

## 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 Krankenkassen auf die Situation einstellen und auf Homeoffice umstellen, 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 Krankenkassen abgewickelt und abgerechnet wird. Auch die Verrechnung der seit Ende März durch die Regierung finanzierten Coronatests läuft über die Krankenkassenversicherer.

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 taptten, 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 kostensenkenden Faktoren, weil über einen gewissen Zeitraum nur Notfallfälle 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 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.

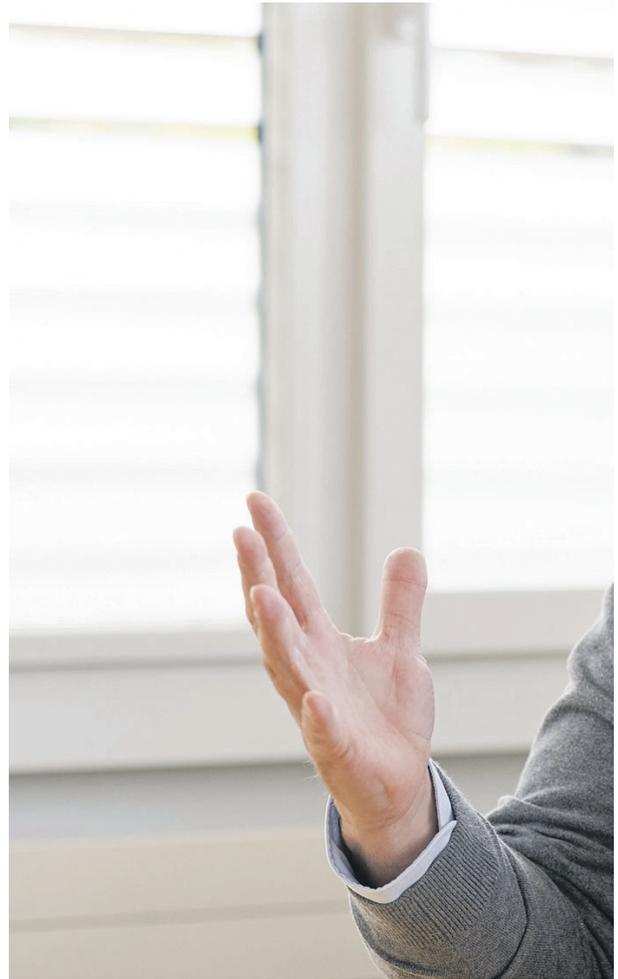
Viele Berechtigte verzichten aber trotz einer Ausweitung der Prämienverbilligung weiterhin auf diese Möglichkeit, obwohl die Höhe der Krankenkassenprämien immer wieder moniert wird. Können Sie sich das erklären?

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 auf Tapet gebracht, von dem wir uns auch Optimierungen und nicht zuletzt eine effizientere Leistungserbringung erhoffen.

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



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-Management, die Langzeitfälle begleiten, teilnehmend 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 verarbeitet 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 Koordinierung 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



Thomas Hasler, Geschäftsführer des Liechtensteinischen Krankenkassenverbands (LKV), rechnet dieses Jahr mit einem durchschnittlichen Kostenwachstum. Wie sich das auf die Prämien auswirken wird, steht zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht fest. (Archivfoto: Michael Zanghellini)

im Akutspital oder bei der Familienhilfe immer wieder Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung. Alle diese Systempartner sollte man abholen und aus diesen Bedürfnissen ableiten, wo Prozesse noch nicht so optimal laufen und Angebote fehlen oder es zu Doppelspurigkeiten gibt. Die Behandlungspfade müssen allen Beteiligten bekannt sein, damit Patienten nicht im System herumgereicht werden.

**Wo gibt es denn derzeit Lücken?**  
Das herauszufinden wäre die erste Stufe. Wir haben der Regierung schon skizziert, dass eine Standortbestimmung notwendig ist, um daraus den Handlungsbedarf zu evaluieren. Es ist klar, dass wir uns als kleines Land in gewissen Bereichen auch Kooperationspartner in der Region suchen müssen. Wir können wie in so vielen Bereichen nicht alles selbst machen.

**Wie kommt der Vorschlag bei Regierung und Leistungserbringern an?**  
Ich glaube, die Regierung steht dem offen gegenüber. Auch viele Leistungserbringer dürften froh sein, wenn es eine ganzheitliche Betrachtung der psychiatrischen Versorgung gibt. Natürlich gibt es Ängste, dass die Krankenversicherer hier den Kostenfokus setzen. Aber das ist nicht so, wir möchten eine gute Versorgung erreichen und sind überzeugt, dass ein Versorgungskonzept diese qualitativ besser und in der Konsequenz auch günstiger macht.

**Den Wunsch haben Sie plaziert. Wie geht es nun weiter?**  
Die Regierung ist verantwortlich für die Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung. Wenn ein Versorgungskonzept nicht von der Regierung getragen wird, ist es wenig erfolgversprechend. Die Regierung muss nun entscheiden, ob sie ein

solches Versorgungskonzept erstellen möchte.

**Die Psychiatrie war 2020 ein Kostentreiber, hier stiegen die OKP-Kosten um 36 Prozent. Sie führten das unter anderem auf eine angebotsinduzierte Nachfrage wegen eines neuen Betreibers zurück. Zugespitzt gefragt, ist das Clinicum Alpinum eine neue Medicinova?**

Nein. Ein neuer Leistungserbringer bringt anfangs auch neue Kosten, das ist klar. Weil anderswo im System die Kosten nicht zurückgehen, sprechen wir von angebotsinduzierter Nachfrage. Die Kostensteigerung

auf das Clinicum Alpinum zu reduzieren, greift aber zu kurz. In der Psychiatrie nehmen die Leistungen und die Kosten schon lange zu. Wir sind diesbezüglich auch immer wieder in Gesprächen.

**2020 war für viele ein schwieriges Jahr. Könnte das Wachstum nicht auch dadurch erklärbar sein, dass vermehrt professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde?**

Es kann sein, dass das vergangene Jahr dazu geführt hat, dass gewisse Leiden behandlungsbedürftig geworden sind. Aber das ist sicher nicht über alle Bevölkerungsgruppen so.

Während viele Sondereinsätze geleistet haben, berichten andere wiederum von einer Entschleunigung, wieder anderen hat das Fehlen von sozialen Kontakten Probleme bereitet. Die Psychiatriekosten sind sicher auch durch Corona gestiegen. Aber die Kosten im Bereich Psychiatrie steigen generell seit Jahren. Das liegt wohl auch daran, dass eine Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten stattgefunden hat. Betroffene holen sich schneller Hilfe, was langfristig besser für die Patienten und für die Kosten ist. Wir sehen uns in der Verantwortung, dass die Patienten die richtige Behandlung zur richtigen Zeit bekommen, die qualitativ hochwertig ist und zu bezahlbaren Preisen bereitgestellt wird.

«Die Kosten im Bereich Psychiatrie steigen seit Jahren. Das liegt wohl auch an der Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten.»

**Um unnötige Kosten zu vermeiden, gilt seit 2019 bei Spitalbehandlungen das Prinzip «Ambulant vor Stationär». Hat sich das bewährt oder neue Baustellen aufgebracht?**

Das Prinzip hat sich bewährt. Eingriffe, die früher stationär gemacht wurden, werden jetzt ambulant durchgeführt. Das ist für die Gesamtkostenbilanz positiv, die Qualität bleibt gleich. Aber man muss zwei Punkte beachten: Im ambulanten Bereich gibt es noch viele Einzelanfertigungen, was falsche Anreize setzt. Je mehr ich also mache, desto mehr kann ich abrechnen. Wenn wir «Ambulant vor Stationär» konsequent verfolgen wollen, braucht es wie im stationären auch im ambulanten Bereich Pauschalen zur Vergütung von Leistungen. In der Schweiz ist dies bereits so angedacht und Anträge beim Bundesrat eingebracht. Andererseits gibt es ambulant einen Unterschied in der Finanzierung: Bei stationären Leistungen beteiligt sich der Staat mit bis zu 55 Prozent an den Kosten, im ambulanten Bereich tragen die Kosten zur Gänze die Versicherungen und schlussendlich die Prämienzahler. Der Staat wird also entlastet, die Versicherten belastet. Alles in allem wird durch das Prinzip das Gesamtsystem aber finanziell entlastet. Als Krankenversicherer wünschen wir uns aber, dass diese finanzielle Entlastung des Gesamtsystems auch beim Prämienzahler ankommt.

**Neue Versicherungsmodelle könnten ebenfalls die Prämien senken. Der Landtag hat dafür die gesetzliche Grundlage im vergangenen Jahr**

geschaffen - was ist seither passiert? Das Gesetz ermöglicht neue Versicherungsmodelle wie etwa Hausarztmodelle oder Telemedizin. Die Versicherer loten derzeit die Möglichkeiten aus. Offen ist, ob solche Modelle vom LKV oder von einzelnen Versicherungen umgesetzt werden. Es sind zwar bereits erste Prüfungen erfolgt, aber es wird wohl noch ein oder zwei Jahre dauern, bis ein entsprechendes Angebot auf den Markt kommt. Es müssen die entsprechenden Reglemente ausgearbeitet und genehmigt sowie Verhandlungen mit den Leistungserbringern geführt werden.

**Welche Hürden stehen im Weg? Eine Hürde haben wir bereits bei der Vernehmlassung angemerkt. Solche Versicherungsmodelle können aktuell nur mit OKP-Leistungserbringern umgesetzt werden. Für uns wäre es aber interessant, auch mit anderen Partnern ausserhalb der OKP zusammenzuarbeiten. Da schränkt uns das Gesetz etwas ein, aber Gesetze sind nicht in Stein gemeisselt. Wenn man eine interessante Lösung bietet, gibt es vielleicht die Möglichkeit, diese zu realisieren.**

**Die Landesgesundheitskommission wurde von der Regierung damit beauftragt, konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe auszuarbeiten, um bestimmte ärztliche Leistungen verlagern zu können. Wie sieht es diesbezüglich aus?**

Der LKV ist in der Kommission vertreten, den Vorsitz hat das Amt für Gesundheit. Wir hatten aber 2020 und 2021 noch keine Sitzung, die Ressourcen waren wohl in der Bekämpfung der Pandemie gebunden. Im Rahmen des Gesundheitsseminars der UFL und der Regierung sind aber viele Vorschläge vorgestellt worden. Die Kommission wird diese analysieren und ich bin zuversichtlich, dass wir einen guten Beitrag zur Weiterentwicklung leisten können. Unserer Meinung nach muss geprüft werden, bei welchen Gesundheitsberufen das Tätigkeitsgebiet erweitert werden kann, um beispielsweise Hausärzte zu entlasten. So könnten etwa Apotheker oder gut ausgebildete Pflegefachkräfte mehr Leistungen übernehmen, als ihnen im heutigen System zugewiesen sind. Dafür sind allerdings einige Gesetzes- und Verordnungsänderungen notwendig, daneben muss auch die Akzeptanz für solche Veränderungen bei allen Leistungserbringern und Patienten geschaffen werden.

**Blicken wir doch noch etwas in die Zukunft, welche wichtigen Projekte und Umwälzungen stehen im Gesundheitswesen noch an?**

Einiges haben wir bereits angesprochen. Ausserdem sind einige der OKP-Stelleninhaber im fortgeschrittenen Alter. Wir werden also aktiv an der ärztlichen Bedarfsplanung arbeiten müssen. Die gut funktionierende Bedarfsplanung im ärztlichen Bereich könnte zudem auf andere Berufsgruppen ausgedehnt werden. Neben der Demografie wird uns auch die Frage beschäftigen, welche Langzeitfolgen die Covid-Pandemie - beispielsweise durch Long Covid - auf die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitskosten haben wird. Natürlich gilt es, die Kosten weiterhin im Auge zu behalten, diese steigen sowohl im psychiatrischen Bereich als auch im onkologischen Bereich. Wir müssen das Kostenwachstum weiter eindämmen und darauf achten, dass wir Gesundheitsleistungen weiterhin zu bezahlbaren Preisen anbieten können.

