St. Galler Spitäler

Coronakrise hinterlässt Millionenverluste

ST. GALLEN Die vier St. Galler Spitalverbunde präsentierten am Dienstag ihre Halbjahreszahlen im Zeichen der Coronakrise: Das Gruppenergebnis beträgt minus 62,6 Millionen Franken. Mit 29 780 stationären Patientinnen und Patienten haben die St. Galler Spitäler 10,3 Prozent weniger Fälle behandelt als in der entsprechenden Vorjahresperiode. Auch die Zahl der ambulanten Besuche nahm im ersten Halbjahr 2020 um 12,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr ab. Diese Zahlen seien primär auf den vom Bundesrat verordneten Lockdown zurückzuführen, hiess es in der Mitteilung weiter. Zwischen dem 17. März und 26. April 2020 waren schweizweit nicht dringliche medizinische Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe verboten. Andererseits hätten die Erhöhung der Zahl der Betten mit Beatmungsgerät und die Beschaffung von zusätzlichem Schutzmaterial wie Atemschutzmasken oder Schutzbekleidung zu höheren Kosten geführt. Auch nach der Aufhebung des Behandlungsverbots hätten sich weitere Einnahmenausfälle von rund 17,8 Millionen Franken ergeben. «Es brauchte einige Wochen, bis sich die Lage wieder normalisierte, die Kapazitäten wieder hochgefahren und Wahlbehandlungen wieder im üblichen Umfang nachgefragt worden sind», schrieb der Verwaltungsrat der Spitalverbunde. Falls die öffentliche Hand die Einnahmenausfälle nicht oder nur teilweise ersetze, resultierten für das Jahr 2020 weit höhere Defizite als budgetiert. Der Verwaltungsrat rechnet aktuell mit einem Gesamtverlust von 94,1 Millionen Franken, budgetiert war ein Verlust von 35,5 Millionen Franken für die gesamte Gruppe. Die St. Galler Regierung setzte eine interdepartementale Arbeitsgruppe ein, um die finanziellen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die St. Galler Spitäler zu ermitteln. In einem ersten Schritt standen Fragen rund um die Liquiditätssicherung der Spitäler im Vordergrund. In einem zweiten Schritt sollen entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten geprüft werden. (sda)

Mauro Pedrazzini: «Ich rechne mit einem Anstieg der Prämien»

Interview* Die letzte Krankenkassenstatistik, die Mauro Pedrazzini als Gesundheitsminister kommentieren muss, bricht mit der positiven Tendenz, die seine Amtszeit prägte. Dennoch plädiert der scheidende Regierungsrat dafür, Kurs zu halten.

VON DAVID SELE

«Die Entwicklung seit 2013 ist insgesamt akzeptabel.» – Gesundheitsminister Pedrazzini hört im Februar auf. (Foto: MZ)

«Volksblatt»: Herr Pedrazzini, nach dem erfreulichen Rückgang der OKP-Leistungen im Jahr 2018 haben die über die Krankenversicherung abgerechneten Leistungen im vergangenen Jahr einen neuen Höchststand erreicht. Heisst das, die Liechtensteiner müssen im kommenden Jahr mit einer Erhöhung der Prämie rechnen?

Mauro Pedrazzini: Seit dem Jahr 2013 ist es uns gelungen, die Kostensteigerungen auf einem sehr geringen Niveau zu halten. Das Jahr 2019 war eine ungute Überraschung. Die Parameter für die Berechnung der Prämien müssen für die Kassen nicht identisch sein. Ich rechne aber mit einem Anstieg der Prämien.

Wie erklären Sie sich diese Kostensteigerung?

In der Krankenkassenstatistik wird detailliert auf die einzelnen Kostenblöcke eingegangen. Es gab Steigerungen bei einigen Leistungskategorien, besonders gross waren die Steigerungen bei den Spitälern. Ein Teil davon ist durch Abrechnungseffekte zu erklären, also dass Leistungen des Jahres 2018 zu einem unüblich grossen Teil dem Jahr 2019 belastet wurden. Den grössten Anteil machen aber wohl die Mengensteigerungen aus.

Die Arztkosten sind um 3,7 Prozent gestiegen. Mit der KVG-Revision sollten die Versicherten zu mehr Eigenverantwortung geführt werden. Ist dieser Ansatz gescheitert?

Nein, ich denke, dass dieser höhere Selbstbehalt zu einer moderaten Entwicklung in den letzten Jahren beigetragen hat und seinen Teil auch in Zukunft leisten wird. Nachdem diese Kostenkategorie von 2013 bis 2018 rückläufig war, ist sie 2019 erstmals wieder angestiegen. Die Entwicklung seit 2013 ist insgesamt also akzeptabel. Allerdings steigen die Arztkosten mit der Anzahl Leistungserbringer, daher ist das System der Bedarfsplanung für mich immer noch ein zentraler Pfeiler der Kostensteuerung.

Die Statistik zeigt, dass nach wie vor zahlreiche Medikamente direkt beim Arzt bezogen werden. Nur etwa ein Drittel der Medikamente wird in Apotheken gekauft. Gäbe es hier noch Möglichkeiten, die Kosten zu optimieren?

Ein Medikament kostet die Krankenkasse nicht mehr, wenn es vom Arzt bezogen wird. Vergleiche in der Schweiz zwischen Gegenden mit Selbstdispensation und ohne zeigen keine signifikanten Unterschiede in den Medikamentenkosten. Neben einem gezielten Einsatz von Medikamenten ist es wichtig, das Auslaufen von Patenten und damit die Erhältlichkeit von Generika zu nutzen. Wir machen dies seit einigen Jahren, indem wir nach Patentablauf vorschreiben, dass statt der Originalpräparate nur noch die sogenannten Co-Marketing-Produkte vergütet werden. Diese Produkte stammen vom selben Hersteller wie das Originalmedikament, werden aber unter anderem Namen zum Preis des Generikums verkauft. Zur Kostenoptimierung müssen meines Erachtens die Margen genauer angeschaut werden. Im Durchschnitt beträgt die Marge ein Drittel des Verkaufspreises. Das ist viel. Hier liegt Geld auf der Strasse.

Eine deutliche Steigerung zeigt sich bei den Spitalleistungen. Im Jahr 2019 galt erstmals das neue Regime «ambulant vor stationär», um die Kosten zu senken. Nun sind die Kosten im ambulanten Bereich gestiegen, aber gleichzeitig auch im stationären Bereich. Woran liegt das?

Neben den schon erwähnten Abrechnungseffekten war es klar eine Mengensteigerung. Da gibt es nichts zu beschönigen.

Muss der Grundsatz «ambulant vor stationär» also überdacht werden?

Nein, im Gegenteil, es muss weiter in diese Richtung gearbeitet werden. Der medizinische Fortschritt erlaubt es, mehr Eingriffe insbesondere bei sonst gesunden Patienten ambulant durchzuführen. Diese Entwicklung muss man nutzen. Allerdings müssen auch Fortschritte bei der Tarifierung gemacht werden, ich denke da insbesondere an ambulante Fallkostenpauschalen, denn die ambulanten Leistungen werden immer noch nach Einzeltarifen abgerechnet. Wir stützen uns bei unseren Tarifen auf die Schweiz. Dort ist in letzter Zeit einiges in Bewegung gekommen und ich bin zuversichtlich, dass Fortschritte erzielt werden können.

*Das Interview wurde schriftlich geführt.

Unerfreuliche Überraschung: OKP-Kosten stark gestiegen

Statistik Mit einem Plus von 5,6 Prozent haben die Kosten der OKP 2019 einen neuen Höchststand erreicht. Vor allem die Kosten für Spitalleistungen sind gestiegen.

VON DAVID SELE

«Die Krankenkassenstatistik zeigt abermals, dass die nicht ganz konfliktfrei umgesetzten Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen wirksam waren.» Das sagte Gesundheitsminister Mauro Pedrazzini vor einem Jahr, als die Krankenkassenstatistik 2018 veröffentlicht wurde.

