

Brennpunkt

Gesundheitspolitik 3/14



Verena Nold, Direktorin santésuisse

santésuisse unterstützt eine bessere Aufsicht über die soziale Krankenversicherung. Sie muss den Prämienzahlern zugutekommen. Bürokratischer Leerlauf wird nicht unterstützt. Die Interessen der Prämienzahler müssen vor allem im Heilmittelgesetz gestärkt werden: Hier braucht es neue Antragsrechte! Gar nicht im Sinne der Prämienzahler ist eine Motion zur Spitalfinanzierung, die Milliarden kosten könnte.

INHALT

Editorial Krankenkassen: Ja zur besseren Aufsicht	1
Interessen der Versicherten und Patienten mitberücksichtigen	2
Motion zur Spitalfinanzierung könnte Milliarden kosten	3
In Kürze	4

12.027 – Geschäft des Bundesrates. Aufsicht über die soziale Krankenversicherung. Bundesgesetz

Krankenkassen: Ja zur besseren Aufsicht

Der Bundesrat soll mehr Kompetenzen bei der Bewilligung von Prämien erhalten. Ansonsten sollen die unternehmerischen Freiheiten nicht noch weiter eingeschränkt werden. Um Widersprüche zu vermeiden, sollte die gesamte Regulierung im KVG erfolgen.

Im Zentrum der politischen Diskussion um sogenannt «zu viel oder zu wenig bezahlte Prämien» steht eine Frage: Wie kann sichergestellt werden, dass die Prämienprognosen künftig möglichst genau den späteren Kosten in den Kantonen entsprechen? Die Debatte wurde der Komplexität der Materie kaum einmal gerecht, dennoch anerkennt santésuisse die politische Dimension dieser Angelegenheit und bietet deshalb Hand zu einer politischen Lösung. Dies gilt auch für die Aufsichtsgesetzgebung.

Forderung des Bundesrates akzeptieren

santésuisse begrüsst eine verbesserte Aufsicht in der sozialen Krankenversicherung: Das BAG soll künftig die Möglichkeit erhalten, «zu hohe» Prämien nicht mehr bewilligen zu müssen. Kleine, aber systematische Unschärfen bei den Prognosen sollen damit von der Aufsichtsbehörde aktiv verhindert werden können. «Nach- oder Rückzahlungen widersprechen dem Versicherungscharakter», erklärt Verena Nold, Direktorin von santésuisse. «Eine möglichst genaue und verlässliche Prämie ist die korrekte und beste Lösung.»

Freiwilliger Prämienausgleich

Die Prämienrückerstattung gemäss Bundesrat und der Prämienausgleich nach Vor-

schlag Ständerat werden durch die zusätzliche Kompetenz des Bundesrates bei der Prämien genehmigung obsolet. Dies zumal beide nachträglichen Instrumente asymmetrisch ausgestaltet wären, weil zu tiefe Prämien nicht nachbezahlt werden müssten. Gegen einen freiwilligen Prämienausgleich durch den Krankenversicherer, wie es die nationalrätliche Gesundheitskommission vorschlägt, ist hingegen nichts einzuwenden.

KMU erhalten

Der Entwurf des Bundesrates zum separaten Aufsichtsgesetz (KVAG) enthält weiter eine ganze Reihe von bürokratischen Vorschriften und Interventionsmöglichkeiten, die für die Versicherten keinerlei Mehrwert bringen, hohe Kosten verursachen und zudem die Verantwortlichkeiten zwischen Aufsichtsbehörde und den Krankenversicherern als Unternehmen vermischen. Diese Teile würden die Aufsicht nicht verbessern, aber in erster Linie die kleinen und mittleren Krankenversicherer hart treffen. Der Gesetzgeber sollte hier das nötige Augenmass bewahren. Ansonsten werden die kleinen, regional gut verankerten Krankenversicherer, unweigerlich aus dem Markt gedrängt.



INTERESSEN DER VERSICHERTEN UND PATIENTEN MITBERÜCKSICHTIGEN

Die Rahmenbedingungen des Heilmittelgesetzes (HMG) müssen besser auf die Bedürfnisse der Versicherten ausgerichtet werden. Bei der Information von Arzneimitteln und den Zulassungsverfahren sollen auch die Anliegen der Versicherten berücksichtigt werden. Bei der aktuellen Revision fordert *santésuisse* deshalb neue Antragsrechte für Versicherer, Patienten- und Konsumentenorganisationen.



