

# Special Krankenkassen

## INHALT

### Mehr Wettbewerb unter den Anbietern

Kaum in einem Bereich wird so viel über Wettbewerb gesprochen und debattiert, wie im Gesundheitswesen. Nun wird der Vorwurf laut, dieser Wettbewerb sei volkswirtschaftlich bedenklich. Entsprechend fordern kritische Stimmen noch mehr Regulierungen. Doch diese greifen am falschen Ende. **Seite 40**

### Weniger wird in Zukunft mehr sein



BRUNO ARNOLD

Die Konsolidierung im Krankenkassenmarkt beschleunigt sich. In den nächsten Jahren werden Übernahmen und Zusammenschlüsse die Branche nachhaltig verändern. Denn nur wer die kritische Grösse hat, kann sich erfolgreich im Markt bewegen. Zudem können aufgrund der grösseren finanziellen Ressourcen mehr Spezialisten akquiriert werden. **Seite 41**

### Die Versicherer brauchen Reserven

Die Reserven der Krankenversicherer sind knapp geworden. Auf Anordnung von Altpräsident Pascal Couchepin mussten die Reserven zugunsten der Prämien abgebaut werden. Und das in einem schwierigen Börsenumfeld. Entsprechend ist das Risiko einer Zahlungsunfähigkeit der Kassen angestiegen. **Seite 42**

### Neue Wege führen aus der Sackgasse

In der Schweiz nehmen Gesundheitsförderung und Prävention eine bescheidene Rolle ein. Gerade mal 2,2% der gesamten Kosten im Gesundheitswesen werden dafür aufgewendet. Damit liegt die Schweiz unter dem OECD-Durchschnitt. Dabei erhöht eine gesunde Bevölkerung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Landes. **Seite 43**

VERANTWORTLICH FÜR DIESEN SPECIAL:  
MARTINA WACKER

## O-TON

«Die Idee einer Einheitskasse ist nicht fundiert und trügerisch.»

**Pierre-Marcel Revaz**  
Präsident Groupe Mutuel,  
Martigny

Seite 42



BRUNO ARNOLD

Fehlender Durchblick: Um das Gesundheitssystem Schweiz wieder auf Trab zu bringen, müssen die Kosten analysiert und verbesserte Anreize geschaffen werden.

## Raus aus dem Schlammassel

**GESUNDHEITSWESEN** Sinkende Prämien sind nicht in Sicht. Gegen steigende Preise sei jedoch nichts einzuwenden, wenn die Qualität stimmt, meinen Experten. Die Konsolidierung unter den Kassen geht weiter.

MARTINA WACKER

«Heute Prämienenkungen anzukündigen wäre verantwortungslos», sagt Pius Gyger, Leiter Gesundheitspolitik bei Helsana. So müssen die Krankenkassen ihre Reservenpolster wieder aufbauen. «Da man in den letzten Jahren gleichzeitig die Prämien auf behördliches Geheiss künstlich tief gehalten hat, besteht heute Nachholbedarf», sagt Gyger.

Fraglich ist aber, was die Prämienzahler für ihr Geld bekommen. «Was wäre schlecht daran, wenn die Kostensteige-

rung mit einer Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen einherginge?», fragt Konstanin Beck, Gesundheitsökonom bei der CSS in Luzern. Denn solange Kostensteigerung gewünscht und nicht aufgezwungen ist, sei nichts dagegen einzuwenden. Allerdings ist dies in weiten Teilen der Schulmedizin nicht der Fall. «Es fehlen echte Preise, Vertragsfreiheit und Wettbewerb», sagt er.

Die steigenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien heizen die Diskussion um eine Einheitskasse erneut an. «Ziel der Einheitskas-

sen-Befürworter ist zweifellos, das Versicherungssystem zu schwächen», sagt Pierre-Marcel Revaz, Präsident der Groupe Mutuel. Doch wäre der Anstieg der Gesundheitskosten hauptsächlich auf das Krankenversicherungssystem zurückzuführen, wären die Auswirkungen bereits in den 1960er-Jahren spürbar gewesen. «Heute gibt es 20-mal weniger Krankenversicherer als damals. Die Anzahl Krankenversicherer ist von 1000 auf faktisch 50 geschrumpft», sagt Revaz.

Wichtig sei, auf dem aktuellen Terrain zu agieren. So sei

unter anderem im Rahmen der Solidarität das zunehmende demographische Ungleichgewicht zu berücksichtigen. «Auch der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern ist zu fördern, beispielsweise mit der Einführung der Vertragsfreiheit», sagt Revaz.

Obwohl über die letzten 50 Jahre rund 950 Krankenkassen aus dem Markt geschieden sind, dürfte der Konsolidierungsprozess in der Branche weitergehen. «Nur wer 1 Mio Versicherte oder mehr in seinem Portefeuille hat, kann die Skaleneffekte auch wirklich nutzen», be-

gründet Walter Bosch, designierter Verwaltungsratspräsident Sanitas/KPT. Für das Unternehmen entstünden durch die Grösse wesentliche Synergien. «Allein die Vertriebsstruktur effizienter zu gestalten und geografisch zu bereinigen, bringt wesentliche Einsparungen», sagt er.

Allerdings erweist sich die Theorie wesentlich einfacher als die Praxis. «Krankenkassen sind organisch gewachsene, komplexe Gebilde, die von Menschen geführt werden und meistens eine lange Tradition haben», so Bosch.

# Wie Ökonomen das System retten wollen

**GESUNDHEITSWESEN** Fehlende Anreize seien mit schuld an der misslichen Lage der Branche, kritisieren Gesundheitsökonomien der grössten Krankenversicherer in der Schweiz. Aber auch die vorherrschende Intransparenz und eine zunehmende Leistungsausdehnung heizen den Kostenanstieg an.



Konstantin Beck, Gesundheitsökonom, CSS, Luzern

«Es fehlen echte Preise, Vertragsfreiheit und Wettbewerb. Wie um Himmels willen soll da Effizienz entstehen?»



Pius Gyger, Leiter Gesundheitspolitik, Helsana, Zürich

«Mit dem System des Preiswettbewerbs könnte die Spitalplanung gänzlich gestrichen oder entschlackt werden.»



Thomas Grichtig, Mitglied der Direktion und Generalsekretär, Groupe Mutuel, Martigny

«Es soll möglich sein, bei gleichen Leistung nur die billigere zu vergüten und nicht für jede Leistung bezahlen zu müssen.»



Isabelle Vautravers, Gesundheitsökonomin und Leiterin Kommunikation, Sanitas, Zürich

«Die Prämien werden weiter wachsen. Die Frage ist, wie schnell. Eine Reform der Anreizsysteme hat das Potenzial den Anstieg zu dämpfen.»

## 1. Welches sind die grössten oder akutesten Probleme im Gesundheitswesen Schweiz?

Ein akutes Problem ist die Unterdrückung von Qualitätsinformationen. Was interessiert die Versicherten im Krankheitsfall am allermeisten? Sie wollen wissen, wo sie am besten behandelt werden können. Wofür zahlen die Versicherten im Krankheitsfall den höchsten Preis, mehr als alle Versicherungsprämien zusammen? Wenn sie durch eine unqualifizierte Behandlung Gesundheitsschäden, Behinderungen oder gar den frühen Tod in Kauf nehmen müssen. Todesfälle im Spital wegen mangelnder Praxis kommen leider vor.

Ein grosses Problem ist, dass wir unser Gesundheitssystem schlechtreden. International sind wir Spitze. Wir haben einen guten Zugang zur Versorgung und eine hohe Zufriedenheit. Auch mit ihrer Krankenkasse ist die Bevölkerung grossmehrheitlich zufrieden. Aber es besteht durchaus Raum für Verbesserungen: Der Föderalismus verteuert unser System. Das Kompetenzgerangel zwischen Kantonen und Bund bringt Reibungsverluste und fördert Überkapazitäten. Auch die Transparenz bezüglich Qualität und Nutzen könnte besser sein.

Widersprüchliche und inkohärente Gesetze und Regeln im Krankenversicherungsgebiet sowie fehlender Wettbewerb und falsche Anreize bei den Leistungserbringern sind die akutesten und folgenschwersten Probleme. Die Mengenausweitung geht munter weiter und die Verzerrungen im Wettbewerb führen zu absurden Resultaten: So sind zum Beispiel die Kosten für den Krankenversicherer im Spitalambulatorium höher als Leistungen im stationären Bereich, obschon die ambulante Pflege gesamthaft billiger ist.

Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt verteuern das Gesundheitswesen laufend. Die Kostenspirale ist inhärent, denn der Einzelne hat kaum einen Anreiz, weniger Gesundheitsleistungen zu konsumieren. Auf Systemebene fehlen Instrumente, die Kostenentwicklung zu bremsen. Vielmehr wird jede Reform von einer Menge Regulierungen und Übergangslösungen begleitet, die ihre Wirkung bereits wieder stark einschränken oder sogar aufheben (beispielsweise DRG-Einführung, Managed-Care-Reform).

## 2. Wie sind die Probleme zu lösen?

Das Stossende ist, dass das Problem einfach behoben werden könnte: Schon heute gibt es Institutionen, finanziert mit Steuergeldern, welche genau diese Informationen seit Jahren sammeln, aufbereiten und dann der Öffentlichkeit nicht zugänglich machen. Daran lässt sich erkennen, wer im Gesundheitswesen oft die letzte Priorität genießt: Der mündige Patient. Wir brauchen keinen Qualitätsgeheimdienst.

Sicher nicht, indem man das System als Ganzes in Frage stellt. Einzelne Problembereiche sind gezielt anzugehen. Zum Beispiel könnte mit dem System des Preiswettbewerbs die Spitalplanung gänzlich gestrichen oder entschlackt werden. Zudem sollen Kantone wegen Interessenkonflikten keine eigenen Spitäler betreiben. Darüber hinaus könnte man Kompetenzen der Kantone teilweise dem Bund übertragen (Beispiel: Versorgungssicherung, Umsetzung Prämienverbilligung). Ebenfalls auf Bundesebene sollen zwecks Verhinderung ungerechtfertigter Zahlungen Vorgaben zur Qualitätstransparenz und Nutzenevaluation gemacht werden.

Mit der Einführung von kohärenteren Wettbewerbsregeln. Es soll möglich sein, bei gleichen Leistungen, wenn möglich nur die billigere zu vergüten und nicht für jede Leistung bezahlen zu müssen. Verkauft eine Apotheke an einem bestimmten Ort ein Medikament billiger als die andere, müsste es möglich sein, dass der Krankenversicherer nur diesen Preis bezahlen muss und nicht auch noch, wie es heute der Fall ist, den höheren. Dasselbe sollte auch für andere medizinische Dienstleistungen und ebenfalls für den Bereich der Spitäler gelten.

Auf der Ebene des Einzelnen könnte eine erhöhte Selbstbeteiligung der Versicherten oder eine Einschränkung des Leistungskatalogs die Kostenspirale durchbrechen. Ordnungspolitisch gesehen bieten mehr unternehmerische Freiheiten sowie langfristige und stabile Rahmenbedingungen (zum Beispiel monetarische Finanzierung, kein politischer Interventionismus) den richtigen Boden für mehr Innovationskraft, dies übrigens für alle Akteure im Gesundheitswesen.

## 3. Werden wir nun jährlich mit steigenden Krankenkassenprämien konfrontiert werden?

Stellen wir uns vor, das wäre so – was wäre schlecht daran, wenn die Kostensteigerung mit einer Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen einherginge? Solange die Kostensteigerung gewünscht und nicht aufzwingen ist, ist nichts dagegen einzuwenden. Vermutlich trifft das auf den Wellness- und den alternativmedizinischen Bereich zu. Aber in weiten Teilen der Schulmedizin ist leider das Gegenteil der Fall: Es fehlen echte Preise, Vertragsfreiheit und Wettbewerb. Wie um Himmels willen soll da Effizienz entstehen?

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steigen die Kosten pro Jahr 4 bis 5%. Gleichzeitig findet eine Lastenumteilung von der öffentlichen Hand zu den Kassen statt (seit 1995 2,8 Mrd Fr.). Da man in den letzten Jahren gleichzeitig die Prämien auf behördliches Geheiss künstlich tief gehalten hat, besteht heute Nachholbedarf. Heute Prämienenkungen anzukündigen wäre verantwortungslos. Die Frage ist, was die Prämienzahler für ihr Geld bekommen. Darüber müsste man mehr diskutieren.

Das ist klar der Fall, denn die Leistungsmenge (2/3 der jährlichen Kostensteigerung) und die Preise (1/3 der jährlichen Kostensteigerung) werden nicht nach unten gehen. Wir sollten aber fähig sein, den Anstieg derart zu drosseln, dass er jährlich die inflationsbereinigte 2- bis 3%-Grenze nicht übersteigt. 2 bis 3% sind beim heutigen Stand nicht wenig Geld, das sind immerhin 700 Mio Fr. Mehrausgaben im Grundversicherungsbereich pro Jahr oder 100 Fr. zusätzlich für jeden einzelnen Einwohner in der Schweiz.

War es in der Vergangenheit je anders? Die Prämien werden weiter wachsen. Die Frage ist wie schnell. Eine konsequente Reform der Anreizsysteme hat jedoch das Potenzial, den Anstieg wesentlich zu dämpfen.

## 4. Werden Herr und Frau Schweizer diese Kostenlast künftig überhaupt weiter tragen können?

Das ist Sache der Bevölkerung. Sie ist in diesem Staat der Souverän. Sicher aber wird eine staatliche Einheitskasse an der Kostensteigerung nichts ändern, im Gegenteil. Auffällig ist, dass die Systemfrage seit mehreren Jahrzehnten von Politikern und Journalisten gestellt wird, der Souverän aber relativ sachlich, nüchtern und emotionslos das wettbewerbsorientierte Krankenversicherungssystem vielleicht nicht in jeder unverbindlichen Volksbefragung, aber doch in jeder Volksabstimmung stützt.

So, wie es aussieht, schon. Seit 2003 sinkt der Anteil der Gesundheitskosten am BIP (Bruttoinlandsprodukt). Würde das BIP die nächsten 70 Jahre jährlich um 2% und die Prämien um 5% wachsen, so verdreifachen sich bis dahin die Ausgaben für andere Bereiche wie Verkehr, Nahrungsmittel, Bekleidung, Ferien, Wohnbedarf etc. Wichtig ist, die bestehenden Ineffizienzen im Gesundheitssystem mit strukturellen und nachhaltigen Massnahmen zum Schrumpfen zu bringen beziehungsweise nicht weiter steigen zu lassen. Dann werden die anderen Verwendungsbereiche auch nach 2080 weiter wachsen und das Gesundheitssystem finanzierbar bleiben.

Dies hängt stark von unserem gesamten Wohlstand ab. Solange die wirtschaftliche Produktivität mithält, werden wir die Mittel aufbringen können, um das Gesundheitssystem zu finanzieren, denn diese beiden Elemente sind eng miteinander verknüpft. Die sozial finanzierten Gesundheitskosten sind zudem nicht die einzigen Sozialkosten die ansteigen. AHV, IV, AL sowie BVG steigen auch. Dennoch müssen wir Jahr für Jahr über die Bücher gehen und versuchen, die Effizienz des Gesundheitssystems zu verbessern und so den Anstieg der Gesundheitskosten einzudämmen. Eine Patentlösung gibt es aber nicht!

Umfragen zeigen, dass die Prämienbelastung für eine wachsende Zahl von Individuen zu einem Problem wird. Das System der Prämienverbilligung mildert dies immerhin wesentlich (der Einzelne bringt dies zwar nicht zwingend in Abzug von seiner Prämie). Für eine Mehrheit ist der Druck aber offenbar noch nicht so hoch, denn eine Reduktion des Leistungskatalogs wird kaum thematisiert.

# Abkehr von der Symptombekämpfung

**GESUNDHEITSSYSTEM** Im Kampf gegen die steigenden Kosten im Gesundheitswesen konzentriert sich die Politik erneut auf die Finanzierung und nicht auf deren Ursache. Dabei ist eine Analyse der Ausgaben zentral. So müssen die Kosten nicht minimiert, sondern optimiert werden.

MARCEL STALDER

Die Herausforderungen in der Schweizer Gesundheitspolitik haben sich in den vergangenen Jahren nicht grundsätzlich verändert. Wie konnte es in diesem Kontext dennoch zur aktuellen Akzentuierung des Handlungsbedarfs kommen? Die Gründe dafür sind vielschichtig.

Als ein wesentliches Element erscheint die Tatsache, dass in der Wahrnehmung breiter Bevölkerungsschichten die Gesundheitskosten an der Entwicklung der Krankenversicherungsprämie abgelesen werden. Politik, Versicherer und Behörden haben dies erkannt und die Prämienentwicklung der letzten Jahre durch Auflösung von Reserven gedämpft. Parallel wurden zudem weitere Massnahmen zur Reduktion der Kostensteigerung im Gesamtsystem diskutiert und teilweise umgesetzt. Die erzielten Kosteneinsparungen waren jedoch zu gering, um eine Trendumkehr in der Prämienentwicklung zu erreichen.

## Die Problematik besteht in der Anspruchshaltung der Konsumenten nach minimaler Prämie und maximaler Leistung.

Zudem haben die Prämienstützungsaktionen in den Bilanzen der Krankenversicherer Spuren hinterlassen, welche eine Fortführung dieser Preispolitik wirtschaftlich verunmöglichen. Somit hat sich die Ausgangslage um die fortgeschrittene überproportionale Teuerung im Gesundheitswesen, die Reduktion der für nachhaltige Massnahmen zur Verfügung stehenden Zeit und um die geringeren finanziellen Mittel zur Abfederung einer Übergangsphase verschärft.

### Lösungsansätze

Es ist unter Berücksichtigung der politischen Prozesse nicht verwunderlich, dass sich der Lösungsansatz erneut auf die Finanzierung der Kosten, und nicht auf deren

Ursachen, fokussiert. Die Idee der Einheitskasse, in nationaler oder teilweise kantonaler Ausprägung, fand nebst den langjährigen Befürwortern zunehmend auch Unterstützung in bürgerlichen Kreisen. In einem Klima, in welchem Finanzinstitutionen allgemein mit erhöhter Skepsis begegnet wird, war die Aussicht auf eine Reduktion der Verwaltungskosten ein wichtiges Argument für dieses Modell. Die Warnungen der Gegner der Einheitskassen, dass durch ein Monopol die Anreize für Kostenkontrollen oder Preisverhandlungen reduziert würden und damit die Gesamtkosten erfahrungsgemäss steigen, stehen den Befürwortern entgegen.

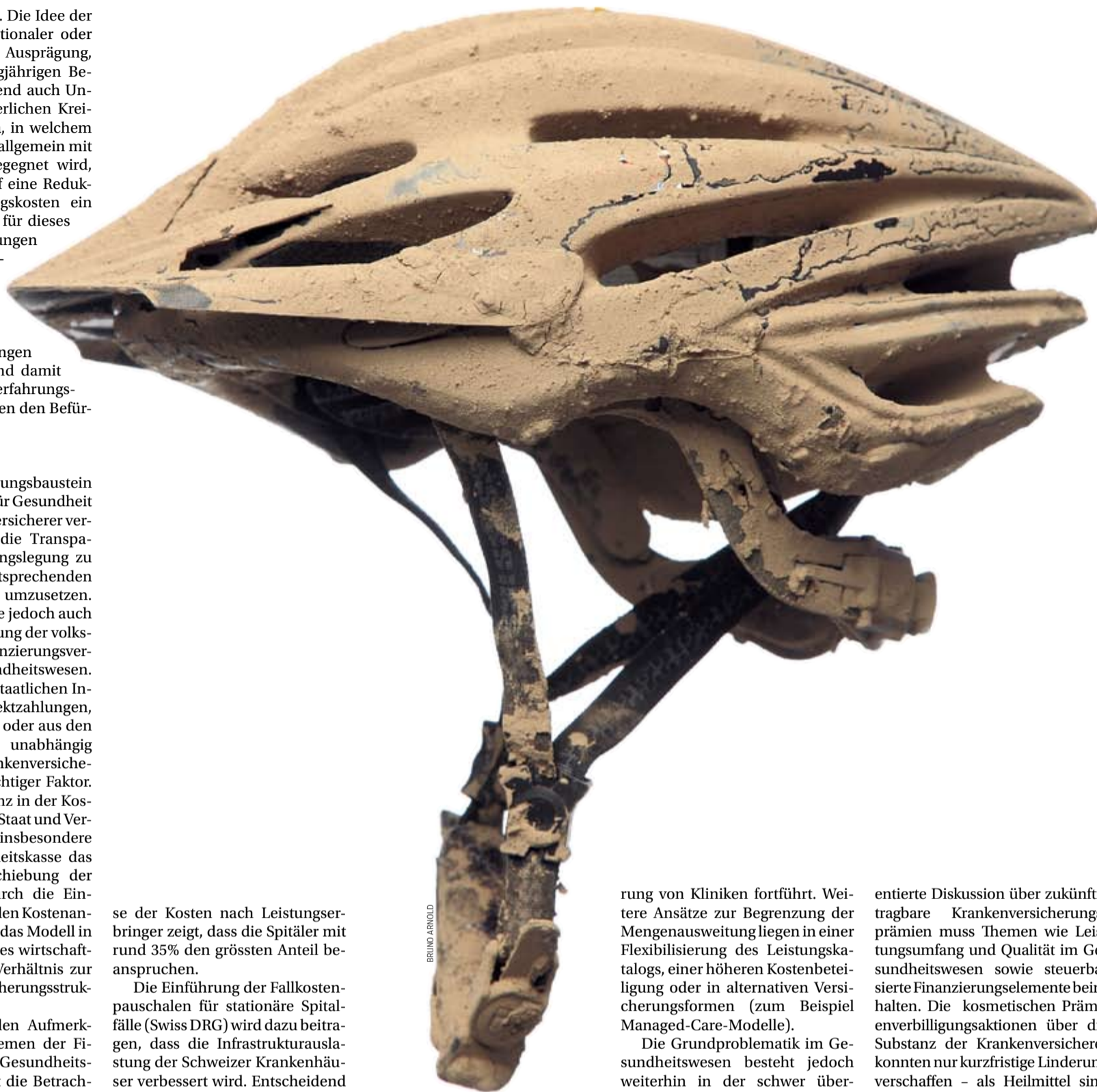
### Mehr Transparenz

Als weiteren Lösungsbaustein hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Krankenversicherer verpflichtet, zukünftig die Transparenz in der Rechnungslegung zu erhöhen und die entsprechenden Fachempfehlungen umzusetzen. Wünschenswert wäre jedoch auch eine klarere Darstellung der volkswirtschaftlichen Finanzierungsverhältnisse im Gesundheitswesen. Die Leistungen der staatlichen Institutionen aus Direktzahlungen, Prämienverbilligung oder aus den AHV/IV-Fonds sind unabhängig vom gewählten Krankenversicherungsmodell ein wichtiger Faktor. Fehlende Transparenz in der Kostenteilung zwischen Staat und Versicherer haben aber insbesondere im Modell der Einheitskasse das Risiko, durch Verschiebung der Staatsquote den durch die Einheitskasse zu tragenden Kostenanteil zu entlasten und das Modell in der Beurteilung seines wirtschaftlichen Nutzens im Verhältnis zur gegenwärtigen Versicherungsstruktur zu unterstützen.

Trotz der medialen Aufmerksamkeit, welche Themen der Finanzierungsseite im Gesundheitswesen geniessen, ist die Betrachtung der Kostenursachen zentral. Dabei kann es nicht um eine Minimierung, sondern eine Optimierung der Kosten gehen. Die Analy-

se der Kosten nach Leistungserbringer zeigt, dass die Spitäler mit rund 35% den grössten Anteil beanspruchen.

Die Einführung der Fallkostenspalschalen für stationäre Spitalfälle (Swiss DRG) wird dazu beitragen, dass die Infrastrukturauslastung der Schweizer Krankenhäuser verbessert wird. Entscheidend wird jedoch sein, dass die langfristige Spitalplanung die zunehmend überregionale Zusammenarbeit und die stärkere Spezialisie-



Stecken geblieben im Kostenmorast: Die Analyse der Kostenursache ist zentral.

rung von Kliniken fortführt. Weitere Ansätze zur Begrenzung der Mengenausweitung liegen in einer Flexibilisierung des Leistungskatalogs, einer höheren Kostenbeteiligung oder in alternativen Versicherungsformen (zum Beispiel Managed-Care-Modelle).

Die Grundproblematik im Gesundheitswesen besteht jedoch weiterhin in der schwer überbrückbaren Anspruchshaltung der Konsumenten nach minimaler Prämie und maximaler Leistung im Krankheitsfall. Eine lösungsori-

enterte Diskussion über zukünftig tragbare Krankenversicherungsprämien muss Themen wie Leistungsumfang und Qualität im Gesundheitswesen sowie steuerbasierte Finanzierungselemente beinhalten. Die kosmetischen Prämienverbilligungsaktionen über die Substanz der Krankenversicherer konnten nur kurzfristige Linderung verschaffen – als Heilmittel sind diese nicht geeignet.

Marcel Stalder, Sector Leader Insurance, Ernst & Young Schweiz, Zürich.

# Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung

**KRANKENKASSEN** Kaum in einem Bereich wird so viel über Wettbewerb gesprochen wie im Gesundheitswesen. Nun werden der Wettbewerb und der Ruf nach Regulierungen immer lauter.

OTTO BITTERLI

Der Wettbewerb zwischen Krankenversicherern manifestiert sich an zahlreichen Punkten:

- Steigende Zahl von Wechsler (2009 mehr als 1 Mio).
- Zirka 1,4 Mio versichern sich bei einer sogenannten Billigkasse.
- Diskussionen über die Provisionen von Versicherungsmittlern.
- Zunehmende Konzentration.
- Quersubventionen vom VVG (Zusatzversicherung) hin zum KVG (Obligatorium).
- Neue Modelle mit differenziertem Angebot (Sanagate, MaxiCare, Compact One).

Von breiten Kreisen wird der Vorwurf laut, dieser Wettbewerb sei volkswirtschaftlich bedenklich. Dem gegenüber stehen ins-

besondere für die Konsumenten bedeutende Errungenschaften: Jedes Jahr können alle – selbst vom Krankenbett aus – die Versicherung ohne Konsequenzen wechseln. Dies widerspricht an sich jeder Versicherungslogik, die grundsätzlich auf Langfristigkeit ausgelegt ist. Klar, dass sich die Versicherer in diesem System zu schützen versuchen, um nicht in eine Negativspirale zu geraten.

Ein Mittel dazu ist die Verkaufssteuerung über Provisionen. Die volle Freizügigkeit der Konsumenten wird zu einem Preis von

angeblich jährlich rund 300 Mio Fr. garantiert. Die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung belaufen sich auf knapp 23 Mrd Fr. Damit machen die Provisionen 1,5% der Prämien aus.

### Ruf nach Regulierung wächst

Einige Auswirkungen des heutigen Wettbewerbs – insbesondere die aggressive Werbung via Telefon – sind störend und problematisch. Die Regulierung des Wettbewerbs um Versicherte greift jedoch am falschen Ende an: Sie betrifft den Bereich der Verwaltungskosten

der Krankenversicherer. Effizienzsteigerungen bei den Verwaltungskosten und Korrekturen bei Fehlverhalten sind zwar laufend vorzunehmen, allerdings machen die Verwaltungskosten im Durchschnitt nur rund 5% der Gesamtkosten in der obligatorischen Krankenversicherung aus. Eine Regulierung, welche auf die Verwaltungskosten abzielt, ist also volkswirtschaftlich irrelevant. Ein zusätzliches Problem ist die destabilisierende Wirkung von kurzfristigen und häufigen Änderungen der Rahmenbedingungen durch die Politik.

### Wachsende Widerstände

Ein Beispiel liefert die Diskussion um die Gestaltung des Risikoausgleichs. Eine Reform per 2012 ist beschlossen, noch vor deren Umsetzung wird jedoch über eine weitere Veränderung des Systems debattiert. Im langfristig ausgerichteten Versicherungsgeschäft sind allerdings stabile Rahmenbedingungen besonders wichtig.

Will man dort ansetzen, wo eine Hebelwirkung auf die Kosten besteht – nämlich bei den anderen 95% –, gilt es die Frage nach dem Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu stellen. Dabei stösst man

jedoch vor allem auf eines: Widerstände.

Die Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern wird bekämpft. Vom Berufsstand der freien Unternehmer selber wird teilweise die Forderung nach garantierten Einkommen laut. Man ist für mehr Managed Care, solange die Ärzte nur fakultativ und zu ihren Bedingungen in diesen Modellen partizipieren. Gemäss den Vorstellungen der Politiker sollen die Versicherer hingegen zum flächendeckenden Angebot solcher Modelle gezwungen werden.

Nach einer Öffnung sieht es auf den ersten Blick im Spitalsektor aus: Mit der Einführung der neuen Spitalabgeltung nach DRG werden zwar Grundlagen für mehr Transparenz und verstärktes Benchmarking geschaffen, doch die Politik und Behörden wollen mittels kantonaler Spitalplanungen die Umsetzung so stark regulieren, dass es auch mit dem neuen System möglichst wenig Veränderungen zum Status quo gibt.

Doch es geht hier nicht darum, den Schwarzen Peter herumzureichen. In einer wichtigen Schnittstelle zwischen Versicherer und

Leistungserbringer, dem Leistungseinkauf, gibt es auch vonseiten der Versicherer kaum Wettbewerb. Tarifverträge in der obligatorischen Krankenversicherung werden heute kartellistisch, für alle Versicherer, via den Branchenverband Santésuisse verhandelt.

Hier besteht aber ein gewichtiger Ansatzpunkt für mehr Wettbewerb. Der Branchenverband Santésuisse hat mit seiner Reform der Verbandsstruktur und der Gründung der Tarifsuisse AG die Voraussetzungen geschaffen, dass die Schweizer Kranken-

versicherungen künftig unterschiedliche Einkaufsgesellschaften bilden. Das heisst, die Versicherer können verstärkt unter sich im Wettbewerb gegenüber den Leistungserbringern stehen. Die Erfahrungen zeigen, dass Diskussionen zur Reformen des Gesamtsystems nur langsam vorankommen und die politischen Kompromisse oft von vielen Detailregulierungen begleitet sind, welche die grundsätzlichen Wettbewerbsbestrebungen wieder aushebeln. Umso wichtiger ist es, jene Räume konsequent zu nutzen, welche vorhanden sind.

Otto Bitterli, CEO, Sanitas, Zürich.



Zuviele Regulierungen: In Sumpfgewässer lässt es sich nur schwierig schwimmen.

# In Zukunft wird weniger mehr sein

**KRANKENKASSE** Nur wer die kritische Grösse erreicht, kann sich mittelfristig erfolgreich im Markt bewegen. In den nächsten Jahren werden Übernahmen und Zusammenschlüsse die Landschaft nachhaltig verändern.

WALTER BOSCH

Seit 1980 hat sich die Zahl der Krankenkassen alle zehn Jahre halbiert, von über 500 auf gerade noch 50 im Jahr 2010. Die beschauliche Tradition der klassischen «Kässeler» weicht zunehmend professionellen Strukturen. Die Folge ist eine objektivere Beurteilung der Zukunftsperspektiven von kleinen und mittleren Kassen.

Nur wer 1 Mio Versicherte oder mehr in seinem Portefeuille hat, kann die Skaleneffekte auch wirklich nutzen. Für das Unternehmen entstehen durch die Grösse wesentliche Synergien. Allein die Möglichkeit, die Vertriebsstruktur effizienter zu gestalten und geografisch zu bereinigen, bringt wesentliche Einsparungen.

## Die Zukunft ist online

Dem Online-Geschäft gehört die Zukunft. Seine Trümpfe kann es aber nur ausspielen, wenn das Volumen gross genug ist. Der Aufbau attraktiver Plattformen, wie zum Beispiel VitaClic, ist mit grossen Investitionen verbunden, die sich erst ab einer Mindestzahl von Versicherten rechnen.

Für alle Versicherer fallen im IT-Bereich naturgemäss grosse Kosten an. Auch hier kann Grösse die Kosten pro Versichertem wesentlich reduzieren. Zudem sind kundenfreundlichere und flexiblere Systeme möglich.

## Rare Spezialisten

Der Gesundheitsmarkt ist eine äusserst komplexe und hoch spezialisierte Branche. In allen Bereichen (IT, Leistungsabwicklung, Regulierungen, Marketing) sind hochkarätige Spezialisten ebenso

## Nur wer 1 Million Versicherte in seinem Portefeuille hat, kann Skaleneffekte nutzen.

gefragt wie rar. Nur grosse Versicherer sind in der Lage, diesen Mitarbeitern interessante Aufgaben und realistische Karrierechancen zu bieten.

Solange ein gesunder Wettbewerb spielt, wird die Konkurrenz unter grösseren Kassen zu wesentlichen Effizienzgewinnen führen. Umso mehr muss sich im Markt profilieren, wer Kunden gewinnen will. Auch dazu ist eine minimale Grösse unumgänglich. Und auch aus Kundensicht ist der Konzentrationsprozess sinnvoll. Grössere Marktmacht führt zu besseren Konditionen bei den Leistungserbringern und damit zu Einsparungen und günstigeren Prämien. Neue und bessere Produkte können entwickelt und lanciert werden. Zudem kann sich der Versicherte in einem übersichtlichen Markt besser orientieren und freier bewegen. Die zukünftig erfolgreichen Gross-Kassen werden sich durch ihre Flexibilität im Markt, ihre Innovationskraft, ihre Umsetzungskraft und die Qualität ihrer Dienstleistungen unterscheiden.

## Komplexe Firmenkulturen

Soweit die Theorie. Die Umsetzung in der Praxis erweist sich allerdings als weitaus komplexer und anspruchsvoller. Denn neben der wirtschaftlichen Logik gibt es eine Vielzahl von Faktoren, die den Konsolidierungsprozess sehr anspruchsvoll machen.

Zuvorderst steht dabei der «human factor». Die Krankenkassen sind organisch gewachsene, komplexe Gebilde, die von Menschen geführt werden und meistens lange Traditionen haben. Dazu gehören besondere Unternehmenskulturen, persönliche Ambitionen

und individuelle Zukunftsvorstellungen. Eine Übernahme oder eine Fusion brechen bewährte Strukturen auf und führen zu einschneidenden Veränderungen der Hierarchien und Besitzstände. Dieser Prozess produziert notgedrungen Gewinner und Verlierer.

Plötzlich wird Erreichtes hinterfragt. Nicht jedes Unternehmen, nicht jeder Verwaltungsrat, nicht jede Geschäftsleitung ist bereit, sich selbst in Frage zu stellen und zum potenziellen Konsolidierungsopfer zu werden. In dieser Problematik liegt wohl der Haupt-

grund für das Beharrungsvermögen von vielen Unternehmen der Kassenbranche. Darüber hinaus gibt es auch andere Kriterien, die beim Konzentrationsprozess eine entscheidende Rolle spielen. Abgesehen von den rein wirtschaftlichen Kriterien, die hier ausge-

klammert werden, steht dabei die Frage der Philosophie im Vordergrund. Haben beide Unternehmen kompatible Ansichten über Strategie, Politik, Wettbewerb und Marktentwicklung? Nur eine weitgehende Übereinstimmung in diesen Punkten eröffnet Chancen für eine erfolgreiche Integration.

Wo dies gelingt, entstehen gesunde, effiziente Unternehmen, die in einem intensiven Wettbewerb stehen werden. Bei einer Einheitskasse fällt diese Konkurrenz weg und die Kunden verlieren jegliche Wahlfreiheit. Es ist aber gerade dieser Wettbewerb, der letztlich einen Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten leisten kann.

Walter Bosch, designierter Verwaltungsratspräsident, Sanitas/KPT, Bern.

Nur wer genügend Versicherte hat, wird auf der Überholspur fahren und nicht im Schlamm stecken bleiben.



ANZEIGE

# Krankenversicherer brauchen Reserven

**NOTGROSCHEN** Auf das Verlangen von Altbundesrat Pascal Couchepin hin mussten die Krankenversicherer ihre Reserven abbauen. Damit haben die Krankenversicherer an Polster eingebüsst. Das Risiko einer Zahlungsunfähigkeit ist gestiegen. Doch portable Reserven sind nicht die Lösung.

KONSTANTIN BECK

Die Reserven in der sozialen Krankenversicherung sind zurzeit eher knapp. Nicht darum, weil die diversen CEO auf eine abenteuerliche Geschäftsstrategie umgeschwenkt wären. Knapp sind sie vor allem darum, weil Altbundesrat Pascal Couchepin kraft seines Amtes eine Verknappung anordnete und das genau in dem Moment, als die Aktienmärkte Anlagevermögen zu vernichten begannen.

Ein regulierter Markt kommt immer dann in Schwierigkeiten, wenn der Regulator selbst zu risikofreudig wird. Bundesrat Couchepin ist Geschichte, der Druck auf die Kassen, künstlich Defizite zu generieren, ist der vernünftigeren Politik Bundesrat Didier Burkhalter gewichen. Und die Branche erholt sich langsam von dieser Regulierungsblase.

## Wozu nun aber diese Reserven?

Ein Versicherer verkauft nicht eigentlich Versicherungsleistungen, sondern das Versprechen, im Schadenfall die Kosten seiner Kunden (ganz oder teilweise) zu übernehmen. Mit diesem Versprechen entledigt er seine Kunden der drückenden Sorge, was im Fall überraschend hoher Krankheitskosten zu unternehmen sei. Aber was macht der Versicherer, um diese vielen Sorgen tragen zu können? Technisch gesprochen verfügt er über zwei Parameter: Seine Grösse und seine Reserven.

Je grösser der Versicherer, desto häufiger tritt der Fall ein, dass die Sorge der einen durch das Glück einiger anderer Kunden kompensiert wird. Das heisst, die durchschnittliche Sorge (und damit auch das Risiko) reduziert sich, je grösser die Anzahl Sorgen sind, die der Versicherer poolt. Auf eine Formel gebracht heisst das: Der grösste Krankenversicherer in der Grundversicherung, die CSS Gruppe, muss sich 87-mal weniger Sorgen machen als der kleinste Anbieter, und das einzig und allein auf Grund des eklatanten Grössenunterschieds. Die CSS ist 7500-mal grösser als der kleinste Versicherer.



Getrübtes Wässerchen: Der Reservenabbau hindert die Regeneration.

## Der Reservenabbau wurde angeordnet, als Aktienmärkte Vermögen zu vernichten begannen.

Grösse allein schützt aber noch nicht vor allen Gefahren.

Das zweite Mittel sind die Reserven. Auch für die Grossen besteht die Gefahr, dass im Laufe eines Jahres mehr Versprechen gegenüber den Kunden einzulösen sind, als zum Voraus erwartet wurde. Um jederzeit die Sorgen der Kunden wie versprochen tragen zu können, sind Reserven zu bilden. Es war schon einmal so, dass die Reserven so hoch waren, dass die Versicherer davon ausgehen konnten, einmal in 500 bis 1000 Jahren das abgegebene Versprechen nicht vollumfänglich einhalten zu können.

Doch diese Zeiten sind vorbei.

Auf Grund der von Altbundesrat Couchepin geerbten Verordnungen müssen viele Versicherer bei Einhaltung der Reservevorschrift alle 61 Jahre mit einer Zahlungsunfähigkeit rechnen. Das Restrisiko liegt damit im durchaus erlebbareren Bereich. Entsprechend nervös reagieren die Versicherer, wenn ein Bundesrat auf die Idee kommt, diese Notgroschen zu verprassen. Dabei geht es um die über Generationen abgesparten Gelder und die dadurch gefestigte Sicherheit der Kunden.

## Portable Reserven

Angesichts der angespannten Finanzlage kam da und dort die Idee auf, die Reserven «portabel» zu machen. Verlässt heute ein Kunde seine Versicherung, lässt er die dort

## Die grösste Kasse muss sich 87mal weniger Sorgen machen als der kleinste Anbieter.

angesparten Reserven zurück. Sind die Reserven portabel, bedeutet das, dass der Versicherte beim Kasenswechsel seinen Anteil an den Reserven mitnehmen kann.

Was einfach daherkommt, wird schnell kompliziert: Was genau soll dem scheidenden Versicherten mitgegeben werden? Wechselt beispielsweise ein Kunde von der kleinsten zur grössten Kasse, so sind seine Reserven, wie wir oben gesehen haben, in der Regel 87-mal grösser als der Reservebedarf in der grossen Kasse. Wem gehören dann die frei gewordenen  $\frac{86}{87}$ stel? Geht die Wanderung in

die andere Richtung, fehlen plötzlich  $\frac{86}{87}$ stel des Reservebedarfs der kleinen Kasse. Wer soll dieses Manko finanzieren? Auch bei einer Wanderung zwischen gleich grossen Versicherern bleibt offen, was dem Kunden mitgegeben werden soll. War er ein teures Risiko, so konnte er nicht zur Reservebildung beigetragen. Andere mussten für seine Kosten einstehen.

Für den neuen Versicherer ist dagegen klar, dass dieser Kunde mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft hohe Kosten generieren wird. Darum erwartet er einen hohen Reservetransfer. Diametraler könnten die Ansichten nicht auseinander liegen. Und wer bestimmt nun im Streitfall die Höhe der Reserve? Es wird offensichtlich, dass hier der Grund für unzählige Rechtsstreitigkeiten gelegt würde.

## Versicherer müssen alle 61 Jahre mit einer Zahlungsunfähigkeit rechnen.

Was nützt, sind keine portablen Reserven, sondern eine nüchterne unpolitische, aber dennoch amtliche Reservevorgabe auf Grund einer wirklichkeitsnahen Einschätzung der Risikosituation des Versicherers. Deren Einhaltung müsste von Amtes wegen gefordert und geprüft werden. Damit würden weitere Politeskapaden auf Kosten der Sicherheit einer sozialen Säule vermieden. Und genau in diese Richtung scheint das BAG heute unter Didier Burkhalter zu marschieren.

Konstantin Beck, Gesundheitsökonom CSS, Luzern.

# Weit entfernt von der Schweizer Mentalität

**EINHEITSKASSE** Die Idee einer Einheitskasse ist nicht fundiert und trügerisch. Ziel der Befürworter ist es, das System zu schwächen. Neben dem Wahlfreiheitsverlust für die Versicherten würden hohe Zusatzkosten anfallen.

PIERRE-MARCEL REVAZ

Ein besonderes Kennzeichen der Schweizer Bevölkerung ist die Fähigkeit, komplexe politische Vorlagen zu unterstützen, vorausgesetzt diese sind fundiert und bringen einen echten Mehrwert. Ohne diese Überzeugung legt der Schweizer ein Nein in die Urne. Deshalb wurden die Projekte zur Einführung einer Einheitskasse mit grosser Mehrheit abgelehnt: Dreimal Nein zwischen 1994 und 2007, und das mit über 70%!

Die Schweizer wissen, dass das eigentliche Problem des Gesundheitssystems nicht in der Finanzierungsmethode liegt. Viel eher sollte man sich den Ursachen des Prämienanstiegs zuwenden,

also den beanspruchten und erbrachten Leistungen.

## Faktenlage bleibt gleich

Wäre der Anstieg der Gesundheitskosten hauptsächlich auf das Krankenversicherungssystem zurückzuführen – wie die Befürworter der Einheitskasse uns dies weismachen wollen –, hätten wir bereits seit den 1960er-Jahren deutliche Auswirkungen zu spüren bekommen. Denn heute gibt es 20-mal weniger Krankenversicherer als damals; die Anzahl Krankenversicherer ist von 1000 auf faktisch 50 geschrumpft.

Gleichzeitig haben sich die Gesundheitskosten vervierzigfacht und sind von 500 Mio Fr. vor 50 Jahren auf heute 23 Mrd Fr. angestiegen. Dabei machen die Verwaltungskosten der Krankenversicherer nur einen kleinen Teil aus, nämlich lediglich 5,7% der Gesamtrechnung. Der Rest, gut 94%, entfällt auf die rückerstatteten Leistungen. Diese Faktenlage ist unumgänglich und eine Einheitskasse würde daran nichts ändern.

Vielmehr verlören die Versicherten dabei die Wahlfreiheit beim Krankenversicherer – und die ist ihnen sehr wichtig, genauso wie die freie Wahl des Arztes, Apo-

thekers oder Physiotherapeuten. Garantiert würden die Verwaltungskosten bei einer Einheitskasse ansteigen, im aktuellen System hingegen konnten sie kontinuierlich gesenkt werden.

Dort, wo Einheitsdenken und eine einheitliche Verwaltung herrschen – IV und Arbeitslosenkasse –, werden Corporate Governance und die Grundsätze einer guten Führung durch weitgehend politische Verhandlungen ersetzt, die unangemessene, widersprüchliche oder verspätete Entscheide bringen. Und dies wiederum führt zu Defiziten und einem reaktiven Überlebenskampf in ständiger Zeitnot.

Und doch kommt das Thema Einheitskasse wieder auf den Tisch, unterstützt durch antiliberalen Kreise, dies auf Kosten der Eigeninitiative und des Unternehmertums. Eine Sozialversicherung wie die Krankenversicherung könne nicht auf Privatinitiative und freiem Unternehmertum basieren, so die Befürworter der Einheitskasse. Doch dabei vergessen sie, dass in unserer Geschichte das Gesundheitssystem und insbeson-

dere die Krankenversicherung hauptsächlich von Privatpersonen getragen wurden. Denn der Grundgedanke der «Gegenseitigkeit» hatte seine Anfänge bei Einzelpersonen und Unternehmen.

Ziel der Einheitskassen-Befürworter ist zweifellos, das Versicherungssystem zu schwächen. Doch damit schwächen sie auch das einzige erkennbare Kontrollgewicht im Gesundheitswesen, vertreten durch die Versicherer, welche Kosten und Leistungen kontrollieren. Niemand sonst übernimmt diese Aufgabe. Würde sie dem Staat zugeteilt – worauf die Einheitskasse unweigerlich hinausläuft –, befänden sich die Kostenverursacher und die Akteure der Kostenkontrolle bzw. -eindämmung unter ein und demselben Dach. Dabei verlöre man den Überblick der Ausgaben, und die Bemühungen und Anreize zu immer effizienteren Kostenkontrollen würden eingestellt.

## Zusatzkosten

Eine Einheitskasse einführen heisst auch, Bestehendes und Funktionsfähiges, also die aktuellen Krankenversicherer, zu zerstören und aus dem Nichts heraus eine neue Struktur aufzubauen. Übergangskosten und Zeitaufwand für die Umsetzung einer zentralisierten Einrichtung zur Verwaltung von

7,8 Mio Versicherten sind nicht bezifferbar. Vergleichsweise umfassen die drei grössten Krankenversicherer zwischen 1 Mio und 1,3 Mio Versicherte, also fünf- bis sechsmal weniger als der Versichertenbestand der Einheitskasse.

Über 300 Spitäler, 30000 Ärzte, eine hochentwickelte Medizintechnologie, innovative Medikamente, 500000 Arbeitsplätze und ein Gesamtumsatz von 60 Mrd Fr., so sieht unser Gesundheitssystem heute aus. Auf diesem Terrain muss man agieren und sich dafür einsetzen, die grundlegenden Gessetzlücken zu füllen.

Insbesondere ist im Rahmen der Frage der Ausgestaltung der Solidarität das zunehmende demografische Ungleichgewicht zu berücksichtigen, und es ist der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern zu fördern, beispielsweise mit der Einführung der Vertragsfreiheit. Es sollte für den Krankenversicherer auch möglich sein, bei zwei gleichartigen Leistungen oder Medikamenten den tieferen Preis zu bezahlen. Dies ist heute nicht möglich.

Pierre-Marcel Revaz, Präsident Groupe Mutuel, Martigny.



Einheitskasse: Hinter der Fassade verstecken sich hohe Kosten.

# Neue Wege müssen beschrritten werden

**PRÄVENTION** In der Schweiz nehmen Prävention und Gesundheitsförderung eine bescheidene Rolle ein. Dabei zeigen wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung auch Auswirkungen auf die Volkswirtschaft. Je gesünder eine Bevölkerung, umso produktiver ist sie.

THOMAS MATTIG

Die Gesundheitskosten in der Schweiz sind in den letzten Jahren enorm gestiegen. Mittlerweile betragen die Ausgaben für die medizinische Versorgung rund 60 Mrd Fr. Eine Trendwende ist nach einhelliger Expertenmeinung nicht in Sicht. Ein reiches Land wie die Schweiz kann sich seine Gesundheit durchaus einiges kosten lassen. Aber werden die Mittel auch am richtigen Ort eingesetzt?

## Einseitiger Fokus auf Medizin

Die Frage muss verneint werden, denn die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitsbereich können mit den herkömmlichen Methoden nicht gemeistert werden. Die einseitige Ausrichtung unseres Gesundheitswesens auf den Versorgungsbereich ist nicht mehr zeitgemäss. Um die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu verbessern, müssen verstärkt präventive Massnahmen ergriffen werden.

Obwohl sich diese Erkenntnis international durchgesetzt hat, zeichnet die Realität in der Schweiz ein anderes Bild: Neben der medizinischen Behandlung, Pflege und Rehabilitation von Patienten nehmen Gesundheitsförderung und Prävention nur eine sehr bescheidene Rolle ein. Betrachtet man die Ausgabenseite des Gesundheitssystems, wird dieses eklatante Missverhältnis deutlich. Die Aufwendungen für Gesundheitsförderung und Prävention liegen hierzulande bei nur 2,2% der Gesamtkosten im Gesundheitswesen. Damit liegt die Schweiz im internationalen Vergleich ganze 0,5 Prozentpunkte unter dem OECD-Durchschnitt.

Die demografische Entwicklung in der Schweiz stellt die kura-

tive Medizin vor grosse Schwierigkeiten. Neueste Schätzungen des Bundesamts für Statistik gehen davon aus, dass sich der Anteil der über 65-Jährigen in den nächsten 50 Jahren von derzeit 17 auf über 28% erhöhen wird. Die längere Lebenserwartung zieht steigende Gesundheitskosten nach sich. Ältere Menschen sind häufiger krank und nehmen medizinische Versorgung stärker in Anspruch.

## Stärkung des Systems

Damit unser System langfristig nicht kollabiert, müssen wir also dafür sorgen, dass neben der Lebens- auch die Gesundheitserwartung steigt. Und hier kommen Gesundheitsförderung und Prävention zum Zuge, denn der Grundstein für ein Höchstmass an Gesundheit im Alter muss bereits in jungen Jahren gelegt werden. Viele klassische Altersleiden wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Beschwerden, Diabetes oder Störungen des

Bewegungsapparates sind lebensstilbedingt und lassen sich durch vorbeugende Massnahmen vermeiden.

Gesundheitsförderung und Prävention stehen in einem engen Zusammenhang zueinander und

**Gerade 2,2 Prozent der Gesundheitskosten werden für Prävention und Förderung ausgegeben.**

ergänzen sich. Prävention hat zum Ziel, Risikofaktoren abzuschwächen, die Krankheiten begünstigen oder auslösen. So soll zum Beispiel gezielte Aufklärungsarbeit zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens die Zahl der Lungenkrebs-Neuerkrankungen senken.

Gesundheitsförderung hingegen verfolgt einen salutogenetischen Ansatz und will die per-

sönlichen und sozialen Ressourcen jedes Einzelnen stärken. Es geht darum, eine gesundheitsförderliche Lebensweise zu ermöglichen und die Lebensqualität der Bevölkerung zu erhöhen. Dazu gehört vor allem die Stärkung der Gesundheitskompetenz auf der individuellen Ebene. Auch das Umfeld muss so gestaltet sein, dass ein gesundes Leben überhaupt möglich ist – von der Wohnsituation bis zu einem gesundheitsfördernden Arbeitsplatz.

## Politik ist gefordert

Nebst der unmittelbaren Reduktion der Gesundheitskosten und einer Steigerung der Lebensqualität haben wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung mittel- und langfristig auch positive Auswirkungen auf die Volkswirtschaft. Je gesünder die Bevölkerung, desto grösser die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit: Mitarbeitende mit einer guten Ge-

sundheit haben weniger Absenzen, sind motivierter und leistungsfähiger. Wer bis ins Alter gesund bleibt, steht dem Arbeitsmarkt mit seinem Know-how länger zur Verfügung, und das steigert die gesamtwirtschaftliche Produktivität.

