GESUNDHEIT OHNE GRENZEN

Krankenversicherungssysteme und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

Hintergrundinformationen
zum deutsch-französisch-schweizerischen Workshop
Baden-Baden · 06. Oktober 2016

Gefördert durch:

Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Euro
Institut

INHALT

Einführung 3

Krankenversicherung und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland 4

Krankenversicherung und Übernahme der Behandlungskosten in Frankreich 10

Krankenversicherung und Übernahme der Behandlungskosten in der Schweiz 17

Infos & Impressum 24

EINLEITUNG

In der deutsch-französisch-schweizerischen Grenzregion ist grenzüberschreitende Mobilität längst zum Alltag geworden, sei es um zur Schule zu gehen, zu arbeiten, einzukaufen oder seine Freizeit zu gestalten. Mit diesem neuen grenzüberschreitenden Lebensstil sind neue Anforderungen und Chancen im Hinblick auf die Entwicklung eines qualitativ hochwertigen und wohnortsnahen Versorgungsangebots für die Bewohner der Grenzregion verbunden. Parallel zu dieser Bottom-up-Dynamik entwickeln die Gesundheitsakteure Kooperationsprojekte, die für bestimmte Gesundheitsleistungen und geografisch klar definierte Räume neue grenzüberschreitende Versorgungswege schaffen. Diese Projekte werden von komplexen Akteursstrukturen getragen zu der sowohl operative als auch institutionelle Akteure dies- und jenseits der Grenze gehören. Diese vielschichtigen Partnerschaften stehen vor der Herausforderung, unterschiedliche Handlungslogiken und Vorgehensweisen miteinander zu verbinden oder ganz neue grenzüberschreitende Funktionsweisen zu erschaffen.
In diesem Zusammenhang stellt die Kenntnis des Krankenversicherungssystems und der Übernahmemodalitäten für Behandlungskosten im Nachbarland eine notwendige Voraussetzung dar, um die Dynamik der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation bestmöglich zu unterstützen, aber auch, um in einem gegebenenfalls grenzüberschreitenden Behandlungskontext die Übernahme der Kosten für den Patienten gewährleisten zu können. Jedes Krankenversicherungssystem hat seinen eigenen historischen Hintergrund, ist geprägt durch das politisch-administrative System des jeweiligen Staates und verfügt über ganz unterschiedliche Modalitäten zur Kostenübernahme. Diese systembedingten Unterschiede und Abweichungen erschweren die Abstimmung der Akteure im Kontext grenzüberschreitender Behandlungen und stellen ein wahres Hindernis für die Patientenmobilität dar.

Jenseits ihrer Unterschiedlichkeit, stehen alle drei Krankenversicherungssysteme jedoch vor denselben Herausforderungen, wie beispielsweise dem finanziellen Druck, der auf der Krankenversicherung lastet, dem demografischen Wandel, der zu einer steigenden Nachfrage im Gesundheitsangebot führt sowie auch dem medizinisch-technischen Fortschritt, der zwar einerseits die Qualität des medizinisches Angebots verbessert, andererseits aber auch zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten führt.
Zum besseren Verständnis der systembedingten Handlungslogiken, Strukturen und geltenden Verfahren in den jeweiligen Teilregionen des Oberrheins, werden im Folgenden die Hauptmerkmale der verschiedenen Systeme zur Kostenübernahme von Behandlungen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz dargestellt.
Die nachfolgende Darstellung erläutert getrennt für jedes Land die wichtigsten Grundlagen des Krankenversicherungssystems, das Finanzierungsmodell der Krankenversicherung, die Bedingungen der Kostenübernahme von Gesundheitsleistungen sowie die Modalitäten zur Bezahlung der Leistungserbringer.
Die vorliegende Darstellung wurde ergänzend zu dem vom Euro-Institut im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit am 6. Oktober 2016 in Baden-Baden organisierten Workshop über die Modalitäten der Kostenübernahme für grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen, verfasst.
Diese Darstellung dient somit als Wissensgrundlage, um Fragen der grenzüberschreitenden Kostenübernahme für Behandlungen beantworten zu können.

DAS KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM UND DIE ÜBERNAHME DER BEHANDLUNGSKOSTEN IN DEUTSCHLAND

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist dual aufgebaut und durch das Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Systemen gekennzeichnet:

- Die gesetzliche Krankenversicherung, der ungefähr 90 % der Bevölkerung angehören.
- Die private Krankenversicherung, bei der ungefähr 10 % der Bevölkerung versichert sind.

Diese beiden Systeme, deren Funktionsweise sich sehr stark unterscheidet, werden im Folgenden in zwei getrennten Abschnitten dargestellt.

» DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

GRUNDLAGEN

Die gesetzliche Krankenversicherung, der fast 90 % der Bevölkerung angehören, stellt die Hauptsäule des Krankenversicherungssystems in Deutschland dar. Die gesetzliche Krankenversicherung geht zurück auf das sogenannte „bismarcksche Sozialversicherungssystem", d.h. die Sozialversicherung wird, wie in Frankreich auch, hauptsächlich durch einkommensabhängige Sozialabgaben finanziert.

Bei der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Grundsatz der Selbstverwaltung, das heißt, die Krankenkassen treffen selbstständig alle Entscheidungen in ihrem Aufgabenbereich. Der Staat gibt bloß den Rahmen vor (Sozialgesetzbuch V) und führt die Rechtsaufsicht, hat aber sonst keine direkte Eingriffsmöglichkeit.

Eine Besonderheit des deutschen Krankenversicherungssystems liegt in der hohen Anzahl an Krankenkassen. So gab es im Jahr 2015 insgesamt 118 verschiedene gesetzliche Krankenkassen. Seit 1996 besitzen die deutschen Krankenversicherten freies Kassenwahlrecht, das heißt sie werden also nicht mehr, wie es in Frankreich der Fall ist, gemäß ihres Berufsstandes in Pflicht- und Ersatzkassen eingeteilt[1]. Infolgedessen hat sich eine starke Konkurrenz unter den Krankenkassen entwickelt. Letztere sind zwar alle dazu verpflichtet dieselbe Grundsicherung anzubieten, können darüber hinaus jedoch verschiedene Zusatzleistungen anbieten. Das Leistungsangebot und die Beitragszahlungen können sich daher von Kasse zu Kasse stark unterscheiden. Diese Konkurrenzsituation hat sich zudem durch die letzten Gesundheitsreformen noch verstärkt.

VERSICHERTE

Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist für den Großteil der Bevölkerung verpflichtend. Ausgenommen von dieser Versicherungspflicht sind Beamte, Selbstständige und Beschäftigte, deren Einkommen die jährlich neu festgelegte sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet (im Jahr 2016 betrug diese: 56.250 € pro Jahr). Personen, die einem dieser Berufsstatus angehören, können sich entweder freiwillig gesetzlich versichern oder in die private Krankenversicherung wechseln, müssen aber in jedem Fall Mitglied in einem dieser beiden Krankenversicherungssyteme sein.

In Deutschland sind Familienangehörige eines Versicherten (Ehegatte, Lebenspartner, Kinder) in der Regel beitragsfrei mitversichert, solange sie keine hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben und ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Gesetzliche Krankenkassen unterliegen dem Kontrahierungszwang, das heißt, sie sind dazu verpflichtet, all diejenigen, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, aufzunehmen, unabhängig von deren Alter, Gesundheitszustand oder finanzieller Leistungskraft.

1 Mit Ausnahme der Landwirte, die automatisch bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert sind.

BEITRÄGE UND FINANZIERUNG

Die gesetzliche Krankenversicherung wird durch Beiträge finanziert, die auf Grundlage des Jahreseinkommens der Versicherten berechnet wird und paritätisch von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen werden. Der allgemeine Beitragssatz liegt seit dem 1. Januar 2015 bei 14,6 % des Bruttolohns. Die Einkommenshöhe wird allerdings nur bis zu einer bestimmten Grenze berücksichtigt, der sogenannten Beitragsermessungsgrenze. Hierdurch entsteht ein Höchstbeitragssatz, der im Jahr 2016 bei 4.237,50 € monatlich liegt. Diese Beiträge werden von den Krankenkassen eingezogen und in den im Jahr 2009 eingerichteten Gesundheitsfonds abgeführt. In diesen Gesundheitsfonds fließt zusätzlich der jährliche Bundeszuschuss aus dem Bundeshaushalt, dessen Höhe jedes Jahr variiert (2016: 14 Milliarden €). Aus diesem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen dann pro Versichertem eine Pauschale mit alters-, geschlechts- und morbiditätsbedingten Zu- und Abschlägen (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich / Morbi-RSA).

