Ist der „Sonderfall Schweiz“ wirklich ein Sonderfall?

Krankenversicherung in der Schweiz

Nicht selten wird bei der Diskussion um die Reform des deutschen Gesundheitssystems Bezug auf die Schweiz genommen und insbesondere das Schweizer System der Krankenversicherung zum Vergleich herangezogen. Doch: Wie sieht die Krankenversicherung in der Schweiz aus?

>> Das Gesetz zur Krankenversicherung (KVG/LAMal) der Schweiz ist seit dem 1. Januar 1996 in Kraft. Erst seit diesem Zeitpunkt gilt eine allgemeine Versicherungspflicht für alle in der Schweiz lebenden Personen. Dies ist eine obligatorische, aber nicht automatische Grundversicherung, d.h. der Einzelne muss sich aktiv um eine Aufnahme in eine der zurzeit circa 90 Krankenkassen bemühen. Verzichtet ein Einwohner auf den Abschluss einer Krankenversicherungspolice, teilt ihm der Kanton eine zu. Die Versicherung folgt dem Prinzip der Kopfpauschale, d.h. jede Person muss ihre eigene Versicherung besitzen, eine Mitversicherung von Kindern oder nicht verdienenden Ehepartnern gibt es nicht. Im Sinne der KVG-Begründer sollte diese gesetzliche Versicherung mit ihrem Leistungsgrundkatalog eigentlich alle wesentlichen Risiken abdecken.

Eine private Zusatzversicherung soll nur dazu dienen, „Zusätzliches“ zu versichern, wie insbesondere Hotelleriedienste in privaten oder halbprivaten Zimmern sowie Leistungen von Ärzten und Spitälern, die nicht auf der kantonalen Liste stehen. Nicht in der Grundversicherung sind z.B. zahnärztliche Leistungen und Komplementärmedizin; letzteres hat zu politischen Diskussionen Anlass gegeben. Für weitere Informationen sei auf den Bericht der Gruppe Komplementärmedizin hingewiesen[1]. Im Gegensatz zur obligatorischen Grundversicherung können Versicherer bei der Zusatzversicherung das individuelle Risiko gewichten und einen Vertragsabschluss ablehnen. Die Kunden können für die Zusatzversicherung einen anderen Versicherer wählen als für die Grundversicherung.

Macht die Krankenkassenprämie der obligatorischen Grundversicherung mehr als 8 % des Einkommens des Versicherten aus, werden sie von Bund und Kantonen über Prämienverbilligungen subventioniert. Zurzeit erhalten 41 % aller Haushalte in der Schweiz Unterstützungen für die Krankenversicherungsprämien. Der Versicherte kann seine Krankenversicherung selbst wählen. Ein wichtiger Bestandteil ist die Komponente der Eigenverantwortung. Der Versicherte kann die Höhe der Eigenbeteiligung durch die Wahl der gesetzlich festgelegten Franchise frei wählen.

Eine Versicherung mit Wahlfranchise bietet niedrigere Grundprämien, aber dafür dann höhere Franchisen. Weiterhin gibt es Policen mit HMO-Modellen. Dabei ist die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt. Diese Möglichkeit ist politisch intensiv diskutiert worden, wird jedoch nur von einem geringen Teil der Schweizer Wohnbevölkerung gewählt. Die Prämien sind hier niedriger, die Reduktion kann bis zu 20 % der ordentlichen Grundprämie betragen. Schließlich gibt es noch eine Bonusversicherung, bei der sich der Versicherte für 5 Jahre bindet und im ersten Jahr eine höhere Prämie bezahlt. Sollte er jedoch in den folgenden Jahren keine Leistungen in Anspruch nehmen, so erhält er jährlich einen Prämienrabatt für jedes weitere Folgejahr. Der Rabatt beträgt im fünften Jahr maximal 55 %. Der Versicherte kann seine Versicherung jederzeit (mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten) wechseln; eine Bestimmung, die die Konkurrenz zwischen den Anbietern fördern soll.

Zugang zur Versorgung – föderalistisches System

Das KVG/LaMal wird mehrheitlich auf kantonaler Ebene umgesetzt. Die Grundversicherung deckt Leistungen außerhalb des Wohnkantons eines Versicherten nur dann ab, wenn eine Behandlung dort nicht angeboten wird, oder wenn ein Notfall außerhalb des Kantonsgebietes eintritt. Behandlung außerhalb des eigenen Wohnkantons bedarf meistens der Genehmigung durch den jeweiligen Kantonsarzt.

Wie im ersten Artikel dieser Serie über die Schweiz (s. MVF 02/08) dargestellt, sind die Dimensionen der einzelnen 26 Kantone sehr unterschiedlich, was denn auch zu interessanten Situationen führen kann. Die Kantone regulieren die Organisation der Gesundheitsversorgung. Sie entscheiden, welche Krankenhäuser auf die „Spitalliste“ kommen, d.h. welche Krankenhäuser Leistungen für Grundversicherte abrechnen dürfen.

Die Kantone sind im Besitz öffentlicher Spitäler, die mit den privaten um die Aufnahme in die Spitalliste in Konkurrenz treten. Sie bewilligen Spitalbauten und



Prof. Dr. med. Bettina Borisch, MPH, FRCPath, vom „Institut de médecine sociale et préventive“ der Universität Genf über den Status der Krankenversicherung in der Schweiz.

-ausbauten. Ein bevölkerungsdichter Stadtkanton wie Genf besitzt neben zahlreichen Privatkliniken mit seinem Universitätsspital (Hôpitaux Universitaires de Genève = HUG) ein Klinikum der Maximalversorgung, das einzige öffentliche Spital des Kantons. Die HUG sind jedoch das einzige Spital im Kanton, das für grundversicherte Patienten zugelassen ist. Dies führt dann bei Wahleingriffen wie z.B. Hüftprothese zu erheblichen Wartezeiten; da die Kapazitäten dieses einzigen Krankenhauses für eine gegebene Bevölkerung beschränkt sind.

Einen anderen Fall stellen kleine, nicht-universitäre Kantone dar. Hier müssten nahezu alle komplexeren medizinischen Situationen in einem anderen Kanton behandelt werden und bedürfen somit einer allgemeinen Regelung oder jeweiliger

[1] http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=6857

individueller Lösungen. Für den einzelnen Versicherten sind die sich ergebenden Situationen häufig nicht einsichtig, dass er z.B. Wartezeiten hinnehmen muss, selbst wenn es andere öffentliche Spitäler im 10 Kilometer entfernten Nachbarkanton gibt, die die Leistung erbringen könnten oder auch ein Privatspital im eigenen Kanton es tun könnte. Er kann sich durch Abschluss von Zusatzversicherungen das Recht erwerben, auch außerhalb des Wohnkantons oder gar im Ausland behandelt zu werden.

Kontrahierungszwang und freie Arztwahl

Das KVG besagt, dass alle Krankenversicherer, die Grundversicherungen anbieten, mit allen Anbietern ambulanter Leistungen und mit allen Spitälern der kantonalen Spitalliste (s.o.) Verträge abschließen müssen. Diese Situation wird „Kontrahierungszwang" genannt. Die Vertragsfreiheit wird politisch immer wieder diskutiert; bis jetzt kann aber nur im Rahmen von HMO-Modellen diese Freiheit eingeschränkt werden.

Risikoausgleich

Mit der Einführung des KVG 1996 wurde für 10 Jahre ein Risikoausgleich für Krankenversicherer eingerichtet, der davon ausging, dass sich die Risiken innerhalb dieser Zeit gleichmäßig auf die verschiedenen Versicherer verteilt hätten. Der Risikoausgleich hatte zum Zweck, die Selektion von „guten" Risiken zu verhindern. Dies scheint aber nicht vollständig gelungen zu sein und das Parlament hat diese Maßnahme um weitere fünf Jahre verlängert. Mit der Reform der Spitalfinanzierung, die die Einführung von diagnoseabhängigen Fallpauschalen per 1.1.2012 vorsieht, wurde der bestehende Risikoausgleich noch einmal um ein Jahr bis Ende 2011 verlängert. Danach wird der bestehende Risikoausgleich mit einem zusätzlichen Morbiditäts-Indikator erweitert (Aufenthalte im Spital oder im Pflegeheim im Vorjahr).



