

Dokumentation

Gesundheitssysteme im Vergleich

**Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und
in der Schweiz als Vorbild für Deutschland?**

Dr. Frank Schulze Ehring
Dr. Anne-Dorothee Köster

Die Autoren dieser Dokumentation:

Dr. Frank Schulze Ehring
Referatsleiter Sozialpolitik
Tel. 030 204589-58
Fax 030 204589-1521
Mail Frank.SchulzeEhring@pkv.de

Dr. Anne-Dorothee Köster
Referentin Sozialpolitik
Tel. 030 204589-42
Fax 030 204589-1523
Mail anne-dorothee.koester@pkv.de

PKV Dokumentation Nr. 29
Gesundheitssysteme im Vergleich

Stand: 15. Mai 2010
Bestell-Nr. 18-15052010-29
ISSN 0340-1367

Gesundheitssysteme im Vergleich

Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland?

Inhalt

Vorwort..... 2

Teil A:

**Die Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden
Betrachtungen aus deutscher Sicht**

von Dr. Frank Schulze Ehring5

Teil B:

**Das Gesundheitssystem in der Schweiz
Betrachtungen aus deutscher Sicht**

von Dr. Anne-Dorothee Köster77

Vorwort

Seit Mitte März tagt die Regierungskommission zur Reform der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes. Die Regierungskommission hat den Auftrag, die Beschlüsse des Koalitionsvertrages umzusetzen. Im Koalitionsvertrag heißt es dabei unter anderem, dass „das bestehende Ausgleichssystem ... in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, ... und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen“ überführt werden soll. Mit dieser Formulierung steht die Einführung einer pauschalen Versicherungsprämie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Debatte. Für genau diesen pauschalen Versicherungsbeitrag gibt es Vorbilder in unseren Nachbarländern. Sowohl im niederländischen als auch im Schweizer Gesundheitssystem sind vom Versicherten – partiell oder vollständig - Pauschalbeiträge für den Schutz gegen das Krankheitsrisiko zu leisten.

Das niederländische Gesundheitssystem steht an der Spitze möglicher „Vorbilder“, wenn es um zukünftige Reformen im deutschen Gesundheitswesen geht. So wird die in den Niederlanden 2006 in Kraft getretene Gesundheitsreform häufig von Befürwortern pauschaler Versicherungsbeiträge als Entwurf für Deutschland betrachtet. Um die Jahrtausendwende hatte die Schweiz eine ähnliche Position inne. Auch die 1996 in der Schweiz eingeführten Kopfpauschalen mit einem individuellen Sozialausgleich über das Steuersystem sind immer wieder von parteipolitischen Überlegungen aufgegriffen worden.

Die (politische) Popularität des Schweizer Modells hat in Deutschland inzwischen deutlich nachgelassen. Die Einschätzungen zu den Reformergebnissen in der Schweiz sind vor allem angesichts eines ungelösten Kostenproblems ambivalent. Gleichwohl finden sich in Deutschland nach wie vor zentrale Modellelemente der Schweizer Gesundheitsreform von 1996 in der gesundheitspolitischen Diskussion wieder. Dies gilt gerade auch für die jüngst vom Koalitionsvertrag zwischen Union und FDP angestoßene Reformdebatte. Eine differenzierte Analyse des Schweizer Modells aus deutschem Blickwinkel ist also sinnvoll. Die Ergebnisse einer solchen Analyse liegen in dieser PKV-Dokumentation - Teil B - vor.

Die gesundheitspolitische Diskussion rund um eine pauschale Gesundheitsprämie hat sich in Deutschland inzwischen in Richtung der Niederlande verlagert. Politisch ist ein pauschaler, einkommensunabhängiger Versicherungsbeitrag in Deutschland allerdings höchst umstritten. So bedienen sich nicht nur die Befürworter der Pauschale regelmäßig der vermeintlichen Vorbildfunktion des niederländischen Systems. Weil die dort im Jahr 2006 in Kraft getretene Gesundheitsreform auch die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Systems mit einkommensabhängigen Beiträgen und einkommensunabhängigen Pauschalen aufgegeben hat, könnte die Niederlande auch als „Blaupause“ für die sogenannte Bürgerversicherung dienen.

Der für die Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes zu zahlende Preis wäre in Deutschland hoch. Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungsprodukten bliebe ebenso wie der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV auf der Strecke. Letztendlich bieten Wahlfreiheit, Ideen- und Leistungswettbewerb sowie der Wettbewerb zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung viele Chancen.

Argumentativ bedienen sich Parteien aller Couleur am niederländischen Gesundheitssystem. Die Niederlande haben sowohl bei Befürwortern pauschaler Versicherungsprämien als auch bei Verfechtern der Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen einen guten Ruf. Mit der Popularität des niederländischen Gesundheitssystems in Deutschland stellt sich allerdings auch die Frage nach der Berechtigung dieses Rufes. Genau dieser Fragestellung geht Teil A dieser Dokumentation nach. Dabei kommen erhebliche Zweifel auf, inwieweit der gute Ruf des niederländischen Systems als Vorbild für die deutsche Gesundheitspolitik tatsächlich berechtigt ist. So zeigt die Analyse, dass im niederländischen Gesundheitssystem trotz Gesundheitsreform im Jahr 2006 viele Probleme ungelöst bleiben. Das System schneidet damit keineswegs so gut ab, wie in der politischen Diskussion in Deutschland in der Regel vermittelt wird. Dazu kommt, dass das niederländische Modell in vielfältiger Weise der Problemlage und der Ausgangsbedingung in Deutschland nicht entspricht. Letztendlich sollte man also genau hinschauen, wenn man nach Vorbildern für Deutschland sucht. Das gilt für die Niederlande genauso wie für die Schweiz.

Die PKV hofft, dass die Veröffentlichung dieser Dokumentation neue Denkanstöße für den weiteren gesundheitspolitischen Reformprozess geben wird.

Köln, im April 2010

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Teil A:

Die Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden: Betrachtungen aus deutscher Sicht

von Dr. Frank Schulze Ehring

1 Das Gesundheitssystem in den Niederlanden.....	7
1.1 Die Reformgeschichte der Niederlande	7
1.2 Das Gesundheitssystem in 2009	9
1.2.1 Umfang des Versicherungsschutzes	9
1.2.2 Versicherter Personenkreis	13
1.2.3 Beitragsgestaltung	13
1.2.4 Rolle der Zusatzversicherungen und Zusatzleistungen	18
1.2.5 Versicherungsträger und Versicherungsmarkt	20
1.2.6 Wahlrechte der Versicherten	21
2 Bewertung der niederländischen Gesundheitsreform	24
2.1 Akzeptanz in der Bevölkerung	24
2.2 Problem der Kostenentwicklung	26
2.2.1 Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen allgemein	26
2.2.2 Ausgabenentwicklung in der ZVW und AWBZ	30
2.3 Steuerfinanzierung der ZVW	33
2.4 Auswirkungen des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts	35
2.5 Ansätze zur Rationierung	37
2.6 Lohn(zusatz)kosten	39
2.7 Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs	41
2.7.1 Preis- und Beitragswettbewerb	41
2.7.2 Wechselverhalten	43
2.7.3 Marktkonzentration	46
2.8 Nichtversicherung und Nichtzahler	49

3 Niederlande: Vorbild für Deutschland?	51
3.1 Problemlösungskompetenz	51
3.2 Strukturelle Ausgangsbedingungen	56
3.3 Politische Ausgangsbedingungen	58
3.4 Chancen für den Wettbewerb?	61
3.4.1 Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung	61
3.4.2 Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV.....	65
4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung	69
Literaturverzeichnis.....	72

1 Das Gesundheitssystem in den Niederlanden

1.1 Die Reformgeschichte der Niederlande

Das niederländische Gesundheitssystem ist das vorläufige Ergebnis langjähriger reformpolitische² Anstrengungen. Im niederländischen Krankenversicherungssystem sind seit den 60er Jahren eine fast unzählbare Anzahl an Korrekturen und Reformmaßnahmen vorgenommen worden. Insbesondere seit den 70er Jahren stand dabei das Ziel im Vordergrund, die Ausgaben in den gesetzlichen Krankenversicherungssystemen zu stabilisieren, ohne das Niveau oder die Qualität der medizinischen Versorgung senken zu müssen. Die Reformen verfolgten eine Strategie der kleinen Schritte. Maßnahmen, die in einer Reform nicht durchgesetzt werden konnten, wurden später erneut aufgegriffen. Dabei ist in den Niederlanden ein gesundheitspolitisches Reformprofil entstanden, das es folgend als kurzen Überblick über die gesundheitspolitische Reformgeschichte zu charakterisieren gilt.¹

Als Auftakt zur kostendämpfenden Gesundheitspolitik in den Niederlanden kann der sogenannte *Hendriks-Plan*² aus dem Jahr 1974 bezeichnet werden. Auch wenn der Plan in zahlreichen Kernpunkten scheiterte, bemängelte dieser mit Blick auf die zu erwartenden Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen vor allem fehlende oder unzureichende Kostenkontrollinstrumente der Staates, so dass neben diverser struktureller Defizite im ambulanten als auch stationären Sektor, insbesondere der politische Einfluss auf das Gesundheitssystem zu gering sei. Die sich anschließende Reformperiode war von dieser Auffassung geprägt. Neben der verstärkten Einflussnahme der Politik auf Vergütungsfragen, der erweiterten staatlichen Regulierung des stationären Sektors, kam es 1983 erstmals zur Budgetierung, zu Negativlisten im Arzneimittelbereich und zu Formen der Selbstbeteiligung.³

Der Staat konnte in dieser ersten Reformperiode bis Mitte der 80er eine verstärkte politische Kontrolle über das niederländische Gesundheitswesen realisieren. Eine Politik, die durchaus mit der für die 70er Jahre typischen staatlichen Planungseuphorie einherging. Das Ergebnis im Gesundheitssektor war allerdings zwiespäl-

1 Zu den folgenden Ausführungen der Reformgeschichte vgl. *Hartmann, A. K. (2000), S. 132 ff.*

2 Hendriks war Gesundheitsminister im Kabinett den Uyl/van Agt.

3 Vgl. *Hartmann, A. K. (2000), S. 134 f. und S. 139.*

tig. Einerseits gelang es über den stärkeren politischen Einfluss tatsächlich die Kostenentwicklungen besser zu kontrollieren. Andererseits erreichten die Reformen keinerlei durchgreifende Verbesserungen im Bereich der organisatorischen und strukturellen Effizienz sowie der Bedarfsgerechtigkeit beziehungsweise Versorgungsqualität. Nicht zuletzt aus diesem Grunde vollzog sich in der niederländischen Gesundheitspolitik in den folgenden Jahren ein Kurswechsel. Neben der staatlichen Steuerung erhielt mehr und mehr auch der Wettbewerb Einzug ins Gesundheitswesen. Die Kraft der Eigengestaltung und Eigenverantwortung sollte im höheren Maß genutzt werden.⁴

Mitte der 80er Jahre geriet in den Niederlanden verstärkt auch die Regulierung des Versicherungswesens in den Fokus des Reforminteresses. Insbesondere wurde das Verhältnis zwischen Privatversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung neu definiert.⁵ Anstatt einer Versicherungspflichtgrenze wurde eine sogenannte Ausscheidengrenze installiert. Fortan war es trotz Überschreiten einer Einkommensgrenze nicht mehr möglich, sich freiwillig in einer gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Die Betroffenen konnten von nun an nur noch eine private Krankenversicherung abschließen. Um den Zugang zu erleichtern, waren die privaten Versicherer allerdings zum Angebot eines Standardtarifs mit gesetzlich festgelegter Prämie verpflichtet. Für den verpflichtenden Standardtarif war ein Poolausgleich zwischen den Privatversicherern vorgesehen. Ähnliches galt für die Beziehung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Weil die Vergütungsmethoden und die Vergütungshöhe im privaten und gesetzlichen Sektor sukzessive angeglichen worden waren, also eine Honorardifferenzierung bei der Beschaffung von Gesundheitsleistungen nicht stattfand, wurde ein Solidarbeitrag der privaten Krankenversicherung zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Dieser sollte den höheren Anteil kostenintensiver Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal ausgleichen. Ein Ausgleichsbeitrag, der jährlich unter anderem vom Gesundheitsminister neu festgelegt werden musste.

Ab Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre wurde in der niederländischen Gesundheitspolitik intensiv der sogenannte *Dekker-Plan* diskutiert.⁶ Kern dieses Plans war ein umfassender Umbau,

⁴ Vgl. Hartmann, A. K. (2000), S. 135.

⁵ Vgl. Bos, M. (1999), S. 139 und 147 f.

⁶ Dekker war der Vorsitzende eines Komitees, das vom niederländischen Ministerpräsident Lubbers eingesetzt wurde, um grundlegende Ansätze zur Reformierung des Gesundheitswesens zu entwickeln.

eine strukturelle Neuordnung des niederländischen Gesundheitssystems. Als Ganzes konnte der Plan nie verabschiedet werden. Allerdings prägte der Plan das niederländische Reformprofil bis heute. Und auch während der langjährigen Diskussion gingen vom *Dekker*-Plan Veränderungen aus. So veränderte sich Ende der 80er Jahre die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben dem einkommensabhängigen Beitrag gab es von nun an auch einkommensunabhängige Pauschalbeiträge, die Ende 2005 rund 15% der Gesamtbeiträge ausmachten. In der Arzneimittelvergütung wurden ab 1991 Festbeträge und Selbstbeteiligungen eingeführt. Seit Anfang der 90er Jahre sind als Zeichen der Deregulierung und Liberalisierung alle Krankenkassen berechtigt, landesweit tätig zu werden und selektive Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern einzugehen. Darüber hinaus fusionierte 1992 der Verband der Privatversicherungen mit dem der gesetzlichen Kassen zu einer gemeinsamen und zentralen Interessensvertretung.

In den 90er Jahren begann in den Niederlanden die intensive Debatte über eine Reduzierung des gesetzlichen Leistungskatalogs. Bereits seit 1995 konnten gesetzlich Versicherte große Teile der zahnärztlichen Versorgung nur noch durch private Zusatzversicherungen abdecken. Zum vom Volumen her umfangreichsten Ausschluss kam es 2004. Neben zahlreichen Leistungen in der Physiotherapie und Psychotherapie sind insbesondere Leistungen der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung aus dem Katalog der gesetzlichen Kassen herausgenommen und in die Eigenverantwortlichkeit der Bürger überführt worden.

1.2 Das Gesundheitssystem in 2009

1.2.1 Umfang des Versicherungsschutzes

Im Januar 2006 ist in den Niederlanden die letzte „große“ Gesundheitsreform in Kraft getreten. Seit dem beruht das niederländische System der Krankenversicherung auf drei Leistungssäulen.⁷ Die erste Säule stellt die für die gesamte Bevölkerung obligatorische Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) dar. Die AWBZ geht mit ihren Leistungen über den Versorgungsumfang der deutschen Pflegeversicherung weit hinaus. In der AWBZ werden vor allem „Langzeitr Risiken“ versichert. Dabei geht es insbesondere um am-

⁷ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2010)

bulante und stationäre Pflegeleistungen, psychiatrische Versorgung und stationäre Versorgung von über einem Jahr.

Säulen der Krankenversicherung in den Niederlanden		
Pflege- und Langzeitversicherung (Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ)	Krankenversicherung (ZVW - Zorgverzekeringswet)	Private Zusatzversicherung
Obligatorisch	Obligatorisch	Fakultativ
<u>Risikoschutz:</u>	<u>Risikoschutz:</u>	<u>Risikoschutz u.a.:</u>
- Langzeitpflege - Psychiatrische Erkrankungen - Dauerhafte Behinderungen	- Basisleistungen - Akut- und Unfallversorgung - stationäre Versorgung <1 Jahr	- Leistungen außerhalb von AWBZ und ZVW - Zahnersatz - Physiotherapie

Quelle: Eigene Darstellung nach Bundeszentrale für politische Bildung (2010)

Jeder Einwohner der Niederlande ist in der obligatorischen Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) pflichtversichert. Finanziert wird die AWBZ – neben staatlichen Subventionen – vor allem durch einkommensbezogene Versicherungsbeiträge (auch auf die Basisrente AOW), die ausschließlich von den Versicherten (ohne Arbeitgeberbeitrag) getragen werden (2009: 12,15% vom Bruttoeinkommen der ersten beiden Steuerklassen = 32.369 €). Die Beiträge für abhängig Beschäftigte werden vom Arbeitgeber eingezogen. Andere Versicherte entrichten die Beiträge für die AWBZ zusammen mit der Einkommensteuer. Kinder unter 15 Jahren und Personen ohne eigenes Einkommen werden beitragsfrei mitversichert.

Die häusliche Pflege beinhaltet Pflege, Betreuung, Unterstützung und Beratung. Jeder Pflegebedürftige muss eine Zuzahlung von 12 € (Stand: 2005) je Pflegestunde leisten, höchstens jedoch 528 € monatlich. Wenn notwendig, kann eine Tagespflege in einem Pflegeheim erfolgen. Die stationäre Pflege beinhaltet zusätzlich medizinische Rehabilitation, Physiotherapie und Beschäftigungstherapie. Zuzahlungen hängen vom Einkommen des Versicherten ab, sind aber auf maximal 1.700 € (Stand: 2006) monatlich begrenzt.⁸

Die AWBZ ist für den Kranken- und Pflegeversicherungsschutz der Niederländer von großer Bedeutung. Im Jahr 2007 wurden

⁸ Vgl. Beske, F.; Drabinski, T.; Golbach, U. (2005a), S. 150 f.

etwa 42% der Ausgaben⁹ im Krankenversicherungsschutz durch die Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) abgedeckt. Von der Krankenversicherungsreform des Jahres 2006 war die AWBZ dennoch nicht betroffen. Dementsprechend steht sie in den folgenden Ausführungen nicht weiter im Mittelpunkt des Interesses.

Gegenstand der Gesundheitsreform 2006 war in erster Linie die zweite Säule der Krankenversicherung. Sie wird seit der Gesundheitsreform durch die eigentliche Krankenversicherung gebildet (Zorgverzekeringswet - ZVW).¹⁰ Die ZVW stellt eine Basisversicherung dar, mit der alle wesentlichen ambulanten und stationären Leistungen der Akutversorgung abgesichert sind. Der Leistungskatalog selbst hat sich mit der Gesundheitsreform 2006 nicht verändert. Traditionell kennen die Patienten in den Niederlanden nur geringe Zuzahlungen. Der Leistungskatalog der Basisversicherung beschränkt sich allerdings auf einen Mindestschutz. Der Umfang des Mindestschutzes ist das Ergebnis eines langen politischen Prozesses. Schon seit 1995 ist in den Niederlanden die Diskussion um den gesetzlichen Leistungskatalog geführt worden. Infolgedessen ist zum Beispiel schon weit vor dem 1.1.2006 der Zahnersatz sowie große Teile der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung für Personen über 22 aus dem gesetzlichen Leistungskatalog herausgenommen worden.^{11 12} Ähnliches gilt für das Krankengeld, das in den Niederlanden nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Schon in den 90er Jahren wurde das Krankengeld von der niederländischen Regierung privatisiert und in der Regel in die Verantwortung der Arbeitgeber gelegt.¹³

9 42% entfallen auf die AWBZ, 52% auf die ZVW und 6% auf ergänzende Zusatzversicherungen, vgl. *Maarse, H. (2009)*, S. 261.

10 Die neue Krankenversicherung ZvW (Zorgverzekeringswet) ersetzt die Zfw (Ziekenfondswet).

11 Vgl. unter anderem *Greß, S. (2004)*.

12 In 2009 sind weitere Leistungskürzungen vorgenommen worden, unter anderem ist die Erstattung von Schlaftabletten, Beruhigungsmitteln und Hilfsmitteln reduziert oder gestrichen worden. Die erwarteten Ersparnisse belaufen sich auf 124 Mio. €; vgl. *Donders, P.; van Riel, S. (2009)*, S. 13.

13 Vgl. unter anderem *Greß, S. (2000)*, S. 16 ff.; *Greß, S. (2004)*, S. 37.

Der Leistungskatalog im Detail:

Bereich	Leistung	Bereich	Leistung
Unterbringung im Krankenhaus	Freie Krankenhauswahl Keine Zuzahlung bei Standardunterbringung	Mutterkuren/ stationäre Kuren	Kosten stationärer Versorgung in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen: Zuzahlung 100 %
Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung	Übernahme von Transportkosten zur ambulanten Behandlung Zuzahlung: max. 66 € p.a.	Anschlussrehabilitation	Kosten stationärer Versorgung in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen: Zuzahlung 100 %
Fahrtkosten zur stationären Behandlung	Transport zum Krankenhaus ist erstattungsfähig Zuzahlung: maximal 66 € pro Jahr	Hilfsmittel	Genehmigungspflicht Rollstühle ohne Erstattung Selbstbehalte unter anderem bei orthopädischen Schuhen oder Hörhilfen Zuzahlungen bei Preisen über Festpreis Darüber hinaus u.a. Mengenbegrenzungen
Hausärztliche Versorgung	Hausarztprinzip Keine Zuzahlung	Heilmittel	Keine Zuzahlungen
Psychotherapie	Erstattung bis zur 20. oder 50. Sitzung, je nach Diagnose	Fachärztliche Versorgung	Facharzt nur mit Überweisung; sonst Zuzahlung
Physiotherapie	Zuzahlung bei den ersten neun Behandlungen, ab der 10. Behandlung 100 % Zuzahlung	Kieferorthopädie	nur spezielle chirurgische Eingriffe erstattungsfähig sonst: Zuzahlung 100 %
Zahnversorgung und Zahnersatz	über 22 nur spezielle chirurgische Eingriffe und herausnehmbarer Zahnersatz erstattungsfähig Sonst: Zuzahlung 100 % bis 22 in der Regel Erstattung von Prophylaxe, Versiegelungen und chirurgischen Eingriffen	Krankengeld/ Lohnfortzahlung	Lohnfortzahlung (2 Jahre) und Krankengeld kein Bestandteil der Krankenversicherung Finanzierung in der Regel über Arbeitgeber (Lohnfortzahlung) und Sozialversicherung (Krankengeld)
verschreibungspflichtige Arzneimittel	Positiv- und Negativliste Patient muss sich bei einer Vertragsapotheke seiner Krankenkasse einschreiben Keine Zuzahlungen Keine Erstattung von homöopathischen Arzneimitteln Arzneimittel, die nicht auf einer Positivliste stehen, werden bis zur Höhe des Ø - Preises eines Vergleichbaren Medikaments erstattet	nicht Verschreibungspflichtige Arzneimittel	Positiv- und Negativliste Patient muss sich bei einer Vertragsapotheke seiner Krankenkasse einschreiben Keine Zuzahlungen Arzneimittel, die nicht auf einer Positivliste stehen, werden bis zur Höhe des Ø - Preises eines vergleichbaren Medikaments erstattet
Brillen und Sehhilfen	Zuzahlung 100 %	Sonstiges	Keine Erstattung von künstlicher Befruchtung Keine Anti-Baby-Pille bei Frauen über 21

Quelle: u.a. Beske , F. (2005a) und (2005b)

1.2.2 Versicherter Personenkreis

Für die gesamte in den Niederlanden lebende Bevölkerung von ca. 16,5 Mio. Menschen besteht eine Pflicht zur Versicherung in der ZVW (Zorgverzekeringswet). Jeder Bürger ist dafür verantwortlich, entsprechend der Pflicht zur Versicherung, eine Basisversicherung abzuschließen.¹⁴ Kinder unter 18 Jahren sind beitragsfrei mitversichert. Für alle Krankenversicherer besteht Kontrahierungszwang. Sie sind im Umfang der Basisversicherung zur Vertragsannahme gegenüber jedem Bürger, der im Tätigkeitsbereich eines Unternehmens wohnt, verpflichtet. Kommen Personen der Pflicht zur Versicherung nicht nach, werden Nach- und Strafzahlungen fällig. Wer keinen Versicherungsschutz unterhält und zu einem späteren Zeitpunkt eine Krankenversicherung abschließen will, muss bereits entstandene medizinische Kosten selbst tragen, wird darüber hinaus gegebenenfalls mit einem Bußgeld belegt, das in der Höhe einer bis zu 5-jährigen Beitragsnachzahlung plus 30 % entsprechen kann.¹⁵

Neben der Wohnbevölkerung unterliegen auch diejenigen der Pflicht zur Versicherung in der ZVW, die in den Niederlanden nicht wohnen, sondern lediglich im Land beschäftigt sind und eine Lohnsteuer abführen. Das gilt unabhängig von der Existenz einer öffentlichen oder privaten (substitutiven) Krankenversicherung im Heimatland außerhalb oder innerhalb der Europäischen Union (EU). Familienmitglieder (Partner und Kinder) von Beschäftigten in den Niederlanden, die in Deutschland oder einem anderen sogenannten Vertragsland (u.a. EU-Länder) wohnhaft sind, haben dabei Anspruch auf medizinische Versorgung auf Kosten der niederländischen Krankenversicherung. Damit Familienmitglieder im jeweiligen Wohnland Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen aus den Niederlanden geltend machen können, müssen diese bei der niederländischen Krankenversicherung angemeldet werden.¹⁶

1.2.3 Beitragsgestaltung

Die Krankenversicherung (ZVW) ist **umlagefinanziert**. Im Jahr 2007 hat die ZVW etwa 52 % der Leistungsausgaben des Kranken-

14 Nicht einbezogen werden lediglich aktive Berufssoldaten sowie Personen, die aus strenger religiöser Überzeugung den Abschluss einer Krankenversicherung generell ablehnen.

15 Zum Umgang mit säumigen Prämienzahlern vgl. *Abschnitt 2.7*.

16 Vgl. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008)*, S. 17.

versicherungsschutzes abgedeckt.¹⁷ Der Versicherungsbeitrag ist unabhängig vom Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand. Der Beitrag besteht aus einem einkommensabhängigen und einem einkommensunabhängigen Teil. Die sogenannte „*Fifty-Fifty-Regel*“ stellt dabei über einen mehrjährigen Zeitraum sicher, dass sich das Aufkommen aus einkommensabhängigen Beiträgen auf der einen sowie einkommensunabhängigen Prämien und Steuerfinanzierung auf der anderen Seite hälftig aufteilt.¹⁸

Der **einkommensabhängige**, in der Regel auf Löhne und Gehälter erhobene Beitrag muss vom Arbeitgeber finanziert werden,¹⁹ wird aber vom Arbeitnehmer versteuert.²⁰ Der Beitragssatz wird jährlich im Herbst des Vorjahres durch das Gesundheitsministerium in Abstimmung mit dem Finanzministerium und dem Ministerium für Arbeit und Soziales (nach Fachberatung) festgelegt. Zentrales Kriterium ist dabei nicht die Summe der Sozialversicherungsbeiträge, sondern die Entwicklung der Kaufkraft. Der Beitrag beträgt - bis zu einer Bemessungsgrenze von 32.369 €²¹ - im Jahr 2009 für alle Versicherten 6,9 % vom Lohn- und Gehaltseinkommen. Neben Löhnen/Gehältern unterliegen aber ferner - bei identischer Beitragsbemessungsgrenze - auch Leistungen für Arbeitslose, Sozialhilfe und gesetzliche Renten, Betriebsrenten sowie Einkommen aus selbständiger Tätigkeit der Beitragspflicht. Dabei gilt unter anderem für Selbständige ein ermäßigter Beitragssatz von 5,1 %.²²

Die einkommensabhängigen Beitragssätze zur ZVW im Überblick:

Einkommensart	2009	2008	2007	2006
Löhne und Gehälter	6,9 %	7,2 %	6,5 %	6,5 %
Selbständige/Freiberufler	4,8 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %
Sozialhilfe für unter 65-Jährige	6,9 %	7,2 %	6,5 %	6,5 %
Sozialhilfe für unter 65-Jährige	4,8 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %

17 52 % entfallen auf die ZVW, 42 % auf die AWBZ und 6 % auf die ergänzenden Zusatzversicherungen, vgl. *Maarse, H. (2009)*, S. 261. Direct patient payments and tax-funded health care are excluded.

18 Vgl. Art. 45, Abs. 4 und 5, ZVW.

19 Mittelfluss 2008: 13,4 Mrd. €.

20 Die Beiträge werden vom Arbeitnehmer gezahlt, aber vom Arbeitgeber erstattet.

21 Die Bemessungsgrundlage lag 2008 bei 31.231 €, 2007 bei 30.623 € und 2006 bei 30.015 €.

22 Bei mehreren beitragspflichtigen Einkommensarten kann der Beitragssatz variieren. Dabei wird zuerst die Einkommensart mit dem höheren Beitragssatz, dann bis zur Beitragsbemessungsgrenze die Einkommensart mit dem niedrigeren Beitragssatz verbeitragt.

Einkommensart	2009	2008	2007	2006
Arbeitslosengeld	6,9 %	7,2 %	6,5 %	6,5 %
Zahlungen zur Berufsunfähigkeit	6,9 %	7,2 %	6,5 %	6,5 %
gesetzliche Rente ab 65	6,9 %	7,2 %	6,5 %	6,5 %
Renten bei Frühverrentung (Beginn nach 1.1.2006)	4,8 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %
Renten bei Frühverrentung (Beginn vor 1.1.2006 und 2005 krankenversichert)	6,9 %	7,2 %	6,5 %	6,5 %
Renten bei Frühverrentung (Beginn vor 1.1.2006 und 2005 nicht krankenversichert)	4,8 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %
Private Renten/Betriebsrenten	4,8 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %
Hinterbliebenenunterstützung	6,9 %	7,2 %	6,5 %	6,5 %
Renten für Hinterbliebene	4,8 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %
Unterhaltsempfänger (Berechtigung nach dem 1.1.2006)	4,8 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %
Unterhaltsempfänger (Berechtigung nach dem 1.1.2006)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Quelle: www.belastingdienst.nl

Der **einkommensunabhängige** und unternehmensindividuelle Krankenversicherungsbeitrag wird von den Versicherten ab 18 aufgebracht und ist je nach Tarifwahl pauschal und unabhängig vom Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand kalkuliert. Dabei galt bis zum 1. Januar 2008 für Versicherte ab 18 Jahren ein System der Beitragsrückerstattung. Versicherte mit Leistungsausgaben von weniger als 255 € jährlich erhielten bis 2007 im Folgejahr den Differenzbetrag zurück. Weil von einer derartigen Regelung insbesondere chronisch kranke Patienten benachteiligt worden sind, hat die aus den Wahlen 2006 hervorgegangene Mitte-Links-Koalition die Beitragsrückerstattung durch einen obligatorischen Selbstbehalt ersetzt. Mit Wirkung zum 1.1.2008 gilt für Versicherte ab 18 pro Person ein obligatorischer Selbstbehalt von jährlich 150 € im Jahr 2008 und 155 € im Jahr 2009. Das Aufkommen des Selbstbetrags betrug 2008 1,3 Mrd. €. Vom Selbstbehalt ausgenommen

sind Hausarztbesuche, zahnärztliche Behandlungen bis 22 Jahre, Geburtshilfe und Mutterfürsorge nach der Geburt.^{23 24}

Die einkommensunabhängige, von der Höhe her nicht einheitliche nominale Pauschale wird an den Versicherer gezahlt und deckt - über die gesamte Bevölkerung gerechnet - etwa 45 % der gesamten Beitragslast ab.²⁵ Je nach Versicherungsunternehmen, je nach Höhe der unternehmensindividuellen Verwaltungskosten oder je nach Art der Leistungsverträge mit den Leistungsanbietern liegt diese Pauschale für Einzelverträge - das zeigen Erfahrungen (2009) - zwischen 79 und 99 € im Monat. Die Durchschnittsprämie in 2010 beträgt 90 €.²⁶

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
jährliche Ø-Prämie	156 €	98,2 €	98,1 €	179 €	189,6 €	163,6 €	182,6 €
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
jährliche Ø-Prämie	344,7 €	304,6 €	386,1 €	1.027 €	1.091 €	1.038 €	1.056 €

Quelle: Douven, R.; Schut, E. (2006), S. 15.; Vektis (2009b), S. 22; Vektis (2008c), S. 19.

Einkommensschwache erhalten in den Niederlanden seit 2006 steuerfinanzierte Transferzahlungen, um die durch den einkommensunabhängigen Pauschalbeitrag entstandenen finanziellen (Über-) Belastungen auszugleichen. Die Höhe der beim Finanzamt zu beantragenden Zuschüsse hängt unter anderem vom Haushaltseinkommen ab. Einen Teil der Prämie, nämlich 2,7 % des Einzel-Haushaltseinkommens beziehungsweise 5 % des Mehrpersonen-Haushaltseinkommens zahlen alle Versicherten immer selbst. Der Zuschuss ist gedeckelt:

- **Einzelhaushalt:** Bei einem Einkommen im Jahr 2009 unter 32.502 € besteht ein Anspruch auf steuerfinanzierte Transferzuschüsse in Höhe von maximal 57,66 € monatlich.²⁷

23 Vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008), S. 18.

24 Vgl. Agasi, S. (2008), S. 286 f.

25 Vgl. Hamilton, G. J. (2006), S. 9. Mittelfluss 2008: 13,1 Mrd. €.

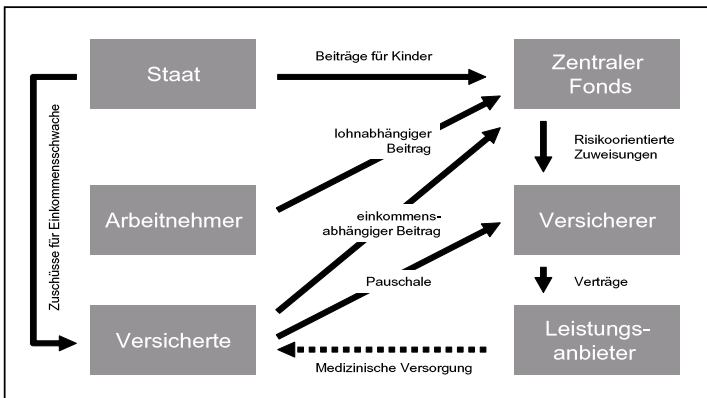
26 Vgl. u.a. Vektis (2009b), Zorgthermometer Vooruitblik 2010.

27 Vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008), S. 18.

- **Mehrpersonenhaushalt:** Verheiratete oder eheähnliche Gemeinschaften mit einem gemeinsamen Einkommen im Jahr 2009 unter 47.880 € haben einen Anspruch auf steuerfinanzierte Transfers in Höhe von maximal 121,75 € monatlich.²⁸

Ausgangspunkt für die Höhe des Sozialtransfers ist der durchschnittliche Pauschalbetrag. Der Transfer erfolgt jährlich. Zuständig sind die Finanzämter.²⁹ Die Deckelung der Zuschüsse macht dabei deutlich, dass der Zuschuss für die Anspruchsberechtigten nur einen Teil der einkommensunabhängigen Prämien erstattet. Der Transfer für Einkommensschwache ist 2008 von 2/3 der Haushalte in Anspruch genommen worden (3,6 Mrd. €).³⁰ Neben diesen Ausgleichszahlungen für Einkommensschwache verfügt das Gesundheitssystem über einen „zweiten“ Pfeiler der Steuerfinanzierung. Die Krankenversicherungsbeiträge für Kinder werden in den Niederlanden in Höhe der hälftigen durchschnittlichen Prämie für Erwachsene aus Haushaltsmitteln finanziert. Diese Beiträge decken etwa 5% der gesamten Beitragslast ab.³¹ Das dafür notwendige Volumen betrug 2008 2,1 Mrd. €.

Abbildung: Finanzierung der Krankenversicherung in den Niederlanden



Quelle: eigene Darstellung

Alle Finanzierungsbestandteile fließen in einen Fonds, der das Gesamtaufkommen an die jeweiligen Versicherungsunternehmen verteilt. Dabei werden in einem sich weiterentwickelnden Risikostrukturausgleich die unterschiedlichen Finanzbelastungen der

28 Vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008), S. 18.

29 Vgl. Greß, S.; Manouguian, M.; Wasem, J. (2006).

30 Vgl. Leu, R. et alii. (2009), S. 3.

31 Vgl. Hamilton, G. J. (2006), S. 9, dazu auch die "Fifty-Fifty-Regel".

Versicherungsunternehmen kompensiert.³² Als Merkmale im Risikostrukturausgleich sind derzeit (2009) kostenlos mitversicherte Kinder, Alters- und Geschlechtsstrukturen, Minderung der Erwerbsfähigkeit, regionale Verteilung von Versicherten, pharmazeutische Verordnungen, Diagnose-Behandlungskombinationen bei ambulanter oder stationärer Behandlung im Krankenhaus sowie unterschiedliche Morbiditätsstrukturen (nach Morbiditätspunkten) berücksichtigungsfähig.³³ Für besonders aufwändige Leistungsfälle existiert darüber hinaus ein Hochrisikopool. Und: In einem mehrstufigen Verfahren kommt es für etwa die Hälfte des Ausgabenvolumens zu einem nachträglichen ex-post-Ausgleich anhand der tatsächlichen Leistungsausgaben.³⁴

1.2.4 Rolle der Zusatzversicherungen und Zusatzleistungen

Als dritte Säule des Schutzes gegen das Krankheitsrisiko lässt sich in den Niederlanden die private Krankenzusatzversicherung bezeichnen. Sie kann freiwillig und in Art und Umfang frei komplementär zur ZVW und AWBZ, häufig aber als Zusatzleistung in Verbindung zur ZVW-Basisversicherung (Paketlösung) abgeschlossen werden. Im Jahr 2009 haben Krankenzusatzleistungen etwa 6 % der Ausgaben der gesamten Krankenversicherungsleistungen abgedeckt.³⁵ Durch die Beschränkungen des gesetzlichen Leistungskatalogs seit Mitte der 90er hat die Bedeutung von Zusatzversicherungen deutlich zugenommen. Im Jahr 2009 hatten insgesamt 92 % der niederländischen Versicherten eine derartige Zusatzversicherung abgeschlossen.³⁶ Besonders populär sind dabei Zusatzversicherungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung (86 %) und Physiotherapie (71 %). Aber auch das darüber hinausgehende Angebot der Versicherer ist sehr groß. Es reicht von Auslandsreiseschutzimpfungen, Ein-Bett-Zimmer im Krankenhaus, Naturmedizin über Präventions- und Chronikerprogrammen bis hin zu Nachsorgeprogrammen für Krebspatienten.

Leistungsumfang und Versicherungsprämien von Zusatzversicherungen oder -leistungen werden gesetzlich nicht reguliert. Die Unternehmen sind frei in der Kalkulation ihrer Prämien. Während sie bei „kleinteiligen“ und „kleinpreisigen“ Zusatzleistungen häufig eine offene, risikounabhängige Einschreibung akzeptieren, beziehen die Versicherer bei umfassenden und teureren Zusatzversi-

32 Vgl. Westert, G.; van den Berg, M.; Koolman, X. (2008).

33 Vgl. Douven, R. (2007), S. 11 ff.

34 Vgl. Douven, R. (2007), S. 20 ff.

35 Vgl. Maarse, H. (2009), S. 261.

36 Vgl. NZa (2009), S. 28.

cherungen neben dem Leistungsumfang häufig risikoäquivalent auch das Alter und den Gesundheitszustand des Antragstellers (Gesundheitsprüfung) in die Höhe der Prämie mit ein. Und: Im Gegensatz zur ZVW sind die Versicherer bei Zusatzleistungen nicht dazu verpflichtet, jeden Antragsteller zu akzeptieren. Es ist ihnen lediglich nicht erlaubt, einem Versicherungsnehmer zu kündigen, falls sich dieser in der Basisversicherung (ZVW) für einen Wechsel zu einem konkurrierenden Versicherungsunternehmen entschieden hat.

Beispiel: Preis-Leistung bei einer Zahnzusatzversicherung in NL

1. **Zahn Kompakt:** 11,95 € monatlich
Rückerstattung von 75% der zahnmedizinischen Kosten, bis 250 € jährlich
2. **Zahn Komplett:** 19,95 € monatlich
Rückerstattung von 75% der zahnmedizinischen Kosten, bis 500 € jährlich
3. **Zahn Komfort:** 25,95 € monatlich
Rückerstattung von 75% der zahnmedizinischen Kosten, bis 1.000 € jährlich vorbehaltlich Risikoprüfung (zahnmedizinischer Check-up) und Annahme

Quelle: Agis Versicherung (2009), www.basiszorgen.nl/agisaanvullend.asp (Stand: März 2010)

Der Einsatz von Gesundheitsprüfungen wird von den niederländischen Krankenkassen sehr unterschiedlich gehandhabt. Im Jahr 2008 haben 6 von insgesamt 29 Versicherern Zusatztarife angeboten, die bei Abschluss einer Zusatzversicherung explizit den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers überprüfen.³⁷ Die Bedeutung von Gesundheitsprüfungen variiert allerdings von Jahr zu Jahr. Vor der Gesundheitsreform (2004) sahen beim Angebot von Zusatzversicherungen noch 50% der Versicherungsunternehmen Fragen zum Gesundheitszustand vor. Im Jahr 2006 und 2007 bestanden dann nur noch 10% der Versicherer auf eine Risikoprüfung.³⁸ Ein Tatbestand, der in der Regel dem (temporären) Willen geschuldet war, in einem sehr dynamischen Markt zum Start der niederländischen Gesundheitsreform mit Paketlösungen aus

³⁷ Risikoabhängige Beiträge in der Zusatzversicherung stellen bei Kopplung mit dem Basischutz ein indirektes Mittel dar, Risikoselektion in der Basisversicherung zu erzielen.

³⁸ Vgl. Maarse, H. (2009), S. 273. <http://www.dnb.nl/openboek/extern/id/en/all/41-116994.html?searchindex=true>

Basis- und Zusatzversicherung einen relevanten Marktanteil im Krankenversicherungsmarkt zu verteidigen oder zu erobern.

1.2.5 Versicherungsträger und Versicherungsmarkt

In den Niederlanden ist 2006 die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Systems mit allein privatrechtlicher Struktur aufgegeben worden. Die Durchführung der Krankenversicherung obliegt privatrechtlich organisierten Schadensversicherungsunternehmen, die öffentliche Vorgaben zu erfüllen haben (Kontrahierungszwang; Verbot der Prämiendifferenzierung; einheitlicher Leistungskatalog; Risikostrukturausgleich). Der Versicherungsmarkt wird von Unternehmen, die meist als Vereine auf Gegenseitigkeit organisiert sind, dominiert. Es gibt allerdings auch Krankenversicherer, die in großen, nicht nur auf Krankenversicherungen beschränkten Versicherungskonzernen integriert sind.

Die Krankenversicherung wird durch Vertrag geschlossen und kann nicht einseitig vom Versicherer gekündigt werden.³⁹ Der Rechtsschutz wird durch die Zivilgerichte gewährt. Die vor 2006 existierenden gesetzlichen Kassen verloren 2006 ihren öffentlichen Charakter. Sie sind den privaten Versicherungen gleichgestellt worden. Alle Versicherer müssen landesweit operieren, wobei es Ausnahmen für kleinere (weniger als 850.000 Versicherte) und neu gegründete Unternehmen gibt.

Den Versicherungsunternehmen ist die Gewinnerzielung erlaubt.⁴⁰ Im Gegenzug sind gesetzliche Liquiditäts- und Solvabilitätsbestimmungen verpflichtend einzuhalten. Die Unternehmen müssen zur Gewährung der beständigen Erfüllbarkeit der Versprechen aus den Versicherungsverträgen Eigenmittel in Höhe einer Solvabilitätsspanne von 8% der durchschnittlichen Leistungsausgaben der letzten drei Jahre vorhalten. Das entspricht ungefähr einer Monatsausgabe. Vor der Gesundheitsreform 2006 galt diese Solvabilitätsbestimmung nur für die gesetzlichen Krankenversicherer. Die schon vor 2006 privat agierenden Krankenversicherer mussten eine Solvabilitätsanforderung von 24% der durchschnittlichen Leistungsausgaben erfüllen.⁴¹ Mit der Begründung, dass das ver-

39 Vgl. Bartholomé, Y.; Maarse, H. (2006).

40 „The health insurance system will be operated by private health insurance companies that can make profits and pay dividends to shareholders.“, *Ministry of Health, Welfare and Sport (2004)*, S. 2.

41 The Nederlandse Bank, www.dnb.nl/openboek/extern/id/en/all/41-116994.html?searchindex=true

sicherungstechnische Risiko der schon vor 2006 privaten Krankenversicherer durch den ab 2006 alle Versicherer umfassenden Risikostrukturausgleich für die Basisversicherung begrenzt wird, ist diese Anforderung entsprechend auf 8% gesenkt worden. Bei Zusatzversicherungen liegt die Solvabilitätsspanne weiterhin bei 24% der durchschnittlichen Ausgabenhöhe.⁴²

Die Einhaltung der gesetzlichen Solvabilitätsspanne müssen die Krankenversicherer gegenüber der Niederländischen Bank als Finanzaufsicht regelmäßig nachweisen. Neben der Niederländischen Bank und der niederländischen Regierung sowie des Ministeriums für Gesundheit unterstehen die Versicherungsträger beziehungsweise der Versicherungsmarkt der Aufsicht unterschiedlicher, relativ unabhängig agierender Ämter, Agenturen und Organisationen. Ein Überblick über die wichtigsten Einrichtungen:

*Dutch Health Care Authority (NZa):*⁴³

Aufgabe: Beaufsichtigung des Wettbewerbsverhaltens der Versicherungsunternehmen
Entwicklungsbeobachtung des Versicherungsmarktes

*Health Insurance Board (CVZ):*⁴⁴

Aufgabe: Beratung der Regierung in versicherungstechnischen Fragen, Administration des Risikostrukturausgleichs

*Dutch Competition Authority (NMa):*⁴⁵

Aufgabe: Fusionskontrolle zwischen den Versicherungsunternehmen

*The Nederlandse Bank (DNB):*⁴⁶

Aufgabe: Finanzaufsicht der Versicherungsunternehmen (Solvency)

1.2.6 Wahlrechte der Versicherten

Ein funktionsfähiger Wettbewerb ist ein zentraler Kernbestandteil des niederländischen Gesundheitssystems. Das bezieht sich zunächst einmal auf den Versicherungsmarkt und setzt Wahlrechte und -freiheiten der Versicherten voraus. Entsprechend können sich alle Versicherten frei für ein Krankenversicherungs-

⁴² Vgl. Agasi, S. (2008), S. 293 ff.

⁴³ Dutch Health Care Authority, www.nza.nl

⁴⁴ Health Insurance Board, www.cvz.nl

⁴⁵ Dutch Competition Authority, <http://www.nmanet.nl>

⁴⁶ The Nederlandse Bank, www.dnb.nl

unternehmen entscheiden. Ein (jährlicher) Wechsel, von dem im Jahr 2008 3,5% der Versicherten Gebrauch machten,⁴⁷ ist unter Einhaltung der Kündigungsfrist (Kündigung bis zum Jahresende und Anmeldung beim neuen Versicherer bis Ende Januar des Folgejahres) erlaubt.⁴⁸ Darüber hinaus kann der Umfang des Versicherungsschutzes (über dem Basisniveau) innerhalb der Tarifauswahl der Versicherungsunternehmen frei gewählt werden. Versicherte müssen im Basisschutz - der nach dem Hausarztprinzip (Einschreibung in PLZ-Gebiet = gatekeeper) konzipiert ist, gleichzeitig aber freie Krankenhauswahl gewährleistet - zwischen einem Sachleistungsmodell (wie vor 2006 auf dem öffentlich-rechtlichen Kassensektor), einem Kostenerstattungsmodell (wie vor 2006 auf dem bisherigen Privatversicherungssektor) oder einem Kombinationsmodell wählen. Mittlerweile haben sich 46% der Versicherten für die Sachleistung, 21% für die Kostenerstattung und 33% für die Kombination aus Sachleistung und Kostenerstattung entschieden.⁴⁹

Über den obligatorischen Selbstbehalt in der Basisversicherung in Höhe von jährlich 155 € hinaus haben die Niederländer die Möglichkeit, höhere Selbstbehalte anzuwählen. Die Selbstbehaltstufen sind gesetzlich vorgegeben (zwischen 100 und 500 €). Die Höhe der Prämienreduktion durch Selbstbehalt bestimmen die Unternehmen. Der Anteil der Versicherten allerdings, die sich für einen (höheren) Selbstbehalt (über dem obligatorischen Selbstbehalt) entschieden haben, lag 2006 (2008) bei nur 6,2% (5,2%).⁵⁰ Ein relativ niedriger Wert, der als Risikoaversion der Niederländer oder als Mangelanreiz einer durch Selbstbehalte zu erreichenden zu niedrigen Prämienreduktion interpretiert werden könnte.⁵¹

Neben dem Abschluss einer Krankenversicherung als Einzelvertrag sind als Wahlalternative flexible Gruppenversicherungen erlaubt. Arbeitgeber oder andere Interessensorganisationen können dabei für ihre Versicherten oder Versichertengruppen mit einer Krankenversicherung - gegen Prämienreduktion - einen Gruppenvertrag abschließen, der ein bestimmtes Leistungspaket (unter Umständen mit speziellen Zusatzleistungen) verspricht. Die Reduktion der Basisprämie liegt 2010 im Durchschnitt bei 7,1%,⁵²

47 Vgl. *Vektis (2009c)*, S. 1.

48 Die Versicherer müssen 6 Wochen vor dem Jahresende ihre Prämie für das Folgejahr publizieren.

49 Vgl. *Vektis (2009c)*, S. 5.

50 Vgl. *Vektis (2009c)*, S. 5.

51 Vgl. *Maarse, H. (2009)*, S. 271.

52 Vgl. *BS Health Consultancy (2010)*, S. 3.

ist aber gesetzlich auf **maximal** 10 % begrenzt.⁵³ Eine Nachlass-Begrenzung für Zusatzversicherungen gibt es dabei nicht. Im Jahr 2010 (2006) waren 64 % (53,0%) der Niederländer in einem Gruppenvertrag versichert.⁵⁴ 2/3 der Gruppenverträge beziehen sich dabei auf die Ebene einer Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Beziehung. Das dritte Drittel enthält Gruppenverträge, denen man von außen beitreten kann. Diese sind zum Beispiel von Patientengruppen, Verbraucherorganisationen, Gewerkschaften, Vereinen oder Provinzregierungen für soziale Minderheiten oder Versicherte mit speziellen Bedürfnissen (u.a. Diabetes) vereinbart worden.

Mit über 60% der Versicherten haben Gruppenverträge inzwischen eine hohe Akzeptanz gefunden. Zur Erhöhung der Wahlfreiheit der Versicherten tragen aber auch relativ neue, ab 2008 auf dem Markt wahrzunehmende Krankenversicherungstarife bei, die im Rahmen von selektiven Verträgen mit guten und preiswerten Leistungserbringern eine selektive Auswahl der Leistungserbringer vornehmen (*Preferred-Provider-Tarife*).⁵⁵ Die Honorierung der Leistungserbringer liegt bei derartigen Tarifen - selektiv vereinbart - unterhalb der gesetzlichen Gebührenordnung oder entsprechend unterhalb eines Marktpreises für diejenigen medizinischen Behandlungen, bei der es keine gesetzlich vorgegebene Honorierung gibt.

Für die Versicherten geht es bei *Preferred-Provider-Tarifen* letztendlich - gegen erhebliche Prämienreduktion - um eine freiwillige Leistungseinschränkung. Der Versicherte verzichtet zum Beispiel vor Vertragsbeginn explizit auf die freie Krankenhauswahl, nimmt eine eingeschränkte Wahl des Hausarztes hin und beschränkt sich bei der Entgegennahme von Arzneimitteln auf eine Auswahl von Apotheken. Wird ein beim Versicherungsunternehmen nicht unter Vertrag stehender Leistungserbringer konsultiert, entsteht dabei in der Regel ein erheblicher, wenngleich im Jahr gedeckelter Eigenanteil. Noch haben sich für derartige Verträge nur wenige Versicherte entschieden.⁵⁶ Ob diese ein Erfolgsmodell werden, bleibt letztendlich der Wahlfreiheit und -entscheidung der Versicherten überlassen.

53 Vgl. dazu Walser, C. (2005), S. 275.

54 Vgl. Maarse, H. (2009), S. 271; BS Health Consultancy (2010), S. 3.

55 Vgl. Douven et. alii. (2007), S. 6 f.

56 Das Beispiel bezieht sich auf einen Tarif des Versicherers Univé, dem 26.000 Personen beigetreten sind, vgl. dazu Müller, J. (2009), S. 29. Im Tarif von Univé können Versicherte ihre Arzneimittel nur über eine Internet-Apotheke bestellen und bei planbaren Krankenhausaufenthalten ist die Wahl auf 13 von ca. 90 niederländischen Krankenhäusern beschränkt. Wird ein im Tarif nicht vorgesehener Leistungserbringer aufgesucht, muss der Versicherte 20 % (begrenzt auf 500 € jährlich) der Behandlungskosten selbst tragen.

