

## Schweiz, Versicherungs- und Krankenversorgungssystem

In der Schweiz gibt es seit 1996 die so genannte „Obligatorische Grundsicherung oder Krankenpflegeversicherung (OKP)“. Sie muss von den derzeit 94 anerkannten privatwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen allen Personen, die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Kasse haben, unabhängig von Alter, Aufenthaltsbewilligung und Gesundheitszustand ohne Vorbehalte und Karenzfristen angeboten werden. Die Versicherung wird durch eine einkommensunabhängige Kopfpauschale/-prämie bezahlt, die nicht nur erwerbstätige Erwachsene, sondern auch deren Kinder und nichterwerbstätige Familienangehörige zu zahlen haben. Beim Einstieg in die Prämienversicherung wurden die potenziellen Belastungen für kinderreiche Familien oder Menschen mit „bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen“ zwar gesehen, aber durch staatliche Zuschüsse für beherrschbar gehalten.

Fester Bestandteil der obligatorischen Grundsicherung war von Anbeginn eine für jede Person über 18 Jahren ebenfalls obligatorische Selbstbeteiligung oder Franchise. Von dieser Pflichtselbstbeteiligung waren Kinder zunächst ausgenommen. Die Selbstbeteiligung kann für Erwachsene gegen sinkende Prämien freiwillig ausgeweitet werden. Gespart werden kann auch durch ein Bonusmodell. Mit ihm wird die Prämie mit jedem Jahr gesenkt, wenn keine Rechnung zur Vergütung eingereicht wird. Jeder Versicherte eines Bonusmodells startet allerdings mit einem Malus von 10 Prozent.

Zur kompletten oder verminderten Prämie kommen schließlich noch zwei weitere nicht wählbare Pflicht-Selbstbeteiligungen hinzu: ein Selbstbehalt und ein Spitalbeitrag. Zu den Versicherungsleistungen gehören auch Pflegeleistungen, Mutterschaftsleistungen, Leistungen bei Unfällen (sofern die Person keinen anderen obligatorischen oder privaten Unfallversicherungsschutz hat) und ausgewählte medizinische Präventionsleistungen.

Mit den Prämien der Versicherten deckten die Krankenversicherer die Kosten für Krankenhäuser, die der Ärzte, die Medikamentenkosten und die Pflegeleistungen. Aufgrund der Vielzahl von Krankenversicherungen und der bestehenden Kassenwahlfreiheit gibt es zwischen ihnen erhebliche Risikostrukturunterschiede. Um die Nachteile „schlechter Risiken“ auszugleichen, existiert ein Risikostrukturausgleich. Sein Umverteilungsvolumen steigt nahezu jährlich. Da die bisherige Form des Risikoausgleichs nicht befriedigend funktionierte, wurde ab 2012 ein morbiditätsorientierter Risikoausgleich eingeführt.

Neben dem traditionellen Versicherungsmodell mit Grund- oder Wahlfranchise bieten Krankenversicherer eine Reihe von alternativen Modellen an. Diese Modelle sind derzeit am gesamten Versicherungsgeschehen mit weniger als 25 Prozent beteiligt. Ihr Grundmerkmal sind unterschiedliche Beschränkungen der freien Wahl des Leistungserbringers für den Versicherten.

Angeboten werden folgende Versorgungsmodelle:

- Hausarztmodelle,
- Health Maintenance Organizations (HMO). Die HMOs werden entweder im Auftrag der Krankenversicherer mit angestellten Ärzten oder von Leistungserbringern selber betrieben.

- Tele-Medizin-Modelle, bei denen sich die Versicherte vor einer Behandlung beraten lassen können.
- Versicherungsmodelle mit Ärztelisten, von denen Ärzte aufgrund verschiedener Kriterien ausgeschlossen werden können (Preferred-Provider-Organization / PPO).
- Die Bonusversicherung, in der den Versicherten eine Prämienermäßigung gewährt wird, sofern sie während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Trotz der Fülle der Prämien- und Versorgungsmodelle trat in der bisherigen Wirklichkeit der OKP die erwartete Beitragsstabilität nicht ein. Ein Teil der dafür vorgesehenen Instrumente und Anreize versagten dauerhaft und eine Reihe unerwünschter Effekte trat stärker auf als erwartet.

