

Thomas Gerlinger

Das Schweizer Modell der Krankenversicherung

Zu den Auswirkungen der Reform von 1996

August 2003

Bestell-Nr. SP I 2003-301

ISSN-Nr. 0948 048X

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Das mit der Krankenversicherungsreform 1996 in der Schweiz geschaffene System stößt in der deutschen Gesundheitsreformdebatte auf große Aufmerksamkeit. Die vorliegende Untersuchung zeichnet die wichtigsten Merkmale des Schweizer Modells nach und fragt, inwiefern die mit der Reform verfolgten Ziele erreicht worden sind. Dabei wird deutlich, dass die Bilanz überwiegend negativ ausfällt. Das Krankenversicherungsgesetz hat zwar insofern zu einer Stärkung der Solidarität in der schweizerischen Krankenversicherung beigetragen, als es zuvor vorhandene Lücken im Leistungsrecht geschlossen und den Krankenkassen bisherige Möglichkeiten zur Vermeidung von Leistungspflichten für chronisch Kranke genommen hat. Ungeachtet dessen sind die Krankenbehandlungskosten im Vergleich zu anderen wohlhabenden Ländern außerordentlich stark privatisiert. Die Privathaushalte tragen etwa zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben, und dies mit steigender Tendenz. Insbesondere für sozial Schwache, aber auch für Versicherte mit Einkommen knapp oberhalb der staatlichen Subventionsgrenze können sehr hohe finanzielle Belastungen entstehen. Gleichzeitig ist die Bedeutung innovativer Versorgungsformen, also von Health Maintenance Organisations und Hausarztnetzen, im Versorgungssystem bisher deutlich hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Auch das Ziel der Ausgabendämpfung ist klar verfehlt worden, weist die Schweiz doch anhaltend hohe Steigerungsraten bei den Gesundheitsausgaben und insbesondere bei den Kopfprämien auf. Offenkundig hat der hohe Stellenwert der individuellen Kostenbeteiligung nicht zu einer Begrenzung der Krankenversicherungsausgaben geführt, sondern geht mit hohen Ausgabensteigerungen einher. Diese wiederum sind vor allem auf fortbestehende Strukturprobleme im Finanzierungs- und Versorgungssystem zurückzuführen. Die Schweizer Erfahrungen mit der Reform der Krankenversicherung sind nicht zuletzt ein Hinweis darauf, dass es für eine wirkungsvolle Kostendämpfung und eine Durchsetzung innovativer Versorgungsformen einer stärkeren Einflussnahme der Finanzierungsträger auf das medizinische Leistungsgeschehen bedarf.

Abstract

The system created by the 1996 health insurance reform in Switzerland has met with much attention in the German debate on health reform. The present paper outlines the most important features of the Swiss model and asks to what extent the objectives aimed at by the reform have actually been reached. Research results clearly show that the balance is mostly negative. On the one hand, the law on health insurance did contribute to a strengthening of solidarity in the Swiss health insurance system by closing gaps in the benefits regulation system and by preventing the withholding of benefits to the chronically ill. On the other hand, health care and treatment costs - as compared with other affluent countries - have been radically privatised. Private households pay for about two thirds of all health expenditures, and their share is rising. For the socially disadvantaged in particular, but also for the insured whose income is barely above the minimum income level, this can mean a very high financial burden. At the same time, innovative methods of care - that is, Health Maintenance Organisations and general practitioners (family doctors) - have gained much less importance than expected. As documented by continuously rising rates of health expenditures, especially with regard to per capita flat rates, the objective of cost-containment has also clearly been missed. Obviously, the important role assigned to the individual's share in costs did not result in a containment of expenditures, but was accompanied by high increases in expenditures instead. This rise is mostly due to continuing structural problems in the system of financing and care. The Swiss experience with health insurance reform illustrates clearly that in order to contain costs effectively and promote innovative methods of care funding institutions must have more influence over the type of medical services rendered.

Inhalt

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	7
2. Das Krankenversicherungsgesetz von 1996	7
2.1 Versicherungsumfang	7
2.2 Finanzierung	8
2.3 Freie Kassenwahl und Risikoausgleich	9
2.4 Optionen zur individuellen Prämienreduktion	10
2.5 Zusatzversicherungen	11
2.6 Charakteristika des Steuerungssystems.....	12
2.6.1 <i>Die Kompetenzaufteilung zwischen Bund, Kantonen und</i> <i>Gemeinden</i>	<i>12</i>
2.6.2 <i>Ambulante Versorgung</i>	<i>13</i>
2.6.3 <i>Stationäre Versorgung.....</i>	<i>15</i>
2.6.4 <i>Leitmotive und Handlungserwartungen der Reform.....</i>	<i>16</i>
3. Die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes.....	17
3.1 Stärkung der Solidarität?	17
3.2 Versorgungsqualität und Entwicklung neuer Versorgungsformen	24
3.3 Ausgabenentwicklung	27
4. Fazit und Ausblick	31
Literatur	35

1. Einleitung

Kein anderes Gesundheitssystem findet in der Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens so viel Beachtung wie das der Schweiz. Die Bertelsmann-Stiftung machte mit ihrer öffentlichkeitswirksamen Auszeichnung der schweizerischen Gesundheitsreform nur 2000 nur den Anfang. Mittlerweile vergeht kaum ein Tag, an dem nicht aus Politik, Verbänden und politikberatender Wissenschaft unter Bezugnahme auf – vermeintlich oder tatsächlich – positive Erfahrungen einzelne Komponenten des schweizerischen Gesundheitssystems zur Übernahme empfohlen werden. Vorzugsweise ist dies dann der Fall, wenn es darum geht, Wege in Richtung auf die Privatisierung der Behandlungskosten zu gehen; insbesondere die Einführung einer Kopfpauschale findet in diesem Zusammenhang viel Anklang. Die vorliegende Untersuchung geht folgenden Fragen nach: Was waren die Ziele der schweizerischen Krankenversicherungsform? Welche Instrumente wurden eingesetzt, um diese Ziele zu erreichen? Inwieweit sind die Ziele erreicht worden? Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Schweizer Erfahrungen für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ziehen?

2. Das Krankenversicherungsgesetz von 1996

Das schweizerische Gesundheitssystem wurde mit dem 1994 verabschiedeten und am 1.1.1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) umfassend reformiert (z. B. European Observatory 2000; Baur/Heimer/Wieseler 2001: 97ff.). Das KVG war die Antwort auf vielfältige Verwerfungen im schweizerischen Gesundheitssystem, insbesondere auf die hohen Ausgabensteigerungen in der Krankenversicherung und auf die wachsenden finanziellen Belastungen für sozial Schwache (Bernardi-Schenkluhn 1992). Nach langjährigen Diskussionen und Konflikten wurde schließlich ein Reformwerk verabschiedet, dessen selbst erklärte Hauptziele es waren,

- die Solidarität bei der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zu stärken,
- die Kosten in der sozialen Krankenversicherung zu dämpfen und
- eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten.

2.1 Versicherungsumfang

Das KVG unterscheidet zwischen einer obligatorischen Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKPV) und einer freiwilligen Zusatzversicherung. Alle in der Schweiz wohnenden Personen sind Pflichtmitglieder in der OKPV, die den Schutz bei Krankheit, Unfall und im Falle der Mutterschaft garantiert (Art. 1

Abs. 2 KVG). Der Grundleistungskatalog ist für alle Versicherten einheitlich. Er umfasst medizinische Präventionsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennung), die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, ambulante und stationäre Pflegeleistungen, die Versorgung mit Arzneimitteln, ärztlich veranlasste Leistungen anderer Heilberufe und Leistungen bei Schwangerschaft (Art. 25-31 KVG). Allerdings sind die zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz, abgesehen von wenigen eng umgrenzten Fällen, und ein Lohnausgleich im Krankheitsfall nicht durch die OKPV abgedeckt. Von dieser – allerdings durchaus gravierenden – Ausnahme abgesehen, gewährleistet die obligatorische Grundversicherung in der Schweiz also eine umfassende Versorgung mit allen medizinisch notwendigen Leistungen. Der Begriff der „Grundversicherung“ ist insofern nicht mit dem Bedeutungsgehalt der in Deutschland verwendeten Begriffe „Grundleistungen“ oder „Grundversorgung“ gleichzusetzen, mit denen üblicherweise ein deutlich stärker eingeschränkter und durch Wahlleistungen aufzustockender Leistungsanspruch beschrieben wird.

2.2 Finanzierung

Die schweizerische Krankenversicherung wird ausschließlich durch die Beiträge (Prämien) der Versicherten finanziert. Bei den Prämien handelt es sich um Kopfprämien, die für alle erwachsenen Versicherten innerhalb einer Kasse und eines Kantons gleich hoch sind. Lediglich Kindern und jungen Erwachsenen bis 25 Jahre werden reduzierte Prämien eingeräumt. Im Unterschied zum Finanzierungssystem der GKV gibt es in der Schweiz also weder eine Arbeitgeberbeteiligung an den Krankenversicherungsbeiträgen noch eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Die Kopfprämien sind unabhängig vom Geschlecht, vom individuellem Krankheitsrisiko und – für Erwachsene ab 26 Jahre – auch vom Alter, aber auch unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten.

Einkommensschwache Personen erhalten eine Prämienverbilligung, die in Form eines Zuschusses gemeinsam vom Bund und vom jeweiligen Kanton finanziert wird (Art. 65-66 KVG). Grundsätzlich soll sich die Bemessung der Zuschüsse an dem Ziel orientieren, dass kein Haushalt mehr als 10 % des Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden muss. Der Bund verteilt die für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl, der Finanzkraft und der Prämienhöhe auf die Kantone. Die Kantone müssen einen Komplementärbetrag in Höhe von 50 % der Bundesbeiträge aufbringen, um alle Bundesmittel auszulösen (Art. 66 Abs. 5 KVG). Unterschreiten sie ihren Komplementärbetrag – dies ist unter bestimmten Bedingungen um bis zu 50 % möglich –, so wird der Bundeszuschuss im selben Verhältnis gekürzt. Insgesamt haben die Kantone recht große Freiheiten bei der Umset-

zung dieser Bestimmungen. Jeder Kanton hat mittlerweile ein eigenes System der Prämienverbilligung entwickelt.

Im Krankheitsfall müssen die Versicherten die Kosten bis zu einer Höhe von derzeit 230 Schweizer Franken (sfr) pro Jahr selbst tragen (Jahresfranchise). Zusätzlich müssen sie 10 % der Behandlungskosten bis zu einem Betrag von 6.000 sfr direkt zahlen, so dass alle Kosten bis zu einem Betrag von 6.230 sfr der Zuzahlung unterliegen und sich die maximale private Kostenbeteiligung im Rahmen der Grundversicherung für Erwachsene auf 830 sfr pro Jahr (2003) beläuft. Sowohl die Höhe der Jahresfranchise als auch die Höhe des Grenzbetrags für den zehnjährigen Selbstbehalt wird durch den Bundesrat festgesetzt (Art. 64 Abs. 2 u. 3 KVG). Für Kinder entfällt die obligatorische Jahresfranchise und gilt beim Selbstbehalt nur die Hälfte des für Erwachsene festgesetzten Höchstbetrages (Art. 64 Abs. 4 KVG), so dass sich ihre Zuzahlung im Rahmen von OKPV-Leistungen auf derzeit maximal 300 sfr jährlich beläuft.

