

Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz: Vorbild oder abschreckendes Beispiel?

Nützliche Erfahrungen der Schweiz für die Diskussionen in Deutschland

von Stefan Spycher*

ABSTRACT

Die Schweiz kennt seit 1996 ein Krankenversicherungssystem mit Kopfpauschalen, steuerfinanzierten Prämienverbilligungen und einem Versicherungsobligatorium für alle Einwohner/innen (Bürgerversicherung). Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass das System zwar insgesamt funktionstüchtig ist, dass aber gleichzeitig auch verschiedene in Deutschland im Zusammenhang mit Kopfpauschalen gehegte Befürchtungen eingetroffen sind. Insbesondere sind die Prämienverbilligungen noch zu wenig wirksam und zielgerichtet. Die zweite Teilrevision des Gesetzes wird hier substantielle Verbesserungen bringen. Andere Vorbehalte haben sich als nicht problematisch erwiesen (z.B. erfolgte kein Zusammenbruch des Privatversicherungsmarktes). Insgesamt bietet das Schweizer Beispiel Informationen, die für die Diskussionen in Deutschland wertvolle Beiträge leisten können.

Schlüsselworte: Krankenversicherung Schweiz, Kopfpauschalen, Bürgerversicherung, Prämienverbilligungen, Kostenentwicklung.

Since 1996 Switzerland knows a health insurance system based on capitation fees, merit reductions financed by taxes and a mandatory health insurance requirement for all inhabitants (citizen insurance). Up to now, the experiences reveal that altogether the system proves functional efficiency, but at the same time the development of the capitation fees give rise to anxiety – as has been discussed in Germany. Especially, merit reduction by taxes is still neither effective nor purposive enough. The second part audition will bring forward substantial improvements. Other reservations towards the health insurance system did not turn out to be problematic (e.g. the market of private health insurances did not collapse). However, the example of Switzerland offers valuable informations that can enrich the political discussion in Germany.

Keywords: Health insurance system Switzerland, capitation fees, citizen insurance, merit reductions, cost development

■ 1. Einleitung

In Deutschland wird seit dem Bekanntwerden der Überlegungen der Rürup-Kommission und dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002) intensiv über grundsätzliche Optionen der Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) diskutiert. Gemäß Rürup stehen zwei Möglichkeiten im Vordergrund: Ent-

weder wird die GKV in Richtung Erwerbstätigenversicherung weiter entwickelt, oder es wird ein Systemwechsel in Richtung Gesundheitsprämienkonzept vorgenommen. Für die beiden Konzepte haben sich die Begrifflichkeiten „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschalen“ eingebürgert (vgl. Wasem et al. 2003, Langer et al. 2003, Pfaff et al. 2003, Schneider 2003, Knappe/Arnold 2003, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Felder/Kifmann 2003). Von ver-

*Dr. Stefan Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS),

Konsumstrasse 20, CH-3007 Bern · Tel.: (0041) (031) 38 06 080, Fax: (0041) (031) 39 83 363 · E-Mail: stefan.spycher@buerobass.ch

K A S T E N 1

Eckpunkte der Wettbewerbsordnung

- Die Krankenversicherung (OKP) ist für alle Bürger/innen seit 1996 obligatorisch.
- Das Grundleistungspaket ist im Gesetz (KVG) abschließend definiert (im Vergleich zur GKV sind weniger Leistungen enthalten).
- Die OKP kann durch Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften mit entsprechenden Genehmigungen angeboten werden. Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen, hauptsächlich die soziale Krankenversicherung betreiben und vom Eidgenössischen Departement des Innern anerkannt sind.
- Die Versicherten können den Krankenversicherer jedes halbe Jahr wechseln. Es besteht für die Versicherer ein Aufnahmewang und damit volle Freizügigkeit.
- Es besteht ein Kontrahierungszwang zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, die die formalen Zulassungskriterien erfüllen.
- Die Krankenversicherer können besondere Versicherungsformen anbieten (HMO, Hausarztmodell, Bonusmodell etc.) und die Prämien reduzieren (gesetzlich vorgegebene Maximalrabatte).
- Die Krankenversicherer können mit den Leistungserbringern neue Tarifformen (Zeittarife, Pauschal-tarife etc.) vereinbaren.
- In der OKP herrscht ein Gewinnverbot.
- Die Krankenversicherer, die die OKP anbieten, dürfen gleichzeitig auch Zusatzversicherungen (ZV) offerieren. Die ZV sind durch das allgemeine Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und nicht durch das KVG geregelt. ZV werden auch von Schadens- und Lebensversicherern angeboten.

schiedenen Autoren wird darauf hingewiesen, dass es sich dabei jedoch nicht um eigentliche Alternativen handelt (z.B. Jacobs 2003). Bei der Bürgerversicherung geht es darum, den Kreis der beitragspflichtigen Versicherten auszudehnen (und die Bemessungsgrundlage zu erweitern). Bei der Kopfpauschale handelt es sich um eine Finanzierungsvariante (im Unterschied zu einkommensabhängigen Prämien), die unabhängig vom Kreis der Versicherten ist.

Interessant für die Diskussion in Deutschland sind die Erfahrungen, die die Schweiz seit der Einführung des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 gesammelt hat. Damals

führte man eine Bürgerversicherung und Kopfpauschalen ein¹. Ebenfalls führte man den Systemwettbewerb zwischen privaten Zusatzversicherungen (ZV) und obligatorischer Krankenversicherung (OKP²) unter klareren Regelungen weiter. Nachfolgend werden die wichtigsten Ausgestaltungsmerkmale der schweizerischen Lösung sowie die seit 1996 gesammelten Erfahrungen skizziert. Abschließend wird danach gefragt, welchen Beitrag die schweizerischen Erkenntnisse zur Diskussion in Deutschland liefern können.

