



Vom Stillstand in die Bewegung

info santésuisse

Das Magazin der Schweizer Krankenversicherer



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri



Seite 4

Nachlese zum santésuisse Novemberkongress: Warum eine Lockerung des Vertragszwangs in keinem Fall Selbstzweck ist, sondern die Basis für optimale Versorgungslösungen.



Seite 10

Die Formel «ambulant vor stationär» verspricht Kosteneinsparungen in Millionenhöhe. Aber was taugt das diesbezügliche Rezept des Bundesamts für Gesundheit?



Seite 12

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Neuordnung der Prämienregionen zielt in die falsche Richtung. santésuisse sieht darin einen schleichen Prozess hin zu einer Einheitsprämie.

Inhalt

- 4 Zweiter Novemberkongress – Gesundheit 2020+: Vom Stillstand in die Bewegung
- 8 13. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften: «Nudging» – sanftes Stupsen zugunsten der Gesundheit
- 10 Ambulant vor stationär: Das Sparpotenzial ist erkannt
- 12 Neueinteilung der Prämienregionen: Undifferenzierte Gleichmacherei statt mehr Kostenwahrheit
- 14 HTA-Programm des Bundes: OKP-Leistungen auf dem Prüfstand
- 16 Liechtenstein macht sich fit für den TARMED
- 18 Interview mit Dr. med. Ronnie Bachofner, Bremgarten: Blick in die Gruppenpraxis eines Hausarztes
- 20 Auslandsvergleich Medikamentenmargen: Anpassung der Handelsmargen ist überfällig
- 23 santésuisse-Firmenkurs «IV-Erkennung»: Bessere Patientenaufklärung – effizientere Abwicklung

Rubriken

- 24 Lehrlingscorner
- 27 Buchtipp
- 28 Grafik des Monats

NR. 6, DEZEMBER 2016.

Erscheint sechsmal jährlich

ABONNEMENTSPREIS

Fr. 54.– pro Jahr, Einzelnummer Fr. 10.–

HERAUSGEBER

santésuisse,
Die Schweizer Krankenversicherer,
verantwortlich: Dr. Sandra Kobelt,
Leiterin Politik und Kommunikation,
Römerstrasse 20, Postfach,
4502 Solothurn

REDAKTION

Paul Rhy (Leitung), Susanne Steffen,
Postfach, 4502 Solothurn, Tel. 032 625 41 41,
E-Mail: redaktion@santesuisse.ch

AUTOREN DIESER NUMMER

Markus Gnägi, Leiter a.i. Abteilung Grundlagen,
Daniel Habegger, Leiter Ressort Politik,
Dr. Andreas Schiesser, Projektleiter
Medikamente/HTA

ANZEIGENVERWALTUNG:

Alle Inserate – auch Stelleninserate – sind zu richten an:
«infosantésuisse», Römerstrasse 20,
Postfach, 4502 Solothurn
E-Mail: redaktion@santesuisse.ch

ABONNEMENTSVERWALTUNG

Tel. 032 625 42 74, Fax 032 625 41 51
www.santesuisse.ch
Titelbild: Walter Imhof, Bern
ISSN 1660-7228

Es wird alles anders bleiben Oder doch nicht?

Er gehört zum Jahreswechsel, der Blick zurück auf zwölf Monate leben und arbeiten; auf zwölf Monate sich freuen, ärgern – und manchmal wundern. Und es liegt in der Natur der Sache, dass das vergangene Jahr von allem etwas im Köcher hatte.

Grund zur Freude? Auf jeden Fall. Weil nach Jahren des Stillstands und dem Beharren auf Partikularinteressen, hüben wie drüben, nun endlich Bewegung ins System kommt. Nach dem neuerlichen Prämienschok haben nämlich ausnahmslos alle Akteure erkannt, dass im Gesundheitswesen Reformen – auch tiefgreifende – ein Gebot der Stunde sind. Plötzlich wird offen über eine mögliche Lockerung des Vertragszwangs debattiert, ohne gleich die Standardbehauptung hinterherzuschicken, das Vorhaben sei politisch chancenlos. Auf einmal ist man sich mehr oder weniger einig, dass die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen das System optimieren und Fehlanreize eliminieren könnte. Und auch die Qualitätsdiskussion ist nach Jahren der Marginalisierung aus der Versenkung aufgetaucht. Medizinische Qualitätsstandards festlegen, messen und durchsetzen, steht wieder weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda – auch bei den Leistungserbringern.

