

Ärzt Netzwerk **Grauholz**

Ihr Partner im Gesundheitswesen

Patientenausgabe

KVG oder VVG: Was Sie als Patient unbedingt wissen sollten

Liebe Patientinnen und Patienten

Mindestens einmal pro Jahr, wenn die neuen Versicherungsausweise der Krankenkassen hereinflattern und Sie sich kräftig über die Höhe der Prämien entrüsten, stolpern Sie unweigerlich über die Abkürzungen KVG und VVG. KVG bedeutet Krankenversicherungsgesetz und steht für die Grundversicherung.

VVG bedeutet Versicherungsvertragsgesetz und bedeutet in diesem Zusammenhang die Zusatzversicherungen. Ihre Hausarztversicherung betrifft vor allem die ambulante medizinische Versorgung im Rahmen der Grundversicherung. Versicherte im Hausarztmodell haben jedoch meist Zusatzversicherungen nach VVG.

Im Jahr 2009 belaufen sich die Gesundheitskosten in der Schweiz auf über CHF 60 Milliarden. Davon entfallen CHF 40 Milliarden auf die Grund-

versicherung und CHF 20 Milliarden auf die Zusatzversicherungen.

KVG – Die Grundversicherung

Die Grundversicherung ist in der Bundesverfassung verankert und wird durch das Krankenversicherungsgesetz KVG von 1994 geregelt. Das Ziel ist, der gesamten Bevölkerung eine qualitativ gute und umfassende medizinische Behandlung bei Krankheit, Gebrechen oder Unfällen und die Nutzung sinnvoller Präventionsmassnahmen zu ermöglichen. Sie ist eine obligatorische Sozialversicherung.

VVG – Die Zusatzversicherungen

Ziel der Zusatzversicherungen ist es, besonderen Schutz und Sicherheit zu bieten, welche über die soziale Grundversicherung hinausgehen. Gesetzliche Grundlage bildet das Versicherungsvertragsgesetz VVG von 1908. Zusatzversicherungen sind freiwillig.

Die häufigsten Gründe für Zusatzversicherungen sind: Bedarf nach erhöhtem Behandlungskomfort im Spital (halbprivate oder private Abteilung). Nicht abgedeckte spezielle Risiken wie Zahnversicherung, Reisen, Auslandsaufenthalt, Unfall, Pflege, Invalidität, Todesfall, besondere Risiken in Beruf und Sport (z.B. Rennfahrer), etc.

Wichtige Unterschiede KVG – VVG

Im KVG geniesst die versicherte Person sehr guten Schutz. Im VVG liegen alle Nachteile beim Patienten. Die Leistungen in der Grundversicherung sind genau geregelt, die Tarife deshalb sehr einfach zu vergleichen. Kulanzeleistungen und Rabatte sind verboten.

In der Zusatzversicherung sind die Leistungen abhängig von den allgemeinen und speziellen Versicherungsbedingungen, welche in der Police meist kleingedruckt sind.

In den angebotenen «Paketen» sind unterschiedliche Leistungen enthalten, welche bei allen Versicherungen anders gestaltet sind. Z.B. erhalten Sie bei einer Versicherung neben der halbprivaten Abteilung im Spital noch alle drei Jahre 100 Franken an Ihre neue Brille, dafür bezahlt Ihnen eine andere Versicherung den Fitnessklub, aber keine Brille und auch der Ambulanztransport ist selbst zu bezahlen usw. Kulanzeleistungen und Rabatte sind erlaubt. Ein Vergleich des Preis-Leistungs-Verhältnisses der Produkte ist in diesem Dschungel für Laien praktisch unmöglich. Es bleibt Ihnen nichts anderes übrig, als die Details selbst zu studieren und zu entscheiden, was Ihnen persönlich wichtig

	KVG (Grundversicherung)	VVG (Zusatzversicherung)
Aufnahmepflicht	Aufnahmepflicht ohne Vorbehalte.	Keine Aufnahmepflicht. Gesundheitsklärung oder ärztliche Untersuchung mit Möglichkeit von lebenslangen Vorbehalten.
Kündigung	Kündigung und Kassenwechsel unkompliziert (im November per Ende Jahr).	Lange Kündigungsfristen. Möglichkeit der Kündigung im Schadenfall oder nach Ablauf der Vertragsdauer.
Prämien	Strenge Aufsicht über die Prämien-gestaltung. Gleiche Prämien für Frauen und Männer. Wenig Spielraum, ein Kollektiv zu entsolidarisieren.	Freie Preisgestaltung. Risikoabhän-gige Prämien. Folge: Prämien in der Zusatzversicherung werden für ältere und kranke Menschen praktisch unbezahlbar.
Rechtsweg	Rechtsweg einfach und kostenlos.	Ordentliches Verfahren vor Zivilge-richt. Anwalt nötig. Hohe Kosten bei einer Niederlage.

