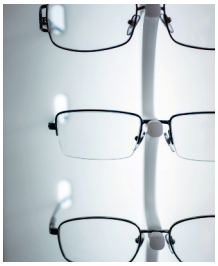


Warum die Prämien steigen

Kostenfaktoren wie die Bilanz der Krankenkassen werden von Gesundheitspolitikern oft vernachlässigt.
Seite 2



Kolumne

Zusatzversicherungen böten eine willkommene Finanzierungsquelle im Gesundheitswesen, so Fridolin Marty von economiesuisse.
Seite 3

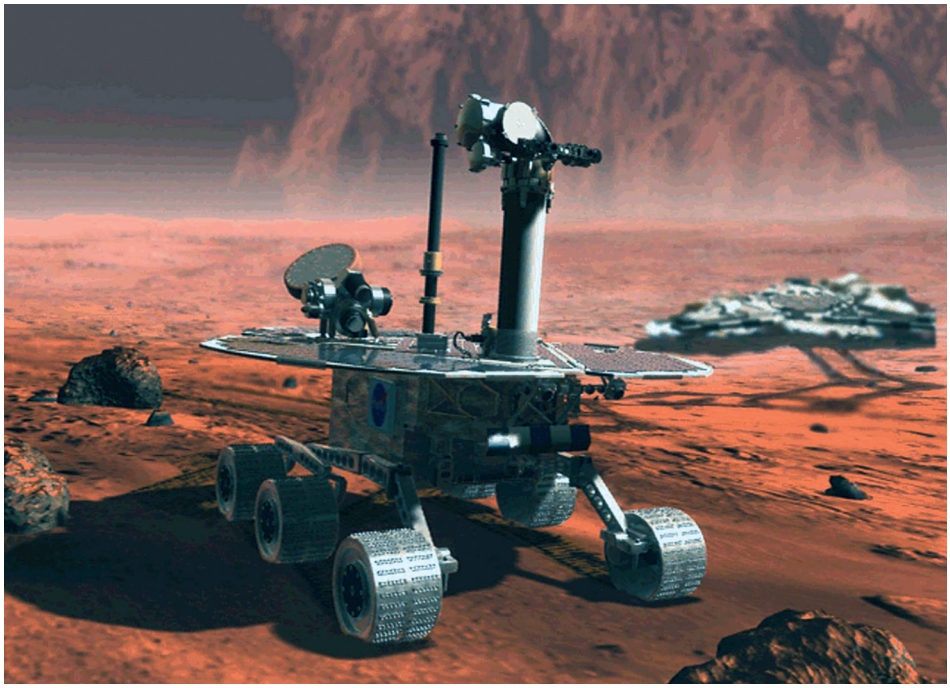


Mammutaufgabe Migration

Integration hat viel mit Gesundheit zu tun. Noch mangelt es an Information.
Seite 4

POLITIK+PATIENT

13. Jahrgang
Herausgeberin: Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA
Politik+Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion:
Marco Tackenberg, Gabriela Troxler; forum|pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG



Ist die MARS-Mission gescheitert? Das Bundesamt für Gesundheit krebst vorerst zurück und verlangt keine Daten ein, die Rückschlüsse auf einzelne Patienten erlauben würden.

Bild: Keystone

Gesundheitswesen

Qualitäts-Basis-Modul neu als Stiftung geführt

Kontrolle ist gut, Qualität ist besser: Die Schweizer Ärzteschaft macht sich für Qualität im Gesundheitswesen stark. Das Qualitäts-Basis-Modul QBM erfasst Praxisabläufe, misst deren Outcome und analysiert Rückmeldungen von Patienten. Im QBM erhalten Ärzte Beurteilungen mit Quer- und Längsvergleichen, die an Workshops ausgewertet werden. So können sie ihre Qualität kontinuierlich weiterentwickeln – nicht zuletzt für die Patienten. Per 1. Januar 2017 ist das seit 2012 bestehende QBM in die Stiftung für Qualitätsentwicklung in der ambulanten Medizin umgewandelt worden. Stifter sind der Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG und die Ärztekasse. Mehr unter: www.qbm-stiftung.ch

Projekt MARS

Bruchlandung mit MARS-Mission

Unverhältnismässig, widerrechtlich, lückenhaft: Die Behörden müssen sich beim Aufbau statistischer Grundlagen für den ambulanten Gesundheitssektor (Projekt MARS) happige Vorwürfe der ärztlichen Standesorganisationen anhören. Nun rudern sie zurück.

