

# Standpunkt

Nr. 3/2023

Magazin zur Gesundheitspolitik  
von Helsana



**EFAS: Kommt es zum Schwur?**

**Helsana**

Engagiert für das Leben.



# Editorial

## Wahlkampf mit harten Bandagen

Wir sind in der heissen Phase des Wahlkampfs. Da wird auch in der Gesundheitspolitik schweres Geschütz aufgeföhren. Beliebt ist die Forderung nach einer Einheitskasse. Dieses Narrativ zieht immer, denn es hat geradezu religiösen Heilscharakter. Es spielt dabei keine Rolle, dass das Volk das Begehren schon dreimal abgelehnt hat. Die eigene Wählerschaft lässt sich damit zuverlässig mobilisieren.

## Krankenversicherungsgesetz einäschern?

Das andere grobe Geschütz will gleich das ganze Krankenversicherungsgesetz in Schutt und Asche legen. Die Aufhebung des Obligatoriums wurde von der Zürcher Gesundheitsdirektorin ins Spiel gebracht. Auch das hat zu reden gegeben. Weniger thematisiert wurde ihre Forderung nach einem sofortigen Marschhalt. Zurzeit seien Dutzende von «kleinen» Reformen hängig. Es werde an allen Ecken und Enden herumgeflickt. Sie fordert einen Neustart, das System müsse von Grund auf überdacht werden. Das lässt aufhorchen!

## Forderungen zielen gegen die wichtigste Reform: EFAS

Marschhalt, nichts mehr umsetzen, nur kleine Reformen hängig? Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Am 13. September wird die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) im Nationalrat

behandelt. Das Parlament ist bereits in der Differenzbereinigung. Das ist eine Gross-, keine Kleinreform! Bekanntlich stehen die Kantone dem Ansinnen mehr als skeptisch gegenüber; die Vorlage ist auf der Kippe. Wenn in einer solchen Phase die Gesundheitsdirektorin des grössten Kantons einen Marschhalt fordert, zielt das geradewegs gegen EFAS.

## Eine breite EFAS-Allianz

Wenn sich bei einem Thema alle massgeblichen Stakeholder im Gesundheitswesen und sogar der Bundesrat einig sind, dann ist es hier der Fall. Im «Standpunkt» haben wir einige der Stakeholder gebeten, kurz und knapp darzulegen, wieso sie für EFAS einstehen. Es gibt da offensichtlich viele Gründe, nicht nur die Kosten.

Bildlich gesprochen sollte es im Parlament zum Schwur kommen, wie damals auf der grünen Rütliwiese. So etwas Sinnvolles und Nachhaltiges tut unserem Gesundheitswesen gut. Die schweren Geschütze und Rauchpetarden hingegen nicht – Wahlkampf hin oder her.

Ich wünsche eine anregende Lektüre.

Wolfram Strüwe  
Leiter Gesundheitspolitik &  
Unternehmenskommunikation

## Inhalte

Die Einkaufsgemeinschaft HSK vertritt die Versicherer Helsana, Sanitas und KPT. Wie die Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern ablaufen und weshalb die kommende Vertragssaison anspruchsvoll wird, erklärt Geschäftsführerin Eliane Kreuzer im Interview. → Seite 4



Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) ist nach 14 Jahren beinahe in trockenen Tüchern. Im Gesundheitswesen ist die Reform bei praktisch allen Akteuren unbestritten. → Seite 6

## KURZ UND KNAPP

→ Seite 8

Obwohl jüngere Menschen häufiger den Arzt konsultieren, verändert sich ihr Anteil an den Gesamtkosten praktisch nicht. Mithilfe von Helsana-Daten haben wir die Kostenentwicklung der verschiedenen Altersgruppen analysiert. → Seite 10

Der Tarifstrukturvertrag zu den ambulanten Pauschalen wurde veröffentlicht. Die Bestimmungen zur Rechnungsstellung verhindern eine sinnvolle Rechnungskontrolle, der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern wird sogar undurchführbar. → Seite 12

Die Schweiz verfügt in der Krankenversicherung über das zweiseitige System der obligatorischen Grund- und der freiwilligen Zusatzversicherung. Durch den Ausbau der Grundversicherung sowie der Überregulierung der Zusatzversicherung stellt sich die Frage: was bleibt von der freiwilligen Zusatzversicherung? → Seite 14

### Herausgeberin

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 – Branding & Design, Basel

**Übersetzung** Supertext AG

**Bildnachweis** Cover: «Schwur auf dem Rütli» von Jean Renggli (1846–1898)

**Redaktionsschluss** August 2023

# Der Tarifpartnerschaft Sorge tragen



Eliane Kreuzer ist Geschäftsführerin der Einkaufsgemeinschaft HSK und für den Einkauf von medizinischen Leistungen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zuständig. Sie vertritt die Versicherer Helsana, Sanitas und KPT. Wie die Preisverhandlungen ablaufen und welche die grössten Herausforderungen dabei sind, erklärt sie im Interview.

Interview von Andrea Bischof, Gesundheitspolitik & Public Affairs, mit Eliane Kreuzer, Geschäftsführerin der Einkaufsgemeinschaft HSK.

**Eliane Kreuzer, was beschäftigt Sie zurzeit?**  
Die im Herbst beginnende Verhandlungssaison, in der wir mit den Leistungserbringern neu Tarife aushandeln, wird dieses Jahr besonders anspruchsvoll. Im laufenden Jahr haben die Leistungserbringer 138 Verträge gekündigt – so viele wie noch nie. Zudem stehen wir in 37 Festsetzungsverfahren, acht Verfahren sind beim Bundesverwaltungsgericht. Tarifpartnerschaftliche Lösungen sind in den letzten Jahren immer schwieriger geworden.

**War das bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 anders?**  
Ja, im Sinne einer guten Einführung in die neue Ära SwissDRG haben wir als Einkaufsgemeinschaft für die Kranken-

versicherer Helsana, Sanitas und KPT Lösungen gesucht und gefunden. So hatten wir im Tarifjahr 2012 nur eine Handvoll Festsetzungen.

**Sind die rechtlichen Rahmenbedingungen heute anders als im Jahr 2012?**  
Die neue Spitalfinanzierung und -planung wurde im Jahr 2012 mit dem Ziel eingeführt, den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu fördern und das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich einzudämmen. Dabei durfte die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht beeinträchtigt werden.

Die Grundsätze der Tarifiermittlung sind also seit dem Jahr 2012 gleichgeblieben. Die Tarife und Preise orientieren sich an

## Zahlen und Fakten der Einkaufsgemeinschaft HSK



8,9 Mrd.  
Vertragsvolumen



Ø 150  
Verhandlungen  
pro Jahr



~ 800  
Verträge



> 1500  
Tarife

Stand: Mai 2023, Quelle: HSK

der Entschädigung jener Leistungserbringer, welche die tariferte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

**Wie wird denn der Leistungserbringer ermittelt, welcher die Leistung in notwendiger Qualität effizient und günstig erbringt?**

Dieser Leistungserbringer wird in einem Benchmarking-Verfahren ermittelt. Nehmen wir als Beispiel die Tarifstruktur SwissDRG, die für die akut-stationären Fälle im Spital angewendet wird: Zuerst werden alle Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler der Schweiz plausibilisiert. Die plausiblen Kostendaten werden miteinander verglichen und der effiziente Leistungserbringer, also der Benchmark, bestimmt. Den Benchmark legt HSK beim 25. Perzentil fest. Dies bedeutet, dass 25 Prozent der Spitäler tiefere Kosten und 75 Prozent der Spitäler höhere Kosten haben. Dieser Wert dient als Ausgangswert für die Verhandlungen.

**Nicht jedes Spital hat denselben Preis, richtig? Was passiert nach dem Benchmarking?**  
In der zweiten Stufe der Preisfindung werden individuelle Preisverhandlungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten und der spezifischen Situation jedes Spitals geführt. Dafür hat HSK anhand von Indikatoren Gruppen mit ähnlichen

Spitälern, sogenannte Cluster, gebildet. So lassen sich ähnliche Spitäler vergleichen. Auf der Grundlage des Benchmark-Wertes und der Cluster führt HSK die Tarifverhandlungen. Gelingt es den Tarifpartnern einen Vertrag zu schliessen, wird er dem Kanton zur Genehmigung eingereicht. Findet man keine Lösung, muss der Kanton den Tarif festsetzen.

**Sie haben gesagt, dass es immer schwieriger wird, Lösungen zwischen Tarifpartnern zu finden. Woran liegt das?**

Ich fokussiere mich auf einen Grund: Die Spitäler sind wirtschaftlich unter Druck – wie es der Gesetzgeber mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und des Wettbewerbes wollte. Die Pandemie hat diesen Druck verschärft. Daher versuchen die Spitäler, den höchstmöglichen Tarif zu erzielen. Die Erfahrung in den letzten Jahren hat gezeigt, dass die Kantone bei diesen Bestrebungen eine grosse Rolle spielen. Die Kantone haben nämlich einerseits aufgrund der Einführungsphase der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 grossen Ermessensspielraum und andererseits Mehrfachrollen. Sie sind Eigentümer der Spitäler, Finanzierer und erst noch Festsetzungsbehörde. Die Spitäler sind oft grosse Arbeitgeber und somit auch aus volkswirtschaftlicher Sicht relevant. Daher achten die Kantone

sehr stark auf die Spitäler, was sich bei Festsetzungen zugunsten «ihrer» Spitäler auswirkt.

**Besteht dieser erhebliche Ermessensspielraum immer noch?**

Das Bundesverwaltungsgericht gibt den Kantonen grossen Ermessensspielraum, da der Bund bisher keine weiteren Ausführungsbestimmungen erlassen hat. Vor mittlerweile drei Jahren hat das BAG eine entsprechende Anpassung der KVV bezüglich Preisfindung und Tarifiermittlung angekündigt. Die uns aktuell vorliegende Version wird die Tarifverhandlungen komplexer und langwieriger machen. Es wird schwieriger, tragfähige Lösungen zu finden. Ziel der geplanten KVV-Revision ist es, die Tarifpartnerschaft zu fördern und die Kosten einzudämmen. In der Praxis wird sie lediglich zu mehr Aufwand, weniger Tarifpartnerschaft und keiner Kostendämpfung führen.

**Was ist Ihr Wunsch für Ihr Arbeitsgebiet?**

In Zukunft sollten wir der Tarifpartnerschaft mehr Sorge tragen und das Zepter nicht den Kantonen und Gerichten überlassen. Dazu müssen wir alle bereit sein, Kompromisse einzugehen und innovative Lösungen zu suchen.

# Einigkeit herrscht!

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) befindet sich im Parlament auf der Zielgeraden. Es hat sich über die Jahre eine sehr breite Allianz gebildet, die sich für das Gelingen der Reform einsetzt. Wir haben einige Allianz-Mitglieder gebeten, in kurzen Statements darzulegen, wieso aus ihrer Sicht die neuen Finanzierungsregeln im KVG verankert werden müssen.



**Anne-Geneviève Bütikofer**  
Direktorin H+

«EFAS – wie jede grosse Reform in der Schweiz – kann nur mit gutschweizerischen Kompromissen gelingen. H+ engagiert sich weiterhin für EFAS und ruft alle Akteure auf, mit Augenmass und Kompromissbereitschaft zum Gelingen von EFAS beizutragen.»



**Stephan Mumenthaler**  
Direktor scienceindustries

«Integrierte Versorgungsmodelle sind ein wichtiges Instrument, um auch in Zukunft qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Behandlungen anbieten zu können. Integrierte Versicherungsmodelle werden mit EFAS für die Versicherten noch attraktiver. Eine solche Dynamik dämpft die Gesundheitskosten für alle.»



**Philippe Luchsinger**  
Präsident mfe

«Was? Ambulante und stationäre Leistungen werden nicht gleich finanziert? Das geht gar nicht!»



**Martine Ruggli**  
Präsidentin pharmaSuisse

«Mit EFAS wird ein grosser Fehlanreiz im Schweizer Gesundheitssystem beseitigt und die koordinierte Versorgung gestärkt.»



**Roman Sonderegger**  
CEO Helsana

«EFAS muss kommen, denn nur so können die prämiertreibenden Wirkungen von Verlagerungen in den ambulanten Bereich gestoppt werden.»



**René Buholzer**  
Geschäftsführer interpharma

«Interpharma setzt sich für eine qualitativ hochwertige und nachhaltig finanzierbare medizinische Grundversorgung ein. Mit EFAS kommen wir diesem Ziel näher, weil so Fehlanreize im Gesundheitswesen eliminiert werden.»



**Yvonne Gilli**  
Präsidentin FMH

«Heute können immer mehr Behandlungen ambulant erbracht werden. Das unterstützt die Lebensqualität der Patienten und kann dank EFAS kosteneffizient umgesetzt werden.»



**Annamaria Müller**  
Präsidentin fmc

«Eine zerstückelte Finanzierung behindert die integrierte Versorgung.»



**Babette Sigg Frank**  
Präsidentin Schweizerisches Konsumentenforum

«EFAS ist gut für Konsumentinnen und Konsumenten, weil mehr Geld im Prämienportemonnaie bleibt!»



**Willy Oggier**  
Präsident SW!SS REHA

«EFAS reduziert die finanziellen Verzerrungen und kann damit einen Beitrag zu patientengerechteren neuen Versorgungsmodellen leisten.»



**Fulvia Rota**  
Co-Präsidentin FMPP

«Die einheitliche Finanzierung aller OKP-Leistungen ist im Sinne der Patientinnen und Patienten: EFAS führt zu mehr Kostengerechtigkeit und beseitigt unterschiedliche finanzielle Anreize zwischen Kantonen und Krankenversicherern.»



**Damian Müller**  
Präsident FGS

«Dank EFAS können wir bei optimaler Ausgestaltung ohne Einbusse der Versorgungsqualität sinnvoll Kosten reduzieren. Es ist wichtig, dass wir dieses wichtige Gesundheitsprojekt jetzt schlank ins Ziel bringen.»



**Fridolin Marty**  
Leiter Gesundheitspolitik economiesuisse

«Der Nutzen einer einheitlichen Finanzierung (EFAS) ist dann am grössten, wenn sich die Kantone auf ihre Kernaufgaben (Zulassung, Patientensicherheit und Spitalplanung) beschränken. economiesuisse setzt sich für eine EFAS ein, die den Kantonen finanzielle Rechtssicherheit gibt, aber keine neuen Steuerungsmöglichkeiten.»



**Ernst Niemack**  
Geschäftsführer vips

«Mit EFAS eliminieren wir Fehlanreize im heutigen System und schaffen mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen die Voraussetzung, um das Gesundheitswesen in Richtung mehr Effizienz und Qualität zu entwickeln. Übernehmen wir die Verantwortung für eine starke und nachhaltige Patientengesundheit.»



**Felix Schneuwly**  
Vize-Präsident BFG

«Der technologische Fortschritt macht es möglich, dass Patientinnen und Patienten mehr ambulant und weniger stationär versorgt werden. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungen (EFAS) ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für weitere Fortschritte in der koordinierten medizinischen Versorgung und die Belohnung von Effizienz und Qualität statt nur von Mengen.»

# KURZ UND KNAPP

## Helsana-Report: Versorgung

Drei konkrete Versorgungssituationen werden im aktuellen Helsana-Report analysiert: Vorsorgeuntersuchungen, Behandlung von chronisch kranken Menschen und Arzneimittelsicherheit. Dabei wird beleuchtet, wie medizinisch empfohlene Vorsorgeuntersuchungen in der Schweiz durchgeführt werden, ob Patientinnen und Patienten mit Diabetes eine leitliniengetreue Versorgung erhalten und wie es mit der Arzneimittelsicherheit hinsichtlich inadäquater Medikationsverschreibungen steht. Vorweg: Die Helsana-Daten zeigen teils gravierende Mängel auf.

Ziel des jüngsten Reports ist es, aufzuzeigen, dass Helsana einen essenziellen Beitrag zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung leisten könnte, sofern hierfür die rechtlichen Grundlagen geschaffen würden. Krankenversicherer verfügen über viele Gesundheitsdaten ihrer Versicherten – so können sie Potenziale in der medizinischen Versorgung identifizieren. Heute können diese Erkenntnisse aus regulatorischen Gründen nicht genutzt werden. Helsana fordert deshalb, dass die Informationen aus den Abrechnungsdaten für eine transparente und qualitativ bessere medizinische Versorgung eingesetzt werden – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

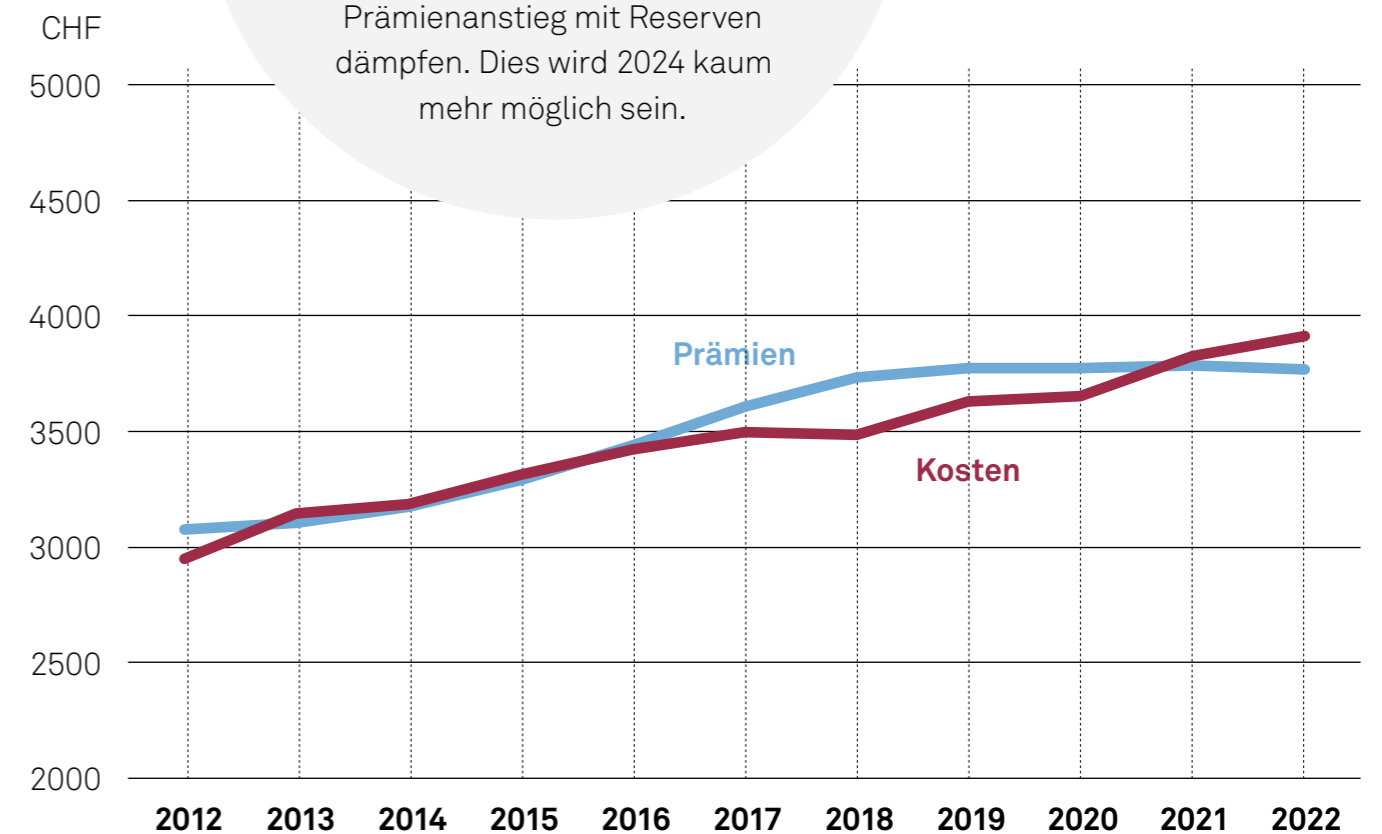


[helsana.ch/versorgungsreport](https://helsana.ch/versorgungsreport)



## Prämien- und Kostenentwicklung

Die Prämien folgen den Kosten im Gesundheitswesen und nicht umgekehrt. Um die Prämienentwicklung zu bremsen, muss man zwangsläufig bei den Kosten ansetzen. Die Versicherer konnten in den letzten Jahren den Prämienanstieg mit Reserven dämpfen. Dies wird 2024 kaum mehr möglich sein.



# Jüngere konsultieren häufiger den Arzt



In der «Schweizerischen Ärztezeitung» wird von einer «noch nie dagewesenen» Nachfrage an Arztkonsultationen gesprochen – und dem damit verbundenen Effekt auf die Gesamtkosten. Mithilfe von Helsana-Daten haben wir diese Aussage evaluiert.

von Dr. Melanie Amrein, Gesundheitswissenschaften

Die vom Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte (FMH 2023b) durchgeführte Analyse mittels eigener Datensammlung zeigt: Die Anzahl an Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen ist von 2021 auf 2022 deutlich gestiegen. Konkret: über sieben Prozent bei den Grundversorgern. Andere Stimmen lassen vernehmen, dass insbesondere die Jüngeren häufiger eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen als früher. Die Rede ist von einem Ansturm auf die Arztpraxen, der sich kaum bewältigen lässt. Hier stellt sich die Frage, ob diese Vermutungen mit den Helsana-Abrechnungsdaten bestätigt werden können.

## Stärkste Zunahme bei den Jungen

Der für die Schweizer Bevölkerung hochgerechnete Anteil an Personen mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Leistung<sup>1</sup> in einem Jahr stieg nur leicht von 77 Prozent im Jahr 2018 auf 79 Prozent im Jahr 2022 – mit leicht tieferen Werten in den Coronajahren (Abb.1). Bei den Jüngeren zeigt sich ein stärkerer Anstieg, allen voran bei den 19- bis 25-Jährigen mit einer prozentualen Zunahme von sechs Prozent. Bei älteren Personen zeigt sich ein klarer sogenannter Deckeneffekt – der Anteil an Personen in den Alterskategorien 61+ blieb über die letzten Jahre fast gleich.

## Unveränderte Kostenverteilung

Die hochgerechneten Kosten für ärztliche ambulante Bruttoversicherungsleistungen in der Schweiz stiegen pro Person von 2018 bis 2022 um acht Prozent und lagen im Jahr 2022 bei 975 Franken. Auch hier zeigt sich bei den jüngeren Erwachsenen zwischen 19 und 25 Jahren ein stärkeres Wachstum von 14 Prozent. Erklärt werden kann dies unter anderem durch einen Anstieg bei der Anzahl an Konsultationen (+3,2 Prozent) in dieser Altersgruppe. Trotz des stärkeren Kostenwachstums in den jüngeren Alterskategorien zeigt sich keine Veränderung beim Gesamtkostenanteil: Wie schon vor zehn Jahren verursachten jüngere Personen zwischen null und 30 Jahren im Jahr 2022 etwas mehr als 20 Prozent der Gesamtkosten für ambulante ärztliche Leistungen.

## Trend: aus der Grundversorgung in Spezialgebiete

2022 bezogen in der Grundversorgung<sup>2</sup> 59 Prozent der Versicherten ambulante ärztliche Leistungen. Das sind acht Prozent weniger als im Jahr 2018. Dieser Abwärtstrend zeigt sich in allen Alterskategorien, aber weniger stark bei jüngeren Personen. Bei den Spezialistinnen und Spezialisten herrscht hingegen ein klarer Aufwärtstrend: Waren es 2018 noch 43 Prozent mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Leistung, so waren es im Jahr 2022 schon 51 Prozent. Die Daten zeigen die deutliche Verschiebung von Leistungen aus der Grundversorgung in Spezialgebiete.

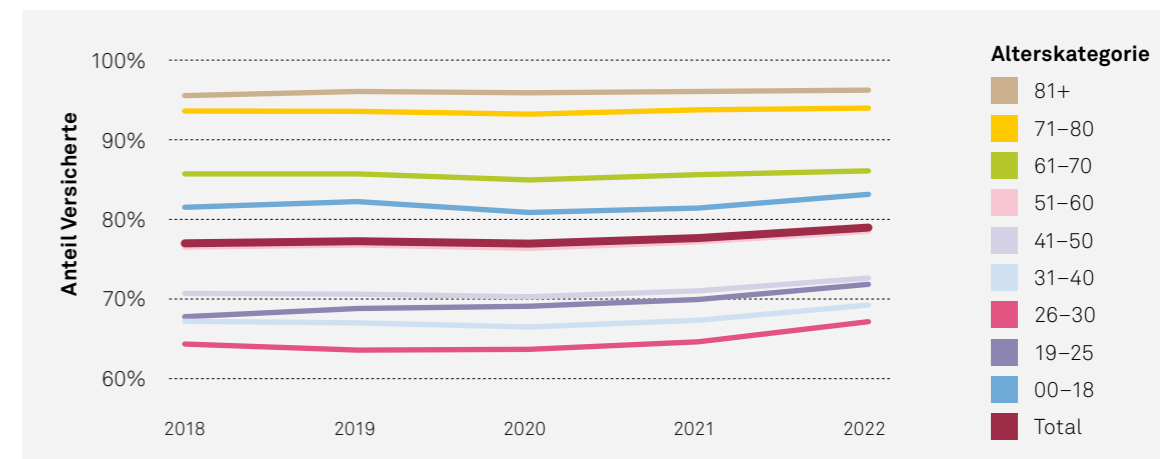


Abbildung 1: Prozentualer Anteil versicherter Personen pro Alterskategorie – hochgerechnet für die Schweizer Bevölkerung – mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Leistung in einem Jahr für die Jahre 2018 bis 2022.

trend: Waren es 2018 noch 43 Prozent mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Leistung, so waren es im Jahr 2022 schon 51 Prozent. Die Daten zeigen die deutliche Verschiebung von Leistungen aus der Grundversorgung in Spezialgebiete.

## Höhere psychiatrische Nachfrage bei den Jungen

Total ging die Anzahl an Personen mit ambulanten psychiatrischen Leistungen von 2018 bis 2021<sup>3</sup> um fünf Prozent leicht zurück. Bei den Jungen zeigt sich ein anderes Bild. Personen zwischen 19 und 25 Jahren bezogen 13 Prozent mehr Leistungen im Jahr 2021 als noch drei Jahre davor. Diese Resultate gehen einher mit einer in diesem Jahr veröffentlichten wissenschaftlichen Studie mit Helsana-Daten (Rachamin et al. 2023). Jüngere Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren bezogen im Jahr 2020 signifikant häufiger ambulante psychiatrische Leistungen als erwartet.

## Sind Arztpraxen überlastet?

Die Aussage der FMH, dass es zu einem Ansturm von Patientinnen und Patienten kommt, kann mit Helsana-Daten zu den ambulanten ärztlichen Leistungen nicht bestätigt werden. Im Unterschied zu den Analysen der FMH repräsentieren Helsana-Abrechnungsdaten alle Personen mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Leistung und nicht nur Personen mit einer Erstkonsultation, was ein vollumfänglicheres Bild darstellt. Dass Ärzte und

Ärztinnen einen Ansturm spüren, könnte mit einer steigenden Anzahl an Patienten und Patientinnen im Vergleich zu den Leistungserbringenden zusammenhängen. Dagegen spricht, dass die ständige Schweizer Wohnbevölkerung von 2018 bis 2021 gemäss BFS 2022 um 2,2 Prozent wuchs, die Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte aber um 4,5 Prozent. Dabei ist zu beachten, dass gemäss FMH (2023a) das durchschnittliche Arbeitspensum sinkt, insbesondere bei den Hausärzten. Ein Trend, der sich sicherlich noch weiter verstärken könnte.

## Fazit

Auch wenn der prozentuale Anteil an jüngeren Personen mit ambulanten ärztlichen Leistungen über die letzten fünf Jahre anstieg, verändert sich ihr Anteil an den Gesamtkosten praktisch nicht. Hierbei spielt die ständig wachsende Bevölkerung in der Schweiz eine zentrale Rolle. Immer mehr Personen fallen in die älteren Altersgruppen und diese verursachen wiederum viel höhere Leistungskosten als die Jüngeren: Beispielsweise verursachte eine Person, die zwischen 71 und 80 Jahre alt war, im Jahr 2022 durchschnittlich drei Mal so hohe Kosten als eine Person zwischen 19 und 25. Die Babyboomer werden in den nächsten Jahrzehnten diesen Trend noch verschärfen. Dennoch sollte die Entwicklung bei den jüngeren Personen in Zukunft genau beobachtet werden.

## Referenzen:

BFS (2022): Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung, definitive Jahresergebnisse, 2005-2021. Available online at <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/daten.assetdetail.23064752.html>, checked on 8/17/2023.

FMH (2023a): FMH Ärzttestatistik 2023: Vor allem Hausärzte/-innen sind knapp. Available online at <https://www.praktischerarzt.ch/magazin/fmh-aerzttestatistik-2023/>, checked on 7/13/2023.

FMH (2023b): Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe 23. 23<sup>te</sup> ed. Available online at <https://saez.ch/issue/edn/saez.2023.23>, checked on 12/7/23.

NZZ (06.06.23): Patienten überrennen die Arztpraxen. Available online at <https://www.nzz.ch/schweiz/patienten-ueberrennen-die-arztpraxen-vor-allem-die-verunsicherten-jungen-ld.1741050?reduced=true>.

Rachamin Y, Jäger L, Schweighoffer R, Signorell A, Bähler C, Huber CA, Blozik E, Seifritz E, Grieschott T and Senn O (2023): The Impact of COVID-19 on Mental Healthcare Utilization in Switzerland Was Strongest Among Young Females—Retrospective Study in 2018–2020. *Int J Public Health* 68:1605839. doi: 10.3389/ijph.2023.1605839

<sup>1</sup> Ambulante Leistungen bei einem Arzt oder einer Ärztin über alle Fachgebiete hinweg. Berücksichtigt wurden alle OKP-Leistungen der Obergruppe «Ärzte und Ärztinnen» ausser Leistungen mit Kostenart «Medikamente», «Medikament mit erhöhtem Selbstbehalt», «Laboranalysen» oder «Spitalbehandlung ambulant».

<sup>2</sup> Grundversorgung beinhaltet die Gruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Allgemeine Innere Medizin, praktischer Arzt / Ärztin, Kinder- und Jugendmedizin, sowie eine Reihe Gruppenpraxen mit Grundversorger-Charakter.

<sup>3</sup> Im Jahr 2022 gab es einen Systemwechsel bei der Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen. Dies führte dazu, dass Psychiaterinnen und Psychiater ab Mitte 2022 weniger Leistungen abrechneten, weil Psychotherapeutinnen und -therapeuten neu selbstständig abrechnen dürfen (siehe Standpunkt 2/23).

«Der Risikoausgleich wäre undurchführbar, wenn dieser Tarifstrukturvertrag in Kraft gesetzt würde.»

# Sind die ambulanten Pauschalen umsetzbar?



Der Tarifstrukturvertrag zu den ambulanten Pauschalen wurde veröffentlicht. Die Bestimmungen zur Rechnungsstellung verhindern eine sinnvolle Rechnungskontrolle, der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern wird sogar undurchführbar.

von Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik & Unternehmenskommunikation

Im Juni haben H+ und santésuisse den Tarifstrukturvertrag zum Patientenspau-schaltarif – den ambulanten Pauschalen – veröffentlicht. Neben den gesetzlichen Bestimmungen ist ein Tarifstrukturvertrag eine wesentliche Grundlage für die Abrechnung eines Tarifs. Es wird im Detail geregelt, wie die Rechnungen von den Leistungserbringern zu erstellen sind und welche Informationen die Krankenversicherer erhalten, um abzurechnen, aber auch, um die ihnen gesetzlich zugeschriebene Rechnungskontrolle durchführen zu können. Wenn dies nicht sauber geregelt ist, droht bürokratischer Mehraufwand, im schlimmsten Fall gar ein Abrechnungschaos.

## Diagnoseangabe unzureichend

Die vorliegenden Pauschalen sind massgeblich diagnosebasiert. Damit sind Diagnosen ein wesentliches tarifbildendes Element, da sie die Vergütung steuern. Im stationären Bereich wurde

2012 daher bei Einführung der Fallpauschalen SwissDRG vereinbart, dass die Krankenversicherer den gesamten Diagnosecode ICD-10 systematisch auf den Rechnungen erhalten, damit sie die Rechnungskontrolle durchführen können. Dafür wurde sogar die Verordnung über die Krankenversicherung – unter Berücksichtigung strenger datenschutzrechtlicher Vorgaben – angepasst. Bei den ambulanten Pauschalen soll nun nicht der gesamte ICD-10-Code übermittelt werden, sondern lediglich der erste Buchstabe des Codes. Beispielsweise liefert der Buchstabe J die Information, dass Erkrankungen des Atemsystems vorliegen. Es ist völlig klar, dass mit einer solch rudimentären Information eine Rechnungskontrolle nicht möglich ist. Der im stationären Bereich geltende Grundsatz «Alles, was gut ist für die Grouper-Software, welche die Kostengewichte der Pauschalen generiert und somit die konkrete Vergütung im Einzelfall determiniert, ist auch gut für

den Versicherer» wird eklatant verletzt. Wieso haben die beiden Tarifpartner diese Lösung gewählt, sind doch im stationären Bereich die entsprechenden Prozesse und Datenflüsse etabliert und funktionieren? Wenn hier nicht nachgebessert wird, droht massiver Mehraufwand für alle, da die Krankenversicherer sonst für die weit überwiegende Zahl der Fälle die Akten bei den Leistungserbringern einfordern müssen.

Eine weitere Bestimmung des Vertrags macht mehr als stutzig: Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung zusätzliche Informationen anzugeben. Eine davon betrifft «Medikamente, die für den Risikoausgleich relevant sind». Es liegt kein Dokument vor, das besagt, welche Medikamente in welcher Dosierung in der jeweiligen ambulanten Pauschale enthalten sind. Das hängt wohl auch mit dem Konstruktionsprinzip der Pauschalen zusammen. Sie sind «Top-down» kalkuliert, das heisst, ausgehend von der Kostenträgerrechnung wurden die jeweiligen Kostenanteile den Pauschalen zugewiesen. Also lediglich die Kosten der Medikamente, nicht die Medikamente selbst. Zudem ist im Tarifstrukturvertrag nicht geregelt, was passiert, wenn plötzlich ein neues und viel teureres Medikament verabreicht wird, das aber nicht in die Pauschale eintarifiert ist. Wird die Pauschale nicht unmittelbar angepasst, ist der Zugang zu dieser Therapie nicht mehr gewährleistet, weil die Pauschalvergütung für den Leistungserbringer nicht mehr kostendeckend ist. Die Möglichkeit einer Separatvergütung findet sich nicht im Vertrag.

**Risikoausgleich wird undurchführbar**  
Hinzu kommt: Woher wissen die Leistungserbringer, welche Medikamente in welcher Dosierung für den Risikoausgleich unter den Krankenversicherern relevant sind? Basis für die Vergütung von Medikamenten ist die Spezialitätenliste, die vom BAG publiziert wird. Der medizinische Fortschritt führt jedes Jahr zu zahlreichen Änderungen. Am Beispiel des Risikoausgleichs für das Jahr 2022 kann das Problem der gewählten Lösung veranschaulicht werden. Für dieses Berechnungsjahr bilden die Leistungsabrechnungen aus dem Jahr 2021 die Grundlage. Die Liste der pharmazeutischen Kostengruppen, also welche Medikamente in welcher Dosierung bei der Berechnung des Risikoausgleichs zu berücksichtigen sind, hat das BAG am 13. März 2023 veröffentlicht. Basis dafür ist die Spezialitätenliste Stand 1. Dezember 2022 in der Fassung vom 17. Februar 2023.<sup>1</sup> Wie nur sollen die Leistungserbringer bei der Rechnungsstellung im Jahr 2021 wissen, welche Medikamente sie als Zusatzinformation angeben sollen, wenn die Liste der pharmazeutischen Kostengruppen erst 2023 bekannt ist? Gar nicht. Sie können es nicht wissen, das Rechnungsfeld bleibt auf immer leer.

Auch die Krankenversicherer wissen heute nicht, welche Medikamente das sind. Deshalb wurden sie verpflichtet, sämtliche abgerechneten Medikamente der Spezialitätenliste inklusive Dosierung genauestens zu erfassen. Diese Daten werden dann an die Durchführungsstelle des Risikoausgleichs – die Gemeinsame Einrichtung KVG – geschickt.

Es ist offensichtlich, dass die gewählte Lösung für die Übermittlung der risikoausgleichsrelevanten Medikamente völlig an der Realität vorbeigeht. Der Risikoausgleich wäre undurchführbar, wenn dieser Tarifstrukturvertrag in Kraft gesetzt würde. Nur zur Erinnerung: Der Risikoausgleich ist die wesentliche Grundlage unseres Krankenversicherungssystems.

## KVG-widriges Datenflusskonzept

Ein klarer Verstoss gegen das KVG sind die Bestimmungen im Tarifstrukturvertrag zum Datenfluss zwischen den Tarifpartnern. «In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhanden des Vertrauensarztes zuzustellen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind.» Diese Sichtweise wurde vom Bundesverwaltungsgericht bereits in einem Urteil vom 29. Mai 2009 in aller Deutlichkeit widerlegt und hat so 2012 der Einführung der Fallpauschalen den Weg geebnet.

Insgesamt steht fest, dass der Tarifstrukturvertrag erheblich überarbeitet werden muss, wenn er die Grundlage für die Einführung ambulanter Pauschalen in der Schweiz sein soll. So, wie er momentan vorliegt, führt er geradewegs ins Nirvana.

<sup>1</sup><https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>

# Was bleibt von der freiwilligen Krankenzusatzversicherung?



Seit 1996 verfügt die Schweiz in der Krankenversicherung über das zweigeteilte System der obligatorischen Grund- und der freiwilligen Zusatzversicherung. Die durch die Grundversicherung (KVG) garantierte qualitativ hochstehende medizinische Versorgung wird durch die Zusatzversicherung (VVG) ergänzt. Parallel zum stetigen Ausbau des Leistungskataloges in der Grundversicherung verfolgt die Branche die zunehmende Fokussierung auf Konsumentenschutz und finanzielle Begrenzungen in der Zusatzversicherung mit wachsender Besorgnis.

von Andrea Jaussi, Leiterin Legal

Auf operativer Ebene – und mit der AVO-Teilrevision nun auf Verordnungsstufe legitimiert – wird die Krankenzusatzversicherung zunehmend als besonders schützenswert betrachtet und damit nicht nur in die Nähe der Sozialversicherung gerückt, sondern direkt auf deren Stufe gehoben. Der Gesetzgeber trennt demgegenüber jedoch klar: So verweist das Bundesgesetz betreffend Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) die Zusatzversicherung in das privatrechtliche Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Die privatrechtliche Gesetzgebung zeichnet sich – im Gegensatz zur öffentlich-rechtlichen – dadurch aus, dass zwischen den Vertragsparteien ein partnerschaftliches Verhältnis herrscht. Dieses wird

durch das marktwirtschaftliche Prinzip von Angebot und Nachfrage bestimmt. In Bereichen, in denen ein Machtungleichgewicht besteht beziehungsweise bestehen könnte, sehen die Gesetze besondere Bestimmungen zum Schutz der Konsumentinnen und Konsumenten vor, zum Beispiel im Arbeits- und Mietrecht oder eben im Versicherungsvertragsrecht. So dürfen Krankenversicherer die Verträge mit Versicherten seit der VVG-Revision per 1. Januar 2022 gesetzlich geregelt nicht mehr einseitig kündigen. Dabei beschränkt sich der Schutz jedoch auf eine Regelung in den entsprechenden privatrechtlichen Gesetzen. Interessant an dieser Neuregulierung ist, dass die gesamte Krankenzusatzversicherungsbranche bis anhin freiwillig auf ihr Kündigungsrecht verzichtet hat.

## Salamitaktik als Methode

Das Verhältnis zwischen Versicherung und Kunde in der Krankenzusatzversicherung wird zunehmend aufsichts- statt privatrechtlich geregelt. Die Entwicklung im Laufe der Jahre zeigt dies deutlich auf.

2006 ist im Rahmen der VAG-Teilrevision Artikel 31 neu eingefügt worden. Damit wurde der Bundesrat ermächtigt, den Missbrauchsschutz für verschiedene Versicherungszweige auf Verordnungsstufe zu konkretisieren. Kritisiert wurde bereits damals, dass diese Kompetenzdelegation weder den Anforderungen an die Rechtssicherheit noch an das Legalitätsprinzip genügt. Sie ist zu generisch formuliert und der Missbrauchs begriff wird auch in der aktuellen Teilrevision im VAG nicht definiert. In der Krankenversicherung akzentuierte sich diese Problematik damals insofern, als die präventive Tarifkontrolle nicht wie ursprünglich geplant aufgehoben, sondern in der parlamentarischen Debatte in letzter Minute beibehalten wurde. Die Begründung war, dass die «private Krankenversicherung von den Leistungen, der Umschreibung und dem Risiko her der Grundversicherung sehr nahe» stehe. Selbst das Bundesgericht hielt in der Folge in einzelnen Entscheiden fest, dass die Zusatzversicherung «Dienstleistungen im Gesundheitsbereich» abdecke und damit «sozialpolitische Überlegungen in diesem Bereich nicht ignoriert werden dürften». Zumindest darf kritisch hinterfragt werden, weshalb sich das Bundesgericht auf eine (zu) weit gefasste Delegationsnorm im Rahmen der Missbrauchsaufsicht stützt, für die im Gesetz keine Grundlage, zumindest keine genügende, erkennbar ist.

Damit wurde eine ganze Reihe von Anordnungen legitimiert. Nebst einer fragwürdigen Höchstgrenze für die Gewinnmarge, hat die Aufsichtsbehörde in ihrem Rundschreiben für die Krankenzusatzversicherung auch die Möglichkeiten von Tarifierhöhungen – trotz wachsender Kosten – weitestgehend eingeschränkt. Der Handlungsspielraum der Krankenzusatzversicherer wurde damit erneut enger und wird einer marktkonformen Ausrichtung nicht mehr gerecht.

## Der neueste Coup: Die Verwendung der Rückstellungen reguliert

Die Tendenz hin zur sozialen Krankenzusatzversicherung wird nun definitiv mit der aktuellen AVO-Teilrevision weiter verschärft. Ursprünglich war geplant, dass die FINMA nicht nur die Kompetenz erhält, über Art und Umfang der Rückstellungen sämtlicher Versicherungszweige zu entscheiden, sondern auch über deren Verwendung. Die Branche hat dies im Rahmen der Vernehmlassung scharf kritisiert. Als sogenannter «Kompromissvorschlag» wurde in der Folge bei allen Versicherungszweigen, ausser der Krankenversicherung, auf diese Kompetenz verzichtet. Nicht nur, dass wiederum einzig die Krankenversicherer betroffen sind – der Vorschlag wurde erst dann bekannt, als eine Stellungnahme dazu nicht mehr möglich war. Doch damit nicht genug – die Neuregelung von Artikel 154a AVO geht sogar weiter als jene in der sozialen Krankenversicherung. Die politische Diskussion über den Reserveabbau und die Rückzahlung von Reserven in der Grundversicherung dürfte den Bundesrat dazu beflügeln haben. In der Grundversicherung wurde bisher darauf verzichtet, den Reserveabbau zwingend anzuordnen.

Es wird weiterhin von Freiwilligkeit gesprochen. Was in der Grundversicherung somit freiwillig bleibt, ist in der Zusatzversicherung – unter Verweis auf die «Nähe zur sozialen Krankenversicherung» – als zwingend in die Verordnung eingeflossen. Dies ist absurd und muss vom Gesetzgeber kritisch hinterfragt werden.

## Ausblick: Abschaffung der Zusatzversicherung?

Der ursprüngliche und legitime Leitgedanke des Gesetzgebers, das besondere Schutzbedürfnis der Versicherten in der Krankenzusatzversicherung zu verankern, hat mit der aktuellen AVO-Teilrevision eine bedenkliche Entwicklung genommen. Zunehmend halten die Prinzipien der Sozialversicherung in eine marktwirtschaftlich organisierte Branche Einzug – oder gehen sogar darüber hinaus.

Die Folgeregulierung steht noch aus: Die FINMA wird zahlreiche Bestimmungen der Revision in ihrer eigenen Verordnung (AVO-FINMA) sowie in diversen Rundschreiben «konkretisieren» müssen. Man darf gespannt sein, ob und in welchen Bereichen die Tendenz zur Abschaffung der Krankenzusatzversicherung als Player in einem freien Markt weiter vorangetrieben wird. Es ist also an der Zeit, sich darüber Gedanken zu machen, ob und wie man das duale Krankenversicherungssystem in unserem Rechtsrahmen weiterentwickeln will, statt mit einer «Salamitaktik» stetig Abbau zu betreiben.





# Komplementärmedizin – quo vadis?

**Motion (23.3511) von Nationalrat Philippe  
Nantermod vom 2. Mai 2023:**

«Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, die vorsieht, dass die Übernahme der Kosten von komplementärmedizinischen Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) optional ist.»

**Antwort Bundesrat, 16. August 2023:**

«Die Sistierung der Unfalldeckung nach dem KVG kann nicht mit der Wahlmöglichkeit, wie sie der Motionär für die komplementärmedizinischen Leistungen einführen möchte, verglichen werden. Diese Möglichkeit steht lediglich Versicherten offen, die bereits über eine volle Deckung für das Unfallrisiko (Berufs- und Nichtberufsunfälle) nach dem UVG verfügen.»

**Lieber Bundesrat, richtig, man könnte noch ergänzen, dass die Kosten der Komplementärmedizin in der OKP 2022 lediglich 17 Millionen Franken betragen. Dies sind sage und schreibe 0,04 Prozent aller Kosten.**