

Stellungnahme von Public Health Schweiz zur Vernehmlassung KVG-Teilrevision «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich»

Vorbemerkungen:

Leistungen zur Krankheitsbehandlung im ambulanten und im stationären Bereich werden nicht nur gestützt auf das KVG erbracht und durch die obligatorische Krankenversicherung und durch kantonale Steuergelder zu einem bedeutenden Teil finanziert, sondern auch im Rahmen der überobligatorischen Zusatzversicherungen und dort nach Massgabe des VVG.

Daran zu erinnern ist in der vorliegenden Frage bedeutsam, da dieselben Leistungserbringer über beide Versicherungen abrechnen können. Es ist für die Versicherer betriebswirtschaftlich interessant, ihre Kundinnen und Kunden, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege (OKP) behandelt werden, von den Zusatzversicherungen zu überzeugen, welche buchstäblich «naheliegen». Es ist auch für die Leistungserbringer interessant, weil die Zusatzleistung mehr Marge verspricht und meist gleich nebenan oder «am gleichen Bett» angeboten werden kann.

Die Frage der «Finanzierung aus einer Hand» der OKP wäre einfacher zu bewerten, wenn es eine klare Trennung gäbe zwischen der dafür zuständigen Versicherung einerseits und allen jenen, die allein im Geschäft der Zusatzversicherungen tätig wären.

Diese klare Trennung ist dringender und bedeutsamer als die Frage der Finanzierung aus einer Hand. Zudem wäre bei einer klaren Trennung für den Teil der obligatorischen Versicherung eine einzige Kasse für alle das Richtige – vergleichbar mit der SUVA im Betriebsunfallbereich.

Bewertung der Ziele des Vernehmlassungsentwurfs

Gemäss Kapitel 3.1 des Vorentwurfs und erläuternden Berichts vom 19.4.2018 verfolgt die Vorlage drei Ziele:

- **Ziel 1:** Verlagerung der Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wo medizinisch sinnvoll. (*Da ambulante erbrachte Leistungen etwas günstiger sind, weil keine Aufenthaltskosten anfallen, würde das gesamte Kostenwachstum leicht gebremst.*)
- **Ziel 2:** Sowohl die steuerfinanzierten als auch die prämienfinanzierten Anteile an der Finanzierung der OKP-Leistungen (ohne Langzeitpflege) sollen «stabilisiert» werden.
- **Ziel 3:** Die beiden massgeblichen Finanzierungsträger sollen veranlasst werden, stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der Leistungen hinzuwirken.

Bewertung (durch Public Health Schweiz):

- Ziel 1 kann geteilt werden. Allerdings lässt es sich auch auf anderem Weg erreichen, möglicherweise sogar wirkungsvoller – siehe nachfolgend.
- Ziel 2 wäre wünschbar, seine Realisierung hängt aber nicht davon ab, ob eine Hand zahlt oder ob zwei Hände zahlen. Nur wenn die Mengenausweitung gestoppt wird

stabilisiert sich der Finanzaufwand für die Zahlenden (auch für die dritten wichtigen Zahlenden, die Patientinnen und Patienten selbst).

- Ziel 3 wäre wünschbar, wird aber mit der vorgeschlagenen Änderung in keiner Weise erreicht. Im Gegenteil würde die Möglichkeiten der Einwirkung für die Kantone verringert.

Die **bessere Alternative zur Erreichung von Ziel 1** heisst:

Bund und Kantone führen eine **Liste der Eingriffe und Behandlungsformen, welche in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen**, ansonsten nur der Gegenwert der ambulanten Behandlung vergütet wird. Ausnahmen müssen speziell begründet werden (evtl. ab einer Mindestbetragshöhe durch eine Fachperson ohne eigenes ökonomisches Interesse). Die Liste wird dem Fortschritt in den Behandlungsmöglichkeiten laufend angepasst.

Diese Massnahme erfordert keine Gesetzesrevision. Ab 1.1.2019 gilt bundesweit eine erste (kleine) Liste mit entsprechenden Eingriffen. Mehrere Kantone – Luzern, Zürich, Wallis, Aargau, Solothurn – haben zudem bereits eigene, weitergehende Listen eingeführt oder beschlossen. Luzern kann den positiven Effekt bei den Kantonsfinanzen – ohne Zusatzbelastungen für die Versicherer - bereits belegen.

Fehlende Ziele des Vernehmlassungsentwurfs

Die Frage nach der Aufteilung der Finanzierung blendet die Frage nach dem Umfang der erbrachten Leistungen – auch auf die Zukunft bezogen – vollständig aus.

Es trifft wohl zu, dass aktuell ein Fehlanreiz darin bestehen kann, im Zweifelsfall stationär (und damit teurer) als ambulant zu behandeln, weil der Versicherer daran ein finanzielles Interesse haben kann. Allerdings sind die noch weit grösseren Fehlanreize sowohl stationär oder ambulant ein Problem: Jede Mengenausweitung bei den Behandlungen ist für die Behandelnden lukrativ. Sie entscheiden im Wesentlichen auch gleich selber darüber, was getan wird.

Eine Reform im Bereich der Krankheitsbehandlung zur Eindämmung oder Reduktion der Behandlungskosten – nicht deren Verlagerung – ist dringend. Eine solche Reform zeigt nur Wirkung, wenn Umfang und Aufwand der erbrachten Leistungen anders als bisher gesteuert werden.

Eine Reform der Finanzierungswege für den OKP-Bereich lehnen wir darum ab, solange sie nicht im Einklang mit einem wirkungsvollen Stopp der Mengenausweitung vorgenommen wird.

Warum muss die Mengenausweitung gestoppt werden? Verschiedene voneinander unabhängige Begutachtungen kommen regelmässig zu ähnlichen Schlüssen: Im Bereich der Krankheitsbehandlung wird zu viel gemacht. Rund 20 Prozent der Eingriffe oder Behandlungen wären mit dem Ziel der Genesung (oder der Vermeidung von Verschlimmerung bei chronischen Erkrankungen) unnötig.

Was noch viel zu wenig Beachtung findet: Überbehandlung geschieht oft zum Schaden für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Sie erhöht die Gefahr von Komplikationen, bei zu vielen oder zu starken Medikamenten erhöht sich die Belastung durch Nebenwirkungen.

Sollte die Kostenausweitung – welche eine Folge von zu viel und zu teurer Behandlung ist – tatsächlich eingedämmt werden, dann sind folgende Massnahmen zielführend:

- Steuerung der Gesamtkosten für stationäre OKP-Behandlungen mittels **Globalbudgets** (möglichst interkantonal koordiniert, um Ausweichverhalten zu vermeiden)
- Priorisierung – auch mit öffentlichen Anreizen – von **integrierter Versorgung** im ambulanten Bereich. Integrierte Versorgung kann auch in der Nachsorge wichtige Aufgaben an Stelle von stationärer Unterbringung leisten. Damit verbunden: HMO-Versicherungsmodelle ohne Erstzugang zu Spezialistinnen und Spezialisten, sondern konsequent über Hausärztinnen/Hausärzte und übers Case-Management.
- Obligatorisches **Zweiturteil** durch eine externe Fachperson bei jeder Behandlung, deren Kosten eine Mindestschwelle überschreiten wird. Diese Fachperson sollte fix besoldet sein, sie darf kein persönliches Interesse an den Folgen ihres Urteils haben, weder in die eine noch in die andere Richtung.

Zu befürchten: Fehlende Wirkung der vorgelegten Änderung

Wie erwähnt hat die vorgeschlagene monistische Finanzierung für sich gesehen kaum Einfluss auf die Gesamtkosten des Systems – allenfalls bleiben ein paar Spitalbetten leer – und sie würde weder die Steigerung der Gesamtkosten vermeiden können noch bekämen die Zahlenden (Patientinnen und Patienten, Kantone, Versicherer) ein Mittel in die Hand, um Überversorgung und stetig steigende Mengenausweitung zu stoppen.

Die Kantone hätten jedoch noch weniger Möglichkeiten als heute, auf die Kostenentwicklung Einfluss zu nehmen, jedenfalls wenn sie die Spitäler nicht selber führen. Sie werden zähneknirschend ihren Anteil von 25.5% an die vielen Versicherer überweisen. Jahr für Jahr wird der weitere Anstieg zu beklagen sein, und angesichts rundum knapp gehaltener Staatsfinanzen steigt der Druck stetig, andere öffentliche Aufgaben zu reduzieren.

Die Macht der Versicherer würde tendenziell zunehmen. Dem könnte nur Einhalt geboten werden, wenn

- a) die oben genannten Massnahmen zur Eindämmung der Mengen- und Kostenausweitung greifen;
- b) die Versicherer im Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen nicht auch die obligatorische Versicherung übernehmen dürften.

Public Health Schweiz



Corina Wirth, Geschäftsführerin