Der Schweiz fehlen Zahlen zur ambulanten Versorgung. Statistische Lücken bestehen vor allem bei Arztpraxen und Spitalambulatorien. Diese verursachen fast einen Viertel der Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Auf das Fehlen eines Informationssystems hat auch die OECD regelmässig in ihren Berichten über die Schweiz hingewiesen.

Im Dezember 2007 verabschiedete das Parlament das revidierte Krankenversicherungsgesetz. Dabei hiess es auch zwei Gesetzesartikel gut, die den Ausbau der Datengrundlagen im ambulanten Bereich regeln. Der Gesetzgeber betraute das Bundesamt für Statistik BFS mit dem Aufbau und dem Betrieb eines Informationssystems. Unter dem Titel MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) trieben die Verantwortlichen beim Bund die Arbeiten voran.

Umfassende Überwachung

Ihre revidierte Verordnung über die Krankenversicherung fiel allerdings bei allen Seiten krachend durch. Selten übten Kantone, Ärztegesellschaften und Patientenorganisationen in einer Vernehmlassung so harsche Kritik.

Arztpraxen, Spitalambulatorien und Pflegeinstitutionen würden gezwungen, umfangreiche Kennzahlen zu Personal, Patienten, Leistungen und Finanzen zu liefern. Die Betroffenen seien nicht nur verpflichtet, sämtliche Daten zur Finanzbuchhaltung offenzulegen, sondern auch Diagnosen sowie Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand von Patienten lückenlos anzugeben. Damit wichen die Behörden, so die Ärztevereinigung FMH, massiv von den Zielen des Gesetzgebers ab. Das Krankenversicherungsgesetz KVG erlaubt die

Fortsetzung auf Seite 2

Fortsetzung von Seite 1

Datenerhebung, um zu überprüfen, ob Arztpraxen und Spitalambulatorien wirtschaftlich arbeiten und ob die Qualität der Leistungen stimmt. Dies reichte den Behörden offenbar nicht. Sie strebten eine weitreichende Überwachung von Arzt und Patient an. Betriebskontrollen von Arztpraxen sind dank den Zahlen der Finanzbuchhaltung ebenso möglich wie das Identifizieren einzelner Patienten aufgrund der übermittelten Diagnosedaten.

Aufweichung des Arztgeheimnisses

Gegen diese behördliche Datensammelwut wehrten sich die Ärzteorganisationen vehement. Sie warfen den Behörden Unverhältnismässigkeit und Gesetzesbruch vor. So wäre jeder Arzt, jede Ärztin gezwungen, persönliche Daten von sich und den Patienten zu übermitteln – einzeln und nicht im Datenkollektiv. Für die FMH stand im August 2015 deshalb fest: Es droht die Aufweichung des Arztgeheimnisses. Auch für die Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA sind für Betriebsvergleiche keine personenbezogenen Daten notwendig. Angaben über Anzahl und Struktur von Arztpraxen oder Spitalambulatorien würden ausreichen.

Behördliches Fehlverhalten

Die KKA sah durch die Verordnung gar gesetzliche Aufgaben vermischt. Die medizinische Behandlung muss nach dem Krankenversicherungsgesetz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Zu prüfen, ob medizinische Leistungserbringer diese Kriterien einhielten, sei Aufgabe der Versicherer, so die KKA. Der Bund handle widerrechtlich, wenn er die Wirtschaftlichkeit medizinischer Betriebe selber überprüfe. Auch die FMH vermutete, dass sich die Behörden dank der geänderten Verordnung neue Aufgaben zuschanzen wollen.

