

## Schlechte Noten für die Gesundheitspolitik: Kritik und Tipps vom Experten

# Die Stärken des KVG durchsetzen

Die Erfolgsbilanz nach gut 20 Jahren Krankenversicherungsgesetz fällt aus Sicht von Krankenkassen-Experte Felix Schneuwly vom Internetvergleichsdienst comparis.ch sehr durchgezogen aus. Ausgerechnet bei der Kostenbegrenzung – schon vor der Einführung des Topargument – ist das Ziel nicht erreicht. Ganz im Gegenteil: Die Gesundheitskosten sind stetig gestiegen, egal mit welchen planwirtschaftlichen Mitteln Bundesbern oder die Kantone regulierend eingegriffen haben. Es ist also höchste Zeit, den Stärken des KVGs zum Durchbruch zu verhelfen, denn die Kassen dürften eigentlich nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Medizin zu Lasten der Grundversicherung vergüten.

Deshalb stellte Felix Schneuwly neulich im Careum Colloquium, das viele Interessierte im Auditorium verfolgten, den Politikern überspitzt ein schlechtes Zeugnis aus: «Sie hätten eigentlich besser unbezahlte Ferien nehmen können, statt Gesundheitspolitik zu betreiben.» Besonders belastend für das Portemonnaie der Versicherten: Die Kosten für medizinische Leistungen zulasten der Grundversicherung wachsen stärker als die Löhne.

### Viel zu wenig transparente Qualität

Auch das Ziel der transparenten Qualität ist laut Felix Schneuwly längst noch nicht erreicht. Also die Frage, was für Medizin man fürs Geld bekommt. Erfüllt sind zwar die Ziele der Solidarität und des Zugangs zu Medizin. Felix Schneuwly zeigte ausserdem auf, dass Bildung und Lebensumstände die Gesundheit mehr beeinflussen als die Medizin. Die Digitalisierung

müsste seiner Meinung nach ansetzen, bevor die Reparaturmedizin zum Einsatz kommt. Etwa bei der Förderung der Gesundheitskompetenz.

### Gesundheit 2020 – ein Blindflug ohne messbare Ziele

Bundesrat Alain Berset ist zwar mit viel Elan ins Amt gestartet. Das stritt auch Felix Schneuwly nicht ab. Trotzdem übte er Kritik an der Strategie



«Gesundheit 2020» des Bundes. Ihm fehlt es besonders an messbaren Zielen – mit Ausnahme des Sparziels von 20 Prozent. «Nur sparen geht aber auch nicht.» In Beispielen zeigte der Krankenkassenexperte auf, dass einzelne Strategien – etwa gegen die Antibiotikaresistenz in der Human- und Tiermedizin – zwar sinnvoll sind, man sich aber auf einem Blindflug befindet, wenn man keine messbaren Zielwerte und Zeithorizonte definiert. Ein Fortschritt lässt sich so nicht messen, eine Bilanz ist nicht möglich. Daneben fehlt Schneuwly das Gleichgewicht zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, wenn von 102 Massnahmen gemäss eigener Darstellung des Bundesrats nur eine einzige die Verantwortung der Bevölkerung betrifft.

### Warum wird denn das KVG nicht konsequenter umgesetzt?

Zusätzlich befremdend wirkt für Felix Schneuwly, dass nun ohne Zwischenbilanz zur Strategie «Gesundheit 2020» noch eine Expertengruppe zur Kostendämpfung eingesetzt wurde. Auch deren 38 Massnahmen zerpfückte der Krankenkassenexperte. Vieles ist aus seiner Sicht auch ohne Gesetzesrevision möglich. Aber man müsste das Gesetz vollziehen und Sanktionen aussprechen, wenn sich Kantone, Kassen und medizinische Leistungserbringer nicht ans Gesetz halten.

Wie will Felix Schneuwly die Gesundheitskosten dämpfen? Und was würde denn der Experte tun, um die Kosten zu dämpfen? – Insgesamt ist er für mehr wettbewerbliche Anreize und weniger staatliche Planwirtschaft. Er sieht vor allem drei Hebel: Die Finanzierung, die Effektivität und Effizienz sowie die Qualität. So plädiert er für eine einheitliche Finanzierung ambulant-stationär, wobei Franchisen und Selbstbehalt sowie Prämienverbilligungen der Kostenentwicklung angepasst werden müssen. Er fordert zudem mehr Spielraum für die Krankenkassen bei den Prämien, damit Versicherte, die sich mit alternativen Versicherungsmodellen für Effizienz und Qualität entscheiden, auch besser belohnt werden dürfen. Das Bundesamt für Gesundheit müsste in seinen Augen transparente Qualität durchsetzen und Mängel sanktionieren.