2 Bewertung der niederländischen Gesundheitsreform

2.1 Akzeptanz in der Bevölkerung

Die Akzeptanz des (neuen) Krankenversicherungssystems ist relativ groß. Gelegentlich und aktuell kommt allerdings immer wieder Kritik (insbesondere vom linken Parteienspektrum) auf. Gegenstand der Kritik ist der relativ hohe Anteil der einkommensunabhängigen Prämie. Als Argumente für eine niedrigere Pauschale (30 € monatlich und weniger) werden dabei auch der Wegfall eines dann nicht mehr notwendigen steuerfinanzierten Sozialtransfers für einkommensschwache Haushalte genannt. Darüber hinaus glauben viele Menschen nicht, dass eine relativ hohe pauschale Prämie einen Beitrag zur Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungen leistet.⁵⁷ Letztendlich aber wird das niederländische System über Parteigrenzen hinweg relativ wohlwollend (mit Kritik in der Regel im Detail) begleitet. Entsprechend hoch ist auch die Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung. Von allen großen, wichtigen gesellschaftlichen Gruppen ist die niederländische Krankenversicherung (ZVW) inklusive des pauschalen Arbeitnehmerbeitrages vollständig und weitestgehend anerkannt. Das lässt sich unter anderem wie folgt begründen:

(1) Für die „subjektive“ und „psychologische“ Wahrnehmung eines großen Teiles der Bevölkerung ist insbesondere die versicherungsindividuelle Pauschale relevant. Anders als der Arbeitgeberbeitrag wird die Gesundheitsprämie eben nicht durch Lohnabzug beim Arbeitgeber entrichtet, sondern muss direkt an die Kassen gezahlt werden. Und diese einkommensunabhängige Pauschale hat sich seit 2006 aus verschiedensten Gründen relativ stabil entwickelt. Sie ist im Durchschnitt seit 2006 (85,60 € monatlich) lediglich um 2,8 % angestiegen (2009: 88 €).^{58 59} Darüber hinaus ist die niedrigste auf dem Markt beobachtete Prämie von 82,50 € in 2006 auf 79,20 € im Jahr 2009 sogar gesunken.⁶⁰ Ein Kostenanstieg im Gesundheitssystem ist aus Perspektive des größten Teils der Bevölkerung deshalb nicht wahrgenommen worden. Entsprechend gut fällt das Urteil der Bevölkerung für das „neue“ System aus.

57 Vgl. *Evaluatie (2009)*, S. 139 f.

58 Vgl. *Vektis (2009b)*, S. 22; *Vektis (2007b)*, S. 19.

59 Im Jahr 2010 beträgt die Durchschnittsprämie 90,42 €. Das entspricht gegenüber dem Jahr 2006 einer Steigerung von 5,6 %, vgl. *Vektis (2009b)*, S. 22.

60 Alle Beiträge nach Abzug von Rabatten, die im Zuge von Gruppenverträgen gewährt worden sind, vgl. dazu auch *Müller J. (2009)*, S. 26.

(2) Von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz des (neuen) Krankenversicherungssystems ist die Reformvorbereitung selbst. Dabei ist in der Gesundheitspolitik Kontinuität zu beobachten gewesen. Man kann durchaus von einer langfristigen Strategie sprechen, wenn man feststellt, dass schon seit Ende der 80er Jahre vom Einkommen unabhängige Pauschalen existieren. Diese wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung autonom festgelegt, sind in den Jahren vor der Reform **ohne Sozialausgleich** kontinuierlich angestiegen (2005: Ø 386 € pro Jahr) und machten schon vor der Reform 15% der Gesamtbeiträge aus. Ergo: Die Neugewichtung der Systemfinanzierung zwischen „gleich starken“ einkommensabhängigen Beiträgen und pauschalen Prämien war für die Bevölkerung nur vom Niveau her neu. Hinzu kam, dass der Sozialtransfer eingeführt worden ist. Durch Steuer- und Transferzahlungen konnten die durch die Gesundheitsreform ausgelösten negativen Belastungswirkungen begrenzt werden. So ging das *Centraal Plan Bureau* (CPB) für das Reformjahr 2006 für rund 80% der niederländischen Haushalte von einem reformbedingten Anstieg der Kaufkraft (bis zu 4%) aus. Rund 20% der Haushalte (= 0,9 Mio. Haushalte) sind dagegen von einem begrenzten Kaufkraftverlust von bis zu 2% konfrontiert worden. Darunter waren - unabhängig vom Versicherungsstatus vor der Reform - vor allem Doppelverdiener ohne Kinder.⁶¹

(3) Zur Reformvorbereitung gehört auch die langfristige Entwicklung des gesetzlichen Leistungskatalogs. Leistungskürzungen werden deshalb von der Bevölkerung nicht mit der Gesundheitsreform 2006 in Verbindung gebracht. Denn die Diskussion um einen angemessenen in der Umlage finanzierten Pflichtleistungskatalog wurde in den Niederlanden viel früher geführt. Infolgedessen ist zum Beispiel schon in den 90er Jahren der Zahnersatz sowie große Teile der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung für Erwachsene (über 22 Jahre) aus dem gesetzlichen Leistungskatalog herausgenommen worden.⁶²

(4) Umfangreiche Wahl- und Wechselrechte haben die Akzeptanz des niederländischen Krankenversicherungssystems gefördert.⁶³ Auf die verschiedenen Wahlmöglichkeiten wurde von Anfang an in Informationskampagnen aufmerksam gemacht. Vom Gesundheitsministerium und von Verbraucherverbänden unterstützte

61 Vgl. CPB – Centraal Planbureau [2006], *Koopkrachtontwikkeling 2006*, in: Greß, S.; Manouguian, M., Wasem, J. (2006), S. 26 ff.

62 Vgl. Greß, S. (2004), S. 37 f.

63 Vgl. Abschnitt 1.2.6

Internetportale, die umfassend und aktuell über Prämienunterschiede, Leistungsunterschiede und Zusatzversicherungen informieren, sorgen für die notwendige Transparenz.⁶⁴

(5) Die „*Fifty-Fifty-Regel*“ gewährleistet dem Versicherten, dass es gegenüber dem einkommensabhängigen Beitrag (der Arbeitgeber) über einen mehrjährigen Zeitraum nicht einseitig zum Anstieg der Pauschale kommt.⁶⁵

2.2 Problem der Kostenentwicklung

Ein Kostenanstieg im Gesundheitssystem ist in der Bevölkerung in den letzten Jahren nicht wahrgenommen worden. Seit 2006 sind die pauschalen Prämien lediglich um 2,8% (2009) beziehungsweise 5,6% (2010) angestiegen.⁶⁶ Entsprechend angesehen ist das Versicherungssystem. Dennoch wird in den Niederlanden – vergleichbar mit der Situation in der Bundesrepublik Deutschland – die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen als große Herausforderung betrachtet. Bei steigender (privater) Nachfrage nach Gesundheitsgütern, unter anderem durch den demographischen Wandel und einer Phase des Leistungsaufbaus in den staatlichen Versicherungssystemen ZVW und AWBZ, muss zur Problemlösung – so zumindest die Auffassung der meisten gesundheitspolitischen Akteure – die Kostenentwicklung gebremst und kontrolliert werden. Ein Ziel, zu dem unter anderem auch die niederländische Gesundheitsreform des Jahres 2006 beitragen sollte.

2.2.1 Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen allgemein

Der Indikator „Anteil der Gesamtausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP)“ weist die Niederlande im internationalen Vergleich als das neunt teuerste Gesundheitswesen aus (Deutschland Platz 4). Der Anteil der Ausgaben am BIP liegt im Zeitablauf kontinuierlich unter dem in Deutschland. Im internationalen Vergleich haben sich damit die Kosten des niederländischen Gesundheitswesens relativ gut entwickelt. Ein Kostenproblem für die Niederlande ist mit diesem Indikator – im Gegensatz zu den Werten für Deutschland („*Mercedes bezahlen, Golf erhalten*“) – so zunächst einmal nicht auszumachen.

64 Vgl. unter anderem www.kiesbeter.nl

65 Vgl. Abschnitt 1.2.3

66 Vgl. *Vektis (2009b)*, S. 22; *Vektis (2007b)*, S. 19.

Tabelle: Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP im Vergleich zu anderen wichtigen OECD-Staaten (Stand: 2007, sortiert nach Höhe)

	USA	F	CH	D	Ö	CA	P	DÄ	NL
2007	16,0%	11,0%	10,8%	10,4%	10,1%	10,1%	9,9%	9,8%	9,8%
	Greece	SW	NOR	AUS	Italy	Spain	UK	FIN	JP
2007	9,6%	9,1%	8,9%	8,8%	8,7%	8,5%	8,4%	8,2%	8,1%

Quelle: OECD Health Data 2009

Einen perfekten Indikator zum internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben gibt es nicht.⁶⁷ Der bessere Maßstab für einen Vergleich der Kosten eines Gesundheitswesens dürften aber die mit der Kaufkraftparität bereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf sein. Denn beim „Anteil am BIP“ handelt es sich um einen Quotienten, bei dem sowohl das Bruttoinlandsprodukt als auch die Gesundheitsausgaben den Wert des Gesamtausdrucks bestimmen. Ein hoher Anteil der Ausgaben am BIP kann damit aus hohen Gesundheitsausgaben, einem niedrigen BIP oder einer Kombination aus beiden entstehen.⁶⁸

Orientiert man sich an den Gesamtausgaben pro Kopf liegen die Niederlande im Kreis der ausgewählten OECD-Länder auf Platz fünf (Deutschland 8).⁶⁹ Darüber hinaus sind im Zeitablauf gerade in der jüngsten Zeit die Gesundheitsausgaben pro Kopf überproportional gestiegen. Seit 2003 liegen die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den Niederlanden über denen in Deutschland. Fazit: Mit der Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf gibt es in den Niederlanden durchaus Anzeichen, die die Auffassung vieler gesundheitspolitischer Akteure bestätigen, es gäbe im Gesundheitswesen eine problematische Kostensituation.

⁶⁷ Zur Diskussion der Indikatoren vgl. Niehaus, F.; Finkenstädt (2009), S. 6 ff.

⁶⁸ Zudem bringen die Bestimmung des BIP und vor allem der internationale Vergleich dieser Größe eine Reihe von Problemen mit sich. So ist neben der Wechselkursproblematik beispielsweise der Umfang der Schattenwirtschaft in den Ländern unterschiedlich und führt zu Wohlstand, der nicht ohne Weiteres erfasst werden kann.

⁶⁹ Vgl. OECD Health Data (2009).

Tabelle: Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf in \$ (kaufkraftbereinigt) im Vergleich zu anderen wichtigen OECD-Staaten (Stand: 2007, sortiert)

	USA	NOR	CH	CA	NL	Ö	F	D	DÄ
2007	7.290 \$	4.763 \$	4.417 \$	3.895 \$	3.837 \$	3.763 \$	3.601 \$	3.588 \$	3.512 \$
	SW	AUS	UK	Fin	Greece	Italy	Spain	JP	P
2007	3.323 \$	3.137 \$	2.992 \$	2.840 \$	2.727 \$	2.686	2.671	2.581 \$	2.150 \$

Quelle: OECD Health Data 2009

Die in den Ländern betrachteten Gesundheitskosten pro Kopf sind nur sehr eingeschränkt miteinander vergleichbar. Von besonderer Bedeutung und Relevanz ist dabei der Tatbestand, dass die Gesundheitskosten der Menschen überproportional mit dem Lebensalter ansteigen („auf 80-Jährige entfallen mehr Gesundheitsausgaben als auf 30-Jährige“). Die Frage des Altersaufbaus einer Bevölkerung hat damit erhebliche Auswirkungen auf die insgesamt in einem Land anfallenden Gesundheitskosten („junge“ Bevölkerungen brauchen vergleichsweise weniger Gesundheitsleistungen als „ältere“). Berücksichtigt man deshalb die Altersstruktur einer Bevölkerung, macht man also die Gesundheitsausgaben der Länder **unabhängig von der Altersstruktur** der jeweiligen Länder vergleichbar und nimmt - unter der Annahme, dass die Strukturen des Gesundheitsangebots in allen Ländern identisch sind (wobei Deutschland als Maßstab genommen wird)⁷⁰ - eine altersstrukturbedingte Gewichtung der Gesundheitsausgaben vor, stellt sich die Kostensituation des niederländischen Gesundheitswesens der unten stehenden Tabelle folgend wie folgt dar:⁷¹

Das niederländische Gesundheitswesen ist unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen in den Ländern um 15,5% ausgabenintensiver als Deutschland. Es liegt hinter der USA, Kanada, Schweiz und Norwegen auf Rang 5. Klammert man also die Wirkung der unterschiedlichen Altersstrukturen in unterschiedlichen Ländern aus, dann ist das niederländische Gesundheitswesen deutlich teurer als das deutsche. Anders formuliert: Besonders preiswert oder kosteneffizient ist das niederländische

⁷⁰ Vgl. dazu Niehaus, F.; Finkenstädt, V. (2009), S. 14 ff.

⁷¹ Vgl. zum Einfluss der Altersstruktur auf die Gesundheitsausgaben eines Landes und den hier dargestellten Ergebnissen Niehaus, F.; Finkenstädt, V. (2009).

Gesundheitswesen nicht. Es würde gar eine Kostenexplosion geben, wenn mit dem niederländischen Gesundheitswesen **heute** die Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerung bereitgestellt werden müsste, die nicht der **heutigen** relativ „jungen“ Bevölkerung der Niederlande, sondern der Altersstruktur einer relativ „alten“ Bevölkerung wie Italien oder Deutschland entspräche.

Dies ist ein beachtliches Ergebnis, weil in der politischen Diskussion immer wieder Elemente des niederländischen Gesundheitswesens als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen genannt werden. An der „problematischen“ Kostensituation - das zeigen zumindest die von der Altersstruktur unabhängigen Gesundheitsausgaben pro Kopf - kann diese populäre Vorbildfunktion des niederländischen Gesundheitswesens nicht liegen.

Tabelle: Rangfolge der Länder nach Höhe ihrer Gesundheitsausgaben pro Kopf im Verhältnis zum deutschen Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Altersstruktur (2007)

Rang	Land	Prozentsatz, um den das Gesundheitswesen des jeweiligen Landes teurer/günstiger als das deutsche Gesundheitssystem ist
1	USA	132,27 %
2	Norwegen	45,20 %
3	Schweiz	28,76 %
4	Kanada	19,82 %
5	Niederlande	15,49 %
6	Österreich	10,45 %
7	Frankreich	5,14 %
8	Dänemark	4,01 %
9	Deutschland	0 %
10	Australien	-2,07 %
11	Schweden	-4,32 %
12	Großbritannien	-11,00 %
13	Finnland	-17,83 %
14	Griechenland	-21,30 %
15	Spanien	-21,44 %
16	Italien	-25,86 %
17	Japan	-31,52 %
18	Portugal	-37,38 %

Quelle: Niehaus, F.; Finkenstädt, V. (2009) auf Basis der OECD-Daten 2007

2.2.2 Ausgabenentwicklung in der ZVW und AWBZ

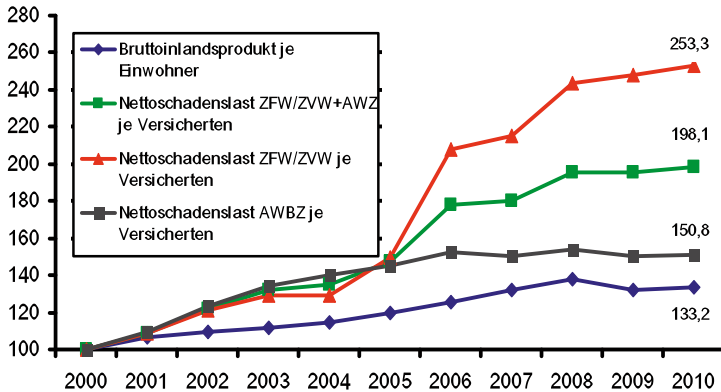
Die Definition der Ausgaben im Gesundheitswesen ist gemäß der OECD relativ umfassend. In den von der OECD veröffentlichten Daten zu den Gesundheitsausgaben eines Gesundheitswesens werden nämlich nicht nur die Ausgaben des niederländischen Gesundheitssystems ZVW und AWBZ, sondern auch beträchtliche darüber hinausgehende Ausgaben wie zum Beispiel privat getragene Ausgaben ausgewiesen. Gerade aber die letztgenannten Ausgaben für Gesundheitsgüter sind unter anderem unter dem Gesichtspunkt des Problems der Lohnzusatzkosten⁷² von unbedenklicher Art. Problematisch sind dagegen die Ausgaben, die für Arbeitgeber und/oder Arbeitnehmer im Rahmen einer beitragspflichtigen Zwangsversicherung in der AWBZ und ZVW entstehen. Eben diese sind in der Regel gemeint, wenn von einem Kostenproblem die Rede ist. Entsprechend sinnvoll ist es, einen Blick auf die Ausgabenentwicklung des beitragspflichtigen Versicherungssystems (ZVW und AWBZ) zu werfen.

Um die Ausgabensituation der ZFW/ZVW⁷³ und AWBZ vereinfacht zu analysieren, wird hier das Bruttoinlandsprodukt je Einwohner mit den Leistungsausgaben (Nettoschadenslast) je Versicherten (Einwohner = Versicherte) verglichen. Das Ergebnis: Während das Bruttoinlandsprodukt als Spiegel für die Wirtschafts- und Leistungskraft der Niederlande zwischen 2000 und 2010 um 33,2% steigen wird, werden sich die Nettoschadenslasten ZFW/ZVW + AWBZ mit 98,1% deutlich dynamischer entwickeln. Die ZFW/ZVW+AWBZ leidet damit unter einem überproportionalen Leistungsausgabenanstieg. Das Kostenproblem im Krankenversicherungssystem der Niederlande ist dementsprechend – trotz oder wegen der Gesundheitsreform 2006 – offensichtlich.

72 Vgl. dazu Absatz 2.5.

73 Die neue Krankenversicherung ZvW (Zorgverzekeringswet) ersetzt seit 2006 die Zfw.

Schaubild: Unbereinigtes Wachstum der Leistungsausgaben (Nettoschadenslast) in AWBZ und ZVW* je Versicherten und des Bruttoinlandsprodukts je Einwohner im Vergleich (Niederlande, 2000 - 2010***)**



* Von 2000 bis einschließlich 2005 ZfW (Zielfondswet), ab 2006 ZVW

** vorgenommene Vereinfachung: Einwohner = Versicherte

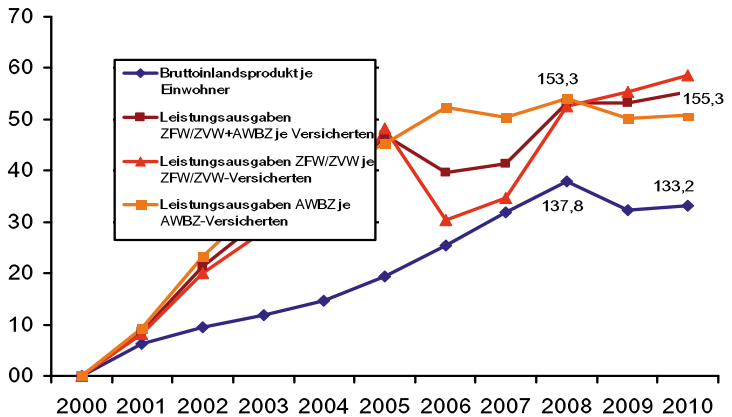
*** 2009 und 2010 geschätzt bzw. prognostiziert

Quelle: Vektis (u.a. 2009b); CBS Statistics Netherlands; eigene Berechnungen

Die Gesundheitsreform 2006 hat einen Systemwechsel vollzogen. Das führt in der Graphik zu einem nicht bereinigten Struktureffekt (nach oben), weil ab 2006 die Versicherungsausgaben in der ZVW durch die Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes sprunghaft angestiegen sind. Dazu kommt ein Niveaueffekt. Der Niveaueffekt lässt sich wie folgt begründen: (1) Abkehr von der Budgetierung im Krankenhaus mit dem Effekt der Mengenausweitung (2) Mit der Reform im Jahr 2006 sind Nichtversicherte zusätzlich ins Versicherungssystem gekommen. In der Regel waren das sogenannte schlechte Risiken, die dementsprechend das Ausgabeniveau der ZVW erhöht haben. Ein Effekt, der in der oben stehenden Graphik besonders sichtbar wird, weil hier vereinfachend von Einwohner = Versicherte ausgegangen worden ist. (3) Die Ausgaben sind angestiegen, weil die Anzahl der Versicherten mit einem relevanten Selbstbehalt sprunghaft gesunken sind. Selbstbehalte waren vor 2006 für ehemals privat Versicherte üblich. Diese hatten ab 2006 die Möglichkeit, ihre Selbstbehalte aufzugeben und zu sehr günstigen Konditionen in einen Versicherungsschutz bei einem neuen oder alten Versicherer zu integrieren.

Der Niveaueffekt lässt sich nicht bereinigen, der Struktureffekt (nach oben) nur bedingt. Dazu müssen die Ausgaben der jeweiligen Versicherungsträger ZFW, ZVW und AWBZ ausschließlich auf den jeweiligen Versicherungskreis bezogen werden. Das Ergebnis: Während das Bruttoinlandsprodukt als Spiegel für die Wirtschafts- und Leistungskraft der Niederlande zwischen 2000 und 2010 um 33,2% steigen wird, werden sich die bereinigten Nettoschadenslasten ZFW/ZVW + AWBZ mit 55,3% deutlich dynamischer entwickeln.

Schaubild: Bereinigtes Wachstum der Leistungsausgaben (Nettoschadenslast) in AWBZ und ZFW/ZVW* je Versicherten und des Bruttoinlandsprodukts je Einwohner im Vergleich (Niederlande, 2000 - 2010***)**



* Von 2000 bis einschließlich 2005 ZfW (Ziekenfondswet), ab 2006 ZVW

** vorgenommene Vereinfachung: Einwohner = Versicherte

*** 2009 und 2010 geschätzt bzw. prognostiziert

Quelle: Vektis (u.a. 2009b); CBS Statistics Netherlands; eigene Berechnungen

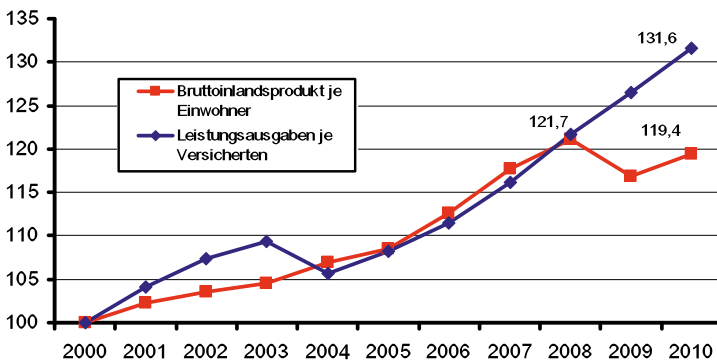
Das Ergebnis stimmt damit mit der Voranalyse überein. Die ZFW/ZVW+AWBZ leidet unter einem überproportionalen Leistungsausgabenanstieg. Aber auch hier lässt sich ein Struktureffekt im Jahr 2006 (in diesem Fall nach unten) nicht vermeiden. Das heißt: In der Voranalyse steckt ein Struktureffekt nach oben, jetzt gibt es einen Struktureffekt nach unten. Einzig und allein die AWBZ-Kurve und BIP-Kurve ist immer in sich konsistent.

Um den Struktureffekt zu vermeiden, empfiehlt sich eine (zu) kurze Zeitanalyse mit dem Basisjahr 2006. Das Ergebnis: Während das Bruttoinlandsprodukt als Spiegel für die Wirtschafts- und Leistungskraft der Niederlande zwischen 2006 und 2010 um 6,2% stei-

gen wird, werden sich die Nettoschadenslasten ZFW/ZVW + AWBZ mit 11,3% deutlich dynamischer entwickeln. Die ZVW+AWBZ leidet damit auch in dieser Analyse unter einem überproportionalen Leistungsausgabenanstieg.

Das Kostenproblem in den Niederlanden wird umso deutlicher, wenn man die Situation in Deutschland zum Vergleich hinzuzieht. In Deutschland sind nämlich das BIP und die Leistungsausgaben je GKV-Versicherten zwischen 2000 und 2008 beinahe proportional angestiegen. Erst 2009 und 2010 entwickeln sich die Ausgaben wieder überproportional. Das Kostenproblem ist damit in der GKV augenscheinlich temporär unter Kontrolle. Zumindes hat sich die Kostendämpfungspolitik der Gesundheitsreform 2004 **kurzfristig** bewährt. Betrachtet man einen längerfristigen Horizont, ist das gleichwohl auch in Deutschland anders: Während nämlich in Deutschland das BIP zwischen 1991 bis 2008 um 58,4% angestiegen ist, sind die Leistungsausgaben mit 72,8% im gleichen Zeitraum überproportional angestiegen.

Schaubild: Wachstum der Leistungsausgaben in der GKV je Versicherten und des Bruttoinlandsprodukts je Einwohner im Vergleich [Deutschland, 2000 – 2010*]**



*** 2009 und 2010 geschätzt bzw. prognostiziert

Quelle: BMG (2009); Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen; Schätzerkreis

2.3 Steuerfinanzierung der ZVW

Die Steuerfinanzierung besteht aus zwei Pfeilern: (a) Einkommensschwache erhalten in den Niederlanden steuerfinanzierte Transferzahlungen, um die durch den einkommensunabhängigen

Pauschalbeitrag entstandenen finanziellen (Über-) Belastungen auszugleichen. Der steuerfinanzierte Sozialtransfer ist 2008 von 2/3 der Haushalte in Anspruch genommen worden (3,6 Mrd. €).⁷⁴ (b) Die Krankenversicherungsbeiträge für Kinder werden in den Niederlanden in Höhe der hälftigen durchschnittlichen Prämie für Erwachsene aus Haushaltsmitteln finanziert. Diese Beiträge decken etwa 5 % der gesamten Beitragslast ab.⁷⁵ Das dafür notwendige Volumen betrug 2008 2,1 Mrd. €.

Tabelle: Erwartete und tatsächliche Steuerfinanzierung in der ZVW (in Mrd. €)

	2006	2008	2009	2012
Zuschüsse zur Prämie	2,5 Mrd. €	3,6 Mrd. €	3,8 Mrd. €	4,9 Mrd. €
Zuschüsse für Kinder	1,9 Mrd. €	2,1 Mrd. €	2,1 Mrd. €	2,3 Mrd. €
Summe	4,4 Mrd. €	5,7 Mrd. €	5,9 Mrd. €	7,2 Mrd. €
Anteil an Leistungsausgaben*	16,39 %	21,24 %	20,7 %	-

* Leistungsausgaben = Nettoschadenslast der ZVW

Quelle: Müller, J. (2009), S. 27; eigene Berechnungen

Im niederländischen Krankenversicherungssystem ZVW hat die Steuerfinanzierung begonnen. Der Anteil der Steuerfinanzierung an der Nettoschadenslast (Leistungsausgaben) in der ZVW steigt, weil die Ausgaben im Gesundheitssystem schneller wachsen als die Einkommen. Entsprechend wird die Zahl der Zuschussberechtigten zunehmen. Allein zwischen 2006 und 2012 – so die Erwartung – werden sich die steuerlichen Zuschüsse zur nominalen Prämie für „Sozialbedürftige“ nahezu verdoppeln.

Die zunehmende Steuerfinanzierung in den Niederlanden wird genauso wie in Deutschland Probleme mit sich bringen. Die (haushaltspolitische) Nachhaltigkeit der Steuerfinanzierung ist in Zweifel zu ziehen. Das gilt insbesondere in Zeiten, in denen aufgrund von Konjunkturerinbrüchen die Steuerfinanzierung des Systems notwendiger denn je wird, aber auf der anderen Seite in der Zeit „danach“ Zwänge zur Haushaltskonsolidierung entstehen.

⁷⁴ Vgl. Leu, R. *Et alii.* (2009), S. 3.

⁷⁵ Vgl. Hamilton, G. J. (2006), S. 9, dazu auch die „Fifty-Fifty-Regel“.

Erste Pläne zur Haushaltskonsolidierung in den Niederlanden bestätigen diesen Eindruck. Prognosen des niederländischen Gesundheitsministeriums gehen davon aus, dass die Kosten für den steuerfinanzierten Sozialausgleich im Jahr bei ca. 4 Mrd. € liegen werden. Auch deshalb sind im Jahr 2010 haushaltspolitische Konsolidierungspläne vereinbart worden. In der Gesundheitsversorgung sollen – mit dem Schwerpunkt beim Steuerzuschuss – insgesamt 2,4 Mrd. € eingespart werden. Ab 2011 werden folgerichtig die Belastungsgrenzen zur Berechtigung von Steuerzuschüssen zur Prämie sukzessive angehoben.⁷⁶

2.4 Auswirkungen des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts

Die betrachtete Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen im Allgemeinen und in der ZVW und AWBZ im Speziellen ist eine Analyse der Vergangenheit und Gegenwart. Für die Ausgabenentwicklung der Zukunft werden insbesondere der demographische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt eine besondere Rolle spielen. Auf dessen Auswirkungen muss das Gesundheitssystem der Niederlande ausreichend vorbereitet sein.

Genauso wie in allen anderen westlichen Industrieländern stellt der demographische Wandel⁷⁷ auch in den Niederlanden – wenn auch im Ausmaß weniger drastisch als in Deutschland – für die soziale Sicherung in der Umlagefinanzierung eine Herausforderung dar. Das gilt insbesondere für die Pflege- und Krankenversicherung in den Systemen AWBZ und ZVW, denn im Gegensatz zur Absicherung der Altersrente in den Niederlanden sind in der Krankenversicherung keinerlei ergänzende (kapitalgedeckte) Elemente dem Prinzip der Umlagefinanzierung zur Seite gestellt.

Tabelle: Fertilitätsrate in den Niederlanden (2000 - 2008)

	2000	2007	2008
Kinder pro Frau	1,72	1,72	1,77

Quelle: Eurostat

⁷⁶ Vgl. Agasi, S. (2010), S. 70.

⁷⁷ In den Niederlanden spricht man von „vergrijzing“.

Tabelle: Altenquotient „65“

(65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 - 65)

	2005	2015	2025	2040	2050
Niederlande	23,1	30,3	38,7	50,9	47,5

Quelle: SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 96.

Die Auswirkungen der Demographie und des technischen Fortschritts werden zu Ausgabensteigerungen führen. Das lässt sich insbesondere an prognostizierten Ausgabenentwicklungen in der AWBZ darstellen. Denn vor allem die in der AWBZ integrierte Versicherung zum Schutz vor den finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit und eines Langzeitaufenthaltes im Krankenhaus ist von den aktuellen und zukünftigen demographischen Veränderungen in den Niederlanden betroffen. Das zeigen unter anderem Angaben, Prognosen und Simulationen des Planungsbüros für soziale Fragen SCP sowie eine aktuelle SER-Studie⁷⁸, die 2008 dem niederländischen Gesundheitsministerium vorgelegt worden ist:⁷⁹

1985 bis 2005: Die realen AWBZ-Kosten sind in der Periode 1985 - 2005 durchschnittlich mit 3,3% jährlich angestiegen. Dabei entfielen + 1,3% auf das zunehmende Leistungsvolumen und + 2,0% auf den jährlichen Preisanstieg.⁸⁰

BIP-Anteil: Die Kosten für Leistungen der AWBZ als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind allein von knapp über 3,25% im Jahr 2000 auf 4% im Jahr 2005 angestiegen.⁸¹

Anstieg bis 2020: In der Periode bis 2020 werden – so die Prognose – die Leistungsausgaben in der AWBZ um 3,7% jährlich steigen. Davon werden + 1,2% auf den Preisanstieg und + 2,5% auf das zunehmende Leistungsvolumen entfallen.⁸²

Demographische Komponente: Der Prognose bis 2020 liegt eine demographische Komponente zu Grunde. Diese geht allein auf den Anstieg der Leistungsempfänger zurück. Für die gesamte AWBZ

78 SER = Sociaal-Economische Raad

79 Vgl. dazu SER (2008), Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ.

80 Vgl. SER (2008), S. 62 f.

81 Vgl. SER (2008), S. 65 f.

82 Vgl. SER (2008), S. 68 f.

beträgt diese Komponente bis 2020 jährlich + 1,7% (von 3,7%). Bezieht man die demographische Komponente darüber hinaus nur auf die AWBZ-Sparte, die nur Pflege und Betreuung abdeckt, beträgt diese schon + 2,4%.⁸³

2.5 Ansätze zur Rationierung

Das schon heute existierende Ausgabenproblem, die fehlende Vorbereitung des niederländischen Krankenversicherungssystems auf die finanziellen Herausforderungen des demographischen Wandels und dem davon nicht unabhängig wirkenden medizinisch-technischen Fortschritts wirft die Frage auf, welche Ansätze im Krankenversicherungssystem der Niederlande heute existieren, die weitere Kostenentwicklung zu kontrollieren. Dabei geht es vor allem um Instrumente der impliziten und expliziten Rationierung. Im Folgenden sollen diese Instrumente (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) kurz genannt werden. Eine detaillierte Diskussion in Bezug auf Wirkung und Effizienz kann hier nicht geleistet werden.

Explizites Merkmal der Rationierung im niederländischen Gesundheitssystem ist die sukzessive Einschränkung des Leistungskatalogs. Über die in der Umlage finanzierten Pflichtleistungen wird in den Niederlanden schon seit den 90er Jahren ausdauernd und immer wieder diskutiert. Infolgedessen sind 1993 Homöopathika, Brillen und Kontaktlinsen ausgeschlossen, 1995 weniger wirksame Medikamente sowie der Zahnersatz für Erwachsene aus dem Leistungskatalog gestrichen und 2004 große Teile der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung für Erwachsene über 22 Jahre aus der Standardversorgung der Krankenversicherung herausgenommen worden. 2009 sind weitere Leistungskürzungen hinzugekommen. Unter anderem ist die Erstattung von Schlaftabletten, Beruhigungsmitteln und Hilfsmitteln reduziert oder vollständig aus dem Leistungskatalog entfernt worden.⁸⁴

Als Leistungseinschränkung ist auch das in den Niederlanden praktizierte Hausarztprinzip (gatekeeping) zu betrachten. Mit der Einschreibung der Patienten im jeweiligen Postleitzahlgebiet wird die freie Arztwahl der Patienten als Leistung beeinträchtigt.⁸⁵

83 Vgl. *SER (2008)*, S. 68 f.

84 Vgl. *Donders, P.; van Riel, S. (2009)*, S. 13.

85 aktueller Schlüssel: maximal 2500 Patienten/Hausarztpraxis

Dazu kommt, dass in den Niederlanden eine Wartezeitenproblematik existiert. Nach einer Studie der OECD (2003)⁸⁶ zur Jahrtausendwende stellen Wartezeiten ein ernsthaftes Problem dar. Trotz Verbesserungen – sowohl bei stationärer als auch ambulanter Facharztbehandlung (Fachärzte sind in der Regel Teil des Krankenhauses) – ist die Problematik alles andere als gelöst. Darauf weist auch der Annual National Report 2009 (The Netherlands) im Auftrag der Europäischen Kommission⁸⁷ sowie der aktuelle „Euro Health Consumer Index 2009“ hin.⁸⁸ Während nämlich das niederländische System in der Gesamtbewertung gerade im Bereich der Qualität der Leistung und Versorgung gut bis sehr gut abschneidet, sind in der Kategorie „Wartezeiten und der direkte Zugang zum Spezialisten“ große Defizite verzeichnet. Diese Wartezeiten können in einer unabhängigen Datenbank DIS unter anderem beim State Institute for Health and Environment (RIVM) abgefragt werden.⁸⁹

Nicht explizit, sondern implizit findet Rationierung in den Niederlanden über Budgetierung statt. In einem Gesamtleistungsbudget wird vom Ministerium beziehungsweise von der Regierung festgelegt, welche Summe allen Krankenkassen gemeinsam für die Finanzierung der Leistungen und Vergütungen zur Verfügung steht. Die Kriterien sind dabei in der Regel strittig und variieren von Zeit zu Zeit. Die Entscheidungsgrundlage dieser Rationierung ist dabei nur augenscheinlich der medizinische Bedarf. Sie ist vielmehr politischer Natur und wird entsprechend von den in den Niederlanden herrschenden parlamentarischen Mehrheitsverhältnissen geprägt. In der Regel ist damit die Rationierung nicht transparent.

Seit dem Jahr 1996 hat in den Niederlanden die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln begonnen. Kosten-Nutzen-Bewertung findet unter anderem durch obligatorische Prüfung von teuren Arzneimittelinnovationen statt. Arzneimittel evaluierende Institute und Expertengremien sind das Kollegium für Krankenversicherungen (College voor zorgverzekeringen, CVZ)⁹⁰ und die Kommission für Pharmazeutische Hilfe (Commissie Farmaceutische Hulp, CFH). Als Evaluierungsstelle haben diese Gremien die Aufgabe, den klinischen Nutzen und die Kosteneffektivität der zu bewertenden Arzneimittel und Therapieleistungen abzuschätzen.

86 Vgl. *Siciliani, J.; Hurst, J. (2003)*, Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries, OECD Health working papers.

87 Vgl. *Donders, P.; van Riel, S. (2009)*, S. 18.

88 Vgl. *Björnberg, D.; Cebolla Garrofé, B.; Lindblad, S. (2009)*.

89 Vgl. www.zorgatlas.nl.

90 Health Insurance Board, www.cvz.nl

2.6 Lohn(zusatz)kosten

Neben den Herausforderungen durch den demographischen Wandel und der davon nicht unabhängigen Ausgaben- und Kostenproblematik steht auch im niederländischen Gesundheitssystem die Arbeitgeberbelastung und damit die wirtschaftspolitische Relevanz von Krankenversicherungsbeiträgen im Mittelpunkt des Interesses. Weil – anders als in der obligatorischen Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) – in der Zorgverzekeringswet - ZVW Arbeitgeberbeiträge zu leisten sind, gilt das insbesondere für die Gesundheitsreform 2006.

Statische Betrachtung: In den Niederlanden entspricht die einkommensabhängige Prämie auf Lohn und Gehalt dem Arbeitgeberanteil. Bei nahezu identischer Beitragsbemessungsgrenze ist der dabei anzuwendende Beitragssatz im Zuge der Gesundheitsreform 2006 von 6,75 % im Jahr 2005 auf 6,5% abgesenkt worden. Dieser relativ geringfügigen Entlastung steht jedoch eine systemwechselbedingte Neubelastung der Arbeitgeber gegenüber. Im Vergleich zum Jahr 2005 müssen die Arbeitgeber ab 2006 nicht nur für die vormals sozial Krankenversicherten, sondern von nun an auch für alle schon im Jahr 2005 privat Versicherten einen einkommensabhängigen Arbeitgeberbeitrag leisten. Eben dieser war für Privatversicherte vor 2006 als Prämienzuschuss in der Praxis zwar üblich, für den Arbeitgeber aber nicht verpflichtend. Per Saldo ist so eine Mehrbelastung der Arbeitgeber entstanden, die vom CPB (*Centraal Planbureau*) auf etwa 0,4 % der beitragspflichtigen Einkommen beziffert worden ist.⁹¹ Diese Mehrbelastung ist von der Regierung durch die Senkung der Unternehmenssteuern ausgeglichen worden. Im Durchschnitt sind damit die Arbeitgeber durch die Gesundheitsreform nicht zusätzlich belastet worden, im Umkehrschluss aber auch nicht entlastet worden. Ein Absenken der Arbeitskosten ist nicht erreicht worden.

Dynamische Betrachtung: Die „Fifty-Fifty-Regel“ lässt sich als niederländische Variante der Parität zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber interpretieren. Bei Anstieg der Gesundheitskosten führt diese Regel dazu, dass vom Aufkommensvolumen her hälftig nicht nur die einkommensunabhängige Prämie (Arbeitnehmeranteil) und der Steueranteil, sondern auch der einkommensabhängige Beitragssatz (Arbeitgeberanteil) ansteigt. Im Gesamtergebnis wird damit eine Entkopplung der Krankenversicherungsbeiträge

⁹¹ Vgl. CPB – Centraal Planbureau (2005), Centraal Economisch Plan 2006, in: *Greß, S.; Manouguian, M., Wasem, J. (2006), S. 26.*

vom Faktor Arbeit nicht erreicht. Dazu kommt, dass die Arbeitgeberbelastung nicht nur bei steigenden Gesundheitsausgaben wächst, sondern auch - zumindest unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze - mit zunehmenden Einkommen der Beschäftigten. Für die Arbeitgeber eine „*Doppel-Belastung*“ mit Ausschließlichkeitscharakter, weil der Versicherungsbeitrag der Arbeitnehmer einkommensunabhängig ist und damit beim Einkommensanstieg unberührt bleibt.⁹²

Tabelle: Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbelastung (seit 2006)

	2006	2009	2009/2006
Beitragsbemessungsgrenze (€)	30.015 €	32.369 €	+ 7,8%
Beitragsatz in %	6,5%	6,9%	+ 6,2%
Arbeitgeberanteil in €	1.951 €	2.233 €	+ 14,5%*
jährliche Pauschale (Arbeitnehmeranteil in €)	1.030 €	1.057 €	+ 2,6%

* Der Anstieg des Arbeitgeberanteils in % hat für alle Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze Allgemeingültigkeit.

Quelle: eigene Berechnungen

Beispielhaft lässt sich die *dynamische Perspektive* für die Zeit von 2006 bis 2009 betrachten. Bei einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze, das seit 2006 analog zum Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze um + 7,8% gewachsen ist, hat sich die Belastung der Arbeitgeber und die der Arbeitnehmer weit zu Lasten der Arbeitgeber auseinanderentwickelt (siehe Tabelle). Ein Ergebnis, das zwar von der relativen Stabilität der einkommensunabhängigen Pauschale getrieben wird,⁹³ nichtsdestotrotz aber verdeutlicht, dass Arbeitgeberbeiträge nicht nur vom Anstieg der Gesundheitskosten, sondern auch (und zwar einseitig und nicht paritätisch) vom Anstieg der Einkommen betroffen sind.

92 Unter Nichtberücksichtigung des Tatbestandes, dass der einkommensabhängige Arbeitgeberanteil vom Arbeitnehmer zu versteuern ist.

93 Für Gründe vgl. Abschnitt 2.1.

2.7 Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs

Herausragendes Ziel der Gesundheitsreform in den Niederlanden war unter anderem die Intensivierung des Wettbewerbs. In einem vereinheitlichten Versicherungsmarkt ohne *Ausscheidengrenze*⁹⁴ sollen die niederländischen Krankenversicherungen seit 2006 um die Gunst der Versicherten streiten. Ob dieses Ziel erreicht worden ist, die Intensivierung des Wettbewerbs also gelungen ist, das lässt sich nicht abschließend beurteilen, zumindest aber anhand von Entwicklungen auf dem Krankenversicherungsmarkt erörtern:

2.7.1 Preis- und Beitragswettbewerb

Der Preis beziehungsweise der einkommensunabhängige Beitrag spielt für die Wahrnehmung der (wechselwilligen) Versicherten eine herausragende Rolle. Der Preis- und Rabattwettbewerb zwischen den Krankenversicherungsunternehmen innerhalb und außerhalb von Gruppenverträgen war und ist entsprechend hoch. Gerade im Jahr 2006 zur Einführung des neuen Versicherungssystems hat ein regelrechter Preiskampf stattgefunden. Ausdruck dieser Wettbewerbsintensität ist unter anderem, dass der einkommensunabhängige Beitrag im Durchschnitt seit 2006 (85,6 € monatlich) lediglich um 2,8 % angestiegen (2009: 88 €) ist.^{95 96} Gleichzeitig ist die niedrigste auf dem Versicherungsmarkt beobachtete Prämie von 82,50 € monatlich (2006) auf 79,20 € im Jahr 2009 gesunken.⁹⁷ Dabei hat sich die Differenz zwischen niedrigster und höchster auf dem Markt beobachteten Prämie stetig erhöht. Und: Stets lagen die tatsächlich gezahlten Prämien unterhalb der von der Regierung prognostizierten pauschalen Beitragshöhe (siehe Tabelle unten).

Insgesamt handelt es sich also um eine sehr „wettbewerbsorientierte“ Beitragsentwicklung, die der Angst in den Versicherungsunternehmen vor Abwanderung der Versicherten beziehungsweise dem Versuch im neuen Krankenversicherungsmarkt (schnell) höhere Marktanteile zu realisieren, geschuldet war und ist. In der Konsequenz sind viele Beitragsprämien - darauf deuten zumindest

94 Anstatt einer Versicherungspflichtgrenze gab es in den Niederlanden vor der Gesundheitsreform 2006 eine sogenannte Ausscheidengrenze. Beschäftigte oberhalb einer jährlichen Einkommensgrenze waren zum Abschluss einer Privatversicherung verpflichtet. Es bestand keine Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung in der vormaligen gesetzlichen Krankenversicherung.

95 Vgl. *Vektis (2009b)*, S. 22; *Vektis (2007b)*, S. 19.

96 Im Jahr 2010 beträgt die Durchschnittsprämie 90,42 €. Das entspricht gegenüber dem Jahr 2006 eine Steigerung von 5,6 %, vgl. *Vektis (2009b)*, S. 22.

97 Vgl. *Müller J. (2009)*, S. 26.

die jährlichen staatlichen Beitragsprognosen hin - von zahlreichen Krankenversicherungen aus Wettbewerbsgründen (zunächst) nicht kostendeckend kalkuliert worden. Deshalb sind in 2006, 2007 und auch in 2008 Verluste in beträchtlicher Höhe entstanden (siehe Tabelle unten). Das Institut BS Health Consultancy schätzt den aggregierten Verlust der Versicherungsunternehmen für die Basisversicherung allein für die Jahre 2006 bis 2008 auf 1,29 Mrd. €. ⁹⁸ Weil die Krankenversicherer das Einnahmerisiko aus den einkommensunabhängigen Prämien selbst tragen, werden die Verluste weitestgehend durch Reserven der Versicherungen aufgefangen.

Tabelle: Erwartete und tatsächliche Prämie (in € seit 2006)

Jahr	Differenz zwischen erwarteter (Regierungskalkulation) und tatsächlicher Prämie	Differenz zwischen niedrigster und höchster Prämie	Verlust
2006	78 €	182 €	0,55 Mrd. €
2007	31 €	205 €	0,60 Mrd. €
2008	8 €	233 €	0,14 Mrd. €
2009	15 €	237 €	-

Quelle: BS Health Consultancy (2008) [2010], S. 20; Müller, J. (2009), S. 26; NZa (2006), S. iv; NZa (2007), S. 68; NZa (2008), S. 40; NZa (2009), S. 35; eigene Berechnungen

Die Intensität des Preiswettbewerbs hat inzwischen zu einem Rückgang der Solvabilität geführt. Die Eigenmittel zur Erfüllung der gesetzlichen Solvabilitätsspanne von 8% der durchschnittlichen Schadenhöhe (entspricht ungefähr einer Monatsausgabe) sinken kontinuierlich. ⁹⁹ Wiesen im Jahr 2006 die Krankenversicherer noch Rücklagen in Höhe von 2,4 Monatsausgaben aus, sind durch die kumulierten Verluste der Unternehmen in 2008 die verfügbaren Rücklagen in der Regel auf unter 2 Monatsausgaben geschrumpft. Angesichts dieser Entwicklung ist letztendlich davon auszugehen, dass der von den Unternehmen in den letzten Jahren auf fast „ruinöse“ Art und Weise geführte Preis- und Beitragswettbewerb auf Kosten der unternehmensindividuellen Rücklagen nicht nachhaltig sein kann. Schon in naher Zukunft wird der Preiswettbewerb in der heute bekannten Art und Weise zu Ende gehen und sich dahingehend verändern, dass Beitragsprämien im Allgemeinen zunehmend ein kostendeckendes Niveau erreichen

⁹⁸ BS Health Consultancy (2008), S. 20.

⁹⁹ Vgl. dazu Agasi, S. (2008), S. 294 f.

und Beitragsdifferenzen im Wettbewerb mehr und mehr von der tarifindividuellen selektiven Auswahl von Leistungserbringern abhängen (*Preferred-Provider-Tarife*).¹⁰⁰ Auf ersteres weist schon heute der beobachtete Tatbestand hin, dass die Beitragsdifferenz zwischen der im Durchschnitt erwarteten/prognostizierten und tatsächlichen Beitragsprämie seit 2006 tendenziell schrumpft (siehe Tabelle), letzteres könnte der Beginn einer neu entfachten Dynamik im Leistungs- und Vertragswettbewerb sein.

2.7.2 Wechselverhalten

Eine hohe Zahl von Kassenwechslern kann per se nicht Ziel einer wettbewerborientierten Gesundheitspolitik sein. Dennoch stellen auch im niederländischen Gesundheitssystem (genutzte) Wahl- und Wechselrechte eine Voraussetzung für einen Preis- und Leistungswettbewerb um Versicherte dar. Diese Wechselrechte sind seit 2005 auf sehr unterschiedliche Art und Weise in Anspruch genommen worden. Ein Überblick:

	2005	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10
Wechsler zwischen den Unternehmen						
privat Versicherte:	8,7%					
gesetzlich Versicherte:		18,0%	4,5%	3,5%	3,5%	4,0%
	4,2%					

Quelle: BS Health Consultancy (2009), S. 7; NZa (2006), S. 16.

Die Wechselquote **zwischen** den Versicherungsunternehmen war im Jahr 2006 außergewöhnlich hoch. 18% der Versicherten (= 2,7 Mio.) wechselten im ersten Jahr nach Beginn der Gesundheitsreform ihren Krankenversicherungsanbieter.¹⁰¹ Seit dem sind die Versichertenbewegungen nachdrücklich gesunken. Lediglich 3,5 % der Versicherten (= 0,56 Mio.) haben sich zum Jahreswechsel 2008/2009 dazu entschlossen, ihre bisherige Krankenversicherung zu kündigen.¹⁰² Zum Jahreswechsel 2009/2010 ist das Wechselverhalten nur leicht auf 4 % angestiegen.¹⁰³ Dabei zeigt die Empirie, dass in den Niederlanden insbesondere die relativ jungen und ge-

¹⁰⁰ Vgl. Abschnitt 1.2.6.

¹⁰¹ Vgl. NZa (2006), S. 16.

¹⁰² Vgl. NZa (2006), S. 16.

¹⁰³ Vgl. BS Health Consultancy (2009), S. 7.

sunden Versicherten von der Möglichkeit des Wechsels zwischen den Versicherungsunternehmen Gebrauch gemacht haben.¹⁰⁴

Die Wechselquote zwischen verschiedenen Versicherungstarifen **innerhalb** eines Krankenversicherungsunternehmens stellt eine zusätzliche Möglichkeit dar, die Beweglichkeit der Versicherten innerhalb des neuen Krankenversicherungssystems abzubilden. Zum Jahreswechsel 2006/2007 lag diese Wechselquote bei 4,8%. Zwei Jahre später sind aber auch diese unternehmensinternen Wechselbewegungen gesunken. Zum Jahreswechsel 2008/2009 haben knapp 1,9% der Versicherten einen Tarifwechsel innerhalb ihrer Versicherung realisiert.¹⁰⁵

Von der beobachteten Höhe und Art der Versichertenmobilität kann nicht automatisch auf einen gut funktionierenden Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt in den Niederlanden geschlossen werden. Letztendlich ergibt sich ein zwiespältiges Bild:

(1) *Popularität der Gruppenverträge*: Gerade die Wechselaktivitäten in den ersten drei Jahren sind der großen und neuen Popularität der Gruppen- oder Kollektivverträge geschuldet. Im Jahr 2006 lag der Anteil der Versicherungswechsler, die aus einem Einzelvertrag in einen günstigeren und damit attraktiveren Kollektivvertrag gewechselt sind bei 66%,¹⁰⁶ im zweiten Jahr 2007 gar bei 81% und im letzten Jahr bei immerhin noch 72%.¹⁰⁷ Ähnliches gilt für das Wechselverhalten innerhalb eines Versicherungsunternehmens. Inzwischen (2010) sind aber 64% der Niederländer im Rahmen eines Gruppenvertrages krankenversichert.¹⁰⁸ Und angesichts des beobachteten Wachstumsverlaufs der Kollektivverträge in der Vergangenheit (vor 2006: 31% - 2006: 52% - 2010: 64%) ist von einem weiteren, sich in der Höhe fortsetzenden Wachstum nicht auszugehen. Ergo: Die Mobilität der Versicherten wird in der Zukunft voraussichtlich über das sowieso schon bekannte Ausmaß weiter sinken. Damit wird das Wechselverhalten weit **hinter das Niveau vor der niederländischen Gesundheitsreform** fallen. Und es liegt voraussichtlich unterhalb des Wechselniveaus in Deutschland, das je nach Erhebung und Zeitraum für einen Kassenwechsel innerhalb der GKV mit einem Wechselanteil an den Versicherten

104 Vgl. *Vektis (2009b)*, S. 7 f. ; *Vektis (2008c)*, S. 7 f.

105 Vgl. *Vektis (2009b)*, S. 7. ; *Vektis (2008c)*, S. 7.

106 Vgl. *Vektis (2006b)*, S. 9.

107 Vgl. *Vektis (2007b)*, S. 7 ; *Vektis (2008b)*, S. 6.

108 *BS Health Consultancy (2010)*, S. 3.

von 4,7% [Zeitraum Anfang 2000] oder 3 bis 5% angegeben wird.¹⁰⁹ Umgekehrt formuliert heißt das: Wenn es im niederländischen Krankenversicherungssystem einen funktionsfähigen Wettbewerb gibt, dann drückt er sich aktuell zumindest nicht durch relativ hohe Wechselneigungen der Versicherten außerhalb der als temporär zu betrachtenden Dynamik der Gruppen- und Kollektivverträge aus. Die Mobilität der Versicherten hat sich durch die Gesundheitsreform 2006 nicht nachhaltig verbessert.

