

Ältere Versicherte verteuern die Prämien

Die Krankenkasse Concordia ist die teuerste in Liechtenstein. Dafür gibt es gemäss Leiterin Fabienne Hasler gute Gründe.

Interview: Patrik Schädler

Die Mehrheit der Liechtensteiner ist bei der Concordia krankenversichert. Die Marktführerin ist zugleich die teuerste Variante und hat die höchsten Reserven. Wie kann dies sein? Wir haben bei Fabienne Hasler, Leiterin der Landesvertretung Liechtenstein, nachgefragt.

Warum ist die Concordia in Liechtenstein auch 2022 die teuerste Krankenkasse bei den OKP-Prämien?

Fabienne Hasler: Die Prämien spiegeln die Kosten wieder. Das heisst, unsere durchschnittlichen und erwarteten Ausgaben ergeben am Ende die Prämien. Ganz einfach gesagt heisst das, wir müssen von unseren Kundinnen und Kunden einverlangen, was wir ausgeben. Je höher die Leistungskosten, desto höher fallen die Prämien aus. Wobei die Prämien 2022 identisch mit den Prämien von 2021 sind.

Dann hat die Concordia mit einem Marktanteil von 65,8 Prozent in Liechtenstein also die teuersten Versicherten?

Wir haben in den letzten Jahren Marktanteile abgeben müssen. Dabei haben wir auch jüngere und gesunde Kunden verloren, was Auswirkung auf alle Kundinnen und Kunden hat, da diese Situation auch einen Einfluss auf die Prämien hat. Die Krankenkasse basiert auf Solidarität, das heisst, Gesunde bezahlen die Kranken, die Jüngeren die Älteren usw. Wir haben also keine teureren Versicherten, aber die Kosten müssen durch weniger und tendenziell mehr ältere Versicherte geteilt werden. Dies wird aber auch den Mitbewerbern irgendwann so ergehen. Im ersten Moment kann man von einer jüngeren und gesünderen Kundschaft tiefere Prämien verlangen, aber irgendwann werden auch diese höhere Kosten verursachen, was sich dann auch automatisch wieder auf die Prämien auswirkt.

Die Concordia ist unabhängig der Franchise bei der OKP-Prämie mindestens 20 Franken teurer als die beiden Mitbewerber. Ist dies wirklich alleine der älteren Kundschaft geschuldet?

Wie gesagt, müssen die verlangten Prämien die jeweiligen Leistungskosten im Jahr decken. Dabei hat die Mischung des Gesamtkollektivs schon einen Einfluss. Natürlich achten wir auch immer sehr auf unsere Verwaltungskosten, da sind wir uns unserer Verantwortung durchaus bewusst und haben demnach auch seit Jahren immer plus / minus 5 Prozent Verwaltungskosten. In dieser Gröszenordnung haben wir jedoch meines Erachtens den Spielraum ausgeschöpft.

Auf der anderen Seite hat die Concordia aber auch mit Abstand die höchsten Reserven. Pro Versicherten haben Sie mehr als die Hälfte der jährlichen durchschnittlichen Kosten auf der hohen



Für Fabienne Hasler, Leiterin der Concordia Liechtenstein, gibt es Schwachstellen bei der Finanzierung der Gesundheitskosten. «Ich bin immer noch der Meinung, dass das Hausarztmodell seine Berechtigung hätte.»

Bild: Daniel Schwendener

Kante. Wie kann man trotzdem die höchsten Prämien rechtfertigen?

Es ist richtig, dass wir mit einem Reservenabbau die Prämien senken könnten. Aber wir können die Reserven nur einmal abbauen. Anschliessend müssten wir sie wieder aufbauen und dies würde wieder steigende Prämien bedeuten. Zudem bildet ein Reserveabbau auch die Kostenrealität nicht ab. Aus diesem Grund haben wir uns in diesem Jahr dazu entschlossen, bereits zum zweiten Mal eine Rückzahlung der Reserven auszurichten. Die Concordia ist sicher sehr auf Sicherheit bedacht. Wir wollen damit bei einem ausserordentlichen Kostenwachstum eben genau einen Prämienschok vermeiden. Und es ist ja nicht so, dass wir sämtliche Kosten immer auf die Prämien abwälzen, sondern auch wir bauen immer wieder Reserven ab, um Kostenschwankungen abzufedern. Einfach nicht im grossen Stil. Die Versicherten müssen sich im Klaren sein, dass es nur kurzfristig funktioniert, wenn man die Prämien über einen Reservenabbau künstlich tief hält. Dies kann zwar Marktanteile bzw. Vorteile im Markt bringen, aber keine Sicherheit.

Man muss hier aber schon die Dimensionen sehen: Das Gesetz schreibt 15 Prozent Reserven vor, der ehemalige Gesundheitsminister sprach von 30 Prozent als optimalen Wert und die Concordia Liechtenstein hat über 50 Prozent Reserven. Hier wäre doch eine Obergrenze nötig, damit diese «Sparkäseli» nicht überborden?

Theoretisch könnte der Gesetzgeber eingreifen, sofern er eine Notwendigkeit dazu erkennt. Bis jetzt hat er dies nicht gesehen und ich sehe eine solche auch nicht. Wer soll festlegen,

ab welchem Punkt die Reserven zu hoch sind und wann nicht? Aber nochmals: Der Versuch, die Prämien mit einem Abbau der Reserven tief zu halten, funktioniert nur kurzfristig. Wenn die Kosten steigen, dann kommt es zu Prämiensprüngen, was nicht im Interesse der Versicherten sein kann. Zudem bleiben die Reserven ja bestehen und werden nicht für andere Zwecke eingesetzt.

Einen Reservenabbau sehen Sie also nicht als zielführend, um die Prämien tief zu halten. Warum informieren die Versicherungen aber nicht aktiv, wenn ein Versicherter Prämien einsparen könnte? Etwa wenn er eine Unfallversicherung zahlt, obwohl er angestellt ist.

Wir versuchen, Kunden aktiv auf ihre Möglichkeiten hinzuweisen. Sei dies beispielsweise im Rahmen der Jahresinformation, unserer Mitgliederzeitschrift, unserer Website oder auch über unser digitales Kundenportal und natürlich auch mit persönlicher Beratung z. B. an den Schaltern, Telefon usw. Aktuell führen wir gerade eine Datenpflegekampagne durch. In Tranchen sprechen wir die Kunden an, ob die Daten noch aktuell sind und ob sich etwas verändert hat – zum Beispiel ein Anstellungsverhältnis. Wir sehen uns klar in der Rolle als Berater und weisen den Kunden auch aktiv darauf hin, wenn er eine Versicherung abgeschlossen hat, welche nicht seinem Bedürfnis entspricht bzw. er nicht benötigt.

Der grösste Prämienfaktor sind die Zusatzversicherungen und dort vor allem die Spitalversicherung. Wie sinnvoll ist es überhaupt noch eine Halbprivat- oder Privatversicherung abzu-

schliessen, gerade mit Blick auf Spitalneubauten mit ausschliesslich Einzelzimmern?

Hier gibt es zwei Sichtweisen. Das Einzelzimmer ist eine Komponente, aber bei weitem nicht der entscheidende Faktor für oder gegen eine Spitalversicherung. In einem Krankheitsfall sind die Bedürfnisse ganz unterschiedlich und viele Patienten können sich bei einfacheren Eingriffen durchaus eine Behandlung auf der allgemeinen Abteilung vorstellen. Bei einem komplexeren Eingriff stellen sich dann oft andere Fragen, z. B. welche Spitäler stehen mir zur Verfügung, kann ich diese selbst wählen und habe ich Anspruch auf den gewünschten Arzt, welcher mich operiert, habe ich genügend Ruhe, um mich zu erholen usw. Diese Möglichkeiten zu haben, sind der Hauptgrund für eine Spitalversicherung. Und diese Ausgangslage ist auch in der Beratung nicht ganz einfach. Denn das aktuelle Bedürfnis orientiert sich oftmals an den tiefen Kosten. Doch wenn jemand krank wird, dann ändert sich dieses Bedürfnis diametral.

Und was empfehlen Sie in diesem Fall?

Wir haben versucht, diese Bedürfnisse mit unserem neuen Spitalversicherungsprodukt «Care» aufzunehmen und abzubilden. Mit dieser Spitalversicherung kann man vor einem Spitalaufenthalt frei wählen, ob man nun in der Halbprivat- oder Privatabteilung behandelt werden will, mit entsprechender freien Wahl des Spitals und des behandelnden Arztes oder im Rahmen der allgemeinen Abteilung, ohne zusätzliche Kosten. In ersterem Fall wird ein Selbstbehalt fällig. Damit können wir die beiden Bedürfnisse nach attraktiven Prämien

einerseits und Wahlfreiheit im Anfall ermöglichen. Sprich ich kann je nach Eingriff entscheiden, wie viel mir dieser Eingriff wert ist.

Seit diesem Jahr wäre es gesetzlich möglich, auch andere Modelle anzubieten, um die Prämien zu reduzieren. Dazu gehören etwa Versorgungsnetze. Sprich, wenn ich mich verpflichte, mich zunächst an dieses Netz zu wenden, dann zahle ich weniger. Warum gibt es hier noch keine Angebote?

Hier wurden wir bereits im letzten Jahr aktiv und haben mit der Ärztekammer Kontakt aufgenommen und uns zu einem Gespräch getroffen. Die Coronapandemie hat dieses Projekt aber leider etwas gebremst. In der Schweiz ist die Concordia in diesem Bereich schon lange aktiv. Wir haben grosses Interesse, dies auch in Liechtenstein umzusetzen. Im Moment warten wir noch auf die Rückmeldung der Ärztekammer, ob Interesse daran besteht. Es braucht die Bereitschaft mehrerer Ärzte und allenfalls anderer Leistungserbringer, wie z. B. Physiotherapeuten, welche sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen. Dieses Netz muss auch bereit sein, einen Teil der Kostenverantwortung mitzutragen, da dies gesetzlich so vorgeschrieben ist. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, dann könnten wir einen entsprechenden Vertrag abschliessen und den Versicherten ein neues Angebot machen. Ich hätte ein solches Angebot lieber heute als morgen.

In einem Interview im Mai 2021 haben Sie gesagt, dass «unser heutiges System nicht darauf ausgerichtet ist, dass die rasche Gesundheit honoriert wird. Dabei geht es

mir nicht darum zu sagen, dass alle Behandlungen unnötig sind, sondern aufzuzeigen, wo mögliche Schwachstellen vorhanden sind». Wo sind denn diese Schwachstellen?

Ein Leistungserbringer wird nur bezahlt, wenn jemand krank ist. Das heisst, wir finanzieren die Krankheitsbehandlung. Wenn mich ein Arzt also nochmals sehen will, dann hat er zwar den Aufwand, aber kann eben auch wieder abrechnen. Ich will nicht behaupten, dass dies bewusst so praktiziert wird, aber in diesem Punkt bietet unser System eben auch falsche finanzielle Anreize.

Und wie könnte man diese Schwachstelle beheben?

Zum einen sollte sich der Versicherte immer fragen, ob eine Behandlung oder ein zusätzlicher Arztbesuch wirklich nötig ist. In diesem Zusammenhang ist aber auch die Anspruchshaltung gewisser Patienten gegenüber dem Arzt problematisch. Dies vor allem, wenn sie aufgrund «Dr. Google» dem Arzt bereits mitteilen, was nun die richtige Behandlung wäre. Ein anderer Punkt sind die Medikamente. Oft nehmen Patienten Medikamente mit nach Hause, obwohl viele davon in der Hausapotheke noch vorhanden wären. Anschliessend werden dann volle Packungen entsorgt, was in doppelter Hinsicht problematisch ist, da wir Kosten und Ressourcen verschwenden. Die Krankenversicherung sollte nicht als Selbstbedienungsladen gesehen werden. Sondern sie soll dann eingesetzt werden, wenn man wirklich krank ist.

Kann also nur der Versicherte etwas gegen diese Schwachstellen tun?

Die Eigenverantwortung nimmt sicher einen hohen Stellenwert ein. Deshalb finde ich auch wichtig, dass man seinen Arzt des Vertrauens findet. Ich bin deshalb immer noch der Meinung, dass das Hausarztmodell seine Berechtigung hätte. Dieses Modell hatte keine Chance, seine Wirkung zu entfalten. Es braucht nicht in jedem Fall sofort einen Spezialisten. Unsere Hausärzte sind gut und können gut beurteilen, wann ein Spezialist nötig ist, und haben im besten Fall den Rundumblick über den Patienten. Leider wurde dieses Modell rasch beerdigt.

«Die Krankenversicherung ist kein Selbstbedienungsladen.»

Fabienne Hasler
Concordia Liechtenstein