

Die nächsten Trendtage Gesundheit Luzern bringen ein tolles Thema

Höchste Zeit, Grenzen zu erkennen und Grenzwertiges zu eliminieren

Am 25./26. März 2026 ist es wieder soweit: Im KKL finden die Trendtage Gesundheit Luzern statt. Das aktuelle Thema verspricht besonders viel Spannung und dürfte eine interessante Basis darstellen für gründliche Analysen, pointierte Meinungen und rege Diskussionen. Es geht um Grenzen im Gesundheitswesen. Das bietet äusserst vielseitige Perspektiven. Wir begrüßten daher im Vorfeld zwei ausgewiesene Experten um ihre Meinungen, denn es bestehen viele Grenzen und etliche davon sind im höchsten Masse störend und gehören in die Mottenkiste. Welche es sind, erfahren Sie in den nachfolgenden Interviews.

Unseren Fragen stellten sich Prof.Dr.rer.pol. Mathias Binswanger, Professor für Volkswirtschaftslehre an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten, und Dr.med. Luca Emmanuele EMBA UZH, Leiter Einkaufsmanagement Leistungen, Mitglied der Direktion der CSS Krankenversicherung. Sie beleuchten die aktuelle Lage aus Sicht des kritischen Wissenschaftlers und des erfahrenen Versicherungsexperten.

Marktverzerrungen, Lobbyismus und immer noch zahlreiche Fehlanreize

Die Kosten im Gesundheitswesen wachsen weiter kräftig an. Ist das ein Wachstums-

zwang (um einen Bezug zu Ihrem jüngsten Werk zu nehmen), der kaum zu bremsen ist oder gibt es Bereiche, bei denen es gälte, die rote Karte zu zücken?

Prof. Mathias Binswanger: Dahinter steckt auch der Wachstumszwang, da man im Gesundheitswesen wie in anderen Branchen Geld verdienen möchte, was für eine Mehrheit der Beteiligten nur möglich ist, wenn auch ein Wachstum stattfindet. Zunehmend erfolgt dieses Wachstum aber auch über eine wachsende Gesundheitsbürokratie, welche durch immer umfangreichere Regulierungen, Qualitätsbestimmungen, Zertifizierungen oder komplexere Tarifierung gefördert

wird. Da gibt es durchaus Eindämmungsmöglichkeiten. Und man sollte sich endlich einmal ernsthaft mit den Fehlanreizen beschäftigen, die durch Abrechnungssysteme wie Fallpauschalen oder TARDOC gesetzt werden.

Also trotz neuer Abrechnungssysteme, für die während vieler Jahre hart gekämpft wurde, immer noch Fehlanreize; das macht stutzig? Welche sind das?

Ein Einzelleistungstarifsystem wie TARDOC, setzt Anreize, vor allem diejenigen Leistungen zu erbringen, wo es für relativ wenig Aufwand relativ viel Geld gibt. So profitieren etwa technikin-

GRENZENLOSIGKEIT

Grenzen ziehen - verschieben - überwinden



Prof. Mathias Binswanger sieht auch nach den aktuellen Tarifrevisionen noch etliche Fehlanreize, die es zu beseitigen gelte, und meint, es sei verlogen, wenn Lobbyisten ihre finanziellen Interessen verbergen.

tensive Bereiche wie die Bildgebung (z.B. CT oder Röntgen) seit Jahren von kontinuierlichen Effizienzsteigerungen, die in der Tarifstruktur noch nicht abgebildet sind. Diese Leistungen werden deshalb überdurchschnittlich hoch vergütet und lohnen sich deshalb besonders stark. Bei den Fallpauschalen ist es ähnlich. So sind etwa Fallpauschalen für Knie- und Hüftgelenkoperationen speziell lukrativ und werden auch gehäuft durchgeführt.

Ein bestimmtes Wachstum dürfte wohl auch sonst noch bleiben: Demografie, immer raffiniertere Medizintechnik usw.; gibt es aber auch ungesunde Wachstumstreiber, die aus chronischem Mengenbolzen, Geldgier und/oder schlechten Prozessen stammen?

Das Gesundheitswesen ist ein optimaler Wachstumsmarkt, weil erstens die Kunden (Patienten) nicht direkt für die bezogenen Leistungen bezahlen. In solchen Fällen nimmt man Leistungen leichter in Anspruch als wenn man dies unmittelbar im eigenen Portemonnaie merkt. Und zweitens kommt die Informationsasymmetrie dazu. Die Anbieter (Ärzte, Pharmaindustrie, Anbieter von Therapien etc.) sind besser informiert als die Kunden. Je nachdem, wie mir der Arzt ein Medikament oder eine Therapie präsentiert, kann er die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, ob ich das Angebot wahrnehme oder nicht. Und weil alle davon profitieren, gibt es stets eine Tendenz, die Kunden zu immer mehr Konsum zu verleiten. Bis jetzt hat es noch niemand geschafft, diesen Trend zu bremsen.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens geht vermehrt in Richtung Kostenübernahme durch die öffentliche Hand, also durch uns SteuerzahlerInnen. Da gäbe es zwei Grenzen, die zu diskutieren wären: Vermehrte Subventionitis, refinanziert durch progressive Einkommenssteuern, ist nicht schön, andererseits stossen geringe Einkommen trotz Prämienverbilligung auf sehr ernst zu nehmende Grenzen. Worin liegt die gerechte Lösung?

Keine Lösung wird von Allen als gerecht empfunden. Ein ideales System sorgt dafür, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung hat, ohne dass ein Anreiz besteht, diese Leistungen unnötig auszudehnen. Beahlt der Staat die Gesundheitsleistungen über Steuereinnahmen, dann zahlen besser Verdienende einen grösseren Anteil aufgrund der progressiven Einkommenssteuern. Das ist de facto aber auch bei einer Finanzierung über Krankenkassenprämien der Fall. Besser Verdienende wählen im Allgemeinen hohe Franchisen und werden so de facto häufig zu Selbstzahlern, während Menschen mit geringem Einkommen Prämienverbilligungen erhalten und im Extremfall gratis behandelt werden.

Von bestimmten politischen Richtungen her wird jeweils verlangt, Kosten könne man durch alternative Versicherungsmodelle (mit massiver Einschränkung der Wahlfreiheit), Einschränkung der OKP-Leistungen oder Deckelung von Chefarzthonoraren sparen.

Laufen wir damit aber nicht Gefahr, liberale Grundprinzipien wie Wahlfreiheit, Angebotsdifferenzierung und Qualitätswettbewerb zu killen? Driften wir damit nicht (langsam) in Richtung Einheitskasse und angebotsmässigem Einheitsbrei? Und ob das dann günstiger wird ... und ausserdem die hohe Qualität bewahrt ...

Auch hier gilt: jedes System hat spezifische Probleme. Die Zusammensetzung des obligatorischen Leistungskatalogs ist eine ständige Quadratur des Kreises. Menschen wollen eine möglichst breite Abdeckung und gleichzeitig möglichst geringe Kosten. Von einem echten Markt kann man bei Versicherungen nicht sprechen, da alle eine Krankenkasse im obligatorischen Bereich haben müssen. Die Nachfrage der gesamten Bevölkerung ist also garantiert. Unter solchen Bedingungen ist es auch aus liberaler Sicht legitim, über eine Einheitskasse nachzudenken. Dort besteht die Gefahr, dass sich eine bürokratische und ineffiziente Struktur entwickelt. In der jetzigen Situation versuchen Krankenkassen hingegen mit viel Marketingaufwand sich auf Kosten der Prämienzahler gegenseitig die Kunden abzuwerben. Eine echte Angebotsdifferenzierung kann aber aufgrund der vorgeschriebenen Leistungen nicht stattfinden.

Uns fällt in der politischen Diskussion auf, dass meist auf partikulären Elementen herumgeritten wird mit wenig Einsicht aufs Gesamtsystem. Und wenn wir eidgenössische ParlamentarierInnen um ein Interview bitten, treffen wir auf kaum ein Dutzend, die ansatzweise etwas vom Gesundheitswesen verstehen oder nicht ausgewiesene Lobbyisten sind. Wird uns diese Situation zum Verhängnis?

Es geht im Gesundheitswesen um sehr viel Geld und das System wird immer komplexer. Entsprechend stark ist der Einfluss von Lobbyvertretern und entsprechend gering ist die Expertise von Politikern. Diese stehen unter dem Dauerstress, sich kompetent über Themen zu äussern, von denen sie eigentlich nichts verstehen. Das trifft auch auf das Gesundheitswesen zu. Die vielfältigen finanziellen Interessen sollte die Politik offen kommunizieren. Stattdessen tun alle so, als ob es nur um das Wohl der Bevölkerung ginge. Das ist verlogen. Beispielsweise sind Grenzwerte, ab wann ein Cholesterinwert als zu hoch gilt, das Resultat eines Aushandlungsprozesses zwischen Lobbyorganisationen und staatlichen Behörden wie dem BAG. Da gibt es starke Interessen, solche Grenzwerte möglichst tief anzusetzen, damit man möglichst viele Menschen mit entsprechenden Medikamenten behandeln kann.

Sie werden in den Medien als einflussreichster Ökonom in der Schweiz bezeichnet. Wie machen Sie diesen Einfluss geltend?

Das bezog sich auf eine Umfrage der NZZ bei Politikern, wo sie angeben sollten, welche Ökonomen sie in ihrer Arbeit beeinflusst haben. Das ist allerdings schon ein paar Jahre her. Meinen Einfluss, sofern man davon überhaupt sprechen kann, mache ich geltend, indem ich mich ungefragt zu verschiedenen Themen äussere und Argumente immer wieder bringe. Erst durch häufige Wiederholung, werden andere Sichtweisen überhaupt wahrgenommen und damit auch Teil der Diskussion.

Die Krankenversicherer sind stark gefordert – sind sie auch innovativ genug?

Neue Sichtweisen, wie sie Prof. Binswanger fordert, sind gerade für die Krankenversicherer ein grosses Thema. Das zeigt unser Interview mit Dr.med. Luca Emmanuele, Leiter Einkaufsmanagement Leistungen der CSS. Diese bietet bereits ein starkes Engagement für innovative Versorgungsmodelle, die Herkömmliches verlassen und Grenzen überwinden. Wir wollten mehr darüber wissen.

Wo sehen Sie Grenzen im Gesundheitswesen: bei fehlenden Kapazitäten (Personal-mangel)? bei Kosten, die überborden? bei zu grossen Erwartungen von Versicherten und Patienten? bei fehlenden Finanzen?

Dr. Luca Emmanuele: Im Schweizer Gesundheitswesen zeigen sich die Grenzen auf mehreren Ebenen. Die Gesundheitskosten steigen seit Jahren stärker als das Wirtschaftswachstum. Die damit direkt zusammenhängenden steigenden Prämien sind eine zunehmende Belastung für Haushalte und die öffentliche Hand.

Mit den steigenden Prämien wachsen aber auch die Ansprüche der Versicherten. Nicht alle Wünsche können jedoch erfüllt werden, ohne die Kosten weiter zu erhöhen. Das System stösst an Grenzen; die Bereitschaft immer höhere Prämien zu zahlen nimmt ab. Eine entsprechend wirksame Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung bedingt die Mitwirkung der verschiedenen am Behandlungspfad beteiligten Gesundheitsakteure. Die Bereitschaft und die Möglichkeiten dazu sind auch aufgrund des Fachkräftemangel sehr unterschiedlich ausgeprägt. Grenzen bestehen somit auf mehreren Ebenen.

Gibt es klare Sündenböcke und/oder Fehler im System, die zu nennen sind, um nicht weiter an Grenzen zu stossen?



Dr. Luca Emmanuele zählt auf die koordinierte Zusammenarbeit aller Stakeholder für innovative Projekte und erwartet ein Gesundheitswesen, das künftig deutlich digitaler, vernetzter und patientenzentrierter ist.

Das Schweizer Gesundheitssystem ist komplex und stark fragmentiert. Einen einzelnen Sündenbock zu benennen, würde zu kurz greifen.

Die Anreize in den heutigen Vergütungssystemen fördern im Wesentlichen die Ausweitung der Menge oder stationäre Behandlungen anstatt eine nutzenbasierte Versorgung zu begünstigen. Die siloartig konzipierten Vergütungssysteme berücksichtigen keine fachbereichsübergreifende Sicht. Das Resultat einer Behandlung ist für die Abgeltung nicht von Bedeutung. Unter diesen Voraussetzungen bleiben Steuerungsmöglichkeiten begrenzt. Nutzenbasierte Abgeltungsmodelle, die entlang des Behandlungspfades vereinbart werden können, sind theoretisch bereits jetzt möglich. Für entsprechende Vereinbarungen braucht es jedoch Vertragspartner, die gemeinsame Ziele verfolgen. Eine gemeinsame Basis dazu zu finden ist jedoch nicht einfach.

Uns scheint, dass auf politischem Parkett kaum Verständnis für Gesamtzusammenhänge besteht; das setzt neuen Perspektiven unnötige Grenzen. Wie kann man diese intellektuellen Grenzen überwinden?

Um diese Grenzen zu überwinden, braucht es mehr Dialog und Pragmatismus. Und dies auf allen Ebenen: Politik, Verbände, Leistungserbringer, Krankenversicherer. Ein Verständnis für die Herausforderungen der aktuellen Gesundheitsversorgung und die Bedürfnisse der Interessensgruppen öffnet den Weg zur Weiterent-

wicklung. Dabei haben wir im System viele Möglichkeiten der Gestaltung, die jedoch noch kaum genutzt werden oder aus Angst vor den Resultaten regulatorisch stark beschnitten werden. Dies ist exemplarisch am Experimentierartikel sichtbar. Gut gemeint aber mangelhaft ausgeführt, sodass bisher keine nennenswerten Resultate erzielt wurden.

Die CSS hat bereits etliche innovative Konzepte für neue Versorgungs- und Versicherungslösungen präsentiert. Könnten Sie uns einen kurzen Überblick vermitteln? Wie wirksam sind Ihre Vorschläge, um Grenzen zu überwinden und den Horizont zu erweitern?

Die CSS engagiert sich stark für Innovationen im Gesundheitswesen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei bei der koordinierten Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern verschiedener Versorgungsstufen. Solche Zusammenarbeitsformen konnten wir bisher mit dem EHC Morges sowie in Biel, im Jura und Tessin lancieren. Weitere folgen in den nächsten Monaten. Neue Versicherungsprodukte müssen dabei nicht lanciert werden. Vielmehr haben wir dafür gesorgt, dass in den bereits existierenden Produkten keine nennenswerten Hürden bestehen.

Die CSS fördert Modelle, in denen die hausärztliche Betreuung, Spezial- und Spitalversorgung aber auch die Pflege eng zusammenarbeiten. Wir führen gemeinsam mit den Partnern neue Mitarbeiterprofile ein, die die Koordination von



Behandlungen, z.B. bei chronisch Erkrankten, sicherstellen. Dabei spielen sowohl die regionalen Gegebenheiten als auch die Verbindlichkeit eine zentrale Rolle. Ziel ist es, die lokale Versorgung gemeinsam mit motivierten Partnern weiterzuentwickeln und über Zusammenarbeitsverträge der Integrierten Versorgung den Zugang für die Kundinnen und Kunden resp. Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Diese regionalen «Gesundheitsnetzwerke» sollen sowohl eine effiziente Versorgung als auch eine Verbesserung der Qualität bewirken. Entsprechende Evaluationskonzepte werden individuell in jedem Gesundheitsnetzwerk gemeinsam entwickelt. Erst Resultate erwarten wir ab dem nächsten Jahr.

Diese Zusammenarbeit dient aber auch als Diskussionsbasis für weitere innovative Elemente: Präventionsprogramme, Ambulantisierungsvorhaben, Integrierung pharmazeutischer Fachexpertise durch Apotheken, Erweiterung der Mehrleistungen im ambulanten Zusatzversicherungsbereich, Lancierung von Plattformen für den interdisziplinären Datenaustausch, elektronische Patientendossiers mit Abbildung des individuellen Behandlungspfades, innovative Abgeltungsmodelle wie z.B. Episodenpauschalen etc.