(2) *Zufriedenheit der Versicherten*: Der Tatbestand, dass die Mobilität der Versicherten relativ niedrig ist beziehungsweise die Vermutung, dass die Wechselaktivitäten durch den inzwischen hohen Marktanteil der Gruppenverträge weiter sinken werden, lässt sich relativieren, wenn man berücksichtigt, dass aktuell im niederländischen Versicherungssystem eine relativ hohe Zufriedenheit der Versicherten vorherrscht. Zurzeit gibt es nämlich für die Versicherten wenig Veranlassung, den Versicherungsanbieter zu wechseln. Die Beitragsprämien sind durch den momentan noch intensiven Preiswettbewerb stabil bis leicht steigend (siehe oben) und die Beitrags- und Preisführer des Jahres 2006 sind auch im Jahr 2010 als „preiswerte“ Versicherer positioniert. Zusätzlich herrschen häufig für die populären unter anderem vom Arbeitgeber abgeschlossenen Gruppenverträge überjährige (3 bis 5 Jahre) Vertragslaufzeiten vor.¹¹⁰ Konsequenz: Das Absinken der Wechselmobilität könnte in naher Zukunft aus zwei Gründen gebremst werden. Erstens muss bald neu über die Prämienhöhe von bestehenden Kollektivversicherungen verhandelt werden. Der Anbieterwechsel großer Kollektive wird damit möglich. Zweitens - und das gilt sowohl für Gruppen- als auch für Einzelversicherungen - werden die Versicherungsprämien zunehmend kostendeckend sein. Die Versicherten werden zwangsläufig Bescheide über Beitragssteigerungen in Empfang nehmen müssen. Neue Unzufriedenheit könnte dann neue Wechselaktivitäten auslösen.

(3) *Sozioökonomische Merkmale der Wechsler*: Empirische Beobachtungen zeigen, dass in den Niederlanden vor allem relativ junge (unter 45 Jahre) und gesunde Versicherte von der Möglichkeit eines Versicherungswechsels Gebrauch machen.¹¹¹ Dabei wird auch von sogenannten guten Risiken gesprochen, die eine besonders hohe Neigung zum Wechsel haben. Ein Phänomen, das nicht auf

109 Vgl. dazu unter anderem die Auswertungen von Andersen, H.; Schwarze, J. (2001), S. 7 ff. auf Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP).

110 Vgl. Agasi, S. (2008), S. 296.

111 Vgl. Vektis (2009b), S. 7 f.; Vektis (2008c), S. 7 f.

die Niederlande beschränkt ist. Seltene und darüber hinaus nicht ganz aktuelle Studien zeigen, dass auch in Deutschland die Kassenwechsler innerhalb der GKV relativ jung (im Durchschnitt 37) und gesund sind, weniger beitragsfrei mitversicherte Kinder haben und über eine höhere Ausbildung verfügen.¹¹² Für die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs im Allgemeinen und die Mobilität der Versicherten im Speziellen heißt das, dass in den Niederlanden aktuell weder eine besonders hohe Wechselmobilität noch eine relativ ausgewogene sozioökonomische Wechslerstruktur existiert. Ein Tatbestand, der dem oft formulierten Ziel widerspricht, zur Intensivierung des Wettbewerbs auch den Wettbewerb um sogenannte schlechte Risiken in Gang zu setzen.

2.7.3 Marktkonzentration

Der Wettbewerb als Organisationsprinzip des Versicherungsmarktes ist kein Selbstzweck, sondern soll Funktionen erfüllen. Das Erfüllen der Funktionen hängt aber im niederländischen Krankenversicherungsmarkt genauso wie in anderen Wirtschaftszweigen fundamental von den Wettbewerbsbedingungen ab. Im negativen Sinne gehören dazu alle Wettbewerbsbeschränkungen und Wettbewerbsverzerrungen. Dabei muss insbesondere auf Tendenzen der Marktkonzentration beziehungsweise Marktmacht hingewiesen werden.

Schon vor der Gesundheitsreform 2006 hat eine erhebliche Marktkonzentration stattgefunden. Zwischen 1985 und 2005 ist die Zahl der Krankenversicherer um 58% gesunken. Die Gesundheitsreform hat mit der Systemumstellung im Jahr 2006 dann einen zusätzlichen, einmaligen Konzentrationsschub mit sich gebracht. Die Zahl der Versicherungen als unabhängige Risikoträger ist zum Jahreswechsel 2005/2006 von 57 auf 33 gesunken.¹¹³ Dabei ist – wie zu erwarten – die Zahl der „großen“ Versicherungen (> 1 Mio. Versicherte) gestiegen und die Zahl der „kleinen“ Unternehmen (< 400.000 Versicherte) gesunken.¹¹⁴

112 Vgl. Andersen, H.; Schwarze, J. (2001), S. 7 ff.; Greß, S. (2002), S. 493 ff.

113 Vgl. Maarse, H. (2009), S. 272.

114 Vgl. Maarse, H. (2009), S. 266.

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Versicherungsunternehmen
(nach Versicherten im Jahr 2006 und 2007)

Versicherte	Unternehmen		Versicherte	Unternehmen	
	2006	2007		2006	2007
> 1.000.000	5	5	>200.000 bis 300.000	1	0
500.000 bis 1.000.000	5	3	100.000 bis 200.000	6	7
400.000 bis 500.000	3	4	50.000 bis 100.000	5	5
300.000 bis 400.000	4	5	< 50.000	4	3

Quelle: Maarse, H., S. 266; Vektis (2008a), S. 20.

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Versicherungsunternehmen
(nach Versicherten im Jahr 2004 und 2005)

Versicherte	Unternehmen		Versicherte	Unternehmen	
	2006	2007		2006	2007
> 1.000.000	3	3	>200.000 bis 300.000	5	5
500.000 bis 1.000.000	9	9	100.000 bis 200.000	9	10
400.000 bis 500.000	1	0	50.000 bis 100.000	5	6
300.000 bis 400.000	6	6	< 50.000	19	18

Quelle: Vektis (2007a), S. 22.

Tabelle: Konzentration durch Konzernbildung (Stand: 2008)**Zahl der Versicherungen als unabhängige Risikoträger**

insgesamt	32
organisiert in 4 Konzernen	22
organisiert ohne Konzernbindung	10
Marktanteil der Konzerne (Anteil an den Versicherten)	ca. 90 %
Marktanteil der Versicherungen ohne Konzernbildung	ca. 10 %

Quelle: Vektis (2008a).

Die Marktkonsolidierung im Allgemeinen und der Konzentrationsprozess durch Konzernanbindung¹¹⁵ im Speziellen sind in der Regel der Notwendigkeit geschuldet, den Bestand an Kapital und Eigenmittel zu optimieren. Aber auch die Organisation einer stärkeren Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern wird eine Rolle gespielt haben.

Objektive Kriterien, wann und wo Marktkonzentration auf welchen relevanten Märkten zu vermuten sind und zu entsprechenden den Wettbewerb schädigenden Auswirkungen führen (Marktmacht; Monopol), gibt es nicht. Dennoch - so die Beobachtung - nimmt die Marktkonzentration in den Niederlanden auf der Unternehmens- und Konzernebene erheblich zu.¹¹⁶ Gemessen an den Kriterien, die das Bundeskartellamt zur Kontrolle von Fusionsprozessen ausgibt,¹¹⁷ liegt in den Niederlanden - wenn man eine Betrachtung auf Konzernebene vornimmt - ohne Zweifel eine marktbeherrschende Stellung vor.

¹¹⁵ Die vier größten Versicherungskonzerne (2007) sind Achmea, Uvit, Menzis und Delta Lloyd-Ohra.

¹¹⁶ Vgl. *Douven et alii.* (2007), S. 5 f.

¹¹⁷ (1) **Einzelmarktbeherrschung:** Eine marktbeherrschende Stellung wird laut des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) vermutet, wenn ein Unternehmen einen Marktanteil von 1/3 hat. (§ 19 Abs. 3 S. 1 GWB) (2) **Oligopolmarktbeherrschung:** Eine marktbeherrschende Stellung mehrerer Unternehmen wird vermutet, wenn drei oder weniger Unternehmen zusammen einen Marktanteil von 50 % bzw. fünf oder weniger Unternehmen zusammen einen Marktanteil von 2/3 erreichen. (§ 19 Abs. S. 1 GWB) Diese Vermutungsregel gilt nur dann als widerlegt, wenn die Unternehmen nachweisen, dass die Wettbewerbsbedingungen zwischen ihnen wesentlichen Wettbewerb erwarten lassen oder die Gesamtheit der Unternehmen im Verhältnis zu den übrigen Wettbewerbern keine überragende Marktstellung hat.

2.8 Nichtversicherung und Nichtzahler

Seit 2006 gibt es eine Pflicht zur Versicherung in den Niederlanden. Jeder Bürger ist dafür verantwortlich, entsprechend der Pflicht zur Versicherung eine Grundschutzversicherung abzuschließen. Schließen die Personen (verspätet) einen Versicherungsschutz ab, kann der Versicherer bis zu fünf Jahre rückwirkend eine Strafzahlung in Höhe von 130 % des einkommensunabhängigen Beitrags über die nicht krankenversicherte Zeitperiode verlangen. Die Einhaltung der Versicherungspflicht wurde - so zumindest der „vorübergehende“ Status im Reformjahr 2006 - nicht überwacht.¹¹⁸

Ebenfalls als „vorübergehender“ Status ist der Umgang der niederländischen Gesundheitsreform mit säumigen Versicherten zu betrachten. Die niederländische Gesundheitsreform 2006 sah nämlich zunächst vor, dass säumige Versicherte nach sechs Monaten von ihrer Kasse gekündigt werden können. Nach der Kündigung hat die kündigende Krankenversicherung das Recht, für fünf Jahre die Aufnahme der gekündigten Person zu verweigern. Aber es sollte - und das führt zu Vorteilshopping („free rider“) - ein Rechtsanspruch des Gekündigten, bei einem anderen Krankenversicherer Versicherungsschutz zu bekommen, existieren. Damit entstand eine Art „Drehtüreffekt“ bei den säumigen Zahlern.¹¹⁹ Konsequenz war eine vom Gesetzgeber nicht erwünschte Art von Versichertenmobilität.

Vor dem Hintergrund, dass die Pflicht zur Versicherung nicht kontrolliert werden sollte, haben Beobachter der Reform den Anstieg der Nichtversichertenquote als Hauptrisiko der niederländischen Reform identifiziert. Die Realität hat ihnen Recht gegeben. Die niederländische Gesundheitsreform hat das Problem der Nichtversicherung nicht gelöst, sie hat im Gegenteil neue Schwierigkeiten - die Problematik der Nichtzahler - geschaffen. Denn obwohl viele in 2005 vormals Nichtversicherte (insbesondere schlechte Risiken) ab 2006 dem neuen Krankenversicherungssystem ZVW beigetreten sind, ist in den Jahren 2006 die Zahl der Nichtversicherten von 165.000 auf 241.000 zunächst einmal angestiegen. Ein Überblick:

118 Vgl. Greß, S.; Manouguiam, M.; Wasem, J. (2006), S. 16 f.

119 Vgl. Greß, S. (2009), Folie 10, Stand März 2010, abrufbar unter:

http://www.stefan-gress.eu/mediapool/40/403223/data/Gress_dggoe_Hannover.pdf

Tabelle: Nichtversicherte und Nichtzahler

	2006	2007	2008	2009
Nichtversicherte	241.000	231.000	171.000	-
Säumige Versicherte	191.000	240.000	257.000	304.000
Summe	432.000	471.000	451.000	-
Anteil an der Gesamtbevölkerung	2,64 %	2,88 %	2,75 %	-

Quelle: CBS (2009a); CBS (2008); Greß, S. et al. (2008), S. 24; eigene Berechnungen

Seit 2008 sinkt die Zahl der Nichtversicherten in den Niederlanden wieder, bleibt dennoch auf einem relativ hohen Niveau.¹²⁰ Ein größeres Problem stellt inzwischen die Zahl der säumigen Versicherten dar. 2009 haben 304.000 Versicherte ihre Versicherungsbeiträge nicht oder nicht pünktlich gezahlt. Seit Beginn der Statistikführung im Jahr 2006 stellt das einen Anstieg von 60 % dar. Bei 95.000 Personen wurden sogar Beitragsrückstände von 3 Jahren registriert. **Die niederländische Regierung hat inzwischen reagiert.**¹²¹

- Den Versicherungen ist es inzwischen nicht mehr erlaubt, säumigen Zahlern zu kündigen.
- Längerfristige Prämienausfälle werden aus dem zentralen Fonds finanziert. Die Krankenversicherer erhalten aus dem Fonds für Prämienrückstände von über 6 Monaten eine Erstattung in Höhe der durchschnittlichen Rechenprämie.
- Seit 2009 gibt es die Möglichkeit, Beitragsrückstände über die Finanzämter einzuziehen und dabei eine erhöhte Prämie zu erheben.
- Die Pflicht zur Versicherung wird von der niederländischen Regierung besser überwacht. Mittlerweile werden die Versichertenlisten der Krankenversicherer mit den Melderegistern abgeglichen, um nach der Identität von Nichtversicherten zu fahnden.

¹²⁰ Zahlen für 2009 erst ab April/Mai 2010.

¹²¹ Vgl. *Leu, R. et. alii.* (2009), S. 3.

3 Niederlande: Vorbild für Deutschland?

Im Zuge der Diskussion um eine Reform des Gesundheitssystems in Deutschland beobachten Politik und Presse immer wieder das gesundheitspolitische Geschehen in den Niederlanden. Häufig wird in diesem Zusammenhang von einem Idealmodell - einer Synthese aus Bürgerversicherung und (kleiner) Pauschalprämie - gesprochen.¹²² Automatisch stellt sich damit die Frage nach der Übertragbarkeit des niederländischen Gesundheitssystems auf eine deutsche Gesundheitsreform. Diese Übertragbarkeit kann anhand zahlreicher Kriterien diskutiert und geprüft werden. Die Problemlösungskompetenz beziehungsweise die Frage, inwiefern das niederländische Gesundheitswesen die gesundheitspolitischen Herausforderungen besser als das deutsche Krankenversicherungssystem bewältigen kann, gehört auf jeden Fall dazu.

3.1 Problemlösungskompetenz

(a) Kosten- und Ausgabenproblem

In den Niederlanden ist die Kosten- und Ausgabenproblematik im Gesundheitssystem größer als in Deutschland. Während in Deutschland das Bruttoinlandsprodukt als Spiegel für die Wirtschafts- und Leistungsausgaben je GKV-Versicherten zwischen 2000 und 2008 beinahe proportional angestiegen sind und damit sich die Kostendämpfungspolitik der Gesundheitsreform 2004 zumindest kurzfristig bewährt hat, werden sich bis 2010 die Nettoschadenslasten ZVW+AWBZ mit über 55% gegenüber dem BIP (+ 33,2%) deutlich dynamischer entwickeln.

Dazu kommt: Das niederländische Gesundheitswesen ist unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen in den Ländern um 15,5% ausgabenintensiver als Deutschland. Anders formuliert: Besonders preiswert oder kosteneffizient ist das niederländische Gesundheitswesen nicht. Es würde gar eine Kostenexplosion geben, wenn mit dem niederländischen Gesundheitswesen **heute** die Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerung bereitgestellt werden müsste, die nicht der **heutigen** relativ „jungen“ Bevölkerung der Niederlande, sondern der Altersstruktur einer relativ „alten“ Bevölkerung wie Deutschland entspräche.

¹²² Vgl. dazu z.B. *Sosalla, U. (2006)*, S. 10.

Die Kosten- und Ausgabenproblematik spiegelt sich auch im Beitragsvergleich (2009) zwischen Deutschland und den Niederlanden wider. Die Gesamtbelastung für einen alleinstehenden Arbeitnehmer (Arbeitgeberanteil zuzüglich durchschnittliche Pauschale) mit einem Beispieleinkommen von 32.369 € (= Beitragsbemessungsgrenze in den Niederlanden) summiert sich in der Kranken- und Pflegeversicherung (ZVW + AWBZ) auf jährlich 7.222 €. In Deutschland läge bei einem identischen beitragspflichtigen Einkommen die jährliche Beitragsbelastung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung „nur“ bei 5.536 €.

(b) Demographischer Wandel

Das umlagefinanzierte Gesundheitssystem der Niederlande ist nicht auf den demographischen Wandel vorbereitet. Es existieren weder in der AWBZ noch in der ZVW Alterungsrückstellungen oder sonstige kapitalgedeckte Elemente, die trotz sinkender Zahl von Beitragszahlern und steigender Zahl von Beitragsempfängern dafür Sorge tragen können, die Versicherungsbeiträge - zumindest anteilig - zu stabilisieren. Das heißt: In Deutschland würde eine Krankenversicherung nach niederländischem Vorbild ohne Kapitaldeckung das demographiebedingte Kosten- und Ausgabenproblem verschärfen. Diesem Problem muss nicht ohne, sondern mit Alterungsrückstellungen begegnet werden. In der deutschen PKV haben die Alterungsrückstellungen bis 2008 einen Gesamtbetrag von 111,5 Mrd. € erreicht.¹²³ Eine demographische Vorsorge, die insbesondere in Deutschland notwendig ist. Während nämlich die Niederlande heute (2008) im Vergleich zu Deutschland über eine überproportionale Geburtenrate (NL: 11,2 Geburten je 1.000 Einwohner; D: 8,2 je 1.000 Einwohner), über eine höhere Fertilitätsrate (NL: 1,77 Kinder pro Frau; D: 1,37 Kinder pro Frau) und bis weit in die Zukunft über eine relativ junge Altersstruktur verfügt (siehe Tabelle),¹²⁴ ist der demographische Wandel in Deutschland schon wesentlich weiter vorangeschritten.

¹²³ Vgl. *PKV-Rechenschaftsbericht 2008*.

¹²⁴ Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009)*, S. 96.

Tabelle: Altenquotient „65“

(65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 - 65)

	2005	2015	2025	2040	2050
Niederlande	23,1	30,3	38,7	50,9	47,5
Deutschland	30,8	34,15	41,89	58,51	58,70

Quelle: SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 96.

(c) Steuerfinanzierung

Genauso wie in Deutschland wird in den Niederlanden im Krankenversicherungssystem die Beitragsfinanzierung von der Steuerfinanzierung verdrängt. Denn der Anteil der Steuerfinanzierung an der Nettoschadenslast (Leistungsausgaben) in der ZVW steigt. Allein zwischen 2006 und 2012 – so die Erwartung – werden sich die steuerlichen Zuschüsse zur nominalen Prämie für „Sozialbedürftige“ nahezu verdoppeln. Das wird genauso wie in Deutschland Probleme mit sich bringen. Die (haushaltspolitische) Nachhaltigkeit der Steuerfinanzierung ist nämlich in Zweifel zu ziehen. Das gilt insbesondere in Zeiten, in denen aufgrund von Konjunkturerbrüchen die Steuerfinanzierung des Systems notwendiger denn je wird, aber auf der anderen Seite in der Zeit „danach“ Zwänge zur Haushaltskonsolidierung entstehen.

(d) Problem der Lohnzusatzkosten

Eine Entkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Faktor Arbeit ist in den Niederlanden durch die Gesundheitsreform 2006 nicht erreicht worden. Auch das Absenken der Arbeitskosten ist nicht gelungen. Im Gegenteil: Bei einer dynamischen Betrachtung stellt man fest, dass sich seit 2006 die Belastung der Arbeitgeber und die der Arbeitnehmer weit zu Lasten der Arbeitgeber auseinander entwickelt hat. Dazu kommt, dass die Arbeitgeberbelastung nicht nur bei steigenden Gesundheitsausgaben wächst, sondern auch - zumindest unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze - mit zunehmenden Einkommen der Beschäftigten. Für die Arbeitgeber eine „Doppel-Belastung“ mit Ausschließlichkeitscharakter, weil der Versicherungsbeitrag der Arbeitnehmer einkommensunabhängig ist und damit beim Einkommensanstieg unberührt bleibt.

(e) Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs

Die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs im niederländischen Krankenversicherungssystem ist stark in Zweifel zu ziehen. Obwohl der Wettbewerb eines der herausragenden Ziele der Gesundheitsreform in den Niederlanden war, hat die Marktkonzentration in den Niederlanden – unter anderem gemessen an Kriterien des deutschen Bundeskartellamtes – auf der Unternehmens- und Konzernebene besorgniserregend zugenommen. Das ist unter anderem auch das Resultat eines ruinösen Preis- und Beitragswettbewerbs der Unternehmen, die zu Lasten von Eigenmitteln fast vier Jahre nach Inkrafttreten der Reform häufig noch nicht kostendeckende Beiträge kalkulieren. Darüber hinaus ist die in den letzten Jahren häufig positiv beurteilte Wechseldynamik der Versicherten zwischen den Unternehmen zum Erliegen gekommen. Nach einem „Strohfeuer“ durch die Popularität von Gruppenverträgen liegen die Wechselraten in den Niederlanden inzwischen unter denen in Deutschland.

(f) Nichtversicherte und Nichtzahler

Das Problem der Nichtversicherten ist in den Niederlanden mit der Gesundheitsreform nicht gelöst worden. Im Gegenteil: Neben den immer noch zahlreichen Nichtversicherten gibt es jetzt auch das Problem der Nichtzahler. Damit gibt es Parallelen zum deutschen Krankenversicherungssystem, das in Analogie zu den Niederlanden inzwischen auch eine Pflicht zur Versicherung kennt. Aus deutscher Sicht sind dabei folgende Erkenntnisse von Interesse. (1) Die Pflicht zur Versicherung stellt keine Garantie für eine umfassende Lösung des Problems der Nichtversicherten dar. Um zu wirken, ist es wahrscheinlich, dass eine Pflicht zur Versicherung durch staatliche Institutionen (mit allen datenrechtlichen und finanziellen Konsequenzen) überwacht werden muss. (2) Die Pflicht zur Versicherung produziert das Problem der Nicht-Zahler. In Deutschland genauso wie in den Niederlanden entsteht die Auseinandersetzung darüber, ob nicht gezahlte Beiträge vom Steuerzahler oder von der jeweiligen Versicherungsgemeinschaft zu tragen sind. Damit ist die Gefahr real, dass der Staat originäre Staatsaufgaben auf die Kassen und/oder Unternehmen verlagert.

(g) Risikoselektion durch Tariffdifferenzierung

Im niederländischen Krankenversicherungssystem gibt es unter anderem mit wählbaren Selbstbehalttarifen und sogenannten *Pre-*

fered-Provider-Tarifen zahlreiche Wahlmöglichkeiten zur Tarif- und Beitragsdifferenzierung. Diese Tariffdifferenzierung verspricht für den individuellen Beitragszahler – gegen eine entsprechende Leistungseinschränkung – teilweise sehr hohe Beitragsreduktionen, führt aber gleichzeitig bei einem Krankenversicherungsbeitrag, der nicht risikoäquivalent kalkuliert wird, zur Risikoselektion und entsprechenden Verwerfungen. Letztendlich entsteht eine Problematik, die durch die Zulassung von Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch in Deutschland bekannt ist.¹²⁵

Beitragsdifferenzierungen durch eingeschränkte Versicherungsleistungen sind stets problematisch, weil nach Eintritt in die „neuen Tarife“ die konstituierenden niederländischen Systemmerkmale „Umlageverfahren“, „pauschaler Arbeitnehmerbeitrag“, „einkommensabhängiger Arbeitgeberbeitrag“ und „Kontrahierungszwang“ einen wirksamen Schutz vor Selbstselektion nicht zulassen. Eine diesen Schutz vor Selbstselektion bietende individuelle risikoäquivalente Beitragsberechnung mit einem individuellen Kostenbezug, der sich auf die gesamte Versicherungsdauer erstreckt (Äquivalenzprinzip), ist in der niederländischen ZVW nicht vorgesehen. Gleiches gilt auch bei der späteren Rückkehr in einen „Normalleistungsbereich“. Eine derartige Rückkehr führt ausschließlich zu einem Verzicht auf Ermäßigungen oder Beitragsnachlässe, nicht aber zu einer risikoäquivalenten Beitragsveränderung.

Das skizzierte Szenario führt in der Konsequenz dazu, dass in der gesetzlichen Sozialversicherung ein sogenanntes „Vorteilshopping“ möglich ist. Versicherte sind in der Lage als gutes Risiko Mitnahmeeffekte zu realisieren, gleichzeitig aber auch im Alter als schlechtes Risiko einen umlagefinanzierten Vollschutz in Anspruch zu nehmen. Dieser intertemporale Vorteil oder Fehlanreiz würde in einer risikoäquivalenten Krankenversicherung – zum Beispiel der deutschen PKV – durch einen risikoäquivalenten Mehrbeitrag ausgeglichen.

Bei Nichtausgleich entstehen Selektionen, die vom Ausmaß keineswegs zu vernachlässigen sind. Die hohe ökonomische Rationalität der (gesunden) Versicherten lehrt, dass Versicherte in einer Welt mit Wahlтарifen vom „Vorteilshopping“ gezielt Gebrauch machen werden. Dabei stützen sie sich auf ein hohes Maß an Wissen und Sicherheit. Während sich nämlich die niederländischen Krankenversicherungen in ihren statistischen Prognoserechnungen immer nur auf Durchschnittswerte bei der Inanspruchnahme von

¹²⁵ Vgl. Schulze Ehring, F.; Weber, C. (2007), S. 8 ff.

Leistungen beziehen können, ist die Prognosefähigkeit des rationalen Versicherten bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes sehr hoch, weil stets das ganze implizite Wissen um die persönliche und familiäre Krankengeschichte, die Lebenslage und die eigenen Zukunftsaussichten in die Überlegungen zur Wahl eines Selbstbehalttarifs oder *Preferred-Provider-Tarifs* eingehen.¹²⁶

Zusammenfassend sind Selbstbehalttarife und *Preferred-Provider-Tarife* mit ihrem beitrags- und produktdifferenzierenden Charakter für eine umlagefinanzierte Krankenversicherung mit pauschalen und einkommensabhängigen Arbeitnehmer- beziehungsweise Arbeitgeberbeiträgen systemfremd und unsolidarisch. Sie können, wenn die gesetzten Verhaltensanreize nicht zu Verhaltensänderungen, sondern lediglich zu sogenannten Mitnahmeeffekten führen, erhebliche Verluste bei den Beitragseinnahmen mit sich bringen. Der Tatbestand des *Vorteils-hoppings* ist damit in beiden Systemen, der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und der ZVW in den Niederlanden, erfüllt.

3.2 Strukturelle Ausgangsbedingungen

Die Gesundheitssystemstrukturen in Deutschland und der Niederlande vor der Reform unterschieden sich deutlich. Im Gegensatz zur Situation in Deutschland dominierten im Gesundheitssystem der Niederlande schon vor der Reform 2006 private Strukturen und Rechtsformen. Häufig handelte es sich um Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit oder privatrechtliche Stiftungen, die allerdings, je nachdem, ob sie im Bereich der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren, unterschiedlichen Regelungen und aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterworfen waren. Darüber hinaus gilt es festzustellen:

(1) Anders als in Deutschland existierten im niederländischen Krankenversicherungssystem schon seit Ende der 80er Jahre vom Einkommen unabhängige Pauschalbeiträge. Diese wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung autonom festgelegt und machen seit der Gesundheitsreform im Jahr 2006 ca. 45 % der Gesamtbeiträge aus.¹²⁷ Übertragen auf die Situation der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland hieße das: Um in Deutschland eine Situation herzustellen, die der in den Niederlanden nach der Gesundheitsreform gleicht, hätten von den 155,6 Mrd. € an

¹²⁶ Vgl. Paquet, R. (2007), S. 6.

¹²⁷ Vgl. Greß, S. (2005), S. 23.

Beiträgen an die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2008 70 Mrd. € im Rahmen von Pauschalbeiträgen aufgebracht werden müssen. Das wiederum hätte theoretisch zur Folge gehabt, dass der Beitragssatz auf ca. 8,3% gesunken und jährlich von jedem Mitglied der GKV eine Pauschale von 115 € monatlich zu zahlen wäre.¹²⁸ Eine Pauschale, die von der Höhe her in Deutschland - auch mit Sozialausgleich - angesichts der vielen Diskussionen rund um den von den Krankenkassen (bald) zu erhebenden Zusatzbeiträgen nicht denkbar erscheint.

Tabelle: Entwicklung der durchschnittlichen Pauschalprämie in den Niederlanden seit 1996

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
jährliche Ø - Prämie	156 €	98,2 €	98,1 €	179 €	189,6 €	163,6 €	182,6 €
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
jährliche Ø - Prämie	344,7 €	304,6 €	386,1 €	1.027 €	1.091 €	1.038 €	1.056 €

Quelle: Douven, R.; Schut, E. (2006), S. 15.; Vektis (2009b), S. 22; Vektis (2008c), S. 19.

(2) Die Vergütungsstrukturen im ambulanten Sektor unterscheiden sich in Deutschland wesentlich von denen in den Niederlanden. Der Hausarzt erhält nach dem sogenannten Pauschalssystem für auf seinen Namen eingetragene Versicherten eine feste jährliche Vergütung (maximal 2.500 Patienten je Hausarztpraxis). Diese wird errechnet nach der durchschnittlichen Zahl der Arztbesuche der Versicherten. Dazu kommt eine Gebühr bei Konsultation der Patienten (*fee for service*). Ein ambulantes Tarifsystem, das im Großen und Ganzen schon seit Mitte der 80er existiert. Seit diesem Zeitpunkt kennt das niederländische Krankenversicherungssystem - im Gegensatz zu Deutschland - keine Honorardifferenzierung mehr. Die Tarife für die Vergütung der Leistungserbringer sind und waren einheitlich, unabhängig davon, ob die Leistungen im Rahmen des gesetzlichen Systems oder privat erbracht wurden.

Anstelle einer Honorardifferenzierung war in den Niederlanden ein Solidarbeitrag zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung implementiert worden (MOOZ-Beitrag). Dieser sollte

128 Eigene Berechnungen.

den höheren Anteil kostenintensiver Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal ausgleichen.¹²⁹ Durch diesen, neben dem kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich existierenden Ausgleich (2005: ca. 500 Mio. €), waren auch die privaten Versicherungen in die Solidargemeinschaft der Krankenversicherungsträger eingebunden.¹³⁰

Im Umkehrschluss heißt das: Eine Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild setzt in Deutschland für den ambulanten Sektor die Egalisierung oder Harmonisierung der Honorarstrukturen mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ/GOZ) auf der einen Seite und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) auf der anderen Seite voraus. Es müsste also gelingen, die jährlichen Mehrumsätze der Privatpatienten allein im Bereich der ambulanten Arzthonorare in Höhe von 4,8 Mrd. €¹³¹ in einen einheitlichen Gebührenrahmen zu integrieren.

(3) In den Niederlanden sind vor der Gesundheitsreform 2006 weder in der privaten noch in der gesetzlichen Krankenversicherung Alterungsrückstellungen gebildet worden. Damit hat die private Krankenversicherung in den Niederlanden im Gegensatz zur PKV in Deutschland schon immer auf die Bildung einer kapitalgedeckten Demographiereserve nach dem Prinzip der Kapitaldeckung verzichtet. Für eine Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild heißt das: Bei einer Übertragung des niederländischen Modells auf Deutschland müssten alle Alterungsrückstellungen (2008: 111,5 Mrd. €)¹³² individuell auf alle Privatversicherten zurück übertragen werden. Eine strukturelle Ausgangsbedingung, die eine 1:1 Reform nach niederländischem Vorbild nahezu unmöglich macht. Denn Alterungsrückstellungen haben vom Grundsatz her einen kollektiven Charakter. Sie sind kollektiv für eine Versicherungsgemeinschaft kalkuliert worden. Eine individuelle Zurechnung ist nicht möglich.

3.3 Politische Ausgangsbedingungen

Neben den sehr ungleichen Systemstrukturen unterscheiden sich die politischen Ausgangsbedingungen in Deutschland grund-

129 Im Jahr 2000 betragen die MOOZ-Umlagebeiträge 81,60 € für Versicherte im Alter von 20 bis 65 Jahre, 40,80 € für Versicherte bis 20 Jahre und 65,28 € für Versicherte ab 65 Jahre.

130 Vgl. *Tiemann, S. (2005)*, S. 65.; *Tiemann, S. (2004)*, S. 71.

131 Vgl. *Niehaus, f. (2008)*.

132 Vgl. *PKV-Rechenschaftsbericht 2008*.

legend von denen in den Niederlanden. Es existieren erhebliche Traditions- und Kulturunterschiede. Die Reform- und Politikkultur der Niederlande lässt sich - anders als in Deutschland - weitestgehend als liberal skizzieren oder charakterisieren. Eine Gesundheitsreform nach dem Vorbild der Niederlande würde in Deutschland einer Revolution entsprechen, für die Niederlande selbst stellt sie nur einen weiteren Schritt dar, der lange gesundheitspolitisch vorbereitet war.¹³³

(1) Ausdruck der politischen Vorbereitung der Gesundheitsreform 2006 in den Niederlanden ist nicht nur ein gesetzlicher „reduzierter“ Leistungskatalog, der für Deutschland politisch (noch) nicht vorstellbar ist. Ausdruck der abweichenden Reform- und Politikkultur und den unterschiedlichen Reform-Vorbedingungen ist auch die Verbandsorganisation der niederländischen Krankenversicherer. Seit Anfang der 90er Jahre haben sich die privaten und gesetzlichen Krankenversicherer unter anderem durch sehr enge Kooperationen bis hin zur Gründung eines gemeinsamen Verbandes stark angenähert. Ein Tatbestand, der im deutschen Gesundheitssystem - trotz oder wegen des inzwischen konstituierten gemeinsamen GKV-Spitzenverbandes - undenkbar wäre.¹³⁴

(2) Seit der niederländischen Gesundheitsreform sind alle Krankenversicherungen privatrechtlich organisiert. Den Unternehmen ist die Gewinnerzielung erlaubt. Die Krankenversicherung wird durch Vertrag geschlossen und der Rechtsschutz durch die Zivilgerichte gewährt. All das sind Rahmenbedingungen, die in Deutschland politisch nicht vorstellbar wären. In Deutschland ist der Status der (bundesunmittelbaren) und (landesunmittelbaren) Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft im Grundgesetz verankert.¹³⁵ Folglich bedarf es für eine privatrechtliche Umstrukturierung der Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft einer Grundgesetzänderung mit einer 2/3 Mehrheit. Eine Mehrheit, die unter anderem auch angesichts der Beteiligung des Bundesrates politisch illusionär ist. Folge: Im Rahmen einer Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild würde in Deutschland eine Rechts- und Organisationsstrukturanpassung entsprechend den Ausgangsbedingungen nicht zu Gunsten privater, sondern zu Gunsten öffentlich-rechtlicher Rechtsstrukturen ausfallen (Mehrheitsanpassung). Die Mehrheitsanpassung würde

133 Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland und den Niederlanden im Vergleich, vgl. *Hartmann, A. K. (2000)*, Kapitel 4, S. 126-167.

134 Vgl. *Greß, S. (2005)*, S. 25.

135 Vgl. Artikel 87, Absatz 2 des Grundgesetzes.

vom Ergebnis her die private Krankenversicherung in Deutschland beseitigen und einer Bürgerversicherung nach dem Verständnis der SPD, der LINKE und der Grünen gleichen.

Artikel 87, Absatz 2 des Grundgesetzes

Als bundesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechtes werden diejenigen sozialen Versicherungsträger geführt, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. Soziale Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes, aber nicht über mehr als drei Länder hinaus erstreckt, werden abweichend von Satz 1 als landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechtes geführt, wenn das aufsichtsführende Land durch die beteiligten Länder bestimmt ist.

(3) Einkommensschwache erhalten in den Niederlanden einen staatlichen Zuschuss aus Steuermitteln. Dieser Steuertransfer betrug im Jahr 2008 rund 3,6 Mrd. € und wird von etwa zwei Drittel der Niederländer in Anspruch genommen.^{136 137} Die niederländische Gesundheitsreform organisiert den Sozialausgleich damit nicht nur innerhalb (einkommensabhängige Beiträge), sondern auch außerhalb des Krankenversicherungssystems (einkommensabhängige Zuschüsse zur Pauschale). Ein Steuer- und Sozialtransfer, der zur direkten Finanzierungsbeteiligung des Staates am Gesundheitssystem führt und in Deutschland - *wenn man die Kriterien des niederländischen Modells übernimmt, die Einkommensverhältnisse in den Ländern für vergleichbar hält und entsprechend das notwendige steuerliche Ausgleichsvolumen für Deutschland unter Berücksichtigung der überproportionalen Bedeutung der GKV im Vergleich zur ZVW für unterschiedliche pauschale Prämienanteile vereinfacht (naiv) linear hochrechnet* - zuzüglich zur Steuerfinanzierung der Kinder (2012: 14 Mrd. €) quantitativ nicht denkbar wäre. Haushaltsmittel in dieser Höhe stehen auch angesichts der angespannten Haushaltslage in Deutschland durch die Finanz- und Wirtschaftskrise nicht zur Verfügung.

¹³⁶ Vgl. *Leu, R. Et alii. (2009)*, S. 3.

¹³⁷ 2009: 3,8 Mrd. €.

Tabelle: Notwendiger Sozialausgleich in Mrd. €

2008	Leistungs- ausgaben	Anteil der Pauschale	Pauschale in Mrd. €	Sozial- ausgleich
Niederlande	27,4 Mrd. €	45%	12,3 Mrd. €	3,6 Mrd. €
Deutschland	151,1 Mrd. €	45%	68,0 Mrd. €	19,9 Mrd. €
		30%	45,3 Mrd. €	13,3 Mrd. €
		20%	30,2 Mrd. €	8,8 Mrd. €
		10%	15,1 Mrd. €	4,4 Mrd. €

Quelle: eigene Berechnungen

3.4 Chancen für den Wettbewerb?

Unabhängig von Problemlösungskompetenz und (unterschiedlichen) Ausgangsbedingungen sollte man das niederländische Krankenversicherungssystem auch aus Sicht der Frage bewerten, inwieweit das niederländische Modell Chancen für den Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung bietet. Dabei sind (a) die Chancen für den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu analysieren und (b) - wenn man vom gleichzeitigen Erhalt der privaten Krankenversicherung ausgeht - die Auswirkungen auf den Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu betrachten.

3.4.1 Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Gesundheitsfonds hat die Wettbewerbssituation in der gesetzlichen Krankenversicherung stark verändert. Mit dem Gesundheitsfonds haben die deutschen Krankenkassen ihre Finanzautonomie und damit in großen Teilen ihre Entscheidungsgewalt über den Wettbewerbsparameter „Beitrag“ verloren. Der Preis- und Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen ist (außerhalb von Wahlтарifen und Bonus-Regelungen) faktisch zum Erliegen gekommen. Gleichzeitig sind die Voraussetzungen und Bedingungen für eine starke (oligopolistische) Marktkonzentration in der GKV geschaffen worden.

Ein von der Höhe her relevanter kassenindividueller, in die Beitragsautonomie zurückkehrender pauschaler Beitrag (nach niederländischem Vorbild) bietet die Chance, den Wettbewerb neu

zu beleben. Die Funktion der im ehemaligen Beitragswettbewerb (vor 2009) mehr oder weniger wahrgenommenen kassenindividuellen Beitragssätze könnten die kassenindividuellen Pauschalen übernehmen. Dass das durchaus gelingen könnte, zeigt folgende Analyse des Preis- und Beitragssignals eines Zusatzbeitrages im Vergleich zur Situation vor dem Start des Gesundheitsfonds (Tabelle A):

Für die Stärke des Preissignals beziehungsweise des Wechselanreizes vor dem 1.1.2009 sind die Beitragssatzunterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen relevant. Im Jahr 2008 lag der Beitragssatzunterschied zwischen der teuersten (17,4%) und der günstigsten Kasse (12,2%) bei 5,2%-Punkten.¹³⁸ Der Beitragssatzunterschied der teuersten Kasse zum Durchschnittsbeitrag (14,97%) betrug 2,43%-Punkte. Darüber hinaus ist das Preissignal für einen (frei gewählten) Beitragssatzunterschied von 1%-Punkt angegeben. Dieser Unterschied soll ein Wechselszenario außerhalb der Extreme darstellen.

Die Preissignale im Szenario des Zusatzbeitrages im Vergleich zur Situation vor dem Start des Gesundheitsfonds beziehen sich – weil der Zusatzbeitrag allein vom Arbeitnehmer zu entrichten ist – auf den Arbeitnehmerbeitrag. Für die Situation vor dem 1.1.09 bedeutet das, dass die Gesamtersparnisse bei einer Beitragssatzdifferenz von 5,2%-Punkten, 2,43%-Punkten beziehungsweise 1%-Punkt zu halbieren sind. Die für die Arbeitnehmer relevanten „halbierten“ Beitragsersparnisse finden sich in der Spalte 2, 3 und 4. Als Ausgangspunkt für den Zusatzbeitrag nach niederländischem Vorbild wird eine monatliche Pauschale von 8 € gewählt. Diese kann in der heutigen Rechtslage ohne Einkommensüberprüfung von den gesetzlichen Kassen erhoben werden. Aus Sicht des Versicherten lässt sich damit Folgendes feststellen:

- Bei höheren und mittleren Einkommen liegt das Preissignal eines pauschalen Zusatzbeitrages von monatlich 8 € (im Vergleich zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag) in **der Regel unter** dem Preissignal vor Start des Gesundheitsfonds (Spalte 5). Allerdings: Mit sinkendem Einkommen relativieren sich diese Unterschiede.
- Spalte 6 verdeutlicht den „Break Even“ als diejenige Beitragssatzdifferenz in %-Punkten (Arbeitnehmer- + Arbeitgeberbeitrag), die dem Preissignal des Arbeitnehmers bei einem Zusatz-

¹³⁸ Veröffentlichung des BMG, Stand: 1.12.2008.

beitrag von 8 € (im Vergleich zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag) entspräche. Der „Break Even“ liegt umso höher, je größer die Differenz beim Zusatzbeitrag wird. (Tab. B)

Tabelle B: Unterschiede beim Zusatzbeitrag von 15,2 € (19,80 €) monatlich entsprechen je nach Einkommen einem Preissignal, das vor dem 1.1.2009 von einer Beitragssatzdifferenz zwischen 1,08 und 3,17 %-Punkten ausgelöst worden wäre. Der Unterschied beim Zusatzbeitrag von 15,2 € (19,80 €) entspricht in etwa der Differenz zwischen der niedrigsten und höchsten Pauschalprämie, die in den Niederlanden im Jahr 2006 (2009) auf dem Versicherungsmarkt gemessen worden ist.

Tabelle A: Monatliche einkommensabhängige Preis- und Beitragssignale (= potentielle Ersparnis beim Kassenwechsel) vor und nach dem 1.1.2009

	Ersparnis bei max. Beitragssatzdifferenz (5,2 %-Punkte)	Ersparnis bei Beitragsdifferenz zum Ø (2,43 %-Punkte)	Ersparnis bei Beitragssatzdifferenz von 1- %-Punkt	Differenz beim Zusatzbeitrag	„Break-Even,, (in %-Punkte)
Einkommen 3.675 €	95,6 €	44,7 €	18,4 €		0,44
Einkommen 3.333 €	86,7 €	40,5 €	16,7 €		0,48
Einkommen 2.917 €	75,8 €	35,4 €	14,6 €		0,54
Einkommen 2.500 €	65,0 €	30,4 €	12,5 €	8€	0,64
Einkommen 2.083 €	54,2 €	25,3 €	10,4 €		0,76
Einkommen 1.667 €	43,3 €	20,3 €	8,3 €		0,96
Einkommen 1.250 €	32,5 €	15,2 €	6,3 €		1,28

Tabelle B: „Break-Even“ zwischen einem einkommensabhängigen Preissignal und einem steigenden pauschalen Zusatzbeitrag

„Break-Even,, (in %-Punkte)	Differenz beim Zusatzbeitrag in Höhe von ...						
	8 €	10 €	15,2 €	16,3 €	19,8 €	25 €	30 €
Einkommen 3.675 €	0,44	0,54	0,83	0,88	1,08	1,36	1,63
Einkommen 3.333 €	0,48	0,60	0,91	0,98	1,19	1,50	1,80
Einkommen 2.917 €	0,54	0,68	1,04	1,12	1,36	1,72	2,06
Einkommen 2.500 €	0,64	0,80	1,22	1,34	1,58	2,00	2,40
Einkommen 2.083 €	0,76	0,96	1,46	1,57	1,90	2,40	2,88
Einkommen 1.667 €	0,96	1,20	1,82	1,96	2,38	3,00	3,60
Einkommen 1.250 €	1,28	1,60	2,43	2,61	3,17	4,00	4,80

In der Gesamtbetrachtung zeigt die Analyse, dass pauschale Zusatzbeiträge in der Lage sind, ein höheres Preissignal auszusenden als die Beitragsatzdifferenzen vor dem Start des Gesundheitsfonds. Die pauschalen Zusatzbeiträge müssen nur – wie in den Niederlanden – ausreichend hoch sein. Hinzu käme ein psychologischer Vorteil. Der Zusatzbeitrag wird eben nicht durch Lohnabzug beim Arbeitgeber entrichtet, sondern muss vom Arbeitnehmer direkt an die Krankenkassen gezahlt werden. Ein psychologischer Effekt, der das subjektive, nicht objektive Wechselkalkül der Mitglieder nicht unerheblich verändert, und zwar umso mehr, je größer der Anteil der Pauschale am Gesamtbeitragsvolumen ist.

Eine Pauschale nach niederländischem Vorbild könnte damit einen Beitrag dazu leisten, den Wettbewerb innerhalb der GKV zu intensivieren. Der „Sogwirkung“ des vereinheitlichenden und zentralisierenden Gesundheitsfonds würde etwas entgegengesetzt. Die Pauschale als Ausdruck der Beitragsautonomie könnte den Trend zur Marktkonzentration stoppen. Eine Entwicklung, die sich in den Niederlanden allerdings gerade nicht beobachten lässt. Im Umkehrschluss heißt das: Das Vorbild der Niederlande lehrt uns, wie

es gelingen kann, einen von der Höhe relevanten Pauschalbeitrag in ein Gesundheitswesen zu implementieren. Eine Garantie, dass sich mit Hilfe dieses Pauschalbeitrages die Funktionsfähigkeit des Beitragswettbewerbs verbessern lässt, gibt es dabei allerdings nicht. Trotzdem ist die Chance auf mehr Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung real, weil die Pauschale in Deutschland auf eine andere Vorgeschichte treffen würde und die Rahmenbedingungen sich fundamental von denen in den Niederlanden unterscheiden.

3.4.2 Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV

Für den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV stellt die einkommensunabhängige Pauschale je nach Größe und Volumen durchaus Gefahren dar. Eine Pauschale, die nach dem Vorbild der Niederlande ca. 45% des Beitragsvolumens abbildet und für die GKV unter anderem von der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft beschrieben worden ist,¹³⁹ muss auch Auswirkungen auf die Wettbewerbsposition der privaten Krankenversicherung haben. Denn PKV und GKV führen eine direkte Wettbewerbsbeziehung um von der Versicherungspflicht befreite Personen. Der Umbau der gesetzlichen Krankenversicherung nach Vorbild des niederländischen Krankenversicherungssystems hat deshalb mittelbar auch immer Einfluss auf die Wettbewerbssituation der PKV. Die partielle Umstellung von einkommensabhängigen Beiträgen auf einkommensunabhängige Pauschalen in der GKV wird zu Wechselströmen zwischen PKV und GKV führen, die nicht unwesentlich von den Merkmalen Familienstand, Alter, Gesundheitszustand, Geschlecht und Einkommen abhängen:

(a) Einkommen

Angestellte mit der Möglichkeit zum Wechsel in die PKV liegen mit ihrem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Sie werden genauso wie Selbständige, die über ein relativ hohes Einkommen verfügen, den risikoäquivalent kalkulierten Arbeitnehmerbeitrag in der PKV mit dem Versicherungsbeitrag in der GKV vergleichen. Letzterer wird bei einem Übergang zur Pauschale im Vergleich zur Situation im Status Quo für die genannten Personengruppen sinken. Für die PKV ginge ein erhebliches Maß an Wettbewerbsfähigkeit verloren.

¹³⁹ Vgl. *vwv – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. (2009)*, Der REGIONALE GESUNDHEITS-KOMBI: Mehr Gesundheit durch eine alternative Finanzierung der Krankenversicherung.

(b) Einstiegsalter

Neben dem Einkommen der potentiellen Privatversicherten ist für die Wettbewerbsfähigkeit der PKV auch das Einstiegsalter in der PKV relevant. Weil bei risikoäquivalenten Beiträgen, so wie sie in der PKV kalkuliert werden, mit ansteigendem Eintrittsalter der Privatversicherten der monatlich zu zahlende Versicherungsbeitrag steigt, werden sich Versicherte bei einer Einführung einer Pauschale nach niederländischem Vorbild umso eher für den Verbleib in der GKV entscheiden, je älter sie zum Zeitpunkt der Befreiung von der Versicherungspflicht sind.

(c) Geschlecht

Die Höhe der risikoäquivalenten Versicherungsbeiträge in der PKV hängen – unter anderem weil Frauen eine höhere Lebenserwartung haben – auch vom Geschlecht ab. Deshalb werden sich bei einer Einführung einer Pauschale nach niederländischem Vorbild vor allem weibliche Versicherte für den Verbleib in der GKV entscheiden.

(d) Gesundheitszustand

Bei Abschluss einer Versicherung in der PKV sind Vorerkrankungen zu berücksichtigen. Sie führen gegebenenfalls zu Risikozuschlägen. Personen mit Vorerkrankungen werden sich bei Einführung eines Pauschalsystems in der GKV dementsprechend in der Regel für den Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden.

(e) Versicherte mit (nicht verdienenden) Partnern

Die pauschale Gesundheitsprämie in der GKV (nach niederländischem Vorbild) würde je Erwachsenen erhoben. Das Privileg der beitragsfreien Mitversicherung von nicht verdienenden (Ehe-)Partnern ginge in der GKV verloren. Für diese Gruppe von Versicherten würde die PKV attraktiver. Die beitragsfreie Familienversicherung in der GKV entfielen.

(f) Kinder

Die Beiträge von gesetzlich versicherten Kindern sollen im System einer pauschalen Gesundheitsprämie genauso wie im Status Quo über Steuern finanziert werden. Am Wettbewerbsnachteil der PKV,

in der für Kinder eigene risikoäquivalente Beiträge zu zahlen sind, ändert sich damit nichts. Kinder bleiben damit ein Kriterium, sich nicht für die PKV zu entscheiden.

Unabhängig von diesen Merkmalen ist für die Wettbewerbsfähigkeit der PKV auch der steuerfinanzierte Sozialausgleich in einer GKV mit einkommensunabhängigen Beiträgen von Relevanz. Zum steuerfinanzierten Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung tragen nämlich implizit auch alle Privatversicherten bei, ohne allerdings selbst von eben diesem Ausgleich (bei Erfüllung der Ausgleichsbedingungen) zu profitieren. Indirekt ist damit die Wettbewerbsfähigkeit der PKV negativ betroffen.

Als Fazit lässt sich Folgendes feststellen. Die private Krankenversicherung, die mit Alterungsrückstellungen und höheren Leistungspreisen (=Mehrumsatz) kalkulieren muss, verliert direkt und indirekt gegen eine *partielle* Pauschalprämie an Wettbewerbsfähigkeit, und zwar umso mehr, je höher und schneller das Volumen beziehungsweise das Wachstum der Pauschalprämie ausfällt. Selbst ein Pauschalvolumen von 20 % lässt in manchen Fällen die Wettbewerbsfähigkeit der PKV zu Gunsten der GKV „kippen“. Das entspräche einer Bürgerversicherung durch die „Hintertür“. Die Konvergenz zum Einheitssystem durch die sinkende Wettbewerbsfähigkeit der PKV im Zuge eines GKV-Systems mit *partiellen* Pauschalen ließe sich nur bedingt aufhalten. Die vier wesentlichen Bedingungen für eine gute wettbewerbliche Koexistenz zwischen GKV und PKV mit wachsenden Pauschalprämienanteilen lauten:

(1) Um die Wettbewerbsnachteile der PKV zur GKV mit anteiligen, nicht einkommensabhängigen Pauschalen gerade bei Versicherten mit einem höheren Einkommen auszugleichen, muss in einem *partiellen* Prämienmodell die Versicherungspflichtgrenze entsprechend sinken.

(2) In der *partiellen* Gesundheitsprämie gilt ein Beitrag pro versicherte erwachsene Person. Um die Wettbewerbsnachteile der PKV zur GKV mit anteiligen, nicht einkommensabhängigen Pauschalen gerade bei Versicherten mit Kindern auszugleichen, muss es auch einen Pauschalbeitrag für Kinder geben, der aus einem zu erhöhenden Kindergeld bezahlt wird. Das erhöhte Kindergeld muss sowohl für die GKV- als auch für die PKV-Versicherten gelten.

