

Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Kein anderes Gesundheitssystem findet in der Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens so viel Beachtung wie das der Schweiz. Die Bertelsmann-Stiftung machte mit ihrer öffentlichkeitswirksamen Auszeichnung der schweizerischen Gesundheitsreform 2000 nur den Anfang. Mittlerweile vergeht kaum ein Tag, an dem nicht aus Politik, Verbänden und politikberatender Wissenschaft unter Bezugnahme auf – vermeintlich oder tatsächlich – positive Erfahrungen einzelne Komponenten des schweizerischen Gesundheitssystems zur Übernahme empfohlen werden. Vorzugsweise ist dies dann der Fall, wenn es darum geht, Wege in Richtung auf die Privatisierung der Behandlungskosten zu gehen; insbesondere die Einführung einer Kopfpauschale findet in diesem Zusammenhang viel Anklang. Dieser Beitrag geht folgenden Fragen nach: Was waren die Ziele der schweizerischen Krankenversicherungsform? Welche Instrumente wurden eingesetzt, um diese Ziele zu erreichen? Inwieweit sind die Ziele erreicht worden? Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Schweizer Erfahrungen für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ziehen?

1. Das Krankenversicherungsgesetz 1996

Das schweizerische Gesundheitssystem wurde mit dem 1994 verabschiedeten und am 1.1.1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) umfassend reformiert (z.B. European Observatory 2000; Baur/Heimer/Wieseler 2001: 97ff.). Das KVG war die Antwort auf vielfältige Verwerfungen im schweizerischen Gesundheitssystem, insbesondere auf die hohen Ausgabensteigerungen in der Krankenversicherung und auf die wachsenden finanziellen Belastungen für sozial Schwache (Bernardi-Schenkluhn 1992). Nach langjährigen Diskussionen und Konflikten wurde schließlich ein Reformwerk verabschiedet, dessen selbst erklärte Hauptziele es waren,

- die Solidarität bei der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zu stärken,

- die Kosten in der sozialen Krankenversicherung zu dämpfen und
- eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten.

1.1 Versicherungsumfang

Das KVG unterscheidet zwischen einer obligatorischen Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKPV) und einer freiwilligen Zusatzversicherung. Alle in der Schweiz wohnenden Personen sind Pflichtmitglieder in der OKPV, die den Schutz bei Krankheit, Unfall und im Falle der Mutterschaft garantiert (Art. 1 Abs. 2 KVG). Der Grundleistungskatalog ist für alle Versicherten einheitlich. Er umfasst medizinische Präventionsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennung), die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, ambulante und stationäre Pflegeleistungen, die Versorgung mit Arzneimitteln, ärztlich veranlasste Leistungen anderer Heilberufe und Leistungen bei Schwangerschaft (Art. 25-31 KVG). Allerdings sind die zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz, abgesehen von wenigen eng umgrenzten Fällen, und ein Lohnausgleich im Krankheitsfall nicht durch die OKPV abgedeckt. Von dieser – allerdings durchaus gravierenden – Ausnahme abgesehen, gewährleistet die obligatorische Grundversicherung in der Schweiz also eine umfassende Versorgung mit allen medizinisch notwendigen Leistungen. Der Begriff der »Grundversicherung« ist insofern nicht mit dem Bedeutungsgehalt der in Deutschland verwendeten Begriffe »Grundleistungen« oder »Grundversorgung« gleichzusetzen, mit denen üblicherweise ein deutlich stärker eingeschränkter und durch Wahlleistungen aufzustockender Leistungsanspruch beschrieben wird.

1.2 Finanzierung

Die schweizerische Krankenversicherung wird ausschließlich durch die Beiträge (Prämien) der Versicherten finanziert. Bei den Prämien handelt es sich um Kopfprämien, die für alle erwachsenen Versicherten innerhalb einer Kasse und eines Kantons gleich hoch sind. Lediglich Kindern und jungen Erwachsenen bis 25 Jahre werden reduzierte Prämien eingeräumt. Im Unterschied zum Finanzierungssystem der GKV gibt es in der Schweiz also weder eine Arbeitgeberbeteiligung an den Krankenversicherungsbeiträgen noch eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Die Kopfprämien sind unabhängig vom Geschlecht, vom individuellem Krankheitsrisiko und – für Erwachsene ab 26 Jahre – auch vom Alter, aber auch unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten.

Einkommensschwache Personen erhalten eine Prämienverbilligung, die in Form eines Zuschusses gemeinsam vom Bund und vom jeweiligen

Kanton finanziert wird (Art. 65-66 KVG). Grundsätzlich soll sich die Bemessung der Zuschüsse an dem Ziel orientieren, dass kein Haushalt mehr als 10 % des Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden muss. Der Bund verteilt die für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl, der Finanzkraft und der Prämienhöhe auf die Kantone. Die Kantone müssen einen Komplementärbeitrag in Höhe von 50 % der Bundesbeitrags aufbringen, um alle Bundesmittel auszulösen (Art. 66 Abs. 5 KVG). Unterschreiten sie ihren Komplementärbeitrag – dies ist unter bestimmten Bedingungen um bis zu 50 % möglich –, so wird der Bundeszuschuss im selben Verhältnis gekürzt. Insgesamt haben die Kantone recht große Freiheiten bei der Umsetzung dieser Bestimmungen. Jeder Kanton hat mittlerweile ein eigenes System der Prämienverbilligung entwickelt.

Im Krankheitsfall müssen die Versicherten die Kosten bis zu einer Höhe von derzeit 230 Schweizer Franken (SFr) pro Jahr selbst tragen (Jahresfranchise). Zusätzlich müssen sie 10 % der Behandlungskosten bis zu einem Betrag von 6 000 SFr direkt zahlen, so dass alle Kosten bis zu einem Betrag von 6 230 SFr der Zuzahlung unterliegen und sich die maximale private Kostenbeteiligung im Rahmen der Grundversicherung für Erwachsene auf 830 SFr pro Jahr (2003) beläuft. Sowohl die Höhe der Jahresfranchise als auch die Höhe des Grenzbetrags für den zehnpromzentigen Selbstbehalt wird durch den Bundesrat festgesetzt (Art. 64 Abs. 2 u. 3 KVG). Für Kinder entfällt die obligatorische Jahresfranchise und gilt beim Selbstbehalt nur die Hälfte des für Erwachsene festgesetzten Höchstbetrages (Art. 64 Abs. 4 KVG), so dass sich ihre Zuzahlung im Rahmen von OKPV-Leistungen auf derzeit maximal 300 SFr jährlich beläuft.

1.3 Freie Kassenwahl und Risikoausgleich

Die OKPV wird durch Krankenkassen, die Personen privaten oder öffentlichen Rechts sein können, und durch private Krankenversicherungseinrichtungen betrieben (Art. 11 KVG). Ähnlich wie in Deutschland unterstehen die Krankenversicherer der staatlichen Aufsicht, die in der Schweiz vor allem der Bund wahrnimmt. Ihm obliegt die Zulassung von Versicherungseinrichtungen für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Art. 13 Abs. 1 KVG). Außerdem muss er die Prämien genehmigen und die Einhaltung der vorgeschriebenen Sicherungsmaßnahmen, insbesondere die Vorhaltung finanzieller Reserven und Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, überwachen. Am 1.9.2002 gab es insgesamt 102 staatlich anerkannte Krankenkassen.

