

Gesundheit – Politik – Gesellschaft

Regulator soll Kassen überwachen

SP-Ständerätin Simonetta Sommaruga fordert einen Regulator für die Aufsicht über die Krankenkassen, da diese verzettelt und unübersichtlich sei.

Für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung ist das Bundesamt für Gesundheit BAG zuständig, die Finanzmarktaufsicht wacht über die finanzielle Sicherheit des gewinnorientierten privaten Zusatzversicherungsgeschäfts der Krankenkassen. Um da die Übersicht behalten zu können fordert SP-Ständerätin Simonetta Sommaruga „ein vom Bundesrat gewählter, unabhängiger Regulator, der beide Versicherungszweige beaufsichtigen soll. Er soll, wenn nötig, auch Verfügungen aussprechen können.“

Von einem Regulator erhofft man sich diverse Unsitten verhindern zu können:

- Die Gesundheitsminister hatten den Kassen immer wieder die Senkung der Grundversicherungsreserven vorgeschrieben, um die Prämien vorübergehend künstlich zu senken. Politisch beeinflusste Prämien genehmigungsverfahren, welche die Stabilität von Kassen gefährden, wären unter einem Regulator nicht mehr möglich.
- Versicherungskonzerne mit eigenen zusätzlichen Billigkassen machten mit nicht kostendeckenden Prämien Jagd auf junge, gesunde Menschen. Die Verluste der Billigkassen deckten sie mit Quersubventionen aus der Zusatzversicherung. Ein Regulator könnte da eingreifen.

Neben der Einführung eines Regulators fordert Sommaruga von den Krankenkassen eine transparente Rechnungslegung. Zudem sollen alle Versicherten das Grund- und Zusatzversicherungsgeschäft in zwei getrennten Firmeneinheiten führen oder zumindest im Geschäftsbericht einen vollständig separierten Ausweis der beiden Versicherungszweige veröffentlichen.

Helsana 2009 erneut mit Verlust

Die Helsana-Gruppe, die grösste Krankenkasse der Schweiz, weist für das vergangene Jahr erneut einen Verlust aus. Das Minus sank aber gegenüber dem Vorjahr von 215 Mio. auf 58 Mio. Franken.

Die Prämieinnahmen verharrten mit 5.49 Mrd. Franken praktisch auf Vorjahresniveau, wie Helsana mitteilte.

Die massive Prämienerrhöhung auf Anfang 2010 um durchschnittlich 9.3 Prozent führte zu einem ebenso massiven Kundenabgang: Rund 165'000 Grundversicherte verliessen Helsana. „Wir haben die Wechselbereitschaft unserer Versicherten unterschätzt“, so Eugen David, VR-Präsident der Helsana-Gruppe. Nicht mehr nur die Jungen oder die guten Risiken würden die Grundversicherung wechseln.

Insbesondere die Prämien bei den eigenen Billigkassen wurden überdurchschnittlich angehoben. Preisoptimierer, die konsequent jedes Jahr zum günstigsten Anbieter wechseln, verliessen daraufhin die Helsana-Gruppe, da in der Prämienrunde 2010 keine der eigenen Billiglinien zu den günstigsten Krankenkassen gehörte. „Wir zahlen nun eben den Preis für das rasante Wachstum der Vorjahre“, so ein Pressesprecher von Helsana. Dies zeigt sich nicht nur bei den rückläufigen Versichertenzahlen, sondern auch bei den Reserven: Wie bereits im Vorjahr liegen alle drei Billigkassen der Helsana (Sansan, Avonex, Aerosana) unter den gesetzlichen Mindestanforderungen.

Mit knapp zwei Millionen Versicherten bleibt die Gruppe nach eigenen Angaben aber der führende Kranken- und Unfallversicherer der Schweiz.

Mit der Erhöhung seien die Prämien auf ein kostendeckendes Niveau angehoben worden. Die drei grössten Kostenblöcke in der Grundversicherung bildeten die stationären Kosten (Kostenanstieg allein im 2009 von 6.1%), die Arztpraxen (+ 2.5%) und die Medikamente (+ 4.5%).

Während die Defizite in der Grundversicherung anhielten, verbesserte sich das Ergebnis mit Kapitalanlagen im Zuge der Erholung an den Finanzmärkten deutlich: Es resultierte ein Plus von 278 Mio. Franken nach einem Minus von 229 Mio. Franken im Vorjahr. Auch das Zusatzversicherungsgeschäft und die Unfallversicherung entwickelten sich positiv.

Der Betriebsaufwand stagnierte mit 568 Mio. Franken auf dem Niveau von 2008. Im laufenden Jahr will man den rund 3000 Mitarbeitende zählende Konzern „kritisch durchleuchten“, um die Effizienz zu erhöhen.

Weitere Schlagzeilen macht Helsana mit der Ablehnung von Aufnahmen gesunder Personen in die Zusatzversicherung, wenn diese nicht auch die obligatorische Krankenversicherung abschliessen. Zitiert werden versicherungstechnische und wirtschaftliche Gründe.

Neu arbeitet Helsana auch mit der Versandapotheke Xtrapharm zusammen. Die Krankenkasse hat bereits Abkommen mit den Versandapotheken Zur Rose und Mediservice. Auf diesem günstigeren Kanal beziehen die Versicherten bisher rund 4.7 Prozent des gesamten Medikamentenbedarfs. Helsana verspricht sich durch die Zusammenarbeit mit den Versandapotheken Einsparungen im Millionenbereich.

Zudem baut Helsana die Zusammenarbeit mit McOptik aus. Versicherte erhalten bereits jetzt einen exklusiven Rabatt von 10 Prozent auf Korrekturgläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen und Dienstleistungen wie Sehtest. Neu kommt hinzu, dass Helsana-Kunden Augenärzte mit einem sogenannten Eyemedics-Computer aufsuchen können, welcher den Brillenkauf oder Korrekturen über McOptik wesentlich vereinfacht. McOptik profitiert massiv von der Kooperation mit Helsana. Der Krankenversicherer wiederum profiliert sich bei Neukunden und will sich gegenüber der Konkurrenz abheben.

In diesem Zusammenhang hat sich die Helsana noch etwas anderes einfallen lassen: Sie macht sich moderne Kommunikationsmethoden zu Nutze und bietet einen mobilen Sehtest für unterwegs für alle iPhone-User an. Wer feststellt, dass er in diesem Sehtest durchfällt, wird an die nächstgelegene McOptik-Filiale verwiesen. Obwohl selbst Helsana-Chef Manfred Manser einräumt, dass dies als nicht ganz seriöse Abklärung aufzufassen sei, sei es doch ein wirksames Mittel, um die jungen Gesunden auf die Krankenkasse aufmerksam zu machen.

Visana 2009 mit rückläufigem Gewinn

Die Krankenversicherungsgruppe Visana hat im vergangenen Geschäftsjahr unter den steigenden Gesundheitskosten gelitten und weniger verdient. Gestiegen ist hingegen die Zahl der Versicherten.

Die Zahl der Grundversicherten erhöhte sich um über 50'000 auf mehr als 585'000 (+9.3%).

Trotz dieser Zunahme musste Visana wie bereits im Vorjahr einen Gewinnrückgang hinnehmen: In der obligatorischen Grundversicherung verdiente Visana 0.3 Mio. Franken, nach 0.7 Mio. Franken im Jahr zuvor. Bei den Zusatz- und Sachversicherungen sank der Gewinn von 23 Mio. Franken auf 15 Mio. Franken.

Die Reserven liegen laut Visana mit über 23 Prozent deutlich über den per Ende 2009 gesetzlich vorgeschriebenen 10 Prozent. Damit könne die Visana-Gruppe ihren Versicherten garantieren, dass es zu keiner unterjährigen Prämienhöhung kommen wird.

Details zum Jahresergebnis 2009 gibt Visana Ende April bekannt.

Concordia baut Kundenstamm und Prämienvolumen 2009 weiter aus

Die Concordia Kranken- und Unfallversicherungen hat im Geschäftsjahr 2009 ihre Kundschaft erweitern können. Es seien trotz der Konkurrenz durch Billigkassen in der obligatorischen Grundversicherung 12'000 neue Kunden gewonnen worden, liess der Versicherer mitteilen. So stieg die Anzahl der Versicherten auf 682'000 und die Prämieinnahmen auf 1.9 Mrd. Franken an. Das Netz von Aussenstellen wurde dagegen von 320 auf 300 verringert.

Die Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung lagen per Ende 2009 bei gut 17 Prozent der Prämieinnahmen und „deutlich“ über den gesetzlichen Mindestanforderungen. Im Vorjahr lag dieser Wert noch bei gut 20 Prozent.

Auf unterjährige Prämien erhöhungen werde man verzichten, so Concordia, obwohl die Leistungskosten auch dieses Jahr steigen würden. Dank der „guten Reservesituation sowie dem rigorosen internen Kostenmanagement“ sei der Ausblick auf das Geschäftsjahr 2010 „zuversichtlich“.

Jeder zweite Assistenzarzt kommt aus dem Ausland

Deutsche machen mit über 30 Prozent die grösste Gruppe aus.

Fast jeder zweite in der Schweiz tätige Assistenzarzt kommt aus dem Ausland oder verfügt über ein ausländisches Arztdiplom. Im Jahr 2009 waren es im schweizerischen Durchschnitt 45 Prozent. Rund 38 Prozent der Assistenzärzte kommen aus Deutschland, über sieben Prozent sind Ärzte aus anderen Ländern der Europäischen Union.

Am meisten auf ausländische Assistenzärzte angewiesen ist man mit einem Anteil von fast 64 Prozent in der Psychiatrie und Psychotherapie. Auch bei der orthopädischen Chirurgie und der Gynäkologie sind mit fast 59 und 54 Prozent mehrheitlich ausländische Assistenzärzte tätig. Besser vertreten sind die Schweizer in der Anästhesie, der Kinder- und Jugendmedizin und der inneren Medizin.

Spitzenmedizin soll verteilt werden

Es gibt erste Vorschläge zur schweizweiten Koordination der Spitzenmedizin. Im Frühling sollen bereits Entscheide gefällt werden.

Die Verteilung der Spitzenmedizin auf die Spitäler in der Schweiz wird konkret. Zu fünf Bereichen liegen Vorschläge und Szenarien bereit, wo sie künftig angeboten werden sollen. Die Bereiche umfassen 1) die Protonentherapie, 2) Organtransplantation, 3) schwere Verbrennungen, 4) allogene Knochenmark- und Blut-Stammzellentransplantationen sowie 5) Cochlea-Implantate für Gehörlose. Zur Zeit können Spitäler, Kantone und Fachgesellschaften zu den Vorschlägen Stellung nehmen. Nach dieser Anhörung sollen dann im Frühling erste Entscheide gefällt werden.

Das Thema ist für die einzelnen Kantone von grosser Bedeutung. Im Kanton Bern geht es zum Beispiel darum, ob das Inselspital auch zukünftig Herztransplantationen durchführen darf oder ob Bern wie gewünscht ein Zentrum für Protonentherapie zur Behandlung von Krebs aufbauen darf. Ein solches Zentrum – ein 100-Millionen-Franken-Projekt – ist beim Inselspital seit 2006 in Planung, doch auch Zürich und private Anbieter haben Interesse angemeldet. Mehr als ein Zentrum kommt aber für die Schweiz nicht in Frage. Bei den Herztransplantationen gibt es heute die Zentren Lausanne, Bern und Zürich. Das seien zu viele, so ein fachkundiger Experte aus Bern.

Mit ihren Vorschlägen kommen die Kantone ihrer Pflicht nach, die Spitzenmedizin nicht länger im eigenen Kanton zu regeln, sondern gemeinsam und schweizweit zu planen. Finden sie keine Lösung, übernimmt der Bundesrat die Koordination.

Welches Spital letztendlich welche Art der Spitzenmedizin anbieten darf, entscheidet ein Beschlussorgan, bestehend aus zehn Gesundheitsdirektoren. Gegen den Entscheid des Beschlussorgans kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht werden. Ein solches Verfahren könnte sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Somit könnte es Jahre dauern, bis die Konzentration der Spitzenmedizin umgesetzt wird.