(3) Die Privatversicherten leisten heute einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag zum Gesundheitswesen (Mehrumsatz im

Jahr 2007: 10,5 Mrd. €)¹⁴⁰. Diese „Quersubventionierung“ gleicht den Tatbestand aus, dass PKV-Versicherte nicht an der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV teilnehmen. Entfällt im *partiellen* Pauschalmodell der GKV die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV **partiell**, dann entfällt auch **anteilig** die Rechtfertigung für den überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatpatienten. Das heißt: Weil alle Überzahlungen auf vom Gesetzgeber geschaffene Regulierungen, wie die Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, zurückgehen, müssen diese Gebührenverzeichnisse so geändert werden, dass der Mehrumsatz der Privatversicherten analog zum Rückgang der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV sinkt. Höhere Arzthonorare kann es dann beispielsweise nur noch geben, wenn dem eine echte Mehrleistung gegenübersteht.

(4) Auch eine partielle Pauschale in der GKV ist umlagefinanziert. Die einkommensunabhängigen Prämien steigen mit dem demographischen Wandel an. Das ist so, weil die Einkommen weniger schnell wachsen als die Leistungsausgaben. Folglich werden immer mehr Versicherte in immer höherem Umfang transferanspruchsberechtigt. Der für den Sozialtransfer verantwortliche Staat übernimmt damit schrittweise das demographische Risiko der GKV. Die dafür notwendigen Steuern stammen auch von Privatversicherten, die mit einer privaten Krankenversicherung schon eine demographische Vorsorge geleistet haben. Unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs zwischen PKV und GKV ist deshalb ein Einkommensausgleich, der in der GKV verbleibt, einer Steuerlösung überlegen.

¹⁴⁰ Vgl. Niehaus, f. (2008).

4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Das niederländische Krankenversicherungssystem kann kein Vorbild für Deutschland sein. Denn angesichts der vorgenommenen Modellbewertung muss der häufig gelobte „gute“ Zustand des niederländischen Systems in vielerlei Hinsicht in Zweifel gezogen werden. Ohne Probleme auf der Ausgabenseite zu lösen, reformiert die Gesundheitsreform 2006 ausschließlich die Finanzierung der Krankenversicherung. Dabei sind der Reformtradition, -geschichte und Politikkultur folgend im neuen niederländischen System starke liberale und privatrechtliche Elemente, die in hohem Maß die Eigenverantwortlichkeit stärken, etabliert worden. Dazu gehören auch zahlreiche Wettbewerbselemente. Eben diese Wettbewerbselemente haben ihre Funktionsfähigkeit aber nicht nachhaltig bewiesen. Die Zahl der Versichertenwechsler ist nach einem vorübergehenden Boom der Gruppenverträge niedrig, der Beitragswettbewerb zwischen den Versicherungen auf Kosten der Eigenmittel nicht wirtschaftlich und die Marktkonzentration auf dem Versicherungsmarkt besorgniserregend hoch.

Als Fazit bleibt damit festzustellen: Der Vergleich zum deutschen Gesundheitssystem einerseits und zur deutschen Reformdiskussion andererseits verbietet sich. Auf den ersten Blick vermag zwar der Tatbestand, dass in den Niederlanden eine zweigeteilte Prämie existiert, an ein ideales Kompromissmodell mit Befürwortern des Status Quo (Gesundheitsfond mit „größerem“ Zusatzbeitrag) auf der einen und Verfechtern der einmal auf dem Leipziger CDU-Parteitag beschlossenen Gesundheitsprämie auf der anderen Seite erinnern, letztendlich aber besteht am ehesten eine Nähe zu den Vorstellungen der FDP. Diese hat schon 2004 eine *Private Krankenversicherung mit sozialer Absicherung für alle* vorgeschlagen.¹⁴¹ Analog zum niederländischen Gesundheitssystem sieht dieser Vorschlag neben der Privatisierung aller gesetzlichen Krankenkassen vor, dass jedes Unternehmen mit Kontrahierungszwang einen nicht risikoäquivalent kalkulierten Basispauschaltarif, der sich auf einen um Zahnleistungen und Krankengeld reduzierten Leistungskatalog bezieht, anbieten muss. Sozialtransfers stellen dabei sicher, dass jeder Bürger seiner Pflicht zur Versicherung nachkommen kann. Deutlichster Unterschied ist das Fehlen von Alterungsrückstellungen. Die niederländische Reform verzichtet ihrer Tradition folgend auf eben diese Kapitaldeckung. Ein Tatbestand, der in den Niederlanden nicht schwer wiegt. Angesichts der

¹⁴¹ FDP, Beschluss des 55. Ord. Bundesparteitag der FDP in Dresden.

relativ günstigen Demographie in den Niederlanden ist auch hier die Situation beider Länder nicht miteinander zu vergleichen.

Schlussendlich bleibt die Rolle der privaten Krankenversicherung zu betrachten. Denn von einer Gesundheitsreform nach niederländischem Modell bliebe die PKV nicht unbetroffen:

1. Bei Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes gäbe es eine Mehrheitsanpassung zu Gunsten der öffentlich-rechtlichen Strukturen, die vom Ergebnis her die private Krankenversicherung in Deutschland beseitigt und einer Bürgerversicherung nach dem Verständnis der SPD, der LINKE und der Grünen etabliert. Der für die Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes zu zahlende Preis wäre in Deutschland sehr hoch. Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungsprodukten bliebe ebenso wie der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV auf der Strecke. Letztendlich bieten Wahlfreiheit, Ideen- und Leistungswettbewerb sowie der Wettbewerb zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung fast keine Nachteile, dafür aber viele Chancen.

Zweifelsohne gibt es trotzdem starke gesellschaftspolitische Kräfte, die die Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes begrüßen. Überzeugende Argumente für ein solches Vorhaben sind jedoch weder für die Patienten noch für die Versicherten oder Beitragszahler erkennbar. In einer offenen liberalen Gesellschaft ist Vielfalt nichts Schlechtes, sondern in ihr steckt immer die Kraft für Veränderungen entsprechend der sich wandelnden Bedürfnisse.

2. Großen Einfluss auf die private Krankenversicherung entstünde aber auch, wenn die Dualität aus PKV und GKV erhalten bliebe, aber gleichzeitig die gesetzliche Krankenversicherung über steigende Zusatzbeiträge in Richtung eines „halben“ Prämienmodells weiterentwickelt würde. Die partielle Umstellung von einkommensabhängigen Beiträgen auf einkommensunabhängige Pauschalen in der GKV ließe große Wechselströme zu Lasten der PKV erwarten. Die Wettbewerbsfähigkeit der privaten Krankenversicherung bräche insbesondere bei den Selbständigen und Angestellten (mit einem relativ hohen PKV-Eintrittsalter) ein. Darüber hinaus würden Privatversicherte zum steuerfinanzierten Sozialausgleich in der GKV beitragen ohne selbst von eben diesem Ausgleich zu profitieren. Lediglich das Privileg der beitragsfreien Mitversicherung von nicht verdienenden (Ehe-)Partnern ginge in der GKV verloren. Letztendlich wäre aber der mittelbare und indirekte Weg in die Einheitsversicherung geebnet.

3. Chancen bietet dagegen die einkommensunabhängige, kassen-individuelle Pauschale für den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie lässt sich als Gegenmodell zu einem vereinheitlichten und zentralisierten GKV-System inklusive Gesundheitsfonds betrachten. Das nutzt letztendlich nicht nur dem Wettbewerb in der GKV, sondern schützt auch die PKV vor einer vereinheitlichenden „Sogwirkung“, die zwangsläufig vom zentralen Gesundheitsfonds in der GKV ausgehen muss.

Alles in allem ist die Sympathie für die Entwicklung des niederländischen Gesundheitssystems – wie aufgezeigt – nicht der Problemlösungskompetenz geschuldet, sondern vor allem politisch zu begründen. In mancher Hinsicht fühlt man sich an eine, inzwischen einige Jahre zurückliegende Diskussion erinnert, in der das 1996 reformierte und neu strukturierte schweizerische Gesundheitssystem als das Vorbildmodell schlechthin galt. Eine von Anfang an anhaltende und ungelöste Kostenproblematik hat das Schweizer Modell allerdings inzwischen politisch an Attraktivität verlieren lassen. Damit deuten sich Parallelen an. Auch in den Niederlanden entwickeln sich die Kosten alles andere als moderat. Es bleibt abzuwarten, wie lange es dauert, bis die politischen Befürworter und Sympathisanten des niederländischen Modells das realisieren und entsprechende Konsequenzen ziehen.

Literaturverzeichnis

Agasi, S. (2008), Die Krankenversicherung in den Niederlanden zwei Jahre nach der Reform, ZSR 54/2008.

Agasi, S. (2010), Die Krankenversicherung in den Niederlanden: Von der kleinen Prämie zur großen Prämie, in: Die Krankenversicherung 3/2010.

Andersen, H.; Schwarze, J. (2001), Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? Universität Bamberg; DIW Berlin.

BS Health Consultancy (2008), Stilte na de Storm, Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt.

Bartholomé, Y.; Maarse, H. (2006), Health insurance reform in the Netherlands, in: Eurohealth Vol. 12, No. 2, Brüssel.

Björnberg, D.; Cebolla Garrofé, B.; Lindblad, S. (2009), Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2009 Report.

Beske, F.; Drabinski, T.; Golbach, U. (2005a), Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Band I, Kiel August 2005.

Beske, F.; Drabinski, T. (2005b), Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Band II, Kiel August 2005.

Bos, M. (1999), Die Niederlande, in: Palm, W. (Hrsg.), Sozialschutz und Gesundheitssysteme, S. 135-151, Association Internationale de la Mutualité, Brüssel.

BS Health Consultancy (2009), Volop concurrentie weinig mobiliteit, Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2009.

BS Health Consultancy (2010), Toename mobiliteit om prijs, onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2010.

Bundesministerium für Gesundheit (2009), Kennzahlen und Faustformeln.

Bundeszentrale für politische Aufklärung (2010), Stand 2010, unter: http://www.bpb.de/popup/popup_druckversion_sosi.html?guid=WZDR71&sosi_guid=AA393&sosi_lt=AA148

Centraal Planbureau (2006), Koopkrachtontwikkeling 2006: Plussen en minnen, CPB.

CBS Statistics Netherlands (2009), Press release, Stand März 2010, abrufbar unter: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/892E0CCC-D47B-44FE-AE88-6EEF90194B85/0/pb09e083.pdf>

CBS Statistics Netherlands (2008), Press release, Stand März 2010, abrufbar unter: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/1AB191A6-D76F-4531-89AF-1B316E01167B/0/pb08e033.pdf>

Donders, P.; van Riel, S. (2009), Annual National Report 2009: Pensions, Health and Long-Term Care, The Netherlands, asisp 2009.

Douven, R. (2007), Morbidity-based risk adjustment in the Netherlands, in: Wille, V.; Schneider, A. (Hrsg.): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, S. 161-202, Nomos Verlag.

Douven, R.; Schut, E. (2006), Health plan pricing behaviour and managed competition, CPB Discussion Paper no. 61, March (2006)

Douven, R.; Mot, E.; Pomp, M. (2007), Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Das Magazin für Wirtschaftspolitik 3-2007.

Dutch Health Care Authority (2010), www.nza.nl

Dutch Competition Authority (2010), www.nmanet.nl

Eurostat Statistics Europe (2009), www.eurostat.ec.europa.eu

Evaluatie (2009), Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag, www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/zvw-wzt_webversie_a4.pdf (Stand 3/2010)

FDP, Beschluss des 55. Ord. Bundesparteitag der FDP, Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative, Dresden.

Greß, S. (2000), Der Nachbar als Herausforderung? Zur Vorbildfunktion des niederländischen Modells, ZeS-Arbeitspapier 1/2000, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.

Greß, S. (2002a), Krankenversicherung und Wettbewerb: Das Beispiel Niederlande.

Greß, S. (2002b), Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV – Effekte und Perspektiven, in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (2002), 4, S. 490 – 497.

Greß, S. (2004), Niederlande: Die Plombe ist Privatsache, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 1/04, 7. Jahrgang.

Greß, S. (2005), Die Reformmühle dreht sich wieder, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 2/05, 8. Jahrgang.

Greß, S. (2006), Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Die Ersatzkasse, S. 63-64.

Greß, S.; Manouguian, M.; Wasem, J. (2006), Krankenversicherungsreform in den Niederlanden: Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pausschalprämie in Deutschland?, Diskussionsbeitrag der Universität Duisburg-Essen.

Greß, S.; Walendzik, A.; Wasem, J. (2008), Auswirkungen der Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf Nichtversiche-

zung im deutschen Krankenversicherungssystem, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung.

Health Insurance Board (2010), www.cvz.nl

Hamilton, G. J. (2006), Fragen der Finanzierung in der niederländischen Reform des Krankenversicherungssystems, 17.2.2006, Vortrag am Max-Planck-Institut München.

Hartmann, A. K. (2000), Zwischen Differenzierung und Integration: Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland.

Leu, R.; Rutten, F.; Brouwer, W.; Matter, P.; Rütschi, C. (2009), The swiss and dutch health insurance systems: Universal coverage and regulated competitive insurance markets, The commonwealth fund, 2009.

Maarse, H. (2009), The Netherlands, in: Private health insurance in the European Union, London School of Economics, Studie im Auftrag der Europäischen Union, London 2009.

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, (2006), Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden, S. 12.

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, (2008), Beschreibung der Risikostrukturausgleichssystematik des niederländischen Krankenversicherungsgesetzes.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008), Verplichte zorgverzekering als u in Nederland werkt, November 2008.

Müller, J. (2009), Reform der niederländischen Krankenversicherung – Bilanz nach drei Jahren, in: G+S, 2/2009.

Niehaus, F. (2009), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag der PKV im Jahr 2007, WIP-Diskussionspapier 08/09.

Niehaus, F.; Finkenstädt V. (2009), Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?, WIP-Diskussionspapier 12/09.

NZa (2006), Monitor Zorgverzekeringmarkt 2006.

NZa (2007), Monitor Zorgverzekeringmarkt 2007.

NZa (2008), Monitor Zorgverzekeringmarkt 2008.

NZa (2009), Monitor Zorgverzekeringmarkt 2009.

OECD Health Data (2009), www.oecd.org.

Paquet, R. (2007), Die janusköpfige Chance: Wahltarife als Wettbewerbsrisiko für die GKV, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, April 2007, S. 3-6.

PKV-Verband (2009), Rechenschaftsbericht 2008.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Sondergutachten).

Schulze Ehring, F.; Weber, C. (2007), Wahltarife in der GKV - Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?, WIP-Diskussionspapier 4/07.

Schwarze, J.; Andersen, H. (2004), Kassenwechsel in der GKV: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?, DIW Berlin und IZA Bonn.

SER Sociaal-Economische Raad (2008), Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ, Publicatienummer 3, April 2008.

Siciliani, L.; Hurst, J.; (2003), Explaining Waiting Times Variations across OECD Countries, OECD Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA 2003.

Sosalla, U. (2006), Berliner Gesundheitspolitiker schielen nach Holland, in: Financial Times Deutschland vom 3.1.2006, S. 10.

Statistisches Bundesamt (2009), www.destatis.de

The Nederlandse Bank (DNB), www.dnb.nl/openboek/extern/id/en/all/41-116994.html?searchindex=true (Stand März 2010).

Tiemann, S. (2004), Niederlande – vom regulierten Wettbewerb zur privatisierten Bürgerversicherung?, in: PKV Publik 6/2004, S. 70-72.

Tiemann, S. (2005), Experimentierfeld zwischen Staat und Markt, Entwicklungslinien ausgewählter Gesundheitssysteme in Europa, unveröffentlichtes Manuskript.

VBW – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (2009), Der Regionale Gesundheitskombi: Mehr Gesundheit durch eine alternative Finanzierung der Krankenversicherung.

Vektis (2006a), Zorgmonitor, Jaarboek 2006.

Vektis (2006b), Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2006.

Vektis (2007a), Zorgmonitor, Jaarboek 2007.

Vektis (2007b), Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2007.

Vektis (2008a), Zorgmonitor, Jaarboek 2008.

Vektis (2008b), Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2008.

Vektis (2008c), Zorgthermometer, Vooruitblik 2009.

Vektis (2009a), Jaarcijfers 2009.

Vektis (2009b), Zorgthermometer, Vooruitblik 2010.

Vektis (2009c), Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2009.

Walser, C. (2005), Neue Krankenversicherung der Niederlande, Bürgerversicherung mit Kopfpauschale und starken Wettbewerbsselementen, in: ZRP 8/2005.

Walser, C. (2006a), Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden, in: Soziale Sicherheit 55 (3), S. 87-92.

Walser, C. (2006b), Die Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden – ein Modell für Deutschland?, ZESAR 9, S. 333-340.

Westert, G.; van den Berg, M.; Koolman, X.; Verkleij, H. (2008), Dutch health care performance report 2008, National institute for public health, Bilthoven.

Teil B:

Das Gesundheitssystem in der Schweiz: Betrachtungen aus deutscher Sicht

von Dr. Anne-Dorothee Köster

1 Das Gesundheitssystem in der Schweiz	80
1.1 Reformgeschichte der Schweiz	80
1.2 Das Gesundheitssystem in 2009	84
1.2.1 Umfang des Versicherungsschutzes	84
1.2.2 Versicherter Personenkreis	89
1.2.3 Beitragsgestaltung	90
1.2.4 Rolle der Zusatzversicherungen	97
1.2.5 Versicherungsträger und Versicherungsmarkt	100
1.2.6 Wahlrechte der Versicherten	102
2 Bewertung des Schweizer Gesundheitssystems.....	105
2.1 Gesellschaftliche Akzeptanz des Finanzierungs- systems	105
2.2 Das Problem der Kosten- und Prämienentwicklung.....	108
2.2.1 Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen.....	108
2.2.2 Ausgaben- und Prämienentwicklung in der OKPV ..	110
2.2.3 Kostenträger, Regionalisierung und Belastungs- verteilung	114
2.3 Der Markt für Zusatzversicherungen	121
2.4 Keine Relevanz von Lohn(zusatz)kosten	126
2.5 Demographischer Wandel und medizin-technischer Fortschritt.....	127
2.5.1 Herausforderungen des demographischen Wandels.....	127
2.5.2 Ansätze zur Rationierung und Rationalisierung	130
2.6 Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs	132
2.6.1 Beitragswettbewerb	133
2.6.2 Wechselverhalten der Versicherten.....	137
2.6.3 Marktkonzentration	140
2.7 Nichtversicherte und Nichtzahler	142

3 Das Schweizer System in der Zukunft und seine Bedeutung für Deutschland	145
3.1 Problemlösungskompetenz und Erkenntnisse für Deutschland.....	145
3.2 Politische Veränderungen in der Schweizer Gesundheitspolitik.....	149
4 Zusammenfassung und Fazit.....	151
Anhang	153
1 Wichtigste Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996	153
2 Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens	158
3 Versichertenbestand in der Grundversicherung	160
4 Beispiele: Sozialausgleich – Individuelle Prämienverbilligungen (IPV) und Gesamtbelastung der Familien	160
Literaturverzeichnis.....	162

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen
CH	Schweiz
EDI	Eidgenössisches Department des Inneren
FINMA	Behörde für die Finanzmarktaufsicht
HMO	Health-Maintenance-Organization
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18.03.1994
KVL	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) vom 29.09.1995
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27.06.1995
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13.06.1911
MC	Managed Care
OKPV	Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Kantone

ZH	Zürich
BE	Bern
LU	Luzern
UR	Uri
SZ	Schwyz
OW	Oberwalden
NW	Niederwalden
GL	Glarus
ZG	Zug
FR	Freiburg
SO	Solothurn
BS	Basel-Stadt
BL	Basel-Landschaft
SH	Schaffhausen
AR	Appenzell Ausserhoden
AI	Appenzell Innerhoden
SG	St. Gallen
GR	Graubünden
AG	Aargau
TG	Thurgau
TI	Tessin
VD	Waadt
VS	Wallis
NE	Neuenburg
GE	Genf
JU	Jura
CH	Schweizerische Eidgenossenschaft

1 Das Gesundheitssystem in der Schweiz

1.1 Reformgeschichte der Schweiz

Wie für fast alle Länder weltweit ist auch das Gesundheitssystem der Schweiz das Ergebnis jahrzehntelanger reformpolitischer Anstrengungen. Im Gegensatz zu seinen europäischen Nachbarn herrscht in der langfristigen Reformgeschichte allerdings keine Politik der „kleinen Schritte“ vor. Auch ist eine längere Historie an Kostendämpfungsmaßnahmen unbekannt. Ebenso ist sie bislang weniger dynamisch ausgefallen.¹ Es lassen sich zwar viele reformpolitische Anstrengungen ausmachen, letztlich umgesetzt wurden nur sehr wenige.² Dass dies so ist, dafür sorgen vor allem der in der Schweiz hochgehaltene Föderalismus und die besondere Bedeutung der direkten Demokratie im politischen Entscheidungsprozess. Sie führen dazu, dass neben einer „eidgenössischen“, 26 verschiedene kantonale Gesundheitspolitiken und -systeme existieren und dass nationale Gesetzesvorhaben stets der Zustimmung der Stände (=Kantone) und des Volkes bedürfen. Letzteres kann auch durch erfolgreiche Initiativen Gesetzesänderungen erzwingen.

In diesem Sinne beruht das heutige Krankenversicherungssystem der Schweiz auf einer 1994 stattgefundenen Totalrevision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) von 1911, die sich an mehrere Volksinitiativen in diesem Jahr zur Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung anschloss. Am 1. Januar 1996 trat das durch die Revision entstandene Folgegesetz, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in Kraft.³ Es wurden u. a. eine schweizweite Versicherungspflicht mit einem umfassenden Leistungskatalog, einheitliche Kopfprämien mit individuellen Subventionsmöglichkeiten, freie Kassenwahl und ein Kontrahierungszwang für die Versicherer eingeführt. Die Schweiz war damit weltweit das erste Land, das eine „Bürgerversicherung“ mit Kopfpauschalen implementiert hat.

1 Allerdings hat sich dies 2003 mit dem Scheitern der 2. Teilrevision des 1996 eingeführten KVG geändert. Seitdem ist auch die Schweizer Politik davon abgegangen „Komplettlösungen“ anzugehen und sucht stattdessen ihr Heil in „kleinen Schritten“ und in befristeten Dringlichkeitsgesetzen.

2 Zur Übersicht verschiedener reformpolitischer Anstrengungen und zur gesundheitspolitischen Historie vgl. u. a. Achtermann, W. / Berset, C. (2006); Lengwiler, M. (2009) und die dort angegebenen Verweise.

3 Nach einjähriger Übergangsfrist greift 1997 die Trennung zwischen sozialer Krankenversicherung nach KVG und Zusatzversicherung nach VVG.

Bis zu diesem Zeitpunkt galt das 1914 eingeführte KUVG, die erste gesamtschweizerische Ordnung für die Krankenversicherung. Unter Einbezug der Zensur durch das neue KVG und den jüngeren gesundheitspolitischen Entwicklungen lassen sich somit rückblickend folgende drei Phasen der Schweizer Reformgeschichte ausmachen:

1. Phase – Einführung und Vorbereitung eines schweizweiten Krankenversicherungswesens (1900er- bis Ende 1970er-Jahre): Gesundheitspolitisch gesehen ist dies eine „stabile“ Phase. Sie nimmt ihren Anfang mit der Einführung eines schweizweiten Krankenversicherungsgesetzes – wenn auch eines der zweiten Wahl.⁴ Im weiteren Verlauf werden nur sehr wenige gesetzliche Änderungen umgesetzt. Nur einmal Mitte der 1960er-Jahre kommt es zu größeren Reformen (1. Teilrevision). Kennzeichnend von Anfang an ist allerdings, dass bei einer eher liberalen und weiterhin stark föderalen Ausrichtung mit dem Angebot des „eigentlichen“ Krankenversicherungsschutzes (Basisschutz) kein Geld verdient wird. Es gilt der Grundsatz der Gegenseitigkeit, der historisch auf den Idealen der ersten Hilfskassen fußt, die weiterhin den Markt unter sich aufteilen. Das Angebot kann theoretisch zwar sowohl von privaten als auch staatlichen Versicherern erfolgen, gleichwohl errichten nur wenige Kantone staatliche Krankenkassen bzw. halten sie über einen längeren Zeitraum aufrecht. Es existiert (bis auf wenige Kantone mit Versicherungspflicht) kein Kontrahierungszwang und die Prämien dürfen nach Eintrittsalter (mit Alterungsrückstellungen) und Versicherungsvorbehalten kalkuliert werden.

2. Phase – Konflikt zwischen Risikoselektion und Sicherstellung einer medizinischen Versorgung für alle (Anfang der 1980er- bis Mitte 1990er-Jahre): Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern rückt mit steigenden Gesundheitsausgaben das Thema der Kostendämpfungspolitik auf die gesundheitspolitische Tagesordnung – allerdings deutlich weniger dominant als z. B. in Deutschland. Neben Kostendämpfungsmaßnahmen setzen sich vor allem in den 1980er-Jahren Reformen hinsichtlich des Leistungsumfangs (u. a. Mutterschaftsschutz, Herausnahme der Unfallversicherung) durch.⁵ Auch wenn Kostensenkungsmaßnahmen ein Thema sind, wird die Gesundheitspolitik in dieser Phase von sozialpolitischen

⁴ Das KUVG war damals als Lösung der zweiten Wahl konzipiert worden, nachdem die Einführung einer Krankenversicherung nach Bismarckschen Vorbild (obligatorische Arbeitnehmersicherung mit Lohnabzügen) an einer Volksabstimmung gescheitert war. Das sogenannte „Lex Forrer“ von 1899 erhielt keine Mehrheit beim Volk am 20.05.1900; vgl. Moser, M. (2004); *santésuisse* (2009c).

⁵ Beispiele: 1981: Absplittung der Unfallversicherung; 1987: Teilrevision mit Schwerpunkten Leistungsausbau und Kosteneindämmung und Mutterschaftsversicherung über die EO.

Problemen der Krankenversicherung geprägt. Sie liegen größtenteils in den gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen des KUVG begründet. Denn ein Abschluss einer Krankenversicherung ist für beide Seiten – Versicherer und Versicherte – in vielen Kantonen freiwillig. Gleichzeitig müssen die Versicherer soziale Auflagen erfüllen,⁶ für die der Staat seit 1977 keine kostendeckenden Subventionen mehr zahlt.⁷ Es kommt zu einer zunehmend als „Entsolidarisierung“ wahrgenommenen Risikoselektion (v. a. gegenüber Alten, Kranken und Frauen). Die Schweizer Gesundheitspolitik reagiert hierauf – neben der deutlichen Erhöhung der Subventionsbeträge 1990 – mit der Einführung eines (befristeten) Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenversicherern zum 1.1.1993.⁸ Letztlich setzt sich die Totalrevision des KUVG als sozialpolitisch motivierte Antwort auf diese Problemlage durch – entsprechend ist auch die Finanzierungsseite fast ihr alleiniger Gegenstand.⁹ Neu sind nun u. a. die Versicherungspflicht für alle Schweizer, ein Kontrahierungszwang und umfassende Kalkulationsvorschriften für die Versicherer sowie die Definition eines umfassenden Leistungskatalogs. Weiterhin ist allerdings eine Gewinnerzielung im Bereich der neu geschaffenen Grundversicherung nicht erlaubt.

3. Phase – Kostendämpfung und „Reparaturpolitik“ (Mitte der 1990er-Jahre bis heute): Mit der Einführung des neuen KVG beginnt nicht nur ein neues gesundheitspolitisches „Zeitalter“, sondern es ändern sich auch die Schwerpunkte in der Gesundheitspolitik. Während Kostendämpfungsmaßnahmen in den ersten beiden Phasen weniger Bedeutung hatten, prägen sie das erste und zweite „Nach-KVG-Jahrzehnt“ ebenso wie eher kleine „Reparatur Schritte“ an neu ausgemachten Einzelproblemen. Es sind aber nicht wie z. B. in Deutschland beschäftigungsfeindliche Effekte der steigenden Gesundheitsausgaben die Triebfeder für das politische Han-

6 Es gelten Vorschriften u. a. zu Mindestleistungen, Aufnahmepflicht und Prämiengestaltung.

7 Eine Reform aus dem Jahr 1977 sieht die Festschreibung der Subventionsbeiträge des Bundes an die Versicherer auf den Stand von 1976 vor. 1990 erhöht die Regierung wieder drastisch die Subventionszahlungen (von damals 980 Mio. CHF auf 1.300 Mio. CHF). 1991 folgten weitere dringliche Bundesbeschlüsse gegen die wahrgenommene „Entsolidarisierung“; vgl. Moser, M. (2004).

8 Der Risikoausgleich soll der eingetretenen Ungleichverteilung der Risikoprofile entgegenwirken. Z. B. hatten sog. Billigkassen viele vornehmlich junge, männliche und gesunde Versicherte angezogen, andere Kassen vergreisten zusehends; vgl. Moser, M. (2004); Beck, K. (2004a, b, 2006); Leu, R. / Beck, K. (2007), S. 115 ff.

9 Von politischer Seite wurde so auch speziell betont, dass die Schaffung einer „echten“ sozialen Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung, die den Zugang zu einer hohen medizinischen Versorgung allen Schweizern garantiert, das Hauptanliegen der Gesetzesrevision ist; vgl. BSV (2001). Anders als beim ersten KUVG stimmten 1994 eine – wenn auch knappe – Mehrheit der Bevölkerung und Stände dem neuen KVG zu (51,8%); vgl. *santésuisse* (2009c).

deln, sondern die durch die Versicherungspflicht und den Sozialausgleich bedingten zunehmenden „Zwangsbelastungen“ für den Staat und die privaten Haushalte. Mit der ersten KVG-Teilrevision¹⁰ 2001 werden insbesondere indirekte „Sparmaßnahmen“ gewählt, die wie ein verschärfter Kassenwettbewerb zu einer höheren Kosteneffizienz führen sollten. Ein direkter Eingriff in die kostenintensiven Leistungsbereiche wird mit einer im Dezember 2003 endgültig im Nationalrat gescheiterten 2. Teilrevision – sie enthält u. a. die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit Leistungserbringern, Prämienverbilligung, Risikostrukturausgleich, Einfrieren des Versicherungsschutzes bei Zahlungsausständen – versucht. Seit 2004 wird geprüft, die Inhalte der gescheiterten Reform wieder aufzugreifen und kombiniert mit neuen Reformbausteinen in Einzelschritten (als sog. Reformpakete mit Einzelbotschaften)¹¹ durch das Parlament zu bringen. Seit 2009 gilt so eine neue Krankenhausfinanzierung (Leistungspauschalen ähnlich dem deutschen DRG-System) und ab Mitte 2010 eine neue Pflegefinanzierung. Trotz des Kostendrucks kommt es aber auch weiter zu Erweiterungen des gesetzlichen Leistungskatalogs.¹² Eine konsistente Richtung bei der Sparpolitik ist ebenfalls, bis auf die starke Betonung der Eigenverantwortung der Versicherten und der Ansicht, dass die größten Steuerungswirkungen mit Eingriffen auf der Finanzierungsseite zu erwarten sind, nicht zu erkennen. Ähnlich verhält es sich mit den jüngst diskutierten Reformmaßnahmen (Sommer-/Herbstsession 2009), die unter dem Druck eines starken Prämienanstiegs für 2010 (+ Ø 8,7%/13,7%/10% bei den Erwachsenen-/jungen Erwachsenen-/Kinderprämien für 2010)¹³ zu sehen sind. Zu ihnen gehören u. a. die Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten (von 10% auf 20%), längere Bindungsfristen bei Tarifen mit höheren Selbstbehalten (drei statt ein Jahr), Stärkung von

10 Inhalte sind u. a. neue Prämienstufen, Erleichterung des Kassenwechsels, Verbot der vertraglichen Verknüpfung von Grund- und Zusatzversicherung, Erlaubnis der Generikaabgabe durch Apotheker (aut idem). Eine ausführliche Darstellung der jüngeren Reformmaßnahmen befindet sich im *Anhang*.

11 Es werden die Pakete 1A-D und 2A-B unterschieden. Paket 1A: Verlängerung Risikoausgleich, Prüfung neuer Ausgleichsmechanismen, Versichertenkarte, Geschäftsberichte der Krankenversicherer, Sanktionen Leistungserbringer, Verlängerung Zulassungsstopp für Spezialisten – Aufhebung für Grundversorger, Verlängerung dringlicher Bundesgesetze; Paket 1B: Vertragsfreiheit bei ambulanten Leistungserbringern (später Verknüpfung mit Paket 2B-Managed Care); Paket 1C: Leistungsaufschub bei Zahlungsausständen, Individuelle Prämienverbilligung; 1D: Kostenbeteiligung; 2A: Krankenhausfinanzierung/Datenweitergabe, Risikoausgleichsmechanismen; 2B: Managed Care, Arzneimittelregulierung; Extra: Neuordnung der Pflegefinanzierung.

12 Widersprüchlich verhält sich in diesem Punkt auch das Schweizer Stimmvolk: Zwar wird einerseits die Belastung durch die Krankenkassenprämien als zu hoch bezeichnet, andererseits ist z. B. die Volksinitiative zur Aufnahme der Komplementärmedizin erfolgreich (2008/09).

13 Vgl. *NZZ Online* (2009a, b).

Managed-Care-Tarifen und die Verpflichtung des Hausarztmodells als Grundtarif für alle Schweizer.

1.2 Das Gesundheitssystem in 2009

1.2.1 Umfang des Versicherungsschutzes

1996 trat mit dem neuen Bundesgesetz KVG ein neues gesundheitspolitisches Zeitalter für die Schweiz in Kraft. Seitdem bzw. nach einjähriger Übergangszeit beruht das schweizerische Krankenversicherungswesen im Wesentlichen auf drei Säulen (siehe Abbildung 1): Der obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung (OKPV), der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) und der privaten Zusatzversicherung. Die Unfallversicherung nimmt dabei eine „Zwischenstellung“ ein. Private Unfälle sind automatisch in die Krankenpflegeversicherung integriert, nur bei Erwerbstätigen (> 8 Std./Woche) ist die UVG verpflichtend separat (sowohl für berufliche wie private Unfälle) abzuschließen.

Abbildung 1: Versicherungsschutz

Krankenpflegeversicherung (OKPV)	Unfallversicherung (UVG/SUVA)	Private Zusatzversicherung (VVG/KVG)
Obligatorisch	Obligatorisch	Fakultativ
Krankenversicherung (KVG) <u>Risikoschutz:</u> Krankheit (Behandlung, Diagnostik) Mutterschaft Prävention	AG alleine beitragspflichtig <u>Risikoschutz:</u> Betriebliche Unfälle AN (> 8 Std./Woche) über AG alleine beitragspflichtig über lohnbezogene Prämien <u>Risikoschutz:</u> Private Unfälle (Umfang wie KVG)	<u>Risikoschutz:</u> Verdienstaustausfall (Tagegeld) Besonderer Komfort Wahlfreiheit Zahnersatz Pflege Komplementärmedizin etc.
Pflegeversicherung (PVG) <u>Risikoschutz:</u> Pflegekosten (ohne Aufenthalt u. Verpflegung)	AN (< 8 Std./Woche) alleine beitragspflichtig integriert in Kopfpauschale („ordentliche“ Prämie) <u>Risikoschutz:</u> Private Unfälle (Umfang wie KVG)	Tagegeldversicherung (KVG) <u>Risikoschutz:</u> Verdienstaustausfall (ab 3. Tag)

Quelle: Eigene Darstellung

Die Leistungen der OKPV, die für alle Versicherer verpflichtend sind, sind im Rahmen eines „Leistungskatalogs“ gesetzlich vorgegeben. Dieser ist definiert nach Art. 25-31, 34 und 52 KVG. Im Wesentlichen werden alle relevanten ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen bei Krankheit, Pflege, Unfall¹⁴ und Mutterschaft sowie bestimmte präventive Maßnahmen abgedeckt. Nicht enthalten im Leistungsumfang sind allerdings – bis auf wenige Ausnahmefälle – Behandlungskosten für Zahnheilkunde, -ersatz und Kieferorthopädie sowie Zahlungen bei krankheitsbedingtem Verdienstausschlag (Krankengeld). Der Leistungskatalog der OKPV, die als Grundversicherung konzipiert ist, gilt abschließend und einheitlich für die gesamte Schweiz. Weitergehende „freiwillige“ Leistungen dürfen nicht vergütet werden, ebenso dürfen keine ausgeschlossen werden. Für zusätzliche Leistungen ist der Abschluss von Zusatzversicherungen möglich.

Die obligatorische Unfallversicherung deckt ebenfalls ambulante, stationäre und teilstationäre Leistungen ab, wenn diese als Folge eines privaten und/oder beruflichen Unfalls erfolgen. Erwerbstätige (> 8 Std./Woche) sind durch ihren Arbeitgeber pflichtversichert.¹⁵ In diesem Fall besteht die UVG zusätzlich zur OKPV (im Gegenzug Leistungs- und Beitragsreduktion bei der OKPV).

Gegenstand der Reform des neuen KVG war insbesondere die erste Säule, die OKPV, die auch die größte Bedeutung bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz hat. Insgesamt stellt sie (inklusive Versicherungsbeiträge, Selbstbeteiligungen und Steuerzuschüsse) 57 % (2007) der Gesundheitsausgaben in der Schweiz.¹⁶ Mit der Gesundheitsreform 1996 wurde der Leistungskatalog erweitert und grundlegend neu definiert.¹⁷ Ärztliche Leistungen (ambulant und stationär) gelten dabei grundsätzlich als Pflichtleistung, wenn nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist (Prinzip der

14 Bei Unfällen springt die Krankenversicherung nur dann ein, wenn die versicherte Person über keine andere (obligatorische oder private) Versicherungsdeckung verfügt (subsidiäre Leistung).

15 Die Beitragszahlung ist dabei getrennt: Für private Unfälle zahlen die Arbeitnehmer alleine Beiträge, die prozentual vom Lohn erhoben werden (automatischer Abzug), für berufsbedingte Unfälle zahlt dagegen nur der Arbeitgeber Beiträge.

16 Vgl. *BfS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens*. Hier sind verschiedene Abgrenzungen der Gesundheitskosten und der eingeschränkte internationale Vergleich zu beachten; daneben haben out-pocket-Zahlungen einen Anteil von 25 %, UVG und Invalidenversicherung von 7,5 % und private Zusatzversicherungen von 7 %.

17 Die konkrete Umschreibung des Leistungsumfanges erfolgt weitgehend auf der Verordnungsstufe. Die Definition und Überarbeitung desselben wird vom EDI (bzw. die Spezialitätenliste vom BAG) nach Konsultation von Fachkommissionen übernommen, die Spitalplanung durch die Kantone mit Beschwerderecht an den Bundesrat.

Negativlisten),¹⁸ andere Leistungserbringer sowie Arznei-, Heilmittel und Laboranalysen folgen dagegen dem Grundsatz der geschlossenen Formulierung. Hier bestehen Positivlisten (Art. 33 und 52 KVG).¹⁹ Vom Grundsatz her sollte die OKPV 1996 als „Grundversicherung“ konzipiert werden, aufgrund der stark sozialpolitischen Intention des Gesetzes (hochwertige medizinische Versorgung für alle) ist der Leistungskatalog aus Schweizer Sicht aber eher umfassend und weniger als ein Mindestschutz geraten – und auch in den Folgejahren wurde er weiter ausgedehnt (entgegen der politischen Diskussion, die auch immer wieder eine Einschränkung der Leistungen forderte). Im Gegensatz zum Leistungsumfang sind aber traditionell die Eigenbeteiligungen der Versicherten bei Leistungsanspruchnahme (außer bei Mutterschaftsleistungen) beachtlich – in der Regel 10 % bzw. 20 % zzgl. anfänglichem Selbstbehalt (300 CHF/Jahr).²⁰ Der Versicherungsschutz folgt so bis zu den Belastungsgrenzen (1.000 CHF/Jahr) einem Teilkaskoprinzip. Die Leistungen werden dabei zumeist nach dem Kostenerstattungsprinzip gewährt (bezeichnet als sog. „Tiers garant“, Art. 24 KVG)²¹, das zusätzlich die Eigenverantwortung der Versicherten betont.

Abb. 2: Leistungskatalog OKPV im Detail (nicht abschließend)

Arzt (ambulante Behandlung)

- alle von Ärzten durchgeführten Behandlungen, sofern sie zweckmässig und wirksam sind (**SB, K-10%**)
- verordnete Untersuchungen (z.B. Analysen, Röntgen) (**SB, K-10%**)

Krankenhaus

- Behandlung und Aufenthalt in der **allgemeinen (nicht privaten) Abteilung** eines Krankenhauses, das auf der sog. **Spitalliste** des Wohnkantons aufgeführt ist (**SB, K-10%, Z*** [*nur von Alleinstehenden]), ab 2012: schweizweit Notfälle und Spezialbehandlungen auch außerhalb des Kantons, sofern das Krankenhaus auf einer der beiden kantonalen Spitallisten aufgeführt ist

18 Im Herbst 2009 wurde vom Ständerat die Motion des Freiburger Urs Schwaller (CVP) angenommen, die generell eine Positivformulierung vorsieht. Leistungen sollen nur noch nach vorheriger Überprüfung aufgenommen werden und nicht wie bislang ausgeschlossen werden; vgl. *NZZOnline* (2009c).

19 Im KVG werden bisher insgesamt vier Positivlisten geregelt: 1. Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL), 2. Analyseliste (AL), 3. Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), 4. Spezialitätenliste (SL).

20 Details zu den verschiedenen Kostenbeteiligungen siehe auch *OECD/WHO* (2006), S. 33, Tabelle 1.5

21 Eine Erstattung nach dem Sachleistungsprinzip ist ebenfalls möglich (sog. Tiers payant), was v. a. in der stationären Versorgung Anwendung findet (Art. 42 Abs. 2 KVG). Ebenso sieht das UVG generell das Sachleistungsprinzip als Form der Leistungsgewährung vor. Zudem kann der Versicherte seinen Rückzahlungsanspruch an den Leistungserbringer abtreten (Art. 42 Abs. 1). In allen Fällen erhalten die Versicherten eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer geht. Aus dieser geht auch der entsprechende Eigenanteil hervor.

Arznei- mittel

- alle Medikamente auf der sog. «**Spezialitätenliste**» (z. Z. ca. 2.400 Medikamente), Voraussetzung: ärztliche Verordnung (**SB, K-10 % bei Generika, K-20 % bei Originalpräparaten**)
- Aut-Idem-Regelung: Substitution durch Generika in der Apotheke, wenn nicht ausdrücklich anders vom Arzt vermerkt

Prävention

- **Impfungen** gemäß dem Schweizerischen Impfplan BAG (Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Masern, Mumps, Kinderlähmung etc.) für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre; gegen Humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen und junge Frauen im Alter von 11 bis 19 Jahren im Rahmen kantonaler Impfprogramme (**K-10 %**), Impfungen gegen Grippe bei Personen > 65 Jahre oder die an schweren Erkrankungen leiden (**SB, K-10 %**)
- **Kinderuntersuchungen** (acht Vorsorgeuntersuchungen) (**K-10 %**)
- **Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen** (inklusive Krebsabstrich) alle drei Jahre, wenn zuvor zwei jährliche Kontrollen ohne Befund gewesen sind; sonst nach Notwendigkeit (**SB, K-10 %**)
- **Mammographie** zur Erkennung von Brustkrebs: eine Untersuchung pro Jahr, wenn Mutter, Tochter oder Schwester an Brustkrebs erkrankt sind oder waren; eine Untersuchung alle zwei Jahre für Frauen ab 50 Jahren (nur im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms) (**K-10 %**)

Mutter- schaft

- **Schwangerschaft**: sieben Routineuntersuchungen (Arzt/Hebamme) sowie zwei Ultraschalluntersuchungen (eine zwischen der 10. und 12., eine weitere zwischen der 20. und 23. Schwangerschaftswoche), keine Begrenzungen bei Risikoschwangerschaften (**frei**)
- 100 CHF für Kurse zur **Geburtsvorbereitung**, die von Hebammen in Gruppen durchgeführt werden
- **Geburtskosten**, wenn Begleitung durch Arzt/Hebamme sowohl im Krankenhaus, zu Hause oder in einem Geburtshaus (**frei**)
- **Nachkontrolle** zwischen der 6. und 10. Woche sowie max. drei **Stillberatungen**, die von Hebammen oder speziell ausgebildetem Krankenpflegepersonal durchgeführt werden (**frei**)
- **Krankenhauskosten für das gesunde Neugeborene**, die während des Spitalaufenthalts mit der Mutter anfallen, sind Mutterschaftsleistungen (d.h. sie gehen zu Lasten der Versicherung der Mutter) (**frei**)
- Krankenhauskosten für kranke Neugeborene gehen zu Lasten des Versicherers des Neugeborenen (**K-10 %**)

Physiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie: Ärztliche Verordnung und Zulassung erforderlich, max. 9 Sitzungen in drei Monaten (SB, K-10 %) • Chiropraktik: Keine ärztliche Verordnung erforderlich (SB, K-10 %)
Sehhilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Brillengläser und Kontaktlinsen: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre: max. 180 CHF/Jahr (mit ärztlichem Rezept); ab 18 Jahren: max. 180 CHF/alle 5 Jahre, wobei beim ersten Mal ein augenärztliches Rezept verlangt wird, danach können die Optiker/-innen den Sehtest vornehmen (SB, K-10 %) • Bei sehr starken Sehfehlern oder beim Vorliegen von bestimmten Erkrankungen werden –unabhängig vom Alter– höhere Beiträge gezahlt (SB, K-10 %)
Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • nur Hilfsmittel, die auf der Mittel- und Gegenständeliste stehen («MiGeL») (SB, K-10 %)
Zahnbehandlungen/ Kieferorthopädie	<ul style="list-style-type: none"> • keine Erstattung, Ausnahmen: <ol style="list-style-type: none"> a) schwere Erkrankung des Kausystems (SB, K-10 %) b) schwere Allgemeinerkrankung (z.B. bei Leukämie, Herzklappenersatz), wenn Zahnbehandlungen zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung notwendig sind (SB, K-10 %) c) nach Unfällen, wenn keine andere Versicherung die Behandlungskosten deckt (SB, K-10 %)
Badekuren	<ul style="list-style-type: none"> • 10 CHF/Tag für max. 21 Tagen pro Jahr, Voraussetzung: ärztliche Verordnung und Behandlung in einem zugelassenen Heilbad • zusätzlich ärztliche Behandlung, Physiotherapie oder Medikamente (SB, K-10 %)
Häusliche Pflege (Spitex) oder Pflege in Pflegeheimen	<ul style="list-style-type: none"> • pflegerische Leistungen nach einer Operation oder aufgrund einer Krankheit zu Hause oder in einem Pflegeheim, sofern ärztlich verordnet (SB, K-10 %)²² • neu ab 1.7.2010: Langzeitpflege entsprechend Grad der Pflegebedürftigkeit (SB, K-20)²³ • keine Erstattung für hauswirtschaftliche Leistungen oder der eigentlichen Unterbringung in Pflegeheimen (d.h. Kost und Logis); Beihilfeleistungen für Rentner mit geringem Einkommen (auf Antrag, kantonal)
Transporte und Rettungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hälfte der anfallenden Krankentransportkosten, max. 500 CHF/Jahr (gilt auch für Transporte im Ausland) • Hälfte der anfallenden Krankentransportkosten in Notfallsituationen (u. a. bei akuter Lebensgefahr), max. 5.000 CHF/Jahr (nur innerhalb der Schweiz)
Behandlung in einem EG/EFTA-Staat	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungen im Ausland (vorübergehender Aufenthalt), sofern Behandlung auf europäischer Krankenkarte im EG/EFTA-Land erfolgt (Kostenerstattung oder Sachleistung länderspezifisch) (SB, K-10 %, [Z])

Notfallbehandlung in einem Staat außerhalb der EG/EFTA

- Bei Notfallbehandlung (einschl. akuten Erkrankungen): max. doppelter Betrag für die gleiche Behandlung in der Schweiz (**SB, K-10%, [Z]**)

Beachte: Gebrauchte Abkürzungen hinsichtlich Kostenbeteiligung der Versicherten: SB = anfänglicher Selbstbehalt, K = prozentuale Selbstbeteiligung (10% bzw. 20%); Z = Zuzahlung
Quelle: Eigene Darstellung

1.2.2 Versicherter Personenkreis

Die OKPV haben verpflichtend derzeit alle 7,7 Mio. Schweizer und in der Schweiz lebende (aufenthaltsberechtigte) Ausländer abzuschließen.²⁴ Es besteht ein - wie es in der Schweiz bezeichnet wird - Versicherungsobligatorium (Art. 3 KVG). Dabei sind alle Mitglieder der Familie, Erwachsene wie Kinder, versicherungspflichtig und werden individuell versichert. Anders als jedoch in fast allen weiteren Sozialversicherungszweigen in der Schweiz entsteht die Zugehörigkeit nicht automatisch. Bei Zuzug und Geburt muss der Krankenversicherung aktiv innerhalb von drei Monaten beigetreten werden. Bei einem verspäteten Beitritt existiert kein rückwirkender Versicherungsschutz und die versicherte Person muss zusätzlich zu einer Strafzahlung einen zeitlich beschränkten Prämienzuschlag zahlen (Art. 5 Abs. 2 KVG, Art. 8 KWV).²⁵

Bei der Versicherungspflicht gibt es keine Einschränkungen hinsichtlich **Einkommen oder Vermögen**. Es gelten nur Sonderregelungen für das Militär,²⁶ Mitglieder diplomatischer oder kon-

22 Neu ab 1.7.2010: Leistungen der Akut- und Übergangspflege (als neuer Leistungsbe-griff), die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erfolgen und ärztlich verordnet sind, werden von der OKPV mit höchstens 45% für maximal 2 Wochen nach Regeln der neuen Spitalfinanzierung (DRGs) erstattet. Die restlichen Kosten (55%) übernimmt der Wohnkan-ton (nach identischen Vergütungsregeln).

23 Neu ab 1.7.2010: Die OKPV übernimmt einen nach Grad der Pflegebedürftigkeit abge-stuften Betrag. Die Versicherten beteiligen sich mit 20% an den nicht gedeckten Kosten, die Kantone sind zur Restfinanzierung verpflichtet (keine Dynamisierungs-Klausel zur An-passung der Beiträge an die Konsumentenpreise im Gesetz enthalten).

24 Jede Person, die sich in der Schweiz aufhält (unabhängig von der Nationalität), muss sich innerhalb von drei Monaten versichern. Die gleiche Frist gilt für Eltern mit einem Neugeborenen. Für ausländische Staatsangehörige gilt die Versicherungspflicht dann, wenn a) einer Aufenthaltsbewilligung von drei Monaten und länger vorliegt, b) ein Arbeitsaufenthalt kürzer als 3 Monate ist, aber kein gleichwertiger ausländischer Versicherungsschutz vor-liegt. Versicherungspflicht gilt auch für Schweizer oder EG/EFTA-Staatsangehörige/-r, die in der Schweiz erwerbstätig sind (bzw. eine Rente aus der Schweiz beziehen) und in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen. Dies gilt auch für ihre nichterwerb-stätigen Familienangehörigen; vgl. Art. 3 Abs. 3 KVG.

25 Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht (überwiegend Abgleich mit Steuerdaten). Personen, die nicht rechtzeitig ihrer Versicherungspflicht nachkommen und bei einer Prüfung „auffallen“, werden einem Versicherer zugewiesen.

26 Werden an mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen Militär-, Zivil-, oder Zivilschutz-dienst geleistet, übernimmt die Militärversicherung den Krankenversicherungsschutz, die OKPV-Beitragszahlung wird eingefroren (Art. 3 Abs. 4 KVG).

sularischer Missionen und für Angestellte von internationalen Organisationen (einschließlich ihrer Familien) (Art. 3 Abs. 2, 4 KVG).

Im Gegenzug zur Versicherungspflicht besteht ein **Kontrahierungszwang** für die Versicherungsunternehmen. Die Krankenversicherer sind gesetzlich verpflichtet, jeden in die Grundversicherung aufzunehmen, der einen entsprechenden Antrag stellt und im Tätigkeitsbereich der Kasse seinen Wohnsitz hat (Art. 4 Abs. 2 KVG). Kein Kontrahierungszwang besteht für Zusatzversicherungen (Ausnahme freiwillige Tagesgeldversicherung nach KVG)²⁷.

1.2.3 Beitragsgestaltung

Die OKPV wird nach dem **Umlageverfahren** finanziert und die Finanzierung muss selbsttragend sein (Art. 60 KVG). Dies gilt jeweils für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren. Allerdings ist die Grundversicherung nur teilbeitragsfinanziert und 2007 wurden nur knapp 61 % der Kosten für die medizinische Grundversorgung durch entsprechende Prämien gedeckt, der verbleibende Rest über direkte Steuerzahlungen an die Leistungserbringer, Sozialhilfeempfänger (d. h. ohne Prämienverbilligungen) und Zuzahlungen der Versicherten.²⁸ Jede versicherte Person – Erwachsene und Kinder – hat eine eigene Prämie für die OKPV zu zahlen. Die Prämie ist als **Kopfpauschale** konzipiert und wird vom Versicherten allein (ohne Beteiligung des Arbeitgebers) getragen. Sie ist unabhängig vom Einkommen, Geschlecht und Krankheitsrisiko einer Person (Art 61 KVG).

