

Gesundheitskosten und Prämien - Fragen und Antworten

21. September 2023

Wieso wachsen die Prämien stärker als die Gesundheitskosten?

Es ist wichtig zwischen den Kosten und den Prämien zu unterscheiden. Die Kosten im Gesundheitswesen wachsen, aber explodieren nicht. Zudem sind wachsende Gesundheitskosten keine Schweizer Spezialität: Überall, wo die Menschen älter werden und Zugang zu einer modernen Gesundheitsversorgung erhalten, steigen die Ausgaben in vergleichbarem Ausmass - unabhängig vom politischen System. Die Gesundheitsversorgung kostet heute mehr, weil sie im Vergleich zu früher auch mehr leistet und der Bevölkerung einen viel grösseren Mehrwert bringt. Zudem flacht seit etwa 15 Jahren das Kostenwachstum in allen westlichen Industrieländern ab, so auch in der Schweiz.

Die Prämien wachsen indes viel stärker als die Gesundheitskosten. Das belastet vor allem einkommensschwächere Haushalte und Familien aufgrund der einkommensunabhängigen Krankenkassenprämien stärker – und dies müsste nicht sein. Lösungsansätze sind vorhanden, müssten aber endlich umgesetzt werden - beispielsweise die Finanzierungsreform EFAS (einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen), die Medikamenten-Reform mit den angepassten Vertriebsmargen, der neue Arzttarif Tardoc und eine wirksame Prämienverbilligungspolitik in allen Kantonen würden die Prämienzahlenden entlasten.

28% der Schweizer Bevölkerung beziehen Prämienverbilligungen und können ihre Prämien also ohne Unterstützung nicht mehr bezahlen. Ein solcher Zustand ist doch nicht haltbar?

Bei der Einführung unseres Systems war nicht nur die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden das Ziel, sondern auch, dass ein Drittel der Bevölkerung einen Zuschuss erhalten sollte, um die Solidarität zwischen hohen und niedrigen Einkommen zu gewährleisten. Individuelle Prämienverbilligungen sind kein Zeichen für das Scheitern eines Systems. Im Gegenteil: Sie haben in unserem System einen festen Platz, um einen Ausgleich nach ökonomischer Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Wie viele Menschen Prämienverbilligung erhalten, sollte keine Frage der Bedürftigkeit sein – dieser Anteil hängt davon ab, was wir als Gesellschaft beschliessen, wie weit dieser Ausgleich gehen soll.

Steigen die Gesundheitskosten, weil Ärztinnen und Ärzte unnötige Eingriffe tätigen?

Tatsächlich wissen wir nicht, wie viele überflüssige Behandlungen es gibt, es dürften aber deutlich weniger sein als politisch immer wieder behauptet wird. Wir wissen jedoch, dass die Schweiz eine sehr gute Versorgungsqualität aufweist.

Leider geistert seit Jahren die Behauptung in der politischen Debatte herum, dass 20% der Versorgungsleistungen überflüssig seien. Dies ist vor allem für die Politikerinnen und Politiker attraktiv: So kann man Sparen ohne Verzicht versprechen. Die 20% beziehen sich allerdings nicht nur auf unnötige Behandlungen, sondern auf alle Ineffizienzen. Dazu gehören z.B. auch Operationen, die im Spital erfolgen, obwohl sie ambulant durchgeführt werden könnten, Notfallstationen anstelle des Hausarztes helfen müssen, zu hohe Medikamentenpreise oder ineffiziente Administrativprozesse.

Unnötige Leistungen sind aus Sicht der Ärzteschaft vor allem ein Qualitätsproblem. Darum fördern wir viele Qualitätsmassnahmen, die Überbehandlung verhindern können. Die bekannteste Massnahme sind die Smarter medicine-Listen oder Implantateregister, die aufzeigen, welche Behandlungen meist verzichtbar oder ungenügend sind. Um Überversorgung zu vermeiden, stärken wir die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte sowie der Patientinnen und Patienten und setzen uns für gute Rahmenbedingungen ein: Dazu gehören beispielsweise ausreichende Gesprächszeit mit Patientinnen und Patienten oder ein Verbot von Boni und Mengenzielen an Spitälern.

