Standpunkt

Magazin zur Gesundheitspolitik von Helsana

Nr. 3/2022

Mit EFAS ausgewogen finanzieren

Helsana

Engagiert für das Leben.

Editorial

Seit 13 Jahren klemmt die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) in Bern fest. Heute übernehmen die Kantone bei stationären Leistungen mindestens 55 Prozent der Kosten, bei ambulanten Leistungen gar nichts. Mit der vorliegenden Gesetzesänderung, die mit Ausnahme der Kantone bei allen Akteuren im Gesundheitswesen auf breite Zustimmung stösst, soll sich das nun ändern. Der Bundesrat und die grosse Kammer bejahen die Vorlage und nun liegt der Ball beim Ständerat. Matchentscheidend, damit die Vorlage vorangetrieben werden kann, ist die Rechnungskontrolle.

Dank einer systematischen Rechnungskontrolle werden jährlich rund 10 Prozent an Kosten eingespart, was den Prämienzahlenden zugutekommt. Wir beleuchten die Sicht der Kantone und der Krankenversicherer hinsichtlich des Knackpunkts Rechnungskontrolle. Für die Krankenversicherer ist die systematische Kontrolle der Rechnungen von Ärztinnen und Ärzten und anderen Leistungserbringern das Kerngeschäft. Deshalb ist es sinnvoll und vor allem kostenneutral, wenn die Rechnungskontrolle bei den Krankenversicherern bleibt (Seite 4).

Die Preise neuer Medikamente nehmen seit Jahren stark zu. Anstatt bessere Kriterien für die Preisfestsetzung neuer Medikamente zu definieren, setzt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mittels Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) beim Hebel Einzelfallvergütung an. Um den gordischen Knoten in der Preisbildung zu lösen und das Problem an der Wurzel zu packen, wären jedoch weitergehende Reformen nötig (Seite 8).

Der Nationalrat schlägt vor, Kostenziele im Gesundheitswesen einzuführen. Das mit Abstand grösste Kostenwachstum lag zwischen 2015 und 2020 bei den behördlich festgelegten Tarifen. Um einen uneingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung und bei bezahlbaren Prämien zu gewährleisten, sind Anpassungen dieser Tarife zwingend. Zudem muss mehr in die Versorgungsforschung investiert werden. Nur so können echte Problemfelder hinsichtlich medizinisch unnötiger Leistungen oder Doppelspurigkeiten identifiziert werden (Seite 12).

Wir haben mit dem deutschen Krankenversicherer BARMER einen weiteren ländervergleichenden Versorgungsreport erarbeitet. Die Haupterkenntnis: Beide Gesundheitssysteme sind weitgehend «pandemiesicher». Auch kritische Aspekte kamen ans Licht. Etwa eine potenzielle Überversorgung im operativen orthopädischen Bereich (Seite 14).

Übrigens, auch Mauro Poggia, Präsident des Genfer Staatsrats und Interviewpartner in unserer Titelstory, ist bei EFAS skeptisch, stimmt aber mit uns überein, dass die veralteten Vergütungsstrukturen, die zwischen ambulant und stationär unterscheiden, überwunden werden müssen hin zu einer Orientierung am Behandlungspfad. Wir halten daran fest: EFAS ist die Voraussetzung dafür, dass diese Transformation gelingt. Die Differenzen bleiben also bestehen, schade!

Ich wünsche eine anregende Lektüre.

Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik &
Unternehmenskommunikation

Inhalte

Kantone und Krankenversicherer vertreten bezüglich **Rechnungsprüfung** unterschiedliche Standpunkte. Mauro Poggia, Präsident des Genfer Staatsrats, vertritt im Interview die Sicht eines Kantons – und wir zeigen auf, weshalb die Rechnungsprüfung bei den Krankenversicherern bleiben soll. → **Seite 4**

Ein wesentliches Argument für die Einführung von **Kostenzielen** ist die Reduktion von medizinisch unnötigen Leistungen und Doppelspurigkeiten. Um dagegen vorzugehen, helfen Kostenziele rein gar nichts. Besser: in die Versorgungsforschung investieren. → **Seite 12**

Revision KVV und KLV

Das EDI reagiert mit dem Hebel Einzelfallvergütung auf überrissene Medikamentenpreise und stark steigende Kosten. Nachhaltiger ist es, bessere Kriterien für die Preisfestsetzung neuer Medikamente zu definieren. → **Seite 8**

KURZ & KNAPP

→ **Seite 10**

Gemäss **neuster Studie von Helsana und BARMER** gelten das schweizerische und das deutsche Gesundheitswesen als weitgehend «pandemiesicher». Viele Behandlungen wurden trotz ausserordentlicher Lage durchgeführt oder nachgeholt. Aber auch potenziell Kritisches zeigt die Studie. → **Seite 14**

Herausgeber
Helsana-Gruppe, Gesundheitspolitik
Postfach, 8081 Zürich
Telefon +41 58 340 12 12
public.relations@helsana.ch
helsana.ch/standpunkt

Redaktion Can Arikan, Urs Kilchenmann, Diana Knecht, Wolfram Strüwe
Gestaltung eigelb – Atelier für Gestaltung, Basel
Übersetzung Supertext AG
Bildnachweis Cover: istock (jacoblund), Seite 6: Roger Ducraux, Seiten 2, 4, 8, 12, 14: Gian Marco Castelberg
Redaktionsschluss August 2022

Doppelte Vereinheitlichung – wozu soll das gut sein?

Ist die Rechnungsprüfung möglicherweise eine der letzten Bastionen gegen die einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)? Die Kantone und die Krankenversicherer vertreten komplett unterschiedliche Standpunkte. Doch es gibt Lösungen, um die legitimen Forderungen der Kantone zu erfüllen und gleichzeitig die Kompetenzen der Versicherer anzuerkennen.