Vielen Krankenkassen reichen die zugewiesenen Gelder aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, um alle Kosten zu decken, weshalb meist ein Zusatzbeitrag erhoben wird, der von den Versicherten allein getragen wird. 2016 hat ein Großteil der Krankenkassen diesen Beitrag erhöht, so dass dieser gegenwärtig bei durchschnittlich 1,1 % des Bruttolohns liegt.

ZUZAHLUNGEN DURCH DEN VERSICHERTEN

Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen 100 % der Kosten für ambulante medizinische Leistungen. Für andere Gesundheitsdienstleistungen können Zuzahlungen für den Versicherten anfallen.

- Für verschriebene Medikamente müssen 10 % des Preises selbst gezahlt werden. Diese Zuzahlung beläuft sich hierbei auf mindestens 5 €[2] und maximal 10 € pro Medikament. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit.
- Für Heilmittel und häusliche Pflegeleistungen fällt eine Zuzahlung von 10 % und 10 € pro Verordnung an.
- Für stationäre Behandlungen fallen für maximal 28 Tage jeweils 10 € pro Tag an Zuzahlungen an.

Damit der Patient durch die Zuzahlungen nicht finanziell überfordert wird, werden diese durch eine individuelle Belastungsgrenze von 2 % des Bruttoeinkommens gedeckelt (1 % bei Patienten mit chronischen Krankheiten).

BEHANDLUNGSWEGE

Grundsätzlich besteht in Deutschland das Prinzip der freien Arztwahl. Patienten können direkt und ohne Überweisung jeden zugelassenen Arzt oder Facharzt aufsuchen und auch mehrere Ärzte wegen derselben Erkrankung konsultieren, ohne Auswirkung auf die Erstattung der Behandlungskosten. Dies wirkt sich jedoch wiederum auf die Anzahl an Arztbesuchen pro Person aus und führt zu höheren Kosten und relativ langen Wartezeiten in Facharztpraxen. Vor diesem Hintergrund versucht fast jede Gesundheitsreform durch entsprechende Maßnahmen dieses Problem zu regulieren. Heutzutage muss jede Krankenkasse eine Option zur Hausarztzentrierten Versorgung anbieten. Hierbei sollen Versicherte durch finanzielle Anreize (geringerer Zusatzbeitrag, keine Zuzahlungen) dazu angeregt werden, sich für einen bestimmten Zeitraum dazu zu verpflichten, immer zunächst einen vorher benannten Hausarzt aufzusuchen.

Das Prinzip der freien Arztwahl gilt jedoch nur für zugelassene Vertragsärzte, also Ärzte die Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung sind. Leistungen durch Privatärzte werden von den Krankenkassen nur in Notfällen erstattet. Darüber hinaus sind auch Klinikärzte von diesem Prinzip ausgenommen, da außer in Notfällen eine Einweisung ins Krankenhaus durch einen niedergelassenen Arzt erfolgen muss. Im Falle einer Einweisung übernimmt der jeweils zuständige diensthabende Arzt im Krankenhaus die Behandlung und eine freie Arztwahl ist nicht möglich.

2 Diese Schwelle gilt nur für Medikamente ab 5 €.

BEZAHLUNG DER LEISTUNGSERBRINGER

Im Gegensatz zu Frankreich und der Schweiz werden die Leistungserbringer in der Regel vollständig von den Krankenkassen bezahlt, ohne dass der Patient in eine finanzielle Vorleistung treten muss (Sachleistungsprinzip). Im Idealfall muss sich ein Patient nach Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte nicht weitergehend mit den finanziellen und administrativen Fragen der Abrechnung eines Arztbesuches befassen. Eine Patientenquittung wird nur auf Anfrage ausgestellt. Auf der elektronischen Gesundheitskarte sind derzeit lediglich administrative Daten über den Versicherten gespeichert, sie soll aber künftig auch medizinische Daten enthalten. Auf ihrer Rückseite ist die Europäische Krankenversicherungskarte abgebildet.

Vertragsärzte werden über die Kassenärztlichen Vereinigungen mittels eines komplexen Systems honoriert. Hierzu übermittelt jede Praxis quartalsweise sämtliche (also kassenübergreifend) erbrachten Leistungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ihres Bundeslandes. Hierbei wird jeder Leistung eine gewisse Punktzahl zugeteilt, welche im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgeschrieben ist. Der EBM wird vom Bewertungsausschuss festgelegt, der sich aus jeweils drei Vertretern des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammensetzt.

Die Preise für die einzelnen Leistungen ergeben sich aus der Multiplikation der Punktzahlen mit dem auf Landesebene jährlich festgelegten regionalen Punktwert. Aus dem Punktwert und dem EBM ergibt sich eine regionale Euro-Gebührenordnung, in welcher jeder Leistung ein Preis in Euro zugeteilt ist.

Allerdings bleibt der Punktwert nur bis zu einem bestimmten Punktevolumen stabil, da die Leistungsmenge einer Praxis gedeckelt ist. Bei Leistungen, die über das vorher festgelegte Punktvolumen hinausgehen, wird ein stark reduzierter Restpunktwert verwendet. Hierdurch soll die Menge an Leistungen gesteuert und die Ausgaben für die Krankenversicherung begrenzt werden.

Zur Bezahlung der Leistungserbringer erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen eine jährliche morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Diese stellt ein festes Jahresbudget dar, das jede Krankenkasse mit befreiender Wirkung an eine Kassenärztliche Vereinigung überweist. Die Höhe der Gesamtvergütung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen im Rahmen von Kollektivverträgen festgelegt. Sie ergibt sich aus dem Bedarf des Vorjahres (Gesamtpunktevolumen multipliziert mit dem regionalen Punktwert) und kann je nach Mitgliederstruktur der Krankenkassen (Alter als Indikator) angehoben oder abgesenkt werden.

Dieses Budget wird, nach Abzug bestimmter Ausgaben wie zum Beispiel Verwaltungskosten oder Kosten für Polikliniken etc., in einen Hausarzt- und einen Facharzttopf aufgeteilt, welche jeweils wiederum in verschiedene Fachgruppentöpfe verteilt werden. Aus der Geldmenge der jeweiligen Fachgruppentöpfe bestimmt sich dann der Budgetrahmen für die einzelne Praxis (Honorarverteilung). Durch diese Budgetierungen sollen die Kosten für das Gesundheitssystem reguliert werden.

LEISTUNGSKATALOG

Die Gesamtheit der Leistungen, für die der Versicherte Anspruch auf Erstattung hat, wird als Leistungskatalog bezeichnet. Aufgrund der Selbstverwaltung der Krankenkassen, legt der Bund im Sozialgesetzbuch lediglich einen rechtlichen Rahmen fest. Welche Leistungen im Detail erstattungsfähig sind, wird zunächst grundsätzlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden, welcher sich aus Vertretern der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie weiteren Akteuren zusammensetzt. Je nachdem in welchem Bundesland die Versicherten ihren Wohnsitz haben und welcher Krankenkasse sie angehören, können sie aber auch Anspruch auf zusätzliche Leistungen haben. Um genau zu wissen, welche Leistungen und Produkte erstattet werden, muss letztendlich bei der jeweiligen Krankenkasse erfragt werden.

DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG (PKV)

GRUNDLAGEN

Parallel und ergänzend zur gesetzlichen Krankenversicherung bildet die private Krankenversicherung (PKV) die zweite Säule des Krankenversicherungssystems in Deutschland. Hierüber sind Angehörige bestimmter Berufsgruppen versichert, die von der Verpflichtung einer gesetzlichen Krankenkasse anzugehören befreit sind. Darüber hinaus können aber auch gesetzlich Versicherte im Rahmen der privaten Krankenversicherung eine Zusatzversicherung für Leistungen abschließen, die nicht (oder nur zum Teil) von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, wie z. B. für Sehhilfen und Zahnbehandlungen. Die private Krankenversicherung ist privatwirtschaftlich ausgerichtet. Der Bund gibt den rechtlichen Rahmen vor und hat die Aufsichtsfunktion inne, sein Einflussbereich ist jedoch wesentlich geringer als bei der gesetzlichen Krankenversicherung und Reformen werden nur selten anberaumt. Die privaten Versicherer sind in den meisten Fällen Aktiengesellschaften, die mit ihren Versicherten privatrechtliche Verträge abschließen. Die Versicherten können die Kasse, bei der sie sich versichern wollen, frei auswählen. Wichtig ist an dieser Stelle festzuhalten, dass anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich kein Kontrahierungszwang besteht: Die Versicherer sind nicht zur Aufnahme verpflichtet.
Eine Ausnahme davon bildet der Kontrahierungszwang für den sogenannten Basistarif. Die privaten Krankenversicherungen sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Die Krankenversicherungsunternehmen dürfen niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern darf. Dazu gehören alle seit 1. Januar 2009 neu PKV-Versicherten sowie Personen ohne Versicherungsschutz, die früher PKV-versichert waren. Auch bereits privat Krankenversicherte können in den Basistarif ihrer Versicherung oder in den einer anderen Versicherung wechseln.

VERSICHERTE

Bestimmte Berufsgruppen sind in Deutschland von der Versicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse ausgenommen und besitzen die Möglichkeit, sich privat versichern zu lassen[1]. Hierzu gehören Beamte, Selbstständige und Angestellte, deren Einkommen die jährlich neu festgelegte sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze (im Jahr 2016: 56.250 € pro Jahr) überschreitet. Personen, die bei einer privaten Krankenkasse versichert sind, werden Privatpatienten genannt.
Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung sind die Versicherten individuell versichert, das heißt, dass Familienmitglieder des Versicherten nicht mitversichert sind.

Beamte stellen einen Sonderfall dar und haben in der Regel einen Anspruch auf finanzielle Beihilfe für Behandlungskosten durch ihren Dienstherrn. Die finanzielle Beihilfe liegt meist zwischen 50 und 80 % der Behandlungskosten und gilt auch für Familienangehörige. Die Höhe der Beihilfe ist nicht in allen Bundesländern gleich und variiert in Abhängigkeit des persönlichen Status (Beamter, Ehegatte, Pensionär) und des Dienstherrn. Infolgedessen schließen die meisten Beamten eine sogenannte Teilversicherung mit einer privaten Krankenkasse ab, die den Kostenanteil, welcher vom Dienstherrn nicht übernommen wird, abdeckt. Es ist ihnen theoretisch auch möglich, Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung zu werden, dies stellt jedoch finanziell meist eine weniger attraktive Möglichkeit dar.

1 An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Mitgliedschaft in einem der beiden Versicherungssysteme verpflichtend ist.

BEITRÄGE UND FINANZIERUNG

Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen erhalten die privaten Krankenkassen keinerlei Zuschüsse aus Steuermitteln und müssen sich ausschließlich über die Beiträge der Versicherten und ggf. deren Arbeitgeber finanzieren. Bei Angestellten zahlt der Arbeitgeber einen Anteil von 50 %, allerdings nie mehr als beim Höchstbeitragssatz eines gesetzlich Versicherten. Bei Beamten beteiligt sich der Arbeitgeber nicht an deren Beitragszahlungen.

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Tarife individuell im Vertrag festgesetzt und sind einkommensunabhängig. Die Höhe der Beiträge hängt vom gewählten Leistungsumfang sowie von weiteren Faktoren ab, wie beispielsweise dem Alter, der Berufsgruppe und dem Gesundheitszustand des Versicherten. Die Beiträge, die zu Vertragsbeginn festgelegt werden, sollen (normalerweise) während der gesamten Vertragslaufzeit gleich bleiben: Sie stellen einen Mittelwert der Kosten dar, die der Versicherte (statistisch gesehen) im Verlauf seines Lebens voraussichtlich verursachen wird. Jüngere Versicherte zahlen zunächst mehr ein, als sie an Leistungen in Anspruch nehmen. Dies erlaubt dem Versicherer Alterungsrückstellungen anzulegen, die im Alter als Rücklage für höhere Kosten des Versicherten dienen.
Vor einigen Jahren wurde ein zusätzlicher gesetzlicher Beitragszuschlag von 10 % für alle Versicherten zwischen 22 und 61 Jahren eingeführt. Dieser Betrag wird im Gegensatz zu den Alterungsrücklagen separat und individuell angelegt und dafür verwendet, die höheren Kosten ab dem 65. Lebensjahr des Versicherten auszugleichen und eventuell ab dem 80. Lebensjahr Beitragssenkungen zu ermöglichen.
Aufgrund des demographischen Wandels und des technischen Fortschritts steigen die Ausgaben der Versicherer jedoch stetig an, weshalb es in der Realität regelmäßig zu Tariferhöhungen kommt. Theoretisch besitzt der Versicherte bei Beitragserhöhungen ein Sonderkündigungsrecht. Aufgrund der nur bedingten Möglichkeit der Mitnahme der Alterungsrücklagen und der Schwierigkeit bzw. nahezu bestehenden Unmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren, wird in der Praxis allerdings nur sehr selten von diesem Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht.

BEZAHLUNG DER LEISTUNGSERBRINGER

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung funktioniert die private Krankenversicherung nach dem Erstattungsprinzip. Der Patient tritt beim Arzt also in Vorleistung und reicht die Rechnung dann zur Prüfung und Erstattung bei seinem Versicherer ein. An dieser Stelle ist anzumerken, dass Beamte die vom Arzt erhaltenen Rechnungen zunächst bei der Beihilfestelle zur Erstattung einreichen müssen.
Die Abrechnung der Leistungen erfolgt auf Basis der vom Staat festgelegten und bundesweit gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GO Ä). Diese definiert medizinische Leistungen, ordnet ihnen eine Punktzahl zu und legt ebenfalls den Punktwert fest. Der Arzt rechnet dann, je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung, den 1 bis 3,5fachen Punktwert ab. Bei einer durchschnittlichen Leistung wird ein 2,3facher Punktwert berechnet. Das Verwenden von höheren Faktoren muss der Arzt schriftlich begründen. Bei einem Faktor von mehr als 3,5 muss der Patient eine schriftliche Einverständniserklärung abgeben.
Ärzte sind bei Privatpatienten – anders als bei den gesetzlich versicherten Patienten – nicht an kollektive Budgets oder andere Mengenbegrenzungen gebunden und können somit alle Medikamente, Anwendungen, Untersuchungen etc. verschreiben, die sie als notwendig erachten. Das hat für den Privatpatienten einige durchaus angenehme Konsequenzen. So verfügen viele Arztpraxen beispielsweise über getrennte, besser ausgestattete Wartezimmer für Privatpatienten, die Wartezeiten sind meist kürzer und Privatpatienten erhalten schneller einen Termin. Der Status des Privatpatienten kann aber auch den negativen Nebeneffekt einer Überbehandlung des Patienten mit sich bringen.

LEISTUNGSKATALOG

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung wird der Leistungsumfang im Vertrag individuell nach persönlichen Vorlieben und den finanziellen Möglichkeiten des Versicherten festgelegt. Generell gilt das Prinzip des „mehr kostet mehr". So können auch Leistungen abgedeckt werden, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden, wie etwa alternative Heilmethoden oder das Recht auf Chefarztbehandlung.

DAS KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM UND DIE ÜBERNAHME DER BEHANDLUNGSKOSTEN IN FRANKREICH

GRUNDLAGEN

Das französische Krankenversicherungssystem ist auf zwei Ebenen organisiert:

- Der obligatorischen gesetzlichen Krankenversicherung, die Teil der französischen Sozialversicherung – der *Sécurité sociale* – ist
- und den privaten Zusatzversicherungen, welche die Leistungen der *Sécurité sociale* ergänzen.

Ein wichtiges Merkmal des französischen Systems besteht darin, dass alle Personen, die in Frankreich arbeiten oder ihren ständigen Wohnsitz haben, unabhängig ihrer Situation oder ihres Einkommens im Rahmen der *Sécurité sociale* gesetzlich versichert sind. Anders als in Deutschland wird auf Ebene der obligatorischen Krankenversicherung nicht zwischen einer gesetzlichen und einer privaten Krankenversicherung unterschieden.