■ 2. Wettbewerbsordnung

Entstehung des KVG

Als 1996 das revidierte KVG in Kraft trat, ging ein langjähriger und zäher Reformprozess zu Ende, der bereits Ende der 1980er Jahre begonnen hatte. Dabei wurde die Krankenversicherung keineswegs von Grund auf neu erfunden. Viele Systemelemente wurden übernommen (z.B. das Kopfpauschalensystem). Andere wurden als Antwort auf immer virulenter werdende Probleme aufgrund des Konzeptes der managed competition neu festgelegt (vgl. Kasten 1):

- Die vormals freiwillige Krankenversicherung wurde für alle Einwohnerinnen und Einwohner obligatorisch (bei gleichzeitigem Aufnahmewang für die Versicherer). Damit konnten Versorgungslücken geschlossen werden.
- Das Grundleistungspaket, das sich zuvor teilweise zwischen den Versicherern unterschied, wurde umfassender definiert und vor allem einheitlich festgelegt. Dadurch wollte man einerseits die Versorgungsqualität auf hohem Niveau garantieren, andererseits aber auch die Kopfpauschalen als Preissignale aussagekräftiger machen. Dennoch ist das Grundleistungspaket kleiner als in Deutschland, weil insbesondere die Zahnbehandlung und das Krankentaggeld ausgeschlossen sind.
- 1993 wurde als Reaktion auf die immer häufiger auftretenden Billiganbieter ein Risikostrukturausgleich mit den Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht und Kanton eingeführt. Dieser wurde 1996 auf zehn Jahre befristet ins ordentliche Recht übernommen.
- Es wurde den Versicherern untersagt, die Prämien nach dem Eintrittsalter in die Versicherung und nach Geschlecht zu differenzieren. Auch wurde den Versicherern weiter verboten, kranken Neumitgliedern während einer fünfjährigen Frist die Vergütung der Leistungen im Bereich ihrer Erkrankung vorzuenthalten. Durch beide Maßnahmen wurde es älteren bzw. kränkeren Versicherten überhaupt erst ermöglicht, den Krankenversicherer zu wechseln. Durch die Abkehr von den (teilweise) risikoangepassten Prämien konnte somit die Solidarität erhöht werden.
- Es wurde ein System der Prämienverbilligungen eingeführt, das die vorhergehende (nur sehr unzureichend risikoadjustierte)

Subventionierung der Krankenkassen ablöste. Damit wurde ein Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung angestrebt.

- Im Hinblick auf die Entwicklung der Kosten wurde den Versicherern die Möglichkeit eröffnet, neue Versicherungsformen anzubieten, von denen man sich eine Beeinflussung der Gesundheitskosten erhoffte. Auch im Bereich der Tarifgestaltung bekamen die Versicherer mehr Freiheiten.

Das Zusammenspiel von Grund- und Zusatzversicherungen

Die Beziehung zwischen Grund- und Zusatzversicherungen wurde nicht grundsätzlich neu gestaltet, aber klarer definiert. Die OKP richtet sich nach dem Krankenversicherungsgesetz, die Zusatzversicherungen orientieren sich am Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Jeder Krankenversicherer darf neben der mit einem Gewinnverbot belegten Grundversicherung gleichzeitig auch Zusatzversicherungen anbieten. Verpflichtet ist er nach KVG einzig für das Angebot einer freiwilligen Krankentaggeldversicherung. Da es der Gesetzgeber hier aber unterlassen hat, die wesentlichen Eckwerte des Versicherungsvertrages näher zu definieren, hat die Bedeutung dieser Versicherung in den letzten Jahren abgenommen (von einer Milliarde Franken Umsatz im Jahr 1995 auf

399 Millionen Franken 2001; BSV 2002, 158). Die Taggeldversicherungen werden nun, wie alle anderen Zusatzversicherungen auch, überwiegend über das VVG angeboten. Zusatzversicherungen können nicht nur durch die Krankenversicherer angeboten werden. Zugelassen sind grundsätzlich alle privaten Schadens- und Lebensversicherer.

Die Versicherer sind in ihren Angeboten auf dem Zusatzversicherungsmarkt grundsätzlich frei. Es haben sich aber verschiedene Standardprodukte herausgebildet. Im Jahr 2001 betrug der Gesamtumfang des Zusatzversicherungsgeschäftes 7,6 Milliarden Franken (vgl. Tabelle 1). Der Marktanteil der Krankenversicherer beträgt 34 Prozent, derjenige der Schadens- und Lebensversicherer 66 Prozent. In den letzten Jahren haben sich deutliche Verschiebungen von den Krankenversicherern zu den Privatversicherern ergeben, weil immer mehr Krankenversicherer eigenständige Versicherungen gründen, die in ihrem Auftrag das Zusatzversicherungsgeschäft über das VVG abwickeln. Die Entwicklung des VVG-Geschäftes durch alle Versicherer hat seit der Einführung des KVG um 11 Prozent zugenommen (von 6,9 Milliarden Franken auf 7,6 Milliarden Franken). Die Einführung der Bürgerversicherung in der Schweiz hat somit nicht zu einem Einbruch des Zusatzversicherungsgeschäftes geführt. Allerdings muss darauf

TABELLE 1

Volumen der Grund- und Zusatzversicherung 2001 (in Millionen Franken)

	Krankenversicherer			Schadensversicherer	Lebensversicherer	Total
	nach KVG	nach VVG	Total			
Grundversicherung OKP	13.954		13.954			13.954
Zusatzversicherungen KVG	399		399			399
Zusatzversicherungen VVG						
1. Spital Allgemein (1)		165	165	212	0.05	377
2. Spital Halbprivat (2)		490	490	953	1	1.445
3. Spital Privat (2)		774	774	581	5	1.360
4. Spitaltaggeld		5	5	40	21	66
5. Krankentaggeld		248	248	1.642	209	2.099
6. Zahnbehandlungen		96	96	84		180
7. Ambulante Zusatzleistungen		259	259	269	0.1	528
8. Heime und Kuren		5	5	43		48
9. Haushaltshilfen		4	4	0.5		5
10. Übrige inkl. Invalidität		142	142	937	42	1.121
Total Zusatzversicherungen VVG		2.189	2.189	4.762	279	7.230
Total OKP und ZV	14.353	2.189	16.542	4.762	279	21.583

(1) Ausdehnung der Versicherungsdeckung der Grundversicherung im stationären Bereich vom Wohnsitzkanton auf die ganze Schweiz.