Grund zum sich ärgern? Selbstverständlich. Darüber zum Beispiel, dass es den Tarifpartnern einmal mehr nicht gelungen ist, zeitgerecht eine genehmigungsfähige neue Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen einzureichen. Stattdessen streut man sich in gewissen Kreisen punkto Kostenneutralität nach wie vor fleissig Sand in die Augen. Der Ärger wird gemildert durch die breite Unterstützung der santésuisse-Lösung, den TARMED kapitelweise zu überarbeiten und für primär invasive Eingriffe Pauschalen zu vereinbaren.

Grund zum sich wundern? Spätestens seit Ende September. Dem Zeitpunkt, als das Departement des Innern seine Pläne für die Neueinteilung der Prämienregionen bekannt gegeben hat. Man reibt sich verwundert die Augen und fragt nach dem Nutzen dieser unnötigen Nivellierung. Sie wird rund drei Millionen Versicherten – vor allem in ländlicheren Gemeinden – massive Mehrkosten bescheren.

Und im neuen Jahr? Freude und Ärger werden sich wiederum abwechseln, soviel steht fest. Und Gelegenheiten zum sich wundern wird es zweifellos geben. Aber etwas ist anders. Die Wahrscheinlichkeit nämlich, dass sich unsere Branche jetzt tatsächlich bewegt. Die Rezepte zur Systemoptimierung liegen auf dem Tisch, die Debatten dazu sind im Gang, und der Wille zu echten Reformen ist erkennbar. Wiederrum hüben wie drüben. Das sollte uns freuen.



Verena Nold
Direktorin santésuisse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Verena Nold', written over a light blue background.

Vom Stillstand in die Bewegung

Bewegung tut not. Im Hinblick auf das fortschreitende Mengen- und Kostenproblem im Gesundheitswesen sind zielführende Reformen das Gebot der Stunde. Darüber herrscht am zweiten Novemberkongress von santésuisse Einigkeit, bei den Referenten wie bei den Gästen. Nur, welche Reformen sind tatsächlich zielführend? Und ist das, was zielführend ist, politisch, wirtschaftlich und rechtlich auch umsetzbar? Eines ist aus den Referaten und Diskussionen rasch klar geworden: Es braucht den Reformwillen aller, um vom Stillstand in die Bewegung zu kommen.

«Ein Qualitätswettbewerb in nennenswertem Umfang findet noch nicht statt.»

Prof. Dr. Volker Ulrich, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, Universität Bayreuth

Wollen die Akteure im Gesundheitswesen überhaupt einen Wettbewerb? «Selbstverständlich, aber bitte bei den anderen», das die Antwort von Prof. Volker Ulrich, der in seinem Referat eine präzise Analyse der Wettbewerbselemente im Versicherungsmarkt, im Behandlungsmarkt und im Leistungsmarkt vornahm.

Die grössten Wettbewerbsdefizite bestehen auf dem Leistungsmarkt

Gestützt auf die in 30 Jahren regulierten Wettbewerb im deutschen

Gesundheitswesen gemachten Erfahrungen analysierte Volker Ulrich die Elemente eines wettbewerblichen Gesundheitswesens. Gleichsam um den Takt vorzugeben, betonte er, dass Wettbewerb auf die Leistungsseite übertragen werden muss, um dort für angemessene Angebote und eine hohe Qualität der Versorgung zu sorgen.

Als zentrale Voraussetzung verlangt Ulrich, dass zwischen den im Wettbewerb stehenden Krankenversicherern die Anreize zur Risikoselektion möglichst eliminiert werden. In Deutschland wurde dafür ein System von Morbiditätszu- und -abschlägen entwickelt. So erhält ein Versicherer für verschiedene Krankheitsbilder bei seinen Versicherten unterschiedliche Morbiditätszuschläge. Mit diesem Mechanismus konnte im Laufe der Jahre erreicht werden, dass sehr

krankte Versicherte für den Versicherer kein Risiko mehr darstellen. Kritiker bemängeln allerdings, dass dieses System in der Anwendung zu komplex geworden sei.