Löchriges Reglement

Anfang Januar 2016 trat die umstrittene Verordnung in Kraft. Die vorgebrachten Einwände der Ärzteschaft verhallten ungehört. Nach wie vor herrscht Intransparenz und Rechtsunsicherheit. Dies trotz eines offiziellen Bearbeitungsreglements des Bundesamtes für Statistik. Es macht ganz den Anschein, als wollten sich die Behörden bewusst Hintertüren offen lassen, um den Umfang der Datenerhebung nach eigenem Ermessen zu erweitern. Nur so lässt sich das Beharren auf Einzeldatensätzen erklären. Für die KKA ist dies nicht nachvollziehbar. Denn: Werden Patientendaten als Einzeldatensätze weitergegeben, kann ein Versicherer aufgrund der bei ihm vorhandenen Rechnungsdaten ohne weiteres die betroffenen Patienten identifizieren.

Aus MARS wird vorläufig MAS

Ein juristisches Gutachten empfiehlt den Ärzteorganisationen, dem Bearbeitungsreglement mit grösster Zurückhaltung und Skepsis zu begegnen. Sollten die Behörden den Forderungen der Ärzteschaft nach einer verhältnismässigen und rechtskonformen Datenerhebung nicht nachkommen, sollte eine flächendeckende Verweigerungshaltung erwogen werden, so das Gutachten. Der Druck der Ärzteschaft zeigt Wirkung: Am 15. November 2016 starteten die Statistiker des Bundes zwar mit der Erhebung – doch in abgeänderter Version. Aus MARS wird MAS (Medical Ambulatory Structure): Arztpraxen und ambulante Zentren sollten nun bis Ende Februar 2017 aggregierte Strukturdaten zu statistischen Zwecken liefern. Auch das Bundesamt für Gesundheit BAG krebst zurück: Vorerst will es auf Einzeldatensätze und die Aufsichtsfunktion über Arztpraxen und ambulante Zentren verzichten. Der brisante Grund: fehlende gesetzliche Grundlagen. Die Behörde geht aber, so die Lesart des offiziellen Schreibens, davon aus, dass diese juristischen Lücken nächstens geschlossen werden.

Für viele Ärzteorganisationen ist dies ein Alarmsignal. Sie empfehlen ihren Mitgliedern, vorerst abzuwarten, bis sämtliche Rechtsfragen geklärt sind. Ärztinnen und Ärzte wollen dazu beitragen, dass die Schweiz über verlässliche und aussagekräftige Daten über den ambulanten Gesundheitssektor verfügt – aber nicht auf Kosten der Patientensicherheit und des Datenschutzes.

Krankenkassen

Warum die Prämien steigen

Die Berechnung der Krankenkassen-Prämien ist ein komplizierter Prozess, der zu einem grossen Teil auf Schätzungen beruht. Dabei werden auch Faktoren berücksichtigt, welche Ärzte und Patienten nicht beeinflussen können.

Dass die Krankenkassen-Prämien immer weiter ansteigen, daran haben wir uns mittlerweile fast gewöhnt. Es ist jedoch falsch, die Schuld nur bei den überversorgenden Ärzten zu suchen oder bei den verweichlichten Patienten, die wegen Bagatellen den Notfall aufsuchen. Stattdessen lohnt es sich, auch andere Aspekte in Betracht zu ziehen: zum Beispiel die politische Förderung von ambulanten Behandlungen, die Altersstruktur des jeweiligen Kantons und die Unternehmensbilanz der Krankenkassen.

Ambulante Behandlungen lassen Prämien steigen

Nicht nur die Krankenkassen-Prämien, sondern auch die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen unaufhörlich. Wider Erwarten laufen diese Bewegungen aber nicht parallel. Seit 1996, als das neue Krankenversicherungsgesetz eingeführt wurde, erhöhten sich die Gesundheitskosten um 66 Prozent, die Prämien jedoch um ganze 102 Prozent. Wie ist das möglich?

