

Hasler: «Die Kosten werden 2021 vermutlich wieder durchschnittlich wachsen»

Interview Die Gesundheitskosten entwickelten sich im vergangenen Jahr aufgrund zahlreicher Sondereffekte unterdurchschnittlich. Für 2021 rechnet LKV-Geschäftsführer Thomas Hasler aber wieder mit einer Zunahme im Rahmen früherer Jahre. Mit dem «Volksblatt» sprach er über weitere Entwicklungen und Möglichkeiten, die Prämien bezahlbar zu halten.

VON DANIELA FRITZ

«Volksblatt»: 2020 dürfte auch ein intensives Jahr für die Krankenkassen gewesen sein. Was brachte die Pandemie an Mehraufwand mit sich?

Thomas Hasler: Wie andere Unternehmen mussten sich auch die Krankenversicherer auf die Situation einstellen und auf Homeoffice umsteigen, das hat recht gut funktioniert. Auch wir beim Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) haben uns gut organisiert und waren immer erreichbar per E-Mail oder Telefon. Nachdem die Schalter der Krankenversicherer geschlossen waren, hat so natürlich der digitale Kontakt an Bedeutung gewonnen. Zu den Hauptaufgaben der Versicherer gehörte es weiterhin, die Finanzierung auch während der Pandemie aufrechtzuerhalten und Kostengutsprachen zu erteilen. Zudem mussten wir mit den Leistungserbringern Lösungen finden, weil viele Patienten nicht mehr in die Praxis kommen konnten. Da stellten sich neue Fragen, etwa wie man digitale Leistungen abrechnet, wenn statt einer Konsultation eine Videokonferenz mit dem Patienten stattfindet. Wir haben versucht, medizinische Einrichtungen und Personal bei Anfragen möglichst zu unterstützen. Sie haben sehr viel geleistet in der Pandemie. Wir hatten daneben einige Spezialaufgaben: Die Regierung hat das Covid-19-Taggeld eingeführt, das über die Krankenversicherungen abgewickelt und abgerechnet wird. Auch die Verrechnung der seit Ende März durch die Regierung finanzierten Coronatests läuft über die Krankenversicherer.

War dafür eine personelle Aufstockung nötig?

Nein, das liess sich mit dem bestehenden Personal bewältigen, da die Versicherer ohnehin über die nötige Infrastruktur und Prozesse verfügen.

Für einige Menschen brachte die Krise finanzielle Schwierigkeiten mit sich. Viele mussten in Kurzarbeit und bekamen 20 Prozent weniger Lohn. Selbstständigen fehlten wichtige Einnahmen. Gab es viele Anfragen, ob man Prämien aussetzen kann?

Erfreulicherweise ist die Zahlungsmoral der Kunden nicht gesunken. Es gab vereinzelt Anfragen zur Stundung von Prämien. Wie vor der Pandemie haben die Krankenversicherer in solchen Fällen versucht, gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen zu finden. Einen explosionsartigen Anstieg solcher Anfragen konnten wir jedoch nicht feststellen. Die Frage ist, wie es weitergeht, wenn es keine Hilfsmassnahmen der Regierung wie etwa die coronabedingte Kurzarbeitsentschädigung mehr gibt. Je nach Wirtschaftsentwicklung könnte es dann gewisse Ausfälle geben.

2019 sorgte der von den Krankenkassen eingeführte Leistungsauf-

schlag bei säumigen Prämienzahlern für Diskussionen. Wie hat sich die Zahlungsmoral seither entwickelt?

Wir konnten diesbezüglich im Coronajahr 2020 noch nicht viel Erfahrungen sammeln. Aber natürlich ist es im Sinne der Solidarität unter den Prämienzahlenden wichtig, bei Nichtzahlung der Prämien Konsequenzen setzen zu können.

Die Kosten in der Obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) haben jedenfalls 2020 unterdurchschnittlich zugenommen - hätten Sie damit gerechnet?

Am Anfang der Pandemie im vergangenen Frühjahr gab es viele Unsicherheiten, weil die Behandlungskosten für Covid-19 nicht bekannt waren und wir völlig im Dunkeln tappten, wie viele Fälle es im Land geben wird. Die Kosten hätten sich also in beide Richtungen entwickeln können. Schlussendlich haben sich kostensteigernden Faktoren wie höhere Laborkosten und Behandlungskosten für Covid-19-Patienten und die kostenkennenden Faktoren, weil über einen gewissen Zeitraum nur Notfälle behandelt werden durften und die Patienten nicht mehr zum Arzt oder in das Spital gehen konnten, ausgeglichen. Viele Operationen, die im Frühling nicht durchgeführt wurden, sind im Laufe des Jahres nachgeholt worden.

Die Effekte von geschlossenen Praxen oder versicherten Patienten sind mittlerweile weggefallen. Muss man also damit rechnen, dass die Kosten 2021 umso mehr steigen?

Die Gesundheitsdienstleister konnten im laufenden Jahr bisher ohne gesetzliche Einschränkungen arbeiten. Seit Ende März werden die Covid-Tests nicht mehr von den Versicherungen, sondern von der Regierung finanziert. Ich schätze, wir werden 2021 wieder ein durchschnittliches Kostenwachstum der letzten zwei, drei Jahre sehen. Mit Sondereffekten rechne ich dieses Jahr nicht.

Lässt sich schon abschätzen, wie sich das auf die Prämien auswirkt?

Nein, die Budgets werden erst im August eingereicht und anhand der dann bekannten Daten wird die Prämie fürs nächste Jahr berechnet.

Der Landtag entscheidet dieser Tage über den OKP-Staatsbeitrag. Die Regierung schlägt vor, diesen bei 33 Millionen Franken zu belassen.

Das ist vertretbar. Beim Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten sollte es keine grossen Schwankungen geben. Denn dementsprechend müssten die Prämien erhöht oder gesenkt werden, was zu Verwerfungen führt, die man den Prämienzahlern schlecht erklären kann. Wir begrüssen es daher, dass die Regierung den OKP-Staatsbei-

trag stabil hält. Natürlich wäre aber für unsere Prämienzahler eine Erhöhung wünschenswert, da die Kosten in den vergangenen Jahren - wenn auch nur unterdurchschnittlich - gestiegen sind.

Die DpL wollen zumindest Rentner entlasten und mittels Initiative die Franchise für Rentner abschaffen.

Von dem Vorstoss halten wir Versicherer nichts. Die Initiative bringt fast nur Nachteile und administrativen Aufwand. Rentner, die keine Franchise mehr zahlen, können auch keine erhöhte Franchise wählen und somit nicht mehr bei der Grundprämie sparen. Ausserdem

haben Menschen, die finanziell schlechter gestellt sind, schon heute die Möglichkeit, Prämienverbilligung zu beantragen. Die Prämienverbilligung ist der richtige Weg, um Menschen mit

«Die Prämienverbilligung ist der richtige Weg, um Menschen mit geringem Einkommen zu entlasten und einen sozialen Ausgleich zu schaffen.»

geringem Einkommen zu entlasten und einen sozialen Ausgleich zu schaffen. Rentnerinnen und Rentnern mehr finanzielle Mittel für den Lebensunterhalt zur Verfügung zu stellen, ist grundsätzlich sinnvoll, dann sollte dies aber über eine Rentenerhöhung passieren.

Viele Berechtigte verzichten aber trotz einer Ausweitung der Prämienverbilligung weiterhin auf diese Möglichkeit, obwohl die Höhe der Krankenkassenprämien immer wieder moniert wird. Können Sie sich das erklären?

Konkret an etwas festmachen kann man das vermutlich nicht. Ich glaube nicht, dass es daran liegt, dass die Möglichkeit, Prämienverbilligung zu beantragen, nicht bekannt ist. In den vergangenen Monaten und Jahren wurde viel darüber berichtet. Es kann aber an der individuellen Einschätzung liegen: Manche hätten zwar Anspruch, kommen aber auch ohne Prämienverbilligung ganz gut über die Runden und beantragen diese daher nicht.

Wo würden Sie ansetzen, um die Prämien zu senken?