**Eine gesunde Bevölkerung steigert die gesamtwirtschaftliche Produktivität.**

Was für die Gesamtwirtschaft gilt, wirkt auch auf Unternehmensebene. Eine Vielzahl von Untersuchungen bestätigt den positiven Effekt und den Return on Investment von betrieblicher Gesundheitsförderung.

Um die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung langfristig zu verbessern, ist die Politik gefragt. Sowohl der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförde-

rung als auch das Bewusstsein für gesundheitsrelevante Fragen müssen bei allen Akteuren erhöht werden. Eine effektive Gesundheitspolitik der Zukunft ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die fest in den verschiedenen Politikbereichen verankert ist. Denn politische Entscheide, die ausserhalb des Gesundheitssektors getroffen werden, haben einen ganz entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Man denke an Fragen der Erziehung, der Städteplanung oder der Nahrungsmittelproduktion.

Ohne stärkere Fokussierung auf vorbeugende Massnahmen wird die Kostenexplosion im Gesundheitswesen langfristig nicht zu stoppen sein. Das geplante Präventionsgesetz ist ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Thomas Mattig, Direktor Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Bern.



Gesundheitsförderung und Prävention haben noch immer einen tiefen Stellenwert.

# Zerredete Erfolgsgeschichte

**MANAGED CARE** Anstatt sich auf finanzielle Anreize zur Nachfrageförderung zu beschränken, plant die Politik Angebotszwang. Die regulatorische Basis für die Entwicklung von Managed Care droht zerstört zu werden.

PIUS GYGER

Heute können Versicherte neben der ordentlichen Grundversicherung alternative Versicherungsmodelle wählen. Sie basieren auf einer freiwilligen Einschränkung der universellen Wahl auf jene Leistungserbringer, die der Versicherer unter Vertrag hat oder auswählt. Dafür profitieren die Versicherten von einem Prämienrabatt.

Diese vertragliche Freiheit und die finanziellen Anreize für die Versicherten haben eine Vielzahl von Managed-Care-Modellen hervorgebracht: Von HMO- und Hausarztangeboten mit unterschiedlichen Risikobeteiligungen der Leistungserbringer bis hin zu Telemed- und einseitigen Listenangeboten. Über 4000 von insgesamt 15 000 Praxisärzten sind heute in irgendeiner Form in solchen Modellen eingebunden, und über 20% der Bevölkerung haben sich für eines dieser Modelle entschieden. Die Zahl der Kunden, für die Managed Care eine attraktive Option ist, ist ungebrochen zunehmend.

Zwei regulatorische Elemente haben für diese Entwicklung ge-

nügt: Die Möglichkeit der freiwilligen Einschränkung der Auswahl des Leistungserbringers und die Möglichkeit, Prämienrabatte zu gewähren. Bemerkenswert ist, dass Managed Care im Krankenversicherungsgesetz mit keinem Wort erwähnt, geschweige denn irgendwie reguliert ist. Trotzdem ist das Modell erfolgreich.

## Verschleierte Diskriminierung?

Kritische Geister monieren, alternative Versicherungsmodelle würden von den Versicherern nur zur Akquisition guter Risiken verwendet. Die durch die Modelle erzielten Einsparungen würden die den Versicherten gewährten Rabatte nicht rechtfertigen. Da auf Seiten der Versicherten Anreize nur mit Prämienrabatten gesetzt werden, würden sich zu viele Gesunde und zu wenige Kranke für diese Versorgungsformen entscheiden. Würden sich mehr Kranke in solchen Modellen einschreiben, könnte ein grösseres Sparpotenzial realisiert werden.

Es gibt unter den alternativen Versicherungsmodellen auch solche, die neben Managed Care auch mit Vertriebsstrategie zu tun haben. Aber der Trend geht klar in eine andere Richtung. Aus Sicht der Helsana hängt der Erfolg von Managed Care vom gemeinsamen Willen der Leistungserbringer und der Kostenträger zu echter Kooperation ab. Nur wenn beide Seiten wirklich wollen, kann Managed Care sein Nutzenpotenzial aus-

schöpfen, den dieses Konzept nachweislich hat.

Eine leichte Korrektur der gesetzlichen Anreizmechanismen könnte viel dazu beitragen, dieses Potenzial besser zu nutzen. Wenn neben Prämienrabatten für solche Modelle auch tiefere Kostenbeteiligungen und tiefere maximale Selbstbehaltsbeträge angeboten werden könnten, würde das die Nachfrage nochmals erheblich steigern. In der Konsequenz würden diese Angebote sich weiter ausbreiten. Das würde den effizienteren Umgang mit den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen weiter fördern.

Die Politik hat das erkannt und schickt sich an, Managed Care per Gesetz zu fördern. Der Nationalrat will dabei so weit ge-

## Der Nationalrat will Versicherer zwingen, solche Modelle anzubieten.

hen, alle Versicherer zu zwingen, in ihrem ganzen Geschäftsgebiet solche Modelle anzubieten. Seine Überlegung: Wenn Managed Care die Prozesse im Gesundheitswesen verbessert und Kosten spart, dann muss man dieses Modell vorschreiben und die Kosten gehen zurück. Doch das ist ein Trugschluss. Vor allem, wenn man nur die Versicherer zwingt, solche Modelle anzubieten, den Ärzten aber frei lässt, dabei mitzumachen.

## Erzwungenes Fehlverhalten

Bessere Prozesse der Gesundheitsversorgung basieren in erster Linie auf Anreizen und der Innovationskraft der Leistungserbringer. Mit dem einseitigen Angebotszwang für die Versicherer werden in

erster Linie Pseudomodelle entstehen. Denn es ist ein Einfaches für die Versicherer, Verträge mit Leistungserbringern abzuschliessen, wenn sie den Vertragspartnern einen genügend hohen Preis dafür bezahlen und sonst keine Vorgaben machen.

Will die Politik sie wirklich zu einem solchen Verhalten zwingen? Wollen wir wirklich der Ausbreitung von Alibiverträgen Vorschub leisten? Aktuell deutet vieles darauf hin. Ein Teil der Ärzte sowie die SP wollen verhindern, dass die Förderung von Managed Care mit finanziellen Vorteilen für die Patienten verknüpft wird, weil sie darin eine unbotmässige Diskriminierung der freien Wahlprodukte sehen. Darum erwägen sie das Referendum.

## Fatale Folgen

Nun droht ein politischer Kompromiss derart, dass die benötigten patientenbezogenen Anreize abgeschwächt oder eliminiert werden und die Vorlage im Kern auf den Angebotszwang der Versicherer reduziert wird. Die Folgen wären fatal. Die Nachfrage würde nicht steigen. Aber es bräuchte einen Rattenschwanz von Nachregulierungen. Es müssten Sanktionsbestimmungen formuliert werden. Die Regio-



Schlammsschlacht: Der Angebotszwang hätte einen Rattenschwanz von Nachregulierungen zur Folge.

nalität der Angebotspflicht wäre zu definieren. Es müssten konkrete Inhalte der Budgetmitverantwortung staatlich bestimmt werden usw. Mit anderen Worten: Managed Care würde zur staatlich geplanten Versorgungsform. Und damit ins Gegenteil dessen gedreht,

was sie heute so erfolgreich gemacht hat, nämlich Innovation unter freiheitlichen Rahmenbedingungen mit nachfrageseitigen Anreizen.

Pius Gyger, Leiter Gesundheitspolitik, Helsana, Zürich.