

Fragen und Antworten zur Solidarität im Schweizer Gesundheitswesen

von Valerie Zaslowski

1. Wie wurde Solidarität im Gesundheitswesen verankert?

Die Kosten im Gesundheitswesen kletterten in der Schweiz von 2'083 Millionen Franken in den 1960er Jahren auf 28'151 Millionen Franken in den 1990er Jahren, was den Reformdruck stark erhöhte. So mussten sich die vier Schweizer Bundesratsparteien – FDP, CVP, SVP und SP – auf einen Kompromiss verständigen: Nach zahlreichen erfolglosen Anläufen wurden 1996 eine für alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorische Grundversicherung sowie ein auf Kopfprämien basiertes Finanzierungssystem eingeführt. Die Kopfprämien sind seither für Männer und Frauen über die Altersgruppen hinweg gleich hoch. Ausnahme bilden die tieferen Prämien für Kinder und junge Erwachsene. Ausserdem bestehen regionale Unterschiede¹.

Damit wurde die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken im Bundesgesetz über die Krankenversicherung, kurz: dem KVG, festgeschrieben². Die Umverteilung gehört demnach zu den Kernfunktionen der Krankenversicherung. In der Praxis erwächst daraus auch die Solidarität zwischen Jung und Alt: Junge Menschen haben im Durchschnitt nur einen geringen Bedarf an medizinischer Versorgung, doch mit zunehmendem Alter steigt das Krankheitsrisiko³. Ebenso besteht im KVG durch die Einheitsprämien eine Solida-

1: Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen, Prof. Dr. Heinz Rothgang und Prof. Dr. Gerd Glaeske, 2005: <https://www.bmfsfj.de/blob/84280/4a18b7b416f5efbae139fc23e856c968/gutachten-krankenversicherung-gen-geschlecht-data.pdf>

2: Bundesgesetz über die Krankenversicherung: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201801010000/832.10.pdf>

3: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all>

rität zwischen Männern und Frauen, welche aufgrund der Schwangerschaften und Geburten sowie der höheren Lebenserwartung in der Regel mehr medizinische Leistungen beziehen. Durch die Prämienverbilligungen findet schliesslich auch eine Solidarität zwischen Gut- und Schlechtverdienenden statt, sind die Prämienverbilligungen doch mit progressiven Steuergeldern finanziert.

Die versicherungspflichtigen Personen können zwischen den 51 Krankenkassen, die vom Bund eine Bewilligung haben, frei wählen. Die Versicherungen hingegen sind verpflichtet, Interessenten unabhängig von ihrem Gesundheitszustand aufzunehmen; es besteht ein sogenannter Aufnahmepflicht. Ein Risikoausgleich soll die Risikoselektion zwischen den Versicherern unterbinden – ein weiteres Solidarmerkmal: Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen Abgaben entrichten. Der Ausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen findet über eine Ausgleichsstelle statt.

2. Was sind die Besonderheiten der freiwilligen Zusatzversicherungen im Vergleich zur obligatorischen Grundversicherung?

Durch die obligatorische Grundversicherung haben hierzulande alle Versicherten Zugang zu den gleichen Leistungsansprüchen. Die Komfortleistungen der freiwilligen Zusatzversicherungen müssen hingegen separat bezahlt werden und sind demnach besser Situierten vorbehalten. Die Zusatzversicherungen unterstehen denn auch dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)⁴, wobei die allgemeinen Vertragsbedingungen gelten. Das heisst: Theoretisch können Versicherungsunternehmen die Vertragsdauer zeitlich begrenzen und Verträge im Schadensfall kündigen, wobei die privaten Krankenversicherer in ihren Versicherungsbedingungen explizit und generell auf dieses Recht verzichten. Auch kann sich die Höhe der zu zahlenden Prämie nach dem Versicherungsrisiko richten, welches die Kasse übernimmt, wenn sie die Person versichert. Ein hohes Risiko liegt dann vor, wenn bei einem Menschen mit grosser Wahrscheinlichkeit mit hohen Kosten für die Gesundheitsversorgung zu rechnen ist⁵. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn bei Abschluss der Versicherung bereits Krankheiten bestehen. Anders als in der Grundversicherung besteht hier keine Aufnahmepflicht, weshalb die Versicherer frei sind, Menschen mit Vorerkrankungen abzulehnen. Ähnliches gilt auch für ein höheres Alter bei Vertragsabschluss: Wegen des mit dem Alter wachsenden