Qualitätswettbewerb fördern

Ähnlich wie in der Schweiz dominiert im deutschen Versicherungsmarkt der Preiswettbewerb, da auch dort die Leistungen weitestgehend einheitlich normiert sind. Das Interesse der Kassen an einem umfassenden Qualitätswettbewerb zur Gewährleistung einer möglichst guten und innovativen Versorgung ist derzeit noch nachrangig.

Bedauernswerterweise habe sich in Deutschland die Reformdebatte vorwiegend auf die Ausgestaltung der Wettbewerbsbedingungen auf dem Versicherungsmarkt fokussiert, wohingegen die grössten Wettbewerbsdefizite auf dem Leistungsmarkt bestünden. Ein Ausbau der vertragswettbewerblichen Beziehungen zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern sei notwendig. Der Gesetzgeber sei gefordert, so Ulrich, der Vertragsfreiheit den notwendigen Stellenwert einzuräumen, damit auf dem Leistungsmarkt Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung spürbar verbessert werden.

Wettbewerbselemente sind in der Schweiz vorhanden

Im internationalen Vergleich billigt Volker Ulrich der Schweiz einen befriedigenden Stand hinsichtlich des Wettbewerbsgedankens in der Gesundheitsversorgung zu. Als Einschränkung zum freien Marktzutritt nennt er den Ärztestopp und die von den Kantonen geführten Spitallisten.



Für Prof. Dr. Volker Ulrich ist das Eliminieren der Anreize zur Risikoselektion eine Grundbedingung für den echten Qualitätswettbewerb.



Prof. Dr. h.c. Rebscher: «Der Wettbewerb zur Prämienvermeidung behindert die Innovationsfähigkeit des Systems».

Die Musik spielt im Leistungsmarkt

Um Wettbewerb ging es auch im zweiten Hauptreferat des diesjährigen Novemberkongresses. Gesundheitsökonom Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, einem Krankenversicherer mit rund sechs Millionen Versicherten mit Sitz in Hamburg, sprach über den «Selektivvertraglichen Innovationswettbewerb». Hinter dieser eher schwer verdaulichen Wortschöpfung verbirgt sich das, was die Krankenversicherer in der Schweiz seit langem fordern: die selektive Kontrahierung respektive die Lockerung des Vertragszwangs.

«Der sinnfreie Wettbewerb zur Prämienvermeidung»

Den Thesen von Herbert Rebscher liegen zwei zentrale Beobachtungen zu Grunde. Die erste: Die Menschen werden immer älter und sie leiden vermehrt unter chronischen Erkrankungen. Das wiederum beeinflusst die Anforderungen an ihre medizinische Versorgung; das Bedürfnis nach einer integrierten, umfassenden pflegerischen Infrastruktur nimmt zu. Demgegenüber steht die

«Die enormen Kosten entstehen im Leistungsmarkt; da müssen wir steuernd eingreifen!»

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher,
Vorsitzender des Vorstandes
DAK-Gesundheit, Hamburg

Tatsache, dass in der Medizin eine zunehmende Spezialisierung zu beobachten ist. Die chronisch Kranken werden durch eine Vielzahl von Spezialisten betreut, während die Koordination all dieser Behandlungen mehr und mehr zur Herausforderung wird. Der Gesundheitsökonom spricht von einer Zunahme der Versorgungsschnittstellen, die zum Problem wird.

