



der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP

Zahlen plus Fakten

zu Organisation, Leistungen, Finanzierung und Kosten



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri



Das «Plus2 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» mit der Familie Santi

Liebe Leserin, lieber Leser

Wollen Sie sich beruflich oder privat vertiefter mit Fragen der Krankenversicherung auseinandersetzen? Möchten Sie mehr wissen zu Organisation, Leistungen, Finanzierung und Kosten? «Plus2» liefert Ihnen die entsprechenden Zahlen plus Fakten.

«Plus 2» richtet sich mit seinen detaillierten Informationen insbesondere an Medienschaffende und politisch Aktive sowie gesundheitspolitisch interessierte Laien und Fachleute. Es stellt damit eine ideale Ergänzung dar zum beliebten «1×1 der Krankenversicherung», welches das breite Publikum in die Welt der obligatorischen Grundversicherung einführt.

Im Zentrum der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steht die versicherte Person – aus diesem Grunde auch im «Plus2». Stellvertretend für alle Versicherten wirft die Familie Santi Fragen auf und begleitet so Leserinnen und Leser durch die Broschüre. Die Präsenz der Familie Santi erinnert daran, dass jede Reform am System, jeder noch so kleine Eingriff der Politik früher oder später positive oder negative Wirkungen auf die Versicherten, die Patienten bzw. uns alle hat.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre von «Plus2» und hoffen, mit der Broschüre etwas zum besseren Verstehen des nicht ganz einfachen Gesundheitswesens beizutragen.

Grundsätze und Organisation

Leistungen und Leistungserbringer

Finanzierung

Kosten

Versicherungsformen

Editorial



*Ständerat
Christoffel Brändli*

Einleitung in das Plus2

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung besteht nun in der Schweiz schon seit mehr als zehn Jahren und hat sich dabei in vielen Bereichen bewährt. So hat heute bei Krankheit jedermann Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung, ohne selbst ein finanzielles Risiko einzugehen. Damit gewährleistet die Krankenversicherung die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Zusätzlich erlaubt die individuelle Prämienverbilligung auch die Solidarität zwischen wohlhabenden und wirtschaftlich schwächeren Mitgliedern unserer Gesellschaft.

Trotz dieser Errungenschaften rufen uns die jährlichen Prämienerböhrungen stets wieder in Erinnerung, dass unser gutes Gesundheitswesen auch einen stolzen Preis hat. Der technische und medizinische Fortschritt, die Alterung der Bevölkerung, die sich verän-

dernden Krankheitsbilder sowie die ständig steigenden Ansprüche an das Gesundheitswesen treiben die Kosten zu Lasten der Krankenversicherung weiter in die Höhe. Dies strapaziert die finanziellen Ressourcen der Bürgerinnen und Bürger, welche monatlich ihre Krankenversicherungsprämien bezahlen müssen.

Die Politik hat schon einige Reformen zwischen mehr Wettbewerb und sozialer Sicherheit eingeleitet. Diese sollen sowohl die Kostensteigerung bremsen, als auch die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität der medizinischen Leistungen steigern. Die Versorgungssicherheit wird dadurch nicht gefährdet. Die neue, leistungsabhängige Spitalfinanzierung und auch die Pflegefinanzierung sind Beispiele. Weitere Massnahmen für mehr Transparenz und Qualität

sind jedoch notwendig. Wer im komplexen Gesundheitswesen nachhaltige Veränderungen herbeiführen will, braucht ein umfassendes Verständnis der Zusammenhänge. Für all diese Personen empfiehlt sich die Lektüre der vorliegenden Broschüre. Sie vermittelt in kurzer und doch profunder Art unentbehrliches Grundwissen über die obligatorische Krankenversicherung.



Christoffel Brändli

Ständerat

Grundsätze und Organisation

Leistungen und Leistungserbringer

Finanzierung

Kosten

Versicherungsformen



*«Wer bestimmt,
was mit der
Krankenver-
sicherung
geschieht?»*

1. Rechtliche Grundlagen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) findet ihre Existenzberechtigung in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999. Darin wird dem Bund die Aufgabe übertragen, Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung zu erlassen.

Gleichzeitig erhält der Bund die Kompetenz, die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

Auf dem Hintergrund dieses Verfassungsauftrages erliess die Bundesversammlung das aktuelle Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994. Dieses Gesetz regelt seit 1996 die soziale Krankenversicherung, welche die OKP und die freiwillige Taggeldversicherung umfasst und zu den

10 Bundessozialversicherungen gehört. Auch der allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der anfangs 2003 in Kraft getreten ist, enthält verschiedenen Bestimmungen, die für die Krankenversicherung massgebend sind.

Der Bundesrat regelt die Umsetzung des KVG in diversen Verordnungen, wie zum Beispiel:

- in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) vom 27. Juni 1995

- in der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) vom 12. April 1995

- in der Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK) vom 7. November 2007

- in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002

Die Zusatzversicherungen in der Krankenversicherung unterstehen im Gegensatz zur OKP nicht dem Sozialversicherungsrecht, sondern dem Privatrecht bzw. dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und sind freiwilliger Natur.

Rückblick:

Was war vor 1996?

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) löste 1996 das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) ab, welches während rund 85 Jahren das Wesen der Krankenversicherung prägte. Dieses trat 1911 in Kraft, nachdem am 20. Mai 1900 die so genannte *Lex Forrer* vor dem Volk scheiterte.

Die *Lex Forrer* sah die gesamtschweizerische Einführung einer nach bismarckschem Vorbild gestalteten obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung vor.

Im Gegensatz zur *Lex Forrer* schuf das KUVG eine Krankenversicherung auf freiwilliger Basis. Mit der Durchführung der Krankenversicherung betraut wurden private oder öffentliche Krankenkassen. Das Gesetz wurde 1964 einer Totalrevision unterzogen.

Das KUVG liess nach dem Eintrittsalter abgestufte Prämien zu. Nicht gewährleistet war die Freizügigkeit. So durften die Krankenkassen Vorbehalte wegen bestehenden Erkrankungen anbringen und konnten den Versicherten ab einem bestimmten Lebensalter die Aufnahme verweigern. An Stelle der heutigen Prämienverbilligung für die Versicherten richtete der Bund den Krankenkassen direkt Beiträge aus.

2. Prinzipien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung stützt sich auf vier elementare Prinzipien ab: Versicherungspflicht, Solidarität, Wahlfreiheit und der garantierte Zugang zu den Leistungen.

Im Gegensatz zu anderen Sozialversicherungen wird die soziale Krankenversicherung von einer grossen Zahl privater Gesellschaften (Krankenversicherer) durchgeführt. Diese sind verpflichtet, beide Elemente der sozialen Krankenversicherung, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und die freiwillige Taggeldversicherung anzubieten. Die meisten Versicherer richten allerdings nur minimale Tagelder aus und führen die Taggeldversicherung im Übrigen nach den Regeln des Privatversicherungsrechts durch.

Die Organisation der Krankenpflegeversicherung beruht auf vier elementaren Grundsätzen:

■ *Versicherungspflicht:*

Die Krankenpflegeversicherung ist für die gesamte Bevölkerung obligatorisch.

Gleichzeitig sind alle Krankenversicherer dazu verpflichtet, Antrag stellende Personen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand oder ihrem Alter, d. h. unabhängig jeglichen Risikos in die Grundversicherung aufzunehmen.

■ *Solidarität:*

Die Ausgestaltung der OKP gewährleistet die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jung und Alt, zwischen Mann und Frau sowie bis zu einem

gewissen Grad zwischen Personen mit unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnissen.

■ *Garantierter Zugang zu den Leistungen:*

Die OKP stellt im Krankheitsfall den Zugang aller Versicherter zum Grundleistungskatalog sicher.

■ *Wahlfreiheit:*

In der OKP können die Versicherten die Krankenversicherer frei wählen.

3. Versicherungspflicht

Die Krankenpflegeversicherung ist obligatorisch. Anders als bei fast allen weiteren Sozialversicherungen entsteht die Zugehörigkeit aber nicht automatisch. Bei Zuzug und Geburt muss man der Krankenversicherung aus eigenem Ansporn beitreten.

Innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme oder Geburt in der Schweiz müssen alle Personen aus eigenem Antrieb einem Krankenversicherer beitreten. Minderjährige sind durch die gesetzlichen Vertreter zu versichern. Die Versicherer sind gehalten, jede versicherungspflichtige Person aufzunehmen, sofern diese im örtlichen Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnhaft ist. Erfolgt der Versicherungsbeitrag rechtzeitig, gilt die Versicherungsdeckung rückwirkend ab Geburt oder

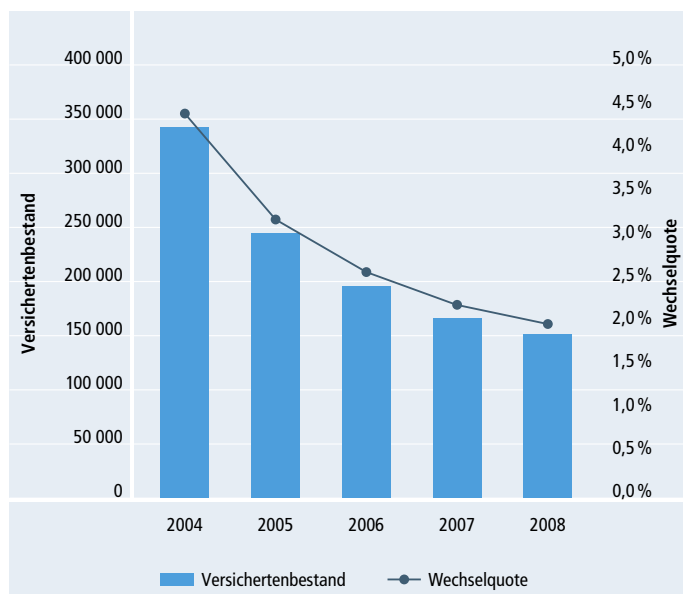
Wohnsitznahme. Bei verspätetem Beitritt gibt es keinen rückwärtigen Versicherungsschutz und die versicherte Person muss zur Strafe einen zeitlich beschränkten Prämienzuschlag bezahlen.

3.1 Kompetenzen der Kantone

Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht. Sie informieren die Bevölkerung über das Versicherungsobligatorium und

weisen Personen, welche der Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu. Die Kantone entscheiden auch über Anträge auf Befreiung von der Versicherungspflicht. Der Bundesrat kann nämlich Ausnahmen vorsehen, z. B. für Personen die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten. Die Ausnahmen sind in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) abschliessend aufgeführt.

Kassenwechsel 2004–2008



3.2 Wechsel der Versicherung

Den Versicherten steht es frei, die Grundversicherung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist jeweils auf das Ende eines Kalendersemesters zu wechseln. Verfügt der Versicherte jedoch über eine Wahlfranchise oder hat er ein alternatives Versicherungsmodell abgeschlossen, wird ein Wechsel nur auf Ende Jahr möglich. Auch bei Mitteilung einer neuen Prämie kann der Versicherte die Kasse wechseln, und zwar auf das Ende des Monats, welcher der neuen Prämie vorangeht. Die Kündigungsfrist beschränkt

sich dabei auf einen Monat. Der Wechsel innerhalb der Grundversicherung ist nur möglich, wenn die betreffende Person keine Zahlungsausstände beim bisherigen Ver-

sicherer hat und ohne Unterbrechung über einen Versicherungsschutz verfügt, d.h. wenn sie bei einem Wechsel bereits über einen neuen Versicherer verfügt.

Die OKP-Deckung endet nur mit dem Wegzug ins Ausland oder mit dem Tod der versicherten Person.

Wie rege nutzen die Versicherten die Gelegenheit, die Krankenversicherung zu wechseln?

Umfragen von Markt- und Meinungsforschungsinstituten zeigen, dass die Wechselquote in den Jahren seit 2004 von 4,6% (350 000 Versicherte) auf 2,0% (150 000 Versicherte) gesunken ist.¹ Diese tiefe Quote hat verschiedene Ursachen: Tradition, Zufriedenheit mit den Dienstleistungen des Versicherers, ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis und Bequemlichkeit.