2.3 Freie Kassenwahl und Risikoausgleich

Die OKPV wird durch Krankenkassen, die Personen privaten oder öffentlichen Rechts sein können, und durch private Krankenversicherungseinrichtungen betrieben (Art. 11 KVG). Ähnlich wie in Deutschland unterstehen die Krankenversicherer der staatlichen Aufsicht, die in der Schweiz vor allem der Bund wahrnimmt. Ihm obliegt die Zulassung von Versicherungseinrichtungen für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Art. 13 Abs. 1 KVG). Außerdem muss er die Prämien genehmigen und die Einhaltung der vorgeschriebenen Sicherungsmaßnahmen, insbesondere die Vorhaltung finanzieller Reserven und Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, überwachen. Am 1.9.2002 gab es insgesamt 102 staatlich anerkannte Krankenkassenversicherer.

Die Schweizer Bürger können ihren Krankenversicherer frei wählen; gleichzeitig unterliegen die Krankenkassen in der Grundversicherung einem Kontrahierungszwang. Bei einem Wechsel müssen die Versicherten eine dreimonatige Kündigungsfrist einhalten, im Falle einer Prämienanhebung durch die Krankenkasse eine Kündigungsfrist von einem Monat zum Monatsende. Mit der freien Wahl des Krankenversicherers werden die Kassen in eine Konkurrenzsituation hineinmanövriert, deren wichtigster Parameter die Kopfprämienhöhe ist. Jede Kasse setzt ihre Beiträge individuell nach Maßgabe ihrer Finanzsituation fest.

Die freie Kassenwahl wird von einem Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen begleitet. Er verfolgt – wie in Deutschland – das Ziel, die für die Krankenkassen geschaffenen Anreize zur Risikoselektion zu begrenzen und zwischen ihre Startbedin-

gungen im Wettbewerb anzugleichen, und ist zunächst auf einen Zeitraum von zehn Jahren, also bis 2006, begrenzt. Der Risikoausgleich berücksichtigt allerdings nur die mit der ungleichen Alters- und Geschlechtsverteilung verbundenen Finanzierungsrisiken der Krankenkassen, nicht die Einkommensunterschiede und Morbiditätsmerkmale der Versicherten. Hinzu kommt, dass diese Risiken nur innerhalb eines Kantons, nicht bundesweit ausgeglichen werden.

2.4 Optionen zur individuellen Prämienreduktion

Grundsätzlich haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre individuelle Kopfprämie zu reduzieren. Dies ist auf drei Wegen möglich:

- Die Versicherten können eine höhere Kostenbeteiligung als 230 sfr wählen und erhalten dafür einen Prämienrabatt (Art. 62 Abs. 2 KVG). Die Bedingungen der Franchiseerhöhung und der Prämienreduktion sind vom Bund genau vorgeschrieben: Möglich sind vier wählbare Selbstbehaltstufen, nämlich 400, 600, 1.200, 1.500 sfr; die Prämienrabatte dürfen je nach Franchisestufe höchstens 8, 15, 30 oder 40 % betragen. Für Kinder beträgt die wählbare Franchise 150, 300 oder 375 sfr bei einer maximalen Prämienreduktion von 15, 30 oder 40 % (Tabelle 1). Unabhängig von der gewählten Franchisestufe bleibt der durchgängige Selbstbehalt in Höhe von 10 % bestehen. Die Versicherten müssen sich bis zum 30.9. eines Jahres für die Franchisestufe des nächsten Jahres entscheiden und sind für diesen Zeitraum an ihre Entscheidung gebunden.

Tabelle 1: Das System der wählbaren Franchisen für Erwachsene

	Franchisestufe (in sfr)				
	230	400	600	1.200	1.500
Franchise (in sfr)	230	400	600	1.200	1.500
Differenz zur ordentlichen Franchise (in sfr)	0	170	370	970	1.270
Rabatt-Höchstsatz (in %)	---	8	15	30	40
Selbstbehalt (in %)	10	10	10	10	10
Maximaler jährlicher Selbstbehalt (in sfr)	600	600	600	600	600
Maximale jährliche Kostenbeteiligung (in sfr)	830	1.000	1.200	1.800	2.100

Quelle: BSV 2000: 7

- Unabhängig von der gewählten Franchisestufe bleibt der durchgängige Selbstbehalt in Höhe von 10 % bestehen. Die Versicherten müssen sich bis zum 30.9. ei-

nes Jahres für die Franchisestufe des nächsten Jahres entscheiden und sind für diesen Zeitraum an ihre Entscheidung gebunden.

- Versicherte können eine Bonus-Versicherung abschließen, die nach dem Muster einer Autohaftpflichtversicherung funktioniert. Je länger man keine Kosten verursacht, desto stärker sinkt die Versicherungsprämie (Art. 62 Abs. 2 KVG). Nach fünf Jahren erreicht der Rabatt den gesetzlich vorgeschriebenen Höchstwert von 45 %. Sobald der Versicherte Kosten verursacht, wird er auf die Rabattstufe des Vorjahres zurückversetzt. Der Anreiz für den Versicherten besteht bei diesem Modell darin, Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen bzw. Behandlungskosten, die unter den mit der höheren Rabattstufe einher gehenden Einsparungen liegen, selbst zu tragen.
- Den Versicherten ist es gestattet, Versicherungen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer abzuschließen (Art. 41 Abs. 4 KVG). Sie können in diesem Fall nur solche Anbieter zu Lasten ihres Versicherers aufsuchen, die mit ihm einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Dafür kann ihnen die Krankenversicherung eine Prämienreduktion von bis zu 20 % einräumen. Mit diesen Bestimmungen sollen unterschiedliche Formen von Managed Care, insbesondere Health Maintenance Organisations (HMOs) und Arztnetze bzw. Hausarztmodelle, gefördert werden. Auf diese Weise soll ein Anreiz geschaffen werden, qualitativ hochwertige und vor allem kostengünstige Versorgungsformen in Anspruch zu nehmen. Dabei haben sich mittlerweile unterschiedliche Formen von Managed Care herausgebildet (Klingenberger 2002, Wirthner/Ulrich 2003).

2.5 Zusatzversicherungen

Durch die Wahl von Zusatzversicherungen können sich die Versicherten weitere Leistungen dazu kaufen. Die Krankenversicherer haben diesbezüglich mittlerweile ein vielfältiges Angebot entwickelt. Im Zentrum steht dabei die Krankenhausbehandlung. Hier können sich die Patienten für die 1. Klasse (privat) oder die 2. Klasse (halbprivat) entscheiden. Sie deckt ein Einbett- bzw. Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung im Krankenhaus ab. In der Zusatzversicherung unterliegen die Krankenversicherer keinem Kontrahierungszwang; Versicherungsdauer und Kündigungsfristen können frei vereinbart werden. Anders als in der OKPV können die Krankenversicherer hier auch risikoäquivalente Prämien erheben, und sie tun dies auch. Das Geschäft mit Zusatzversicherungen ist sowohl den zugelassenen Krankenversicherungen als auch anderen Versicherungsunternehmen gestattet (Art. 12 Abs. 2 KVG). Der Versicherer für die Zusatzleistungen muss also nicht mit jenem für die Grundversicherung identisch sein.

2.6 Charakteristika des Steuerungssystems

2.6.1 Die Kompetenzaufteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden

Die für das politische System der Schweiz charakteristische Aufteilung legislativer und exekutiver Kompetenzen zwischen dem Bund und den 26 Kantonen findet sich auch in der Gesundheitspolitik wieder (Obinger 1998; Linder 1999). Neben dem Bund und den Kantonen verfügen auch die Gemeinden über eigene Zuständigkeiten. Die Aufgabenverteilung für Bund, Kantone und Gemeinden folgt keinem klaren Prinzip, sondern hat sich in einem langen Prozess in vielfältigen ad-hoc-Kompromissen allmählich herausgebildet. Sie ist insgesamt recht unübersichtlich, in manchen Fällen nicht plausibel oder funktional und daher auch Gegenstand mancher Kritik.

Die wichtigste Kompetenz des *Bundes* besteht in der Rahmengesetzgebung auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die dem in der Verfassung vorgeschriebenen Ablauf folgt. Das bedeutendste gesundheitspolitische Regelwerk ist das erwähnte KVG, das in zahlreichen Bestimmungen durch die vom Bundesrat zu erlassende Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) konkretisiert wird. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass der Bundesrat auf dem Verordnungswege die Bestimmungen die Höhe des obligatorischen Selbstbehalts sowie die Höhe der wählbaren Franchisestufen einschließlich der Höchststrabatte festlegt. Außerdem definiert er die Subventionsziele bei der Prämienverbilligung. Schließlich bestimmt der Bundesrat den Leistungskatalog der Krankenversicherung. Bei dieser Aufgabe wird er von der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung beraten, ein Gremium, das sich aus Experten aus Wissenschaft und Verbänden zusammensetzt.

Des Weiteren sind auf Bundesebene eine Reihe exekutiver Kompetenzen angesiedelt, die ebenfalls vom Bundesrat (zumeist durch das Eidgenössischen Departement des Innern), aber auch vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wahrgenommen werden. Der Bundesrat bzw. das EDI beaufsichtigt die Kantone bei der Implementierung der eidgenössischen Gesetze, insbesondere des für die Krankenversorgung grundlegenden Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Des Weiteren ist er für die Genehmigung der von den Krankenversicherern und Leistungserbringern ausgehandelten gesamtschweizerischen Tarife zuständig.

Das BSV ist für die Zulassung der Krankenkassen sowie für die Genehmigung der Krankenversicherungsprämien und der gewährten Prämienrabatte zuständig. Darüber hinaus definiert es die zu Lasten der sozialen Krankenversicherung verordnungsfähigen Arzneimittel und setzt die Preise für die betreffenden Medikamente fest. Die Zulassung neuer Medikamente ist seit dem 1.1.2002 ebenfalls auf Bundesebene einheitlich geregelt. Hier verfügt das Schweizerische Heilmittelinstitut („Swissmedici“) über die entsprechenden Befugnisse (Marcuard 2001).

Die *Kantone* sind für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verantwortlich und in dieser Eigenschaft die eigentlichen gesundheitspolitischen Hauptakteure. Sie sind zwar an die Rahmenvorgaben des KVG gebunden, allerdings räumt ihnen dieses auf wichtigen Gebieten recht große Gestaltungsspielräume ein. Zu ihren wichtigsten Aufgaben zählt die Umsetzung des KVG. Die jeweiligen Durchführungsbestimmungen sind in einem kantonalen Gesundheitsgesetz oder in einem Einführungsgesetz zur Krankenversicherung geregelt. Darüber hinaus spielt die kantonale Ebene bei den Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern über die Vergütung ambulanter und stationärer Leistungen eine wichtige Rolle. Denn hier werden die Verträge zwischen Finanzierungsträgern und Leistungsanbietern geschlossen, und im Falle einer Nicht-Einigung entscheiden die kantonalen Schiedsinstanzen. Außerdem sind die Kantone für die Spitalplanung verantwortlich, betreiben selbst Spitäler und haben sich an der Finanzierung von Spitälern zu beteiligen. Als wichtige Spitalträger sind sie zudem selbst Verhandlungs- und Vertragspartei. Insgesamt finanzieren die Kantone mehr als 55 % der staatlichen Gesundheitsausgaben.

In unterschiedlichem Ausmaß haben einzelne Kantone auch Zuständigkeiten an die *Gemeinden* delegiert. Dazu zählen z. B. die Verantwortung für die stationäre Versorgung sowie Aufgaben in Krankheitsprävention und Gesundheitsaufklärung, die schulärztliche Betreuung etc.

Obwohl das schweizerische Gesundheitssystem auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts einen ausgeprägt föderalen Charakter trägt, haben sich in der jüngeren Vergangenheit gewisse Zentralisierungstendenzen bemerkbar gemacht (European Observatory 2000: 24; Vatter 2003). Sie werden vor allem deutlich in der Festschreibung einer bundesweiten Versicherungspflicht und eines für alle Kassen und Regionen gleichen Grundleistungskatalogs, in der Erweiterung der Aufsichtsrechte des BSV, insbesondere bei der Genehmigung der Krankenversicherungsprämien, und in der Schaffung des erwähnten Bundesinstituts für die Arzneimittelzulassung.

