

INFORMATION

Oktober 2015



Gesundheitspolitik

KVAV bereitet Kopfzerbrechen | 9

Vertrauensärztlicher Dienst

Der Vertrauensarzt im Fokus der Politik | 12

Pflegestufen-Controlling

Einsparungen in Millionenhöhe möglich | 19

Inhalt

Gesundheitspolitik

- | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|
| 5 | Bericht aus Bern: | Parlament, Bundesrat, EDI, BAG |
| 9 | KVAV: | Ein einziges Fiasko |

Informationen des RVK

- | | | |
|----|--|---|
| 11 | DRG-Prüfstelle: | Zufriedene Kunden |
| 12 | Vertrauensärztlicher Dienst: | Der Vertrauensarzt im Fokus der Politik |
| 14 | Kollektiv-Krankentaggeld-
versicherung: | Unter der Lupe |
| 17 | Kundenzeitschrift SICHER: | Herbstausgabe firsch ab Presse |
| 18 | Bildung: | Referenten tauschen sich aus |
| 19 | Pflegestufen-Controlling: | Einsparungen in Millionenhöhe möglich |
| 20 | RVK-intern: | Neues von der RVK-Crew |
| 21 | RVK intern: | Sommerausflug 2015 |
| 22 | RVK intern: | Engagement im Ethikgremium |

Informationen unserer Mitglieder, Kunden und Partner

- | | | |
|----|-----------------|------------------|
| 23 | RVK-Mitglieder: | Kurz vorgestellt |
|----|-----------------|------------------|

Agenda

- | | | |
|----|----------|--|
| 24 | Termine: | Agenda 2015/2016 und Sessionen 2015/2016 |
|----|----------|--|

IMPRESSUM

Die INFORMATION ist das
Mitteilungsblatt des RVK
und erscheint viermal jährlich.

HERAUSGEBER, REDAKTION
RVK – Verband der kleinen und
mittleren Krankenversicherer

ADRESSE

RVK
Haldenstrasse 25, 6006 Luzern
Telefon 041 417 05 00
E-Mail info@rvk.ch
www.rvk.ch

BILDER

Die Bilder der vorliegenden Ausgabe sind
Impressionen zum Thema KÜRBIS.

Liebe Mitglieder Sehr geehrte Damen und Herren

Ein Jahr ist seit der klar gewonnenen Abstimmung gegen die Einheitskasse vergangen. Zurzeit wird intensiv über die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) diskutiert. Wie die beiden Branchenverbände Santésuisse und Curafutura haben sich auch der RVK als Verband und die RVK Rück AG als Rückversicherungsgesellschaft aktiv ins Anhörungsverfahren eingebracht und die grundlegende Überarbeitung des Verordnungsentwurfes gefordert. Die Hauptgründe für die Rückweisung sind die extreme Überregulierung, die mehrfache Missachtung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit und die fehlende gesetzliche Grundlage für zahlreiche Artikel. Verschiedene Rechtsgutachten stützen diese Beurteilung.

Das Departement des Innern und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeiten zurzeit den definitiven Wortlaut der KVAV. Was daraus wird, ist nur schwer voraussehbar. Immerhin ist zu vernehmen, dass die Gesundheitspolitische Kommission der beiden Räte eine erneute Lesung verlangt hat, was aussergewöhnlich ist und nach einer Vernehmlassung kaum vorkommt. Es scheint also Zündstoff zu geben. Wir hoffen, dass die künftige Verordnung wenigstens einigermaßen praxisfreundlich ausgestaltet werden wird. «Affaire à suivre!» Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Verbandsintern hat sich der Vorstand – und aufgrund der Personalunion auch der Verwaltungsrat der RVK Rück AG – im August zur jährlichen Klausurtagung getroffen. Die Verabschiedung des überarbeiteten Leitbildes sowie die Mehrjahres-Finanzplanung standen auf der Tagesordnung. Mit diesen Instrumenten verfügt der RVK über ein geschlossenes Planungssystem, bestehend aus einem übergeordneten Leitbild, einer Mehrjahresplanung und einer Mehrjahresfinanzplanung. Daraus abgeleitet werden die Jahresplanung und das Jahresbudget. Gerne stellen wir Ihnen das überarbeitete Leitbild in einer nächsten Ausgabe der INFORMATION näher vor. Über die Inhalte der Planung informieren wir die Mitglieder gerne zum entsprechenden Zeitpunkt.

Ich wünsche Ihnen einen in jeder Hinsicht goldenen Herbst.

Freundliche Grüsse, Ihr

Charles Giroud
Präsident RVK



«Die KVAV sorgt für Zündstoff. Wir hoffen auf eine möglichst praxisfreundliche Ausgestaltung.»

Gesundheitspolitik

Das Wichtigste in Kürze

Seite 5

Revision Heilmittelgesetz: Nicht alle Differenzen bereinigt

Die Revision des Heilmittelgesetzes war auch in dieser Session ein Thema – dieses Mal hat sich der Ständerat intensiv damit befasst. Einige Differenzen zum Nationalrat hat er beseitigen können, Abweichungen in wichtigen Fragen gibt es aber immer noch. Diese wird der Nationalrat in einer zweiten Differenzbereinigungsrunde behandeln müssen.

.....

Seite 5

Unfallversicherungsgesetz: Änderungen beschlossen

Der Ständerat hat sich mit der Revision des Unfallversicherungsgesetzes befasst. Nachdem der Nationalrat das Geschäft in der Sommersession ohne bedeutende Änderungen angenommen hatte, war der Ständerat lediglich in zwei Punkten anderer Meinung und machte entsprechende Ergänzungen. Der Nationalrat konnte im Differenzverfahren daran anschliessen und ebnete damit den Weg für die Annahme der Revision.

.....

Seite 9

KVAV: Kritik von allen Seiten

Die Anhörung zum Entwurf für die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) dauerte bis Anfang Juli. Der RVK und die RVK Rück AG haben im Rahmen des Anhörungsverfahrens ihre Stellungnahmen abgegeben und legen darin die Kritik am Verordnungsentwurf aus Sicht der kleinen und mittleren Krankenversicherer und als Rückversicherer dar. Neben Santésuisse und Curafutura haben auch zahlreiche andere Organisationen die KVAV kritisiert. Zudem führte der Entwurf zu zwei Vorstössen im Parlament sowie zwei Gutachten, die renommierte Rechtsprofessoren verfassten.

Aus dem Parlament

Die wichtigsten politischen Entwicklungen seit dem 21. Juni 2015 von Moritz Helfenstein zusammengefasst und kommentiert.

Aus dem Parlament

Aus dem Ständerat

Revision Heilmittelgesetz. Differenzen

Die Revision dieser Gesetzesvorlage ist eine echte Zangegeburt! Verschiedene Gruppen mit gegensätzlichen Interessen wie die Pharmaindustrie, Leistungserbringer und Versicherer, sind davon mehr oder weniger direkt betroffen. Der Nationalrat hat sich in seiner Sondersession vom 4. bis 6. Mai 2015 (mehr darüber in der Juli-Ausgabe 2015 der INFORMATION) mit den vom Ständerat gefassten, abweichenden Beschlüssen ausgiebig auseinandergesetzt. Er hat es bei einer grossen Zahl von Differenzen belassen. Damit ist wieder der Ständerat an der Reihe gewesen. Bei seinen intensiven Beratungen hat er einige Differenzen zum Nationalrat aus dem Weg geräumt. Es verbleiben aber immer noch Abweichungen zu den Beschlüssen des Nationalrates, mit denen sich der Nationalrat in einer zweiten Differenzrunde befassen muss. Die wichtigsten, noch bestrittenen Bereiche sind:

- **Unterlagenschutz oder Marktexklusivität für Arzneimittel für seltene, lebensbedrohende Krankheiten:** Der Ständerat will nach wie vor nichts wissen von einer – wenn auch zeitlich beschränkten – Marktexklusivität (Monopol). Im Gegenzug möchte der Ständerat für solche Medikamente einen Unterlagenschutz von 12 respektive 15 Jahren gewähren, wenn sie mit dem pädiatrischen Prüfkonzept entwickelt wurden.
- **Kommission, die das Heilmittelinstitut bei der Zuordnung der Arzneimittel zu den einzelnen Kategorien berät.** Der Ständerat will – im Gegensatz zum Nationalrat – keine solche Kommission. Im Rahmen der Übergangsbestimmungen befürwortet er aber eine beratende Kommission, die nur solange aktiv sein soll, bis die Zuteilung aufgrund der neuen Bestimmungen im Gesetz vorgenommen ist.
- **Ärztliche Rezepte:** Der Ständerat will nach wie vor keine detaillierte Umschreibung der Inhalte der Rezepte im Gesetz verankern. Er will aber auch keine Bestimmung im Gesetz, die eine Einflussnahme der verschreibenden Person bezüglich Wahl des Bezugsortes der Medikamente verbietet.

- **Ärztliche Rezepte beim Versandhandel:** Der Nationalrat hat eine Bestimmung vorgesehen, die vorsieht, dass vor der Bestellung des Arzneimittels im Versandhandel eine ärztliche Verschreibung vorliegen muss. Der Ständerat lehnt diese Bestimmung ab.
- **Entgegennahme von geldwerten Vorteilen, Preisrabatten oder Rückvergütungen:** Der Ständerat will entsprechende Vorschriften nach wie vor nur für verschreibungspflichtige Medikamente im Gesetz verankern. Der Nationalrat hat hingegen eine Unterstellung aller Heilmittel vorgesehen.
- **Art. 56 Abs. 3bis KVG:** Die beiden Räte sind sich nicht einig, wie die Verwendung der Vergünstigungen an die Leistungserbringer nach Art. 56 Abs. 3 Bst. b KVG umschrieben werden soll. Der Ständerat möchte im KVG lediglich einen Hinweis auf Art. 57a Abs. 2 Bst. d Heilmittelgesetz festschreiben. Der Nationalrat will hingegen festhalten, dass die Verwendung der Vergünstigungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern vertraglich geregelt werden muss. Sie soll zudem gegenüber den zuständigen Behörden offengelegt werden.

Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte. Änderung

Standesinitiative Kanton Thurgau

Mit der Initiative wird der Bund aufgefordert, die Berechtigung zur Abgabe von Arzneimitteln für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte (sogenannte Selbstdispensation) beizubehalten. Auf die entsprechende Änderung des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz), wie sie im Revisionsentwurf vom Oktober 2009 vorgesehen war, soll verzichtet werden. Beide Räte haben die Behandlung der Initiative in den Jahren 2013 (Ständerat) und 2014 (Nationalrat) zurückgestellt. Dies mit der Begründung, dass zuerst die Revision des Heilmittelgesetzes beraten werden müsse. Die Gesetzesrevision, die sich immer noch im Differenzbereinigungsverfahren befindet, sieht keine Einschränkung der Selbstdispensation vor. Der Ständerat hat daher beschlossen, der Standesinitiative keine Folge zu leisten.

Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Änderung

Der Nationalrat hat die abgespeckte bundesrätliche Version der Revision des Unfallversicherungsgesetzes in der Sommersession 2015 fast einmütig und ohne wesentliche Änderungen durchgewinkt. Auch bei den Beratungen im Ständerat hat die Gesetzesvorlage kaum Anlass zu Wortbegehren gegeben. Einzig in zwei wesentlichen Bereichen

hat der Ständerat auf Antrag seiner vorberatenden Kommission Beschlüsse gefasst, die vom Nationalrat abweichen:

- Der Ständerat hat die vom Nationalrat eingefügte Bestimmung oppositionslos gestrichen, wonach die Berufsunfallversicherungen auch mit einer Aufschubzeit von 30 Tagen abgeschlossen werden können.
- Der Ständerat hat die vom Bundesrat vorgeschlagene und vom Nationalrat angenommene Bestimmung ersatzlos gestrichen, nach der die Suva bei der Auflösung von Reserven die Zustimmung des BAG einholen muss.
- Neu hat der Ständerat eine Übergangsbestimmung aufgenommen, welche die freiwerdenden Mittel des Reservefonds betrifft: Diese dürfen ausschliesslich verwendet werden, um Teuerungszulagen zu finanzieren und die Hilflosenentschädigungen anzupassen.

In der Gesamtabstimmung stimmte der Rat der Vorlage mit 39:0 Stimmen zu. Mit diesen Differenzen ging das Geschäft nochmals zurück an den Nationalrat. Dieser übernahm die Beschlüsse des Ständerates oppositionslos. In der Schlussabstimmung verabschiedete der Rat die Gesetzesvorlage mit 43:0 Stimmen (keine Enthaltung).

Cannabis für Schwerkranke

Motion NR Kessler Margrit

Mit der Motion wird der Bundesrat beauftragt, im Rahmen eines wissenschaftlichen Pilotprojekts zu prüfen, ob und unter welchen Umständen natürlicher Cannabis zu medizinischen Zwecken verwendet werden kann. Er soll als Alternative dienen für synthetisierten Cannabis oder für die Cannabistinktur, die mittels Magistralrezeptur hergestellt wird. Der Bundesrat hat beantragt, die Motion anzunehmen. Der Nationalrat hat sich in einer ersten Beratung in der Frühjahrsession 2015 noch zu keinem Entscheid durchgerungen. In der Sommersession 2015 hat er nun aber die Motion angenommen. Der Ständerat ist dem einstimmigen Antrag seiner vorberatenden Kommission gefolgt und hat die Motion ebenfalls angenommen.

Wählbare Franchisen in der Krankenversicherung

Interpellation Bischofberger Ivo

Der Interpellant hat dem Bundesrat verschiedene Fragen gestellt im Zusammenhang mit den geplanten Änderungen bei den wählbaren Franchisen (Reduktion der Wahlmöglichkeiten und der Rabatte). Der Bundesrat hat geantwortet, die Berechnungen des BAG nach versicherungsmathematischen Grundsätzen haben ergeben, dass die bisherigen Rabatte höher seien als die Risiken, welche die Versicherten selber tragen. Zudem würden einzelne Fran-

chisestufen nur von wenigen Versicherten gewählt. Er hat die laufende Anhörung zur Änderung der KVV erwähnt, deren Resultate noch nicht vorliegen.

Krankenkassenprämien. Verbesserungen bei den Prämienverbilligungen

Interpellation Rechsteiner Paul

Mit der Interpellation wird der Bundesrat gefragt, wie er die Entwicklung der Prämienbelastung im Verhältnis zum Einkommen beurteile und was er zu unternehmen gedenke, damit die Prämienverbilligung ihre Funktion wieder erfüllt. In seiner Antwort weist der Bundesrat darauf hin, dass die Prämienverbilligungsbeiträge des Bundes 7,5 Prozent der Bruttokosten der Grundversicherung betragen. Mit dieser Anbindung steigen die Beitragsleistungen des Bundes mit den steigenden Kosten. Der Bund sehe daher keine Veranlassung, seinen Prämienverbilligungsbeitrag zu erhöhen. Mit dem neuen Finanzausgleich des Jahres 2008 seien die kantonalen Prämienverbilligungen nicht mehr an die Beiträge des Bundes gekoppelt. Der Bundesrat hält es nicht für zweckmässig, den Kantonen Mindestvorgaben zu machen, die über Artikel 65 KVG hinausgehen.

Die Prämienverbilligungen werden zurzeit vielerorts diskutiert. In verschiedenen Kantonen werden sie im Rahmen von Sparrunden gekürzt, in anderen Kantonen sind politische Vorstösse um Erhöhung der Beiträge offen. Die Linke «bastelt» zudem an der Lancierung einer Volksinitiative.

Unfallversicherung. Unterstellungskompetenz des Bundesrates für einzelne Betriebsarten

Parlamentarische Initiative NR Baumann J. Alexander

Die vor elf Jahren eingereichte Initiative verlangt eine Änderung des Unfallversicherungsgesetzes. Dabei soll dem Bundesrat die Kompetenz erteilt werden, einzelne Betriebsarten, welche die Voraussetzungen zur obligatorischen Suva-Unterstellung nur zu einem geringen Teil erfüllen, auf deren Begehren auf Beginn eines Kalenderjahres von der Unterstellung zu befreien. Der Nationalrat hat die Initiative 2006 abgelehnt. Neun Jahre später hat nun auch der Ständerat die Initiative abgelehnt. Die parlamentarische Mühle mahlt manchmal langsamer als langsam!

Aus dem Nationalrat

KVG. Steuerung des ambulanten Bereichs

Nachdem der Zulassungsstopp für Ärzte mehrmals verlängert wurde und 2016 wieder ausläuft, hat der Bundesrat dem Parlament eine neue Gesetzesvorlage für eine dauerhafte Lösung unterbreitet. Die vorberatende Kommission hat die Vorlage als zu kompliziert und überreguliert beurteilt und sie deshalb auf das Wesentliche beschränkt: Sie hat dem Rat eine Vorlage unterbreitet, welche die bisherige, zeitlich beschränkte Regelung in eine definitive Bestimmung im Krankenversicherungsgesetz (Art. 55a) überführt. Trotz Widerstand von rechts hat der Nationalrat in der Gesamtabstimmung die entsprechende definitive Regelung im Gesetz mit 128:55 Stimmen genehmigt (4 Enthaltungen). Die Vorlage geht nun an den Ständerat.

Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Änderung

Der Nationalrat hat den Beschlüssen des Ständerates in allen Differenzpunkten zugestimmt (siehe Seite 5). Er verabschiedete die Vorlage mit 165:0 Stimmen (keine Enthaltung). Bestehen geblieben ist lediglich eine kleine redaktionelle Differenz (italienischer Begriff für Suva), weswegen

die Vorlage nochmals an den Ständerat zurückgegangen ist. In der Schlussabstimmung hat der Nationalrat der Gesetzesänderung fast einstimmig (2 Gegenstimmen, keine Enthaltung) zugestimmt.

Angleichung der Preise für Leistungen nach UVG und KVG

Postulat Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR
Das Postulat beauftragt den Bundesrat zu prüfen und Bericht darüber zu erstatten, wie und mit welchen Massnahmen die Preise für Leistungen der eidgenössischen Sozialversicherungen (UV/MV/IV) und der Grundversicherung angeglichen werden können. Zudem soll geklärt werden, wie die Gleichbehandlung der Versicherten im Bereich der Nichtberufsunfallversicherung (NBU) sichergestellt werden kann. Der Bundesrat hat beantragt, das Postulat anzunehmen. Der Rat hat dem Postulat diskussionslos zugestimmt.

Spitalinfektionen sind versicherungsrechtlich analog zu Unfällen zu behandeln

Parlamentarische Initiative Hardegger Thomas
Der Rat lehnt die Initiative mit 65:97 Stimmen (keine Enthaltung) ab. Dies hauptsächlich wegen des Umstandes, dass nicht alle Personen dem UVG unterstehen.



KÜRBIS: Kürbissaft kann, laut Ayurveda, dem Körper eine Reihe von wichtigen Nährstoffen schenken und die drei Vitalkräfte Vata, Pitta und Kapha ausgleichen.

Prämienbefreiung für Kinder*Parlamentarische Initiative Humbel Ruth*

Der Nationalrat hat anlässlich der Herbstsession 2013 beschlossen, die Behandlungsfrist um zwei Jahre zu verlängern. Auf Antrag seiner vorberatenden Kommission hat der Nationalrat die Behandlungsfrist um zwei weitere Jahre verlängert.

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates**Klare Regeln für die Kantone bei der Restfinanzierung von Pflegeleistungen**

Die Kommission geht einen eher unüblichen Weg: Sie erarbeitet selbst die Vorlage für eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes. Ihren Vorschlag schickt sie gleich selbst in die Vernehmlassung. Dass es bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten immer wieder Probleme gibt, wer und in welchem Rahmen für die entsprechenden Restkosten aufkommen muss, ist Tatsache. Der Vorschlag, dass der bisherige Wohnkanton dafür zuständig sein soll, bringt Klarheit und scheint daher richtig.

Bundesrat/EDI/BAG**Verordnung zum neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz**

In der abgeschlossenen Session war die Problematik «Bürokratie, Überregulierung» allgemein ein breit diskutiertes Thema. Der Entwurf der Verordnung zum neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAV) zeigt diese unselige Problematik deutlich auf. Hoffentlich hat Bundesrat Berset die verschiedenen, eindringlichen Voten im Parlament gebührend zur Kenntnis genommen. Hat das Parlament bundesrätliche Vorlagen, wie zum Beispiel das Unfallversicherungsgesetz oder die Neuregelung des Ärztstopps, in letzter Zeit nicht ordentlich zusammengestutzt? Wie lernfähig der Bundesrat ist, wird sich zeigen. Es bleibt zu hoffen, dass die Vernehmlassungsergebnisse an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lassen und so der notwendige Druck auf Bundesrat Berset gemacht wird.

Wählbare Franchisen

Auch in diesem Bereich wirbelt Bundesrat Berset unnötig viel Staub auf. Es besteht kein Bedarf, einzelne Franchisen zu streichen und die Prämienrabatte stark zu reduzieren. Wieder greift Bundesrat Berset mit Regulierungen in den Markt ein. Er kann es nicht lassen und versucht so, der Verstaatlichung der Krankenversicherung in kleinen Schritten näher zu kommen.

Prämien 2016

Vier Prozent sollen die Prämien im kommenden Jahr steigen. Dieser Satz wird – wie jedes Jahr – auch wieder zu vielen Missverständnissen führen. Dies, weil sich in den Köpfen von grossen Bevölkerungsteilen die Zahl 4 eingepreist hat, die persönliche Erhöhung aber zum Teil deutlich von diesem Satz abweichen kann. Auf die Krankenversicherer wird so wieder eine Flut von Rückfragen zukommen.

Weitere Entwicklung im Umfeld**Gesundheitszentren**

Das Gesundheitswesen respektive die medizinischen Behandlungen scheinen ein lukratives Geschäft zu sein. Warum sonst würden verschiedene Unternehmen in diesem Geschäftsbereich stark expandieren? Neben der Migros (mit ihrer Tochter Medbase) wollen auch andere Anbieter im Bereich der Gesundheitszentren (Medgate oder Medix) wachsen. Ob diese Entwicklung dazu beiträgt, die Gesundheitskosten zu stabilisieren, bleibt jedoch offen.

Krankenkassen-Initiative zur Stabilisierung der Prämienbelastung pro Haushalt

Die SP Schweiz beabsichtigt, mit Unterstützung weiterer linker Politikere, eine neue Initiative zu starten. Mit dieser soll verlangt werden, dass die Prämienbelastung nicht höher als zehn Prozent des Einkommens sein darf. Für die restlichen Prämien hätten Bund und Kantone aufzukommen.

KVAV

Ein einziges Fiasko

Im April hatte Bundesrat Alain Berset die Anhörung zur Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) eröffnet. Die Anhörung dauerte bis Anfang Juli. Viele Reaktionen auf den Verordnungsentwurf waren negativ. Auch der RVK äusserte sich entsprechend.

Die drei Krankenversicherungsverbände RVK, Santésuisse und Curafutura verfassten umfangreiche Stellungnahmen, die detailliert auf alle nicht gesetzeskonformen, unverhältnismässigen oder sonst unnötigen Bestimmungen eingingen. Anfang September präsentierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Vernehmlassungsergebnisse, ohne jedoch transparent zu machen, wie es die Kritikpunkte berücksichtigen und in die Endfassung der KVAV einarbeiten wollte. Das BAG legte auch keine überarbeitete Fassung des Entwurfs vor.

Nicht nur die Krankenversicherer äusserten Kritik, sondern auch andere Organisationen. Dies zeigten zahlreiche Stellungnahmen. Zudem gab es Gutachten, die zwei im Gebiet der Sozialversicherung renommierte Rechtswissenschaftler verfasst hatten. Es waren dies Professor Dr. Tomas Poledna und Professor Dr. Ueli Kieser. Das Kieser-Gutachten ist im Blogbeitrag vom 1. Oktober verlinkt (www.blog.rvk.ch).

Parlament ebenfalls aktiv

Sogar im Parlament führte der Verordnungsentwurf zu zwei Vorstössen: Die eine Motion verlangte, die Inkraftsetzung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) so lange auszusetzen, bis eine valable Lösung auf Verordnungsebene erarbeitet ist, die

- den regulierten Wettbewerb respektiert,
- die staatliche Aufsicht auf ein vernünftiges Mass reduziert und
- die unternehmerische Freiheit der Kassen angemessen berücksichtigt.

Die zweite Motion zielte darauf ab, die gesetzeswidrigen und unverhältnismässigen Bestimmungen aus der KVAV zu streichen.

Auch die zuständigen parlamentarischen Kommissionen waren nicht untätig und haben – was eigentlich eine Ausnahme ist – den Verordnungsentwurf eingehend beraten. Sie werden die überarbeitete Fassung im Oktober nochmals prüfen.

Dass sich das Parlament und seine Kommissionen so intensiv um einen Verordnungsentwurf kümmern, für den ja eigentlich nicht das Parlament, sondern der Bundesrat zuständig ist, ist ein einmaliger Vorgang. Er zeigt, dass sich die Legislative zunehmend Sorgen macht, auf welche Weise die Exekutive Gesetze mittels Verordnungen umsetzen will.

Nun, wir kennen die Fortsetzung dieser Geschichte noch nicht, werden aber weiterhin sehr genau hinschauen und alle möglichen Massnahmen prüfen.

DANIEL Herzog
Direktor
Tel. 041 417 05 00
d.herzog@rvk.ch

Informationen des RVK Das Wichtigste in Kürze

Seite 12

Vertrauensärztlicher Dienst: Unabhängigkeit angezweifelt

Der Vertrauensarzt berät Krankenversicherer in der Frage, ob sie die Kosten für eine Behandlung oder ein Medikament im Rahmen der Grundversicherung übernehmen oder ablehnen sollen. Nicht selten steht er deshalb im Fokus der Öffentlichkeit. Anlass zu Diskussionen geben immer wieder die Unabhängigkeit der vertrauensärztlichen Dienste und die Gleichbehandlung der Patienten.



Seite 14

Krankentaggeldversicherung: Absenzen frühzeitig erkennen

Kranke Mitarbeitende verursachen Kosten – beim Arbeitgeber und beim Versicherer. Psychische Erkrankungen wie Burnout oder Depression verschärfen das Problem zusätzlich. Die Krankentaggeldversicherung springt in solchen Fällen nach einer im Voraus definierten Zeitspanne ein. Im Bereich der Kurzabsenzen bietet der RVK versicherungsmedizinische Beratungen an mit dem Ziel, andauernde Ausfälle von Mitarbeitenden zu verhindern. Damit sinken die direkten und indirekten Kosten für die Unternehmen.



Seite 19

Pflegestufen-Controlling mit grossem Sparpotenzial

Leider keine Seltenheit: Sind Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in der falschen Pflegestufe eingeteilt, entstehen beachtliche Mehrkosten. Bereits kleine Fehler können sich auf der Kostenseite stark bemerkbar machen. Dem RVK ist es gelungen ein System zu entwickeln, um die Pflegeeinstufungen bei den Heimen vor Ort zu kontrollieren. Anhand einer systematischen Überprüfung entsteht eine genaue Faktenlage, aufgrund derer die Umstufung vorgenommen werden kann. Auf die Qualität der Pflegeleistung wirken sich die Umstufungen nicht aus.

DRG-Prüfstelle

Zufriedene Kunden

Erstmals wurden die Kunden breit befragt, wie zufrieden sie mit der DRG-Prüfstelle des RVK sind. Sie stellen ihr ein gutes Zeugnis aus – machen jedoch auch einige Hinweise, wie der RVK die Prüfstelle weiterentwickeln kann.

Die Befragung hat sich im Wesentlichen mit den Schnittstellen zur Organisation beim Versicherer, der Zusammenarbeit mit der DRG-Prüfstelle und der Weiterentwicklung befasst. Von 52 Kunden haben 37 die Umfrage vollständig ausgefüllt retourniert. Das entspricht einer beachtlichen Rücklaufquote von 71 Prozent. Zu den Kunden zählen Krankenversicherer, IV-Stellen und Unfallversicherer.

Organisation beim Versicherer

Die meisten Kunden setzen in der sogenannten Prüfstufe 2 eigene Mitarbeitende zur Triage der ausgelenkten Rechnungen ein. Allerdings haben sie festgestellt, dass in diesem Bereich der Bedarf an Know-how am grössten ist. Nicht überraschend sind die unterschiedlichen Rückmeldungen zum Einsatz eines automatischen Rechnungsprüfungssystems: Während die Krankenversicherer grundsätzlich ein solches System beim Betreiber der Datenannahmestelle im Einsatz haben, setzen die Invaliden- und Unfallversicherer (noch) keine Software zur Unterstützung ein. Bei den Krankenversicherungskunden hat sich das System «Sumex DRG Expert» durchgesetzt.

Zusammenarbeit mit der DRG-Prüfstelle

Die meisten Kunden konnten mit der DRG-Rechnungskontrolle durch den RVK massgebliche Einsparungen erzielen. Das Kosten-Einsparungs-Verhältnis beträgt 1:4 und höher. Mit diesem Preis-Leistungs-Verhältnis sind 95 Prozent der Befragten zufrieden. Fast alle Kunden sind davon überzeugt, dass sich die Rechnungskontrolle auch präventiv auswirkt. 97 Prozent sind mit den Stellungnahmen durch die RVK-Codierärzte zufrieden. Über 90 Prozent der Kunden schicken ihre Mitarbeitenden in den Leistungsabteilungen in die verschiedenen DRG-Bildungsangebote, die aus den Kursen Grundlagen, Vertiefung und Expertise bestehen. Die Zufriedenheit mit den Kursen beträgt gar 100 Prozent. Die grössten Herausforderungen sehen die Kunden bei der Falltriage von der Prüfstufe 2 zur Prüfstufe 3 und der Fallbearbeitung in der Prüfstufe 2 durch die eigenen Mitarbeitenden.

Gezielte Weiterentwicklung

Dank diesen wertvollen Hinweisen kann der RVK sein Angebot noch besser auf die Kundenbedürfnisse ausrichten.

Infobox zur DRG-Prüfstelle

Die DRG-Prüfstelle lässt Spitalrechnungen durch Codierärzte und medizinische Codierer überprüfen. Die Verbindung von ärztlichem Wissen und codier-technischen Fähigkeiten ermöglicht eine vertiefte Rechnungsprüfung. Weiterbildungskurse, Coaching vor Ort, die Entwicklung von medizinischen Prüfregelein und die Durchsetzung von beanstandeten Rechnungen ergänzen das Angebot.

Der DRG-Rechnungsprüfungsprozess besteht aus drei Prüfstufen. Prüfstufe 1 ist die softwarebasierte Prüfung. Prüfregelein lenken auffällige Rechnungen automatisch aus. Die ausgelenkten Rechnungen werden in der Prüfstufe 2 einer Einzelprüfung durch medizinische Codierer unterzogen. Erhärtet sich der Verdacht auf Codierungsfehler, gelangen die Rechnungen in die Prüfstufe 3. Die Prüfstufe 3 kann durch die DRG-Prüfstelle des RVK vollständig übernommen werden.

Er wird weiterhin in die DRG-Prüfstelle investieren – mit diesen Schwerpunkten:

- Erhöhung des Automatisierungsgrades
- Optimierung der Prozesse und Reduktion der Komplexität
- Festigung der Qualität der Stellungnahme
- Stärkere Anpassung der Bildungsangebote an die Kundenbedürfnisse
- Ausbau des Rechnungsprüfungsangebots für die Prüfstufe 2

Der RVK dankt seinen Kunden für die Rückmeldungen und die wertvollen Hinweise zur Optimierung der Abläufe und Angebote. Das insgesamt gute Ergebnis bestärkt die DRG-Prüfstelle im Wissen, auf dem richtigen Weg zu sein.

PATRICK KELLENBERGER
Bereichsleiter Marketing + Bildung
Tel. 041 417 05 55
p.kellenberger@rvk.ch

Vertrauensärztlicher Dienst

Der Vertrauensarzt im Fokus der Politik

Im Nationalrat weht den Krankenversicherern ein rauer Wind entgegen: Einerseits würden Patienten durch die Krankenversicherer ungleich behandelt, andererseits seien die Vertrauensärzte nicht unabhängig. Ein politischer Vorstoss forderte eine unabhängige Organisation, um dieses Problem zu lösen.

Diese Geschichte lässt aufhorchen: Ein Krankenversicherer erhält vom behandelnden Arzt einer Patientin mit der seltenen Stoffwechselkrankheit Morbus Pompe ein Gesuch zur Übernahme der Kosten. Der Arzt möchte seine Patientin mit dem Medikament Myozyme therapieren. Das sogenannte Off-Label-Use-Medikament (siehe Infobox) kostet jährlich rund 500 000 Franken. Der Vertrauensarzt der Krankenversicherung empfiehlt, die Kosten nicht zu übernehmen. Die Patientin wechselt daraufhin den Krankenversicherer und reicht über den behandelnden Arzt erneut ein Kostengutsprache gesuch ein. Der Vertrauensarzt der neuen Krankenversicherung empfiehlt, die Kosten zu übernehmen. Wie kann es zu dieser Ungleichbehandlung kommen? Um diese Frage beantworten zu können, muss die Rolle des Vertrauensarztes beziehungsweise des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenversicherer näher beleuchtet werden.

Gesetzlicher Auftrag des Vertrauensarztes

Die Leistungserbringer, zum Beispiel Hausärzte oder Spitäler, sind nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet, ihre Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Diese Formulierung sorgt bei der Frage nach der Leistungspflicht nicht immer für Klarheit. Deshalb sieht das KVG vor, dass die Krankenversicherer sogenannte Vertrauensärzte einsetzen müssen, um die Leistungspflicht zu prüfen. Artikel 57 Absatz 4 und 5 KVG definieren die Aufgaben des Vertrauensarztes: «Vertrauensärzte beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen.» Die Vertrauensärzte sind meistens im Vertrauensärztlichen Dienst (VAD) eingebettet, eine Organisationseinheit innerhalb der Krankenversicherung, die aus Fachpersonen mit medizinischem Hintergrund besteht.

Vertrauensarzt unter der Lupe

Das KVG spricht dem Vertrauensarzt eine wichtige Funktion zu, weshalb er besonders im Fokus der Öffentlichkeit steht. Denn schliesslich erteilt der Vertrauensarzt Empfehlungen zur Kostenübernahme oder -ablehnung. In dieser Funktion wird er gelegentlich kritisiert. Insbesondere deshalb, weil der Vertrauensarzt von der Krankenversicherung angestellt ist und verschiedene Vertrauensärzte denselben Fall unterschiedlich beurteilen können. Dies zeigt das einleitende Beispiel der Morbus-Pompe-Patientin. Die Solothurner SP-Nationalrätin Bea Heim hat im Dezember 2014 beim Bundesrat einen politischen Vorstoss eingereicht. Neben der fehlenden Unabhängigkeit bemängelt sie darin, dass Patienten möglicherweise nicht gleich behandelt werden. Nationalrätin Heim fordert deshalb eine unabhängige, externe Beratungs- und Schlichtungsstelle.

Kritik offenbar nicht ganz unbegründet

In der Praxis stehen die Vertrauensärzte tatsächlich sehr nahe bei der Krankenversicherung. Diese Nähe könnte den Leiter der Leistungsabteilung der Krankenversicherung dazu verleiten, dem Vertrauensarzt eine ablehnende Empfehlung beliebt zu machen. Was natürlich die Unabhängigkeit in Frage stellen würde. Nachweise, dass die Krankenversicherer so handeln, liegen nicht vor. Die Krankenversicherer argumentieren, dass nicht der Vertrauensarzt über Kostenübernahme oder Kostenablehnung entscheidet, sondern die Leistungsabteilung. Der Vertrauensarzt gibt lediglich eine Empfehlung ab. Deshalb lohne es sich nicht, den Vertrauensarzt zu beeinflussen. Hingegen kann es vorkommen, dass die Vertrauensärzte je nach medizinischer Sachlage im Einzelfall unterschiedliche Empfehlungen abgeben. Grund dafür ist allerdings nicht die vorsätzliche Missachtung der Gleichbehandlung, wie Nationalrätin Bea Heim vermutet, sondern die aktuelle Gesetzgebung: «Viele Normen sind vom Gesetzgeber unklar verfasst und lassen viel Interpretationsspielraum offen zu», argumentiert Dr. med. Paul Saner, Vertrauensarzt und Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV).

Kein Problem aus Sicht des Bundesrates

Der Bundesrat hat am 6. März 2015 zum politischen Vorstoss äusserst klar Stellung bezogen. Unter anderem hält er darin fest, dass die Vertrauensärzte von Gesetzes wegen nicht mit Entscheidungskompetenzen ausgestattet sind. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Versicherer noch die Leistungserbringer noch deren Verbände können Weisungen erteilen. Fachlich-inhaltlich ist der Vertrauensarzt also weisungsunabhängig. In Einzelfällen kann es aber durchaus zu unterschiedlichen Expertisen kommen. Der Bundesrat sieht darin kein Problem, weil seiner Ansicht nach unterschiedliche Einzelfallbeurteilungen die Gleichbehandlung nicht gefährden. Trotzdem stehen die Vorwürfe der fehlenden Unabhängigkeit und der Ungleichbehandlung weiterhin im Raum. In seiner Antwort äussert sich deshalb der Bundesrat noch konkreter, indem er darauf hinweist, dass fast die Hälfte der Versicherer bereits heute über externe Vertrauensärzte respektive einen ausgelagerten VAD verfügen. «Beispielsweise bietet auch der Verband der kleineren und mittleren Krankenversicherer (RVK) diese Dienstleistung an», betont er in seiner Stellungnahme.

Die politische Kritik scheint auf wackligen Füßen zu stehen. Ob sich nun die Krankenversicherer selber organisieren oder eine externe Lösung bevorzugen: Nach Meinung des Bundesrats genügen die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, um die Unabhängigkeit und die Gleichbehandlung für die Versicherten sicherzustellen. Ob allerdings die Stellungnahme des Bundesrates die politischen Entscheidungsträger überzeugen wird, bleibt abzuwarten.

Nicht mehr äussern müssen sich die Vertrauensärzte zur Leistungspflicht des Medikaments Myozyme: Der Bundesrat hat das Medikament in die Liste der zahlungspflichtigen Medikamente aufgenommen. Es muss nun von allen Krankenversicherern, unter Berücksichtigung bestimmter Einschränkungen, bezahlt werden. Auch das ist ein Weg, um das Problem zu lösen.

Infobox Off-Label-Use-Medikamente

Grundsätzlich dürfen in der Schweiz nur Arzneimittel abgegeben werden, die von der Arzneimittelbehörde Swissmedic auf ihre Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität geprüft und zugelassen worden sind. Dennoch werden im Rahmen der Therapiefreiheit von Ärztinnen und Ärzten relativ häufig Therapien mit Arzneimitteln verordnet, die zwar zugelassen sind, aber ausserhalb der vorgesehenen Anwendung verabreicht werden. Eine Vergütung von Arzneimitteln im Off-Label Use ist unter strengen Kriterien möglich. Der Entscheid über die Kostengutsprache liegt bei den Krankenversicherern. Vor diesem Hintergrund sind der Zugang zu und die Vergütung von Arzneimitteln im Off-Label Use nicht immer für alle Betroffenen gleich.

Quelle: www.interpharma.ch/medikamente/1607-label-use

PATRICK KELLENBERGER
Bereichsleiter Marketing + Bildung
Tel. 041 417 05 55
p.kellenberger@rvk.ch

Kollektiv-Krankentaggeldversicherung Unter der Lupe

Rentabilitätsprobleme in der Krankentaggeldversicherung stellen Versicherer vor grosse Herausforderungen. Die Finma nimmt die Versicherer nun in die Pflicht.

Von Thomas Weibel *

Krankheitsbedingte Absenzen haben in den letzten Jahren massiv zugenommen. Hinzu kommt, dass Mitarbeitende nicht nur schneller, sondern auch für längere Zeit krankgeschrieben werden. Früher sind die krankheitsbedingten Absenzen nur in wirtschaftlich schlechten Zeiten spürbar gestiegen. Heute stellen Versicherer vermehrt fest, dass die Krankheitsfälle mit Taggeldfolge trotz wirtschaftlichem Erfolg kontinuierlich ansteigen und die durchschnittliche Leistungsdauer der einzelnen Fälle zunimmt.

Situation verschärft sich

Kranke Mitarbeitende verursachen dem Arbeitgeber und dem Versicherer Kosten. Dies nicht nur für die direkte Lohnfortzahlung, sondern auch indirekt, beispielsweise für Überstunden der anderen Mitarbeitenden, aber auch durch Qualitäts- und Wissensverlust und höhere Versicherungsprämien. Werden steigende Ansprüche an Mitarbeitende im Hinblick auf deren Leistung und Verfügbarkeit zu einem Dauerzustand, erhöht sich die Gefahr, dass Mitarbeitende ernsthaft erkranken. Neuere Krankheitsbilder wie Burnout oder Depression verschärfen die Situation zusätzlich. Betroffen sind vermehrt Mitarbeitende im Mittel- und Hochlohnsegment. Die wirtschaftlichen Aussichten stimmen zudem nicht sehr zuversichtlich, denn es ist mit einer sich weiter verschlechternden Tendenz zu rechnen.

Nutzen der Krankentaggeldversicherung

Jeder moderne und fortschrittliche Betrieb hat heutzutage eine Krankentaggeldversicherung (KTG). In der Schweiz existiert hierfür zwar keine gesetzliche Pflicht, aber die Vorteile der Krankentaggeldversicherung liegen auf der Hand: Sie leistet – wie der Name schon sagt – ein Taggeld bei krankheitsbedingtem Arbeitsausfall der Mitarbeitenden (Lohnausfall). Auch ohne eine solche Versicherung ist jeder Arbeitgeber nach Arbeitsrecht verpflichtet, bei Krankheit den Mitarbeitenden weiterhin den Lohn zu bezahlen. Das bedeutet für Unternehmen ein finanzielles Risiko. Mit einer Krankentaggeldversicherung lassen sich nicht nur die Kosten für Krankheitsausfälle besser kalkulieren, das Krankentaggeld bringt auch mehr Sicherheit für die Mitarbeitenden, weil die Taggelder länger ausbezahlt werden, als es die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht verlangt.

Negative Rentabilität

Die Krankentaggeld-Rentabilität verläuft bei vielen Anbietern seit Jahren negativ. Es gilt, die Balance zwischen dem heute auf dem Markt herrschenden harten Prämien-/Preiskampf und den explodierenden Leistungskosten zu finden. Das anzustrebende Ziel muss auf jeden Fall sein, die Negativspirale zu stoppen und die Sparte wieder rentabel zu führen. Kein Unternehmen, egal ob börsenkotiert oder Non-Profit, kann sich über mehrere Jahre ein nicht kostendeckendes Geschäft leisten.

Dies zeigt ein Beispiel aus der Praxis: Die Versicherungspolice eines KMU-Unternehmens (Inhaber und fünf Mitarbeitende) generiert heute ein durchschnittliches jährliches Prämienvolumen von rund 5 000 Franken. Eine Burnout-Erkrankung eines Angestellten mit einem Arbeitsausfall von sechs Monaten löst bei einer angenommenen Lohnsumme von jährlich 100 000 Franken Versicherungsleistungen von nahezu 40 000 Franken aus. Der Vertrag kann somit bereits im ersten Jahr hoch defizitär verlaufen. Die Chance, solche Verträge jemals wieder in die schwarzen Zahlen zu führen, tendiert gegen null.

Auf dem Radar der Finma

Aufgrund zahlreicher Audits bei verschiedenen Versicherungsgesellschaften ist die Finma vermehrt auf diese Problematik aufmerksam geworden und hat die Versicherer in die Pflicht genommen. Systematische Quersubventionierungen aus anderen Versicherungszweigen sind verboten und werden von der Finma zukünftig noch genauer geprüft und sanktioniert. Sämtliche Produkte müssen selbsttragend sein, das heisst die Spartenrentabilität muss gewährleistet sein.

Die Vorgaben der Finma verpflichten die Krankenversicherer zur Rentabilisierung ihrer KTG-Portefeuilles. Viele Versicherer werden in nächster Zukunft gezwungen sein, ihre Prämien flächendeckend und für sämtliche Unternehmenskunden anzuheben. Für diese bedeutet der daraus resultierende und teilweise recht hohe Prämienanstieg jedoch lediglich die Rückkehr zur früheren Normalität. Ob dies das Verständnis der betroffenen Unternehmenskunden wirklich erhöhen wird, ist fraglich.

Düstere Aussichten

Ein Blick auf die gesamte Versicherungsbranche zeigt, dass trotz konsequenten und teilweise erheblichen Sanierungsmassnahmen in den letzten Jahren die Erträge durch massive Teuerungsschübe im Leistungsbereich umgehend wieder zunichtegemacht wurden. Die Leistungen (Anzahl Fälle und durchschnittliche Fallkosten) sind in den letzten Jahren überproportional gestiegen. Der jährliche Versicherer-Report der Finma belegt dies eindrücklich (Quelle www.versichererreport.finma.ch). Diese Entwicklung zwingt die Versicherungsgesellschaften, zu handeln.

Aufgrund ungenügender Analysen sowie durch zu starke Rücksichtnahme auf die Sensibilität des Marktes und der Vertriebspartner wurde es versäumt, bereits per 2015 die Prämien angemessen zu erhöhen. Der klare Auftrag der Finma wird viele Versicherer in nächster Zukunft veranlassen, ihre Akquisitions- und Prämienpolitik von Grund auf zu überdenken und anzupassen. Denn in der Hoffnung auf positive Leistungsverläufe wurden zu viele Verträge in den letzten Jahren zu nicht kostendeckenden Prämien abgeschlossen.

Fatale Folgen nicht risikogerechter Prämien

Bei der kollektiven Krankentaggeldversicherung ist der kollektive Risikogedanke praktisch nicht mehr vorhanden. Jedes Unternehmen oder deren Makler fordert heute eine individuelle Prämie und erhält diese meist von praktisch jedem Anbieter. Übersteigt also die Prämie des einzelnen Unternehmens den Erwartungswert der zukünftigen Leistungen, so sucht diese die Risikodeckung üblicherweise bei einem anderen Anbieter.

Für die Versicherungsgesellschaft bedeutet dies, dass sich die Zusammensetzung ihres Versichertenbestandes verändert. Denn der Anteil der Versicherungsnehmer mit einem höheren Risiko steigt. Will die Gesellschaft keine Verluste erleiden, muss sie die Prämien erhöhen, um das kollektive Äquivalenzprinzip wieder zu erfüllen (Details siehe Kasten). Dies hat wiederum zur Folge, dass weitere Firmen, deren individuelles Risiko kleiner ist als die Prämie, die Gesellschaft verlassen und sich der Anteil der schlechten Risiken weiter erhöht. Auf der anderen Seite schliessen

neue Kunden mit einem guten Risikoverlauf nicht mehr ab. Im Versicherungsjargon wird dieser Teufelskreis «adverse selection», zu Deutsch «Antiselektion», genannt.

Um dieser äusserst unangenehmen Situation zu entinnen, muss die Versicherungsgesellschaft ihre Kunden in Risikoklassen mit differenzierten Prämien einteilen. Im Krankentaggeld-Unternehmensgeschäft empfiehlt sich zudem eine unterschiedliche Tarifierung nach Unternehmensgrösse. Es muss ein Bestreben sein, vor allem im Segment der Kleinunternehmen über eine solide Basis zu verfügen. Je länger, je mehr kam die sogenannte Erfahrungs-Tarifierung zur Anwendung. Aufgrund des Schadenverlaufs der letzten drei bis fünf Jahre wurden von verschiedenen Anbietern Prämienrabatte von bis zu 50 Prozent angeboten. Diese Praxis holt nun viele Anbieter in Form von schlechten Rentabilitäten wieder ein. Es hat sich als Trugschluss erwiesen, dass bis heute schadenfreie Verträge oder Verträge mit geringen Leistungsaufwendungen in der Vergangenheit auch in naher Zukunft schadenfrei oder mit geringen Leistungsquoten verlaufen.

Äquivalenzprinzip

In der mathematischen Versicherungstechnik tritt das Äquivalenzprinzip in zwei Varianten auf:

Das **individuelle** Äquivalenzprinzip fordert, dass die Gleichheit von Prämien und erwarteten Leistungen für jede einzelne versicherte Firma erfüllt sein muss.

Das **kollektive** Äquivalenzprinzip fordert dagegen, dass die Gleichheit von Prämien und Leistungen im Kollektiv erfüllt sein muss.

Der Trend, der sich in den letzten zehn Jahren manifestiert hat, nämlich die Praxis der flächendeckenden Prämienanpassungen zu verlassen und vermehrt zu individuellen Prämienanpassungen überzugehen, wird sich deshalb in den nächsten zwei bis drei Jahren zwangsläufig wieder ändern müssen.

Ein Nichteinhalten der kostendeckenden Struktur würde sich fatal auswirken. Im schlimmsten Fall wäre denkbar, dass der staatliche Regulator Finma mit verschärfenden Massnahmen weiter einschreitet. Dies bis hin zu einer obligatorischen oder staatlich geführten Lösung ohne Spielraum für die Versicherer. Es ist zu bezweifeln, dass dies in deren Sinne ist.



** Zum Autor: Thomas Weibel, Leiter Backoffice Vertrieb Firmenkunden bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG und Absolvent des Masterlehrgangs Marketing- und Dienstleistungsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft Luzern*

Versicherungsmedizinische Beratung für Unternehmen

Der RVK bietet die Versicherungsmedizinische Beratung allen Unternehmen ohne Taggeldversicherung oder in Ergänzung zur Taggeldversicherung an. Die Beratung wirkt im Bereich von Kurzabsenzen. Sie hat das Ziel, langfristige Ausfälle von Mitarbeitenden zu verhindern. Damit sinken die direkten Kosten für unproduktive Stunden und für Lohnersatz. Ausserdem fallen die indirekten Kosten für die Administration, für Stellvertreter und Mehrprämien für die Taggeldversicherung weg. Insgesamt lassen sich mehrere Tausend Franken pro Fall einsparen. Die RVK-Ärzte und medizinisches Fachpersonal analysieren die gemeldete Arbeitsunfähigkeit, schätzen den weiteren Verlauf ab und geben eine fundierte und klare Stellungnahme zum weiteren Vorgehen ab. Dank der frühzeitigen Begleitung werden beispielsweise Konfliktsituationen am Arbeitsplatz, Missbrauch von Betäubungsmitteln oder Probleme im privaten Umfeld des Arbeitnehmers fachmännisch, rasch und mit der notwendigen Unabhängigkeit erkannt. Entschädigt wird die Dienstleistung nach Aufwand.

Kundenzeitschrift SICHER Herbstausgabe frisch ab Presse

Nach dem prachtvollen Sommer geniessen die Versicherten den goldenen Herbst. Pünktlich zu Beginn des Blätterfärbens wird die Herbstausgabe der Kundenzeitschrift SICHER in die Briefkästen geliefert. Acht Krankenversicherer haben mitgemacht.

Die Ausgabe legt das Hauptaugenmerk aufs Thema Herzinfarkt. Viele kennen zwar die Symptome, aber nur wenige handeln richtig. Denn: Mit jeder Minute, die verstreicht, bleiben grössere irreparable Schäden am Herzmuskel zurück. Der Autor Jen Haas, wissenschaftlicher Redaktor der Schweizerischen Herzstiftung, verrät interessante Fakten zum Thema.

Wenn ein Versicherter Probleme mit seinem Krankenversicherer hat, hilft die Ombudsstelle Krankenversicherung weiter. Allein im letzten Jahr hat die Ombudsstelle über 5000 Anfragen bearbeitet. Morena Hostettler Socha, Geschäftsführerin der Ombudsstelle, stand im Kurzinterview Rede und Antwort.

Weitere Themen sind:

- Kneippen: Mehr als Wellness
- Fast Food: Die Menge macht's aus
- VOC-Abgabe: Die Umwelt schonen lohnt sich
- Impfung: Kleiner Piks mit grosser Wirkung

Interessierte können eine Printausgabe bestellen – oder die elektronische Version im Internet unter www.krankenversicherer.ch durchblättern.

MICHELLE FURRER
Projektleiterin Marketing
Tel. 041 417 05 41
m.furrer@rvk.ch



Die Frühlingstagung vermittelt Wissen pragmatisch und praxisnah und stellt so den direkten Transfer zur täglichen Arbeit sicher.

Folgende Workshopthemen stehen für Sie im Tagungsprogramm:

WZW aus vertrauensärztlicher Sicht | Gesundheit heute: Prävention | Paramedizinische Leistungsabwicklung | Kundenorientierung | Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch | Burnout-Syndrom | Geburtsgebrechen

Informationen und Anmeldung: www.rvk.ch/bildung

Philipp Dünki, Produktverantwortlicher Bildung + Events, T 041 417 05 63, p.duenki@rvk.ch

RVK

Bildung

Referenten tauschen sich aus

Am Donnerstag, dem 2. Juli 2015, fand das Referenten-Meeting des RVK statt. Das jährliche Treffen bietet den Referenten die Gelegenheit, gesammelte Erfahrungen untereinander auszutauschen. Zudem informiert der RVK seine Referenten über Neuigkeiten und Entwicklungen aus der Branche.

Der RVK blickt auf ein erfolgreiches Jahr 2014 zurück: Die Grundkurse waren äusserst gut besucht und die Teilnehmenden haben die Kurse positiv beurteilt. Bei den Bewertungen ist klar ersichtlich, dass die Verknüpfungen zwischen theoretischem Unterricht und praxisbezogenen Beispielen gelobt sowie auch weiterhin gefordert werden.

Teilnehmerrekord

Im Bereich der Weiterbildung hat der RVK in den vergangenen drei Jahren stark zugelegt. Das konstante Wachstum ist höchst erfreulich: Die Fachkurse verzeichneten 2014 einen klaren Teilnehmerrekord. Auch hier erkennen die Teilnehmenden insbesondere dann einen Mehrwert, wenn sie das neu erworbene Wissen direkt in die tägliche Arbeit integrieren können.

Um weiterhin die Bedürfnisse auf dem Markt zu erfüllen, ist der RVK auf die Beurteilungen und Meinungen der Teilnehmenden angewiesen. Im Rahmen des Referenten-Meetings besprechen die Verantwortlichen des RVK mit den Referenten zudem mögliche Weiterbildungsthemen und Gefässe, die ins Programm aufgenommen werden können.

Didaktische Reduktion

Neben der Themenwahl sind die angewandte Didaktik und Methodik bei der Wissensvermittlung wichtige Faktoren. Deshalb ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Unterrichtsform unabdingbar. Mit Yvo Wüest, Studienleiter und Dozent an der Akademie für Erwachsenenbildung «aeb», konnte der RVK einen ausgewiesenen Spezialisten zum Thema «didaktische Reduktion» gewinnen. In einem abwechslungsreichen Beitrag hat Yvo Wüest die Referenten für das Thema sensibilisiert und spannende Ideen zur Umsetzung aufgezeigt. Ziel ist es, in einem weiterführenden Workshop die Herausforderung «viel Stoff – wenig Zeit» richtig und nachhaltig anzugehen. Wir sind überzeugt, dass gemeinsam Ideen für einen weiterhin spannenden Unterricht gesammelt und umgesetzt werden können.

PHILIPP DÜNKI

Produktverantwortlicher Bildung + Events

Tel. 041 417 05 63

p.duenki@rvk.ch



KÜRBIS: «Pumpkin Spice Latte» ist ein Kürbis-Kaffeegetränk. Es besteht aus einer Mischung von traditionellen Herbstgewürzen wie Zimt, Muskat, und Nelke. Dazu kommt aufgeschäumte Milch, ein Espresso und Rahm mit Kürbiskuchengewürz als Topping.

Pflegestufen-Controlling Einsparungen in Millionenhöhe möglich

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sind oftmals in der falschen Pflegestufe eingeteilt. Das Sparpotenzial ist gross. Es lohnt sich, genauer hinzuschauen.

Für die Beurteilung der Pflegestufe wird häufig das Bedarfsklärungs- und Abrechnungssystem BESA genutzt. Wird darin eine Bewohnerin in der Pflegestufe vier statt zwei geführt, bedeutet dies für die Krankenkasse, dass sie pro Tag 36 Franken anstatt 18 Franken bezahlt. Also das Doppelte. Hochgerechnet auf ein Jahr sind das Mehrkosten von 6 500 Franken. Bei der öffentlichen Hand, die sich ebenfalls an den Pflegekosten beteiligt, ist dies noch viel gravierender: Die Gemeinde oder der Kanton bezahlt in diesem Fall 38.40 Franken pro Tag. In der Pflegestufe 2 wären es 1.95 Franken – also fast 20-mal weniger! Das sind ungerechtfertigte Mehrkosten von 13 304 Franken pro Jahr. Die Rechnung ist schnell gemacht. Ob Krankenversicherer oder öffentliche Hand: das Sparpotenzial ist erheblich.

Wie kann eine falsche Einstufung entstehen?

In der Hektik können Fehler passieren. Zum Beispiel werden Leistungen zur Betreuung der Bewohner als Pflegeleistungen verrechnet oder die Umstufung, nach Verbesserung des Gesundheitszustandes, geht vergessen. Es kommt vor, dass Leistungen verrechnet werden, die nicht dokumentiert sind. Manchmal bestehen aber auch einfach Wissenslücken beim Pflegepersonal.

Qualität der Pflege bleibt unangetastet

Auch wenn eine falsche Pflegestufe korrigiert wird, ändert sich nichts an der Qualität der Pflegeleistung. Die Einsparungen werden also nicht auf dem Buckel der Bewohnerinnen und Bewohner ausgetragen. Umso wichtiger ist es, dieses Sparpotenzial gezielt zu nutzen.

Kontrolle der Pflegeeinstufung durch den RVK

Der RVK hat sich der Problematik angenommen und ein System entwickelt, um die Pflegeeinstufungen bei den Heimen vor Ort zu kontrollieren. Die Dienstleistung «Pflegestufen-Controlling» ist dem Case Management angegliedert. Unsere erfahrenen und gut ausgebildeten Case Managerinnen überprüfen die jeweiligen Pflegestufen. Wird ein Fall beanstandet, erstellen sie eine schriftliche Stellungnahme. Diese basiert auf einer systematischen Punkt-für-Punkt-Überprüfung. Sie legen sie sowohl dem

Auftraggeber als auch der Heimleitung offen. Aufgrund der genauen Faktenlage kann anschliessend die Umstufung vollzogen werden.

Nutzen für die Auftraggeber

Die Versicherer und die öffentliche Hand profitieren von mehreren Vorteilen:

- Kosteneinsparung ohne Qualitätsminderung
- Korrekt eingestufte Bewohner
- Signalwirkung für die Heime und daraus länger anhaltender Effekt für die Zukunft
- Signalwirkung gegen aussen, dass man sich der Problematik annimmt
- Wissenslücken seitens der Heime werden geschlossen
- Einhaltung Datenschutz (dank Fallführungssystem CaseNet)

Aktuell führt der RVK mit einzelnen Versicherern sowie Gemeinden und Kantonen, im Rahmen eines Pilotprojekts, Pflegestufen-Controllings durch. Nach Auswertung der Ergebnisse fliessen die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der Dienstleistung ein.

THOMAS LUSTENBERGER

Key Account Manager

Projektleiter Pflegestufen-Controlling

Tel. 041 417 05 61

th.lustenberger@rvk.ch

RVK intern Neues von der RVK-Crew



Am 18. Mai 2015 hat **Thomas Lustenberger** die neu geschaffene Stelle eines Key Account Manager im Bereich Marketing angetreten. Seine Aufgaben liegen in der Marktbearbeitung und im Kundenmanagement der Zielgruppen Versicherungen, Verbände und öffentliche Hand. Er wird auch als Leiter oder Mitglied in verschiedenen Projekten tätig sein. Thomas Lustenberger arbeitet seit 1990 in der Versicherungsbranche, zuerst als Aussendienstmitarbeiter und später viele Jahre als Verkaufsleiter. Von 2003 bis 2006 leitete er die Filiale der Helsana in Aarau, bevor er ein Angebot der Zürich Versicherung als Generalagent in Affoltern am Albis angenommen hat. 2012 wechselte Thomas Lustenberger zur Publisana Krankenversicherung in Brugg. Dort war er als Geschäftsführer tätig. Thomas Lustenberger bildete sich stetig weiter und verfügt unter anderem über den Abschluss als Marketingplaner mit eidgenössischem Fachausweis. 2015 schloss er zudem an der ZHAW in Winterthur das CAS Insurance Broking ab.



Mitte August ist **Annanda Kotadia** als neue Lernende mit Ausbildungsziel Kauffrau-E-Profil, Fachrichtung Dienstleistung und Administration, zum RVK gestossen. Ein Jahr der dreijährigen Ausbildung hat sie bereits in einer anderen Firma absolviert. Sie führt ihre Lehrzeit nun während zweier Jahre in verschiedenen Abteilungen beim RVK fort.

*Wir heissen **Thomas Lustenberger** und **Annanda Kotadia** ganz herzlich willkommen im RVK-Team.*



Unsere Case Managerin **Wanda Federici** hat ihre knapp zweijährige Weiterbildung im Bereich «Betriebliches Gesundheitsmanagement» erfolgreich abgeschlossen und das Certificate of Advanced Studies der Fachhochschule Nordwestschweiz erhalten. Damit kann das Know-how im Case Management weiter verstärkt werden.

*Wir gratulieren **Wanda Federici** zu diesem Erfolg und wünschen ihr weiterhin viel Freude und Befriedigung bei ihrer Tätigkeit.*

JUDITH MAY
Leiterin Personal- und Finanzadministration
Tel. 041 417 05 72
j.may@rvk.ch

RVK-intern Sommerausflug 2015

Am 2. September 2015 genoss die RVK-Crew den jährlichen Personalausflug. Von Luzern führen die Mitarbeitenden über den Brünig in die Grimselwelt. Sie waren beeindruckt von der faszinierenden Wasserkraft für die Stromproduktion, den imposanten Staumauern, der gewaltigen Natur und vor allem auch von der überaus eindrücklichen Kristall-Kluft. Nach einem feinen Mittagessen rundete eine Wanderung durch die Aareschlucht den Ausflug ab.



RVK-intern Engagement im Ethikgremium

Als modernes Unternehmen mit einem breiten Angebot in der Versicherungs- und Dienstleistungsbranche ist der RVK auf gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte angewiesen. Er fördert seine Mitarbeitenden nicht nur in der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung, sondern unterstützt sie auch in ihrem Engagement ausserhalb ihrer beruflichen Tätigkeiten. So ist Manuela Sury, Case Managerin beim RVK, ins Ethikgremium eines Alters- und Pflegeheims gewählt worden. Sie gewährt einen Einblick in ihre spannende Arbeit.

Manuela Sury, das Kirchfeld, Haus für Betreuung und Pflege, hat im April ein Ethikgremium ins Leben gerufen. Warum gibt es dieses Gremium?

Das Kirchfeld ist eine öffentlich-rechtliche Institution der Gemeinde Horw. Das Alters- und Pflegeheim mit einer zusätzlichen Demenzabteilung bietet Platz für rund 150 Bewohnerinnen und Bewohner. Die Leitung des Kirchfelds nimmt das Thema Ethik sehr ernst, die Abteilungsleiterinnen haben in diesem Bereich verschiedene Aus- und Weiterbildungen absolviert. Mit dem Ethikgremium wollen sie ethische Belange nicht auf wissenschaftlicher Ebene diskutieren, sondern anhand sehr konkreter Fragen und Herausforderungen, die im Kirchfeld auftauchen.

Ein externer Ethiker leitet das Gremium. Wer arbeitet sonst im Ethikgremium mit?

Vertreten sind Pflegerinnen aller Abteilungen mit unterschiedlichen Qualifikationen, ein Hausarzt, die Leiterin der Spitex von Horw und ein Vertreter der katholischen Kirche. Ich vertrete die Angehörigen.

Wie sieht die Mitarbeit innerhalb des Gremiums aus?

Wir haben jährlich vier Sitzungen und einen täglichen Workshop. Die Vertreterinnen und Vertreter haben mögliche Themen gesammelt. In der ersten Sitzung haben wir diskutiert, wie man an eine Fragestellung herangeht – wir machen dies gestützt auf die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Wir können aber auch sogenannte Notfall-Fragen diskutieren, die im Kirchfeld auftreten.

Was finden Sie besonders spannend? Was fordert Sie heraus?

Ich finde es bereichernd, über Themen nachzudenken und mich auf eine Gedankenreise einzulassen, die ich sonst nicht machen würde. Die heterogene Zusammensetzung des Gremiums bereichert die Diskussion – der Austausch mit dem geistlichen Vertreter ist zum Beispiel sehr interessant. Ich beleuchte die Themen als Angehörige, aber natürlich auch als berufliche Pflegefachfrau. Die Mitarbeit im Gremium bereichert zudem meine Tätigkeit als Case Managerin.



Weshalb arbeiten Sie im Ethikgremium mit?

Ich kenne das Kirchfeld seit sieben Jahren als Angehörige. Die Institution und ihre Mitarbeitenden sind uns vertraut – meine Schwester und ich fühlen uns dort fast schon wie zuhause. Da mir das Thema am Herzen liegt und es mich auch in meiner Arbeit als Case Managerin betrifft, habe ich zugesagt. Ich schätze es zudem, mich in der Gemeinde, in der ich wohne, zu engagieren.

RVK-Mitglieder Kurz vorgestellt

Die 27 RVK-Mitglieder sind in der ganzen Schweiz verteilt. Sie unterscheiden sich in ihrer Grösse, im Auftritt und auch in den Angeboten. Nachdem wir bereits vier Mitglieder vorgestellt haben, sind in dieser Ausgabe zwei ganz unterschiedliche Krankenversicherer an der Reihe.

Krankenkasse Simplon Kleine Dorfkrankenkasse

Die Krankenkasse Simplon ist mit ihren 954 Mitgliedern das drittkleinste RVK-Mitglied. Die Oberwalliser Krankenkasse wurde 1935 gegründet. Ihr Tätigkeitsgebiet ist der Bezirk Brig im Wallis.

Judith Arnold-Zenklusen ist Geschäftsführerin der Krankenkasse Simplon – und gleichzeitig auch die einzige Mitarbeiterin. Seit 29 Jahren arbeitet sie für die Krankenkasse und erledigt alle Aufgaben selbständig.

Die Krankenkasse Simplon führt in der Grundversicherung nur die ordentliche Franchise von 300 Franken, Wahlfranchisen gibt es nicht. Sie bietet ihren Versicherten auch Zusatzversicherungen an: Sie macht dies via den RVK und sodalis.

Werbung nicht nötig

Die Krankenkasse Simplon ist eine Dorfkrankenkasse. Der Mitgliederbestand schwankt zwischen 900 und 1 000 Mitgliedern – Werbung betreibt die Krankenkasse keine. Judith Arnold-Zenklusen legt stattdessen sehr grossen Wert auf den persönlichen Kontakt zu den Mitgliedern. Ebenfalls wichtig ist ihr, die Sachgeschäfte effizient zu erledigen – anders könnte sie die anstehenden Aufgaben nicht alleine bewältigen. Dafür arbeitet sie mit der Software BBTI, die auch die Anforderungen einer kleinen Krankenkasse abdeckt.

Agrisano

Bedürfnisgerecht für die Landwirtschaft

Der Schweizer Bauernverband hat mit der Agrisano Stiftung eine Organisation geschaffen, die Bauernfamilien gute und speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Versicherungslösungen anbietet. Die Stiftung ist zu hundert Prozent Eigentümerin der Agrisano Krankenkasse AG und der Agrisano Versicherungen AG.

Die Agrisano Stiftung und ihre beiden AGs arbeiten eng mit der Agrisano Prevos und der Agrisano Pencas zusammen. Diese fünf Unternehmen treten gemeinsam unter dem Namen Agrisano auf. Der Hauptsitz der Agrisano ist in Brugg. Insgesamt beschäftigt sie 176 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Agrisano ist in praktisch allen Kantonen mit einer regionalen Geschäftsstelle vertreten, die den kantonalen Bauernverbänden angegliedert sind.

Die Agrisano Krankenkasse AG hat drei Kernbereiche: die Grundversicherung, die KVG-Taggeldversicherung sowie die Unfallversicherung nach UVG. Sie zählt über 125 000 Grundversicherte. Ihr Versicherungsangebot schützt ohne Luxus und ohne Lücken vor finanziellen Risiken bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Die Versicherten sind bereit, grösstmöglich eigenverantwortlich zu handeln, was attraktive Prämien ermöglicht: Kleine Risiken sollen die Versicherten selbst tragen, grosse Risiken sollen hingegen ausreichend versichert werden.

Die Agrisano Versicherungen AG ist Trägerin des eigenen VVG-Versicherungsgeschäfts. Kernprodukt ist die Zusatzversicherung AGRI-Spezial, die speziell auf die Bedürfnisse der landwirtschaftlichen Bevölkerung ausgerichtet ist. 74 000 Bauern und Bäuerinnen profitieren davon.

www.agrisano.ch

Agenda 2015/2016

Oktober	14.	Mi	Fachkurs «DRG Vertiefung für IV-Stellen»	Luzern
November	10./11.	Di/Mi	Grundkurs 1	Luzern
Dezember	1./2.	Di/Mi	Grundkurs 2	Luzern
	3.	Do	Luzerner Kongress Gesellschaftspolitik	Luzern
Januar	13./14.	Mi/Do	Grundkurs 1	Luzern
	20.	Mi	Fachkurs «Psychiatrie Psychotherapie»	Luzern
	26.	Di	Fachkurs «Hilfspersonen VAD»	Luzern
	28.	Do	treffPUNKT «KVG»	Zürich
Februar	10./11.	Mi/Do	Grundkurs 2	Luzern
	16.	Di	Prüfungstraining Krankenversicherungsfachleute	Luzern
	18.	Do	Prüfungstraining Krankenversicherungsfachleute	Zürich
März	8./9.	Di/Mi	Grundkurs 1	Luzern
April	12./13.	Di/Mi	RVK-Frühlingstagung	Nottwil
	28.	Do	RVK-Forum	Luzern
Mai	3./4.	Di/Mi	Fachkurs «Medizinische Kenntnisse»	Luzern
	11./12.	Mi/Do	Fachkurs «Medizinische Kenntnisse»	Luzern
	24./25.	Di/Mi	Grundkurs 1	Luzern
Juni	1.	Mi	Fachkurs «Zahnmedizin»	Luzern
	9./10.	Do/Fr	RVK-Impuls – Treffen. Erfahren. Austauschen.	Luzern
	10.	Fr	Delegiertenversammlung RVK / Generalversammlung RVK Rück AG	Luzern
	21./22.	Di/Mi	Grundkurs 2	Luzern

Sessionen 2015/2016

Winter	30. November bis 18. Dezember 2015	Bern
Frühling	29. Februar bis 18. März 2016	Bern
Sommer	30. Mai bis 17. Juni 2016	Bern