Die Schweizer Bürger können ihren Krankenversicherer frei wählen; gleichzeitig unterliegen die Krankenkassen in der Grundversicherung

einem Kontrahierungszwang. Bei einem Wechsel müssen die Versicherten eine dreimonatige Kündigungsfrist einhalten, im Falle einer Prämienanhebung durch die Krankenkasse eine Kündigungsfrist von einem Monat zum Monatsende. Mit der freien Wahl des Krankenversicherers werden die Kassen in eine Konkurrenzsituation hineinmanövriert, deren wichtigster Parameter die Kopfprämienhöhe ist. Jede Kasse setzt ihre Beiträge individuell nach Maßgabe ihrer Finanzsituation fest.

Die freie Kassenwahl wird von einem Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen begleitet. Er verfolgt – wie in Deutschland – das Ziel, die für die Krankenkassen geschaffenen Anreize zur Risikoselektion zu begrenzen und ihre Startbedingungen im Wettbewerb anzugleichen, und ist zunächst auf einen Zeitraum von zehn Jahren, also bis 2006, begrenzt. Der Risikoausgleich berücksichtigt allerdings nur die mit der ungleichen Alters- und Geschlechtsverteilung verbundenen Finanzierungsrisiken der Krankenkassen, nicht die Einkommensunterschiede und Morbiditätsmerkmale der Versicherten. Hinzu kommt, dass diese Risiken nur innerhalb eines Kantons, nicht bundesweit ausgeglichen werden.

1.4 Optionen zur individuellen Prämienreduktion

Grundsätzlich haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre individuelle Kopfprämie zu reduzieren. Dies ist auf drei Wegen möglich:

1. Die Versicherten können eine höhere Kostenbeteiligung als 230 SFr wählen und erhalten dafür einen Prämienrabatt (Art. 62 Abs. 2 KVG). Die Bedingungen der Franchiseerhöhung und der Prämienreduktion sind vom Bund genau vorgeschrieben: Möglich sind vier wählbare Selbstbehaltstufen, nämlich 400, 600, 1200, 1500 SFr; die Prämienrabatte dürfen je nach Franchisestufe höchstens 8, 15, 30 oder 40% betragen. Für Kinder beträgt die wählbare Franchise 150, 300 oder 375 SFr bei einer maximalen Prämienreduktion von 15, 30 oder 40% (Tabelle 1).

Tabelle 1: Das System der wählbaren Franchisen für Erwachsene

	Franchisestufe (in SFr)				
	230	400	600	1200	1500
Franchise (in SFr)	230	400	600	1200	1500
Differenz zur ordentlichen Franchise (in SFr)	0	170	370	970	1270
Rabatt-Höchstsatz (in %)	–	8	15	30	40
Selbstbehalt (in %)	10	10	10	10	10
Maximaler jährlicher Selbstbehalt (in SFr)	600	600	600	600	600
Maximale jährliche Kostenbeteiligung (in SFr)	830	1000	1200	1800	2100

Quelle: BSV 2000: 7

Unabhängig von der gewählten Franchisestufe bleibt der durchgängige Selbstbehalt in Höhe von 10 % bestehen. Die Versicherten müssen sich bis zum 30.9. eines Jahres für die Franchisestufe des nächsten Jahres entscheiden und sind für diesen Zeitraum an ihre Entscheidung gebunden.

2. Versicherte können eine Bonus-Versicherung abschließen, die nach dem Muster einer Autohaftpflichtversicherung funktioniert. Je länger man keine Kosten verursacht, desto stärker sinkt die Versicherungsprämie (Art. 62 Abs. 2 KVG). Nach fünf Jahren erreicht der Rabatt den gesetzlich vorgeschriebenen Höchstwert von 45 %. Sobald der Versicherte Kosten verursacht, wird er auf die Rabattstufe des Vorjahres zurückversetzt. Der Anreiz für den Versicherten besteht bei diesem Modell darin, Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen bzw. Behandlungskosten, die unter den mit der höheren Rabattstufe einher gehenden Einsparungen liegen, selbst zu tragen.

3. Den Versicherten ist es gestattet, Versicherungen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer abzuschließen (Art. 41 Abs. 4 KVG). Dafür kann ihnen die Krankenversicherung eine Prämienreduktion von bis zu 20 % einräumen. Mit diesen Bestimmungen sollen unterschiedliche Formen von Managed Care, insbesondere Health Maintenance Organisations (HMOs) und Arztnetze bzw. Hausarztmodelle, gefördert werden.

1.5 Zusatzversicherungen

Durch die Wahl von Zusatzversicherungen können sich die Versicherten weitere Leistungen dazu kaufen. Die Krankenversicherer haben diesbezüglich mittlerweile ein vielfältiges Angebot entwickelt. Im Zentrum steht dabei die Krankenhausbehandlung. Hier können sich die Patienten für die 1. Klasse (privat) oder die 2. Klasse (halbprivat) entscheiden. Sie deckt ein Einbett- bzw. Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung im Krankenhaus ab. In der Zusatzversicherung unterliegen die Krankenversicherer keinem Kontrahierungszwang; Versicherungsdauer und Kündigungsfristen können frei vereinbart werden. Anders als in der OKPV können die Krankenversicherer hier auch risikoäquivalente Prämien erheben, und sie tun dies auch. Das Geschäft mit Zusatzversicherungen ist sowohl den zugelassenen Krankenversicherungen als auch anderen Versicherungsunternehmen gestattet (Art. 12 Abs. 2 KVG). Der Versicherer für die Zusatzleistungen muss also nicht mit jenem für die Grundversicherung identisch sein.

1.6 Weitere Aspekte der Leistungssteuerung

Die Krankenversicherer unterliegen in der Vertragspolitik im Rahmen der OKPV einem Kontrahierungszwang mit allen niedergelassenen Ärzten und mit denjenigen Krankenhäusern, die – ähnlich dem deutschen System – als bedarfsgerecht in die kantonalen Spitalpläne aufgenommen worden sind. Dabei ist es den Versicherern grundsätzlich freigestellt, mit Gruppen von Leistungserbringern besondere Versorgungsverträge abzuschließen, allerdings haben die an derartigen Verträgen nicht beteiligten Leistungserbringer ein Beitrittsrecht. Administrativ verfügte Ausgabenbegrenzungen spielen in der Krankenversicherung nur eine sehr geringe Rolle. In der ambulanten medizinischen Versorgung sind sie überhaupt nicht vorgesehen, für die stationäre Versorgung ist es den Kantonen gestattet, ein Globalbudget festzulegen – eine Möglichkeit, von der immer mehr Kantonsregierungen auch Gebrauch machen.