Tabelle 1: Teilbeitragsfinanzierung der Grundversicherung²⁹ in 2007

	Mrd. CHF	Anteil an OKPV-Kosten
Beitragsvolumen (Prämien)	19.476,6	60,9%
- davon von den Haushalten aufgebraachte Netto-Zahlungen	16.044,4	50,2%
- davon gezahlte Prämienverbilligungen des Staates	3.432,2	10,7%

²⁷ Hier existiert ein Kontrahierungszwang (Art. 68), frühere Krankheiten können aber durch Vorbehalt der Versicherung für maximal fünf Jahre ausgeschlossen werden (Art. 69).

²⁸ Vgl. *BFS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens*. Den größten direkten Steueranteil erhalten die Krankenhäuser.

²⁹ Zahlen für die Grundversicherung ohne Militär- und eigenständiger Unfallversicherung (UVG) sowie Hilflosenentschädigung (AH/IV).

	Mrd. CHF	Anteil an OKPV-Kosten
Selbstbeteiligungen der Versicherten (verpflichtend)	3.155,1	9,9%
Out of pocket über Sozialhilfe finanziert	394,2	1,2%
Direktzahlungen an Leistungserbringer (Verbilligung der Ausgaben)	8.960,8	28,0%

Quelle: BFS (2009) - Statistisches Lexikon der Schweiz (Finanzierung des Gesundheitswesens)

Die Krankenversicherer setzen die Prämie hauptsächlich nach Maßgabe der erwarteten **Kosten** fest. Diese differenzieren **kanton**al und **regional** aufgrund der unterschiedlichen Versorgungskosten in den verschiedenen Gebieten der Schweiz (Art. 61 Abs. 2 und Art. 91 KVV). Um diese „sachgemäß“ abzugrenzen, wurden 2004 sog. Prämienregionen verpflichtend eingeführt. Diese entsprechen grundsätzlich zunächst den kantonalen Grenzen in der Schweiz.³⁰ Weist darüber hinaus ein Kanton innerhalb seiner Grenzen stark schwankende Krankheitskosten auf, kann dieser Kanton in bis zu drei Prämienregionen (städtisch, halb-städtisch und ländlich – gekennzeichnet als Region 1, 2 und 3) unterteilt werden.³¹ Allerdings sind die möglichen zu berücksichtigten Kostenunterschiede innerhalb eines Kantons begrenzt, indem nämlich die maximal mögliche Differenz gesetzlich vorgegeben ist (Art. 91 KVV).³² Die Prämien der sog. „ordentlichen Krankenversicherung“ – dies entspricht dem Grundtarif inklusive Unfallschutz (siehe unten) – dürfen z. B. in der Region 2 höchstens 15% unter denjenigen der Region 1 liegen und die Prämien der Region 2 um maximal 10% von denen der Region 3 abweichen.³³ Insofern gibt es bei den Prämien große Spannbreiten innerhalb der Schweiz, die (zumindest zwischen den Kantonen) in erster Linie Folge der teils erheblichen Kostenunterschiede sind.

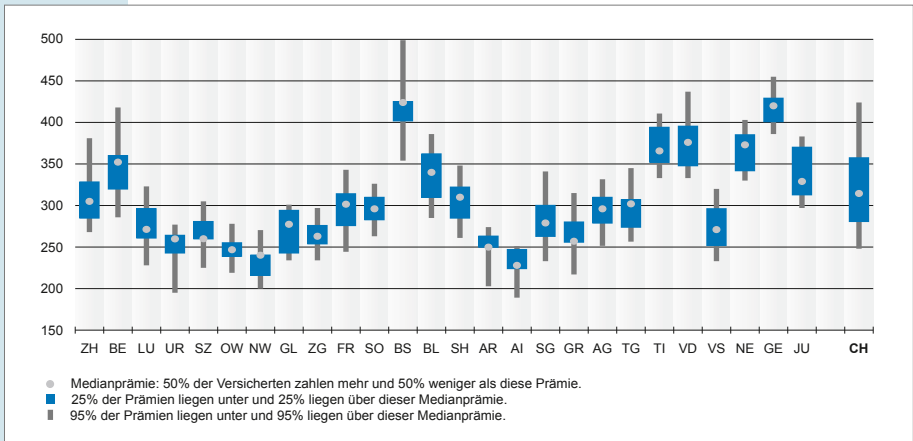
30 Sowie den Landesgrenzen der EU-EFTA-Länder. Hier gilt nachfolgendes Synonym.

31 Insgesamt 15 Kantone verfügen nur über eine Prämienregion (Region 0): AG, AI, AR, BS, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SO, SZ, TG, UR, ZG.

32 Damit sind die verschiedenen Prämienregionen Reflex der Kostenunterschiede in der Schweiz, wobei diese Differenzierung innerhalb der Kantone begrenzt ist. Die Festlegung der Prämienregionen 2004 beruhte auf wissenschaftlichen Studien der ETH Zürich und wird regelmäßig vom BAG überprüft.

33 Es gelten darüber hinaus Sonderregelungen für Kantone mit nur einer oder zwei Prämienregionen bzw. bei identischen Prämien eines Versicherers in den einzelnen Prämienregionen.

Abbildung 3: Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene (26 Jahre und mehr) 2009 (Schätzungen für Grundtarif)



Quelle: BAG (2009), Tabelle 3.05 STAT KV 2007

Die Versicherer müssen jedoch nicht Tarife in allen Kantonen anbieten, sondern können ihr Angebot auch kantonal beschränken. Ebenso dürfen einzelne Unternehmen eines Konzerns oder Konglomerats mit unterschiedlichen Prämien in einer Prämienregion tätig sein.³⁴ Bei schweizweiter oder überkantonaler Tätigkeit ist aber eine Quersubventionierung zwischen den Kantonen (nicht innerhalb!) gesetzlich verboten. Ebenso ist die Einpreisung einer Gewinnmarge bei der Kostenkalkulation nicht gestattet (Gegenseitigkeitsprinzip). Es muss jedoch zusätzlich zu den Kosten eine gesetzlich vorgesehene **Mindestreserve** (als Bestandteil der Solvabilität) eingepreist werden (Art. 78 KVV).³⁵

34 Dieser Umstand wird in der Schweiz heftig diskutiert und von Gegnern der Regelung als eine der Ursachen für die weiter zu beobachtende Risikoselektion angeführt. Entsprechend wurde im Herbst 2009 ein Änderungsantrag („Maßnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung durch sog. Billigkassen“) hierzu vom Ständerat im Oktober 2008 angenommen, vom Nationalrat jedoch am 02.03.2010 abgelehnt; vgl. *Ständerat (2008)*; *Nationalrat (2010)*. Die sog. „Motion Frick“ (benannt nach dem Schwyzer Ständerat Bruno Frick [CVP]) sieht vor, dass einzelne Versicherer nicht mehr voneinander abweichende Prämien innerhalb einer Prämienregion erheben dürfen, sofern sie einem Konzern bzw. Konglomerat angehören. Beispiele für sich ergebende Be-/Entlastungswirkungen unter *comparis.ch AG (2009)*.

35 Die Mindestreserven sind schweizweit einheitlich entsprechend der Kassengröße vorgeschrieben und variieren zwischen 10% und 20% des Prämienvolumens. Für kleine Kassen (< 50.000 Versicherte) besteht zudem eine **Rückversicherungspflicht**; vgl. Art. 78 Abs. 5 KVV. Seit 2007 wurde die Mindestreservequote in drei Schritten von durchschnittlich 16,2% auf 11,5% gesenkt. Ende 2007 erreichten die Reserven einen Wert von knapp 4,0 Mrd. CHF (was ungefähr den Leistungen von zweieinhalb Versicherungsmonaten entspricht). Sie dienen nicht der Bildung von Alterungsrückstellungen.

Weiter differenzieren die regionalen Prämien nach dem Alter der Versicherten. Zwar kennen die Kopfpauschalen keinen generellen Altersbezug in der Kostenkalkulation, es gibt aber im Wesentlichen **drei Alterskohorten**, die für die Prämiengestaltung von Bedeutung sind (Art. 61 Abs. 2, 3 KVG): 1. Erwachsene ab 26 Jahre (sie sind im Wesentlichen die relevante Referenzgruppe), 2. Kinder/Jugendliche bis 18 Jahre (hier ist gesetzlich verpflichtend ein Abschlag zur Erwachsenenprämie vorgesehen), 3. Junge Erwachsene bis 26 Jahre (hier **können** die Versicherer einen Abschlag im eigenen Ermessen vornehmen). Die Kinderprämie beträgt im Durchschnitt rund ein Drittel der Erwachsenenprämien, die der jungen Erwachsenen ist im Durchschnitt gut 20 % billiger.³⁶

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Beitragsgestaltung ist der gewählte **Tarif** bzw. die Versicherungsform, die den gewählten **Leistungsumfang** widerspiegelt (Art. 61 und 62 KVG). Dabei kennt das KVG wieder eine Referenzgröße, die als „ordentliche“ Krankenversicherung bezeichnet wird. Sie ist als **Grundtarif** (oder auch Maximaltarif) zu verstehen und beinhaltet hinsichtlich des Leistungsumfangs alle Leistungen des Leistungskatalogs inklusive der Unfallversicherung, die gesetzlichen Wahlfreiheiten sowie die gesetzlich mindestens vorgesehenen Eigenbeteiligungen. Von diesem Grundtarif kann zum Erreichen einer Prämienverbilligung abgewichen werden, indem entweder a) die Eigenbeteiligung erhöht, b) Wahlfreiheiten reduziert oder c) der Unfallversicherungsschutz ausgeschlossen werden. Auch kann d) ein Tarif mit Rabatt bei Leistungsfreiheit gewählt werden (sog. BONUS-Tarif³⁷).³⁸ Die Wahl bzw. das Angebot eines Tarifs zur Einschränkung des Leistungskatalogs bzw. zur dessen Ausweitung oder zur Reduktion der Selbstbeteiligungen ist nicht möglich. Tabelle 2 zeigt die einzelnen monatlichen Belastungen und möglichen Entlastungen in den einzelnen Tarifen für erwachsene Versicherte auf. Generell gilt als Kalkulationsmaßstab, dass die Prämie des Grundtarifs in der entsprechenden Altersgruppe und Prämienregion maximal um 50 % reduziert werden kann (Art 90c KVV). Dies gilt auch bei Kombinationen bestimmter Einzeltarife (insbesondere bei Tarifen mit Einschränkung der Wahlfreiheit und Ausschluss des Unfallversicherungsschutzes), so dass die addierten „maximalen“ Einzelrabatte unter Umständen nicht voll ausgeschöpft werden können.

36 Vgl. *comparis.ch* (2009); BAG (2009) T 3ff. STAT KV 2007.

37 Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

38 Die besonderen Versicherungsformen stehen Versicherten mit Wohnsitz in einem EG-Staat, in Island oder Norwegen nicht offen.

Tabelle 2: Möglichkeiten der Prämienverbilligung Erwachsene – Monatswerte (gerundet) in CHF 2009

Versicherungsform	Prämie (CH) [Median 2009]	Max. Rabatt (CHF)
Grundtarif		
Grundprämie (mit Unfallversicherung)		
– Selbstbehalt (sog. Franchise) 300 CHF/J	315	-157,5 [-50% Minimalprämie]
– Kostenbeteiligung 10% (max. 700 CHF/J) ³⁹		
Selbstbehalttarife		
1. SB – 500 CHF /J (+200 CHF/J als bei Grundprämie)	301,5	-13,5 [-80%*SB-Dif.] ⁴⁰
2. SB – 1.000 CHF /J (+700 CHF/J)	268,5	-46,5
3. SB – 1.500 CHF /J (+1.200 CHF/J)	235	-80
4. SB – 2.000 CHF /J (+1.700 CHF/J)	201,5	-113,5
5. SB – 2.500 CHF /J (+2.200 CHF/J)	168,5	-146,5
Leistungsfreiheitsrabatttarif (BONUS-Modell)⁴¹ (Stufentarif)		
Leistungsfreiheit im 1. Jahr (Ausgangsprämie – Prämienstufe 4)	346,5	+31,5 [+10%]
Leistungsfreiheit im 2. Jahr – Stufe 3	295	-51,5 [15%*Stufe 4]
Leistungsfreiheit im 3. Jahr – Stufe 2	260	-86,5 [25%*Stufe 4]
Leistungsfreiheit im 4. Jahr – Stufe 1	225,5	-121 [35%*Stufe 4]
Leistungsfreiheit im 5. Jahr (Endprämie – Stufe 0)	190,5	-156 [45%*Stufe 4]
Versorgungstarife (Reduktion der Wahlfreiheiten)^{42, 43}		
Managed-Care-Modelle	252	-63 [-20%] ⁴⁴
Hausarzt-Tarif	252	-63
Telefonberatungstarif⁴⁵ (Telmed)	252	-63
Weitere Tarife mit Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl	252	-63
Ruhen Unfallversicherungsschutz (nur bei Nachweis eines anderen UVG-Schutzes)		
Ruhen Unfallversicherung	k. A.	

Quelle: Eigene Berechnungen

Zur Durchführung der OKPV existiert seit 1993 ein **Risikostrukturausgleich**, der momentan das Alter (ab 19 Jahren) und das Geschlecht als Ausgleichsfaktoren innerhalb eines Kantons berücksichtigt.⁴⁶ Zudem erfolgt zuerst eine Umverteilung zwischen Altersgruppen und Geschlecht innerhalb des einzelnen Versicherten. Über den „externen“ Risikoausgleich fließen nur diejenigen Beträge, die nach Saldierung aller Ausgleichszahlungen nach Alter, Geschlecht und Kanton bei jedem Versicherer übrig bleiben. Ab 2012 soll nach langer Diskussion zur verstärkten Berücksichtigung des Krankheitsrisikos im Risikoausgleich als weiteres Kriterium der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, welcher länger als drei Tage dauerte, einbezogen werden. Der revidierte Risikoausgleich ist auf die Dauer von fünf Jahren befristet (d.h. bis zum 31. Dezember 2017).

39 Ausnahme (Medikamente): Die Selbstbeteiligung für Originalpräparate, die durch Generika austauschbar sind, beträgt 20 %. Zusätzlich sind 10 CHF/Tag bei einem Spitalaufenthalt zu zahlen (unbegrenzt), sofern keine Unterhaltsverpflichtung gegenüber Dritten besteht. Für Leistungen im Falle einer normalen Schwangerschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Für Leistungen im Falle von schwangerschaftsbedingten oder unabhängig von der Schwangerschaft auftretenden Krankheiten gilt jedoch die normale Kostenbeteiligung.

40 Es darf höchstens ein Rabatt von 80% (2009) (70% ab 1.1.2010) des zusätzlich übernommenen Risikos gewährt werden und auch nur dann, wenn die Minimalprämie dadurch nicht unterschritten wird; vgl. Art 95c Abs. 2bis KVV.

41 Hier kann der Selbstbehalt nicht gleichzeitig erhöht werden. Bei Leistungsfreiheit gilt im folgenden Kalenderjahr die nächst tiefere Prämienstufe, bei Leistungsanspruchnahme gilt dagegen im folgenden Kalenderjahr die nächst höhere Prämienstufe (i. d. R. des Vorjahres); vgl. Art. 96 ff. KVV.

42 Dies sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien sind die Regelungen für den Grundtarif anteilig zu beachten, vgl. Art. 101c KVV.

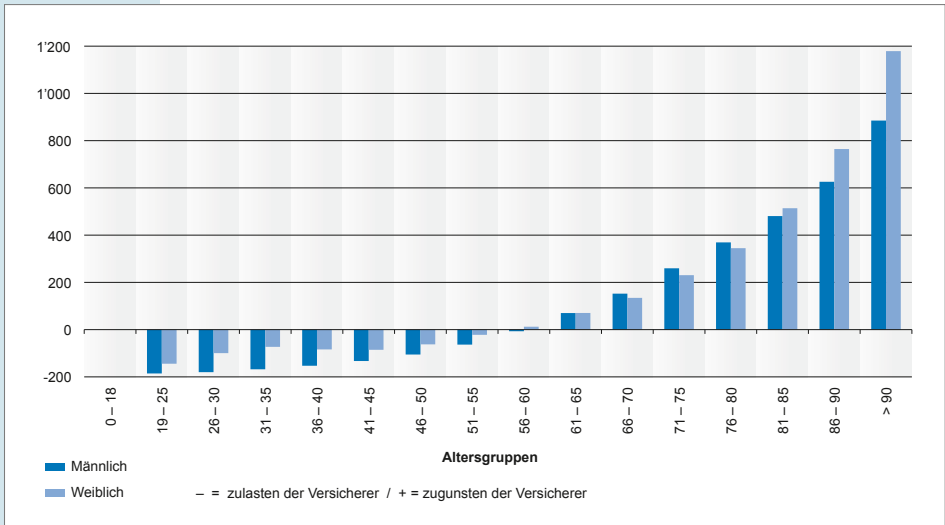
43 Die Einschränkung oder Nicht-Erhebung des Selbstbehalts und der Selbstbeteiligung liegt im Ermessen des Versicherers; vgl. Art. 99 Abs. 2 KVV.

44 Diese Begrenzung gilt nur, wenn kein Kostenreduktionsnachweis über mind. 5 Jahre durch den Versicherer erbracht werden kann. Ansonsten sind auch höhere Reduktionen möglich bzw. zwingend niedrigere anzusetzen. Der Internet-Vergleichsdienst comparis.ch gibt als Vergleichswerte folgende Verbilligungen an: HMO-Modell bis 25%, Hausarztmodell bis 20%, Telmed bis 15%, andere Modelle bis 10%; vgl. comparis.ch (2009).

45 Tarife, die eine vorherige telefonische medizinische Beratung vor jedem Arztbesuch durch den Versicherer vorsehen (ausgenommen sind Notfälle).

46 Kinder (0 – 18 Jahre) werden bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht berücksichtigt. Zum Risikoausgleich in der Schweiz vgl. ausführlich u. a. *Leu, R. / Beck, K. (2007), S. 115 ff.*

Abbildung 4: Risikoausgleich in CHF je versicherte Person pro Versicherungsmonat nach Altersgruppen und Geschlecht 2007



Beachte: Werte sind für die Gesamtschweiz angegeben. In der Praxis wird der Risikoausgleich auf kantonaler Ebene berechnet (Art. 105 Abs. 3 KVG). Die kantonalen Werte können die angegebenen Werte deutlich unter- bzw. überschreiten.

Quelle: BAG (2009), T 10.03 STAT KV 2007

Generell sind die Versicherten allein beitragspflichtig und zur Zahlung der Prämie verpflichtet. Um soziale Härten durch die einheitliche Prämie zu verhindern, haben wirtschaftlich schwache Personen Anspruch auf **Prämienverbilligung**, die Bund und Kantone als **individuelle Subvention** an den Versicherten zahlen (Art. 65 KVG).⁴⁷ Bezugsgröße ist hierfür in der Regel das steuerpflichtige Haushaltseinkommen, die konkrete Umsetzung – einschließlich des gewählten Auszahlungsweges –⁴⁸ obliegt aber den Kantonen. Ebenso werden die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% vergünstigt, sofern die Eltern über ein kleines oder mittleres Einkommen verfügen (Art. 65 Abs. 1 bis

47 Präzisiert werden dieser Anspruch und die berechtigten Personen vom Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen und vom Sozialhilfegesetz. 2008 ist zudem ein neuer Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen in Kraft getreten. Seit dieser Neugestaltung beteiligt sich der Bund bei 30% der Versicherten an 25% der Brutto-Kosten der OKPV. Den Rest ergänzen die Kantone.

48 Zur Reduktion des Missbrauchs bei direkten Zahlungen an das Individuum wurde 2009 vom Parlament beschlossen, dass die Prämienverbilligung zukünftig in allen Kantonen als Prämienabzug via Versicherer ausgerichtet wird (siehe Revision des Art. 65 KVG). Eine detaillierte Übersicht zur (noch alten) Prämienverbilligung findet sich auch bei *Langer, B. et al. (2005)*, S. 187 ff.

KVG). 2007 wurde bei deutlichen regionalen Unterschieden mehr als jeder dritte Haushalt in der Schweiz finanziell unterstützt.⁴⁹

Neben der Prämienverbilligung finanzieren die Steuerzahler aber auch direkt einen Teil der KVG-Leistungen, da die OKPV-Prämien nicht alle Kosten der Grundversorgung abdecken. So wird z. B. rund die Hälfte der stationären Spitalkosten nicht über Kopfprämien, sondern über einkommensabhängige Steuerbeiträge gedeckt (ab 2012 mindestens 55%). Insgesamt repräsentiert der gesamte Steueranteil aktuell rund 40% der Grundversicherungskosten (ohne Unfall- und Invaliditätsversicherung).⁵⁰

1.2.4 Rolle der Zusatzversicherungen

Als dritte Säule beim Versicherungsschutz gegen das Krankheitsrisiko können die privaten Zusatzversicherungen gesehen werden. Sie können freiwillig und in Art und Umfang weitgehend frei zur OKPV abgeschlossen werden, wobei allerdings seit der 1. Teilrevision 2001 eine Verknüpfung von Grund- und Zusatzversicherung in der Beitragsgestaltung nicht mehr gestattet ist.⁵¹ Populär ist trotzdem die Verbindung des Angebots mit dem OKPV-Geschäft. Kein Anbieter – dies können hier sowohl private Krankenversicherer als auch gesetzliche Krankenkassen sein –⁵² ist ohne irgendeine Kooperationsform auf dem Markt tätig.⁵³

2007 hatten private Zusatzversicherungen einen Anteil von ca. 9,2% an den Gesundheitsausgaben der Schweiz, allerdings mit rückläufiger Tendenz.⁵⁴ Denn durch die Einführung eines gesetzlichen Leistungskatalogs in der OKPV Mitte der 1990er Jahre ist

49 Prämienverbilligungen erhielten 39% der Haushalte (1,23 Mio.) oder 29,8% der (mittleren) Wohnbevölkerung (2,27 Mio.) schweizweit. Die kantonalen Spannweiten betragen 21,2% in VD - 57,0% in OW bei der Wohnbevölkerung und 24% in AR - 78% in OW bei den Haushalten. Ausgezahlt wurde insgesamt ca. 1/6 des Prämienvolumens (3,42 Mrd. CHF insgesamt, 1.506 CHF/Einzelperson und 2.791 CHF/Haushalt). 70% der Empfänger sind jünger als 45 Jahre und nur 13% älter als 65 Jahre; vgl. BAG (2009) T 4.01, 4.02, 4.04 STAT KV 2007.

50 Vgl. BfS (2009); BAG (2009) STAT KV 2007.

51 Es ist lediglich erlaubt einen sog. Administrationskostenzuschlag zu erheben, falls die Grundversicherung von einem anderen Versicherer übernommen wird. Dieser Zuschlag darf höchstens 50% der entsprechenden Bruttoprämie betragen; vgl. EDI / BAG (o. A.), S. 15. Bis 2001 war dagegen eine Prämienverknüpfung weitgehend Standard.

52 Vgl. Art. 12 Abs. 2 KVG. Ende 2002 waren 56 Krankenkassen und 66 private Versicherer zur Durchführung ermächtigt; vgl. u. a. zu den Anbietern von Zusatzversicherungen Brunner, H. H. / Cueni, S. / Januth, R. (2007), S. 164 ff. Zudem wird offiziell der Gesamtmarkt (ohne Tagesgeldversicherungen) unterteilt in: 1. Die von BAG-anerkannten Versicherern angebotenen Zusatzversicherungen, 2. die von den Privatversicherern angebotenen Zusatzversicherungen.

53 Vgl. Aussagen von *santésuisse* (2009d).

54 Vgl. BfS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens.

es keineswegs zu einem Bedeutungsgewinn der privaten Zusatzversicherungen gekommen. Dies ist größtenteils dem niedrigen Versicherungsschutzniveau vor 1996 geschuldet gewesen. Erst seit einigen Jahren stabilisiert sich das Zusatzversicherungsgeschäft wieder. Besonders beliebt sind dabei Versicherungen für eine schweizweite Krankenhausbehandlung (38%)⁵⁵ sowie Behandlungen auf Privat- bzw. Teilprivatstationen (27%). Aber auch das darüber hinausgehende Versicherungsangebot ist groß: Es reicht von der Absicherung naturmedizinischer Produkte und der Behandlung durch besondere Leistungserbringer, wie z.B. Heilpraktiker, Osteopathen, der gewöhnlichen Zahnarztbehandlung und Zahnersatz bis hin zu Ein-/Zweibettzimmerversicherungen und Krankentagegeldzahlungen. Zusätzlich existieren private Krankentagegeldversicherungen, die sowohl nach dem KVG (als eher soziale Krankentagegeldversicherungen) als auch nach dem privat-rechtlichen VWG angeboten werden.⁵⁶ Es wird geschätzt, dass derzeit insgesamt etwa 1.000 Produkte mit unterschiedlichen Leistungen und Prämien auf dem Markt sind, die sich Interessenten meistens in Form von Leistungsmodulen nach Bedarf zusammenstellen können.

Leistungsumfang und Versicherungsprämien der Zusatzversicherungen werden zum Teil gesetzlich reguliert. Dabei sind grundsätzlich zwei Zusatzversicherungsbereiche zu unterscheiden: 1. Krankentagegeldversicherung nach KVG (Art. 67-77 KVG) und 2. Zusatzversicherungen nach VWG. Für die Krankentagegeldversicherung nach KVG existieren die umfangreichsten Vorschriften. Zum Beispiel ist ebenso wie für die OKPV eine Finanzierung nach dem Umlageverfahren vorgeschrieben (Art. 75 KVG) und es gelten sinngemäß die Art. 11-15 KVG (Organisation der Versicherer und Gewinnerzielungsverbot). Anders als in der OKPV sind aber Gruppen- oder Kollektivversicherungen,⁵⁷ die meistens von einer Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerorganisation abgeschlossen werden, erlaubt. Des Weiteren wird der Leistungsanspruch reguliert (Art. 75 KVG) und die Prämien dürfen lediglich nach Eintrittsalter

55 Diese Versicherung mit einem sehr geringen Prämienvolumen entfällt ab dem 1.1.2012 mit Aufnahme der schweizweiten freien Krankenhauswahl in den Leistungskatalog der OKPV.

56 Offiziell werden die freiwilligen Krankentagegeldversicherungen sowohl nach KVG und VWG nicht zu dem KV-Markt gezählt, da diese keine medizinischen Leistungen abdecken, sondern Verdienstaustausfälle.

57 Sie werden in der Regel durch jährliche Prämien finanziert, die als Prozentsatz der Löhne kalkuliert und für eine Vertragslaufzeit von einigen Jahren garantiert werden. Die Tarife enthalten gewöhnlich zusätzliche altersbezogene Prämien entsprechend dem Durchschnittsalter der in der Gruppe versicherten Arbeitnehmer.

und Region abgestuft werden. Frei wählbar ist dagegen die Tagesgeldhöhe.⁵⁸

Anders sieht es bei allen anderen privaten Zusatzversicherungen aus. Hier sind die Unternehmen frei in der Kalkulation der Prämie und der Vertragsgestaltung und ihnen ist eine Gewinnerzielung⁵⁹ mit ihrer Tätigkeit gestattet. Mehrheitlich werden die Prämien risikoäquivalent kalkuliert, häufig auch ohne Alterungsrückstellungen.⁶⁰ Daraus folgt, dass die Prämien im Alter zumeist deutlich ansteigen und an Attraktivität verlieren. In den letzten Jahren wurden dementsprechend die meisten Vertragskündigungen von älteren Versicherungsnehmern registriert.⁶¹ Das Anwartschaftsdeckungsverfahren nach deutschem Vorbild könnte aber diese Problematik lösen.

Der Einsatz von Risikoprüfungen wird unterschiedlich gehandhabt und orientiert sich am nachgefragten Versicherungsschutz. Während Angaben zu Alter und Geschlecht fast immer verwertet werden, sind Fragen zu Vorerkrankungen meistens bei „teuren“ Zusatzversicherungen üblich. Bei den Zusatzversicherungen dürfen die Versicherer auch Antragssteller – anders als in der OKPV – ausschließen und Vorbehalte anbringen. Zwar existiert im VVG prinzipiell Vertrags- und Leistungsfreiheit, das KVG seinerseits nennt aber Leistungen, die keinesfalls mit einer privaten Zusatzversicherung versichert werden dürfen. Hierzu gehören alle gesetzlich vorgesehenen Kostenbeteiligungen (auch die frei höher gewählten) [Art. 62 Abs. 2bis KVG].⁶²

Die Anbieter von privaten Zusatzversicherungen unterliegen ohne Ausnahme und wie alle übrigen privaten Versicherungsunternehmen in der Schweiz den Regelungen des VVG, des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sowie den weiteren Kalkulations- und Finanzierungsvorschriften (z. B. Solvency). Die Einhaltung überprüft die 2009 neu gegründete Finanzmarktaufsicht (FINMA) im Eidgenössischen Finanzdepartement (EDF).

58 Die Versicherer bieten in der Regel ein höchstversicherbares obligatorisches Tagesgeld von maximal 30 CHF an, was einem Monatseinkommen von nur weniger als 1.000 CHF entspricht.

59 Die Attraktivität dieser Gewinnerzielung lässt sich am Verhältnis Leistungen/Prämien ablesen. Während in der OKPV nach KVG dieses Verhältnis seit 1997 zwischen 90% und 100% pendelt, liegt dieses bei Versicherungen gemäß VVG klar darunter (Bandbreite von 70% bis 85%); vgl. BAG (2009), T 11.6 STAT KV 2007.

60 Vgl. Aussagen des Schweizer Versicherungsverbands (SVV) (2009).

61 *ebenda*.

62 Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen untersagt, diese Kosten zu übernehmen. Der Sinn dieses Verbots besteht darin, die von den Eigenbeteiligungen erwarteten Steuerungseffekte nicht konterkarieren zu lassen; vgl. Art. 62 Abs. 2bis KVG.

1.2.5 Versicherungsträger und Versicherungsmarkt

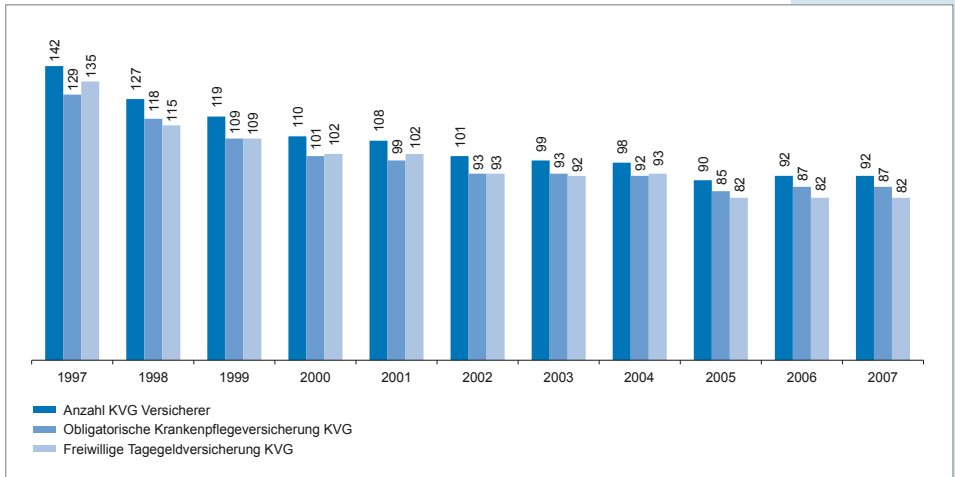
1996 wurde mit der Totalrevision des KVG eine verpflichtende Grundversicherung mit Kopfpauschalen eingeführt. Die Trägerstruktur der Versicherungsunternehmen ließ man dabei unangetastet, ebenso die Vorgabe des Erwerbserzielungsverbots (bei den staatlich subventionierten Versicherungsformen) (Gegenseitigkeitsprinzip). Zwar können somit sowohl private Unternehmen mit einem Sitz in der Schweiz als auch öffentliche Körperschaften die OKPV anbieten und dies ohne irgendeinen **Rechtsformzwang**,⁶³ faktisch handelt es sich aber – nach deutschem Verständnis – ausschließlich um Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Die fehlende Kommerzialisierung der OKPV könnte auch erklären, warum bis heute kein historisch „klassisch-privates“ Versicherungsunternehmen (wie z. B. Zurich Insurance) die OKPV angeboten hat bzw. breiter aufgestellte Versicherungsunternehmen wie die Winterthur (nun AXA-Winterthur) wieder aus dem Angebot der OKPV ausgestiegen sind.

Anbieter sind ausschließlich die ursprünglich und traditionell nur auf das Krankenversicherungsgeschäft eingestellten privaten oder (die wenigen) öffentlichen Krankenkassen geblieben. Von diesen haben aber viele inzwischen einen erheblichen Wandel durchlebt. So sind nicht wenige der derzeitigen OKPV-Versicherer private Aktiengesellschaften oder gehören zu Konzernen, die auch in anderen (jedoch zum Gesundheitsmarkt gehörenden) Geschäftsfeldern gewinn-orientiert arbeiten.⁶⁴ Eine Zeichnung dieser „AGs“ an der Börse hat jedoch nicht stattgefunden, Eigentümer der Unternehmensanteile sind zumeist soziale oder religiös orientierte Stiftungen oder Vereine wie z. B. bei der CSS. Parallel mit diesem Wandel hat ein erheblicher Konzentrationsprozess stattgefunden. Heute versichern die zehn größten Unternehmen bzw. -gruppen in der Schweiz über 85% der OKPV-Versicherten.

⁶³ Im Gegensatz zu anderen Bereichen der Sozialversicherung, wo keine privaten Gesellschaften aktiv sind.

⁶⁴ In der Schweiz werden auch diese Anbieter zu den Krankenkassen gezählt. Denn Krankenkassen werden per Gesetz als „juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbzweck verfolgen, [und] hauptsächlich die soziale Krankenversicherung betreiben“ definiert (Art. 12 Abs. 1 KVG).

Abbildung 5: Anzahl KVG Versicherer 1996-2007



Quelle: BAG (2009), STAT KV07 T8.01

Den Versicherern ist zwar keine Gewinnerzielung erlaubt, sie müssen dennoch bestimmte Solvabilitäts- und Liquiditätsbestimmungen erfüllen. Die Einhaltung sog. Mindestreserven (als Äquivalent zur Solvabilitätsspanne), die in Abhängigkeit von der Unternehmensgröße neuerdings 10-20% betragen (Art. 78 Abs 4 KVV),⁶⁵ sind dabei regelmäßig der Aufsichtsbehörde (BAG) nachzuweisen. Grundsätzlich ist auch eine Insolvenz möglich. Diese ist bis 2005 einmal eingetreten. Wann letztendlich aber die Insolvenz eintritt, wird nicht unwesentlich vom BAG mit beeinflusst. So wird politisch wie in Deutschland eine Fusion präferiert. Das BAG übernimmt fast ausschließlich alleine bzw. in Abstimmung mit der übergeordneten Behörde (Eidgenössisches Department des Inneren – EDI) auch die Aufsicht über alle weiteren gesetzlichen Vorgaben.⁶⁶

⁶⁵ Für kleine Kassen (< 50.000 Versicherte) besteht zudem eine Rückversicherungspflicht; vgl. Art. 78 Abs. 5 KVV.

⁶⁶ Z. B. muss die Betriebsführung vom EDI anerkannt sein und bei Fusionen sind die Behörden der Wettbewerbsaufsicht eingeschaltet. Auch die Prämienkalkulation ist mit bestimmten Fristen im Voraus (bis zum 31.07. des Vorjahres) genehmigungspflichtig. Die Kantone haben bezüglich der Prämien genehmigung ein sog. Einsichts- und Vernehmlassungsrecht, aber keine Genehmigungskompetenz. Sie haben somit keine Möglichkeit, direkt auf die Prämien- und Reservengestaltung der Versicherer und der Genehmigung durch das BAG Einfluss zu nehmen. Handelt eine Versicherung nun gesetzlichen Vorschriften zuwider, kann das BAG, je nach Schwere des Vorgehens, abgestufte Maßnahmen ergreifen und die Öffentlichkeit darüber informieren. Dagegen liegt die Finanzmarktaufsicht von Versicherern, die eine private Zusatzversicherung nach VVG anbieten, seit 2009 bei der FINMA.

Inwieweit es zum Angebot der OKPV kommt, entscheiden die Unternehmen aber selbst. Sie können auch bestimmen, ob sie nur kantonal tätig sein wollen und inwieweit sie ihre Prämien innerhalb eines Kantons weiter nach den gesetzlichen Vorgaben differenzieren und in welchen Kantonen sie weitere Versicherungstarife zusätzlich zum Grundtarif anbieten. Ebenso steht es ihnen frei, neben der Grundversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten (Art. 12 Abs. 1, 2 KVG).

1.2.6 Wahlrechte der Versicherten

Ähnlich wie die Versicherer verfügen auch die Versicherten – trotz genereller Versicherungspflicht – über Wahlfreiheiten und -rechte. Denn der Gedanke eines funktionsfähigen Wettbewerbs – insbesondere auf dem Versicherungsmarkt – ist Kernbestandteil des Systems. Entsprechend haben die Versicherten **freie Kassenwahl** (ohne Vorbehalte) (Art. 4 Abs. 1 KVG) und können den Versicherer im Grundtarif mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderhalbjahres alle sechs Monate (Art. 7 Abs. 1 KVG) bzw. bei allen anderen Tarifen zum Ende eines Jahres (Art. 94b, 97b, 100b KVV) wechseln.⁶⁷ Sonderkündigungsrechte bestehen bei Prämienänderungen. 2008 machten ca. 2% der Versicherten von ihrem Wahlrecht Gebrauch.⁶⁸ Der Wechsel ist allerdings in allen Fällen nur möglich, wenn die betreffende Person keine Zahlungsausstände beim bisherigen Versicherer hat und ohne Unterbrechung über einen Versicherungsschutz verfügt, d. h. beim Wechsel muss bereits die Annahme durch einen neuen Versicherer vorliegen (Art. 105 Abs. 2, 3 KVV, 64a Abs. 4 KVG, 7 Abs. 5 KVG). Für Transparenz bei der Versicherungswahl und zur besseren Orientierung veröffentlichten sowohl das BAG als auch kommerzielle Vergleichsdienste ausführlich alle Prämien zusammen mit weiteren Informationen zum Versicherer im Internet.⁶⁹

Zusätzlich zur Kassenwahl haben die Versicherten **freie Tarifwahl** (Art. 62 KVG). Sie können zur Prämienverbilligung frei einen der angebotenen Tarife (höherer Selbstbehalt, Leistungsfreiheitsrabatte und Versorgungstarife) wählen.⁷⁰ Der Wechsel ist bei allen

67 In der Diskussion (Sommer- und Herbstsession 2009 des Schweizer Parlaments) ist eine Verlängerung der Bindefrist auf drei Jahren bei Wahl eines höheren Selbstbehalts.

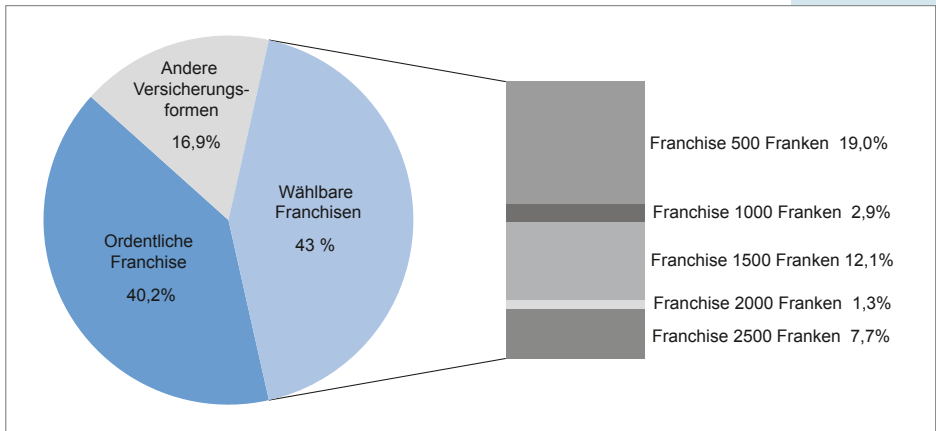
68 Umfragen haben ergeben, dass ca. 350.000 – 150.000 Versicherte (= Quoten zwischen 4,6% und 2,0%) jährlich von 2004 bis 2008 den Versicherer wechselten, mit abnehmender Tendenz; vgl. *santésuisse (o. A.)*; *comparis.ch (2009)*; *Frei, W. in: Koch/Oggier (2007)*, S. 144 ff., S. 148.

69 Jedes Jahr im Oktober stellt das BAG eine Übersicht über alle Prämien pro Kanton, bzw. für die EG-Staaten sowie für Island und Norwegen zur Verfügung.

70 Details der besonderen Versorgungsformen regelt Abschnitt 2 KVV (Art. 93 ff.).

„Wahlтарifen“ einmal im Jahr, jeweils zum Jahresanfang, möglich (d. h. es besteht eine Bindungsfrist von nur 12 Monaten) (Art. 94b, 97b, 100b KVV). Von diesem Wahlrecht macht die Mehrheit der Versicherten Gebrauch, seit Jahren mit steigender Tendenz. 2007 hatten nur 40 % der erwachsenen Versicherten eine Versicherung im Grundtarif abgeschlossen, während knapp 60 % sich für einen anderen Tarif, v. a. für einen höheren Selbstbehalt, entschieden (siehe Abbildung) – was als Akzeptanz einer hohen (auch finanziellen) Eigenverantwortung interpretiert werden kann.⁷¹ Allerdings existieren erhebliche regionale Unterschiede zwischen den Kantonen, z. B. bewegen sich die Anteile bei einem höheren Selbstbehalt zwischen 27 % und 59 % und bei den anderen Tarifen zwischen 5 % und 34 %.⁷² Zudem hat die durchschnittliche Prämienhöhe einen erheblichen Anreiz auf das Wahlverhalten: Es besteht eine relativ gute Korrelation zwischen Prämienniveau im Grundtarif und dem Prozentanteil der wahrgenommenen Tarifwahl.⁷³

Abbildung 6: Anteil der Versicherungstarife, Erwachsene ab 19 Jahren im Jahr 2007



Beachte: Franchise = anfänglicher absoluter Selbstbehalt

Quelle: BAG (2009), T 11.07 STAT KV 2007

71 Seit 1997 ist der Bestand an Erwachsenen ab 19 Jahren im Grundtarif sowie der Versicherten mit höher gewähltem Selbstbehalt leicht zurückgegangen. Dies geschah zu Gunsten anderer Versicherungsformen (v. a. HMO- oder Hausarztmodell), die 2007 einen Anteil von 16,9 % aufwiesen. Der Anteil der sog. BONUS-Versicherung blieb mit 0,1 % der Versicherten verschwindend klein; vgl. BAG (2009), T 11.07, 11.11 STAT KV 2007.

72 Vgl. BAG (2009) T 11.08 STAT KV 2007 (Kinder bis 18 Jahren T 11.10).

73 Vgl. BAG (2009), T11.08 STAT KV 07, T3.02 STAT KV 05.

Ebenfalls haben die Versicherten **freie Wahl** unter den zugelassenen und zur Abrechnung in der OKPV ermächtigten **Leistungserbringern** (Art. 41 Abs. 1 S. 1 KVG). Abweichend von dieser grundlegenden Wahlfreiheit existieren einige Ausnahmen. So ist z. B. bislang (bis 2012) im stationären Bereich die Wahlfreiheit eingeschränkt und es dürfen im Bedarfsfall nur (bis auf wenige Ausnahmen wie im Notfall) die auf der jeweiligen sog. Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Krankenhäuser in Anspruch genommen werden (Art. 41 Abs. 1bis KVG).⁷⁴ Zudem werden bei ambulanter Behandlung höchstens die Kosten übernommen, die auch bei ambulanter Behandlung im Wohnkanton angefallen wären (Art. 41 Abs. 1 S. 2 KVG). Damit besteht zwar formal Wahlfreiheit, nicht aber unter finanziellen Gesichtspunkten. Ebenso kann freiwillig gegen Prämienverbilligung die Wahlfreiheit bei den Leistungserbringern eingeschränkt werden, z. B. durch Hausarzt- oder HMO-Modelle. Im Gegenzug zur Wahlfreiheit der Versicherten besteht allerdings für die Versicherer ein Kontrahierungszwang mit allen zugelassenen Leistungserbringern in der OKPV.⁷⁵

74 Dennoch kommt es zu nicht unerheblichen Wanderungsbewegungen bei der stationären Versorgung (einschließlich Notfall- und Spezialbehandlungen), v. a. infolge der häufig für die freie Krankenhauswahl abgeschlossenen Zusatzversicherungen.

75 Wird z. B. ein Leistungserbringer für die OKPV tätig, muss er die gesetzlichen Leistungen für alle Versicherten nach den Tarifen der Krankenversicherung verrechnen und darf keine Zusatzrechnungen stellen (Tarifschutz). Will sich ein Leistungserbringer nicht an diesen Grundsatz halten, bleibt er für seine gesamte Tätigkeit von der Zulassung zur OKPV ausgeschlossen (vgl. Art. 44 KVG). Nachträglich wurde ein Zulassungsstopp in der ambulanten Behandlung eingeführt; vgl. Art. 35-40, 55a KVG.

2 Bewertung des Schweizer Gesundheitssystems

Die Schweiz gilt weithin als ein eher liberales und privat-wirtschaftlich dominiertes Gesundheitssystem. Gerade dass private Versicherer die Grundversicherung anbieten können, die Existenz hoher Selbstbeteiligungen und eine Beitragserhebung in Form einheitlicher Pauschalen, gelten dafür vielen als Indiz.⁷⁶ Dabei wird aber oft übersehen, dass die Gesundheitsversorgung bei Weitem nicht so marktliberal ausgerichtet ist. Es herrscht auch in der Schweiz eine hohe Regulierungsdichte im Gesundheitswesen vor. Die Versicherer bieten in der OKPV ihre Leistungen ohne Erwerbszweck an und ein Sozialausgleich bleibt mitnichten aus. Dieser ist – rational betrachtet – durch die Fixierung im Steuersystem (mit einem progressiven Belastungsverlauf) sogar teilweise „sozialer“ ausgestaltet als jener in so manchen Sozialversicherungssystemen anderer Länder.

2.1 Gesellschaftliche Akzeptanz des Finanzierungssystems

Angesichts des Sozialausgleichs verwundert es nicht, dass die Akzeptanz des Krankenversicherungssystems in der Schweiz relativ hoch ist, auch wenn ein dringender Reformbedarf aufgrund der ständig steigenden Kosten respektive Prämien gesehen wird.⁷⁷ In Phasen der Prämiensteigerung (wenn die Bürger den Kostenanstieg direkt zu spüren bekommen) ist die Stimmung daher eher „schwankend“. Ein alternatives Modell zu den derzeitigen Kopfpauschalen findet jedoch in der Bevölkerung keine Mehrheit. Anders verhält es sich bei den politischen Parteien, wo sich etwa zwei gleich große Lager gegenüberstehen: Während die bürgerlichen Parteien das derzeitige Modell gutheißen und nur Reformbedarf im Detail (v. a. zur Kostendämpfung) sehen, lehnen linksorientierte Parteien die Kopfpauschalen in ihrer Gänze ab und versuchen eine Einheitskasse, finanziert über lohnbezogene Prämien, zu errichten. Zwei Volksabstimmungen in diese Richtung scheiterten aber 2003 und 2007 – die erste knapp, die letzte dann mit deutlicher Mehrheit.

⁷⁶ Vgl. WHO/OECD (2006); WHO (2002).

⁷⁷ Vgl. u. a. OECD/WHO (2006); *santésuisse* (2009b); *Delitte* (2010).

Warum die Schweizer relativ zufrieden mit ihrer Gesundheitsversorgung sind, lässt sich anhand mehrerer Faktoren begründen:

(1) Zum einen existiert in der Schweiz ein anderes Solidaritätsverständnis und Eigenverantwortung wird anders bewertet bzw. interpretiert. Wie aus mehreren Befragungen hervorgeht, zeigt sich eine spezielle Mischung aus Eigenverantwortung und Solidarität bzw. es wird kein Widerspruch zwischen diesen beiden Größen gesehen. Von mehr als $\frac{3}{4}$ der Schweizer wird die Solidarität zwischen „krank“ und „gesund“ sowie „arm“ und „reich“ bejaht, aber gleichzeitig, mit einem fast ebenso hohen Wert, die Etablierung eines Bonus-Malus-Systems bzw. die Absprechung der Solidarität, sollte jemand nicht auf seine Gesundheit achten oder wegen jeder Kleinigkeit einen Arzt aufsuchen.⁷⁸ In diesem Sinne werden auch die Kopfpauschalen nicht als „ungerecht“ empfunden und die Schweizer sind nicht so empfänglich für die Polarisierung „Putzfrau vs. Bankvorstand“ wie vielleicht in Deutschland. Es ist akzeptiert, dass die Zahlung kostendeckender Prämien zumutbar ist und dass der Sozialausgleich (nur) subsidiär (über Steuern) stattfindet sowie jeder Einzelne eine gewisse finanzielle Eigenbeteiligung für seine Gesundheitskosten übernimmt.

(2) Zum anderen wird das medizinische Versorgungsniveau als hoch wahrgenommen und die an sich hohen Wahlfreiheiten – sowohl auf Versicherungs- wie auch auf der Leistungsseite – unter Anerkennung der kantonalen Grenzen geschätzt. Ähnlich wie in Deutschland gehört die Schweiz zu den wenigen Ländern, die ihren Versicherten eine relativ hohe Wahlfreiheit bieten und kaum Wartezeiten beim Zugang zur medizinischen Versorgung kennen.

(3) Zudem wird der Prämienanstieg nicht in seinem tatsächlichen Ausmaß wahrgenommen. In den unteren Einkommensklassen und auch bei Familien bremsen die staatlichen Subventionleistungen eine „Überforderung“, die obere Einkommensebene hat stark vom vergangenen Wirtschaftsaufschwung profitiert, so dass das verfügbare Einkommen relativ gesehen nicht abgenommen hat.⁷⁹ Selbiges trifft auch für die „Mitte“ zu, selbst wenn sie nicht in so starkem Ausmaß vom Wachstum der letzten Jahre profitiert

⁷⁸ Vgl. *santésuisse (2009b)*, Resultate der sechsten sondage santé. Allerdings zeigen sich bei der Einschätzung der Bedeutung der Eigenverantwortung regionale Unterschiede und beim Bildungsgrad. Die Westschweiz ist gegenüber der Eigenverantwortung kritischer eingestellt als die Deutschschweiz. Auch sind Vertragsformen mit Betonung der Eigenverantwortung bei Personen mit guter Ausbildung/gutem Verdienst bekannter als bei Personen mit Volksschulabschluss.

⁷⁹ Vgl. *BFS (2009)*; *BAG (2009) T 4 ff. STAT KV 2007*.

haben.⁸⁰ Zudem dämpfen oftmals bei den älteren Schweizern hohe Erträge aus Vermögen die „prozentuale“ Kostenbelastung. Hierzu passt auch, dass Ruheständler unterproportional oft irgendeine Form der Prämienverbilligung erhalten.⁸¹ Die Prämien gelten damit insgesamt zwar als hoch, sie werden im Grundsatz aber in ihrer Belastungswirkung akzeptiert.

(4) Auch sind die Schweizer keine Freunde großer Reformen und wählen lieber Kontinuität als Umbruch bzw. merklichen Wandel. Das alte KUVG konnte sich über 90 Jahre fast ohne größere Änderungen halten. Im Grunde ist aber auch das KVG von 1996 kein Systembruch, sondern schließt in vielen konstitutionellen Strukturen an das alte KUVG an. Zwar bestätigen viele Schweizer in der Eigenwahrnehmung selbst, dass sie bei manchen Entwicklungen „hinter“ ihren europäischen Nachbarn zurück sind (z. B. Versicherungspflicht, Vergütungsformen, Qualitätsregelungen etc.). Sie kokettieren aber nicht selten mit ihrem Konservatismus und sind stolz darauf. Aber nicht nur eine konservative Einstellung an sich lässt das System eher träge als dynamisch erscheinen, auch die (an sich bislang von der Mehrheit akzeptierte) hohe Fragmentierung der schweizerischen Gesundheitspolitik und -versorgung sowie die Vielzahl der Interessensgruppen, die alle ihre Vorteile suchen und koordiniert werden müssen, haben ihren Anteil daran.⁸²

Wenn es um Reformen geht, die in der Bevölkerung Anklang finden, sehen sie bei der Bewältigung des Kostenproblems den größten Reformbedarf bei der Neuregulierung der Medikamentenpreise (z. B. Preissenkungen auf europäisches Durchschnittsniveau).⁸³ Andere Kostensenkungsmaßnahmen sind bei der Mehrheit nicht populär. Im Gegensatz zur Bevölkerung sehen die Krankenversicherer dagegen derzeit den größten Reformbedarf bei der Aufhebung des Vertragszwangs auf der Leistungsseite, dem sie eine

80 So hat das gute Wirtschaftswachstum in der Schweiz dazu geführt, dass im Herbst 2008 nur noch 20 % der Befragten angaben, ihre Prämien sind für ihre Verhältnisse zu hoch, im Vergleich zu 34 % im Jahr 2004 (-33 %) bzw. für 24 % der Bürger stellt die Prämie kein Problem dar (19 % 2004). Rund die Hälfte der Bevölkerung bezeichnet die Prämien als hoch, aber tragbar; vgl. *santésuisse* (2009b).

