

im
dialog



Staat statt Vertrag?

Im Fokus: Tarifpartnerschaft in der Sackgasse

Albert Einstein

Einstein der Weisen

«Probleme kann man niemals
mit derselben Denkweise lösen,
durch die sie entstanden sind.»

Schweiz.-amerik. Physiker, Erfinder
der Relativitätstheorie, Nobelpreisträger
für Physik (1879–1955)

Andreas Faller, Berater im
Gesundheitswesen und Rechtsanwalt

Selbst ist der Mann

«Die Akteure sind sehr wohl in
der Lage, ohne staatliche
Regelung gute Abmachungen
zu treffen.»

Basler Zeitung, 6. Oktober 2014

Ernst Gähler, Vizepräsident der FMH

Chefsache

«Tarifrevision muss Sache der Tarifpartner bleiben.»

Schweizerische Ärztezeitung, 23/2013

Henry Kissinger

Pareto- Optimum gesucht!

«Ein Kompromiss ist nur dann
gerecht, brauchbar und dauer-
haft, wenn beide Parteien damit
gleich unzufrieden sind.»

Amerikanischer Politiker und
Friedensnobelpreisträger *1923

Charles Favre, Präsident H+

Fischen mit Handgranaten

«Wer mit dem Brecheisen in
eine komplexe Tarifstruktur
eingreift, erntet zu Recht Kritik
und Widerstand.»

H+ Jahresbericht 2013



Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Philomena Colatrella ist
 Generalsekretärin der CSS
[✉ philomena.colatrella@css.ch](mailto:philomena.colatrella@css.ch)

Rückbesinnung tut not

Inhaltsverzeichnis

- 4 **Tarifpartnerschaften**
Tarifpartnerschaft von der Rolle
- 6 **Standpunkt**
«Das drohende Ende der Tarifautonomie»
- 8 **Hintergrund**
«Plötzlich schwingt das Pendel zurück»
- 10 **Praxis**
Suche nach dem gemeinsamen Nenner
- 11 **Die andere Sicht**
Faire Preise zahlen sich aus
- 12 **Im Gespräch**
«Es geht um Milliarden! Klar, dass das Zwist gibt.»
- 16 **Persönlich**
«Auf Kosten der Qualität»
- 18 **Santé!**
«Will der Staat unsere Gesundheit oder unser Geld?»
- 19 **Wissenschaft**
Vom Preis- zum Qualitätswettbewerb

Zwischenmenschlich gesehen bezeichnet Partnerschaft eine auf Freiwilligkeit basierende soziale Gemeinschaft zwischen zwei Menschen, die gewissen Spielregeln unterliegt. Was auf dieser Ebene in der Regel noch leidlich funktioniert, wird eine Stufe höher bereits sehr anspruchsvoll. Dann nämlich, wenn sich Unternehmen, Institutionen oder Interessenverbände zugunsten eines gemeinsam angestrebten Vorhabens finden sollen. Von Partnerschaft – also dem Streben, ein gemeinsames Ziel zu erreichen – bleibt in vielen Fällen nicht mehr viel übrig. Aus Partnern werden nicht selten Gegenspieler. Die gemeinsame Sache rückt zulasten der Eigeninteressen in den Hintergrund.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist ein gutes Beispiel, wie Tarifpartnerschaft in vielen Fällen nicht mehr funktioniert. Egal, ob TARMED oder Physiotarif: Immer häufiger zeigt sich, dass die involvierten Tarifpartner nicht mehr fähig sind, sich auch nur schon auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zu einigen. Aber je löchriger eine Tarifpartnerschaft wird und je schwächer die Tarifpartner sind, desto eher lassen sich staatliche Regulierungen durchsetzen. Aus der Win-win-Situation, die der Tarifpartnerschaft ursprünglich zugrunde gelegen hat, wird so immer mehr eine Situation, in der es nur noch Verlierer gibt – mit dem Staat als lachendem Dritten. Die Tarifpartner müssen sich wieder auf die Bedeutung des Wortes «Partnerschaft» besinnen. Zum Wohle der Versicherten.

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Riccarda Schaller, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (Text) und Franziska Neugebauer (Art Direction) | Bildnachweis: zVg, mit freundlicher Unterstützung Sorell Hotel Ador, Manuela Specker, Beat Schweizer, Blatthirsch/Jeanette Meier Kamer, Grafilu, Berenika Oblonczyk, Olivier Vogelsang | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg.
 Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



MIX
 Papier aus verantwortungsvollen Quellen
 FSC® C008110

Die Zuständigkeiten im Gesundheitswesen sind nicht mehr klar festgelegt. Die Folge davon: mangelndes Verantwortungsbewusstsein und fehlende Innovationen. Krankenversicherer brauchen nun dringend ein neues Selbstverständnis als mitverantwortliche Akteure. Nur so kann der stetig zunehmende Staatseinfluss zurückgedrängt werden.

Von Heinz Locher

Tarifpartnerschaft von der Rolle

W

erden in der Alpwirtschaft Weiden nicht gemäht oder abgeweidet, Gebüsch und ungeeignete Pflanzen nicht entfernt und der Wald nicht klar abgetrennt, überwuchert Gebüsch die vormaligen Weiden, der Wald verkümmert, die Alpen verganden. Dieses Bild umschreibt das Geschehen im schweizerischen Gesundheitssystem treffend, man muss nur die Bezeichnungen Weiden, Wald, Gebüsch durch Staat, Leistungserbringer und Versicherer ersetzen. Jeder Position waren ursprünglich klar nachvollziehbare Rollen zugeordnet, Regeln soll(t)en das Geschehen in geordnete Bahnen lenken. Leider sind die vergangenen 18 Jahre seit Inkrafttreten des KVG durch eine zunehmende Vermischung dieser Rollen charakterisiert. Das Gesamtsystem vergandet.

Worum geht es?

Die Gestaltung des rechtlichen Rahmens und der massgebenden Regeln eines Wirtschaftsbereichs ist Gegenstand der Ordnungspolitik. Sie fragt unter anderem nach den Mechanismen, mittels deren Angebot und Nachfrage aufeinander abgestimmt werden, wer Eigentum an Produktionsmitteln erwerben kann oder ob Vertragsfreiheit zwischen den Akteuren besteht. Idealtypisch wird zwischen planwirtschaftlichen und marktwirtschaftlichen Systemen unterschieden. In föderalis-

tischen Staaten wird diese ohnehin schon sehr hohe Komplexität durch die «vertikale» Dimension des Verhältnisses zwischen Teilstaaten und dem Bundesstaat noch erhöht. Gemäss Artikel 117 der Bundesverfassung erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung. Gestützt auf diesen Auftrag ist das KVG erlassen worden. Weil aber eine entsprechende Aufgabenübertragung an den Bund zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung fehlt, bleiben die Kantone hierfür zuständig. Dieses hybride System führt zu vielfältigen Schnittstellen. Unter dem Titel «Krankenversicherung» kann der Bund auch in die Gesundheitsversorgung eingreifen, beispielsweise mit den Vorschriften zur Ausstattung von Spitälern. Beide «Logiken» haben ihre eigene Legitimation. Das Beispiel der Interkantonalen Vereinbarung betreffend die Hochspezialisierte Medizin zeigt dies deutlich auf: Handelt es sich um die Abstimmung kantonaler Spitalplanungen? Oder um die Konkretisierung der Bestimmungen über die Voraussetzungen und den Umfang der Leistungsübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung?

Vom Elend des Vertragsprimats

Gemäss den Bestimmungen des KVG schliessen zudem die Leistungserbringer und die Versicherer Tarifverträge ab. Dieses Vertragsprimat stellt den Angelpunkt eines wettbewerblich ausgestalteten Gesundheitssystems dar. Leider ist es in den vergangenen Jahren immer mehr verwässert worden, so insbesondere durch immer engere Vorschriften bezüglich der geforderten einheitlichen Tarifstruktur. Die Kantone wurden zudem zur Mitfinanzierung der Leistungen im stationären Bereich verpflichtet, ohne sie aber als Tarifpartner zu qualifizieren. Dieser fehlende Status hinderte sie aber nicht daran, eine Vertretung im Verwaltungsrat der SwissDRG AG zu fordern und sogar wiederholt dessen Präsidium zu übernehmen. Die Leistungserbringer und Krankenversi- →

In Kürze

- Das Vertragsprimat ist der Angelpunkt eines wettbewerblichen Gesundheitswesens.
- Die unklare Rollentrennung von Bund und Kantonen und die Uneinigkeit der Tarifpartner haben zur jetzigen Blockade geführt.
- Die Krankenversicherer sind in der Pflicht, mit innovativen Ansätzen den Staatseinfluss zurückzudrängen.

Die Tarifpartner sind zu stark von Eigeninteressen geleitet. Es wird Zeit, dass sie endlich ihre Verantwortung wahrnehmen – sonst drohen Staatstarife.

«Das drohende Ende der Tarifaufonomie»

Die tarifpartnerschaftliche Verantwortung von Leistungserbringern und Krankenversicherern würde darin liegen, ihren Gestaltungsspielraum zu nutzen und gemeinsam tragfähige und innovative Lösungen zu entwickeln. Im Rahmen der Tarifaufonomie hätten sie durchaus Möglichkeiten, Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens zu nehmen. Dieser Rahmen ist zweifellos sehr eng, weil gesetzliche Vorgaben die Verhandlungsfreiheit einschränken. Die vorhandenen Möglichkeiten sind in der Vergangenheit aber nicht wahrgenommen worden.

Die Tarifstruktur TARMED ist das beste Beispiel. Die bisherigen, über Jahre dauernden Versuche einer gemeinsamen Revision der Tarifstruktur waren überwiegend geleitet von Eigeninteressen mit der Folge einer dauerhaften Blockade. Dass die Politik aufgrund dieses Versagens der Tarifpartner handeln musste, darf kaum jemanden überraschen. Es war auch absehbar, dass der Bundesrat, nachdem er seit dem 1. Januar 2013 über die subsidiäre Kompetenz verfügt, Anpassungen an Tarifstrukturen vornehmen zu können, diese früher oder später anwenden wird. Seine Verordnung zur Anpassung der Tarifstruktur TARMED zum Zweck der Besserstellung der Haus-

arztmedizin ist eine bittere Kerbe für die Tarifaufonomie, aber durch die Tarifpartner selbst verschuldet. Allgemeines Wehklagen und Kritik am Bundesrat sind nicht angebracht. Vielmehr müssen die Tarifpartner – und zwar alle – jetzt ihre Verantwortung wahrnehmen. Nur wenn das gelingt, lässt sich das Mass staatlicher Eingriffe beschränken.

Es muss den Tarifpartnern bewusst sein, dass Verhandlungsergebnisse nur dann umsetzbar sind, wenn sie den Genehmigungsanforderungen der Behörden entsprechen. Im Falle der laufenden TARMED-Revision käme es einem Vabanquespiel gleich, wider besseres Wissen eine Tarifstruktur zur Genehmigung einzureichen, welche diese Anforderungen nicht erfüllt. Wird auf diese Karte gesetzt, geht das Spiel verloren. Der Bundesrat wird erneut die aus seiner Sicht notwendigen Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, der TARMED wird für lange Zeit zu einem Staatstarif und die Tarifaufonomie zu einer leeren Hülle. Schuld daran werden diejenigen sein, die – getrieben von Eigeninteressen – ihre Verantwortung für die Entwicklung des Gesundheitswesens nicht wahrnehmen. Und vergessen wir nicht: Verlierer sind letztlich Patienten und Versicherte.

→ cherer haben das Ihrige zur Aufweichung des Vertragsprimats beigetragen, namentlich durch das immer häufigere Zulassen von vertragslosen Zuständen. Sie haben damit breite Einfallspforten für staatliche Interventionen geöffnet, deren Höhepunkt die Zubilligung von Kompetenzen an den Bundesrat zur materiellen Ausgestaltung des Tarifs für ambulante Leistungen darstellt.

Aus ordnungspolitischer Sicht ist auch der Zusammenschluss der Krankenversicherer in einer zeitweise mehr als zwei Drittel des Marktes umfassenden Einkaufsorganisation mehr als problematisch, da sie einer wettbewerblichen Ausgestaltung des Gesundheitssystems völlig widerspricht. Dass die Krankenversicherer gleichzeitig die Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit Leistungserbringern fordern, ohne sich der inneren Widersprüche beider Aspekte bewusst zu sein, ist bedenklich. Aus wettbewerblicher Sicht müsste eine integrale Geltung des Kartellgesetzes auch für die obligatorische Krankenpflegeversicherung angestrebt

werden – ebenso auf der Spitalseite, um ein Gegengewicht zu schaffen.

Dem Vertragsprimat kommt auch eine hohe Bedeutung für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und der Innovationen in diesem Bereich zu, haben Tarife doch einen grossen Einfluss auf das Verhalten der Tarifpartner. So ist die erste Schweizer HMO aus einer Initiative von Exponenten einzelner Krankenversicherer und Ärztepionieren entstanden, notabene trotz ursprünglich fehlender gesetzlicher Grundlage, die auf Verordnungsstufe erst noch geschaffen werden musste. Dass in der Zwischenzeit solche Innovationen weitgehend ausbleiben, ist nicht zuletzt auch eine Folge des fehlenden Verantwortungsbewusstseins vieler Krankenversicherer und Leistungserbringer für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Das alleine zeigt, dass es im KVG einen «Experimentierartikel» braucht. Ein solcher Artikel gestattete es, in Abweichung der generellen gesetzlichen Regelungen zeit-



Gerd Marschall ist
Fachspezialist Tarifstrukturen/
Gesundheitspolitik bei der CSS
[✉ gerd.marschall@css.ch](mailto:gerd.marschall@css.ch)

lich begrenzte und wissenschaftlich begleitete Pilotprojekte durchzuführen, um neue Ideen zu erproben. Gerade im Tarifbereich drängen sich derartige Schritte auf, z.B. durch die Ergänzung von Einzelleistungstarifen mit qualitätsorientierten Erfolgskomponenten (payment for results) in Abweichung von der sonst gesetzlich vorgegebenen einheitlichen Tarifstruktur.

Hauptprofiteure dieser Fehlentwicklung sind die Kantone, welche immer mehr Funktionen usurpieren und damit ihre Rollenkumulationen und Widersprüche stetig vergrössern. Einen traurigen Höhepunkt hierzu stellt die neueste Vorlage über die Steuerung des ambulanten Bereichs dar.

«Ausgelagerte» Bundesbeamte?

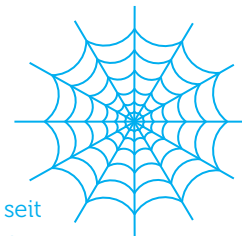
Die Schwächung der Krankenversicherer ist aber auch eine Folge ihres institutionellen Status als ausgelagerte Einheiten der Bundesverwaltung. Dieses Mantra wird ungefragt nachgebetet, obschon seine konzeptionelle Begründung mehr als schwach ist (Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe, Gewährleistung der Versorgungssicherheit als staatliche Aufgabe, hohe Regelungsdichte usw.). Bei konsequenter Anwendung dieser Grundsätze müsste beispielsweise auch den Landwirtschaftsbetrieben, den Detailhandelsfirmen oder den Tankstellen ein entsprechender Status zugeordnet werden.

Diese schwache institutionelle Stellung der Krankenversicherer ist dem Gesundheitssystem abträglich. So ist es unverständlich, dass ihnen die Legitimation abgesprochen wird, Rechtsmittel gegen kantonale Spitalplanungen zu erheben. Damit fehlen alle «checks and balances» in diesem Bereich. Bei all diesen Umständen wirkt es schon fast höhnisch, wenn der zu grosse Einfluss der Lobbyisten der Krankenversicherer im eidgenössischen Parlament beklagt wird.

Paradoxiere Weise muss gleichzeitig festgestellt werden, dass der Bund nicht alle Aufgaben wahrnimmt, die ihm in einem ordnungspolitisch kohärenten System zukommen. Ein wettbewerblich ausgestaltetes Gesundheitssystem setzt zwingend voraus, dass der Bund die Transparenz über das Leistungsgeschehen (Leistungsmengen, Qualität der Leistungen) gewähr-

Die schwache institutionelle Stellung der Krankenversicherer ist dem Gesundheitssystem abträglich.

leistet. Auch sollte er sicherstellen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur Leistungen übernehmen muss, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Falls die parlamentarische Behandlung der nun durch den Bundesrat unterbreiteten Vorlage nicht ungebührlich verzögert wird, könnten die Bestimmungen über das Qualitätsinstitut und die HTA-Verfahren «rechtzeitig» in Kraft treten – also 20 Jahre nach Einführung des KVG. Die Rechtsgrundlage hätte bereits seit 1996 bestanden. Auch hier hinterlassen die Kritiken insbesondere der Krankenversicherer einen schalen Nachgeschmack, haben sie es doch unterlassen, auf entsprechende wirksame Schritte zu pochen, beispielsweise in Tarifverträgen.



Die Tarifstruktur
TARMED wurde seit
über **13 Jahren**
nicht mehr revidiert.



Praxisärzte und
Krankenversicherer verhandeln
jährlich um Leistungen
im Wert von **5670**
Millionen Franken.

Was ist zu tun?

Es wäre sicher ungerecht, alle dargelegten Mängel lediglich den Krankenversicherern anzulasten. Im Hinblick auf die hier postulierte wettbewerbliche Ausgestaltung des Gesundheitssystems besteht aber bei ihnen der grösste Handlungsbedarf, um den stets zunehmenden Staatseinfluss zurückzudrängen. Eine der grössten Herausforderungen für die Krankenversicherer wird sein, ein neues Selbstverständnis als verantwortliche Mitgestalter des Gesundheitssystems zu entwickeln. Dazu gehören beispielsweise eigene Konzeptionen für eine qualitativ und wirtschaftlich vertretbare Spitalplanung. Weiter notwendig sind interne Regelungen der «Good Corporate Governance», welche den Einfluss der Versicherten auf die Geschäftspolitik stärken sowie klare Konzeptionen für die Branche (politische Organisationen, Einkaufsorganisationen, tiefgehende Bereinigung der Branchenstruktur). Die Branche ist gefordert, neue Modelle der Systemfinanzierung (Prämien, Steuergelder) sowie der Leistungsfinanzierung (qualitätsorientiert, mit Förderung der Nachhaltigkeit) zu entwickeln.

Mit diesen Massnahmen könnte die zunehmende Vergardung zumindest gestoppt werden.

Dr. Heinz Locher ist Unternehmensberater und Dozent im Gesundheitswesen.



Man signalisiere Kompromissbereitschaft, wenn es um die festgefahrene TARMED-Revision geht, sagt CSS-Konzernleiter Georg Portmann. Jetzt sei es an den Leistungserbringern, die Tarifautonomie zu verteidigen – und sich dem Qualitätswettbewerb zu stellen.

Interview Lukas Hadorn

«Plötzlich schwingt das Pendel zurück»

Herr Portmann, diese Publikation heisst «im dialog». Kann man in der Tarifpartnerschaft überhaupt noch von einem Dialog sprechen?

Ich denke schon, ja. Wir reden ja nach wie vor miteinander. Aber die Situation ist tatsächlich blockiert. Die Zielsetzungen der Parteien, die an diesem Dialog beteiligt sind, gehen in ganz unterschiedliche Richtungen. Das macht die Sache nicht ganz einfach.

Warum sind die Fronten derart verhärtet?

Weil die Tarifpartner in grundsätzlichen und von Eigeninteressen geprägten Positionen verharren und um keinen Preis davon abrücken wollen. Das grundlegende Problem ist, dass die gegenwärtige Tarifpartnerschaft auf Zwang beruht. Wir als Versicherer werden gezwungen, Leistungen ungeachtet der Qualität abzunicken. Gleichzeitig ist es unsere

Aufgabe, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen. Das passt nicht zusammen. In diesem System können wir unsere Ziele nicht erreichen.

Was würde sich ändern, wenn der Zwang wegfiel? Wenn Vertragsfreiheit herrschen würde?

Dann könnten wir mit den Leistungserbringern auf Augenhöhe diskutieren, weil sich diese plötzlich dem Qualitätswettbewerb stellen müssten. Und es würde zu einem Qualitätsanstieg im Gesundheitswesen führen. Das ist, was wir letztendlich wollen: die bestmögliche Qualität in der Leistungserbringung zu einem vertretbaren Preis.

Sie fordern also die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

Mittelfristig führt kein Weg daran vorbei, ja. Kurzfristig werden wir versuchen, den Vertragszwang wenigstens aufzulockern, indem wir mehr Transparenz bei den Kosten beziehungsweise Leistungen herstellen. So können wir die Spreu vom Weizen trennen und Leistungserbringer, welche die Intransparenz des Systems ausnützen, vom Markt ausschliessen.

Wie wollen Sie das erreichen?

Da sehe ich zwei verschiedene Wege. Zum einen werden wir ab dem kommenden Jahr damit beginnen, die Leistungserbringer qualitativ zu bewerten. Das ist zunächst ein internes Kontrollsystem, aber mittelfristig sollen solche Informationen öffentlich verfügbar sein. Die Kunden wollen doch wissen, ob ein Arzt oder ein Spital qualifiziert ist, eine bestimmte Behandlung vorzunehmen. Zum anderen werden wir verstärkt bilateral mit Leistungserbringern zusammenarbeiten, die sich ebenfalls mehr Transparenz wünschen und bereit sind, gemeinsam mit uns solche Qualitätskriterien zu erarbeiten.

Das dürfte schwierig werden. Auf der Gegenseite vertritt man den Standpunkt, dass man medizinische Leistungen nicht ökonomischen und versicherungsmathematischen Modellen unterwerfen kann.

Aber wenn wir doch wenigstens darüber diskutieren würden! Ich bin überzeugt, dass man viele medizinische Behandlungen qualitativ beschreiben kann, das stellt man sich viel zu schwierig vor. Letztlich geht es uns darum, den Versicherten eine gewisse Gewähr geben zu können, dass sie sich am richtigen Ort behandeln lassen.

Eine Gewähr?

Ich mache keinen Hehl daraus: Im Endeffekt geht es um Leistungsgarantien. Natürlich ist es mir klar, dass es in der Medizin niemals eine Funktionsgarantie geben wird wie beim Kauf eines Fernsehgeräts. Und ich glaube auch, dass es Bereiche wie die Onkologie gibt, in denen die Komplexität der Materie eine sehr differenzierte Herangehensweise erfordert. Leistungsgarantien sind eine Art Leuchtturm, an dem wir uns bei der Erarbeitung der Qualitätskriterien orientieren.

Sie fordern also Transparenz und Wettbewerb. Inwiefern kommen Sie den Tarifpartnern entgegen?

Indem wir uns – im Gegensatz zur Santésuisse – dazu bereit erklärt haben, in der TARMED-Revision Fragen

der Struktur und der Kosten voneinander zu trennen. Verhandeln wir doch zuerst einmal über eine zeit- und sachgerechte Tarifstruktur. Dann schauen wir, wie sich die neue Struktur auf die Kosten auswirkt.

Bundesrat Berset erwartet ebenfalls eine kostenneutrale Revision.

Das ist vermutlich blauäugig. Am Ende des Tages bringt eine Neugestaltung der Tarifstruktur immer höhere Kosten mit sich. Das ist jedenfalls meine langjährige Erfahrung. Aber dass man sich deswegen gleich jeglicher Diskussion verschliesst, halte ich für falsch.

Sind Sie denn mit dem Verzicht auf die Forderung nach Kostenneutralität einen Schritt weitergekommen?

Nein, da haben wir mit curafutura noch nicht das erreicht, was wir uns vorgenommen haben. Daraus ergibt sich für mich die Forderung, dass die Leistungserbringer jetzt den Beweis antreten müssen, dass ihnen etwas an der Tarifautonomie liegt. Diesbezüglich bin ich mir nicht bei allen Tarifpartnern ganz sicher.

Wen meinen Sie konkret?

Ich spüre vor allem innerhalb der FMH eine grosse Zurückhaltung, überhaupt schon nur über strukturelle Veränderungen zu debattieren. Dort wird abgeblockt, obwohl wir Kompromissbereitschaft signalisieren. Ich werde den Verdacht nicht los, dass der Ärzteverband vielleicht sogar ein wenig mit einem Scheitern der Revision liebäugelt, damit man sich nicht in den eigenen Reihen unbeliebt machen muss.

Dann droht schon bald ein staatlich verordneter Tarif.

So ist es. Und das darf nicht passieren. Es will mir ehrlich gesagt auch nicht in den Kopf, dass wir dieses Problem unter erwachsenen, logisch denkenden Menschen nicht lösen können. Die Tarifautonomie gilt es unbedingt am Leben zu erhalten. Denn plötzlich schwingt das Pendel zurück, und die Chance zur Mitbestimmung und Selbstregulierung ist verspielt. So weit darf es nicht kommen.

«Es will mir ehrlich gesagt nicht in den Kopf, dass wir dieses Problem unter erwachsenen, logisch denkenden Menschen nicht lösen können.»

Georg Portmann ist Vorsitzender der Konzernleitung der CSS Gruppe.

Lukas Hadorn ist als Journalist BR und Corporate Publisher für verschiedene Schweizer Medienhäuser und Unternehmen tätig.

Versicherer und Spital können ihre Zusammenarbeit nicht auflösen, unabhängig vom Vertragszustand. Trotz Zielkonflikt beim Preis möchten beide Parteien Kundinnen und Kunden gewinnen. Der gemeinsame Kunde steht deshalb im Mittelpunkt der Verhandlungen.

Von Lukas Eichenberger

Suche nach dem gemeinsamen Nenner

Egal ob Privatleben oder Wirtschaftsbereich: Verhandelt wird überall. Gerne lobt man dabei das partnerschaftliche Verhältnis – schiebt aber gleichzeitig auf die Maximierung des eigenen Nutzens. Doch wie wird die Partnerschaft, im Speziellen die Tarifpartnerschaft, im Gesundheitswesen gelebt? Und welches sind deren Besonderheiten mit Blick auf Versicherungen und Spitäler?

Im Unterschied zu andern Wirtschaftsbereichen können eine Versicherung und ein Spital ihre Zusammenarbeit nicht einfach auflösen. Tritt eine versicherte Person in ein Spital ein, möchte sie behandelt werden, egal ob zwischen Spital und Versicherung eine vertragliche Einigung über den Preis erzielt wurde. Dessen sind sich beide Seiten während der Verhandlungen bewusst. Kommt keine Einigung zustande, steigt der Aufwand in der Kundenbetreuung für beide Seiten. Der Kunde spürt dabei unweigerlich administrative und eventuell sogar finanzielle Folgen.

Die doppelte Kundensicht

Damit ist eine weitere Eigenheit der Tarifpartnerschaft im Gesundheitswesen angesprochen: Beide Parteien verhandeln zum Wohle ihres gemeinsamen Kunden – je nach Sichtweise Versicherter oder Patient. Sowohl die Versicherung als auch das Spital müssen sich dazu in die Lage des Kunden versetzen. «Was sind dessen Bedürfnisse, und was ist er bereit zu zahlen?», lautet die entsprechende Frage. Die Beantwortung dieser Frage ist insbesondere im Gesundheitswesen schwierig. Die im Vergleich beschränkte Produktvielfalt führt dazu, dass Bedürfnisse und Finanzkraft der Personen im gleichen Produkt sehr heterogen sind. Hinzu kommt, dass bei Krankheit oder Unfall viele Patienten die maximale Leistung beziehen wollen.

Es besteht ein Zielkonflikt

Wie wird vor diesem Hintergrund die Tarifpartnerschaft im Gesundheitswesen gelebt? Die Versicherung möchte mit attraktiven Preisen und Leistungen Kunden anziehen. Das Spital möchte für seine Leistungen fair abgegolten werden und aus eigener Finanzkraft das Geschäft nachhaltig im Sinne der Kunden betreiben können. Bezüglich Preis für eine Behandlung besteht also einerseits ein Zielkonflikt zwischen Versicherung und Spital, andererseits aber auch ein gemeinsames Interesse: Beide Parteien möchten viele Kunden gewinnen. Hier stellt sich die



Die Privatlinikgruppe
Hirslanden
beschäftigt **7800**
Mitarbeitende
und betreibt
16 Kliniken
in **11 Kantonen.**

Frage der Steuerungsmöglichkeiten der Versicherungen. Erfolgreiche Verhandlungen basieren nicht auf dem Austausch von Fundamentalpositionen. Werden jedoch die Bedürfnisse und Leistungen von beiden Parteien klar dargelegt und fokussieren diese auf die gemeinsamen Interessen, steigen die Chancen für ein zufriedenstellendes Resultat.

Verhandlungen sind keine einmalige Aktion. Als Spital streben wir deshalb wenn immer möglich einen Kompromiss mit dem Verhandlungspartner an. Gleiches erwarten wir von unseren Verhandlungspartnern. Denn Tarifpartnerschaft darf nicht fremdbestimmt sein. Gerade in der Grundversicherung stellen wir jedoch bei unseren Verhandlungspartnern eine unterschiedliche Haltung gegenüber der Rechtsprechung fest: Die einen sehen diese als letzte Option, für die anderen ist sie ein grundlegendes Element, das vorgängig mit-helfen soll, möglichst alle offenen Punkte zu klären. Hirslanden legt Wert auf ein stabiles Vertragsverhältnis. Deshalb haben wir unsere Beziehungen zu den Versicherungen vertraglich breit abgestützt. Im Mittelpunkt der Verhandlungen soll stets der gemeinsame Kunde stehen. Angesichts der (fehlenden) Option, gar keine Zusammenarbeit einzugehen, und der gemeinsamen Interessen folgen wir als Privatlinikgruppe der Maxime: «Gut verhandelt haben Sie erst dann, wenn Ihr Gegenüber in Zukunft wieder mit Ihnen verhandeln möchte».

Lukas Eichenberger ist Ökonom und für Tarife und Verträge der Privatlinikgruppe Hirslanden zuständig.

Verhandeln ist eine Kunst, die viel mit Fairness und Flexibilität zu tun hat. Als Flohmarkt-Händler stelle ich so sicher, am Ende eines Verkaufstages nicht auf meinen Sachen sitzen zu bleiben.

Von Herbert Kuster

Faire Preise zahlen sich aus



Wann ist ein Preis fair? Als Flohmarkt-Händler habe ich ein gutes Gespür dafür, wie viel die Leute bereit sind, für einen Gegenstand zu zahlen. Ist der Preis zu hoch, greift niemand zu. Ich setze die Preise so tief an, dass sich jede Diskussion erübrigt. Manchmal kommt es vor, dass jemand einen Gegenstand für acht Franken auf vier Franken herunterhandeln will. Wir einigen uns dann auf sieben Franken. So hat der Kunde das Gefühl, ein gutes Geschäft gemacht zu haben, obwohl doch schon der Ursursungspreis sehr attraktiv war. Meine Frau sagt mir manchmal, dass ich mehr verlangen sollte, aber das ist nicht meine Art. Am Ende eines Verkaufstages will ich schliesslich möglichst alle Produkte loshaben – ich lebe von der Menge.

Besonders begehrt sind Kleider. Was einst Mode war, ist heute wieder sehr gefragt. Auch Werkzeuge,

Bilder, Geschirr und Haushaltartikel laufen gut. Schwieriger wird es bei den Möbeln. Noch vor zehn Jahren konnte ich mit einem Lastwagen voller Möbel vorfahren, die Leute haben sie mir regelrecht aus den Händen gerissen. Die jüngeren Generationen können mit antiken Möbeln nicht mehr viel anfangen. Das hat ganz bestimmt auch mit der neuen Art des Wohnens zu tun: überall diese riesigen Fensterfronten, da hat es einfach keinen Platz mehr für Möbel. Ich komme durch Wohnungsräumungen zu meiner Ware. Weil Möbel kaum mehr gefragt sind, muss ich das meiste entsorgen, sonst würde sich mein Geschäft rasch nicht mehr lohnen.

Die Zunahme des Online-Handels ging auch an mir nicht spurlos vorüber. Ich erhalte bedeutend weniger Ware, weil manche ihre Sachen gleich selber online zu versteigern versuchen. Die Preise, die dort festgelegt werden, sind zum Teil jenseits von Gut und Böse. Und dann wundern sich die Leute, wenn sie auf den Sachen sitzen bleiben! Online-Portale haben aber keinen Einfluss auf den Besucherandrang an Flohmärkten – es geht eben nicht nur ums Ersteigern, es geht doch auch um das Soziale und den Austausch.

Eines meiner Erfolgsgeheimnisse beim Verkaufen ist sicher die Tatsache, dass ich die Preise nicht unveränderbar festlege, sondern dass ich sie im Verlauf des Tages anpasse und flexibel auf die Kunden reagiere. Bei jungen Leuten, die offensichtlich Freude haben an einem traditionellen Flohmarkt, gebe ich die Artikel noch günstiger ab. Wenn sich jemand besonders distanziert gibt, steigt der Preis eher. Es gibt Verkäufer, die, wenn sie Geld riechen, einen richtig «melken» möchten. Mein oberstes Gebot ist Fairness. Ich bin überzeugt: So wie man geschäftet, kommt es irgendwann zurück.

**Ich bin überzeugt:
So wie man geschäftet,
kommt es
irgendwann zurück.**

In Kürze

- Laien setzen im Online-Handel die Preise oft viel zu hoch an.
- An traditionellen Flohmärkten geht es auch um den sozialen Aspekt.
- Kleider sind bei den Kunden im Moment sehr gefragt.

Herbert Kuster (64) war lange als Berufsschullehrer tätig und baute nebenbei eine Werkstatt für das Renovieren von Antiquitäten auf. Seit seiner Frühpensionierung mit 58 widmet er sich vollumgänglich dem Flohmarkt-Handel. Kuster ist auch Präsident des Vereins Flohmarkt Kanzlei in Zürich. Der Flohmarkt findet jeden Samstag zwischen 8 und 16 Uhr beim Helvetiaplatz statt.

Erst etwas mehr als zehn Jahre alt, ist das Tarifsystem TARMED dringend revisionsbedürftig. Eine Einigung zwischen den Tarifpartnern dürfte allerdings nicht so leicht zu finden sein, wie das Gespräch mit FMH-Vizepräsident Ernst Gähler und Tarifstrukturen-Spezialist Christian Affolter von der CSS zeigt.

Interview Patrick Rohr

«Es geht um Milliarden! Klar, dass das Zwist gibt.»



Ernst Gähler ist Facharzt Allgemeine Medizin FMH mit eigener Praxis in Herisau (AR). Er ist Vizepräsident der Schweizer Ärzteverbinding FMH und in dieser verantwortlich für das Departement Ambulante Tarife und Verträge.

Weil die Tarifpartner sich nicht einigen konnten, hat der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch gemacht und per Verordnung entschieden, wie das neue Tarifsysteem aussehen soll. Zufrieden ist damit ja niemand.

Ernst Gähler (EG): Das stimmt. Aber dass es eine Revision braucht, ist unbestritten.

Nur hätten die Tarifpartner die Revision selber gestalten dürfen, wenn sie sich einig gewesen wären.

EG: Wenn man sich geeinigt hätte, wäre die Wahrscheinlichkeit, dass der Bundesrat von der subsidiären Kompetenz macht, sicher geringer gewesen.

Christian Affolter (CA): Es ist ein Versagen von uns Verhandlungspartnern, das muss man zugestehen. Wenn es nicht gelingt, gemeinsam Lösungen zu finden, dann muss der Schiedsrichter kommen und entscheiden. Das kann ich akzeptieren. Aber ich bin klar der Meinung, dass es hier auch um einen Missbrauch geht. Und zwar missbraucht Herr Berset die subsidiäre Kompetenz für seine Politik. Er versucht auf diesem Weg, die Staatsmedizin zu fördern und das Gesundheitswesen zu verstaatlichen.

Sehen Sie das auch so, Herr Gähler?

EG: Da bin ich mit Herrn Affolter absolut einverstanden. Bundesrat Berset hat mit der Besserstellung der Hausarztmedizin einen politischen Entscheid gefällt. Und er greift nicht nur in die Tarifstruktur ein, sondern redet auch auf der Preisebene mit, was er gar nicht dürfte. Die Preisgestaltung, also die Frage, wie viel ein Taxipunkt kostet, liegt nämlich bei den Kantonen. Indem der Bundesrat den Hausärzten 200 Millionen gibt, greift er direkt in die Preisgestaltung ein.

Das wäre alles zu verhindern gewesen, wenn die Tarifpartner sich geeinigt hätten.

EG: Wir sind nicht unfähig, die Tarifstruktur zu revidieren. Wir FMH-Ärzte sind zum Beispiel seit 2010 am Erarbeiten einer aktualisierten Struktur, seit 2012 auch zusammen mit unseren Partnern H+ und MTK. Und seit kurzem führen wir auch intensive Gespräche mit Curafutura, mit dem Ziel, uns wenigstens zu viert zu einigen.

Aber Hand aufs Herz, Herr Gähler, nicht einmal die Ärzte unter sich sind sich einig.

EG: Jetzt unterstellen Sie uns aber etwas!

Herr Affolter schmunzelt ...

EG: Moment, für die Ärzteschaft kann ich schon selber reden. Also: Wir haben am 20. Oktober 2010 beschlossen, dass wir



Christian Affolter ist Verantwortlicher Public Affairs Tarifstrukturen beim Krankenversicherer CSS. Davor war er Direktionsmitglied bei Santésuisse und Leiter der Direktion Gesundheitspolitik beim Bundesamt für Gesundheit (BAG).

die Tarifstrukturrevision TARMED durchführen wollen. Dieser Grundsatz wurde von der Delegiertenversammlung wiederholt genehmigt. In dieser Beziehung sind wir uns absolut einig.

Aber inhaltlich nicht.

EG: Doch!

Jetzt muss ich doch Herrn Affolter mit einbeziehen. Sehen Sie das auch so, hatten Sie mit den Ärzten einen einigen Verhandlungspartner?

CA: Mein Verhandlungspartner war die FMH. Und ich muss sagen, dass ich den Eindruck hatte, dass der Druck allein innerhalb der FMH gewaltig gross ist. Da gibt es verschiedene Interessen, die es dem Verband enorm schwierig machen, eine einheitliche Meinung zu vertreten. Und ich unterstelle der FMH jetzt mal, dass die Beweglichkeit des Verbandes eingeschränkt ist, weil es einfach sehr schwierig ist, die verschiedenen Interessen von allen Mitgliedern unter einen Hut zu bringen.

EG: Ich möchte schon noch einmal betonen: Die Tarifrevision ist eine rein technische Revision, politische Gedanken und Ideen haben da nichts zu suchen. Und wir sind intensiv mit 18 Fachteams daran, die verschiedenen Kapitel zu revidieren. Bis jetzt funktioniert das sehr gut. Das Problem kommt dann, wenn die Revision gemacht ist und sich die

→



→ Frage stellt, was man nun dafür bekommt.

Also geht es um Verteilkämpfe – und da beginnt die Uneinigkeit. Das wurde ja auch deutlich, als der Bundesrat letztes Jahr die Verordnung in Kraft setzte.

EG: Jein. Was der Bundesrat gemacht hat, war schlichtweg eine lineare Kürzung bei den Spezialisten.

Mit gleichzeitiger Besserstellung der Hausärzte.

EG: Was der Bundesrat mit seiner linearen Kürzung gemacht hat, war, die technische Leistung – also die Abgeltung für die Infrastruktur – bei vielen TARMED-Kapiteln um 8,5 Prozent zu senken. Mit einem Grossteil der technischen Leistungen werden aber nichtärztliche Löhne, also beispielsweise die Löhne der Praxisassistentinnen, abgegolten. Die hatte man in der Tarifstruktur seit 15 Jahren nicht angepasst, als Hausarzt habe ich also jede Lohnerhöhung in den letzten Jahren aus der eigenen Tasche bezahlt. Und jetzt kommt der Bundesrat und senkt diese Löhne um 8,5 Prozent und behauptet dann auch noch, das sei «sachgerecht». Das geht doch nicht auf! Das ist unser Problem!

Aber das zeigt ja genau, wie schwierig es ist, in diesen Fragen eine Einigkeit zu finden. Wenn die einen mehr bekom-

men, verlieren die anderen – sich da zu einigen, ist ein Ding der Unmöglichkeit, nicht?