Ein Wachstum wird es aufgrund der medizinischen Entwicklung und der Demografie immer geben. Daher müssen wir versuchen, die Kosten zu stabilisieren. Dazu gibt es einen bunten Strauss an Möglichkeiten. Wir können am Vergütungssystem arbeiten und beispielsweise weitere Pauschaltarife, gerade im ambulanten Bereich, einführen. Im Medikamentenbereich gibt es ebenfalls noch Potenzial, hier zahlen wir immer noch deutlich mehr als im europäischen Ausland. Allerdings sind wir dabei stark an die Schweiz gekoppelt. Auch im Bereich der Digitalisierung liesse sich noch etwas machen. Gewisse Prozesse können digital effizienter und qualitativ besser bereitgestellt werden. Nicht zuletzt haben wir das Versorgungskonzept im psychiatrischen Bereich aufs Tapet gebracht, von dem wir uns auch Optimierungen und nicht zuletzt eine effizientere Leistungserbringung erhoffen.



Der Landtag hat dem elektronischen Gesundheitsdossier im Mai grünes Licht gegeben, bis zur praktischen Umsetzung dauert es allerdings noch, diese ist für 2023 geplant. Ein wichtiger Schritt in Sachen Digitalisierung?

Mit der elektronischen Gesundheitsakte können Doppelspurigkeiten und Behandlungsfehler vermieden werden, weil die nötigen Informationen bekannt sind. Sofern der Patient dies wünscht, können dort in Zukunft alle Leistungserbringer ihre Behandlungsdaten ablegen. Es gibt natürlich Ausbaupotenzial. Wir Versicherer haben keinen Zugriff auf die elektronische Gesundheitsakte. Aber man könnte im Sinne einer integrierten Versorgung Case-Manager, die Langzeitfälle begleiten, partiell Einsicht in diese Daten erlauben, um zusammen mit dem Versicherten Massnahmen zu setzen. Die elektronische Gesundheitsakte ist aber ein guter Einstieg, um die Digitalisierung in unserem Gesundheitswesen anzustossen und zu fördern.

Wo in vielen Punkten noch gearbeitet wird wie vor 30 Jahren, monierte der frühere Gesundheitsminister. Wo liessen sich ausserdem Verbesserungen durch Digitalisierung erzielen?

Es braucht digitale Lösungen für die Prozesse zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern - natürlich mit Priorität auf Datenschutz und -sicherheit. Teils wird dafür heute noch das Fax genutzt oder Dokumente ausgedruckt, eingescannt und per Mail versandt. Um wirklich Effizienz herzustellen, bedarf es Portalen, auf denen man die Daten digital verarbeitbar austauschen kann. Aber Liechtenstein ist mit dem Problem nicht alleine, auch andere europäische Staaten hinken hier noch hinterher.

Könnte die Coronapandemie das beschleunigen?

Ich denke schon. Vieles musste digital erledigt werden, von der Videokonferenz bis hin zu gewissen Behandlungen, weil die Patienten nicht mehr in die Praxis kommen konnten. Da wurde einiges an Bewusstsein für die Vorteile der Digitalisierung geschaffen. Das beschleunigt den Prozess, weil man viele Diskussionen über den Nutzen und die Notwendigkeit überspringen kann und schon ein gewisses Verständnis auf allen Seiten vorhanden ist.

Sie haben auch die Notwendigkeit eines psychiatrischen Versorgungskonzept erwähnt. Was würde sich dadurch ändern?

Ein solches Konzept müsste den verschiedenen Leistungserbringern Rollen zuweisen und gewisse Behandlungsprozesse definieren. So würden Doppelspurigkeiten vermieden und die Qualität würde steigen. Oft ist nämlich gar nicht allen Systempartnern bekannt, wer im System der psychiatrischen Versorgung was macht. Das Konzept würde also zu einer Qualitätssteigerung für den Patienten und in Konsequenz auch zu geringeren Kosten für die Prämienzahler führen. Eine Koordination in diesem Bereich wäre für Prämienzahler und Patienten eine Win-win-Situation.

Kann man sich dieses Konzept also wie eine Bedarfsplanung im psychiatrischen Bereich vorstellen?

Der Fokus liegt in unseren Augen darauf, was die Bedürfnisse der Patienten sind, welche Angebote es dafür gibt und wie dies koordiniert werden muss, damit nicht fünf Leistungserbringer das Gleiche machen und es anderswo eine Lücke gibt. Im weitesten Sinn stellt solch ein Konzept eine übergeordnete Bedarfsplanung, bei der nicht nur Psychiater, sondern auch andere Leistungserbringer einbezogen werden dar. Beispielsweise gibt es in Pflegeheimen