(2) Bessere Hotellerie, mehr Anspruch auf Chefarzt- bzw. Chefärztinnen-Versorgung etc.

Quelle: BPV (2002), Sonderauswertung BPV, BSV (2002, 158f.)

K A S T E N 2

Eckpunkte der Finanzierung

- Die Finanzierung erfolgt im Umlageverfahren.
- Im ambulanten Bereich gilt das Kostenerstattungsprinzip, im stationären Bereich (weitgehend) das Sachleistungsprinzip.
- Ausnahmslos alle versicherten Personen, also alle Bürgerinnen und Bürger, tragen mit einer Kopfprämie zur Finanzierung der OKP bei. Die Prämieeinnahmen müssen die Kosten, die die Krankenversicherer zu tragen haben, decken.
- Die Versicherer haben die Möglichkeit, von unwirtschaftlich arbeitenden Leistungserbringern Vergütungen zurückzufordern.
- Die Versicherer müssen, abhängig von ihrer Größe, Reserven und Rückstellungen bilden. Kleinere Versicherer müssen zwingend eine Rückversicherung abschließen.
- Es existiert ein ex-post Risikostrukturausgleich mit den Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton.
- Kantone und Gemeinden finanzieren den Bau der Krankenhäuser und mindestens die Hälfte der Betriebskosten der stationären Aufenthalte.
- Der Bund finanziert zusammen mit den Kantonen die Prämienverbilligungen.

hingewiesen werden, dass bereits vor der Einführung des Obligatoriums fast die ganze Bevölkerung eine Krankenversicherung abgeschlossen hatte (BSV 2002, 53) und somit – anders als in Deutschland – keine große Verschiebung zwischen Privatversicherung und Grundversicherung möglich war. Interessant ist die Entwicklung der Zusatzversicherungen aber auch vor dem Hintergrund der stark zunehmenden Kopfpauschalen in der Grundversicherung: Es wäre zu erwarten gewesen, dass immer mehr Zusatzversicherungen gekündigt werden, weil die finanzielle Belastung durch die Grundversicherung zunimmt.

■ 3. Finanzierung und Kosten

Aus deutscher Sicht interessiert die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz durch Kopfpauschalen besonders (vgl. Kasten 2). Ganz wesentlich ist daher der Hin-

weis, dass durch die Kopfpauschalen, die alle Einwohner und Einwohnerinnen (also auch Kinder und einkommensstarke Personen) zu bezahlen haben, nur rund zwei Drittel der Kosten gedeckt werden. Ein Drittel wird über Steuern finanziert. Der steuerfinanzierte Anteil, der aufgrund der starken Steuerprogression bei der Bundessteuer überproportional durch die Besserverdienenden getragen wird, wird über zwei Schienen ins System eingespeist (vgl. Abbildung 1): Zum einen werden die Kopfpauschalen der einkommensschwachen Haushalte mit Prämienverbilligungen reduziert. Zum anderen fließen die Steuern über den Bau von Krankenhäusern bzw. über die hälftige Finanzierung des Betriebes der stationären Einrichtungen zurück. Die Krankenversicherung wird somit im Solidaritätsverhältnis Arm-Reich zu rund einem Drittel solidarisch finanziert. Allerdings muss bei einem (Solidaritäts-) Vergleich mit Deutschland darauf hingewiesen werden, dass die Krankenversicherung nicht isoliert betrachtet werden kann. Ebenso wichtig ist letztlich die Inzidenz der Sozialen Sicherheit insgesamt (vgl. dazu Künzi/Schärrer 2003).

Stark steigende Kosten

Obschon sich die Ausgestaltung der Krankenversicherung in Deutschland und der Schweiz unterscheidet, ist zumindest doch eines gleich: Die Kosten steigen ungebrochen an. Die Zunahme betrug in der Schweiz seit der Reform 1996 42 Prozent und lag damit deutlich über der Zunahme der Löhne (sieben Prozent) und Preise (fünf Prozent) (BSV 2002, 155)³. Wesentliche Teile der Kostensteigerung sind auf die Ausdehnung des Grundleistungskatalogs mit der Einführung der Reform 1996, auf die in allen Ländern zu beobachtende Mengenausdehnung sowie auf die demographischen Verschiebungen zurückzuführen. Letztere schlagen allerdings nicht voll in der Krankenversicherung zu Buche, weil auch noch andere Sozialversicherungen die Kosten des Alters mittragen (z.B. die Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung). Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitevaluation der KVG-Reform weisen jedoch auch darauf hin, dass der Wettbewerb zwischen den Akteuren weniger als erhofft wirkt, und die dämpfenden Effekte auf die Kostenentwicklung weitgehend ausgeblieben sind (vgl. BSV 2001). Dieser Befund wird auf verschiedene Konstruktionsmängel des KVG zurückgeführt:

- Der Kontrahierungszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern verhindert, dass die Versicherer qualitativ mangelhafte bzw. ineffiziente Leistungserbringer ausschließen können (Leu/Hill 2002).
- Die Subvention der stationären Aufenthalte durch die öffentliche Hand verzerrt die relativen Preise zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Dies ist insbesondere für die neuen Versicherungsformen (HMO) nachteilig, weil sie ihre Kostenvorteile primär durch die Reduktion von Krankenhausaufhalten erzielen (vgl. Leu et al. 1999).