Die zweite Beobachtung: 20 Prozent der Bevölkerung beanspruchen 80 Prozent der Gesundheitsleistungen, generieren also 80 Prozent der Kosten. Oder, im Umkehrschluss, 80 Prozent der Versicherten benötigen wenig oder gar keine Leistungen aus dem System und verursachen entsprechend wenig Kosten. Und dennoch konzentrieren die Krankenversicherer ihre Bemühungen zur Kostendämmung respektive zur Effizienzsteigerung in der Regel intensiv auf genau diese Zielgruppe, mit immer raffinierteren Prämien- und Rabattmodellen. Prof. Rebscher geht mit dieser ein-

seitigen Konzentration auf den Versicherungsmarkt, also den Wettbewerb der Versicherer um Versicherte, denn auch ziemlich hart ins Gericht: «Ein Wettbewerb zur Prämienvermeidung behindert die Innovationsfähigkeit des Systems und ist eine ziemlich sinnfreie Veranstaltung». Auch er findet es wichtig, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken. Aber: «Das effektive Wettbewerbspotenzial liegt nicht in preissteuernden Elementen im Versicherungsmarkt. Heute spielt die Musik im Leistungsmarkt. Da entstehen die enormen Kosten und da müssen wir steuernd eingreifen. Und zwar mit dem Ziel, effektive, effiziente und innovative Versorgungsstrukturen zu leistungsgerechten Preisen zu schaffen».

Das Konzept der selektiven Kontrahierung

Die Anforderungen an den selektivvertraglichen Innovationswettbewerb sind vielschichtig. Versicherungsseitig geht es um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, das Pendant zum Risikoausgleich in der Schweiz. Diese ermöglicht, dass die Krankenversicherer für alle Versicherten – unabhängig von Einkommen und Morbidität – eine risikoäquivalente Zuweisung erhalten; als Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb ohne Risikoselektion. Angebotsseitig sind Fragen der Effizienzmessung, der risikoadjustierten Qualitätsverglei-

Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb

Angebotsseitig

- Effizienzmessung
- Risikoadjustierte Qualitätsvergleiche
- Umgang mit komplexen Interventionen

- Klassifikationsmodelle
- Evidenz
- Klinische Studien
- Evaluation

Nachfrageseitig

- Versorgungsorientierung
- Patientennutzen

- Versorgungsforschung
- Patientenbefragung

Versicherungsseitig

- Keine Risikoselektion (RSA)
- Risikoäquivalente Finanzierung

- Versicherungsmathematik

Quelle: Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit, Hamburg

Die Instrumente im selektivvertraglichen Innovationswettbewerb.



2. Novembertag Kongress Gesundheit 2020+

che sowie der Umgang mit komplexen Interventionen zu beantworten. Und auf Seite der Nachfrage schliesslich geht es darum, wie die Versorgungsorientierung optimiert und der Patientennutzen in den Vordergrund gerückt werden kann. Für Herbert Rebscher sind Klassifikationsmodelle, Evidenznachweise, klinische Studien und eine ausführliche Evaluation denn auch zentrale Instrumente des selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs (siehe Grafik). Wobei er zum Evaluationsprozess eine sehr dezidierte Meinung hat. «Wenn wir den

Innovationswettbewerb ernst nehmen, müssen wir Transparenz schaffen und die Evaluationsergebnisse publizieren. Unternehmerische Geheimhaltung zu Studienergebnissen und Evidenznachweisen ist fehl am Platz; die Resultate gehören veröffentlicht.»

Nicht Selbstzweck, sondern Benchmark

Der Vertragswettbewerb dient nicht einem Selbstzweck. Es braucht ihn auf der Suche nach optimalen Versorgungslösungen. Professor Rebscher ist denn

auch der Meinung, dass jeder Krankenversicherer – vor allem, wenn sein Kollektiv überdurchschnittlich von Multimorbidität betroffen ist – ein individuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget braucht. Die damit einhergehenden Evaluations- und Publikationspflichten sorgen dafür, dass die Erfahrungen von Wenigen (Vertragspopulation) zum Benchmark für die Verbesserung der Versorgung Aller (Gesamtpopulation) werden.

PAUL RHYN



santésuisse-Direktorin Verena Nold macht sich stark für eine zügige KVG-Reform zur Durchsetzung der Qualitätssicherung und -messung.



Angeregte Podiumsdiskussion zum Thema Qualität. Für CVP-Nationalrätin Ruth Humbel ein klarer Fall: «Die Qualitätssicherung ist seit 20 Jahren im KVG festgeschrieben. Nur deren Umsetzung lässt noch immer auf sich warten».