EG: Nein, dieser Meinung bin ich nicht. Ich bin optimistisch.

Teilen Sie diesen Optimismus, Herr Affolter?

CA: Es ist doch wie bei streitenden Kindern: Wenn man ihnen so viele Süßigkeiten auf den Tisch legt, dass alle genug haben, hat man den Frieden. Wenn man das Gut verknappt, gibt es Gewinner und Verlierer.

Aber dann bleibt ja das Problem, es gibt ja nicht mehr zum Verteilen.

CA: Das ist unbestritten so. Aber ich behaupte jetzt mal: Es ist genug Geld im System, es ist einfach nicht richtig verteilt. Wenn ich nur zum Beispiel an meinem Wohnort schaue: Da haben in den letzten zwei Jahren im Umkreis von zehn Kilometern drei Grosspraxen, beinahe schon Ambulatorien, ihre Türen geöffnet – und zwar mit je 10 bis 15 Ärzten, Grundversorgern und Spezialisten. Da habe ich schon den Eindruck, dass der ökonomische Anreiz offensichtlich immer noch gross genug sein muss, um ein solches Risiko einzugehen. Aber natürlich kann ein Arzt mit einer Einzelpraxis im Puschlav unter den gleichen Bedingungen nicht gleich wirtschaftlich arbeiten. Der Verteilkampf wird also bleiben.

Teilen Sie also den Optimismus von Herrn Gähler?

CA: Nein, ich teile ihn nicht.

Dann müssen wir jetzt aber mal die Rolle der Versicherer anschauen. Sie treten ja auch nicht gerade geschlossen auf. Ausgerechnet die CSS hat sich, zusammen mit drei anderen Kassen, aus der Santé-suisse verabschiedet und Curafutura gegründet. Ein gespaltenen Verhandlungspartner macht es für die andere Seite auch nicht gerade einfach ...

CA: Das stimmt, wir sind auch gespalten. Und wir von der CSS, da haben Sie recht, haben die Spaltung sogar vollzogen. Jetzt haben wir zwei Verbände, und im Rahmen der Tarifverhandlungen mit der FMH haben wir eine ganz andere Position als die Santé-suisse. Sie hält an der Kostenneutralität fest, ist also der Meinung, dass nichts eine Kostenauswirkung haben darf. Das hat in den letzten Jahren zu einer massiven Blockade geführt. Cura-

«Es ist genug Geld im System, es ist einfach nicht richtig verteilt.»

Christian Affolter



futura möchte konstruktiv und lösungsorientiert an die Verhandlungen herantreten ...

... was die Santésuisse nicht macht?

CA: Was die Santésuisse bis heute nicht macht. Sie beharrt auf der Kostenneutralität, und das ist für die Leistungserbringer ein No-go.

Das stelle ich mir für Sie wiederum nicht sehr einfach vor, Herr Gähler – mit zwei Verbänden statt mit nur einem zu verhandeln?

EG: Das macht uns das Leben natürlich sehr schwer. Wir vier ursprünglichen Verhandlungspartner, also FMH, H+, MTK und Santésuisse, wollten im Zuge der Revision eine Nachfolgeorganisation für TARMED Suisse gründen, die künftig für die Umsetzung der Tarifstruktur verantwortlich sein soll. Im Sommer 2013 unterschrieben alle vier Partner eine Absichtserklärung, dass man bis Ende 2014 diese Firma gegründet haben möchte. Und dann hat sich Curafutura per 1. Januar 2014 abgespalten, und seither gibt es Spitzengespräche, ein grosses Hin und Her – und Santésuisse blockiert die Verhandlungen, weil sie Curafutura als Partner nicht akzeptiert.

Dann dürfen Sie den Schwarzen Peter also nicht einfach so den Ärzten zuschieben, Herr Affolter. Sie, die Ver-

sicherer, verhindern nämlich genauso eine Lösung!

CA: Natürlich ist es für die Partner, die bis jetzt mit einem Verband verhandelt haben, nicht einfach, jetzt plötzlich mit zwei Verbänden konfrontiert zu sein. Andererseits stehen wir auch für ein wettbewerbliches System ein, und im Wettbewerb muss man in der Lage sein, mit zwei Partnern zu verhandeln.

EG: Ich muss Ihnen den Vorwurf machen, dass die Curafutura seit einiger Zeit unkompliziert die Revision hätte mitgestalten können, aber dass Sie sich überhaupt nicht bewegt haben.

Warum nicht, Herr Affolter?

CA: Es ist eine Pokerrunde. Da gibt es eine Gruppe, die schon länger zusammenarbeitet, eine «closed user group» sozusagen, und jetzt kommt da ein neuer Player dazu, und der soll einfach zu den bestehenden Bedingungen mitspielen? Nein! Wir wollen zuerst zum Beispiel wissen, wie die Strukturen und Kostenmodelle aussehen. Und wir hätten gerne Kostendaten der Ärzte, denn wir denken wettbewerblich. Wir orientieren uns an denen, die die besten Geschäftsstrukturen haben, die anderen sollen selber sehen, wie sie sich durchschlagen. Wir brauchen also Transparenz über diese Daten.

Und die haben Sie bislang nicht?

CA: Die haben wir bislang nicht!

Das heisst, Sie spielen den Ball wieder zurück an die Ärzte. Diesmal verhindern Sie eine Lösung, weil Sie intransparent sind, Herr Gähler.

EG: Ich möchte betonen, dass wir immer gesagt haben, dass wir die Curafutura bei den Verhandlungen als gleichwertigen Partner dabei haben möchten. Das Problem war zunächst, dass die Santésuisse das nicht wollte, weil die Curafutura aus ihrer Sicht kein Partner ist. Und bezüglich der Transparenz der Daten: Alle diejenigen, die bei dieser Tarifstruktur mitarbeiten, haben Einblick in die Daten. Da die Curafutura noch gar nicht irgendwo eingetreten ist, können wir ihr auch keinen Einblick ermöglichen.

Jetzt ist also die Frage, wer zuerst nachgibt?

EG: Nein, das hat nichts mit Nachgeben zu tun!

Doch, wenn die Curafutura bereit wäre zu verhandeln, dann würden Sie auch die Daten liefern.

EG: Ja, dann wären die Daten offen.

CA: Dann haben wir ja heute ein Problem gelöst!

Das freut mich. Sie wären also auch bereit für Verhandlungen, Herr Affolter?

CA: Ja.

Erlauben Sie mir, zum Abschluss noch eine grundsätzliche Frage zu stellen. Wie war es möglich, dass nur zehn Jahre nach Einführung des TARMED der Revisionsbedarf und gleichzeitig die Uneinigkeit darüber so gross sein können?

EG: Das Problem ist, dass die Strukturen nicht zehn Jahre, sondern fünfzehn und mehr Jahre alt sind. In dieser Zeit hat sich vieles verändert: die Versicherungsprämien, die Mieten, die Löhne. Das muss man alles aktualisieren. Und dann haben sich auch die medizinischen Leistungen verändert, und es kamen neue dazu.

Hat man also bei der Einführung des TARMED schlicht nicht vorausgeschaut und ein zu unflexibles Modell kreiert?

EG: Nein, eher hat man im Schlusspurscht überschnell eine unausgereifte Lösung präsentiert.

CA: Eine hässliche Sache.

EG: Da gibt es schon einiges auszubügeln.

CA: Und kommt dazu, dass es um ein Milliardenbusiness geht. Da ist so viel Geld drin, dass es sich lohnt, auch nur kleinste Schrauben zu drehen. Und klar, dass das dann Zwist gibt.

Und Sie denken, dass Sie sich trotzdem je einigen werden?

CA: Ich bin wie immer optimistisch.

Wenn nur die Ärzte mitmachen?

CA: Nein, alle müssen ihren Teil dazu beitragen und sich bewegen.

Patrick Rohr arbeitet als Journalist, Fotograf und Kommunikationsberater. Bis 2007 war er Moderator und Redaktor beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»).



Wie wirkt sich der Tarifstreit zwischen dem Verband physioswiss und den Krankenversicherern auf den Alltag eines Physiotherapeuten aus? Peter Ziegler, der in Altdorf (UR) eine Praxis führt, gibt Auskunft.

Von Manuela Specker

«Auf Kosten der Qualität»

Peter Ziegler erinnert sich, als ob es gestern gewesen wäre. Im Jahr 2000, zu Beginn seiner vierjährigen Ausbildung zum Physiotherapeuten, bekam er vom damaligen Ausbildungsleiter zu hören, dass ihre Berufsgattung am Ende der Ausbildung rund zehn Prozent mehr verdienen würde. Tatsächlich jedoch mussten 14 Jahre vergehen, bis sich in der Tarifland-

schaft etwas bewegte. Heute streiten sich der Verband physioswiss und die Krankenkassen CSS, Helsana, KPT und Sanitas um die Tarife.

Gleiche Behandlung, verschiedene Tarife

Für Peter Ziegler bedeutet die gegenwärtige Situation, dass er bei Patienten, die er über Krankenversicherer abrechnet, zwei verschiedene Tarife anwenden muss.



Solange es nicht rückwirkend zu Anpassungen kommt, generiert das keinen Mehraufwand. Doch für die Praktizierenden sind die verhärteten Fronten befremdend. «Wie ist es möglich, dass man sich über eine so lange Zeit nicht einigen kann?», fragt sich der Physiotherapeut.

Peter Ziegler hat aber noch keine Sekunde lang bereut, diesen Beruf ergriffen zu haben. Seit bald vier Jahren ist er selbständig und beschäftigt mittlerweile zwei Mitarbeiterinnen in seiner Praxis in Altdorf. Der Grund seiner Berufswahl liegt in eigenen positiven Erfahrungen: Beim Snowboarden brach er sich beide Ellbogen. «Ohne Physiotherapie wäre der Heilungsprozess nicht so reibungslos verlaufen», so der 37-Jährige. Nun ist es für ihn eine grosse Genugtuung, anderen Menschen zu helfen. «Ich erfahre sehr viel Wertschätzung von meinen Patienten.»

Physiotherapie anstatt Operation

Mit einer korrekten Behandlung kann der Physiotherapeut unter Umständen nachfolgende Operationen verhindern, oder er verhilft den Patienten zu mehr Bewegungsfreiheit. Die positiven Auswirkungen dieser Arbeit sind allerdings längst nicht immer im Sinne der «evidence-based medicine» objektiv messbar. Darin ortet Peter Ziegler einen möglichen Grund, warum die Physiotherapeuten schon so lange nach dem gleichen Tarif verrechnen müssen. Einen anderen Grund sieht er darin, dass die Physiotherapie einst ein klassischer «Frauenberuf» war und somit nicht als Haupteinnahmequelle angeschaut wurde. Der Netto-Stundenlohn eines Physiotherapeuten liegt heute bei rund 33 Franken. «Den Physiotherapeuten fehlt eine starke Lobby», ist Peter Ziegler überzeugt.

Unflexibles Vergütungssystem

Irritierender als die Tatsache, dass sich Verband und Krankenversicherer nicht auf einen Tarif einigen können, ist für Peter Ziegler die Starrheit des Vergütungssystems. Unter den geltenden Tarifen kann ein Patient kaum länger als 30 Minuten behandelt werden, wenn eine Praxis wirtschaftlich funktionieren soll. Möchte ein Physiotherapeut heute also mehr verdienen, müsste er die reguläre halbstündige Behandlungszeit verkürzen, um mehr Patienten aufnehmen zu können. Das kommt für Peter Ziegler aber nicht in Frage. «Ich will ganz einfach das Beste für meine Patienten erreichen und hinter meiner Arbeitsweise stehen können.»

Das unflexible Vergütungssystem werde auch den Qualitätsansprüchen einzelner Physiotherapeuten nicht gerecht. «Ein Physiotherapeut, der sich laufend fort-

bildet und dadurch auf eine breitere Palette an Behandlungsmethoden zurückgreifen kann, verdient gleich viel wie jener, der sein Wissen lediglich im Rahmen der minimal erwarteten Ausbildungstage erweitert.» Das gehe langfristig auf Kosten der Qualität. Es sei deshalb der falsche Weg, in dieser verworrenen Situation Stimmung gegen die Krankenversicherer zu machen. «Wir

müssen den Krankenversicherern und der Gesellschaft vielmehr zeigen, dass unsere Arbeit mehr wert ist», so Peter Ziegler.

In der Tat lehnen CSS, Helsana, Sanitas und KPT die Forderungen von physioswiss nicht deshalb ab, weil sie den Physiotherapeuten partout keine höheren Tarife vergüten möchten. Vielmehr verlangen sie als Grundvoraussetzung für eine Tarifierfassung eine aktualisierte Tarifstruktur. Denn die Forderungen der Physiotherapeuten nach Abbildung ihrer Qualifikationen, sachgerechten Kosten und zeitgemässen Geschäftsmodellen machen das unumgänglich.

Hohe Verantwortung, viel Autonomie

Die Freude am Beruf lässt sich Peter Ziegler durch die Tarifstreitigkeiten nicht nehmen. «Es ist für mich jedes Mal eine grosse Genugtuung, etwas dazu beizutragen, die Lebensqualität meiner Patienten zu erhöhen.» Ansporn sind für ihn auch die hohe Verantwortung und Autonomie. «Es gibt so viele Richtungen, in die man sich als Physiotherapeut vertiefen kann. In der Arbeit mit den Patienten entscheide ich dann selber, welche Behandlung am ehesten zum Ziel führt.» Physiotherapeuten müssen ein grosses medizinisches Wissen mitbringen und schnell erfassen, wo die Hauptquelle des Problems liegt. Rückenschmerzen beispielsweise können viele Ursachen haben, manchmal spielen auch psychosoziale Faktoren mit hinein. «Darum sollten Physiotherapeuten auch über eine hohe Sozialkompetenz verfügen», so Peter Ziegler.

Er hofft, dass der vertragslose Zustand bald der Vergangenheit angehört, sonst müsse man sich längerfristig Sorgen um die Zukunft des Berufsstandes machen. Gerade wegen der Einkommenssituation kommt es schon heute immer wieder vor, dass Physiotherapeuten dem Beruf den Rücken kehren.

«Wir müssen den Krankenversicherern und der Gesellschaft zeigen, dass unsere Arbeit mehr wert ist.»

In Kürze

- Der Verband physioswiss und die Krankenversicherer stehen im Clinch wegen der Tarife.
- Notwendig für die leistungsgerechte Vergütung ist die Entwicklung einer neuen Struktur.
- Physiotherapeut Peter Ziegler sieht die Zukunft des Berufsstandes in Gefahr.

Peter Ziegler arbeitet seit zehn Jahren als Physiotherapeut, vier Jahre davon selbständig in seiner Praxis Physiotherapie Ziegler in Altdorf (UR). Er hat ursprünglich Offsetdrucker gelernt und einst einen Wintersportshop geführt.



«Will der Staat unsere Gesundheit oder unser Geld?»



Beda M. Stadler,

geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen.

Wir Eltern sind für unsere Kinder da, solange sie unmündig sind. Wir entscheiden von der Zahnspange bis zur Impfung. Meine Tochter hat sich sogar für mein Tattoo-Verbot bedankt, als sie volljährig wurde. Väterchen Staat hat seine Rolle hingegen von mündigen Bürgern erhalten. Es ist somit nicht erstaunlich, dass die gut gemeinten Ratschläge des Staates praktisch nie von seinen mündigen «Kindern» befolgt werden. Seine Top-down-Empfehlungen zu Ernährung und Gesundheit haben bislang wenig gefruchtet.

Der neueste Schildbürgerstreich, welcher die staatliche Bemutterung illustriert, ist die E-Zigarette. Es gibt genügend wissenschaftliche Daten, die belegen, dass das Dampfen 100 bis 1000 Mal weniger schädlich ist als das Rauchen. Tausende von Schweizer Rauchern haben ihr Laster zugunsten des Wasserdampfs mit etwas Aroma aufgegeben. Die allermeisten Ex-Raucher möchten hingegen noch Nikotin im Dampf haben, weil sie schliesslich bereits abhängig sind. Das ist verständlich und auch nicht schlimm, schliesslich verursacht Nikotin keinen Krebs und keine wirklichen Organschäden.

In allen umliegenden Ländern kann man die nikotinhaltigen Flüssigkeiten zum Dampfen kaufen, nicht so in der Schweiz. Man darf sie zum Eigengebrauch importieren, aber nicht mehr als 150 Milliliter in 60 Tagen und nicht mehr als zu einem Wert von 62 Franken, ansonsten droht Strafe. Der Schildbürgerstreich kommt übrigens von einem Staat, der selber den Tabakanbau subventioniert.

Der Staat will das Rauchen verbieten, weil es ungesund ist. Würde ihn die Gesundheit der Raucher wirklich interessieren, hätte er längst die E-Zigarette als weniger schädliche Alternative empfohlen. Tut er es vielleicht nicht, weil er sich mit mehr als der Hälfte des Zigarettenpreises bereichert und damit die AHV und IV unterstützen kann? Als ob noch nicht genug abgezockt wäre, schuf er den Tabakpräventionsfonds, welcher durch die Abgabe von 2,6 Rappen pro verkaufte Zigarettenpackung finanziert wird. Die staatliche Tabakprävention verfügt somit über rund 13,5 Millionen Franken. Vielleicht ist die Abnahme der Anzahl Raucher also gar nicht diesem immensen Propaganda-Aufwand zuzuschreiben, sondern mündigen Bürgern, die jetzt lieber dampfen, trotz Behinderung durch den Staat?

Da kein Beamter sich bislang die Mühe gemacht hat, herauszufinden, wie viele der Ex-Raucher dank dem Dampfen vom Laster losgekommen sind, ist dies zumindest ein Beleg dafür, dass Väterchen Staat mehr an unseren Steuern als an unserer Gesundheit interessiert ist.

Würde ihn die Gesundheit der Raucher wirklich interessieren, hätte er längst die E-Zigarette empfohlen.



twitter.com/CSSPolitik

Wie verhandeln die Einkaufsgemeinschaften HSK und Tarifsuisse um die Spitaltarife? Ein Vergleich der Hochschule Luzern zeigt, dass der Preiswettbewerb allmählich einsetzt, aber noch immer von staatlichen Eingriffen verzerrt wird.

Von Hannes Blatter und Jonas Willisegger

Vom Preis- zum Qualitäts-wettbewerb

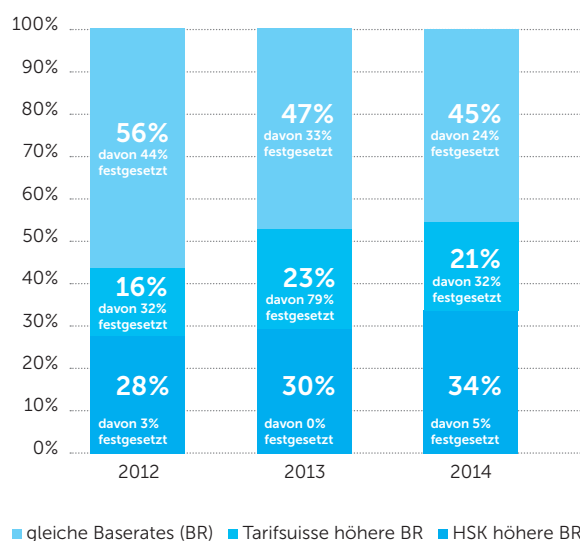
Die wettbewerblichen Mechanismen im Gesundheitswesen sollen nicht bloss ein effizientes, sondern auch ein effektives Gesundheitssystem fördern, das sich sowohl an den Kosten wie auch an der Behandlungsqualität der Leistungserbringer messen lässt. Ein Instrument zur Förderung von Wettbewerb im Gesundheitswesen ist die neue Spitalfinanzierung mit der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen im Jahr 2012. Die Basis der Spitalfinanzierung bilden nach wie vor Spitaltarife, welche zwischen Versicherern und Spitälern verhandelt werden.

Ein Forschungsteam an der Hochschule Luzern ist nun der Frage nachgegangen, welche Verhandlungsstrategien von welchen Akteuren bei der Preisbildung im Spitalwesen verfolgt werden und wie sich die beabsichtigten Marktdynamiken in den Tarifverhandlungen unter den neuen Rahmenbedingungen der Spitalfinanzierung tatsächlich entfalten können. Dazu wurden die Ergebnisse der Spitaltarifverhandlungen seit 2012 systematisch untersucht.¹ Im Fokus stand dabei die Gegenüberstellung der Baserate²-Abschlüsse der beiden Einkaufsgemeinschaften HSK (Helsana, Sanitas und KPT) und Tarifsuisse AG für sämtliche Schweizer Spitäler.

In rund der Hälfte aller Spitäler handeln die HSK und Tarifsuisse gleiche Tarife aus. Dort, wo sich die Verhandlungsergebnisse unterscheiden, sind die Tarife von Tarifsuisse mehrheitlich tiefer und häufiger kantonal festgesetzt. Dies weist auf unterschiedliche Verhandlungsstrategien hin. Tarifsuisse scheint kompromissloser auf tiefe Tarife zu setzen und die Uneinigkeit mit den Spitälern in Kauf zu nehmen, so dass der Kanton die Tarife festsetzen muss. Dies erfolgt allerdings oftmals nur provisorisch. Die Tarifpartner können sich dann trotzdem noch auf einen Tarif einigen oder gegen die kantonale Festsetzung beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde einreichen und eine nachträgliche Tarifanpassung erwirken.

Angesichts dieser Dynamiken ist ein direkter Vergleich der Verhandlungsergebnisse und Festsetzungsquoten zwar nur eine Momentaufnahme (siehe Abbildung). Dennoch kann aus der Datenauswertung das vorläufige Fazit gezogen werden, dass der Preiswettbewerb bei den Tarifverhandlungen dank veränderten Rahmenbedingungen allmählich einsetzt, jedoch von

Baserate-Verhandlungsergebnisse



staatlichen Eingriffen wie etwa kantonalen Festsetzungen verzerrt wird.

Somit stellt sich die weiterführende Forschungsfrage, unter welchen Umständen sich ein funktionierender Preis- sowie ein Qualitätswettbewerb gemäss Absicht des Gesetzgebers entfalten können. Bisherige Expertengespräche ergeben erste Anhaltspunkte zu den politisch-institutionellen Rahmenbedingungen, den ökonomischen Anreizstrukturen und den Faktoren der Transparenz medizinischer Leistungsqualität. Eine systematische Analyse der verschiedenen Einflussfaktoren wird in einem weiterführenden Forschungsprojekt an der Hochschule Luzern folgen.

Hannes Blatter, lic. ès sc. pol., ist Dozent und Projektleiter, **Jonas Willisegger**, lic. rer. soc., ist Senior Researcher. Beide arbeiten am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) an der Hochschule Luzern – Wirtschaft.

¹ Die Untersuchung ist Teil des Forschungsprogramms Öffentliches Gesundheitsmanagement der Hochschule Luzern – Wirtschaft (www.hslu.ch/oegm).

² Basispreise, welche mit dem fallspezifischen Kostengewicht der Tarifstruktur SwissDRG multipliziert werden.

Die sollen sich klemmen

Ist doch typisch: Da reden sie von Tarifpartnerschaft, aber eigentlich will doch bloss jeder das Maximum für sich herausholen. Wo bleibt da die Kundensicht? Die sollen sich mal auf den Sinn des Begriffs «Partnerschaft» besinnen und sich endlich klemmen!

Gleich lange Spiesse? Wo denn?

Welchen Spielraum haben denn schon die Krankenkassen? Die müssen einfach alle Leistungserbringer unter Vertrag nehmen und bezahlen, egal, ob diese gute oder schlechte Qualität liefern. Dieser Zwang gehört abgeschafft, hier müssen endlich gleich lange Spiesse und mehr Spielraum her.

Die Schlachtbank naht.

Die Tarifpartnerschaft zeichnet sich durch eine tolle Kontinuität aus: Seit Jahren ist alles blockiert – wie etwa beim veralteten TARMED. Doch keine Angst: Der Bundesrat wird's schon richten und die Tarife verordnen. Aber dann bitte nicht jammern, wenn die Tarifpartnerschaft auf der Schlachtbank liegt! Na dann Prost!