

KONSUMENTENSTIMME

Fakten, Zahlen und Hintergründe

Editorial

VVG-Revision



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs

So heiss und trocken wie der Sommer 2018 ist oft auch die Gesundheitspolitik. Und so ungewiss es ist, ob unsere Politik das Klima in gewünschtem Masse beeinflusst, so ist es auch mit der Wirkung der Gesundheitspolitik auf die steigenden Kosten. In meinem Beitrag auf Seite 1 lege ich dar, warum die Revision des über hundertjährigen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) korrigiert werden muss, damit Anbieter und Nachfrager auf dem privaten Versicherungsmarkt weiterhin im Kräftegleichgewicht agieren.

Jérôme Cosandey von Avenir Suisse empfiehlt auf Seite 2 den Krankenversicherern, ihre Kunden vor teuren Eingriffen besser über Effizienz- und Qualitätsunterschiede zu informieren. Patienten, die sich für effizientere Behandlungsmethoden ohne Qualitätseinbussen entscheiden, sollten einen Teil des Effizienzgewinns als Gutschrift bekommen. Wer Gleichbehandlung mit Gleichmacherei verwechselt, will von solchen Ideen natürlich nichts wissen.

Pius Gyger beleuchtet auf Seite 3 den Zusatzversicherungsmarkt, der trotz des stetigen Ausbaus der Grundversicherung ohne Zwangsabgaben wächst. Deshalb wäre es falsch, Gesundheitspolitik bloss anhand des Krankenversicherungsgesetzes zu betreiben.

Dass die gezielte Durchsetzung des Krankenversicherungsgesetzes besser für Gesundheit und Portemonnaie ist als die 140 Massnahmen, mit denen unser Bundespräsident das Gesundheitswesen Schritt für Schritt verstaatlichen will, ist Thema auf Seite 4.

Ich wünsche viel Spass beim Lesen!

VVG-Revision verbessern

Eine Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ist in der Vergangenheit mehrfach gescheitert. Der jüngste Versuch ist nicht zukunftsorientiert und gefährdet das Kräftegleichgewicht zwischen den Versicherungen und ihren Kunden zugunsten der Anbieter.

Felix Schneuwly. Die Versicherungswirtschaft hat zwar erfolgreich lobbyiert, schadet sich langfristig aber selbst, sollten die Maximalforderungen die Vernehmlassung, die parlamentarische Debatte und allenfalls ein Referendum überstehen. Einseitige, ja sogar rückwirkende Vertragsänderungen, sind insbesondere bei Krankenzusatz- und Lebensversicherungen nicht im Interesse der Versicherten. Diese könnten den Anbieter nicht mehr oder nur mit finanziellen Verlusten wechseln. Bei massiver Unzufriedenheit bliebe ihnen nur der Ausstieg. Für den Kunden nicht von grosser Bedeutung sind Vertragsänderungen durch den Versicherer bei Auto-, Hausrat- und Rechtsschutzversicherungen, weil sie wegen ihrer Marktmacht jederzeit problemlos den Anbieter wechseln können.

Wo die Marktmacht der Anbieter oder Nachfrager einseitig stark ist, werden Märkte träge und der Wohlstand nimmt ab. So verzeichnen zum Beispiel Länder mit zu starkem Arbeitnehmerschutz eine hohe Arbeitslosenrate, weil Arbeitgeber lieber nicht zu viele Leute anstellen. Das Gleiche gilt auch für den Versicherungsmarkt. Wie auch andere Experten kritisiert Versicherungsrechtsprofessor Stephan Fuhrer von der Universität Basel den bundesrätlichen VVG-Revisionsentwurf: «Angetreten ist die Vorlage mit dem Anspruch, die Stellung der Versicherten zu verbessern. Was wir jetzt vor uns haben, verschlechtert ihre Position in ganz wichtigen Punkten.»

Artikel 35 des Vorschlags sieht trotz schwammig formulierter Ausnahmen vor, dass Versicherungen die Vertragsbedingungen einseitig anpassen können. Sie müssen den Kunden

lediglich über die Änderungen sowie über die Kündigungsmöglichkeit informieren. Das ist gerade bei Krankenzusatz- oder Lebensversicherungen ein Problem. So wäre etwa eine Kündigung aufgrund veränderter Vertragsbedingungen für über 50-Jährige ein Ausstieg mit finanziellem Verlust. Eine Aufnahme bei einer anderen Versicherungsgesellschaft ist kaum mehr möglich. Hat der Kunde mehr Marktmacht und kann ohne finanzielle Einbussen den Anbieter wechseln, wie zum Beispiel bei Fahrzeugversicherungen, sind einseitige Vertragsänderungen durch den Versicherer kein Drama.

Neben Vertragsanpassungen sollen Versicherer gemäss neuem VVG-Entwurf bei einer Kündigung auch nachträglich Leistungen für bereits eingetretene Schadenfälle kürzen oder einstellen können. Das widerspricht Treu und Glauben und ist nur zulässig, wenn der Kunde mutwillig den Vertrag verletzt hat. Werden die beiden Änderungen des VVG zu Ungunsten der Versicherten nicht beseitigt, ist die VVG-Revision zum Scheitern verurteilt. Da nützen partielle Verbesserungen wie etwa das Widerrufsrecht, das ordentliche Kündigungsrecht, die Verlängerung der Verjährungsfristen oder die Beseitigung der Genehmigungsfiktion auch nichts. Insbesondere bürgerliche Parlamentsmitglieder sollten der Kritik Gehör verschaffen und sie nicht einfach als linke Konsumentenbevormundung abtun, die den Versicherungen nur erlauben, langjährige Verträge zu kündigen, wenn der Kunde freiwillig einem besseren Vertrag zugestimmt hat. Denn gerade die rückwirkenden Leistungskürzungen sind einfach gesprochen ein No-Go.

«Lanciert wurde die Vorlage mit dem Anspruch, die Stellung der Versicherten zu verbessern. Was wir jetzt vor uns haben, verschlechtert ihre Position in ganz wichtigen Punkten.»

Patienten am Schalthebel

Mit neuen Versicherungsmodellen, bei denen die Krankenkassen ihre Patienten vor Spitaleingriffen beraten, könnten die Versicherten auf Qualitäts- und Kostenunterschiede sensibilisiert werden. Wählen Patienten ein günstigeres, aber qualitativ gleichwertiges Angebot, würden sie für die resultierenden Kosteneinsparungen mit einer Gutschrift belohnt.



Jérôme Cosandey
Avenir Suisse

«Mit neuen Versicherungsmodellen sollten die Transparenz über Kosten und Qualität von Spitalleistungen gesteigert und kostenbewusste Versicherte mit Gutschriften belohnt werden.»

Jérôme Cosandey. Seit 2012 dürfen allgemein versicherte Patienten im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung frei unter Listenspitälern innerhalb des Wohnkantons wählen. Dies war zuvor Patienten mit entsprechender Zusatzversicherung vorbehalten. Zudem wurde die freie Spitalwahl auf Listenspitäler ausserhalb des Wohnkantons ausgedehnt. Die neue Regelung sieht vor, dass sich der Wohnkanton bis zu einem von den kantonalen Behörden festgesetzten «Referenztarif» an den Kosten der ausserkantonalen Hospitalisierung beteiligt.

Seit dann haben sich die Patientenströme nicht im erwarteten Ausmass verändert, weder innerhalb der Kantone noch über die Kantons Grenzen hinweg. Die geografische Nähe eines Spitals bleibt das wichtigste Wahlkriterium für viele Patienten (und zuweisende Ärzte). Auch ist davon auszugehen, dass wenige Patienten mit den Folgen der Neuen Spitalfinanzierung vertraut sind. Nur eine Minderheit dürfte wissen, dass sich die Tarife für einen bestimmten Eingriff je nach Spital unterscheiden können.

Keinerlei Anreiz für ausserkantonalen Spitalaufenthalt

Einen besonderen Fall stellen die ausserkantonalen Behandlungen dar. Die finanziellen Konsequenzen sind hier asymmetrisch verteilt. Liegt der Basistarif des ausserkantonalen Spitals über dem Referenztarif des Wohnkantons, muss der Patient – sofern er über keine Zusatzversicherung verfügt – den Preisunterschied selber bezahlen. Liegt der Basistarif des ausserkantonalen Spitals hingegen unter dem Referenztarif des Wohnkantons, wird der Patient für den günstigeren Eingriff nicht entschädigt. Patienten mit nur einer Basisversicherung haben somit keinen Anreiz, einen Eingriff in einem ausserkantonalen, günstigeren Spital vorzunehmen. Im Rahmen von Zusatzversicherungen ist es hingegen möglich, Prämienrabatte zu erhalten, wenn Patienten im Voraus ihre Spitalwahl einschränken.

Gutschrift im Behandlungsfall

Um kostenbewusste Versicherte zu belohnen und den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu fördern, wäre es wünschenswert, das Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) anzupassen. Damit könnten die Krankenkassen neue Versicherungsprodukte entwickeln: Steht zum Beispiel ein planbarer chirurgischer Eingriff bevor, kontaktiert der Patient seine Krankenkasse. Sie schlägt ihm eine Liste von Spitälern vor, die für den vorgesehenen Eingriff mindestens die gleiche Qualität wie das nächstgelegene Spital anbieten. Die Qualitätsmessung würde etwa über die Fallzahlen pro Jahr im Bereich der hochspezialisierten Medizin erfolgen. Der Patient könnte das Spital frei aussuchen. Entscheidet er sich für ein Spital, das über einen tieferen Basistarif als das nächstgelegene verfügt, so teilen sich die Krankenkasse und der Patient die erzielten Kosteneinsparungen. Der Patient erhält eine Gutschrift.

Die konkrete Funktionsweise dieses Vorschlags kann anhand des folgenden Beispiels illustriert werden: Die Implantation eines künstlichen Kniegelenks – eine der heute am häufigsten durchgeführten stationären Spitalbehandlungen in der Grundversicherung – kostet am Universitätsspital Zürich 21'600 Franken. Die gleiche Behandlung in der Klinik im Park im Kanton Aargau kostet nur 17'000 Franken. Die Krankenkasse zahlt 45 Prozent dieser stationären Leistung und profitiert damit von einer Ausgabenreduktion. Teilen sich die Krankenkasse und der Patient diese Einsparung hälftig, kann der Patient bei vergleichbarer Qualität der Behandlung zirka 950 Franken sparen.

Transparenz über Qualität als wichtige Voraussetzung

Zentral für den Erfolg dieses Versicherungsmodells ist Transparenz über die Qualität der Angebote und die daraus resultierende Möglichkeit, dem Patienten gleichwertige, ja sogar bessere Leistungen zu einem günstigeren Preis vorzu-

schlagen. Kaum ein Patient würde eine solche Lösung wählen, wenn er diese Garantie nicht bekäme, und kaum ein Versicherer würde solche Produkte anbieten, wenn er diese nicht geben könnte. Gleichzeitig erhöht die zusätzliche Transparenz den Druck auf die Spitäler, die Qualität ihrer Leistungen auszuweisen und stets zu verbessern. Kein Spital könnte es sich leisten, nicht auf der Empfehlungsliste erwähnt zu werden. Von dieser Belebung des Wettbewerbs würden schliesslich alle Patienten profitieren, unabhängig davon, welches Versicherungsmodell sie gewählt haben.

Stärkung der Ärzte in der Rolle als Gatekeeper

Beim vorgeschlagenen Modell entscheidet der Patient nach wie vor selber, in welchem Spital er sich behandeln lassen will. Es ist anzunehmen, dass er die von der Krankenkasse erhaltenen Informationen mit seinem behandelnden Arzt bespricht. Es steht dem Arzt frei, weitere wichtige Entscheidungskriterien wie Erreichbarkeit und Einfachheit allfälliger Nachbehandlungen usw. in die Waagschale zu werfen. Für einfache Eingriffe (die Hälfte der Spitalaufenthalte dauert weniger als vier Tage) spielt die Distanz eine untergeordnete Rolle. Bei komplexen Interventionen ist hingegen die Nähe von Familienangehörigen ein wichtiger Entscheidungsfaktor. Die Diskussion über die Qualität eines anstehenden Eingriffs wird somit auf Augenhöhe geführt und die Beziehung zwischen Arzt und Patient gewinnt an Tiefe.

Indirekt profitiert auch der Arzt von den Informationen der Krankenversicherungen. So kann er sich ein besseres Bild über die Qualität einzelner Spitäler machen und künftige Empfehlungen daraus ableiten. Dies ist nicht unwesentlich, sind Ärzte doch wichtige Gatekeeper bei der Spitalwahl. Der Wettbewerb zwischen den Spitälern wird damit intensiviert. Somit wird nicht nur das ganze System effizienter, sondern auch die Qualität der Spitalleistungen steigt.

Private Märkte im Gesundheitswesen

Die gesundheitspolitischen Diskussionen sind stark auf die Finanzierung zu Lasten der Grundversicherung und der Kantone fixiert. Obwohl genauso bedeutend, werden die private Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der Privatversicherungsmarkt gern übergangen.

«Rund 65 Prozent zahlen Schweizer zusätzlich zur obligatorischen Grundversicherung, die in Bundesbern für politische Dauerhektik und Regulierung sorgt.»



Pius Gyger
Gesundheitsökonom

Pius Gyger. Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens durch Selbstzahlungen der Patienten und Privatversicherungen wuchs in den letzten 20 Jahren langsamer als diejenige der Grundversicherung. Dennoch sind fast 10 Milliarden Franken zusätzlich dazugekommen. Seit 2012 bewegen sich Grundversicherung und private Finanzierung im Gleichschritt (je rund 30 Milliarden Franken).

Rund 5,5 Milliarden Franken finanzieren gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) die Privatversicherer 2016. Direkt aus dem eigenen Sack bezahlen Konsumenten 4,5 Milliarden als Kostenbeteiligungen der Grundversicherung und rund 19 Milliarden Franken für Gesundheitsleistungen ohne Umweg über eine Versicherung – 65 Prozent also zusätzlich zur obligatorischen Grundversicherung.

Anteile der Selbstzahlungen

Gemäss Haushaltsbudgeterhebung 2015 machen Zahnarztleistungen rund 15 Prozent der Selbstzahlungen aus. Für andere Arztleistungen

werden privat und zusätzlich zur Grundversicherung jährlich 3 Milliarden Franken ausgegeben. Grösste Ausgabenposten sind jedoch die Pensions- und Betreuungskosten in Pflegeheimen.

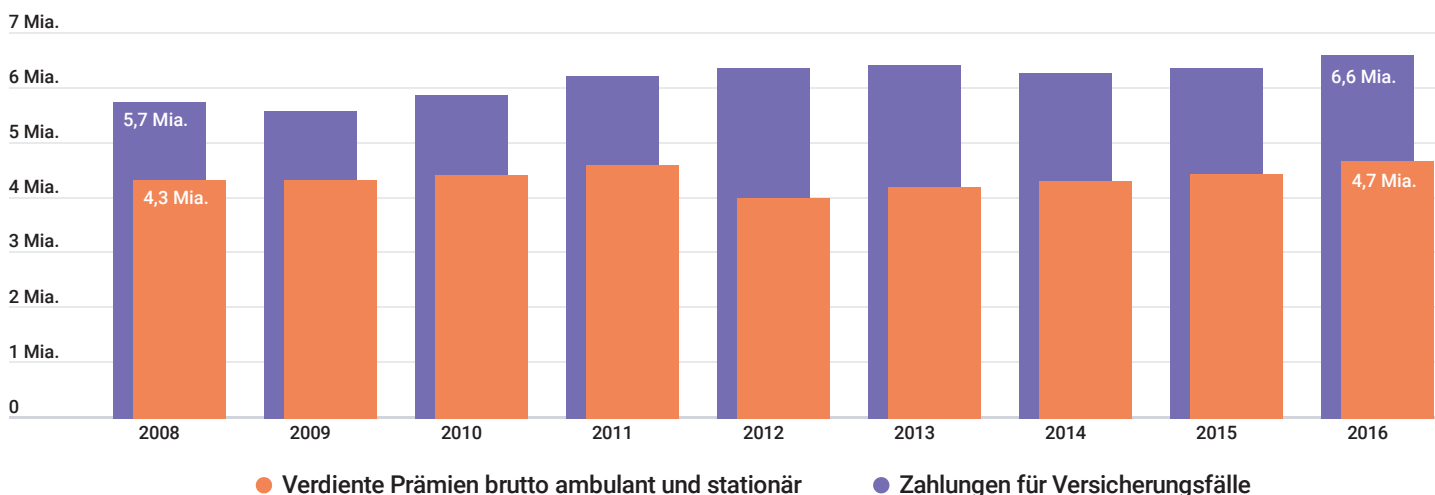
Privater Krankenversicherungsmarkt

Nach einem Einbruch in den Neunzigerjahren wächst der private Krankenversicherungsmarkt entgegen häufig geäusserten Befürchtungen. Allerdings schwächer als der regulierte Sozialversicherungsmarkt. Auf der Finanzierungsseite der Leistungserbringer (Schadenzahlungen) sind die Mittel 2012 mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung kurzfristig zurückgegangen. 2016 liegen sie aber bereits wieder höher als im Jahre 2008. Die Entwicklung des Deckungsgrades der gebundenen Vermögen und des SST-Quotienten (Swiss Solvency Test) zeigt, dass der Einbruch von 2012 nachfolgend den Versicherten weitergegeben wurde. Ein bemerkenswertes Wachstum verzeichnen ambulante Zusatzversicherungen dank zusätzlichem Prämienvolumen von 500 Millionen Franken zwischen 2008 und 2016.

Die Anzahl der Versicherungsdeckungen im stationären Segment ist seit 2005 stabil und liegt 2016 bei rund 4,2 Millionen. Umschichtungen gibt es von klassischen zu sogenannten Flex-Produkten mit freier Wahl der behandelnden Abteilung sowie Kostenbeteiligung für halb-private bzw. private Abteilungen. 600'000 Kunden haben eine solche Versicherung. Da aber immer mehr Operationen ambulant stattfinden, könnten diese Produkte an Bedeutung verlieren.

Der hohe Anteil an Selbstzahlungen ist nicht mit einem spärlichen Leistungsspektrum der Grundversicherung zu erklären. Vielmehr gehen die Bedürfnisse der Versicherten weit über diese Leistungen hinaus. Die Zahlungsbereitschaft der Konsumenten ist vorhanden. Trotz Prämienanstieg bei den privaten Krankenversicherungen schrumpfte ihr Anteil gemessen am gesamten Privatmarkt zugunsten der Selbstzahlungen auf 20 Prozent. Im internationalen Vergleich ist das eher tief. Potenzial sollte also noch vorhanden sein.

Prämien und Schadenzahlungen Krankheit ambulant und stationär 2008 – 2016



Das KVG endlich durchsetzen

Im Jahr 2013 legt Gesundheitsminister Alain Berset die Strategie «Gesundheit2020» vor. Mit 102 Massnahmen will er die Kosten 20 Prozent senken und die medizinische Versorgung verbessern. Doch die Krankenkassenprämien steigen weiterhin jährlich um vier Prozent. Darauf setzt der Bundesrat drei Jahre später eine internationale Expertengruppe ein, die bis im Herbst 2017 38 Vorschläge zur Reduktion des Kostenwachstums erarbeitet. Unnötig, wenn die Strategie «Gesundheit2020» ein Erfolg wäre.

Felix Schneuwly. Mit zunehmender Hektik werden neue Reformen ins Parlament gebracht, bevor bestehende Stärken des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) überhaupt greifen. Bundesrat Berts Taktik der Verstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens funktioniert nur, weil sich die bürgerliche Mehrheit nicht einig ist, wie der Wettbewerb im KVG zum Wohle aller gestärkt werden kann. Von einem vom Wettbewerb zu abgeschotteten Gesundheitswesen profitieren viele. Die Zeche bezahlen wir als Prämien- oder Steuerzahlende oder direkt in Form von Kostenbeteiligungen. Staatliche Planung soll auf ein notwendiges Minimum reduziert und die damit verbundene Inputsteuerung mit Budgets und Zulassungsbeschränkungen vermieden werden. Der auf Output und Outcome ausgerichtete Kerngedanke des regulierten Wettbewerbs mit den Grundsätzen «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» (WZW) sowie Qualitätstransparenz der vergüteten medizinischen Leistungen soll gestärkt werden. Beides ist im KVG seit Inkraftsetzung verankert. Niemand hindert den Bundesrat bzw. das BAG daran, die beiden Kernelemente des KVG auf Verordnungsstufe zu konkretisieren und durchzusetzen.

Krankenversicherer und medizinische Leistungserbringer haben insbesondere mit den

alternativen Versicherungsmodellen (AVM) genug Wettbewerbsspielraum, um Effizienz und Qualität der integrierten Versorgung voranzutreiben. Alle AVM funktionieren mit Gatekeeping,

«Niemand hindert das BAG und den Bundesrat daran, die beiden Kernelemente des KVG auf Verordnungsstufe zu konkretisieren und durchzusetzen.»

manche zusätzlich mit der Koordination weiterer Behandlungen. Mit einem Telmed-Modell muss ein Patient im Krankheitsfall zuerst ein telemedizinisches Zentrum konsultieren, beim Hausarzt-Modell den Hausarzt, beim HMO-Modell die Health Medical Organization. Integrierte Versorgung ist mehr als Gatekeeping. Versicherer und Gatekeeper vereinbaren sie mit Hilfe von Capitation (Modellfinanzierung). Der Gatekeeper koordiniert die gesamte medizinische Versorgung des Versichertenkollektivs und vereinbart mit dem Versicherer ein jährliches Budget sowie

die Qualitätssicherung. Bei Budgetüberschuss teilen Versicherer und Gatekeeper den gesparten Betrag. Idealerweise investiert der Gatekeeper einen Teil des Gewinns in Qualitätsentwicklung und der Versicherer in Prämienrabatte. Weil sich die Kantone nur an den Kosten der stationären Leistungen (55 Prozent) beteiligen, profitieren die Versicherten nicht, wenn der Gatekeeper dank guter ambulanter Versorgung stationäre Spitalaufenthalte verhindert. Einzelne Kantone schreiben Medizinern vor, bestimmte Behandlungen nur ambulant durchzuführen. So sparen sie Geld ohne die Steuern zu senken. Dennoch wollen sie sich an ambulanten und stationären Kosten nicht gleichmässig beteiligen.

Gemäss dem Helsana-Prämienreport 2018 resultierte im Jahr 2016 aus den Versicherungsmodellen mit Rabatt (Wahlfranchisen und AVM) ein Ertragsüberschuss von 4,6 Milliarden Franken. Mit 3,1 Milliarden wurde die Unterdeckung des Standardmodells (Franchise 300 Franken mit freier Wahl der Leistungserbringer) ausgeglichen. Versicherer brauchen für die Prämienkalkulation der alternativen Versicherungsmodelle mehr Spielraum, damit Konsumenten von alternativen Versicherungsmodellen ohne Qualitätseinbussen besser belohnt werden. Im Gegenzug sollten alle anderen höhere Prämien bezahlen.

~81'000'000'000

So hoch waren die Kosten des Schweizer Gesundheitswesens im Jahr 2016 gemäss dem Bundesamt für Statistik (Bfs). Die Summe bezahlten alle Einwohner via Steuern, Grundversicherungsprämien oder Beiträgen anderer Sozialversicherungen, Zusatzversicherungsprämien oder direkt aus dem eigenen Portemonnaie.

COMPARIPEDIA

Capitation

Capitation ist eine Finanzierungsform mittels einer sogenannten Kopfpauschalen. Medizinische Leistungserbringer wie etwa Arztpraxen oder Spitäler erhalten einen im Voraus bestimmten Frankenbetrag aufgrund einer möglichst adäquaten Risikoeinschätzung. Damit soll die Versorgung einer bestimmten Personengruppe (je nach Alter, Geschlecht, Berufs-/Erwerbsfähigkeit, Gesundheitszustand usw.) in einem festgelegten Leistungsbereich und einer vordefinierten Zeitspanne sichergestellt werden. Die Leistungserbringer schliessen dazu einen Vertrag mit den Krankenkassen und definieren eine Pauschalvergütung pro Versichertem.

Mit Capitation spielt es keine Rolle, ob die Leistungen von den Versicherten in Anspruch genommen wurden oder nicht. Entsteht ein Budgetüberschuss, wird der Betrag unter den Versicherungen und den medizinischen Dienstleistern aufgeteilt.

IMPRESSUM

Herausgeber: comparis.ch,
Birmensdorferstrasse 108, 8003 Zürich

Design: comparis.ch

Übersetzung: comparis.ch (Ausnahme:
Seite 2 wurde in Deutsch und Französisch
vom Autor verfasst.)

Druck: Linkgroup AG, Zürich

Reaktionen: media@comparis.ch

www.comparis.ch