Einer der Gründe liegt in der Verteilung der Kosten: Die ambulanten Leistungen werden vollständig von den Krankenkassen respektive von den Prämienzahlern finanziert, die stationären Leistungen hingegen grösstenteils über die Steuern. Die Politiker wollen die Gesundheitskosten tief halten und fordern deshalb, möglichst viele Behandlungen ambulant vorzunehmen. Aber die Zunahme der ambulanten Massnahmen lässt die Prämien in die Höhe schnellen und belastet so das Haushaltbudget von Herr und Frau Schweizer. Dieser Widerspruch liesse sich nur beseitigen, wenn stationäre und ambulante Leistungen auf dieselbe Weise finanziert werden würden.

«Alte» Kantone haben Pech

Auch die Altersstruktur der Kantone wirkt sich auf die Höhe der Krankenkassen-Prämien aus. Dies zeigt Bruno Cereghetti, Berater der Tessiner Ärztekammer (Ordine dei medici) und ehemaliger Leiter des Tessiner Amts für Krankenversicherungen. Im Kanton Tessin ist dieser Effekt besonders stark: Die Tessiner Bevölkerung weist mit 44,6 Jahren das höchste Durchschnittsalter der Schweiz auf. So erstaunt es nicht, dass die Krankenkassen-Prämien im Tessin zu den höchsten im ganzen Land gehören. Aufgrund von Daten des Tessiner Amts für Statistik hat Cereghetti berechnet, inwiefern die Prämien sich ändern würden, wenn die Altersstruktur im Tessin jener der Gesamtschweiz entsprechen würde. Resultat: Die Prämien im Tessin würden ebenfalls auf den Schweizer Durchschnitt fallen. «Man hört häufig, die Prämien im Tessin seien so hoch, weil die Ärzte die Patienten überversorgen», sagt Bruno Cereghetti. «Meine Berechnungen zeigen aber, dass gewisse Kantone aufgrund der Altersstruktur nie so niedrige Prämien haben werden wie andere.»

Betriebsergebnis der Versicherer beeinflusst die Prämien

Bruno Cereghetti macht auf einen weiteren Punkt aufmerksam, der die Höhe der Prämien beeinflusst: Die Unternehmensbilanz der Krankenkassen und das jährliche Unternehmensdefizit werden zur Berechnung der Prämien hinzugezogen.

Die Krankenkassenprämien werden jeweils in der zweiten Jahreshälfte aufgrund von Schätzungen kalkuliert. Dazu zieht der Versicherer sowohl die aktuelle Kostenentwicklung als auch das Betriebsergebnis des Vorjahres hinzu. «Die Kennzahlen der Unternehmensbilanz sind keine sehr wichtige Grösse bei der Berechnung der Prämien, aber es wäre falsch, sie zu vernachlässigen. Diese Tendenz besteht aber leider bei den Gesundheitspolitikern», ist Bruno Cereghetti überzeugt. Stattdessen werden die Ärzte beschuldigt, sie würden ihre Patienten überversorgen. Dazu kommt: Diese Zahlen können von Jahr zu Jahr extrem variieren.

Am stärksten belasten vier Positionen die Unternehmensbilanz der Versicherer: Investitionen am Kapitalmarkt, die Risikokompensation, Rückstellungen und die betrieblichen und sonstigen Erträge. Würden diese vier Positionen wegfallen, wäre das Defizit der Krankenkassen 2015 bereits gedeckt.

Dieses Defizit betrug gesamtschweizerisch rund 607 Millionen Franken. Der Fehlbetrag ist in die Berechnung der Prämien eingeflossen und bedingt – neben anderen Faktoren – den Prämienanstieg für 2017. «Einige Krankenkassen haben genügend Reserven, um ihr Defizit zu decken. Andere aber sind bereits am Limit und müssen das Defizit mithilfe von Prämienerhöhungen ausgleichen», erklärt Cereghetti. Dessen sollten sich Gesundheitspolitiker vermehrt bewusst werden.