2.6.2 Ambulante Versorgung

Ambulante medizinische Leistungen werden von niedergelassenen Ärzten und von Spitälern erbracht. Die Versicherten haben im ambulanten Bereich das Recht der freien Arztwahl und können auch die Spitäler in ihrem Wohnkanton frei wählen – es sei denn, sie haben eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer abgeschlossen. Die Schweiz zählt mit Deutschland zu den wenigen Staaten, die im Rahmen der sozialen Krankenversicherung den Versicherten einen direkten Zugang zum ambulant tätigen Spezialisten ermöglichen. Dabei ist der Facharztanteil in der ambulanten Versorgung sehr hoch: 2001 waren immerhin 66 % aller frei praktizierenden Ärzte Spezialisten (Pharma Information 2002).

Bis zum Jahr 2000 im ambulanten Bereich keinerlei Steuerung der Arztzahlen möglich. Ärzte, die über die erforderliche Qualifikation verfügen, hatten das Recht der freien Niederlassung und konnten zu Lasten der Krankenversicherer Leistungen erbringen (Art. 36 KVG). Dies hat sich erst unter dem Eindruck anhaltend hoher Steigerungsraten bei den Krankenversicherungsausgaben geändert: Seit dem 1.1.2001 darf der Bundesrat für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren die Zulassung von Ärzten und anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen für die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung von der Feststellung eines entsprechenden Bedarfs abhängig machen (Art. 55a KVG). Allerdings besteht für die Kassen nach wie vor ein Kontrahierungszwang mit denjenigen Ärzten, die zur freiberuflichen Tätigkeit zugelassen sind.

Grundsätzlich gilt in der ambulanten Versorgung die Tarifautonomie. Diese Tarife werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG), wobei als Vertragspartner sowohl einzelne oder mehrere Leistungserbringer bzw. Versicherer als auch deren Verbände in Frage kommen (Art. 46 Abs. 1 KVG). Allerdings müssen abgeschlossene Verträge durch die jeweils zuständige Kantonsregierung bzw. den Bundesrat genehmigt werden (Art. 46 Abs. 4 KVG). Wenn entsprechende Vereinbarungen nicht zu Stande kommen oder von den Aufsichtsbehörden nicht genehmigt werden, können diese selbst einen Tarif festsetzen (Art. 47 KVG). Dabei hat sie grundsätzlich einen großen Spielraum, muss sich aber an dieselben Kriterien halten, denen auch die Vertragsparteien unterliegen (Schneider 2001: 60). Im Rahmen der sozialen Krankenversicherung können die Ärzte Leistungen aber nur dann abrechnen, wenn sie sich den kantonalen Tarifabschlüssen unterwerfen. Wollen sie dies nicht tun, so haben sie dies der Kantonsbehörde zu melden und verlieren dann den Anspruch auf die Vergütung ihrer Leistungen durch die Krankenversicherer (Art. 44 KVG).

Die Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung ist nicht budgetiert. Die Vergütung erfolgt mit Wirkung vom 1.1.2004 auf der Grundlage eines Einzelleistungskatalogs („Tarmed“), der für alle ambulanten medizinischen Leistungen in der gesamten Schweiz gilt (Art. 43 Abs. 5 KVG), unabhängig davon, ob sie in der Arztpraxis und im Krankenhaus erbracht werden. Ähnlich dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Deutschland schreibt er die Bewertungsrelationen der Leistungen fest, indem er jede von ihnen mit einer bestimmten Punktzahl („Taxpunkt“) versieht. Der Taxpunktwert und damit die Preise der Leistungen werden auf Kantonsebene ausgehandelt. Grundsätzlich sind auch andere Vergütungsformen als die Einzelleistungsvergütung denkbar (Art. 43 Abs. 2 KVG), finden aber nur bei den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl Anwendung.

2.6.3 Stationäre Versorgung

Das schweizerische Spitalwesen weist in vielerlei Hinsicht eine große Ähnlichkeit zum deutschen Krankenhauswesen auf. ist durch eine Vielfalt der Träger bei einer deutlichen Dominanz öffentlicher Krankenhäuser gekennzeichnet. Mehr als die Hälfte der Akutbetten befindet sich in der Hand der Kantone. Andere öffentliche Krankenhäuser, die von Gemeinden, Vereinen oder Stiftungen getragen werden, werden von den Kantonen durch Finanzbeiträge unterstützt. Dies gilt auch für Privatspitäler, wenn sie in die Spitalliste aufgenommen sind. Etwa 15 % der Spitäler werden privatwirtschaftlich betrieben.

Zu den Aufgaben der Kantone gehört die Sicherstellung der Krankenversorgung durch Spitäler. Sie ist üblicherweise in einem kantonalen Spitalgesetz geregelt. Das KVG schreibt den Kantonen die Erstellung von Spitallisten vor, die Leistungen der Grundversicherung mit den Krankenkassen abrechnen können. Bei der Spitalplanung sind auch private Träger angemessen zu berücksichtigen.

Die Vergütungsverträge werden zwischen dem Krankenversicherer und dem jeweiligen Krankenhaus oder deren Verbänden vereinbart (Art. 46 Abs. 1 KVG). Allerdings können jeder Finanzierungsträger und jedes Spital einem separat geschlossenen Vertrag beitreten – eine Bestimmung, die das Interesse der Krankenversicherer an der Aushandlung günstiger Vergütungsverträge schwächt. Das KVG schreibt vor, dass bei der Vergütung für stationäre Behandlung Pauschalen zu vereinbaren sind (Art. 49 Abs. 1 KVG). Lediglich einige besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen können von diesen Pauschaltarifen ausgenommen und einzeln vergütet werden (Art. 49 Abs. 2 KVG). Dies betrifft insbesondere recht selten eingesetzte, aufwendige und daher kostspielige Behandlungen. Die Leistungserbringer dürfen in der Grundversicherung nicht über die geltenden Tarife hinausgehen. Allerdings kann die Höhe der Vergütung nach Krankenversicherer, Kanton oder Leistungsbereich sehr unterschiedlich ausfallen.

Zwar schreibt das KVG im Grundsatz eine Pauschalvergütung für Spitalleistungen vor, gibt jedoch keinen Hinweis darauf, nach welchen Kriterien diese Pauschale berechnet werden soll. Sowohl Tagespauschalen, abteilungsspezifische Pauschalen oder diagnoseorientierte Fallpauschalen sind demzufolge zulässig. In der Praxis finden diagnoseorientierte Fallpauschale aber bisher so gut wie keine Anwendung, sondern werden die Leistungen fast ausschließlich nach Tages- oder Abteilungs- bzw. Fachgebietspauschalen oder einer Kombination dieser Systeme abgerechnet (Koch 2001). Die Pauschalen und Einzelleistungstarife decken bei den in die Spitalliste aufgenommenen Krankenhäusern höchstens 50 % der Kosten je Patient bzw. Versicherungengruppe in der allgemeinen Abteilung, d. h. der im Rahmen der OKPV entstehenden Behandlungskosten (Art. 49 Abs. 1 u. 2 KVG). Betriebskosten, die aus Über-

kapazitäten der Leistungsanbieter entstehen, dürfen den Versicherern ebenso wenig in Rechnung gestellt werden wie Investitionskosten sowie die Ausgaben für Forschung und Lehre. Die öffentliche Hand erstattet die andere Hälfte der dem Krankenhaus entstehenden Behandlungskosten. Wurden diese in der Vergangenheit in Form einer allgemeinen Defizitdeckung getragen, so beschränkte das KVG die Finanzierung durch die öffentliche Hand auf eine prospektiv vereinbarte Finanzierung eines als wirtschaftlich erachteten Leistungsvolumens. Die Ausgaben für das Spitalwesen sind neben denen für das Bildungswesen der bedeutendste Haushaltsposten der Kantone.

Wie in der ambulanten Versorgung auch bedürfen Verträge über stationäre Leistungen der Genehmigung durch die jeweils zuständige Behörde, also den Kanton bzw. bei bundesweit geltenden Verträgen den Bund (Art. 46 Abs. 4 KVG). Da der Kanton häufig als Spitalträger und gleichzeitig als Kontroll- und Genehmigungsinstanz auftritt, befindet er sich gegenüber den Krankenversicherern in einer starken Position. Die Kantone haben das Recht, für die Vergütung der Spitäler oder der Pflegeheime ein Globalbudget festzulegen (Art. 51 Abs. 1 KVG; Art. 54 Abs. 1 KVG). Von dieser Möglichkeit machen immer mehr Kantonsregierungen auch Gebrauch, wobei sie dies häufig mit der Definition von Höchstzahlen für bestimmte Leistungen verknüpfen.

2.6.4 Leitmotive und Handlungserwartungen der Reform

Das mit dem KVG durchgesetzte Modernisierungskonzept für das schweizerische Gesundheitssystem sieht eine komplexe Kombination aus staatlichen, korporatistischen und privat-wettbewerblichen Regulierungskomponenten vor (Gutzwiller/Jeaneret 1996; Hitz/Ulrich 2003), wobei die privat-wettbewerblichen Elemente einen deutlich größeren Stellenwert haben als in der deutschen Krankenversicherung. Mit dem KVG orientierte sich das schweizerische System stärker als zuvor an einer Konzeption des regulierten Wettbewerbs. Die freie Kassenwahl sollte einen Anreiz für die Versicherer schaffen, finanziell günstige und qualitativ hochwertige Versorgungsformen zu entwickeln. Sie verfügen dabei über weiter gehende Gestaltungsfreiheiten gegenüber den Leistungsanbietern als die deutschen Krankenkassen – insbesondere im Hinblick auf den Abschluss von Verträgen über besondere Versorgungsformen –, wobei allerdings die Krankenversicherer verpflichtet sind, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Versorgungsverträge abzuschließen. Dies gilt de facto auch für die ambulante Versorgung, auch wenn in der Schweiz weder das Rechtskonstrukt des ärztlichen Sicherstellungsauftrags und noch eines dadurch begründeten Vertragsmonopols einer ärztlichen Zwangsorganisation existiert. Für die Verträge zwischen Leistungsanbietern und Krankenversicherern gilt seit 1996 keine Verbandszwang mehr, so dass als Vertragsparteien auf beiden Seiten sowohl die Verbände

als auch einzelne oder mehrere Mitglieder der Verbände auftreten (Art. 46 Abs. 1 KVG). Wegen dieser Merkmale des Steuerungssystems spielen die Verbände insgesamt nicht jene Rolle, wie sie für die Vertragspolitik im deutschen Gesundheitswesen charakteristisch ist. Gleichzeitig hat sich aber der Staat sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene sehr weitreichende Genehmigungs- und Ersatzvornahmrechte vorbehalten. Insofern gilt auch für das schweizerische Gesundheitssystem, dass sich die Selbstregelung durch die beteiligten Akteure „im Schatten des Staates“ vollzieht (Scharpf 2000).

Auf Seiten der Versicherten wurden das Leistungsrecht und die Finanzierungsbestimmungen vereinheitlicht; zugleich hält die Reform an dem in der Schweiz traditionell hohen Stellenwert der individuellen Finanzierungsverantwortung (Jahresfranchise, wählbare Jahresfranchise, Selbstbehalte) in der Erwartung fest, auf diese Weise für die Versicherten einen Anreiz zur „maßvollen“ Inanspruchnahme von Leistungen zu schaffen und damit zur Kostendämpfung beizutragen. Dabei hat sich mit dem KVG ein Konzept des *regulierten* Wettbewerbs durchgesetzt, das seinen Ausdruck vor allem im staatlich festgesetzten Leistungskatalog, in den Rahmenbestimmungen über die Finanzierungsweise der Krankenversicherung, aber auch im Kontrahierungszwang der Krankenversicherer gegenüber Versicherten und Leistungsanbietern findet.

3. Die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes

Sieben Jahre nach dem Inkrafttreten des KVG sind die Wirkungen der Reform zumindest in ihren Haupttendenzen sichtbar. Sie sollen im Hinblick auf die eingangs genannten drei Hauptziele nachgezeichnet werden.

3.1 Stärkung der Solidarität?

Das BSV kommt in einer Wirkungsanalyse zum KVG zu dem Ergebnis, dass mit der Reform die Solidarität in der Krankenversicherung gestärkt worden sei (BSV 2001b: IX). Diese Überzeugung wird zwar nicht überall geteilt (z. B. Rychen o. J.), ist aber weit verbreitet. Grundlage für diesen Befund ist vor allem die mit dem KVG vorgenommene Erweiterung und Vereinheitlichung des Leistungskatalogs. Insbesondere im Bereich der häuslichen und stationären Pflege hatte es zuvor erhebliche Lücken gegeben; außerdem war vor dem Inkrafttreten des KVG die Erstattungspflicht der Krankenversicherer bei Spitalaufenthalten zeitlich begrenzt gewesen (Bernardi-Schenkluhn 1992: 213ff.). Von Bedeutung ist auch, dass das KVG den Krankenkassen bisherige Ausnahmeregelungen bei der Leistungsfinanzierung nicht mehr gestattete. So konnten Krankenkassen vor 1996 für Neumitglieder einen auf fünf Jahre be-

fristeten Versicherungsvorbehalt aussprechen, mit dem sie sich von der Leistungspflicht für vorliegende chronische Erkrankungen befreien (ebd.: 196ff.). Schließlich hatte das alte Recht keine bundesweite Versicherungspflicht vorgesehen und waren die Versicherungsprämien zuvor in Abhängigkeit vom Eintrittsalter und vom Geschlecht berechnet worden (ebd.). Daneben hatte es eine kaum überschaubare Prämienvielfalt gegeben, mit der allerhand nicht begründbare soziale Ungerechtigkeiten einher gingen. Bemerkenswert ist, dass die Schweiz mit dem KVG das Leistungsspektrum der Krankenversicherung in den 1990er Jahren entgegen dem internationalen Trend ausdehnte (R. Kocher/Greß/Wasem 2002). Vor diesem Hintergrund eines zuvor nur schwach bzw. noch schwächer mit Solidarelementen ausgestatteten Gesundheitssystems wird der erwähnte Befund über die positiven Wirkungen des KVG verständlich.

Wenn der Solidarcharakter des schweizerischen Gesundheitssystems mit dem KVG gestärkt worden ist, sagt dies allerdings noch nichts darüber aus, *wie stark* es letztlich durch das Solidarprinzip geprägt ist. Bei der Beurteilung dieser Frage sind zum einen der Leistungskatalog, zum anderen die KVG-Bestimmungen über die Finanzierung der Krankenversicherung zu berücksichtigen. Mit Blick auf den *Leistungskatalog* trüben insbesondere die fortbestehenden Lücken das Bild: Die zahnärztliche Behandlung und der Zahnersatz sind von den Versicherten in vollem Umfang privat zu finanzieren, und für den Lohnausgleich im Krankheitsfall muss eine Zusatzversicherung abgeschlossen werden („Taggeldversicherung“). Damit sind Ausgaben in erheblichem Umfang verbunden. Die risikoäquivalente Prämienkalkulation hat zur Folge, dass derartige Zusatzversicherungen für ältere Menschen oftmals unerschwinglich sind. Jüngere Personen wiederum machen davon kaum Gebrauch, weil das auf diesem Wege abzudeckende Risiko bei ihnen sehr gering ist. Die gezahlten Prämien in der Zusatzversicherung beliefen sich im Jahr 2000 auf 7,05 Mrd. sfr, die Gesamtausgaben auf knapp 5,36 Mrd. sfr (BSV 2001a: 127). Dabei machen die Spitalzusatzversicherung und die Taggeldversicherung fast zwei Drittel des Prämienvolumens in der Zusatzversicherung aus (Britt/Bombacher Steiner/Streit 2001: 131). Im Jahr 2000 verfügten knapp 1,7 Mio. Versicherte (22,9 % der Bevölkerung) über eine Zusatzversicherung für die Spitalversorgung und 1,5 Mio. (20,7 %) über eine Zusatzversicherung für den Verdienstausfall bei Krankheit. Demgegenüber ist der Anteil der Versicherungen für die Zahnbehandlung gering, weil die große Mehrheit der schweizerischen Bevölkerung es angesichts der hohen Versicherungsprämien vorzieht, die Kosten im Behandlungsfall selbst zu tragen. Nach Schätzungen des Bundesamtes für Statistik beliefen sich in der Schweiz im Jahr 1998 die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung auf 3,3 Mrd. sfr – also mehr als 20 % der Ausgaben in der OKPV –, von denen 7,3 % auf die Sozialversicherungen entfielen und 92,7 % von

den Patienten getragen wurden (Weber 2001: 234f.). Die jährlichen Gesamtkosten für die zahnmedizinische Versorgung betragen 464 sfr je Versicherten.

Rechnet man nicht nur die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jungen und Alten sowie zwischen Männern und Frauen, sondern auch die Umverteilung zwischen finanziell Bessergestellten und sozial Schwachen zu den Kernelementen einer solidarischen Krankenversicherung, so stellen auch die nach Kasse und Region *einheitlichen Kopfprämien für Erwachsene* als Kern des schweizerischen Finanzierungssystems eine schwerwiegende Verletzung des Solidarprinzips dar, denn ihre einkommensunabhängige Bemessung führt bei sinkenden Einkommen zu einem Anstieg der relativen Belastung mit Krankenversicherungskosten.¹ Zwar wird die überproportionale Belastung sozial Schwacher über die staatlich finanzierte Prämienverbilligung gemildert. So erhielt im Jahr 2001 ein Drittel der Schweizer Bevölkerung (2,38 Mio. Personen) einen solchen staatlichen Zuschuss zur Krankenversicherungsprämie. Mehr als die Hälfte der subventionierten Haushalte waren Ein-Personen-Haushalte. Im Durchschnitt belief sich die Höhe der staatlichen Unterstützung mit 1.118 sfr pro Jahr auf rund 60 % der von den Beziehern zu zahlenden Kopfprämie (BSV 2002: 55, 100). Die Gesamtsumme der staatlichen Zuschüsse belief sich auf knapp 2,7 Mrd. sfr (BSV 2002: 24, 55, 100). Allerdings ist das System der staatlichen Prämienverbilligung in mancherlei Hinsicht unzulänglich (z. B. Rychen o. J.: 7): Erstens erweisen sich die staatlichen Zuschüsse in den Kantonen mit hohen Prämien oftmals als ungenügend; zweitens versuchen zahlreiche Kantone, die Zuschüsse zur Prämienverbilligung für sozial Schwache möglichst niedrig zu halten, und nehmen daher nur eine reduzierte Prämienverbilligung vor. Im Jahr 2001 machten immerhin 15 der 26 Kantone von dieser Möglichkeit Gebrauch. Dies führte dazu, dass das tatsächliche Subventionsbudget mit einer Höhe von 2,67 Mrd. sfr um 20,7 % hinter dem Subventionsziel des Bundes (3,37 Mrd. sfr) zurückblieb (BSV 2002: 24). Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass dieses Subventionsziel zwischen 2000 und 2003 jährlich nur noch um 1,5 % angehoben worden ist (BSV 2000: 106) und damit deutlich hinter dem Anstieg der Prämien in diesem Zeitraum zurückblieb. Neben den finanziellen Auswirkungen auf die sozial Schwachen ist aber auch die wirtschaftliche Situation von Haushalten zu bedenken, deren Einkommen knapp oberhalb der Anspruchsberechtigungsgrenze liegen und die daher nicht in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass sie durch das Kopfprämiensystem besonders stark belastet werden (Credit Suisse 2002: 21), insbesondere wenn es sich um Familien handelt.

1 Allerdings erfolgt auch bei einer einheitlichen Kopfprämie insofern eine soziale Umverteilung, als untere Einkommensgruppen ein durchschnittlich höheres Krankheitsrisiko aufweisen und daher auch überdurchschnittlich hohe Behandlungskosten verursachen.

Der mit der einheitlichen Kopfprämie verbundene Effekt einer überproportionalen Belastung sozial Schwacher wird durch *die obligatorische Jahresfranchise* und die zusätzliche *zehnprozentige Kostenbeteiligung* bis zu einer Höhe von 600 sfr noch verstärkt, denn das in unteren sozialen Schichten überdurchschnittlich hohe Erkrankungsrisiko (Bisig/Bopp/Minder 2001) erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass diese Bevölkerungsgruppen den fraglichen Höchstbetrag auch tatsächlich aufbringen müssen. Gleichzeitig wird damit die Belastung Kranker weiter verstärkt. In die gleiche Richtung wirkt die Möglichkeit zur *Wahl einer erhöhten Jahresfranchise* bei im Gegenzug reduzierten Prämien. Bei den erwachsenen Versicherten wählten 2001 46,2 % der Versicherten eine erhöhte Franchise. Am häufigsten fällt die Wahl auf die niedrigste Stufe von 400 sfr, für die sich immerhin 25,8 % aller Versicherten entschieden. Aber immerhin wählten auch 11,3 % der Versicherten eine Franchise von 1.200 oder 1.500 sfr (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteil der Versicherten (erwachsene Versicherte) nach Versicherungsformen 1999 und 2001 (in %)

Versicherungsart	1999	2001
Gesetzliche Jahresfranchise	47,7	45,4
Wählbare (erhöhte) Jahresfranchise	44,6	46,2
Franchisestufe 400 sfr	28,8	25,8
Franchisestufe 600 sfr	8,2	9,2
Franchisestufe 1.200 sfr	2,2	2,3
Franchisestufe 1.500 sfr	5,4	9,0
Andere Versicherungsformen	7,7	8,4
Insgesamt	100	100

Quelle: BSV 2000: 12; BSV 2002: 9

Bei einer näheren Betrachtung der Ausgaben zeigt sich, dass die Zahlungen der Krankenversicherung je Versicherten mit steigender Franchisestufe sinken (Tab. 3). Unbestritten ist, dass ein erheblicher Teil dieser Ausgabenminderung auf die Selbstselektion Gesunder zurückzuführen ist, weil die höheren Franchisestufen von den Versicherten in erster Linie dann gewählt werden, wenn sie ihr individuelles Krankheitsrisiko als vergleichsweise gering einschätzen. Genau darin liegt der entsolidarisierende Effekt dieser Versicherungsform: Mit den niedrigeren Prämien der Gesunden werden der Gemeinschaft der Krankenversicherten Finanzmittel vorenthalten

bzw. entzogen, die für die Finanzierung der Krankenbehandlung fehlen. Die Erkenntnisse über die auch in der Schweiz geringere Morbiditätslast bei Angehörigen oberer Sozialschichten lassen den Schluss zu, dass vor allem wohlhabende Bevölkerungsgruppen von den wählbaren Franchisen profitieren. Auf diese Weise wird der ohnehin mit dem System aus Kopfprämien und obligatorischem Selbstbehalt verbundene Effekt einer mit steigendem Einkommen geringeren finanziellen Belastung noch einmal verstärkt.

Tabelle 3 zeigt, dass die von den Krankenversicherern gezahlten Leistungen mit steigender Franchisestufe zwar abnehmen, allerdings geht auch das Prämiensoll je Versicherten mit steigender Franchisestufe deutlich zurück. Ein Versicherter mit der höchsten Franchisestufe zahlte 1999 nur etwa zwei Drittel des Betrages, den ein Versicherter mit der ordentlichen Franchise aufzubringen hatte. Die individuelle Kostenbeteiligung ist bei den Versicherten mit erhöhter Franchise (409 sfr im Jahr 2001 für alle Versicherten mit erhöhter Franchise) in Relation zu der von Versicherten mit ordentlicher Franchise (279 sfr) zwar auch deutlich höher, jedoch ist die absolute Differenz mit 130 sfr pro Jahr vergleichsweise gering (BSV 2002: 60).

Tabelle 3: Indikatoren der Betriebsrechnung (in sfr) nach Versicherungsform und Franchisestufe 1999 (erwachsene Versicherte)

Indikatoren pro erwachsenem Versicherten	Ordentliche Franchise	Wählbare (erhöhte) Franchisen				Andere Versicherungsformen	Insgesamt
		400	600	1.200	1.500		
	230	400	600	1.200	1.500		
Prämiensoll ¹	2.207	2.201	2.150	1.782	1.503	1.805	2.123
Bezahlte Leistungen ²	2.645	1.968	1.238	724	384	1.563	2.087
Risikoausgleich	- 235	62	396	460	687	73	- 9
Deckungsbeitrag ^{3,5}	- 203	171	517	598	432	169	44
Querfinanzierung ^{4,5}	- 221	107	397	490	322	182	---

1 Prämiensoll = Summe der von den Versicherten den Krankenversicherern geschuldeten Prämien

2 Bezahlte Leistungen = Summe der bei den Krankenversicherern eingereichten Rechnungsbeträge – Kostenbeteiligung der Versicherten

3 Deckungsbeitrag = Prämiensoll – bezahlte Leistungen – Risikoausgleich

4 Querfinanzierung = Prämiensoll – bezahlte Leistungen – Risikoausgleich – Anteil Verwaltung und Reserven

5 Ein positiver Beitrag bedeutet einen Überschuss der Franchisestufe, ein negativer Beitrag einen Fehlbetrag

Quelle: BSV 2000: 5 (geringfügig modifiziert).

Muss man also davon ausgehen, dass der inverse Zusammenhang zwischen Höhe der Franchise und Höhe der individuellen Kostenbeteiligung zu einem erheblichen Teil auf die Selbstselektion Gesunder zurückzuführen ist, so ist heftig umstritten, ob daneben nicht noch andere Faktoren zur Erklärung der Minderausgaben herangezogen werden müssen. In diesem Zusammenhang gehen z. B. Werblow/Felder (2002) auf der Basis eines ökonometrischen Schätzverfahrens davon aus, dass ein relevanter Teil der Kostendifferenzen dadurch zu erklären ist, dass Versicherte mit einem höheren Selbstbehalt Leistungen der Krankenversicherung maßvoller in Anspruch nähmen und mehr „Eigenverantwortung“ trügen als Versicherte mit der niedrigsten Franchisestufe. In dieser Interpretation erscheint die Einführung von Selbsthalten als ein sinnvolles Instrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.² Demgegenüber kommt z. B. Schellhorn (2002) – ebenfalls mit Hilfe eines ökonometrischen Verfahrens – zu dem Ergebnis, dass ein solcher Effekt nicht existiert bzw. nur sehr schwach ausfällt.

Was die *freie Wahl der Krankenversicherung* angeht, so ist deren Wirkung deutlich hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück geblieben. Da alle Versicherten eine einheitliche Kopfprämie zahlen, sind die Krankenversicherungen an einer Selektion gesunder Versicherter stark interessiert und umwerben diese Gruppen auch entsprechend. Damit sind sie offenkundig auch erfolgreich, denn mehrere Untersuchungen deuten darauf hin, dass es sich bei den Wechslern bzw. den Wechselwilligen überwiegend um „gute Risiken“ handelt. So verursachte nach einer Analyse der Prognos AG die Gruppe der Wechselwilligen rund 40 % weniger Ausgaben als die gleichaltrige Vergleichsgruppe (Baur et al. 1998) – eine Einsparung, die in dieser Größenordnung zu einem erheblichen Teil auf den besseren Gesundheitszustand der Wechsler zurückzuführen sein dürfte. Einer anderen Erhebung zu Folge haben 16,2 % der Versicherten mit sehr gutem oder gutem subjektivem Gesundheitszustand schon einmal die Krankenversicherung gewechselt, jedoch nur 5,6 % der Versicherten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einstufen (Colombo 2001: 28). Dabei ist der Anteil der Wechsler zwischen verschiedenen Versicherern insgesamt

2 Werblow/Felder ziehen aus ihrer Analyse den Schluss, dass eine Privatisierung von Krankheitsbehandlungskosten ein wirksames Instrument der Kostendämpfung sei (siehe auch Felder/Werblow 2002). Allerdings ist die daraus erwachsende Handlungsempfehlung durch den Befund, selbst wenn er zutreffen sollte, nicht gedeckt. So wäre zu fragen, ob und inwieweit erhöhte Selbstbeteiligungen bzw. Selbstbehalte nicht auch zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme medizinisch indizierter Leistungen führen und die Kosten verspäteter Interventionen nicht die behaupteten Einsparungen überkompensieren. Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob nicht auch konkurrierende, sozialverträglichere Instrumente der Kostendämpfung eingesetzt werden können. Schließlich bedürfte es einer Antwort auf die normative Frage, ob eventuelle Einsparungen die mit einer Privatisierung von Krankheitsbehandlungskosten einhergehenden sozialen Schief lagen in der Gesellschaft rechtfertigen können. Darüber hinaus ist zu betonen, dass das von Werblow und Felder verwendete Schätzverfahren eine Reihe von Ungenauigkeiten und Unsicherheiten aufweist (Steiner 2002).

gering und außerdem im Zeitverlauf deutlich zurückgegangen. Zwischen 1997 und 2000 wechselten insgesamt nur 15 % der Versicherten, wobei der Wechselanteil von jeweils rund 5 % zum Beginn der Jahre 1997 und 1998 auf 2 % zu Beginn des Jahres 2000 zurückging (Peters/Müller/Luthiger 2001: 110; Colombo: 27f.).³

Der *Risikoausgleich* kann dem Trend zur Risikoselektion nicht wirksam begegnen, weil er auf die Parameter Alter und Geschlecht beschränkt ist und die Morbidität der Versicherten nicht erfasst. Darüber hinaus ist er in seiner Reichweite auch deshalb beschränkt, weil er diese Risiken nur *innerhalb* der einzelnen Kantone ausgleicht und damit auch die entsprechenden *regionalen* Unterschiede auf die Höhe der Beiträge durchschlagen. Dies führt dazu, dass die Prämien zwischen den Kassen und den Kantonen bei identischen Leistungsansprüchen der Versicherten extrem weit auseinander klaffen, und zwar weit stärker, als dies bei den Beitragssätzen in der deutschen GKV der Fall ist. Im Jahr 2003 schwanken die Durchschnittsprämien für Erwachsene zwischen 174 sfr im Kanton Appenzell-Innerrhoden und 390 sfr im Kanton Genf; der landesweite Durchschnitt liegt bei 269 sfr (BSV 2002: 90). Allerdings sind derartige Abweichungen nicht allein auf ein regionales Morbiditätsgefälle und auf die Beschränkungen des Risikoausgleichs, sondern u. a. auch auf die Unterschiede im Leistungsangebot zurückzuführen (Haari/Rüefli/Vatter 2002). Mit den kantonal unterschiedlichen Behandlungskosten entstehen auch erhebliche Unterschiede in der Höhe der Selbstbehalte. Das durch den Risikoausgleich entstehende Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern hat sich seit dem Inkrafttreten des KVG beträchtlich erhöht, nämlich von 530 Mio. sfr im Jahr 1996 auf 732 Mio. sfr im Jahr 2000 (BSV 2001: 54), also auf 5,5 % der OKPV-Ausgaben (ohne Kostenbeteiligung der Versicherten), womit es erheblich hinter der Bedeutung des Risikostrukturausgleichs in der GKV zurückbleibt.

Insgesamt also ist der Solidarcharakter der schweizerischen Krankenversicherung stark eingeschränkt und die Finanzierung von Krankenbehandlungskosten wie in kaum einem anderen OECD-Staat privatisiert. Die skizzierten Finanzierungsregeln führen dazu, dass die Anteile der einzelnen Akteure an der Aufbringung der Gesundheitsausgaben erheblich von den deutschen Verhältnissen abweichen. Die Privathaushalte tragen etwa zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben, nämlich die von den Versicherten gezahlten Prämien in der OKPV sowie die direkte Kostenbeteiligung im Rahmen der Grund- und der Zusatzversicherung. In der OKPV ist – ebenso wie bei den Gesundheitsausgaben insgesamt – die individuelle Kostenbeteiligung der Versi-

3 Ein Teil der Erklärung für die vergleichsweise geringe Bereitschaft zum Kassenwechsel liegt vermutlich in der Möglichkeit zur Wahl einer erhöhten Jahresfranchise. Denn der spezifische Durchschnitt des schweizerischen Finanzierungssystems führt offenbar dazu, dass sich die Risikoselektion nicht vorrangig in Wanderungen *zwischen den Krankenkassen*, sondern vor allem über die Wahl einer erhöhten Jahresfranchise *beim einmal gewählten Versicherer* vollzieht.

cherten seit dem Inkrafttreten des KVG weitaus stärker gestiegen als die Leistungsausgaben der Krankenversicherer (Tabelle 4).

Tabelle 4: Ausgaben der Krankenversicherer und individuelle Kostenbeteiligung je Versicherten und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1997 bis 2001

	1997		2001		1997/2001
	sfr	%	sfr	%	Veränderung in %
Leistungsausgaben der Krankenversicherer pro Versicherten	1.575	86,5	1.910	85,3	21,3
Individuelle Kostenbeteiligung pro Versicherten	246	13,5	328	14,7	33,3
Leistungsausgaben pro Versicherten insges.	1.821	100	2.238	100	22,9

Quelle: BSV 2002: 57ff., eigene Berechnungen.

3.2 Versorgungsqualität und Entwicklung neuer Versorgungsformen

Das KVG verfolgt u. a. das Ziel, mit Hilfe von Managed-Care-Konzepten die Qualität und Effizienz der Krankenversorgung zu verbessern. HMOs und Hausarztmodelle sollten durch den Kassenwettbewerb und durch finanzielle Anreize für die Versicherten gefördert werden. Sechs Jahre nach dem Inkrafttreten des KVG fällt die Bilanz bescheiden aus: Neue Versicherungs- und Versorgungsformen haben bisher nur eine geringe Verbreitung erreicht. Ende 2001 wurden nicht einmal 600.000 Personen in derartigen Modellen versorgt. Am 31.12.2001 waren insgesamt nur 8,1 % der Versicherten in ein Hausarztmodell oder in eine HMO eingeschrieben (BSV 2002: 53). Zwar haben sich in einzelnen Kantonen bis zu 20 % der Versicherten für Managed-Care-Organisationen entschieden (Baur 2000), aber dies ändert nichts an der – gemessen an den Zielen – enttäuschenden Zwischenbilanz für die Gesamtschweiz. Es gibt auch wenig Anlass, diese Zahlen als Ausdruck von Anlaufschwierigkeiten zu interpretieren. Insgesamt stagniert die Verbreitung von Managed-Care-Modellen, und es gibt sogar Anzeichen für einen einsetzenden Bedeutungsverlust derartiger Projekte. So hat der größte Krankenversicherer der Schweiz, die Helsana AG, zum 30.6.2002 mehr als 70.000 Versicherten das Hausarztmodell gekündigt.