und erschwinglich erscheint. Vorsicht ist geboten vor Versicherungsvertretern oder Maklern. Mehrmals habe ich festgestellt, dass ein Verkäufer die Gesundheitserklärungen für die Versicherten selbst ausgefüllt hat, um die Provision zu kassieren, und im Krankheitsfall hatte der Patient wegen Anzeigepflichtverletzung das Nachsehen. Ab dem 50. Altersjahr ist die Aufnahme in die Zusatzversicherungen kaum mehr möglich.

Welche Zusatzversicherungen nach VVG sind sinnvoll?

Es gibt wichtige und weniger wichtige. Denken Sie an die Grossrisiken. Ich habe gesehen, dass eine Krebsbehandlung mit sehr teuren Medikamenten nicht bezahlt wurde, weil die Medikamente nicht, oder noch nicht dafür zugelassen waren. Da wäre eine Versicherung für «sämtliche vom Arzt verordneten Medikamente» sehr nützlich gewesen. Andererseits ist

eine Versicherung für «Behandlungen auf der ganzen Welt» bei einem betagten Menschen nicht nötig. Vertrauen Sie auf die Hausarztversicherung im Rahmen Ihrer Grundversicherung und auf Ihren gesunden Menschenverstand.

Im Zweifel wenden Sie sich an den Hausarzt Ihres Ärztenetzwerkes.

Amato Giani, Hausarzt, Bern

Was die Hausarztmedizin leistet

Weshalb ist es sinnvoll, die hausärztliche Grundversorgung zu unterstützen und zu fördern?

Hier die wichtigsten Gründe:

- 90% der medizinischen Probleme können in der Hausarztpraxis gelöst werden. Dies ist seit über dreissig Jahren bekannt und hat sich bis heute vielfach bestätigt. Ebenfalls praktisch unbestritten ist, dass die Behandlungen in der Hausarztpraxis wesentlich kostengünstiger sind als alle anderen Formen der Grundversorgung. Internationale Studien haben wiederholt gezeigt, dass eine gut funktionierende Hausarztmedizin Hauptvoraussetzung ist für ein effizientes und bezahlbares Gesundheitswesen. In der Schweiz verursachen ärztliche Leistungen in Grundversorgerpraxen gerade rund 5% der Gesundheitskosten. Hinzu kommt der Vorteil der nahen und raschen Verfügbarkeit, was vor allem für Arbeitstätige und deren Arbeitgeber wichtig ist.

- Es kommen «weiche» Faktoren dazu, die schlecht messbar sind und sich nicht in Zahlen auszudrücken lassen: Ihre Hausärztin, Ihr Hausarzt kennt Sie, oftmals über Jahre oder sogar Jahrzehnte. Kleinere und grössere Sorgen werden manchmal fast neben-

her ausgetauscht. Keine Studie und keine elektronische Patientenkarte (letzteres die Pläne des BAG) wird diese gemeinsame Erfahrung je abbilden können. Keine Poliklinik und kein Ge-

sundheitszentrum wird diesem persönlichen Aspekt gerecht werden können in einer Zeit der Vereinzelung und der steigenden Belastungen für fast alle.

Hausärztinnen und Hausärzte sind offen für neue Vorschläge

Hausärztinnen und Hausärzte werden immer mal wieder in die Ecke derer gestellt, die auf alten Positionen beharren und nur den Besitzstand verteidigen wollen.

Dem ist aber überhaupt nicht so. Bereits vor bald zwanzig Jahren ergriffen Ärzte aus unserer Region die Initiative, sassien mit der damaligen KKB (heute Visana) zusammen und brüteten über neuen Modellen der Zusammenarbeit. Etwas später (1994) war das Projekt eines Hausarztmodells mit der damaligen Artisana (heute Helsana) weit fortgeschritten. Diese und weitere Projekte landeten in der Schublade, weil die Kassen ob ihren Fusionsprojekten und aus anderen Gründen das Interesse verloren.

Als vor fünf Jahren TARMED, der damals neue und noch heute gültige Arzttarif eingesetzt wurde, stimmten wir zähneknirschend zu, um nicht als Neinsager und Verhinderer dazustehen und weil als Alternative ein Staatstarif drohte. Jede(r) von uns investierte mehrere tausend Franken, um fristgerecht für TARMED gerüstet zu sein – viele Krankenkassen brauchten dafür ein Jahr und mehr. Das Versprechen, die Grundversorger besserzustellen, wurde nie eingelöst.

Wir engagierten uns mit der Gründung unseres Ärztenetzes, lange bevor solche in der Öffentlichkeit bekannt waren. Wir organisier(ten) uns in Fortbildungszirkeln («Qualitätszirkel»), wo wir uns (auch in Zusammenarbeit mit Spezialisten) austauschen, um unsere Arbeit im Alltag zu reflektieren und zu verbessern. Die Unterstützung durch Kassen und Politik war bisher nicht überwältigend.

(SK)



Was ziehen Sie vor?

Ihre Hausärztin mit ihrer ebenfalls oftmals jahrelang gleichbleibenden Praxis-Crew, die Sie kennt, sich für Sie verantwortlich fühlt und Sie in Ihren medizinischen Belangen begleitet? Oder ein Gesundheitszentrum, wo Sie jedes Mal mit jemand anderem zu tun haben?

Das «Unternehmen Praxis» mit seiner vielfältigen Verantwortung und überdurchschnittlichen Effizienz setzt eine entsprechende Honorierung voraus. Dass dies heute nicht der Fall ist, gilt als Hauptgrund für die Nachfolgeprobleme in Hausarztpraxen. Zwischen 2000 und 2007 ist die Zahl der Hausärzte pro Einwohner in der Schweiz bereits um 10% zurückgegangen. Diese Entwicklung wird sich beschleunigen, wenn nicht rasch in das System der hausärztlichen Grundversorgung investiert wird. Vorläufig scheint sich die Investition in Spitalkonzerne noch besser zu rechnen. Wie sonst wäre zu erklären, dass beim Verkauf eines solchen Milliardengewinne zu erzielen sind?

Alte und schwache Menschen benötigen noch mehr als Junge und Arbeitstätige die räumliche Nähe der Hausarztpraxis bis hin zu Hausbesuchen. In Deutschland gibt es bereits ganze Landstriche ohne Hausarztpraxen, wo der Patient 30 Kilometer zu reisen hat bis zur nächsten Poliklinik. Wollen wir dies? Sicher könnte einiges, was heute selbstverständlich von Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt erledigt wird, auch von entsprechend ausgebildeten Pflegefachleuten übernommen werden. Dies bedingt aber die enge gegenseitige Zusammenarbeit. Ärztenetzwerke böten dafür die geeignete Basis und werden bisher kaum gefördert.

Hausarztpraxen sind aber auch Arbeitgeber. Bei schweizweit rund 7000 in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten kann von mindestens 10'000 Vollzeitstellen für Medizinische Praxisassistentinnen (MPA, früher Arztgehilfinnen) ausgegangen

Wer sind die «Feinde» der Hausarztmedizin?

Bundesrat Couchepin entpuppt sich immer mehr als Hauptfeind der Hausarztmedizin. Sein konzeptloser, halsstarrer Aktionismus schadet der Grundversorgung und gefährdet sie. Seit jeher aufs Engste verbunden mit der Krankenkasse Groupe Mutuel ist sein Gesichtsfeld wohl durch diese Herkunft stark eingeengt. Die erstaunliche Führungsschwäche für einen angeblichen «Macher» wie ihn erstreckt sich auf seinen Berater im Bundesamt für Gesundheit (BAG). Thomas Zeltner, der Direktor des BAG (noch bis Ende Jahr im Amt), bezeichnet sich selbst als Arzt. Er hat seine medizinische Karriere als Pathologe und Gerichtsmediziner gemacht, fernab aller Praxis.

Sein soeben vom Bundesrat gewählter Nachfolger ist Pascal Strupler, ein Jurist und Verwaltungsmann. Im Gespräch war auch Peter Indra, bis jetzt und wohl weiterhin Vizedirektor, von Haus aus Chirurg, ebenfalls seit Jahren nur im administrativen Bereich tätig, interessanterweise z. B. als Direktionsmitglied der Krankenkasse Helsana, und einer der Hauptverteidiger der Sparmassnahmen beim Praxislabor.

«Santésuisse», der Dachverband der Krankenkassen, entwickelt derweil eifrig immer mehr Wildwestmethoden, um bei der Hausarztmedizin zu sparen, regt sich aber mit kaum einem Wort darüber auf, wenn einige ihrer Mitglieder beim «Monopolspielen» auf dem Geldmarkt einen massgeblichen Teil ihrer (durch Prämienfelder geäuften) Reserven in Luft auflösen und hauptsächlich damit beschäftigt sind, mit grossem Werbeaufwand Jagd auf gute Risiken, d. h. junge und gesunde Versicherte zu machen. (SK)

werden. Sehr viele davon sind Teilzeitleisten, welche eine flexible Arbeitszeit ermöglichen, z. B. für Familienfrauen.

Und Hausarztpraxen sind Ausbildungsorte: Rund 800 MPAs werden in der Schweiz jährlich diplomiert, die allermeisten von ihnen in Hausarztpraxen ausgebildet. Dies bedeutet ständig ungefähr 1600 Lehrstellen. An der Universität Bern macht seit bald zwei Jahren jede Medizinstudentin und jeder Medizinstudent schon ab dem ersten Studienjahr Praktika in Hausarztmedizin: das ist einzigartig und richtungsweisend. Über 200 Lehrärztinnen und -ärzte im Kanton Bern und umliegenden Gebieten engagieren sich auch auf diese Art für die Zukunft der Hausarztmedizin.

Dies alles sind Tatsachen, die unseren Gesundheitspolitikerinnen und -politikern bekannt sind oder bekannt sein müssten. Trotzdem glaubt Herr Couchepin offenbar, mit Hauruckaktionen das Gesundheitswesen retten zu kön-

nen. Ein Beispiel ist sein Angriff auf das Praxislabor, mit dem er 200 Mio Franken zu sparen glaubt. Sogar wenn es stimmen würde, so entspräche dies vier Promille der Gesundheitskosten. Für die Hausarztmedizin aber bedeutet es einen weiteren schmerzlichen Schnitt.

Zwar ist es kaum zu begründen und mehr als störend, wenn es in anderen medizinischen Fachdisziplinen bis zu viermal mehr zu verdienen gibt als in der Grundversorgung. Auch wenn klar ist, dass sich daran jetzt endlich etwas ändern muss: Umverteilung allein reicht nicht.

Wer bringt Herrn Couchepin und seinen Beratern unternehmerisches Denken bei und dass sich eine vernünftige Investition in die Hausarztmedizin bereits kurz-, aber sicher mittelfristig lohnen würde?

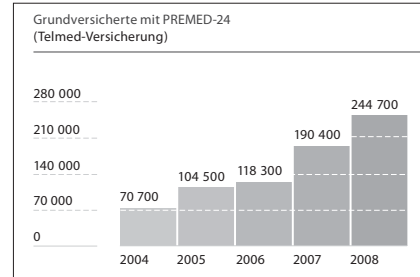
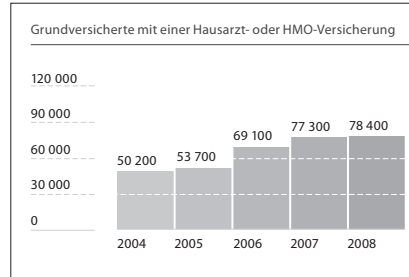
*Samuel Kohler, Hausarzt,
Münchenbuchsee*



Über Billigkassen, Listenmodelle, Managed Care und die Finanzkrise

Während der letzten Jahre haben sich im Kanton Bern viele Ärztinnen und Ärzte zu Ärztenetzwerken zusammengeschlossen. Aus der Überzeugung heraus, dass mit echten Managed-Care-Modellen auch Kosten eingespart werden können, haben sie Strukturen geschaffen, welche ihren Patientinnen den Abschluss von Managed-Care-Versicherungen mit verschiedenen Krankenversicherern ermöglichen. Obwohl die Krankenversicherer ihrerseits Managed Care als Wettbewerbsfaktor und ähnliches bezeichnen und mit den Berner Ärztenetzwerken auch entsprechende Verträge abgeschlossen haben, scheinen sie kein grosses Interesse zu haben, möglichst viele ihrer Versicherten in solche Modelle zu integrieren. Vielmehr widmen sie sich der Jagd auf günstige Risiken (das sind Versicherte, welche kaum Leistungen beanspruchen, aber Prämien zahlen) und preisen ihre diversen Pseudo-Hausarztmodelle an. So sind zum Beispiel dem Geschäftsbericht des grössten Krankenversicherers folgende Entwicklungen der Versichertenzahlen zu entnehmen (siehe Grafik).