¹ Quelle: www.comparis.ch

4. Organisation der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Wird die gesamte Organisation der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) analysiert, interessieren neben der Rolle der Versicherer besonders auch die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG, die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung sowie die Abwicklung der Aufsicht und Statistik.

4.1 Versicherer

Die OKP kann entweder durch Krankenkassen oder private Versicherungsunternehmungen durchgeführt werden. Letztere haben aber bisher darauf verzichtet.

Das Gesetz definiert Krankenkassen bzw. Krankenversicherer als juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, welche keinen Erwerbs-

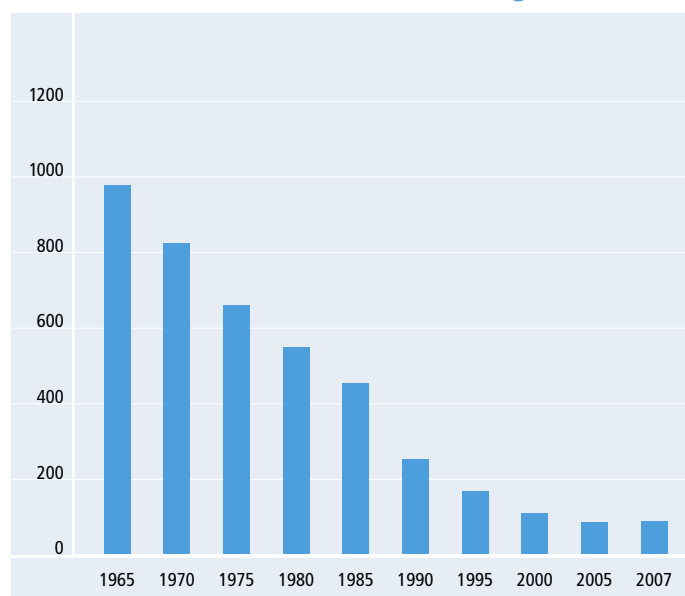
zweck verfolgen, zur Hauptsache die soziale Krankenversicherung anbieten und vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) als solche anerkannt sind. Dementsprechend können sich die Krankenversicherer als Vereine, Stiftungen, Genossenschaften oder Aktiengesellschaften organisieren. Ein Krankenversicherer darf neben der sozialen Krankenversicherung auch Zusatzversicherungen

anbieten. Erfüllt ein Krankenversicherer all diese Bedingungen, erteilt ihm das EDI die Bewilligung zur Durchführung der OKP.

Im Jahr 2007 waren in der Schweiz 87 Krankenversicherer tätig. Davon sind zahlreiche Versicherer in Gruppen zusammengeschlossen, die unter gleicher Leitung stehen. 1996 gab es in der Schweiz noch 146 Krankenversicherer, vor 40 Jahren waren es noch fast 1000 Versicherer. Nach diesem Konzentrationsprozess hat sich die Zahl der Versicherer seit 2002 etwas stabilisiert. Von den 87 Kassen im Jahr 2007 waren weniger als 30 gesamtschweizerisch tätig. Die fünf grössten Versicherer deckten über 55% aller Versicherten in der Schweiz ab.

Der rasche Konzentrationsprozess ist vor allem die Folge der zunehmenden Dichte an gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften und Auflagen, aber noch mehr der wachsenden Anforderungen in den Bereichen Informatik, Statistik und den steigenden Ansprüchen bei Beratung und Dienst-

Anzahl Krankenversicherer – Entwicklung seit 1965



Quelle: santésuisse

leistungen. Hinzu kommt der Wettbewerb unter den Versicherern, der mit der Einführung der vollen Freizügigkeit verschärft worden ist.

4.2 Branchenverband santésuisse

Praktisch sämtliche Krankenversicherer sind dem Branchenverband santésuisse angeschlossen, der die Interessen der Branche gegenüber der Politik und Verwaltung wahrnimmt, einen wichtigen Beitrag bei der Erhebung und Auswertung von Daten und Zahlen sowie der statistischen Analyse leistet und diverse Dienstleistungen im Auftrag seiner Mitglieder erbringt.

4.3 Gemeinsame Einrichtung KVG

Bestimmte Aufgaben in der schweizerischen Krankenversicherung können die Krankenversicherer bzw. deren Verbände nicht selber lösen,

sondern sind nur gemeinsam zu bewältigen. Der Gesetzgeber sah deshalb mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) per 1. Januar 1996 eine so genannte gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung vor (Art. 18 KVG). Für die Gründung der «Gemeinsamen Einrichtung KVG» zeigten sich das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (heute der Branchenverband santésuisse) sowie die Schweizerische Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherer (heute Schweizerischer Versicherungsverband SVV) verantwortlich. Die Organe der Stiftung setzen sich aus dem Stiftungsrat (4 Mitglieder von santésuisse und 1 Mitglied von SVV), der Geschäftsstelle und der Revisionsstelle zusammen. Die Geschäftsstelle befindet sich in Solothurn. Parlament, Bundesrat, Versicherer oder gegen Entschädigung auch die Kantone können der Gemeinsamen Einrichtung KVG Aufgaben übertragen.

Die von der Stiftung generierten Verwaltungskosten finanzieren die Krankenversicherer, indem sie pro versicherte Person einen Beitrag erheben. Der Bund bezahlt lediglich die Kosten für Aufgaben im Bereich der internationalen Koordination Krankenversicherung. Delegieren die Kantone der Gemeinsamen Einrichtung KVG Aufgaben, müssen sie die dadurch entstehenden Kosten begleichen.

4.4 Gesundheitsförderung

Die Krankenversicherer haben den gesetzlichen Auftrag (Art. 19 KVG), die Gesundheit zu fördern und zusammen mit den Kantonen eine «Institution zur Förderung der Gesundheit» zu betreiben. Gegründet wurde schliesslich die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz», finanziert durch einen jährlichen Prämienzuschlag von CHF 2.40 pro versicherte Person in der OKP (Stand 2008). Die Aufsicht obliegt dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Die Stiftung konzentriert sich zur effizienten Anwendung ihrer begrenzten Mittel auf zentrale Probleme der Volksgesundheit und hat sich dazu drei Kernthemen auf die Fahne geschrieben:

- *Gesundheitsförderung und Prävention*
- *Gesundes Körpergewicht*
- *Psychische Gesundheit – Verringerung stressbedingter Krankheitsfolgen*

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Aufgabe (Stand 1. Januar 2008)	Zuweisung durch
Internationale Koordination der Krankenversicherung	Parlament/Bundesrat/Kantone
Risikoausgleich	Parlament
Umverteilung von Reserven	Parlament/Bundesrat
Rückerstattung Mehreinnahmen der Pharmaindustrie	Bundesrat
Kostenübernahme an Stelle zahlungsunfähiger Versicherer	Parlament
Kollektive Vergünstigungen	BAG

Quelle: www.kvg.org (Website der Gemeinsamen Einrichtung KVG)

4.5 Aufsicht und Statistik

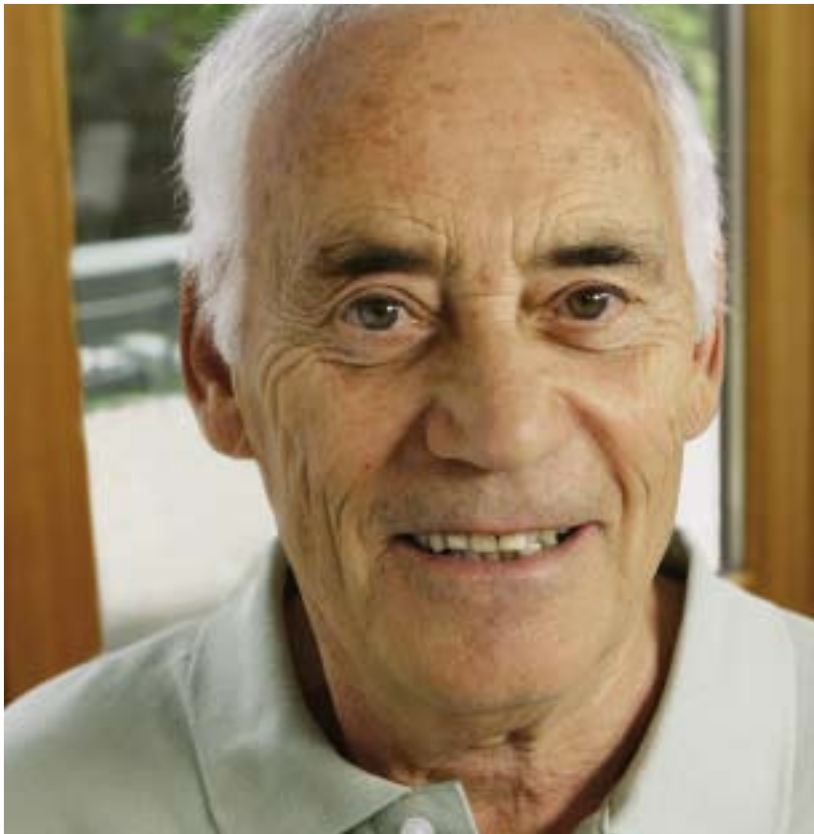
Die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung ist im KVG geregelt. Nach Artikel 21 KVG überwacht der Bundesrat die Durchführung der Krankenversicherung. Er hat diese Aufgabe dem BAG übertragen. Das BAG ist als Aufsichtsbehörde besorgt, dass die Krankenversicherer ihre Pflichten korrekt wahrnehmen. Das KVG stellt dem BAG die nötigen Instrumente für eine gründliche Kontrolle der Krankenversicherer sowie die Durchsetzung einer einheitlichen und transparenten Durchführung des KVG zur Verfügung. Das BAG kann Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen und von den Versicherern alle erforderlichen Auskünfte und Belege verlangen sowie jederzeit und unangekündigt Inspektionen (Audits) durchführen. Es ist

befugt, sich dabei Zugang zu allen als relevant erachteten Informationen zu verschaffen. Handelt eine Versicherung gesetzlichen Vorschriften oder Weisungen zuwider, kann das BAG je nach Schwere des Vergehens abgestufte Massnahmen ergreifen und die Öffentlichkeit darüber informieren.

Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG die im Rahmen der Versicherungstätigkeit anfallenden Daten zwecks Kontrolle der Kostenentwicklung, der Wirtschaftlichkeit, der kantonalen Prämienunterschiede usw. zu übermitteln. Das BAG sorgt dabei für die Veröffentlichung aller Kennzahlen je Versicherer.

In der Praxis hat sich eine Aufsicht herausgebildet, die auf folgenden **drei Säulen** beruht:

- **retrospektive Aufsicht**
und minutiöse Kontrolle der einzureichenden Betriebsrechnungen, Bilanzen und Geschäftsberichte der Versicherer für das zurückliegende Jahr.
- **unmittelbare oder aktuelle Aufsicht**
mittels Audits und Expertisen am Sitz der Krankenversicherer sowie die Überwachung der einheitlichen Anwendung des Bundesrechts.
- **prospektive Aufsicht**
durch das Prämien genehmigungsverfahren und die Überprüfung der Versicherungsangebote.



«Welche Leistungen bezahlt meine Kasse?»

5. Versicherte Leistungen

Entgegen ihrem Namen versichert die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht nur Leistungen bei Krankheit, sondern auch bei Mutterschaft und Unfällen. Letztere sind allerdings nur gedeckt, sofern die versicherte Person über keinen anderen obligatorischen oder privaten Versicherungsschutz verfügt. Bezahlt werden auch ausgewählte Massnahmen der medizinischen Prävention.

5.1 Leistungsvergütung

Grundsätzlich müssen in der OKP alle Krankenversicherer dieselben gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen übernehmen und dürfen darüber hinaus keine weiteren Leistungen vergüten. Ordnet beispielsweise ein Arzt Leistungen an, welche ausserhalb des Leistungskatalogs der OKP liegen, ist er verpflichtet, die Patienten und Patientinnen darauf hinzuweisen.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) müssen

sämtliche Leistungen in der Grundversicherung dem so genannten «WZW-Prinzip» entsprechen. Das heisst, Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachzuweisen ist. Theoretisch sollten die Leistungen der OKP vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) periodisch anhand der erwähnten Kriterien überprüft und gegebenenfalls vom Leistungskatalog ausgeschlossen werden – theoretisch darum, weil dies in der Praxis aufgrund feh-

lender Ressourcen beim BAG kaum stattfindet.