Kostenentwicklung in der Schweizer Grundversicherung

Die Krankenversicherungsprämien sind zwischen 1996 und 2005 jährlich im Mittel um 5,5 % gestiegen. Die Zunahme der staatlichen Beiträge ist im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 10,6 % gestiegen. Für das kommende Jahr ist mit 4,7 % Anstieg zu rechnen und für die folgenden Jahre werden ebenfalls kräftige Prämienanstiege erwartet. Die Folge dieser Situation sind ständige Debatten um höhere finanzielle Belastungen der Versicherten und Patienten, und das mindestens einmal im Jahr, wenn nämlich die neuen Prämien bekanntgegeben werden. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Spitäler dual finanziert werden, d.h. dass sie aus kantonalen Mitteln und aus den Prämienzahlungen der Versicherten heraus bezahlt werden. Zurzeit werden 8 Milliarden kantonal und 20 Milliarden über die Prämien finanziert.

In der Schweiz werden 31 % der gesamten Gesundheitskosten von Patienten direkt finanziert; damit liegt die Schweiz weit über dem Durchschnitt (19,8 %) der OECD-Länder[2]. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben hat alle OECD-Länder betroffen, nicht nur in absoluten Zahlen, sondern auch im Verhältnis zum Bruttoinlandssprodukt (BIP). In den USA ist der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben von 5,1 % im Jahre 1960 auf 12,9 % im Jahre 1999 angestiegen. Die Schweiz rangiert mit 12 % bald nach den USA.

Fazit

Abschließend kann gesagt werden, dass das Schweizer KVG einen reglementierten Wettbewerb vorgibt, der sich hauptsächlich zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern abspielt. Das KVG verlangt aber in Artikel 32 al.1 auch, dass ärztliche Leistungen „wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich/efficaces, appropriées et économiques" sein müssen.

Die Kontrolle dieser Aspekte ist im Artikel 56 KVG/LAMal festgelegt. Der Nachweis hierfür wird für Arzneimittel, Laboranalysen und Gegenstände, die bei der Behandlung zur Anwendung kommen, vom Hersteller erbracht; man hat jedoch, wie in vielen anderen Nachbarländern, nur sehr wenig Daten zur Behandlungsqualität. Hier ist die Anwendung des Gesetzes, aber auch die Eigeninitiative der Ärzte und Versicherungen noch weit ausbaubar. Klare Systeme zur Monitorisierung von Behandlungsqualität haben bereits gezeigt, dass sowohl auf Kosten- wie auch insbesondere Patientenseite Verbesserungen erreicht werden können[3]. Dieser Herausforderung wird sich das Schweizer Krankenversicherungssystem noch stellen müssen. <<

[2]http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html
[3]http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=16728

IGES-Kongress am 23.10.

>> „Innovation und Gerechtigkeit" lautet der Titel der Tagesveranstaltung, zu der das IGES Institut Experten aus Grundlagenforschung, Klinik und Gesundheitswissenschaften erwartet. Die Techniker Krankenkasse, Pfizer und spektrum|k unterstützen den Kongress, der am 23. Oktober in den neuen Tagungsräumen in der Friedrichstraße 180 in Berlin stattfindet. Die Teilnahme ist kostenlos. <<

Im Welt-Benchmark

>> Deutschland hat im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten, Laborbefunde liegen schneller vor und sind zuverlässiger richtig, Patienten haben mehr Möglichkeiten bei der Arztwahl, bekommen im Krankenhaus seltener eine Infektion und wer chronisch krank ist, wird häufiger und regelmäßiger präventiv untersucht. Dennoch sind Deutsche mit ihrem Gesundheitswesen weitaus unzufriedener als Patienten in anderen Ländern. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Umfrage unter schwerer erkrankten Erwachsenen in Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland. Schwachstellen zeigt das deutsche Versorgungssystem laut Studie bei der Patienteninformation und bei der Koordination zwischen den Leistungsebenen.

An der vom Commonwealth Fund bereits seit 1999 durchgeführten Erhebung zur Qualität der Versorgung hat sich 2005 erstmals auch die Bundesrepublik beteiligt, für die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Studie leitete. „Das Studien-Design erlaubt einen echten Benchmark-Vergleich zwischen den teilnehmenden Ländern", erläutert IQWiG-Chef Prof. Dr. Peter T. Sawicki. „So war es möglich, konkrete und behebbare Versorgungsdefizite aufzudecken – und das national wie international." <<