Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen

Umverteilung vs. Kapitaldeckung im Gesundheitswesen im Spiegel der demograpfhischen Entwicklung

Eidgenossen im freien Gesundheitswesen –

die Schweiz als Vorbild für Deutschland

Amélie Kobuss

Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen

Vorwort

Deutschlands Gesundheitswesen fährt aufgrund der demographischen Entwicklung ein System auf Verschleiß. Die Schweiz ist nicht nur Hauptziel für emigrierende Deutsche, sondern auch für emigrierende Fachkräfte im Gesundheitswesen. Ziel dieses Essays ist die Analyse des schweizerischen Systems und der Frage, welche Lektionen für Reformen im Deutschen Gesundheitssystems gezogen werden können.

Über die Autorin:

Amélie Kobuss (22), wurde 2002 in Frankfurt am Main geboren. Sie ist Studentin der Humanmedizin und befindet sich gegenwärtig im klinischen Abschnitt Ihres Studiums. Sie interessiert sich für Fragestellungen, die gesundheitspolitische, medizinethische und wirtschaftliche Dimensionen miteinander verbinden.

Berlin, 2025

Inhaltsverzeichnis

1. Der Patient Deutschland 4
2. Die Struktur des eidgenössischen Gesundheitswesens 4
3. Die Schweizer Gesundheitsfinanzierung 6
4. Wie gelingt der Übergang in ein freiheitlicheres Gesundheitssystem? 8

1. Der Patient Deutschland

Deutschlands Gesundheitswesen ist krank. Die Symptome sind bekannt: überfüllte Notaufnahmen, Fachkräftemangel, unendliche Bürokratie und ein Kostenapparat, der schneller wächst als die Wirtschaftsleistung. Das System krankt an strukturellen Problemen, die durch die demographische Entwicklung verschärft werden. Immer mehr ältere Menschen, ein steigender Bedarf an medizinischer Versorgung, wachsender Fachkräftemangel sowie chronisch überlastete Finanzierungsmechanismen setzen das System unter Druck.

Bezogen auf den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag Deutschland im Jahr 2022 mit 12,7 % an zweiter Stelle unter den OECD-Ländern, hinter den Vereinigten Staaten mit 16,6 %.[1] Doch hohe Ausgaben sind kein Selbstzweck, und die Qualität der Versorgung leidet zunehmend unter den Nebenwirkungen zentralisierter Steuerung und wachsender Bürokratie. Wer heute einen Facharzttermin sucht, muss in vielen Regionen mit monatelangen Wartezeiten rechnen. Pflegekräfte und Ärzte klagen über Dokumentationspflichten und leiden unter starren Tarifstrukturen. Pro Patient bleiben durchschnittlich gerade mal sieben Minuten Zeit für ein Arztgespräch; eine Arbeit wie am Fließband.[2]

Hinzu kommt ein grundsätzliches Problem der Anreizstruktur: Wer gesetzlich versichert ist, zahlt einkommensabhängige Beiträge – unabhängig von Gesundheitsverhalten oder Inanspruchnahme von Leistungen. Die Folge ist ein System, das weder zur Eigenverantwortung noch zu einem sparsamen Umgang mit Ressourcen motiviert. Gesundheitsleistungen erscheinen kostenfrei – ihre Finanzierung bleibt für viele abstrakt. Das ist ein Problem für eine alternde Gesellschaft – insbesondere für die gesetzliche Pflegeversicherung.

Zugleich wächst die Unzufriedenheit in der Bevölkerung. Schon jetzt wird das bestehende System als „Zwei-Klassen Medizin“ wahrgenommen. Dabei richtet sich der nachvollziehbare Frust zumeist gegen die Angebote der privaten Krankenversicherung; zu Unrecht. Denn die Probleme liegen in der Umverteilung der gesetzlichen Kassenstruktur.

Die zentrale Frage lautet daher nicht, ob mehr Geld in das System fließen muss, sondern ob es strukturell so gestaltet wird, dass es langfristig tragfähig bleibt. Dabei lohnt sich der Blick in die Schweiz – ein Land, das zeigt, wie sich hohe Versorgungsqualität, individuelle Wahlfreiheit und finanzielle Solidität miteinander verbinden lassen.

