

Schwerpunkt Wie bleiben die Prämien stabil?

Hasler: «Erste Priorität muss die Eindämmung des Kostenwachstums haben»

Interview Wieviele Millionen pumpt der Staat in die OKP? Mit dieser Frage wird sich der Landtag kommende Woche befassen. Um die Prämien stabil zu halten, müsste das Geld aber anders investiert werden, findet Krankenkassenverbands-Geschäftsführer Thomas Hasler.

VON DORIS QUADERER

«Volksblatt»: Der Landtag hat sich in der Juni-Session gleich mit mehreren Themen zum Gesundheitswesen zu befassen. Ein heisser Punkt wird sicher der OKP-Staatsbeitrag sein. Die Freie Liste hat bereits angekündigt, diesen von aktuell 29 Millionen auf 57 Millionen Franken anheben zu wollen. Würde eine solche Erhöhung aus Sicht der Prämienzahler Sinn machen?

Thomas Hasler: Nun, in den letzten Jahren ist der Staatsbeitrag schrittweise im Rahmen der Staatshaushaltssanierung von 57 Millionen auf 29 Millionen im Jahr 2018 gesenkt worden. Den Krankenversicherern würde es helfen, wenn sich der Betrag nicht jährlich geändert, sondern über mehrere Jahre hinweg stabil gehalten würde. So könnte die Prämienentwicklung mittelfristig geplant werden.

Meiner Ansicht nach wäre es aber nachhaltiger, wenn man das Geld nicht als Staatsbeitrag in die OKP pumpen würde, sondern gezielt in Massnahmen investiert, die zur Senkung der Gesundheitskosten beitragen können. Langfristig würde dies den Prämien-

«Wir plädieren dafür, die Staatsgelder zielgerichtet dort einzusetzen, wo sie benötigt werden.»

zahlern deutlich mehr bringen. Sozial sind tiefe Prämien und die gibt es nicht mit einer kurzfristigen «Prämienbremse», sondern nur mit einer moderaten, gedämpften Kostenentwicklung auf langfristige Sicht.

Mit welchen Massnahmen könnte es denn gelingen, das Kostenwachstum einzubremsen?

Wir haben immer wieder und neu im Rahmen der Gesundheitsseminare, die derzeit an der Privaten Universität in Triesen stattfinden, einige Vorschläge präsentiert. Zum Beispiel wird für die Zukunft immer wieder vor einem Hausarztmangel gewarnt. Wir haben mittlerweile Pflegefachkräfte und andere Gesundheitsberufe mit Hochschulabschluss. Eigentlich könnte man diese gesetzlich so ausstatten, dass diese einfache Aufgaben einer Hausarztpraxis übernehmen könnten - Verbände wechseln oder Blutwerte überprüfen zum Beispiel. In der Schweiz gibt es in Zusammenarbeit mit Arztpraxen Pilotversuche in dem Bereich. Uns fehlt für die Umsetzung solcher Ideen aber die gesetzliche Grundlage, der unternehmerische Handlungsspielraum einer Krankenversicherung ist stark eingeschränkt.

Das ginge dann in Richtung Ambulatorium.

Ja, genau. So bräuchte man bei kleineren Gebrechen keinen Arzttermin, sondern könnte sich bei einer solchen Pflegeexpertin oder Pflegeexperten behandeln oder beraten lassen.

Gibt es noch weitere Beispiele, wie die Kosten langfristig gesenkt werden könnten?

Wenn die Landtagsabgeordneten mehr Geld in die Hand nehmen wollen, wären Digitalisierungsprojekte ein gutes Investment. Das Gesundheitswesen hinkt im Bereich der Digitalisierung immer einen Schritt hinterher. Es gibt aber bereits sehr

gute Lösungen, was das Thema «elektronische Patientenakten», Management des Behandlungspfades oder Medikamentenmanagement betrifft. Damit könnten nicht nur Kosten gespart, sondern auch die Qualität für den Patienten erhöht werden. Auf eine elektronische Patientenakte z. B. könnten alle Leistungserbringer zugreifen, denen der Patient dies erlaubt. So müssten Untersuchungen oder Analysen nicht doppelt gemacht werden und Vorerkrankungen oder eingenommene Medikamente wären dem Behandler bekannt.

Das sind sehr langfristige Massnahmen. Wie sieht es kurzfristig aus?

Da wäre wohl eher der Ansatz zu wählen, dass man die Schwelle der Prämienverbilligungen anhebt, anstatt weitere Millionen über das Giesskannenprinzip des Staatsbeitrages an alle Versicherten zu verteilen. Mit der Prämienverbilligung kommen die staatlichen Zuschüsse den sozial Schwachen zugute. Wir plädieren dafür, die Staatsmittel zielgenauer dort einzusetzen, wo sie benötigt werden. Wobei man aufpassen muss, dass man nicht Verhältnisse bekommt wie in der Schweiz. Dort erhalten mitt-

lerweile 30 Prozent der Versicherten Prämienverbilligung. Erste Priorität muss die Dämpfung des Kostenwachstums sein, das hält die Prämien für alle Versicherten bezahlbar. Das ist unser sozialer Auftrag und hat als Anwalt der Versicherten im System unsere 1. Priorität.

Wird es denn Ende Jahr einen Prämienprung geben, wenn der Landtag den Staatsbeitrag nicht anhebt?

Die Prämienpolitik liegt in der Verantwortung der Krankenversicherungen. Einen Sprung sehe ich derzeit nicht. Mit einer allfälligen Erhöhung des Staatsbeitrags auf 33 Millionen Franken wird es - nach heutigem Erkenntnisstand - keine Prämienhöhung geben. Die KVG-Revision wirkt und durch die tiefe Kostenentwicklung profitieren die Versicherten ganz direkt.

Wo steigen denn die Kosten derzeit am stärksten an?

Das stärkste Kostenwachstum hatten in den letzten Jahren die Spitäler. Dort steigen die Kosten im ambulanten sowie im stationären Bereich seit Jahren stark an. Die Tarife der Spitäler bleiben in den letzten Jahren zwar gleich oder sind gesunken, die Menge der Behandlungen ist aber klar gestiegen.

Woran liegt das?

Wir haben zu viele Spitalbetten in der Schweiz und in der Region. Diese Kapazitäten müssen ausgelastet werden, um rentabel arbeiten zu können. So werden beispielsweise viele Operationen eher stationär als ambulant durchgeführt, das kostet den Prämienzahler richtig viel Geld.

Das sind happige Vorwürfe an die Spitäler. Sie unterstellen den Verantwortlichen also, dass bewusst ge-

trickst wird, um die Fallzahlen zu erhöhen.

Getrickst wird nicht, aber eben aus Sicht der Prämienzahler auch nicht optimal gearbeitet. Als Spitaldirektor würde ich ebenfalls versuchen, mein Spital betriebswirtschaftlich rentabel zu führen und die Bettenkapazität auszulasten. Da die Spitäler aber stationär mehr Geld erhalten als ambulant, besteht der Anreiz, Fälle eher stationär zu behandeln. So werden heute viele Operationen stationär gemacht, die man ohne Qualitätseinbusse auch ambulant durchführen könnte. In der Schweiz ist diese Mengenausweitung bereits so drastisch geworden, dass der Bundesrat den Grundsatz «ambulant vor stationär» offensiv propagiert.

Der Schweizer Bundesrat will ja sogar einen Schritt weitergehen und vorschreiben, dass gewisse Operationen künftig nur noch ambulant gemacht werden dürfen. Was hiesse das für die Spitäler?

Der Bundesrat bzw. das Bundesamt für Gesundheit hat eine Liste von Operationen erlassen, die ab dem 1. Januar 2019 nur noch ambulant durchgeführt werden sollen. Spitäler sollten daher nicht noch mehr Betten für stationäre Aufenthalte bauen.

Aber dann verdienen die Spitäler weniger und der Konkurrenzkampf wird noch härter.

Das stimmt nicht ganz, es ist immer eine Kosten-Ertrags-Rechnung pro Fall. Ein ambulanter Fall kann auch mehr bringen als ein stationärer. Aber natürlich - für ambulante Fälle bekommen die Spitäler meistens weniger Geld als für stationäre.