1.7 Leitmotive und Handlungserwartungen der Reform

Das mit dem KVG durchgesetzte Modernisierungskonzept für das schweizerische Gesundheitssystem sieht einen komplexen Mix aus staatlichen, korporatistischen und privat-wettbewerblichen Regulierungskomponenten vor, wobei die privat-wettbewerblichen Elemente einen deutlich größeren Stellenwert haben als in der deutschen Krankenversicherung. Mit dem KVG orientierte sich das schweizerische System stärker als zuvor an einer Konzeption des regulierten Wettbewerbs. Die freie Kassenwahl sollte einen Anreiz für die Versicherer schaffen, finanziell günstige und qualitativ hochwertige Versorgungsformen zu entwickeln. Sie verfügen dabei über recht weitgehende Gestaltungsfreiheiten gegenüber den Leistungsanbietern, wobei allerdings der Kontrahierungszwang im Kern aufrecht erhalten wurde. Auf Seiten der Versicherten wurden das Leistungsrecht und die Finanzierungsbestimmungen vereinheitlicht; zugleich hält die Reform an dem in der Schweiz traditionell hohen Stellenwert der individuellen Finanzierungsverantwortung (Jahresfranchise, wählbare Jahresfranchise, Selbstbehalte) in der Erwartung fest, auf diese Weise für die Versicherten einen Anreiz zur »maßvollen« Inanspruchnahme von Leistungen zu schaffen und damit zur Kostendämpfung beizutragen. Dabei hat sich mit dem KVG ein Konzept des *regulierten Wettbewerbs* durchgesetzt, was v. a. im staatlich festgesetzten Leistungskatalog, in den Rahmenbestimmungen über die Finanzierungsweise der Krankenversicherung, aber auch im Kontrahierungszwang der Krankenversicherer gegenüber Versicherten und Leistungsanbietern deutlich wird.

2. Die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes

Sieben Jahre nach dem Inkrafttreten des KVG sind die Wirkungen der Reform zumindest in ihren Haupttendenzen sichtbar. Sie sollen im Hinblick auf die eingangs genannten drei Hauptziele nachgezeichnet werden.

2.1 Stärkung der Solidarität?

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) kommt in einer Wirkungsanalyse zum KVG zu dem Ergebnis, dass mit der Reform die Solidarität in der Krankenversicherung gestärkt worden sei (BSV 2001b: IX). Diese Überzeugung wird zwar nicht überall geteilt (z.B. Rychen o. J.), ist aber weit verbreitet. Grundlage für diesen Befund ist vor allem die mit dem KVG vorgenommene Erweiterung und Vereinheitlichung des Leistungskatalogs. Insbesondere im Bereich der häuslichen und stationären Pflege hatte es zuvor erhebliche Lücken gegeben; außerdem war vor dem Inkrafttreten des KVG die Erstattungspflicht der Krankenkassen bei Spitalaufenthalten zeitlich begrenzt gewesen (Bernardi-Schenkluhn 1992: 213ff.). Von Bedeutung ist auch, dass das KVG den Krankenkassen bisherige Ausnahmeregelungen bei der Leistungsfinanzierung nicht mehr gestattete. So konnten Krankenkassen vor 1996 für Neumitglieder einen auf fünf Jahre befristeten Versicherungsvorbehalt aussprechen, mit dem sie sich von der Leistungspflicht für vorliegende chronische Erkrankungen befreiten (ebd.: 196ff.). Schließlich hatte das alte Recht keine bundesweite Versicherungspflicht vorgesehen und waren die Versicherungsprämien zuvor in Abhängigkeit vom Eintrittsalter und vom Geschlecht berechnet worden (ebd.). Daneben hatte es eine kaum überschaubare Prämienvielfalt gegeben, mit der allerhand nicht begründbare soziale Ungerechtigkeiten einhergingen. Bemerkenswert ist, dass die Schweiz mit dem KVG das Leistungsspektrum der Krankenversicherung in den 1990er Jahren entgegen dem internationalen Trend ausdehnte (R. Kocher/Greß/Wasem 2002). Vor diesem Hintergrund eines zuvor nur schwach bzw. noch schwächer mit Solidarelementen ausgestatteten Gesundheitssystems wird der erwähnte Befund über die positiven Wirkungen des KVG verständlich.

Wenn der Solidarcharakter des schweizerischen Gesundheitssystems mit dem KVG gestärkt worden ist, sagt dies allerdings noch nichts darüber aus, *wie stark* es letztlich durch das Solidarprinzip geprägt ist. Bei der Beurteilung dieser Frage sind zum einen der Leistungskatalog, zum anderen die KVG-Bestimmungen über die Finanzierung der Krankenversicherung zu berücksichtigen. Mit Blick auf den *Leistungskatalog* trüben insbesondere die fortbestehenden Lücken das Bild: Die zahnärztliche

Behandlung und der Zahnersatz sind von den Versicherten in vollem Umfang privat zu finanzieren, und für den Lohnausgleich im Krankheitsfall muss eine Zusatzversicherung abgeschlossen werden (»Taggeldversicherung«). Damit sind Ausgaben in erheblichem Umfang verbunden. Die risikoäquivalente Prämienkalkulation hat zur Folge, dass derartige Zusatzversicherungen für ältere Menschen oftmals unerschwinglich sind. Jüngere Personen wiederum machen davon kaum Gebrauch, weil das auf diesem Wege abzudeckende Risiko bei ihnen sehr gering ist. Die gezahlten Prämien in der Zusatzversicherung beliefen sich im Jahr 2000 auf 7,05 Mrd. SFr, die Gesamtausgaben auf knapp 5,36 Mrd. SFr (BSV 2001a: 127). Dabei machen die Spitalzusatzversicherung und die Taggeldversicherung fast zwei Drittel des Prämienvolumens in der Zusatzversicherung aus (Britt/Bombacher Steiner/Streit 2001: 131). Im Jahr 2000 verfügten knapp 1,7 Mio. Versicherte (22,9% der Bevölkerung) über eine Zusatzversicherung für die Spitalversorgung und 1,5 Mio. (20,7%) über eine Zusatzversicherung für den Verdienstausfall bei Krankheit. Demgegenüber ist der Anteil der Versicherungen für die Zahnbehandlung gering, weil die große Mehrheit der schweizerischen Bevölkerung es angesichts der hohen Versicherungsprämien vorzieht, die Kosten im Behandlungsfall selbst zu tragen. Nach Schätzungen des Bundesamtes für Statistik beliefen sich in der Schweiz im Jahr 1998 die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung auf 3,3 Mrd. SFr – also mehr als 20% der Ausgaben in der OKPV –, von denen 7,3% auf die Sozialversicherungen entfielen und 92,7% von den Patienten getragen wurden (Weber 2001: 234f.). Die jährlichen Gesamtkosten für die zahnmedizinische Versorgung betragen 464 SFr je Versicherten.

Rechnet man nicht nur die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jungen und Alten sowie zwischen Männern und Frauen, sondern auch die Umverteilung zwischen finanziell Bessergestellten und sozial Schwachen zu den Kernelementen einer solidarischen Krankenversicherung, so stellen auch die nach Kasse und Region *einheitlichen Kopfprämien für Erwachsene* als Kern des schweizerischen Finanzierungssystems eine schwerwiegende Verletzung des Solidarprinzips dar, denn ihre einkommensunabhängige Bemessung führt bei sinkenden Einkommen zu einem Anstieg der relativen Belastung mit Krankenversicherungskosten.¹ Zwar wird die überproportionale Belastung sozial Schwacher über die staatlich finanzierte Prämienverbilligung gemildert. So erhielt im Jahr 2001 ein Drittel der Schweizer Bevölkerung (2,38 Mio. Personen) einen solchen staatlichen Zuschuss zur Krankenversicherungsprämie. Im Durchschnitt belief sich die Höhe der staatlichen Unterstützung mit 1 118 SFr pro Jahr auf rund 60% der

von den Beziehern zu zahlenden Kopfprämie (BSV 2002: 55, 100). Allerdings ist dieses System in mancherlei Hinsicht unzulänglich (z.B. Rychen o.J.: 7): Erstens erweisen sich die staatlichen Zuschüsse in den Kantonen mit hohen Prämien oftmals als ungenügend; zweitens versuchen zahlreiche Kantone, die Zuschüsse zur Prämienverbilligung für sozial Schwache möglichst niedrig zu halten, und nehmen daher nur eine reduzierte Prämienverbilligung vor. Im Jahr 2001 machten immerhin 15 der 26 Kantone von dieser Möglichkeit Gebrauch. Dies führte dazu, dass das tatsächliche Subventionsbudget mit einer Höhe von 2,67 Mrd. SFr um 20,7% hinter dem Subventionsziel des Bundes (3,37 Mrd. SFr) zurückblieb (BSV 2002: 24). Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass dieses Subventionsziel zwischen 2000 und 2003 jährlich nur noch um 1,5% angehoben worden ist (BSV 2000: 106) und damit deutlich hinter dem Anstieg der Prämien in diesem Zeitraum zurückblieb. Neben den finanziellen Auswirkungen auf die sozial Schwachen ist aber auch die wirtschaftliche Situation von Haushalten zu bedenken, deren Einkommen knapp bzw. oberhalb der Anspruchsberechtigungs Grenze liegen und die daher nicht in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass sie durch das Kopfprämiensystem besonders stark belastet werden (Credit Suisse 2002: 21), insbesondere wenn es sich um Familien handelt.

Der mit der einheitlichen Kopfprämie verbundene Effekt einer überproportionalen Belastung sozial Schwacher wird durch *die obligatorische Jahresfranchise* und die zusätzliche *zehnprozentige Kostenbeteiligung* bis zu einer Höhe von 600 SFr noch verstärkt, denn das in unteren sozialen Schichten überdurchschnittlich hohe Erkrankungsrisiko (Bisig/Bopp/Minder 2001) erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass diese Bevölkerungsgruppen den fraglichen Höchstbetrag auch tatsächlich aufbringen müssen. Gleichzeitig wird damit die Belastung Kranker weiter verstärkt. In die gleiche Richtung wirkt die Möglichkeit zur *Wahl einer erhöhten Jahresfranchise* bei im Gegenzug reduzierten Prämien. Bei den erwachsenen Versicherten wählten 2001 46,2% der Versicherten eine erhöhte Franchise. Am häufigsten fällt die Wahl auf die niedrigste Stufe von 400 SFr, für die sich immerhin 25,8% aller Versicherten entschieden. Aber immerhin wählten auch 11,3% der Versicherten eine Franchise von 1200 oder 1500 SFr (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteil der Versicherten (erwachsene Versicherte) nach Versicherungsformen 1999 und 2001 (in %)

Versicherungsart	1999	2001
Gesetzliche Jahresfranchise	47,7	45,4
Wählbare (erhöhte) Jahresfranchise	44,6	46,2
Franchisestufe 400 SFr	28,8	25,8
Franchisestufe 600 SFr	8,2	9,2
Franchisestufe 1 200 SFr	2,2	2,3
Franchisestufe 1 500 SFr	5,4	9,0
Andere Versicherungsformen	7,7	8,4
Insgesamt	100	100

Quelle: BSV 2000: 12; BSV 2002: 9

Bei einer näheren Betrachtung der Ausgaben zeigt sich, dass die Zahlungen der Krankenversicherung je Versicherten mit steigender Franchisestufe sinken (Tabelle 3). Unbestritten ist, dass ein erheblicher Teil dieser Ausgabenminderung auf die Selbstselektion Gesunder zurückzuführen ist, weil die höheren Franchisestufen von den Versicherten in erster Linie dann gewählt werden, wenn sie ihr individuelles Krankheitsrisiko als vergleichsweise gering einschätzen. Genau darin liegt der entsolidarisierende Effekt dieser Versicherungsform: Mit den niedrigeren Prämien der Gesunden werden der Gemeinschaft der Krankenversicherten Finanzmittel vorenthalten bzw. entzogen, die für die Finanzierung der Krankenbehandlung fehlen. Die Erkenntnisse über die auch in der Schweiz geringere Morbiditätslast bei Angehörigen oberer Sozialschichten lassen den Schluss zu, dass vor allem wohlhabende Bevölkerungsgruppen von den wählbaren Franchisen profitieren. Auf diese Weise wird der ohnehin mit dem System aus Kopfprämien und obligatorischem Selbstbehalt verbundene Effekt einer mit steigendem Einkommen geringeren finanziellen Belastung noch einmal verstärkt.

Tabelle 3 zeigt, dass die von den Krankenversicherern gezahlten Leistungen mit steigender Franchisestufe zwar abnehmen, allerdings geht auch das Prämiensoll je Versicherten mit steigender Franchisestufe deutlich zurück. Ein Versicherter mit der höchsten Franchisestufe zahlte 1999 nur etwa zwei Drittel des Betrages, den ein Versicherter mit der ordentlichen Franchise aufzubringen hatte. Die individuelle Kostenbeteiligung ist bei den Versicherten mit erhöhter Franchise (409 SFr im Jahr 2001 für alle Versicherten mit erhöhter Franchise) in Relation zu der von Versicherten mit ordentlicher Franchise (279 SFr) zwar auch deutlich höher, jedoch ist die absolute Differenz mit 130 SFr pro Jahr vergleichsweise gering (BSV 2002: 60).

Tabelle 3: Indikatoren der Betriebsrechnung (in SFr) nach Versicherungsform und Franchisestufe 1999 (erwachsene Versicherte)

Indikatoren pro erwachsenen Versicherten	Ordentliche Franchise	Wählbare (erhöhte) Franchisen				Andere Versicherungsformen	Insgesamt
		400	600	1200	1500		
Prämiensoll ¹	230	2201	2150	1782	1503	1805	2123
Bezahlte Leistungen ²	2645	1968	1238	724	384	1563	2087
Risikoausgleich	- 235	62	396	460	687	73	- 9
Deckungsbeitrag ^{3,5}	- 203	171	517	598	432	169	44
Querfinanzierung ^{4,5}	- 221	107	397	490	322	182	-

- 1 Prämiensoll = Summe der von den Versicherten den Krankenversicherern geschuldeten Prämien
- 2 Bezahlte Leistungen = Summe der bei den Krankenversicherern eingereichten Rechnungsbeträge – Kostenbeteiligung der Versicherten
- 3 Deckungsbeitrag = Prämiensoll – bezahlte Leistungen – Risikoausgleich
- 4 Querfinanzierung = Prämiensoll – bezahlte Leistungen – Risikoausgleich – Anteil Verwaltung und Reserven
- 5 Ein positiver Beitrag bedeutet einen Überschuss der Franchisestufe, ein negativer Beitrag einen Fehlbetrag

Quelle: BSV 2000: 5 (geringfügig modifiziert)

Muss man also davon ausgehen, dass der inverse Zusammenhang zwischen Höhe der Franchise und Höhe der individuellen Kostenbeteiligung zu einem erheblichen Teil auf die Selbstselektion Gesunder zurückzuführen ist, so ist heftig umstritten, ob daneben nicht noch andere Faktoren zur Erklärung der Minderausgaben herangezogen werden müssen. In diesem Zusammenhang gehen z.B. Werblow/Felder (2002) auf der Basis eines ökonomischen Schätzverfahrens davon aus, dass ein relevanter Teil der Kostendifferenzen dadurch zu erklären ist, dass Versicherte mit einem höheren Selbstbehalt Leistungen der Krankenversicherung maßvoller in Anspruch nehmen und mehr »Eigenverantwortung« trügen als Versicherte mit der niedrigsten Franchisestufe. In dieser Interpretation erscheint die Einführung von Selbsthalten als ein sinnvolles Instrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.² Demgegenüber kommt z.B. Schellhorn (2002) – ebenfalls mit Hilfe eines ökonomischen Verfahrens – zu dem Ergebnis, dass ein solcher Effekt nicht existiert bzw. nur sehr schwach ausfällt.

Was die *freie Wahl der Krankenversicherung* angeht, so ist deren Wirkung deutlich hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück geblieben. Da alle Versicherten eine einheitliche Kopfprämie zahlen, sind die Krankenversicherungen an einer Selektion gesunder Versicherter stark interessiert und umwerben diese Gruppen auch entsprechend. Damit sind sie offenkundig auch erfolgreich, denn mehrere Untersuchungen deuten darauf hin, dass es sich bei den Wechslern bzw. den Wechselwilligen überwiegend um »gute Risiken« handelt. So verursachte nach einer Analyse der Prognos AG die Gruppe der Wechselwilligen rund 40 % weniger Ausgaben als die gleichaltrige Vergleichsgruppe (Baur et al. 1998) – eine Einsparung, die in dieser Größenordnung zu einem erheblichen Teil auf den besseren Gesundheitszustand der Wechsler zurückzuführen sein dürfte. Einer anderen Erhebung zu Folge haben 16,2 % der Versicherten mit sehr gutem oder gutem subjektivem Gesundheitszustand schon einmal die Krankenversicherung gewechselt, jedoch nur 5,6 % der Versicherten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einstufen (Colombo 2001: 28). Dabei ist der Anteil der Wechsler zwischen verschiedenen Versicherern insgesamt gering und außerdem im Zeitverlauf deutlich zurückgegangen. Zwischen 1997 und 2000 wechselten insgesamt nur 15 % der Versicherten, wobei der Wechselanteil von jeweils rund 5 % zum Beginn der Jahre 1997 und 1998 auf 2 % zu Beginn des Jahres 2000 zurückging (Peters/Müller/Luthiger 2001: 110; Colombo: 27f.).³

Der *Risikoausgleich* kann dem Trend zur Risikoselektion nicht wirksam begegnen, weil er auf die Parameter Alter und Geschlecht beschränkt ist und die Morbidität der Versicherten nicht erfasst. Darüber hinaus ist er in seiner Reichweite auch deshalb beschränkt, weil er diese Risiken nur *innerhalb* der einzelnen Kantone ausgleicht und damit auch die entsprechenden *regionalen* Unterschiede auf die Höhe der Beiträge durchschlagen. Dies führt dazu, dass die Prämien zwischen den Kassen und den Kantonen bei identischen Leistungsansprüchen der Versicherten extrem weit auseinander klaffen, und zwar weit stärker, als dies bei den Beitragsätzen in der deutschen GKV der Fall ist. Im Jahr 2003 schwanken die Durchschnittsprämien für Erwachsene zwischen 174 SFr im Kanton Appenzell-Innerrhoden und 390 SFr im Kanton Genf; der landesweite Durchschnitt liegt bei 269 SFr (BSV 2002: 90). Allerdings sind derartige Abweichungen nicht allein auf ein regionales Morbiditätsgefälle und auf die Beschränkungen des Risikoausgleichs, sondern u.a. auch auf die Unterschiede im Leistungsangebot zurückzuführen (Haari/Rüefli/Vatter 2002). Mit den kantonal unterschiedlichen Behandlungskosten entstehen auch erhebliche Unterschiede in der Höhe der Selbstbehalte. Das

durch den Risikoausgleich entstehende Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern hat sich seit dem Inkrafttreten des KVG beträchtlich erhöht, nämlich von 530 Mio. SFr im Jahr 1996 auf 732 Mio. SFr im Jahr 2000 (BSV 2001: 54), also auf 5,5% der OKPV-Ausgaben (ohne Kostenbeteiligung der Versicherten), womit es erheblich hinter der Bedeutung des Risikostrukturausgleichs in der GKV zurückbleibt.

Insgesamt also ist der Solidarcharakter der schweizerischen Krankenversicherung stark eingeschränkt und die Finanzierung von Krankheitsbehandlungskosten wie in kaum einem anderen OECD-Staat privatisiert. Die skizzierten Finanzierungsregeln führen dazu, dass die Anteile der einzelnen Akteure an der Aufbringung der Gesundheitsausgaben erheblich von den deutschen Verhältnissen abweichen. Die Privathaushalte tragen etwa zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben, nämlich die von den Versicherten gezahlten Prämien in der OKPV sowie die direkte Kostenbeteiligung im Rahmen der Grund- und der Zusatzversicherung. In der OKPV ist – ebenso wie bei den Gesundheitsausgaben insgesamt – die individuelle Kostenbeteiligung der Versicherten seit dem Inkrafttreten des KVG weitaus stärker gestiegen als die Leistungsausgaben der Krankenversicherer (Tabelle 4).

Tabelle 4: Ausgaben der Krankenversicherer und individuelle Kostenbeteiligung je Versicherten und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1997 bis 2000

	1997		2001		1997/2001 Veränderung in %
	SFr	%	SFr	%	
Leistungsausgaben der Krankenversicherer pro Versicherten	1 575	86,5	1 910	85,3	21,3
Individuelle Kostenbeteiligung pro Versicherten	246	13,5	328	14,7	33,3
Leistungsausgaben pro Versicherten insg.	1 821	100	2 238	100	22,9

Quelle: BSV 2002: 57ff., eigene Berechnungen

3.2 Versorgungsqualität und Entwicklung neuer Versorgungsformen

Das KVG verfolgt u.a. das Ziel, mit Hilfe von Managed-Care-Konzepten die Qualität und Effizienz der Krankenversorgung zu verbessern. HMOs und Hausarztmodelle sollten durch den Kassenwettbewerb und durch finanzielle Anreize für die Versicherten gefördert werden. Sechs Jahre nach dem Inkrafttreten des KVG fällt die Bilanz bescheiden aus: Neue Versicherungs- und Versorgungsformen haben bisher nur eine geringe

Verbreitung erreicht. Ende 2001 wurden nicht einmal 600 000 Personen in derartigen Modellen versorgt. Am 31.12.2001 waren insgesamt nur 8,1% der Versicherten in ein Hausarztmodell oder in eine HMO eingeschrieben (BSV 2002: 53). Zwar haben sich in einzelnen Kantonen bis zu 20% der Versicherten für Managed-Care-Organisationen entschieden (Baur 2000), aber dies ändert nichts an der, gemessen an den Zielen, enttäuschenden Zwischenbilanz für die Gesamtschweiz. Es gibt auch wenig Anlass, diese Zahlen als Ausdruck von Anlaufschwierigkeiten zu interpretieren. Insgesamt stagniert die Verbreitung von Managed-Care-Modellen, und es gibt sogar Anzeichen für einen einsetzenden Bedeutungsverlust derartiger Projekte. So hat der größte Krankenversicherer der Schweiz, die Helsana AG, zum 30.6.2002 mehr als 70 000 Versicherten das Hausarztmodell gekündigt.

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. *Erstens* sind sie auf Seiten der Versicherer zu suchen. Zwar hat die Einführung der freien Wahl des Krankenversicherers zu einem verschärften Wettbewerb unter den Finanzierungsträgern geführt; auch haben die Krankenversicherer mit dem KVG sehr weitreichende Gestaltungsfreiheiten erhalten, die es ihnen gestatten, Anreize zur unwirtschaftlichen Leistungserbringung zu vermindern. Aber der Zuschnitt der Wettbewerbsordnung und insbesondere der unzureichende Risikoausgleich macht es für sie weitaus interessanter, Konkurrenzvorteile durch das Umwerben guter Risiken als durch effizientere Versorgungsmodelle zu erzielen.

Unklar ist, inwieweit HMOs tatsächlich Einsparungen und Qualitätsverbesserungen mit sich bringen. Die Qualität der verfügbaren Daten lässt darüber keine repräsentativen Angaben zu. Zwar liegen einzelne Untersuchungen vor, denen zufolge in erheblichem Umfang Einsparungen ohne Qualitätsverlust möglich sind – in einer großen, vom BSV in Auftrag gegebenen Studie der Prognos AG ist von bis zu 30-35% die Rede, wobei die Ausgabenminderungen vor allem durch geringere Arzneimittelausgaben und durch eine Reduzierung der Spitaleinweisungen erzielt worden sind (Baur et al. 1998; Baur/Stock 2002). Allerdings ist letztlich ungeklärt, inwieweit diese Effekte auf die geringere Morbidität des Versichertenkreises zurückzuführen sind. Es ist ein bekanntes Phänomen, dass der Anteil von Gesunden an derartigen Versorgungs- und Versicherungsformen gemeinhin überdurchschnittlich hoch ist. Auch die Autoren sind sich dieses Problems bewusst, jedoch war es in der Evaluationen nicht möglich, den Anteil des Faktors »Morbidität« an den erzielten Einsparungen zuverlässig zu erfassen (Baur/Stock 2002).

Mit Blick auf die in den HMOs erreichte Versorgungsqualität stellt die Prognos-Studie in einzelnen Bereichen Qualitätsverbesserungen fest,

allerdings lassen sich für weite Teile des medizinischen Versorgungsgeschehens keine substantiellen Unterschiede zwischen traditioneller und HMO-Versorgung erkennen (Baur/Stock 2002). Weitgehend im Dunkeln liegen bisher die Qualitätseffekte von Hausarztnetzen. Aussagekräftige Evaluationen sind bisher nicht vorgelegt worden. In jedem Fall sind »viele, wenn nicht die meisten Hausarztnetze ziemlich weit davon entfernt (...), dem Anspruch von Managed Care zu entsprechen« (Baur 2000: 11). Sie verfügen zumeist nicht über Daten, die eine gezielte Steuerung der Krankenversorgung ermöglichen würden. Da weder Leistungstransparenz hergestellt werden kann, noch ein Controlling mit der erforderlichen Präzision erfolgt, sind die beteiligten Ärzte auch nicht in der Lage, Budgetverantwortung zu übernehmen. Auch Aussagen über die Qualität der Versorgung sind angesichts dieser Mängel nicht möglich (ebd.).

Zwar kann das mit dem KVG geschaffene Ordnungsmodell ein prinzipielles Interesse der Kassen an der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle begründen, allerdings müssten sie dann auch befürchten, mit ihnen die »schlechten« Risiken anderer Krankenversicherer anzulocken, deren hoher Behandlungsaufwand die möglichen Einspareffekte effizienter Versorgungsformen überkompensieren könnten. Aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive der einzelnen Krankenkasse sind HMOs und Hausarztmodelle nur dann sinnvoll, wenn es ihr gelingt, die bereits bei ihr versicherten »schlechten« Risiken, also vor allem chronisch Kranke, von der Nutzung dieser Versorgungsformen zu überzeugen. De facto sind es bisher aber vor allem »gute« Risiken, die sich für Hausarztmodelle und HMOs entscheiden. Bei diesen wiederum sind die Einsparungen, wenn überhaupt vorhanden, vergleichsweise gering, denn die guten Risiken kommen so in den Genuss der reduzierten Prämien, würden aber auch bei einer Regelversorgung keine oder nur geringe Kosten verursachen. Dies wiederum vermindert das Interesse der Krankenversicherer an der Entwicklung von HMOs und Hausarztmodellen. So begründete der größte Krankenversicherer der Schweiz, die Helsana AG, ihre Kündigung der Hausarztversicherung damit, dass sich vor allem die guten Risiken für ein solches Modell entschieden hätten und die Einsparungen daher hinter den Erwartungen zurückgeblieben seien. Es ist nicht eindeutig zu sagen, worauf der hohe Anteil guter Risiken an diesen Versicherungsformen zurückzuführen ist. Dies kann Ergebnis einer aktiven Risikoselektion der Krankenversicherer sein oder seine Ursache in einer Selbstselektion von Gesunden haben, die die Prämienreduktion gleichsam als Mitnahmeeffekt nutzen. Es kann auch Folge eines Informationsvorsprungs oder einer größeren Problemsensibilität gut gebildeter

Versichertengruppen sein. In Bezug auf die neuen Versicherungs- und Versorgungsmodelle befinden sich die Kassen jedenfalls in einem Dilemma: »Schlechte« Risiken anderer Kassen will man nicht anlocken, gute Risiken bringen wegen der zu gewährenden Prämienreduktion kaum Einsparungen. Attraktiv erscheinen HMOs und Hausarztmodelle für den einzelnen Krankenversicherer unter den gegenwärtigen Bedingungen nur dann, wenn er in größerem Umfang behandlungsaufwendige Personen, die bereits bei ihm versichert sind, für sie gewinnen kann.

Zweitens stößt die Implementation von Managed-Care-Modellen auf hohe Hürden, die vor allem bei den Ärzten zu suchen sind. Für diese ist die Teilnahme an derartigen Versorgungsformen aus zwei Gründen nicht sonderlich attraktiv. Zum einen ist die im Rahmen der Regelversorgung praktizierte Einzelleistungsvergütung für sie weit lukrativer als eine Vergütung auf der Grundlage von Kopfpauschalen, auf die sie bei Managed-Care-Modellen in der Regel umsteigen müssten. Zum anderen hätten sie sich bei der Versorgung im Rahmen von HMOs, aber auch von Arzt- netzen in weit stärkerem Maße als bisher Behandlungsleitlinien und einem betriebswirtschaftlichem Controlling zu unterwerfen. Managed-Care-Modelle zeichnen sich aus ärztlicher Perspektive also durch ein hohes Maß an Fremdkontrolle aus. Die Krankenversicherer wiederum haben keine Handhabe, alternative Versorgungs- und Vergütungsformen gegenüber der Ärzteschaft durchzusetzen, weil sie dem Kontrahierungszwang mit allen zugelassenen Leistungsanbietern unterliegen.

Drittens schließlich dürfte die mit Managed-Care-Modellen verbundene Einschränkung der freien Arztwahl bei zahlreichen Versicherten nur auf eine geringe Resonanz stoßen, weil sie gegen den Trend einer Multioptionsgesellschaft durchgesetzt werden müsste (Klingenberger 2002). Zudem ist das Versicherungsangebot für die Patienten insgesamt recht intransparent, und es mangelt an einschlägigen unabhängigen Beratungsangeboten für Versicherte.

3.3 Ausgabenentwicklung

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist teuer. Im Jahr 2000 beliefen sich die Gesundheitsausgaben auf 43,3 Mrd. SFr; dies entsprach 10,7% des BIP (BFS 2002b: 1). Damit steht sie in Europa vor Deutschland (10,4%) an der Spitze und nimmt hinter den USA (13,7%) weltweit den zweiten Platz ein (OECD 2002). Die Ausgaben in der Krankenpflege-Grundversicherung betragen im Jahr 2001 rund 16,4 Mrd. SFr, von denen etwa 13,2 Mrd. (85,3%) durch die Krankenversicherungsprämien und etwa 2,4 Mrd. (14,8%) durch individuelle Kostenbeteiligungen der Patienten gedeckt wurden (Tabelle 5).

In den 1990er Jahren weisen die Ausgaben in der OKPV bei nahezu stagnierenden Versichertenzahlen durchgängig kräftige Steigerungsraten auf. Auch die Krankenversicherungsreform 1996 hat daran nichts geändert, vielmehr hat sich die Ausgabendynamik in den letzten Jahren sogar noch beschleunigt. Die Ausgaben stiegen (einschließlich der Kostenbeteiligungen der Versicherten) zwischen 1996 und 2001 insgesamt um 31,5%, pro Kopf um 29,2% (BSV 2002: 57f.). Allein im Jahr 2001 lagen sie um 5,9% über dem Vorjahresniveau (Tabelle 5). Dabei erhöhte sich die Kostenbeteiligung der Versicherten in der OKPV zwischen 1996 und 2001 mit 42,9% weit stärker als die OKPV-Gesamtausgaben.

Tabelle 5: Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1994-2001

Jahr	Leistungen ohne Kostenbeteiligung		Kostenbeteiligung der Versicherten		Leistungen incl. Kostenbeteiligung	
	Mio. SFr	Veränderung (%)	Mio. SFr	Veränderung (%)	Mio. SFr	Veränderung (%)
1994	9 549	7,4	1 259	–	10 808	7,2
1995	10 017	4,9	1 290	2,5	11 307	4,6
1996	10 780	7,6	1 679	30,1	12 459	10,2
1997	11 360	5,4	1 778	5,9	13 138	5,5
1998	11 927	5,0	2 097	18,0	14 024	6,7
1999	12 431	4,2	2 190	4,4	14 621	4,3
2000	13 190	6,1	2 288	4,5	15 478	5,9
2001	13 986	6,0	2 400	4,9	16 386	5,9
1996-2001	–	29,7	–	42,9	–	31,5

Quelle: BSV 2002: 57ff.; eigene Berechnungen

Noch stärker sind die Kopfprämien für die Krankenversicherung gestiegen. Allein in den Jahren 2002 und 2003 erhöhten sie sich bei Erwachsenen gegenüber dem Vorjahr um jeweils knapp 10%. Bei jungen Erwachsene (19 bis 25 Jahre) fielen die Steigerungsraten sogar noch erheblich höher aus (Tabelle 6). Bemerkenswert ist, dass sie sich auf der Basis eines ohnehin schon sehr hohen Ausgabenniveaus vollziehen.

Tabelle 6: Durchschnittliche Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1996-2003

Jahr	Monatliche Durchschnittsprämie					
	je Erwachsenen		je jungem Erwachsenen		je Kind	
	SFr	Veränderung (%)	SFr	Veränderung (%)	SFr	Veränderung (%)
1996	173	–	115	–	48 ¹	–
1997	188	8,7	125	8,7	52	8,7 ¹
1998	197	4,9	125	0,5	52	- 0,1
1999	204	3,3	130	3,9	53	3,0
2000	212	3,8	135	3,5	55	3,4
2001	223	5,5	150	11,2	58	4,5
2002	245	9,7	172	15,0	63	9,5
2003	269	9,6	199	15,4	69	9,3
1996-2003 (Ø)	–	6,5	–	6,0	–	4,1

1 Geschätzter Wert

Quelle: BSV 2002: 90ff

3. Fazit und Ausblick

Auch wenn Manches dafür spricht, dass die Solidarität in der schweizerischen Krankenversicherung im Gefolge des KVG gestärkt worden ist, so bringt das skizzierte Finanzierungs- und Versicherungssystem erhebliche soziale Schieflagen hervor. Einkommensunabhängige Kopfprämien, Jahresfranchise, Selbstbehalte, die Ausgrenzung von zahnärztlicher Behandlung und Krankengeldzahlung führen im Zusammenwirken mit den wählbaren erhöhten Jahresfranchisen dazu, dass die Finanzierung von Krankenversicherungs- und -behandlungskosten in der Schweiz in einem Ausmaß privatisiert ist, das in Ländern mit vergleichbarem Wohlstand wohl nur noch von den USA übertroffen wird. Insbesondere für sozial Schwache können sehr hohe finanzielle Belastungen entstehen. Eine spürbare, auf den Ausbau von Wettbewerbselementen zurückzuführende Verbesserung der Versorgungsqualität lässt sich – zumindest bisher – nicht nachweisen. Insbesondere ist die Bedeutung von HMOs und Hausarztmodellen im Versorgungssystem sehr gering und bisher weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Auch das Ziel der Ausgabendämpfung ist klar verfehlt worden; im Gegenteil hat sich die Ausgabendynamik in den letzten Jahren beschleunigt. Der Ausbau wettbewerblicher Elemente hat sich also weder mit Blick auf die Qualitätsziele noch mit Blick auf die

Ausgabenbegrenzung als ein geeignetes Steuerungsinstrument erwiesen. Regelrecht kontraproduktiv war die Beschränkung des Risikoausgleichs auf die Parameter »Alter« und »Geschlecht«, denn sie lenkte die Aufmerksamkeit der Krankenversicherer auf Strategien der Risikoselektion und begrenzte deren Interesse an der Etablierung effizienterer Versorgungsformen. Auch liegen keine repräsentativen Daten vor, die belegen, dass die Versorgung im Rahmen von HMOs und Hausarztmodelle morbiditätsbereinigt zu wirklichen Einsparungen geführt haben. Aus deutscher Perspektive ist angesichts der hierzulande geführten Debatte über eine Privatisierung der Krankenbehandlungskosten vor allem von Interesse, dass der im Vergleich zur GKV in der Schweiz sehr hohe Stellenwert der individuellen Kostenbeteiligung nicht zu einer Begrenzung der Krankenversicherungsausgaben geführt hat, sondern im Gegenteil mit hohen Ausgabensteigerungen einhergeht. Dies bestätigt die These, dass eine mit finanziellen Anreizen auf der Nachfrageseite operierende Kostendämpfungspolitik vor allem zu *Kostenverlagerungen* führt, aber nicht zur Ausgabenbegrenzung beiträgt. Zugleich sind die Schweizer Erfahrungen ein Hinweis darauf, dass ohne die administrativ verfügte Definition von – allerdings am bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf orientierten – Ausgabenobergrenzen für die Leistungsanbieter eine wirkungsvolle Kostendämpfung wohl nicht zu erreichen ist.

Angesichts dieser ernüchternden Bilanz wundert es nicht, dass die Reform in der Schweiz selbst weit skeptischer beurteilt wird als hierzulande. Vielmehr hat gerade der kontinuierliche Ausgabenanstieg vielfältige Reformaktivitäten freigesetzt, die teilweise deutliche Parallelen zur deutschen Debatte erkennen lassen. Eine erste Teilrevision des KVG trat im Jahr 2001 in Kraft. Mit ihr wurde u.a. die Möglichkeit von Zulassungsbeschränkungen für Leistungsanbieter sowie eine Reform der Apothekenvergütung auf den Weg gebracht. Weitere Teilrevisionen sind in Vorbereitung. Es besteht zwischen den Akteuren eine weitgehende Einigkeit darüber, dass der Risikoausgleich in seiner bisherigen Form unzureichend ist und um Morbiditätsmerkmale erweitert werden muss, jedoch ist dafür noch kein konsensfähiger Vorschlag unterbreitet worden. Darüber hinaus wird geprüft, ob ein steuerfinanzierter Hochrisikopool (»Hochkostenpool«) ein geeignetes Instrument zur Begrenzung von Risikoselektion sein kann. Des Weiteren wird angesichts der hohen Krankenversicherungsprämien erwogen, die staatlichen Zuschüsse für sozial Schwache zu erhöhen. Schließlich fordern die Krankenversicherer die Abschaffung des Kontrahierungszwangs mit den niedergelassenen Ärzten, an dessen Stelle Einkaufsmodelle und Direktverträge zwischen Krankenversicherern und einzelnen oder Gruppen von Ärzten treten sollen. Allerdings

stößt diese Forderung auf heftigen Widerstand in der Ärzteschaft (FMH 2003). Angesichts der Vielzahl der Steuerungsprobleme ist ein Ende der Reformen im schweizerischen Gesundheitswesen gegenwärtig nicht in Sicht.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Arbeitsgruppe Public Health
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
E-Mail: gerlinger@wz-berlin.de

Literatur

- Baur, R. (2000): Das Ziel ist noch nicht erreicht. *Managed Care* 5: 10-11.
- Baur, R.; Heimer, A.; Wieseler, S.: (2001): Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich. In: Böcken, J.; Butzlaff, M.; Esche, A. (Hrsg.) (2001): *Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche*, 2., überarb. Aufl. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 23-149.
- Baur, R.; Hunger, W.; Kämpf, K.; Stock, J. (Prognos AG) (1998): *Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht Nr. 1/98*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Baur, R.; Stock, J. (2002): Neue Formen der Krankenversicherung in der Schweiz – zur Evaluation der ersten HMOs in Europa. In: Preuß, K.-J.; Rübiger, J.; Sommer, J.H. (Hrsg.): *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*. Stuttgart, New York: Schattauer, 135-152.
- Bernardi-Schenkluhn, B. (1992): Schweiz. In: Alber, J.; Bernardi-Schenkluhn, B. (1992): *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*. Frankfurt a.M./New York: Campus, 177-321.
- Bisig, B.; Bopp, M.; Minder, C.E. (2001): Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck, A.; Boomfield, K. (Hrsg.) (2001): *Sozial-epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim und München: Juventa, 60-70.
- Britt, F.; Brombacher Steiner, M.V.; Streit, P. (2001): *Krankenversicherung*. In: Kocher/Oggier (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002*, 115-134.
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2000): *Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999*. Bern: BSV.
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2001a): *Statistik über die Krankenversicherung 2000. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger*. Bern: BSV.
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2001b): *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz. Synthesebericht*. Bern: BSV.
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2002): *Statistik über die Krankenversicherung 2001. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger*. Bern: BSV.

- Colombo, F. (2001): Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland (Labour Market and Social Policy – Occasional Papers No. 53). Paris: OECD.
- Credit Suisse (2002): Das Schweizer Gesundheitswesen – Diagnose für einen Patienten (Economic Briefing Nr. 30). Zürich: Credit Suisse.
- European Observatory on Health Care Systems (2000): Health Care Systems in Transition: Switzerland, Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- FMH – Foederatio Medicorum Helveticorum (2003): Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, ergänzendes Vernehmlassungsverfahren. Antwort der FMH zu Händen der Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern EDI, Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss. <http://www.fmh.ch> (Abruf 28.2.2003).
- Haari, R.; Rüefli, C.; Vatter, A. (2002): Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. *Soziale Sicherheit (CH)* 1: 14-16.
- Klingenberger, D. (2002): Health Maintenance Organizations in der Schweiz – Darstellung und Kritik – (IDZ-Information Nr. 1/2002). Köln: Institut der Deutschen Zahnärzte.
- Kocher, G.; Oggier, W. (Hrsg.) (2001): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Ein aktueller Überblick. O.O. (Solothurn): Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer.
- Kocher, R.; Greß, S.; Wasem, J. (2002): Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung? In: *Soziale Sicherheit (CH)* 5: 299-307.
- OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development (2002): OECD Health Data. Paris: OECD.
- Peters, M.; Müller, V.; Luthiger, P. (2001): Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten (BSV-Forschungsbericht Nr. 3/01). Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Rychen, A. (o.J.): Gesundheitspolitik. In: *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. <http://www.medpoint.ch/other/lehrgang/31.pdf> (Abruf: 12.09.2002).
- Schellhorn, M. (2002): Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? *Vierteljahrshäfte zur Wirtschaftsforschung* 71, 4: 411-426.
- Steiner, V. (2002): Selbstbehalte und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen: Die Bedeutung der Selbstselektion. *Vierteljahrshäfte zur Wirtschaftsforschung* 71, 4: 437-441.
- Weber, A. (2001): Zahnmedizin. In: Kocher/Oggier (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002*, 130-135.
- Werblow, A.; Felder, S. (2002): Der Einfluss von freiwilligen Selbsthalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Working Paper Nr. 3/2002). Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.