

Wieso die Prämien schneller steigen als die Kosten

Gibt es bessere Ansätze als eine künstliche Festlegung der Prämien? Seite 3



Wenn weniger Medizin mehr ist

Ärzte diskutieren mit, wenn es um Einsparungen bei den Gesundheitskosten geht. Seite 4



5 gute Gründe gegen das Globalbudget

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist ernsthaft gefährdet. Seite 4

POLITIK+PATIENT

Sondernummer

15. Jahrgang
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG, Société Médicale de la Suisse Romande SMSR, Ordine dei Medici del Canton Ticino OMCT
Politik+Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion:
forum|pr, Planète Santé, Tribuna Medica
Layout: Claudia Bernet, Bern; Druck: Stämpfli AG

Die Stärken unseres Systems

Schweizer Gesundheitssystem in Gefahr

Die Schweiz hat eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, aber auch eines der besten. Grund genug, nicht an der falschen Stelle zu sparen.

Redaktion: planète santé, SMSR



Das Parlament diskutiert Massnahmen, die Patienten künftig den Zugang zu medizinischen Leistungen erschweren. Bild: Keystone

Sparen ist ein exzellentes Prinzip. Aber auch nur dann, wenn die negativen Auswirkungen die Vorteile nicht zunichtemachen. Diese Gefahr bergen momentan im Gesundheitswesen die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostenkontrolle, die vom neuen Parlament zu diskutieren sind.

Anerkannte Schweizer Effizienz

Das Schweizer Gesundheitssystem wird als sehr gut bewertet. So belegt die Schweiz beim Ranking des Euro Health Consumer Index (EHCI), das 35 Länder vergleicht, im Jahr 2018 den ersten Platz. 2017 hatte die

Fortsetzung auf Seite 2

Editorial

Geeinte Ärzteschaft

Medien zeichnen gerne das Bild einer gespaltenen Ärzteschaft. Über Kontroversen bei der Tarifrevision oder über Zwist zwischen Grundversorgern und Spezialisten wird umfangreich berichtet. Um Schlagzeilen zu produzieren, wird eine Zerrissenheit herbeigeschrieben, die der Realität kaum gerecht wird. Ärztinnen und Ärzte haben nicht nur Partikularinteressen im Blick.

Ist das Wohl des Patienten gefährdet, das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient belastet oder steht die Qualität des Gesundheitswesens auf dem Spiel, schliessen Ärztinnen und Ärzte rasch die Reihen. Sie raufen sich zusammen und warnen gemeinsam vor den Folgen politischer Einflussnahme.

Dies beabsichtigt auch die vorliegende Sonderausgabe von Politik+Patient. Im Frühling dieses Jahres haben die Spitzen der sprachregionalen Dachverbände der Ärzteschaft zusammengefunden: der Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG, die Société Médicale de la Suisse Romande SMSR und der Ordine dei Medici del Canton Ticino OMCT.

Gemeinsam haben die drei Teilverbände aktuelle Reformideen unter die Lupe genommen und Fehlanreize sowie Vorzüge unseres Systems identifiziert. Auch wurde eine landesweite Umfrage unter Kandidierenden für den National- und Ständerat durchgeführt. Alle Erkenntnisse wurden in der vorliegenden Sondernummer zusammengetragen. Sie soll den jüngst gewählten Parlamentariern als Leitfaden für eine wirkungsvolle Reformagenda dienen.

Dr. med. Aldo Kramis,
Leiter Redaktionskommission VEDAG

Fortsetzung von Seite 1

medizinische Fachzeitschrift The Lancet die Schweiz in einer in 195 Ländern durchgeführten Studie zum Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu deren Qualität im Spitzenfeld angesiedelt. Diese Exzellenz spiegelt sich auch in der Lebenserwartung der Schweizer wider. Sie verzeichnet den stärksten Anstieg aller Industrieländer (BFS 2017) und beträgt zurzeit 83,7 Jahre. «Den Schweizer Senioren geht es gut und sie leiden im internationalen Vergleich am wenigsten unter funktionellen Beeinträchtigungen», verdeutlicht Philippe Eggimann, Präsident der Westschweizer Ärztegesellschaft (SMSR).