Ein Neukunde bringt keine Reserven mit

Nicht zuletzt treibt auch der häufige Kassenwechsel die Prämien in die Höhe. Zwar machen die daraus entstehenden administrativen Kosten weniger als ein Prozent des Prämienvolumens aus. Sie haben jedoch einen Einfluss auf die finanziellen Reserven der Krankenkassen. Denn: Die Reserven, die der Versicherer dank eines Kunden über die Jahre aufbaut, gehen nicht zum neuen Versicherer über. Dieser muss neue Reserven aufbauen. Wenn also ein Versicherer heute mit tiefen Prämien viele neue Versicherte anwirbt, ist er in den Folgejahren gezwungen, neue Reserven zu bilden und seine Prämien stärker als andere Krankenkassen zu erhöhen. Dadurch wird er für Kunden wieder un-attraktiv.

Bruno Cereghetti weist aber darauf hin, dass die Prämien bei allen Versicherern jeweils mehr oder weniger im gleichen Ausmass steigen. Und von Erhöhungen sind bei allen Kassen jeweils dieselben Gruppen betroffen: 2017 sind es die Minderjährigen, 2016 waren es die im Hausarztmodell Versicherten. Diese merkwürdige Übereinstimmung lässt Cereghetti vermuten, dass die Krankenversicherer kein grosses Interesse an einer Konkurrenzsituation haben. Es wäre angebracht, dass das Bundesamt für Gesundheit diese Entwicklung genauer unter die Lupe nimmt.



2016 traf es die im Hausarztmodell Versicherten, 2017 die Jugendlichen – obwohl die Krankenkassen unterschiedliche Berechnungen anstellen, verteuern sich die Prämien auffallend oft für dieselben Gruppen. Bild: iStockphoto

Kolumne

Das Zusatzversicherungsgeschäft neu beleben

Weil in der Grundversicherung immer häufiger ambulant behandelt wird, verliert der stationäre Bereich an Bedeutung. Dieser Strukturwandel hat viele Missverständnisse ausgelöst: So haben Krankenkassen-Kritiker wiederholt behauptet, die Kassen würden zu hohe Prämien verlangen, weil diese stärker steigen als die Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Die Kassen wiederum rechnen den Ärzten vor, dass sie zu viele Konsultationen im Verhältnis zur Bevölkerungsentwicklung verrechnen würden (vgl. Kolumne von Jürg Schlup in Politik+Patient 3/16).

Der Grund für diese beiden Fehlschlüsse liegt in der Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Behandlungen. Die ambulante Versorgung wird nämlich vollständig durch die Krankenkassenprämien finanziert, während stationäre Leistungen mehrheitlich aus Steuergeldern bezahlt werden. Der Prämienzahler bezahlt also den Kostenanstieg im ambulanten Bereich vollständig, während er im stationären Bereich einen Kostenzuwachs nur zu 45 Prozent berappen muss. Folgen dieses Strukturwandels sind höhere Prämienanstiege und mehr Konsultationen bei den ambulant tätigen Ärzten.

Ein weiterer Aspekt dieser Transformation wird oft übersehen: Das vornehmlich stationäre Zusatzversicherungsgeschäft ist regelrecht eingebrochen. Sein Volumen ist heute nur noch einen Viertel so gross wie im Jahr 1996. Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes sind die Zusatzversicherungen von knapp 38 Prozent auf unter vier Prozent des Grundversicherungsvolumens geschrumpft. Mit diesem Rückgang versiegte auch eine bedeutende private Finanzierungsquelle für das Schweizerische Gesundheitswesen. Entsprechend hat die öffentlich-gemeinschaftliche Finanzierung zugenommen, die ihrerseits der Verpolitisierung und Regulierung des Gesundheitswesens Vorschub leistet. Diese Trends müssen gebrochen werden. Auch im ambulanten Bereich braucht es Raum für Extraleistungen, damit die Kassen wieder attraktive Zusatzversicherungsprodukte anbieten können.



Dr. Fridolin Marty
ist Leiter Gesundheitspolitik bei economiesuisse. In dieser Funktion setzt er sich für ein freiheitliches Gesundheitswesen ein.

Public Health Conference

Mammutaufgabe Migration

Die Einwanderung von Migrantinnen und Migranten aus aller Welt stellt das Gesundheitssystem in der Schweiz vor neue Aufgaben. Stolpersteine und Chancen wurden an einer Konferenz im November 2016 in Bern diskutiert.