Die aktuellen Entwicklungen in der Schweiz sehen folgendermaßen aus:

Die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung steigen. Je nach Kanton schwanken die Steigerungsraten zwischen 3,6 und 14,6 Prozent. Noch stärker steigen die Prämien für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, nämlich um im Schnitt zehn Prozent. Für junge Erwachsene zwischen 18 und 26 Jahren legen sie bei etwa 14 Prozent zu. Dies beruht im Wesentlichen auf der Senkung der von den Versicherungsunternehmen gewährten Rabatte für diese Altersgruppe. Bei den Prämien für die Kinder handelt es sich um bereits subventionierte Prämien. Den Versicherungsunternehmen ist vorgeschrieben, Versicherungspolice für Kinder auf diese Weise zu verbilligen, was aktuell auch zu einer Art Sockelverbilligung um 75 Prozent führt. Die von der Regierung seit Beginn der Prämienversicherung durchgeführten Programme zur Prämienverbilligung aus Steuermitteln tragen aktuell 40 Prozent der Grundversicherungskosten.

Die Finanzierung von Spitalleistungen erfolgt seit 2012 mittels eines DRG-Systems nach deutschem Muster (SwissDRG-System). Folgerichtig macht die Schweiz nun die gleichen Erfahrung mit diesem Mechanismus wie auch Deutschland: die Krankenhäuser der Grundversorgung verschwinden und die Fallzahlen steigen. Zuständig für dieses System ist die SwissDRG Aktiengesellschaft.

Im Schweizer Modell wiederholen sich die Erfahrungen des USA-Modells und des niederländischen Modells. Die marktwirtschaftlichen Reformen führen trotz vielfältiger staatlicher Eingriffe zu kaum beherrschbaren Kostensteigerungen. Die soziale Ineffektivität führt zudem zu wachsender anteiliger Steuerfinanzierung. Der wesentliche gemeinsame Grund ist die sinkende → Bruttolohnquote mit der Folge, dass die Einkommensentwicklung der Inflation hinterherläuft.

## Niederlande, Krankenversicherungs- und Krankenversorgungssystem

Das niederländische System der Krankenversicherung und -versorgung hat seit den 1980er Jahren mehrfache große Reformen erlebt. Die Qualität bzw. die Performance des Wandels unterscheidet sich von dem innerhalb desselben Zeitraums auch in Deutschland stattfindenden Reformprozessen erheblich:

In den Niederlanden wurde jeweils der Versuch unternommen, ein ordnungspolitisch geschlossenes Reformkonzept umzusetzen. Am Anfang von Reformschüben stand ein maximales Reformkonzept wie etwa der Dekker-Plan in den 1980er und 1990er Jahren. Auffällig ist in den Niederlanden ferner die gezielte Einbindung wissenschaftlicher Expertise bei der Ausarbeitung der Reformkonzepte. Diese werden zudem, beginnend mit ihrer Implementierung systematisch evaluiert.

Kern der Reformen war die Einführung von Marktmechanismen. Wegen erheblicher Kostensteigerungen gewann die Kostendämpfung für die Politik eine prioritäre Bedeutung. Das schloss die Bereitschaft des Staates ein, auch unter Marktbedingungen selbst als ordnungspolitischer Akteur wirksam zu werden. Die ausschließliche Kompetenz von Struktur- und Organisations- sowie von Bedarfs- und Lizensierungsentscheidungen liegt in hoheitlicher Verantwortung.

Zu den wesentlichen Charakteristika des niederländischen Systems gehören:

Wettbewerbsorientierung bei einheitlichem Versicherungsmarkt für die gesamte Bevölkerung:

Das derzeitige Versicherungs- und Versorgungssystem für die 18 Millionen Einwohner der Niederlande ist dezidiert wettbewerblich im Sinne des → „managed competition“ nach A. Enthoven ausgerichtet. Dabei spielen individuelle Entscheidungsfreiräume der Versicherten und Patienten eine wichtige Rolle. Sie können jährlich ihre Versicherung wechseln und alle Versicherer müssen jeden Wechselwilligen aufnehmen (→ Kontrahierungszwang).

Bei den Wettbewerbsstrukturen sind zwei zentrale Dimensionen auseinanderzuhalten: einerseits die Anreizstrukturen der Krankenversicherer und Leistungserbringer, die ihnen im Wettbewerb jeweils Vorteile versprechen, wenn sie sich aktiv um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenversorgung bemühen, und andererseits die hierzu verfügbaren Handlungsoptionen, insbesondere in Gestalt wettbewerblich ausgestalteter Vertragsstrukturen.

So ist es nur folgerichtig, dass der Risikostrukturausgleich in den Niederlanden sämtliche Einnahmen der Krankenversicherer einschließt, differenziert krankheitsbezogen (mit 20 bzw. 13 Indikatoren für „pharmacy cost groups“ und „diagnostic cost groups“) ausgestaltet ist und zudem noch gezielt durch bestimmte soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Region und Status der Erwerbstätigkeit sowie seit 2008 auch durch einen sozioökonomischen Faktor ergänzt wird.