Moderator Martin Spieler (rechts) im Gespräch mit dem Berner Regierungsrat Pierre Alain Schnegg. Schneggs Fazit: «Leider haben nur wenige Akteure im Gesundheitswesen ein Interesse daran, die Kosten tatsächlich zu senken».



Das Gesundheitssystem in England soll besser sein als das unsere? Wohl kaum: FMH-Präsident Jürg Schlup schaltet sich in die Diskussion ein.

Fotos: Walter Imhof



Zeichnung: Pecub

Bis zu einer Million Versicherte wollen wechseln: Aufspringen, abspringen –
munter dreht sich im Herbst das Kassenkarussell.

«Nudging» – sanftes Stupsen zugunsten der Gesundheit

Welchen Beitrag kann die Verhaltensökonomie leisten, um unser Gesundheitswesen effizienter zu gestalten und Kosten zu sparen? Ist das sogenannte «Nudging» tatsächlich eine Alternative zu konventionellen Präventionsprogrammen und Kampagnen für eine gesündere Lebensart? Der 13. Schweizerische Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften hat Antworten zu diesen Fragen gesucht.

Es ist eine Art «who is who» im Gesundheitswesen, das sich jeweils Ende Oktober zum Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften versammelt. Dass dieses Jahr gut zweihundert Interessierte den Weg ins Auditorium Ettore Rossi im Inselspital gefunden haben, dürfte mit dem Kongressthema zu tun haben: «Ein neuer Weg in die Zukunft: Die Umsetzung von verhaltensökonomischen Erkenntnissen im Gesundheitssystem».

Mehr Effizienz im Gesundheitssystem dank Verhaltensökonomie?

Von ihm war viel die Rede, vom «Homo oeconomicus». Und davon, dass es ihn in Reinkultur eigentlich gar nicht gibt, den emotionslosen Rechner und Nutzen-Maximierer, den perfekt disziplinierten Bürger, Patienten, Versicherten oder Konsumenten, der jederzeit rational agiert. Darüber waren sich die Referentinnen und Referenten am Kongress allesamt einig. Vielmehr zeigt die Realität, dass sich die Menschen oft ineffizient, unökonomisch und emotional verhalten, wenn sie Entscheide treffen. Kurz, sie treffen «Bauchentscheide», oft mit durchaus guten Ergebnissen.

Bei der Verhaltensökonomie geht es darum, die vermeintliche Irrationalität des Menschen zu nutzen, um mit Hilfe psychologischer Kniffe Verhaltensänderungen zu erreichen. Und so drehte sich die Frage am diesjährigen Kongress für Gesundheitsökonomie auch darum, welchen Beitrag diese Disziplin leisten kann, um das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten und Kosten zu senken.

«Nudging»: der sanfte Stups

Ist die Rede von Verhaltensökonomie, taucht schnell der Begriff «Nudge»* auf. Gemeint sind verhaltenslenkende Mass-



nahmen, die nicht auf dem herkömmlichen volkswirtschaftlichen Instrumentarium von Regulierung, Besteuerung oder Subvention basieren, uns aber dennoch veranlassen, besser – zum Beispiel gesünder – zu leben. «Nudges» sollen das Verhalten der Menschen ohne erhobenen Zeigefinger beeinflussen, sie anstupsen, ihr Verhalten zu ändern, ohne Verbote oder Gebote. «Genudgt» werden wir in unserem Alltag übrigens längst. Dann zum Beispiel, wenn anstelle einer Geschwindigkeitsbegrenzung ein Schild mit der Aufschrift «Papi, fahr vorsichtig» am Strassenrand steht. Wenn auf der Stromrechnung darauf hingewiesen wird, dass der eigene Stromverbrauch höher ist als der nachbarschaftliche Durchschnitt. Oder wenn im Personalrestaurant die Früchte in Griffnähe platziert sind, man sich zum Erreichen des Schokoladekuchens hingegen auf die Zehenspitzen stellen muss, und die Tagesempfehlung des Chefkochs immer eine gesunde, ausgewogene Mahlzeit ist.

