

TITEL GESUNDHEITSWESEN

«Die Prämien- diskussion ist bloss ein Mittel zum Zweck»

Interview: Sandra Escher Clauss. Fotos: Helmut Wachter

Für Swica-CEO Reto Dahinden ist klar: Anstatt über Prämienenkungen zu diskutieren, sollten sich die Akteure im Gesundheitswesen auf einen Systemwechsel einigen. Er fordert echten Wettbewerb, damit die Swica zusammen mit innovativen Leistungserbringern Tarife und Behandlungspfade definieren könnte, bei denen es keine Rolle spielt, ob diese ambulant oder stationär verlaufen.

Prämienherbst gleich Sorgenherbst für Herr und Frau Schweizer. Was macht die Swica, um die steigenden Haushaltskosten für die Gesundheit zu bremsen?

RETO DAHINDEN: Die Prämienhöhe ist das Resultat von dem, was wir tun, und nicht das Ziel. Wenn Gesellschaft und Politik zur Überzeugung gelangen, dass das Gesundheitssystem so aussehen soll, wie es jetzt ist, dann kostet das. Es ist legitim zu diskutieren, über welchen Kanal wir das Gesundheitswesen finanzieren wollen. Die Prämien Diskussion ist aber bloss ein Mittel zum Zweck. Nur über die Prämienhöhe zu diskutieren und nicht über die Versorgungsstruktur generell, greift viel zu kurz. Aktuell wird Symptombekämpfung betrieben.

Wie meinen Sie das? Können Sie das bitte etwas detaillierter erläutern?

Die Kosten sind das Abbild des Konsumverhaltens der Versicherten. Wir haben ein sehr gut ausgebautes Gesundheitssystem, und der Leistungskatalog der Grundversorgung wächst laufend. Dies sowie die Tatsache, dass das System auch kantonal gesteuert wird, tragen einiges zur Kostenspirale bei. Wir müssen deshalb weniger über Prämienenkungen diskutieren und mehr darüber, welche Struktur unser Gesundheitssystem künftig haben soll.

Finden diese Diskussionen denn gar nicht statt?

Diskutiert wird viel, doch wenig zielgerichtet. Seit Jahren wird über einheitliche Finanzierungen gesprochen oder über ambulant vor stationär. Gleichzeitig investieren die Kantone, die ihre Spitäler betreiben, wie wahnsinnig in den stationären Bereich – und dies, obwohl eine >

«Die Gesundheitskosten sind das Abbild des Konsumverhaltens der Versicherten», hält Reto Dahinden fest.

«Wir müssen weniger über
Prämiensenkungen diskutieren und
mehr darüber, welche Struktur
unser Gesundheitssystem künftig
haben soll.»

RETO DAHINDEN
CEO SWICA



› massive Verschiebung von den stationären zu den ambulanten Eingriffen stattfindet. Parallel dazu stehen politische Forderungen im Raum, die Kosten für Betreuungsleistungen und Langzeitpflege ebenfalls in die Grundversicherung zu integrieren. Nichts davon ist per se schlecht; es lässt einfach den Gesundheitskuchen immer grösser werden.

Und trotzdem las man in den vergangenen Wochen immer wieder, dass die Prämien sich stabilisiert haben bzw. sogar leicht sinken. Ist das reine Propaganda für die anstehenden Parlamentswahlen?

Prämiensenkungen sind immer eine gute Schlagzeile, doch der grösser werdende Gesundheitskuchen muss finanziert werden. Heisst konkret: die kurzfristige Stabilisierung bei den Prämien wird in den kommenden Jahren wieder ein beschleunigtes Wachstum zur Folge haben. Und das macht mir Sorgen. Die politischen Vorschläge, die Reserven für die Prämienreduktion einzusetzen, sind dabei weder sinnvoll noch verantwortbar. Wenn wir heute über Jahre angesparte Reserven für eine kurzfristige, abstimmungsinduzierte Massnahme einsetzen und am System nichts ändern, hat das lediglich einen Strohuereffekt.

Warum?

Es gibt Kassen, die aus historischen Gründen sehr hohe Reserven haben, oder solche, die in den vergangenen Jahren viele Versicherte verloren haben. Deren Reserven sind nun in Relation zum Versichertenbestand tatsächlich überdurchschnittlich hoch. Wenn diese Reserven jetzt für Prämienverbilligungen eingesetzt werden, führt dies zu Prämien, die mit Blick auf die realen Kosten zu tief sind. Dadurch wechseln viele Kunden zu diesen Anbietern, mit dem Ergebnis, dass diese ihre Reserven an den neuen Versichertenbestand anpassen, also erhöhen müssen. Dies wiederum führt zu höheren Prämien. Es werden somit einfach eine kurze Zeit lang Reserven verbrannt, ohne am eigentlichen Kernproblem etwas zu ändern.

Warum lancieren die grossen Krankenkassen diese Diskussion nicht?

Diese Diskussionen werden seitens der Verbände und der Politik sehr wohl angestossen. Es muss geklärt werden, was die Aufgabe der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen ist und wie unser Gesundheitswesen künftig strukturiert sein soll, damit wir die Qualität erhalten, die wir wollen, und dies zu den Kosten, die wir investieren wollen. Das Erkennen der Probleme und die Diskussion sind dabei natürlich wesentlich einfacher, als sich auf eine Lösung zu einigen, mit der alle Akteure leben können.

Es gibt Mitbewerber, die zur Kostenreduktion die Eigenverantwortung der Versicherten stärken wollen, etwa mit höheren Franchisen. Ist das der Anfang einer Lösung?

Ich sage ganz klar Ja zur Eigenverantwortung. Allerdings vertrete ich nicht die Meinung, dass

dies zwingend mit einer gegenüber heute massiv höheren Franchise kombiniert sein muss. Eigenverantwortung heisst für mich, dass jeder genau hinschauen sollte, was er oder sie aus dem Gesundheitskatalog konsumiert. Es ist für mich zentral, dass Versicherte optimal mit uns als Krankenversicherer, aber auch mit ihrem Arzt zusammenarbeiten können und sich bewusst überlegen, wo die Grenze zwischen erforderlicher Gesundheitsbehandlung und Konsum liegt. Wenn sich alle Versicherten diese Gedanken machen würden, wäre schon viel gespart.

Könnten Netzwerke diese Zusammenarbeit stärken?

Ja, die Zukunft liegt in der integrierten Versorgung und der Kooperation von ambulanten und stationären Strukturen. Wir sind ein grosser Verfechter der integrierten Versorgung. Unsere Disease-Management-Programme, die Bencura-App mit integriertem Systemcheck, das bereits per 2016 lancierte alternative Grundversicherungsmodell Medpharm mit Apotheken – dies sind alles Beispiele, Patienten einen möglichst niederschweligen Zugang zu bieten und beispielsweise den unnötigen Gang in die Notfallaufnahme zu vermeiden. In diesen Strukturen müssen wir natürlich sicherstellen, dass die Übergänge zwischen den einzelnen Leistungserbringern, etwa Apothekern, in eine intensivere Behandlung optimal funktionieren. Da gibt es noch Handlungsbedarf. Wir haben genau zu diesen Schnittstellen sowohl 2018 als auch 2019 ein Symposium durchgeführt, das auf grossen Anklang stiess.

Warum gibt es diese Schnittstellenprobleme?

Zum einen liegt es an den Anreizstrukturen. Jeder Akteur hat grundsätzlich ein Interesse daran, eine Behandlung selber vorzunehmen oder sogar zu wiederholen. Andererseits liegt es aber auch an der mangelnden Transparenz. Hier könnte das Patientendossier viel bewirken, doch dieses kommt kaum vom Fleck. Zudem mangelt es auch an der Bereitschaft, die Versorgungsstrukturen der heutigen Mobilität anzupassen.

Sprechen Sie damit die hohe Spitaldichte an?

Ja, aber nicht nur. Eine Kernfrage ist, wohin sich jemand bei gesundheitlichen Problemen als Erstes wenden soll. Ich halte es für unabdingbar, dass die Rolle der Telemedizin künftig massiv verstärkt werden muss. Hier besteht noch enormes Potenzial. Wir haben seit Ende 2018 eine Praxisbewilligung und bieten mit Santé24 telemedizinische Dienstleistungen an, mit einer sehr vielversprechenden Entwicklung.

Wie sieht denn Ihr ideales Gesundheitssystem für unser Land aus?

Wie gesagt: Wir leben in einem Land mit einem der besten Gesundheitssysteme, und unsere Versorgungsqualität ist hervorragend. Wir müssen nun aber die gewachsenen Strukturen der Realität nachfahren und eine politische wie auch ethische Diskussion über das künftige Gesundheitswesen führen, das wir uns leisten können und wollen. ›

› **Dann ist Ihr ideales System also das schweizerische, begleitet von den erwähnten Diskussionen?**

(Lacht.) Natürlich sollten wir nicht nur diskutieren, sondern die Dinge, über die wir diskutieren, auch umsetzen.

Was zum Beispiel?

Als Erstes sollten wir die Fehlanreize aus den Tarifen nehmen und von der kantonalen zu einer regionalen Versorgungsplanung übergehen. Danach ist die integrierte Versorgung durch eine intensive vertikale Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu stärken. Zudem wünsche ich mir einen echten Wettbewerb unter den Leistungserbringern.

Wie sieht dieser Wettbewerb aus?

Es geht darum sicherzustellen, dass der Versicherte eine echte Wahl hat, wo er sich mit einer möglichst guten Servicequalität in einer möglichst guten Versorgungsform behandeln lassen will.

Das würde von allen Akteuren viel mehr Transparenz und ein Hand-in-Hand-Arbeiten bedeuten ...

Ja, denn nur so können wir uns über die Bedürfnisse der Versicherten unterhalten. Es darf nicht sein, dass wir durch den Tarifschutz und die Fokussierung der Zusatzversicherung auf den stationären Bereich so wenig Handlungsspielraum haben. Die Patienten müssten wählen können, und die Leistungserbringer müssten sich viel stärker differenzieren.

Sie fordern also eine klarere Produkt- oder Dienstleistungsdifferenzierung, wie das auch bei anderen Gütern der Fall ist?

Ja, absolut. Die Leistungserbringer sollten sich spezialisieren und ihre Qualität transparent aufzeigen. Das würde auch dazu führen, dass die Indikation korrekter gestellt würde. Und die Versicherten hätten eine echte Wahl zwischen mehreren Behandlungsvarianten und deren Kosten.

Welcher Stellenwert käme der Beratung in diesem System zu?

Ein grosser, denn wir bräuchten für sehr viel mehr Versicherte einen Care Manager, wie wir es heute nur für die hochkomplexen Fälle kennen. Die Krankenversicherung würde dadurch zum zweiten Ansprechpartner neben dem Arzt. Der Arzt wäre für die Behandlung zuständig und der Versicherer für deren Finanzierbarkeit. In diesem Dreieck müsste man diskutieren, bevor ein Eingriff oder eine Behandlung stattfindet. So wie die politischen Diskussionen aktuell laufen, habe ich das Gefühl, dass genau diese Beratungsleistung auf der Strecke bleiben wird.

Wieso?

