

So beurteilt ein initiativer Krankenkassen-Chef die aktuellen Tendenzen im Schweizer Gesundheitswesen

## Genügend Fantasie gegen die wuchernde Regulationsflut?

An der HSK-Jahrestagung wurde das Einmischen von Vater Staat in die Vertragsverhandlungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern kritisiert. Die HSK ihrerseits möchte hingegen mehr Wettbewerb umsetzen und Anreize bieten, die Qualität im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die beiden Tendenzen beißen sich, Gegensteuern wird aus liberaler Sicht dringend nötig. Wie aber ist das zu bewerkstelligen? – Wir fragten Reto Egloff, den Vorsitzenden der Geschäftsleitung der KPT Krankenversicherung, wie er die Ausgangslage beurteilt und wo er welchen Handlungsbedarf sieht.

Wir stellten unserem Interviewpartner Fragen zur Lage der (Gesundheits-)Nation, zur Qualität und Qualitätsmessung, zur Selbstverantwortung von Versicherten und Patienten sowie zur nötigen Kreativität der Krankenkassen selbst, um mehr Wettbewerb zu begünstigen.

### Wie sieht die Lage der (Gesundheits-) Nation heute aus?

**Sie haben an der HSK-Jahrestagung bedauert, dass die regulatorischen Eingriffe zunehmen. Können Sie das anhand einiger Beispiele verdeutlichen?**

Reto Egloff, Vorsitzender der Geschäftsleitung der KPT Krankenversicherung



Der Entwurf der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) als erstes Beispiel drastischer Überregulierung. Der Entwurf ist unverhältnismässig und nicht gesetzeskonform. Anstatt die wichtigen Fragen des Vollzugs des Gesetzes zu präzisieren, werden die Wahlfreiheit der Versicherten, die unternehmerische Freiheit der Krankenkassen und der Wettbewerb stark eingeschränkt. So soll zum Beispiel das Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitreichende Kompetenzen bei der Prämienfestsetzung erhalten, obwohl diese einen zentralen Wettbewerbsfaktor darstellt und in den Autonomiebereich des Krankenkassen fällt.

Das BAG will damit nicht beaufsichtigen, sondern faktisch die Unternehmen führen. Ein klarer Akt von Verstaatlichung im Gesundheitswesen.

Ein weiteres Beispiel: Die Rabatte für Managed Care-Modelle werden vom BAG ohne Not teilweise massiv gekürzt. Die Attraktivität dieser Modelle wird dadurch schwinden und damit werden die Bemühungen der Ärzteschaft und der Versicherer zur Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen torpediert.

**Bundesrat Berset will die Rabatte bei höheren Franchisen kürzen. Unserer Meinung nach werden damit wichtige Anreize für mehr Selbstverantwortung reduziert. – Wie werten Sie das Unterfangen des Gesundheitsministers: Ist er einfach schlecht beraten? Steuert er mitsamt dem BAG in eine falsche Richtung? Ebnen solche Tendenzen gar den Weg zur Einheitskasse?**

Die vom Volk klar abgelehnte Einheitskasse soll nun mittels solcher Massnahmen über den Amtsweg eingeführt werden. Das Unterfangen ist eine weitere Breitseite gegen ein freiheitlich ausgestaltetes Gesundheitswesen. Die vorgeschlagenen Rabattkürzungen würden sich auf rund ein Viertel der Versicherten auswirken. Diese würden sich zu Recht darüber ärgern, da ihre hohe Eigenverantwortung nicht mehr angemessen belohnt würde. Schliesslich würden die dafür einschlägig bekannten politischen Kräfte diese amtlich verordnete Unzufriedenheit der Versicherten als Plattform nutzen, um das Thema Einheitskasse ein weiteres Mal aufzubringen, anstatt sich endlich den wirklich relevanten gesundheitspolitischen Themen zu widmen.

Eine repräsentative Umfrage bei den Versicherten hat gezeigt, dass sie dieses Vorhaben klar ablehnen. Die Stimme der Versicherten muss gehört werden. Dafür werden wir uns auch mit unserem Branchenverband curafutura einsetzen.

**Öffentliche Spitäler werden – ganz entgegen SwissDRG – immer noch massiv mit direkten Subventionen «verwöhnt», im Kanton Neuenburg sind es beispielsweise hohe 25 % der Gesamteinnahmen des Kantonsspitals. – Was halten Sie von dieser Subventionitis? Sollte sie nicht – wie es das Gesetz verlangt – auf die universitäre Lehre und Forschung und die Sicherstellung der stationären Versorgung in abgelegenen Regionen – eingeschränkt werden? Was können die Krankenkassen hier**

**unternehmen? Haben sie überhaupt den Mut dazu oder sagen sie sich: Die Kantone sollen ruhig zahlen, dann bleibt weniger für uns übrig?**

Die HSK verlangt eine transparente Darstellung der Kosten und Dokumentation der Anlage- und Nutzungskosten. Wir fordern in dieser Frage seit jeher volle Transparenz von den Spitälern und wünschen uns, dass Kantone die diversen Geldströme der Anlagenutzungskosten bis hin zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen offen legen. Nur so ist ein effektiver und gerechter Vergleich zwischen den Spitälern möglich. Wir stellen in den Verhandlungen immer wieder fest, dass diese Transparenz nicht von allen Partnern gewünscht wird. Am Ende des Tages wird der Steuer- und Prämienzahler doppelt zur Kasse gebeten.

**Spitäler bauen wie wild. Bauen sie nicht zu viel oder zu gross oder gar die falschen Strukturen für die Zukunft? Wohl übernehmen die Kantone 55 % aller späteren Betriebskosten (und subventionieren bis auf Weiteres zusätzlich munter drauflos), aber gleichgültig können Ihnen möglicherweise drohende Fehlstrukturen auch nicht sein. Ihre 45 % Anteil steigen dadurch ebenfalls. Wie beurteilen Sie diese Aus-**

**gangslage? Wir haben Angst, dass durch diese massive etatistische Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der Steuerzahler Anreize abhanden kommen, die vielfach ungenügenden spitalinternen Prozesse zügig zu optimieren.**

Jedes Spital versucht seine Betten zu füllen. Zu oft steht nicht mehr die Qualität der Behandlung im Vordergrund, sondern das Erreichen von Jahreszielen. Das zeigen auch Berichte über Chefarztverträge mit mengenabhängigen Boni. Dass Renovierungen der teils sehr alten Infrastrukturen notwendig sind, ist für uns klar und nachvollziehbar. Hier besteht teilweise grosser Nachholbedarf. Wir erkennen aber, dass dabei über den effektiven Bedarf hinaus investiert wird. Im Austausch mit den Spitälern wird uns jeweils zugesichert, dass mit dem Neubau die Prozesse besser und dabei Kosten eingespart werden können. Die Zukunft wird zeigen, ob diese Zusagen wie versprochen eintreten

**Qualität im Spital und Grundlagen der Qualitätsmessung**

**Mit Freude haben wir gehört, dass die HSK in partnerschaftlichen Verhandlungen mit den Leistungserbringern nicht bloss die Preise im Auge behält, sondern namentlich**

**auch die Qualität. Letztes Jahr haben wir gehört, die HSK möchte die Höhe der Entgelte ans Ausmass der nachgewiesenen Qualität binden. – Was ist aus diesen löblichen Vorsätzen geworden?**

Die HSK setzt auf Qualität, wurde aber vom Bundesverwaltungsgericht in einem aktuellen Urteil zeitlich etwas zurückgebunden. Es wird vom Gericht argumentiert, jedes Spital auf der Spitalliste des Kantons habe schon gute Qualität, das sei ja eine Voraussetzung für die Aufnahme auf die Liste. Wir zweifeln an dieser Einschätzung: Die Aufnahme auf die kantonale Spitalliste garantiert allein keine gute Qualität. Es gibt zu viele andere Gründe, um ein Spital auf die Liste aufzunehmen. Ein Spital steht für Arbeitsplätze und Innovation, macht den Kanton attraktiver und sichert Wiederwahlen der politischen Verantwortungsträger.

**Welche Grundlagen würden Sie denn ins Kalkül miteinbeziehen, um die Qualität gebührend, objektiv und nachvollziehbar zu bewerten?**

Das beginnt bei der Vollständigkeit und Transparenz der Buchhaltung bis hin zu ANQ-Statistiken mit entsprechenden Massnahmen. Dies sind Elemente für erste Schritte hin zu Qualität-





## Special 2: HSK-Tagung

steigerungen. Allein schon damit würde der Spitalmarkt Schweiz und damit alle Patientinnen und Patienten viel gewinnen.

**Wie steht es mit der Qualität der Rechnungslegung von Spitälern als besonderem Aspekt der Qualität? Bislang wurde immer von argen Manki gesprochen, was wohl eine unbefriedigende Basis für Tarifverhandlungen und für ein echtes Benchmarking darstellt. – Entwickelt sich hier etwas zum Besseren?**

Die Entwicklung hin zur transparenten Rechnungslegung dauert an. Zwar liefern mehr Spitäler ihre Buchhaltungen, aber leider ist die Qualität oftmals noch ungenügend. Etliche Spitäler haben mittlerweile die Rekole-Zertifizierung von H+ erhalten. Diese beinhaltet, dass das Führen der Buchhaltung auf Swiss GAAP FER- und VKL-Ansätzen basiert. Die Spitäler taxieren dies als Qualitätsbeweis. Für die Tarifverhandlungen wird jedoch den Krankenversicherern von den Spitalern keine Vollversion, sondern grösstenteils die Krankenversicherer-Version von ITAR-K zugestellt. ITAR-K muss zudem kein Qualitätslabel erfüllen und wird von den Spitalern nach Empfehlungen von H+ «abgefüllt». Von einer transparenten Rechnungslegung kann daher noch nicht gesprochen werden. Die Manki bei der Qualität der Tarifverhandlungen bestehen also nach wie vor.

**Wie steht es um die Ausgangslage für mehr Selbstverantwortung für die Patienten und Versicherten?**

**Wir haben es schon vernommen: Die Tendenzen, die Bundesrat Berset setzt, wirken sich kontraproduktiv auf die Selbstverantwortung aus. Wie kämpfen Sie dagegen an?**

Wir setzen uns mit dem Branchenverband curafutura dafür ein, dass diese Bestimmungen nicht zu Lasten unserer Versicherten umgesetzt werden. Zudem erscheint mir sehr wichtig, dass sich auch unsere Partner – Ärzte und Spitäler – dafür einsetzen, dass nicht mit übertriebenen Anforderungen in der Aufsicht und finanziellen Umverteilungsübungen bei den Franchisen Eigenverantwortung und Markt ausgehebelt werden.

**Sollten nicht gerade innovative, kreative Zusatzversicherungsmodelle neue Anreize für die Versicherten schaffen? Uns dünkt, die Krankenversicherer seien hier ein wenig lendenlahm. Täuschen wir uns?**

Bei den Grundversicherungsmodellen trifft es leider zu, dass wenig innovative Lösungen auf den Markt kommen. Wir haben viele Ideen, wie wir unseren Kunden zusammen mit Leistungserbringern innovative Lösungen bieten könnten.

Das regulatorische Korsett des KVG ist dafür aber viel zu eng.

Im Bereich der Zusatzversicherungen sind aber viele innovative Lösungen im Vormarsch: Die jungen Produkte der KPT, Sicuranta und PRIO, bieten innovative Möglichkeiten, sich bereits früh und für wenig Geld spätere Spitalleistungen abzusichern bzw. sich auch in der allgemeinen Spitalabteilung eine Behandlung mit einem ausgewählten Facharzt zu sichern. Auch andere Krankenversicherer entwickeln neue und innovative Modelle. So werden zurzeit erste Zusatzversicherungsprodukte für ambulante Spitalleistungen angeboten.

**Wann profitieren Zusatzversicherte von tieferen Prämien in Anbetracht dessen, dass doch jetzt die Kantone seit bald vier Jahren 55 % auch an den Aufenthalt in einer Privatklinik übernehmen? Wir haben vernommen, dass ausgerechnet hier die FINMA als Aufsichtsbehörde «klemmt». Das kann es doch aber wohl nicht sein?**

Das Gegenteil ist der Fall: Als Konsequenz der neuen Spitalfinanzierung sind die Prämien der Spitalzusatzversicherungen in den letzten Jahren über die ganze Branche hinweg markant gesunken. Die KPT hat als genossenschaftlich organisiertes Unternehmen zusätzlich zu nachhaltigen Prämienenkungen ihren Kunden bereits ab

# Gemeinsam sind wir

Das multimediale Dokumentenmanagement- und Archivsystem Allgeier mDMAS erlaubt eine Konsolidierung bisher oft getrennter IT-Welten: PACS, Multimedia und Dokumentenarchive. Das ergibt klare Vorteile bei der Visualisierung: Röntgenbilder, OP-Videos, sämtliche DICOM- oder Non-DICOM-Daten können gemeinsam mit modernen PDF/A-3 Dokumentenformaten inkl. Signaturinformationen vom Anwender aus einem Viewer heraus verwendet werden.

Durch die strategische Partnerschaft mit AVINTIS SA wird die bestehende europaweite Marktposition der Allgeier Medical IT GmbH in der Schweiz signifikant gestärkt. Allgeier Medical IT (vormals Gemed GmbH) bietet ein IHE-konformes Bildarchivierung und -Managementsystem, das nach Medizinproduktegesetz Klasse 2b zertifiziert ist. Das Allgeier.PACS kann jederzeit zu einem multimedialen Universalarchiv inkl. rechtssicherer Dokumentenarchivierung erweitert werden.

AVINTIS SA ist eine Schweizer Software-Firma, die seit mehr als 17 Jahren erfolgreich ihr eigenes Lösungsportfolio im Gesundheitswesen entwickelt und vertreibt. Dank unserer langjährigen Erfahrung und Präsenz in zahlreichen Spitälern verfügen wir über ein breites Fachwissen und bieten bewährte Lösungen mit hoher Qualität an.

2013 Überschüsse im Umfang von gesamthaft 33 Millionen Franken rückvergütet.

**Welche Initiativen ergreift die KPT, um den Markt aufzufrischen?**

**Kreative Kassen wie die Ihre setzen immer wieder Akzente, wie beispielsweise mit der Gesundheitsakte VitaClic. – Wann dürfen wir uns über neue Initiativen freuen?**

Das grösste Potenzial für Innovation sehen wir weiterhin im Bereich der Digitalisierung des Versicherungsgeschäfts aber auch bei weiteren digitalen Services im Gesundheitsbereich. Obwohl wir hier seit mehr als zehn Jahren führend sind, bereiten wir zurzeit mehrere Initiativen vor und werden bereits 2016 mit weiteren Neuerungen überraschen.

**Wir sind der Auffassung, dass zu hohe Zusatzversicherten-Prämien falsche Anreize bieten und überteuerten Verträgen im VVG-Bereich Vorschub leisten. Etliche Direktoren öffentlicher Spitäler werden ja auch nicht müde, diesen Umstand als «gäbige» Quersubventionierung zu bezeichnen. Unserer liberalen Meinung nach dürfte das im Zeitalter der Fallpauschalen und kostengerechter Tarife so nicht stattfinden. Ausserdem werden durch diese Tarifstrukturen die privaten Anbieter**

**überproportional bevorzugt, was eine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der öffentlichen Spitäler darstellt. – Wir haben schon von der FINMA-Bremse gesprochen. Aber: Sie müssten doch ein ureigenes Interesse an kostengerechten Tarifen haben, nicht zuletzt im Hinblick darauf, dass Ihnen sonst in absehbarer Zeit der letzte ältere Zusatzversicherte wegstirbt, ohne dass Jüngere – abgeschreckt durch die zu hohen VVG-Prämien – nachkommen. Wie kreativ und marktwirtschaftlich motiviert werden wir die KPT diesbezüglich im Markt erleben?**

Die KPT führt harte aber faire Verhandlungen und ist nicht bereit, mit allen Spitälern Zusatzversicherungsverträge abzuschliessen. Wir

wollen substantielle Gegenwerte für unsere Versicherten sehen, was einigen Spitälern schwer fällt. Für Spitäler mit überhöhten Tarifforderungen, fehlender Transparenz und Qualitätsnachweisen, sowie Vertragsspitälern ohne Spezialisierung wird die Luft dünn.

Konditionen und Mehrwert für unsere Versicherten müssen stimmen. Qualitativ hochstehende Alternativen zu diesen Spitälern sind in der Schweizer Spitallandschaft ja genügend vorhanden. Andererseits ist es nicht immer einfach, die Vorteile eines anderen Spitals den Versicherten nahezubringen. Auch die Belegärzte werden stetig flexibler und empfehlen unseren Versicherten andere Spitäler.

Text und Interview: Dr. Hans Balmer

**stark!**

[www.avintis.com](http://www.avintis.com)

**3 Themen  
2 Partner  
1 Lösung**