Gibt es grundsätzliche Grenzen, z.B. regulatorischer Art, die es zu überwinden gilt, um künftig noch innovativer und kreativer zu wirken?

Ja, regulatorische Grenzen bestehen. Ob dies als unüberwindbare Hürden oder als Sicherheit-vermittelnde Rahmenbedingungen wahrgenommen werden, hängt von der Perspektive ab. Wichtig ist der innovative Umgang mit den gegebenen Möglichkeiten. Hier fehlt es oft an Fantasie. Gerade in Bezug auf innovative Zusammenarbeits- und Abgeltungsmodelle sollten die Partner die Initiative ergreifen und pragmatische

Ansätze verfolgen. Rasch starten, schnell lernen und bei Bedarf anpassen.

Kreativität wäre ja wohl im Zeichen der Ambulantisierung insbesondere für eine Stärkung des VVG gefragt, damit es auch dort für ambulante Privatpatienten volle freie Arztwahl, Produktdifferenzierung und Qualitätswettbewerb gibt. Wo sehen Sie hier Chancen und Möglichkeiten?

Die Ambulantisierung bietet tatsächlich eine grosse Chance, ambulante Mehrleistungen im Zusatzversicherungsbereich auf- und auszubauen. Hier ist Kreativität gefragt, um Vorteile für Kundinnen und Kunden zu schaffen. Sowohl die Ärzteschaft wie auch Spitäler tun sich noch schwer, Mehrleistungen im ambulanten Spitalsetting in der täglichen Arbeit zu integrieren.

Wir kommen aus einer Welt, in der es nur eine Art der ambulanten Versorgung gegeben hat. Auch scheinbar einfache Inhalte wie z.B. Zugang zum Wahlarzt und durchgehende Betreuung durch den gewählten Arzt bedingen die Sicherstellung der Wahlmöglichkeit und Verfügbarkeit sowie die klare Leistungs-differenzierung gegenüber der Grundversorgung. Die Spitalprozesse bieten hierzu oft (noch) nicht genügend Flexibilität. Daran müssen wir arbeiten. Aktuell läuft dazu bei der CSS ein Projekt. Mit den gemachten Erfahrungen können wir künftig diese Entwicklung gezielter angehen.

Grenzen sprengen könnte auch mehr Wettbewerb im Versicherungswesen bedeuten. Werden weitsichtige, innovative Versicherer wie die CSS darauf hinwirken, dass die längst überfälligen Grenzen fehlender Freizügigkeit bei VVG stationär-Policen endlich fallen - obwohl sich der SVV oligopolistisch dagegen sträubt?

Freizügigkeit im Zusatzversicherungsbereich ist ein komplexes Thema. Die aktuariellen und regulatorischen Anforderungen und Abhängigkeiten sind sehr vielschichtig ausgeprägt. Die CSS engagiert sich im Rahmen ihrer Mitgliedschaft im SVV, um den Zusatzversicherungsbereich auch künftig attraktiv zu gestalten.

Um Grenzen zu überwinden, braucht es motivierte Partner: Wie beurteilen Sie die diesbezügliche Bereitschaft anderer Stakeholder? Sind wir in 10 Jahren deutlich progressiver als heute oder gar grenzenlos?

Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit wächst, aber es gibt noch Luft nach oben. Viele Akteure im Gesundheitswesen, mit denen wir in Kontakt stehen, erkennen die Chancen von Veränderungen und sind offen für Kooperationen und Innovationen. Ich denke, dass wir aktuell den Grundstein für Veränderungen legen können. Wichtig ist aber die Beweisführung: Erreichen die neuen Zusammenarbeitsformen die angestrebten Ziele? Wie kommt die weiterentwickelte Versorgung bei den Kundinnen und Kunden, Patientinnen und Patienten an?

In 10 Jahren wird das Schweizer Gesundheitswesen deutlich digitaler, vernetzter und patientenzentrierter sein. Ganz «grenzenlos» wohl nicht, das liegt nicht in der DNA unseres Gesundheitssystems. Aber bestehende Grenzen werden sich verschieben und neue Möglichkeiten eröffnen.

Weitere Informationen

www.trendtage-gesundheit.ch


Trendtage
Gesundheit
Luzern