Die Welt ist in Bewegung. Derzeit beschäftigt uns der grösste Flüchtlingsstrom seit Ende des zweiten Weltkriegs. Die Herausforderungen sind gross, aber nicht unüberwindbar. Die Schweiz hat eine lange Tradition als Einwanderungs- und Asylland. Auch die andere Seite der Migration kennt sie: Noch keine vier Generationen ist es her, als Schweizer Gemeinden ihren Bürgern Geld boten, wenn sie auswanderten. Von Innertkirchen BE nach Oregon, USA, hiess es damals beispielsweise.

Einwanderung, Auswanderung, Asyl

Heute können wir leben und arbeiten, wo wir wollen. Migration ist Ausdruck unserer globalisierten Welt. Anders sieht es aus, wenn Menschen sich genötigt sehen, ihre Heimat zu verlassen. Sie fühlen sich nicht mehr sicher oder sehen wirtschaftlich keine andere Wahl. 2016 machten Asylbewegungen etwa 20% der Migration in die Schweiz aus, rechnet Mario Gattiker vom Staatssekretariat für Migration SEM an der Public Health Conference im November 2016 vor. Es ist nicht absehbar, dass sich das bald ändert. Im September 2016 lebten über 110'000 Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Flüchtlinge in der Schweiz. 40% davon sind jünger als 17 Jahre.

Hohe Ansprüche an die Schweiz

Diese Bewegungen stellen das Gesundheitswesen Schweiz vor Schwierigkeiten. Migration, besonders aber die Flucht, verlangt den Menschen viel ab. Zu ihrem Gesundheitszustand und -zugang vor der Migration gesellen sich die Bedingungen und Erlebnisse auf der Reise und die neuen Gegebenheiten bei der Ankunft. Das berge Konfliktpotential, meint Manuel Carballo. Er ist Direktor des International Center for Migration, Health and Development ICMHD in Genf. Das Gesundheitssystem müsse sich auf Krankheiten einstellen, die in der Schweiz teils längst in Vergessenheit geraten sind: Malaria, Dengue, Gelbfieber, Schistosomiasis (eine Wurmkrankheit), Tuberkulose oder HIV.

Angst vor dem leisen Tod

Ängste vor übertragbaren Krankheiten, Seuchen und Epidemien seien tatsächlich eng an Migration geknüpft, meint Dr. Daniel Koch vom Bundesamt für Gesundheit BAG. Deswegen hat man Einreisende noch vor 100 Jahren gründlichsten und teils fragwürdigen Tests unterzogen. Das gehört zum Glück der Vergangenheit an. Gegen Ängste in der Bevölkerung aber kämpft die Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG noch immer. Koch betont: Migrantinnen und Migranten verschleppen keine Krankheiten. Für die Bevölkerung besteht keine Gefahr. Dagegen sind es die Einreisenden, die dringend Hilfe benötigen.