Aktuell dürfte angesichts des Fachkräfte- und Medikamentenmangels die Unterversorgung eher ein Problem sein als die Überversorgung. Umso stärker der Zeit- und Kostendruck im Gesundheitswesen zunimmt, umso grösser wird auch der Druck auf die Ärztinnen und Ärzte eine Behandlung nicht durchzuführen.

Belasten die hohen Löhne der Ärzteschaft die Gesundheitskosten?

Prämien- und Steuerzahlende haben ein Anrecht darauf zu erfahren, wie ihre Gelder zur Finanzierung des Gesundheitswesens eingesetzt werden. Obwohl Ärztteeinkommen in Medien und Politik regelmässig Aufmerksamkeit finden, werden die dazu vorhandenen Datengrundlagen oft ignoriert und irreführende Halbwahrheiten verbreitet. Es liegen jedoch bereits seit langer Zeit offizielle Zahlen zu den ärztlichen Einkommen vor, die durch die hohe Kooperationsbereitschaft der Ärzteschaft zustande gekommen sind: Das Medianeinkommen der selbständig tätigen Ärztinnen und Ärzte lag gemäss der letzten BFS-Erhebung bei 162'455 Franken im Jahr. Diese Einkommen entstehen auch durch die überdurchschnittliche Arbeitszeit von Ärzten und Ärztinnen: der mediane Stundenlohn lag bei 90 Franken. Bei den Diskussionen ist zu berücksichtigen, dass der Arztberuf ein akademischer Beruf mit einer extrem langen Ausbildungszeit ist. Nach Bachelor- und Master-Studium wird das Arztdiplom erworben und eine mindestens fünf bis sechsjährige Facharztweiterbildung absolviert. Während dieser Assistenzarztzeit erhalten die jungen Ärztinnen und Ärzte niedrigere Löhne für aktuell durchschnittlich 56 Wochenstunden, die in den meisten Erhebungen nicht berücksichtigt werden. Ärzte und Ärztinnen arbeiten auch nachts, an den Wochenenden und an Feiertagen. Hinzu kommt eine hohe Verantwortung für die Gesundheit und das Leben von Menschen.

Wie könnte die Prämienentwicklung gedämpft werden?

Es gibt verschiedene Gründe für die steigenden Prämien - gleichzeitig bestehen Lösungsansätze, die endlich umgesetzt werden müssten:

- **Finanzierungsreform EFAS– die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen**
Seit 14 Jahren diskutiert das Parlament die wichtigste Reform, mit der die Prämienzahlenden entlastet werden könnten, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden, weil sie Fehlanreize beseitigt: Immer mehr medizinische Behandlungen können ambulant durchgeführt werden, ohne Spitalübernachtung. Das ist politisch gewollt, weil es viel günstiger ist. Aber: Wenn man ins Spital muss, bezahlt der Kanton mit – ambulante Behandlungen bezahlen Prämienzahlende hingegen allein. Dass wir immer mehr ambulant behandeln können, spart zwar Geld – belastet damit aber die Prämienzahlenden: sie bezahlen mehr, während die Beteiligung der Kantone - die über einkommensabhängige Steuern finanziert wird - abnimmt. Diese unfaire Belastung würde mit der Finanzreform EFAS behoben.
- **Medikamentenreform zur Anpassung des Vertriebsanteils (KVV/KLV-Revision)**
Mit der Revision der KVV und KLV könnten die Prämienzahlenden rund eine halbe Milliarde jährlich entlastet werden, ohne die Versorgungssicherheit zu gefährden. Denn heute verdienen die Apotheken, Praxen und Spitäler beim Verkauf von teuren Medikamenten mehr als bei günstigen. Um diesen kostentreibenden Fehlanreiz zu beseitigen, haben die betroffenen Akteure gemeinsam, nach den Vorgaben des Departements des Inneren von Bundesrat Alain Berset einen Kompromiss erarbeitet. Mit einer einheitliche Medikamentenmarge werden vereinfacht gesagt die billigen rezeptpflichtigen Medikamente etwas teurer und die heute teuren Medikamente deutlich günstiger – wichtig ist, dass falsche Anreize korrigiert wurden und insgesamt massiv Kosten gespart werden können. Trotzdem wird das Inkrafttreten dieser Medikamentenreform vom Bundesrat verzögert.