Exzellenz hat ihren Preis

Ein Gesundheitsnetz mit über 430 000 medizinischen Fachkräften und 350 Spitälern (also durchschnittlich 4,5 Spitäler je 100 000 Einwohner) hat seinen Preis. Die Schweiz gibt dafür über 80 Milliarden Franken pro Jahr aus, fast 11 % ihres BIP. Sie zählt damit zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitskosten in der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Dem liegt eine einfache Logik zugrunde: Jedermann wird früher oder später an einer Krankheit leiden, die neue Ausgaben nach sich zieht. Hohe Kosten sind demnach mit einem effizienten Gesundheitssystem kompatibel. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Behandlungen falsch sind. Natürlich ist es aber auch logisch, dass die Schweizer sich Sorgen wegen der steigenden Krankenkassenprämien machen. Bei den Umfragen im Vorfeld der eidgenössischen Wahlen am 20. Oktober führte dieses Thema das Sorgenbarometer der Anhänger von vier Parteien – SP, FDP, CVP und BDP – an.

Gefährliche Vorschläge

Im Parlament werden verschiedene Massnahmen unter die Lupe genommen, die diesen Trend bremsen sollen. Darunter die Einführung von Globalbudgets, die in der Praxis einer Rationierung der medizinischen Versorgung gleichkommen. In den Ländern, die diese Lösung bereits haben, wie England, Deutschland und die USA, lässt sich jedoch keine Stabilisierung der Gesundheitskosten feststellen; im Gegenteil. In ihrer Ausgabe vom 23. Juni stellt die britische Tageszeitung The Guardian fest, dass die Lebenserwartung der Engländer seit 2013 um sechs Monate gesunken ist, was auf die Reduktion der Gesundheitsbudgets zurückzuführen sei. Budgetobergrenzen führen fast immer zu längeren Wartezeiten, wovon jedoch nicht alle Patienten gleichermassen betroffen sind: Finanziell besser gestellte Patienten könnten sich durch den Abschluss von Zusatz- oder Privatversicherungen weiter behandeln lassen. So schwankt laut des Journal of the American Medical Association (JAMA) die Lebenserwartung der Amerikaner seit über zwölf Jahren je nach deren sozioökonomischer Lage. «Bevor man Massnahmen akzeptiert, die alle einer Art von Rationierung entsprechen, ist es wichtig, ihre Folgen in anderen Ländern zu analysieren», so Philippe Eggimann.

Vernünftige Lösungen

In der Schweiz beinhalteten die Massnahmen zur Dämpfung der Gesundheitskosten im Wesentlichen eine massive Verlagerung der stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich. Die ambulanten Behandlungen sind günstiger, gehen jedoch vollständig zulasten der Krankenversicherer – daher die Preisspirale bei den Prämien. Parallel dazu sei die Abrechnung von stationären Leistungen derart gesunken, dass einige Spitäler nun rote Zahlen schreiben und immer mehr Subventionen benötigen. Es gibt jedoch auch vernünftige Lösungen. Ein Beispiel dafür ist die Kampagne smarter medicine. Die SMSR schlägt vor, die Kantone an der Finanzierung des ambulanten Bereichs zu beteiligen, aber nur (zumindest in der Anfangsphase) bei sechs medizinischen Leistungen, die laut einem kürzlich gefassten Bundesbeschluss nur noch ambulant vergütet werden. Hierbei handelt es sich um häufig durchgeführte Eingriffe (z. B. Leistenbrüche, Krampfaderoperationen an den Beinen, Kniearthroskopien). Im Parlament wird in Kürze der radikalere Vorschlag diskutiert, diese Beteiligung der Kantone auf alle ambulanten Behandlungen auszuweiten. Da im Krankenversicherungsbereich unabhängige Statistiken fehlen, wäre es besser, eine Art Testlauf zu starten, um die Auswirkungen der Massnahmen objektiv messen zu können.

Umfrage SMSR, VEDAG, OMCT

Neue Sichtweisen?

331 Kandidatinnen und Kandidaten aus nahezu allen Kantonen und Parteien haben an der gemeinsamen Erhebung von SMSR, VEDAG und OMCT diesen Sommer teilgenommen. Aus ihren Antworten lassen sich die wichtigsten Trends für die nächste Legislaturperiode wie folgt erfassen:
Die überwiegende Mehrheit der Befragten (94%) möchte die aktuelle Qualität des schweizerischen Gesundheitssystems erhalten oder sogar verbessern. So ist die Mehrheit der Kandidatinnen und Kandidaten von links und rechts offen für gezielte Verbesserungen im Bereich des Zugangs der Bevölkerung zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung.

Nur eine Minderheit der Kandidatinnen und Kandidaten möchte die Gesundheitskosten deutlich senken oder auf dem derzeitigen Stand (Sommer 2019) belassen. Ein leichter Anstieg der Kosten unter dem BIP-Wachstum scheint das einzige Szenario zu sein, das in den kommenden Jahren die Mehrheit erreichen könnte.

Eine überwiegende Mehrheit der Kandidatinnen und Kandidaten in allen politischen Lagern ist der Ansicht, dass es langfristig nicht akzeptabel ist, wenn die Prämien weiterhin schneller ansteigen als die Gesundheitskosten und dadurch die Krankenkassenreserven auf Kosten der Haushalte gestärkt werden. Eine Mehrheit der Befragten spricht sich für einen Prämienausgleich im 2020 aus, ebenso wie für eine Beteiligung der Kantone an die Ausgaben, die sich aus der Verschiebung von stationär zu ambulant ergeben.

Um den Kostenanstieg im Griff zu behalten, scheinen vor allem die folgenden Ansätze eine Mehrheit der künftigen Parlamentarierinnen und Parlamentarier anzusprechen: Stärkung der Bereiche Prävention und Information; Förderung von «smarter medicine»; Verringerung des Verwaltungsaufwands für Ärztinnen und Ärzte (Spital und Praxen) sowie Kostenoptimierung durch Reduzieren kantonaler Vorrechte.

Mehr zur Erhebung unter:
www.vedag.ch / www.smsr.ch / www.omct.ch

Die Prämien übersteigen den Finanzierungsbedarf des Systems

Der Reichtum der Versicherer lässt die Versicherten verarmen. Im Prinzip ist es normal, dass die Belastung für die Versicherten (Prämien und Kostenbeteiligungen) stärker steigen kann als die Bruttokosten des KVG. Die Differenz zwischen dem Anstieg der Belastung für die Versicherten und dem Anstieg der Arzt- und Gesundheitskosten muss sich jedoch in einem vertretbaren Rahmen halten. Dies ist gegenwärtig nicht der Fall.

Redaktion: Tribuna Medica, OMCT (Gastbeitrag Bruno Cereghetti, Gesundheits- und Gesellschaftsexperte)

Eine gewisse Differenz zwischen Kosten und Prämien kann sinnvoll sein: Die Einnahmen aus den Versicherungsprämien müssen nicht nur die Behandlungskosten decken, sondern auch andere Betriebsausgaben der Versicherer. So zum Beispiel Verwaltungskosten oder die Kosten zur Erhaltung eines angemessenen Eigenkapitals, so genannte Sicherheitsreserven. Derzeit ist diese Differenz jedoch unverhältnismässig hoch!

Zu hohe Mindestreserven

Schätzungen zufolge übersteigt das Eigenkapital der Versicherer – die Reserven – Ende 2018 auf nationaler Ebene das gesetzlich vorgeschriebene Minimum um CHF 4,3 Mrd., wenn man sich an den äusserst grosszügigen Parametern des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) orientiert. Werden die viel vernünftigeren, 2006 von Bundesrat Couchepin festgelegten Parameter zugrunde gelegt, wird das Minimum gar um CHF 5,1 Mrd. überschritten. Daraus ergibt sich die erste Schlussfolgerung: Die eingenommenen Prämien übersteigen grundsätzlich den Bedarf zur Deckung der Kosten des KVG-Systems. Doch das ist noch nicht alles. Die 2012 gesetzlich festgelegten Kriterien für die Mindestreserven sind unverhältnismässig für eine Versicherung, die das Recht hat, die Prämien jedes Jahr anzupassen, und die bei Bedarf sogar im Laufe des Jahres eine sofortige ausserordentliche Erhöhung der Prämien festsetzen darf. Es handelt sich bei der Krankenversichung um eine Versicherung, die im Vergleich mit anderen Versicherungen ein geringeres Betriebsrisiko hat.

Doch woher kommt dieser Reserveüberschuss eigentlich und wie hat er sich angehäuft? Die Antwort ist einfach: Aus den Prämien, die die Versicherten in den Kantonen zu viel gezahlt haben. Die Reserven, die zurzeit auf nationaler Ebene ermittelt werden, sind die Summe der Betriebsergebnisse der einzelnen Kantone. Mit anderen Worten: Nur in den Kantonen gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen den Prämien und den Leistungen.

Ungleichgewicht zwischen den Kantonen

Versucht man die Reservebildung auf Ebene der einzelnen Kantone genauer zu untersuchen, kommt man nicht mehr weiter. Denn das Bundesamt für Gesundheit stellt sich stur: Es möchte die KVG-Betriebsergebnisse jedes einzelnen Versicherers in den einzelnen Kantonen nicht veröffentlichen. Nur so aber würde man endgültig verstehen, ob das KVG auf Ebene der einzelnen Kantone korrekt angewendet wird. Ein Beispiel soll dieses Konzept verdeutlichen: Wird in Kanton A eine Überzahlung von 100 erfasst und in Kanton B ein Minus von 96, ist das Ergebnis auf nationaler Ebene +4.

Das klingt nach einem angemessenen, positiven Ergebnis. Das Gleichgewicht, das sich auf nationaler Ebene ergibt, ist jedoch nur ein theoretisches, und es verschleiert das gravierende Ungleichgewicht zwischen den Kantonen.

Denn genau dazu hat die Umsetzung des KVG in der Realität geführt. Vor einigen Jahren kam heraus, dass die Versicherten in einigen Kantonen zu hohe und in anderen zu niedrige Prämien gezahlt hatten. Diese Verzerrung ist vom Bundesamt für Gesundheit nicht näher beleuchtet worden. Ganz im Gegenteil: Es hat sogar versucht, alles zu verschleiern oder zu verharmlosen.

Betriebsergebnisse offenlegen – Quersubventionierung beenden!

Der Missstand wurde erst bei einer sorgfältigen und gründlichen Prüfung in einigen Kantonen aufgedeckt. Das unter Druck gesetzte Parlament hat daraufhin versucht, dieses Ungleichgewicht zu korrigieren, doch das Ergebnis – der sogenannte *compromis du compromis* – erwies sich in der Realität als komplett ineffiziente Alibilösung, die sogar verfassungswidrige Elemente enthält, wie das Bundesgericht richtig festgestellt hat (9C_125/2016).

Die Realität lässt vermuten, dass trotz des – schwachen – Versuchs zum Prämienausgleich für den Zeitraum 1996 –2017 in sage und schreibe 14 Kantonen Finanzierungsdefizite festzustellen sind. In der Praxis haben die Prämien nicht ausgereicht, um die Systemkosten zu decken. Das Fazit ist bitter: Das Gleichgewicht, das sich auf nationaler Ebene ergibt, ist das Ergebnis von Quersubventionierungen zwischen Kantonen durch die Versicherer.

Nur wenn man die Betriebsergebnisse der einzelnen Versicherer in jedem Kanton kennen würde, liesse sich die Frage, ob der Anstieg der Prämien in einem vernünftigen, fairen Verhältnis zum Anstieg der Bruttokosten des kantonalen Systems steht, mit hinreichender Sicherheit beantworten. Dadurch könnte man den dubiosen Quersubventionierungen zwischen den Kantonen ein Ende bereiten, die als Ungleichgewicht betrachtet werden müssen.



Krankenversicherer sind gesetzlich verpflichtet, Mindestreserven zu halten. Die Kriterien werden aber unverhältnismässig umgesetzt. Bild: Keystone

Reformvorschläge der Ärzteschaft

Wenn weniger Medizin mehr ist

Ärzte diskutieren mit, wenn es um Einsparungen bei den Gesundheitskosten geht. Dank der Initiative Smarter Medicine vermeiden sie bereits jetzt Behandlungen, die wenig oder keinen Nutzen bringen.

Redaktion: P+P, VEDAG

Die Gesundheitskosten sind im Wahlherbst ein brennendes Thema auf Diskussionspodien und in Leserbriefspalten. Die linken Parteien setzen bei der Kostenverteilung an. Sie fordern Mehrausgaben für weitere Prämienverbilligungen. Die bürgerlichen Parteien hingegen gehen davon aus, dass sich die Schweiz ihr Gesundheitssystem langfristig nicht mehr leisten kann. Die CVP will deshalb das Budget begrenzen, die SVP das medizinische Angebot. Und die Freisinnigen wollen mit mehr Wettbewerb das bestehende, gut funktionierende System und dessen Akteure stärken. Soweit die Rezepte der Politiker.

Ärzte wollen ohne Qualitätsverlust sparen

In diesen Diskussionen gehören die Ärzte meistens zu den Kritisierten. Man wirft ihnen vor, selber Teil des Problems zu sein: Sie würden Fehlanreize ausnutzen, ihre hohen Einkommen belasteten das System zusätzlich. Aber die Ärzte haben selber ein grosses Interesse an einem funktionierenden Gesundheitssystem – schliesslich müssen sie tagtäglich damit arbeiten. Im Gegensatz zu den Politikern plädieren die Leistungserbringer für Sparmassnahmen, die nicht zu Lasten der Behandlungsqualität gehen.

Die klügere Medizin

Eine Massnahme, die weder den Zugang noch die Qualität der medizinischen Leistungen tangiert, ist Smarter Medicine. Die 2014 lancierte Initiative macht auf das Thema der Fehl- und Überversorgung aufmerksam. Die Botschaft lautet: Bei gewissen Behandlungen kann weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten.

Mehrere medizinische Fachgesellschaften haben bereits Listen mit häufig vorgenommenen Behandlungen veröffentlicht, die wenig oder keinen Nutzen bringen. Wenn Ärzte die Behandlungen dieser Top-5-Listen vermeiden, spart man nicht nur Kosten. Häufig stellt die Intervention für den Patienten eine Belastung dar, die angesichts des kleinen Nutzens unnötig ist. Patienten und Ärzte sollten so Entscheidungen vermehrt auf Augenhöhe fällen, gemeinsam fragen: Welche Behandlung ist im konkreten Fall sinnvoll? Die Initiative Smarter Medicine wird langsam, aber stetig ausgebaut. Seit 2017 wird sie durch einen Trägerverein unterstützt. Nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen unterstützen auch Patienten- und Konsumentenorganisationen die Stossrichtung der Kampagne.

«Ambulant vor stationär» konsequent umsetzen

Eine weitere Sparmassnahme, die nicht zulasten der Patienten geht, ist die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS). Mit der Verlagerung von heute stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich liesse sich laut FMH jedes Jahr eine Milliarde Franken sparen. Damit dies keinen Kostenschub bei den Prämien auslöst, ist aber ein einheitliches Finanzierungsmodell zwingend. Mit EFAS lassen sich zudem die Vorteile und Synergien eines integrierten Versorgungsmodells voll ausschöpfen, indem sich Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser vernetzen. Studien zeigen, dass dadurch besonders viel eingespart wird. Und zwar besonders bei den chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die rund 80% der gesamten Behandlungsosten verursachen.



Bei gewissen Behandlungen kann weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten.
Bild: Keystone

Fünf Gründe gegen ein Globalbudget

Der Bundesrat plant die Einführung von Globalbudgets. Ein Arzt, eine Ärztin dürfte dann nur noch so viele Leistungen verschreiben, wie das Budget erlaubt. Wieso diese Idee gefährlich ist.

1 Das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient ist in Gefahr

Globalbudgets führen zu rechtlichen, sozialen und ökonomischen Unsicherheiten. Wenn das Budget aufgebraucht ist, müssen Behandlungen verweigert werden. Erfahrungen aus Deutschland und Italien belegen, dass sich Patienten bei gedeckelten Budgets schnell der Willkür ausgesetzt fühlen. Sie merken, dass der Arzt bei der Behandlung durch die ökonomische Brille blickt.

2 Globalbudget führt zu Zweiklassenmedizin

Gedeckelte Kosten führen zu langen Wartelisten. Ist das Budget für den Monat ausgeschöpft, müssen Patienten abgewiesen werden. Die Folgen: Wer es sich leisten kann, lässt sich privat versichern und wird vom System privilegiert.

3 Andministration ohne Patientennutzen

Wie entscheidet der Staat, welche Leistungen künftig gekürzt werden? Müssen Fachkräfte Rechenschaft darüber ablegen, was sie tagsüber entschieden haben? Jeden Morgen vor der Arbeit ihre E-Mails checken, ob das BAG neue Vorschriften erlassen hat? Ein solch tiefer Eingriff demotiviert gute Fachkräfte – die wir dringend brauchen.

4 Steigende Kosten

Überwachung ist nicht nur unangenehm, sie ist auch teuer. In Deutschland kommt auf zehn berufstätige Ärzte eine Person, die Budgets verteilt und überwacht. Analog dazu würde die notwendige Bürokratie in der Schweiz drei Bundesämtern für Gesundheit entsprechen.

5 Globalbudget bedeutet Systemwechsel

Globalziele, Mengenbudgets, Kostensteuerung; egal, wie man es benennt, die Folge ist immer dieselbe: Der Staat bestimmt verbindliche Zielvorgaben – eine Planwirtschaft wie im Realsozialismus. Wieso sollten wir das beste Gesundheitssystem Europas (EHCI 2019) so grundlegend umwälzen?