- Der Risikostrukturausgleich berücksichtigt nur die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton. Damit werden die Risikoselektionsanreize der Versicherer zu wenig geschmälert. In der Folge konzentrieren diese sich auf die Selektion Gesunder statt auf das Management der Gesundheitskosten (vgl. Spycher 2002).

Verlässlichkeit der Finanzierungsgrundlage

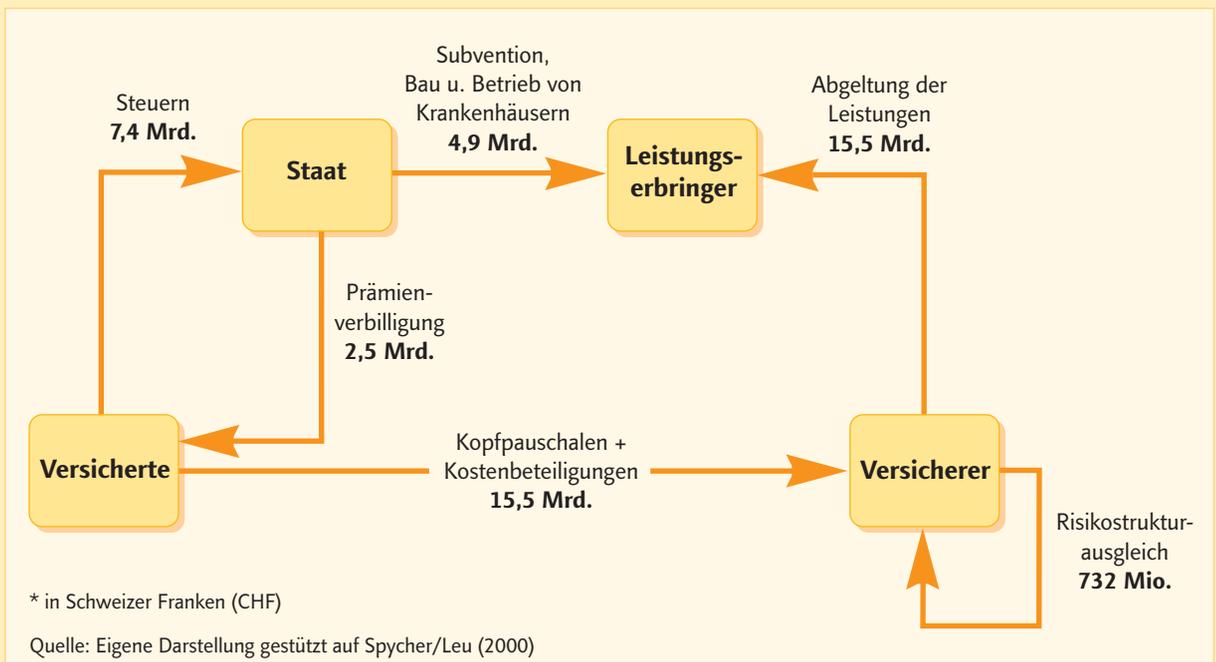
In der deutschen Diskussion um die Kopfpauschalen und die ergänzenden steuerfinanzierten Verbilligungen steht das Thema der Verlässlichkeit der Finanzierungsgrundlagen ebenfalls stark im Vordergrund. Die schweizerischen Erfahrungen zeigen hier Folgendes: Die Kopfpauschalen sind im Rahmen einer Bürgerversicherung sehr zuverlässig, weil sie nicht von einer bestimmten Bemessungsgrundlage wie dem Einkommen abhängig sind. Die prognostizierten Kosten werden einfach durch die Anzahl der zu versichernden Köpfe dividiert. Die demographischen Verschiebungen, soweit sich deren Kosten in der Krankenversicherung abbilden, schlagen demnach voll auf die Kopfpauschalen durch. Beim steuerfinanzierten Anteil muss zwischen den Ebenen der Kantone und des Bundes differenziert werden. Das KVG verpflichtet die Kantone zur hälftigen Finanzierung des Betriebs der stationären Einrichtungen. Hingegen zwingt das Gesetz niemand, mit Steuergeldern Krankenhäuser zu erstellen. Da es zur

Zeit eher zuviel als zu wenige Krankenhäuser gibt, wäre ein punktueller Rückzug nicht besorgniserregend. Die Kantone sind darüber hinaus durch die Garantie der Versorgungssicherheit in die Verantwortung eingebunden.

Beim Bund sieht dies etwas anders aus. Hier wird alle vier Jahre festgelegt, welche Summe für die Prämienverbilligung eingesetzt wird (für 2002 z.B. 3,4 Milliarden Franken). Die Festlegung ist somit vom politischen Kräftespiel abhängig (auch wenn dies bis heute noch keine nennenswerte Rolle gespielt hat). Die Subventionssumme wird nach einem Schlüssel, der die Wohnbevölkerung, die Finanzkraft sowie die Prämienhöhe berücksichtigt, auf die Kantone verteilt. Ausgangspunkt für die Kantone ist der zugeteilte Bundessubventionsbetrag. Kürzen sie ihren Beitrag – zugelassen ist eine Kürzung bis maximal 50 Prozent, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist –, dann kürzt sich der Bundesbeitrag um denselben Prozentsatz. Im Jahr 2001 betrug der durchschnittliche Kürzungssatz 20,7 Prozent (15 Kantone mit Kürzungen, davon vier mit einer Kürzung von 50 Prozent, 11 Kantone ohne Kürzungen). Dies bedeutet, dass die Bundessubventionen nur in Höhe von 80,3 Prozent beansprucht worden sind. Die Ursachen, warum die 11 Kantone nicht die vorgesehene Prämienverbilligung ausgeschüttet haben, sind empirisch nicht unter-

ABBILDUNG 1

Das Finanzierungssystem der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr 2000*



sucht. Es kann vermutet werden, dass die finanzielle Lage der Kantone eine Rolle gespielt hat. Darüber hinaus werden die meisten Kantone nicht über empirische Grundlagen verfügt haben, die die Auswirkungen der Reduktion der Prämienverbilligungen aufzeigen. Insgesamt haben aber die ausgeschütteten Prämienverbilligungen seit 1996 deutlich stärker zugenommen als die Höhe der Kopfpauschalen. In der zweiten Teilrevision des KVG wird das Parlament mit großer Wahrscheinlichkeit auf die mangelnde Zielerreichung reagieren und im Gesetz prozentuale Höchstprämienbelastungen vorschreiben (vgl. Abschnitt 5).

■ 4. Kopfpauschalen und Prämienverbilligung

Große kantonale Unterschiede bei den Kopfpauschalen

Die Versicherer sind in der obligatorischen Grundversicherung gezwungen, pro Kopf ihrer Versicherten eine einheitliche Pauschale zu verlangen (vgl. *Kasten 3*). Gesamtschweizerisch tätige Versicherer müssen für jeden Kanton einen eigenen Prämientarif verwenden, weil die OKP kantonal organisiert ist (Verbot der Quersubventionierung zwischen den Kantonen). Die Folge sind sehr unterschiedliche kantonale Kopfpauschalen (vgl. *Abbildung 2*). Die Mediankopfpauschale schwankt pro Jahr für eine erwachsene Person zwischen 2.076 Franken (Appenzell Innerrhoden) und 4.500 Franken (Genf)⁴.

Funktionsweise der Prämienverbilligungen

Kopfpauschalen können bei einkommensschwachen Haushalten dazu führen, dass die Prämienbelastung sehr groß wird, während

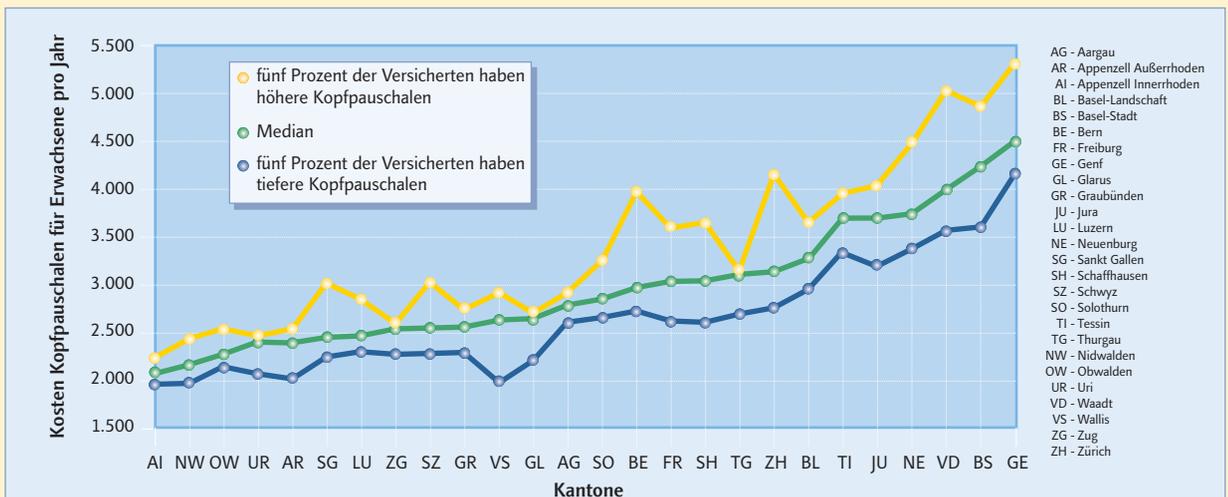
einkommensstarke Haushalte die Belastung kaum spüren. Die Durchschnittsprämie für Erwachsene lag im Jahr 2001 bei 2.676 Franken pro Jahr (bei Kindern bei 696 Franken), die Höhe der selbst zu tragenden Kosten bei 328 Franken, insgesamt also bei 3.004 Franken (BSV 2002). Dazu kommen noch Ausgaben für Leistungen, die nicht im Grundleistungspaket enthalten sind (bspw. Zahnbehandlungen, Krankentaggeld etc.). Ausgehend vom Median-Bruttojahreseinkommen von 65.000 Franken (BFS 2003), betrug die Median-Belastung für eine alleinstehende Person brutto rund 4.6 Prozent. Sobald mehrere Personen vom gleichen Einkommen leben müssen, steigt die Belastung an, weil pro Kopf weniger Einkommen zur Verfügung steht und zusätzlich auch für die weiteren Haushaltsmitglieder Kopfprämien bezahlt werden müssen.

Um die Belastung für einkommensschwache Haushalte zu reduzieren, wurde ein Prämienverbilligungssystem eingeführt, welches vom Bund mitfinanziert wird, in der Ausgestaltung und dem Vollzug aber Sache der Kantone ist. Daher gibt es heute 26 verschiedene Prämienverbilligungssysteme. Die unterschiedliche Ausgestaltung bezieht sich auf folgende Elemente (vgl. *Balthasar et al. 2001 und Balthasar 2001*):

- Als Bezugsgrößen werden unterschiedliche Einkommenskategorien gewählt (Bruttoeinkommen, Reineinkommen, steuerbares Einkommen).
- Die Prüfung der Anspruchsberechtigung und die Auszahlung der Prämienverbilligung erfolgt in fünf Kantonen aufgrund der jährlich einzureichenden Steuererklärung automatisch. In 19 Kantonen werden die Versicherten durch die Steuerbehörden

ABBILDUNG 2

Unterschiede bei den Kopfpauschalen für Erwachsene zwischen den Kantonen (2003)



Die vertikalen Linien zeigen die Kopfpauschalen von 90 Prozent der Versicherten in einem Kanton. Jeweils fünf Prozent liegen über bzw. unter dem angezeigten Wertebereich.