5.2 Umschreibung des Leistungsbereichs

Die Leistungen der OKP können grob in folgende Kategorien unterteilt werden:

Leistungen von Ärzten und Chiropraktoren:

Das KVG vergütet Untersuchungen, Behandlungen oder Pflegemassnahmen, welche von Ärzten oder Chiropraktoren durchgeführt werden.

Diese Leistungen sollten grundsätzlich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. In umstrittenen Fällen prüfen die Experten der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) die strittige Leistung und sprechen zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) eine Empfehlung für oder gegen eine Kostenvergütung aus. Der definitive Beschluss des EDI wird in den Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgenommen. Das EDI kann Leistungen auch nur unter bestimmten Auflagen oder mit einer zeitlichen Befristung der Kassspflicht unterstellen.

Nicht-ärztliche Leistungen:
Leistungen von Personen, die im ärztlichen Auftrag handeln, wie z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, ambulante Krankenpfleger etc. werden von der Krankenversicherung gemäss dem in der KLV genannten Umfang übernommen.

Leistungen im Spital:
Die Krankenversicherung deckt Spitalaufenthalte in der allgemeinen Abteilung eines so genannten Listenspitals des Wohnkantons. Ist eine ausserkantonale Hospitalisierung medizinisch notwendig, sind auch diese Leistungen versichert.

Ärztlich verordnete Produkte, Analysen, Arzneimittel:
Welche dieser Leistungen in welchem Umfang versichert sind, regelt das KVG in vier Positivlisten:

- *Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL):*
Enthält Mittel und Gegenstände für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Unfällen (z. B. Bandagen, Inhalationsgeräte, Verbandmaterial, Brillengläser usw.). Anpassungen erfolgen durch das EDI.
- *Analysenliste (AL):*
Führt in Laboratorien durchgeführte Analysen auf. Für Änderungen ist das EDI zuständig.
- *Arzneimittelliste mit Tarif (ALT):*
Liste der von Apotheken in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe. Anpassungen nimmt ebenfalls das EDI vor.
- *Spezialitätenliste (SL):*
Liste der pharmazeutischen Spezialitäten (Medikamente). Änderungen liegen in der Verantwortung des BAG.

Jegliche Änderungen der Listen müssen beim BAG beantragt werden. Eidgenössische Expertenkommissionen prüfen die Gesuche und geben Empfehlungen ab, worauf das EDI oder das BAG die definitiven Beschlüsse fassen.

Leistungen medizinischer Prävention:
Das KVG vergütet ärztlich durchgeführte oder angeordnete Untersuchungen der Prävention zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie vorsorgliche Massnahmen. Die konkreten Leis-

tungen sind in der KLV abschliessend aufgelistet.

Leistungen bei Mutterschaft und Geburt:
Neben der Geburt sind auch Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt versichert. Geburtsvorbereitungskurse, Stillberatung sowie Leistungen der Hebammen werden ebenfalls vergütet. Die Leistungen zur Mutterschaft sind in der KLV abschliessend aufgelistet.

Zahnärztliche Leistungen:
Die OKP vergütet zahnärztliche Behandlungen lediglich in folgenden drei Fällen:

- Die Behandlung steht im Zusammenhang mit schweren nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems.
- Die Behandlung ist bedingt durch eine schwere Allgemeinerkrankung.
- Die Behandlung ist zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung notwendig.

Die KLV erwähnt alle leistungspflichtigen Indikationen. Zahnfüllungen bei Karies oder Korrekturen von Zahnstellungen (Zahnspangen bei Kindern) sind nicht versichert.

Badekuren, Transport und Rettungskosten:
Die OKP beteiligt sich mit einem Beitrag an den Kosten

ärztlich verordneter Badekuren und medizinisch indizierter Krankentransporte sowie der Rettung von Personen in Lebensgefahr. Umfang der Leistungen sind in der KLV geregelt.

Leistungen im Ausland:
Sofern eine Rückkehr in die Schweiz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, sind Notfallbehandlung im

Ausland bis maximal zum doppelten Betrag, den die gleiche Behandlung in der Schweiz gekostet hätte, versichert. Andere medizinische Leistungen im Ausland sind grundsätzlich nicht durch die OKP gedeckt. Man spricht in diesem Zusammenhang vom Territorialitätsprinzip.

Komplementärmedizin

Die Komplementärmedizin umfasst eine Vielzahl von Methoden zur Feststellung, Behandlung oder Vorbeugung von Krankheiten und Störungen sowie zur Gesundheitsförderung. Komplementärmedizinische Methoden nehmen für sich in Anspruch, eine Ergänzung oder eine Alternative zur Schulmedizin anzubieten. Über eine private Zusatzversicherung haben schätzungsweise 70 Prozent der Bevölkerung Zugang zu komplementärmedizinischen Leistungen. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind seit dem 1. Juli 2005 nur noch die ärztliche Akupunktur und zahlreiche komplementärmedizinische Arzneimittel versichert. Weitere fünf komplementärmedizinische Methoden wurden zu diesem Zeitpunkt vom EDI aus dem Grundleistungskatalog entfernt, da sie die WZW-Kriterien nicht erfüllten. Es handelte sich dabei um die anthroposophisch erweiterte Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die traditionelle chinesische Medizin.

Dieser Entscheid des EDI entfachte eine öffentliche Diskussion rund um den Einbezug komplementärmedizinischer Methoden in die Grundversicherung. Das Volk hat mit der Abstimmung über die Volksinitiative «Ja zur Komplementärmedizin» das letzte Wort in dieser Frage.

6. Leistungserbringer

Die Zulassung sowie die freie Wahl der Leistungserbringer geben im Schweizer Gesundheitswesen häufig Anlass zu Diskussionen. Für Gesprächsstoff sorgen auch immer wieder die Vergütungsformen, *Tiers payant* oder *Tiers garant*, sowie die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenversicherer.

6.1 Zugelassene Leistungserbringer

Diverse Kategorien von Leistungserbringern dürfen ihre Tätigkeit unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ausüben. Krankenversicherungsgesetz (KVG) und -verordnung (KVV) zählen diese Kategorien auf und definieren gleichzeitig die Zulassungsbedingungen.

Ärzte und Ärztinnen sind beispielsweise erst zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und eine praktische Weiterbildung von mindestens zwei Jahren ausweisen. Damit ein Heilbad Patienten zu Lasten der Grundversicherung therapieren darf, muss es vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) als solches anerkannt werden. Dies ist der Fall, wenn es unter ärztlicher Aufsicht steht, zu Heilzwecken vor Ort be-

stehende Heilquellen nutzt, über das erforderliche Fachpersonal sowie die zweckentsprechenden diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen verfügt und nach kantonalem Recht zugelassen ist.

Grundsätzlich zeigen sich Ärzte, unter Einbezug der anderen Leistungserbringer, für die medizinische Grundversorgung verantwortlich. Die Kur in einem Heilbad

Zugelassene Leistungserbringer gemäss KVG und KVV

Folgende Leistungserbringer können mit entsprechender Zulassung ihre Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung abrechnen:

- Ärzte und Ärztinnen;
- Apotheker und Apothekerinnen;
- Chiropraktoren und Chiropraktorinnen;
- Hebammen;
- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Darunter fallen Physio- und Ergotherapeutinnen, Pflegefachleute, Logopädinnen sowie Ernährungsberaterinnen.
- Laboratorien;
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- Spitäler;
- Pflegeheime;
- Heilbäder;
- Transport- und Rettungsunternehmen;
- Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen;
- Geburtshäuser.

wird von der OKP nicht vergütet, wenn der Patient zuvor nicht einen Arzt konsultiert und dieser die Therapie verschrieben hat. Auch so genannte medizinisch-therapeutische Berufe (z. B. Ernährungsberater) und Berufe der spitalexternen Pflege, welche im KVG nicht abschliessend aufgeführt sind, können ihre Aktivitäten nur auf Anordnung des Arztes hin der Grundversicherung verrechnen. Der Arzt nimmt dabei eine Art Gatekeeper-Funktion wahr, indem er eine Therapie aufgrund einer Diagnose festlegt. Diese Regelung verhindert einen durch Selbstdiagnosen ausgelösten und über die Krankenversicherung finanzierten Therapie-Tourismus der Patienten. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Therapien und Behandlungen bleiben damit bis zu einem gewissen Grad gewährleistet.

6.2 Wahl des Leistungserbringers

Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Jedoch muss der Versicherer die Kosten ambulanter Behandlungen höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Wählt man beispielsweise seinen Hausarzt ausserhalb dieses Rayons, muss der Versicherte unter Umständen einen Teil der Kosten selbst berappen. Es besteht somit in der Schweiz mindestens in finanzieller Hinsicht keine uneingeschränkte Arztwahl. Auch unter den Spitälern können die Versicherten frei wählen, allerdings nur innerhalb des Wohnkantons. Abgesehen von Notfällen und medizinischen Notwendigkeiten entfällt bei ausserkantonalen Hospitalisationen näm-

lich die finanzielle Beteiligung des Kantons. Und auch die Versicherer müssen diese Kosten höchstens nach dem Tarif vergüten, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. So kann der ausserkantonale Spitalaufenthalt für den Versicherten einschneidende finanzielle Folgen haben. Ab 2012 sind die Kantone zumindest verpflichtet, auch Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte zu begleichen, allerdings höchstens nach dem Tarif, der im Wohnkanton gilt. Die meisten Krankenversicherer bieten aber Zusatzversicherungen an, welche vor und nach 2012 die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz ohne finanzielle Einschränkung gewährleisten.

6.3 Vergütung

Grundsätzlich gilt in der Schweiz das Prinzip des

Zulassungsstopp

Da die Höhe der Gesundheitskosten unter anderem mit der Ärztedichte zusammenhängt, wollte der Bundesrat als Bestandteil der KVG-Revision die Vertragsfreiheit einführen (siehe auch 6.4). Damit wäre es den Krankenversicherern möglich, mit den Leistungserbringern individuell über einen Vertragsabschluss zu verhandeln. Im Sinne der Versorgungssicherheit würden die Kantone den Versicherern vorschreiben, wie viele Ärzte sie pro Fachrichtung mindestens unter Vertrag nehmen müssten. Zur Überbrückung der Zeit bis zum Inkrafttreten der Vertragsfreiheit, hat der Bundesrat per 4. Juli 2002 einen befristeten Zulassungsstopp in Kraft gesetzt. Dieser bedeutet, dass im Prinzip keine neuen Ärzte zum Abrechnen mit der Krankenversicherung berechtigt werden. Das Parlament hat diese Massnahme zweimal verlängert. Sie läuft Ende 2009 aus.

Der Zulassungsstopp hat einige Haken: Erstens benachteiligt er junge Ärzte, die gerne eine Praxis gründen möchten. Zweitens wird er von den Kantonen dermassen flexibel umgesetzt, dass er kaum eine Wirkung zeigt (insgesamt sind zwischen dem Inkrafttreten des Zulassungsstopps und Ende 2006 total 3714 neue Zahlstellenummern an Ärzte vergeben worden. In derselben Zeit haben 1783 Ärzte ihre Tätigkeit beendet, und deren Zahlstellenummern sind sistiert worden. Damit resultiert ein Nettozuwachs von 1931 Nummern).

Tiers garant, es sei denn, Versicherer und Leistungserbringer haben eine andere Vereinbarung getroffen. Das System des *Tiers garant* will, dass der Patient, bzw. der Versicherte dem Leistungserbringer die Vergütung der Behandlung schuldet. Der Versicherte hat aber gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, die Vergütung nach dem System des *Tiers payant* abzuwickeln, was im stationären Bereich meist der Fall ist. Der Versicherer schuldet in diesem Fall die Vergütung direkt dem Leistungserbringer. Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte sowie verständliche Rechnung zustellen und ihm alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Die versicherte Person erhält vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist.

6.4 Tarife und Preise

Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. Der Tarif ist ein Instrument für die Bemessung der erbrachten Leistungen. Das Krankenversicherungs-gesetz definiert drei Tarifarten:

Zeittarif:

Die Vergütung der Leistung wird ausschliesslich auf dem

Kriterium des benötigten Zeitaufwandes berechnet. Reine Zeittarife sind selten, da beispielsweise technische Geräte oder sonstiges benötigtes Material nicht adäquat in die Berechnung miteinbezogen werden können.

Einzelleistungstarif:

Jeder Leistung wird eine bestimmte Anzahl Taxpunkte zugeteilt. Diese werden mit dem jeweiligen Taxpunkt-wert multipliziert. Einzelleistungstarife sind umfangreich (siehe Kasten TARMED) und bedürfen einer intensiven Pflege. Dies erschwert die Rechnungsstellung und führt zu einem beträchtlichen Verwaltungsaufwand. Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

Pauschaltarif:

Pauschaltarife können unterschiedliche Formen anneh-

men. So kann beispielsweise ein Spitalaufenthalt über eine Tages- oder Abteilungspauschale abgegolten werden. Diese basieren auf einem Kosten-Mittelwert, der aus den Durchschnittskosten aller möglichen Situationen und der Patientenrisikostruktur resultiert. Solche Pauschaltarife bedeuten eine stark vereinfachte Rechnungsstellung, werden aber dem Einzelfall oft nicht gerecht. Deshalb kommen ab 2012 für stationäre Leistungen die so genannten diagnosebezogenen Fallgruppen zur Anwendung. Das heisst, entscheidend für die Vergütung des Spitalaufenthalts ist nur noch die Diagnose und nicht mehr die Aufenthaltsdauer.

Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart. Parteien eines solchen Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer bzw. Versicherer oder deren Verbände.

TARMED

Der Tarif medizinischer Leistungen (TARMED) ist ein gesamtschweizerisch geltender Einzelleistungstarif für die ambulante Arztleistung in der freien Praxis und im Spital. TARMED, seit dem 1. Januar 2004 in Kraft, katalogisiert den Stand der ärztlichen Technik in rund 4600 Positionen. Jede Leistungsposition ist unterteilt in eine technische und in eine ärztliche Leistung. Jede Position schreibt eine bestimmte Arzt-Dignität vor, bzw. die Würdigung und Bewertung der ärztlichen Leistung unter medizinischen Gesichtspunkten im Sinne zusätzlicher Fort- und Weiterbildung (Fähigkeit/Berechtigung, eine bestimmte Therapie durchzuführen).

Die Tarifpartner sind in ihren Verhandlungen an folgende Grundsätze gebunden:

- Dem Tarif liegt eine betriebswirtschaftliche Berechnung zugrunde.
- Der Tarif beruht auf einer sachgerechten Struktur.
- Mit dem Tarifvertrag ist eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu erzielen.
- Der Tarifvertrag ermöglicht eine Versorgung zu möglichst günstigen Kosten.

Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, sofern er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

Können sich die Verhandlungspartner nicht auf einen Tarifvertrag einigen, sieht das Gesetz eine Tariffestlegung durch den Bundesrat oder die Kantonsregierung vor.

Bis heute sind die Krankenversicherer in der OKP faktisch gezwungen, mit jedem zugelassenen Leistungserbringer einen Vertrag abzuschliessen. Man spricht in diesem Zusammenhang vom Vertragszwang. Will ein neu zugelassener Leistungserbringer einem Tarifvertrag beitreten

und zulasten der OKP arbeiten, können die Krankenversicherer dies nicht ablehnen. Der Ausschluss eines Leistungserbringers von einem Tarifvertrag ist zwar prinzipiell möglich, aber angesichts der unvollkommenen Massstäbe für Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie eines langwierigen Beschwerdeverfahrens kaum durchsetzbar. Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten. Es gilt der so genannte Tarifschutz. Das heisst, Leistungserbringer dürfen für KVG-Leistungen keine Rechnungen

stellen, welche den Tarif überschreiten.

6.5 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Falls die Behandlung darüber hinausgeht, kann der Versicherer oder die versicherte Person die Vergütung verweigern bzw. diese zurückfordern.

Das Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse

Gemäss Art. 56 KVG und Art. 76 KVV haben die Krankenversicherer die Pflicht, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zu prüfen und allenfalls Massnahmen gegen eine Praxisführung zu ergreifen, die sich nicht an den Behandlungserfordernissen orientiert. Die Krankenversicherer haben ihren gesetzlichen Auftrag zum Teil an ihren Verband santésuisse delegiert.

In erster Linie sollen die Wirtschaftlichkeitsverfahren präventiv wirken. Wer hohe Kosten hat, wird damit konfrontiert und muss sich mit seinen Kostenstrukturen auseinandersetzen. Rückzahlungsforderungen sind nicht Ziel, sondern letztes Mittel der Wirtschaftlichkeitsverfahren. Sie werden dann gestellt, wenn der Leistungserbringer seine hohen Kosten nicht begründen kann oder will, und wenn er zusätzlich keine Anstrengungen unternimmt, seine Kosten zu senken. In den meisten Fällen, in denen Leistungserbringer als zu kostenintensiv identifiziert wurden, konnte eine Erklärung der hohen Zahlen anhand von Praxisbesonderheiten oder eine Lösung im Sinne einer Verhaltensänderung gefunden werden. In jenen Fällen, in denen Rückzahlungsforderungen vor Gericht verhandelt werden mussten, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in der Regel die Position der Versicherer gestützt.

Weiter ist der Leistungserbringer verpflichtet, dem Patienten bzw. dem Versicherer direkte oder indirekte Vergünstigungen weiterzugeben, die ihm im Zusammenhang mit der erbrachten oder veranlassten Behandlung gewährt wurden. Allerdings lässt sich diese Vorschrift in der Praxis kaum durchsetzen. Gemäss KVG kann der Bundesrat systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der Grundversicherung übernommenen Leistungen vorsehen. Er kann die Durchführung der Kontrollen

Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen. In diesem Sinne delegierte der Bundesrat den Krankenversicherern die Kompetenz, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zu prüfen. Die Versicherer haben zum Teil ihrem Dachverband *santésuisse* diesen gesetzlichen Auftrag anvertraut. Auf dieser Grundlage führt *santésuisse* mit den Leistungserbringern alljährlich ein systematisches Wirtschaftlichkeitsverfahren durch.



«Wer hat
Anspruch
auf Prämien-
verbilligung?»

7. Finanzierung der versicherten Leistungen

Die Finanzierung der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) definierten Leistungen erfolgt aus drei unterschiedlichen Quellen: Versicherte entrichten eine Prämie, Patientinnen und Patienten eine Kostenbeteiligung, und Bürgerinnen und Bürger einen Steuerbeitrag. Das Zusammenspiel dieser drei Elemente ermöglicht eine soziale Finanzierung und stärkt das eigenverantwortliche Verhalten.

7.1 Kopfprämien

Die Krankenversicherer erheben bei ihren Kunden Kopfprämien, welche insgesamt die von den Versicherten konsumierten medizinischen Leistungen sowie die eigenen Verwaltungskosten decken sollen. Alle versicherten Personen, auch die Kinder, sind grundsätzlich verpflichtet, diese Kopfprämie zu entrichten. Die Kopfprämie stellt das zentrale Element der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken dar. Gleichzeitig spiegelt sie die Kosten unseres Gesundheitssystems. Steigen

die Kosten, so steigen die Prämien. Im Gegensatz zu einem einkommensabhängigen System werden damit alle Versicherten mit dem Problem des Kostenwachstums in der Krankenversicherung konfrontiert, was zu einer Sensibilisierung gegenüber dieser Thematik führen soll.

7.1.1 Prämienfestsetzung

Die Krankenversicherer legen die Prämientarife ihrer Versicherten für das folgende Jahr fest. Sie können die Prämien nach Kostenunterschieden kantonal und regional abstimmen. Innerhalb einer Region ent-

richten alle erwachsenen Personen die gleichen Prämien. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Für Kinder bis 18 Jahre hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen. Sie beträgt im Durchschnitt rund ein Viertel der Erwachsenenprämie. Auch für junge Erwachsene, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben, können tiefere Prämien festgelegt werden. Die Reduktion beträgt hier im Durchschnitt gut 20 Prozent.

Bei der Berechnung der Prämien berücksichtigen die Versicherer insbesondere fol-

gende Grundlagen: Die Kosten des laufenden und des vergangenen Jahres, die Reserven und Rückstellungen, die Zahlungen für den Risikoausgleich, die Verwaltungsauslagen, die Versichertenfluktuation und das Betriebsergebnis. Hinzu kommen die Schätzung der Kostenentwicklung für das folgende Jahr und der Vergleich mit den Prämien der Konkurrenz. Da die Einschätzung der künftigen Kostenentwicklung ein schwieriges Unterfangen ist, kann es in der Einzeljahrbetrachtung zu Unterschieden im Wachstum der Kosten und Prämien kommen. Über die Jahre betrachtet, steigen Prämien und Kosten jedoch im Einklang.

Die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bedürfen der Genehmigung durch das Bun-

desamt für Gesundheit (BAG). Es überprüft die vom Versicherer geschätzte Kostenentwicklung sowie die Kostenentwicklung pro Kanton. Dazu stützt sich das BAG auf eigene Daten und Simulationsmittel ab. Vor der Genehmigung können auch die Kantone zu den Prämien Stellung nehmen.

7.1.2 Prämienverbilligung

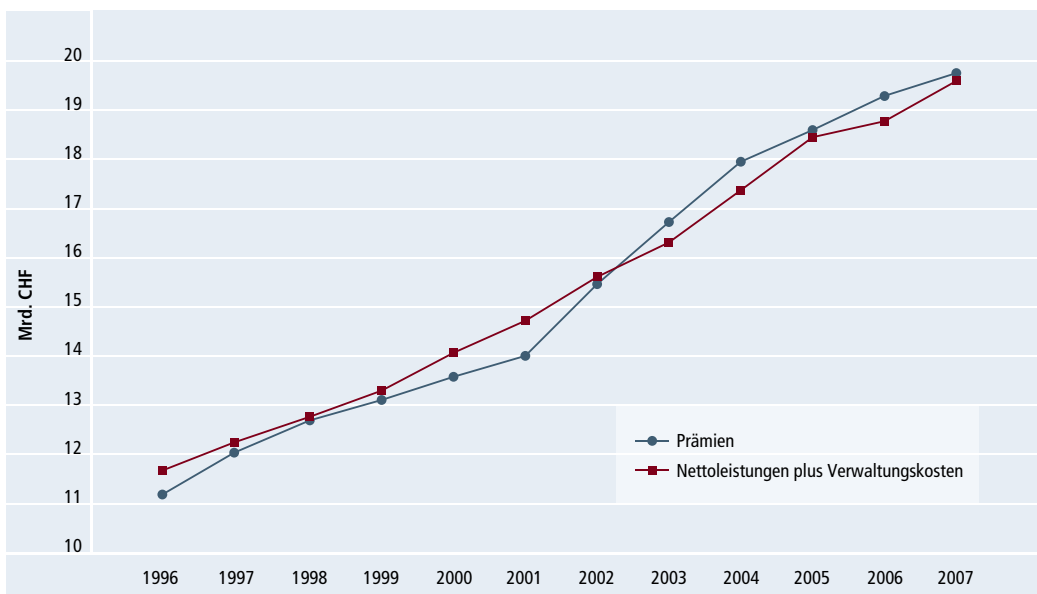
Das Kopfprämiensystem nimmt keine Rücksicht auf die Einkommensunterschiede in der Bevölkerung. Deshalb gewähren Bund und Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung werden um mindestens 50 Prozent vergünstigt, sofern die Eltern über ein kleines oder mittleres Einkommen verfügen. Die Prämienverbilligungen

sichern die Solidarität zwischen Arm und Reich. Sie werden von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert.

Seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) beteiligt sich der Bund bei 30 Prozent der Versicherten an einem Viertel der Bruttokosten der OKP. Die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag werden aufgrund der Wohnbevölkerung und der Anzahl der Grenzgängerinnen und Grenzgänger festgesetzt. Der Bund zahlt die Anteile voll aus. Es bleibt den Kantonen überlassen, den Bundesbeitrag soweit zu ergänzen, dass die individuelle Prämienverbilligung nach KVG gewährleistet ist.