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. *Erstens* sind sie auf Seiten der Versicherer zu suchen. Zwar hat die Einführung der freien Wahl des Krankenversicherers zu einem verschärften Wettbewerb unter den Finanzierungsträgern geführt; auch haben die Krankenversicherer mit dem KVG sehr weitreichende Gestaltungs-

freiheiten erhalten, die es ihnen gestatten, Anreize zur unwirtschaftlichen Leistungserbringung zu vermindern. Aber der Zuschnitt der Wettbewerbsordnung und insbesondere der unzureichende Risikoausgleich macht es für sie weitaus interessanter, Konkurrenzvorteile durch das Umwerben guter Risiken als durch effizientere Versorgungsmodelle zu erzielen.

Unklar ist, inwieweit HMOs tatsächlich Einsparungen und Qualitätsverbesserungen mit sich bringen. Die Qualität der verfügbaren Daten lässt darüber keine repräsentativen Angaben zu. Zwar liegen einzelne Untersuchungen vor, denen zufolge in erheblichem Umfang Einsparungen ohne Qualitätsverlust möglich sind – in einer großen, vom BSV in Auftrag gegebenen Studie der Prognos AG ist von bis zu 30-35 % die Rede, wobei die Ausgabenminderungen vor allem durch geringere Arzneimittelausgaben und durch eine Reduzierung der Spitaleinweisungen erzielt worden sind (Baur et al. 1998; Baur/Stock 2002). Allerdings ist letztlich ungeklärt, inwieweit diese Effekte auf die geringere Morbidität des Versichertenkreises zurückzuführen sind. Es ist ein bekanntes Phänomen, dass der Anteil von Gesunden an derartigen Versorgungs- und Versicherungsformen gemeinhin überdurchschnittlich hoch ist. Auch die Autoren sind sich dieses Problems bewusst, jedoch war es in der Evaluationen nicht möglich, den Anteil des Faktors „Morbidität“ an den erzielten Einsparungen zuverlässig zu erfassen (Baur/Stock 2002).

Mit Blick auf die in den HMOs erreichte Versorgungsqualität stellt die Prognos-Studie in einzelnen Bereichen Qualitätsverbesserungen fest, allerdings lassen sich für weite Teile des medizinischen Versorgungsgeschehens keine substantiellen Unterschiede zwischen traditioneller und HMO-Versorgung erkennen (Baur/Stock 2002). Weitgehend im Dunkeln liegen bisher die Qualitätseffekte von Hausarztnetzen. Aussagekräftige Evaluationen sind bisher nicht vorgelegt worden. In jedem Fall sind „viele, wenn nicht die meisten Hausarztnetze ziemlich weit davon entfernt (...), dem Anspruch von Managed Care zu entsprechen“ (Baur 2000: 11). Sie verfügen zumeist nicht über Daten, die eine gezielte Steuerung der Krankenversorgung ermöglichen würden. Da weder Leistungstransparenz hergestellt werden kann noch ein Controlling mit der erforderlichen Präzision erfolgt, sind die beteiligten Ärzte auch nicht in der Lage, Budgetverantwortung zu übernehmen. Auch Aussagen über die Qualität der Versorgung sind angesichts dieser Mängel nicht möglich (ebd.).

Zwar kann das mit dem KVG geschaffene Ordnungsmodell ein prinzipielles Interesse der Kassen an der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle begründen, allerdings müssten sie dann auch befürchten, mit ihnen die „schlechten“ Risiken anderer Krankenversicherer anzulocken, deren hoher Behandlungsaufwand die möglichen Einspareffekte effizienter Versorgungsformen überkompensieren könnten. Aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive der einzelnen Krankenkasse sind HMOs und

Hausarztmodelle nur dann sinnvoll, wenn es ihr gelingt, die bereits bei ihr versicherten „schlechten“ Risiken, also vor allem chronisch Kranke, von der Nutzung dieser Versorgungsformen zu überzeugen. De facto sind es bisher aber vor allem „gute“ Risiken, die sich für Hausarztmodelle und HMOs entscheiden. Bei diesen wiederum sind die Einsparungen, wenn überhaupt vorhanden, vergleichsweise gering, denn die guten Risiken kommen so in den Genuss der reduzierten Prämien, würden aber auch bei einer Regelversorgung keine oder nur geringe Kosten verursachen. Dies wiederum vermindert das Interesse der Krankenversicherer an der Entwicklung von HMOs und Hausarztmodellen. So begründete die Helsana AG die erwähnte Kündigung der Hausarztversicherung damit, dass sich vor allem die guten Risiken für ein solches Modell entschieden hätten und die Einsparungen daher hinter den Erwartungen zurückgeblieben seien. Es ist nicht eindeutig zu sagen, worauf der hohe Anteil guter Risiken an diesen Versicherungsformen zurückzuführen ist. Dies kann Ergebnis einer aktiven Risikoselektion der Krankenversicherer sein oder seine Ursache in einer Selbstselektion von Gesunden haben, die die Prämienreduktion gleichsam als Mitnahmeeffekt nutzen. Es kann auch Folge eines Informationsvorsprungs oder einer größeren Problemsensibilität gut gebildeter Versichertengruppen sein. In Bezug auf die neuen Versicherungs- und Versorgungsmodelle befinden sich die Kassen jedenfalls in einem Dilemma: „Schlechte“ Risiken anderer Kassen will man nicht anlocken, gute Risiken bringen wegen der zu gewährenden Prämienreduktion kaum Einsparungen. Attraktiv erscheinen HMOs und Hausarztmodelle für den einzelnen Krankenversicherer unter den gegenwärtigen Bedingungen nur dann, wenn er in größerem Umfang behandlungsaufwendige Personen, die bereits bei ihm versichert sind, für sie gewinnen kann.

Zweitens stößt die Implementation von Managed-Care-Modellen auf hohe Hürden, die vor allem bei den Ärzten zu suchen sind. Für diese ist die Teilnahme an derartigen Versorgungsformen aus zwei Gründen nicht sonderlich attraktiv. Zum einen ist die im Rahmen der Regelversorgung praktizierte Einzelleistungsvergütung für sie weit lukrativer als eine Vergütung auf der Grundlage von Kopfpauschalen, auf die sie bei Managed-Care-Modellen in der Regel umsteigen müssten. Zum anderen hätten sie sich bei der Versorgung im Rahmen von HMOs, aber auch von Arztnetzen in weit stärkerem Maße als bisher Behandlungsleitlinien und einem betriebswirtschaftlichem Controlling zu unterwerfen. Managed-Care-Modelle zeichnen sich aus ärztlicher Perspektive also durch ein hohes Maß an Fremdkontrolle aus. Die Krankenversicherer wiederum haben keine Handhabe, alternative Versorgungs- und Vergütungsformen gegenüber der Ärzteschaft durchzusetzen, weil sie dem Kontrahierungszwang mit allen zugelassenen Leistungsanbietern unterliegen.

Drittens schließlich dürfte die mit Managed-Care-Modellen verbundene Einschränkung der freien Arztwahl bei zahlreichen Versicherten nur auf eine geringe Resonanz

stoßen, weil sie gegen den Trend einer Multioptionsgesellschaft durchgesetzt werden müsste (Klingenberger 2002). Zudem ist das Versicherungsangebot für die Patienten insgesamt recht intransparent und mangelt es an einschlägigen unabhängigen Beratungsangeboten für Versicherte.

3.3 Ausgabenentwicklung

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist teuer. Im Jahr 2000 beliefen sich die Gesundheitsausgaben auf 43,3 Mrd. sfr; dies entsprach 10,7 % des BIP (BFS 2002b: 1). Damit steht sie in Europa vor Deutschland (10,4 %) an der Spitze und nimmt hinter den USA (13,7 %) weltweit den zweiten Platz ein (OECD 2002). Die Ausgaben in der Krankenpflege-Grundversicherung betragen im Jahr 2001 rund 16,4 Mrd. sfr, von denen etwa 13,2 Mrd. (85,3 %) durch die Krankenversicherungsprämien und etwa 2,4 Mrd. (14,8 %) durch individuelle Kostenbeteiligungen der Patienten gedeckt wurden (Tabelle 5).

In den 1990er Jahren weisen die Ausgaben in der OKPV bei nahezu stagnierenden Versichertenzahlen durchgängig kräftige Steigerungsraten auf. Auch die Krankenversicherungsreform 1996 hat daran nichts geändert, vielmehr hat sich die Ausgabendynamik in den letzten Jahren sogar noch beschleunigt. Die Ausgaben stiegen (einschließlich der Kostenbeteiligungen der Versicherten) zwischen 1996 und 2001 insgesamt um 31,5 %, pro Kopf um 29,2 % (BSV 2002: 57f.). Allein im Jahr 2001 lagen sie um 5,9 % über dem Vorjahresniveau (Tabelle 5). Dabei erhöhte sich die Kostenbeteiligung der Versicherten in der OKPV zwischen 1996 und 2001 mit 42,9 % weit stärker als die OKPV-Gesamtausgaben.

Tabelle 5: Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1994-2001

Jahr	Leistungen ohne Kostenbeteiligung		Kostenbeteiligung der Versicherten		Leistungen incl. Kostenbeteiligung	
	Mio. sfr	Veränderung (%)	Mio. sfr	Veränderung (%)	Mio. sfr	Veränderung (%)
1994	9.549	7,4	1.259	----	10.808	7,2
1995	10.017	4,9	1.290	2,5	11.307	4,6
1996	10.780	7,6	1.679	30,1	12.459	10,2
1997	11.360	5,4	1.778	5,9	13.138	5,5
1998	11.927	5,0	2.097	18,0	14.024	6,7
1999	12.431	4,2	2.190	4,4	14.621	4,3
2000	13.190	6,1	2.288	4,5	15.478	5,9
2001	13.986	6,0	2.400	4,9	16.386	5,9
1996-2001	----	29,7	----	42,9	----	31,5

Quelle: BSV 2002: 57ff.; eigene Berechnungen

Noch stärker sind die Kopfprämien für die Krankenversicherung gestiegen. Allein in den Jahren 2002 und 2003 erhöhten sie sich bei Erwachsenen gegenüber dem Vorjahr um jeweils knapp 10 %. Bei jungen Erwachsene (19 bis 25 Jahre) fielen die Steigerungsraten sogar noch erheblich höher aus (Tabelle 6). Bemerkenswert ist, dass sie sich auf der Basis eines ohnehin schon sehr hohen Ausgabenniveaus vollziehen.

Tabelle 6: Durchschnittliche Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1996-2003

Jahr	Monatliche Durchschnittsprämie					
	je Erwachsenen		je jungem Erwachsenen		je Kind	
	sfr	Veränderung (%) ¹	sfr	Veränderung (%) ¹	sfr	Veränderung (%) ¹
1996	173	---	115	---	48 ¹	---
1997	188	8,7	125	8,7	52	8,7 ¹
1998	197	4,9	125	0,5	52	- 0,1
1999	204	3,3	130	3,9	53	3,0
2000	212	3,8	135	3,5	55	3,4
2001	223	5,5	150	11,2	58	4,5
2002	245	9,7	172	15,0	63	9,5
2003	269	9,6	199	15,4	69	9,3
1996-2003 (Ø)	---	6,5	---	6,0	---	4,1

1 Berechnung der Veränderungsrate auf der Grundlage der exakten, nicht der gerundeten Prämienbeträge

2 Geschätzter Wert

Quelle: BSV 2002: 90ff.

Nahezu alle Versorgungssektoren weisen in den zurückliegenden Jahren einen kräftigen Ausgabenzuwachs auf, am höchsten fällt er allerdings in der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, in der Pflege und in der Arzneimittelversorgung aus (Tabelle 7).

Zu einem erheblichen Teil sind diese Entwicklungen auf Fehlsteuerungen des Versorgungs- und Finanzierungssystems zurückzuführen. Dies wird insbesondere im Spitalwesen deutlich. Zum einen beinhaltet die erwähnte Pflicht der Kantone, für ein bestimmtes Leistungsvolumen den nicht von den Krankenversicherern erstatteten Vergütungsanteil zu tragen, de facto die Anwendung des Selbstkostendeckungsprinzips. Dies wirkt kostentreibend, weil es bei den Spitälern kaum einen Anreiz zur Senkung der Ausgaben schafft. Zum anderen erwächst ein gravierendes Steuerungsproblem aus dem Nebeneinander von dualer Finanzierung in der stationären Versorgung und monistischer Finanzierung in der ambulanten Versorgung. Weil die Leis-

tungen der Spitäler durch die Kantone bezuschusst werden, sind die Krankenversicherer generell daran interessiert, ambulante Behandlungen im Spital durchführen zu lassen. Da dies auch solche Leistungen betrifft, die ambulant wirtschaftlicher erbracht werden können, begünstigt das Finanzierungssystem die Ausgabenexpansion im Gesundheitswesen. Dieses Anreizsystem hat maßgeblich zu den hohen Ausgabensteigerungen bei ambulanten Behandlungen im Krankenhaus beigetragen. Ihr Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben stieg zwischen 1995 und 2000 von 3,6 % auf 5,0 % (BFS 2002).

Tabelle 7: Ausgabenanstieg bei ausgewählten Leistungsarten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1999–2001 (inkl. Kostenanteil der Versicherten).

Leistungsart	1999	2000	2001
	Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)		
Stationäre Behandlung	2,2	2,5	1,7
Ambulante Behandlung im Spital	9,9	13,1	8,3
Ambulante Behandlung durch frei praktizierende Ärzte	2,7	5,6	4,7
Arzneimittel aus Apotheken	5,6	13,7	7,4
Arzneimittel von selbstdispensierenden Ärzten	10,3	12,1	7,0
Stationäre Pflege	10,6	6,2	7,0
Ambulante Pflege	10,3	10,9	11,5
Insgesamt	4,7	7,5	5,6

Quelle: Santésuisse 2002

Darüber hinaus wirkt die duale Spitalfinanzierung auch als ein hemmender Faktor für die Verbreitung von Managed-Care-Modellen. Denn aus Sicht der Krankenversicherer wären diese vor allem dann attraktiv, wenn es ihnen damit gelänge, Kostenvorteile durch die Verlagerung von Leistungen aus dem vergleichsweise teuren stationären in den ambulanten Sektor zu erzielen. Genau dies ist aber wegen der kantonalen Subventionierung von Spitalleistungen nicht oder nur in geringem Umfang möglich. Die Subvention der Krankenhäuser durch die Kantone verringert also das Interesse der Krankenversicherer an der Einführung von Managed-Care-Modellen (Spöndlin 2002: 30, Sommer/Biersack 2002).

4. Fazit und Ausblick

Fragt man nach der Ausprägung des Solidarcharakters im historischen Längsschnitt, so zeigt sich, dass mit dem KVG zuvor vorhandene Lücken im Leistungsrecht geschlossen und den Krankenkassen bisherige Möglichkeiten zur Vermeidung von Leistungspflichten für chronisch Kranke genommen worden sind. Insofern kann man von einer Stärkung der Solidarität in der schweizerischen Krankenversicherung sprechen. Anders fällt das Urteil aus, wenn man die Schweiz mit den Gesundheitssystemen anderer wohlhabender Länder vergleicht. Einkommensunabhängige Kopfprämien, Jahresfranchise, Selbstbehalte, die Ausgrenzung von zahnärztlicher Behandlung und Krankengeldzahlung führen im Zusammenwirken mit den wählbaren erhöhten Jahresfranchisen dazu, dass die Finanzierung von Krankenversicherungs- und -behandlungskosten in der Schweiz in einem Ausmaß privatisiert ist, das in Ländern mit vergleichbarem Wohlstand wohl nur noch von den USA übertroffen wird. Insbesondere für sozial Schwache können sehr hohe finanzielle Belastungen entstehen. Die skizzierten Finanzierungsregeln führen dazu, dass die Anteile der einzelnen Akteure an der Aufbringung der Gesundheitsausgaben erheblich von den deutschen Verhältnissen abweichen. Die Privathaushalte tragen etwa zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben, nämlich die von den Versicherten gezahlten Prämien in der OKPV sowie die direkte Kostenbeteiligung im Rahmen der Grund- und der Zusatzversicherung.

Eine spürbare, auf den Ausbau von Wettbewerbselementen zurückzuführende Verbesserung der Versorgungsqualität lässt sich – zumindest bisher – nicht nachweisen. Insbesondere ist die Bedeutung von HMOs und Hausarztmodellen im Versorgungssystem sehr gering und bisher hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Der Ausbau wettbewerblicher Elemente hat sich also weder mit Blick auf die Qualitätsziele noch mit Blick auf die Ausgabenbegrenzung als ein geeignetes Steuerungsinstrument erwiesen. Regelrecht kontraproduktiv war die Beschränkung des Risikoausgleichs auf die Parameter „Alter“ und „Geschlecht“, denn sie lenkte die Aufmerksamkeit der Krankenversicherer auf Strategien der Risikoselektion und begrenzte deren Interesse an der Etablierung effizienterer Versorgungsformen. Auch liegen keine repräsentativen Daten vor, die belegen, dass die Versorgung im Rahmen von HMOs und Hausarztmodelle morbiditätsbereinigt zu wirklichen Einsparungen geführt haben.

Auch das Ziel der Ausgabendämpfung ist klar verfehlt worden; im Gegenteil hat sich die Ausgabendynamik in den letzten Jahren beschleunigt. Aus deutscher Perspektive ist angesichts der hierzulande geführten Debatte über eine Privatisierung der Krankenbehandlungskosten vor allem von Interesse, dass der im Vergleich zur GKV in der Schweiz sehr hohe Stellenwert der individuellen Kostenbeteiligung nicht zu einer Begrenzung der Krankenversicherungsausgaben geführt hat, sondern im Gegenteil mit hohen Ausgabensteigerungen einhergeht. Dies bestätigt die These, dass eine mit

finanziellen Anreizen auf der Nachfrageseite operierende Kostendämpfungspolitik vor allem zu *Kostenverlagerungen* führt, aber nicht zur Ausgabenbegrenzung beiträgt. Zugleich sind die Schweizer Erfahrungen ein Hinweis darauf, dass ohne die administrativ verfügbare Definition von – allerdings am bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf orientierten – Ausgabenobergrenzen für die Leistungsanbieter eine wirkungsvolle Kostendämpfung wohl nicht zu erreichen ist.

Angesichts dieser ernüchternden Bilanz wundert es nicht, dass die Reform in der Schweiz selbst weit skeptischer beurteilt wird als hierzulande. Vielmehr hat gerade der kontinuierliche Ausgabenanstieg aufs Neue vielfältige Reformaktivitäten freigesetzt, die teilweise deutliche Parallelen zur deutschen Debatte erkennen lassen. Eine erste Teilrevision des KVG trat im Jahr 2001 in Kraft. Mit ihr wurde u. a. die erwähnte Möglichkeit von Zulassungsbeschränkungen für Leistungsanbieter sowie eine Reform der Apothekenvergütung auf den Weg gebracht. Weitere Teilrevisionen sind in Vorbereitung. Es besteht zwischen den Akteuren eine weitgehende Einigkeit darüber, dass der Risikoausgleich in seiner bisherigen Form unzureichend ist und um Morbiditätsmerkmale erweitert werden muss, jedoch ist dafür noch kein konsensfähiger Vorschlag unterbreitet worden. Darüber hinaus wird geprüft, ob ein steuerfinanzierter Hochrisikopool („Hochkostenpool“) ein geeignetes Instrument zur Begrenzung von Risikoselektion sein kann. Des Weiteren wird angesichts der hohen Krankenversicherungsprämien erwogen, die staatlichen Zuschüsse für sozial Schwache zu erhöhen. Schließlich fordern die Krankenversicherer die Abschaffung des Kontrahierungszwangs mit den niedergelassenen Ärzten, an dessen Stelle Einkaufsmodelle und Direktverträge zwischen Krankenversicherern und einzelnen oder Gruppen von Ärzten treten sollen. Allerdings stößt diese Forderung auf heftigen Widerstand in der Ärzteschaft (FMH 2003). Auch wird eine Reform der Spitalfinanzierung anvisiert, in deren Mittelpunkt die Abschaffung der dualen Finanzierung steht. Auf diese Weise sollen mit den kantonalen Subventionen einhergehenden Verzerrungen und Fehlansätze beseitigt werden. Allerdings soll das System der kantonalen Spitalplanung nicht in Frage gestellt werden. Von unterschiedlicher Seite wird zudem mittlerweile die Forderung erhoben, die Krankenversicherer zu verpflichten, alternative Versicherungsmodelle in der ganzen Schweiz anzubieten. Eine Umsetzung dieses Vorschlags würde bedeuten, dass man zur Durchsetzung anvisierter Reformen auf administrative Vorgaben zurückgreift, weil die Wettbewerbsmechanismen offenbar keine zielführenden Anreize bei den Akteuren hervorbringen.

Der anhaltende Ausgabendruck hat den Bundesrat veranlasst, mit Wirkung vom 01.01.2004 die obligatorische Franchise von 230 auf 300 sfr und den Selbstbehalt von 600 auf 700 sfr zu erhöhen. Gleichzeitig sollen die Rabatte für Wahlfranchisen gesenkt werden. Von diesen Maßnahmen erhofft man sich eine Bremsung des künftigen Prämienanstiegs. Da aufgrund der bisherigen Erfahrungen nicht davon auszu-

gehen ist, dass die staatlichen Prämienverbilligungen in gleichem Maße mit steigen, wird mit dieser Anhebung eine verstärkte Belastung von Kranken einhergehen. Angesichts der Vielzahl der Steuerungsprobleme ist ein Ende der Reformen im schweizerischen Gesundheitswesen gegenwärtig nicht in Sicht.

Literatur

- Alber, Jens/Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt a.M./New York: Campus
- Balthasar, Andreas/Bieri, Oliver/Furrer, Cornelia (2001): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung. Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Ausserrhoden, Luzern: Institut für Politikstudien
- Baur, Rita (2000): Das Ziel ist noch nicht erreicht. In: *Managed Care*, H. 5, S. 10-11
- Baur, Rita/Heimer, Andreas/Wieseler, Silvia (2001): Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich. In: Böcken/Butzlaff/Esche (Hrsg.): *Reformen im Gesundheitswesen*, S. 23-149
- Baur, Rita/Hunger, Wolfgang/Kämpf, Klaus/Stock, Johannes (Prognos AG) (1998): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht Nr. 1/98, Bern: Bundesamt für Sozialversicherung
- Baur, Rita/Stock, Johannes (2002): Neue Formen der Krankenversicherung in der Schweiz – zur Evaluation der ersten HMOs in Europa. In: Preuß/Räbiger/Sommer (Hrsg.): *Managed Care*, S. 135-152
- Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1992): Schweiz. In: Alber/Bernardi-Schenkluhn: *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*, S. 177-321
- Bisig, Brigitte/Bopp, Matthias/Minder, Christoph E. (2001): Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck/Bloomfield (Hrsg.): *Sozial-Epidemiologie*, S. 60-70
- Böcken, Jan/Butzlaff, Martin/Esche, Andreas (Hrsg.) (2001): *Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche*, 2., überarb. Aufl., Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Britt, Fritz/Brombacher Steiner, M. Verena/Streit, Peter (2001): Krankenversicherung. In: Kocher/Oggier (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002*, S. 115-134
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2000): *Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999*, Bern: BSV
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2001a): *Statistik über die Krankenversicherung 2000. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger*, Bern: BSV
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2001b): *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz. Synthesebericht*, Bern: BSV
- BSV – Bundesamt für Sozialversicherung (2002): *Statistik über die Krankenversicherung 2001. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger*. Bern: BSV
- Colombo, Francesca (2001): *Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland (Labour Market and Social Policy – Occasional Papers No. 53)*, Paris: OECD
- Credit Suisse (2002): *Das Schweizer Gesundheitswesen – Diagnose für einen Patienten (Economic Briefing Nr. 30)*. Zürich: Credit Suisse

- European Observatory on Health Care Systems (2000): Health Care Systems in Transition: Switzerland, Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems
- Felder, Stefan/Werblow, Andreas (2002): Schweiz: Selbstbehalte zeigen Wirkung. In: Die BKK, 90. Jg., H. 8, S. 354-358
- FMH – Foederatio Medicorum Helveticorum (2003): Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, ergänzendes Vernehmlassungsverfahren. Antwort der FMH zu Händen der Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern EDI, Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss. <http://www.fmh.ch> (Abruf 28.02.2003)
- Gobet, Pierre/Spöndlin, Ruedi (Hrsg.) (2002): Spital AG? Deregulierung, Privatisierung, Ausgliederung? Zürich: edition 8
- Gutzwiller, Felix/Jeaneret, Olivier (Hrsg.) (1996): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health, Bern: Verlag Hans Huber
- Haari, Roland/Rüefli, Christian/Vatter, Adrian (2002): Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. In: Soziale Sicherheit (CH), H. 1, S. 14-16
- Hitz, Patrik/Ulrich, Volker (2003): Steuerung von Gesundheitssystemen – Kriterien, Ansätze und offene Fragen. In: Zenger/Jung (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, S. 197-210
- Klingenberger, David (2002): Health Maintenance Organizations in der Schweiz – Darstellung und Kritik – (IDZ-Information Nr. 1/2002), Köln: Institut der Deutschen Zahnärzte
- Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.) (2001): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Ein aktueller Überblick, o.O. (Solothurn): Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
- Kocher, Ralf/Greß, Stefan/Wasem, Jürgen (2002): Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung? In: Soziale Sicherheit (CH), H. 5, S. 299-307
- Linder, Wolf (1999): Schweizerische Demokratie, Bern: Haupt
- Marcuard, Dominique (2001): Welche Medikamente übernimmt die obligatorische Krankenversicherung? In: Soziale Sicherheit (CH), H. 6, S. 311-313
- Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim (Hrsg.) (2001): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, Weinheim und München: Juventa
- Obinger, Herbert (1998): Politische Institutionen und Sozialpolitik in der Schweiz. Der Einfluß von Nebenregierungen auf Struktur und Entwicklungsdynamik des schweizerischen Sozialstaates, Frankfurt a.M.: Peter Lang
- OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development (2002): OECD Health Data. Paris: OECD
- Peters, Matthias/Müller, Verena/ Luthiger, Philipp (2001): Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten (BSV-Forschungsbericht Nr. 3/01), Bern: Bundesamt für Sozialversicherung
- Pharma Information (Hrsg.) (2002): Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten, Preise. Ausgabe 2002, Basel: Pharma Information

- Preuß, Klaus-Jürgen/Räbiger, Jutta/Sommer, Jürg H. (Hrsg.) (2002): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA, Stuttgart, New York: Schattauer
- Rychen, Albert (o.J.): Gesundheitspolitik. In: Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz. <http://www.medpoint.ch/other/lehrgang/31.pdf> (Abruf: 12.09.2002)
- Santésuisse (Hrsg.) (2002): Starke Kostenzunahme in der Grundversicherung, Solothurn: Santésuisse
- Scharpf, Fritz W. (2000): Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Opladen: Leske + Budrich
- Schellhorn, Martin (2002): Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 71. Jg., H. 4, S. 411-426
- Sommer, Jürg H./Biersack, Ortrud (2002): Monistische Spitalfinanzierung als notwendiger Wettbewerbsparameter. In: Gobet/Spöndlin (Hrsg.): Spital AG?, S. 49-53
- Spöndlin, Ruedi (2002): Wo bleibt die Garantie einer ausreichenden Gesundheitsversorgung für alle? In: Gobet/Spöndlin (Hrsg.): Spital AG?, S. 26-33
- Steiner, Viktor (2002): Selbstbehalte und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen: Die Bedeutung der Selbstselektion. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 71. Jg., H. 4, S. 437-441
- Vatter, Adrian (2003): Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik. In: Zenger/Jung (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, S. 155-165
- Weber, Alexander (2001): Zahnmedizin. In: Kocher/Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002, S. 130-135
- Werblow, Andreas/Felder, Stefan (2002): Der Einfluss von freiwilligen Selbsthalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Working Paper Nr. 3/2002), Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- Wirthner, Adrian/Ulrich, Volker (2003): Managed Care. In: Zenger/Jung (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, S. 255-267
- Zenger, Christoph A./Jung, Tarzis (Hrsg.) (2003): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven, Bern: Verlag Hans Huber

Neu ab 2003

Der Schwerpunkt I “Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat (ARS)“ besteht seit dem 1. Januar 2003. Er umfasst die Abteilungen Arbeitsmarkt und Beschäftigung (AB), Ungleichheit und soziale Integration (USI) und die Arbeitsgruppe Public Health (PH).

Arbeitsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch fassbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Arbeitsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben und Institutionen), Interventionen in die Lebensweise (an den Beispielen Aids und Ernährung) und Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Krankenhaussteuerung und Versorgung von Aids-Patienten).

Die AG Public Health im WZB ist Mitglied im Berliner Zentrum Public Health (BZPH), einer gemeinsamen Einrichtung der Technischen Universität Berlin (TU), der Freien Universität Berlin (FU) und der Humboldt-Universität zu Berlin (HU).

E-mail: AG-PUBLIC-HEALTH@wz-berlin.de

Homepage: <http://www.wz-berlin.de/ARS/PH>

Wissenschaftliche Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. Eva Barlösius

Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Priv.-Doz. Dr. Hagen Kühn (Leiter)

Dr. Uwe Lenhardt

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)

Dr. Hildegard Theobald

Dr. Michael T. Wright

Papers der Arbeitsgruppe Public Health

(vormals Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik)

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Reichpietschufer 50

10785 Berlin

Tel: 030 25491-577

Fax: 030 25491-556

WZB Public Health Homepage: <http://www.wz-berlin.de/forschung/p/ph/ph.html>**2002**

Best.-Nr.	Verfasser	Titel
P02-201	Nicola Wolf	Krankheitsursachen Gene. Neue Genetik und Public Health
P02-202	Christa Brunswicker	Information und Dokumentation für New Public Health. Informationsströme, Akteure und Institutionen am Beispiel BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie) und vCJK (Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit)
P02-203	David Klemperer	„Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten“ – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada
P02-204	Thomas Gerlinger	Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel

2001

Nr.	Verfasser	Titel
P01-208	Uwe Lenhardt	Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Dokumentation eines Workshops am 5.4.01 in Magdeburg
P01-207	Susanne Jordan	Violence and Adolescence in Urban Settings: A Public Health Approach Based on the MLIVEA Framework
P01-206	Hans-Jürgen Urban	Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit – Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende
P01-205	Michael Simon	Die Ökonomisierung des Krankenhauses – Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen
P01-204	Hagen Kühn	Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung
P01-203	Uwe Lenhardt	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit
P01-202	Hagen Kühn	Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses
P01-201	John Harrington	A contingent Value? The Changing Role of Autonomy in Law on AIDS

2000

Nr.	Verfasser	Titel
P00-202	Uwe Lenhardt	Betriebliche Prävention im Umbruch –Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 11. Februar 2000 in Magdeburg

P00-201 Michael Simon Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem

1999

Nr.	Verfasser	Titel
P99-205	Rolf Rosenbrock	Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung
P99-204	Birgit Lampe	Die Bedeutung von ‚Gender‘ in latein-amerikanischen HIV/Aids-Programmen – eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen -
P99-203	Rainer Herrn	„Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung“. Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge
P99-202	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Francoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrick Pinell, Michel Setbon with Assistance by Norbert Brömme, Anne Gröger	The Aids Policy Cycle in Western Europe - From Exceptionalism to Normalization
P99-201	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Martin Moers, Francoise Dubois-Arber, Patrice Pinell, Michel Setbon unter Mitarbeit von Norbert Brömme und Anne Gröger	Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit

1998

Nr.	Verfasser	Titel
P98-206	Rolf Rosenbrock (ed.)	Politics behind Aids Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa
P98-205	Rolf Rosenbrock Werner Maschewsky	Präventionspolitische Bewertungskontroversen im Bereich ‚Umwelt und Gesundheit‘
P98-204	Lisa Luger	HIV/AIDS prevention and ‚class‘ and socio-economic related factors of risk of HIV infection
P98-203	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick
P98-202	Andreas Mielck Kathrin Backett-Milburn Stephean Pavis	Perception in Health Inequalities in Different Social Inequalities, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and in the United Kingdom
P98-201	Rolf Rosenbrock	Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit

1997

Nr.	Verfasser	Titel
P97-205	Joyce Dreezens-Fuhrke	Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV/Aids-Präventionsprogramm in Indonesien
P97-204	Michael Simon	Das Krankenhaus im Umbruch – Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem
P97-203	Rolf Rosenbrock	Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health

P97-202	Hagen Kühn	Managed Care- Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA
P97-201	Uwe Lenhardt	Zehn Jahre "Betriebliche Gesundheitsförderung" – Eine Bilanz

1996

Nr.	Verfasser	Titel
P96-211	Franz Friczewski	Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter als Produkt betrieblicher Organisation. Ein systemischer Ansatz
P96-210	Dorothea Muthesius Doris Schaeffer	Krankheits- und Versorgungsverläufe aidserkrankter Frauen. Biographische und soziale Probleme der Bewältigung chronisch letaler Krankheit
P96-209	Katrin Witte	The Patient Looks at the Care System - Das stationäre Versorgungsgeschehen aus der Perspektive von Aids-Patienten
P96-207	Hagen Kühn	Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin
P96-206	Rolf Rosenbrock	Arbeit und Gesundheit – Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung
P96-205	János Wolf	Structures of a Scientific/Technological Revolution. Coincidence, Order and Creation of Latitude for Action in the Evolution of an Innovation: Penicillin and Antibiotics
P96-204	Benita von Eberstein	Rheuma und Psyche - Zu Risiken und Nebenwirkungen der modernen Arbeitswelt
P96-203	Heinrich Ahlemeyer	Das HIV-Risiko-Management intimer Kommunikationssysteme – Schlußfolgerungen für Präventionspolitik und die Konzipierung von Präventionsmaßnahmen
P96-202	Elfriede Feichtinger	Armut und Ernährung – Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Konsequenzen für Ernährungs- und Gesundheitsstatus und der Ernährungsweise in der Armut
P96-201	Uwe Lenhardt Rolf Rosenbrock Thomas Elkeles	Bedingungs- und Akteurkonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb - Ergebnisse aus vier Fallstudien

1995

Nr.	Verfasser	Titel
P95-205	Michael Ewers	Case Management - Bibliographie
P95-204	Uwe Osterholz	Maßnahmen zur Prävention von Rückenschmerzen bei Krankenhausbeschäftigten - ein kritischer Literaturbericht
P95-203	Thomas Elkeles Rolf Rosenbrock	Chipkarten im Gesundheitswesen - Nutzungsmöglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung
P95-202	Karin Haug	Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung - Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften
P95-201	Doris Schaeffer Martin Moers	Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten