

**Mit Verhandlungsgeschick aus
der Sackgasse?** Seite 4



**«Wir haben nicht aus einer Lust heraus
etwas angekündigt»** Seite 10

im
dialog



Raus aus der Sackgasse

Im Fokus: Chancen für die Tarifpartnerschaft

Verena Nold

Systemwechsel?

«Weg von der Vergütung von Einzelleistungen, hin zu mehr Fallpauschalen, wie sie seit 2012 in den Spitälern zur Anwendung kommen.»

Neue Zürcher Zeitung, 11.6.2016

Pius Zängler

Aufwachen und arbeiten!

«Der subsidiäre Eingriff des Bundesrats soll die Tarifpartner aufrütteln, endlich den Ernst der Lage zu erkennen und konstruktiv an einem neuen Tarif mitzuwirken.»

Medienmitteilung curafutura, 28.10.2016

Bundesrat

Dirigieren statt diskutieren

«Der Bundesrat passt den Ärztetarif TARMED im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz erneut an, weil sich die Tarifpartner in den letzten Jahren nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten.»

Medienmitteilung des Bundesrats, 22.3.2017

Antwort des Bundesrats

Supervisor! Mediator!

«Das BAG steht betreffend Revision der Tarifstruktur TARMED in regelmässigem Kontakt mit den Tarifpartnern.»

Anfrage 16.1018, Bea Heim, 17.6.2016

Markus Trutmann, fmCh

Umverteilung fordert Opfer?

«Man muss sich ernsthaft fragen, ob sie (die kommende Generation der Chirurgen) unter diesen Umständen noch bereit ist, eine Spezialdisziplin zu erlernen.»

Aargauer Zeitung, 23.3.2017

**Jodok Wyer** ist Verwaltungsratspräsident der CSS.

Stillstand ist keine Option

Inhaltsverzeichnis

- 4 **Chancen für die Tarifpartnerschaft**
Mit Verhandlungsgeschick aus der Sackgasse?
- 7 **Standpunkt**
Und täglich grüsst das Murmeltier?
- 8 **Hintergrund**
Die Tarifpartnerschaft wiederbeleben
- 10 **Im Gespräch**
«Wir haben nicht aus einer Lust heraus etwas angekündigt»
- 14 **Praxis**
Erfolgsfaktoren: Offener Dialog und ein lernendes System
- 15 **Die andere Sicht**
Liebe ist kein Luftschloss
- 16 **Persönlich**
Der Patient als Partner
- 18 **Santé!**
Wenn zwei sich streiten
- 19 **Wissenschaft**
Qualitätswettbewerb: ein Soll-Bild

Politik ist nicht immer einfach. Aufgrund der Kompromisse, die man finden muss, fühlt es sich oft an, also ob man stillstehen würde. Stillstand charakterisiert auch die Tarifpartnerschaft im ambulanten Bereich: Nach jahrelangen, erfolglosen Verhandlungen über die Revision des Ärztetarifs TARMED befindet sich die Tarifpartnerschaft in einer Sackgasse. Dass wir schon «im dialog» 1/2015, vor gut zwei Jahren, davon berichtet haben, verdeutlicht den Ernst der Lage.

Der Unmut über die Blockaden ist allseits gestiegen. Seitens der Versicherten, die Jahr für Jahr unverhältnismässig höhere Prämien für unser Gesundheitswesen ausgeben müssen, und seitens der Politik, die die Sorgen der Bevölkerung aufgenommen hat und dies aktuell mit Vorstössen im Parlament untermauert.

Eins ist für mich unbestritten: Die Tarifpartnerschaft bietet trotz allen Rückschlägen Chancen – wie man beispielsweise im stationären Bereich erkennen kann. Es braucht jedoch offensichtlich endlich massiveren Druck und neue Spielregeln, damit sich die Tarifpartner wieder auf gemeinsame Lösungen einigen können. Es gilt nun, kluge Rahmenbedingungen zu entwickeln, um einerseits die Gestaltungsfreiheit der Akteure zu fördern, aber andererseits auch Blockaden unattraktiv zu machen.

Darüber suchen wir mit Ihnen weiterhin den Meinungsaustausch. Wir starten in dieser Publikation den Dialog über die Zukunft der Tarifpartnerschaft und versuchen, Wege aus der Sackgasse aufzuzeigen.

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Judith Dissler, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (Text) und Peter Kruppa (Art Director) | Bildnachweis: Raffael Waldner, iStock/IakovKalinin, Rahel Krabichler, fotolia/Phimak, gettyimages/Thomas Barwick, zVg | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



Die Verhandlungen für einen neuen TARMED befinden sich seit längerem in einer Sackgasse. Was es bräuchte, um vielleicht einen Ausweg zu finden, wurde Ende Januar am gesundheitspolitischen Anlass der CSS in Bern diskutiert.

Von Roland Hügi

Mit Verhandlungsgeschick aus der Sackgasse?

Die Tarifpartnerschaft und die ihr zugrunde liegende Tarifautonomie werden immer wieder als unverzichtbare Elemente des schweizerischen Gesundheitssystems heraufbeschworen. Tatsächlich gibt das Krankenversicherungsgesetz (KVG) den Rahmen dazu: Tarife und Preise werden nach Artikel 43 Absatz 4 KVG grundsätzlich in Tarifverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart. Was im Gesetz einfach und sachlogisch tönt, erweist sich in der Praxis teilweise als kaum umsetzbar. Aus diesem Grund hat das Parlament 2013 dem Bundesrat die subsidiäre Kompetenz erteilt, Anpassungen an der Tarifstruktur vorzunehmen, wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.

Sand im TARMED-Getriebe

Gerade im grossen nationalen Tarifwerk, der Einzelleistungsstruktur zur Tarifierung ambulanter ärztlicher Leistungen – dem TARMED –, harzt es gewaltig. Ein konstruktiver Dialog unter den Tarifpartnern zur Weiterentwicklung des TARMED ist seit seiner Einführung 2004 weitgehend ausgeblieben. «Alle gegen einen», «Jeder misstraut jedem». Das sind bloss zwei von zahlreichen Titeln, die im vergangenen Sommer die Medienberichte rund um das Thema TARMED zierten. Wohl wurden am Vertragswerk in den vergangenen Jahren kleinere Retuschen angebracht. Aber substanzielle und dringend notwendige Anpassungen der Tarifstruktur sind an der Uneinigkeit der beteiligten Tarifpartner FMH, H+, curafutura, Santésuisse und MTK gescheitert. Und dies, obwohl der Revisionsbedarf von keiner Seite bestritten wird. Inwiefern Verhandlungen in einer – voraussichtlich – neuen Runde gelingen können, hängt in erster Linie davon ab, ob der monetäre

«Für die FMH war nämlich stets klar, dass eine kostenneutrale Umsetzung der Besserstellung der Grundversorger, wie sie vom Bund einverlangt wurde, einer Quadratur des Kreises gleichkommt.»

Zielkonflikt gelöst wird und die Diskussionen effektiv auf Augenhöhe geführt werden. Beides war in der gescheiterten Verhandlungsrunde in den vergangenen Jahren ganz offensichtlich nicht der Fall.

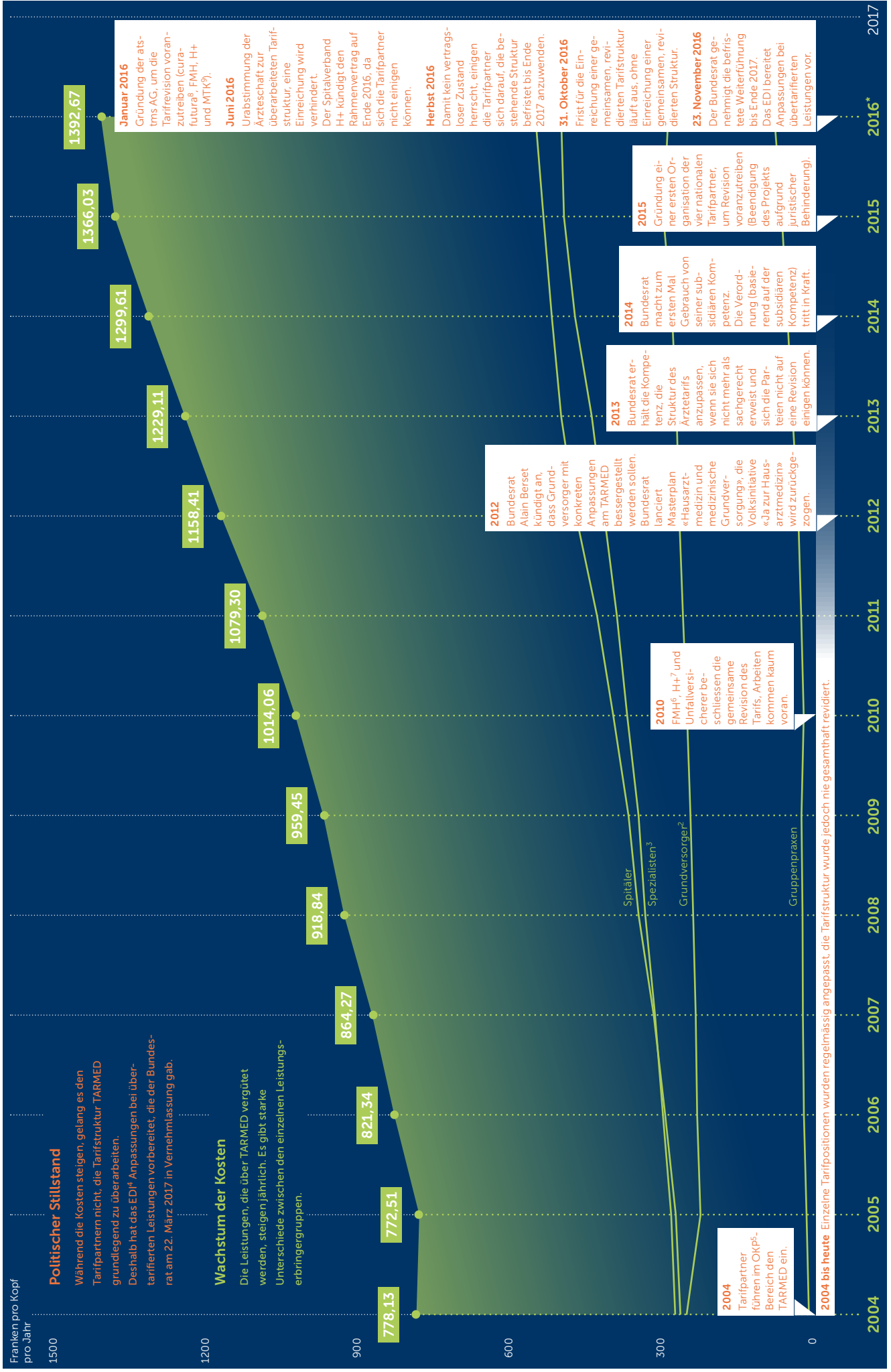
Die Botschaft des Sonderbotschafters

Deshalb zeigte die CSS an ihrem traditionellen gesundheitspolitischen Anlass vom Januar 2017 in Bern auf, wie eine erfolgreiche Verhandlungstaktik aussehen könnte. Mit Eduard Gnesa, Sonderbotschafter in der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), konnte sie einen ausgewiesenen Verhandlungsprofi präsentieren. Gnesa war in den vergangenen Jahren massgeblich daran beteiligt, dass die Schweizer Migrationsaussenpolitik immer wieder Erfolge erzielen konnte, zum Beispiel bei der Rückführung abgewiesener Asylsuchender. Dass das Publikum am CSS-Anlass seine Ausführungen über Problem- und Selbstanalysen, über Maximal- und Minimalziele sowie über rote Linien mit regem Interesse aufnahm, war kaum erstaunlich. Eingeladen waren nämlich unter anderem Vertreterinnen und Vertreter genau jener Gruppierungen, die sich bis 2016 nicht auf einen neuen TARMED einigen konnten.

In Kürze

- Im Sommer 2016 scheiterten die Verhandlungen zum neuen TARMED.
- Killerkriterium war die höchst umstrittene Kostenneutralität.
- Noch geniesst aber die Tarifautonomie für alle Beteiligten höchste Priorität.

Entwicklung der ambulanten Kosten¹ und der Tarifstruktur TARMED



Daten der CSS Gruppe, Datenstand 27.2.2017. Die Daten stehen ab 2008 in sehr guter Qualität zur Verfügung, die Papier-rechnungen vor 2008 konnten weniger detailliert erfasst werden.
¹ Für die Berechnung der «Bruttoleistungen pro Kopf» wurden Abrechnungsdaten sowie Versichertenbestands-daten berücksichtigt.
² Als Grundversorger wurden die Partnerarten «Allgemeine Innere Medizin», «Allgemeinmedizin», «Innere Medizin», «Praktischer Arzt», «Kinder- und Jugendmedizin» der Obergruppe «Ärzte» zusammengefasst.
³ Alle anderen Partnerarten aus der Obergruppe «Ärzte»
⁴ Eidgenössisches Departement des Innern
⁵ Obligatorische Krankenpflegeversicherung
⁶ Medizinalltarif-Kommission
⁷ Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser
⁸ Verband der Krankenversicherer CSS, Helveta, Sanitas und KPT
⁹ Medizinalltarif-Kommission

→ **Wenn Partner sich streiten**

Doch wenn alles so vermeintlich einfach zu sein scheint, wie man aus dem Referat von Eduard Gnesa hätte heraushören können: Weshalb können sich dann Gruppierungen, die zudem Tarifpartner sind, nicht auf eine partnerschaftliche Lösung einigen? Zu dieser Frage kreuzten an der CSS-Veranstaltung Jürg Schlup, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), sowie Philomena Colatrella, Vorsitzende der CSS-Konzerntleitung, die Klingen. Auf den ersten Blick schienen da Positionen aufeinanderzutreffen, die so weit gar nicht auseinanderliegen. Beide waren sich nämlich einig, dass ein neuer Tarif letztlich vor allem gesetzeskonform, sachgerecht und betriebswirtschaftlich sein muss. Auch sei man sich durchaus nahegekommen, was die Struktur eines neuen TARMED anbelange. «In diesem Punkt haben wir im Verlaufe der Verhandlungen keineswegs aneinander vorbeidiskutiert», sagte FMH-Präsident Schlup. Damit hatte es sich aber auch schon, was die Gemeinsamkeiten betraf. «Denn», schob Jürg Schlup sogleich nach, «Gesetzeskonformität, Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit waren bloss eine der Zielsetzungen, mit denen die FMH in die Verhandlungen gestiegen war.» Eine weitere lautete: «Die Haus- und Kinderärzte müssen finanziell bessergestellt werden, jedoch nicht durch eine lineare Umverteilung zwischen Ärztegruppen.»

Ein grosser Graben

Genau an diesem Punkt tat sich an den TARMED-Verhandlungen denn auch der grosse Graben zwischen den Verhandlungspartnern auf. Nicht, dass die Besser-

stellung der Hausärzte grundsätzlich in Frage gestellt worden wäre. Wohl aber die finanziellen Auswirkungen, die sich unter anderem durch diese Massnahme ergeben hätten und die letztlich massgebend waren für das Scheitern des neuen TARMED. «Für die FMH war nämlich stets klar, dass eine kostenneutrale Umsetzung der Besserstellung der Grundversorger, wie sie vom Bund einverlangt wurde, einer Quadratur des Kreises gleichkommt», so Schlup. Und hier habe er leider keinerlei Kompromissbereitschaft der beteiligten Tarifpartner gespürt. Ein Umstand, den Philomena Colatrella, welche die Sicht der Krankenversicherer vertrat, im Prinzip genau gleich sah – allerdings unter völlig anderen Vorzeichen: «Für uns war nämlich die Kostenneutralität die oberste Zielsetzung – und auch wir haben letztlich die Kompromissbereitschaft auch nicht ansatzweise erkennen können.» Beide beriefen sich in ihren Ausführungen auf die jeweiligen Anspruchsgruppen, die sie zu vertreten haben: Hier die 36 000 Ärztinnen und Ärzte, die von einem neuen Tarif logischerweise einen monetären Schritt nach vorne erwarteten. Dort die Millionen von Versicherten, deren bereits heute schon hohe Prämien mit einem teureren TARMED noch weiter in die Höhe geschneit wären.

Auf jeden Fall zeigten diese Gesprächspassagen exemplarisch, in welchem Dilemma die einzelnen Gruppierungen verhandelten. Wohl forderten beide Pole Kompromissbereitschaft ein. Allerdings interpretierten die einen diese so, (finanzielle) Luft nach oben zu erhalten, für die anderen war ebenso klar, dass zwingend (finanzielle) Luft nach unten notwendig sei, um sich letztlich zu finden. Eine fatale Ausgangslage, bei der letztlich der Begriff «Kompromiss» zwischen den beiden Polen regelrecht zerrieben wurde.

Wie geht es nun weiter?

Da sich die Tarifpartner bis zum Oktober 2016 (vgl. Infografik) nicht auf eine gemeinsame Revision einigen konnten, reichten sie dem Bundesrat einzeln oder in kleinen Gruppen Verbesserungsvorschläge ein. Dieser kündigte im November 2016 an, seine subsidiäre Kompetenz wahrzunehmen und einen Tarif festzusetzen. «Ärzte warten gespannt auf Berset», vermeldete die «Berner Zeitung» Ende Februar 2017 – der Tarifeingriff wurde von allen Seiten mit Spannung erwartet. Am 22. März 2017 eröffnete der Bundesrat die Vernehmlassung zu seiner geplanten Verordnung. Gemäss Medienmitteilung sollen die Änderungen an der Tarifstruktur schon auf den 1. Januar 2018 in Kraft treten. Gesundheitsminister Alain Berset setzt mit dem Eingriff deutliche Signale: «Der Bund senkt die Ärztetarife», titelte die «Neue Zürcher Zeitung» am 23. März 2017. Mit den geplanten Massnahmen sollen Einsparungen von rund 700 Millionen Franken pro Jahr erzielt werden – insbesondere auf Kosten von Spezialärzten. Bis zum 21. Juni 2017 haben die Tarifpartner und weitere Kreise nun Zeit, sich zur Vorlage zu äussern. Die Medienberichterstattung verdeutlicht die Blockaden im Gesundheitswesen: Keinesfalls beurteilen alle Gruppierungen den Eingriff als positiv.

Tarifautonomie hat erste Priorität

So sang- und klanglos die Verhandlungen in der TARMED-Runde 2016 gescheitert sind, so einig waren sich Jürg Schlup und Philomena Colatrella in der Frage der Tarifautonomie. «Für die Schweiz ist sie der Königs-



Ein konstruktiver **Dialog unter den Tarifpartnern** zur Weiterentwicklung des TARMED ist seit seiner Einführung 2004 **weitgehend ausgeblieben.**



Der Bundesrat will mit den geplanten Massnahmen rund **700 Millionen Franken einsparen.**

Seit zwei Jahren herrscht Stillstand in den Tarifverhandlungen im ambulanten Bereich. Woran liegt es, dass keine tragfähigen Lösungen gefunden werden können?



Gerd Marschall ist Fachspezialist Tarifstrukturen/Gesundheitspolitik bei der CSS.

✉ gerd.marschall@css.ch

Und täglich grüsst das Murmeltier?

Eigentlich hätte ich es mir einfach machen und den Standpunkt unserer ersten «im dialog»-Ausgabe des Jahres 2015 aus der Schublade ziehen können. Dessen Inhalt unter dem Titel «Das drohende Ende der Tarifautonomie» wäre auch heute mit nur geringfügigen Anpassungen passend. Gerade so, als wäre die Zeit stillgestanden. Eine meiner damaligen Aussagen war, dass – sollte die Revision der Tarifstruktur TARMED erneut an der Uneinigkeit der Tarifpartner scheitern – der Bundesrat die aus seiner Sicht notwendigen Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen wird und damit der TARMED für lange Zeit zu einem Staatstarif und die Tarifautonomie zu einer leeren Hülle verkommen würde. Déjà-vu? Nein! Es handelt sich weder um ein psychologisches Phänomen, noch zeugt die zwischenzeitliche Entwicklung – oder besser gesagt der zwischenzeitliche Stillstand – für meine besonderen, seherischen Fähigkeiten. Waren die Tarifpartner einfach untätig? Ebenso nein! Es wurde in den letzten beiden Jahren sogar sehr viel von allen Verhandlungsparteien in das gemeinsame Revisionsprojekt investiert. Woran liegt es dann, dass all die Bemühungen zu keinem gemeinsamen Ergebnis führten? Es liegt – und das muss offen ausgesprochen werden –

an der Unfähigkeit der Tarifpartner! Die Ursache dieser Unfähigkeit, einen für alle Seiten tragbaren Kompromiss zu erzielen, liegt in den grundsätzlich unterschiedlichen Erwartungen der Tarifpartner an das Revisionsergebnis, auch wenn das gemeinsame Ziel der sachgerechten Weiterentwicklung der Tarifstruktur tatsächlich existiert. Natürlich erwarten die Leistungserbringer mit einer sachgerechten Weiterentwicklung auch eine Verbesserung ihrer Erträge. Andererseits gehört es zur Kernaufgabe der Krankenversicherer, verantwortlich mit den Prämiegebern umzugehen und die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen. Nun darf nicht erwartet werden, dass es den Tarifpartnern in gleicher Weise gelingt, diesem Stillstand zu entkommen, wie dem egozentrischen und zynischen Protagonisten der Hollywood-Komödie «Und täglich grüsst das Murmeltier», der in einer Zeitschleife gefangen ist und dieser erst entkommen kann, nachdem er sich geläutert hat. Es ist vielmehr höchste Zeit, die Tarifstrukturentwicklung zu entpolitisieren und die Rahmenbedingungen zu schaffen, welche den notwendigen Druck erzeugen, dass sich die Tarifpartner auf die Sachgerechtigkeit konzentrieren und ein Scheitern der Verhandlungen keine Option mehr ist.

weg», sagte Jürg Schlup. Alles andere sei schlecht. Ziel müsse es deshalb sein, im Rahmen der Tarifpartnerschaft, die im Gesetz explizit vorgesehen sei, möglichst vieles selber zu regeln und nicht staatlichen Tarifeingriffen zu überlassen. Mit dieser Forderung stiess er bei Philomena Colatrella auf offene Ohren. «Ich bin überzeugt, dass eine Tarifautonomie im vorliegenden Falle gelingen muss und auch kann», sagte sie. «Aber die Leitplanken müssen im Voraus klarer definiert sein. Nur wenn für alle beteiligten Parteien die Handlungsziele klar sind und die Zielanalyse sauber ausgeführt wird, können sich die Partner wieder an einen Tisch setzen.» Sie schloss so indirekt den Kreis

zu Eduard Gnesa. Dieser nannte als zentrale Kriterien für die Aufnahme von Verhandlungen «eine klare und realistische Zielanalyse, eine starke gemeinsame Positionierung und transparente Kommunikation». Alles Punkte, an denen die TARMED-Partner in den kommenden Monaten feilen müssen, um sich letztlich zu einer partnerschaftlichen Lösung durchzuringen, welche diesen Namen auch wirklich verdient.

Es ist Dogma und Mantra von Versicherern und Leistungserbringern zugleich: die Tarifpartnerschaft und die ihr zugrunde liegende Tarifautonomie als unverzichtbare Elemente des gelobten und teuren schweizerischen Gesundheitssystems. Die Praxis zeigt ein anderes Bild. Es stellt sich die Frage, warum Verhandlungslösungen offensichtlich kaum möglich sind und was denn helfen könnte, die Tarifpartnerschaft wiederzubeleben.

Von Dr. Christian Affolter

Die Tarifpartnerschaft wiederbeleben

W

arum sind Verhandlungslösungen kaum möglich? Betrachtet man die Tarifpartnerschaft im ambulanten Bereich, zeigen sich drei zentrale Elemente, die diese behindern.

1. Gemeinsame Ziele fehlen: Die Partner haben keine gemeinsamen Interessen und daraus abgeleitete Verhandlungsziele. Es gibt bei jedem Verhandlungsschritt Streit um Geld, das Sachziel einer korrekten Tarifstruktur tritt völlig in den Hintergrund, und das gegenseitige Vertrauen leidet. Weiter treten die einzigen in Spitzenverbänden organisierten Verhandlungspartner nicht mehr geeint auf. Die Versicherer spalteten sich in zwei Verbände und weitere Einkaufsgemeinschaften auf, die Ärzteschaft teilt sich in Spezialisten und Grundversorger, die ihre unterschiedlichen gewerkschaftlichen und standespolitischen Interessen nicht mehr gemeinsam vertreten können. Hinzu kommen noch zwei weitere Probleme: Einerseits sind die Versicherer eher auf der Gewinnerseite, wenn kein Verhandlungsergebnis zustande kommt und allenfalls der Bund den Tarif durchgibt, und andererseits gewinnen die Ärzte, wenn es darum geht, die medizinische Versorgung gegen stabile Prämien abzuwägen.

2. Regulatorische Rahmenbedingungen sind unzulänglich: Da wäre der Vertragszwang, der den Druck des Wettbewerbs sowie den Bedarf an erfolgreichen Verhandlungen stark einschränkt. Zudem kann sich eine gleichgewichtige Verhandlungssituation aufgrund der Informationsasymmetrie nicht einstellen, und eine Verpflichtung zur Transparenz über die zugrunde liegenden Daten gibt es nicht. Schliesslich werden die Genehmigungsbehörden aufgrund der genannten Zersplitterung der Akteure plötzlich mit Tarifgesuchen konfrontiert, die nicht mehr einstimmig von allen Tarifpartnern kommen. Kurz: Es fehlen geordnete Strukturen und Prozesse zur Tarifpflege.

3. Untätigkeit wird nicht bestraft: Es wird Mikado gespielt. Aufgrund fehlender marktwirtschaftlicher Elemente der geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und fehlender gemeinsamer Interessen sind Verhandlungsergebnisse für die Partner ein Risiko. Denn für die Versicherer bedeuten diese potenziell höhere Kosten, für die Leistungserbringer potenziell sinkende Einkünfte. Deshalb wird im Schutze der Rechtslage taktiert.

Wiederbelebung der Tarifpartnerschaft

Verhandlungslösungen können bessere Resultate als Verordnungen hervorbringen, vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen sind so gesetzt, dass es nicht von vornherein Gewinner und Verlierer gibt und nichts tun keine lohnenswerte Alternative ist. Wie kann es gelingen, einerseits die Gestaltungsfreiheit der Akteure zu fördern und andererseits Blockaden unattraktiv zu machen?

1. Verhandlung unter Gleichgesinnten: Wer verhandeln will und kann, verhandelt über einen gemeinsamen Tarif. Das wären dann wohl nicht mehr Spitzenverbände der Tarifpartner, sondern beispielsweise eine grosse Krankenversicherung mit den Haus- und Kinderärzten oder ein Versichererverband mit einer oder mehreren ärztlichen Fachgesellschaften. Geht es um Pauschaltarife, ist dies problemlos möglich, geht es aber um einen nationalen Einzelleistungstarif, muss die Genehmigungsbehörde einen Festsetzungsentscheid möglicherweise gegen Mehrheiten fällen. Eine notwendige neue Situation, mit der sich das Amt schwertut.

2. Liberale Marktbedingungen: Das heute bequeme Mikado kann durch eine Liberalisierung der (regulatorischen) Bedingungen unattraktiv gemacht werden. Wer

«Nur wer verhandeln will, verhandelt über einen gemeinsamen Tarif.»

keinen oder keinen gescheiterten Vertrag abschliesst, soll verlieren. Ein wichtiges Mittel dazu wäre beispielsweise die Aufhebung des Vertragszwangs oder die Aufhebung der Genehmigungspflicht für Tarife und Strukturen.