Ob es auch genug wirksame Handlungsparameter zur gezielten Versorgungssteuerung gibt, lässt sich gegenwärtig nicht abschließend beurteilen. Die Reform ist schließlich erst 2006 in Kraft getreten. Substanzielle Veränderungen in den Vertrags- und Versorgungsstrukturen brauchen Zeit, um ihre Wirkung nachweislich zu entfalten. Zudem hängt die Messlatte für Qualitäts- und Effizienzverbesserungen in den Niederlanden hoch. Es gibt traditionell ein durchgängiges Hausarztprinzip, wonach bestimmte fachärztliche

Leistungen erst nach einer Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch genommen werden können. Außerdem haben die Niederlande bei weitem keine ausgeprägten doppelten Facharztstrukturen im ambulanten und stationären Sektor, also auch in dieser Hinsicht gibt es gute Voraussetzungen für eine koordinierte Patientenversorgung. Die genannten Bedingungen führen u.a. auch zu dem im internationalen Vergleich sehr niedrigen Anteil der Overheadkosten für Verwaltung und die Gewinnspannen an den Beitragseinnahmen von etwas mehr als 5 %.

Es gibt Hinweise, dass einige der dynamisch orientierten Gestaltungsmöglichkeiten weniger wirksam sind, als erwartet wurde, für das dauerhafte Funktionieren des Wettbewerbs jedoch notwendig wären:

- Die zunächst hohe Wechselbereitschaft der Versicherung hat deutlich abgenommen. Unter den Versicherungswechslern waren, ähnlich wie in anderen Ländern, junge, gesunde und gutverdienende Personen überrepräsentiert.
- Ein Grund ist offenbar, dass die Mehrheit der Versicherten innerhalb eines Kollektivvertrags versichert sind, den oft der Arbeitgeber abgeschlossen hat. Dies wird u.a. durch einen zehnprozentigen Beitragsrabatt gefördert.
- Der Versicherungsmarkt ist durch eine enorme Konzentration der Anbieter geprägt, deren Kreis auch im ersten Reformjahr nicht erweitert wurde. Die fünf größten Versicherer versicherten 82 % aller Krankenversicherten.
- Obwohl es keine Vorschrift gibt, mit jedem dazu bereiten Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag schließen zu müssen, haben die meisten Versicherungsunternehmen Verträge mit allen Anbietern, und es gibt in den Hauptbereichen der Versorgung keine selektiven Verträge.

#### Beitragspflicht und Finanzierung:

Alle Erwachsenen über 18 Jahre sind beitragspflichtig und müssen nach dem geltenden Krankenversicherungsgesetz „Zorgverzekeringswet (ZVW)“ Kunde eines der privaten, gewinn- oder nicht-gewinnorientierten aber straff gesetzlich regulierten Krankenversicherungsunternehmen sein.

50 % der Ausgaben der Krankenversicherer werden in Gestalt von kassenspezifischen Pauschalbeiträgen direkt von den Versicherten an die Versicherungsunternehmen gezahlt. Die übrigen 50 % sind einkommensabhängige Beiträge, die über das Einkommensteuersystem an einen zentralen Krankenversicherungsfonds fließen. Bei Erwerbstätigen tragen die Arbeitgeber den Beitragsanteil, der als einheitlicher Prozentsatz vom Erwerbseinkommen erhoben wird. Diese Aufteilung ist gesetzlich festgeschrieben. Bei einem Anstieg der Gesundheitsausgaben und einem damit verbundenen Beitrags(satz)anstieg entfällt damit nur ein Teil der zusätzlichen Finanzierungslast auf die Versicherten. Auch nicht erwerbstätige Ehepartner sind beitragspflichtig. Die Pauschalen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre werden durch Steuerzahlungen finanziert. Der aus öffentlichen Finanzquellen fließende Anteil stieg in der Folge der Reform deutlich.

Erwachsene, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen obligatorisch eine Selbstbeteiligung von 150 Euro pro Jahr. Ausgenommen sind die Hausarztversorgung, Geburts- und Mutterschaftsleistungen. Chronisch Kranke und Behinderte zahlen keine Selbstbeteiligung.

Sozialausgleich durch Pauschalbeiträge: Die Höhe des steuerfinanzierten sozialen Ausgleichs errechnet sich nach einer Formel, in die die Höhe des durchschnittlichen Pauschalbeitrags, die Höhe des gesetzlichen Mindestlohns und das jeweilige Haushaltseinkommen oberhalb des gesetzlichen Mindestlohns eingehen. Nach dieser Formel ergibt sich dann der Beitragszuschuss. Abgewickelt wird der Sozialausgleich über die Finanzämter. Die Anspruchsberechtigten erhalten ein Schreiben ihres Finanzamts, mit dem sie den Sozialausgleich beantragen müssen, und bekommen den Transfer ohne Überprüfung der Zweckbindung direkt vom Finanzamt ausgezahlt.