Die Kantone bestimmen, wie und in welcher Höhe die Verbilligung den Versicherten ausgerichtet wird. Die Grundlage für die Verteilung bildet

Verlauf der Prämien und der Nettoleistungen in der OKP 1996–2007



Quelle: BAG Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2007

überall das Steuersystem. Bei der konkreten Bemessung gibt es aber grosse Unterschiede. Ebenso erfolgt die Auszahlung über unterschiedliche Kanäle. Das Parlament hat jedoch beschlossen, dass die Prämienverbilligung künftig in allen Kantonen als Prämienabzug via Versicherer ausgerichtet wird.

Im Jahr 2007 haben Bund und Kantone Prämienverbilligungen von CHF 3,42 Mrd. (rund ein Sechstel des gesamten Prämienvolumens) ausgerichtet. Rund 30 Prozent aller Versicherten (2,27 Mio.) oder 39 Prozent der Haushalte (1,23 Mio.) haben davon profitiert. Pro Einzelperson wurden durchschnittlich CHF 1506.– und pro Haushalt CHF 2791.– ausgerichtet. 70 Prozent der Bezüger/innen waren jünger als 45 Jahre und nur gut 13 Prozent älter als 65 Jahre.

7.2 Kostenbeteiligung

Nebst der Kopfprämie bezahlt ein Versicherter Kostenbeteiligungen für seine konsumierten Leistungen. Diese verursachergerechte Beteiligung stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten und verhindert gleichzeitig, dass sich Patienten unnötigerweise in medizinische Behandlung begeben. In diesem Sinne dürfen Kostenbeteiligungen nicht versichert werden. Ebenso ist sämtlichen Institutionen verboten, die Übernahme dieser Kosten vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen

ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone. Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Die Kostenbeteiligung besteht aus zwei Hauptelementen:

7.2.1 Franchise

Die Versicherten beteiligen sich an den konsumierten Leistungen mit einem festen Jahresbetrag von CHF 300.– (ordentliche Franchise). Das heisst, eine Krankenversicherung übernimmt nur die Franchise übersteigenden Kosten. Für Kinder wird keine Franchise erhoben.

Die Krankenversicherer haben die Möglichkeit, nebst der Versicherung mit ordentlicher Franchise, auch höhere Franchisen zur freien Wahl anzubieten, dies gegen eine entsprechende Prämienermässigung. Die Versicherung mit Wahlfranchisen steht allen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen. Der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist unter Einhaltung der festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Erwachsene und junge Erwachsene können eine Franchise von CHF 500.–, 1000.–, 1500.–, 2000.– oder 2500.– wählen, für Kinder stehen die Franchisen von CHF 100.–, 200.–, 300.–, 400.–, 500.– und 600.– zur Auslese. Im Jahr 2007 machten 43 Prozent der erwachsenen

Versicherten von den Wahlfranchisen Gebrauch.

7.2.2 Selbstbehalt und Beitrag an den Spitalaufenthalt

Der Selbstbehalt bildet das zweite Element der Kostenbeteiligung. Sobald die Franchise ausgeschöpft ist, vergütet die Krankenkasse die überschüssigen Kosten zu 90 Prozent. Der Patient trägt die verbleibenden 10 Prozent der Abrechnung, allerdings nur bis zu dem vom Bundesrat festgesetzten Höchstbeitrag von CHF 700.– pro Jahr. Für Kinder liegt diese Obergrenze bei CHF 350.–.

Ungeachtet der Franchise und des Selbstbehalts ist von den Patienten unter Umständen auch ein Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts zu entrichten. Der Bundesrat hat diese finanzielle Teilhabe, welche allerdings nur von allein stehenden Personen geleistet werden muss, auf CHF 10.– pro Tag beschränkt. Für Leistungen bei Mutterschaft wird kein solcher Beitrag erhoben.

Im 2007 übernahmen die Versicherten rund 15 Prozent aller Kosten der OKP in Form von Selbstbehalten und Franchisen.

7.3 Steuern

Wie eingangs zum Kapitel erwähnt, fügt sich die Finanzierung der obligatorischen Grundversicherung aus sozialen und die Eigenverantwortung fördernden Elementen

zusammen. Die Kopfprämie enthält im Verbund mit der Kostenbeteiligung Anreize für ein kostenbewusstes und eigenverantwortliches Verhalten. Die steuerfinanzierte Prämienverbilligung als soziales Element federt die Prämienlast für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen ab. Neben der Prämienverbilligung finanzieren die Steuerzahler aber auch einen Teil der KVG-Leistungen. So wird rund die Hälfte der stationären Spitalkosten nicht über Kopfprämien, sondern über einkommensabhängige Steuerbeiträge gedeckt. Insgesamt repräsentiert der Steueranteil rund 40 Prozent der heutigen Grundversicherungskosten.

Die Belastung durch das KVG ist damit nicht, wie oft gehört,

für jeden Bürger gleich hoch, sondern teilweise vom Einkommen abhängig. Die Prämienverbilligung entlastet Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, währenddessen sich wohlhabende Schichten in der Bevölkerung wegen des beachtlichen Steueranteils stärker an den Kosten beteiligen müssen.

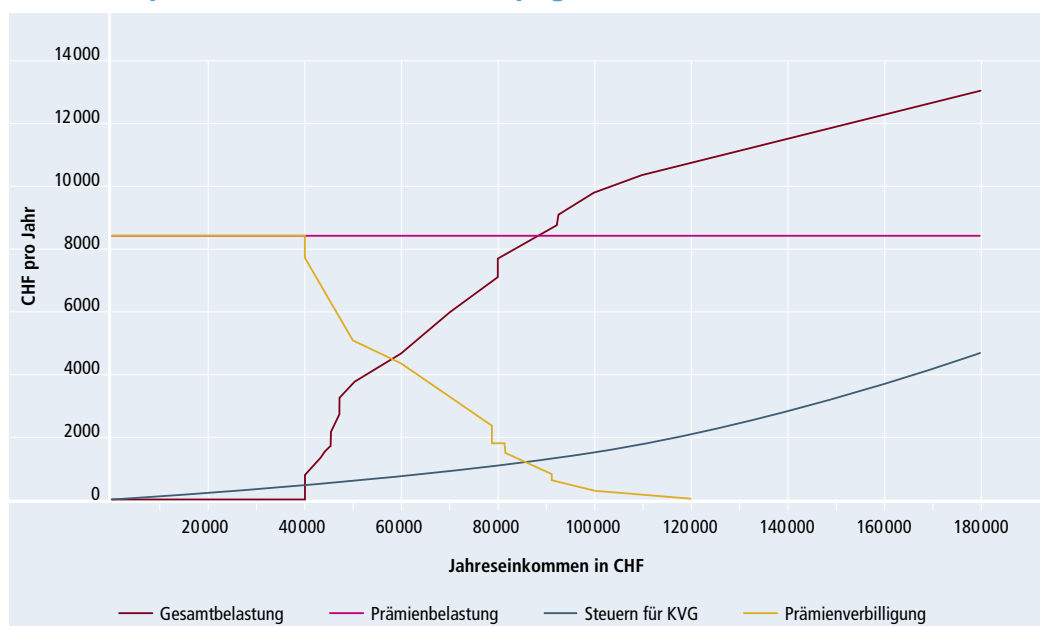
7.4 Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Prämien- und andere Zahlungsausstände nehmen von Jahr zu Jahr in problematischem Ausmass zu.

Das BAG schätzte für 2007 das Volumen der Zahlungsausstände für OKP-Prämien

auf über CHF 540 Mio. bei rund 380 000 Betreibungen. Weiter sollen gemäss BAG rund 90 000 Personen von einem Aufschub der Kostenübernahme durch den Krankenversicherer betroffen sein. 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. Diese erst seit dem 1. Januar 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. An der Schuldner- und Gläubigerstellung

Rechenbeispiel: KVG-Kosten einer vierköpfigen Familie



Quelle: santésuisse-Datenpool

änderte sich nichts: Der Versicherer bleibt Schuldner der während der Sistierung der Zahlungen erbrachten Leistungen. Er wird sie allerdings erst bezahlen, wenn die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig beglichen wurden, sei es durch die versicherte Person selber oder, im Falle eines Verlustscheins, durch die von den Kantonen vorgesehene zuständige Behörde.

7.5 Reserven und Rückstellungen

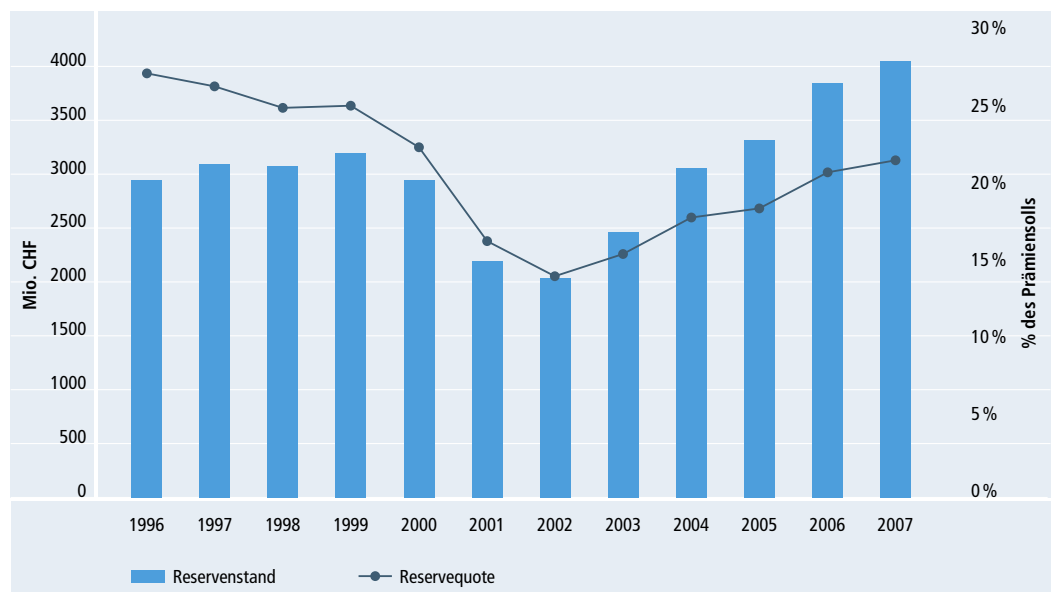
Die Versicherer verfolgen in der obligatorischen Grundversicherung keinen Erwerbszweck und erzielen damit keinen Gewinn. Sie haben das Gleichgewicht zwischen Ein-

nahmen und Ausgaben sicherzustellen. Wenn die Einnahmen die Ausgaben übertreffen, muss der Überschuss vollumfänglich dem Versicherten zugute kommen. Allerdings müssen die Krankenversicherer gemäss KVG jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. So bilden sie für unerledigte Versicherungsfälle und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichend Rückstellungen und Reserven.

Bei Grosskassen mit mehr als 150 000 Versicherten liegt die Mindestreservequote bei 10 Prozent der geschuldeten Prämien (Prämiensoll). Kleinere Versicherer müssen eine Quote von mindestens 15 (zwischen 50 000 und 150 000 Versicherte) oder

20 Prozent (bis 50 000 Versicherte) aufweisen. Die Reserven haben unter anderem zum Zweck, die Risiken in Zusammenhang mit plötzlich auftretenden Epidemien oder Pandemien sowie der Prämienfestsetzung zu begrenzen. Letztere beruht teilweise auch auf Zahlen der Grundversicherung, welche zwei Jahre zurückliegen (z. B. werden für die Prämienfestsetzung 2009 zwangsläufig die Kosten von 2007 mitberücksichtigt). In diesem budgetähnlichen System dienen die Reserven also als Ausgleichsgefäss. Werden die Prämien zu hoch bewertet, steigen die Reserven. Diese Geldmittel fliessen in den folgenden Jahren an den Versicherten in Form von beschränkten Prämien erhöhungen bzw. Prämienreduktionen zurück.

