

Zeitschrift:	Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber:	Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band:	75 (2004)
Heft:	9
Artikel:	Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit über die Zukunft des Gesundheitssystems : Krankenversicherungs-Gesetz : eine Reform in Paketform
Autor:	Zeltner, Thomas
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-804467

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 27.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit über die Zukunft des Gesundheitssystems

Krankenversicherungs-Gesetz: Eine Reform in Paketform

■ Thomas Zeltner*

Das Nein zur 2. KVG-Revision hat die Reformarbeiten der Krankenversicherung gebremst – aber nicht gestoppt. Als Ersatz für die ursprünglich geplanten mittelfristigen Reformschritte legt der Bundesrat eine Revision in drei Paketen mit sieben Einzelbotschaften vor. Das Ziel bleibt unverändert: Das heutige System soll gefestigt und mit Anreizen zur Kostendämpfung ergänzt werden.

Nach seiner Klausursitzung im Mai 2002 legte der Bundesrat einen Etappenplan vor, mit dem die steigenden Gesundheitskosten kontrolliert werden sollten. Die kurzfristigen Reformschritte hatte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bereits lanciert, mittelfristige Anliegen wurden in die 2. KVG-Revision eingebbracht, die bereits in der parlamentarischen Beratung war. Und im Hinblick auf langfristige Reformschritte gab der Bundesrat beim EDI vertiefte Abklärungen in den Bereichen Kontrahierungzwang, monistische Spitalfinanzierung, Förderung von Managed Care und Kostenbeteiligung in Auftrag. Eine Woche vor Weihnachten 2003 entzog der Nationalrat diesem Plan die Grundlage. Nach mehr als zwei Jahren Seilziehen in den beiden Räten des Parlamentes erteilte die Grosse Kammer der 2. KVG-Revision endgültig eine Absage. Nur zwei Tage nach der Ablehnung kündigte Gesundheitsminister Pascal Couchebin dem Bundesrat an, er werde

in einem neuen Anlauf eine Paketlösung in mehreren Etappen vorschlagen – um die einzelnen Neuerungen weniger zu gefährden.

Aufteilung in drei Pakete

Unter dem akuten Handlungsdruck hat der dreiteilige Etappenplan mit den längerfristigen Ansätzen einer geballten Revision in Paketform weichen müssen. Im Verlauf dieses

Jahres will der Bundesrat dem Parlament drei Gesetzgebungspakete mit sieben Einzelbotschaften unterbreiten:

- **Paket 1:** Vier Botschaften (Strategie und dringliche Punkte, Vertragsfreiheit, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung)
- **Paket 2:** Zwei Botschaften (Spitalfinanzierung, Managed Care)
- **Paket 3:** Eine Botschaft (Pflegefinanzierung)

Übersicht der Gesetzesvorlagen in der Krankenversicherung im Jahr 2004

Paket 1 (Verabschiedung durch den Bundesrat im Mai 2004)	Paket 2 (Verabschiedung im Bundesrat voraussichtlich im September 2004)	Paket 3 (Verabschiedung im Bundesrat voraussichtlich im Dezember 2004)
Botschaft 1A (Gesamtanschauung und dringliche Punkte) <ul style="list-style-type: none"> – Risikoausgleich – Pflegetarife – Verlängerung dringliches Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung 	Botschaft 2A – Spitalfinanzierung <ul style="list-style-type: none"> – Managed Care 	Botschaft 3 – Pflegefinanzierung <ul style="list-style-type: none"> – Prämienverbilligung – Kostenbeteiligung
Botschaft 1B – Vertragsfreiheit <ul style="list-style-type: none"> – Managed Care 		
Botschaft 1C – Prämienverbilligung <ul style="list-style-type: none"> – Kostenbeteiligung 		

Keine Pflasterpolitik bei der KVG.
Trotz des Neins zur 2. Revision wird eine umfassende Neuregelung angestrebt.