Innerhalb der *Sécurité sociale* gehören die Versicherten je nach Berufsstatus verschiedenen Versicherungsregimen (Versicherungsgruppen) an. Zu den drei wichtigsten zählen:

- Die allgemeine Sozialversicherung (*régime général*): für abhängig Beschäftigte und Beschäftigte, die diesen gleichgestellt sind
- Landwirtschaftliche Sozialversicherung (*régime agricole*): für abhängig Beschäftigte in der Landwirtschaft und Landwirte
- Sozialversicherung für Selbstständige (*régime social des indépendants*): für Selbstständige, Handwerker, Gewerbetreibende und freie Berufe.

Hinzu kommen ungefähr 15 Sonderregime für bestimmte Berufskategorien, wie zum Beispiel die Angestellten der SNCF (staatliche französische Eisenbahngesellschaft) oder der RATP (Öffentlicher Pariser Verkehrsbetrieb).

Wichtig ist festzuhalten, dass 90 % der Bevölkerung bei der Allgemeinen Sozialversicherung versichert sind[1] und dass die Leistungen für alle Regime die gleichen sind. Es gibt allerdings eine Ausnahme: In den Departements Bas-Rhin, Haut-Rhin und Moselle gehören die Angestellten nicht der Allgemeinen Sozialversicherung sondern einem Sonderregime, dem *régime local Alsace-Moselle* an. Letzteres stammt aus der Zeit des deutschen Kaiserreichs (1871-1918) und wurde in dieser Form nach dem ersten Weltkrieg beibehalten. Dieses lokale Regime bietet einen besseren Versicherungsschutz, da die Erstattungssätze höher ausfallen als bei den anderen Regimen der *Sécurité Sociale*.

Die drei Hauptregime werden jeweils durch eine Dachkrankenkasse auf nationaler Ebene und ein Netz aus lokalen (*département*) und regionalen Krankenkassen verwaltet. Die unterschiedlichen Regime und die entsprechenden Krankenkassen stehen in keiner Weise in Konkurrenz zueinander.

Im Gegensatz zu einer weitverbreiteten Vorstellung ist die *Sécurité sociale* keine öffentliche Einrichtung. Eine große Mehrheit der Krankenkassen besitzt privatrechtlichen Status und führt einen öffentlichen Auftrag aus. Nur einige Dachkrankenkassen auf nationaler Ebene sind öffentliche Einrichtungen. Nichtsdestotrotz unterliegen die *Sécurité sociale* und die dazugehörigen Krankenkassen einer strengen staatlichen Aufsicht.

Da die *Sécurité sociale* nur einen Teil der Behandlungskosten übernimmt, haben viele Versicherte (94,7 % der Bevölkerung im Jahr 2012) eine Zusatzversicherung (weithin als *complémentaire santé* oder *mutuelle* bekannt) abgeschlossen. Diese übernimmt einen Teil oder den gesamten Anteil der Kosten, die von der *Sécurité sociale* nicht erstattet werden (s. „Zuzahlungen durch den Versicherten"). Der Markt für Zusatzversicherungen ist rein wettbewerbsorientiert. Wie in Deutschland und der Schweiz, ist die Anzahl der Versicherungsanbieter in den letzten Jahren stark gesunken.

Die *Sécurité sociale* übernimmt ungefähr 75 % der Gesamtheit aller Gesundheitskosten, während die Zusatzversicherungen circa 14 % dieser Kosten übernehmen (Zahlen von 2014). Der Großteil der Versicherten zahlt weniger als 50 € pro Jahr für Behandlungen. 5 % hingegen (3 Millionen Personen) zahlen mehr als 1.500 € pro Jahr.

1 Bei der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung sind ungefähr 1,2 Millionen Personen versichert, während bei der Sozialversicherung für Selbstständige ungefähr 620 000 Personen versichert sind.

VERSICHERTE

Jede volljährige Person, die in Frankreich regulär (seit mehr als 3 Monaten) arbeitet oder wohnt, ist im Rahmen der *Sécurité sociale* versichert. Dieser Versicherungsschutz steht zumeist in Verbindung mit der Berufstätigkeit, wobei die Berufsgruppe die Zuordnung zu einem der Versicherungsregime (Allgemeine Sozialversicherung, Landwirtschaftliche Sozialversicherung, usw.) bestimmt. Nichtberufstätige sind in Verbindung mit ihrem Wohnsitz in Frankreich über die *Sécurité sociale* versichert. Geringverdiener sind über den universellen Krankenversicherungsschutz (*protection universelle maladie – PUMA*) kostenlos versichert. Dieser Versicherungsschutz ist individuell, lediglich Minderjährige sind als Familienangehörige hierüber mitversichert.

Was die private Zusatzversicherung betrifft, kann zwischen drei Formen von Versicherungen unterschieden werden:

- **Zusatzversicherung durch Kollektivvertrag:** Der Versicherte ist über die Zusatzkrankenversicherung seines Betriebes versichert. Der Versicherungsvertrag wird entweder für eine gesamte Branche oder einzeln von einem Unternehmen ausgehandelt. Der Beitritt zu dieser Zusatzversicherung ist für den Beschäftigten obligatorisch (*complémentaire obligatoire*). Der Arbeitgeber übernimmt mindestens 50 % der Beitragszahlungen. Die Höhe der Beiträge und das Spektrum der Leistungen werden durch den Kollektivvertrag bestimmt: Sie sind für alle Angestellten gleich – unabhängig von ihrem Alter, ihrem Einkommen und ihrem Gesundheitszustand – und werden nicht individuell verhandelt. In dem Vertrag kann die Mitversicherung von Berechtigten, z. B. Familienangehörigen des Versicherten, vorgesehen sein. Seit dem 1. Januar 2016 sind alle Unternehmen, unabhängig von ihrer Größe, dazu verpflichtet, eine solche Zusatzversicherung anzubieten. Unter bestimmten Umständen kann der Versicherte eine ergänzende Zusatzversicherung („*sur-complémentaire*") abschließen, welche die durch den Kollektivvertrag angebotenen Leistungen ergänzt. Dies wird manchmal auch als Option im Rahmen des Kollektivvertrages angeboten.

- **Individuelle Zusatzversicherung:** Wenn eine Person nicht über einen Kollektivvertrag versichert ist (z. B. als Freiberufler), kann sie, wenn sie dies wünscht, eine individuelle Zusatzversicherung abschließen. Dabei kann der Versicherte den Versicherungsanbieter frei wählen. Was das Spektrum der Leistungen angeht, kann der Versicherte verschiedene Optionen zu unterschiedlichen Preisen wählen. Die Höhe der Beiträge hängt auch vom Alter und Gesundheitszustand des Versicherten ab. Die Beiträge werden vom Versicherten allein getragen.

- **Die universelle Zusatzversicherung (PUMA):** Die universelle Zusatzversicherung wurde 1998 als kostenlose Zusatzversicherung für Geringverdiener eingeführt, und 2016 umstrukturiert; die PUMA (*Protection Universelle Maladie*) soll diesen den Zugang zum Gesundheitsangebot erleichtern. Sie deckt alle Mitglieder eines Haushaltes (Ehepartner, Partner im Rahmen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, unterhaltsberechtigte Kinder unter 25 Jahren) ab. Die Beantragung muss jährlich erneuert werden.

