

# Gesundheit – Politik – Gesellschaft

---

## Nur noch zwei Differenzen zum Massnahmenpaket Couchepin

Das Parlament kann im Juni das Massnahmenpaket zur Eindämmung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen verabschieden. Die Gesundheitskommission des Nationalrats (SGK) hält nur noch an zwei Differenzen fest.

So will sich die SGK dem Ständerat anschliessen und die Massnahmen nicht im Dringlichkeitsrecht einführen. Sie sollen ins ordentliche Recht eingehen und ab Januar 2011 gelten.

Bei den Medikamentenpreisen empfiehlt die SGK ihrem Rat, sich dem Ständerat weiterhin zu widersetzen. Bei gleicher Eignung soll einem Patienten das billigere Medikament verschrieben werden.

Die zweite Differenz betrifft die Frage, ob in den Rechnungen auch die medizinische Diagnose aufgeführt werden soll. Die SGK sprach sich für einen Kompromissvorschlag aus.

Weiter hat die SGK die Vorlage zu Managed Care zu Ende beraten. Sie unterstützt die Revision des Krankenversicherungsgesetzes, welche den Anstieg der Gesundheitskosten bremsen soll. Gegen ihren Willen sollen Krankenkassen verpflichtet werden, Managed Care anzubieten. Gleichzeitig soll auch der Risikoausgleich unter den Krankenkassen verfeinert werden. Das Parlament wird sich damit ebenfalls im Juni befassen.

---

## Neue Reformvorschläge von Otto Ineichen

*Otto Ineichen (FDP/LU) nimmt einen neuen Anlauf zur Senkung der Gesundheitskosten.*

„Beim Gesundheitswesen steht es fünf nach zwölf“, schreibt der Nationalrat Otto Ineichen. Er legt ein rund 60 Seiten umfassendes Massnahmenpapier vor, das aufzeigt, mit welchen kurz-, mittel- und langfristigen Massnahmen die Kostenexplosion in den Griff und der damit verbundene jährliche Prämienanstieg gebremst werden könne. Gelingt es nicht, die Massnahmen schnellstmöglich umzusetzen, drohe ein Kollaps, so Ineichen. „Wir müssen vom Selbstbedienungsladen Gesundheitswesen Abschied nehmen.“ Er will ausserdem verhindern, „dass das Gesundheitswesen zum Spielball der Wahlen 2011“ werde.

Das Grundlagenpapier von Ineichen umfasst folgende Punkte:

- **Medikamente:** Allein 300 Millionen Franken könnte der Bundesrat per 2011 im Bereich der Generika einsparen.
- **Tarife:** Weitere 300 Millionen könnten gespart werden, wenn Spitalambulatorien und Arztpraxen die gleichen Tarife verrechnen müssten.
- **Spitalfinanzierung:** Das Wettüben unter den Spitälern muss per sofort gestoppt werden.
- **Zweitmeinung:** Vor jeder planbaren, aufwendigen und teuren Operation soll zwingend eine Zweitmeinung eingeholt werden.
- **Pflege:** Wer Angehörige zu Hause pflegt, soll künftig weniger Steuern zahlen. Damit will Ineichen die Pflege zu Hause fördern.
- **Patientenverfügung:** Jeder soll eine Patientenverfügung besitzen, damit verhindert wird, dass gegen den Willen des Patienten teure Eingriffe durchgeführt werden.
- **Einheitskasse:** Das Parlament soll die Basis für einen Versuch schaffen. Für fünf Jahre soll ein Kanton eine Einheitskasse als Test einführen. Damit will Ineichen der Initiative der SP den Wind aus den Segeln nehmen.
- **Transparenz:** Leistungserbringer, die nicht volle Transparenz über Kosten liefern, sollen nach dem dritten Verstoss aus der Grundversicherung ausgeschlossen werden.
- **Krankenkassenfinanzierung:** Quersubventionen bei den Krankenkassen müssen definitiv der Vergangenheit angehören.
- **Provisionsverbot per Notrecht:** Das Parlament will Provisionen für Vermittler von Krankenkassen in der Grundversicherung verbieten. Ineichen fordert vom Bundesrat, dieses Verbot ab Herbst per Notrecht durchzusetzen.
- **Aufhebung des Numerus clausus:** Anstelle des NC sollen sich Medizinstudenten verpflichten, nach der Ausbildung mindestens zehn Jahre als Arzt zu arbeiten, ansonsten müssen sie einen Teil der Ausbildungskosten zurückzahlen.

Otto Ineichen hat den Bundesrat und die vorberatenden Kommissionen über sein Massnahmenpapier informiert, erste Feedbacks seien vorerst positiv ausgefallen.

## **Prämienhöhung von 7 bis 10 Prozent?**

Die Krankenkassenprämien könnten 2011 um sieben bis zehn Prozent steigen. Damit rechnet der Krankenkassenverband Santésuisse. Die Prämienhöhung setze sich zusammen aus dem Nachholbedarf von 2010 von rund drei Prozent und dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen von vier Prozent, so Felix Schneuwly gegenüber der „NZZ“. Wenn die Krankenkassen ihre Reserven wieder auf die gesetzlichen Vorgaben aufrufen müssten, bräuchte es gar eine Prämienhöhung von rund 10 Prozent.

Das Bundesamt für Gesundheit kann zu möglichen Prämienhöhungen keine Angaben machen. Die definitiven Zahlen würden wie üblich im Herbst präsentiert, so ein BAG-Sprecher.

---

## **Gesuche um Aufnahme der Komplementärmedizin in Leistungskatalog**

Die fünf aus der Grundversicherung ausgeschlossenen Methoden der Komplementärmedizin sollen wieder in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung kommen. Das Schweizer Volk hat im Mai 2009 mit einem deutlichen Ja dafür gestimmt. Die Vertreter der fünf Methoden haben nun beim Bundesamt für Gesundheit entsprechende Gesuche eingereicht.

Ob die Anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die Traditionelle Chinesische Medizin wieder von der Grundversicherung gedeckt werden, wird das Eidgenössische Departement des Innern EDI voraussichtlich bis Ende Jahr entscheiden. Dies teilte das BAG Ende April mit.

Damit die fünf Methoden wieder aufgenommen werden, müssen die jeweiligen Fachgesellschaften zeigen, dass die Behandlungsmethoden wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

---

## **Gesundheitskosten: Die Senkung der Labortarife ergibt bisher nur geringe Einsparungen**

200 Millionen Franken sollten mit der Senkung der Labortarife jedes Jahr eingespart werden. Laut Santésuisse ist man in Anbetracht der ersten Zahlen von 2009 „weit weg vom angepeilten Ziel. Wir sind angesichts des Sparziels nicht auf Kurs.“

Die FMH, die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, weist darauf hin, dass seit der Senkung der Labortarife die Grundversorger 25 bis 30 Prozent Laborumsatz eingebüsst hätten. Die Hauptkritik der FMH zielt damals wie heute auf die ungleiche Behandlung von Gross- und Praxislabors ab, die unterschiedlich hohe Taxen berechnen können. Das sei keine gute Lösung für das Kostenproblem.

Das Bundesamt für Gesundheit mahnt zur Geduld und verweist darauf, dass die Einsparungen erst in der Anfangsphase der Umsetzung sind und sie noch wirksam werden müssen.

---

## **Sanitas und KPT fusionieren**

*Im Schweizer Krankenversicherungsmarkt entsteht ein neues Schwergewicht.*

Die Zürcher Sanitas und die KPT mit Sitz in Bern schliessen sich zusammen. Nach den aktuellen Geschäftsberichten kommen die beiden Unternehmen zusammen auf über 1.2 Millionen Versicherte (darunter 900'000 in der Grundversicherung) und haben über 1'000 Mitarbeiter.

Durch die Fusion schliessen Sanitas/KPT zu den Marktführern CSS und Helsana auf. Sanitas/KPT ist neu die drittgrösste Krankenkasse der Schweiz.

---

## **Finanzergebnisse der Krankenkassen**

Die Versicherungsgruppe **Visana** hat im vergangenen Jahr einen Gewinn von 15.3 Mio. Fr. erzielt. Das sind 35.4 Prozent weniger als im Vorjahr. Das Unternehmen verweist auf gestiegene Gesundheitskosten und ein schwieriges Marktumfeld. Die Versichertenzahl blieb bei Visana mit über 420'000 praktisch stabil. Zulauf hatten hingegen die Billigkassen sana24 und

vivacare. Insgesamt stieg die Zahl der Grundversicherten um 17.1 Prozent auf 542'000. Mit dem Zusatzversicherungsgeschäft verdiente Visana 15 Mio. Fr., 8 Mio. Fr. weniger als im Vorjahr.

**Sanitas** schreibt weiter Verluste, jedoch konnte der Krankenversicherer sein Ergebnis im Vorjahresvergleich leicht verbessern. Der Verlust der operativen Gesellschaften beträgt 70 Mio. Fr. nach einem Verlust von 89.2 Mio. Fr. im Vorjahr. Sanitas begründet den Verlust mit zu tiefen Prämien in den Vorjahren und der ungebrochenen Kostenentwicklung. Erfreulich seien jedoch die Abschlüsse in der Zusatzversicherung und der massiv verbesserte Gewinn auf den Kapitalanlagen. Dieser beträgt rund 82 Mio. Fr. Sanitas versichert aktuell über 884'000 Kunden. Durch die letztjährige Lancierung der günstigen Krankenversicherung Sanitas Compact One konnte der Versicherer viele Kunden gewinnen.

**KPT** hat im vergangenen Geschäftsjahr wieder einen Gewinn erzielt – vor allem dank einer Verbesserung in der Wertschriftenreserve. Der Überschuss belief sich auf 3.7 Mio. Fr. nach einem Verlust von 21.5 Mio. Fr. im Vorjahr. Dank nur moderaten Prämienhöhungen sei der Versichertenbestand in der Grundversicherung um rund fünf Prozent auf knapp 310'000 Versicherte gewachsen. Der Versichertenbestand der gesamten genossenschaftlich organisierten KPT-Gruppe stieg um über 16'000 auf 347'000 Versicherte.

Die **ÖKK** ist in die Gewinnzone zurückgekehrt. Nach einem Verlust von 20 Mio. Fr. im Vorjahr weist der Versicherer 2009 einen Gewinn von 3.7 Mio. Fr. aus. Schwarze Zahlen hätten wieder dank solider Finanzen und vorausschauender Planung erreicht werden können, so das Unternehmen. Mit dem Gewinn werden die Reserven aufgestockt.

---

Die Basler Krankenkasse Sympany kauft die angeschlagene Thurgauer Kasse Carena. Nach der Luzerner Xundheit im vergangenen Jahr übernimmt Sympany nun die Thurgauer Carena. Carena erhält per sofort eine Finanzhilfe von fünf Millionen Franken. Sympany selbst bestätigt, dass sie das Jahr 2009 in den roten Zahlen abgeschlossen hat, und zwar mit einem Verlust von 28 Millionen. Die Versicherungsgruppe sei aber finanziell solide, so Sympany-Chef Beat Ochsner. Absehbar sei allerdings bereits, dass es 2011 wieder zu einer deutlichen Prämienhöhung kommen werde.

---

Nebst Provita erhöht auch SanaTop per 1. Juli die Prämien. Laut Bundesamt für Gesundheit sind diese beiden Kassen die einzigen, die ihre Prämien auf dieses Datum erhöhen werden. Ob Gesuche für weitere Kassen vorliegen, darf das BAG nicht sagen. Es dürfe erst kommunizieren, wenn die Versicherten zwei Monate im Voraus informiert worden seien. Es gibt Anzeichen, dass per 1. August eine Kasse mit 4'000 Versicherten ihre Prämie anheben wird, und dass zwei weitere Kassen mit insgesamt rund 50'000 Versicherten eine Prämienhöhung im Herbst planen. Das BAG hält fest, dass es theoretisch möglich sei, die Prämien jeden Monat zu erhöhen.

---

## **Krankenkassen betreiben über 550'000 Versicherte**

*Wegen säumiger Prämienzahler haben die Kassen Ausstände von 620 Millionen Franken.*

Die Zahl jener Menschen, die ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen, nimmt zu. Für 200'000 Versicherte gilt ein Leistungsstopp. Wenn ein Versicherter trotz Mahnungen nicht bezahlt, darf die Krankenkasse nach noch geltendem Gesetz die Bezahlung von Arzt- und Spitalkosten verweigern. Erst wenn die ausstehenden Prämien vollständig bezahlt wurden, endet dieser Leistungsstopp.

Diese Art von Leistungsstopp wird nun mit einer neuen Lösung ersetzt. Demnach dürfen die Krankenkassen keinen Leistungsstopp mehr verhängen. Die Kantone übernehmen dafür im Gegenzug 85 Prozent der Prämienausstände und sie dürfen Versicherte, die die Prämien trotz mehrfachen Aufforderungen nicht zahlen, auf einer Liste erfassen. Da säumigen Zahlern nur noch eine Notfallbehandlung zusteht, erhofft man sich, dass auf diese Weise die ausstehenden Prämien doch noch bezahlt werden.