Leistungsumfang/-struktur:

Die Versicherungsunternehmen müssen ein Standardleistungspaket anbieten, das die

- medizinische Versorgung einschließlich der hausärztlichen Behandlung,
- die stationären Behandlung und
- die Versorgung durch Hebammen,
- die zahnmedizinische Versorgung bis zum 18. Lebensjahr,
- die auf spezielle Zahnbehandlungen und Prothesen beschränkte Zahnversorgung für über 18-Jährige,
- die Arzneimittelversorgung,
- Mutterschaftsversorgung,
- Krankentransportdienste und eine
- Reihe zum Teil limitierte paramedizinische Leistungen (z.B. Physiotherapie, Sprachtherapie)

umfasst.

Zusätzlich sind alle in den Niederlanden wohnenden und arbeitenden Personen nach dem "Allgemeinen Gesetz über besondere Krankheitskosten" versichert. Im Rahmen dieses Gesetzes werden Kosten für Leistungen erstattet, die nicht durch die Krankenversicherung abgedeckt sind, wie zum Beispiel häusliche Pflege oder die Aufnahme in ein Pflegeheim.

Schließlich gibt es noch die freiwillige Möglichkeit, sich gegen Risiken, die von keinem der genannten Versicherungsangeboten abgedeckt werden, zusätzlich privat zu versichern. Obwohl dies die meisten Pflichtversicherten tun, müssen die Anbieter solcher Zusatzleistungen keinen der Nachfrager versichern.

Qualitätssicherung, qualitative Steuerung des Leistungsangebots:

Außer für Arzneimittel und präventive Leistungen gibt es keine systematische Evaluation der Wirksamkeit und des Nutzens neuer medizinischer Güter und Dienstleistungen vor ihrer Zulassung. Die Leistungsqualität zugelassener Güter und Leistungen wird auf gesetzlicher Grundlage u.a. nach Kriterien der professionellen Performance oder der Beachtung von Patientenrechten überprüft. Hierfür existiert ein nationales Gesundheits-Inspektorat. In der Qualitätssicherung der Arbeit einzelner Anbieter sind Leitlinien, ein System des „peer assessment“ und „review“, die Pflicht zur ständigen Fort- und Weiterbildung und die regelmäßige Pflicht zur Neuzulassung die zentralen Instrumente. Ähnliches gilt auch für institutionelle Leistungserbringer wie Krankenhäuser. Ein nationales Zentrum erhebt mit validierten Instrumenten regelmäßig

Bewertungen durch Patienten und erstellt daraus öffentlich zugängliche Qualitätsberichte als Entscheidungshilfen für Patienten.

Ein Teil der Bemühungen, die Wirtschaftlichkeit des Systems durch eine Kombination aus reguliertem Wettbewerb zwischen Versicherungsunternehmen und einer zentralen Steuerung durch ergebnisorientierte Indikatoren zu verbessern, soll sich auch positiv auf die Versorgungsqualität auswirken. Zu den wesentlichen Instrumenten des Übergangs von einem „budget-oriented reimbursement“ zu einem „performance-related approach“ gehören die so genannten „diagnosis treatment combinations (DTC)“, die versuchen, sektor- und anbieterübergreifende Behandlungs- und Versorgungsangebote zu organisieren und zu vergüten.

#### Organisation und Honorierung der Behandlung:

Generell werden Ärzte direkt oder indirekt auf der Basis von zwischen ihnen und den Krankenversicherern ausgehandelten Verträgen vergütet. Hausärzte erhalten eine Kopfpauschale für jeden bei ihnen eingeschriebenen Patienten und eine Einzelleistungsvergütung pro Besuch. Zusätzliche Budgets können für spezielle Leistungen ausgehandelt werden. Die Vergütung nach „pay-for-performance“-Kriterien wird erprobt. Die meisten Fachärzte sind nach einer der großen Reformen der 1980er und 1990er Jahren an Krankenhäusern tätig. Zwei Drittel von ihnen sind dort aber in selbstständigen Gemeinschaften tätig. Ihre Honorierung erfolgt vorrangig nach einer gedeckelten Einzelleistungsvergütung. Das restliche Drittel ist bei den Krankenhäusern angestellt. Konzipiert und modellhaft erprobt wird aber auch eine Vergütung auf der Basis von DTCs.

Die meisten Krankenhäuser sind private non-profit-Organisationen. Ihre Budgets kommen durch eine Kombination mehrerer Faktoren (u.a. Bettenanzahl, Patientenvolumen und Anzahl der Fachärzte) zustande.

Aus aktueller Sicht ist das Ziel der marktorientierten Reformen, die Kostensenkung, nicht erreicht. Die für 2020 verfügbaren Daten zeigen, dass mit 5147 je Person, die Ausgaben die der GKV in Deutschland (3539 Euro im Jahr 2021) erheblich übersteigen.