Ebenfalls im Juni-Landtag wird die Spitalstrategie in Liechtenstein ein Thema sein. Dort heisst es, dass der Markt zu klein für zwei Spitäler sei. Sie haben in einer Medienmitteilung des Krankenkassenverbandes drauf hingewiesen, dass 50 Spitalbetten in Liechtenstein genug wären, deren

«Das stärkste Kostenwachstum hatten in den letzten Jahren die Spitäler.»

zeit haben wir im Land rund 80 Betten. Das wäre dann durchaus ein kräftiges «Gesundtschrumpfen» Ja, aber wir müssen sehen, dass wir derzeit in Liechtenstein 6500 stationäre Akutspitalfälle haben ...

... das ist bei rund 39 000 Einwohnern aber sehr viel. Damit wäre ja mehr als jeder fünfte Einwohner einmal pro Jahr im Spital.

Ja, durchaus. Fakt ist, dass wir von diesen 6500 Fällen lediglich rund 2500 bis 3000 in Liechtenstein behandeln können. Alle anderen werden im Ausland behandelt, weil für die Behandlung entweder eine Zentrumsspitalinfrastruktur nötig ist oder weil sich die Patienten lieber in einer ausländischen Spezialklinik oder beispielsweise in Grabs behandeln lassen. Für 2500 Fälle würden 50 Betten reichen. Wenn wir Überkapazitäten haben, dann müssen wir diese mit Staatsgeldern - also Geldern von Steuer- und Prämienzahlern - subventionieren. Abgesehen davon darf

«Getrickst wird nicht, aber aus Sicht der Prämienzahler nicht optimal gearbeitet.»

nicht ausser Acht gelassen werden, dass derzeit der Kanton St. Gallen 900 Millionen in die Spitalinfrastruktur investiert. Von der Seite wird die Konkurrenz also noch grösser.

Wenn wir unsere Patienten weiterhin in Liechtenstein behandeln wollen, müssen wir jetzt rasch handeln, um nicht abgehängt zu werden.

Bei der Zuweisung von Patienten spielen auch die Ärzte eine gewichtige Rolle. Gesellschaftsminister Pedrazzini rechnete vor, dass die Belegärzte der Medicnova, die ja auch in Grabs operieren, eine Zuweisungsmacht von rund 10 Millionen Franken haben. Hat man diesen Punkt unterschätzt, als das Landes-

«Wenn wir unsere Patienten weiter in Liechtenstein behandeln wollen, dann müssen wir rasch handeln.»

spital ein Chef- arztssystem eingeführt hat? Nun, wie viele Ärzte ein Spital beschäftigt und mit

wie vielen ein Belegarztvertrag geschlossen wird, ist ein betriebsinterner Entscheid. Das Landesspital arbeitet mit einem hybriden Modell, es gibt Chef- aber auch Belegärzte. Belegärzte sind natürlich sehr effizien-

ent, weil die nur dann im Spital sind, wenn sie operieren, es gibt also keine Leerzeiten, die vom Spital gezahlt werden müssen. Ausserdem sind Belegärzte wichtige Zuweiser. In anderen Fachbereichen muss 24 Stunden ein Arzt vor Ort sein, dort ergibt ein Belegarztssystem keinen Sinn.

Wie gross ist das Potenzial von ausländischen Patienten, die sich in Liechtenstein behandeln lassen? Gerade in Österreich gibt es ja bei gewissen Operationen lange Wartezeiten.

Wie das Beispiel der Medicnova Privatklinik AG zeigt, scheint es möglich zu sein, Patienten aus Österreich zu generieren. Die Frage ist, ob das in ausreichenden Mengen möglich ist. Aus der Schweiz gilt das Territorialitätsprinzip, es werden dort ausser im Notfall meist nur Behandlungen in der Schweiz vergütet. Zwar hat das Liechtensteinische Landesspital einen Vertrag, der es erlaubt, auch Patienten aus der Schweiz zu behandeln, dies sind aber wohl weniger als 100 Fälle im Jahr.