81 Vgl. *BAG* (2009), T 11.15 *STAT KV* 2007. 66-Jährige und Ältere stellten 2007 mehr als 16 % aller Versicherten.

82 Seit Jahren wird z. B. eine Überprüfung des Föderalismus im Hinblick auf eine verstärkte Kooperation zwischen Bund und Kantonen diskutiert, ohne letztendlich eine neue Machtteilung und Koordination zu erreichen; vgl. *Achtermann, W. / Berset, C.* (2006); *Kocher, G. / Rentschnick, P.* (1980), *Sommer, H. / Gutzwiller, F.* (1986); *ISH* (1988). Ebenfalls sind durch „Teilzeitpolitiker“ Lobbyisten stärker am Gesetzgebungsverfahren beteiligt, in der Vergangenheit hat sich hier die Gruppe Mutuel sehr erfolgreich positioniert. Kritisch zu den föderalen Strukturen und unklaren Kompetenzabgrenzungen auch *WHO/OECD* (2006); *WHO* (2002).

83 Vgl. *santésuisse* (2009b).

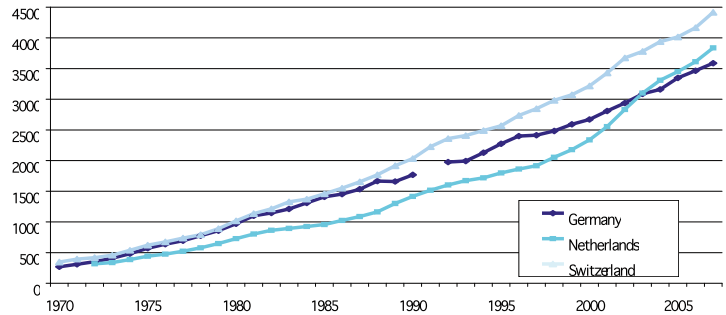
erhebliche Mitschuld an dem ungebremsen Ausgabenanstieg der letzten Jahre geben.⁸⁴ Bislang zeichnet sich allerdings keine politische Mehrheit dafür ab.

2.2 Das Problem der Kosten- und Prämienentwicklung

2.2.1 Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen

Das Schweizer Gesundheitssystem gehört im Allgemeingut vieler Gesundheitspolitiker zu den teuersten der Welt. Diese Wahrnehmung ist nicht ganz falsch. Regelmäßig landet nämlich die Schweiz – unabhängig von der Mess- und Erfassungsmethode – auf Spitzenplätzen im internationalen Vergleich.⁸⁵ Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP lag zuletzt 2007 bei geschätzten 10,8 % (dies ist Platz 3 hinter den USA und Frankreich).⁸⁶

Abbildung 7: Entwicklung Gesundheitsausgaben kaufkraftbereinigt in US\$ (D, NL und CH ab 1970)



Quelle: OECD Health Data (2009) [*estimated]

Das Phänomen steigender Kosten für die Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz seit Jahrzehnten zu beobachten. Daran änderte auch die Einführung der obligatorischen Grundsicherung Mitte der 1990er-Jahre nichts. Im Gegenteil: Seit Einführung des KVG 1996

⁸⁴ Vgl. u. a. *CSS (2009)*.

⁸⁵ Vgl. u. a. *OECD-Health-Data (2009)*. Mal belegt die Schweiz dabei Platz zwei, drei oder vier hinter den USA bzw. hinter/vor Luxemburg und Norwegen mit ebenfalls sehr teuren Systemen. Die Position relativiert sich auch nicht, wenn man die Gesundheitskosten entsprechend Kaufkraft oder Altersaufbau der Bevölkerung betrachtet; vgl. *Niehaus, F. / Finkenstädt, V. (2009)*, S. 20 zu alteradjustierten Ausgabenvergleiche im internationalen Kontext. Die Schweiz gilt als ein Land mit einer eher jungen Bevölkerung.

⁸⁶ Vgl. *OECD-Health-Data (2009)*. Das BFS gibt für 2007 einen Wert von 10,6 % an, vgl. BFS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens.

steigen die Kosten mit im Schnitt fast 4 % per anno äußerst dynamisch an (auf zuletzt 55,2 Mrd. CHF 2007) und dies ist ein deutlich höheres Wachstum als z. B. das Wachstum weiterer relevanterer Indizes, wie das des BIP [gilt bis 2004], der allgemeinen Teuerungsrate oder das der Einkommen der Haushalte.⁸⁷

Tabelle 3: Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$ (kaufkraftbereinigt) (OECD-Staaten)

	USA	NOR	CH	CA	NL	Ö	F	D	DEN
2007	7.290	4.763	4.417	3.895	3.837	3.763	3.601	3.588	3.512
	SW	AUS	UK	FIN	GR	ESP	I	J	POR
2007	3.323	3.137	2.992	2.840	2.727	2.686	2.671	2.581	2.150

Quelle: OECD Health Data (2009) [*estimated]

Tabelle 4: Kostenniveau in % entsprechend Altersstruktur und (kaufkraftbereinigten) Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum deutschen Gesundheitswesen

	USA	NOR	CH	CA	NL	Ö	F	D	DEN
2007	+132,27 %	+45,20 %	+28,46 %	+19,82 %	+15,49 %	+10,45 %	+5,14 %	0	+4,01 %
	SW	AUS	UK	FIN	GR	ESP	I	J	POR
2007	-4,32 %	-2,07 %	-11,00 %	-17,83 %	-21,30 %	-21,44 %	-25,86 %	-31,52 %	-37,38 %

Quelle: Niehaus, F. / Finkenstädt, V. (2009), S. 20

Die Kostendynamik der Schweiz bestätigt auch der internationale Vergleich. Es gibt zwar nicht den Indikator zum Vergleich von Leistungsausgaben im Gesundheitswesen, da aber der Kostenanteil am BIP stark von anderen Faktoren (z. B. der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Landes) beeinflusst wird, soll sich hier in der Diskussion auf den Indikator „kaufkraftbereinigte Gesund-

⁸⁷ Vgl. BfS (2009), Finanzierung des Gesundheitswesens.

heitsausgaben pro Kopf“ beschränkt werden.⁸⁸ Dieser entwickelte sich in der Schweiz seit Mitte der 1980er-Jahre kontinuierlich dynamischer als in Deutschland. Berücksichtigt man zu den kraftbereinigten Gesundheitsausgaben zusätzlich die unterschiedliche Altersstruktur, dann ist die noch relativ junge Schweiz nicht nur wie beim direkten Vergleich der Gesundheitsausgaben knapp +23 %⁸⁹ teurer als Deutschland, sondern der Unterschied beträgt nun fast +29 %.⁹⁰ All diese Zahlen machen es schwer, nicht von einem Kostenproblem in der Schweiz zu sprechen.

Eine Bewertung muss aber differenzieren. Zum einen erfassen die hier betrachteten Gesundheitsausgaben alle Ausgaben, auch jene, die freiwillig von den Schweizern getätigt werden und Ausdruck der Präferenzen der Bürger sind. Zum anderen hat Qualität bekanntlich ihren Preis und es muss den Kosten die Leistungsbilanz gegenübergestellt werden (Preis-Leistungsverhältnis). Und bei der Leistungsbilanz ist die Schweiz nicht schlecht aufgestellt. Viele üblicherweise benutzte Indikatoren zum Vergleich von Gesundheitssystemen (wie z. B. Lebenserwartung, Sterblichkeitswerte etc.) sind mit denen von Deutschland vergleichbar oder besser.⁹¹ Schließlich ist zu fragen, ob der einzelne Bürger die vermuteten hohen Belastungen tatsächlich auch eins zu eins wahrnimmt.

2.2.2 Ausgaben- und Prämienentwicklung in der OKPV

Bei der Frage nach der Belastungswirkung wird sich nachfolgend auf die Ausgabenentwicklung und -situation in der OKPV beschränkt. Denn nur hier werden Zwangsbeiträge abgeführt und für diesen Bereich werden die meisten Steuergelder – v. a. in Form von Prämienverbilligungen und Subventionszahlungen an die Leistungserbringer – ausgegeben.

88 Die Problematik einzelner Indikatoren beim internationalen Vergleich – wie z. B. Wechselkursproblematik, Bedeutung der Schattenwirtschaft, Altersstruktur, Hygiene- und Bildungsstandard, werden hier aufgrund der eindeutigen und stabilen Position der Schweiz nicht weiter thematisiert.

89 Vgl. *OECD Health Data (2009)*.

90 Vgl. *Niehaus, F. / Finkenstädt, V. (2009)*, S. 20.

91 Vgl. u. a. *WHO/OECD (2006); OECD Health data (2009)*.

Tabelle 5: Anteil der OKPV-Kosten an den Gesundheitsausgaben insgesamt⁹²

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anteil OKVP an Gesundheitsausgaben	52,8%	53,1%	53,8%	54,1%	55,4%	56,4%	56,9%	57,3%	58,4%	58,0%	57,9%

Quelle: BFS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens

Tabelle 6: Durchschnittliche Monatsprämien in CHF (geschätzt) für Grundtarif und Anteil Prämien-soll (insgesamt) an OKPV-Kosten

	1997	1999	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009
Erwachsene (ab 26 J) – CH-weit (Grundtarif)	188,1	203,9	223,3	268,5	290,2	306,4	313,0	314,6	322,9
Erwachsene (ab 26 J) – Prämien-soll zw. Prämienregionen¹	125,3	131,3	145,2	173,6	193,3	207,4	217,3	223,0	230,4
Kinder (bis 18 J) – CH-weit (Grundtarif)	281,0	298,4	336,5	389,6	410,9	425,6	423,3	418,9	420,3
Prämienanteil (mit IPV) an OKPV-Kosten	51,9	53,3	57,7	69,0	72,0	74,5	75,7	75,3	76,4
	59,9%	60,5%	60,6%	57,9%	59,5%	60,1%	60,8%	60,9%	59,9%

¹ Beachte: Werte bis 2006 nach Kanton, ab 2007 je Prämienregion (Durchschnittswerte)

Quelle: BAG (2009) STAT KV 07 T 3.01, 3.02, 3.02d, 3.03, 3.04

Im Bereich der obligatorischen Grundversicherung ist das Kostenproblem noch stärker ausgeprägt als das des gesamten Gesundheitssystems (siehe oben). Hier stiegen die Kosten, Prämien und Selbstbeteiligungen seit der Einführung 1996 äußerst dynamisch: Die (brutto) Krankenversicherungsausgaben (mit Selbstbeteiligungen) pro versicherter Person stiegen im Durchschnitt landesweit mit einem jährlichen Wachstum von 4,7% (bzw. +71,1% 1996–2007) (insgesamt von 12,46 Mrd. CHF 1996 auf 21,58 Mrd. CHF im Jahr

⁹² Das Statistische Bundesamt gibt für die GKV in Deutschland (2008) einen Anteil von 57,5% an den gesamten Gesundheitsausgaben (151,5 Mrd. EUR von 263,2 Mrd. EUR) an, zusammen mit der sozialen Pflegeversicherung 64,8% (170,6 Mrd. EUR); vgl. *Statistisches Bundesamt (2010)*.

2007) (Tabelle 7).⁹³ Das relativ hohe Wachstum der OKPV hat dazu geführt, dass der Anteil der OKPV an den Gesundheitsausgaben über die Jahre kontinuierlich zugenommen hat, von anfangs knapp 53 % auf nunmehr fast 58 % (Tabelle 5). Als ein Grund für diese Entwicklung wird unter anderem die stattgefundene Leistungsausweitung in der Grundversicherung angeführt.

Tabelle 7: Gesamtentwicklung verschiedener Indizes 1996 - 2007

Index (1996=100)	Pflege	Löhne	Gesundheitswesen	KV-Ausgaben	Prämien	Kostenbeteiligungen	Konsumentenpreis (LIK)
Gesamtentwicklung	166,2	113,9	138,1	171,1	169,7	180,4	109,3

Quelle: BAG (2009) T 9.14, 9.12 STAT KV 2007

Betrachtet man die verschiedenen Finanzierungsparameter der Grundversicherung im Einzelnen, dann zeigt sich, dass neben stark gestiegenen Prämien – und dies betrifft alle Versicherungsformen und Altersgruppen –⁹⁴ vor allem die zu zahlenden Selbstbeteiligungen eine dynamische Entwicklung genommen haben. Sie stiegen mit durchschnittlich 5,5 % per anno (insgesamt +80,4 % im Zeitraum 1996-2007 bzw. von durchschnittlich 232 CHF auf 419 CHF pro Versicherten) (Tabelle 7).⁹⁵ Als Ursache für dieses stark überproportionale Wachstum gelten wiederum die angehobenen Grenzen der Kostenbeteiligungen, die gestiegene Wahl von Selbstbehalttarifen sowie der demographische Wandel, der tendenziell zu einer höheren Leistungsanspruchnahme und damit anteilig höheren Kostenbeteiligungen führt.

Auch die in die Grundversicherung geflossenen Steuergelder sind in den vergangenen Jahren stetig gewachsen und bilden den

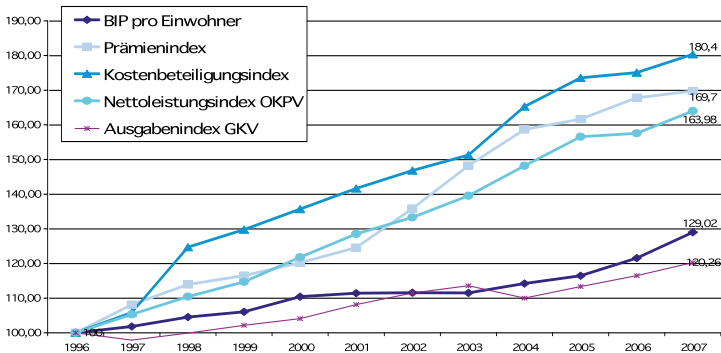
93 Vgl. BAG (2009) T 1.01 STAT KV 2007; *santésuisse-Datenpool* (2009). Zu berücksichtigen sind aber allgemein starke regionale Schwankungen bei den Kosten und Kostenentwicklungen. Die Abweichungen liegen bei über 40 %. Die Kantone GE und BS verzeichnen z. B. die höchsten effektiven Durchschnittskosten (Nettoleistungen der Versicherten) für alle Alterskategorien, NW und AR die tiefsten, selbiges gilt für die Kostenbeteiligungen der Versicherten (T 2.03, 2.08).

94 Die Prämienlast für die privaten Haushalte insgesamt stieg im genannten Zeitraum um fast 9 Mrd. CHF von 11,13 Mrd. auf nicht ganz 19,7 Mrd. CHF. Nicht berücksichtigt sind hierbei die Sondereffekte im Einführungsjahr des KVG/WVG. 1996 stiegen die Kosten infolge der Leistungsausweitung durch das KVG um +10,2 % von damals 11,307 Mrd. CHF auf 12,459 Mrd. CHF, was einer Zunahme von 9,7 % pro versicherter Person entspricht (Niveaueffekt).

95 Vgl. BAG (2009) T 2.02 STAT KV 2007.

Kostenanstieg ziemlich exakt nach (siehe Tabelle 8 im nächsten Abschnitt). Denn die Steuerquote (d. h. der relative Anteil der insgesamt gezahlten Steuerzuschüsse an den Kosten der Grundversicherung) pendelt bis auf wenige Ausnahmejahre konstant um die 40 %.

Abbildung 8: Wachstum der OKPV-Nettleistungen, Prämien und Kostenbeteiligungen je Versicherten und des BIP je Einwohner 1996 - 2007 im Vergleich zum Wachstum der GKV-Leistungsausgaben je Mitglied 1996 - 2007



Quelle: BAG (2009) STAT KV 2007, BfS (2009), BMG (2009) KJ 1, eigene Berechnungen

Alles in allem ist die Gesundheitsversorgung in der Schweiz damit eine „teure Veranstaltung“ sowohl von ihrer Ausgangsposition her als auch in der zeitlichen Entwicklung. Gerade die Grundversicherung ist mit ihrem Ziel der „Kostendämpfung“ im Sinne einer proportionalen Entwicklung zu den Löhnen⁹⁶ (siehe unterschiedliches Wachstum von +13,9 % vs. +71,1 % von 1996-2007, Tabelle 7) zweifelsfrei gescheitert. Und nicht nur die Löhne, auch alle weiteren relevanten Vergleichsindizes (z. B. Inflation, BIP, Haushaltseinkommen) weisen ein deutlich langsames Wachstum für den betrachteten Zeitraum auf. Ebenfalls zeigt ein Vergleich mit Deutschland (GKV-Ausgaben +20,3 % im genannten Zeitraum) die Ausgabenproblematik der OKPV (siehe Abbildung 8). Damit sind allem Anschein nach die ersten beiden politischen Ziele „hochwertige medizinische Versorgung für alle“ auf Kosten der Kostenstabilität realisiert worden.⁹⁷ Warum es letztendlich zu einer derartigen

⁹⁶ Zu den Zielen des KVG vgl. u. a. BSV (2001); Moser, M. (2004).

⁹⁷ So ähnlich auch Leu, R / Rutten, F. / Brouwer, W. / Rütschi, Ch. / Matter, P. (2008), S. 29: "...patients are to a large degree satisfied with the present system. However, this comes at a cost. Health expenditure"

Dynamik gekommen ist, kann hier aber nicht abschließend beantwortet werden. Es sind sicherlich nicht nur einzelne Faktoren dafür verantwortlich. Als Ursachen werden vor allem Steuerungsdefizite auf Leistungserbringerseite genannt.⁹⁸ Den Kopfpauschalen an sich kann man dagegen die ungelöste Kostenproblematik nicht anlasten. Sie stellen lediglich ein Finanzierungsinstrument dar. Allerdings sind sie damit auch kein, wie manchmal angeführt wird, Kostendämpfungsinstrument.

2.2.3 Kostenträger, Regionalisierung und Belastungsverteilung

Die Versicherungsbeiträge (Kopfpauschalen) variieren in der Schweiz regional in extremer Art und Weise. Darüber hinaus – und das ist hier wesentlich bedeutender – finanziert im Vergleich zu Ländern mit einem „Versicherungssystem“ der Staat einen relativ hohen Ausgabenanteil. Die Gesundheitsausgaben werden zu einem Großteil über Steuern finanziert.⁹⁹

2.2.3.1 Steuerfinanzierung

Der Steueranteil, den der Staat finanziert ist beträchtlich. Letztendlich kann man bei der OKPV von einer „Teilbeitragsfinanzierung“ sprechen. Ein großer Teil der anfallenden Kosten werden nämlich künstlich „verbilligt“, indem die Leistungserbringer den Versicherten (und Versicherungen) nur einen Teil der angefallenen Behandlungskosten in Rechnung stellen. Das gilt insbesondere für stationäre Behandlungen. Dort werden mindestens 55% der anfallenden Behandlungskosten über kantonale Steuern beglichen und nur maximal 45% gehen auf die Rechnung der Versicherten (Art. 49a Abs. 2 KVG). Ein Steueraufwand also, der weit über die Verpflichtung der deutschen Länder hinausgeht, im Krankenhaus im Rahmen der dualen Finanzierung die Investitionskosten zu tragen.

Die zweite bedeutende Säule der Steuerfinanzierung ist die bereits mehrfach thematisierte Prämienverbilligung. Hier greift der Staat den Bürgern unter die Arme, für die die Kopfpauschale eine zu hohe finanzielle Belastung darstellt. Letztendlich übernimmt der

⁹⁸ Neben ineffizienten Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitselementen werden insbesondere Steuerungsdefizite auf Leistungserbringerseite als Ursachen genannt. Als am ineffizientesten gilt die Steuerung der Krankenhauskosten, auf denen die Kantone großen Einfluss haben. Als vertretbar gilt die Entwicklung der Kosten bei den Ärzten, die Tarifpartnerschaft positiv bewertet.

⁹⁹ Vgl. *BfS (2009)*. Das BfS verwendet eine andere Klassifikation als das BAG, z. B. werden die Unfallversicherungen (UVG), die Invalidenversicherung (IV) und die Militärversicherung mit der OKPV zur Sozialversicherung zusammengefasst. Danach teilt sich die Finanzierung folgendermaßen auf: Sozialversicherungen 23.662 Mrd. CHF (42,9%), Private Haushalte 16.965 Mrd. CHF (30,7%), Staat 8.961 Mrd. CHF (16,2%).

Schweizer Staat als dritte Säule auch die Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Tabelle 8: Steuerausgaben in CHF und Anteil an den OKPV-Kosten in % 1996 - 2007

in Mio. CHF	1996	1999	2002	2005	2007	1996 - 2007
Prämienverbilligung	1.815,6	2.476,6	2.848,4	3.119,6	3.432,2	+ 89,03 %
Sozialhilfe	203,5	375,1	319,7	412,4	394,2	+ 93,71 %
Subvention LE, Verwaltung u. Prävention	5.976,7	6.272,8	8.429,0	8.704,8	8.960,8	+ 49,92 %
Summe Staat OKPV¹	7.995,8	9.124,5	11.597,6	12.236,8	12.787,3	+ 59,93 %
Anteil OKPV¹	40,8 %	41,3 %	43,4 %	40,3 %	40,0 %	- 0,8 %- Punkte

1 Beachte: Werte sind nicht sauber abgrenzbar, da z. B. die staatlich unterstützten Leistungserbringer auch privat finanzierte Leistungen erbringen

Quelle: BFS (2009), BAG T 4.01 STAT KV, eigene Berechnungen

Die Steuergelder für die Grundversicherung sind seit 1996 stetig gewachsen, von knapp 8 Mrd. CHF auf 12,8 Mrd. CHF (+60%). Sie haben den allgemeinen Kostenanstieg in der Grundversicherung mit abgebildet. Die Steuerquote hat sich strukturell kaum verändert. Sie pendelt konstant um die 40% (mit Ausnahme der Jahre 2001 - 2003).

Besonders stark gewachsen sind die Ausgaben für die Prämienverbilligungen zwischen 1996 und 2007, von 1,8 Mrd. CHF auf gut 3,4 Mrd. CHF (+ 89% insgesamt bzw. + 67% pro Subventionsbezieher im betrachteten Zeitraum, siehe Tabelle 8 und Tabelle 9). Die zweite Säule der Steuerfinanzierung gewinnt damit im Vergleich zu den anderen Ausgabenposten zunehmend an Bedeutung. 2007 wurden bereits nicht ganz 27% der Steuergelder hierauf verwendet. Setzt man diese Summe in Relation zum gesamten Beitragsvolumen, dann wurden 2007 18% des Beitragsvolumen für den Sozialausgleich verwendet. Von der einkommensabhängigen Verbilligung profitierte dabei mehr als jeder dritte Haushalt.

Tabelle 9: Prämienverbilligungen und unterstützte Haushalte/ Personen in der Schweiz in CHF 1996 - 2007

	1996	1999	2002	2005	2006	2007	1996-2007
Anteil Bezieher an Wohnbevölkerung	23,3%	32,6%	33,1%	30,2%	28,8%	29,8%	+ 6,5%- Punkte
Subvention je Bezieher (Monatswerte)	902 (75,2)	1.152 (96)	1.188 (99)	1.415 (117,9)	1.519 (126,6)	1.506 (125,5)	+ 66,96%
Anzahl subventionierter Haushalte	821.972	1.230.090	1.289.405	1.215.989	1.182.675	1.225.436	+ 49,08%
Subvention je Haushalt (Monatswerte)	1.509 (125,75)	2.187 (182,3)	2.243 (186,9)	2.633 (219,4)	2.798 (233,2)	2.791 (232,6)	+ 84,96%

Quelle: BFS (2009), BAG (1998-2009) T 4.01, 4.05 STAT KV 1996-2007

Eine Übertragung des steuerfinanzierten Sozialausgleichs der Schweiz auf das deutsche Krankenversicherungssystem ist – wenn man die aktuellen gesundheitspolitischen Debatten auch innerhalb der Koalition verfolgt – kaum vorstellbar. Eine „Übertragung“ lässt aber zumindest ein Gefühl für die Größenordnung des Schweizer Sozialausgleichs aus deutscher Sicht zu. Nimmt man nämlich das aktuelle Volumen des Gesundheitsfonds von rund 171 Mrd. EUR (2010) als Referenzmaßstab für die „Grundversorgung“ in Deutschland und rechnet vereinfacht die Schweizer Werte hoch, dann müsste der deutsche Staat allein 31 Mrd. EUR in den Sozialausgleich investieren. Ein Volumen, das angesichts des zukünftigen Zwangs zur Haushaltskonsolidierung in Deutschland nicht denkbar ist.

2.3.3.2 Individuelle Prämien- und Kostenbelastung

Beispielsrechnungen zeigen, dass der Schweizer Staat mithilfe der massiven Steuerfinanzierung das Ziel erreicht, die für den Einzelnen spürbaren Belastungen am Einkommen vergleichsweise gering zu halten. Trotz individueller Kopfpauschalen und hohen Selbstbeteiligungen wird – gemessen am (Brutto-)Lohneinkommen – eine vergleichsweise niedrige finanzielle Belastung in der Schweiz wie in Deutschland erreicht (Tabelle 10).¹⁰⁰ Infolge der gu-

¹⁰⁰ Alle Belastungsrechnungen beziehen sich auf die Prämie und Selbstbehalte im Grundtarif, die die teuerste Sicherungsvariante – quasi die Obergrenze – darstellt.

ten wirtschaftlichen Entwicklung sank 2007 diese sogar im Vergleich zum Vorjahr leicht.

Tabelle 10: Belastungsvergleich CH-Deutschland der Gesundheitskosten bei Durchschnittsverdienern Erwachsene im Grundtarif (ohne Prämienverbilligung)

Ein-Personen-Haushalt	Schweiz			Deutschland		
	2005 ¹	2006	2007	2005	2006	2007
Prämie/Lohneinkommen (Bruttolöhne)	(5,5 %)	6,4 %	6,3 %	7,77 %	7,55 %	7,85 %
Prämie/Haushaltseinkommen (Primäreinkommen)	(4,9 %)	5,7 %	5,4 %			
Bruttokosten (SB+Prämie)²/Lohneinkommen (Bruttolöhne)	(7,1 %)	8,2 %	7,9 %	9,77 %	9,55 %	9,85 %
Bruttokosten (SB+Prämie)²/Haushaltseinkommen (Primäreinkommen)	(6,3 %)	7,3 %	6,9 %			

1 Beachte für die Schweiz: 2006 wurden einige Definitionen und damit Bezugsgrößen geändert, Wechsel von der Einkommens- und Verbrauchererhebung (EVE) zur Haushaltsbudgeterhebung (HABE).

2 Als maximaler SB wird für Deutschland die Belastungsgrenze von 2% im SGB V zugrunde gelegt.

Quelle: Eigene Berechnungen

Die vergleichbaren bzw. niedrigeren finanziellen Belastungen gelten sowohl für Alleinstehende als auch für Familien mit Kindern, die durch die individuelle Prämienzahlung erst einmal finanziell benachteiligt sind. Durch das Prämienverbilligungssystem der Schweiz, das sich in der Regel am verfügbaren Haushaltseinkommen orientiert, werden aber gerade diese Personen finanziell unterstützt, so dass die tatsächliche Nettobelastung deutlich sinkt (siehe Tabelle 11). Dies führt dazu, dass gerade Familien im unteren und mittleren Einkommensbereich in der Schweiz erheblich besser gestellt sind als in Deutschland.¹⁰¹ Erst mit einem Jahresein-

¹⁰¹ Sie zahlen lediglich effektiv zwischen 0,75% und 6,4% ihres Einkommens an Prämienbeiträgen. In Deutschland gilt dagegen für diese Familien ein Beitragssatz von derzeit (2010) 7,9% (bei Arbeitnehmern) bzw. 14,9% (bei Selbständigen).

kommen von 80.000 CHF wird eine ähnlich hohe Belastungsquote (ca. 7,9%) bei den Prämienzahlungen erreicht.

Tabelle 11: Krankenversicherungskosten einer vierköpfigen Familie in der Schweiz 2008

Jahres-einkommen in CHF	Prämien-belastung ¹	Prämien-verbilligung / Sozialhilfe*	Anteil am Jahres-einkommen	Steuer-anteil für KV	Gesamt-belastung	Anteil am Jahres-einkommen
0	8.200	8.200	0%	0	0	0%
20.000	8.200	8.200	0%	0	0	0%
40.000	8.200	7.900	0,75%	300	600	1,5%
50.000	8.200	5.000	6,4%	800	4.000	8%
60.000	8.200	4.200	6,7%	900	4.900	8,2%
80.000	8.200	1.900	7,9%	1.100	7.400	9,3%
100.000	8.200	300	7,9%	1.700	9.600	9,6%
120.000	8.200	0	6,8%	2.000	10.200	8,5%

¹ gerundete Durchschnittswerte für die gesamte Schweiz. Es existieren real verschiedene kantonale Regelungen.

Quelle: santésuisse-Datenpool, santésuisse (o. A.)

Auch in anderer Hinsicht zeigen sich deutliche Differenzen in der Belastung zwischen Deutschland und der Schweiz. Dies ist dann der Fall, wenn man die – teils starken – regionalen Unterschiede in der Prämienhebung mitberücksichtigt. Auch hier fallen die Unterschiede teilweise eindeutig zugunsten der Schweiz aus. Insbesondere bei den Bruttobelastungen schneiden Ein-Personen-Haushalte im Vergleich zu Deutschland besser ab.

Dabei gilt bei der regionalisierten Betrachtung, dass in der Regel die Prämienhöhe bzw. die Leistungsausgaben der OKPV mit der Versorgungsdichte in einer Region (z. B. Anzahl und Qualität der Leistungserbringer) sowie der wirtschaftlichen Prosperität korrelieren.¹⁰² Zum Beispiel ist die Arztdichte in Genf fast 2,4-mal so hoch wie im Wallis, was sich bei der Prämienhöhe mit einem Faktor von 1,6 widerspiegelt. Allerdings ist durch die gleichzeitige

¹⁰² Vgl. ausführlich zur Korrelation der Prämienhöhe und dem Versorgungsniveau *Leu, R./Rutten, F./Brouwer, W./Rütschi, Ch./Matter, P. (2008)*.

wirtschaftliche Korrelation – mit wenigen Ausnahmen, wie z. B. im Tessin – die prozentuale Belastung weit weniger differenziert, wie es die Spannweiten zwischen den einzelnen Kantonen/Regionen zunächst vermuten lassen. Sie sind aber dennoch beachtlich: So muss ein „durchschnittlicher“ Alleinstehender 2008 in Zürich weniger als 5% seines Bruttolohns für die OKPV-Prämie im Grundtarif aufbringen, während in Genf sein Pendant schon 7,2% seines Lohns für die Grundversicherung zahlen muss (Tabelle 12). Zur Erinnerung: Ein Kosten- oder Risiko-Ausgleich zwischen den Kantonen findet nicht statt, so dass kantonale Unterschiede nicht ausgeglichen werden.

Tabelle 12: Regionale Belastungsdifferenzen für Grundtarif in der Schweiz

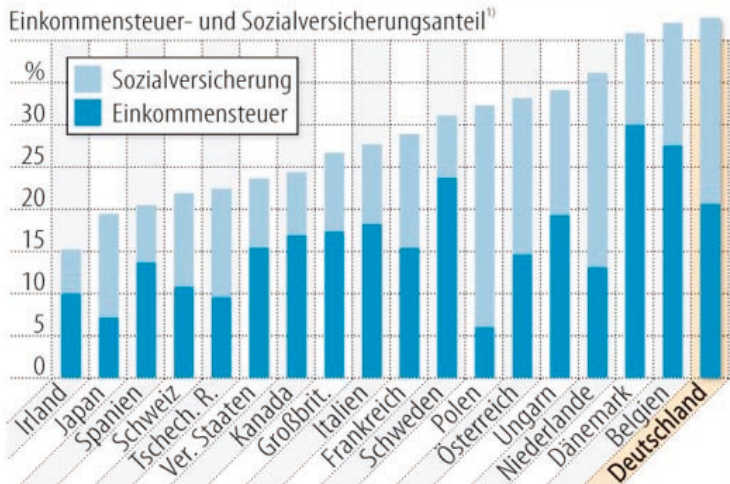
Ein-Personen-Haushalt	Zürich (ZH)		Tessin (TI)		Genferseeregion (VS, VD, GE)	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Bruttolohneinkommen (Medianwert) (40 Std./Woche) in CHF	6.154	6.250	4.899	4.983	5.699	5.938
Durchschnittsprämie	305,7	309,6	361,9	370,1	250,5 370,3 425,6	262,6 369,9 418,9
%-Anteil (ohne IPV)	5,0%	5,0%	7,4%	7,4%	4,4% 6,5% 7,5%	4,2% 6,2% 7,2%
Ärztedichte (Einwohner pro Arzt)	219	217	293	300	368 218 159	387 216 163

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von FMH-Ärztestatistik (2006/8), BAG STAT KV 2004-2009, BFS 2006-2008

Infolge der vergleichsweise moderaten Prämienbelastung könnte man jedoch einwenden, dass die Steuerbelastung für den Einzelnen vergleichsweise hoch sein muss, um ein eigentlich teures Gesundheitssystem, wie das der Schweiz, zu finanzieren. Ein Finanzierungsbeitrag über die Arbeitgeberseite bleibt schließlich vollständig aus und die Steuerquote beträgt immerhin im Bereich der OKPV fast 40%. Dies ist aber mitnichten so. Denn hier kommen der Schweiz ihre wirtschaftlichen und historisch-strukturellen Rahmenbedingungen zu Gute. Auch wenn der Steueranteil in

der Grundversicherung hoch ist, ist die steuerliche Belastung für den Einzelnen gering. Netto und Brutto liegen in der Schweiz eng beieinander. Die Abgabenquote (Gesamtbelastung aus Einkommenssteuer und Sozialversicherung) gehört zu den niedrigsten weltweit (unter den Industrienationen). Bezogen auf die Gesundheitsversorgung ist die herunter gebrochene Steuerbelastung für den Einzelnen moderat (siehe für Familien Tabelle 11). Allerdings profitieren gerade Ledige (ohne Kinder) im Vergleich zu Deutschland besonders vom Schweizer Abgabensystem: So zahlt z. B. ein Lediger (ohne Kinder) mit Durchschnittseinkommen in der Schweiz ca. 22 % seines Einkommens an Einkommenssteuer und Sozialabgaben, in Deutschland sind es dagegen gut 43 %.¹⁰³ Bei Familien (Alleinverdiener, zwei Kinder) relativiert sich der Unterschied, fällt aber immer noch zugunsten der Schweiz aus (CH: ca. 17 %, D: ca. 23 %).¹⁰⁴

Abbildung 9: Gesamtbelastung Lediger (ohne Kinder)



1 Bezogen auf ein Durchschnittseinkommen. Ausgewählte Industrieländer. Stand: 2008
Quelle: Bundesfinanzministerium, FAZ Grafik-Broker (2009)

Man kommt zu folgendem Zwischenfazit: Der Staat lässt dem einzelnen Bürger genug Geld, um die nicht geringen Selbstbehalte zu finanzieren und um über die Grundsicherung hinaus privat vorzusorgen bzw. Leistungen direkt nachzufragen, die die Grundversicherung nicht abdeckt.

¹⁰³ Vgl. Bundesfinanzministerium, FAZ Grafik-Broker (2009)

¹⁰⁴ Vgl. *ebenda*. Die entsprechende Abbildung findet sich im Anhang.

Bei allen Einschränkungen der Vergleichbarkeit – z. B. beim Leistungsniveau der Grundsicherung¹⁰⁵ – kann also festgehalten werden, dass das Schweizer Gesundheitssystem zwar teuer ist, sich die Schweizer ein solches System aber „leisten“ können. Wie lange eine kaum oder erst in Ansätzen vorhandene Kostendämpfungs- politik (v. a. auf Seiten der Leistungserbringer) aufrechterhalten werden kann, ist hier aber nicht mit Sicherheit zu sagen. Auch muss offen bleiben, wie sich die steigenden finanziellen Belastungen des Staatshaushalts auf die politische Akzeptanz des Systems auswirken (z. B. stiegen die Kosten für den Staat allein bei den Prämienverbilligungen von 1,8 Mrd. CHF 1996 auf 3,43 Mrd. CHF 2007). Momentan jedenfalls kann es sich die Schweiz aber noch problemlos erlauben.

2.3 Der Markt für Zusatzversicherungen

Im Gegensatz zu Deutschland kennt die Schweiz nur einen einheitlichen Versicherungsmarkt. Dies gilt nicht nur in der Grundversicherung, sondern auch bei den Zusatzversicherungen. Die sog. KVG-Versicherer konkurrieren mit privaten Versicherern, die nicht im OKPV-Geschäft tätig sind.

Eine Konkurrenzsituation existiert aber auch in einer etwas anderer Ausgestaltung zur Grundversicherung: Dadurch, dass private Zusatzversicherungen eine komplementäre Funktion wahrnehmen und neben der OKPV bestehen, ist ihr potentieller Markt (und Marktanteil) wesentlich vom Umfang des Leistungskatalogs und dem Versorgungsniveau in der OKPV abhängig. Ausweitungen des Leistungskatalogs gehen zu Lasten der privaten Zusatzversicherungen et vice versa.¹⁰⁶ Indirekt gehen auch Prämiensteigerungen in der OKPV zu Lasten der Zusatzversicherungen. Denn sie schmälern den relativ möglichen Anteil am verfügbaren (disponiblen) Einkommen der Haushalte (bei konstantem Haushaltseinkommen). Aber auch Veränderungen an den Vergütungsstrukturen und Tarifwerken in der OKPV beeinflussen das Zusatzversicherungs-

105 Zum Beispiel ist der Leistungskatalog der Schweiz dünner (kein Krankengeld, Zahnbehandlungen und -ersatz) als der von Deutschland, enthält andererseits aber auch Mehrleistungen wie z. B. ein Teil der Pflegekosten.

106 Beispielsweise gewinnt gerade die Zusatzversicherung „Freie Spitalwahl schweizweit“ durch die Einschränkung der Leistungspflicht in der OKPV auf die Spitäler der kantonalen Spitalliste ihre hohe Bedeutung. Fällt 2012 diese Einschränkung, wird der Markt für diese Art der Zusatzversicherungen zusammenbrechen. Ähnliches gilt für die Komplementärmedizin, zu der fast 70 % der Schweizer über Zusatzversicherungen Zugang haben. Nach dem positiven Volksentscheid zur (Wieder-)Aufnahme in den OPKV-Leistungskatalog wird sich der Markt auch hier ausdünnen.

geschäft unter Umständen erheblich, z. B. dann, wenn wie im ambulanten Bereich, ein adäquates Tarifwerk zur Abrechnung privat erbrachter Leistungen fehlt.

Insofern ist es dann wenig überraschend, dass das Zusatzversicherungsgeschäft nach Einführung der obligatorischen Grundversicherung (inklusive einer nicht unerheblichen Leistungsausweitung) stagniert bzw. rückläufig ist und an Bedeutung verloren hat – vor allem hinsichtlich ihres Marktanteils zur Grundversicherung. Vor Einführung des KVG hatten z. B. 98% der Schweizer eine private Zusatzkrankenversicherung, fünf Jahre später (2001) waren nach Daten des BPV nur noch knapp 70% privat zusatzversichert.¹⁰⁷ Der Anteil an Versicherungsprämien sank für die privaten Zusatzversicherungen von 29,6% 1997 auf 22,3% 2007.¹⁰⁸ Zwangsläufig nahm auch der Anteil der Zusatzversicherungen an den Gesundheitsausgaben ab, von 13,1% 1996 auf 9,2% 2007 (Tabelle 13). Der absolute Wert an Beitragseinnahmen und getätigten Ausgaben wuchs über die Jahre trotzdem leicht, zumeist realisiert über entsprechende Beitragserhöhungen und -anpassungen – weniger über ein erfolgreiches Neugeschäft. Dagegen kam es zu deutlichen Verschiebungen bei den Marktanteilen der angebotenen Zusatzversicherungen. Während das Angebot von Zusatzversicherungen seitens KVG-Versicherern deutlich abnahm, wuchs diese bei den Privatversicherern stark überproportional.

Tabelle 13: Ausgaben und privater Zusatzversicherungen in Mio. CHF 1996 - 2007

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2007
ZV nach VVG von KVG-Versicherer	4.375,2	4.038,2	2.646,1	1.740,9	1.205,7	1.351,0	1.445,5
ZV nach VVG von Privat-Versicherer	521,3	552,0	1.900,6	2.874,6	3.306,0	3.469,3	3.645,3
Aufwendungen insgesamt	4.896,5	4.590,2	4.546,7	4.615,5	4.511,7	4.820,3	5.090,8
Anteil an Gesundheitsausgaben	13,1%	11,5%	10,6%	9,7%	8,8%	9,1%	9,2%

Quelle: BFS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens

¹⁰⁷ Vgl. BPV (2001).

¹⁰⁸ Vgl. BAG (2009) T 9.18d STAT KV 2007, zu finden im Anhang.

Abbildung 10: Krankenversicherung bei den privaten Versicherungsunternehmen ab 1997 in Mio. CHF

Jahr	Prämien ¹ Krankenpflegeversicherung ²			Total mit Tagegeld- versich- erung	Leistungen ¹ Krankenpflegeversicherung ²			Total mit Tagegeld- versich- erung
	Einzelkran- kenversich- erung	Kollektiv- versich- erung	Total		Einzelkran- kenversich- erung	Kollektiv- versich- erung	Total	
1997	513,5	88,3	601,8	1.921,8	395,3	80,6	475,9	1.558,7
1999	841,1	257,1	1.098,2	2.436,0	558,6	205,3	763,9	1.841,4
2001	2.676,6	513,8	3.190,5	5.041,2	1.941,5	411,8	2.353,3	3.948,5
2003	2.790,9	615,3	3.406,2	5.466,0	1.892,2	468,3	2.360,4	4.182,2
2005	3.264,5	760,8	4.025,3	6.170,3	2.229,0	583,7	2.812,7	4.360,3
2006	3.413,7	785,3	4.199,1	6.351,5	2.298,0	593,0	2.891,1	4.362,9
2007	3.389,9	817,2	4.207,1	6.359,2	2.405,1	632,7	3.037,8	4.451,4

Datenstand: 28.11.08

1) Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle brutto.

Die Zusatzversicherungen gemäß WG der KVG-Versicherer (Krankenkassen) ab 1996 sind in diesen Zahlen nicht inbegriffen.

2) Prämien und Leistungen ohne Tagesgeldversicherung und ohne Unfallversicherung.

Quelle: BAG (2009) Tabelle 1.16 STAT KV 2007; Tabelle AS03N, BPV

Diese Marktverschiebung lässt sich bei allen angebotenen Arten der privaten Zusatzversicherungen und dem Krankentagegeld beobachten. Besonders gut wahrnehmen lässt sich dies bei den Zusatzversicherungsprodukten, die Krankenhauswahlleistungen abdecken sowie – noch offensichtlicher – bei den Krankentagegeldversicherungen. Hier haben Produkte, die von privaten Anbietern nach VG angeboten werden, im Zeitverlauf erhebliche Marktanteile gewonnen.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Vgl. BAG-/BPV-Statistiken oben (STAT KV). 1995 hatte KVG-Versicherer noch 1 Mrd. CHF Umsatz.

Im Gegensatz zu diesem einheitlichen Trend verloren die einzelnen Versicherungssparten aber über die Jahre unterschiedlich stark an Bedeutung.¹¹⁰

Abbildung 11: Spitalzusatzversicherungen ab 1997 in % der OKPV-Versicherten

Jahr	Versicherte OKPV (31.12.)	KVG- Versicherer ²				KVG- Versicherer ⁴				Privatversicherer ¹		Total der Versicherer ⁴
		Versicherte mit Grundversicherung				Versicherte ohne Grundversicherung				Spital halbprivat	Spital privat	
		Spital allgemein ganze CH	Spital halbprivat	Spital privat	Besondere Angebote ⁵	Spital allgemein ganze CH	Spital halbprivat	Spital privat	Besondere Angebote ⁵	Spital halbprivat	Spital privat	Spital halbprivat, privat und gleichwertige Produkte
1997	7.214.805	-	17,1 %	8,7 %	-	-	-	-	-	2,2 %	0,7 %	-
1999	7.266.534	-	15,5 %	7,4 %	-	-	-	-	-	3,5 %	0,6 %	-
2001	7.321.287	-	11,9 %	6,2 %	-	-	-	-	-	9,1 %	3,6 %	-
2003	7.393.188	40,1 %	10,3 %	4,6 %	-	-	-	-	-	9,4 %	4,1 %	23,6 %
2004	7.419.974	41,5 %	8,9 %	3,9 %	-	-	-	-	-	10,2 %	4,7 %	22,8 %
2005	7.458.475	40,6 %	8,6 %	3,6 %	-	-	-	-	-	10,0 %	4,7 %	22,3 %
2006	7.507.545	35,2 %	8,1 %	3,4 %	1,1 %	2,6 %	0,7 %	0,3 %	0,1 %	10,1 %	4,9 %	21,9 %
2007	7.577.132	35,0 %	8, %	3,4 %	2,0 %	3,1 %	0,8 %	0,5 %	0,5 %	9,8 %	4,8 %	21,8 %

Datenstand 28.11.08

1 Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), nicht publizierte Fassung der Tabelle AS03N. Mit Vorsicht zu interpretieren. Es sind keine Informationen zu der Einteilung spezieller Versicherungsprodukte vorhanden (vgl. Fn 5).

2 Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Formular EF3 [3.7.3].

Es können nur Versicherte berücksichtigt werden, welche die Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen haben wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

3 Quelle: T 11.06.

4 Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Formular EF3 [3.7.3].

Nur Versicherte, welche die Zusatzversicherung beim anderen Versicherer abgeschlossen haben als die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

5) Besondere Versicherungsangebote

110 Beispielsweise ist bei den sog. Zusatzversicherungen „Spital-privat“ und „Spital-halbprivat“ ein anhaltender Rückgang bei den KVG-Versicherern zu verzeichnen, während die Versicherungsdeckung nach (privatem) VVG zugenommen hat. Zusammen betrachtet gingen die Bestände aber zurück und stabilisieren sich erst ab 2005 wieder. Bedingt ist dies v. a. durch ein EVG-Urteil bzw. dringliches Bundesgesetz aus dem Jahr 2002, wonach die Kantone auch für Behandlungen von Patienten in privaten und halbprivaten Abteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler Investitionsbeiträge aufbringen müssen. Vergleichsweise stabil hat sich dagegen die Spitalzusatzversicherung „allgemein ganze CH“ entwickelt, sie weist allerdings nur ein geringes Prämienvolumen auf.

- Flex-Versicherung bei der Versicherte von Fall zu Fall die Abteilung in der sie behandelt werden wollen und die dazu gehörigen Franchise bzw. Kostenbeteiligung für Halbprivat oder Privat Abteilung wählen können.
- Spitalzimmerversicherung für die freie Wahl von Ein- oder Zweibettzimmern in der allgemeinen Spitalabteilung
- Tagegeldversicherung im Zusammenhang mit Spitalaufenthalten bei denen der Versicherte einen fixen Betrag pro Spitaltag erhält.
- Behandlungskostenversicherung bei Spitalaufenthalten mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr.

6 KVG + Privatversicherer. Quelle : BPV: www.bpv.admin.ch > Themen > Krankenzusatzversicherung > Zahlen und Fakten. Mit Vorsicht zu interpretieren.

Quelle: BAG (2009) Tabelle 9.11d STAT KV 2007

Abbildung 12: Tagegeldversicherung KVG/VVG ab 1997 in Mio. CHF

Jahr	Prämien KVG-Versicherer		Total	Privat ²	Total	Leistungen KVG-Versicherer		Total	Privat ²	Total
	Freiwillige Versicherung KVG	Versicherung VVG				Freiwillige Versicherung KVG	WG- Versicherung			
1997	558,9	393,8	952,7	1.319,9	2.272,6	621,5	335,7	957,2	1.082,8	2.040,0
1999	462,9	442,7	905,6	1.337,8	2.243,4	412,1	385,2	797,3	1.077,5	1.874,8
2001	398,7	248,4	647,0	1.850,8	2.497,8	352,0	201,9	553,8	1.595,2	2.149,0
2003	354,1	295,5	649,6	2.059,8	2.709,4	309,9	266,9	576,8	1.821,8	2.398,6
2005	340,1	497,8	837,9	2.145,0	2.982,9	251,1	268,0	519,1	1.547,5	2.066,6
2006	315,8	549,0	864,8	2.152,4	3.017,2	220,6	347,8	568,4	1.471,9	2.040,3
2007	299,3	544,4	843,7	2.152,2	2.995,8	207,7	361,8	569,5	1.413,6	1.983,1

Datenstand: 28.11.08

Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle

1) Quelle: T 6.04 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]. Mit Unfallversicherung.

2) Quelle: T 7.03 : Krankentagegeld VVG (BAG). Mit Unfallversicherung. (-> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]. Ohne Unfallversicherung.).

3) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Der Anteil der Kollektivversicherung (Prämien und Leistungen) umfasst mehr als 90 %. Ohne Unfallversicherung.

Quelle: BAG (2009) Tabelle 917d STAT KV 2007

Schließlich zeigt sich aber noch erhebliches Potential bei der Marktentwicklung des Zusatzversicherungsgeschäftes in der Schweiz. Die Differenz zwischen dem Anteil, den die Schweizer

privat für ihre Gesundheit finanzieren und dem Anteil, den Zusatzversicherungen abdecken, ist erheblich. So beliefen sich 2007 Out-of-pocket-Zahlungen (ohne Kostenbeteiligung in der OKPV) auf mehr als 12 Mrd. CHF (ca. 21,7% der Gesundheitsausgaben), einer der höchsten Werte in den OECD-Ländern.¹¹¹ Dem stehen aber nur Aufwendungen von 5,1 Mrd. CHF für private Zusatzversicherungen gegenüber.

2.4 Keine Relevanz von Lohn(zusatz)kosten

Das schweizerische Gesundheitswesen ist zwar seit 1996 mit steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert, die für den schweizerischen Haushalt (v. a. die Kantone) zunehmend ein Kostenproblem darstellen. Allerdings weisen die Kostensteigerungen keine direkten negativen Beschäftigungseffekte auf, weil die Arbeitgeber an diesem Wachstum nicht mit partizipieren. Und hier sind nicht nur die „Beiträge“ der Arbeitgeber, wie z. B. oft in Deutschland gefordert, „entkoppelt“, vielmehr existiert überhaupt keine direkte Beteiligung des Arbeitgebers und somit auch keine „Lohnnebenkosten“ im eigentlichen Sinne. Die Schweiz kennt keine klassische Sozialversicherung. Schon um die vorherige Jahrhundertwende scheiterte ein Absicherungssystem nach Bismarckschen Vorbild.¹¹²

Eine direkte Beteiligung und damit per definitione Lohnnebenkosten liegen nur bei den Einkommensersatzleistungen im Krankheitsfall und im Bereich der UVG vor.¹¹³ Bei Letzterem ist allerdings die Beteiligungspflicht des Arbeitgebers nur auf die beruflich bedingten Unfälle beschränkt, für die Absicherung privater Unfälle zeichnet sich der Arbeitnehmer wieder alleine verantwortlich. Kostendämpfungsmaßnahmen sind in der Schweiz damit auch nicht aus Angst vor beschäftigungsfeindlichen Effekten motiviert, sondern eher aus haushaltspolitischen Gründen, da der Sozialausgleich vollständig über das Steuersystem organisiert ist und der Staat (v. a. die Kantone) nicht unerheblich an der direkten Finanzierung der Leistungserbringer (z. B. Krankenhäuser und Pflege) beteiligt ist.

¹¹¹ Vgl. *BFS (2009)* Finanzierung des Gesundheitswesens;

¹¹² Vgl. das Scheitern des sog. „Lex forrer“ Anfang des 20. Jahrhunderts.

¹¹³ Invalidenversicherung (IV) und Hilflosenentschädigungsversicherung (AHV) sowie eventuelle Beteiligungen des Arbeitgebers werden hier nicht berücksichtigt, auch wenn diese Leistungen strukturell dem Gesundheitswesen zugeordnet werden.

2.5 Demographischer Wandel und medizin-technischer Fortschritt

Anders als die Arbeitgeberbelastung stehen die Herausforderungen durch den demographischen Wandel und medizinischen bzw. medizin-technischen Fortschritt durchaus im Mittelpunkt des gesundheitspolitischen Interesses. Denn mit beiden Faktoren werden auch in der Schweiz nicht unerhebliche Kostensteigerungen verbunden. Alter und Innovationen gelten erst einmal als Kostentreiber. Ähnlich wie in Deutschland werden diese Kosten aber nicht nur negativ bewertet, sondern vielfach als wünschenswerte Errungenschaft gesehen. Allerdings muss das Schweizer Gesundheitssystem auf diese erwarteten Entwicklungen ausreichend vorbereitet sein. Und ist es das?