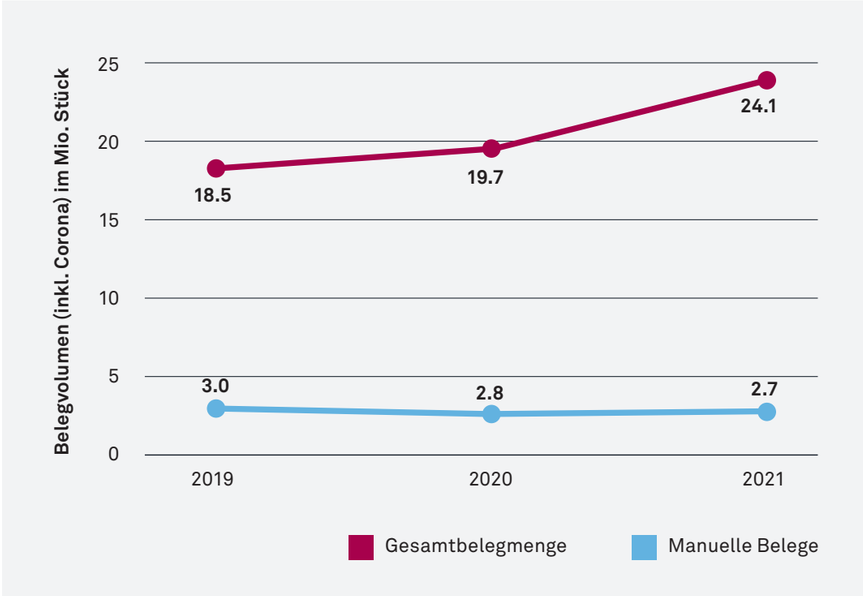
von Gaël Saillen, Leiter Public Affairs

Der Nationalrat hat lange gezögert, bis er sich mit der 2009 eingereichten EFAS-Initiative befasst hat. Nach dreimaliger Verschiebung wurde der Entwurf 2019 von ihm angenommen. Seitdem schmort er innerhalb der Ständeratskommission. Die zweite Lesung soll in der Septembersitzung abgeschlossen werden. Was rechtfertigt dieses jahrelange Zögern? Die Gewissheit, dass die Versicherten und die Patientinnen und Patienten geduldig warten.

Es braucht eine Konstante. Trotz einer breiten Allianz rund um die einheitliche Finanzierung erhalten die Kantone eine grosse – einige mögen sagen übertriebene – Aufmerksamkeit. Die Nationalratskommission wies im April 2019 darauf hin, man solle mehrere von den Kantonen vorgebrachte Forderungen berücksichtigen: Inkrafttreten mit dem Entwurf über die Zulassung der Leistungserbringer, Berücksichtigung der Langzeitpflege, sobald ausreichend Daten verfügbar sind, und eine Frist zur Erreichung der vorgeschriebenen Finanzierungsanteile der Kantone. Im August 2019 äusserte sich der Bundesrat zu EFAS und forderte gleichzeitig, die Anliegen der Kantone zu berücksichtigen.

Interessant ist ja: Für das Inkrafttreten der Zulassung der Leistungserbringer zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wurde EFAS nicht abgewartet. Die Frist für die einheitliche Finanzierung ist im aktuellen Entwurf vorgesehen. Die Integration der Langzeitpflege spaltet mehr, als es den Anschein erweckt, aber die Kostendaten fehlen noch. Infolgedessen droht die Rechnungsprüfung allein die gesamte Reform zum Scheitern zu bringen.

Rechnungsvolumen bei Helsana in 2021
Bei zunehmender Automatisierung ist eine manuelle Kontrolle, die medizinische, datenanalytische und rechtliche Kenntnisse erfordert, weiterhin erforderlich.



Quelle: Helsana

Moderne Massnahmen für legitime Forderungen
Es ist wichtig, die Bedenken der Kantone ernst zu nehmen. Dies gilt auch für die Rechnungsprüfung. Mit ihr haben die Kantone vor allem die Überprüfung des Wohnorts geregelt. Ausserdem sind sie für die kantonale Budgetplanung verantwortlich und müssen in der Lage sein, diese vor ihren Parlamenten zu verteidigen. Diese Punkte können ohne eine doppelte Rechnungsüberprüfung berücksichtigt werden, welche überflüssige, kostspielige Verwaltungskosten und Zuständigkeitsprobleme generieren würde.

Die Rechnungsprüfung muss aus rechtlichen Gründen in der Verantwortung der Versicherer bleiben. Dies sieht vor allem Artikel 56 KVG vor. Und sie muss aus Effizienzgründen im Zuständigkeitsbereich der Versicherer sein. Die Versicherer haben Prüfsysteme eingeführt, die Spitzentechnologie und qualifiziertes

Personal vereinen. Von den über 24 Millionen Rechnungen, die allein Helsana im Jahr 2021 abgewickelt hat, mussten 2,7 Millionen manuell bearbeitet werden. So wird klar, wie wichtig es ist, ein Team von Mitarbeitenden aufzubauen, das über juristische, medizinische und analytische Kompetenzen verfügt. Diese Investition hat sich bewährt. Die Versicherer vermeiden so unnötige Kosten von ungefähr 3 Milliarden Franken pro Jahr.

Sehr früh ausgearbeitete Lösungen

Die Versicherer haben Lösungen ausgearbeitet, die den Forderungen der Kantone Rechnung tragen. Kommen wir auf die Überprüfung des Wohnorts zurück: Den Versicherungen kann die Pflicht auferlegt werden, die Kosten dem richtigen Kanton zuzuordnen und die korrekte Anwendung der Tarife zu gewährleisten (Art. 41, Abs. 1bis KVG). Die ab 2024 verfügbare nationale Datenbank macht eine doppelte Überprüfung überflüssig.

Was die Budgetplanung der Kantone betrifft, wird diese durch eine rasche Weiterleitung der aggregierten Daten an die Kantone möglich sein. Der Zugang zu den detaillierten Daten ist völlig unnötig und wäre im Hinblick auf das Prinzip einer sparsamen Datennutzung problematisch.

EFAS zielt auf eine Vereinheitlichung ab; die Beibehaltung eines dualen Systems wäre unsinnig. Lasst uns keine Reform beerdigen, die im Parlament seit über zehn Jahren durch die Absicht, die Rechnungsprüfung zu verstaatlichen, vor sich hin dümpelt. Lasst sie uns im Gegenteil als Voraussetzung nutzen, um die Vergütungssysteme zu modernisieren, damit sie einer sich weiterentwickelnden Medizin besser entsprechen und Fehlanreize minimieren. Die Orientierung am Behandlungsverlauf und nicht mehr am Behandlungssektor muss dabei das Gebot der Stunde sein.

Mauro Poggia ist Präsident des Genfer Staatsrats und zuständig für das Departement für Sicherheit, Bevölkerung und Gesundheit. Er ist seit 2013 im Staatsrat und stand 2017 der «Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS)» vor. Mauro Poggia im Interview über die einheitliche Finanzierung der Leistungen:

EFAS wird – zumindest von den Befürwortern des Entwurfs – als eine der wichtigsten Reformen des Gesundheitssystems bezeichnet, die gegenwärtig im Parlament beraten werden. Teilen Sie diese Ansicht?

Auf jeden Fall, diese Reform ist bei Weitem die wichtigste. Wichtige Reformen zur Arbeitsweise der Krankenversicherer, beispielsweise zum Umgang mit Reserven, wurden von den französischsprachigen Kantonen eingereicht, ohne die erforderliche Unterstützung zu erhalten. Der EFAS-Entwurf ist eine Reform, die einem Pflaster auf einem Holzbein ähnelt: Anstatt das Problem einer manchmal künstlichen Trennung zwischen ambulantem und stationären Bereich zu beheben, nimmt sie lediglich eine Kostenverlagerung von den Versicherern auf die Kantone vor. Ohne erkennbare Auswirkungen auf die Gesundheitskosten oder die Qualität der Patientenversorgung.

Das KVG enthält keinerlei Passagen, die die Rechnungsprüfung den Kantonen überträgt. Warum sollte man sie aufnehmen?

Es ist undenkbar für mich, dass die Kantone Leistungen über die Versicherer zahlen, ohne kontrollieren zu können, was sie bezahlen. Wir reden hier von öffentlichen Geldern, deren Verwendung man jederzeit rechtfertigen können muss. Es geht nicht darum, die Fähigkeiten der Versicherer im Bereich Rechnungsprüfung infrage zu stellen und die Arbeit doppelt zu machen.

Was denken Sie über die Vorschläge der Versicherer, gewisse Punkte anders zu organisieren? Zum Beispiel die Überprüfung des Wohnsitzes, die die Kantone durch ihre Rechnungsprüfung gelöst haben, oder den Zugriff auf die Daten?

Wir sind natürlich offen für die Vorschläge der Versicherer, vorausgesetzt, das Grundprinzip des Zugriffs auf die Rechnungsdaten wird eingehalten und die Kontrollen, beispielsweise zum Wohnsitz, erfolgen mit klar umrissenen, transparenten Methoden.

Die Unterscheidung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich ist heutzutage überholt. Brauchen wir nicht Vergütungsstrukturen, die auf den Behandlungsprozess und nicht auf den Behandlungssektor ausgerichtet sind?

Das sehe ich auch so. Das System zur Finanzierung der Behandlungen, deren Kosten immer schwerer tragbar werden, muss hin zu Erstattungsstrukturen entwickelt werden und die schlechten Anreize beseitigen. Zudem muss es die Koordination zwischen den Akteuren fördern, Präventionsmassnahmen aufwerten und die Qualität der Patientenversorgung berücksichtigen. Die aktuellen Tarifstrukturen erlauben es nicht, alle diese Faktoren zu berücksichtigen. Ich habe die Hoffnung, dass die Pilotprojekte, die durch die beschlossene Änderung des KVG ermöglicht werden, Lösungen für die Zukunft unseres Gesundheitssystems im Hinblick auf die Finanzierung bringen werden.

«Der EFAS-Entwurf ist eine Reform, die einem Pflaster auf einem Holzbein ähnelt.»

Nicht optimal, trotzdem richtig

Höchste Zeit, dass das EDI den überrissenen Medikamentenpreisen und stark steigenden Kosten einen Riegel schiebt. Die Revision der KVV und der KLV lindert zwar die Symptome – eine nachhaltige Lösung sieht aber anders aus.

von Manuel Elmiger, Gesundheitspolitik & Public Affairs

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) steht unter Druck. Einerseits verfolgt es das Ziel, ausschliesslich wirtschaftliche Medikamentenpreise durch die soziale Krankenversicherung zu finanzieren und somit die Prämien tief zu halten. Andererseits will und muss es sicherstellen, dass der zügige Zugang zu echten Innovationen gewährleistet ist. Oft stellt sich die Pharmaindustrie bei der Preisfestsetzung neuer Medikamente jedoch quer und verlangt astronomische Preise für mal mehr, mal weniger innovative Therapien. Dadurch kommt es zu Verzögerungen bei der regulären Vergütungspflicht in der Grundversicherung und zu Umgehungsstrategien durch die pharmazeutische Industrie.

Die Ausnahme wird zur Regel

Dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) fehlen die Instrumente, um tiefe Medikamentenpreise durchzusetzen und trotzdem echte Innovationen mit höheren Preisen abzugelten. Denn dort, wo keine für beide Seiten zufriedenstellende Lösung gefunden wird, gestattet das heutige System unter gewissen Bedingungen das Schlupfloch Einzelfallvergütung gemäss Art. 71a–d KVV. Die Pharmaindustrie macht rege davon Gebrauch. Sowohl die Durchschnittspreise der Medikamente als auch die Einzelfallvergütungsgesuche nehmen seit Jahren stark zu (vgl. Abbildung).