Reserven in der Grundversicherung (OKP) 1996–2007



Die Reserven für das Jahr 2007 belaufen sich auf CHF 3,97 Mrd., was einer Quote von 20,2 Prozent des Prämienolls oder CHF 527.– pro versicherter Person (weniger als zwei Monatsprämien) entspricht. Im Vergleich dazu verfügt die Alters- und Hinterlassenenversicherung, welche praktisch keine Schwankungen in der Prämienfestsetzung kennt, über Reserven in der Höhe einer Jahresprämie. Längerfristig beeinflusst die Reservebildung die Prämienentwicklung nur wenig. Zwischen 1996 und 2007 sind die Reserven um rund CHF 1,1 Mrd. gewachsen bei einem gleichzeitigen Wachstum des Prämienolls um CHF 8,5 Mrd. Das heisst, nur gerade 13 Prozent des Prämienanstiegs ist mit der Reservebildung zu erklären.

Politischer Druck auf die Krankenversicherer führte in den Jahren 1998 bis 2000 dazu, dass eine so genannte «politische Prämie» festgesetzt und die tatsächliche Kostenentwicklung nicht gedeckt wurde. So schlossen die Krankenkassen zwischen 1999 und 2002 mit einem negativen Geschäftsergebnis ab. Zur Deckung dieser defizitären Ergebnisse mussten die Versicherer zwischen 2000 und 2002 die Reserven abbauen. Der Stand der Reserven ist daraufhin von 23,6 % auf 12,8 % gesunken (1999 bis 2002). Nach 2003 haben die Krankenkassen ihre Prämien stark anheben müssen. Die Prämien stiegen stärker an als die Gesundheitskosten, um

die «politischen Prämien», die nicht die Kosten widerspiegeln, aufzufangen.

Die Rückstellungen gehören buchhalterisch zu den «transitorischen» Posten. Sie dienen der Deckung offener Kundenrechnungen für bereits erbrachte Leistungen. Die Bildung von Rückstellungen führt demnach nicht zu einem Prämienanstieg. Im Jahr 2007 beliefen sich die Rückstellungen auf rund CHF 5,2 Mrd., was 28,4 Prozent der bezahlten Leistungen entspricht.

7.6 Rechnungslegung

Die Versicherer führen für die soziale Krankenversicherung eine gesonderte Rechnung. Sie erstellen für jedes Geschäftsjahr einen Geschäftsbericht, der sich aus Jahresbericht und Jahresrechnung zusammensetzt. Dieser muss den Vorschriften des Obligationenrechts über die Aktiengesellschaften und speziellen Anforderungen an die Transparenz genügen. Der Geschäftsbericht ist dem Bundesamt einzureichen sowie allen interessierten Personen zur Verfügung zu stellen. Er enthält neben Bilanz und Betriebsrechnung auch Kennzahlen die dem BAG zur Verfügung gestellt werden müssen.



«Warum steigen
meine Prämien
stärker als
die Teuerung?»

8. Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Krankenversicherungskosten steigen weit stärker als die durchschnittliche Teuerung in der Schweiz. Zwischen 1997, einem Jahr nach der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und 2007 sind die Gesamtkosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von CHF 12,9 auf 21,4 Mrd. oder um 66 Prozent gestiegen, was pro Jahr einem mittleren Kostenwachstum von rund 5 Prozent entspricht.

Gesamtkosten in der Grundversicherung
(nach Abrechnungsdatum)



Quelle: santésuisse-Datenpool

8.1 Kostenverursacher

Verantwortlich für das rasche Kostenwachstum in der Krankenversicherung ist der starke Anstieg der Leistungsausgaben, vor allem bei den Pflegeleistungen, bei den Spitalbehandlungen und bei den Medikamenten. Dieser Anstieg ist auf verschiedene Arten von Faktoren zurückzuführen:

- Faktoren, die nicht beeinflussbar sind und die man auch gar nicht beeinflussen will. Dazu gehören die Fortschritte in der Medizin, der Medizinaltechnik und der Pharmakologie oder die demografische Entwicklung.
- Faktoren, die nur langfristig beeinflussbar sind, wie das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.
- Faktoren, die nur teilweise beeinflussbar sind, wie die wachsenden Ansprüche an die Medizin und an das Gesundheitswesen. Die Ansprüche steigen mit den neuen Möglichkeiten der Medizin und vor allem mit dem Marketing, das diese bekannt macht, sowie mit der Dichte des Angebots.
- Faktoren, die durch entsprechende Massnahmen durchaus beeinflussbar sind.

Dazu zählen überhöhte Preise und Tarife, das Überangebot an Spitälern und Spitalbetten, die grosse Dichte an Spezialärzten in Agglomerationen und/oder die Überversorgung an medizinisch-technischen Geräten. Verändern kann man schliesslich die falschen wirtschaftlichen Anreize, die zu unnötigen Leistungen führen.

Den Löwenanteil der Gesamtkosten teilen sich Spitäler, Ärzte, Medikamente und Pflege untereinander auf. Wie es aus der Betrachtung der Jahre 2004 bis 2007 ersichtlich wird, unterscheidet sich das Kostenwachstum in den einzelnen Sektoren stark.

8.1.1 Spitäler

Spitalbehandlungen bilden mit einem Volumen von rund CHF 8,3 Mrd. (2007) den grössten Kostenfaktor

in der Krankenversicherung. Zwischen 2004 und 2007 sind die Spitalkosten um 12,8 Prozent angestiegen. Ein Grund für das Kostenwachstum bleibt neben dem technologischen Fortschritt die intransparente, wettbewerbsverzerrende und damit auch ineffiziente Regelung der Spitalfinanzierung. Zu erwähnen sind vor allem die folgenden Schwachpunkte:

- Statt durch leistungsorientierte Pauschalen wird ein Grossteil der Spitäler mittels Kosten- und Defizitdeckung finanziert, was zu fehlender Transparenz und Effizienz führt.
- Die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie von Leistungen der öffentlichen und der privaten Spitäler verhindert

Bruttoleistungen in CHF nach Datum Behandlungsbeginn 2004–2007

	2004	2005	2006	2007			
	Bruttoleistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	Zunahme Vorjahr BL in %	Bruttoleistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	Pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %
Versicherte	7'411'732			7'517'067			
Arztbehandlungen	4'673'682'852	-1,1 %	1,7 %	4'880'696'942	3,8 %	649	3,4 %
Medikamente Arzt	1'390'816'140	0,5 %	-0,6 %	1'447'427'869	4,2 %	193	3,8 %
Apotheken	2'746'317'217	2,6 %	-0,2 %	2'905'064'524	3,3 %	386	2,9 %
Spital ambulant	2'592'116'892	9,2 %	3,2 %	3'172'484'896	8,6 %	422	8,2 %
Spital stationär	4'791'078'707	1,5 %	2,5 %	5'155'608'542	3,4 %	686	3,0 %
Pflegeheime	1'417'305'079	9,1 %	4,3 %	1'669'934'126	3,6 %	222	3,2 %
SPITEX-Organisationen	356'363'442	6,6 %	9,4 %	444'587'810	7,0 %	59	6,6 %
Laboratorien	464'546'365	1,7 %	-5,9 %	474'325'560	6,7 %	63	6,3 %
PhysiotherapeutInnen	477'541'792	2,7 %	2,5 %	523'855'335	4,3 %	70	3,9 %
Übriges	817'862'432	-10,6 %	12,1 %	837'980'575	2,2 %	111	1,8 %
Total	19'727'630'918	2,1 %	2,2 %	21'511'966'180	4,4 %	2'862	4,0 %

Quelle: santésuisse-Datenpool

eine effiziente Kostensteuerung. Das heisst, Behandlungen werden nicht immer dort durchgeführt, wo sie am kostengünstigsten wären.

- Die Kantone befinden sich in einer widersprüchlichen Mehrfachrolle. Sie sind zuständig für Gesundheitsversorgung und Spitalplanung, vergeben Leistungsaufträge, betreiben eigene Spitäler und setzen, falls sich Spitäler und Versicherer nicht einigen, die Spitaltarife fest.
- Das Interesse der Kantone an Tarifsenkungen ist beschränkt. Sinkende Tarife können zu höheren Defiziten führen, und diese wiederum müssen die Kantone tragen.
- Alternative Versicherungsmodelle können im Spitalsektor nur beschränkt von Einsparungen profitieren, da diese zu mehr als der Hälfte den Kantonen zugute kommen.
- Die Privatspitäler sind gegenüber den öffentlichen Spitälern benachteiligt, weil sie den Krankenversicherern für gleiche Leistungen höhere Preise (Tarife) verlangen müssen.

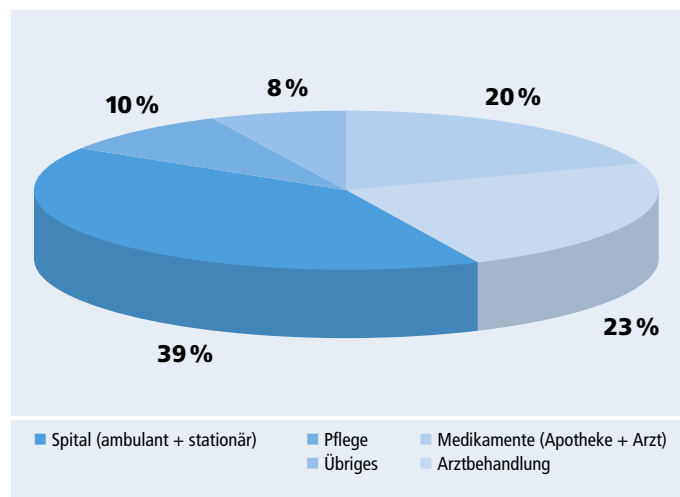
Mit der Revision der Spitalfinanzierung geht die Politik einen Teil dieser Probleme an. Ab 2012 werden stationäre Behandlungen mit leistungsabhängigen Fallpauschalen abgegolten und private Listenspitäler den öffentlichen gleichgestellt.

8.1.2 Ärzte

Mit CHF 4,9 Mrd. generierten die Ärzte im Jahr 2007 rund 23 Prozent der Kosten in der Grundversicherung. Mit 4,5 Prozent stiegen die Arztkosten in den Jahren seit 2004 weniger stark an als die Spitalkosten. Zur Dämpfung des Kostenwachstums in der OKP beschloss der Bundesrat im Juli 2002, die Zulassung von Leistungserbringern zu beschränken (vgl. Kapitel Zulassung Leistungserbringer). Der Zulassungsstopp war ursprünglich geplant als Übergangsregelung bis zur Einführung der Vertragsfreiheit zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern. Sowohl der Zulassungsstopp wie auch die Vertragsfreiheit sind jedoch äusserst umstrittene Massnahmen. Seit 2002 sind sowohl die Kosten wie auch die Zahl der Leistungserbringer weiter gewachsen. Die Vertragsfrei-

heit stösst besonders bei den Leistungserbringern auf Widerstand, da sie um die Ausübung ihres Berufes fürchten. Die Krankenversicherer sehen die Vertragsfreiheit hingegen als eine Massnahme, die den Wettbewerb unter den Leistungserbringern fördert und sowohl der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen Vorschub leistet. Aufgrund dieser Ausgangslage tut sich das Parlament schwer, rasch eine Lösung zu finden, die den ungeliebten Zulassungsstopp ersetzt, ohne aber gleichzeitig die Schleusen für alle Leistungserbringer zu öffnen und damit die Kosten weiter in die Höhe zu treiben. Auch die Einführung des TARMED per 1. Januar 2004 konnte trotz Kostenneutralitätskonzept (vgl. Kapitel Tarife und Preise) während der zweijährigen Einführungsphase ein Kostenwachstum nicht vollständig verhindern.

Die fünf grossen Kostenblöcke in der Grundversicherung 2007 (nach Behandlungsbeginnndatum)



8.1.3 Medikamente

CHF 4,3 Mrd. bezahlte die OKP im Jahr 2007 für Medikamente, welche von Ärzten und Apotheken abgegeben wurden.