4: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19080008/index.html>

5: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all>

Bedarfs an medizinischer Versorgung stellen Ältere ein höheres Versicherungsrisiko dar. In der Praxis werden die Prämien in der Zusatzversicherung denn auch in erster Linie nach dem Alter berechnet⁶. In der Zusatzversicherung dürfen zudem geschlechterdifferenzierte Prämien erhoben werden. Schliesslich erhalten Einkommensschwache in der Zusatzversicherung keine Prämienverbilligungen; staatliche Subventionen gibt es keine.

3. Warum sind wir zu Solidarität im Gesundheitswesen überhaupt bereit?

Als Urbeispiel solidarischen Handelns wird häufig die Geschichte vom heiligen Sankt Martin angeführt⁷. Dieser soll spontan die Hälfte seines Umhangs einem Bettler geschenkt haben. Wieso macht der Mensch so etwas? Die gute Tat kann unterschiedlich erklärt werden: Hirnforscher beziehen sich auf die Aktivität des Frontallappens, einer Gehirnregion, die bei sozial motivierten Empfindungen besonders stark reagiert. Psychologen wiederum sind der Meinung, Martin habe eine Gegenleistung gesucht, während Philosophen denken, das Teilen sei eine Art Einzahlung in eine «Wohlfühl-Bank» – verbunden mit dem Wunsch, alles mit Zinsen zurückzubekommen⁸. Und Wirtschaftsethiker finden, Martin wäre solidarischer gewesen, wenn er eine Mantelfabrik eröffnet und die Bettler damit von der Strasse geholt hätte. Schliesslich beziehen sich gläubige Christen auf die Nächstenliebe.

In Bezug auf die Solidarität im Gesundheitswesen spielt vor allem die Tatsache eine Rolle, dass wir mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst eines Tages auf die Solidarität anderer angewiesen sein werden – und uns dieser Tatsache bewusst sind. So ist die Solidarität im Gesundheitswesen – um bei Sankt Martin zu bleiben – am ehesten mit der philosophischen Einzahlung in eine «Wohlfühl-Bank» zu vergleichen. Die Zinsen erhält man in Form von medizinischer Leistung zurück. Ob man einbezahlt oder empfängt, hängt – in der Regel – mit dem Lebensalter zusammen. Im Lebensverlauf wechselt man von einem Status in den anderen⁹. Natürlich können aber auch junge Menschen krank werden oder alte bis ans Lebensende gesund bleiben. Dieses Eigeninteresse in Bezug auf die Solidarität im Gesundheitswesen hat indes nichts mit der Höhe des Einkommens zu tun¹⁰. So weisen auch die oberen

6: Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen, Prof. Dr. Heinz Rothgang und Prof. Dr. Gerd Glaeske, 2005: <https://www.bmfsfj.de/blob/84280/4a18b7b416f5efbae139fc23e856c968/gutachten-krankenversicherung-gen-geschlecht-data.pdf>

7: Wie viel Solidarität steckt im Menschen? Christoph Pagel, 2010: <https://www.zeit.de/wirtschaft/2010-07/solidaritaet-forschung/seite-2>

8: Solidarität in der Krise: Zusammenleben in Zeiten von Selfies und Singles, Katharina Finger und Nicole Schleider, 2015: <http://www.3sat.de/page/?source=wissenschaftsdoku/sendungen/181189/index.html>

9: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all>

10: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme?

Eine vergleichende Analyse europäischer Länder, Claus Wendt, 2007: https://www.boeckler.de/wsimit_2007_07_wendt.pdf

Einkommensgruppen ein hohes Eigeninteresse an einer umfassenden Absicherung im Krankheitsfall auf. Die Prämienverbilligungen für einkommensschwächere Bürgerinnen und Bürger werden mit progressiven Steuergeldern finanziert, was heisst, dass Gutverdienende (immer) mehr bezahlen.