2.5.1 Herausforderungen des demographischen Wandels

Tabelle 14: „Altersquotient 65+“ und „Altersquotient 65+ Erwerbstätige“ in der Schweiz 2000 - 2050 anhand 3 Bevölkerungsszenarien

	2000	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Mittleres Szenario	25,0	25,7	28,0	30,7	33,5	42,6	48,9	50,9
- zu den Erwerbstätigen	29,9	30,9	33,3	36,4	39,6	50,1	57,0	59,4
Hohes Szenario	25,0	25,7	27,9	30,6	33,4	42,5	48,6	50,9
- zu den Erwerbstätigen	29,9	30,8	33,1	35,9	39,0	49,2	55,9	58,5
Niedriges Szenario	25,0	25,7	28,1	30,9	33,7	43,2	49,9	51,7
- zu den Erwerbstätigen	29,9	30,9	33,6	36,9	40,3	51,5	58,9	61,2

Quelle: BFS (2009) T 1.4.1.0.3

Erwartungsgemäß ist auch die Schweiz – wie alle anderen westlichen Industrieländer auch – vom demographischen Wandel betroffen, der mit einer deutlichen Alterung der Bevölkerung ein-

hergehen wird.¹¹⁴ Diese Verschiebung der Bevölkerungsstruktur bedeutet gewaltige Herausforderungen für umlagefinanzierte Sicherungssysteme, da ein Druck von zwei Seiten auf das System ausgeübt wird: Einerseits brechen finanzstarke erwerbstätige Beitragszahler weg, andererseits steigt der Leistungsbedarf durch den zunehmenden Anteil alter und hochbetagter Menschen. Dieser Druck ist bei lohnabhängigen sozialen Sicherungssystemen wie in Deutschland noch höher, da das Einkommen im Alter regelmäßig unter dem der Erwerbstätigkeit liegt. Dieser wird aber bei Kopfpauschalen wie in der Schweiz etwas gemildert, da der Finanzbeitrag an das System konstant bleibt. Zudem bestehen auch im Punkt der Einkommenssituation der Senioren Unterschiede zum (sonst üblichen) Regelfall. So ist - zumindest kurz- und mittelfristig betrachtet - das Einkommen Schweizer Senioren vergleichsweise hoch und die Gefahr höherer Belastungen für den Schweizer Haushalt durch einen steigenden Anspruch auf Sozialausgleich ist nicht gegeben. Beispielsweise repräsentieren die über 65-Jährigen heute nur weniger als 13 % der Empfänger von Prämienverbilligungen (bei über 16 % der Versicherten).¹¹⁵ Eine langfristige Nachhaltigkeit wie in einem kapitalgedeckten System liegt jedoch auch in der Schweiz nicht vor.

Tabelle 15: Fertilitätsrate in der Schweiz und Lebendgeburten pro 1.000 Einwohner

	1950	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2008
Lebendgeburten je 1000 Einwohner	18,1	17,7	16,1	11,7	12,5	11,7	11,0	9,8	10,0
Geburtenziffer je Frau	2,40	2,44	2,10	1,55	1,59	1,48	1,50	1,42	1,48

Quelle: BfS (2009) Demographie

¹¹⁴ So steigt die Lebenserwartung in der Schweiz seit Jahrzehnten kontinuierlich an: Wurden Schweizer Männer (ab Geburt) 1970 noch durchschnittlich 70 Jahre alt, sind es 2008 bereits 79,7 Jahre. Für 2050 ist schließlich ein Anstieg auf durchschnittlich 85,0 Jahre prognostiziert (gemessen am mittleren Referenzszenario). Auch die „Restlebenszeit“ ab 65 Jahren wird bis 2050 weiter ansteigen. Von derzeit 18,7 Jahre auf dann 22,5 Jahre 2050. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Frauen: Hier wird ein Anstieg der Lebenserwartung (ab Geburt) von derzeit 84,4 Jahre auf 89,5 Jahre prognostiziert und bei der „Restlebenszeit“ (ab 65 Jahre) von 22,0 Jahre auf 25,5 Jahre 2050 (ausgehend vom mittleren Referenzszenario); vgl. *BfS (2009) Demographie*.

¹¹⁵ Vgl. *BAG (2009) T 4.03, 11.15 STAT KV 2007*.

Tabelle 16: Prognostizierte Fertilitätsrate in der Schweiz bis 2050 (mittleres Szenario)

	2010	2020	2030	2040	2050
Prognostizierte Geburtenziffer je Frau	1,38	1,37	1,39	1,40	1,40

Quelle: BFS (2009) Demographie

Im Gegensatz zu Deutschland wächst die schweizerische Bevölkerung momentan noch absolut und in den nächsten knapp 20 Jahren (bis 2036 beim mittleren Referenzszenario). Das Wachstum in den kommenden 30 Jahren betrifft dabei allerdings ausschließlich die über 45-Jährigen, und das Wachstum ist umso stärker, je höher das Alter.¹¹⁶ Bedingt ist das – wenn auch mit der Zeit deutlich abnehmende – Wachstum durch eine hohe Zuwanderungsrate (positives Wanderungssaldo) sowie den direkten und indirekten Folgen der Migration (wie z. B. höhere Geburtenziffern bei Ausländerinnen). Dagegen liegt die durchschnittliche Kinderzahl der Schweizer seit fast 30 Jahren ein Drittel unter dem Wert, welcher für den Erhalt der Generation nötig wäre.¹¹⁷ Ebenfalls ist dadurch die schweizerische Bevölkerung im Durchschnitt „jünger“ als die deutsche Bevölkerung, altert dann aber zeitversetzt in einem ähnlichen Maß.¹¹⁸ Insbesondere bis 2030 kommt es zu einem starken Anstieg Alter/Rentner pro 100 Erwerbstätige.

Die zunehmende finanzielle Ausgabenbelastung des demographischen Wandels lassen sich zum einen an den seit 1996 stark gestiegenen Pflegekosten (+ 66,2 % von 1996 - 2007) ablesen,¹¹⁹ zum anderen an den Umverteilungssummen des Risikoausgleichs für die über 60-Jährigen: Insbesondere ab einem Alter von 80 Jahren steigen die Ausgleichszahlungen auf 500 CHF/Monat pro Person stark an und erreichen bei den über 90-jährigen Frauen fast 1.200 CHF/Monat.¹²⁰ Inwieweit die sich zum 1.7.2010 ändernde Pflegevergütung (und -finanzierung) Auswirkungen auf die Ausgangssituation haben wird, kann derzeit nicht gesagt werden. Klar ist jedoch, dass es bei der Pflegeversicherung in der Schweiz bei einer Teilkaskoversicherung bleiben wird (noch deutlich geringe-

¹¹⁶ Vgl. ausführlich zu den Prognosen BFS (2006).

¹¹⁷ Vgl. BFS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens.

¹¹⁸ Vgl. BFS (2006), BFS (2009) Demographie.

¹¹⁹ Vgl. BAG (2009) STAT KV 2007.

¹²⁰ Vgl. BAG (2009) T 10.03 STAT KV 2007.

rer Umfang als in Deutschland) und das kapitalgedeckte Elemente im Bereich der obligatorischen Versicherung nach wie vor fehlen werden. Ähnliches gilt für die privaten Zusatzversicherungen. Hier sind Alterungsrückstellung oder sonstige kapitalgedeckte Elemente, die trotz sinkender Zahl von „Netto-Beitragszahlern“ und einer steigenden Zahl von Beitragsempfängern dafür Sorge tragen könnten, die Prämien – zumindest anteilig – zu stabilisieren, eher die Ausnahme als der Regelfall.

Insgesamt hält das Schweizer System derzeit für die neuen gesellschaftlichen Herausforderungen keine langfristig nachhaltigen Antworten bereit – noch ist aber auch der Handlungsdruck geringer als in Deutschland. Dennoch werden die demographischen Herausforderungen thematisiert. Bei in den diskutierten Lösungsvorschlägen stehen Alterungsrückstellungen noch im Hintergrund, es fehlt hierfür traditionell eine entsprechende Sensibilisierung. Vielmehr wird von politischer Seite (FDP und CVP, weniger vom linksorientierten Parteienspektrum) laut über eine „Seniorenprämie“ nachgedacht, die die derzeitige Kopfpauschale um eine weitere „Altersgruppe“ erweitert. Senioren müssten dann entsprechend ihrer höheren Ausgaben eine höhere Prämie zahlen.¹²¹

2.5.2 Ansätze zur Rationierung und Rationalisierung

Auf die erwarteten weiteren Kostenbelastungen durch den demographischen Wandel und dem damit zusammenhängenden medizinischen und medizin-technischen Fortschritt ist das umlagefinanzierte Versicherungssystem der Schweiz nicht vorbereitet. Es stellt sich zwangsläufig die Frage, welche Maßnahmen in der schweizerischen Gesundheitspolitik existieren, um die schon gegenwärtigen und in Zukunft noch stärkeren Kostenbelastungen zu kontrollieren bzw. welche Ansätze im Gespräch sind, die auch in Zukunft für eine hinreichende finanzielle Grundlage sorgen. Zunächst interessiert hier der Status Quo, und zwar insbesondere die Instrumente der expliziten und impliziten Rationierung.

Anders als z. B. in Deutschland ist der Begriff „Rationierung“ seit einiger Zeit kein Unwort mehr in der schweizerischen Gesundheitspolitik. Nicht nur Wissenschaftler, sondern auch Politiker for-

¹²¹ Vgl. *Bundesversammlung (2009)*; siehe auch Kapitel 3.2. Anders als in Deutschland wird in der Schweiz das Bild des „armen Rentners“ nicht so sehr zur Polarisierung gebraucht. Vielmehr gilt, dass Senioren eher reich sind, worauf auch die Zahlen zur IVP hinweisen: Lediglich 13% der über 65-Jährigen erhält eine Prämienverbilligung im Gegensatz zu 70% für die unter 45-Jährigen.

dern die Rationierung von Leistungen, soll die Idee einer Grundversicherung für alle weiterhin bezahlbar bleiben.¹²² Allerdings ist bislang real wenig in dieser Richtung hin passiert, vielmehr war Gegenteiliges zu beobachten: Der Leistungskatalog wurde mit den Jahren immer mehr ausgebaut und auch der jüngste Volksentscheid „Ja zur Komplementärmedizin“ sorgt für eine Aufrechterhaltung dieser Tradition.¹²³ Trotz alledem existieren auch in der Schweiz schon heute Instrumente der Rationierung.

Zu diesen zählt beispielsweise die Leistungseinschränkung durch den eng definierten Grundleistungskatalog. Selbst nach Aufnahme neuer Leistungen ist der Leistungskatalog der OKPV, z. B. im Vergleich zu Deutschland, weiterhin eher „schmal“. Es fehlen ganze Leistungsblöcke, wie z. B. Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie oder „hauswirtschaftliche“ Leistungen bei der Pflege. Ebenso müssen private Unfälle (verpflichtend) und Krankengeld (freiwillig) extra abgesichert werden. Aber auch die im Leistungskatalog und Gesetz genannten Positivlisten sowie Wirtschaftlichkeits- und Kosten-Nutzen-Bewertungen stellen eine Art der Rationierung dar. Konkret werden Leistungsausweitungen durch die Existenz von derzeit vier Positivlisten in der OKPV für verschiedene Leistungsbereiche beschränkt, u. a. auch bei Arzneimitteln (Spezialitätenliste). Innovationen haben es so schwerer in den Versorgungsalltag zu gelangen, da die Leistungen abschließend definiert sind und eine Neuaufnahme erst der Nutzenbewertung bedarf (4. Hürde). Ausnahmen bilden hier bislang nur die ärztlichen Leistungen.¹²⁴ Rationierend wirken bei Arzneimitteln auch die generell höheren Zuzahlungen von 20% bei generikafähigen Substanzen und die Beachtung der sog. WZW-Kriterien (WZW = wirksam-zweckmäßig-wirtschaftlich), die zum Ausschluss von Leistungen führen können.¹²⁵

Eine weitere Art der derzeit ausgeübten Rationierung sind die vorgesehenen finanziellen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Denn die verpflichtenden Kostenbeteiligungen der Versicherten von in der Regel 10% und die wählbaren jährlichen Selbstbehal-

122 Vgl. entsprechende Motionen und Interpellationen in der Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments u. a. *Bundesversammlung (2001)*; *Bundesversammlung (2009c)*.

123 Der Eidgenössischen Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“ stimmten am 19.05.2009 mit „Ja“ 67% , mit „Nein“ 33% der Schweizer zu; vgl. *Bundesversammlung (2009b)*.

124 Beschlüsse der Herbstsession 2009 des Schweizer Parlaments deuteten auch hier eine Änderung an; vgl. *Bundesversammlung (2009c)*. Die vom Ständerat angenommene Motion „Schwallen“ wurde jedoch vom Nationalrat am 02.03.2010 abgelehnt; vgl. *Nationalrat (2010b)*.

125 Vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG.

te führen zu einer Kostensensibilität der Versicherten bis zur Belastungsgrenze. Darüber hinaus ist die Steuerungswirkung aber eher gering, so dass Rationierungen augenscheinlich im unteren und Bagatell-Leistungsbereich stattfinden (und nicht bei den wirklichen [teueren] Kostentreibern). Ebenfalls auf die finanzielle Sensibilität der Versicherten zielen die Erstattungsrestriktionen beim freien Zugang zu den Leistungserbringern ab. In der Schweiz existiert zwar formal die freie Wahl der Leistungserbringer, tatsächlich wird sie aber in finanzieller Hinsicht eingeschränkt, indem sich die Erstattungen an den Wohnorttarif orientieren (was aber zwangsläufig bei regionalisierten Prämien und kantonalem Quersubventionsverbot notwendig ist). Derzeit noch restriktiver verhält es sich bei den Krankenhäusern. Hier beschränkt sich die Leistungspflicht der OKPV ausschließlich auf Plankrankenhäuser des Wohnorts.¹²⁶ Neben diesen per Gesetz für alle Versicherten geltenden Einschränkungen der (finanziellen) Wahlfreiheit können die Versicherten aber auch freiwillig gegen Prämienverbilligung die freie Leistungserbringerwahl durch Managed-Care- oder Hausarzt-Modelle einschränken. Indirekt – auf Seiten der Leistungserbringer – ist in diesem Zusammenhang auch der momentan noch geltende (befristete) Zulassungsstopp für niedergelassene Ärzte ein Rationierungsinstrument.¹²⁷

Ähnlich wie beim letzten Punkt wirken Budgets in der Schweiz direkt bei den Leistungserbringern. Zwar existieren im Gegensatz zu vielen anderen Ländern im Bereich der OKPV auf Seiten der Krankenversicherer selbst keine Budgets. Allerdings gibt es solche auf „staatlicher Seite“. Hier existieren bei der Spitalfinanzierung und den Pflegeeinrichtungen sog. „Globalbudgets“ (Art. 54 KVG).

2.6 Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs

Trotz vorhandener Rationierungsinstrumente wurde als das wesentliche Mittel für eine bessere Kosteneffizienz (bzw. Kostenbegrenzung) vom schweizerischen Gesetzgeber der Kassenwettbewerb auserkoren. So gehört zum Regulierungskonzept des KVG die Etablierung eines „gelenkten“ Wettbewerbs auf Seiten der Krankenversicherer. Hier wird durch den einheitlichen Leistungskatalog, einheitliche Pauschalen mit Risikoausgleich, der hohen Transparenz durch Aufsichtsbehörden und Freizügigkeit der Ver-

¹²⁶ Eine Gesetzesänderung sieht hier den Wegfall ab 2012 vor. Dann gelten die gleichen Bestimmungen wie für den ambulanten Bereich.

¹²⁷ Zu den Zulassungsbeschränkungen siehe Art. 55a KVG.

sicherten v. a. auf die steuernde Kraft eines reinen „Preiswettbewerbs“ gesetzt (kein oder nur kaum Vertrags- oder Leistungswettbewerb). Wichtigster Parameter im Kassenwettbewerb ist demnach die Kopfprämienhöhe.

Mehr als zehn Jahre nach Bestehen des KVG und einer späteren Teilrevision kann festgehalten werden, dass dieses Konzept nicht in allen Punkten aufgegangen ist. Gerade bei der kostensteuernden Wirkung konnten kaum Erfolge erzielt werden. Auch in anderen Bereichen sind die Auswirkungen des Wettbewerbs hinter den Erwartungen zurückgeblieben bzw. haben anfangs zu kaum bedachten Folgen geführt.¹²⁸

2.6.1 Beitragswettbewerb

Der Beitragswettbewerb ist stark ausgeprägt und scheint auf den ersten Blick zu funktionieren: Die Differenz zwischen den niedrigsten und höchsten Prämien ist über die letzten Jahre sehr hoch (teilweise Unterschiede von bis zu 90%) und hat in einigen Kantonen bis zuletzt auch noch zugenommen (siehe Tabelle 17). Dabei halten zumeist die Versicherten ihre jeweilige Wettbewerbsposition. Bei den günstigsten Anbietern ist aber durchaus ein Wechsel in der Preisführerschaft zu beobachten – anders als bei den teuersten Anbietern. Deren Position verschlechtert sich eher noch im Zeitablauf. Zudem lassen sich im untersten Preissegment mit der Zeit neue Versicherten finden, die auf Kassenneugründungen zurückgehen. Die Gründung sog. „Billigkassen“ ist dem Ziel geschuldet, bei einer hohen Wettbewerbsintensität rasch Marktanteile zu gewinnen.¹²⁹

128 Vgl. u. a. Beck, K. (2006).

129 Ihren Ursprung nahm diese sog. Mehrkassenstrategie bei der Versicherungsgruppe Mutuel. Die Groupe Mutuel konnte seit 1997 relativ rasch erhebliche Marktanteile gewinnen (bis 2003 +236% bzw. +450.000 Neuversicherte), andere Versicherten zogen nach, um nicht noch mehr Marktanteile zu verlieren; vgl. Beck, K. (2006).

Tabelle 17: Prämien­differenzen (höchste-niedrigste Pauschale in CHF) im Grundtarif Erwachsene ab 26 Jahre für Basel-Stadt, Uri und Zürich 2004 - 2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
BS-Niedrigste Prämie	299	334	352	354	352	354	354
BS- Höchste Prämie	428	434	444	464	464	503	558
%-Unterschied zur niedrigsten Prämie in Basel-Stadt	+43%	+30%	+26%	+31%	+32%	+42%	+37%
UR-Niedrigste Prämie	172	176	176	184	187	195	235
UR- Höchste Prämie	242	247	269	292	300	311	319
%-Unterschied zur niedrigsten Prämie im Kanton Uri	+41%	+40%	+53%	+59%	+60%	+59%	+36%
ZH-Niedrigste Prämie (Region 1)	258	284	295	294	296	296	325
ZH- Höchste Prämie (Region 1)	461	483	556	556	556	564	564
%-Unterschied zur niedrigsten Prämie im Kanton Zürich (Region 1)	+79%	+70%	+88%	+89%	+88%	+91%	+74%

Quelle: Prämienstatistiken des BAG (2004-2010), eigene Berechnungen

Ebenfalls hat der starke Wettbewerbsdruck in der Vergangenheit immer wieder dazu geführt, dass Prämien auf Kosten der Solvabilität kalkuliert wurden – insbesondere für die Jahre um die Jahrtausendwende und die vergangenen zwei Jahre war dies der Fall.¹³⁰ Aus politischem Eigeninteresse haben die Aufsichtsbehörden ein solches Verhalten kurzfristig toleriert und die sog. „politischen Prämien“¹³¹ genehmigt. Der notwendige Ausgleich führte dann aber zu sprunghaften Beitragsanpassungen in den Folgejahren. Allerdings wird ein solches Verhalten zukünftig immer schwieriger. Denn die immer weiter gesenkten Mindestreservequoten führen ohnehin zu einer nicht unerheblichen Solvenzreduktion bei den Versicherern. Berechnungen von Beck (2009) zeigen ein deutlich

¹³⁰ Vgl. *santésuisse* (2009).

¹³¹ Vgl. *ebenda*.

gestiegenes Insolvenzrisiko der Versicherer.¹³² Es wird also – anders als in der Vergangenheit – bei Unterkalkulationen relativ schnell mit Kasseninsolvenzen zu rechnen sein. Denn in dieser Hinsicht entspricht der Kassenwettbewerb in der Grundversicherung klassischen Wettbewerbskriterien: Sowohl der Marktein- als auch –austritt ist (weitgehend) frei: Neue Krankenkassen können jederzeit gegründet werden, der Marktaustritt ist nach Übergang des Vermögens und der Verpflichtungen auf die sog. Gemeinsame Einrichtung KVG (Insolvenzfonds) möglich.¹³³ Die Gründung geschlossener Kassen, wie z. B. im Rahmen der Betriebskrankenkassen in Deutschland, ist in der Schweiz dagegen nicht erlaubt.

Allerdings wird der intensive Wettbewerb um die Prämienhöhe nicht nur positiv gesehen. Hintergrund ist hier, dass die Neugründungen der sog. Billigkassen nicht wirklich neue Markteintritte sind, sondern meistens Töchter etablierter Versicherungskonglomerate und –konzerne. Sie zielen insbesondere auf die guten Risiken (v. a. junge gesunde Männer) ab und passen dementsprechend ihren Marktauftritt an. In den Augen der Kritiker betreiben die Konglomerate dadurch wieder erfolgreich Risikoselektion und Risikoseparierung.¹³⁴ Ein Phänomen also, das gerade mit der Einführung des KVG 1996 bekämpft werden sollte. Der Mehrkassenstrategie kommt dabei der existierende Risikostrukturausgleich in der Schweiz zugute, dessen offizielle Ausgleichsformel nach Beck (2006) die Kosten des teuersten Fünftels aller Versicherten um 60% unterschätzt. Die Versicherer selbst seien aber in der Lage, diese Kosten mit doppelter Genauigkeit, d.h. mit lediglich 30% Schätzfehler, zu bestimmen.¹³⁵ Damit tendieren die Einheitsprämien wie in einem offenen Wettbewerb zu „risikoäquivalenten Prämien“ – auch wenn offiziell eine Einheitsprämie gilt.

Folgerichtig sind seit Jahren kontinuierlich steigende Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich – v. a. seitens kleiner Versicherungen – zu beobachten. Zwischen 1993 und 2007 vervierfachte sich das Umverteilungsvolumen (+438,4%)¹³⁶ – und dies obwohl

132 Vgl. Beck in *NZZ Online* (2009d).

133 Vgl. Art. 99 Abs. 3; 13 Abs. 4 KVG

134 Vgl. die kritischen Darstellungen u. a. von *Leu, R. / Beck, K. (2007)*, S. 115 ff.; *Beck, K. (2004 a, b, 2006)*; *Oggier, W. (2010)*, S. 44 ff.

135 *Beck (2006)* führt in seinen Untersuchungen an, dass ein immer größerer Anteil der Prämienunterschiede auf die Selektionseffekte dieser „Mehrkassenstrategie“ zurückgehen: Von anfangs 1,7% (1996) bis auf 14,7% im Jahr 2003.

136 Vgl. *BAG (2009) T 10.02 STAT KV 2007*. Bei der Entwicklung des Umverteilungsvolumens müssen einige Sondereffekte berücksichtigt werden, wie z. B. 1996 die Erhöhung der Anzahl der relevanten Risikogruppen durch die Einführung des KVG und die 1997 erfolgte Fusion zwischen einer großen „Empfängerkasse“ und einer großen „Zahlerkasse“.

sich gleichzeitig die Zahl der Versicherer fast halbiert hat. Auch das Umverteilungsvolumen insgesamt (innerhalb und zwischen den Versicherern) nimmt kontinuierlich zu. Ohne den Risikostrukturausgleich beständen nur bei den zehn größten Versicherern Schwankungen bei den Nettoleistungen pro Person im Verhältnis von gut 3:1.¹³⁷

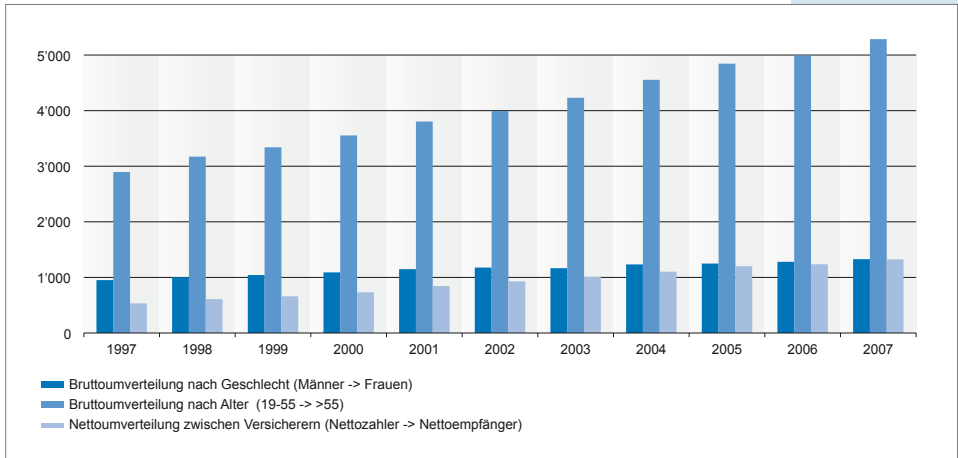
Abbildung 13: Empfänger und Zahler nach Größe 2007

Versicherte pro KV	Anzahl Krankenversicherer		Krankenversicherer			
			mit Abgabe		mit Beitrag	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
... - 1.000	8	9,2%	6	75%	2	25%
1.001 - 5.000	19	21,9%	16	84,2%	3	15,8%
5.001 - 10.000	13	14,9%	11	84,6%	2	15,4%
10.001 - 50.000	21	24,2%	14	66,7%	7	33,3%
50.001 - 100.000	9	10,3%	8	88,9%	1	11,1%
100.001 - 500.000	13	14,9%	10	76,9%	3	23,1%
500.001 -	4	4,6%	1	75,0%	3	75,0%
Total	87	100%	66	75,9%	21	24,1%

Quelle: BAG (2009) STAT KV 2007

¹³⁷ 2004 lagen die Differenzen zwischen 1.050 und 3.550 CHF; vgl. *Frei, W. (2007)*, S. 145 und die dort angegebenen Verweise.

Abbildung 14: Entwicklung des Brutto-/Netto-Umverteilungsvolumen 1997 - 2007



Risikoausgleich	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Veränderungen in % zum Vorjahr	+48,45%	+11,45%	+16,04%	+9,83%	+7,69%	+9,36%	+8,93%	+2,88%	+7,04%

Quelle: BAG (2009) T 10.02 STAT KV 2007

2.6.2 Wechselverhalten der Versicherten

Zu einem funktionierendem Wettbewerb gehören auch wahrgenommene Wahl- und Wechselrechte der Versicherten. Zwar kann eine hohe Wechselquote an sich kein wettbewerbspolitisches Ziel sein. Dennoch stellen (genutzte) Wahl- und Wechselrechte eine Voraussetzung für einen Preis- und Leistungswettbewerb dar und sie beeinflussen Selektionstendenzen erheblich. Gerade das Wechselverhalten trägt dazu bei, ob es zu einer „Durchmischung“ der Risiken im Markt kommt oder ob eine Segmentierung stattfindet.

Zum Wechselverhalten in der Schweiz gibt es widersprüchliche Angaben. Einerseits wird davon ausgegangen, dass vergleichsweise wenige Versicherte das Wechselrecht zu einem anderen Versicherer nutzen. Vor allem nach älteren Umfragen lag die Wechselquote beispielsweise 2006 nur bei 2,5% (entspricht schätzungsweise 200.000 Wechsler), 2005 bei 3,3% (250.000) und 2004 bei 4,6%

(350.000).¹³⁸ Stimmen diese Werte, würde die Wechselquote im internationalen Vergleich eher im unteren Durchschnitt liegen – z. B. werden für die Niederlande und Deutschland Quoten von 3,5 % bis 5,0 % angegeben.¹³⁹ Andererseits werden diese niedrigen Wechselquoten der Vergangenheit relativiert und es werden gerade für die Jahre ab 2008 ungewöhnlich hohe Wechselquoten angenommen. So weisen Umfrageergebnisse für 2008/2009 zwischen 850.000 und 970.000 Versicherte aus, die ihre Krankenkasse zum 1.1.2009 gewechselt haben – eine Quote also von gut 12%.¹⁴⁰ Für 2009/2010 werden sogar vor dem Hintergrund des starken Prämienanstiegs zum 1.1.2010 (über 8 % im Grundtarif) Quoten von 15-18 % genannt.¹⁴¹ Für die höheren Wechselquoten spricht theoretisch die sehr gute Transparenz über die Prämien und Finanzstruktur durch Veröffentlichung der Aufsichtsdaten (bis auf Ebene des einzelnen Versicherers) und die deutlichen Einsparmöglichkeiten. Allein Einsparmöglichkeiten von 10 % würden bei einer durchschnittlichen Prämie von 3.756 CHF 2009 gut 376 CHF bedeuten.¹⁴² Aber auch die wirtschaftlichen Rahmendaten, vor allem der in der Schweiz zunehmend wahrzunehmende wirtschaftliche Abschwung, lassen einen Anstieg der Wechselquoten wahrscheinlich erscheinen. Ob dies in dem genannten Maß tatsächlich zutrifft, muss hier aber offen bleiben.

Denn offizielle Daten zu den Wechslern gibt es nicht. Vorhandenen sind nur Zahlen zu den neu aufgenommenen Versicherten (inklusive Neugeborenen, Immigranten und fusionsbedingten Neueintreten). So gibt das BAG für das Jahr 2007 (als aktuellsten Wert) an, dass 11 % der Versicherten von einem Versicherer neu aufgenommen wurden, wobei die Zahl der Kinder und jungen Erwachsenen durchschnittlich um 50 % höher ist als die der Erwachsenen.¹⁴³ D. h. bei diesen handelt es sich fast ausschließlich nicht um „Wechsler“, sondern um erstmals Aufgenommene.

¹³⁸ Vgl. u. a. Umfrageergebnisse auf comparis.ch; Untersuchungen von *Colombo, F. (2001)*; ebenso *Beck, K. (2004)*, S. 239. Als wichtigste Gründe für ihre Treue nannten Versicherte: Tradition, Zufriedenheit, gutes Preis-Leistungs-Verhältnis und Bequemlichkeit; vgl. u. a. *Colombo, F. (2001)*.

¹³⁹ Vgl. u. a. *Müller, J. / Schneider, W. (1999)*; *Höppner, K. et al. (2004)*, S. 57 ff. und die dort angegebenen Verweise. Für die Niederlande siehe die entsprechenden Verweise bei *Schulze Ehring, F. (2010)*, S. 34 ff. in diesem Band.

¹⁴⁰ Vgl. Umfrageergebnisse unter comparis.ch (2009d). Aufgrund einer neuen Erhebungsmethode seien die Ergebnisse nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

¹⁴¹ Entspricht bis zu 1,3 Millionen Versicherte; vgl. die Umfrageergebnisse unter comparis.ch (2009a, b, c).

¹⁴² Bezogen auf das gesamte Prämienvolumen ergäbe sich ein Sparpotenzial von 2 Mrd. CHF. Im Einzelfall sind Einsparungen bis über 1.000 CHF im Jahr möglich; zu Einsparmöglichkeiten und Kassentreue vgl. u. a. comparis.ch (2009a).

¹⁴³ Vgl. *BAG (2009)*, T 11.17 KV (2007).

Bei Betrachtung des Sozialprofils zeigt sich, dass – und dies im internationalem Einklang – v. a. jüngere und gesunde sowie männliche Versicherte viel stärker von der Freizügigkeit Gebrauch machen als ältere und kranke.¹⁴⁴ Es findet im gewissen Maße also eine Selbstselektion statt, die die Mehrkassenstrategie der Versicherer unterstützt. Insgesamt ist so für die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs im Allgemeinen und die Mobilität der Versicherten im Speziellen aktuell zwar eine besonders hohe Wechselmobilität aber keine relativ ausgewogene sozioökonomische Wechslerstruktur existent. Dies widerspricht dem oft formulierten Ziel, zur Intensivierung des Wettbewerbs auch den Wettbewerb um sog. „schlechte Risiken“ in Gang zu setzen.

Anders als von dem Wechselrecht zwischen den Versicherern herrscht Einigkeit bei den Angaben hinsichtlich des Wechselrechts innerhalb der Versicherung zwischen verschiedenen Versicherungsformen. Hiervon machen die Versicherten in der Schweiz regen Gebrauch.¹⁴⁵ Die „Einsparungen“ sind zwar in der Regel geringer als bei einem Kassenwechsel, aber dennoch deutlich vorhanden. Für die Vergangenheit könnte somit die Diskrepanz zwischen Kassen- und Tarifwechsel dahingehend interpretiert werden, dass die weit überwiegende Mehrheit der Schweizer mit ihrem Versicherer zufrieden war und diesen nicht wechseln wollte. Stattdessen wechselten sie bei Sparabsichten lieber den Tarif als den Versicherer. Dies scheint sich nun in den letzten beiden Jahren umgekehrt bzw. angenähert zu haben. Ungeachtet dessen steigt die Zahl der Versicherten, die z. B. einen Tarif mit eingeschränkter Leistungserbringerwahl oder mit höherem Selbstbehalt wählen, seit Bestehen des KVG kontinuierlich an – was gerade für HMO-Tarife und Hausarztmodelle auch politisch gewollt ist. Dagegen ist zu erwarten, dass die Wechselbereitschaft bei den Selbstbehaltstarifen durch die reduzierten Rabattmöglichkeiten wieder abnehmen wird – auch dies ist politisch gewollt. Die Politik möchte stärker ein sogenanntes Vorteilshoppings („bei Gesundheit Wahl eines hohen Selbstbehalts, bei Krankheit zurück in den Grundtarif“) unterbinden.

¹⁴⁴ Vgl. *comparis (2009d)*. Im Zusammenhang mit der jüngsten Prämienrunde deuten aber Umfrageergebnisse darauf hin, dass verstärkt Ältere, insbesondere die Altersgruppe der 50-69-Jährigen von ihrem Wechselrecht Gebrauch machen; vgl. *comparis.ch (2010)*.

¹⁴⁵ Vgl. entsprechende Zahlen bei *BAG (2009) T 11.07, 11.08 STAT KV 2007*.

2.6.3 Marktkonzentration

Wie schon einige Aspekte der obigen Abhandlungen andeuten, hängt das Erfüllen von gewünschten Funktionen des Wettbewerbs im schweizerischen Krankenversicherungsmarkt fundamental von den Wettbewerbsbedingungen ab. Hier unterscheidet sich dieser Markt nicht von allen anderen Wirtschaftszweigen. Im negativen Sinne gehören zu den Wettbewerbsbedingungen alle Wettbewerbsbeschränkungen und Wettbewerbsverzerrungen. Insbesondere muss auf Tendenzen der Marktkonzentration bzw. Marktmacht geachtet werden.

Abbildung 15: Anzahl GröÙe OKPV-Versicherer 1996 - 2008

Versicherte pro KV	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008
1.001 - 5.000	90	64	48	33	32	28	27	26
5.001 - 10.000	14	13	11	10	11	14	13	13
10.001 - 50.000	20	21	19	25	24	20	21	19
50.001 - 100.000	6	6	9	9	9	7	8	9
100.001 - 500.000	12	10	10	13	12	14	14	15
500.001 -	3	4	4	3	4	4	4	4
Total	145	118	101	93	92	87	87	86

Quelle: BAG (2009) T.8.02 STAT KV 2008

Schon vor der Totalrevision des KVG 1996 hat eine erhebliche Marktkonzentration in der Schweiz stattgefunden. Von über 1.000 Krankenkassen Mitte der 1960er-Jahre sank die Anzahl auf 145 Versicherer, die 1996 bereit waren, die neue obligatorische Grundversicherung anzubieten. Die Systemumstellung selbst übte jedoch keinen besonderen Konsolidierungseffekt aus. Die Dynamik des Konzentrationsprozesses ging vielmehr ungehindert und in Teilen beschleunigt weiter. Bis zum Jahr 2008 sank die Anzahl der Versicherer mit OKPV-Angebot um fast 41 % auf 86. Seit 2005 kommt es zu einer gewissen Bodenbildung und die Anzahl der Versicherer liegt relativ konstant bei 85-87.

Allerdings verläuft der Konzentrationsprozess tatsächlich stärker ab als es diese Zahlen verdeutlichen. Denn die Zahl „unabhängiger“ Versicherer, die nicht in einem Konzern oder Konglomerat

organisiert bzw. angebunden sind, hat wesentlich stärker abgenommen. Zudem verdecken Kassenneugründungen bei den verschiedenen Versicherungsgruppen im Rahmen der beschriebenen Mehrkassenstrategie den tatsächlichen Verlust an „alten“ Versicherern. Der Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess kommt also deutlich stärker zum tragen. Inzwischen versichern die zehn größten Unternehmen bzw. -gruppen in der Schweiz über 85 % der OKPV-Versicherten.

Tabelle 18: Die zehn größten Krankenversicherer (OKPV) in der Schweiz

Nr.	Versicherer	Tätigkeitsbereich	Versicherte 2008
1	HELSANA Gruppe	CH	1.362.000
2	CSS-Gruppe	CH	1.012.648
3	Sanitas Gruppe	CH	871.535
4	Groupe Mutuel	CH	866.153
5	SWICA Krankenversicherung AG	CH	601.275
6	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG	CH	524.049
7	Visana-Gruppe	CH	463.248
8	Assura	CH	395.170
9	INTRAS Caisse-maladie SA (seit 2009: CSS)	CH	316.476
10	KPT Krankenkasse AG, 3001 Bern	CH	301.760

Quelle: BAG (2009), santésuisse/Handbuch der Schweizer Krankenversicherung (2009a)

Wie zu erwarten war, ist dabei vor allem die Zahl der sehr kleinen Versicherer (< 5.000 Versicherte) erheblich gesunken. Allerdings profitierten davon – infolge der geringen Gesamtzahl der Versicherten – in der Schweiz nicht die ganz „großen“ Versicherungen (> 500.000 Versicherten), sondern die „mittel-großen“ (>100.000 Versicherte). Die Marktkonsolidierung im Allgemeinen und der Konzentrationsprozess durch Konzernanbindung im Speziellen sind in der Regel den höheren Anforderungen an die unternehmerische Organisation und Verhandlungskompetenzen (inklusive Verhandlungsmacht) geschuldet. Aber auch strategische Überlegungen (Marktsegmentierung und Positionierung einzelner Ver-

sicherer auf bestimmte Zielgruppen) sowie Notwendigkeiten zur Optimierung finanzieller Mittel haben dazu beigetragen.¹⁴⁶

Objektive Kriterien, wann und wo eine solche Marktkonzentration auf welchen relevanten Märkten zu vermuten sind und zu entsprechenden den Wettbewerb schädigenden Auswirkungen führen (Marktmacht; Monopol; Oligopol), gibt es letztendlich nicht.¹⁴⁷ Dennoch – so das Fazit der Beobachtung – hat die Marktkonzentration auf der Unternehmens- und Konzernebene erheblich zugenommen und dürfte inzwischen in einigen Regionen der Schweiz die Kriterien, die das deutsche Wettbewerbsrecht als Anhaltspunkte für eine marktbeherrschende Stellung definiert,¹⁴⁸ durchaus erreicht haben.

2.7 Nichtversicherte und Nichtzahler

Das Ziel eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes für die ganze Bevölkerung wurde mit dem KVG weitgehend erreicht. Die Einführung des KVG 1996 mit einem Versicherungsobligatorium (= Versicherungspflicht) sollte gerade die hohe Zahl an Nichtversicherten, die zu jenem Zeitpunkt existierten, reduzieren und eine medizinische Versorgung für alle sicherstellen. Von Beginn an wurde dabei die Einhaltung der Versicherungspflicht auf regionaler Ebene überprüft, es erfolgte unter anderem in einigen Kantonen ein Abgleich mit den Steuerdaten. Als unversichert eingeschätzte Personen werden aufgefordert sich in einer bestimmten Frist zu versichern. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, weisen die Kantone den Betroffenen einem Versicherer zwangsweise zu. Die Nichtversichertenquote liegt – auch wenn belastbare Zahlen fehlen – somit geschätzt bei nahezu 0%.¹⁴⁹ Es zeigt sich damit, dass die Pflicht zur Versicherung an sich noch keine Garantie zur Lösung des Nichtversichertenproblems ist, sondern dass entscheidend dessen administrative Umsetzung ist.¹⁵⁰ Die Effizienz solcher Maßnahmen kann hier aber nicht abschließend bewertet werden.¹⁵¹

146 Vgl. zu weiten Gründen u. a. *Frei, W. (2007)*, S. 140.

147 Anhaltspunkte bietet für Deutschland beispielsweise das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWG); Einzelheiten hierzu siehe den Beitrag von *Schulze Ehring, F. (2010)* in diesem Band.

148 Vgl. *ebenda*; interessant hier auch *Wettbewerbskommission (2008)* zum Zusammenschluss von Intras und CSS.

149 Vgl. ähnlich *Leu, R. / Rutten, F. / Brouwer, W. / Rütli, Ch. / Matter, P. (2008)*, S. 55 f.; *Greß, S. / Walendzik, A. / Wasem, J. (2008)*, S. 26.

150 In diesem Sinne auch *Greß, S. / Walendzik, A. / Wasem, J. (2008)*.

151 Vgl. hier die Zweifel zur Effizienz solcher Maßnahmen *BSV (2001)*.

Tabelle 19: Nichtversicherte und Nichtzahler

	2006 ¹	2007 ¹	2007 ²
Nichtversicherte - CH	k. A. – als sehr gering eingeschätzt		
Aufforderung zum Versicherungsabschluss – Kanton GE⁰	1998: 0,147% (1.640) 1999: 0,1% (1.140) 2000: 0,07% (861), allerdings konnten jeweils 30% bis 40% bereits einen Versicherungsabschluss nachweisen		
Betreibungen absolut	-	-	380.000
Nichtzahler (Leistungssistierung)	120.000	150.000	-
Aufschübe absolut	k. A.	k. A.	90.000
Anteil der Versicherten	1,6%	2,0%	6,2%
Prämienausstände	k. A.	80,5 Mio. CHF bei Krankenhäusern	540 Mio. CHF

Quelle: 0 Leu, R. / Rutten, F. / Brouwer, W. / Rütli, Ch. / Matter, P. (2008), S. 55;

1 Schätzungen der GDK (2007) für 2006 und 2007; 2 Schätzungen des BAG und santésuisse (2009) für 2007

Ein wesentlich größeres Problem stellen inzwischen die Nicht-Prämienzahler mit einer sogenannten Leistungssistierung (= Leistungsaufschub) – ca. 2,0% der Versicherten – und diejenigen mit Prämienrückständen (ca. 6% der Versicherten allerdings inklusive Nichtzahler und Leistungsaufschub) dar (siehe Tabelle 19). Damit sind geschätzt aufgelaufene Prämienausstände von ca. 540 Mio. CHF (2007) verbunden. Da durch das Kostenerstattungsprinzip in der Grundversicherung auch die Leistungserbringer betroffen sind, entstehen hier ebenfalls zunehmende Rechnungsausstände, allein für die Krankenhäuser werden diese für 2007 auf 80,5 Mio. CHF geschätzt.

Infolge der zunehmenden Relevanz des Problems reagierte der Gesetzgeber mit einer Änderung des Art. 64a KVG zum 1.1.2006, der Sanktionsmaßnahmen bei Zahlungsausständen definiert. Er sieht nun bei Nichtzahlung die Sanktionierung durch „Leistungssistie-

“ rung“ vor, um die Zahlungsmoral der Versicherten zu erhöhen.¹⁵² Gemeint ist damit ein Leistungsaufschub solange die Zwangsvollstreckung der ausstehenden Beiträge durch den Krankenversicherer läuft und nicht abgeschlossen ist.¹⁵³ Anders als in Deutschland, wenn das Versicherungsverhältnis ruht, haben die vom Leistungsaufschub in der Schweiz betroffenen Personen jedoch keinen Leistungsanspruch gegenüber den Krankenversicherer und müssen selbst stationäre Behandlungskosten, bei denen ansonsten größtenteils das Sachleistungsprinzip gilt, selbst bezahlen (alternativ können sie die Notfallversorgung der kantonalen Krankenhäuser in Anspruch nehmen). Im Falle eines Verlustscheins (= Zahlungsunfähigkeit) und damit dem Abschluss des Vollstreckungsverfahrens übernehmen die entsprechenden Behörden in den Kantonen die Ausstände. Bei Zahlungsfähigen aber Nicht-Zahlungswilligen bleibt dagegen nur die Eintreibung über Inkassounternehmen.

Die Neuregelung ist in der Schweiz nicht unumstritten, da durch den Leistungsaufschub die Versicherungspflicht untergraben wird. Infolgedessen fordern verschiedenste politische und nicht-politische Initiativen die Rückkehr zum alten Rechtsstand ohne Leistungsaufschub und mit Bundesverantwortung.¹⁵⁴ Auch weichen einige Kantone (u. a. BS, GE, NE, VS, VD) von der neuen Regelung ab und regeln sie in der kantonalen Gesetzgebung anders oder bieten den Versicherern freiwillige Lösungen an. Zum Beispiel können die Versicherer freiwillig mit den Behörden vereinbaren, dass gegen Verzicht auf den Leistungsaufschub das behördliche Verfahren zur Übernahme der Leistungsausstände vereinfacht wird – dieses in der Regel aber auch erst wieder bei Vorlage eines Verlustscheins am Ende des Betreibungsverfahrens. Vor dem Hintergrund dieses Problems wurde bereits die Änderung der individuellen Prämienverbilligung beschlossen (Revision des Art. 65 KVG), die zukünftig

152 Bezahlt nämlich ein Versicherter oder ein Patient trotz Mahnverfahren geschuldete Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, muss der Krankenversicherer nach Einreichen eines Fortsetzungsbegehrens die Kostenübernahme für Leistungen sistieren (= aufschieben) und erstattet damit faktisch keine Kosten mehr (Kantone können Einzelheiten regeln oder Verfahren ändern); Vgl. Art. 64a KVG. Diese erst seit dem 1.1.2006 in Kraft getretene Regelung soll Druck auf säumige Prämienzahler ausüben und letztlich verhindern, dass Versicherte zwar keine Prämien bezahlen, sich aber weiterhin KVG-Leistungen vergüten lassen; vgl. u. a. *santésuisse* (2007). An der Schuldner- und Gläubigerstellung änderte sich nichts: Der Versicherer bleibt Schuldner, der während der Sistierung (Aufschiebung) der Zahlungen erbrachten Leistungen. Er bezahlt sie allerdings erst, wenn die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinsen und Betreibungskosten vollständig beglichen wurden, sei es durch die versicherte Person selber oder, im Falle eines Verlustscheins, durch die von den Kantonen vorgesehene zuständige Behörde.

153 In der Regel dauert ein solches Verfahren zwischen acht und 24 Monaten; vgl. *GDK* (2007).

154 Vgl. stellvertretend *GDK* (2007); kritisch auch *Greß, S. / Walendzik, A. / Wasem, J.* (2008), S. 26 f.

Zahlungen nur noch direkt an den Versicherer vorsieht und nicht mehr an das einzelne Individuum.¹⁵⁵ So soll zumindest der Anreiz, das gezahlte Geld für sich zu behalten, reduziert werden. Gleichzeitig soll den Versicherern eine gewisse Zahlungssicherheit gegeben werden.

3 Das Schweizer System in der Zukunft und seine Bedeutung für Deutschland

Aus der vorangehenden Modellbewertung lassen sich abschließend einige Rückschlüsse für die derzeitige gesundheitspolitische Debatte in Deutschland ziehen. Dabei geht es aber nicht darum, das Schweizer System (in seiner Gänze) auf Deutschland übertragen zu wollen.¹⁵⁶ Zwar orientierte sich die deutsche Gesundheitspolitik gerade um die Jahrtausendwende an den damals noch neuen Reform Erfahrungen in der Schweiz. Inzwischen hat aber das Schweizer Modell deutlich an Popularität verloren – gerade auch wegen des vorangehend beschriebenen ungelösten Kostenproblems. Gleichwohl sind in Deutschland nach wie vor zentrale Modellelemente der Schweizer Gesundheitsreform von 1996 in der gesundheitspolitischen Diskussion präsent. Dies gilt gerade auch für die jüngst vom Koalitionsvertrag angestoßene Reformdebatte.

3.1 Problemlösungskompetenz und Erkenntnisse für Deutschland¹⁵⁷

a) Kopfpauschalen und sozialer Ausgleich

Zu den hier zu erwähnenden Erkenntnissen aus der Analyse des Schweizerischen Reformmodells gehört sicherlich der Umstand, dass Kopfpauschalen in der Bevölkerung durchaus mehrheitsfähig sein können und dass ein Sozialausgleich über Steuern gut funktionieren kann und in seiner Verteilungsfunktion – vor dem Hin-

¹⁵⁵ Dieses Auszahlungsverfahren wird gegenwärtig bereits von 13 Kantonen vollzogen.

¹⁵⁶ Eine 1:1-Übertragung ist aus vielen Gründen kaum vorstellbar: Zum einen unterscheidet sich die historische Ausgangslage in der Schweiz erheblich von der in Deutschland und viele weitere gesetzliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind nicht mit denen in Deutschland vergleichbar (z. B. direkte Demokratie, hohe Stellung der Eigenverantwortung). Zum anderen würde eine 1:1-Übertragung die Auflösung des bestehenden Systems aus GKV und PKV, quasi eine „Systemrevolution“, bedeuten – anders als in der Schweiz, wo die Reformen eine kontinuierliche Weiterentwicklung des alten Systems war. Deutschland bekäme so eine „Bürgerversicherung“ sowohl im Bereich Pflege und Krankenversicherung.

¹⁵⁷ Ähnlich auch Köster, A.-D. (2010), S. 12 ff.

tergrund der schweizerischen Verhältnisse – „gerecht“ wirkt.¹⁵⁸ So stimmte 1996 eine – wenn auch knappe – Mehrheit der Schweizer dem neuen Krankenversicherungsgesetz zu. Alle weiteren Volksabstimmungen zur Abschaffung der Kopfpauschalen scheiterten dann deutlich.

Allerdings fordert ein Sozialausgleich bzw. ein Finanzierungssystem nach Schweizer Vorbild hohe Steuerzuschüsse. Die Steuerquote in der Schweiz beträgt für die OKPV über die Jahre gut 40 % und mehr. Für den Sozialausgleich wurden 2007 18 % des gesamten Beitragsvolumens in Form individueller Prämienverbilligungen aufgebracht (3,4 Mrd. CHF).¹⁵⁹

Die Übertragung des steuerfinanzierten Sozialausgleichs der Schweiz auf das deutsche Krankenversicherungssystem ist – wenn man die aktuellen gesundheitspolitischen Debatten auch innerhalb der Koalition verfolgt – kaum vorstellbar. Nimmt man das aktuelle Volumen des Gesundheitsfonds von ca. 171 Milliarden Euro (2010)¹⁶⁰ als Referenzmaßstab für die „Grundversorgung“ in Deutschland, dann müsste der deutsche Staat – vereinfacht hochgerechnet – allein 31 Milliarden in den Sozialausgleich investieren. Dies liegt weit entfernt von dem, was an Steuergelder bislang direkt in den Gesundheitsfonds vor allem zum Ausgleich der sogenannten versicherungsfremden Leistungen aufgebracht worden ist (2010: 15,7 Milliarden). Und auch mit Blick auf die aktuelle und zukünftige Haushaltslage der Bundesrepublik lässt sich die Nachhaltigkeit von derartig hohen Steuerzuschüssen stark bezweifeln, selbst wenn die Schweiz – als ein real existierendes Beispiel – hier bisher sehr zuverlässig ist und die Steuerzuschüsse an die gestiegenen Ausgaben anpasst hat.

b) Zweifel an der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die möglichen Folgen der Reformmaßnahmen auf die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs. Im Gegensatz zu einkommensabhängigen Beiträgen gehen im Wettbewerb von Kopfpauschalen klare Preissignale aus. Darauf verweisen zumindest häufig Befürworter der Kopfpauschale. Trotz dieses eigentlichen Vorteils für mehr Wettbewerb deuten in der Schweiz verschiedene Entwicklungen auf dem Krankenversiche-

¹⁵⁸ Vgl. hierzu die Ausführungen unter *Kapitel 2.1 und 2.2.3* und die dort angegebenen Verweise.

¹⁵⁹ Vgl. *BAG (2009) STAT KV 2007*, *BfS (2009) Finanzierung des Gesundheitswesens*.

¹⁶⁰ Vgl. *GKV-Spitzenverband (2010)*; *BVA (2010)*.

rungsmarkt darauf hin, dass der Wettbewerb nicht wie gewollt funktioniert. Dies muss umso kritischer beurteilt werden, als dass der gelenkte Wettbewerb ein wichtiges Wesensmerkmal der KVG-Reform darstellte.