Die Verordnung über die Arzneimittel (VAM) verlangt vom Anbieter eines zugelassenen Medikaments, die Arzneimittelinformation regelmäßig auf den neuesten Stand zu bringen. Diese Vorgabe sollte eigentlich dazu beitragen, die Behandlung zu verbessern und der obligatorischen Krankenversicherung unnötige Kosten zu sparen. Doch die Praxis sieht leider anders aus: So hat zum Beispiel die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK) vor einem Jahr nachgewiesen, dass das Fortführen der Therapie mit dem Wirkstoff Bevacizumab* nach einer Kombination mit einer Chemotherapie bei metastasierenden Kolonkarzinomen keine ausreichende Wirkung entfaltet. Dies bei Behandlungskosten von über 37000 Franken pro Patient. Trotz dieser Empfehlung wurde die Arzneimittelinformation für Avastin® nicht angepasst. Um in Zukunft solche Anpassungen im Interesse der Patienten und Versicherten zu ermöglichen,

fordert *santésuisse* ein Antragsrecht für Versicherer, Patienten- und Konsumentenorganisationen. Sie sollen Anpassungen der Indikation beantragen und Rekurse gegen Entscheidungen einlegen können.

Einseitige Gesetzeslage wird ausgenutzt

Das HMG sieht vor, dass nur der Zulassungsinhaber eines Medikaments eine andere Indikation zur Zulassung beantragen kann, um damit weitere Krankheiten zu behandeln. Theoretisch wäre dieses Vorgehen sowohl für die Patienten als auch für den Hersteller von Vorteil. Auch hier sieht die Praxis häufig anders aus und benachteiligt einseitig die Versicherten bzw. Prämienzahler:

- Beispiel Alemtuzumab: Der Wirkstoff, der von Genzyme (Sanofi-Aventis) hergestellt und vertrieben wird, diente zunächst zur Behandlung bestimmter Leukämieformen, wurde aber 2012 zum Leidwesen

zahlreicher Patienten vom Markt genommen. 2013 wurde er mit erweiterten Indikationen erneut zugelassen. In der Zwischenzeit hatte sich der Preis des Moleküls jedoch vervierzigfacht, ohne dass es weiterentwickelt worden wäre.

- Beispiel Lucentis®: Der Wirkstoff ist dem Avastin® von Roche biochemisch sehr ähnlich und wurde von Novartis zur Behandlung einer altersbezogenen Netzhauterkrankung (Makuladegeneration AMD) auf den Markt gebracht. Obgleich mehrere Studien* gezeigt haben, dass Avastin® eine dem Lucentis® vergleichbare Wirkung entfaltet, weigert sich Roche, für Avastin® einen Einschluss von AMD in die Indikation zu beantragen. Lucentis® wird zu einem hundertfach höheren Verkaufspreis angeboten. Beide Wirkstoffe wurden vom Biotechnologie-Unternehmen Genentech entwickelt, das sich im Besitz von Roche befindet.

Antragsrechte erweitern

Niemand ausser der Zulassungsinhaber kann heute eine Erweiterung der Indikation oder eine Änderung der Beschreibung der Arzneimittelmerkmale beantragen. Den zuständigen Schweizer Behörden scheinen die Hände gebunden, um die Patienten und Prämienzahler vor solchen Entwicklungen zu schützen. Die Interessen und Bedürfnisse der Patienten und Versicherten müssen künftig angemessen berücksichtigt werden. Heute ist dies leider nicht der Fall.

* Studien, die in den Jahren 2011 bis 2013 veröffentlicht oder vorgestellt wurden: CATT (USA), IVAN (UK), GEFAL (FR), MANTA (AUT), LUCAS (NOR).



MOTION ZUR SPITALFINANZIERUNG KÖNNTE MILLIARDEN KOSTEN

Die Motion 12.3245¹ zur Spitalfinanzierung verlangt die Streichung einer zentralen Bestimmung in der Verordnung KVV. Diese besagt, dass die Tarife höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten abgelten dürfen. Dies könnte die Prämienzahler eine bis zwei Milliarden Franken kosten. Ein Grundsatzentscheid des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) zeigt, dass bereits die Begründung der Motion falsch ist.

Heute dürfen in der sozialen Krankenversicherung höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten abgegolten werden. Die Bestimmung von Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV schützt die Prämien- und Steuerzahler vor überhöhten Tarifen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Mit der Motion «Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung» von Nationalrätin Ruth Humbel droht eine Entwicklung, deren Folgen für die Prämienzahler kaum abschätzbar sind: Zusätzlich zu den in den Tarifen bereits enthaltenen Investitions- und Lohnanteilen sollen künftig systematische Gewinne erlaubt werden.

Sozialversicherung als Cashcow?

Im regulierten Markt braucht es wirksame Rahmenbedingungen, welche die Prämienzahler vor zu hohen Preisen schützen. Art. 59c KVV bildet in seiner Gesamtheit diesen Schutz. Abs. 1, Bst. a von Art. 59c KVV ist zum einen entscheidend für die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts bei Festsetzungen von Basispreisen (Baserates) der Spitäler. Zum anderen ist dieser Passus auch die Grundlage für die Haltung des Bundesrates, bei TARMED-Revisionen auf «Kostenneutralität» zu bestehen.

- **Spitalfinanzierung:**
Halbe Milliarde Mehrkosten
Nach Berechnungen der tarifsuisse ag² droht bei Streichung von Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV im stationären Spitalbereich die Abschöpfung von 560 Millionen Franken in Form von zusätzlichen Gewinnen, welche die Prämienzahler und die Kantone zu finanzieren hätten.
- **TARMED:** *Über eine Milliarde Franken Mehrkosten*

Gemäss tarifsuisse ag würden im ambulanten Bereich die kumulierten Mehrkosten einer Streichung von Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV gegen eine Milliarde Franken kosten. Die Grundlage für die «kostenneutrale» Ausgestaltung der geplanten Tarifrevision beim «TARMED» würde entfallen.

Bundesverwaltungsgericht: Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV ist gesetzeskonform

Sowohl bei den stationären Tarifen (Baserates) als auch bei den ambulanten Tarifen (TARMED) sind angemessene Löhne und Investitionen bereits enthalten. Zusätzliche systematische Gewinne sind in einer Sozialversicherung grundsätzlich zu hinterfragen. Dies bestätigt auch der kürzliche Grundsatzentscheid des Bundesverwaltungsgerichts in Sachen Luzerner Kantonsspital (LuKS): «Effizienzgewinne» wurden bejaht, nicht aber «Tarifgewinne»: Gewinnzuschläge auf dem Tarif widersprechen der neuen Spitalfinanzierung! Das Bundesverwaltungsgericht hat dabei ausdrücklich betont, dass Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV

im Sinne der neuen Spitalfinanzierung gesetzeskonform ist.

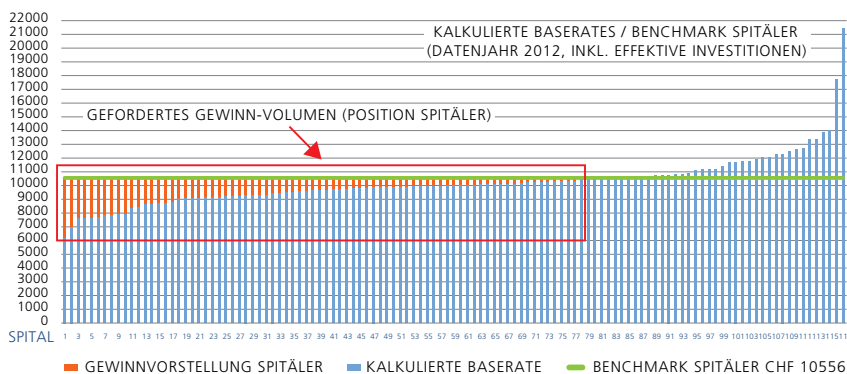
Praxisfremde Begründung

Die Begründung zur Motion ist nicht nur aus Sicht der Gerichte, sondern auch der Praxis falsch. Anders als behauptet, profitieren die Hochkostenspitäler nicht von der Bestimmung von Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV. Ein Spital darf sich nicht einseitig auf seine Kosten berufen, wenn es im Quervergleich unwirtschaftlich und ineffizient abschneidet. Was die Verbesserung der Effizienz angeht, ist der Artikel bei Tarifverhandlungen nie als hinderlich aufgefallen. Vielmehr wehren sich Spitäler aus wirtschaftlichen Gründen gegen die wichtige Bestimmung, welche die soziale Krankenversicherung vor zu hohen Tarifen schützt. Für santésuisse sind wirtschaftliche Tarife wegweisend, welche auch die Interessen der Prämienzahler angemessen berücksichtigen. Eine Sozialversicherung, welche die Bevölkerung nicht mehr zu zahlen bereit ist, würde über kurz oder lang in die Sackgasse führen.

¹ Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung. Mo. (Motion) – Humbel Ruth; Fraktion CVP-EVP

² tarifsuisse ag ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse

BENCHMARK-VORSTELLUNG SPITÄLER



«Tarifgewinne» widersprechen der neuen Spitalfinanzierung.



IN KÜRZE

Streichung der Kinderprämien: Sachgerechte Lösung als Ziel
santésuisse hat vor einem Jahr auf der Grundlage einer vom Büro BASS erarbeiteten Studie¹ [Link](#) die gezielte Stärkung der Solidarität und die Entlastung der am stärksten mit Prämien belasteten Haushalte gefordert. Gemäss den Zahlen der Gemeinsamen Einrichtung KVG belaufen sich die Nettokosten der Kinder auf 1,3 Milliarden Franken (2012). Eine Streichung der Kinderprämien würde unter Berücksichtigung des administrativen Aufwands und der Kosten für die Verbilligung von Kinderprämien einen zusätzlichen Finanzbedarf von über 900 Millionen Franken nach sich ziehen. Ursprünglich forderte die parlamentarische Initiative Humbel (10.407) eine Überwälzung der Kinder- auf die Erwachsenenprämien. santésuisse lehnt diesen Ansatz ab. Später hat die Subkom-

mission der SGK-NR eine Finanzierung der Prämien durch die öffentliche Hand vorgeschlagen. Mitte August hat die SGK-NR beschlossen, das Geschäft an die Subkommission zurückzuweisen, um eine «kostenneutrale Finanzierung» zu erarbeiten. santésuisse weist im Hinblick auf die erneute Behandlung dieses Geschäfts darauf hin, dass eine Prämienbefreiung für Kinder mittels versicherungstechnisch korrekter und ausgewogener Massnahmen geschehen muss.

Zugang zu nicht zugelassenen Medikamenten zum Zweiten

Erneut wurde in den Medien die Anwendung von Art. 71a und 71b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu den Kostengutsprachen der Krankenversicherer für nicht zugelassene Medikamente thematisiert. Die Ordnungsbestimmungen regeln seit dem 1. März 2011 die Vergütung von Arzneimitteln, welche ausserhalb der Zulassung von Swissmedic oder ausserhalb der Spezialitätenliste der obligatorischen Krankenversicherung stehen. Gemäss Angaben des BAG² liegt die Anzahl Gesuche um Kostengutsprache nach Art. 71a und 71b KVV bei 6000 bis 8000 pro Jahr. Rund drei Viertel der Gesuche betreffen Arzneimittel, die auf der Spezialitätenliste verzeichnet sind (Art. 71a KVV). Die vom Büro Vatter 2013 durchgeführte Studie³ zur Umsetzung von Art. 71a/71b ermittelte eine durchschnittliche Gutheissungsquote der Krankenversicherer zwischen 73 und 92 Prozent. Der häufigste Ablehnungsgrund war ein zu wenig grosser therapeutischer Nutzen. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Einführung der Art. 71a und 71b KVV Verbesserungen ergeben hat und dass die Krankenversicherer und die Vertrauensärztlichen Dienste bestrebt sind, die Prozesse zu vereinheitlichen und – soweit aufgrund des Einzelfallcharakters der Entschei-



Blog-Telegramme

Einheitskasse: leere Versprechungen

Auf den Punkt gebracht: Die Initianten machen mit der Einheitskasse leere Versprechungen, die sie zum Vornherein nicht halten könnten. Zerstört würde ein sehr gut funktionierendes, schuldenfreies Gesundheitssystem, das jedermann den raschen Zugang zur notwendigen medizinischen Behandlung garantiert. Dies im Gegensatz zu den Einheits- und Staatskrankenkassen im Ausland. Am 28. September stimmt das Schweizer Stimmvolk über die Initiative ab.

Mehr unter: santesu.is/se5oa

Junge gegen Einheitsbrei Einheitskasse

Alle bürgerlichen Jungparteien wehren sich dagegen, in einen Einheits-Topf geworfen zu werden. Deshalb engagieren sie sich im Jugendkomitee «Junge gegen die Einheitskasse». Eine Staatskasse bedeutet den Verlust der Jugendrabatte, der Wahlfreiheit und der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen.

Mehr unter: santesu.is/sev6i

dungen überhaupt möglich –, einheitliche Entscheide zu fällen. santésuisse liegt seit Inkraftsetzung der Ordnungsbestimmung kein einziger Fall vor, welcher einen rechtswidrigen Zugang zu diesen Medikamenten dokumentiert hätte.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer, Ressort Kommunikation, Römerstrasse 20, Postfach, 4502 Solothurn, Tel. 032 625 41 41, Fax: 032 625 41 51, E-Mail: redaktion@santesuisse.ch, Homepage: www.santesuisse.ch, Blog: www.monsieur-sante.ch **REDAKTION** Daniel Habegger, Paul Rhyn, Gregor Patorski **LAYOUT** Henriette Lux **PRODUKTION** City-Offset, Solothurnstrasse 84, 2540 Grenchen **FOTOS** Keystone/Prisma

