

Das Gesundheitswesen befindet sich in grössten Turbulenzen – Spitäler sind gefährdet, und wie steht es im Zusatzversicherungsbereich?

Wer hat Angst vorm Wettbewerb?

Kaum ein Spital weist fürs Geschäftsjahr 2023 eine positive Erfolgsrechnung auf. Selbst die bisher stärksten, die noch schwarz ausweisen, leiden und sagen auf Anfrage unverhohlen, sie erwarten im laufenden Jahr ebenfalls rote Zahlen. Der Zielwert von 10 % für die EBITA-Rate ist für praktisch alle unerreichbar geworden. Neu- und Ersatzinvestitionen sind in Frage gestellt. Die erste Anleihe kann nicht mehr abgelöst werden, gefolgt von einer Nachlassstundung, CEOs werden entlassen – Unruhe herrscht. Dabei wird immer vom «Gesundheitssystem» gesprochen. Dabei gibt es neben dem Versicherungsobligatorium OKP auch den privatrechtlichen VVG-Bereich. Befindet er sich ebenfalls im Abwärtsstrudel?

Die Frage ist nicht einfach zu beantworten. Tatsache ist allerdings, dass der Anteil zusatzversicherter stationärer Patienten – und von ihnen als die wichtigsten Umsatzbringer im Spital wollen wir sprechen – rückläufig ist. Das bedeutet, dass der zunehmende grundversicherte Anteil, der mit unbefriedigenden Tarifen abgerechnet wird, die Jahresrechnung gewaltig belastet und mit Privatpatienten nicht mehr wettgemacht werden kann. Nicht wenige Spitäler zehren am eh schon gesunkenen Eigenkapital und es liegt auf der Hand: Wenn nicht in naher Zukunft eine Gesundung eintritt, dürften Finanzspritzen und Defizitdeckungen der Trägerschaften – meist Kantone, teilweise Zweckverbände – zu regelmässigen «Hausaufgaben» werden. Trotz eindeutiger Rechtsgutachten hat bisher noch keine private Trägerschaft dagegen geklagt, sondern sich – wie neulich in Basel – damit abspeisen

lassen, dass bei noch schlimmeren Zeiten auch Privatkliniken solche Zustüpfе erwarten könnten, nicht nur das Unispital mit einem nicht marktkonform ausgestalteten Superkredit. Nach einem stabilen Fundament sieht das nicht aus.

Reissen noch mehr Geduldsfäden?

Eines schleckt keine Geiss weg: Natürlich sind grosse systemrelevante Häuser zu erhalten und möglichst fit für die Zukunft zu machen. Ihre Mitarbeitenden leisten in den meisten Fällen erstklassige Arbeit und sind an den schlechten Tarifen nicht schuld. Es zeigt sich hier, dass die Krankenversicherer mit harten Bandagen und viel Ausdauer erfolgreich in ihrem Sinne verhandelt haben und den Kantonen (und Zweckverbänden) den Schwarzen Peter zugeschoben haben. Wie lange welche Kantone das noch mit-

machen oder aufgrund fehlender Finanzierungsalternativen wohl auch mitmachen müssen, bleibt ein Fragezeichen; der Zürcher Gesundheitsdirektion ist im Falle Wetzikon jedenfalls bereits der Geduldsfaden gerissen. Der erste Spitalkonkurs wird immer wahrscheinlicher.

Was ist zu tun? – Effektivere Leistungsplanung, mehr interkantonale Koordination, Abbau zu vieler kleiner Geschäftseinheiten als Chance für bessere Personalschlüssel und zur Fixkostentlastung sowie stärkere Digitalisierung werden oft genannt. Wäre aber nicht gerade eine Attraktivitätssteigerung im Zusatzversicherungsbereich eine weitere echte und nachhaltige Alternative? – Diejenigen, die rund das 2.5-Fache an Prämien gegenüber der Grundversicherung zahlen – freiwillig notabene – können sich das leisten. Sie erwarten allerdings ärztliche Mehr-





Der Schaffhauser Ständerat Hannes Germann unterstreicht die Notwendigkeit zu mehr Wettbewerb und weniger Regulierungen.

leistungen in Top-Qualität, uneingeschränkte freie Arztwahl, Hotellerie der Sonderklasse und eine hervorragend vernetzte (auch ambulante) Vor- und Nachbetreuung.

Spitäler wie Zusatzversicherer sind gewaltig gefordert

Privatkliniken wie öffentliche Spitäler sind enorm gefordert, zusammen mit den Zusatzversicherern dafür zu sorgen, dass diese Versicherungsform und dieses spezielle hochrangige Leistungsspektrum gefördert werden. Gerade die Krankenkassen tun gut daran, entsprechend Sorge dafür zu tragen, hat doch eine der grössten Krankenkassen 2023 im OKP-Bereich rund CHF 190 Mio. Verluste eingefahren, währenddem das VVG-Geschäft einen Überschuss von rund 220 Mio. bescherte. Verhalten sich aber die Zusatzversicherer marktorientiert? Verwöhnen sie ihre Privatversicherten? Sind sie kreativ? – Man ist versucht, daran zu zweifeln, hat es doch die Concordia während neun geschlagenen Monaten fertiggebracht, mit zahlreichen Kliniken vertragslos zu sein, und die CSS hat kürzlich einen massiven Abschlag bei der Hotellerie einer Privatklinikgruppe erreicht. Aufgrund dessen wachsen bei den Zusatzversicherten arge Zweifel, ob ihnen die erwarteten (und mit den hohen Prämien gut finanzierten) Mehrleistungen künftig noch zur Verfügung stehen, ganz zu schweigen von zunehmender Unsicherheit bezüglich der Kostenübernahme.

Bleibt es daher ein frommer Wunsch, dass der VVG-Bereich statt von Querelen übersät mit zunehmender Attraktivität angereichert wird? Braucht es zu einer Besserung auch gezielte Initiativen im eidgenössischen Parlament – dies etwa in Ergänzung zur privaten Initiative privater Kalkulations- und Abrechnungssysteme für sta-

tionäre ärztliche Mehrleistungen wie desjenigen von Medicalculis. Solche Systeme erhöhen die Transparenz und begünstigen gründlichere Kontrollen ärztlicher Mehrleistungen und werden bereits von den meisten Zusatzversicherern in Verträgen mit einer wachsenden Zahl von Belegärzten angewandt, was z.T. regional in kurzer Zeit zu gut 10% tieferen VVG-Honoraren geführt hat.

Gelingt dem VVG-Bereich eine Renaissance?

Genügt das? Wie sieht das ein erfahrener Parlamentarier? – Wir trafen den Schaffhauser Ständerat Hannes Germann, einen Routinier, dessen Kennzeichen ein liberaler Geist und ein scharfer Weitblick sind, und stellten ihm drei Fragen:

Im VVG-Bereich ist nach wie vor viel Bewegung vorhanden. Einerseits besteht das Branchen-Framework des SVV, andererseits erzielen privat initiierte Kalkulations- und Abrechnungsverfahren Erfolge bei den Zusatzversicherern. Schliesslich beobachten wir harte VVG-Vertragskämpfe wie neulich zwischen der CSS und der Hirslanden Gruppe oder monatelange vertragslose Zustände wie zwischen der Concordia und Zürcher Spitälern. – Wie beurteilen Sie die aktuelle Lage?

Ständerat Hannes Germann: Die Lage präsentiert sich von aussen betrachtet als sehr unübersichtlich und beunruhigend. Natürlich gehören die angesprochenen harten Verhandlungen wie zwischen Hirslanden und CSS, also zwischen Leistungserbringern und Versicherern, zum Wettbewerb. Was aber nicht angehen kann, sind vertragslose Zustände. Denn diese gehen letztlich zu Lasten der Patienten und sind einer reibungslos funktionierenden medizinischen Versorgung abträglich. Insofern muss sich die Finanzmarktaufsicht (FINMA) den Vorwurf gefallen lassen, dass sie sich nicht mit verschiedenen Szenarien überlegt hat, wie ihre Interventionen den Markt beeinflussen.

Der SVV hat mit seinem Branchen-Framework versucht, Richtlinien für die Beurteilung ärztlicher Mehrleistungen zu definieren. Ist das gelungen oder hat das Framework nicht eher oligopolistischen Charakter? Andererseits wehrt sich der SVV (neulich an VVG Forum von Medi-Congress) vehement gegen eine Freizügigkeit von VersicherungsnehmerInnen innerhalb des VVG (analog zum BVG) – eine Forderung, die schon Nationalrat Dr. Beat Walti formuliert hat und die aus wissenschaftlicher Sicht von Prof. Stefan

Felder, Uni Basel, deutlich verfochten wird. Wie sehen Sie eine VVG-Freizügigkeit? Würde das nicht gerade neuen erwünschten Schwung im VVG-Bereich bedeuten?

Auf gut funktionierenden Märkten herrscht ein Kräftegleichgewicht der Anbieter und Konsumenten. In diesem Fall sind das die Versicherer, Spitäler, Belegärzte und die Versicherten. Eine mindestens teilweise Freizügigkeit der Versicherten würde ein Kräftegleichgewicht schaffen. Das wäre besser als die Interventionen der FINMA und das Branchen-Framework des SVV. Denn das hat bis jetzt nicht zu tieferen Prämien geführt, je nach Versicherer aber zu unterschiedlich eingeschränkten Spitalisten. Beides ist nicht im Interesse der Versicherten, welche die Finma angeblich mit ihren Interventionen schützen will.

Das Branchen-Framework ist meiner Ansicht nach höchst problematisch. Denn es weist eindeutig kartellistische Züge auf. Das führt letztlich dazu, dass die Leistungserbringer im Zusatzversicherungsbereich keine ausreichenden Margen mehr erzielen können, um auch den ohnehin defizitären Grundversicherungsbereich ausgleichen zu können. Das führt landauf, landab zu den Defiziten in unseren Spitälern, die nachher im besten Fall von den Kantonen resp. von den Steuerzahlenden ausgeglichen werden müssen.

Wir vertreten als Redaktion seit Langem die Auffassung, dass unserem Gesundheitssystem neben mehr Wettbewerb v.a. die freie Arztwahl, eine breite und kreative Angebotsdifferenzierung (wie sie gerade im VVG möglich ist) und ein Verzicht auf Quersubventionierungen VVG-OKP gut tun würden. Uns scheinen aber alle drei Anliegen gefährdet zu sein. Einheitsbrei scheint eher angestrebt zu werden. – Wie sehen Sie das? Besteht allenfalls Handlungsbedarf im Parlament?

Wie ich oben erklärt habe, gibt es bis jetzt für die Versicherten keine messbar positiven Auswirkungen, für die Spitäler und Belegärzte aber klar negative. Dies, weil der Markt ähnlich überreguliert wird wie im KVG-Bereich. Wer sich eine Zusatzversicherung leistet, tut das freiwillig und entscheidet subjektiv, ob das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmt. Zu viel Regulierung mit der gut gemeinten Absicht, die Versicherten vor Missbrauch zu schützen, birgt die Gefahr, dass der Markt für Spitäler und Belegärzte weniger attraktiv wird. Letzteres führt zu weniger Innovation und Angebotsvielfalt. Das ist definitiv nicht im Interesse unseres hochstehenden Gesundheitssystem – und schon gar nicht im Interesse der Versicherten.