4. Gab es vor 1996 keine Solidarität im Schweizer Gesundheitswesen?

Doch. Denn Solidarität ist kein übergeordnetes Konstruktionsprinzip¹¹, das irgendwann einmal beschlossen wurde und bei der Ausgestaltung des Systems möglichst konsistent umzusetzen und aufrechtzuerhalten gewesen wäre – auch wenn der Anspruch Anfang der 1990er Jahre durchaus bestand, ein solidarisches System zu schaffen, das zudem finanzierbar und von hoher Qualität sein sollte. Bei der Solidarität handelt es sich vielmehr um ein Merkmal, mit dem verschiedene bestehende Regelungen beschrieben werden können. Dies gilt sowohl für die Zeit vor als für die Zeit nach 1996, also nach Einführung der obligatorischen Grundversicherung. Das Solidaritätsprinzip unterliegt Veränderungen: So war vor der Industrialisierung in erster Linie die Familie für die Fürsorge der Kranken und Gebrechlichen verantwortlich. Bei schweren Krankheitsfällen leisteten allenfalls die Heimatgemeinden die nötige Unterstützung. Die Kirche engagierte sich aus Nächstenliebe.

Mit der Ausbreitung der Lohnarbeit in der Mitte des 19. Jahrhunderts wurden vielerorts auch Hilfskassen gegründet, die auf dem Prinzip der wechselseitigen Solidarität basierten. Arbeiter sollten im Krankheitsrisiko finanzielle Unterstützung erhalten. Erst ging es um eine Kompensation des Lohnausfalls, später auch um die Rückerstattung allfälliger Behandlungskosten. Dafür mussten die Versicherten regelmässige Beiträge bezahlen.¹² Das Kassensystem entwickelte sich weiter, und obligatorische Versicherungen wurden in manchen Kantonen und Städten eingeführt. Bei der Gestaltung der Prämien hatten die Versicherungen früher mehr Freiheit, aber wie in jeder Versicherungsgemeinschaft wurden laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) auch damals individuelle Risiken zwischen den einzelnen Versicherten ausgeglichen. Die Solidarität durch Prämienverbilligung gab es jedoch noch nicht. Bis die Solidarität auf nationaler Ebene gesetzlich verankert wurde, brauchte es einige Anläufe, waren die föderalistischen und finanzpolitischen Vorbehalte gegenüber einem Ausbau zentralistischer Einrichtungen doch gross.

11: Einer für alle, alle für einen – Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>

12: Geschichte der sozialen Sicherheit, Bundesamt für Sozialversicherungen, 2018: <https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/risikogeschichte/krankheit/>

5. Wie solidarisch ist das Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich?

Um beurteilen zu können, wie solidarisch die Schweiz im internationalen Vergleich ist, müssen die Merkmale der verschiedenen Gesundheitssysteme differenziert werden. In der Literatur wird zwischen drei gesundheitspolitischen Modellen¹³ unterschieden: Dem Sozialversicherungsmodell, dem steuerfinanzierten und dem marktwirtschaftlichen Modell. Sozialversicherungsmodelle gibt es in der Schweiz, Deutschland, der Niederlande, Frankreich, Österreich und Belgien. Sie beruhen auf dem solidarischen Gedanken der gegenseitigen Hilfe zwischen Gesunden und Kranken. Dabei gibt es wiederum drei verschiedene Grundrichtungen¹⁴: ein gegliedertes System mit freier Kassenwahl und Kassenwettbewerb (Schweiz, Deutschland und den Niederlanden), zentrale Einheitsversicherung (Frankreich), berufliche und regionale Pflichtversicherungen (Österreich und Belgien). Sozialversicherungsmodelle sind beitragsfinanziert. In der Regel ist der Arbeitgeber – anders als im steuerfinanzierten Modell – an der Finanzierung beteiligt (dies gilt allerdings nicht für die Schweiz). Der Staat hingegen hat im Sozialversicherungsmodell nur eine indirekte Steuerungsfunktion.

Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme, welche die gesamte Bevölkerung in die Absicherung einschliessen, existieren in England, Italien, Portugal, Spanien, Schweden, Dänemark oder Norwegen. Schliesslich gibt es auch noch das amerikanische Modell, das auf einer marktwirtschaftlichen Logik aufbaut. In den USA ist trotz Obamacare und der damit 2010 erstmalig eingeführten «Versicherungspflicht» immer noch ein Grossteil der Bevölkerung nicht krankenversichert¹⁵. Die Unversicherten müssen im Krankheitsfall selbst für ihre medizinische Versorgung aufkommen, weshalb sich viele Menschen verschulden. Das schweizerische Gesundheitssystem positioniert sich im internationalen Vergleich denn auch solidarischer als beispielsweise das US-amerikanische¹⁶. Es ist allerdings auch liberaler als das deutsche Gesundheitssystem, wo die Krankenversicherungsprämie vom Lohn abhängt. Und natürlich auch liberaler als die Gesundheitssysteme in Frankreich oder Grossbritannien, wo stärker auf fiskalische Beiträge des Staates gesetzt wird. Dahingestellt sei jedoch, ob «liberaler» auch immer gleichbedeutend ist mit «weniger solidarisch». Oder anders herum: Sind staatliche Gesundheitssysteme zwingend solidarischer? Dies gilt es zu bezweifeln, denn staatliche, durch Steuern finanzierte, Gesundheitssysteme sind auch gezwungen, schwindende Steuereinnahmen etwa durch höhere Selbstbeteiligung zu kompensieren, was die Solidarität zwischen den Einkommensklassen schmälert.

13: Gesundheitssysteme und Rehabilitation im Internationalen Vergleich, Dr. med. Harald Berger, 2017: <http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/Berger-2017-06-07-InternationaleGesundheitssysteme.pdf>

14: Gesundheitssysteme, AOK Bundesverband, 2016: https://aok-bv.de/lexikon/g/index_00368.html

15: Krankenversicherung in den USA, The American Dream, Holger Zimmermann und Marcus Sieber: <https://www.info-usa.de/versicherung-usa/>

16: Der KVG-Kompromiss von 1994 zerbröselt, Dietmar Braun, 2007: <https://www.nzz.ch/articleF23ZA-1.137917>

6. Hätte die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) einen Einfluss auf das Solidaritätsprinzip im Schweizer Gesundheitswesen?

Mit dem elektronischen Patientendossier EPD plant das Schweizer Gesundheitswesen einen grossen Schritt der digitalen Transformation. Als erster Deutschschweizer Kanton führte Basel-Stadt 2018 das EPD ein, nachdem das System die Vorgaben des entsprechenden Bundesgesetzes¹⁷ erfüllt hatte. Schon bald müssen auch die restlichen Kantone folgen, setzt das Gesetz für sämtliche Spitäler doch die Frist bis 2020, für Altersheime und Geburtshäuser bis 2022. Elektronische Patientendossiers ermöglichen Patienten ebenso wie Gesundheitseinrichtungen die zentrale Speicherung von personenbezogenen Gesundheitsdaten. Unabhängig von Ort und Zeit können weitere Behandelnde auf das EPD zugreifen. Um die Auswirkungen des EPD auf die Solidarität zu antizipieren, lassen sich unterschiedliche Thesen skizzieren, wenn Vertrauen in die systemischen Rahmenbedingungen und in das verantwortungsvolle Handeln anderer als Voraussetzung für Solidarität angesehen wird. Wenn das EPD tatsächlich zum versprochenen Effizienzgewinn sowie zur Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen durch die Reduktion von Doppelspurigkeiten bei Diagnosen und Behandlungen führt, wäre eine stabilisierende Wirkung auf die Solidarität denkbar – denn das Vertrauen in Ärzte und das System könnte wachsen. Würden zudem die individuelle Gesundheitskompetenz und eine personalisierte Prävention besser, könnte auch das Vertrauen in das Verhalten anderer Bürger wachsen – und damit die Solidarität.

