

KONSUMENTENSTIMME

Fakten, Zahlen und Hintergründe

Editorial

Ärzteteinkommen



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs

Die steigenden Krankenkassenprämien lösen in den Bundesbern seit Jahren einen Tatendrang aus, der bisher keinen Einfluss auf die steigenden Gesundheitsausgaben hatte. Trotzdem ist er für manche Parteien immer wieder ein Wahlkampfthema. **Tilman Slembeck**, Professor an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), geht auf Seite 3 der Frage nach, ob die Kostenbeteiligung Patienten am Konsum überflüssiger oder dringend notwendiger Medizin hindert. Er stellt fest, dass es für das Ausmass und die Kostenfolgen beider Verhaltensweisen zu wenig gesicherte Daten gibt.

Auf Seite 4 fragt **Fridolin Marty**, Leiter Gesundheitspolitik bei *economiesuisse*, ob Bundesrat Berset seiner Partei bei ihrer Initiative, die Prämienbelastung der Haushalte auf 10 Prozent des Einkommens zu begrenzen, mit einer nicht ganz lupenreinen Berechnungsweise dieser Belastung helfen möchte. Unterstützung kommt auch vom Bundesgericht, das die Klage der SP gegen die rückwirkende Kürzung der individuellen Prämienverbilligungen im Kanton Luzern gutgeheissen hat. Die Kritik der Ärzteschaft an den vom Bundesamt für Gesundheit publizierten Ärzteteinkommen war heftig. FMH-Präsident **Jürg Schlup** versachlicht auf Seite 1 die hitzige Debatte über verschiedene Datenquellen und Berechnungsmethoden. Er kommt zum Schluss: Seine Zunft hat vergleichbare Stundenlöhne wie Anwälte und Ökonomen.

Im unteren Bereich der Lohnskala der Gesundheitsfachleute sind die Löhne der Pflegefachleute. Dass der Bundesrat die Pflegebeiträge trotzdem kürzen will, kritisiert **Marianne Pfister**, Geschäftsführerin Spitex Schweiz auf Seite 2.

Ärzteteinkommen – die Fakten

In der Diskussion um Ärzteteinkommen werden vorhandene Daten des BFS häufig nicht berücksichtigt. Einzelfälle werden skandalisiert und mit Hochrechnungen überzogene Einkommen suggeriert. Fakt ist: Ärzte haben vergleichbare Stundenlöhne wie Anwälte und Ökonomen.

Dr. med. Jürg Schlup. Die Öffentlichkeit hat ein berechtigtes Interesse an den Einkommen der Ärzteschaft, da diese zu grossen Teilen aus Prämien- und Steuergeldern gedeckt werden. Die FMH engagiert sich deshalb auch konsequent für Transparenz: Jahrzehntlang publizierten wir die verfügbaren Daten zu ärztlichen Einkommen. Seit 2015 verbessern wir die Datenbasis aktiv, indem wir die MAS-Erhebung des Bundesamts für Statistik (BFS) unterstützen: Für die erste Erhebung lieferten knapp 7'000 Arztpraxen detaillierte Finanzdaten.

Die im April 2018 publizierten Ergebnisse zeigen für als Einzelunternehmen organisierte Arztpraxen einen durchschnittlichen Gesamtumsatz von 545'000 Franken bei einem Aufwand von 390'000 Franken. Damit bleibt den Praxen ein jährliches Betriebsergebnis von 155'000 Franken – davon 138'000 aus Prämiegeldern der obligatorischen Krankenversicherung. Diese vom BFS publizierten Daten wurden politisch jedoch nicht zur Kenntnis genommen. Der Bundesrat teilte im Mai 2018 sogar mit, es lägen «andere systematische Erhebungen als die von der FMH in Auftrag gegebenen Studien [...] nicht vor» (Interpellation Feller 18.3015). Stattdessen präsentierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sechs Monate später eine weitere Studie – auf Basis älterer Daten, die zudem nicht zeigen, welcher Teil der Einkommen aus Prämiegeldern stammt.

Diese BAG-Studie ermittelte ein Medianeinkommen von 220'000 Franken – bezog dabei aber die berufstätigen Ärzte mit den niedrigsten

Einkommen gar nicht ein. So wurden z.B. 10'000 Assistenzärzte – 25 Prozent der Ärzteschaft – aus der Studie ausgeschlossen. Gleichzeitig hob das BAG die sehr hohen Einkommen kleinster Subgruppen, die 0,5 Prozent der berufstätigen Ärzte ausmachen, stark hervor. Besonders stossend an den BAG-Zahlen ist jedoch, dass sie zumeist nicht reale Einkommen zeigen, sondern auf einer «Vollzeitkorrektur» beruhen, die zu krassen Überhöhungen führt: Arbeitet ein Arzt z.B. 48 Wochenstunden an vier Tagen, gilt dies als Teilzeit, weil er ja an einem fünften Tag auch noch arbeiten könnte. Zu seinem Einkommen wurden in der BAG-Studie darum fiktive 20 Prozent hinzugerechnet. Präsentiert hat das BAG solche hochgerechneten – und kaum reale Einkommen.

Aussagekräftige Analysen sollten jedoch immer Stundenlöhne heranziehen. Dies ermöglichen seit langem die Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung des BFS. In den Jahren 2014 bis 2017 erreichten Ärzte hier im Median einen Brutto-Stundenlohn von 67 Franken, lagen also niedriger als Anwälte (69 Franken) oder Ökonomen (68 Franken). Hohe Jahreseinkommen von Ärzten sind folglich in grossen Teilen auch ihren sehr langen Arbeitszeiten geschuldet.

Fazit: Exorbitante Ärztelöhne sind seltene Ausnahmen, nicht die Regel, und generieren sich nicht aus Krankenkassenprämien. Die vorhandenen Daten zeigen klar: Ärzte verdienen gut und fallen im Vergleich mit ähnlichen Berufen nicht aus dem Rahmen.

«Der Stundenlohn eines Arztes ist mit 67 Franken hoch, aber nicht überrissen.»

Dr. med. Jürg Schlup
(Präsident FMH)



Langzeitpflege: dringender Handlungsbedarf

Immer mehr Menschen werden immer älter und die Anforderungen an ihre Pflege und Betreuung steigen stetig. Zudem können und wollen immer mehr Menschen zu Hause gepflegt werden, was Bund und Kantone mit dem Grundsatz «ambulant vor stationär» vorantreiben. Die Sicherstellung der Finanzierung der Langzeitpflege ist eine grosse Herausforderung – dennoch darf nicht am falschen Ort gespart werden.



Marianne Pfister,
Geschäftsführerin Spitex Schweiz

«Die OKP-Beiträge an die Pflege müssen gesamthaft angehoben werden.»

Marianne Pfister. Bis 2030 dürften die jährlichen Pflegekosten in der Schweiz von 12 auf bis zu 20 Mrd. Franken steigen. Seit der Neuregelung der Pflegefinanzierung (NPF) 2011 teilen sich der Patient, die Krankenkassen und die öffentliche Hand diese Kosten. Die beiden ersten Beiträge sind gedeckelt, die verbleibenden Kosten übernehmen die Kantone bzw. Gemeinden. Der Kostenanstieg ist zum grossen Teil mit dem Mengenwachstum und der zunehmenden Komplexität der Pflege zu erklären. Dies gilt auch für die Spitex, deren Leistungen rund ein Siebtel der Pflegekosten ausmachen. Der Rest entfällt auf die Heime. Die Anzahl Spitex-Klienten steigt wegen des demografischen Wandels und der Umsetzung von «ambulant vor stationär» stetig. Zudem erbringt die Spitex zunehmend komplexere Leistungen wie Palliativ-, Demenz- und Onkologiepflege, anspruchsvolle Verbandswechsel und 24-Stunden-Dienste. Trotz dieser Entwicklung kündigte der Bundesrat im Juli 2018 an, dass er die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Spitex kürzen möchte. Die Summe der Vergütungen für die ambulanten und stationären

Leistungen müsse vor und nach der Einführung der NPF für die Krankenversicherer gleichbleiben. Es lägen inzwischen genauere Datengrundlagen vor, aufgrund deren die Beiträge an die ambulante Pflege um 3,6 Prozent gekürzt und diejenigen an die Heime um 6,7 Prozent erhöht werden müssten – die Restfinanzierer sollen bei der Spitex mehr, bei den Heimen weniger bezahlen. Eine Auswertung der zugehörigen Vernehmlassung wird 2019 erwartet. Der Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung fehlt jegliches Verständnis für diesen Entscheid, der dem Grundsatz «ambulant vor stationär» widerspricht. Sie fordert vom Bund, dass die OKP-Beiträge an die Pflege gesamthaft angehoben werden, die Restfinanzierung geklärt und die Akut- und Übergangspflege (AÜP) besser ausgestaltet wird. Die Restfinanzierung wird seit Jahren mangelhaft umgesetzt. Dass die Kantone hier einen Gestaltungsspielraum haben, ist Teil des föderalistischen Systems. Es geht aber nicht, dass mancherorts Restkosten nur teilweise finanziert werden und die Qualität der Pflege darunter leidet. Dies zeigt sich auch am Chaos rund um die Mittel- und Gegen-

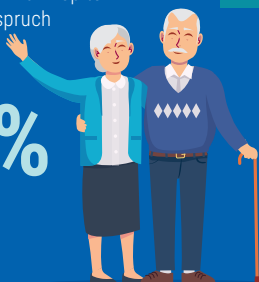
ständeliste (MiGeL): Wegen zweier Gerichtsurteile dürfen Pflegefachpersonen seit Anfang 2018 den Krankenkassen nur noch das Pflegematerial zusätzlich verrechnen, das Patienten selbst anwenden. Die Restfinanzierer, die stattdessen für das Material aufkommen müssten, tun dies in sehr unterschiedlichem Masse. Unser Ziel muss eine optimale Grundversorgung in der ambulanten Pflege sein, die der Flickenteppich der Restfinanzierung nicht garantiert. Die Finanzierung der Langzeitpflege stellt angesichts der steigenden Kosten eine grosse Herausforderung dar. Doch die Wichtigkeit der Pflege muss anerkannt werden. U. a. muss das Krankenversicherungsgesetz (KVG) berücksichtigen, dass die Pflege oft viel Zeit kostet, besonders im Falle von KlientInnen mit komplexen Krankheiten wie Demenz oder am Lebensende. Ist die Finanzierung der benötigten Zeit nicht sichergestellt, führt dies zu Unzufriedenheit bei Pflegenden und Klienten. Es liegt an der Politik, die Pflegefinanzierung so anzupassen und durchzusetzen, dass eine würdige Pflege und Betreuung sichergestellt werden kann. Hier gibt es grossen Handlungsbedarf.

350'000

Personen nahmen 2017 Spitex-Leistungen in Anspruch

73%

davon waren
65-jährig
und älter



Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause im Jahr 2017

16 Mio. + 6 Mio.

Die Spitex leistete rund **16 Millionen Pflegetunden** und mehr als **6 Millionen hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Stunden.**



149'000

Personen wohnten in einem Alters- und Pflegeheim

15%

davon nur für eine kurze Dauer.



Kosten sparen durch höheren Selbstbehalt in der Grundversicherung?

Dass die Schweizer Gesundheitskosten aus dem Ruder laufen und die Prämien der Grundversicherung für immer weniger Haushalte tragbar sind, scheint unbestritten. Weniger Einigkeit besteht bei den Massnahmen zur Kostendämpfung. Während manche bei der Angebotsseite ansetzen und die vielfältigen Fehlanreize für die Leistungserbringer verbessern wollen, haben es andere auf die Nachfrager, also die Versicherten und Patienten, abgesehen. Wie gross ist dieses Sparpotenzial einzuschätzen?

«Wie immer ist es eine Frage des Masses: Wenn «alle ständig» zum Arzt gehen, wird es teuer – wenn «niemand rechtzeitig» zum Arzt geht, aber auch.»



Tilman Slembeck,
Gesundheitsökonom, ZHAW

Tilman Slembeck. Was gerne unter dem Motto einer stärkeren Selbstverantwortung lanciert wird, zielt auf eine Reduktion der Nachfragemenge von Gesundheitsleistungen ab. Die Kostenbeteiligung der Patienten in Form von Franchise und Selbstbehalt reduziert den Anreiz, medizinische Leistungen nur deshalb nachzufragen, weil sie aufgrund der Krankenversicherung für den Einzelnen gratis oder sehr billig sind. Im Fachjargon wird dieses Phänomen als «Moral Hazard» bezeichnet und kommt grundsätzlich bei allen Versicherungsformen vor, wenn eine Selbstbeteiligung fehlt. Im Zusammenhang mit Krankenversicherungen wurde das Phänomen weltweit in unzähligen Studien nachgewiesen.

Im Hinblick auf eine mögliche Anpassung der Selbstbeteiligung lautet die zentrale Frage: Wie viele Leistungen werden heute in der Schweiz nur deshalb bezogen, weil die Patienten keinen oder nicht den vollen Preis dafür bezahlen?

Empirische Studien für unser Land gibt es wenige. Immerhin gibt es Hinweise darauf, dass die Versicherten durch Anpassung der Franchisen ihre schwankenden Kosten über die Jahre hinweg optimieren und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nach dem Aufbrauchen der Franchise zum Jahresende hin ansteigt, etwa indem Medikamente noch bezogen oder Check-ups noch im alten Jahr durchgeführt werden.

Hieran zeigt sich eine gewisse Reagibilität der Nachfrage bezüglich des Preises, aber es bleibt unklar, wie umfassend und bedeutsam dieses Verhalten insgesamt ist. Deshalb ist es wichtig, einzelne Arten von Nachfragern bzw. Leistungen näher zu analysieren.

So lassen sich auf der Suche nach dem helvetischen Moral Hazard zunächst Fälle schwer-

wiegender, und meist teurer, Eingriffe und Therapien ausschliessen. Diese Leistungen sind gesundheitlich notwendig und werden aus Patientensicht unabhängig vom Selbstbehalt bezogen.

Analoges gilt für chronische Erkrankungen und verschiedene Routineleistungen, wie etwa die jährlichen Untersuchungen beim Gynäkologen. Letztere fallen bereits heute in den Bereich der meisten Franchisen, sodass deren Anhebung keinen Effekt haben kann. Ausser Betracht fallen ausserdem jene Versicherten, welche in einem Jahr keinerlei Gesundheitsleistungen zulasten der OKP beziehen. Dies entweder, weil sie gesund sind oder weil sie Leistungen im Rahmen ihrer Franchise beziehen. Somit scheint es insgesamt nachvollziehbar, dass dem Moral Hazard vor allem Leistungen unterliegen, welche sich nicht auf chronische Leiden, Routineuntersuchungen oder schwere Krankheitsfälle beziehen, sondern beispielsweise in Richtung «Wellness» gehen.

Warum kann es auch noch zu Überkonsum kommen?

Einerseits besteht die Vorstellung vom Ärzte-Hopping, wo Patienten eine grosse Zahl von Leistungserbringern reihum aufsuchen. Eine mögliche Interpretation ist, dass diese Patienten eher verzweifelt als freudig herumirren, weil ihnen nirgends wirklich geholfen wird. Diesen würde allerdings eine individuelle Unterstützung (etwa im Rahmen des Hausarzt- oder Managed-Care-Modells oder Fall-Managements) mehr bringen, als eine höhere Selbstbeteiligung.

Andererseits stecken alle Patienten in einem Dilemma: Wenn man mit einem Problem zum Arzt geht und sich dieses anschliessend als Bagatelle herausstellt, waren der Arztbesuch und

die damit verbundenen Kosten unnötig. Wenn es sich aber als relevantes Problem erweist, können vielfach nicht nur Leid und Schmerzen, sondern auch hohe Folgekosten vermieden werden. Ob das Motto «Lieber einmal zu viel, als einmal zu wenig zum Arzt» unter dem Strich kostentreibend oder kostensenkend ist, scheint alles andere als klar.

Weil es sich bei der Grundversicherung um eine Sozialversicherung mit Zwangsmitgliedschaft handelt, ist schliesslich auch die Erreichung des Sozialziels zu beachten. Hierunter wird unter anderem ein egalitärer Zugang zu Gesundheitsleistungen verstanden, unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen. Erhöhungen des Selbstbezahls könnten somit dem Sozialziel zuwiderlaufen, wenn dadurch Geringverdiener etwa vor einem Arztbesuch zurückschrecken. Allerdings profitieren heute bereits 30% der Haushalte von Prämienverbilligungen, was die finanzielle Belastung massgeblich mildert. Die Wirkung auf diese Gruppe muss gesondert analysiert werden.

Insgesamt fehlen für die Schweiz einschlägige Studien, welche Nachfragetypen im obigen Sinne gesondert analysieren, sodass quantitative Aussagen zum tatsächlichen Ausmass des nachfrageseitigen Moral Hazard in der OKP derzeit schwierig sind. Die Erfahrungen mit vergangenen Erhöhungen der Selbstbeteiligung deuten jedenfalls nicht auf ein hohes Ausmass hin, weshalb das Sparpotenzial insgesamt nicht sonderlich hoch erscheint.

Immerhin scheint es plausibel, Franchisen und Selbstbehalte periodisch der Kostenentwicklung anzupassen, um die bestehenden Anreize nicht zu unterminieren.

Statistik mit politischen Hintergedanken?

Das Bundesamt für Gesundheit hat die Belastung der Haushalte durch die Prämien analysiert. Diese steigt kontinuierlich und macht heute bei den ärmeren Haushalten bis zu 18 Prozent des verfügbaren Einkommens aus. Doch die Rechnung hat einen Haken.

Fridolin Marty. Die Grundversicherungsprämien sind in den letzten 10 Jahren um fast 40 Prozent gestiegen. Sie müssen für ärmere Haushalte vergünstigt werden. Diese individuelle Prämienverbilligung wird aus Steuergeldern von Bund und Kantonen bezahlt. Kürzlich hat der Bund die Wirkungen der individuellen Prämienverbilligung (IPV) untersucht. Mittels eines Monitorings möchte er herausfinden, wie sich die IPV generell entwickelt hat und wie stark Haushalte von der Prämienlast betroffen sind. 2,2 Millionen Personen – gut ein Viertel der Bevölkerung – bekommen eine individuelle Prämienverbilligung. Die Ausgaben dafür betragen im Jahr 2017 rund 4,5 Milliarden Franken. Wie erwartet bewirkt die IPV eine deutliche Umverteilung zugunsten der ärmeren Haushalte. Diese Entlastung ist jedoch über die Bevölkerung ungleich verteilt. Relativ betrachtet kommt die IPV in erster Linie der jüngsten und der ältesten Altersgruppe sowie den Einelternfamilien zugute.

Personen mittleren Alters und Zwei-Eltern-Haushalte profitieren weniger. Seit 2011 hinken die IPV-Beträge der Prämienentwicklung hinterher, weil verschiedene Kantone ihre Finanzierung kürzten. Somit müssen Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen eine höhere verbleibende Prämienbelastung tragen als noch vor drei Jahren. Bemerkenswert sind die extremen kantonalen Unterschiede: Jeder Kanton gestaltet seine IPV anders bzgl. Höhe, Prozentzahl der Bezüger und verbleibende Prä-

«Die Entlastung ist über die Bevölkerung ungleich verteilt: Personen mittleren Alters und Zwei-Eltern-Haushalte profitieren weniger von der IPV.»



Fridolin Marty,
economiesuisse

mienbelastung. Gesamtschweizerisch stieg die durchschnittliche Prämienbelastung nach IPV für die ärmeren Haushalte von 12 auf 14 Prozent. Dieser Wert scheint sehr hoch: Es lohnt sich ein genauerer Blick in die Studie. Als Basis hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die sogenannte Standardprämie genommen. Diese ist jedoch eine theoretische Grösse, welche die effektive Prämienbelastung der Bevölkerung nicht gut abbildet. Besser geeignet ist die mittlere Prämie: Sie entspricht der durchschnittlichen Prämienbelastung pro Person und reflektiert die Prämienwirklichkeit besser. Aus diesem Grund hat das BAG bei seiner Ankündigung des Prämienwachstums auf die mittlere Prämie gewechselt. Diese liegt tiefer, weil Kinder und Jugendliche niedrigere Prämien haben und die Prämien mit alternativen Versicherungsmodellen (AVM) und höheren (Wahl-)Franchisen tiefer ausfallen. Wenn die Versicherten wegen der Prämienlast auf AVM oder Wahlfranchisen wechseln, fällt

das Prämienwachstum bei der mittleren Prämie tiefer aus als bei der Standardprämie. Sachlich ist die Umstellung daher richtig. Die Wachstumsraten von früher und heute können jedoch nicht mehr eins zu eins verglichen werden. Wieso nimmt das BAG beim Prämienwachstum die mittlere Prämie und bei der Prämienbelastung die Standardprämie? Grund dafür könnte die tiefere Prämienbelastung sein. Diese würde mit der mittleren Prämie nur noch 11 statt 14 Prozent betragen. Der Verdacht liegt nahe, dass die ausgewiesene Belastung weniger mit Sachlichkeit und mehr mit Politik zu tun hat. Das Bundesamt möchte einen möglichst hohen Prozentsatz ausweisen. Ein Schelm, wer denkt, dass damit der SP-Initiative zur Prämienentlastung Rückenwind verschafft werden soll. Mit ihrer Prämienentlastungsinitiative schlägt die SP genau in diese Kerbe. Sie verlangt, dass künftig kein Haushalt mehr als 10 Prozent seines verfügbaren Einkommens für Krankenkassenprämien ausgeben muss.

1'200'000

Versicherte könnten mit einem Wechsel von Kasse, Franchise und Modell ihre Prämienbelastung um 40 Prozent und mehr senken – und das obwohl die Prämien 2019 durchschnittlich nur um 1,2 Prozent gestiegen sind. (Quelle: Comparis-Analyse zu Krankenkassenprämien 2019)

COMPARIPEDIA

Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

Versicherte mit bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, deren steuerbares jährliches Einkommen eine bestimmte Höhe nicht übersteigt, haben Anspruch auf eine Verbilligung ihrer Krankenkassenprämien – die individuelle Prämienverbilligung (IPV). Ziel ist es, die Prämienbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu mindern. Die Höhe der Verbilligung hängt von verschiedenen Faktoren ab: Steuerbares Gesamteinkommen, Wohnort und Alter spielen eine Rolle.

Im Kanton Zürich werden dieses Jahr insgesamt über 900 Millionen Franken für die IPV eingesetzt.

IMPRESSUM

Herausgeber: comparis.ch,
Birmensdorferstrasse 108, 8003 Zürich
Design: comparis.ch
Übersetzung: comparis.ch
Druck: Linkgroup AG, Zürich
Reaktionen: media@comparis.ch
www.comparis.ch