Zwischen 2004 und 2007 sind die Medikamentenpreise um rund 5,3 Prozent gewachsen. Diese gemässigte Entwicklung ist besonderen Massnahmen zu verdanken. Einerseits verhandelte der Bundesrat mit der Pharmabranche Preissenkungen in der Höhe von ungefähr CHF 250 Mio. und andererseits erhöhte er den Selbstbehalt für generikafähige Originalmedikamente auf 20 Prozent. Dies steigerte den Generikaanteil beträchtlich. Zusätzlich löste diese Massnahme unter den Pharmaherstellern freiwillige Preissenkungen der entsprechenden Originalmedikamente aus, um mit ihren Produkten nicht unter den erhöhten Selbstbehalt zu fallen.

Demgegenüber sind die Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel, speziell Krebsmedikamente, massiv gestiegen. So kommen immer neue teurere Präparate auf den Markt, welche kostengünstigere Therapien ersetzen («Umsteigeeffekt»). Im Vergleich zum europäischen Ausland sind die Preisunterschiede zwar kleiner geworden, Schweizer Versicherte bezahlen aber noch immer deutlich höhere Medikamenten- und namentlich massiv höhere Generikapreise als ihre europäischen Nachbarn. Zur weiteren Ausschöpfung des Sparpotenzials tätigte der Bundesrat im Jahr 2007 verschiedene Ände-

rungen der KVV im Medikamentenpreisbereich.

8.1.4 Pflege

Die stationäre Pflege im Pflegeheim und die ambulante Pflege durch die Spitex-Organisationen kostete im Jahr 2007 rund CHF 2,1 Mrd. und repräsentierte damit nur 10 Prozent der Gesamtkosten in der OKP. Gleichzeitig ist aber zu beachten, dass in der Pflege eine für den Gesundheitsbereich überdurchschnittliche Teuerung herrscht.

So kostete die Pflege im Jahr 2007 beinahe 20 Prozent mehr als noch 2004, dies trotz Einfrierung der für die Pflege geltenden Rahmentarife durch das Parlament seit dem 1. Januar 2005. Die ständig alternde Gesellschaft und der medizinische Fortschritt steuern massgeblich zu dieser Kostenentwicklung bei.

Signifikante Pflegekosten fallen im Durchschnitt erst ab einem Alter von 70 Jahren an, steigen nachher aber umso stärker an. Jüngere Menschen finanzieren im Rahmen des im KVG verankerten Prinzips der Solidarität die Kostensteigerung in der Pflege mit, tragen aber kaum einen direkten Nutzen davon, was die Generationensolidarität zunehmend strapaziert. Bundesrat und Parlament zeigten sich ob dieser Tatsachen gewillt, die Finanzierung neu zu gestalten. Der Beschluss änderte denn auch nichts am Leistungsumfang, sondern vorab an der Aufteilung der Pflegekosten auf die Krankenversicherer, die Patienten und die öffentliche Hand.

8.1.5 Verwaltungskosten der Krankenversicherer

Neben den Leistungen für medizinische Behandlungen entstehen auch Kosten für den administrativen Aufwand der Krankenversicherer, die sogenannten Verwaltungskosten. Die Versicherer behalten einen kleinen Teil der von den Versicherten einbezahlten Prämien zurück, um ihren öffentlichen Auftrag im Rahmen der OKP erfüllen zu können.

Im Jahr 2007 machten die Verwaltungskosten 5,4 Prozent der Aufwendungen der Krankenversicherer für die OKP aus, was rund CHF 1 Mrd. entspricht. Zu den Verwaltungskosten gehören Personalkosten inkl. Sozialleistungen, die Kosten für Immobilien und Einrichtungen, die elektronische Datenverarbeitung (EDV) sowie für Versicherungen, aber auch Werbeaufwendungen und Abschreibungen. Seit der Einführung des KVG ist der Verwaltungskostenanteil in der Grundversicherung von 8,2 Prozent im Jahr 1996 auf 5,4 Prozent im Jahr 2007 kontinuierlich gesunken. Während die Zahlungen der Krankenversicherer an die Leistungserbringer von 1996 bis 2007 um CHF 953.– pro versicherte Person gestiegen sind, haben die Verwaltungskosten in der gleichen Zeitperiode lediglich um CHF 9.– pro Kopf zugenommen.

Wozu verwenden die Krankenversicherer dieses Geld? Rund die Hälfte des Verwaltungsaufwandes entfällt auf die Rechnungsabwicklung. Unter Rechnungsabwicklung versteht

man die Erfassung, die Kontrolle und die Auszahlung von medizinischen Rechnungen. Es ist die Kernaufgabe der Krankenversicherer. Durch die Kostenkontrolle werden pro Jahr rund CHF 1 Mrd. eingespart. In diesem Wert nicht eingeschlossen ist die präventive Wirkung. Akquisition und Marketing beanspruchen rund 20 Prozent.

Die Akquisitionskosten umfassen die Werbung, die Mutationen von Neukunden (Dossier erstellen, Versicherungsausweis, etc.), sowie die Provisionen und Löhne der externen und internen Kundenbetreuer und Makler. Ein letzter grosser Anteil der Verwaltungskosten geht mit 15 Prozent in die Information der Versicherten. Die Sozialversicherer haben den gesetzlichen Auftrag, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs

die interessierten Personen unentgeltlich über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären (Art. 27 Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG). Diese Aufklärungs- und Beratungspflicht umfasst in erster Linie die telefonische sowie die schriftliche Beantwortung von Kundenanfragen. Bei gesetzlichen Änderungen, von denen ein grosser Personenkreis betroffen ist, muss eine umfassende Information erfolgen.

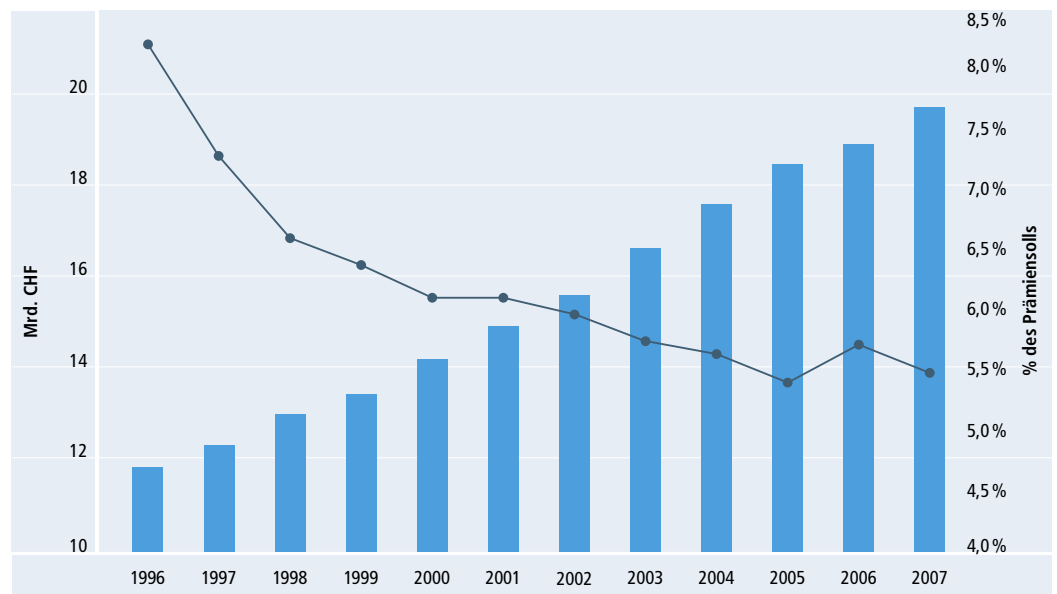
Aus all diesen Aufgaben der Krankenversicherer lässt sich schliessen, dass die Verwaltungskosten nicht beliebig gegen Null gesenkt werden können und mit rund 5 Prozent ein wohl relativ stabiles Niveau erreicht haben.

8.2 Risikoausgleich

Zwischen den Krankenversicherern bestehen erhebliche Kosten- und Prämienunterschiede. Sie sind darauf zurückzuführen, dass Menschen mit hohen Krankheitsrisiken ungleich zwischen den Krankenversicherern verteilt sind. Der so genannte Risikoausgleich soll die unterschiedliche Struktur des Versichertenbestandes korrigieren und auf diese Weise eine Risikoselektion der Krankenversicherer vermeiden.

Versicherer mit einem überdurchschnittlich jungen und/oder männlichen Portfolio haben Ausgleichsbeträge an Versicherer mit einem unterdurchschnittlichen Bestand an solchen Versicherten zu bezahlen. Die Alters- und Geschlechterstruktur des Versichertenbestandes ist beim

Entwicklung der Verwaltungskosten 1996–2007

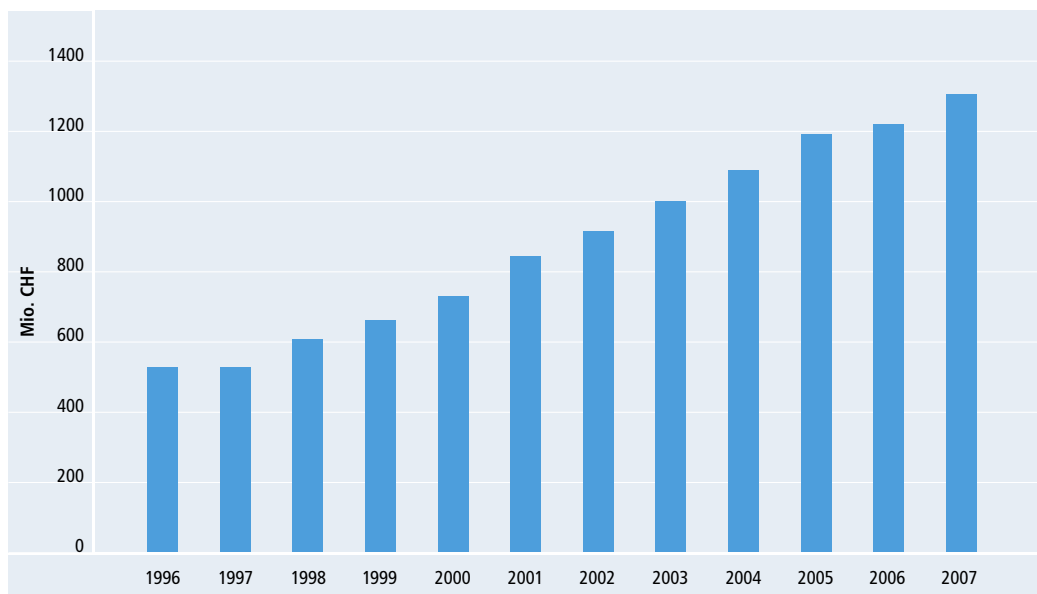


Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007

Risikoausgleich folglich der massgebende Ausgleichsfaktor. Die Zahlungen an den Risikoausgleich bewirken einen Ausgleich zwischen Kassen mit vorwiegend «guten Risiken» und Kassen, die hauptsächlich «schlechte Risiken» versichern. Damit werden die Unterschiede in der Risikostruktur jedoch nur teilweise geglättet. Dies hat die eidgenössischen Räte dazu veranlasst, den Risikoausgleich mit einem zusätzlichen, morbiditätsorientierten Kriterium zu ergänzen. So wird ab 2012 der Aufenthalt im Spital bzw. im Pflegeheim im Vorjahr zur Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigt. Durchgeführt wird der Risikoausgleich seit Inkrafttreten des KVG von der «Gemeinsamen Einrichtung KVG». Das jährliche Umverteilungsvolumen zwischen den Kranken-

versicherern hat zwischen 1996 und 2007 von CHF 530 Mio. auf rund CHF 1323 Mio. zugenommen.

Risikoausgleich: Nettoumverteilung ab 1996



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007



«Kann ich
Prämien sparen,
wenn ich meine
Wahlfreiheit
einschränke?»

9. Versicherungsformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Neben dem traditionellen Versicherungsmodell mit Grund- oder Wahlfranchise steht es den Krankenversicherern frei, alternative Modelle anzubieten. Die gesetzlichen Grundlagen dafür wurden mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) geschaffen.