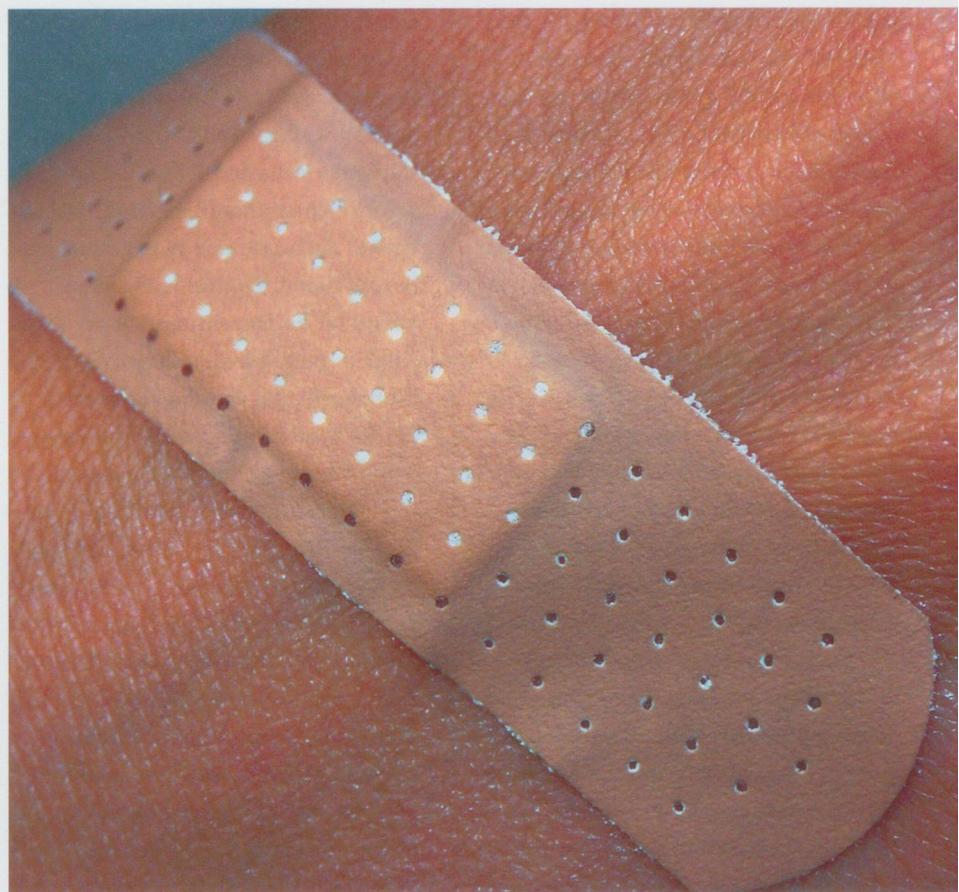
Beim Neuanlauf werden in den meisten Revisionsbereichen die ausformulierten Vorschläge der 2. KVG-Revision übernommen und mit neuen Elementen aus den Vorarbeiten zur 3. Revision ergänzt.

Kosten konnten nicht eingedämmt werden

Das KVG – 1994 vom Stimmvolk an der Urne beschlossen und 1996 in Kraft gesetzt – verfolgt drei Ziele:

- Mit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung gewährleistet.
 - Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen werden bei der Prämienzahlung entlastet.
 - Eindämmung der Kostensteigerung.

Eine breit angelegte Wirkungsanalyse kam 2001 zum Schluss, dass die ersten beiden Ziele weitgehend erreicht werden konnten. Das dritte Ziel – eine Bremswirkung bei der Kostensteigerung – konnte mit dem KVG bisher nicht im erwünschten Mass erreicht werden. Die Ursache liegt teilweise ausserhalb der Gesetzgebung. Die medizinisch-technische und pharmazeutische Industrie bringt laufend Innovationen auf den Markt, die eine bessere Diagnose und Therapie ermöglichen. Zudem muss festgestellt werden, dass die Bedürfnisse und Ansprüche der Patientinnen und



Patienten nicht zurückgehen – und damit medizinische Leistungen in immer grösseren Volumen konsumiert werden. Tatsache ist aber auch, dass der angestrebte Wettbewerb im Gesundheitsmarkt ungenügend spielt. Die Krankenkassen konkurrenzieren sich mehr im Kampf um gute Versicherungsrisiken statt mit innovativen Angeboten. Managed-Care-Modelle konnten sich nur bescheiden entwickeln, die Spitalplanungen in den Kantonen haben nicht den erhofften Spareffekt gebracht, und bei den meisten Leistungserbringern fehlt der Anreiz zum sparsamen Umgang mit Ressourcen.