Quelle: BSV (2002, 96)

persönlich informiert, dass sie Anspruch auf eine Verbilligung haben. Gleichzeitig wird ihnen ein Antragsformular zugesandt, welches sie ausfüllen und zurücksenden müssen. Zwei Kantone schließlich werden von sich aus nicht aktiv. Hier müssen die Versicherten sich selbst informieren und ein entsprechendes Antragsformular besorgen.

- Die Berechnung der Höhe der Prämienverbilligung richtet sich in 14 Kantonen nach einem Prozentmodell. Hier wird eine maximale Prämienbelastung in Prozent des Einkommens festgelegt. Wird die Grenze überschritten, so besteht ein Anspruch auf Verbilligung. 12 Kantone wenden ein Stufenmodell an, indem sie Einkommensklassen bilden und pro Einkommensklasse und Versicherten einen fixe Verbilligungssumme ausschütten (degressiv). Angewendet wird bei Verheirateten eine Haushalts- und nicht eine Individualbetrachtung (wie bei der Steuerbemessung auch).
- In neun Kantonen kann jederzeit ein Antrag eingereicht werden, in zwei Kantonen jährlich zusammen mit der Steuererklärung und in 15 Kantonen zu einem festen Termin im Jahr.
- In 14 Kantonen wird die Prämienverbilligung an die Versicherer ausbezahlt, welche ihrerseits den Versicherten eine tiefere Prämie in Rechnung stellen. 12 Kantone schütten ihre Verbilligung direkt an die Versicherten aus.

Wesentlich für das Funktionieren der Prämienverbilligung ist in allen Kantonen die Möglichkeit, sich auf die Angaben des Steuersystems abzustützen. Zum einen wird davon ausgegangen, dass die resultierende Steuerbelastung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit tatsächlich abbildet. Zum anderen ist für jede erwachsene versicherte Person und jedes Kalenderjahr eine neue Steuererklärung verfügbar, die eine erneute Beurteilung des Anspruchs auf Prämienverbilligung erlaubt. Im Jahr 2001 bezogen 33 Prozent der Versicherten eine Prämienverbilligung. Die durchschnittliche jährliche Verbilligung betrug pro Berechtigtem 1.118 Franken (BSV 2002, 101ff.).

Wirkungen der Prämienverbilligungen

Der Bundesrat sprach anfangs der 1990er Jahre davon, dass er eine Prämienbelastung von acht Prozent des Einkommens als tragbar erachten würde. Der genannte Grenzwert wurde dann aber bewusst nicht in die Gesetzgebung aufgenommen und ist daher heute nicht verbindlich. Balthasar (2001) evaluierte die Wirksamkeit der Prämienverbilligung anhand von typisierten Fallbeispielen in allen Kantonen und überprüfte, ob die vom Bundesrat genannte Zielvorstellung erreicht wurde. Er kommt zu dem Schluss, dass nicht alle Kantone bei allen Haushaltsformen die Vorgabe erfüllen. Weiter kritisiert er die große Heterogenität zwischen den Kantonen und schlägt verschiedene Vereinheitlichungen vor (im Antragsystem, beim Einbezug des Vermögens, bei der Zahlung der Verbilligung an den Versicherer etc.).

KASTEN 3

Eckpunkte der Prämiengestaltung

- Die Versicherer müssen für ihre Versicherten – unterschieden nach drei Gruppen – dieselbe Kopfprämie verlangen. Die Gruppen sind: Kinder bis 18 Jahre, junge Erwachsene zwischen 19 und 25 Jahren sowie Erwachsene ab 26 Jahren. Die Prämien können sich zwischen den Kantonen und innerhalb des Kantons zwischen maximal drei Regionen unterscheiden.
- Die Versicherten werden an den Kosten durch drei Maßnahmen beteiligt: (a) Sie wählen eine Franchise. Versicherte, welche Krankheitskosten verursachen, haben sie bis zur Höhe der Franchise selbst zu bezahlen. Die ordentliche Franchise beträgt seit Januar 2004 300 Franken für Erwachsene und 0 Franken für Kinder. Frei wählbar sind Franchisen von 400, 600, 1200 und 1500 Franken für Erwachsene und 150, 300 und 375 Franken für Kinder. (b) Gehen die Kosten über die Franchisegrenze hinaus, dann ist bis zu einem maximalen jährlichen Selbstbehalt von 600 Franken eine Beteiligung von zehn Prozent zu übernehmen. (c) Bei Spitalaufenthalten wird dem Versicherten ein Taggeld von zehn Franken in Rechnung gestellt.
- Die Versicherer können für Wahlfranchisen, welche über 300 Franken hinausgehen, Prämienrabatte gewähren. Im Gesetz sind die maximalen Rabatte festgelegt.
- Die Prämien müssen jedes Jahr dem Bundesamt für Sozialversicherung zur Genehmigung vorgelegt werden.
- Bund und Kantone verbilligen die Prämien für einkommensschwache Haushalte.

Künzi/Schärer (2003) untersuchten erstmals für die Schweiz die Verteilung der Prämienverbilligungen nach Haushaltstypen und Einkommensquintilen. Sie stellten etwas überraschend fest, dass Prämienverbilligungen auch an das vierte und fünfte Einkommensquintil – also auch an hohe Einkommen – ausbezahlt werden. Dies weist darauf hin, dass die verwendeten Verbilligungssysteme noch zu wenig zielgerichtet wirken.

