

Gesundheitssystem der Schweiz - Vorbild für Deutschland?

Pflichtversicherung mit Kopfpauschale – Hohe Kosten, aber auch hohe Qualität und große Zufriedenheit der Bevölkerung

von **Julia Bathelt**

Das Schweizer Krankenversicherungssystem wird häufig als Vorbild für den Umbau des deutschen Systems bemüht. Denn das Schweizer Modell verbindet Elemente der Kopfpauschale mit denen einer Pflichtversicherung für alle Bürger. Seit In-Kraft-Treten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996 sind alle in der Schweiz lebenden Personen Pflichtmitglieder der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV). Zuvor gab es weder eine obligatorische Krankenversicherung noch ein Krankenversicherungsgesetz, sondern ein durch und durch wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem mit einem völlig freien Krankenversicherungsmarkt. Mit der Reform 1996 wurden erstmals Umverteilungsziele formuliert, da es für alte und kranke Menschen immer schwieriger wurde, eine bezahlbare Krankenversicherung zu finden.

Basissicherung und freiwillige Zusatzversicherung

Das schweizerische Krankenversicherungssystem basiert auf einer Grundsicherung und einer freiwilligen Zusatzversicherung. Jeder Bürger ist verpflichtet, eine von Einkommen und Vermögen unabhängige Kopfpauschale zu bezahlen. Anders als in Deutschland sind nicht-erwerbstätige Familienmitglieder und Kinder nicht kostenfrei mitversichert. Allerdings gibt es vergünstigte Prämien für unter 25-Jährige.

Um die ungleiche Lastenverteilung auf die Bevölkerung auszuglei-

chen, subventionieren der Bund und die Kantone die Versicherungsprämien einkommensschwacher Bürger. Ziel ist es, dass kein Versicherter mehr als zehn Prozent seines Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden muss. Mittlerweile fallen rund 30 Prozent der 7,25 Millionen Versicherten unter diese Regelung.

Diese Sozialleistungen müssen allerdings hauptsächlich von mittleren Einkommenschichten aufgefangen werden, da diese sowohl für die eigene Prämie als auch für den Steueranteil zur Finanzierung der Subventionen aufkommen müssen. Gut Verdienende profitieren hingegen von diesem System mit der europaweit höchsten Selbstbeteiligung.

Im Jahr 2000 lag die Höhe der einheitlichen Kopfprämie bei monatlich rund 105 Euro. Hinzu kommt eine Beteiligung an den Behandlungskosten – die obligatorische Franchise – in Höhe von jährlich 157 Euro. Überdies kann ein zusätzlicher Selbstbehalt gewählt werden, um die Beiträge zu senken. Dieser kann 400, 600, 1200 oder 1.500 Schweizer Franken betragen, wobei aber zumeist 400 Franken gewählt werden. Zahnersatz und Zahnbehandlung müssen vollständig von den Schweizern übernommen werden. Privatversicherungen für die Zahnbehandlung sind zwar möglich, Füllungen werden aber generell nicht bezahlt.

Die Schweizer können ihre Krankenversicherung frei wählen. Die Kopfprämie ist für alle Erwachsenen innerhalb eines Kantons und einer Kasse gleich. Die OKPV wird

ausschließlich aus den Versichertenpauschalen finanziert, einen Arbeitgeberanteil gibt es nicht. Da der Leistungskatalog einheitlich festgelegt ist, konkurrieren die mehr als 90 Krankenkassen über die Höhe ihrer Prämien. Viele Kassen umwerben besonders junge, gesunde Versicherte, da sie durch sie in der Regel Überschüsse erwirtschaften. Zwar gibt es einen Risikostrukturausgleich, doch dieser funktioniert nur leidlich, denn er berücksichtigt nur Alter und Geschlecht, nicht aber Mortalität und Morbidität. Im Jahr 2004 haben rund 22 Prozent der Kassen Geld aus dem Risikoausgleich erhalten.

Hausarztssystem hat sich nicht bewährt

In der Grundversicherung bestehen individuelle Wahlmöglichkeiten bezüglich des Zuzahlungsanteils und der Bonusmodelle. Wer geringere Beiträge wählt, muss höhere Zuzahlungen leisten. Ein Rabatt von bis zu 20 Prozent wird gewährt, wenn sich Versicherte in ein Hausarztssystem einschreiben und somit auf die freie Arztwahl verzichten. Inzwischen hat sich allerdings herausgestellt, dass sich dieses Modell nicht bewährt hat: Lediglich acht Prozent der Versicherten nehmen daran teil. Der erwünschte Einspareffekt ist somit ausgeblieben.

Die Krankenkassen haben zwar seit Einführung des KGV die Möglichkeit, Einzelverträge mit niedergelassenen Ärzten abzuschließen. Allerdings besteht weiterhin ein Kontrahierungszwang, die Kassen

können die Abrechnung mit zugelassenen Leistungserbringern nicht ablehnen.

Während die Versicherungen Vertragsfreiheit fordern, lehnen Ärzteschaft und Patientenorganisationen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ab. Auch das Schweizer Bundesversicherungsamt sieht die Versorgungssicherheit gefährdet und befürchtet, dass die Möglichkeiten zur Risikoselektion multipliziert werden. Gesetzesinitiativen zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges sind vorerst gescheitert.

Die Schweiz hat – nach den USA – das zweit teuerste Gesundheitswesen der OECD-Staaten. Rund 11,5 Prozent ihres Bruttoinlandsproduktes gaben die Eidgenossen 2003 für ihre Gesundheit aus. Größte Kostenfaktoren sind die Arzneimittelausgaben sowie die Ausgaben für die ambulante Versorgung. 2004 gab die Obligatorische Krankenversicherung 25 Prozent für die stationäre Versorgung, 23 Prozent für die ambulante Versorgung beim Arzt und 11 Prozent für die ambulante Versorgung in Kliniken aus. Im Jahr 2004 sind die Prämien um 9,7 Prozent gestiegen. Die Konjunkturforschungsstelle in Zürich prognostiziert für 2006 eine Steigerung der Gesundheitskosten um drei Prozent. Die Gesamtkosten würden damit auf umgerechnet 35,6 Milliarden Euro steigen.

Hohe Arztdichte

In der Schweiz gibt es kein Stellenplansystem. Für jeden Arzt, der die dafür notwendigen Voraussetzungen erfüllt, besteht generell Niederlassungsfreiheit. Allerdings wurde im Juni 2002 eine dreijährige Niederlassungssperre verhängt – als Reaktion auf die bilateralen Verträge mit Deutschland. Es wurde befürchtet, dass deutsche Ärzte die Schweiz überschwemmen könnten.

In Zeiten, in denen es keine Niederlassungssperre gibt, müssen die

betroffenen Gemeinden selber Anreize schaffen, um Ärzte in weniger attraktive Gegenden zu locken. So stellen einige Gemeinden beispielsweise Praxisräume für sehr geringe Mieten zu Verfügung. Auch wenn die Arztdichte trotz dieser Maßnahmen stark variiert, gibt es keine Versorgungsengpässe, da die Arztdichte verhältnismäßig hoch ist.

Etwa 90 Prozent der berufstätigen Schweizer Ärztinnen und Ärzte gehören der Ärzteverbindung *Federation des medecins suisses* (FMH) an. Die FMH, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, ist die Dachorganisation der schweizerischen Ärzteschaft. Als Standesorganisation vertritt sie die Ärzteschaft bei Behörden und Institutionen sowie gegenüber der Bevölkerung. Zu den Hauptaufgaben der FMH gehört die Reglementierung und Überwachung der Weiterbildungszeit, die für die Assistenzärzte nach dem Staatsexamen beginnt. Die Ärzteorganisation vergibt auch die Facharztstitel, die nach Abschluss der Weiterbildungsphase verliehen werden.

Zudem engagiert sie sich zunehmend in der Qualitätssicherung und arbeitet hier eng mit den Fachgesellschaften und Tarifpartnern zusammen. Die FMH ist – ebenso wie die 24 kantonalen Ärztegesellschaften – ein privatrechtlicher Verein. Ordentliche Mitglieder des Dachverbandes erwerben automatisch die Mitgliedschaft in der für sie zuständigen Basisorganisation, also der kantonalen Ärztegesellschaft oder des Verbands der Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte (VSAO).

Mehr als die Hälfte der knapp 26.000 FMH-Mitglieder arbeitet in einer freien Praxis, rund 11.500 sind Ärzte ohne Praxistätigkeit, sie arbeiten in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen. Die Zahl der Ärztinnen liegt bei etwa 8.000. Die niedergelassenen Ärzte nehmen sowohl die allgemeinmedizinische als auch die fachärztliche Versorgung wahr. Allerdings bieten auch die

Kliniken vermehrt ambulante Facharztversorgung an, da es in der Schweiz keinerlei gesetzliche Einschränkungen für den Leistungsumfang von Krankenhausambulanzen gibt.

Pauschale Krankenhausvergütung

Rund 90 Prozent der Betten stehen in öffentlichen Krankenhäusern, die aus öffentlichen Mitteln unterstützt werden. Sie werden in der Regel von einem oder mehreren Kantonen betrieben. Die Vergütungen, die die Kliniken von den Krankenkassen erhalten, werden in der Regel zwischen dem kantonalen Krankenkassenverband und den einzelnen Krankenhäusern oder Gruppen von Krankenhäusern ausgehandelt. Nach dem KVG müssen im Bereich der stationären Behandlung Pauschalen vereinbart werden. Den Vertragspartnern steht es allerdings frei, ob sie Tagespauschalen oder leistungsbezogene Pauschalen verwenden.

Die privaten Krankenhäuser, die etwa 10 Prozent der Betten stellen, finanzieren sich ausschließlich über ihre Einnahmen. Das KVG verpflichtet die Kantone zur Krankenhausplanung. Hierbei sind auch die privaten Häuser zu berücksichtigen. Nur Kliniken, die in der Planung vorgesehen sind, können ihre Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen.

Weitere Informationen im Internet:

www.fmh.ch, www.vsao.ch

<http://www.bfs.admin.ch>

<http://www.oecd.org/dataoecd/56/31/35630897.pdf>

http://www.bag.admin.ch/kv/statistik/f/doc/KV_2004DE_v040306.pdf

Ärztliche Körperschaften im Internet

www.aekno.de

Ärztelkammer Nordrhein

www.kvno.de

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.arzt.de

Deutsches Ärztenetz