«E-Nudges»: Anreize für eine gesündere Lebensweise

Chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen oder Fettleibigkeit nehmen zu und gehören zu den grossen Herausforderungen, denen unser Gesundheitssystem gegenübersteht. Sie sind mitverantwortlich für den massiven Kostenanstieg der vergangenen Jahre. Und obwohl die Risikofaktoren bekannt sind – Bewegungsmangel, Rauchen, ungesunde Ernährung und vieles mehr – fällt es den Patientinnen und Patienten oft schwer, ihr Ver-



Foto: Prisma

**Die Experten sind überzeugt:
Die Verhaltensökonomie kann einen
bedeutenden Beitrag zur Senkung
der Gesundheitskosten leisten.**

Die Kategorisierung von Benutzertypen ist jedoch schwierig und stellt die Entwickler von Gesundheits-Apps vor grosse Herausforderungen. Mit komplizierten Algorithmen versuchen sie, Bedürfnisse und -präferenzen in Relation zu setzen. Immer mit dem Ziel, dass sich eine App aufgrund des beobachteten Verhaltens automatisch und kontinuierlich dem Benutzer anpasst.

Die Grenzen der Verhaltensökonomie

Die Verhaltensökonomie erfindet weder die Welt des Gesundheitswesens neu, noch liefert sie absolute Wahrheiten. Sie garantiert keine Ergebnisse, bietet aber Ideen und Möglichkeiten um Verhaltensänderungen zu bewirken, die für mehr Effizienz im System sorgen können – allerdings in kleinen Schritten. So etwa könnte das Fazit zum diesjährigen Gesundheitsökonomie-Kongress lauten. Als niederschwellige Intervention zur Verhaltenslenkung ist «Nudging» dabei ein interessanter Ansatz mit einem in der Regel guten Kosten-Nutzen-Verhältnis. Allerdings sind diese «Verhaltensstimuli» mit grosser Sorgfalt und regelkonform anzuwenden. Ganz einfach deshalb, weil der Grat hin zur Manipulation und Bevormundung ein schmaler ist. Für die «Nudging»-Kritiker ist die Idee, Menschen mit Hilfe der Verhaltensökonomie zu beeinflussen, frag- oder mindestens diskussionswürdig, gerade im Gesundheitswesen.

SUSANNE STEFFEN

halten zu Gunsten einer gesünderen Lebensweise zu ändern. Bequemlichkeit, Unvermögen oder trotzige Resistenz behalten die Oberhand. Ein verhaltensökonomischer Ansatz zur Unterstützung von gesundheitsförderlichem Verhalten kann hier geeignete Anreize setzen; «Nudging» kommt zum Zug, respektive «E-Nudging», wenn der «sanfte Stups» digital respektive IT-basiert erfolgt.

Sie haben denn auch Hochkonjunktur, die Fitness-Armbänder und -Uhren, die tragbaren Sensoren, die in Verbindung mit einer Vielzahl von Smartphone-Apps die Anzahl der zurückgelegten Schritte aufzeichnen, Puls und Blutdruck überwachen, das Schlafverhalten dokumentieren oder den Benutzer, die Benutzerin über die Menge der verbrauchten Kalorien auf dem Laufenden halten. Die Geräte dokumentieren den Tagesablauf und sollen mit geeignetem Feedback zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten motivieren. Bereits gibt es Krankenversicherer, die ihre Versicherten mit einer Gutschrift belohnen, wenn deren Fitness-Armband pro Tag eine bestimmte Anzahl Schritte registriert.

Noch wird das effektive Potenzial von «E-Nudging» im Gesundheitswesen erst zu Bruchteilen genutzt, so die Meinung der Wissenschaftler am Kongress. Studien zeigen denn auch, dass eine wirkungsvolle Gesundheits-App – beispielsweise zur Unterstützung von Gewichtsabnahme – den individuellen Bedürfnissen der Benutzer derzeit noch zu wenig Rechnung trägt. Die Systeme sind zu wenig personalisiert, «one-size-fits-all» funktioniert in diesem Bereich nicht.

* «Nudge» – Englisch für Stups oder Schubs, ist ein Begriff der Verhaltensökonomie, der massgeblich durch den Wirtschaftswissenschaftler Richard Thaler sowie den Rechtswissenschaftler Cass Sunstein und deren Buch «Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness» geprägt wurde.¹ Unter «Nudge» verstehen die Autoren eine Methode, das Verhalten von Menschen auf vorhersagbare Weise zu beeinflussen, ohne dabei auf Verbote und Gebote zurückzugreifen oder ökonomische Anreize verändern zu müssen.

¹ ©2009 Richard H. Thaler and Cass R. Sunstein; Verlag: Gildan Media Corp. Mehr zum Thema «nudging» in der Rubrik «Buchtipps» auf Seite 27 dieser Ausgabe von infosantésuisse

Ambulant vor stationär Das Sparpotenzial ist erkannt

Die Kosten für einen ambulant durchgeführten operativen Eingriff liegen in der Regel deutlich niedriger, als wenn der Patient hospitalisiert wird. Die Experten sind sich einig, dass die Formel «ambulant vor stationär» unser Gesundheitswesen kurzfristig um gegen 140 Millionen Franken pro Jahr entlasten könnte; langfristig ist ein Einsparpotenzial von mehr als einer Milliarde Franken denkbar. Wie dieses Verlagerungspotenzial zu realisieren ist, darüber wird derzeit intensiv diskutiert.

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist in der Schweiz der Anteil ambulant durchgeführter Operationen vergleichsweise tief. Konkret schätzt das Bundesamt für Gesundheit (BAG), dass in unserem Land pro Jahr rund 360 000 operative Eingriffe stationär – und damit erwiesenermassen teurer – durchgeführt werden, die dank medizinischem Fortschritt ambulant und entsprechend kostengünstiger erfolgen könnten. Experten sehen in der gezielten Verlagerung der Eingriffe von stationär hin zu ambulant derzeit ein jährliches Einsparpotenzial von rund 140 Millionen Franken, Tendenz stark steigend. Dies, weil im Vergleich zum ambulanten Arzttarif TARMED im stationären Bereich das teurere DRG-Tarifsystem angewendet wird, das der aufwändigeren Spitalinfrastruktur sowie den komplexen Leistungsprozessen Rechnung trägt. Für ambulante Eingriffe spricht ausserdem, dass Diagnosestellung, Operation und Nachbetreuung aus einer Hand erfolgen und teure Doppeldiagnosen entsprechend vermieden werden können. Schliesslich wird die Gefahr von Spitalinfektionen vermindert und der Genesungsprozess der Patientinnen und Patienten verläuft in der Regel schneller; sie können sich zuhause erholen, was sich meistens positiv auf ihr Wohlbefinden auswirkt. Warum also tut sich die Schweiz mit diesem Verlagerungsprozess schwerer als andere Länder?

Das Paradox: gleiche Leistung, anderer Preis

Die Antwort auf diese Frage ist so einfach, wie sie komplex ist. Am Anfang steht die Tatsache, dass in unserem Land aus medizinischer Sicht gleichwertige operative Eingriffe unterschiedlich vergütet werden. Stationär durchgeführte Operationen werden nach Fallpauschalen abgerechnet; die anfallenden Kosten aufgeteilt zwischen den Kantonen (55 Prozent) und den Krankenversicherern (45 Prozent). Man spricht von einer dual-fixen Leistungsfinanzierung. Ebenbürtige ambulante Eingriffe hingegen werden nach dem Einzelleistungstarif TARMED abgerechnet und vollständig durch die Krankenversicherer finanziert. Hier ist die Rede von einer monistischen Leistungsfinanzierung. Konkret: Im ersten Fall werden die Kosten zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern aufgeteilt, im zweiten gehen diese vollständig zu Lasten der Versicherer und somit der Prämienzahler. Und genau hier liegt das Paradox: Ambulant durchgeführte Eingriffe sind zwar in der Regel aus den genannten Gründen kostengünstiger, belasten jedoch systembedingt die Prämienzahler – und entlasten die Kantone. Anders ausgedrückt: Das Verlagerungspotenzial zu Gunsten der ambulanten Versorgung ist vorhanden und anerkannt, systemische Fehlanreize verhindern jedoch dessen Ausschöpfung.