An dieser Stelle sei auch die sogenannte „Beihilfe zur Zahlung einer Zusatzversicherung" (*aide au paiement d'une complémentaire santé – ACS*) erwähnt, bei welcher ein Teil der Beiträge vom Staat übernommen wird. Diese Beihilfe kann von allen einkommensschwachen Personen beantragt werden, deren Einkommen leicht über der Einkommensgrenze für die universelle Zusatzversicherung liegt. 2015 haben in Frankreich 6 251 462 Versicherten und deren Mitberechtigten von dieser kostenlosen Zusatzversicherung profitiert und die CPAM du Bas-Rhin hat 79 365 Anträge genehmigt

BEITRÄGE UND FINANZIERUNG

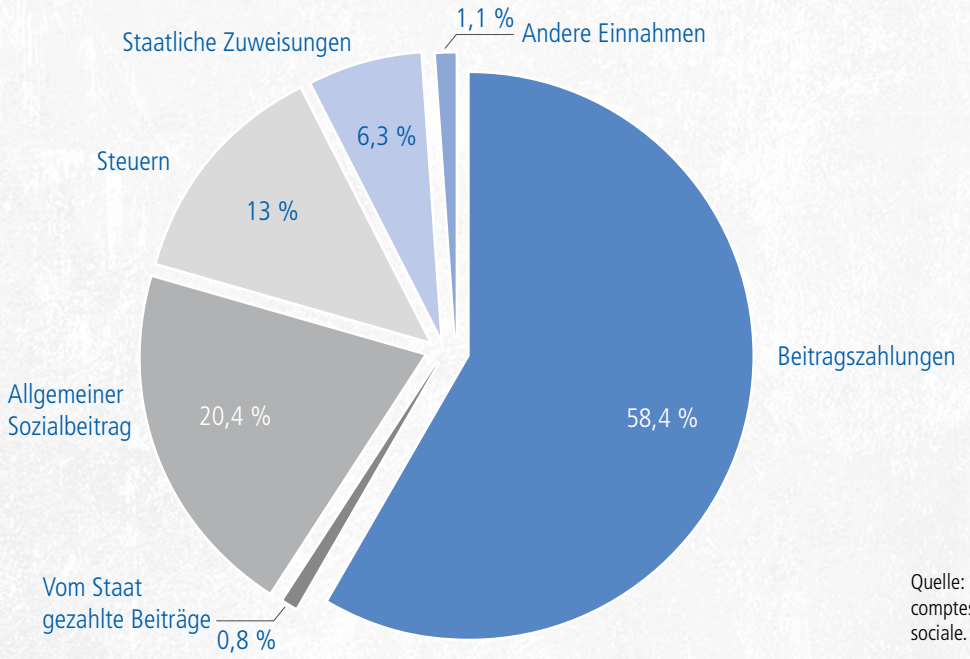
Die *Sécurité sociale* wird hauptsächlich durch folgende Einnahmequellen finanziert:

- Sozialabgaben: Die Sozialabgaben werden auf Grundlage des Bruttoeinkommens des Arbeitnehmers berechnet. Sie werden vom Arbeitnehmer (0,75 % des Bruttolohns) und vom Arbeitgeber (13 % des Bruttolohns) getragen.
- Allgemeiner Sozialbeitrag (*contribution sociale généralisée – CSG*): Abgaben auf alle Arten von Einkünften (Lohn, Vermögen, Aktien etc.).
- Steuereinnahmen unterschiedlicher Natur (z. B. Tabak- und Alkoholsteuer sowie Pharmaindustriesteuern).
- Staatliche Zuweisungen: u.a. Zuweisungen zum Ausgleich der Einnahmeverluste im Zusammenhang mit der Freistellung von Sozialabgaben für Unternehmen aus arbeitsmarktpolitischen Gründen

Es bestehen auch Ausgleichsmechanismen zwischen den verschiedenen Regimen der *Sécurité sociale*.

Das untenstehende Diagramm veranschaulicht die Zusammensetzung der Einnahmen der allgemeinen Sozialversicherung im Jahr 2012.

Zusammensetzung der Einnahmen der Allgemeinen Sozialversicherung im Jahr 2012



Quelle: Commision des comptes de la Sécurité sociale. Juin 2013

Die Anbieter von Zusatzversicherungen agieren als Unternehmen auf einem privatwirtschaftlich orientierten Markt und können sowohl gewinnorientiert als auch nicht gewinnorientiert sein. Sie finanzieren sich ausschließlich über die Versichertenbeiträge – und ggf. über die Beiträge der Arbeitgeber im Falle eines Kollektivvertrags.

ZUZAHLUNGEN DURCH DEN VERSICHERTEN

In der Regel werden die Behandlungskosten in Höhe der folgenden Erstattungssätze durch die *Sécurité sociale* übernommen:

- 70 % für ambulante Behandlungen (Allgemeinmediziner, Fachärzte, Hebammen, Zahnärzte)
- 60 % für Heilbehandlungen (z. B. Physiotherapeuten) im niedergelassen Bereich
- 80 % für stationäre Behandlungen (öffentliche oder private Einrichtung)
- Medikamente werden je nach medizinischer Wirkung (*service médical rendu*) in verschiedene Kategorien eingestuft, die für die Höhe der Erstattung ausschlaggebend sind (siehe nachfolgende Tabelle).

Art des Medikaments	Erstattungssatz
Medikament, das als lebensnotwendig und teuer eingestuft wird	100 %
Medikament mit einer hohen medizinischen Wirkung	65 %
Medikament mit einer mäßigen medizinischen Wirkung	30 %
Medikament mit einer schwachen medizinischen Wirkung	15 %

In der Praxis können die Erstattungssätze jedoch unterschiedlich hoch ausfallen:

- Die über das *régime local Alsace-Moselle* Versicherten profitieren von weitaus höheren Erstattungssätzen und dies für fast alle Gesundheitsleistungen. So liegt der Erstattungsanteil für ambulante Behandlungen bei 90 % und für stationäre Behandlungen bei 100 %. Vor diesem Hintergrund fallen auch die Tarife für die Zusatzversicherung für Versicherte dieses lokalen Regimes geringer aus.
- Der Erstattungsanteil ist auch bei manchen Patientengruppen höher, so zum Beispiel bei Personen mit chronischen Erkrankungen, Empfängern von Invalidenrenten, Schwangeren oder Patienten deren Verletzung bzw. Erkrankung beruflich bedingt ist, etc.
- Der Erstattungsanteil kann aber auch geringer ausfallen, wenn sich der Patient nicht an den koordinierten Behandlungsweg hält (siehe „Behandlungswege") und zum Beispiel einen Facharzt ohne Überweisung durch den Hausarzt aufsucht.

Zu den Kostenanteilen, die von der *Sécurité sociale* nicht getragen werden, gehören der obligatorische Selbstbehalt („*ticket modérateur*"), die ggf. vom Arzt verlangten Honorarzuschläge sowie folgende, zusätzlich anfallende Gebühren:

- Praxisgebühr von 1 €: Diese Gebühr wird bei jedem Arztbesuch (Allgemeinmediziner oder Facharzt, außer Zahnarzt) sowie bei Röntgenuntersuchungen und biomedizinischen Analysen fällig. Die Praxisgebühr ist allerdings auf maximal 4 € pro Tag für den gleichen Dienstleister und 50 € pro Jahr begrenzt.
- Krankenhausgebühr: Es handelt sich hierbei um eine finanzielle Selbstbeteiligung des Patienten an den Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes. Die Höhe der Krankenhausgebühr wird durch einen ministeriellen Erlass festgelegt. Seit dem 1. Januar 2010 beträgt sie 18 € pro Tag für einen Aufenthalt im Krankenhaus und 13,50 € pro Tag für einen Aufenthalt in der Psychiatrie (außer Zusatzleistungen wie z. B. für ein Einzelzimmer).
- *Franchise médicale*: Hierbei handelt es sich um eine Gebühr für Medikamente, Heilbehandlungen (außer im stationären Bereich) und Krankentransporte (außer im Notfall). Die Gebühr beläuft sich auf 0,50 € pro Medikamentenpackung, auf 0,50 € für Heilbehandlungen und auf 2 € pro Krankentransport. Sie ist auf insgesamt 50 € pro Jahr begrenzt. Außerdem gibt es eine Tagesobergrenze (2 €/ Tag für Behandlungen und 4 €/ Tag für Krankentransporte).

Einige Patientengruppen sind von diesen Gebühren freigestellt: Hierzu gehören Minderjährige, Schwangere ab dem 6. Schwangerschaftsmonat, Geringverdiener und Personen mit chronischen Erkrankungen. Die über das *régime local Alsace-Moselle* Versicherten bezahlen keine Krankenhausgebühren.