Prozessautomatisierung und Digitalisierung könnten die Krankenversicherungen zu reinen Zahl- und Kontrollstellen werden lassen. Die Integrationsleistung möchte man den Ärzten übergeben, doch diese haben weder die Instrumente noch das Wissen um die Patientengeschichte,



**ZUR PERSON
RETO
DAHINDEN ...**

... ist seit Anfang 2012 CEO der Swica Gesundheitsorganisation mit Hauptsitz in Winterthur. Nach seinem Studium an der Universität St. Gallen, das er als Dr. oec. HSG abschloss, sammelte er erste Berufserfahrung bei der Swiss Re, bevor er zur Krankenversicherung CSS wechselte, für die er während zwölf Jahren tätig war; in den letzten neun Jahren als Leiter Konzernbereich Leistungen und Mitglied der Geschäftsleitung. Vor seinem Wechsel zu Swica war er im Corporate Management der Technologiefirma Rosen Swiss AG tätig. Reto Dahinden ist Verwaltungsratsmitglied bei Santésuisse, Tarifsuisse, der Sasis sowie bei Medbase/Santémed, Mitglied im Stiftungsrat von Gesundheitsförderung Schweiz und Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Marketing (GfM). Ausserdem ist er Präsident des Ausschusses Unfall/Kranken des Schweizer Versicherungsverbands (SVV).



Hält es für unabdingbar, dass die Rolle der Telemedizin künftig massiv verstärkt werden muss: Reto Dahinden.

um diese Diskussion überhaupt zu starten. Im Idealfall würden wir jedoch die Digitalisierung so nutzen, dass Versicherer und Ärzte zusammenarbeiten und in einem möglichst vertikal integrierten System einen Mehrwert und eine möglichst gute Behandlung für die Patienten bieten; ob ambulant oder stationär, ob aus der Grund- oder aus der Zusatzversicherung.

Mehr Wettbewerb, Systemwechsel: Das bedeutet noch einmal einen grossen Konsolidierungsschritt. Wie viele Kassen verträgt unser Land?

Die Konsolidierung wird fortschreiten. Die Digitalisierung kostet viel Geld, der Aufbau von Care-Management-Strukturen auch. Ich sehe rund eine Million Kunden oder einen Marktanteil von rund 10 Prozent als ideale Grösse für einen Versicherer, was rund 10 bis 15 Anbietern entsprechen würde. Dies können aber auch Konglomerate aus mehreren Anbietern sein. Aber Achtung: Mit der Digitalisierung müssen wir aufpassen, dass wir den Menschen nicht vergessen und die Kundennähe behalten, wie sie die kleinen Kassen zum Teil vorbildlich leben oder gelebt haben. Die Kunst besteht darin, die Digitalisierung zu pushen und die Zeit, die dadurch eingespart wird, unseren Kunden zur Verfügung zu stellen.

Könnte eine Einheitskasse dies nicht auch bieten?

Daran glaube ich nicht. In einem staatlich administrierten Riesengebilde würden die persönlichen Bedürfnisse der Patienten auf der Strecke bleiben, und die Kunden hätten keine Möglichkeit mehr, bei Unzufriedenheit den Anbieter zu wechseln. Wir sind nun gefordert, in überschaubaren, dynamischen, wettbewerbsorientierten Strukturen mit unterschiedlichen Modellen ein qualitätsorientiertes System zu schaffen. Das heisst aber auch, dass die Leistungserbringer bereit sein müssen, zu differenzieren. Es kann nicht sein, dass alle dasselbe im Angebot haben. Wir würden beispielsweise gerne mit innovativen Leistungserbringern Tarife und Behandlungspfade definieren, bei denen es keine Rolle spielt, ob diese ambulant oder stationär verlaufen.

Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie zuversichtlich sind Sie, dass unser Land das hinkriegt?
Meine Zuversicht liegt bei einer Fünf.

Also schön schweizerisch, im Mittelfeld ...

So sehe ich das nicht. Die Fünf steht dafür, dass ich grossen Handlungsbedarf sehe; sie steht aber auch dafür, dass ich daran glaube, dass wir diese Zahl nach oben bringen können. In den acht Jahren, in denen ich der Swica nun vorstehe, konnten wir bereits einiges bewegen. Es sind viele kleine Schritte; gemeinsam mit den anderen Playern und insbesondere mit den Leistungserbringern könnten es viel grössere Schritte sein. Ich würde mir wünschen, dass es uns mit einer Koalition der Vernünftigen gelingt, überzeugende Modelle, wie ich sie skizziert habe, zu entwickeln. •