■ 5. Reformen

Nachdem im Mai 2003 eine Volksinitiative der Sozialdemokraten, die eine Umstellung der Finanzierung von Kopfpauschalen auf einkommensabhängige Beiträge vorgesehen hätte, vom Volk abgelehnt worden ist, konzentriert sich die Reformdiskussion auf die zweite Teilrevision des KVG. Diese dürfte im Frühjahr 2004

vom Parlament definitiv beschlossen werden. Im Wesentlichen wird sie folgende Veränderungen bringen:

- Krankenhausfinanzierung: Abkehr von der Pauschalfinanzierung pro Tag hin zu einer pauschalen Leistungsabgeltung. Einrechnung der Investitionsbeiträge in die Pauschalen.
- Prämienverbilligung: Festlegung von maximalen prozentualen Belastungssätzen durch die Kopfpauschalen, die nicht überschritten werden dürfen (je nach Einkommen zwischen vier und 12 Prozent des Einkommens).
- Kontrahierungszwang: Moderate und schrittweise Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern.
- Managed Care: Präzisere Umschreibung der Versicherungsformen, die als Managed-Care-Modelle gelten können (und damit höhere Prämienreduktionen weitergeben können); Einführung eines Zwangs zum Angebot solcher Modelle.
- Kostenbeteiligung: Erhöhung der Kostenbeteiligung von zehn auf 20 Prozent, sofern man nicht einem Managed-Care-Modell angeschlossen ist.

Wesentliche Reformvorschläge werden somit auch in der zweiten Teilrevision nicht aufgegriffen und auf eine dritte Teilrevision, die wohl kaum vor 2010 in Kraft treten wird, verschoben. Dazu gehört insbesondere die Ergänzung des Risikostrukturausgleichs mit Morbiditätsfaktoren sowie die Abschaffung der preisverzerrenden Subventionierung stationärer Aufenthalte durch die öffentliche Hand (Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung aus der Hand der Versicherer). Andere Reformschritte werden nur halbherzig umgesetzt (z.B. die teilweise Aufhebung des Kontrahierungszwangs).

■ 6. Diskussion

Die schweizerischen Erfahrungen mit dem KVG sind für die laufenden Diskussionen in Deutschland interessant, weil die Ausgestaltung des KVG weitgehend den geäußerten Vorstellungen einer Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen entspricht. Es lässt sich festhalten:

- Der private Zusatzversicherungsbereich wurde in der Schweiz durch die Bürgerversicherung nicht verdrängt, im Gegenteil. Dies hat vor allem auch damit zu tun, dass bereits vor der Reform fast die ganze Bevölkerung die Grundversicherung abgeschlossen hatte. Je größer der Anteil der vor der Einführung der Bürgerversicherung ausschließlich privat Versicherten ist, desto größer dürften die ausgelösten Verschiebungen von den Privatversicherungen zur Grundversicherung sein. Das Zusatzversicherungsgeschäft beträgt rund ein Drittel des Volumens der Grundversicherung.
- Die Kopfpauschalen sind hinsichtlich der Dimension Arm-Reich grundsätzlich ein unsolidarisches Finanzierungsinstru-

ment (nicht aber hinsichtlich der Dimension Krank-Gesund). Dies wird in der Schweiz durch steuerfinanzierte Zuschüsse, die rund ein Drittel der Kosten ausmachen, teilweise kompensiert. Kopfpauschalen sind somit nicht a priori unsolidarischer als einkommensabhängige Prämien (vgl. *Spycher 2003*). Bei den Kopfpauschalen kommt es auf das Ausmaß und die Zielgerichtetheit der zusätzlichen Steuerfinanzierung an. Bei den einkommensabhängigen Prämien hängt das Ausmaß der Solidarität vom Versichertenkreis, der Vollständigkeit der Bemessungsgrundlage (alle Einkommensarten) sowie davon ab, wie stark der Zugriff auf das Einkommen ist.

- Das System der Prämienverbilligungen ist funktionstüchtig, bestätigt aber in seiner heutigen Form teilweise die Befürchtungen, die in Deutschland gehegt werden. Die Prämienverbilligungen sind nicht in allen Kantonen gleich wirksam. Dies ist zum einen auf das Sparverhalten der kantonalen Parlamente und Regierungen bei der Ausschöpfung der für die Verbilligungen vom Bund zur Verfügung gestellten Mittel, zum anderen aber auch auf die unterschiedlich hohen kantonalen Kosten zurückzuführen. Die Verbilligungen sind zudem auch darum nicht vollständig zielgerichtet, weil sie sich auf das Steuersystem stützen und somit auch von allen zugelassenen Steuerabzügen abhängig sind. Die Abzugsmöglichkeiten dürften allerdings in der Schweiz etwas weniger groß sein als in Deutschland.
- Die Kosten steigen in der Schweiz trotz Kopfpauschalen und Bürgerversicherung ungebrochen und stark weiter. Dies hat allerdings nichts mit den erwähnten Ausgestaltungselementen, sondern mit anderweitigen Konstruktionsmängeln des KVG (mangelhaft ausgestalteter Risikostrukturausgleich, Kontrahierungszwang, Subventionierung der Krankenhäuser durch die öffentliche Hand etc.) zu tun. Diese führen dazu, dass der Wettbewerb nur unzureichend und verzerrt funktioniert. Die Kopfpauschalen sind darüber hinaus nicht demographieresistent.

Sind die schweizerischen Erfahrungen mit den Kopfpauschalen, den Prämienverbilligungen und einer Bürgerversicherung eher ein abschreckendes Beispiel oder haben sie Vorbildcharakter? Die Erfahrungen sind in mancher Hinsicht lehrreich, bestätigen aber teilweise die Befürchtungen, die in Deutschland gehegt werden. Die zweite Teilrevision des KVG wird insbesondere bei den Prämienverbilligungen substantielle Fortschritte bringen. Somit gilt es festzuhalten, dass nicht mit einer Entscheidung für das eine (Kopfpauschalen und Prämienverbilligungen) oder andere (einkommensabhängige Prämien) System alle Probleme gelöst werden können, sondern dass es auf die Konsequenz der Ausgestaltung ankommt. ♦

Fußnoten

- 1 Kopfpauschalen gab es in der Krankenversicherung seit der Einführung 1914. Allerdings konnten sie vor 1996 nach Alter und Geschlecht differenziert werden, womit man korrekterweise eher von (teilweise) risikogerechten Prämien sprechen muss. Einheitliche Kopfpauschalen, so wie sie derzeit in Deutschland diskutiert werden, gibt es erst seit 1996.
- 2 Die Versicherung heisst in der Schweiz nach Gesetz «Obligatorische Krankenpflegeversicherung» und wird daher mit OKP abgekürzt. Da in Deutschland sowohl eine Krankenversicherung wie eine Pflegeversicherung besteht, wird – um Verwechslungen auszuschliessen – von der «obligatorischen Krankenversicherung» gesprochen.
- 3 Interessanterweise hat seit 1996 die Zahl der Grundversicherer um 41 Prozent abgenommen. Dafür sind mehrere Ursachen ausschlaggebend. Im Zentrum steht aber sicher der mangelhaft ausgestaltete Risikostrukturausgleich.
- 4 Allerdings verbergen sich hinter diesen Preisdifferenzen auch unterschiedliche Gesundheitssysteme. Der Kanton Genf ist bspw. dafür bekannt, dass die Dichte der stationären Versorgung ausgesprochen hoch ist (vgl. Rüefli/Vatter 2001 und Haari 2001 für eine Analyse der interkantonalen Kostenunterschiede).

Literatur

- Balthasar A (2001):** Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2000. Beiträge zur sozialen Sicherheit, 2/01. Zu bestellen über verkauf.zivil@bbl.admin.ch (Bestellnummer: 318.010.2/01 d).
- Balthasar A/Bieri O/Furrer C (2001):** Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung. Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Ausserrhoden. Beiträge zur sozialen Sicherheit, 5/01. Zu bestellen über verkauf.zivil@bbl.admin.ch (Bestellnummer: 318.010.5/01 d).
- BFS Bundesamt für Statistik (2003):** Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2002: Löhne immer flexibler. Pressemitteilung, 18.11.2003, Neuenburg.
- BPV Bundesamt für Privatversicherungswesen (2002):** Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz 2001. Zu bestellen über verkauf.zivil@bbl.admin.ch.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2001):** Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz. Synthesebericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit, 16/01. Zu bestellen über verkauf.zivil@bbl.admin.ch. Download: http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01121701_synthesebericht.pdf
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2002):** Statistik über die Krankenversicherung 2001. Zu bestellen über verkauf.zivil@bbl.admin.ch (Bestellnummer 318.916.01 d). Herunterladen: http://www.bsv.admin.ch/kv/statistik/d/KV_2001_d.pdf
- Felder S/Kifmann M(2003):** Kurz- und langfristige Folgen einer Bürgerversicherung. Arbeitspapier der Otto-von-Guerike-Universität Magdeburg.
- Haari R (2001):** Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 15. Zu bestellen über verkauf.zivil@bbl.admin.ch (Bestellnummer 318.010.15/01 d).
- Jacobs K (2003):** Bürgerversicherung oder Kopfprämien: Neues Denken statt alter Dogmen, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 9/03, 42-48.
- Knapp E/Arnold R (2003):** Pauschalprämien zur Kassenfinanzierung: Kein Rückschritt für Familien, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 3/03, 54-58.
- Künzi K/Schärer M (2003):** Wer zahlt wie viel in das System der Sozialen Sicherheit und wer erzielt welche Einnahmen? Eine Inzidenzanalyse der Sozialtransfers in der schweizerischen Einkommens- und Verbraucherhebung 1998. Provisorischer Schlussbericht (kilian.kuenzi@buerobass.ch).
- Langer B/Pfaff M/Pfaff A (2003):** Kopfprämien zur Finanzierung der GKV? Eine gesundheitspolitische Bewertung, in: *Jacobs Klaus, Bernhard Langer, Anita B. Pfaff und Martin Pfaff (2003): Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung.* Diskussionspapier der Friedrich Ebert Stiftung, Bonn.
- Leu/Eisenring C/Nocera S/Schellhorn M (1999):** Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. *interpharma*, Basel.
- Leu R/Hill S (2002):** Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg. *interpharma*, Basel.
- Pfaff A/Pfaff M/Kern A/Langer B (2003):** Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland. Diskussionspapier der Universität Augsburg, Nr. 246.
- Rüefli C/Vatter A (2001):** Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 14. Zu bestellen über verkauf.zivil@bbl.admin.ch (Bestellnummer 318.010.14/01 d).
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003):** Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität – Gutachten 2003. Berlin. <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>
- Schneider W (2003):** Kopfprämien zur Kassenfinanzierung: Ein Rückschritt für Familien, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 3/03, 42-48.
- Spycher S (2002):** Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Spycher S (2003):** Kopfprämien oder einkommensabhängige Prämien. Überlegungen aus schweizerischer Sicht, in: *Die BKK*, 6/2003, 287-294.
- Wasem J/Gress S/Rothgang H (2003):** Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Perspektive für die Zukunft? Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Arbeitspapier Nr. 7/2003.

DER AUTOR



Dr. rer. pol. Stefan Spycher

studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Bern, Basel und Bonn. 1992 gründete er mit zwei Partnern das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) in Bern, welches in den Bereichen Gesundheit, Sozialpolitik, Arbeit sowie Gleichstellung von Frau und

Mann Auftragsforschungen betreibt (www.buerobass.ch). Forschungsschwerpunkte des Autors waren in den letzten Jahren der Risikostrukturausgleich, die Finanzierung der Krankenversicherung, die ökonomischen Kosten von HIV/Aids sowie die interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung.