

HSK, Transparenz, Kostenrechnung, VVG-Prämien:
im Gespräch mit Reto Egloff, KPT

Wer hat denn Angst vorm Wettbewerb?

Es ist tatsächlich einiges im Gang. Die lang gepflegte Mikado-Theorie – wer sich zuerst bewegt, hat verloren – verliert an Beharrlichkeit, vor allem aber an Logik. Das meint auch Reto Egloff, Mitglied der Geschäftsleitung der KPT Krankenkasse. Die KPT, nie verlegen um kreative Ansätze im Leistungsangebot, fällt durch neue Initiativen auf. Wie weit ist das positiv ansteckend für den Gesundheitsmarkt? Wie weit zum Vorteil der PrämienzahlerInnen?



Reto Egloff, Mitglied Geschäftsleitung
der KPT Krankenkasse

PrämienzahlerInnen sind in der Regel nett. Aufbegehren und Feilsehen liegt Herrn und Frau Schweizer nicht. Aber dennoch hegen sie seit der Einführung der Swiss DRG die Hoffnung, dass nun dem Ziel von höherer Qualität durch mehr Wettbewerb Nachachtung verschafft werde. Etwas sollte effektiv geschehen, sonst wäre doch – frei nach Shakespeare – etwas faul im Staate Tells.

«Deshalb haben wir denn auch die Initiative ergriffen», erläutert Reto Egloff, «wir wollen mehr Qualität für unsere Versicherten und wir wollen auch ernst nehmen, was Vox-Umfragen zufolge drei Viertel der Schweizer Bevölkerung wollen, nämlich keine Einschränkung der freien Arztwahl. Das hat ja nicht zuletzt auch das deutliche Nein an der Urne zur Managed Care-Vorlage

gezeigt. Wir gehen aber noch einen Schritt weiter: Neben der freien Arztwahl ist oft – gerade im Bereich der Orthopädie – die Wahl der eingesetzten Materialien, etwa Implantate oder künstliche Gelenke, ausschlaggebend für den Therapieerfolg und drittens wollten wir einen Zusatzvorteil für alle Versicherten schaffen, die sich für die beiden ersten Trümpfe interessieren. Daraus ist PRIO entstanden, eine wirtschaftliche Zusatzversicherung für alle, die auch auf der allgemeinen Abteilung vom Arzt ihrer Wahl behandelt werden wollen.»

Freie Wahl des Implantats

Schweizer Orthopäden haben im Sommer wegen der Swiss DRG einen Qualitätsverlust bei den Implantaten und damit eine Einschränkung ihrer Therapiefreiheit befürchtet. Ihre Warnung hatte die Gefahr im Visier, dass die Spitäler künftig die Auswahl der zur Verfügung stehenden Produkte einschränken würden. Der Kostendruck könnte dazu führen, dass günstigere oder weniger geeignete Prothesen zum Einsatz gelangten. Entsprechend steigen würde dabei das Risiko von postoperativen Komplikationen. «Hier geben wir Gegensteuer», betont Reto Egloff. So bietet die KPT neu eine Zusatzversicherung, welche die freie Materialwahl garantiert. Sie deckt zusätzliche Kosten ab, die entstehen, wenn der Facharzt, in vielen Fällen ein Belegarzt, nicht die vom Spital angebotenen Standardimplantate einsetzen will.

«Damit haben unsere Versicherten Gewähr, dass der Arzt jeweils optimale und ihm vertraute Produkte verwenden kann, was die Sicherheit erhöht, Qualitätsrisiken und die Gefahr einer kostspieligen Nachversorgung senkt und eine

längere problemfreie Versorgung mit besserer Lebensqualität bedeutet», unterstreicht Reto Egloff. Die Zusatzversicherung erlaubt zudem die freie Arztwahl im Spital. Der Aufpreis beträgt knapp 5 Prozent des Grundversicherungstarifs, ist also günstiger als eine herkömmliche Spital-zusatzversicherung.

Den Arzt des Vertrauens auch im Spital

PRIO ist die innovative, patientenfreundliche und kostengünstige Spital-Zusatzversicherung. Dank PRIO haben KPT-Versicherte, vorerst im Kanton Bern, die freie Arztwahl aus der PRIO-Ärzteliste für Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung in einem Listenspital. Während die Versicherten sonst mit der Grundversicherung keinen Einfluss auf die Wahl des Arztes haben, können sie sich mit PRIO im Spital vom Arzt ihres Vertrauens behandeln lassen.

«PRIO entspricht dem Bedürfnis nach sinnvoller Versicherung», meint Reto Egloff. «Die freie Arztwahl liegt den meisten Menschen am Herzen, denn der Arzt definiert letztlich die geeignete Behandlung. Aus der Grundversicherung ist keine freie Arztwahl möglich: Das Spital wählt im Rahmen seiner Kapazitäten einen Arzt für die Behandlung. Mit PRIO hingegen bestimmen die Patienten, wer sie im Spital behandelt: Aus der PRIO-Ärzteliste wählen sie ihren Spezialisten aus. Dies verleiht ihnen zusätzliche Sicherheit für einen operativen Eingriff. Zudem ist schön, dass sie diese Sicherheit dank der neuen Arztwahlversicherung zu Prämien erhalten, die äusserst attraktiv sind. Weitere Einsparungen erzielen unsere Versicherten dank des Online-Rabatts von 5% und des Abschlusses eines 3-Jahresvertrags mit weiteren 6,7% Rabatt.»

Von Bern aus in die ganze Schweiz

Die KPT hat ihr Produkt als ersten Schritt im Kanton Bern eingeführt, will das Angebot der innovativen Zusatzversicherung aber auf weitere Kantone ausdehnen. Walter Annasohn, Generalsekretär der Berner Belegärzte-Vereinigung, bezeichnete es in der «NZZ am Sonntag» als eine gute Sache. Er sieht darin eine «Antwort auf die Zweiklassenmedizin, welche aufgrund der Fallpauschalen entstehen dürfte». Sie federe den Druck auf die Kosten und die Materialwahl ab und sichere auch Zusatzversicherten dieser untersten Stufe eine optimale Behandlung.

Weitsichtige Strategie

PRIO ist ein Kind des langsam aufkeimenden Wettbewerbs im Spitalmarkt. Dass damit im Wesentlichen qualitative Elemente im Fokus stehen, ist bedeutsam. Damit erfolgt auch eine nötige Wertschätzung gegenüber der in der Regel sehr guten Arbeitsweise verantwortungsvoller Chirurgen. Namentlich Belegärzte, aber auch leitende Ärzte und Chefärzte, dürfen sich an PRIO freuen, ihr persönlicher Einsatz wird damit gewürdigt. Und die PRIO-versicherten Patienten laufen nicht Gefahr, unter lohnkostenmässig sparsamster Optik von irgendeinem Arzt versorgt zu werden. Das ist auch aus der Sicht einer verantwortungsvollen – wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen – Leistungserbringung wesentlich. Es entsteht dabei das gute Gefühl, in besten, nämlich selbst gewählten Händen zu sein.

Gespart werden muss trotzdem

Unser Interviewpartner legt grossen Wert darauf, dass das Postulat der Wirtschaftlichkeit bei PRIO allererste Priorität behält oder noch mehr gefördert wird. «Wir wollen mehr Effizienz dank Qualität.» Reto Egloff sagt's ungeschminkt: «Das Spital ist ein Fixkosten-Business. Diese Logik müssen die Klinik-Verantwortlichen durch entsprechende Angebote respektieren. Was wir wollen, ist erstens mehr Qualität mit freier Arzt- und Materialwahl, gleichzeitig eine Zentralisierung der Kernkompetenzen – also weniger Spitäler, die wie bislang fast alles operieren, sondern mehr Fallzahlen an speziellen Orten – sowie DRG-Budgetvorgaben ohne das Korsett eines zementierten Case-Mixes. Das liegt im Interesse der Patienten wie auch der Trägerschaften und Finanzierer des stationären Bereichs.» Schliesslich könne, ganz im Sinne der Prämien- und SteuerzahlerInnen, an degressive DRG-Tarife ab einer bestimmten grossen Menge an Fällen gedacht werden, sobald eine optimale Konzentration für effizientere Prozesse und



geringere Risiken Sorge. Das haben im Übrigen im Kanton Bern die öffentlichen und privaten Spitäler mit den Berner Versicherern bereits vereinbart.

Ebenso sehr braucht es Transparenz

Wer indes weiss, wie diverse (Regional)Spitäler ein eher stiefmütterliches Verhältnis zu einer klar strukturierten Kostenträgerrechnung pflegen und noch immer davon träumen, Entgelte von Zusatzversicherten als Quersubventionen für den OKP-Bereich zu verwenden, sieht, dass noch ein gehöriges Tagwerk im Finanz- und Rechnungswesen zu verrichten ist.

«Die klare Trennung zwischen OKP- und VVG-Bereich ist aber grundlegend für gründliche Tarif-Verhandlungen. Deshalb verfolgen wir in der Einkaufsgruppe HSK (Helsana, Sanitas, KPT) weiterhin konsequent unsere Forderung nach einem sorgfältigen Benchmarking. Dabei gilt es auch, ein Augenmerk auf die dirigistischen Eingriffe verschiedener Kantone zu legen, die durch fragwürdige Mengensteuerung und unverhohlene Direktzahlungen an öffentlich-rechtliche Häuser das DRG-System auszuhebeln versuchen. Das darf nicht sein, das hat nichts mit «survival of the fittest», zu tun. Das ist reine Strukturhaltung. Als Vertreter der PrämienzahlerInnen akzeptieren wir das nicht.»

Und wann sinken die VVG-Prämien?

Im Interesse der Versicherten liegt aber auch eine Neubeurteilung der Prämien für Zusatz- und Privatversicherte. Hier zahlen ja seit dem 1. Januar 2012 die Kantone in der Grundversicherung (in der Regel) 55% an die Betriebskosten aller Häu-

ser, neu auch der privaten Listenspitäler. In der Einführungsphase der neuen Spitalfinanzierung und von SwissDRG wird es jedoch Unsicherheiten bezüglich der Kostenentwicklungen im Bereich der Spitalzusatzversicherungen geben. Es ist damit zu rechnen, dass die Kosten besonders in den ersten drei Jahren noch stark schwanken und sich dann auf einem neuen Niveau einpendeln werden. Erst wenn wieder eine stabile Situation gegeben ist, können die Prämien auf fundierter Basis neu berechnet werden.

Bis dann gilt es Lösungen zu suchen, denn wenn während dieser ersten Jahre Überschüsse entstehen, gehören diese den Versicherten. Die KPT hat diesbezüglich bereits Nägel mit Köpfen gemacht, denn sie rechnet damit, dass die Kosten bereits 2012 tiefer ausfallen werden als geplant. Reto Egloff hält fest: «Unsere Versicherten werden im ersten Halbjahr 2013 Geld zurück erhalten.»

Die genossenschaftlich organisierte KPT hat nämlich entschieden, mit dem aufgrund der Minderkosten entstandenen Überschuss einen Fonds zugunsten der Versicherten zu bilden. Für Reto Egloff ist klar: «Das Geld gehört den Versicherten, die eine Spitalkostenversicherung abgeschlossen haben.» Wie viel genau rückerstattet werden kann, werden die KPT-Versicherten im Frühjahr 2013 nach dem Abschluss des Versicherungsjahrs 2012 erfahren. Eine gute Lösung, denn die Überschüsse dürfen nicht dazu dienen, strukturelle Mängel im Spitalwesen zu finanzieren. Auch wenn sich bei den Vertragsverhandlungen mit den Spitalern zeigt, dass solche Forderungen seitens der Spitäler bestehen.

Interview: Dr. Hans Balmer