3. Verschärfung der Regeln: Ein weiteres Mittel gegen Mikado wäre eine Regelung für ein gemeinsames Tarifbüro der Tarifpartner im ambulanten Bereich. Damit könnte durch eine professionelle Instanz einerseits eine datenbasierte Tarifstruktur entwickelt und gepflegt und andererseits Blockaden durch Nichtpartizipation verhindert werden.

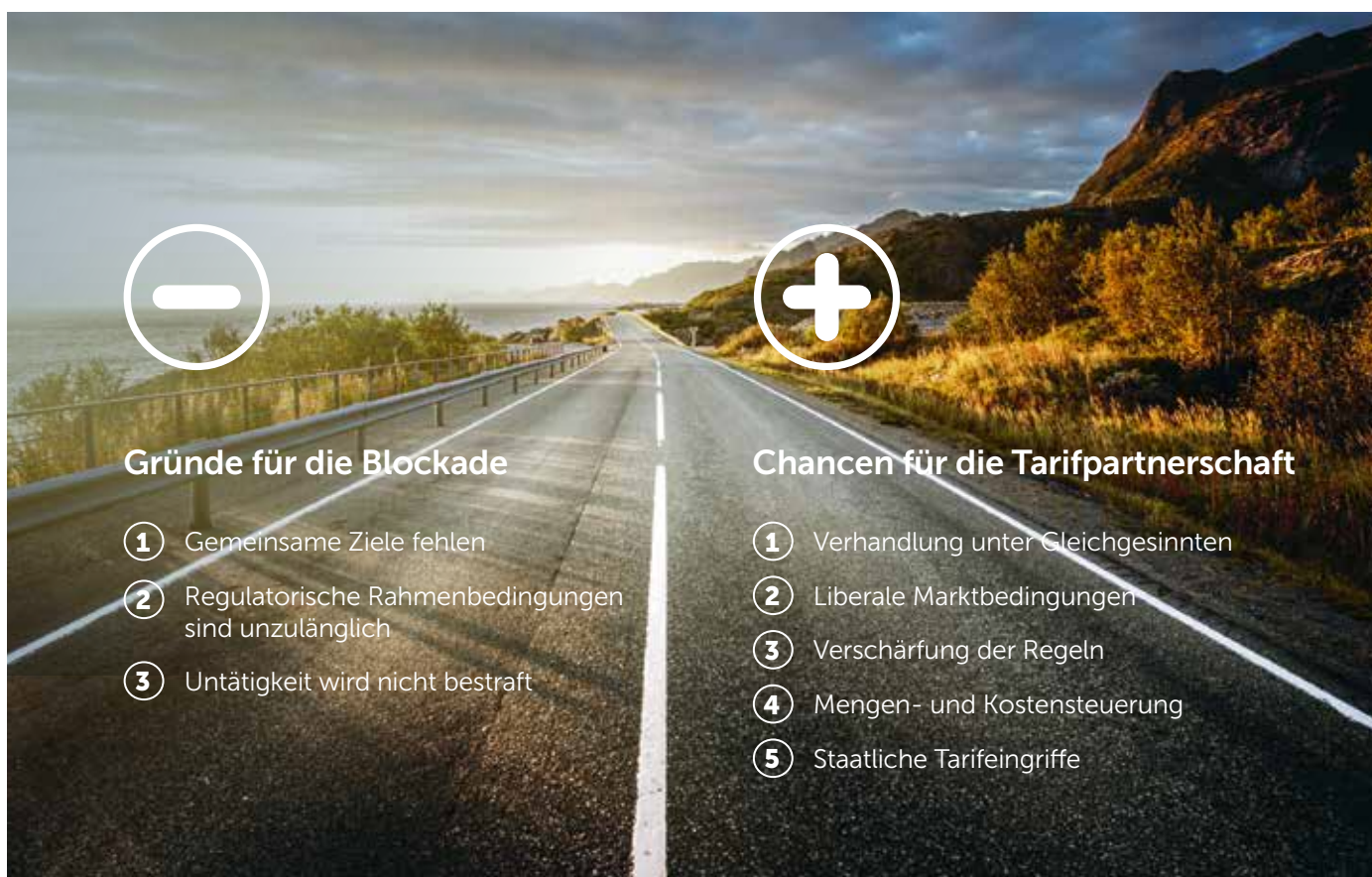
4. Mengen- und Kostensteuerung: Als Kostenbremsen in Frage kommen etwa die Anbindung der Kostenentwicklung an einen Index bzw. punktuelle Vorgaben zu Tarif, Leistung oder zu erbringenden Mengen, sobald Schwellenwerte überschritten werden. Die Wirkungen solcher Kostenbremsen werden kontrovers diskutiert. Rationierung sagen die einen, Qualitätssteigerung und Effizienz die anderen. Unbestritten ist wohl der Druck, auch ökonomische Aspekte in die Tarifverhandlungen mit einzubeziehen. Wichtig in diesen Diskussionen ist nicht nur eine Auseinandersetzung mit Preisen und Kosten, sondern auch mit Leistungen. Es dient insbesondere einer hochqualitativen Leistungserbringung, wenn man bewusst auf wirkungsarme Behandlungen verzichtet.

5. Staatliche Tarifeingriffe: Mit dem subsidiären Eingreifen in den geltenden Arzttarif ohne Einigung der Tarifpartner entsteht faktisch ein Staatstarif. Die Tarifpartner können jederzeit die Hoheit darüber durch die Aufnahme von Verhandlungen zurückerlangen;

die Frage ist einfach, ob sie können oder wollen. Ein behördlich festgesetzter Einzelleistungstarif macht potenziell alle unglücklich. Er hat allerdings zwei ganz wertvolle Eigenschaften: Er ermöglicht erstens die Verhandlung unter Gleichgesinnten, da er – glaubt man den Klagen der Ärzteschaft – äusserst unangenehm wirkt, und zweitens sind seine Kostenwirkungen sozusagen politisch legitimiert.

Die Hebel zur Wiederbelebung der Tarifpartnerschaft setzen an verschiedenen Punkten an und unterscheiden sich nicht zuletzt im Preis ihrer Umsetzbarkeit. Idealerweise finden sich zwei Verhandlungspartner, die verhandeln können und wollen und Lösungen zustande bringen. Dann muss sich niemand an einem unattraktiven Staatstarif stören, der auch in gewisser Weise eine Rahmenbedingung ist. Eines sollte allen klar sein: Wenn Tarifpartnerschaften Zukunft haben sollen, braucht es Kraftakte, um den Boden dazu neu zu ebnet. Sonst werden politische Tarife flächendeckend Einzug halten und die Akteure zu Abrechnungspartnern degradieren.

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).



Wer ist schuld, dass die TARMED-Verhandlungen gescheitert sind? Und wie soll es jetzt weitergehen? Über diese Fragen streiten BAG-Direktor Pascal Strupler und Bernhard Wegmüller, Direktor des Spitalverbands H+.

Interview: Patrick Rohr

«Wir haben nicht aus einer Lust heraus etwas angekündigt»

Patrick Rohr: Herr Wegmüller, der Spitalverband H+ hat auf Ende letzten Jahres den Rahmenvertrag gekündigt und ist aus der Tarifpartnerschaft ausgestiegen. Ist das nicht ein Schuss in den Rücken Ihrer Partner, nach all den zähen Verhandlungen?

Bernhard Wegmüller: Wir haben uns das gut überlegt. Unser Ziel war, zu sagen: Wir sollten uns wieder zusammenraufen! Die Verhandlungen waren festgefahren, und um etwas zu bewegen, haben wir den Vertrag gekündigt. Denn jetzt sind wir gezwungen, eine Lösung zu finden.

PR: Und wenn jetzt noch mehr Verhandlungspartner aussteigen? Dann wäre wohl das ganze Werk gefährdet?

BW: Wir haben einen Vorschlag gemacht, zu dem alle anderen Verhandlungspartner nein gesagt haben. Faktisch sind unsere Partner dadurch bereits ausgestiegen.

PR: Was wäre denn jetzt Ihr Wunsch-szenario? Was bräuchte es, damit Sie wieder mit im Boot wären?

BW: Grundsätzlich sind wir bei der Gesamtrevision ja mit im Boot. Das Problem ist: Nachdem der Bund angekündigt hat, einzugreifen, haben alle Verhandlungspartner angefangen, sich gegenüber dem Bund zu positionieren, statt sich zu einigen.

PR: Also ist der Bund schuld an der heutigen Situation?

BW: Schuld ist ein hartes Wort, aber tat-

«Nachdem der Bund angekündigt hat, einzugreifen, haben alle Verhandlungspartner angefangen, sich gegenüber dem Bund zu positionieren, statt sich zu einigen.»

Bernhard Wegmüller



sächlich hat der Anreiz, uns untereinander zu einigen, mit der Ankündigung des Bundes abgenommen.

PR: Also sind Sie doch schuld, Herr Strupler! Weil Sie angekündigt haben, bei einem Scheitern der Verhandlungen einzugreifen.

Pascal Strupler: Wir haben nicht einfach aus einer Lust heraus etwas angekündigt, es ist ein gesetzlich so vorgesehener Eingriff: Der Bund kommt unter anderem dann subsidiär ins Spiel, wenn es einen vertragslosen Zustand gibt.

BW: Ja, aber das Problem ist: Sie sagten nicht nur, Sie würden eingreifen. Sie sagten auch: Entweder ihr einigt euch, oder ihr macht uns Vorschläge, wo ihr Kürzungen vornehmen könnt. Ab dem Moment war für die Versicherer klar: Toll, wenn wir keine Lösung finden, gibt es Kürzungen. Klar, dass den Versicherern das gefällt. Wieso sollten sie dann noch mit den anderen Tarifpartnern, den Leistungserbringern, weiterverhandeln?

PR: Das scheint mir ein nachvollziehbares Argument, Herr Strupler.

PS: Wenn wir das nicht gesagt hätten, wäre das Resultat genau das gleiche gewesen! Die Tarifpartner konnten sich schon vorher nicht einigen. Und auch innerhalb der Dachverbände kracht es schon länger im Gebälk, sowohl bei den Ärzten als auch bei den Versicherern. Die Atomisierung der Interessen hat die Verhandlungen nicht einfacher gemacht.



PR: Die FMH ist in dieser Frage sehr zerstritten, und auch die Versicherer haben sich vor drei Jahren in zwei Verbände gespalten. Spielen Sie darauf an?

PS: Ja. Das ganze politische System der Schweiz, nicht nur der TARMED und die Tarifpartnerschaft, ist auf Konkordanz gebaut. Damit Konkordanz funktioniert, braucht es einen Konsens. Und den gibt es nicht mehr. Es gibt keine Figuren mehr, wie es sie zeitweise gegeben hat: Leute, die das Konkordanzsystem ernst nahmen, sich zusammenraufen und einen Konsens suchten, damit das System funktionieren konnte. Es fehlt heute der Wille, einen Konsens zu finden.

PR: Höre ich hier einen gewissen Frust heraus?

PS: Ich bin nicht frustriert, aber ich stelle fest, dass man sowohl auf Seiten der Ärzte als auch auf Seiten der Versicherer möglichst viel Wettbewerb und keine staatlichen Eingriffe will. Aber jetzt, wo man keinen Konsens findet, ist man froh, den Schwarzen Peter dem Bund zuschieben zu können.

BW: Wir sind nicht froh, und wir von H+ haben auch nie angestrebt, dass der Bund jetzt Schiedsrichter spielen muss. Wir hätten auch lieber eine partnerschaftliche Lösung gehabt. Aber man muss sich auch fragen: Sind denn die gesetzlichen →

Bernhard Wegmüller leitet seit 13 Jahren den Spitalverband H+, zu dem er bereits 2001 stiess. Davor war der promovierte Naturwissenschaftler in der Privatwirtschaft im Medizinalbereich tätig.

Pascal Strupler ist seit Januar 2010 Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Davor war er lange Jahre Generalsekretär des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) unter Bundesrat Pascal Couchepin.

→ Rahmenbedingungen, um sich für ein System zu finden, überhaupt ideal? Der stationäre Bereich ist aus unserer Sicht bedeutend besser geregelt.

PR: Mit den DRG?

BW: Ja, da hat man gesagt: Es gibt eine Organisation, die die Tarifstruktur regelt, und in dieser Organisation sind alle Partner dabei. Die Leistungserbringer müssen die notwendigen Daten liefern, damit man die Struktur berechnen kann. Es kann einem dann immer noch passen oder nicht, aber am Schluss hat man eine datenbasierte Tarifstruktur, und über die gibt es nichts zu diskutieren. Wir müssen uns überlegen, ob wir beim TARMED nicht auch diesen Weg gehen wollen, denn eine so komplexe Struktur verhandeln zu wollen, ist wahrscheinlich nicht realistisch.

PR: Obwohl Sie einen Vorschlag auf dem Tisch hatten, von dem Sie dachten, es sei ein guter Vorschlag?

BW: Ja, aber gewissen Verhandlungspartnern haben diese Berechnungen nicht gepasst. So einfach ist das.

PS: Nun gut, dann ist es eben noch keine Partnerschaft, wenn nur eine Partei

einverstanden ist. Sie stellen sich jetzt immer ein bisschen als Opfer dar: Sie hätten schon gewollt, aber die anderen nicht. In einer Partnerschaft müssen alle wollen. Im Übrigen ist es im Gesundheitswesen nicht selten so, dass die Stakeholder selber schuld sind, wenn der Staat zu viel eingreift.

BW: Ich sage es noch einmal: Die Art, wie dieser Eingriff stattfindet, hilft sicher nicht, dass wir uns einigen. Wenn der Schiedsrichter gleich zu Beginn sagt, für wen er Partei ergreift, dann muss man sich nicht wundern, wenn sich die Verhandlungspartner nicht einigen.

PS: Was heisst Partei ergreifen? Das haben wir nicht gemacht. Es ist eine Tatsache, dass die Tarifstruktur überholt ist. Die Struktur führt dazu, dass wir eine Mengenausweitung haben und dass wir Leistungen haben, die nach betriebswirtschaftlichen Verhältnissen bemessen werden, die vor bald 20 Jahren galten.

PR: Als man den TARMED zu entwickeln begann.

PS: Genau. Die technische Entwicklung führt dazu, dass bestimmte Operationen heute dank moderner Technologie im Vergleich zu vor 20 Jahren viel weniger

«Es ist im Gesundheitswesen nicht selten so, dass die Stakeholder selber schuld sind, wenn der Staat zu viel eingreift.»

Pascal Strupler

Zeit in Anspruch nehmen. Bewertet werden sie aber immer noch auf den Grundlagen von damals. Ausserdem haben wir im ambulanten und im spitalambulanten Bereich eine Mengenausweitung in einem Ausmass, das medizinisch nicht nachvollziehbar ist.

BW: Weil der Bund, die Kantone und die Versicherer forderten, mehr im ambulanten Bereich abzuwickeln.

PS: Aber nach wirtschaftlichen Kriterien! Ich erinnere daran, dass wir im KVG Kriterien haben, nach denen Eingriffe erfolgen müssen, und eines dieser Kriterien ist die Wirtschaftlichkeit.

PR: Herr Wegmüller, negieren Sie denn, dass man kostenseitig etwas machen muss?

BW: Im Gegenteil! Aber man kann nicht einfach nur die Bereiche, die übertarifert sind, nach unten anpassen. Man müsste auch einmal jene Bereiche anschauen, bei denen mittlerweile auf den Notfallstationen der Spitäler eine massive Konzentration der Leistungen stattfindet, weil sie sonst niemand mehr erbringen möchte.

PR: Zum Beispiel?

BW: Die ganze Kinderversorgung ausserhalb der Bürozeiten, sie findet praktisch nur noch in den Spitälern statt. Da müsste man sich doch einmal überlegen, wieso das gewisse ambulante Leistungserbringer nicht mehr machen wollen.

PR: Wohl weil sie zu wenig verdienen?

BW: Genau, weil sie zu wenig verdienen. Wenn man nur schaut, wo man sparen kann, und nicht auch schaut, wo es noch Entwicklungsbedarf gibt, dann stimmt es einfach nicht.

PS: Das Geld ist nicht der einzige Grund, warum im spitalambulanten Bereich eine Zunahme stattfindet. Es gibt auch gesellschaftliche Gründe: Viele Leute haben keinen Hausarzt mehr. Nicht nur, weil es immer weniger gibt, sondern auch, weil die meisten jungen Hausärzte nicht mehr bereit sind, Hausbesuche zu machen. Die jungen Ärzte gestalten ihr Leben anders, sie sind nicht mehr gewillt, das zu machen, was ihre Vorgängergenerationen noch gemacht haben. Das führt zu einer Verlagerung in die Spitalambulatorien.

PR: Herr Wegmüller wirft Ihnen vor, einseitig sparen zu wollen, ohne mehr zu geben, wo es die Entwicklung verlangt.

PS: Wir haben beim ersten Eingriff des Bundes 2014 eine Umverteilung vorgenommen.

BW: Aber da haben Sie die Spitäler, die genau die gleiche Leistung erbringen wie die Hausärzte, ausdrücklich ausgenom-



men. Das ist für die Spitäler natürlich nicht sehr erfreulich.

PS: Wir haben unsere Lehren gezogen. Wir sind jetzt daran, eine neue Tarifstruktur vorzubereiten, und es ist uns ein Anliegen, da eine Umverteilung vorzunehmen, die gerechtfertigt ist und die auf den effektiven Kosten der Leistungserbringer basiert.

BW: Das ist beruhigend zu hören.

PS: Aber wir haben noch viel zu wenig Daten, um die Berechnungen zu machen.

BW: Wir haben für dieses Projekt schon sehr viele Daten gesammelt, aber seien wir ehrlich: Der erste Eingriff 2014 war an sich eine einfache Dreisatzlösung. Am einen Ort so viel rauf, am anderen so viel runter – diese Lösung hat nicht unbedingt auf betriebswirtschaftlichen Daten beruht.

PS: Es stimmt, das war ein einfacher Dreisatz, aber immerhin war er für alle, insbesondere politisch, nachvollziehbar, was bei den Resultaten der Tarifpartner nicht immer der Fall war. Und in diesem konkreten Fall waren die Tarifpartner überfordert von der Komplexität. Wir haben versucht, bei den Vorschlägen, die bis Ende Juni in der Vernehmlassung sind, die Komplexität verständlich abzubilden und gleichzeitig auch das ganze System transparenter und nachvollziehbarer zu machen, auf der Basis von effektiven Kosten. Das schulden wir dem Prämienzahler: transparentere Abläufe, transparentere Rechnungsstellung – und vor allem keine unnötige Mengenausweitung. Ich hoffe einfach, dass man mit der Politik eine Lösung findet. Im Moment probiert man nämlich wieder einmal, die Datenherausgabe politisch zu verzögern, sie zu unterbinden, obwohl sie gesetzlich vorgegeben ist. Man kann nicht vom Staat verlangen, dass er auf Datengrundlagen eine Tarifstruktur erarbeitet, und ihm gleichzeitig die Daten nicht geben.

BW: Da sind wir uns völlig einig. Die Patienteninformationen müssen völlig vertraulich gehandhabt werden. Aber die kumulierten Kostendaten, und um die geht es hier, die müssen zugänglich sein.

PR: Wie geht es jetzt weiter?

BW: Was mir Sorgen macht, ist, dass ich im Moment nicht den Eindruck habe, dass wir uns wirklich am Zusammenraufen sind. Solange jeder für sich arbeitet, werden wir uns nie finden.

PR: Und die Zeit drängt. Dabei hätten Sie seit 2014 die Möglichkeit gehabt, unter den Partnern eine einvernehmliche Lösung zu finden.

BW: Das ist richtig, ja, und im Nachhinein ist es auch einfach, das festzustellen. An sich wollten wir uns ja partnerschaftlich einigen ...



PR: ... und das ist nicht gelungen. Irgendwann wird es schwierig, der Bevölkerung zu erklären, was da genau passiert. Der Eindruck ist: Alle wollen mehr Geld, um die Sache geht es schon lange nicht mehr.

BW: Das verstehe ich sehr gut.

PR: Herr Strupler, was ist Ihre Hoffnung? Denken Sie, Sie können das Heft je wieder aus der Hand geben?

PS: Mit Hoffnungen ist man im schweizerischen Gesundheitswesen nicht gut bedient. Wir machen jetzt unsere Arbeit, und dann schauen wir.

PR: Ihr Wunsch wäre, dass die Tarifpartner sich einigen und der Bund sich wieder zurückziehen kann?

PS: Natürlich! Sonst wird der Gesetzgeber dem Bund mehr Kompetenzen geben. Ich denke nicht, dass die Tarifpartner das wollen.

Der Journalist, Fotograf und Kommunikationsberater **Patrick Rohr** ist seit 10 Jahren freiberuflich tätig. Davor hat er 15 Jahre als Moderator und Redaktor beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena» und «Quer») gearbeitet.

Stationäre Leistungen im Spital werden in der Schweiz über SwissDRG – sogenannte Fallpauschalen – abgegolten. Die Struktur wie der Preis werden, genau wie die ambulante Tarifstruktur, von den Tarifpartnern verhandelt. Einziger Unterschied: Im stationären Bereich funktioniert die Partnerschaft – aber warum?

Von PD Dr. med. Simon Hölzer

Erfolgsfaktoren: Offener Dialog und ein lernendes System

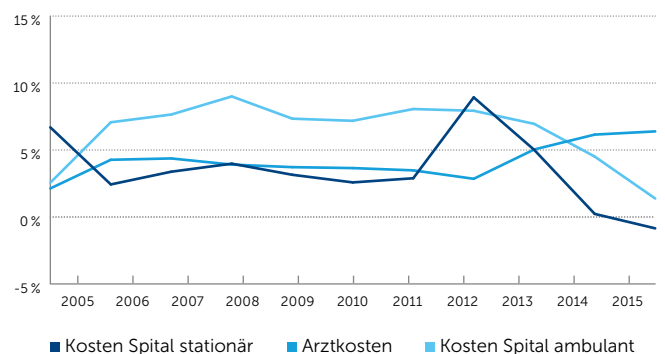
Die SwissDRG AG ist gemäss Artikel 49 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Schweiz zuständig für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege des SwissDRG-Fallpauschalensystems zur Abgeltung der stationären Spitalleistungen. Die Tarifstruktur SwissDRG wird von einer gemeinnützigen Gesellschaft getragen. Aktionäre sind die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Spitäler der Schweiz (H+), die Schweizerischen Krankenversicherer (Santésuisse), die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) und die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Die schweizweite, tarifwirksame Einführung erfolgte am 1. Januar 2012. Seit 2014 finanziert und koordiniert die SwissDRG AG zudem die Entwicklung und Einführung von nationalen Tarifstrukturen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation.

Sinnvolle Rahmenbedingungen

Ein Grundstein der erfolgreichen Einführung und jährlichen Genehmigung der neuen Tarifversion(en) ist die gesetzliche Basis und Abstützung der Arbeiten bei den Gesellschaftern als auch den relevanten Gesundheitspartnern in der Schweiz. Innerhalb der Aktiengesellschaft ist es gelungen, die interessenpolitischen Entscheidungen von der neutralen Entwicklung und technischen Bereitstellung der Tarifstrukturen zu trennen. Zudem schreibt das KVG allen Spitälern mit einem Leistungsauftrag vor, die notwendigen Kosten- und Leistungsdaten für die Entwicklung der Tarifstrukturen zu liefern. Das ermöglicht eine zeitnahe Kalkulation und Revision anhand der Leistungsdaten und Ist-Kostendaten der Schweizer Spitäler und Kliniken. Die Datenerhebung erfolgt mit moderner IT und nach klar definierten Datenschutzregeln.

Das System ist in der Akutsomatik akzeptiert, weil es als lernendes System schrittweise der aktuellen Medizin und den Bedürfnissen der Partner und Patienten angepasst wird. Zur Versachlichung der Diskussionen trägt die Begleitforschung, z.B. des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der FMH, bei. Die Entscheidungswege und das «Miteinander» innerhalb der AG und deren Verwaltungsrat sind eingespielt und formal strukturiert. So können bei Bedarf notwendige Beschlüsse situativ gefasst und weitere Arbeiten eingeleitet werden. Dabei orientiert sich die SwissDRG AG auf operativer Ebene insbesondere an den in der Entwick-

Teuerungsraten im Vergleich



Während die Teuerung «Spital stationär» durch die Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 deutlich gesenkt werden konnte, stieg die Teuerung in den Kostenarten «Spital ambulant» und «Arztkosten» weiterhin an. Dies zeigt auf, dass die Revision des TARMED zwingend notwendig ist.

Quelle: CSS Versicherung (Rechtsträger: CSS, INTRAS, Arcosana), eigene Zahlen, Behandlungsdatum bis 30.06.2016, Datenstand 24. Februar 2017.

lungsstrategie definierten (technischen) Zielen. Diese Vorgaben lassen einen kreativen Handlungsspielraum innerhalb der Abteilungen und der Geschäftsbereiche der SwissDRG AG offen. Das erlaubt, auch neue Lösungen z.B. zur Integration von Anlagenutzungskosten in ein integriertes Fallpauschalensystem zu ermöglichen.

Das auf den Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler aufbauende Kalkulationsverfahren ist transparent und kommt ohne normative Eingriffe oder Offenlegung von Einzeldaten aus. Mit den Genehmigungsinstanzen (BAG/Eidg. Departement des Innern) pflegt man einen engen Dialog. Die Bereitstellung von Vergleichsdaten für die Spitäler unterstützt den Benchmark «unter sich» bzw. «unter seinesgleichen» sowie interne Verbesserungsprozesse. Das gesamte Vergütungssystem ist umfassend dokumentiert, und die einzelnen Komponenten werden elektronisch bereitgestellt. Künftig können die bestehenden Strukturen genutzt werden, um z.B. Komplexpauschalen für die Rehabilitation oder Leistungen an den Schnittstellen zur ambulanten Medizin zu bewerten und diese somit im Rahmen der von der SwissDRG AG erarbeiteten Tarifstrukturen zu tarifieren.

Simon Hölzer ist Arzt und Geschäftsführer der SwissDRG AG.

In Zeiten von Tinder, Parship und Co. gestaltet es sich zunehmend schwierig, eine dauernde, feste Partnerschaft zu führen. Die altbewährten Ehemaximen erweisen sich oft als Trugschluss. Doch was ist dann der Schlüssel für eine funktionierende Zweierbeziehung?

Von Klaus Heer

Liebe ist kein Luftschloss

Fast alle Beziehungen starten emotional. Die Frontallappen sind geflutet von Hormonen der Marken Phenyl-Ethylamin und Testosteron. Derlei Hormone behindern und verhindern das Denken. Denn Gefühle erweisen sich immer als instabil. Psychologen haben gemessen, dass kein einziges Gefühl länger als sechs bis sieben Sekunden unverändert bleibt. Was Wunder also, dass Verliebtheit kaum ein paar Monate überdauert. Dann verblasst sie.

Will heissen: Anspruchsvoll wird es, sobald man auf dem Boden der Nüchternheit zurück ist. Jetzt ist denken gefragt. Selber denken. Nicht nach-denken, was man allenthalben gehört und gelesen hat. Denn das meiste davon ist falsch.

Fadenscheinige Ratschläge

Es stimmt nicht, dass es in der Liebe drauf ankommt, den «richtigen» Partner zu suchen und zu finden. «Matching» ist das profitable Geschäftsmodell der Online-Partnerbörsen, sonst aber nichts wert. Die indische arrangierte Ehe hat mindestens die gleichen Gelingenschancen wie unsere einheimische «Liebes»-Heirat.

«Man muss halt reden miteinander!» Das ist eine geschwätzigte Stammtischweisheit, die in die Irre führt. Miteinander reden mutiert in den meisten Beziehungen zum chronischen Paarproblem. Die Lösung rückt dabei in immer weitere Ferne.

Ehrlichkeit und Wahrheit seien das Herzstück der Liebe, heisst es. Wer das glaubt, neigt dazu, den anderen mit dem Knüppel der «Wahrheit» zu prügeln. Ohne es zu merken.

Fehlende Gemeinsamkeiten wie Hobbys und Ähnliches liessen Paare zunehmend auseinanderdriften, kann man überall lesen. In Wirklichkeit halten sich manche Paarschaften kaum aus, weil sie einander zu nahe sind und sich so aufreiben.

Von vielen Paaren höre ich die Klage, sie hätten keine «Streitkultur». In meinem Kopf leuchtet auf: Die beiden sollten sich entscheiden zwi-

sehen Streit und Kultur. Beides ist nicht gleichzeitig zu haben.

Nicht selten vermissen die zwei die «Leidenschaft» der Frühzeit ihrer Liebesgeschichte und sind traurig darüber. Ja, Leiden schafft Traurigkeit. Denn wer im Sommer den Freuden des Frühlings nachtrauert, macht sich unglücklich.

Viele Paare beklagen die chronische Baisse ihrer Sexualität. Aber niemandem fällt auf, dass ihr Kussleben schon seit Jahren und Jahrzehnten flöten gegangen ist.

Diese kleine Auswahl von Beziehungs-Fakes lässt vermuten, dass wir leider viel zu gut wissen, wo es klemmt. Wir verlassen uns halbblind auf die Ausscheidungen von Experten. Das macht uns irr, wirr und kopflos. Ich als einer dieser vielen Besserwisser weiss es nicht besser als sie. Mir ist lediglich aufgefallen, dass eine Reihe der wohlfeilen Ideen offensichtlich faule Nieten sind. Sie halten nicht, was sie versprechen. Sie sind also entbehrlich.

Aber worauf kommt es denn nun an in der Zweierbeziehung? Selber denken bitte! Jede Ehe, die gut überleben will, muss zur Vernunftbeziehung werden. Vernunft mit Herz, meine ich.

Klaus Heer (73) ist promovierter Psychologe mit paartherapeutischer Spezialausbildung. Er führt seit 1974 eine eigene Paarcoaching-Praxis, war 25 Jahre lang fürs Schweizer Radio tätig und hat mehrere Bücher geschrieben. www.klausheer.com.



In Kürze

- Nach der ersten Verliebtheit startet die anspruchsvolle Phase einer Beziehung.
- Die wenigsten probaten Liebesweisheiten halten, was sie versprechen.
- Eine Partnerschaft basiert vermutlich auf Vernunft mit Herz.

Als Patientin führe ich im Gesundheitswesen eine Dreiecksbeziehung. Mein Arzt behandelt mich, meine Krankenversicherung bezahlt diese Behandlungen. Mein Arzt und meine Versicherung wiederum stehen auch in Verbindung zueinander. Alle haben Erwartungen und Pflichten – ich selber versuche, meine Pflichten wann immer möglich wahrzunehmen.

Von Monika Paladino

Der Patient als Partner

Vertrauen? Ja, mein Mann und ich haben Vertrauen zu den Ärzten, von denen wir uns behandeln lassen. Seit etlichen Jahren sind wir beim gleichen Hausarzt, und auch unseren Sohn vertrauen wir diesem an. Genau dasselbe Vertrauen haben wir auch in Spitäler und Spezialisten. Im letzten Jahr musste ich notfallmässig ins Spital, da meine Frauenärztin mich überwiesen hatte. Dieser Spitalaufenthalt hat uns bestätigt, dass Vertrauen gut ist, Kontrolle sich aber allemal auszahlt.

Halbprivat oder allgemein?

Mein Mann und ich sind beide halbprivat versichert. Schon bei der Geburt unseres Sohns Alessio war das so, und wir schätzen den Komfort und die gute Betreuung aufgrund der Zusatzversicherung sehr. Bei der Geburt von Sohn Alessio war ich in einem Einzelzimmer

und konnte mich gut und schnell erholen. Damals schaute der Chefarzt nach mir, was mir Sicherheit gab. Bei meinem letzten, notfallmässigen Spitalbesuch lief aber irgendetwas schief. Ich wurde am Donnerstag eingeliefert und übernachtete in einem Zimmer auf der Allgemeinabteilung. Am Freitag fragten mein Mann und ich nach, warum ich trotz halbprivater Versicherung in der Allgemeinabteilung sei. Man versicherte uns, dies abzuklären. Am nächsten Tag, Samstag, fand die Operation statt, und ich wurde informiert, dass ich am Sonntag nach Hause könne. Gleichzei-

tig erklärte man mir auch, dass ich für Samstag auf Sonntag in ein halbprivates Zimmer wechseln könne. Ich lehnte das ab, da es mir unsinnig vorkam, für eine Nacht das Zimmer zu wechseln.

Verrechnet wird, was man bezieht

Da die Operation gut verlief, durfte ich das Spital wie geplant am Sonntagmorgen verlassen. Mein Mann und ich wiesen das Spitalpersonal mit einem Augenzwinkern darauf hin, dass die Rechnung tiefer ausfallen werde, da ich in der Allgemeinabteilung lag und die gleiche Behandlung hatte wie alle anderen allgemein versicherten Patienten. Man gab uns recht, dass die Rechnung natürlich den Umständen entsprechend ausfallen würde. Als die Rechnung schlussendlich kam, prüften wir diese wie immer. Wir waren sehr erstaunt, dass sowohl die Ho-

tellerie- wie auch die Arztkosten halbprivat verrechnet wurden. Deshalb wandten wir uns an unsere Krankenversicherung. Diese riet uns, selber aktiv zu werden. Wir reichten deshalb eine Beschwerde ein.

Das Spital lenkte ein und stornierte unsere Hotelleriekosten von halbprivat auf allgemein. Die ärztlichen Leistungen wurden weiterhin als halbprivat abgerechnet. Doch auch hier waren wir nicht einverstanden. Da ich den Vergleich zu meinem Aufenthalt bei der Geburt hatte, wusste ich, dass ich keine Spezialleistungen hatte und gleich behandelt wurde wie die anderen Patienten der Allgemeinabteilung. Wir reichten eine weitere Beschwerde ein, der schliesslich stattgegeben wurde.

Erwartungen an Arzt

Für meinen Mann und mich ist klar: Die Kontrolle der Rechnung gehört dazu. Wir vertrauen unserem Arzt als Partner, der nur das Beste für uns will. Trotzdem nehmen wir unsere Verantwortung in dieser Partnerschaft auch wahr. Nur wir können beurteilen, wie lange un-

«Für meinen Mann und mich ist klar: Die Kontrolle der Rechnung gehört dazu.»

In Kürze

- Im Gesundheitswesen gibt es eine Dreiecksbeziehung zwischen Leistungserbringer, Versicherer und Patient.
- Die Partnerschaft zwischen Arzt und Patient ist von Vertrauen geprägt, Kontrolle durch den Patienten ist jedoch wünschenswert.
- Der Patient hat neben den Erwartungen an den Leistungserbringer auch konkrete Erwartungen an die Krankenversicherung.



Monika und ihr Mann Marco sehen sich nicht nur als Patienten, sondern auch als Partner der Krankenversicherer.

ser Arzt uns untersucht hat, was er uns verschrieben hat. Es macht keinen Unterschied, ob beim Hausarzt, im Spital oder beim Spezialisten. Da wir aber seit Jahren beim gleichen Hausarzt sind, ist da das Vertrauen doch grösser als bei neuen Ärzten. Denn unser Hausarzt nimmt sich die Zeit, uns zu erklären, was er verschreibt und warum – das erhöht die Transparenz und stärkt das beidseitige Vertrauen. Wenn uns etwas unklar ist, die Transparenz fehlt, fragen wir nach. Das haben wir auch schon bei Behandlungen bei Spezialisten gemacht. Die empfohlene Behandlung erschien uns sehr aufwendig, weshalb wir uns erkundigten, ob sie so wirklich nötig sei. Auf unsere Nachfrage erwarteten wir eine ehrliche, transparente Antwort, die wir auch erhielten. Wir möchten als Patienten nicht die Maximalvariante, sondern eine sinnvolle Behandlung.

Die Rolle der Versicherung

Neben der Partnerschaft zwischen dem Arzt und uns gibt es einen Dritten im Bunde: die Krankenversicherung. Wir haben als Patienten Erwartungen an diesen Partner. Gerade mit den steigenden Gesundheitskosten möchten wir, dass er die Rechnungen prüft und uns bei Fragen oder Beschwerden gegenüber dem

Arzt unterstützt. Hier waren wir positiv überrascht, wie kompetent und gut uns unsere Versicherung im genannten Fall weitergeholfen hat. Wir erwarten auch, dass die Versicherer darauf achten, dass die Behandlungen zu fairen Preisen abgerechnet werden. In den letzten Jahren sind die Kosten jährlich stark angestiegen – hier sind wir uns nicht ganz sicher, ob die Versicherung die Aufgabe so gut wahrnimmt, wie sie könnte. Im Gegenzug sind wir als Versicherte und Patienten bereit, die Versicherungen in der Kontrolle der Rechnungen zu unterstützen. Denn genau wie bei den Rechnungen eines Handwerkers, dem wir statt unserer Gesundheit beispielsweise unseren Garten oder das Auto anvertrauen, prüfen wir auch beim Arzt, was er uns verschreibt. Für uns ist klar: Alle drei Parteien sind Teil des Gesundheitssystems und helfen mit, die Gesundheitskosten im Griff zu haben.

Monika Paladino (43) ist Serviceangestellte und lebt mit ihrem Mann Marco und Sohn Alessio in Schafisheim (AG).



Wenn zwei sich streiten



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 gesellschafts-politischen Themen.

Böse Zungen behaupten, hätte man den Kommunismus im Tierversuch getestet, wäre er nie eingeführt worden. Vielleicht sollte man die Idee einer Tarifpartnerschaft im Gesundheitswesen auch derart überprüfen und sich fragen, wer eigentlich frisst und wer bloss Futter ist. Macht es biologisch Sinn, zwischen Konkurrenten eine Partnerschaft herbeizureden? Im Wallis funktioniert die Partnerschaft zwischen Wolf und Mensch ja auch nicht: weil beide das Gleiche tun und fressen wollen.

In Kanada, wo es noch echte Wildnis gibt, kam man zu anderen Schlüssen. Die Dezimierung der Wölfe hatte dort zur Folge, dass das Grosswild standort-treu wurde und rundherum alles kahl frass, weil die Elche und Hirsche nicht mehr von den Wölfen herumgejagt wurden. Damit fehlte den Bibern das Jungholz, und sie bauten weniger Dämme, was zu vermehrten Überschwemmungen führte. Die Menschen, welche unter den Überschwemmungen litten, betrachten den Wolf seither als Nutztier.

Vielleicht ergeht es den Patienten ähnlich. Eines steht schliesslich fest: Die «Überschwemmungen» wurden dank der Tarifpartnerschaft nicht weniger. Genau wie das Hochwasser steigen die Preise im Gesundheitswesen stetig an. Vielen Patienten steht das Wasser nun bis zum Hals. Es geht also um Leben und Tod, während der Eindruck entsteht, dass es bei den Diskussionen unter den Tarifpartnern trotz offensichtlicher Flurschäden eher um «schöner wohnen» geht. Wenn zwei sich um Tarife streiten, freut sich wahrscheinlich der falsche – sicher nicht der Patient.

Die derzeitige Tarifpartnerschaft kann also nicht mit einem Biotop verglichen werden, weil die Rollenverteilung unter den Partnern unklar ist. Jeder will das Tarifsysteem zu seinen eigenen Gunsten optimieren; er wechselt den Pelz nach Bedarf zwischen Wolf und Schaf. Die Partnerschaft sollte aber eigentlich Überschwemmungen verhindern, das heisst den Patienten nützen.

In unserem kanadischen Gleichnis waren die Menschen letztlich die Leidtragenden, weil sie den Wolf umgebracht hatten. Gleichermassen darf man behaupten, dass die Patienten selber zu Jägern geworden sind. Sie bedienen sich in der Wildnis, die man zu einem Gesundheitssystem erklärt hat, in der sich jeder maximal bedienen darf. Wir müssen wieder zurück zu Krankenkassen, also einem Krankensystem, das auf Solidarität basiert und überschaubar ist. Der Wolf soll endlich sagen, wer effektiv krank ist und Hilfe braucht. Gesundheit wird nämlich nie bezahlbar sein.

«Jeder will das Tarifsysteem zu seinen eigenen Gunsten optimieren; er wechselt den Pelz nach Bedarf zwischen Wolf und Schaf.»

Wie kann die Behandlungsqualität im Schweizer Gesundheitswesen weiter verbessert und für alle transparent gemacht werden? Damit nicht nur den Kosten, sondern auch der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen die notwendige Beachtung geschenkt wird, braucht es entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen und wettbewerbliche Anreize.

Von Hannes Blatter und Jonas Willisegger

Qualitätswettbewerb: ein Soll-Bild

Ein Forschungsteam der Hochschule Luzern hat sich der Thematik der Förderung des Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen angenommen und sich dabei auf die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern konzentriert. Die Forscher verfolgten auf Basis von systematischen Dokumentenanalysen und umfangreichem Interviewmaterial einen akteurzentrierten Ansatz mit politikwissenschaftlichen und ökonomischen Bezügen.

Im Sinne eines Fazits aus einer Gesamtstudie wird ein Soll-Bild skizziert (siehe Grafik), das die Tarifpartner in die Pflicht nimmt. Versicherer, Spitäler und Ärzte sollen auf nationaler Verbandsebene nicht nur über Tarifstrukturen verhandeln. Sie müssen gleichzeitig verbindlich regeln, wie Qualität schweizweit definiert und gemessen wird, wie die Resultate ausgetauscht und für die Öffentlichkeit verständlich und nutzbar gemacht werden. Die dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen bestehen bereits seit Jahren (Artikel 77 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV).

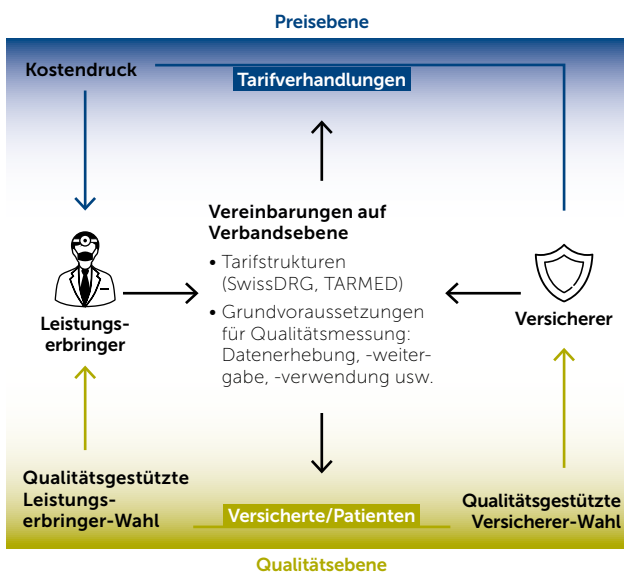
Können sich die Tarifpartner nicht einigen, hat der Bundesrat die Kompetenz, die erforderlichen Bestimmungen zu erlassen (KVV-Art. 77, Absatz 3). Es braucht nicht zwingend neue Gesetzesgrundlagen. Wichtig ist ein gemeinsames Verständnis, welche Aspekte auf welcher Ebene verhandelt und geregelt werden sollen. Die Tarifpartner scheinen den drohenden subsidiären Eingriff des Bundesrats nicht ernst zu nehmen. Sie riskieren auch hier, ihre Gestaltungsmöglichkeiten nicht wahrzunehmen, sondern an den Bund zu «verlieren». Das ist bedauerlich, denn eine verhandelte Lösung der Tarifpartner dürfte deutlich rascher umsetzbar und breiter akzeptiert sein und damit auch schneller den Patientinnen und Patienten zugutekommen.

Transparente und zugängliche Qualitätsinformationen führen bekanntlich dazu, dass Leistungserbringer vermehrt ihrer Leistungsqualität Beachtung schenken müssen und nicht einseitig auf ihre Auslastung und Kostenstruktur fokussieren können, um konkurrenzfähig zu bleiben.

Auch die Versicherer geraten bei verbesserter Transparenz der Behandlungsqualität unter Druck. Sie sind gezwungen, ein qualitätsorientiertes Angebot zur Verfügung zu stellen, um für die Versicherten attraktiv zu sein.

Jonas Willisegger und **Hannes Blatter** sind Dozenten und Projektleiter am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR), Hochschule Luzern – Wirtschaft. Die beiden Politologen forschen im Rahmen des Schwerpunkts «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (www.hslu.ch/ogem).

Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen



Die Leistungserbringer und Krankenversicherer sollen sich nicht ausschliesslich an Kosteneffizienz, sondern auch an ihrer Leistungsqualität messen. Der Preiswettbewerb wird im Rahmen der Tarifverhandlungen weiterhin an die Tarifpartner delegiert.

Wenn zwei sich streiten ...

Wisst ihr noch, 1977: Knatsch um die Schulreise, Vreni wollte hierhin, Heidi dorthin, und alle lagen sich in den Haaren. Hei, hat da Rektor Huber gepoltert. Aber gut, hat er Schiedsrichter gespielt. Nur so kamen wir zur Vernunft und haben uns wieder gefunden.

Was wäre, wenn ...?

Immer morgens um sieben auf dem Steg, alle schwimmen in die gleiche Richtung, und das ohne Konkurrenzgedanken. Das nenn ich mal wahre Partnerschaft, nicht, Mädels?

Tote Hose

Tarifpartnerschaft – was heisst das schon? Man ist zwar Partner, aber nix geht mehr. Tote Hose also – fast wie mit meinem Mann Fritz zu Hause.