Die Zahlen in den obenstehenden Grafiken zeigen deutlich, wo die Interessen der Krankenversicherer liegen. Bei den echten Hausarzt-Modellen (Grafik links) konnte die Versichertenzahl über die letzten fünf Jahre gerade mal um gut 50 Prozent gesteigert werden, beim Pseudo-Hausarztmodell (Grafik rechts) betrug der Zuwachs satte 350 Prozent. Eine ähnliche oder gleiche Entwicklung zeigt sich auch bei den anderen Versicherern. Erstaunlich ist diese Entwick-



lung allerdings nicht. Nur wenige Versicherer bieten ihren Kunden den Anreiz, eine echte Hausarzt-Versicherung abzuschliessen. Vergleicht man die Prämien, stellt man schnell fest, dass oft einfachere und weniger verbindliche Listenmodelle günstiger sind als echte Hausarzt-Versicherungen. Wer will schon mehr Verpflichtungen eingehen und dafür noch mehr bezahlen? Die Jagd auf günstige Risiken, mit tiefsten Prämien für Alibi-Managed-Care-Modelle macht sich kurzfristig mit höheren Prämieeinnahmen bezahlt, mittel- und langfristig gesehen ist es eine Sackgasse. Dies beweisen die Krankenversicherer gleich selbst, indem sie immer wieder neue Listenmodelle kreieren und neue Billigkassen aus dem Boden stampfen, eine langfristige Kundenbindung kann anscheinend kaum entstehen. Angesichts des Wehklagens über sinkende Prämieeinnahmen und steigende Ausgaben täten die Versicherer gut daran, vermehrt am Faktor Kundenbindung zu arbeiten: Managed-Care-Versicherte sind treue Kunden. Wobei hier noch anzumerken wäre, dass einige Krankenversicherer auch von der Finanzkrise arg gebeutelt wurden. So haben zum Beispiel vier der grössten Schweizer

Versicherer – mit rund 3,8 Millionen Versicherten – im Jahr 2008 fast 400 Millionen Franken mit Ihren Kapitalanlagen verloren. Im Vorjahr erzielten sie damit noch Gewinne von fast 650 Millionen Franken. Unter dem Strich ergibt dies eine Differenz von mehr als einer Milliarde Franken oder 275 Franken pro Versicherte oder gut 45 Prozent der Jahreskosten pro Versicherte für ärztliche Behandlungen (bei freipraktizierenden Ärzten, ohne Medikamente).

Peter Frutig
Operativer Leiter PonteNova

Die Männer sind mitgemeint!

Wir verwenden in allen Punktuell-Ausgaben möglichst die weiblichen Substantivformen. Die Männer sind immer mitgemeint. Damit kehren wir ein ungeschriebenes terminologisches «Dogma» um, das bis heute meist umgekehrt verwendet wurde, in dem die Frauen mitgemeint sind.

Damit setzen wir ganz bewusst ein Zeichen, nicht zuletzt, um die Innovationsbereitschaft von PonteNova zu unterstreichen, vor allem aber, weil die Medizin der Zukunft weiblich ist. Bereits heute sind mehr als 50 Prozent der Studienabgängerinnen Frauen. (BS)

Unsere Partner

Das standesnahe Inkasso-Unternehmen für das Schweizer Gesundheitswesen

Ä K ARZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Impressum
Auflage: 2500 Exemplare
Redaktion: Geschäftsleitung PonteNova, Hans-Werner Leibundgut (HWL), Peter Frutig (PF), Bernhard Stricker (BS), Samuel Kohler (SK), Amato Giani (AG)
Adresse: PonteNova Zentrum 32, 3322 Urtenen-Schönbühl
 Tel. 031 951 88 60, Fax 031 951 88 61
 E-Mail: pontenova@hin.ch, www.pontenova.ch
Druck: R.Graf AG, 3280 Murten
 Gratisversand und -auflage für die Praxen der Ärztenetzwerke Grauholz und Mednetbern und deren Patientinnen.