2. Die Struktur des eidgenössischen Gesundheitswesens

Die Schweiz verfügt über ein hochentwickeltes, zugleich grundlegend anders strukturiertes Gesundheitssystem als Deutschland. In der Bundesrepublik werden gesetzliche und private Krankenversicherung über die so genannte Beitragsbemessungsgrenze getrennt. Dadurch haben nur Arbeitnehmer mit sehr

hohem Einkommen (so wie Beamte oder Selbstständige) die Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV. Es herrscht die Versicherungspflicht. In der Schweiz herrscht hingegen die Pflicht zur Versicherung – ein feiner semantischer Unterschied, der jedoch große praktische Auswirkungen hat.

Die Pflicht zur Versicherung

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 sind alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz verpflichtet, sich bei einem anerkannten Krankenversicherer zu versichern. Diese Pflicht zur Versicherung umfasst die sogenannte „Grundversicherung", die einen gesetzlich definierten Leistungskatalog abdeckt – von Hausarzt- und Facharztbehandlungen über Medikamente bis hin zu Spitalleistungen.

Anstatt also wie in Deutschland pauschal zunächst gesetzlich versichert sein zu müssen, nur um bei besonderen Verdienstgrenzen, bzw. Selbstständigkeit, in ein alternatives Angebot wechseln zu können, herrscht in der Schweiz echter Wettbewerb. Denn die einzige Vorgabe für die Schweizer ist, sich bei einem privaten Versicherer versichern zu lassen.

Föderale Organisation statt zentraler Planung

Die Organisation der Gesundheitsversorgung liegt in der Schweiz in der Zuständigkeit der Kantone. Jeder der 26 Kantone ist verantwortlich für die Spitalplanung, Prävention, Suchtbekämpfung und Teile der Finanzierung. Das bedeutet, dass Entscheidungen über Bedarf, Infrastruktur und Kapazitäten nicht zentral durch ein Bundesgremium getroffen werden, sondern vor Ort – näher an den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung.

Die letzten Reformen der deutschen Sozialgesetzgebung, insbesondere mit Blick auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), haben die Zuständigkeiten zwischen den föderalen Ebenen eher verwässert. Dadurch dauern Entscheidungsprozesse länger und die Resultate ignorieren häufig die lokalen Bedürfnisse. Die föderale Struktur der Schweiz erlaubt hingegen eine bessere Anpassung an regionale Unterschiede. Die Vielzahl unterschiedlicher Modelle und Anbieter ermöglicht außerdem Innovation und Wettbewerb.

Starker ambulanter Sektor

Die deutsche Notaufnahme hat keinen Filter. Ärzte sind mit allem vom Schnitt in den Finger bis zum Herzinfarkt konfrontiert. Das bindet enorme Ressourcen in den deutschen Krankenhäusern, was Wartezeiten verlängert und Menschenleben gefährdet, weil Notfälle häufiger in der Masse der Fälle untergehen. Dies könnte durch eine Stärkung der Ambulanz besser gesteuert werden.

Die Schweizer Gesundheitsversorgung setzt traditionell auf eine starke ambulante Versorgung. Der Zugang zu Fachärzten ist grundsätzlich frei, wird aber durch bestimmte Versicherungsmodelle – z. B. Hausarztverträge – gesteuert. Der Selbstbehalt, der den Patienten kleineren Behandlungen finanziell beteiligt, führt dazu, dass weniger häufig die teureren Krankenhausleistungen in Anspruch genommen werden.

Wettbewerb als Steuerungsinstrument

Der Wettbewerb im Versicherungsbereich führt dazu, dass die Versicherer Kosten kontrollieren, Leistungen vergleichen und Innovationen anstoßen müssen. Versicherte haben ein hohes Interesse an einem attraktiven Preis-Leistungs-Verhältnis, da sie die Prämien direkt zahlen. Gleichzeitig beobachten die Versicherer die Leistungserbringer kritisch und können auf Ineffizienzen reagieren – z. B. durch vertragliche Steuerung, Bonusprogramme oder Restrukturierung von Leistungsnetzwerken. Diese dezentrale Grundstruktur, trägt den Wettbewerb und fördert die Innovation im Schweizer Gesundheitswesen.

3. Die Schweizer Gesundheitsfinanzierung

Die Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der deutschen Struktur. Während in Deutschland ein großer Teil der Gesundheitsausgaben über einkommensabhängige Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung sowie über Steuerzuschüsse finanziert werden, basiert das Schweizer Modell auf Kopfprämien, Selbstbeteiligungen und einer klaren Trennung öffentlicher und privater Anteile.

Die Pflicht zur Versicherung als Grundlage

Wie bereits vorab skizziert, ist die Pflicht zur Versicherung mit der damit verbundenen Freiheit der Auswahl des Versicherungsangebots, der Grundpfeiler des Schweizer Versicherungswesens. Es gelten dabei lediglich zwei Einschränkungen. Zum einen dürfen Menschen mit Vorerkrankungen nicht diskriminiert und abgelehnt werden. Zum anderen erhalten jene Versicherungsgesellschaften, die überproportional viele Vorerkrankte aufnehmen, aus einem eigens dafür aufgelegten Ausgleichsfonds, in den die privaten Versicherungsanbieter einzahlen, eine Ausgleichszahlung. Dieser Finanzausgleich schützt vor ökonomischen Anreizproblemen und die Wettbewerbsordnung zugleich.

Darüber hinaus können Versicherungsbeiträge sich, im Rahmen sachlicher Kriterien, am individuellen Gesundheitsrisiko des Versicherungsnehmers orientieren. Wer gesund lebt, der zahlt auch geringere Versicherungsbeiträge. Um soziale Härten zu vermeiden, gibt es in der Schweiz ein ausgebautes System der Prämienverbilligung. Diese wird kantonal organisiert und auf Antrag gewährt – abhängig vom Einkommen und der familiären Situation. Rund ein Drittel der Bevölkerung erhält solche

Zuschüsse. Anders als in einem Umlagesystem bleibt jedoch die individuelle Prämienverantwortung erhalten.

Das stärkt den Bezug zur Gesundheitsversorgung und beugt einer „Kostenvergessenheit“ vor. Der Umstand, dass die Schweizer Versicherungsleistungen als Kopfprämie direkt an den Versicherer und nicht wie in Deutschland üblich über die Abgeltung der Sozialversicherungsbeiträge unmittelbar von der Lohnzahlung abgezogen werden, wird das Bewusstsein für die Kosten der Gesundheitsversorgung subjektiv verstärkt, insbesondere weil sie einkommensunabhängig gezahlt wird.

Selbstbehalt und Franchise als Lenkungsinstrument

Ein zentrales Lenkungselement der Schweizer Finanzierung ist die Kombination aus Franchise (jährlicher Betrag, vor der Kostenübernahme durch Versicherungen) und Selbstbehalt (Kostenbeteiligung nach Erreichen der Franchisegrenze). Jeder Versicherte wählt eine Franchise zwischen 300 und 2.500 CHF pro Jahr. Innerhalb dieses Rahmens trägt er die Behandlungskosten selbst. Danach greift der Selbstbehalt von 10 Prozent einer Behandlung bis zu einem Maximalbetrag (in der Regel 700 CHF pro Jahr).[3]

Dieses System erzielt jene Lenkungswirkung deutlich effektiver als das, das in Deutschland zwischen 2004 und 2012 mit der Einführung der sog. Praxisgebühr (10 Euro pro Arztbesuch) erprobt wurde. Sie war schlicht zu niedrig, um eine Lenkungswirkung zu erzielen. Gerade die Bereiche, in denen medizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen werden, obwohl es nicht nötig ist, stellen in einer alternden Gesellschaft eine sehr große Herausforderung für das Gesamtsystem dar. Aufgrund des größeren Kostenbewusstseins werden die Ressourcen im Schweizer System deutlich effizienter geordnet.

Kostenkontrolle durch Wettbewerb

Die Krankenkassen haben ein ureigenes Interesse daran, die Kosten niedrig zu halten, da sie sich über Prämienhöhe und Service im Wettbewerb behaupten müssen. Dadurch, dass der Katalog der Grundversorgung an gesetzlich garantierten Leistungen in der Schweiz deutlich kompakter und kantonal festgelegt ist, schlägt die Wettbewerbswirkung deutlich stärker durch als im deutschen System. Diese Marktlogik schafft Anreize für Innovation, Prävention und effiziente Versorgung. Auch wenn in der Schweiz punktuelle Eingriffe in Preisbildung stattfinden, so sind sie deutlich weniger ausgeprägt im Vergleich zur Bundesrepublik.

Sowohl Deutschland als auch die Schweiz gehören laut OECD zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben weltweit. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt wendete Deutschland im Jahr 2022 rund 12,6 % seines BIP für das Gesundheitswesen auf – ein europäischer Spitzenwert. Die Schweiz liegt mit 12,3 % nur geringfügig darunter, gehört damit jedoch ebenfalls zur internationalen

Spitzengruppe.[4] Das liegt unter anderem am hohen Durchschnittsalter beider Länder.

In Deutschland stammt der überwiegende Teil der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Mitteln. In der Schweiz hingegen ist die Gewichtung nahezu umgekehrt: Der Großteil wird unmittelbar privat finanziert. Der Anteil öffentlicher Mittel fällt entsprechend niedriger aus. Diese unterschiedliche Mittelherkunft wirkt sich spürbar auf die Funktionsweise beider Systeme aus.

Während das deutsche Gesundheitswesen stark auf kollektiv organisierte Umverteilung setzt und damit weniger Preistransparenz erzeugt, ist das Schweizer Modell von direkter Kostenverantwortung geprägt. Versicherte sehen unmittelbar, was ihr Versicherungsschutz kostet, und haben durch Selbstbehalte und wählbare Franchisen auch einen unmittelbaren Einfluss auf die Höhe ihrer Prämien. Diese Transparenz schafft Anreize für einen bewussteren Umgang mit medizinischen Leistungen.

4. Wie gelingt der Übergang in ein freiheitlicheres Gesundheitssystem?

Durch die finanzielle Schieflage des deutschen Umlagesystems, wird ein Umdenken in der Bundesrepublik stattfinden müssen. Die Schweiz bietet sich als erfolgreicher direkter Nachbar an. Denn die Schweiz überzeugt mit einer hohen Qualität und Zufriedenheit für Patienten und Personal im Gesundheitssektor. Gleichwohl ist keine vollkommende Adaption notwendig, für grundlegende Reformen. Auch marktwirtschaftlich orientierte Systeme, wie das erfolgreiche in Singapur, können Vorbild sein.

Phase 1: Mehr Wettbewerb im bestehenden System

Ohne gleich die komplette Systemlogik des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens zu ersetzen, können auch Reformen innerhalb des Systems bereits Abhilfe schaffen. Die Leitschnur ist hier die Einführung des Wettbewerbs. Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und der starren Vorgaben für die Auswahl und Verweildauer in der GKV oder PKV, eröffnet einen echten Wettbewerb zwischen staatlichem und privatem Angebot.

Allein dieser Öffnungsschritt würde einen erheblichen Teil des bürokratischen Erfüllungsaufwandes auf der Behördenseite reduzieren und somit Kosten sparen. Gleichzeitig besteht das Potenzial, dass durch den offenen Wettbewerb die Qualitätssteigerungen des Privatsektors in den öffentlichen Bereich übergehen können.

Auch die bestehenden Steuerungsinstrumente sollten neu gedacht werden. Allein die Entflechtung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern in der Bedarfsplanung und Quotierung von Dienstleistungen im Gesundheitssektor wäre ein wichtiger Schritt für größere Klarheit. Dafür bräuchte es eine

Föderalismusreform, die sich in Richtung Subsidiarität anstatt Richtung Berlin orientiert. Entsprechend der Reformen der Meisterpflicht zu Beginn dieses Jahrhunderts, könnte auch Kammerlogik der Kassenärztlichen Vereinigung geöffnet werden, um weniger zentrale Planung und mehr Wettbewerb herbeizuführen. Langfristig sollte dieses System jedoch vollständig entfallen.

Phase 2: Grundlegender Systemwandel

Es ist dennoch davon auszugehen, dass eine reine Öffnung nicht die nachhaltige Systemstabilisierung zur Folge hat, die das deutsche Gesundheitswesen benötigt, um nachhaltig überlebensfähig zu bleiben. Denn die Regelungen zu staatlichen Preiskontrollen, Pauschalregelungen und Quotierungen von Kassensitzen würden unangetastet bleiben.

Daher wäre es denkbar die gesetzlichen Krankenkassen, wie es bereits politisch zur Bundestagswahl 2002 debattiert wurde, von der öffentlichen Hand im Rahmen einer mehrjährigen Übergangsfrist in private Trägerschaft zu überführen. Die allgemeine Versicherungspflicht, könnte dann einer Pflicht zur Versicherung im schweizerischen Sinne weichen. Dadurch entfällt auch der Bedarf und der administrative Apparat zur Abwicklung von staatlich festgelegten Kostenpauschalen oder Kassensitzen. Gesundheitsdienstleister wie niedergelassene Ärzte, aber auch Kliniken, würden somit wirtschaftlicher und dadurch nachhaltiger arbeiten können.

Gleichsam würde das Entfallen staatlicher Preiskontrollen für Medikamente und Gesundheitsdienstleistungen die Ressourcen des Gesundheitswesens nachfrageorientiert steuern. Dies würde nach mehreren Jahrzehnten Deutschland wieder zu einem führenden Standort machen, an dem die Potenziale der Pharmaforschung genutzt werden können. Bisher sind die Kosten und Risiken für Research und Development der Pharmabranche in Deutschland zu hoch, um wirklich attraktiv zu sein. Daher findet aktuell die meiste Innovation in den USA statt. Ein Entfallen der Preiskontrollen bietet das Potenzial, dass Kosten weitergegeben werden könnten und somit der Anreiz für pharmakologische Forschung steigt.

Das sollte durch einen klugen ordnungspolitischen Rahmen begleitet werden. Patente sind ein nützliches Instrument zum Schutz geistigen Eigentums, das Anreize für Forschung und Entwicklung stärkt. Ein zu starker Patentschutz würde hingegen Monopolstellungen auf dem Markt festigen. Entsprechende Fristverkürzungen für Patente würden einen starken Kostenverfall in der Generikaproduktion zur Folge haben, was wiederrum den Patienten zugutekäme.

Allgemein entstünde durch die Öffnung des Gesundheitssystems ein verstärktes Bewusstsein für die eigene Gesundheit. Wenn die Kosten sich am Gesundheitszustand und Verhalten der Versicherungsnehmer orientieren und über einen individuellen Tarif weitergegeben werden können, steigert das die Transparenz. Die Anbieter benötigen möglichst umfassende Freiheiten für die

Festlegung der Versicherungsbeiträge, um eine entsprechende Angebotsvielfalt zu schaffen.

Dies hätte zur Folge, dass die Legitimation von Lenkungssteuern (bspw. die Tabak- oder diverse Alkoholsteuern) zumindest infrage gestellt werden sollte. Die Steuerung müsste nicht zentral erfolgen, sondern könnte dezentral von den Versicherungsdienstleistern ermittelt werden.

Diese Reformen bieten ein enormes positives Potenzial für ein völlig neu gedachtes, patientenorientiertes und leistungsstarkes Gesundheitswesen. Das würde allerdings die Aufgabe staatlicher Macht und auch der Marktmacht bestehender Akteure zur Folge haben. Der politische Wille dazu wird überschaubar sein. Möglicherweise wird die Macht des Faktischen die Akteure allerdings zu nachhaltigem Handeln zwingen.

Fußnoten

1. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/health-expenditure-in-relation-to-gdp_e3566919.html, zuletzt aufgerufen am 02.06.2025.
2. https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902, zuletzt aufgerufen am 02.06.2025.
3. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemien-kostenbeteiligung.html, zuletzt aufgerufen am 02.06.2025.
4. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/health-expenditure-in-relation-to-gdp_e3566919.html, zuletzt aufgerufen am 02.06.2025.