Einerseits sind Preissignale und –vergleiche erleichtert worden und auch ein Preiswettbewerb – die Prämien innerhalb eines Kantons weichen bis zu 50 %, in Einzelfällen bis zu 90 % voneinander ab – findet statt.¹⁶¹ Andererseits hat die Marktkonzentration auf der Unternehmens- und Konzernebene besorgniserregend zugenommen.¹⁶² Darüber hinaus hat ein Wettbewerb um effiziente Versorgungsleistungen kaum stattgefunden. Innovative und kosteneffiziente Versorgungsmodelle sind nach wie vor in der Defensive und haben nicht wesentlich an Attraktivität bei den Versicherten gewonnen.¹⁶³ Auch zu einer gesundheitspolitisch erhofften Durchmischung der Risiken ist es – trotz Kontrahierungszwang und Risikostrukturausgleich (auf kantonaler Ebene) seit 1993 – nicht gekommen. Die Wechsler in der Schweiz sind sozioökonomisch stark unausgewogen¹⁶⁴ und die Wechselquote ist erst nach Änderung der Erhebungsmethoden augenscheinlich hoch. 2009 wechselten 15,4 % den Versicherer, 2008 waren es 12 %. In den Jahren davor lag die Wechselquote mit 2,5 % bis 4,6 % (2004 - 2006) deutlich darunter – auch im internationalen Vergleich ein vergleichsweise niedriges Niveau. Ob die neuen hohen Werte nur ein „Strohfeuer“ sind oder nicht, müssen die nächsten Jahre offenlegen.

c) Ungelöste Ausgabendynamik

Gänzlich gescheitert ist die Schweiz mit dem Versuch, durch einen verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern eine kostensteuernde Wirkung bei den Gesundheitsausgaben zu erzielen. Das ausgegebene Ziel – die proportionale Entwicklung zu den Löhnen – wurde klar verfehlt (Lohnentwicklung 1996 - 2007: + 13,9 % vs. Gesundheitsausgaben + 71,1 %). Hier war die alleinige Fokussierung auf die Nachfrageseite (Versicherer und Patienten/

¹⁶¹ Vgl. hierzu die Ausführungen unter *Kapitel 2.6.1*.

¹⁶² Siehe u. a. Bewertung des Krankenversicherungsmarktes aus kartellrechtlicher Sicht beim Zusammenschluss von Intras und CSS der *Wettbewerbskommission (2008)*.

¹⁶³ Hier macht sich ganz klar ein Defizit der 1996er-Reformen bemerkbar, die fast ausschließlich die Finanzierungsseite im Blick hatten und die Ausgabenseite vernachlässigt haben. Erst in jüngerer Zeit wird in der Schweizerischen Gesundheitspolitik über entsprechende Reformmaßnahmen diskutiert. In diesem Zusammenhang ist auch die Neuordnung der Krankenhaus- und Pflegefinanzierung zu sehen.

¹⁶⁴ Die jüngsten Daten deuten allerdings eine leichte Relativierung hinsichtlich der sozioökonomischen Wechslerstruktur an. Durch die ungewöhnlich hohen Prämiensteigerungen für das Jahr 2010 wechselten erstmals verstärkt auch die über 50-Jährigen; vgl. die Auswertungen unter *comparis.ch (2010)*.

Versicherte) nicht zielführend. Ein Wettbewerb zwischen den Versicherern und hohe Eigenverantwortung der Versicherten ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine Kostensteuerungswirkung. Der hinreichende Zusatz ist zwingend eine entsprechende Verhandlungskompetenz auf Seiten des Versicherers mit den Leistungserbringern sowie ebenfalls ein funktionierender Wettbewerb auf Seiten des Angebots. Zusätzlich müssen bei Existenz eines Risikoausgleichs – anders als es in der Schweiz geregelt ist –, Einspargewinne aus Versorgungsmodellen wie Managed Care dem jeweiligen Versicherer zugute kommen und nicht der Allgemeinheit (kein öffentliches Gut).¹⁶⁵

d) Chance für den Systemwettbewerb?

Kopfpauschalen senden aber nicht nur Preissignale innerhalb eines Versicherungssystems aus, sondern beeinflussen auch die Wettbewerbsfähigkeit konkurrierender Systeme. Für Deutschland, mit einer Krankenversicherungssystematik aus gesetzlicher Krankenversicherung auf der einen und privater Krankenversicherung auf der anderen Seite, bedeutet dies konkret, dass eine Pauschale nicht nur den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander, sondern auch den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV verändern würde. Neben positiven Effekten, wie beispielsweise dem Konterkarieren zentralistischer Effekte, gehen von der Pauschale aber auch Gefahren für die PKV aus. Die Umstellung von einkommensabhängigen Beiträgen auf einkommensunabhängige Pauschalen in der GKV wird zu Wechselströmen zwischen GKV und PKV führen, die wesentlich von den Merkmalen Alter, Gesundheitszustand, Geschlecht und Einkommen abhängen. Besonders für Versicherte mit hohen Einstiegsprämien wird die Attraktivität der PKV sinken. Anders als in den Niederlanden und Deutschland zahlen dafür aber auch Kinder eine eigene Pauschale.

e) Nichtversicherte und Nichtzahler

Die Lösung des Nichtversichertenproblems war eines der Hauptmotive für die Totalrevision 1996. Und hier war die Schweiz nach allen Erkenntnissen erfolgreich. Dieses Problem ist mit Einführung des KVG und der Versicherungspflicht im Wesentlichen gelöst worden. Zwar fehlen bislang offizielle Zahlen zur Bestätigung, es wird aber von mehreren Quellen übereinstimmend davon ausgegangen, dass der Nichtversichertenanteil sehr gering ist. Hintergrund für

¹⁶⁵ Vgl. Berechnungen von Beck, K. (2006); Leu, R. / Beck, K. (2007), S. 115 ff.

diese Annahme ist die in einigen Kantonen strenge Kontrolle der Versicherungspflicht.¹⁶⁶

Anders verhält es sich bei den Nichtzahlern, die zunehmend an Relevanz gewinnen und die durch den möglichen Leistungsaufschub quasi wieder zu Nichtversicherten werden. Aus deutscher Sicht gelten somit folgende Schlussfolgerungen: 1) Die Pflicht zur Versicherung an sich ist keine Garantie zur Lösung des Nichtversichertenproblems, entscheidend ist dessen administrative Umsetzung. 2) Ein Obligatorium verschärft das Problem der Nichtzahler. Allerdings existieren anders als in Deutschland oder den Niederlanden inzwischen – wenn auch nicht gänzlich unumstrittene – Regelungen zum Umgang mit nicht gezahlten Prämien.¹⁶⁷ Entsprechend dem Sozialausgleich über Steuern werden in letzter Instanz (bei Vorliegen eines Verlustscheins und damit dem Nachweis der Zahlungsunfähigkeit) die ausstehenden Prämien schulden vom Steuerzahler getragen und es haftet nicht die jeweils betroffene Versichertengemeinschaft bzw. das Unternehmen oder die betroffenen Leistungserbringer. Die Klarstellung, dass an sich originäre Staatsausgaben nicht von den Versicherern getragen werden, wäre auch für Deutschland dringend notwendig.

3.2 Politische Veränderungen in der Schweizer Gesundheitspolitik

Es hat sich gezeigt, dass die Reformen von 1996 nur teilweise die in sie gesetzten Hoffnungen erfüllt haben. In den Folgejahren sind deshalb weitere reformpolitische Anstrengungen unternommen worden, die sich auch zukünftig weiter fortsetzen werden. Allerdings ist momentan keine gefestigte Richtung in der Gesundheitspolitik der Schweiz auszumachen, die man konsistent einer „Stimmungslage“ zuordnen könnte – jenseits des bekannten Bestrebens, politische Eigeninteressen durchzusetzen. Die jüngsten und die geplanten politischen Änderungen zeigen keine eindeutige Richtung und sind in der Gesamtschau auch nicht widerspruchsfrei.¹⁶⁸ Dennoch kann als Tendenz ausgemacht werden, dass es der Politik momentan v. a. um eher kleinteilige Reformmaßnahmen

¹⁶⁶ Vgl. BVS (2001). Es gibt allerdings auch kritische Stimmen zu den Kontrollverfahren; vgl. u. a. *Leu, R. / Rutten, F. / Brouwer, W. / Rütli, Ch. / Matter, P. (2008), S. 55 f.* und die dort angegebenen Verweise.

¹⁶⁷ Vgl. Art. 64a KVG. Kritisch u. a. die Stellungnahme der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (2009); im Weiteren siehe die Verweise unter Kapitel 2.7.

¹⁶⁸ Vgl. u. a. die politischen Diskussionen in der vergangenen Herbstsession 2009 (u. a. *Curia Vista Geschäftsdatenbank; NZZ Online (2009)*)

geht, die unerwünschte Auswüchse und „Schlupflöcher“ schließen sollen. Neben Maßnahmen, die einem immer feingliedrigeren Regelungswerk dienen, stehen derzeit aber auch eher aktionistische Vorschläge, die die „Volksseele“ nach den deutlichen Prämienerrhöhungen besänftigen können, hoch im politischen Kurs.¹⁶⁹

Auch wenn derzeit eine echte Systemdebatte zurückgestellt ist, werden „Zukunftsthemen“ angesprochen und diskutiert. Hierzu gehören sowohl kurz- und mittelfristig als auch langfristig orientierte Ansätze. Dabei sind zwei inhaltliche Zielrichtungen zu unterscheiden 1. Kostendämpfung und 2. Erhöhung der Einnahmen bzw. Neuverteilung von Belastungen. Bei Ersterem werden Rationierungen für die Zukunft offen angesprochen. Neben der Überprüfung der im Grundleistungskatalog enthaltenen Maßnahmen auf ihren Nutzen (bzw. ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis) werden ebenso Maßnahmen zur Schaffung von höheren Marktzutrittschürden bei zukünftigen Innovationen diskutiert. Zum zweiten Punkt zählt die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Einnahme- und Ausgabensituation der OKPV. Eine jüngst eröffnete und erst am Anfang stehende Debatte ist hier die Diskussion um eine sog. „Seniorenprämie“. Damit ist eine weitere Splittung der Altersgruppen bei den Kopfpauschalen gemeint. Ähnlich wie junge Erwachsene und Kinder sollen Senioren eine eigene Prämie bezahlen. Statt eines Rabatts sollen Senioren aber einen Zuschlag zur Erwachsenenprämie in Kauf nehmen, um die hohe Deckungslücke, die im Alter bei der Kopfpauschale existiert, zu verringern. Damit soll einerseits das System, das keine Altersrückstellungen besitzt, stabilisiert werden, andererseits sollen die folgenden jungen Generationen durch den erwarteten Ausgabeanstieg nicht übermäßig belastet werden. Eine Diskussion, die Deutschland so nicht kennt, aber genauso wie in der Schweiz notwendiger denn je ist.

169 Siehe Curia Vista Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments (2009).

4 Zusammenfassung und Fazit

Die Bewertung des Schweizer Modells ist ambivalent. So löste die schweizerische Gesundheitsreform von 1996 keine Probleme auf der Ausgabenseite der Krankenversicherung, sondern reformierte – ähnlich wie in den Niederlanden – fast ausschließlich die Finanzierung des Gesundheitssystems. Die Ausgabendynamik verlief deshalb auch in den Folgejahren ungebremst. Das Schweizer Gesundheitssystem ist somit in dieser Hinsicht kein Vorbild für das deutsche Gesundheitssystem, das mehr denn je die Ausgabensituation in den Griff bekommen muss. Allerdings kann man die ungelöste Ausgabenproblematik nicht der Kopfpauschale an sich anlasten. Die Pauschale stellt lediglich ein Instrument der Finanzierung dar. In Deutschland braucht es genauso wie in der Schweiz stets Reformmaßnahmen, die auch oder insbesondere auf der Ausgabenseite ansetzen.

In der Schweiz sind bei den „Finanzierungs“-Reformen des Jahres 1996 der schweizerischen Reformtradition und Politikkultur folgend vor allem liberale und privatrechtliche Elemente, die auch in hohem Maße die (finanzielle) Eigenverantwortung der Versicherten betonen, etabliert worden. In diesem Zusammenhang ist auch die Etablierung zahlreicher Wettbewerbselemente zu betrachten. Auch hier wurde allerdings der Schwerpunkt fast ausschließlich auf die Finanzierungs- und Nachfrageseite gelegt, weniger auf Seiten des Angebots. Insofern scheinen Kopfpauschalen alleine nicht wirklich den Wettbewerb im Gesundheitswesen nachhaltig zu verbessern. Hierzu bedarf es weiterer flankierender Maßnahmen, damit die von Kopfpauschalen ausgehenden Preissignale in einen funktionsfähigen Wettbewerb münden. So könnte dann auch verhindert werden, dass Marktkonzentration anstelle von Vielfalt bei den Krankenversicherern tritt. Auch ließen sich so Tendenzen zur Risikoselektion minimieren.

Positiv dargestellt haben sich dagegen die hohen Wahlfreiheiten und die Betonung der Eigenverantwortung, die die 1996-Reformen kennzeichneten. Der Grundleistungskatalog in der Schweiz ist eher schmal, die Versorgungssituation der Schweizer aber dennoch – auch in nicht pflichtversicherten Bereichen – zumeist hervorragend. Damit wäre es auch für Deutschland zu erwägen, den Leistungskatalog der GKV auf einen „Grundleistungskatalog“ zu überführen und „kleine“ Risiken in die Eigenverantwortung zu übergeben.

Eigenverantwortung muss nicht negativ von Seiten der Bevölkerung wahrgenommen werden, vorausgesetzt man schafft eine entsprechende Kultur dafür und befähigt die Bürger dazu, die geforderte Eigenverantwortung zu übernehmen. Und die geforderte Eigenverantwortung sind gerade die Schweizer bereit zu tragen. Genauso wie sie eine Kopfpauschale nicht als unsolidarisch empfinden, tragen die Schweizer eine finanzielle Eigenverantwortung für ihre Gesundheitsversorgung und finden das nicht schlimm, sondern der Gesellschaft gegenüber gerecht. Im Gegenzug bürdet der Staat den Bürgern nur eine geringe Abgabenlast (aus Steuern und Sozialversicherungen) auf, Brutto- und Netto-Einkommen liegen eng beieinander. Es bleibt finanzieller Spielraum, Eigenverantwortung auch tatsächlich zu übernehmen. Ein Tatbestand, der viel zu wenig bei der derzeitigen Diskussion um „Vorbildmodelle“ in Deutschland beachtet wird und dem es in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken gilt.

Anhang

1 Wichtigste Neuerungen in der Krankenversicherung ab 1996

- 2008**
- 1.1.2008 Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der beratenden Kommissionen (Art. 37a bis 37g)
 - 1.1.2008 Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der Spezialitätenliste (Art. 64, 65 Abs. 5 bis)
 - 1.1.2008 Änderung der KVV, insbesondere bezüglich der Bestimmungen zur Revision (Art. 86 bis 88)
 - 1.1.2008 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, 9a, 12, 12a, 12b, 12c, 12d, 12e, 13b)
 - 1.1.2008 Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK, Totalrevision)
- 2007**
- 1.1.2007 Änderung des KVG: Änderung der Verfahrensbestimmungen im Zusammenhang mit der Schaffung des Bundesverwaltungsgerichts (Art. 18 Abs. 8, 90a und 91). Aufhebung der Art. 53 und 90.
 - 1.1.2007 Änderung des KVG: Änderung der Kriterien, um den für den Risikoausgleich maßgebenden Versichertenbestand festzulegen (Art. 105a).
 - 1.1.2007 Änderung der KVV: Änderung der Verfahrensbestimmung in Zusammenhang mit der Schaffung des Bundesverwaltungsgerichts (Art. 27).
 - 1.1.2007 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA): Aufhebung des Art. 15 Abs. 2.
 - 1.1.2007 Änderung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, insbesondere bezüglich Psychotherapie (KLV): Art. 2, 3, 3a, 3b, 3c, 3d, 7, 12, 13 und Anhang 1
 - 1.7.2007 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV): Art. 7 Abs. 2bis.
- 2006**
- 1.1.2006: Änderung des KVG: Änderung der Voraussetzungen, um die Kostenübernahme für Leistungen aufzuschieben, wenn die Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt werden (Art. 64a). Verbilligung der Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% für untere und mittlere Einkommen (Art. 65).
 - 1.1.2006: Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung für die Jahre 2006 bis 2009.
 - 1.1.2006: Änderung der KVV: Der Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt kann während höchstens fünf Jahren erhoben werden. Wechselt die versicherte Person den Versicherer, hat der bisherige Versicherer den Zuschlag dem neuen Versicherer mitzuteilen (Art. 8). Prämienenerhebung und Folgen des Zahlungsverzugs (Art. 90). Das Departement bezeichnet die Arzneimittel, für die ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist (Art. 105 Abs. 1bis).
 - 1.1.2006: Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

1.1.2006 (Übergangsfrist bis 1.4.2006): Erhöhung des Selbstbhaltes auf 20% für Originalpräparate, von welchen ein mindestens 20% billigeres Generikum in der Spezialitätenliste angeführt ist (Art. 38a KLV).

1.1.2006 und 10.5.2006: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

1.5.2006: Änderung der KVV: Änderung des Verfahrens für die Sistierung der Versicherungspflicht bei Militär- und Zivildienst (Art. 10a).

10.5.2006: Änderung der KVV: Transparenz der Angaben im Beitrittsformular (Art. 6a); Pilotprojekte zur Kostenübernahme für Leistungen im Ausland (Art. 36a); Überprüfung der Aufnahmebedingungen für Arzneimittel (Art. 65a, 65b und 65c); Senkung der Mindestreservesätze (Art. 78); Reihenfolge der Prämienermäßigungen (Art. 90b); Mindestprämie (Art. 90c); Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung (Art. 91a).

10.5.2006: Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

1.8.2006: Änderung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV): Art. 12 und Anhang 1.

2005

1.1.2005: Änderung des KVG: Der Bundesrat kann die Einführung einer Versichertenkarte beschließen (Art. 42a). Verlängerung der Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung um drei Jahre (Art. 55a). Erweiterung der Sanktionen bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 59). Änderung der Bestimmung bezüglich Rechnungslegung und Geschäftsbericht (Art. 60). Verlängerung des Risikoausgleiches um fünf Jahre (Art. 105).

1.1.2005: Weiterführen und Einfrieren der Pflgeatarife (Übergangsbestimmung zum KVG, dringliches Bundesgesetz).

1.1.2005: Verlängerung der Geltung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen Behandlungen nach dem KVG (dringliches Bundesgesetz).

1.1.2005: Änderung der KVV: die Wahlfranchisen betragen neu CHF 500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500 Franken für Erwachsene und junge Erwachsene. Für Kinder betragen die Wahlfranchisen neu CHF 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Die Prämie der Versicherung mit Wahlfranchise beträgt mindestens 50% der Prämie der Versicherung mit ordentlicher Franchise und Unfalleinschluss.

1.1.2005: Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

1.1.2005 und 1.7.2005: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

2004

1.1.2004: Änderung der KVV: Die ordentliche Franchise für Erwachsene beträgt neu CHF 300.– pro Jahr. Der Maximalbetrag des Selbstbhaltes erhöht sich auf CHF 700.– für Erwachsene und CHF 350.– für Kinder. Die maximale Prämienreduktion bei den wählbaren Franchisen wird angepasst. Die minimale Quote der Sicherheitsreserve liegt bei 20% für Versicherer mit bis zu 250'000 Versicherten und bei 15% bei Versicherern mit über 250'000 Versicherten. Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten müssen sich rückversichern. Die Zusammensetzung nationaler Kommissionen wird angepasst, um Vertreter des BSV aufzunehmen.

1.1.2004: Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

Die vom BAG (bis 2003 BSV) festgelegten Prämienregionen müssen von den Krankenversicherern obligatorisch angewandt werden.

Die Krankenversicherer werden beauftragt, die Lenkungsabgabe auf Benzin und Dieselöl mit einem Schwefelgehalt von mehr als 0.001 % an die Bevölkerung zu verteilen (Abgabe erhoben ab 2004, erste Verteilung im Jahr 2006).

1.4.2004, 1.5.2004, 1.7.2004 und 1.8.2004: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) tritt in Kraft.

Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das ATSG.

Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Änderung der Anhänge 1 und 2).

Änderung der Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (Art. 6, Auszahlung).

Die vom BSV empfohlenen Prämienregionen sollen von den Krankenversicherern umgesetzt werden.

Die Lenkungsabgaben auf Heizöl Extraleicht (HEL) und auf flüchtigen organischen Verbindungen (VOC), seit dem Jahr 1998 bzw. 2000 erhoben, werden erstmals über die Krankenkassen an die gesamte Wohnbevölkerung verteilt.

2002 1.1.2002: Aufhebung der Mitberücksichtigung des Prämienindex bei der Berechnung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung.

1.1.2002: Änderung des KVG infolge der neuen Fristenregelung (Art. 30).

1.1.2002: Dringliches Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die interkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Volksabstimmung vom 9. Februar 2003 infolge Referendum).

Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das Freizügigkeitsabkommen EU-CH, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen, zusammen mit dem Freizügigkeitsabkommen).

Anpassungen des KVG und der Verordnungen an das EFTA-Abkommen, namentlich in den Bereichen Obligatorium, Prämien, Prämienverbilligung, Risikoausgleich, Leistungsaushilfe und Durchführung. Datum des Inkrafttretens: 1.6.2002 (für die meisten Anpassungen zusammen mit dem EFTA-Abkommen).

1.7.2002: Änderung der KVV im Arzneimittelbereich.

1.7.2002: Anpassungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Bezeichnung von Leistungen, welche nur auf vorgängige Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes übernommen werden).

4.7.2002: Inkraftsetzung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Verabschiedung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

2001 1.1.2001: Inkrafttreten des überwiegenden Teils der 1. Teilrevision des KVG und der Verordnungsänderungen (z.B. Sistierung der Versicherungspflicht bei länger dauernder Unterstellung unter die Militärversicherung, neues Abgeltungsmodell im Bereiche der Arzneimittel - Beratungsleistungen von Apothekern und selbstdispensierenden Ärzten sollen getrennt von den Medikamentenkosten, nach Tarifen vergütet werden -, keine Franchiseerhebung bei Screening- Mammographie, Sanktionen bei Ordnungswidrigkeiten durch einen Krankenversicherer sowie Verbesserungen im System der Prämienverbilligung).

1.1.2001: Inkrafttreten des Änderungspaketes im Zusammenhang mit dem Datenschutzrecht und der entsprechenden Anpassungen der KVV.

Anpassungen bei Wahlfranchisen (betragsmäßige Begrenzung der höchstzulässigen Rabatte sowie Einführung regionaler Prozentsätze für Prämienreduktionen).

Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit; Heroinabgabe, Positron-Emissions-Tomographie PET).

Verabschiedung der 1. Teilrevision des KVG und der Ausführungsbestimmungen in den Bundesratsverordnungen.

2000 1.10.2000: Inkrafttreten der geänderten Bestimmungen über den Kassenswechsel.

Anpassung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (z.B. invitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie).

Erweiterung der Anlagemöglichkeiten der Krankenkassen (finanzielle Reserven).

Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (gewisse Gebiete der Alternativmedizin).

Teilrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung VORA (aktuellere Datenbasis und Beschleunigung der Zahlungsflüsse)

Anpassung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Erhöhung der ordentlichen Franchise auf 230.- CHF, Änderung der Prämienreduktionssätze bei wählbaren Franchisen.

Erleichterte Reservebestimmungen für große Versicherer.

Erlass von Tarifbestimmungen für den Spitex- und für den Pflegebereich.

Der Bundesrat setzt die folgenden Eidgenössischen Kommissionen ein: Grundsatzkommission (Vorsitz), Leistungskommission, Arzneimittelkommission, Analysenkommission, Kommission für Mittel und Gegenstände.

Erweiterung der Pflichtleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Zulassung der ärztlich verordneten Ernährungsberatung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Inkrafttreten des neuen KVG am 1.1.1996: Einführung des Versicherungsobligatoriums mit einem umfassenden Leistungskatalog in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Einführung von Einheitsprämien für erwachsene Versicherte pro Versicherer und Region. Garantie der freien Wahl der Kasse für alle Versicherten, volle Freizügigkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Freie Wahl der Versicherungsform; die neuen Versicherungsformen (z.B. HMO, Bonusversicherung, wählbare Franchise) werden definitiv eingeführt. Individuelle Prämienverbilligung; Subventionierung der Versicherten in Abhängigkeit von deren wirtschaftlichen Verhältnissen. Weiterführung des Risikoausgleichs (Ausgleich der Risiken Alter und Geschlecht) bis 2005. Förderung des Wettbewerbs unter Leistungsanbietern und unter Krankenversicherern

Datenstand: 18.11.2008

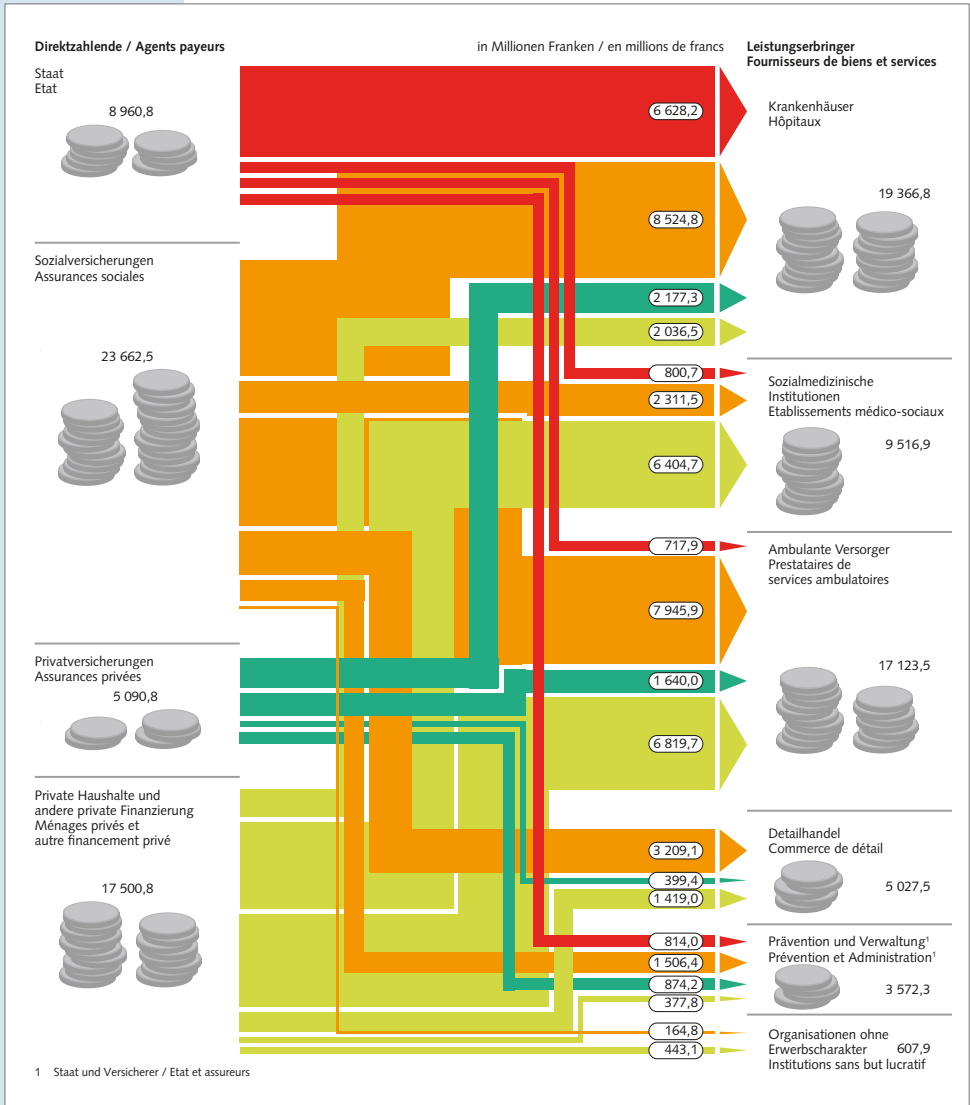
Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik

Geschichte des Krankenversicherungsgesetzes – Ursprung des KUVG

- 1890** Annahme des Verfassungsartikels 34bis. Darin wird der Bund beauftragt, auf dem Weg der Gesetzgebung eine Kranken- und Unfallversicherung einzurichten.
- 1899** Das Parlament verabschiedet am 5. Oktober die «Lex Forrer». Dieses erste Projekt für ein Krankenversicherungsgesetz war sehr fortschrittlich und schlug eine obligatorische Krankenversicherung mit einkommensabhängigen Prämien vor.
- 1900** Die «Lex Forrer» wird in einer Referendumsabstimmung abgelehnt.
- 1912** Annahme des KUVG (Kranken- und Unfallversicherungsgesetz) in der Volksabstimmung (1911 im Parlament verabschiedet). Das Gesetz sieht die Subventionierung der Krankenkassen sowie die Einführung der obligatorischen Unfallversicherung für einen wesentlichen Teil der Arbeitnehmenden vor. Die Suva wird mit der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung und mit der Aufsicht über die Arbeitssicherheit in den Betrieben beauftragt.

2 Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens

Abbildung 17: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Direktzahlenden (ohne Prämienverbilligungen) 2007



Quelle: BFS (2009)

Abbildung 18: Krankenversicherung¹ (KVG- und Privatversicherer) ab 1997 in Mio. CHF

Jahr	Prämien KVG-Versicherer		Privat ²	Total	Anteil ZV	Leistungen KVG-Versicherer		Privat ²	Total	Anteil ZV
	Grundversicherung (OKPV) ⁴	Zusatzversicherung ³	VVG-Versicherung			Grundversicherung (OKPV) ⁴	Zusatzversicherung	VVG-Versicherung		
1997	11.924,8	4.410,6	601,9	16.937,3	29,6 %	11.360,5	3.288,3	475,9	15.124,7	24,9 %
1998	12.604,2	4.453,3	637,8	17.695,3	28,8 %	11.926,9	3.299,5	460,1	15.686,5	24,0 %
1999	12.949,5	3.766,7	1.098,2	17.814,4	27,3 %	12.430,6	2.787,1	763,9	15.981,6	22,2 %
2000	13.346,7	2.917,4	2.242,9	18.507,0	27,9 %	13.190,3	2.199,1	1.583,8	16.973,2	22,3 %
2001	13.954,7	1.987,0	3.190,5	19.132,2	27,1 %	13.986,3	1.576,7	2.353,3	17.916,3	21,9 %
2002	15.296,2	1.958,4	3.432,4	20.687,0	26,1 %	14.592,8	1.422,3	2.395,5	18.410,6	20,7 %
2003	16.759,7	1.882,6	3.406,2	22.048,5	24,0 %	15.335,6	1.354,6	2.360,4	19.050,6	19,5 %
2004	17.979,6	1.358,8	4.022,0	23.360,4	23,0 %	16.307,5	1.040,5	2.755,0	20.102,9	18,9 %
2005	18.442,7	1.397,7	4.025,3	23.865,6	22,7 %	17.352,7	1.144,4	2.812,7	21.309,9	18,6 %
2006	19.234,9	1.384,1	4.199,1	24.818,0	22,5 %	17.563,9	1.083,3	2.891,1	21.583,3	18,4 %
2007	19.629,6	1.410,6	4.207,1	25.247,3	22,3 %	18.423,6	1.170,1	3.037,8	22.631,5	18,6 %

Datenstand: 28.11.08

1) Krankenpflegeversicherung: Prämien und Leistungen ohne Tagesgeldversicherung.

2) Die Zusatzversicherungen gemäß VVG der KVG-Versicherer (Krankenkassen) ab 1996 sind nicht in diesen Zahlen inbegriffen. Quelle: T 9.16. Ohne Unfallversicherung.

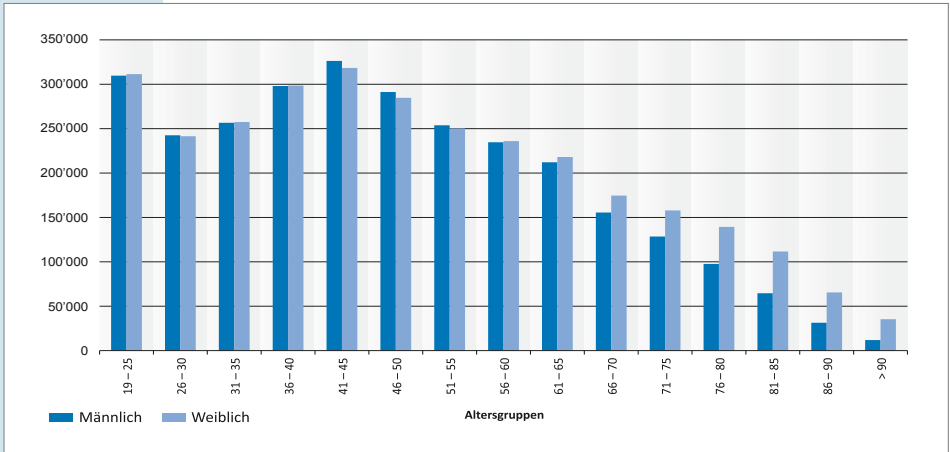
3) Zusatzversicherungen der KVG-Versicherer (Krankenkassen) : ab 1996 gemäß VVG. Mit Unfallversicherung. Quelle: T 7.03 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33] (BAG) - Krankentagegeld VVG (-> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]).

4) Quelle: T 1.02 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]. Mit Unfallversicherung.

Quelle: BAG (2009) T 918d STAT/KV 2007

3 Versichertenbestand in der Grundversicherung

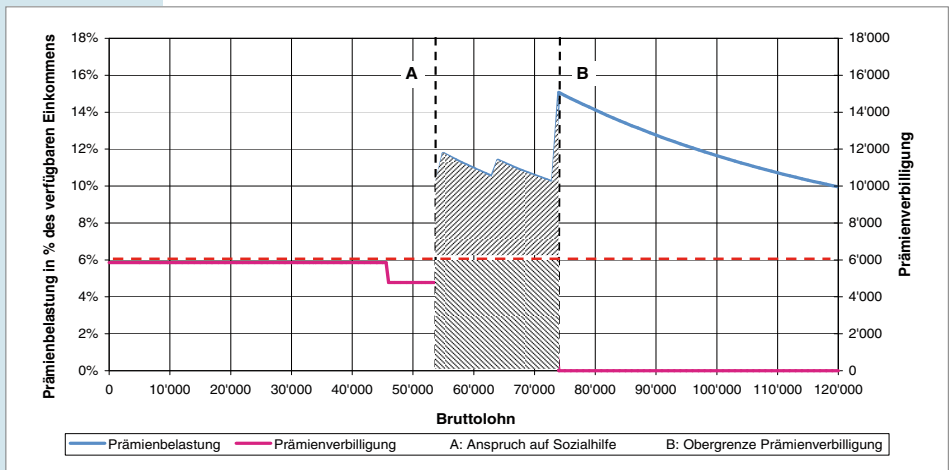
Abbildung 19: Durchschnittlicher Versichertenbestand Erwachsene ab 19 Jahren nach Altersgruppen und Geschlecht 2007



Quelle: BAG (2009) T 11.15 STAT KV 2007

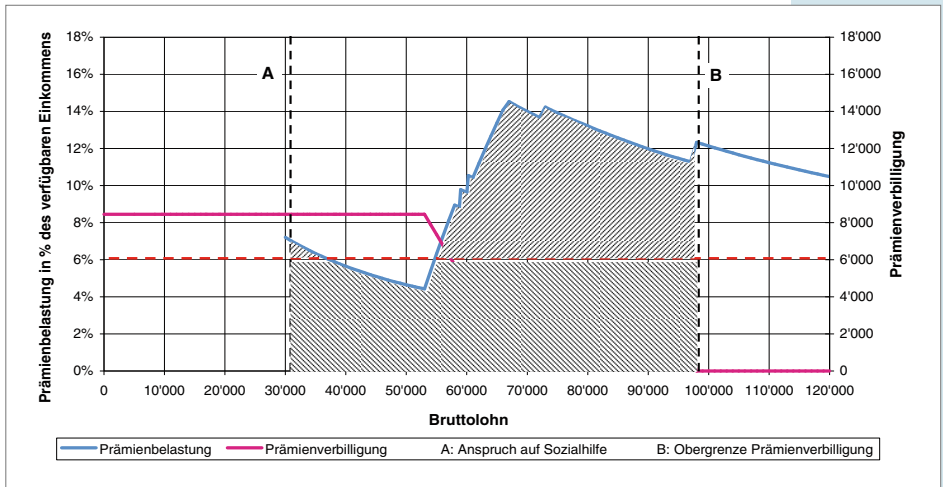
4 Beispiele: Sozialausgleich – Individuelle Prämienverbilligungen (IPV) und Gesamtbelastung der Familien

Abbildung 20: Belastungen am verfügbaren Einkommen (nach allen Abgaben) für zwei Erwachsene mit zwei Kindern (3½ und 5 Jahre) – Kanton Zürich



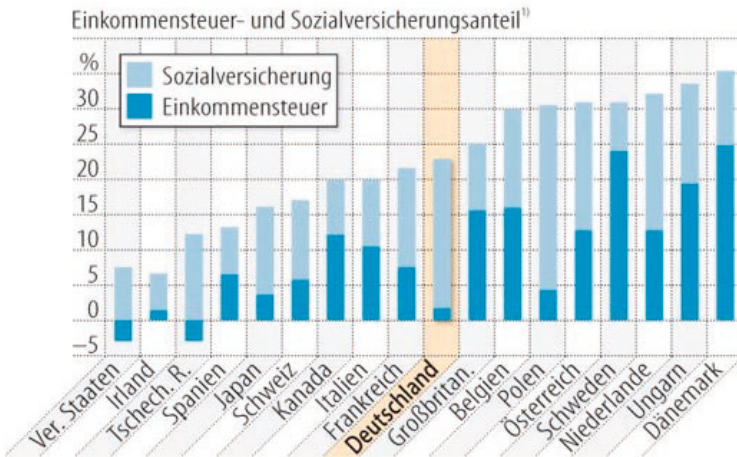
Quelle: BAG/Interface (2009)

Abbildung 21: Belastungen am verfügbaren Einkommen (nach allen Abgaben) für zwei Erwachsene mit zwei Kindern (3½ und 5 Jahre) - Kanton Tessin



Quelle: BAG/Interface (2009)

Abbildung 22: Gesamtbelastung Verheirateter (zwei Kinder, Alleinverdiener)



1 Bezogen auf ein Durchschnittseinkommen. Ausgewählte Industrieländer. Stand 2008

Quelle: Bundesfinanzministerium, FAZ Grafik-Broker (2009)

Literaturverzeichnis

Achtermann, W. / Berset, C. (2006), Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik – Band 1: Analyse und Perspektiven, Nationale Gesundheitspolitik, Bern, 2006.

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (diverse Jahrgänge), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Statistik zur Krankenversicherung, Bern.

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (diverse Jahrgänge), Gesamtverzeichnis aller Prämien in der Schweiz, Bern.

Beck, K. (2006), Der Wettbewerb verfehlt sein Ziel, in: Gesundheit und Gesellschaft, 09/2006), 9. Jahrgang, 2006, S. 30-34.

Beck, K. (Hrsg.) (2004a), Reformstau beim Risikoausgleich? – Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz, European Risk Adjustment Network, Luzern, 2004.

Beck, K. (Hrsg.) (2004b), Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, Haupt, Bern, 2004.

BfS (Bundesamt für Statistik) (2006), Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005–2050, Bundesamt für Statistik BFS, 2006.

BfS (Bundesamt für Statistik) (diverse Jahrgänge), Finanzierung des Gesundheitswesens, Statistisches Lexikon der Schweiz, Bern.

BfS (Bundesamt für Statistik) (diverse Jahrgänge), Haushaltsbudgeterhebung (HABE), Einkommens- und Verbrauchserhebung (EVE), Statistisches Lexikon der Schweiz, Bern.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Verschiedene Jahrgänge), Gesetzliche Krankenversicherung, Endgültige Rechenergebnisse Statistik KJ1, Berlin.

Bundesversammlung (2009a), 09.3273 – Interpellation, KVG. Einführung einer vierten Prämienstufe, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093273, 2009.

Bundesversammlung (2009b), 06.066 Eidgenössische Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, <http://www.parlament.ch/d/dokumentation/dossiers/dossiers-archiv/komplementaer/Seiten/default.aspx>

Bundesversammlung (2009c), 09.3717 - Motion, Überprüfung des Leistungskataloges im KVG, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093717.

Bundesversammlung (2008), 07.3160 – Motion, Maßnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung durch sogenannte

Billigkassen, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20073160

Bundesversammlung (2001), 00.3701 – Interpellation, Rationierung im Gesundheitswesen. Keine Verschiebung einer ungeliebten Diskussion, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20003701

Brunner, H. H. / Cueni, S. / Reto, J. (2007), Krankenversicherung, in: Kocher, G./Oggier, W. (Hrsg.), Gesundheitswesen, Schweiz 2007-2009, Eine aktuelle Übersicht, Bern 2007, S. 151-170.

BSV – Bundesamt für Sozialversicherungen (2001), Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz-Synthesebericht, Statistik zur Krankenversicherung, Bern, 2001.

Colombo, F. (2001), Towards more choice in social protection? Individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper (53), 2001.

comparis.ch (20010), comparis.ch zum Wettbewerb zwischen den Krankenkassen - Immer mehr ältere Versicherte wechseln die Kasse, Medienmitteilung vom 05.01.2010, Zürich.

comparis.ch (2009a), comparis.ch zur Zahl der Krankenkassenwechsler - Versicherte reagieren auf Prämienaufschlag: 1,2 Millionen wechseln, 16.12.2009

comparis.ch (2009b), comparis.ch zu den Krankenkassenwechseln - Wer viel sparen kann, will Kasse nicht wechseln, Medienmitteilung vom 16.11.2009, Zürich.

comparis.ch (2009c), comparis.ch: Prognose zur Anzahl der Krankenkassenwechsler - Über 1,3 Millionen Krankenkassenwechsel erwartet, Medienmitteilung vom 26.10.2009, Zürich.

comparis.ch (2009d), comparis.ch zu den Krankenkassenwechseln 2009, Mehr Krankenkassenwechsler als bisher angenommen, Mediencommuniqué vom Dienstag, 17. März 2009, Zürich.

CSS (2009), Gespräch zwischen der CSS Krankenversicherung AG, Abteilung Politik, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Luzern am 05.10.2009.

Curia Vista Geschäftsdatenbank (2009/1010), Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, <http://www.parlament.ch/d/dokumentation/curia-vista/Seiten/default.aspx>, abgerufen an verschiedenen Terminen im Oktober, November und Dezember 2009 sowie im Januar 2010.

Deloitte (2010), 2010 Global Survey of Health Care Consumers. Behaviors, attitudes and unmet needs, Deloitte Center for Health Solutions, London / Washington D. C., 2010.

EDI / BAG (o. A.), Sie fragen – wir antworten. Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt, BAG-Bundespublikationen, Bern.

FINMA (2009), Rundschreiben 2009/x Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung, Bern 2009.

Friedli, W. (2009), Leistungssistierung nach Art. 64 a KVG, Hintergründe und Auswirkungen der Gesetzesänderung am Beispiel der Betroffenen im Kanton Bern, CAS, Bern, 2009.

Frei, W. (2007-2009), Krankenversicherer, in: Kocher, G./Oggier, W. (Hrsg.), Gesundheitswesen, Schweiz 2007-2009, Eine aktuelle Übersicht, Bern 2007, S. 139-149.

GDK (2009), Krankenversicherung: Prämienverbilligung, Synoptische Übersicht 2009 der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Bern, 2009.

GDK (2007), Wenn Krankenversicherer ihre Leistungen aufschieben: Wesen und Umfang der Problematik, Medienmitteilung der GDK - Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Bern, 2007.

Greß, S. / Walenzik, A. / Wasem, J. (2008), Auswirkungen der Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, 2008.

Höppner, K. / Buitkamp, M. / Braun, B. / Greß, S. / Müller, R. / Rothgang, H. / Wasem, J. (2004), Kassenwettbewerb: Motive für einen Kassenverbleib, in: Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2004, Gütersloh, S. 56-69.

Kocher, G. (2007), Kompetenz und Aufgabenteilung, Bund – Kantone – Gemeinden, in Kocher, G./Oggier, W. (Hrsg.), Gesundheitswesen, Schweiz 2007-2009, Eine aktuelle Übersicht, Bern 2007, S. 109-118.

Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (2009), Parlamentarische Initiative, Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien, Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, Bern, 2009.

Köster, A.-D. (2010), Das Schweizerische Gesundheitssystem. Erkenntnisse für Deutschland, in: gpk – Gesellschaftspolitische Kommentare, 51 (2), Februar 2010, Berlin / Bonn, S. 12-15.

Langer, B. / Pfaff, A. B. / Wasem, J. / Rothgang, H. / Greß, S. (2005), Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfpauschalensystems in der Schweiz, in: Greß, A. / Pfaff, B. Wagner, G. G. (Hrsg.), Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie - Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Edition der Hans-Böckler-Stiftung, Band 134, Düsseldorf, S. 187-208.

Leu, R./ Beck, K. (2007), Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz, in Wille, E. / Ulrich, V. / Schneider, U. (Hrsg.), Wettbe-

werb und Risikoausgleich im internationalem Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, Baden-Baden, 2007, S. 115-159.

Leu, R. / Hill, S. (2002), Sechs Jahre KVG-Gesundheitspolitik am Scheideweg, Interpharma, 2002.

Leu, R./Rutten, F./Brouwer, W./Rütschi, Ch./Matter, P. (2009), The Swiss and the Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets, in: Commonwealth Fund pub. no. 1220, 01/2009.

Leu, R./Rutten, F./Brouwer, W./Rütschi, Ch./Matter, P. (2008), The Swiss and the Dutch health care system compared – A tale of two systems, Gesundheitsökonomische Beiträge Bd. 53, Baden-Baden, 2008.

Moser, M. (2004), Das KVG von 1996, Regulierung „avant la lettre“? Absichten und Erfahrungen, Niederwangen, November 2004.

Müller, J. / Schneider, W. (1999), Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in den Zeiten des Kassenwettbewerbs – empirische Befunde im dritten Jahr der Kassenwahlrechte, in: Arbeit und Sozialpolitik, 53 (3-4), S. 21-39.

Nationalrat (2010), 09.3717s Mo. Ständerat (Schwaller). Überprüfung des Leistungskataloges im KVG. Bericht der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit vom 27. Januar 2010, Bern, 2010, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, http://www.parlament.ch/afs/data/d/bericht/2009/d_bericht_n_k6_0_20093717_0_20100127.htm

Nationalrat (2009b), 07.3160 s Mo. Ständerat (Frick). Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung durch sogenannte Billigkassen Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 30. Oktober 2009, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, http://www.parlament.ch/afs/data/d/bericht/2007/d_bericht_n_k6_0_20073160_0_20091030.htm

Niehaus, F./ Finkenstädt, V. (2009), Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen? WIP-Diskussionspapier 12/2009, Köln, 2009.

NZZ am Sonntag (2009), Blankoscheck für die Krankenkassen – in NZZ am Sonntag, 18.Oktober 2009.

NZZ Online (2009a), Couchepin ist nicht zufrieden – in: NZZ Online, 1. Oktober 2009.

NZZ Online (2009b), Junge Erwachsene sind am stärksten betroffen – in: NZZ Online, 1. Oktober 2009.

NZZ Online (2009c), Kassenpflichtige Leistungen gesetzlich festschreiben – in: NZZ Online vom 22. September 2009.

NZZ Online (2009d), Paket zur Kostensenkung im KVG gutgeheißen – in NZZ Online vom 9. September 2009.

OECD (2009), OECD Health Data 2009, Paris, 2009.

OECD/WHO (2006), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland, OECD Publishing, 2006.

Oggier, W. (2010), Die Kopfpauschalen- und Risikoausgleichsdiskussion in der Schweiz, in: Monitor Versorgungsforschung 02/2010, S. 44- 46.

Oggier, W. (2007), Kosten und Finanzierung, in: Kocher, G./Oggier, W. (Hrsg.), Gesundheitswesen, Schweiz 2007-2009, Eine aktuelle Übersicht, Bern 2007, S. 129-138.

Rosenau, P. V. / Lako, Ch. J. (2008), Health Insurance Experiments in the Netherlands and Switzerland: A Rejoinder with Updates, 2008.

Rütschi, Ch. (2008), Health and Health Insurance in Switzerland - an Empirical Investigation, dissertation.de, 1. Aufl., 2008.

santésuisse (2009a), Handbuch der Schweizer Krankenversicherung 2009, Solothurn, 2009.

santésuisse (2009b), Bericht zur sondage santé 2009, Solothurn, 2009.

santésuisse (2008), Bericht zur sondage santé 2008, Solothurn, 2008.

santesuisse (2007), Revision von Art. 64a KVG – Aufschieb der Kostenübernahme für Leistungen, Positionspapier vom 24.04.2007, Solothurn, 2007.

santésuisse (2003), Demographische Alterung und deren Auswirkungen auf die Gesundheitskosten, Solothurn, 2003.

santésuisse (o. A.), Plus2, Zahlen plus Fakten zu Organisation, Leistungen, Finanzierung und Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), Solothurn.

Schwarze, J. / Andersen, H. H. (2001), Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? Schmollers Jahrbuch, Band 121 (4), S. 581-602.

Schweizerische Eidgenossenschaft/EDI/BAG (2008), Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Kreisschreiben an die KVG-Versicherer und ihre Rückversicherer vom 4. Juni 2008, Bern.

Spycher, S. (2002), Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen, Haupt, Bern, 2002.

Ständerat (2008), 07.3160 s Mo. Frick. Maßnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung durch sogenannte Billigkassen, Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 27. August 2008, in: Curia Vista Parlamentarische Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments, http://www.parlament.ch/afs/data/d/bericht/2007/d_bericht_s_k19_0_20073160_0_20080827.htmStänderat

Statistisches Bundesamt (2010), 2008: 263 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben, Pressemitteilung Nr. 126 vom 06.04.2010, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>, abgerufen am 06.04. 2010.

SVV (2009), Gespräch zwischen dem Schweizer Versicherungsverband (SVV), Abteilung Private Krankenzusatzversicherungen, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Zürich am 07.10.2009.

Yves, G. F. (2003), Le rôle des incitations monétaires dans la demande de soins: une évaluation empirique, Résumés des résultats du projet, dans le cadre du programme national de recherche 45 intitulé „Problèmes de l`Etat social“, Septembre 2003.

Wettbewerbskommission (2008), Zusammenschlussvorhaben Nr. 41-0512 CSS / Intras - Vorläufige Prüfung gemäß Art. 4 Abs. 3, Art. 10 und 32 Abs. 1 KG.

WHO (2000), European Health Care Systems in Transition: Switzerland. European Observatory on Health Care Systems, WHO, Copenhagen, 2000.

Gesetze und Verordnungen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juni 2009).

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (Stand am 1. Januar 2009).

Verordnung über die Krankenversicherung (KWV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Oktober 2009).

Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 (Stand 01. Juli 2009).

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vom 17. Dezember 2004 (Stand am 1. Januar 2009).

PKV-Dokumentationsreihe

- Heft 29: „Gesundheitssysteme im Vergleich - Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland?“ von Dr. Frank Schulze Ehring/Dr. Anne-Dorothee Köster, Erscheinungstermin Juni 2010
- Heft 28: „Das Angebot von Zusatzkrankenversicherung. Dürfen gesetzliche Krankenversicherungen Zusatzversicherungen anbieten?“ von ao. Univ.-Prof. Dr. Beatrix Karl/Univ.-Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Mai 2003
- Heft 27: „Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse“ von Prof. Dr. Eberhard Wille/Christian Igel, November 2002
- Heft 26: „Reden zur Reformperiode der privaten Krankenversicherung“ von Peter Greisler, Juni 2002 (vergriffen)
- Heft 25: „Zu den Wechseloptionen der PKV“ von Josef Beutelmann/Prof. Dr. Ulrich Meyer/Prof. Dr. Rupert Scholz, Dezember 2001
- Heft 24: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ von Prof. Dr. Bernd Hof, Januar 2001 (vergriffen)
- Heft 23: „Perspektiven der PKV in Europa“, April 1999
- Heft 22: „Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung“ von Dr. Jan Boetius/Dr. Hans-Olaf Wiesemann, September 1998
- Heft 21: „Die Zukunft der Krankenversicherung“, November 1997
- Heft 20: „Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart“ von Prof. Dr. Peter Koch/Dr. Christoph Uleer, Juni 1997
- Heft 19: „Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten“ Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission, März 1997
- Heft 18: „Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung“ von Prof. Dr. Michael Arnold, Juli 1995
- Heft 17: „Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen Qualitätskontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung substituierendem privaten Krankenversicherungsschutzes im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“ von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993
- Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992
- Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems durch eine Organisationsreform“ von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992

- Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991
- Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“ von Heinrich Frommknecht, August 1990
- Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“ von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987
- Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985
- Heft 10: „Gedanken zur privaten Krankenversicherung“ von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984
- Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983
- Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“ von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982
- Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982
- Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“ von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980
- Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“ von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)
- Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“ von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975
- Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)
- Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“ von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)
- Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“ von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-33

www.pkv.de · info@pkv.de