Allerdings sind bezüglich der Solidarität auch Bedenken angebracht: Der Patient soll zwar die grösstmögliche Kontrolle über seine sensiblen Gesundheitsdaten behalten, und Versicherer oder Arbeitgeber sollen keinen Zugriff darauf haben. Tatsächlich bleibt aber ein Restrisiko für Datendiebstahl und Manipulation, wie es bei allen digital vernetzten Systemen besteht. Das Worst-Case-Szenario ist die Veröffentlichung aller sensibler Gesundheitsdaten. Damit wäre eine Transparenz geschaffen, die jedem Vertrauen in das System und in andere die Grundlage entzieht und einen nachhaltigen Schaden für die gesellschaftliche Solidarität zur Folge hätte.

7. Was sind die zentralen Fragen zur Zukunft des Solidaritätsprinzips im Schweizer Gesundheitswesens?

Die zentralste Frage ist wohl, ob der Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu kontrollieren ist, denn durch die steigenden Kosten werden auch die Prämien jedes Jahr teurer. Und dieser Prämienanstieg strapaziert die individuelle

17: Gesetzgebung Elektronisches Patientendossier (EPDG): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-elektronisches-patientendossier.html>

Bereitschaft, ohne Einschränkungen die Risiken anderer Bürger mit abzuschließen. So hat der SVP-Nationalrat Thomas de Courten¹⁸, der die Gesundheitskommission präsidiert, in einem Vorstoss 2016 unter anderem bereits eine Lockerung des Krankenversicherungspflichtigkeits gefordert. Auch die geforderte Erhöhung der Franchisen für alle Versicherten um 50 Franken zeigt, dass sich die Grenzen der Solidarität verschieben. Denn: Müssten Kranke für die Arztrechnung tiefer in die Tasche greifen, würde dies vor allem schwächer gestellte Haushalte treffen.¹⁹

Ob die finanzielle Belastung in den Griff zu bekommen ist, hängt aber nicht nur von den jüngst vom Bundesrat verabschiedeten Massnahmenpaketen ab.²⁰ Mindestens so ausschlaggebend wird sein, ob die Digitalisierung so gestaltet werden kann, dass das Vertrauen ins System gestärkt wird.

Projekte wie das EPD (Frage 6) stimmen hoffnungsvoll, zeigen aber auch die Grenzen der Technologie auf. Zudem wird es wichtig bleiben, auch in Zukunft Eigenverantwortung – etwa im Sinne eines massvollen Gebrauchs medizinischer Leistungen – zu fördern. Neben den effektiven individuellen Kosten ist das Vertrauen in das eigenverantwortliche Handeln der anderen ein wichtiger Pfeiler für gelebte Solidarität. Theoretisch können digitale Fitness- und Belohnungs-Apps jene Eigenverantwortung fördern. Jedoch ist die Verbreitung der Anwendungen nach wie vor gering und ein langfristiger Nutzen nicht nachgewiesen. Zudem sind digitale Begleiter immer auch Distinktionswerkzeuge: Sie dienen dem Vergleich mit anderen. Das kann motivieren, aber auch Gräben zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern vergrössern, was die Solidarität im Ganzen erschwert. Neben der Beschränkung individueller Kosten wird daher ein entscheidender Schlüssel für die Sicherung der Solidarität im Gesundheitswesen in der Vermeidung von sozialer Abgrenzung und bei der nachhaltigen Förderung von gelebter Eigenverantwortung liegen.

18: Prämienanstieg der obligatorischen Krankenversicherung stoppen! Ansatzpunkte und Lösungsvorschläge! Welche Rezepte hat der Bundesrat? Thomas de Courten, 2016: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20163919>

19: SVP kippt Franchisen-Erhöhung um 50 Franken in der Schlussabstimmung, Schweizer Depeschenagentur, 2019: <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/svp-kippt-franchisen-erhoehung-um-50-franken-in-der-schlussabstimmung-134241540>

20: Kostenbremse im Gesundheitswesen, Hansueli Schöchli, 2019: <https://www.nzz.ch/schweiz/globalbudget-im-gesundheitswesen-das-kleingedruckte-zaehlt-ld.1465901>