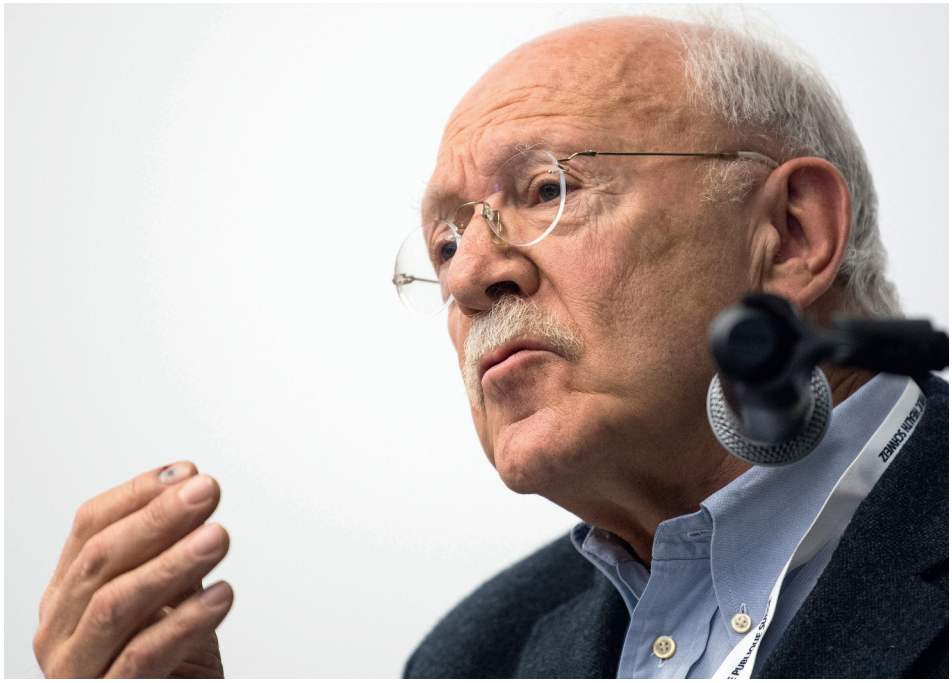
Die Bundesverfassung garantiert zwar, dass alle vor dem Gesetz gleich sind. Jeder, unabhängig von seiner Sprache, Herkunft, sozialem Status und Bildungsniveau, soll den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem haben. In Tat und Wahrheit ist das aber schwer umzusetzen. Migrantinnen und Migranten müssten frühzeitig darüber aufgeklärt werden, wie das Gesundheitswesen Schweiz funktioniert und wohin sie sich bei Problemen wenden können. Noch sind wir für diese Herausforderung mässig gerüstet.

In besonderem Mass schutzbedürftig und verletzlich

Besonders gefährdet sind die Jüngsten. Im Jahr 2016 haben etwa 15'000 Kinder und Jugendliche die Schweiz erreicht. Über 5'000 sind unbegleitete minderjährige Asylsuchende, kurz UMA. Schätzungen zufolge dürfte ein Drittel davon höchst traumatisiert sein. Die Kinder waren Gewalt ausgesetzt oder haben diese miterlebt. Auch im Ankunftsland Schweiz warten schwierige Erlebnisse auf: Der langwierige Prozess der Immigration, die Unsicherheit ob dem eigenen legalen Status, die langen Aufenthalte in Empfangszentren, die vielen Orts- und späteren Schulwechsel zehren an den Kräften. Die Kinder entwickeln posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen oder psychosomatische Krankheiten.

Gleichberechtigt nur auf dem Papier

Zwischen den Kantonen herrschen grosse Unterschiede, wie die traumatisierten Kinder aufgenommen und behandelt werden. Die legale Situation der minderjährigen Asylsuchenden verhindere oft eine effektive Gleichbehandlung, so Dr. Anne-Emmanuelle Ambresin vom Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV in Lausanne. Administrative Hürden verunmöglichen, dass die Kinder eine Lehre oder Anlehre beginnen und die Sprache schnell erlernen. Den besonders schutzbedürftigen Minderjährigen wollen Projekte wie «Speak out!» eine Stimme geben. Die Projektleiter setzen sich bei Schulen und auf gesetzlicher Ebene dafür ein, dass administrative Prozesse beschleunigt werden. Sie investieren in die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, damit sie für die besondere Situation der unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden sensibilisiert werden. Bern als Beispiel, so Regierungsrat Hans-Jürg Käser, empfängt die Kinder und Jugendlichen erst in Sportzentren. Sport ist ideal: Er baut Schranken ab, ist universal verständlich und ermöglicht einen einfachen Zugang zu Regeln, die es zu befolgen gilt. Erst dann werden die Minderjährigen in Empfangszentren oder Asylheime gebracht. Lokale Fussballclubs und das Berner Gewerbe seien sehr interessiert an den jungen, kräftigen und lernwilligen Menschen. Ihnen sei klar, so Käser: Viele werden die nächsten 70 Jahre bei uns bleiben.



Wie gut ist das Gesundheitswesen Schweiz auf Ankömmlinge fremder Kulturen und ihre Krankheiten vorbereitet? Mässig, warnt unter anderem Manuel Carballo, Direktor des ICMHD in Genf. Bild: Peter Schneider