

Gesundheit – Politik – Gesellschaft

Millionenverluste der Krankenkassen

Nach der Helsana präsentiert auch die CSS tieferen Zahlen. Es drohen erneut erhebliche Prämienaufschläge.

Auf ein schlechtes Jahr folgte ein noch schlechteres. 2008 wies die CSS-Gruppe einen Verlust von 87.6 Millionen Franken auf. 2009 stieg das Minus auf mehr als das Doppelte – auf 195.4 Millionen. „Deutlich, deutlich schlechter als erwartet“, kommentiert Franz Kappeler, Finanzchef der CSS, das Ergebnis.

Kappeler nennt zwei Gründe für das Debakel. Zum einen den Abbau der Reserven und zum anderen die unterschätzte Teuerung. Für die CSS ist heute schon klar, dass die Versicherten auch für das Jahr 2011 mit empfindlichen Prämienhöhungen rechnen müssen. Eine Prämienhöhung unter dem Jahr schliesst die CSS aber ausdrücklich aus.

Konzernchef Georg Portmann weiss natürlich, dass man mit massiven Prämienhöhungen Kunden vertreibt. Helsana hat nach ihrer überproportionalen Prämienhöhung im letzten Jahr 165'000 Versicherte verloren. Die CSS verlor „nur“ 16'000 Kunden in der Grundversicherung. Mit gut 1.3 Millionen Kunden hat die CSS die Helsana (1.2 Mio.) in der Grundversicherung als grössten Schweizer Versicherer überholt. Gesamthaft hat die Helsana aber immer noch mehr Versicherte als die CSS.

Den beiden Grossversicherern ist gemeinsam, dass ihre Billigkassen-Strategie gescheitert ist. Aufgabe der jeweiligen Billigkassen war es, junge, gesunde Kunden anzulocken. Doch auch die Billigkassen litten unter den stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Um die Prämien tief zu halten, wurden sie quersubventioniert. Davon wolle man nun Abstand nehmen, hiess es sowohl bei der CSS wie auch bei der Helsana. Bei der CSS will man das noch bis maximal 2012 machen, „ab dann muss jede Kasse selbsttragend sein.“

Das Bundesamt für Gesundheit BAG ist auf die Schwierigkeiten der Krankenversicherer aufmerksam geworden. 30 Kassen stehen heute unter verschärfter Beobachtung, darunter drei Billigkassen der Helsana sowie zwei der CSS. Diese müssen den Behörden jeden Monat die Geschäftszahlen übermitteln.

Steigende Gesundheitskosten

Die Krankenkassen rutschten im vergangenen Jahr weiter ins Minus. „Der Verlust der Branche insgesamt beträgt zwischen 1.2 und 1.4 Milliarden Franken“, sagt Felix Schneuwly, Sprecher des Branchenverbandes Santésuisse. Das entspricht rund 5 bis 6 Prozent der Prämien.

Der Grund für die Verluste sind die Jahr für Jahr steigenden Gesundheitskosten um durchschnittlich 4.5 Prozent. In den letzten zwei Jahren zwang der damalige Gesundheitsminister Couchepin die Kassen, die Prämien künstlich tief zu halten. Nun sind die Reservepolster vieler Kassen stark angegriffen oder aufgebraucht. Felix Schneuwly erklärt, das sei besonders beunruhigend, weil der Kostenanstieg ungebremsst weitergeht. „Wir prognostizieren auch für dieses Jahr einen Branchenverlust von einigen hundert Millionen Franken, weil wir nach wie vor nicht kostendeckende Prämien haben.“ Schuld seien diesmal die Versicherer selbst, weil sie die Prämien für 2010 zu knapp berechnet hätten. Ein happiger Prämienanstieg von 10 Prozent sei deshalb wahrscheinlich.

Provita erhöht Prämien im Juli

Beim Bundesamt für Gesundheit ist ein Gesuch des Krankenversicherers eingegangen, mit dem Antrag die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung per 1. Juli zu erhöhen.

Provita hat über 60'000 Grundversicherte, die bis Ende April über die geplante Prämienhöhung informiert werden müssen. Die Versicherten haben dann einen Monat Zeit, um gegebenenfalls zu kündigen und zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln.

Ob weitere Kassen unterjährige Prämienhöhungen durchführen, ist noch nicht bekannt.

Gesundheitswesen: Vorschläge der Parteien

Ziel der CVP: „Qualität zu fairen Preisen“

- **Föderalismus:** Die Kantonsgrenzen sollen fünf Gesundheitsregionen weichen. Jede Region hat ein Universitäts- oder ein Zentrumsspital mit Spitzenmedizin. Die medizinische Grundversorgung soll durch Arztpraxen, Gesundheitszentren und Regionalspitäler sichergestellt werden.
- **Ärztetzwerke:** Diese sollen mit tieferen Prämien und Kostenbeteiligung gefördert und als Standard im Gesetz verankert werden.
- **Finanzierung:** Der Kanton soll sowohl an stationäre als auch an ambulante Leistungen 30 Prozent zahlen, die Krankenkasse den Rest. Keine Einheitskasse.
- **Leistungskatalog:** Regelmässige Überprüfung der Pflichtleistungen.
- **Palliativpflege:** Flächendeckende Pflege in der letzten Lebensphase sowohl zu Hause, im Spital als auch im Pflegeheim.
- **Prävention:** Soll nicht nur vor ansteckenden Krankheiten wie Aids schützen, sondern auch vor anderen wie etwa vor Alters-Diabetes. Diese Prävention muss aber an der Basis ansetzen, der Staat soll unnötige Eingriffe in die persönliche und unternehmerische Freiheit vermeiden.

Ziel der FDP: „Qualität, Wahlfreiheit, Eigenverantwortung“

- **Qualität:** Spätestens ab 2012 sollen die Bürger wissen, welches Spital welche Qualität bei welcher Krankheit liefert. Der Bund soll die Voraussetzung für eine unabhängige gesamtschweizerische Ratingagentur schaffen.
- **Risikoausgleich:** Ist auf 2012 zu ergänzen. Versicherer sollen an einer guten Behandlung und Genesung von Patienten verdienen und nicht am Abschieben von Kranken oder an der Jagd nach guten Risiken. Versicherer sollen sich auf Krankheiten spezialisieren sowie Prävention und Beratung anbieten.
- **Ärztetzwerke:** Jeder Versicherer soll mindestens ein Managed-Care-Modell anbieten. Dieses umfasst Budgetmitverantwortung. Ausserhalb solcher Modelle soll ein Selbstbehalt von 20 Prozent gelten. Vertragsfreiheit ist einzuführen, der Zulassungsstopp ist aufzuheben.
- **Finanzierung:** Santésuisse und FMH werden von den Preisverhandlungen ausgeschlossen, diese werden direkt zwischen Versicherung und Leistungserbringer geführt. Stationäre und ambulante Leistungen sollen gleich finanziert werden, nämlich auf 2013 nur noch aus einer Hand. Kopfprämie ist gerecht. Keine Einheitskasse. Kein staatlicher Hochrisikopool.
- **E-Health:** Bis 2012 schafft der Bund technische Standards für elektronische Patientendossiers.

Ziel der SP: „Wirksame und nachhaltige Kostenkontrolle“

- **Qualität:** Qualitätssystem auf eidgenössischer Ebene. Unabhängiger Dienst, der die Rechte der Patienten gegenüber Pflegenden, Institutionen und Krankenkassen schützt. Nur jene Fortschritte sollen unterstützt werden, die erhöhte Wirtschaftlichkeit und besondere Qualität zur Folge haben.
- **Risikoausgleich:** Muss weiter präzisiert werden, um Versicherer dazu zu bringen, auch Menschen mit schweren Krankheiten grundsätzlich zu unterstützen.
- **Ärztetzwerke:** Versicherer müssen sie anbieten. Umfasst Budgetmitverantwortung.
- **Finanzierung:** Kopfprämien sind ungerecht, die Krankenversicherung muss entweder einkommensabhängig erfolgen oder das System der Prämienverbilligung anders gestaltet werden. Abschaffen der Wahlfranchise. Gleiche Finanzierung der stationären und ambulanten Bereiche. Weg vom Einzeltarif hin zu einer Pauschalfinanzierung. Schaffung eines Hochrisikopools, aus welchem besonders teure Pflegemassnahmen finanziert werden. Teure medizinische Geräte sollen bewilligungspflichtig werden.
- **E-Health:** Der Versichertenkarte müssen rasch umfassende Lösungen folgen.
- **Föderalismus:** Ist veraltet, es braucht eine nationale Gesundheitspolitik. Initiative Einheitskasse.
- **Numerus clausus** zur Zulassung zum Medizinstudium: Aufheben.

Ziel der SVP: „Grundsätzlich Wettbewerb“

- **Qualität:** Vergleichbarkeit von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen ist zu verbessern.
- **Risikoausgleich:** Muss begrenzt werden, darf nicht zu einem vollständigem Kostenausgleich führen. Das Risiko soll innerhalb der Krankenversicherungsgruppe bleiben.
- **Ärztetzwerke:** Sind zu fördern und mit reduzierten Prämien zu belohnen. Die Vertragsfreiheit ist einzuführen, der Zulassungsstopp aufzuheben. Im Inland ausgebildete Personen müssen auf dem Arbeitsmarkt primär berücksichtigt werden.
- **Finanzierung:** Die Prämien sind auf dem Niveau von 2009 einzufrieren. Finanzielle Anreize für gesundheitsförderndes Verhalten bei den Prämien für Personen, welche wenig ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.
- **Leistungskatalog:** Ein positiver Grundleistungskatalog anstelle der heutigen Negativliste.
- **Prävention:** Ein nationales Präventionsgesetz ist fragwürdig und unnötig: Man darf Bürger nicht als unmündig betrachten.

Neuer BAG-Chef Pascal Struppler: 100 Tage im Amt – eine erste Bilanz

Der neue Chef des Bundesamtes für Gesundheit BAG gab nach 100 Tagen im Amt seine Projekte für das Gesundheitswesen bekannt: Prämien besser prüfen, Ärztenetzwerke fördern, Billigkassen unterbinden, Gesundheitswesen neu ordnen.

Pascal Struppler suchte bei der Präsentation seiner Projekte Mitte April den Dialog und war vorsichtig in der Formulierung seiner Aussagen.

- **Prämien:** Struppler gab bekannt, dass das BAG prüft, wie es mehr Kompetenzen erhalten kann, um bei der Prämienfestsetzung stärker eingreifen zu können.
- **Risikoselektion:** Für 2012 ist ein Gesetz geplant, das den Risikoausgleich verfeinern will. Dabei sollen Kassen mit tiefen Risiken Kassen mit hohen Risiken mehr Ausgleichszahlungen leisten.
- **Einheitskasse:** Mit dem verfeinerten Risikoausgleich soll die wieder mehr Aufwind bekommende Einheitskasse bekämpft werden. Bundesrat Burkhalter und Struppler stehen dem Modell skeptisch gegenüber.
- **Spitalfinanzierung:** Der Fahrplan für die Fallpauschalen, die 2012 eingeführt werden, sei eng, bestätigt Struppler. Das System könne aber auch nach 2012 noch verbessert werden.
- **EDV-Dossiers:** Struppler will das Projekt der elektronischen Patientendossiers vorantreiben. Mit dem E-Health-Projekt sollen medizinische Daten elektronisch erfasst und die Behandlung von Patienten effizienter werden. Noch sind sowohl technische wie auch datenschützerische Hürden zu überwinden.

Der BAG-Chef ist um einen Konsens bemüht. Skeptiker bezweifeln, ob er dem Reformbedarf gewachsen ist und Antworten auf die zentrale Frage hat, wie die Kostenexplosion im Gesundheitswesen in den Griff zu kriegen ist. Er agiere passiv, unsicher und höchst verhalten.

Selbstkritisch sagte Struppler zum Schluss, dass in der emotionalen Gesundheitspolitik nur wenig Ruhm zu erreichen sei.