Bei der Kosteneindämmung bleibt damit auch nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision der Reformbedarf bestehen. Ob langfristige Vision oder geballte Reform in Paketen – Ziel der Vorschläge des Bundesrates ist es, das heutige System zu festigen und mit

ökonomischen Anreizen zur Kosten-dämpfung zu ergänzen.

Arztwahl wird nicht abgeschafft

Das erste Gesetzgebungs paket enthält Vorschläge in sechs Bereichen:

- **Vertragsfreiheit:** Eine wichtige Säule im Konzept des Bundesrats ist die Einführung der Vertragsfreiheit im ambulanten Sektor. Heute sind die Krankenversicherer so gut wie gezwungen, mit allen zugelassenen Leistungserbringern abzurechnen – ein Privileg, das praktisch kein anderer Berufsstand mehr kennt. In Zukunft können die Versicherer entscheiden, mit welchen Ärzten und anderen ambulanten Leistungserbringern sie einen Vertrag abschliessen wollen. Zur Sicherung der Versorgung sollen die Kantone allerdings eine Mindestzahl von Leistungserbringern vorschreiben, die unter Vertrag zu nehmen sind.

Die Vertragsfreiheit schafft nicht – wie zum Teil behauptet wird – die freie Arztwahl ab. Wir gehen davon aus, dass die Versicherer weiterhin einen Grossteil der Ärzte unter Vertrag nehmen werden. Zudem kann jeder Versicherte die Kasse wechseln, wenn sein bevorzugter Arzt bei seiner Versicherung keinen Vertrag erhalten hat. Unter Umständen wird die freie Arztwahl sogar verbessert: Dann nämlich, wenn sich junge Ärzte in schlecht versorgten Randregionen niederlassen, weil in der überversorgten Stadt die Chance auf einen Vertragsabschluss mit den Versicherungen geringer ist.

Kostenbeteiligung: Seit Anfang dieses Jahres besteht die Kostenbeteiligung der Versicherten aus der Franchise von mindestens 300 Franken im Jahr und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der Kosten, welche die Franchise übersteigen (maximal 700 Franken pro Jahr). In den Beratungen zur 2. KVG-Revision diskutierte das Parlament eine Lösung mit einem abgestuften Selbstbehalt: All jene Versicherten, die sich nicht einem Managed-Care-Modell anschliessen, sollten inskünftig 20 Prozent Selbstbehalt bezahlen. Der Bundesrat kommt nun zum Schluss, dass die Menge der überflüssigen Leistungen auch mit mehr Eigenverantwortung beeinflusst werden kann. Deshalb soll der Selbstbehalt für Erwachsene von 10 auf grundsätzlich 20 Prozent erhöht werden – die Belastungsgrenze bleibt bei 700 Franken pro Jahr. Mit dieser Massnahme kann die Krankenversicherung entlastet werden. Und sie ist insofern sozialverträglich, als chronisch Kranke und Kinder nicht stärker belastet werden als bisher. Zudem können die Krankenkassen für Versicherte in Managed-Care-Modellen eine tiefere Kostenbeteiligung festlegen.

Prämienverbilligung: Das Prinzip der Kopfprämie hat zur Folge, dass

Haushalte mit mehreren Personen finanziell stark belastet werden. Bereits in der 2. KVG-Revision wurde das Ziel verfolgt, Familien in Zukunft stärker zu entlasten. Dieser Ansatz erwies sich als mehrheitsfähig, deshalb enthält auch die neue Vorlage ein Sozialziel mit unterschiedlichen Vorgaben für Haushalte mit und ohne Kinder. Die Kantone müssen vier Einkommenskategorien bilden und Prämienverbilligungen sicherstellen, damit Familien je nach Kategorie nicht mehr als 2 bis 10 Prozent ihres Einkommens für Prämien ausgeben müssen. Bei Haushalten ohne Kinder liegt die Spannweite bei 4 bis 12 Prozent des Einkommens. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, will der Bundesrat die maximalen Bundesbeiträge im geplanten Einführungsjahr 2005 um 200 Millionen auf 2,584 Milliarden Franken erhöhen.

Risikoausgleich: Das KVG schreibt die Einheitsprämie vor – also den gleichen Ansatz für Männer, Frauen, Junge, Alte, Gesunde und Kranke pro Region und Kasse. Dieser staatliche Markteingriff wird kompensiert mit dem Risikoausgleich, der die Risiken «Alter» und «Geschlecht» ausgleichen soll. Bei der Einführung des KVG wurde der Risikoausgleich auf zehn Jahre befristet. Im Rahmen der Arbeiten an der 3. KVG-Revision kamen die Experten zum Schluss, dass der Risikoausgleich in einem System mit mehr Marktelementen eigentlich verbessert werden müsste. Weil aber die Meinungen über Sinn und Zweck dieses Instrumentes auseinander gehen, beantragt der Bundesrat lediglich eine Verlängerung des heutigen Risikoausgleichs um fünf Jahre.

Bundesgesetz Spitalfinanzierung: Muss der Kanton einen Teil der Spitalkosten übernehmen, wenn sich Personen in der privaten oder halbprivaten Abteilung eines öffentlichen Spitals behandeln lassen? Oder gilt

diese Vorschrift nur für allgemein Versicherte? Diese Frage war bei der Einführung des KVG lange umstritten. Erst nach drei Grundsatzurteilen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts bestand Klarheit: Die Kantone müssen einen Beitrag übernehmen. Damit diese die massiven Mehrkosten verkraften konnten, wurde in einem dringlichen Bundesgesetz eine stufenweise Erhöhung der Beiträge während dreier Jahre beschlossen. Diese Regelung läuft Ende 2004 aus, ohne dass eine Neuregelung der Spitalfinanzierung beschlossen ist. Deshalb schlägt der Bundesrat vor, die für 2004 festgesetzte Regelung bis zum In-Kraft-Treten einer neuen Spitalfinanzierung zu verlängern.

Pflegetarife: Die Kosten im Pflegebereich belasten die Krankenversicherung mehr als ursprünglich erwartet. Seit 1998 gelten deshalb im Spitäx- und Pflegeheim-Bereich Rahmentarife für jene Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden können. Pflegeheime, die ihre Kosten transparent darlegen können, dürfen höhere Tarife aushandeln. Als Folge der zunehmenden Transparenz in der Kostenrechnung wird ein Tarif- und damit Kostenschub befürchtet. Der Bundesrat will deshalb die Rahmentarife in den oberen Pflegebedarfsstufen erhöhen, weil diese unbestritten zu tief sind, – gleichzeitig aber das System der Rahmentarife weiterführen und die Ansätze bis zur Neuordnung der Pflegefinanzierung einfrieren.

Vorerst kein monistisches System

Im zweiten Paket präsentiert der Bundesrat dem Parlament zwei Botschaften:

Spitalfinanzierung: Die Neuregelung der Spitalfinanzierung war im Jahr 2000 Auslöser für die 2. KVG-Revision. Das Parlament fand ein

Modell, das sich als mehrheitsfähig erwies und deshalb im Neuanlauf wieder aufgegriffen wird. Im so genannten «dual-fixen-System» bezahlen Kanton und Versicherer je die Hälfte an die Leistungen in allen öffentlichen und privaten Spitälern, welche der Bedarfsplanung entsprechen. Da bei diesem Wechsel von der Objekt- zur Leistungsförderung die Investitionskosten einbezogen sind, werden alle Spitäler weit gehend gleich behandelt. Das bringt mehr Transparenz in den Markt, erleichtert den Vergleich von Preis und Leistung – und ermöglicht damit den gewünschten Wettbewerb zwischen den Anbietern.