Grundsätzlich werden die von der *Sécurité sociale* nicht erstatteten Kostenanteile von dem Versicherten selbst getragen oder eben von seiner privaten Zusatzversicherung insofern er eine abgeschlossen hat. In der Regel übernehmen die Zusatzversicherungen 100 % des Selbstbehaltes für ambulante Behandlungen, für Medikamente mit hoher medizinischer Wirkung sowie für Laboruntersuchungen. In der Regel wird weder die Praxisgebühr von 1 € noch die *franchise médicale* übernommen. Die Leistungspakete der Zusatzversicherungen unterscheiden sich vor allem bei der Erstattung folgender Kosten:

- Selbstbehalt beim Brillenkauf und für Zahnbehandlungen,
- Honorarzuschläge,
- Krankenhausgebühr (und Zusatzleistungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes),
- Selbstbehalt bei Medikamenten mit schwacher medizinischer Wirkung

BEHANDLUNGSWEGE

2014 wurde der sogenannte „koordinierte Behandlungsweg" (*parcours de soins coordonné*) eingeführt. Demnach ist jeder Versicherte über 16 Jahre verpflichtet, bei seiner Krankenkasse einen Hausarzt anzugeben. Letzterer fungiert als „Gatekeeper" und überweist ggf. den Patienten an einen anderen Arzt (Fachspezialist, Klinikarzt, etc.). Er koordiniert die Gesamtbehandlung des Patienten und verfügt über alle Informationen bzgl. der Krankengeschichte des Patienten (Verwaltung der Krankenakte). Der Patient darf seinen Hausarzt frei wählen. Hierbei handelt es sich zumeist um einen Allgemeinmediziner, aber auch ein Facharzt kann als Hausarzt angegeben werden, solange der Arzt damit einverstanden ist. Die Wahl des behandelnden Hausarztes unterliegt keinen geografischen Kriterien und kann jederzeit gewechselt werden.
Wenn sich der Patient nicht an den „koordinierten Behandlungsweg" hält (d.h. wenn er z. B. einen Facharzt ohne Überweisung durch seinen Hausarzt aufsucht), wird der Erstattungssatz der *Sécurité sociale* um 40 % gesenkt. Hinzu kommt, dass die damit entstehenden zusätzlichen Kosten in der Regel nicht von den Zusatzversicherungen übernommen werden. Dadurch ist der Anreiz, den koordinierten Behandlungsweg zu respektieren, sehr groß.
Einige Fachärzte (Psychiater, Gynäkologen und Augenärzte) sind von dieser Regelung ausgenommen und können auch ohne Überweisung direkt konsultiert werden, ohne dass der Erstattungsanteil gesenkt wird.

BEZAHLUNG DER LEISTUNGSERBRINGER

Bei Arztbesuchen gilt das Kostenerstattungsprinzip: Der Patient tritt in Vorleistung und bekommt die Kosten von der *Sécurité sociale* und gegebenenfalls von seiner Zusatzversicherung rückerstattet. In der Regel erfolgt die Erstattung automatisch: Dank der Krankenversicherungskarte (*carte vitale*) werden die Daten automatisch an die *Sécurité sociale* und ggf. die Zusatzversicherung übermittelt, die innerhalb von 5 Tagen die Kostenerstattung vornehmen.
Auf der *carte vitale* sind ausschließlich administrative Daten gespeichert, die für die Kostenerstattung notwendig sind. Auch die französische Krankenversicherungskarte soll in Zukunft neben diesen administrativen Daten noch weitere Informationen über den Patienten enthalten. Schon jetzt kann der behandelnde Arzt über die *carte vitale* die letzten Kostenrückerstattungen einsehen und erhält so einen Überblick über alle Behandlungen, Medikamente und Untersuchungen, die innerhalb der letzten 12 Monate verschrieben und rückerstattet wurden. Im Gegensatz zu Deutschland und der Schweiz, wird auf der Rückseite der *carte vitale* die Europäische Krankenversicherungskarte nicht abgebildet. Letztere muss als eigenständige Karte gesondert beantragt werden und ist für zwei Jahre gültig.
Einige Patientengruppen (z. B. einkommensschwache Personen, Personen deren Erkrankung bzw. Verletzung beruflich bedingt ist) haben das Recht auf den sogenannten *tiers-payant*, das heißt, dass sie nicht in Vorkasse treten müssen. Es kann auch vorkommen, dass der Arzt seinem Patienten ein *tiers-payant* anbietet. Wird vom *tiers-payant* Gebrauch gemacht, so wird der Arzt später direkt von der *Sécurité sociale* für seine Leistungen bezahlt.

Diesbezüglich wird es aber in Kürze Änderungen geben. Das Gesundheitsgesetz vom 26. Januar 2016 sieht nämlich vor, dass bis Ende 2017 alle Ärzte den *tiers-payant* (für alle Patienten) anwenden müssen. Diese Verpflichtung bezieht sich jedoch nur auf den Erstattungsanteil der *Sécurité sociale*: Für diesen Teil der Kosten wird der Arzt in Zukunft von der *Sécurité sociale* bezahlt und nicht mehr vom Patienten selbst. Daneben kann der Arzt den *tiers-payant* auch für den Anteil der Kosten, die durch die Zusatzversicherungen übernommen werden, anbieten. Hierzu ist er jedoch nicht verpflichtet.
An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der *tiers-payant* bereits jetzt beim Kauf von Medikamenten sowie auch für diverse Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Röntgenuntersuchungen, Laboranalysen oder stationäre Behandlungen) generell Anwendung findet.

LEISTUNGSKATALOG

Der Leistungskatalog ist für alle Regime der *Sécurité sociale* derselbe. Die Konditionen der Kostenrückerstattung für Gesundheitsleistungen sind insbesondere in den drei folgenden Dokumenten festgehalten: der *Classification commune des actes médicaux* (CCAM), der *Nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP) und der Liste des *produits et prestations* (LPP). Diese Listen führen alle Gesundheitsleistungen mit ihrem jeweiligen (tariflich festgelegten) Preis sowie entsprechendem Erstattungssatz auf. Die Preise werden nicht wie in Deutschland und der Schweiz in Punkten sondern in Euro angegeben. Sie gelten landesweit.

DAS KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM UND DIE ÜBERNAHME DER BEHANDLUNGSKOSTEN IN DER SCHWEIZ

GRUNDLAGEN

Im Gegensatz zu Deutschland und Frankreich ist das schweizerische Krankenversicherungssystem traditionell eher liberal geprägt. Liberale Modelle zeichnen sich im Allgemeinen durch eine relativ geringe Grundsicherung aus, die durch privat abgeschlossene Zusatzversicherungen ergänzt werden. Allerdings erfuhr das schweizerische Krankenversicherungssystem in den letzten Jahrzehnten einige tiefgreifende Reformen, wodurch es sich heute von den klassisch liberalen Modellen, wie etwa dem der USA, stark unterscheidet. In der Schweiz ist die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung gesetzlich verpflichtend. Diese ist nicht an den Arbeitnehmer- sondern an dem Wohnsitz gebunden.

Das schweizerische Krankenversicherungssystem basiert auf zwei Arten von Krankenversicherungen: Zunächst gibt es die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKPV). Hierbei handelt es sich um eine obligatorische Grundversicherung, für die alle Krankenversicherer den gleichen Grundleistungskatalog anbieten müssen. Diese kann dann fakultativ durch Zusatzversicherungen ergänzt werden, welche die Kosten für Leistungen übernehmen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht erstattet werden.

Die liberalen Aspekte des schweizerischen Krankenversicherungssystems werden vor allem angesichts der Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Krankenversicherern deutlich. In der Schweiz gibt es 65 Krankenversicherer (Stand Januar 2016), die Körperschaften öffentlichen oder privaten Rechts sein können und die vom Bundesamt für Gesundheit anerkannt sein müssen. Sie agieren im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie auch im Bereich der Zusatzversicherungen. Die Schweizer Bürger verfügen über ein freies Kassenwahlrecht (sofern der gewählte Krankenversicherer auch in dem Kanton, in dem sie ihren Wohnsitz haben, vertreten ist) und die Versicherungskündigung ist vergleichsweise einfach.

Der Hauptunterschied zwischen den Krankenversicherern liegt für die Versicherten in der Höhe der Prämien (Beitragszahlungen), welche die Krankenversicherer innerhalb eines gesetzlich festgelegten Rahmens frei bestimmen können. Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung besteht Kontrahierungszwang, das heißt, die Krankenversicherer müssen jeden in die Grundversicherung aufnehmen, der einen Antrag auf Mitgliedschaft stellt. Um Wettbewerbsnachteile zu verhindern, gibt es ähnlich wie in Deutschland einen Risikoausgleich: Es handelt sich hierbei um einen Ausgleichsmechanismus, bei welchem die Krankenversicherer mit einer guten Risikostruktur ihrer Versicherten Ausgleichzahlungen an Krankenversicherer mit einer weniger guten Risikostruktur leisten. Der Risikoausgleich wird ausschließlich auf Grundlage des Alters, des Geschlechts sowie der Spitalaufenthalte aller Versicherten aus dem Vorjahr berechnet und wird nur innerhalb der einzelnen Kantone bemessen, weshalb es trotz des Ausgleichsmechanismus bei den Prämien zu deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Kassen und Kantonen kommt. So lag im Jahr 2014 die durchschnittliche Prämie pro Kanton zwischen 308 CHF in Appenzell und 512 CHF in Basel-Stadt.

VERSICHERTE

Grundsätzlich ist jede Person, die sich länger als drei Monate in der Schweiz aufhält, dazu verpflichtet sich in der Schweiz zu versichern. Einzelne Ausnahmen können jedoch bei Rentnern, Studenten und Grenzgängern gewährt werden, die bei einem ausländischen Versicherungsträger krankenversichert sind. Hierzu müssen diese Personen bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht stellen.

Familienmitglieder sind nicht mitversichert und so muss für jedes Mitglied eine eigene Police abgeschlossen werden. Dies gilt auch für Neugeborene, für die innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eine Versicherung abgeschlossen werden muss. Diese Dreimonatsfrist gilt auch für in der Schweiz wohnhafte Ausländer. Nach dem Ablauf dieser Frist wird eine Versicherung von amtlicher Seite zugewiesen.

BEITRÄGE UND FINANZIERUNG

Die schweizerische Krankenversicherung finanziert sich allein aus den Prämien, die von den Versicherten bezahlt werden. Im Gegensatz zu den anderen Zweigen der Sozialversicherung gibt es bei der Krankenversicherung keinen Arbeitgeberanteil wie in Deutschland oder Frankreich. Die Prämien sind für alle erwachsenen Versicherten innerhalb desselben Krankenversicherers und derselben Prämienregion (maximal 3 Kantone pro Prämienregion) gleich hoch. Einkommensunterschiede werden folglich nicht berücksichtigt. Kinder (unter 18 Jahren) und junge Erwachsene (18-24 Jahre) zahlen allerdings niedrigere Prämien.

Für einkommensschwache Haushalte gibt es die Möglichkeit der individuellen Prämienverbilligung (IPV), die gemeinsam von Bund und Kanton getragen wird. Hierbei wird der Grundsatz verfolgt, dass kein Haushalt mehr als 8 % seines Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden soll. Jeder Kanton kann jedoch die Bedingungen zur Förderfähigkeit sowie die Höhe der Prämienverbilligung frei festlegen. Nur bei Minderjährigen ist eine Verbilligung von 50 % der Prämienhöhe bundesweit vorgeschrieben. In den meisten Kantonen muss die individuelle Prämienverbilligung jährlich beantragt werden.

Neben der individuellen Prämienverbilligung besteht auch die Möglichkeit, die Höhe der Prämie direkt beim Krankenversicherer zu senken. Dies erfolgt entweder durch

- die Erhöhung der Franchise (s. „Zuzahlungen durch den Versicherten"),
- durch die Wahl einer Bonusversicherung, bei der – ähnlich wie bei einer Autohaftpflichtversicherung – bei Nichtinanspruchnahme die Prämien sinken,
- oder durch die Wahl eines alternativen Versicherungsmodells (s. „Zuzahlungen durch den Versicherten").

ZUZAHLUNGEN DURCH DEN VERSICHERTEN

Ein Teil der Behandlungskosten geht zu Lasten der Versicherten. Diese Kostenbeteiligung besteht aus der jährlichen Franchise, dem Selbstbehalt und einer Beteiligung an den Kosten eines Spitalaufenthaltes.

Die Franchise ist ein jährlicher Festbetrag, bis zu dessen Erreichen alle Leistungen vom Versicherten allein zu tragen sind: Erst wenn dieser Betrag erreicht wird, beginnen die Leistungen der Krankenversicherer. Für Erwachsene beträgt die Franchise mindestens 300 CHF pro Jahr (ordentliche Franchise). Es besteht die Möglichkeit, die Franchise zu erhöhen, was mit günstigeren monatlichen Prämien verbunden ist. Die Franchise kann gestaffelt bis zu einer Höhe von 2500 CHF angehoben werden. Für die Behandlungskosten von Minderjährigen gibt es nicht zwingendermaßen eine Franchise, es besteht jedoch die Möglichkeit, von einer Franchise Gebrauch zu machen, um die Höhe der Versicherungsprämie zu senken. In der Regel kontaktieren die Versicherten ihren Krankenversicherer erst dann, wenn die Behandlungskosten in einem laufenden Jahr die Franchise überschreiten. Die Versicherten reichen dann alle Rechnungen ein, die sie im Laufe dieses Jahres bereits bezahlt haben. Für Versicherte, die eine Bonusversicherung abgeschlossen haben, kann es von Vorteil sein, nicht alle Rechnungen einzusenden.

Sobald die Franchise überschritten ist, erstattet der Krankenversicherer 90 % der Kosten für ambulante Behandlungen sowie für den Kauf von Medikamenten. Die übrigen 10 % werden als Selbstbehalt vom Versicherten getragen. Bei Arzneimitteln, die auch als Generikum erhältlich sind, muss ein erhöhter Selbstbehalt von 20 % gezahlt werden. Erstattungsfähig sind alle Medikamente, die auf der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder der Spezialitätenliste (SL) geführt werden. Der Selbstbehalt ist auf 700 CHF pro Jahr begrenzt (350 CHF bei Kindern). Die Selbstbeteiligung an den Kosten für eine stationäre Behandlung mal ausgenommen, liegt die Kostenbeteiligung des Patienten (Franchise + Selbstbehalt) bei maximal 1000 CHF pro Jahr im Rahmen der ordentlichen Franchise (300 CHF) und bei maximal 3200 CHF pro Jahr im Rahmen der höchstmöglichen Franchise (1500 CHF). Ausgenommen vom Selbstbehalt sind medizinische Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche und Mutterschaftsleistungen bis zu 8 Wochen nach der Geburt.

Bei stationären Aufenthalten beteiligen sich die Versicherten mit 15 CHF pro Tag an den Kosten. Spitalbehandlungen werden nur übernommen, wenn sie in einem Spital durchgeführt werden, das auf der kantonalen Spitalliste geführt wird. Ansonsten werden die Kosten nur in der Höhe erstattet, die eine Behandlung in einem gelisteten Spital gekostet hätte. Ausgenommen hiervon sind jedoch Spezialbehandlungen, die nur in einem bestimmten, nicht gelisteten Spital durchgeführt werden können. Wenn der allgemeine Versicherungsschutz nicht ausreichend geklärt ist oder nicht bekannt ist, ob die Versicherung eine bestimmte Behandlung erstattet, verlangen einige Spitäler vor der Behandlung die Zahlung einer Geldrücklage (Depot). Dabei handelt es sich um eine relativ hohe Summe, die der Patient selbst hinterlegen muss. Kinder, junge Erwachsene in der Ausbildung sowie Frauen, die für Mutterschaftsleistungen keine Kostenbeteiligung tragen, zahlen keinen Spitalbeitrag.

BEHANDLUNGSWEGE

In der Schweiz herrscht grundsätzlich das Prinzip der freien Arztwahl. Versicherte können jeden Allgemeinmediziner oder Facharzt ihrer Wahl aufsuchen (auch in der Ambulanz), ohne dass sich dies auf die Höhe der Kostenrückerstattung auswirkt.

