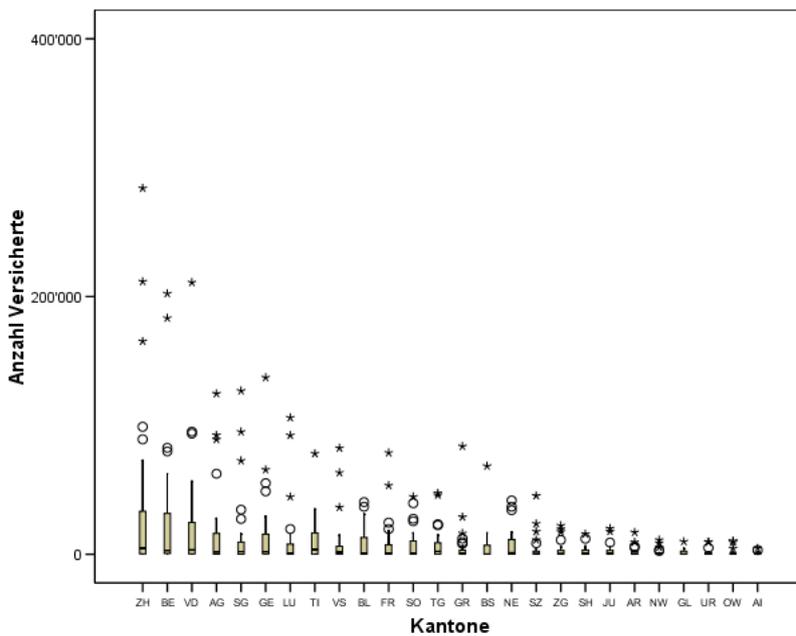
Anhang VI: Box-Plots

Abbildung 37: Box-Plots „Kantonale Grössenverteilung der Krankenkassen“, 1996, KK mit weniger als zehn Versicherten nicht gezählt



Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

Abbildung 38: Box-Plots „Kantonale Grössenverteilung der Krankenkassen“, 2006, KK mit weniger als zehn Versicherten nicht gezählt



Quelle: BAG (Versicherergruppe als ein Anbieter gezählt)

Anhang VII: Übernahmen und Fusionen⁵³

Datum Übernahme	BAG-Nr	Übernommene Kasse	Anz. Versicherte	BAG-Nr	Übernehmende Kasse	Anz. Versicherte	Gruppe heute	
1	01.01.1997	303	Oeffentliche Krankenkasse der Gemeinde Scuol	1873	455	OEKK Graubünden, Landquart	24'249	
2	01.01.1997	488	Oeffentliche Krankenkasse Sur-Tasna, Zernez	1'784	455	OEKK Graubünden, Landquart	24'249	
3	01.01.1997	915	Oeffentliche Krankenkasse CADi, Sumvitg	7402	455	OEKK Graubünden, Landquart	24'249	
4	01.01.1997	1096	Cassa da malsauns ed accidents Falera	417	455	OEKK Graubünden, Landquart	24'249	
5	01.01.1997	1143	Oeffentliche Krankenkasse Hohenrätien, Thusis	5'215	455	OEKK Graubünden, Landquart	24'249	
6	01.01.1997	1245	CMP Cassa da malsauns et accident Ruschein/Ladir, Ruschein	475	455	OEKK Graubünden, Landquart	24'249	
7	01.01.1997	1389	OeKK des Kreises fünf Dörfer, Landquart	5'690	455	OEKK Graubünden, Landquart	24'249	
8	01.01.1998	608	Oeffentliche Krankenkasse Sent	794	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
9	01.01.1998	785	Oeffentliche Krankenkasse Surses, Savognin	2'066	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
10	01.01.1998	792	Oeffentliche Krankenkasse Val Schons, Anderer	2'000	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
11	01.01.1998	794	Cassa malati pubblica di Brusio	1'107	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
12	01.01.1998	799	Oeffentliche Krankenkasse des Kreises Rheinwald, Splügen	790	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
13	01.01.1998	812	Krankenkasse der Kreise Alvaschein Belfort, Lenzerheide/Lai	3'592	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
14	01.01.1998	925	Oeffentliche Kreiskrankenkasse Bergell, Vicosoprano	1'979	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
15	01.01.1998	1366	Cassa malati Poschiavina, Poschiavo	3'575	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
16	01.01.1998	1420	OeKK des Kreises Schanfigg, Arosa	3'133	455	OEKK Graubünden, Landquart	46'487	
17	01.01.1999	771	Oeffentliche Gemeinde-Krankenkasse Silvaplana-Campfär, Sils i. E.	1'149	455	OeKK Graubünden	71'310	
18	01.01.1999	789	Oeffentliche Krankenkasse Val Müstair	2'154	455	OeKK Graubünden	71'310	
19	01.01.1999	808	Oeffentliche Krankenkasse Ramosch-Tschlin	848	455	OeKK Graubünden	71'310	
20	01.01.1999	871	Oeffentliche Krankenkasse Ftan	325	455	OeKK Graubünden	71'310	
21	01.01.1999	1310	Oeffentliche Krankenkasse der Gemeinde Furna	246	455	OeKK Graubünden	71'310	
22	01.01.1999	1413	Oeffentliche Krankenkasse Jenaz	993	455	OeKK Graubünden	71'310	
23	01.01.1999	1463	Oeffentliche Krankenkasse Laax	937	455	OeKK Graubünden	71'310	
24	01.01.2000	492	Oeffentliche Kranken- und Unfallkasse des Kreises Churwalden	1'222	455	OeKK Graubünden	73'955	
25	01.01.2000	795	Oeffentliche Kranken- und Unfallkasse des Kreises Bergün	919	455	OeKK Graubünden	73'955	
26	01.01.2000	852	Oeffentliche Krankenkasse Luzein	3'115	455	OeKK Graubünden	73'955	
27	01.01.2000	887	Oeffentliche Kreiskrankenkasse Küblis	1'627	455	OeKK Graubünden	73'955	
28	01.01.2000	1126	Oeffentliche Krankenkasse des Kreises Avers	219	455	OeKK Graubünden	73'955	
29	01.01.2000	1277	Oeffentliche Krankenkasse Samnaun	1'208	455	OeKK Graubünden	73'955	
30	01.01.2000	1283	Oeffentliche Kreiskrankenkasse Seewis	1'649	455	OeKK Graubünden	73'955	
31	01.01.2002	880	Oeffentliche Krankenkasse Signina	1'139	455	OeKK Graubünden	85'218	
32	01.01.2002	1093	Oeffentliche Krankenkasse Flims	2'447	455	OeKK Graubünden	85'218	
33	01.01.2002	1131	Dorfkrankenkasse Engi	2'275	455	OeKK Graubünden	85'218	
34	01.01.2005	1305	OEKK Winterthur	31'296	455	ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG	94'501	
35	01.01.1997	1167	Krankenkasse Wängi und Umgebung, Wängi	2'290	261	OEKK Ostschweiz (vorm. KK Aadorf, heute Carena)	4'328	
36	01.01.1997	788	CGAM Caisse genevoise d'assurance-maladie, Grand-Lancy	20'755	290	KONKORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung,	506'068	
37	01.01.1998	50	Fricktälische Kranken- und Unfallkasse, Möhlin	4'658	290	KONKORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung,	537'909	
38	01.01.2001	147	Schweizerische Kranken- und Unfallkasse Unitas	31'577	290	KONKORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung	548'788	
39	01.01.1997	1033	Betriebskrankenkasse der Mittel-Thurgau-Bahn, Weinfelden	121	312	Krankenkasse SBB, Bern	69'864	
40	01.01.1997	1375	Krankenkasse Wiesendangen und Umgebung, Wiesendangen	578	1328	KGW Krankenkasse der Gewerbetreibenden Winterthur	4'926	
41	01.01.1997	499	Société de Secours Mutuels, Sembrancher	269	1097	Société de secours mutuels d'Orsières / jetzt: Avantis	1'502	GM
42	01.01.1997	1545	Betriebskrankenkasse der Elektrizitätswerke des Kantons Zürich, Zürich	938	1509	SANITAS Krankenversicherung, Zürich	259'128	Sanitas
43	01.01.1998	1553	FAMA, Caisse-maladie et accidents, Lausanne 3 Cour	119'118	62	SUPRA Caisse-maladie, Lausanne 3 Cour	161'865	
44	01.01.2000	809	Krankenkasse "Fürsorge" Büchen	625	979	Krankenkasse Unterbäch /Schattenbach	417	
45	01.01.2002	1063	Krankenkasse Eischoll	647	979	Krankenkasse Unterbäch /Schattenbach	422	
46	01.01.2000	468	Krankenkasse Schletthelm	750	994	Krankenkasse Progrès	33'624	Helsana
47	01.01.2001	40	Krankenkasse Natura	999	992	Krankenkasse Nikolaital	3'570	GM
48	01.01.2002	1065	Krankenkasse Nendaz et Veysonnaz	3'082	992	Krankenkasse Nikolaital	18'317	GM
49	01.01.2003	743	Krankenkasse Eisten	295	941	KK Visp und Umgebung	13'561	
50	01.01.2005	240	ÖKK Celerina	262	556	Kranken- und Unfallversicherungsverein St. Moritz	2'632	
51	01.01.2005	109	Krankenkasse Unitas	269	591	KK Region Goms	8'761	
52	01.01.2005	1079	Caisse-maladie d'Isérables	5'974	774	Krankenversicherung EASY SANA	1'925	GM
53	01.01.2005	1448	Krankenkasse Mischabel	1'135	1454	Krankenkasse Zermatt	5'731	
54	16.11.2005	992	Natura Gesundheitskasse (ehem. KK Nikolaital)	45'244	1479	Mutuel Assurances	122'071	GM
55	16.11.2005	1007	Mutualité Assurances	24'953	1479	Mutuel Assurances	122'071	GM
56	16.11.2005	1549	Caisse-Maladie Futura	78'235	1479	Mutuel Assurances	122'071	GM
Datum Übernahme	BAG-Nr	Fusionierte Kassen	Anz. Versicherte	BAG-Nr	Name der neuen Kasse	Anz. Versicherte		
1	01.01.1997	58	Krankenkasse Helvetia, Zürich	1'011'301	1562	neue KK: Helsana Versicherungen AG, Zürich	1'300'429	Helsana
2	01.01.1997	1484	ARTISANA Kranken- und Unfallversicherung, Bern	289'128	1562	neue KK: Helsana Versicherungen AG, Zürich	1'300'429	Helsana
3	01.01.1999	183	KUKO Krankenkasse	36'784	1563	neu: Innova Krankenversicherung AG	50'801	
4	01.01.1999	314	Bodensee-Krankenkasse	9'158	1563	neu: Innova Krankenversicherung AG	50'801	
5	01.01.1999	1198	MKK "Die moderne Krankenkasse"	4'859	1563	neu: Innova Krankenversicherung AG	50'801	

⁵³ Anzahl Versicherte = Anzahl Versicherte im Jahr der Übernahme, resp. Fusion