- **Neuer Arzttarif Tardoc**
Mit dem ambulanten Arzttarif TARDOC liegt seit 2019 ein Lösungsvorschlag bereit, der nur noch vom Bundesrat genehmigt werden müsste. Er stärkt die Grundversorgung mit einem eigenen Hausarztkapitel und bildet dringend benötigte Leistungen wie eine verbesserte Begleitung chronischer Krankheiten, palliativmedizinische Betreuung oder digitale Angebote ab. Zudem stärkt der Tardoc durch die Vergütung interprofessioneller Leistungen eine kosteneffiziente Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe.
- **Wirksame Prämiapolitik der Kantone**
Die Prämienbelastung ist je nach Kanton und Lebenssituation sehr unterschiedlich. Für Haushalte mit geringeren Einkommen ist es zentral, dass es eine wirksame und gut zugängliche Prämienverbilligung gibt. Diese sind ein wichtiger Teil unseres Systems, um nicht nur die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden, sondern auch zwischen niedrigeren und höheren Einkommen zu gewährleisten. Mit steigenden Prämien müssen die Kantone darum auch mehr Prämienverbilligungen gewähren, die von den Berechtigten möglichst einfach bezogen werden können. Es darf nicht sein, dass sich Kantone hier aus der Verantwortung ziehen und belastete Haushalte im Stich lassen.

Wie beurteilen Sie die Vorschläge das Krankenkassenobligatoriums abzuschaffen?

Die obligatorische Krankenversicherung ist eine wichtige Errungenschaft und stellt sicher, was in kaum einem anderen Land so gut funktioniert: In der Schweiz haben alle Zugang zu einer hochstehenden Gesundheitsversorgung. Eine Abschaffung der Grundversicherung wäre darum ein Rückschritt und von der Mehrheit der Bevölkerung sicher auch nicht gewünscht. Gerade die Haushalte, die heute Mühe haben, die Prämien zu bezahlen, könnten sich dann keine Gesundheitsversorgung mehr leisten. Ihre Situation würde sich also nicht verbessern.

Wie beurteilen Sie die Vorschläge eine Budget-Versicherung einzuführen?

Mit der Grundversicherung hat die Schweiz festgelegt, was wir als Leistungen betrachten, zu denen wir alle Zugang haben sollten. Genau genommen sollte das bereits heute einer Budget-Versicherung entsprechen, denn das Gesetz fordert, dass nur bezahlt wird, was wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Der Ausschluss alternativmedizinischer Leistungen würde dem in einer Abstimmung festgehaltenem Volkswillen widersprechen und hätte auch kaum eine Kostenwirkung. Varianten wie die vermehrte Abgabe von Generika oder mehr Effizienz durch Digitalisierung sind ebenfalls Dinge, für die es keine Budget-Versicherung brauchen sollte, sondern die in der Grundversicherung gelingen müssen. Bereits heute gibt es viele alternative Versicherungsmodelle, die kostengünstigere Angebote machen. Diese erfolgreiche Entwicklung sollten wir weiter stärken, z.B. auch durch EFAS, statt parallel neue Versicherungsformen zu etablieren.

Braucht es jetzt eine Einheitskasse?

Die FMH hat keine Position zur Frage Einheitskasse. Klar ist aber, dass eine Einheitskasse an der aktuellen Entwicklung nichts ändern würde. Die Kostenentwicklung durch Demographie, medizinischem Fortschritt und zunehmendem Gesundheitsbewusstsein erfolgt unabhängig davon, ob man eine Einheitskasse hat oder nicht. Die Prämienanstiege könnten also auch eine Einheitskasse nicht verhindern. Die Anzahl der Krankenkassen hat zudem ohnehin über die Jahre bereits stark abgenommen.