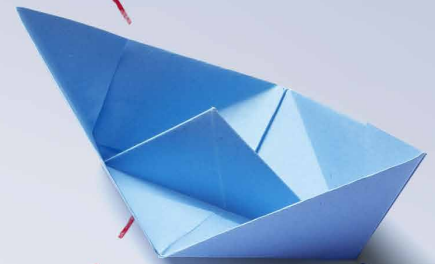
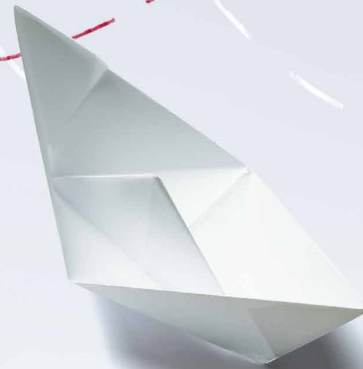
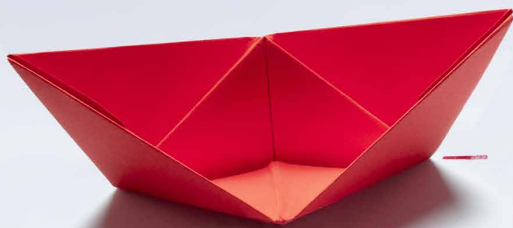


# BRENNPUNKT

## GESUNDHEITSPOLITIK 2 | 2019

### Kantonales Handeln nach Gutdünken muss ein Ende haben

**Ambulante Steuerung erfordert Koordination unter den Kantonen**



#### Keine Alleingänge mehr!

Zu viele Ärzte kosten zu viel: Die vielerorts vorhandenen Überkapazitäten bei Ärzten und Spitälern sind ein Paradebeispiel dafür. Nur eine ambulante Zulassungssteuerung, welche alle Kantone zum konsequenten und koordinierten Handeln verpflichtet, bewirkt die notwendige Kostendämpfung zu Gunsten der geplagten Prämienzahler. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Die ambulante Zulassungssteuerung durch die Kantone muss die Kostendämpfung sicherstellen. Das Einschreiten der Kantone bei Über- oder Fehlversorgung darf deshalb nicht freiwillig bleiben.

Endlich, war man geneigt zu sagen, werden die Kantone gesetzlich dazu verpflichtet, gegen Über- oder Fehlversorgung im ambulanten Bereich vorzugehen. Was der Nationalrat mit gleich mehreren Schritten vorwärts bei der Zulassungssteuerung verbessert hat, droht mit den Entscheiden im Zweitrat gleich wieder versenkt zu werden.

#### Wirksamkeit des neuen Gesetzes in Frage gestellt

Die Patienten halten sich, vor allem in den Spezialarzt-disziplinen, längst nicht mehr an die Kantongrenzen. Die Überversorgung im einen Kanton hat auch Auswirkungen auf den anderen Kanton. Das Einschreiten der Kantone bei Über- oder Fehlversorgung darf deshalb nicht freiwillig sein. Die Zulassungssteuerung durch die Kantone muss darüber hinaus die Kostendämpfung auch in den Spitalambulatorien

sicherstellen, den seit Jahrzehnten grössten Kostentreibern in der obligatorischen Krankenversicherung.

#### Ständeratskommission: kein Gehör für die Prämienzahler

Mit einer griffigen Vorlage hatte der Nationalrat im vergangenen Dezember die Weichen dafür gestellt, dass die definitive Zulassungsvorlage mehr ist als nur politisches Placebo. Ganz anders beurteilte nun Mitte Mai die ständerätliche Gesundheitskommission die Vorlage: Sie stellte den «Kantönligeist» offensichtlich über alle Erwägungen zu Gunsten einer wirkungsvollen Dämpfung des Kostenwachstums. Resultat: Die Kantone sollen die Zulassungssteuerung mehr oder weniger nach Gutdünken umsetzen, ohne die Folgekosten zwingend mitfinanzieren zu müssen. Während die Leistungserbringer die lachenden Dritten dieser Politik wären, hätten die finanziellen Folgen einseitig die Prämienzahler zu tragen. •

#### INHALT

Ambulante Zulassungssteuerung	2
Pflegefinanzierung	3

# Kosten dämpfen, Qualität und Sicherheit erhöhen

Ambulante Zulassungssteuerung mit verpflichtenden Bestimmungen

Die Kantone sollen Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte bestimmen, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen. Weiter sollen sie gezielt eingreifen müssen, wenn die Kostenentwicklung in bestimmten Leistungsbereichen überdurchschnittlich anwächst. Die bessere Koordination unter den Kantonen soll das «Gärtlidenden» reduzieren und dem Umstand Rechnung tragen, dass sich die Patienten beim Arztbesuch immer weniger an die Kantongrenzen halten.

Die Zulassungssteuerung wurde und wird von den Kantonen sehr unterschiedlich umgesetzt. Einige setzten diese um, andere unternehmen gar nichts. Und weitere lassen Schlupflöcher zu: So mutet es beispielsweise absurd an, wenn Kantone die Praxiseröffnung ausländischer Ärzte verhindern, aber diese gleichzeitig in ihren Spitalambulatorien anstellen, in denen eine Konsultation doppelt so viel kostet. Im Angebotsmarkt der Medizin wirkt sich das Überangebot grundsätzlich negativ auf die gesamte Versorgungsregion aus, also auch auf die Prämien der Versicherten in jenen Kanton, die das Angebot begrenzen. Dies deshalb, weil sich die Patientinnen und Patienten innerhalb einer Region, zum Beispiel des «Arc Lémanique», des Espace Mittelland oder der Region Ostschweiz immer weniger an der Kantongrenze orientieren, wenn sie einen Arzt aufsuchen.

## Zentrales Register gegen schwarze Schafe

Die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung durch den Kanton ist die Voraussetzung dafür, dass ein Arzt oder ein Ärztin selbstständig praktizieren darf. Offensichtlich haben etliche Kantone aber keinen Überblick darüber, welcher Arzt zu Lasten der Grundversicherung selbständig abrechnet oder fachlich selbstständig tätig ist – und sie kontrollieren es auch nicht von sich aus. Das wirft nicht nur erhebliche Qualitäts- und Sicherheitsfragen auf, sondern führt auch zu finanziellen Problemen: Die Krankenkassen dürfen per Gesetz kein Leistungen bezahlen, wenn der Arzt nicht zugelassen ist. Damit bleibt die Bezahlung beim Patienten hängen, der schlimmstenfalls den Arzt einklagen muss. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass der zuständige Kanton seine gesundheitspolizeiliche Verantwortung auch tatsächlich wahrnimmt. Deshalb braucht es ein einziges zentrales und umfassendes Register, das zumindest alle verantwortlichen Stellen einsehen können, beziehungsweise müssen, sei es bei Anstellungen oder sei es für gesundheitspolizeiliche Massnahmen.

”

**Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass der zuständige Kanton seine gesundheitspolizeiliche Verantwortung auch tatsächlich wahrnimmt.**



## Beschwerderecht zur Sicherstellung der Umsetzung des Gesetzes

Wenn in einem Kanton infolge mangelnder Umsetzung des Bundesgesetzes eine eklatante Über- und Fehlversorgung besteht, muss diese eingeklagt werden können. Aktuell verhindert dies die Rechtsprechung der Gerichte. Klageberechtigt sind nur Akteure, welche das Angebot ausweiten möchten, also die Leistungserbringer, hingegen de facto niemand, der die Über- und Fehlversorgung bekämpft. Auch die Prämien- und Steuerzahler, welche die Folgen der latenten Über- und Fehlversorgung letztlich berappen müssen, sind nicht klageberechtigt. Und überdies geht der Bund, wie die Vergangenheit zeigt, nicht gegen die Kantone mit Überversorgung vor, selbst wenn er mittels Prämienverbilligung auch diese überflüssigen Leistungen massiv mitfinanzieren muss. Um die korrekte Umsetzung der ambulanten Zulassungssteuerung durchzusetzen, sind die Beschwerderechte der Krankenversicherer unabdingbar. •

# Schnellschüsse sind keine Lösung

Kein Kurswechsel in der Pflegefinanzierung notwendig

**Die Finanzierung der Pflege muss auf eine solidere Grundlage gestellt werden. Die Lösung darf aber nicht darin bestehen, die Prämienzahler via obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) noch mehr zu belasten.**

Die Finanzierung der Pflege – sei es stationär in Pflegeheimen und Spitälern oder ambulant durch die Spitex – wird in der Schweiz durch die Krankenversicherer, die öffentliche Hand und die betroffenen Patienten getragen. Angesichts der Zunahme von Pflegebedürftigen braucht es zusätzliche Finanzierungsmodelle, um die Langzeitpflege nachhaltig finanzieren zu können. Wenig durchdachte Schnellschüsse sind nicht das geeignete Rezept.

## Ziele von 2011 mehrheitlich erreicht

Mit der seit 2011 geltenden neuen Pflegefinanzierung ist der Beitrag der Krankenversicherung an die Pflegekosten limitiert. Damit soll verhindert werden, dass aus der Krankenversicherung schleichend eine Pflegeversicherung wird. Die Kosten der Langzeitpflege (ohne Hotellerie und allgemeine Betreuung) betragen 2017 rund 5,2 Milliarden Franken. Dieser Betrag wird heute zu 55 Prozent durch die Krankenversicherungen, zu 32 Prozent durch das Gemeinwesen und zu 13 Prozent durch die Bewohner getragen.

## Folgende Eckpunkte kennzeichnen die Pflegefinanzierung aus:

- Die Krankenversicherung leistet einen nach dem Pflegebedarf abgestuften Beitrag an die Langzeitpflege.

- Die Patienten tragen ebenfalls zur Finanzierung bei – wobei auch hier der Gesetzgeber ein Maximum beim Pflegeanteil festgelegt hat, um zu verhindern, dass die Bewohner übermässig stark zur Kasse gebeten werden.
- Die Kantone regeln die Finanzierung aller ungedeckten Pflegekosten (sogenannte Restfinanzierung).
- Andere mit einem Heimaufenthalt verbundene Kosten wie Betreuung und Hotellerie sind wie bisher durch die Bewohner zu tragen, wobei sie oftmals auf Beiträge anderer Einrichtungen der sozialen Sicherheit angewiesen sind: Ergänzungsleistungen (EL), Hilflosenentschädigung, usw.

Der im letzten Jahr publizierte Evaluationsbericht des Bundesrates zur neuen Pflegefinanzierung zeigt, dass die Ziele der Pflegefinanzierung mehrheitlich erreicht wurden. Die Ausgaben der OKP für die Pflege haben sich stabilisiert und der durch Prämien finanzierte Anteil an den Pflegekosten hat sich nicht erhöht. Somit sind die Prämienzahler entsprechend den Vorstellungen des Gesetzgebers kaum zusätzlich belastet worden. Der Bundesrat sieht deshalb keine Notwendigkeit für Gesetzesänderungen. Handlungsbedarf besteht nach Auffassung des Bundesrats jedoch bei der Umsetzung der Restfinanzierung der Pflegeleistungen durch die Kantone.

## Faire Verteilung der Pflegekosten nicht aufs Spiel setzen

santésuisse ist gegen einen Kurswechsel in der Pflegefinanzierung. Zuerst sind die Kantone und Gemeinden aufgefordert, in ihrer Rolle als

Restfinanzierer ihre Hausaufgaben zu machen. Dazu gehört auch, dass den Hinweisen auf brachliegendes Effizienzpotenzial im Bereich der Langzeitpflege auf den Grund gegangen wird. In einer langfristigen Optik braucht es zusätzliche Finanzierungsmodelle, um die Langzeitpflege nachhaltig finanzieren zu können. Das Ziel muss sein, eine übertriebene Kostenbelastung einerseits des Gemeinwesens, und damit der Steuerzahlenden, und andererseits der Grundversicherung und damit der Prämienzahlenden zu verhindern. Zudem empfinden viele Privatpersonen ihren persönlichen Beitrag oft als starke Belastung. Prüfwürdige Varianten sind einerseits eine auf Kapitaldeckung beruhende, individuelle Vorsorgelösung und andererseits eine obligatorische Versicherungslösung. •

”  
**Aus der Krankenversicherung soll nicht schleichend eine Pflegeversicherung werden.**



# In Kürze



## Keine einseitige Kündigung von Zusatzversicherungen

Der Nationalrat hat in der Sondersession bei der Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zwei wichtige Entscheide im Sinn der Versicherten gefällt, die auch von den Krankenversicherern unterstützt werden: Bei Krankkassenzusatzversicherungen soll der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall verzichten – die Krankenversicherer verzichteten seit jeher freiwillig auf das Kündigungsrecht. Da Krankkassenzusatzversicherungen in der Regel über Jahrzehnte abgeschlossen werden, würde das Vertrauen erheblichen Schaden leiden, wenn diese seitens des Versicherers gekündigt oder deren allgemeine Versicherungsbedingungen zum klaren Nachteil des Versicherten geändert werden könnten. •

## Beschwerderecht gegen zu hohe Medikamentenpreise

Aufgrund der Gesetzeslage können sich die Krankenversicherer – und damit letztlich auch die Prämienzahler – nicht gegen überhöhte Medikamentenpreise wehren, die die Wirtschaftlichkeitsanforderungen des KVG verletzen. santésuisse unterstützt deshalb eine Anpassung des KVG, um die Krankenversicherer und ihre Verbände zur Beschwerde gegen Entscheide des BAG betreffend die Spezialitätenliste, die die vergütungspflichtigen Medikamente umfasst, zu berechtigen. Wer für die Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitskriteriums zuständig ist, muss auch die Möglichkeit dazu haben. •

## Generika doppelt so teuer als im Ausland

Generika kosten in der Schweiz doppelt so viel wie in den vom BAG zum Vergleich der patentgeschützten Medikamente beigezogenen Länder. Mit einem vermehrten Einsatz von Generika liessen sich mehrere hundert Millionen Franken einsparen – ohne Qualitätsverlust. santésuisse verlangt deshalb die Einführung des Referenzpreissystems pro Wirkstoff. Das würde bedeuten, dass den Patienten eine bestimmte Substanz und kein konkretes Medikament verschrieben würde, was zur verstärkten Verbreitung von Generika anstelle der teureren Originalmedikamente führen würde. •

## Ein Entscheid für die Prämienzahler und gegen Telefonterror

santésuisse begrüsst, dass sich alle Krankenversicherer bei der Kundenwerbung an verbindliche Regeln halten müssen. Das gilt neben den Qualitätsaspekten gerade auch für die Begrenzung der Provisionen in der Grundversicherung und in der Zusatzversicherung sowie das Verbot unerwünschter Telefonanrufe. Das ist im Interesse der Prämienzahlerinnen und -zahler. Diese Regelung ist sehr nahe an der bisherigen, freiwilligen Branchenvereinbarung von santésuisse. Es ist erfreulich, dass neben dem Nationalrat auch die zuständige Ständeratskommission dieser Lösung deutlich zugestimmt hat. Die seriösen, informativen und deshalb oft willkommenen Beratungsleistungen und Verkaufsangebote von Vermittlern sind selbstverständlich auch in Zukunft möglich. •

## BLOG-TELEGRAMM

### Alterung wird als Kostentreiber überschätzt

Für eine möglichst realitätsnahe Beurteilung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist es wichtig, den Alterungseffekt zu quantifizieren. santésuisse hat dies getan, basierend auf der Statistik zum Risikoausgleich, geführt von der «Gemeinsamen Einrichtung KVG». Verglichen wurde die tatsächliche Kostenentwicklung mit einer hypothetischen Kostenentwicklung ohne Veränderung der Altersstruktur. Wobei das Bevölkerungswachstum bei der hier getätigten Betrachtung keine Rolle spielt, weil die Kosten jeweils pro Kopf berechnet worden sind. Die Situation dürfte sich rasch ändern, wenn die Babyboomer-Generation in die teuren Spital- und Pflegeheimjahre kommt

Das Ergebnis ist bemerkenswert. Die Gesundheitskosten in der Schweiz sind zwischen 2012 und 2017 pro Kopf um 572 Franken angestiegen, von 3138 Franken auf 3710 Franken. Jedoch können nur gerade 20 Prozent dieser Mehrkosten mit der Alterung der Gesellschaft erklärt werden. Die restlichen 80 Prozent sind auf andere Faktoren – um nicht zu sagen Fehlentwicklungen – zurückzuführen. Zu nennen sind beispielsweise die Mengenausweitung bei den ambulanten Spital- und Arztleistungen, die hohen Preise neuer Medikamente und die nur unregelmässig durchgeführte Preisüberprüfung bestehender Arzneimittel. •

→ [santesu.is/seyyu](https://santesu.is/seyyu)