Anstatt bessere Kriterien für die Preisfestsetzung neuer Medikamente zu definieren, setzt das EDI mittels Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) mutlos beim Hebel Einzelfallvergütung an. Die eigene Verhandlungsblockade soll so für eine begrenzte Zeit noch stärker als heute durch die Ausnahmeregelung überbrückt werden. Neuerdings jedoch mit vorgeschriebenen Rabatten, die eine einheitliche Anwendung innerhalb der Branche für alle Versicherten garantieren soll. Dies verschafft den Pharmaunternehmen Zeit, Evidenz für die Wirksamkeit der teilweise noch nicht zugelassenen und oft im Bereich der personalisierten Medizin anzusiedelnden Therapien zu generieren und zügig zu einem Verhandlungsresultat mit dem BAG zu kommen. Reicht der Druck nicht aus, ist eine Verdoppelung der Rabatte nach zweijähriger Anwendung vorgesehen. Diese Massnahmen sind erfolgsversprechend und Helsana unterstützt das Revisionsvorhaben in diesem Sinne. Die Krankenversicherer müssen sich dann aber zwingend an die in der Verordnung festgelegten Modalitäten halten. Werden die Rabatte durch die Herstellerfirmen nicht gewährt, darf dies nicht ohne konkrete Konsequenzen bleiben. Denkbar wäre beispielsweise eine Art «Negativliste» des BAG mit Therapien, die nicht durch die Grundversicherung vergütet werden dürfen.

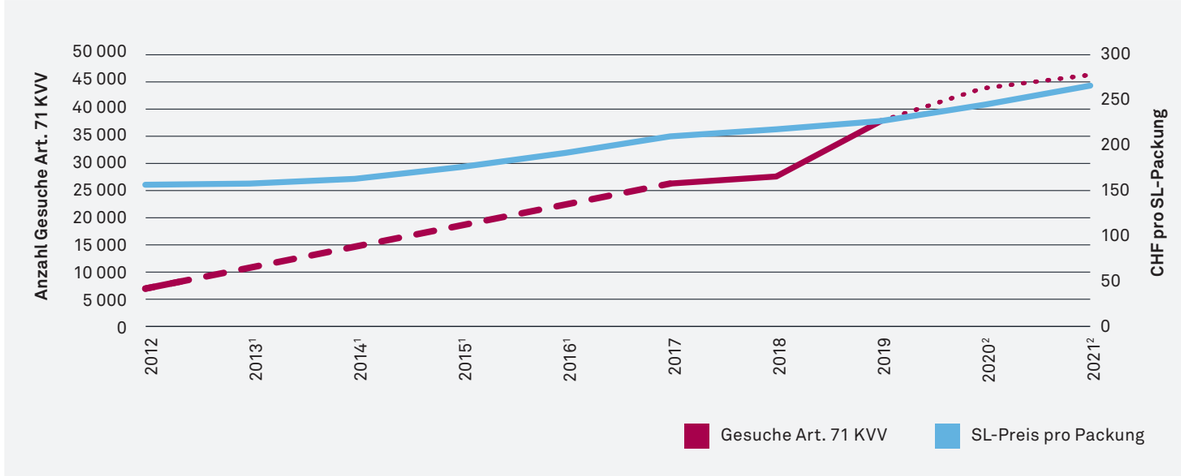
Regelung ohne vorgegebenen Ankerpreis nicht praxistauglich

Das EDI will den vorgeschriebenen Rabatten unter anderem einen Auslandspreisvergleich zugrunde legen. Es kann jedoch nicht sein, dass jede einzelne Krankenversicherung für sich bei Rabatten, die der Bund festgelegt hat, händisch einen anfechtbaren Referenzpreis ermitteln muss. Gibt das BAG die Rabatte vor, muss es bereits zum Zeitpunkt der Swissmedic-Zulassung einen für alle verbindlichen Ankerpreis festlegen. Sinnvollerweise sind hier die Kosten einer Vergleichstherapie heranzuziehen. Existieren keine Vergleichspreise, ist es zentral, dass die Verhandlungsparteien – Krankenversicherer und Lizenznehmer/Pharmaindustrie – analog heute in Eigenregie und ohne Detailvorgaben die Vergütungspreise verhandeln sollen.

Zielführendere Reformen werden nicht angepackt

Helsana begrüsst viele der angestrebten Verordnungsänderungen – auch solche, die nicht im Zusammenhang mit der Einzelfallvergütung stehen. Um den gordischen Knoten in der Preisbildung zu lösen und das Problem an der Wurzel zu packen, wären jedoch weitergehende Reformen nötig. Die Medikamentenpreise müssten jährlich auf ihre Wirtschaftlichkeit hin überprüft werden und es müssten anreizneutrale Margen angewendet werden. Und anstatt der durchaus erfolgsversprechenden Pflästerlipolitik über Art. 71a–d KVV müssten neben Auslands- und Therapiequervergleich (APV resp. TQV) neue Preisbildungskriterien für den regulären Preissetzungsprozess etabliert werden. So hätte das BAG Instrumente zur Hand, um für alle Parteien akzeptable Preise festzusetzen. Der Ausnahmecharakter der Einzelfallvergütung würde wieder in den Vordergrund gerückt, anstatt diesen zum Regelfall verkommen zu lassen.

Starke Zunahme der Gesuche für eine Vergütung von Therapien gemäss Art. 71 KVV – Medikamentenpreise der Spezialitätenliste (SL) steigen ebenfalls kontinuierlich



Quelle und Anmerkung: Evaluation der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall nach Art. 71a-b resp. Art. 71a–d KVV im Auftrag des BAG. Büro Vatter (2014), «Off-Label-Use in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» und BSS (2020), «Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall». Für die Jahre 2013-2016 Interpolation der bekannten BAG-Daten[1], ab 2020 Extrapolation ausgehend von der Entwicklung der Vergütungsgesuche der Helsana-Gruppe[2].

Die Vernehmlassung der Verordnungsvorschläge dauert bis zum 30. September 2022

Voraussichtliches Inkrafttreten ist der 1. Juni 2023. Neben einem möglichst gerechten Zugang bei der Einzelfallvergütung für alle Versicherten – durch eine Vereinheitlichung der Nutzenbewertung und Preisfestsetzung – soll auch die generelle Wirtschaftlichkeit im Medikamentenbereich mit mehreren Massnahmen gestärkt werden. Leider fehlen wichtige und teilweise vom Parlament bereits aufgegleiste Reformen: beispielsweise eine anreizneutrale Margenordnung bei der Medikamentenabgabe (vgl. Standpunkt 2021/3), die jährliche Überprüfung aller Medikamentenpreise, neue Preissetzungskriterien wie Budget-Impact (vgl. Motion Dittli 19.3703) oder Prävalenz, ein Ausschluss von Schaufensterpreisen beim Auslandpreisvergleich respektive grundsätzliches Abstützen auf wirtschaftliche Nettopreise.

KURZ & KNAPP

Tardoc – und wieder nichts!

Auch die neueste Version des Arzttarifs «Tardoc» hat den Bundesrat nicht befriedigt. Verstehe das, wer will. Und neue Bedingungen wurden formuliert: Zum einen bei der notwendigen Kostenneutralität, zum anderen bei der Tarifpflege, also der zukünftigen Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Wenn die Spielregeln immer wieder geändert werden, wird es schwer für die Tarifpartner curafutura und FMH. Aber es gibt Licht am Horizont: Der Bundesrat hat nämlich auch gesagt, dass der Tarif bewilligt wird, wenn diese Bedingungen erfüllt sind. Er und wir wünschen uns, dass alle Tarifpartner mitmachen. Da bleiben wir dran. Die Zeit drängt aber: Momentan steigen die spitalambulanten Kosten im zweistelligen Bereich. Da zeigt sich, wohin völlig veraltete Tarife führen.

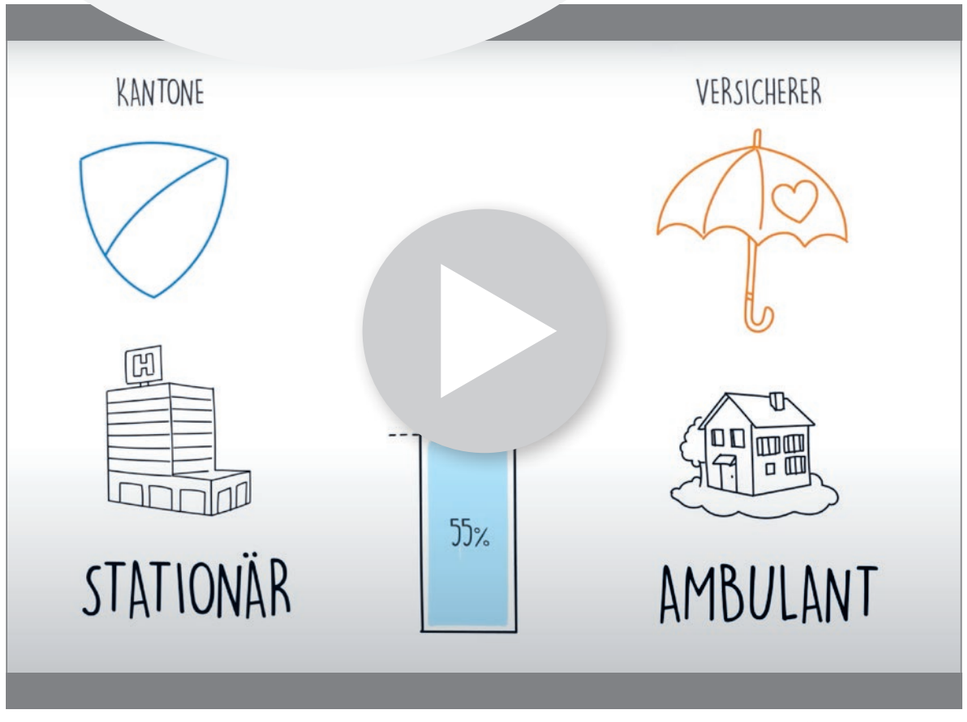
Reserven schaffen Sicherheit

Eine verbindliche Obergrenze von 150 Prozent für die Reserven – wie es der Nationalrat fordert – ist nicht nötig. Der Abbau von Reserven wurde bereits erleichtert, es braucht keine neue Regelung. Aufgrund des starken Kostenanstiegs in den letzten zwei Jahren ist es wichtig und richtig, dass Krankenversicherer genügend Reserven haben. Eine Obergrenze wäre also sogar schädlich. Mit den aktuellen Reserven können die Krankenversicherer die Leistungen in der OKP für rund vier Monate vergüten. Das reicht, weitergehende Regulierungen braucht es nicht.

EFAS EINFACH ERKLÄRT

Stationäre und ambulante Leistungen werden in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterschiedlich finanziert. Die stationären Kosten für medizinische Behandlungen werden heute zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone und zu maximal 45 Prozent durch die Krankenversicherer gemeinsam getragen. Die ambulanten Kosten hingegen werden vollumfänglich durch die Krankenversicherer und somit durch die Prämienzahlerinnen und -zahler finanziert. Die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich, also von den teureren stationären hin zu den kostengünstigeren ambulanten Behandlungen ist gesamtwirtschaftlich gewünscht und sinnvoll. Der Preis ist aber nicht akzeptabel, die Prämien steigen automatisch an. In diesem Video erfahren Sie genauer, weshalb es für alle sinnvoll ist, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen einzuführen:

> YouTube



Video-Screenshot: curafutura

Durch bessere Versorgung Kosten optimieren

Eine knappe Mehrheit des Nationalrats hat sich an der letzten Session für einen Gegenvorschlag zur «Kostenbremse-Initiative» der Mitte-Partei ausgesprochen. Der Bundesrat soll künftig Kosten- und Qualitätsziele für jeweils vier Jahre festlegen.

von Mathias Früh, Leiter Gesundheitspolitik & Public Affairs

Die Gesundheitskosten wachsen stetig. Diese Entwicklung befeuert seit vielen Jahren die Diskussion, wie unser Gesundheitswesen zu gestalten sei. Dabei gilt es, einen sicheren Zugang bei hoher Qualität der medizinischen Versorgung für alle sicherzustellen, und dies bei nachhaltiger Finanzierbarkeit.

Jüngst hat der Nationalrat entschieden, dass künftig Kostenziele im Gesundheitswesen eingeführt werden. Dieser Kostendeckel gilt für vier Jahre. Eine eidgenössische Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring soll dann die Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche überwachen sowie Bund und Tarifpartnern Massnahmen empfehlen. Der gleiche Rat hat in der Frühlingssession 2022 zudem per Rückkommen eine neue Version von Artikel 47c E-KVG verabschiedet. Dieser Artikel verpflichtet ausschliesslich die Tarifpartner, Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vorzunehmen. Für die behördlich festgelegten Tarife soll es demnach keine verpflichtenden Vorgaben geben. Doch sind wirklich die Tarife der Tarifpartner hauptverantwortlich für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen?

Im Grossen und Ganzen können drei Tarifgruppen gebildet werden, wenn man sie nach der Verantwortlichkeit unterscheidet:

- **Vertragstarife:** Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) beruht auf dem Grundsatz der Tarifautonomie der Tarifpartner. Demnach werden Tarife und Preise im KVG grundsätzlich in Tarifverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Artikel 43 Abs. 4 Teilsatz 1 KVG). Die Vertragstarife müssen durch die Kantone oder den Bund genehmigt werden. Vom Volumen her sind die Fallpauschalen im stationären Bereich sowie der TARMED am mächtigsten.
- **Behördliche Tarife:** Neben den Vertragstarifen kennt das KVG auch behördliche Tarife. In jenen, vom Gesetz bestimmten Fällen werden Tarife und Preise, gestützt auf Artikel 43 Absatz 4 Teilsatz 2 KVG, von der zuständigen Behörde festgesetzt. Namentlich für Analysen, Mittel und Gegenstände und Arzneimittel (vgl. Artikel 52 KVG).
- **Pflegebeiträge:** Dabei handelt es sich um durch den Bundesrat festgelegte Beiträge der Versicherer an die Pflegeleistungen. In der Regel müssen sich die Versicherten an diesen Kosten beteiligen. Für die Restkosten kommen die Kantone auf.

Der Staat ist für die Kostenentwicklung mitverantwortlich

Betrachtet man die Kostenentwicklung nach Tarifzuständigkeit, so wird in Abbildung 1 offensichtlich, dass die Entwicklungen sehr unterschiedlich verlaufen. Das mit Abstand grösste Kostenwachstum im Vergleich zur Gesamtkostenentwicklung zwischen 2015 und 2020 weisen die behördlich festgelegten Tarife mit +26 Prozentpunkten auf. Demgegenüber sind die Kosten der Vertragstarife lediglich um gut 9 Prozentpunkte gestiegen. Bei den Pflegebeiträgen sind die vom Bundesrat festgelegten Versichererbeiträge seit Jahren konstant. Dieses Kostenwachstum ist primär auf den demografischen Wandel und den Grad der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen.

Natürlich ist ein gewisser Teil der Kostenentwicklung dem medizinisch-technischen Fortschritt, Verschiebungen zwischen den stationären und ambulanten Versorgungssektoren und der demografischen Entwicklung geschuldet. Fakt ist aber, dass die Kosten in den vom Bund verantworteten Tarifen weit stärker gewachsen sind als jene der Tarifpartner.

Bei den behördlichen Tarifen sind die Preise zu hoch

Auf der Spezialitäten- und Analyseliste sowie der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) sind all jene Medikamente, Laborleistungen und MiGeL-Produkte gelistet, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden dürfen. Der Bund ist sowohl für die gelisteten Leistungen selbst wie auch die entsprechenden Preise zuständig. Für den überdurchschnittlichen Anstieg bei den behördlichen Tarifen sind vor allem die Preise verantwortlich. Am besten lässt sich dies bei den Medikamenten zeigen. Ihre Preise sind in den letzten Jahren massiv gestiegen.

Durchschnittspreis neu zugelassener Medikamente pro Zeitperiode (in CHF)

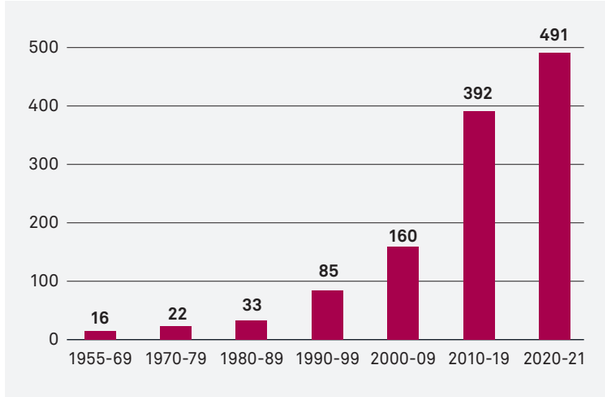


Abbildung 2, Quelle: Curafutura

Abbildung 2 zeigt, wie sich die Preise neu zugelassener Medikamente im Zeitablauf entwickelt haben. In den Jahren 2020/2021 lag der durchschnittliche Preis für Neuzulassungen bei stattlichen 491 Franken. Das ist mehr als das Dreifache im Vergleich zur Periode zwischen 2000 und 2009.

Aber auch bei den Laboranalysen sind die Preise seit Jahren zu hoch. Dies hat nicht zuletzt die Preisüberwachung mit den Auslandspreisvergleichen immer wieder bemängelt. Auch in der Politik stieg der Druck. So wurde die Motion 19.4492 von Nationalrat Lohr von beiden Räten angenommen. Sie verlangt vom Bundesrat, die Preise der Laboranalysen zu senken. Es ist offensichtlich so: Übersteigt politischer Druck ein gewisses Mass, scheint man zu reagieren. Erfreulicherweise hat der Bundesrat in einer Übergangslösung die Tarife aller Analysen ab dem 1. August 2022 linear um zehn Prozent gesenkt.[1]

Ineffizienz im Gesundheitswesen drosseln – aber richtig!

Das zögerliche Vorgehen bei den behördlich festgelegten Tarifen hat einen wesentlichen Einfluss auf die Kostenentwicklung der letzten Jahre gehabt. Wenn man also Artikel 47c E-KVG wirklich einführen wollte, müsste also auch der Bundesrat in die Pflicht genommen werden.

Aber dieser neue Gesetzesartikel geht völlig fehl. Ein wesentliches Argument für die Einführung von Kostenzielen und einem zentral gesteuerten Kosten- und Mengenmonitoring ist die Reduktion medizinisch unnötiger Leistungen und von Doppelspurigkeiten.

Um dagegen vorzugehen, helfen Kostenziele rein gar nichts. Es müsste vielmehr in die Versorgungsforschung investiert werden. Nur so gelingt es, echte Problemfelder zu identifizieren. Diese Erkenntnisse können in verbesserte medizinische Guidelines, Qualitätsverträge nach Artikel 58 KVG oder im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen umgesetzt werden. Mit Globalvorgaben Mikromanagement betreiben zu wollen, ist jedenfalls noch nirgends gelungen.

Relative Kostenentwicklung nach Verantwortlichkeit

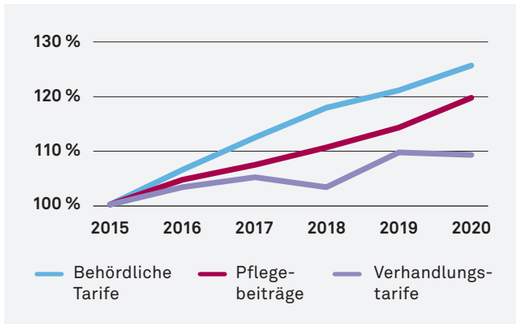


Abbildung 1, Quelle: BAG (2021)

[1] www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-89197.html

Keine flächendeckende Unterversorgung während Pandemie

In einer Studie von Helsana und BARMER erweisen sich das schweizerische und deutsche Gesundheitswesen als weitgehend «pandemiesicher». Bei der Untersuchung der stationären und ambulanten Versorgung kamen auch einige kritische Aspekte zutage.

von PD Dr. Carola A. Huber, Gesundheitswissenschaften

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Zusammenarbeit hat Helsana mit dem deutschen Krankenversicherer BARMER einen ländervergleichenden Versorgungsreport verfasst[1]. Die Studienresultate zeigen anhand von Versorgungsbeispielen auf, dass es in beiden Ländern zu keiner flächendeckenden Unterversorgung während der Coronapandemie kam. Anhand von Beispielen wurden verschiedene Behandlungssettings, stationäre Wahleingriffe sowie die ambulante Versorgung von Kindern und die Prävention untersucht.

Nachholeffekt bei Knie-Endoprothesen

Beide Länder haben gemäss behördlicher Anordnung nicht dringliche stationäre Eingriffe reduziert, um die Spitalkapazitäten aufrecht zu erhalten. Der Report analysierte daher den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einem künstlichen Kniegelenk, der sogenannten Knie-Endoprothese (Knie-EP), während der Pandemiephasen (Abbildung 1). Es zeigte sich, dass während der ersten Pandemiewelle deutlich weniger Knie-EP-Implantationen stattfanden. Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland wurden die Knie-EP-Operationen grösstenteils wieder nachgeholt – wobei der Nachholeffekt in der Schweiz stärker ausgeprägt war. Der Anteil an nicht nachgeholten Eingriffen könnte darauf hinweisen, dass einige Patientinnen und Patienten während der Pandemiephase alternative Behandlungen zu einer Knie-EP gesucht und auch gefunden haben. Die vergleichsweise hohe Anzahl an Knie-EP-Eingriffen über die letzten Jahre lässt zudem eine Überversorgung im operativen orthopädischen Bereich vermuten.

Anstieg vollständiger Immunisierung bei Kleinkindern

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Robert-Koch-Institut empfehlen bei Kleinkindern zwischen 0 und 2 Jahren Basisimpfungen mit dem Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR). Erfreulicherweise scheinen die Debatten über die Wirksamkeit von Covid-19-Impfungen die Bereitschaft von Eltern, ihr Kleinkind gegen MMR zu impfen, nicht negativ beeinflusst zu haben. Zeitgleich rief das BAG Eltern und Ärzteschaft dazu auf, die gemäss Impfplan empfohlenen Impfungen nicht zu verschieben. Dieser Appell lässt auf eine erhöhte Sensibilität der Ärztinnen und Ärzte und einen Anstieg der vollständigen Immunisierung bei Kleinkindern im Jahr 2021 schliessen.

Leichte Abnahme bei Mammographien

In beiden Ländern hat der Anteil an Mammographien – den Röntgenuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs – leicht abgenommen. Untersucht wurden die Daten von Frauen im gemäss medizinischer Leitlinie empfohlenen Alter von 50 bis 69. Die Daten legen einen gewissen Nachholeffekt in der zweiten Pandemiephase nahe. Für die Schweiz wurde zudem eine stärkere Zunahme an Mammographien in Kantonen mit einem «Brustkrebs-Screening-Programm» festgestellt. Abbildung 2 skizziert Kantone mit und ohne «Brustkrebs-Screening-Programm».

Der ländervergleichende Barmer-Helsana-Report zur Versorgungssituation während der Coronapandemie zeigt auf, dass anhand der ausgewählten Beispiele sowohl dem Schweizer als auch dem deutschen Gesundheitssystem eine grundlegende «Pandemiesicherheit» konstatiert werden kann. Viele Behandlungen wurden trotz der ausserordentlichen Lage durchgeführt oder konnten nachgeholt werden. Allerdings wurden auch einige potenziell kritische Aspekte durch die Untersuchung aufgedeckt.

[1]Caroline Bähler, Manuel Elmiger, Dagmar Hertle, Carola A. Huber, Claudia Schulte, Andri Signorell, Danny Wende (2022): Corona: Auswirkungen der Pandemie auf die medizinische Versorgung in Deutschland und der Schweiz. Report von BARMER und Helsana 2022.

Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit einer Knie-EP

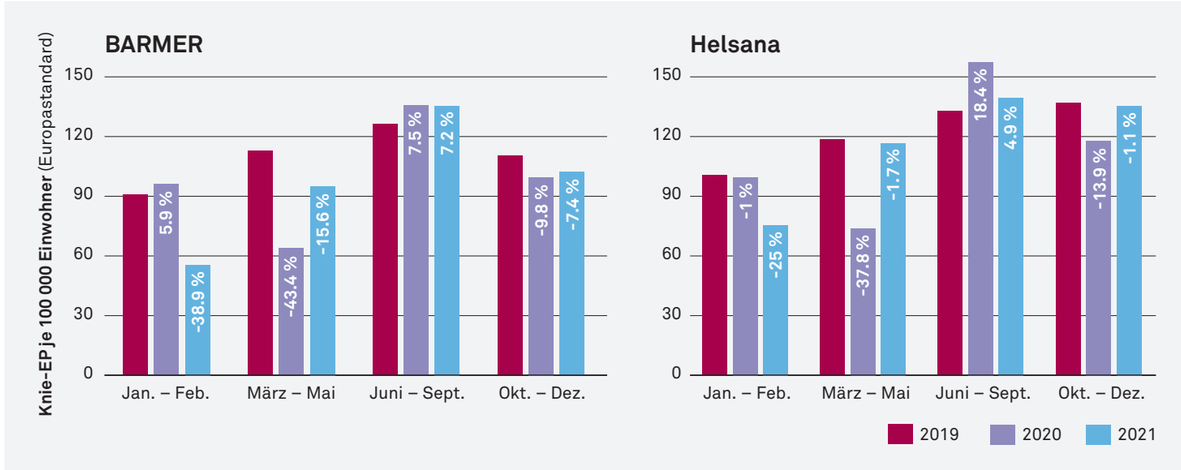


Abbildung 1: Europastandardisierter Anteil an Patientinnen und Patienten mit Knie-EP je 100 000 Versicherte für die Jahre 2019-2021, stratifiziert nach Pandemiephasen (mit prozentualer Abweichung gegenüber 2019). Quelle: BARMER/Helsana

Kantone mit und ohne Brustkrebs-Screening-Programm

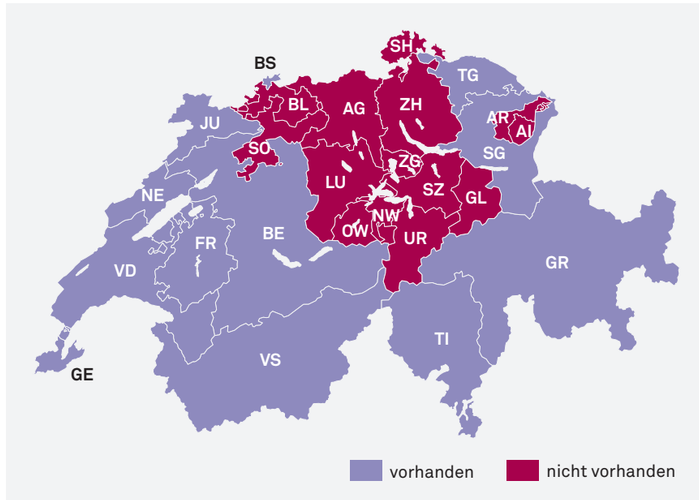


Abbildung 2: Kartengrundlage: BFS, ThemaKart, 2020

Solvenz der Krankenversicherer – quo vadis?

Dringliche Anfrage von Nationalrat Christian Lohr vom 30. Mai 2022:

«Die Solvenzquote ist auch ein Gradmesser für die gesunde Finanzierung der Krankenkassen. Aufgrund der aktuellen Kostenentwicklung stellt sich die Frage, wie es um die Sicherheit der Krankenkassen steht. Wie hat sich diese Solvenzquote im Branchendurchschnitt verändert?»

Antwort Bundesrat vom 10. Juni 2022:

«Die durchschnittliche Solvenzquote der Versicherer im Jahr 2021 betrug 207 Prozent. Die bislang vorliegenden, noch nicht überprüften Solvenztests der Versicherer bestätigen den Abwärtstrend der durchschnittlichen Solvenzquote. **Diese Quote dürfte zwischen 140 und 170 Prozent liegen.** Es gibt jedoch keine Hinweise darauf, dass die Versicherer die gesetzlichen Anforderungen an die Solvenz nicht mehr erfüllen und dass ihre finanzielle Sicherheit nicht mehr gewährleistet ist.»

Lieber Bundesrat, richtig, die Reserven sinken, und zwar ordentlich!

Helsana-Gruppe
Postfach
8081 Zürich
helsana.ch

Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG.