

Medienmitteilung – Bern, 16. September 2016

Die FMH zu den Krankenkassenprämien 2017

Eine älter werdende Bevölkerung beansprucht mehr ärztliche Leistungen. Ebenso nehmen die Behandlungsmöglichkeiten zu und damit auch die Inanspruchnahme dieser neuen Leistungen. Gleichzeitig steigt die administrative Belastung der Ärztinnen und Ärzte. Zusätzlich führen Fehlanreize bei der Finanzierung der Gesundheitsleistungen zu Verzerrungen im Gesundheitswesen und erhöhen die Prämien.

Neue Therapien für Patientinnen und Patienten führen zu besseren Behandlungserfolgen und erhöhter Lebensqualität, erhöhen aber auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Darüber hinaus tragen die Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Häufigkeit chronischer Krankheiten zu einem Anstieg der Anzahl Behandlungen und damit der Gesundheitskosten bei. Diese Entwicklung setzt sich in den kommenden Jahren fort, da der Anteil der über 60-Jährigen weiter zunehmen wird: die Versicherten bis zum 60. Altersjahr bezahlen im Durchschnitt mehr Krankenkassenprämien als sie Kosten verursachen. Ab dem 60. Altersjahr kehrt sich das Verhältnis um: Ab dann werden Prämienzahler von Nettozahlern zu Nettobezüglern prämiertenfinanzierter Leistungen.

Fehlanreize aufgrund unterschiedlich finanzierter ärztlicher Leistungen

Heute werden Behandlungen vermehrt ambulant erbracht und nicht mehr stationär, dies bestätigt die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich in ihrer Prognose vom 17. Juni 2016: «Die Ausgabenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich hat sich fortgesetzt». Diese Verschiebung bremst zwar die Ausgaben, erhöht aber die Krankenkassenprämien aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs. Die stationäre Versorgung wird grösstenteils über Steuern, die ambulante Versorgung hingegen voll über Prämien finanziert. Ambulante Behandlungen werden zu 100 Prozent, stationäre Behandlungen dagegen nur zu 45 Prozent mit Prämiengeldern bezahlt. Die Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich führt somit zu einer stärkeren Belastung der Prämienzahler. Eine einheitliche Finanzierung der stationär und ambulant erbrachten Leistungen würde zumindest den Prämienanstieg bremsen, der durch die Verlagerung stationärer hin zu ambulanten Leistungen verursacht wird.

Krebserkrankungen haben beispielsweise in der Schweiz seit 1996 wegen der älter werdenden Bevölkerung um rund 30 Prozent zugenommen. Dank verbesserter Medikamente und unterstützender Behandlungen können Krebspatienten immer öfter ambulant behandelt werden, was zwar die Gesamtkosten pro Krebspatient senkt, aber die Prämien erhöht.

Krankheitsbedingte Erwerbsausfälle nehmen zu

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 des Bundesamts für Statistik beurteilte die Bevölkerung ihren Gesundheitszustand schlechter als noch vor fünf Jahren. Gemäss der Krankenversicherung Swica ist die Zahl der erkrankten Erwerbstätigen tatsächlich gestiegen. Etwa ein Drittel der Fehlzeiten seien auf psychische Erkrankungen und ein weiteres Drittel auf Beschwerden des Bewegungsapparates zurückzuführen. Diese Entwicklung beansprucht den ambulanten Bereich zusätzlich. Als Gründe werden hoher Produktionsstress, stereotype Arbeiten oder zu wenig Bewegung genannt. Betrachtet man das jährliche Pro-Kopf-Wachstum der Gesundheitskosten in der Schweiz, entspricht dies dem Durchschnittswachstum der OECD-Länder. Zwischen 2005 und 2013 wuchsen sowohl der OECD-Durchschnitt als auch die jährlichen Gesundheitskosten pro Kopf in der Schweiz um rund zwei Prozent.

Zunahme administrativer Belastung auf Kosten der Patienten

Ärztinnen und Ärzte werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich mit immer mehr administrativen Aufgaben belastet. Die «International Health Policy Survey» 2015 des Commonwealth Fund dokumentiert: Jeder zweite Grundversorger in der Schweiz nimmt den mit Versicherungen verbundenen administrativen Aufwand als grosses Problem wahr, jeder Dritte betrachtet auch den Aufwand für die Erfassung klinischer Daten oder das Sammeln von Qualitätsdaten für staatliche oder andere Institutionen als problematisch. Im Vergleich zur Befragung 2012 nahm der Anteil der Grundversorger, die mindestens 75 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Patientenkontakten verbringen können, deutlich ab: von 60 Prozent der Grundversorger im Jahr 2012 auf nur noch 45 Prozent im Jahr 2015.

Auch bei den Spitalärzten nimmt der Anteil der patientennahen Tätigkeiten seit 2011 klar ab: Ärztinnen und Ärzte in den Akutspitälern können dafür nur noch rund einen Drittel ihrer Arbeitszeit verwenden. Dies resultiert aus der FMH-Begleitstudie 2015 zu den Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung. Gleichzeitig nahm der administrative Aufwand im Spital weiter zu: Ärztinnen und Ärzte in Akutspitälern benötigten 2015 durchschnittlich rund 15 Minuten mehr Zeit pro Tag für Dokumentationsarbeiten als 2011.

Mehr Ärzte bedeutet nicht mehr Behandlungen

Eine Zunahme der Ärztezahl bedeutet keine Erhöhung der verfügbaren «Arztzeit», da heute zur Abdeckung eines Vollzeitäquivalents (100-Prozent-Pensum) mehr Ärztinnen und Ärzte nötig sind als früher. Dies aus zwei Gründen: Zum einen normalisiert sich das Vollzeitäquivalent einer Ärztin und eines Arztes langsam und liegt aktuell bei 50 Wochenstunden; eine Generation zuvor waren es noch deutlich mehr. Zum anderen haben sich auch in der Medizin die Arbeitsmodelle geändert, immer mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten Teilzeit. Aktuell sind rund 35'000 Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz tätig, umgerechnet auf Vollzeitäquivalente entspricht dies rund 31'000 Ärzten.

Weitere Informationen:

[Warum steigen die Prämien stärker als die Kosten?](#) – Dr. med. Jürg Schlup, Präsident der FMH, Schweizerische Ärztezeitung Nr. 35/2016.

Auskunft:

Jacqueline Wettstein, Leiterin Abteilung Kommunikation FMH
Tel. 031/359 11 50, E-Mail: jacqueline.wettstein@fmh.ch