Pedrazzini hatte allen Grund zur Freude. Erstmals überhaupt waren die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 2018 gesunken. Bereits seit Pedrazzinis Amtsantritt im Jahr 2013 war der zuvor stets steile Wachstumstrend gebrochen worden. Dass dieser Trendbruch angehalten hat und nun gar ein Kostenrückgang verzeichnet wurde, schrieb der Gesundheitsminister auch sich selbst auf die Fahne. Diesen Erfolg gestehen ihm aber auch seine politischen Gegner zu.

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) gilt als einer der grossen Verdienste von Pedrazzini. Nach hitzigen Debatten bestand die Vorlage in einer Volksabstimmung. Wesentlich war dabei einerseits die Einführung des Schweizer Ärztetarifs TARMED, der den Leistungserbringern weniger Spielraum bei Abrechnungen gewährt. Andererseits die Erhöhung der Franchise für die Versicherten. Dies sollte zu einer Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten und damit zu einer bewussteren und sparsameren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen.

177,7 Millionen Bruttoleistungen

Ausgerechnet in seinem letzten Amtsjahr muss Mauro Pedrazzini nun jedoch eine Krankenkassenstatistik zur Kenntnis nehmen, die quer in der Landschaft steht. Die Gesundheitskosten haben im Jahr 2019 einen neuen Höchststand erreicht.

So zahlten die Krankenversicherer vergangenes Jahr Bruttoleistungen von 177,7 Millionen Franken. Das sind 5,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Und damit ist auch das erklärte Ziel der Regierung von maximal 2 Prozent Kostensteigerung pro Jahr deutlich verfehlt worden.

Auch pro versicherte Person sind die Kosten gestiegen – um 4,5 Prozent. Im Durchschnitt bezog jeder in Liechtenstein Versicherte damit 4410 Franken von seiner Krankenkasse. Mit der Schweizer Berechnungsmethode sind es sogar 4570 Franken und damit über 500 Franken mehr als der Schweizer Durchschnitt. Mit Baselstadt, Genf und Tessin gibt es nur drei Kantone, in denen die Gesundheitskosten pro Kopf höher waren als in Liechtenstein. Der Grund für die starke Kostensteigerung ist laut Krankenkassenstatistik vor allem bei den Spitalleistungen zu suchen. 68 Millionen Franken zahlten die Kassen für Spitalleistungen, das sind 8,8 Prozent mehr als im Vorjahr. Zu erwarten war dabei die Kostensteigerung im – vergleichsweise günstigen – ambulanten Bereich (15,5 Prozent). Seit vergangenem Jahr findet der Grundsatz «ambulant vor stationär» Anwendung. Gewisse Leistungen werden also nur noch von der Krankenkasse bezahlt, wenn sie ambulant erbracht werden. Die gewünschte Wirkung erzielte dieses neue Regime jedoch noch nicht: Auch im – vergleichsweise teuren – stationären Bereich sind die Kosten merklich gestiegen (5,5 Prozent).

Arztkosten ebenfalls gestiegen

Doch auch bei den Arztleistungen zeigt sich eine Kostensteigerung (3,7 Prozent). Insgesamt zahlten die Krankenkassen fast 40 Millionen Franken für ärztliche Leistungen. Pro versicherte Person sind das fast 1000 Franken, 2,6 Prozent mehr als im Vorjahr. In den Jahren 2013 bis 2018 waren die Kosten pro Kopf hingegen konstant rückläufig gewesen.

Zugleich erhöhten sich 2019 auch die Kosten für Medikamente, nämlich um 0,8 Prozent auf 27 Millionen Franken. Rund zwei Drittel dieser Medikamente wurden direkt durch Ärzte abgegeben. Ein Drittel wurde in Apotheken bezogen. Pro versicherte Person blieben die Ausgaben für Medikamente konstant: 670 Franken – also ein Franken weniger als im Vorjahr. Dafür ging die von der Regierung forcierte Abgabe von eher günstigen Generika leicht zurück.

ANZEIGE