### Den alten Zopf des Vertragszwangs abschneiden

Zusätzlich plädiert Felix Schneuwly für die Aufhebung des Vertragszwangs («Man wechselt eher die Versicherung als den Arzt») und des Territorialitätsprinzip («Wieso darf man etwa Medikamente aus Deutschland oder den USA nicht direkt importieren?»). Zudem stellte er in

Aussicht, dass comparis.ch auf dem Internetportal bald auch Medikamentenpreise-, Ärzte-, Spital- und Spitex-Vergleiche anbieten will.

### Dringend: ein Pflegekonto fürs Alter

In der Diskussionsrunde kam zur Sprache, dass die Arztrechnungen für Patienten nicht nachvollziehbar und kontrollierbar sind. Schneuwly pflichtete bei und bezeichnete das Abrechnungssystem Tarmed als gigantisches Versteckspiel. Dr. Werner Widmer von der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnen-schule, der im Publikum sass, brachte zusätzlich eine einkommensabhängige Franchise ins Spiel. Ein Teilnehmer wollte zudem noch wissen, wie die Pflegefinanzierung aussehen müsste. In diesem Bereich plädierte Felix Schneuwly für ein Pflegekonto, das man im Alter brauchen kann – analog zum Vorsorgekonto 3a.

### Wie lauten denn das Rezept, das schrittweise Erfolg verspricht?

Bei soviel Brisanz in den Aussagen wollten wir Felix Schneuwly noch etwas «löchern» und stellen ihm ein paar Zusatzfragen:

### Sie sprechen von sehr mangelhafter Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungserbringung. Diese Transparenz wäre aber doch gerade der Schlüssel für einen Patienten zu einer gut überlegten Wahl des Behandlungsortes resp. seines Arztes. Wieso sind wir denn bei diesem Punkt immer noch nicht weitergekommen?

Felix Schneuwly: Wir sind nicht weit genug, weil das KVG etwas überspitzt gesagt für Kassen, Leistungserbringer und Industrie eine geschützte Werkstätte mit zu viel Bürokratie und zu wenig Wettbewerb ist. Da Wettbewerb anstrengend ist, wollen nur wenige die gewohnte Komfortzone freiwillig verlassen. Aber nichts ist teurer als schlechte Medizin. Deshalb ist transparente und für Laien verständliche Qualität für Versicherte mit freier Wahl der Leistungserbringer wichtig. Transparente Qualität ist aber auch für Versicherte wichtig, die diese Wahl mit einem alternativen Grundversicherungsmodell freiwillig einschränken und der Kasse überlassen. Hier müssten die Kassen in der Lage sein, ihren Kunden datengestützt zu zeigen, wie gut die Qualität in der integrierten Versorgung ist.

### Gemäss Zahlen der Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH steigt der Finanzierungsanteil der Grundversicherungsprämien an den gesamten Gesundheitskosten am stärksten, während der



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs comparis.ch, weist auf zahlreiche Schwachstellen in der aktuellen Gesundheitspolitik und in der bundesrätlichen Gesundheitsstrategie hin.

### Anteil der Zusatzversicherungsprämien am stärksten abnimmt, obwohl auch diese Prämien stetig steigen. Uns scheint eine Ursache, die heute noch grössere Quersubventionierung der Zusatzversicherten zu Gunsten der Grundversicherten zu sein als vor der KVG-Revision 2012. Aber diese Quersubvention ist KVG-widrig. Wie sehen Sie das? Laufen wir hier nicht Gefahr, eine aus liberaler Sicht begrüssenswerte Produktdifferenzierung und damit ein Wettbewerbsinstrument der Krankenversicherer zu verlieren? Oder ist das den Kassen egal, wenn die Auswahl für die Versicherten abnimmt?

Der stetige Ausbau der Grundversicherung bringt Zusatzversicherungen bei den jüngeren Versicherten unter Druck. Die älteren Versicherten können keine Zusatzversicherungen mehr abschliessen, nur aussteigen und nicht wechseln, haben also viel weniger Marktmacht als in der Grundversicherung. Dass Zusatzversicherte Grundversicherte quersubventionieren, behaupten Spitäler immer wieder, weil die stationären und ambulanten Grundversicherungstarife angeblich nicht kostendeckend sind. So einfach ist das nicht, denn es gibt rund 10 Prozent Überkapazitäten. Und die Kantone subventionieren öffentliche Spitäler zum Teil massiv mit Defizitdeckungen oder übermässigen «gemeinwirtschaftlichen Leistungen». Spitäler, die mit dem Ertrag aus den Fallpauschalen nicht kostendeckend wirtschaften können, sollten eigentlich vom Markt verdrängt werden. Hier sind wir in

einem Interessenkonflikt zwischen Wirtschaftsförderung und steigenden Gesundheitskosten. Weil Zusatzversicherte zu wenig Marktmacht haben, fehlt dort der Wettbewerbsdruck. Deshalb will jetzt die Finma von den Krankenversicherern wissen, welche zusätzlichen Leistungen, die nicht schon Bestandteil der Fallpauschalen gemäss KVG sind, in den Verträgen mit den Spitälern und Belegärzten für Halbprivat- und Privatpatienten zu welchen Preisen vereinbart werden.

**Nochmals zu den Kassen: Sie monieren eine fehlende Phantasie beim Entwickeln neuer Versicherungsmodelle. Welche frei wählbaren Elemente stehen für Sie im Vordergrund? Weswegen sind die Kassen hier nicht aktiver?**

Bisher war der Wettbewerbsdruck schlicht zu schwach, um innovativ sein zu müssen, denn mit Innovationen kann man auch scheitern. Nun machen auf der einen Seite Kantone und Bund mit den Listen «ambulant statt stationär» Druck, auf der anderen Seite verlangt die Finma Transparenz im Bereich der Zusatzversicherungen. Die Listen «ambulant statt stationär» zwingen die Kassen, Zusatzversicherungen für ambulante Operationen zu lancieren. Die Aktivitäten der Finma werden die Margen senken und so die Kreativität der Versicherer ebenfalls beflügeln. Das ist gut für die Versicherten. Jetzt muss das Parlament in der Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) noch die Marktmacht der Versicherten stärken. Der bundesrätliche Entwurf sieht mit dem Recht der Versicherer, die Verträge einseitig ändern zu dürfen, gerade das Gegenteil vor. Märkte funktionieren nur mit Kräftegleichgewichten zwischen Anbietern und Nachfragern.

**Kontrahierungszwang: Hier stellen wir ebenfalls Treten am Ort fest. Woran liegt es, dass weder Politik noch Kostenträger hier mehr Druck aufsetzen? Wäre nicht gerade das Aufheben des Kontrahierungszwangs ein probates Mittel zur Qualitätssteuerung?**

Mangelndes Vertrauen in die Versicherer ist der Hauptgrund, warum Vertragsfreiheit politisch nicht mehrheitsfähig ist. Objektiv gibt es aber aus liberaler Sicht keinen vernünftigen Grund gegen die Zwangsheirat der Versicherer mit den Leistungserbringern. Die Qualitätssicherung wiederum ist primär eine gesundheitspolizeiliche Aufgabe der Kantone und dient der Patientensicherheit, egal wer die Leistungen bezahlt. Das KVG verlangt seit mehr als 20 Jahren Qualitätstransparenz der von den Kantonen zugelassenen Leistungserbringer, damit die freie Arzt- und Spitalwahl der Patienten kein Blindflug ist. Der Bundesrat muss endlich auf Verordnungsstufe dafür sorgen, dass das BAG Leistungserbringer sanktionieren darf, die nicht Transparenz schaffen. Die Kantone dürften eigentlich gar keine Verträge genehmigen, welche die Qualitätstransparenz nicht verbindlich regeln.

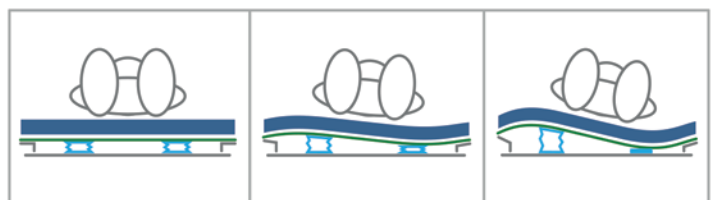
**Überarztung: Eindrücklich haben Sie gezeigt, dass gewisse Eingriffe in der Schweiz internationale Spitzenwerte erreichen. Bestehen da eklatante Fehlanreize?**

Ja, natürlich bestehen Fehlanreize. Das KVG verlangt, dass Kassen nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche



## Eine Revolution

Eine kleine Drehung...

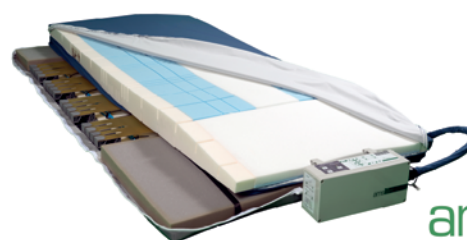


...eine grosse Entlastung für die Pflege

## WIE?

### Active Mobilisation System

Erholung durch ungestörte Nachtruhe



ams active mobilisation system

**Für weitere Details besuchen sie unsere Homepage und vereinbaren Sie einen Beratungstermin auf [info@compliant-concept.ch](mailto:info@compliant-concept.ch) oder kontaktieren Sie uns telefonisch 044 552 15 00**

[www.compliant-concept.ch](http://www.compliant-concept.ch)

(WZW) medizinische Leistungen zu Lasten der Grundversicherung bezahlen. Eine unnötige Untersuchung oder Operation ist sicher nicht zweckmässig. Der Bundesrat hätte WZW schon lange auf Verordnungsstufe operationalisieren müssen, damit die Kassen WZW-konform vergüten können. Wie bei der Qualitätstransparenz haben die zuständigen Bundesräte vieles getan, aber eben nicht das, was sie längst hätten tun müssen. Zu Qualität gehört allerdings auch Indikationsqualität. Die Tarifpartner könnten ohne zusätzliche Regulierungsbürokratie vereinbaren, dass z.B. 80% der Untersuchungen und Operationen nach den Richtlinien der jeweiligen Fachgesellschaft durchgeführt werden müssen. Bei den restlichen 20% müssten die Ärzte begründen, warum sie die eigenen Guidelines ignorieren, wenn die Kassen Begründungen verlangen.

**Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen: Sie haben früher schon erwähnt: «Der Preis macht die Leistung.» Das ist aber aus Sicht des Patienten einseitig gedacht. Zudem machen medizintechnische Fortschritte ambulante Operationen immer einfacher. Müsste da nicht noch mehr Druck entstehen – zusätz-**

**lich zu gewissen kantonalen Listen zur Kostenübernahme –, damit die Versuchung nicht zu gross bleibt, bei (zusatzversicherten) Patienten eher stationär als ambulant zu operieren, dass eben das Wohl des Patienten und nicht der höhere Preis relevant ist?**

Die kantonalen Listen «ambulant statt stationär» erzeugen zwar den notwendigen Druck, aber die einheitliche Finanzierung setzt neben der richtigen Tarifierung und transparenter Qualität auch die richtigen Anreize, aus medizinischer Sicht das Richtige am richtigen Ort zu tun. Die einheitliche Finanzierung ist insbesondere für alternative Versicherungsmodelle wichtig. Dort werden Ärztenetze und Versicherten von den Kassen belohnt, wenn sie durch eine etwas aufwändigere ambulante Versorgung Spitalaufenthalte ihrer Patienten verhindern können. Die aktuelle Finanzierung belohnt vor allem die Kantone, weil diese ambulant nicht mitfinanzieren.

**Beim gewaltigen Neubauvolumen der Spitäler könnte man sich fragen, ob wirklich überall so umfangreich gebaut werden muss. Wäre nicht eine über-**

**regionale Planung sinnvoller, um exakt zu einer optimalen Aufgabenteilung mit jeweils genügend Fallzahlen zu gelangen und der Gefahr von Bettenüberkapazitäten vorzubeugen?**

Ich befürchte, dass die Eigentümer der Spitäler – bei den öffentlichen Spitälern sind es die Steuerzahler – aus mehreren Gründen viel Geld verlieren, wenn all diese Investitionsvorhaben getätigt werden. Erstens weil die Verlagerung von stationär zu ambulant andere Infrastruktur erfordert als grosse Bettentrakte. Zweitens weil der rasche medizintechnische Fortschritt und die langen Planungs- und Bauzyklen insbesondere der öffentlichen Spitäler zu weiteren Fehlinvestitionen führen wird. Das sind übrigens die wichtigsten Gründe, warum auch öffentliche Spitäler mindestens mehr unternehmerische Freiheit brauchen oder mit Ausnahme der Unispitäler privatisiert werden müssten. Anstatt noch mehr staatliche Planwirtschaft mit Mindestfallzahlen oder Versorgungsregionen braucht es Qualitätstransparenz und Vertragsfreiheit. Vertragsfreiheit ist übrigens nicht Anarchie, denn es gilt wie in jeder anderen Branche auch hier das Kartellrecht.