In den Vorarbeiten zur 3. KVG-Revision hatten die Experten einen Wechsel zu einem monistischen System propagiert. In diesem Modell sind die Spitäler nur noch mit einem Einkäufer und Bezahlern konfrontiert – nach Meinung der Experten die Krankenversicherer. Das monistische System entspricht zwar der Forderung nach mehr Wettbewerb. Praktische Fragen wie die Höhe des Kantonsbeitrages und dessen Sicherstellung sind jedoch rechtlich noch nicht gelöst. Deshalb kommt dieses System allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt in Frage. Der Bundesrat will jedenfalls innerhalb von drei Jahren nach Inkraft-Treten des dual-fixen Systems einen Vorschlag präsentieren.

■ Managed Care: Statt Managed Care vorzuschreiben, will der Bundesrat die Rahmenbedingungen für diese Modelle verbessern. Die Fachwelt ist sich inzwischen einig, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie aus einer Hand gesteuert wird, aus wirtschaftlichen und qualitativen Gründen gefördert werden muss. Der Bundesrat ist allerdings der Meinung, dass ein Zwang zum Angebot nicht der richtige Weg ist. Er geht davon aus, dass das

Vertragsprinzip der Managed-Care-Idee Auftrieb gibt. Zudem wird der Begriff der «integrierten Versorgungsnetze» im Gesetz definiert. Ebenfalls in der Botschaft «Managed Care» sind Massnahmen zur Eindämmung der Medikamentenkosten enthalten. Wenn der Arzt nur den Wirkstoff statt ein bestimmtes Produkt verschreibt, muss der Apotheker in Zukunft ein preisgünstiges Medikament abgeben. Und bei gleicher Eignung mehrerer Produkte muss der Arzt ein preisgünstiges Arzneimittel verschreiben oder abgeben.

Markant steigende Kosten bei Krankenpflege

Das dritte Paket will der Bundesrat im Dezember 2004 verabschieden. Es enthält nur eine Botschaft:

■ Neuregelung der Pflegefinanzierung: Die Schweiz kennt keine Einheitsversicherung, die für alle krankheits- oder altersbedingten Pflegeleistungen aufkommt. Die Analyse der heutigen Situation zeigt, dass die Krankenpflegeversicherung mit markant steigenden Kosten konfron-

tiert ist, die altersbedingte Pflegebedürftigkeit dagegen sozial relativ schlecht abgesichert wird. Ziel der Reform ist es, die Kostensteigerung in der Krankenversicherung zu bremsen und die Finanzierung der Pflege unter Einbezug aller Sozialversicherungen neu zu regeln.

Die Bevölkerung in der Schweiz erwartet zu Recht einen hohen Nutzen von einem Gesundheitssystem – es muss medizinisch hochstehende Leistungen zur Verfügung stellen und niemandem wegen fehlender Finanzkraft den Zugang verwehren. Auch deshalb ist es illusorisch zu glauben, die Gesamtkosten eines so gut ausgebauten Systems könnten in Zukunft sinken. Die Menschen leben länger, die Medizin macht weiter Fortschritte, und unsere Ansprüche steigen. Dennoch ist es wichtig, dass wir Massnahmen treffen, um den Kostenanstieg zu bremsen, vor allem in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für die wir alle solidarisch aufkommen.

*Prof. Dr. med. et lic. iur. Thomas Zeltner ist Direktor des Bundesamts für Gesundheit

Die perfekte Informatiklösung für Pflege-, Sonderschul- und Behindertenheime

Mehr Zeit für Sie und Ihre Klienten?

Befreien Sie sich von unproduktiven Pflichtübungen und gewinnen Sie wertvolle Zeit. MICROSOFT NAVISION, das Softwarepaket für **Pflege-, Sonderschul- und Behindertenheime**, ist perfekt auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt. Interessiert? Anruf oder e-mail genügt!



data dynamic ag - Stadtbachstrasse 64
Postfach - 3000 Bern 9
Phone 031 308 10 10 - Fax 031 308 10 20
www.ddag.ch - info@ddag.ch