Seit einigen Jahren gibt es jedoch seitens der Krankenversicherer verstärkt Bemühungen, sogenannte „alternative Versicherungsmodelle" einzuführen, in Rahmen derer die Versicherten auf das Recht der freien Arztwahl verzichten und im Gegenzug von Prämiensenkungen profitieren können. Diese alternativen Versicherungsmodelle zielen darauf ab, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Gesundheitsausgaben zu senken. Es existieren insbesondere folgende drei alternative Versicherungsmodelle:

• Hausarztmodell

Bei dieser Versicherungsform verpflichtet sich der Versicherte im Krankheitsfall immer zuerst seinen Hausarzt (Gatekeeper) aufzusuchen. Der gewählte Hausarzt ist für die medizinische Betreuung der Versicherten zuständig und überweist seine Patienten ggf. zu einem Spezialisten, wenn er dies als notwendig erachtet. Dieses Modell soll verhindern, dass die Patienten einen hohe Kosten verursachenden Spezialisten aufsuchen, obwohl es ihr Krankheitszustand nicht rechtfertigt. Versicherte, die sich für dieses Modell entscheiden, erhalten eine Senkung ihrer Prämie von 5 bis 15 %.

• HMO-Modell („Health Maintenance Organisations")

Eine HMO-Organisation ist ein Versorgungsnetz, bestehend aus Allgemeinmedizinern, Fachärzten und Therapeuten, welche in der Regel zusammen in einer Gemeinschaftspraxis praktizieren. Einer der Ärzte, meistens ein Allgemeinmediziner, agiert als „Gatekeeper", das heißt, der Versicherte verpflichtet sich, immer zuerst diesen Arzt aufzusuchen. Wenn nötig, wird dieser den Patienten an einen Facharzt des gemeinsamen Versorgungsnetzes oder, falls es hier keinen entsprechenden gibt, an einen externen Facharzt überweisen.

Die HMO-Organisationen werden oft von Krankenversicherern betrieben und die Ärzte arbeiten dann direkt als deren Angestellte. Sie erhalten für die medizinische Versorgung der über dieses Modell Versicherten eine monatliche Pauschale. Nebendem wird ein jährliches Gesamtbudget festgelegt und eventuelle Überschüsse werden als Bonus an die Ärzte ausgezahlt. Dadurch steigt für die Ärzte der Anreiz möglichst wenig Kosten zu verursachen. Sie verdienen quasi an der Gesundheit und nicht der Krankheit ihrer Patienten. Umgekehrt kann dies aber auch dazu führen, dass eigentlich notwendige Leistungen eingespart werden.

Versicherte, die sich für das HMO-Modell entscheiden, erhalten eine Senkung ihrer Prämie von bis zu 25 %.

• Telmed-Modell (Telemedizin)

Bei diesem Modell müssen sich die Versicherten vor einem ersten Arztbesuch immer an eine telefonische, medizinische Beratungsstelle wenden. Dort erteilen medizinische Fachexperten Auskünfte, geben Verhaltensempfehlungen ab und leiten die Patienten an einen Arzt, ein Spital oder einen Therapeuten weiter. In bestimmten Fällen (z. B. bei Notfällen, der jährlichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung, Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt) entfällt die Pflicht der Kontaktaufnahme mit diesen medizinischen Beratungsstellen vor einem Arztbesuch. Diese medizinischen Beratungszentren werden in der Regel nicht von Krankenversicherern betrieben. Die Versicherten, die sich für dieses Modell entscheiden, erhalten eine Senkung ihrer Prämie von bis zu 15 %.

Im Jahr 2014 nahmen rund 18 % der Versicherten an einem dieser Modelle teil. Im europäischen Vergleich stellt dies einen sehr hohen Prozentsatz dar. Dies erklärt sich dadurch, dass gerade aufgrund der starken Konkurrenz zwischen den Krankenversicherern, die Bürger in der Schweiz oft stärker darauf bedacht sind, sich gut über die Krankenversicherer und deren Angebote zu informieren. Zudem fallen die Krankenversicherungsprämien in der Schweiz relativ hoch aus, was wiederum den Anreiz für die Versicherten steigert, an alternativen Versicherungsmodellen teilzunehmen, um die Höhe ihrer Versicherungsprämien zu senken. Derzeit gilt die Schweiz als Vorreiter in Europa was die Entwicklung neuer Versorgungs- und Versicherungsformen angeht.

BEZAHLUNG DER LEISTUNGSERBRINGER

In der Schweiz wird zwischen zwei Arten der Bezahlung von Leistungserbringern unterschieden, dem *tiers garant* und dem *tiers payant*.

Ambulante Behandlungen werden zumeist über den *tiers garant* beglichen, das heißt, der Versicherte tritt beim Leistungserbringer in Vorleistung und reicht die Rechnung anschließend bei seinem Krankenversicherer zur Kostenrückerstattung ein. In manchen Fällen kann die Erstattung durch die Krankenversicherer abgewartet werden, so dass der Versicherte nicht in Vorleistung treten muss. Dies hängt allerdings sowohl von der Zahlungsfrist des Leistungserbringers als auch von der Bearbeitungsdauer der Krankenversicherer ab. Da es keine gesetzlich vorgegebene maximale Zahlungsfrist gibt, entscheidet der Arzt wann er spätestens vergütet werden will.

Werden Behandlungskosten über den sogenannten *tiers payant* beglichen, tritt der Patient nicht in Vorleistung und der Leistungserbringer wird direkt durch den Krankenversicherer bezahlt. Diese Abrechnungsart wird generell bei stationären Behandlungen angewandt, bei ambulanten Behandlungen jedoch nur in Einzelfällen wenn beispielsweise einzelne Leistungserbringer mit Krankenversicherern entsprechende Vereinbarungen geschlossen haben.

Die Versichertenkarte erleichtert die Kostenrückerstattung für den Patienten (im Rahmen des *tiers garant*) oder die Bezahlung des Leistungserbringers durch den Krankenversicherer (im Falle eines *tiers payant*). Auf der Versichertenkarte sind administrative Daten gespeichert und sie kann mit Zustimmung des Patienten auch medizinische Informationen enthalten. Auf der Rückseite sind die Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte abgebildet.

Bei ambulanten Leistungen wird die Vergütung des Leistungserbringers auf Grundlage des sogenannten Tarmed berechnet, einer tariflichen Übereinkunft zwischen den Bundesverbänden der Ärzte (FMH), der Krankenversicherer (santésuisse) und der Spitäler (H+) sowie der Medizinaltarifkommission (MTK). In der Tarmed werden über 4600 verschiedene medizinische Leistungen aufgeführt, denen jeweils eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet werden. Durch die Multiplikation mit dem Taxpunktwert ergibt sich der Preis für die Leistung in Franken. Der Taxpunktwert wird allerdings von den einzelnen Kantonen bestimmt und variiert deshalb zwischen 82 und 97 Rappen pro Punkt.

Der Taxpunktwert kann zudem auch innerhalb eines Kantons variieren und fällt für ambulante Leistungen in Spitälern zumeist höher aus als bei niedergelassenen Ärzten.

LEISTUNGSKATALOG

Der Grundleistungskatalog in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist bei allen Krankenversicherern derselbe und bundesweit in der Krankenpflege-Leistungsverordnung festgelegt. Er deckt so gut wie alle Leistungen ab, die für eine umfassende medizinische Versorgung notwendig sind und lässt sich mit dem Grundleistungskatalog vieler europäischer Nachbarn vergleichen. Es gibt jedoch zwei bedeutende Ausnahmen: So werden zahnärztliche Behandlungen nur in seltenen Ausnahmefällen übernommen und es gibt kein Krankengeld. Für diese und andere Mehrleistungen ist der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung notwendig. In diesem Fall unterliegen die Krankenversicherer keinem Kontrahierungszwang. Vertragsdauer und Leistungsumfang werden im Vertrag bestimmt und die Krankenversicherer können risikoäquivalente Prämien erheben.

INFOS & IMPRESSUM

VORBEREITUNG UND INHALTLICHE KOORDINATION:

Anne Dussap, Euro-Institut

IMPRESSUM

Redaktion und Übersetzung:
Eddie Pradier, Euro-Institut
Michael Lörch, Euro-Institut
Flore Scetbon, Euro-Institut
September 2016

Gestaltung:
götzinger + komplizen Werbeagentur GmbH
www.goetzinger-komplizen.de

FÜR WEITERE INFORMATIONEN

Euro-Institut
Institut für grenzüberschreitende Zusammenarbeit
Rehfusplatz 11 · 77694 Kehl · Deutschland
Tel.: 0049 (0)7851 7407-0
E-Mail: euroinstitut@euroinstitut.org
www.euroinstitut.org