Die Krankenversicherer offerieren heute eine Vielzahl solcher Modelle, welche sich stetig steigender Versicherten zahlen erfreuen, insgesamt aber noch weniger als 25 Prozent des Gesamtmarktes abdecken.

Innerhalb solcher Modelle können die Versicherten im Einvernehmen mit ihrer Krankenkasse das Recht auf die freie Wahl des Leistungserbringers beschränken. Der Krankenversicherer wählt die Leistungserbringer im Hinblick auf eine qualitativ hoch ste-

hende und kostengünstige Versorgung aus. Er muss nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Im Gegenzug bietet der Versicherer seinen Kunden eine im Vergleich zur ordentlichen Versicherung verminderte Prämie an.

9.1 HMO- und Hausarztmodelle

Schon kurze Zeit nach Einführung des KVG sind ver-

schiedene besondere Versicherungsformen entstanden. Am häufigsten bieten die Versicherer so genannte Hausarztmodelle und Health Maintenance Organizations (HMO) an. Einen grossen Akquisitionserfolg weisen auch so genannte Tele-Medizin-Modelle auf, bei welchen sich der Versicherte vor einer Behandlung telefonisch beraten lassen muss. Seltener sind Versicherungsmodelle mit Ärztelisten, von denen Ärzte auf Grund verschiedenster Kriterien ausgeschlossen werden können (Preferred-Provider-Organiza-

tion/PPO). HMOs werden entweder im Auftrag der Krankenversicherer (Ärzte sind angestellt) oder von Leistungserbringern selber betrieben. Entschädigt werden Ärztinnen und Ärzte entweder in Form eines fixen Lohnes oder sie erhalten eine Pauschale für jeden ihnen zugeteilten Versicherten. Im letzteren Fall spricht man von Capitation oder Kopfpauschalen: Die Leistungserbringer tragen die finanzielle Verantwortung für die Behandlung der Patienten mit, was den Anreiz für eine effiziente und effektive Pflege erhöht. In den Hausarztmodellen wählt die versicherte Person einen Arzt als ersten Ansprechpartner. Sowohl im HMO als auch im Hausarztmodell ist ausser im Notfall zuerst immer der

gewählte Hausarzt bzw. die gewählte HMO aufzusuchen, welche als Gatekeeper fungieren. Bei Versicherungsmodellen mit einer Ärzteliste wählen die Versicherten die Leistungserbringer von einer Anbieterliste aus, welche jährlich vom Krankenversicherer angepasst wird.

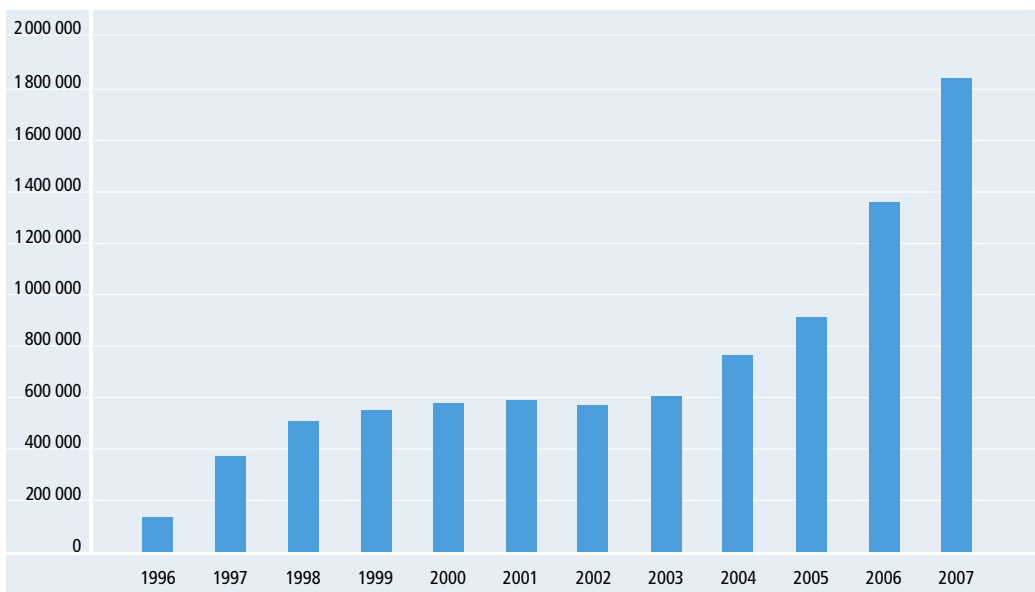
9.2 Bonusversicherung

Eine weitere mögliche Versicherungsform existiert heute unter dem Namen Bonusversicherung. Den Versicherten wird eine Prämienermässigung gewährt, sofern sie während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Die Ausgangsprämie wird in diesem Modell aber mit einem

Einstiegsmalus von zehn Prozent belastet. Dies schafft für die Versicherten eine unattraktive Ausgangslage. Dementsprechend haben sich in der ganzen Schweiz nicht einmal 7000 Personen für dieses Modell entschieden. Um die Bonusversicherung attraktiver zu machen, könnte beispielsweise der Einstiegsmalus auf der Ausgangsprämie abgeschafft werden.

Viele dieser alternativen Versicherungsmodelle wirken Kosten dämpfend und fördern eine Effizienzsteigerung unter gleichzeitiger Beibehaltung bzw. Stärkung der Qualität.

Versichertenbestand in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl 1996–2007



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007

10. Verhältnis Grund- und Zusatzversicherung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) gestattet den Krankenversicherern, neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auch Zusatzversicherungen anzubieten. Diese werden allerdings nach den Regeln des Privatrechts (des Versicherungsvertragsgesetzes VVG) durchgeführt.

Während das KVG die Leistungen abschliessend umschreibt, können die Krankenversicherer in den Zusatzversicherungen individuell Leistungen zusammenstellen und die Prämien nach Risikogruppen festsetzen. Im Weiteren sind die Versicherer frei, gegenüber Versicherungswilligen Vorbehalte anzubringen oder die Aufnahme ganz zu verweigern, was in der OKP nicht möglich ist.

Im Rahmen der OKP dürfen die Krankenversicherer keinen Erwerbszweck verfolgen.

Werden die Prämien zu hoch angesetzt, fliesst dieses Geld über die Reserven zurück an die Versicherten. Mit den Zusatzversicherungen ist es den Versicherungsunternehmen hingegen erlaubt, Gewinne zu erzielen.

10.1 Angebot im Zusatzversicherungsbereich

Bei den Zusatzversicherungen gilt es zu unterscheiden zwischen den zahlreichen «kleineren» ambulanten Zusatzversicherungen für Komplementärmedizin, Zahnbehandlungen, Psychotherapie, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen, Auslandsreisen usw. mit einem relativ geringen Prämienvolumen und den Spitalzusatzversicherungen.

Der gesamte Zusatzversicherungsbereich ist in den letzten 10 Jahren etwas geschrumpft. Dies steht zweifellos im Zusammenhang mit dem Ausbau der obligatorischen Grundversicherung. Beträchtlich ist der Rückgang in den Zusatz-

versicherungen Spital halbprivat oder privat. Ein Grossteil der nur allgemein Versicherten hat allerdings eine Zusatzversicherung für den Aufenthalt in einer allgemeinen Abteilung in der ganzen Schweiz abgeschlossen.

Die folgende Tabelle zeigt die wichtigsten Unterschiede zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen.

Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Thema	Grundversicherung nach KVG	Zusatzversicherung nach VVG
Grundlage der Versicherung	Gesetz und Verordnung	Versicherungsvertrag mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen
Aufnahme in die Versicherung	Obligatorium und Aufnahme-pflicht durch die Versicherer	Keine Aufnahme-pflicht
Versicherte Leistungen	Der Leistungskatalog ist gesetzlich definiert.	Der Versicherer bestimmt, welche ergänzenden Leistungen zur OKP er anbieten will.
Gewinne der Krankenversicherer	Versicherer dürfen keinen Erwerbszweck verfolgen (keine Gewinne).	Versicherer verfolgen Erwerbszweck (Gewinne sind möglich)
Art der Finanzierung	Umlageverfahren (Ausgaben werden laufend durch Einnahmen – Prämien und Kostenbeteiligung – gedeckt).	Keine Vorschrift Bedarfsdeckungs- oder Kapitaldeckungsverfahren bzw. eine Mischform der beiden ist vorherrschend.
Ausgestaltung der Prämie	Einheitliche Kopfprämie pro Versicherer und Region. Prämienverbilligung. (Prämienreduktion durch höhere Wahlfranchise, Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer oder Bonusversicherung).	Keine Vorschrift Der Wettbewerb fördert aber risikogerechte Prämien. (Oft Prämienreduktion durch Wahl einer höheren Kostenbeteiligung und Leistungsfreiheitsrabatt).
Kündigung der Versicherung	Der Versicherer kann dem Versicherten nicht kündigen. Ansonsten besteht eine Kündigungsfrist von einem Monat auf Semesterende, bei Wahlfranchisen nur auf Ende Jahr. Bei Prämienausständen kann nicht gekündigt werden.	Dreimonatige Kündigungsfrist auf Vertragsende. Beide Parteien können in einem Versicherungsfall sofort (bis 14 Tage nach Zahlung) kündigen. Die meisten Versicherer verzichten einseitig auf dieses Recht.
Vorbehalte bei Versicherungswechsel	Nicht möglich	Unbeschränkt, auch Leistungsausschlüsse
Versicherungsdauer	Unbeschränkt	Verträge können limitiert werden (ohne Kündigung stillschweigende Vertragsverlängerung um 1 Jahr).
Verjährung von Leistungsansprüchen	Nach fünf Jahren	Nach zwei Jahren
Zulassung Kollektivversicherungen	Nein	Ja

11. Wichtige Kontakte und Adressen im Gesundheitswesen

santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Römerstrasse 20
4502 Solothurn
Telefon 032 625 41 41
Fax 032 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Bundeshaus-Inselgasse
3003 Bern
Telefon 031 322 80 41
info@gs-edi.admin.ch
www.edi.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Schwarzenburgstrasse 165
3079 Liebefeld
Postadresse:
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern
Telefon 031 322 21 11
Fax 031 322 95 07
www.bag.admin.ch

Bundesamt für Privatversicherungen (BPV)

Schwanengasse 2
3003 Bern
Telefon 031 322 79 11
Fax 031 323 71 56
info@bpv.admin.ch
www.bpv.admin.ch

RVK

Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer

Haldenstrasse 25
6006 Luzern
Telefon 041 417 05 00
Fax 041 417 05 01
info@rvk.ch
www.rvk.ch

Gemeinsame Einrichtung KVG

Gibelinstrasse 25
4503 Solothurn
Telefon 032 625 30 30
Fax 032 625 30 90
info@kvg.org
www.kvg.org

Ombudsman der sozialen Krankenversicherung

Morgartenstrasse 9
6003 Luzern
Telefon (D) 041 226 10 10
Telefon (F) 041 226 10 11
Telefon (I) 041 226 10 12
Fax 041 226 10 13
info@om-kv.ch
www.ombudsman-kv.ch

Gesundheitsförderung Schweiz

Dufourstrasse 30
3000 Bern 6
Telefon 031 350 04 04
Fax 031 368 17 00
www.gesundheitsfoerderung.ch

Promotion Santé Suisse

Av. de la Gare 52
1001 Lausanne
Telefon 021 345 15 15
Fax 021 345 15 45
www.promotionsantesuisse.ch

SVV

Schweizerischer Versicherungsverband

C. F. Meyer-Strasse 14
8022 Zürich
Telefon 044 208 28 28
Fax 044 208 28 00
info@svv.ch
www.svv.ch

Impressum

Herausgeber: santésuisse, Solothurn

Konzept und Realisation: SRT Kurth&Partner AG, Ittigen

Fotografie: Dominik Labhardt, Basel

Druck: Farbendruck Weber AG, Biel

Bezug der Broschüre

Die Broschüre kann bei santésuisse bezogen oder heruntergeladen werden: www.santesuisse.ch/de/publikations_shop



santésuisse
Römerstrasse 20
4502 Solothurn
Telefon 032 625 41 41
E-Mail mail@santesuisse.ch