Der Lösungsansatz des BAG

Ein Kosteneinsparpotenzial durch die Verlagerung von stationären hin zu ambulanten Eingriffen erkennt auch das BAG. Die Aufsichtsbehörde diskutiert derzeit mit den Krankenversicherungsverbänden über mögliche Massnahmenpakete, um hier Abhilfe zu schaffen. Die Hauptstossrichtung des BAG: In der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sollen neu alle ambulant durchzuführenden operativen Eingriffe abschliessend aufgeführt werden, ergänzt mit Kriterien und Rahmenbedingungen bezüglich



Die Entscheidung, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird, soll künftig bei der Ärztin respektive beim Arzt liegen.



Foto: Prisma

deren Anwendung. Will ein Arzt diese Eingriffe dennoch stationär durchführen, wären die Krankenversicherer respektive deren Vertrauensärzte zwingend zu einer Kostengutsprache basierend auf den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet.

Ursachen- statt Symptombekämpfung

Genau wie das BAG ist auch santésuisse überzeugt, dass in der Verlagerung chirurgischer Eingriffe von stationär zu ambulant ein grosses Kostensparpotenzial liegt, das es zwingend auszuschöpfen gilt. Allerdings verfolgt der Verband einen deutlich anderen Ansatz, als dies die Bundesbehörde derzeit tut.

santésuisse fordert, stationäre und ambulante Leistungen künftig einheitlich, nach dem gleichen System, zu finanzieren. Fehlanreize aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme sollen konsequent eliminiert werden.

Individuell statt pauschal

Wichtig ist, dass der Patient die in seinem Fall beste Behandlung bekommt, unabhängig, ob stationär oder ambulant. Eine abschliessende Liste von ambulant durchzuführenden Eingriffen in der KLV ist somit nicht zielführend und würde den komplexen Praxisanforderungen nicht gerecht; die detaillierte Nennung der Eingriffe – ergänzt mit allen Kriterien und Rahmenbedingungen – würde ausserdem den Rahmen einer Verordnung sprengen. Jede Operation ist eine individuelle Entscheidung zwischen Arzt und Patient. Die Ausgangslage für einen chirurgischen Eingriff steht immer auch in Abhängigkeit zur Konstitution des Patienten, den Risikofaktoren und seinem sozioökonomischen Umfeld. Denn, nicht alle patientenbezogenen Ausgangslagen, Befunde und Operationstechniken eignen sich gleichermaßen für einen ambulanten Eingriff. Darüber hinaus sind der postoperative Verlauf und damit eine allfällig notwendige stationäre Aufnahme oft

nicht voraussehbar. Eine Eingriffs-Vorgabe per Verordnung trägt diesen Tatsachen nicht Rechnung.

Die vom BAG geforderte obligatorische Kostengutsprache für stationäre Eingriffe, die gemäss ergänzter KLV neu zwingend ambulant durchzuführen wären, involvierten in jedem Fall eine Beurteilung des Vertrauensarztes. Der damit verbundene administrative Aufwand, für Leistungserbringer wie für Krankenversicherer, wäre enorm.

Vorgehen überprüfen

santésuisse unterstützt die Bestrebungen des BAG, unnötige stationäre Eingriffe zu vermeiden. Überprüft werden sollte der Lösungsansatz, wonach die Leistungsverordnung mit einer Positivliste von zwingend ambulant durchzuführenden medizinischen Eingriffen ergänzt werden soll. Offen sind zudem Fragen punkto Vorgehensweise und Berechnungsgrundlagen. Hier sind die Hausaufgaben noch nicht gemacht.

MARKUS GNÄGI

«Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.»

Unter diesem Titel hat PwC Schweiz eine aufschluss- und faktenreiche Studie erstellt, die aufzeigt, wie sich die Kostensteigerung im Gesundheitswesen durch eine Erhöhung des ambulanten Behandlungsteils dämpfen lässt. In ihrem Fazit gehen die PwC-Gesundheitsexperten davon aus, dass es dank der medizinischen Fortschritte denkbar ist, dass bis zum Jahr 2030 rund 70 Prozent aller chirurgischen Eingriffe ambulant erfolgen, was einem Kosteneinsparpotenzial von jährlich mehr als einer Milliarde Franken entspricht. Die Broschüre ist abrufbar unter:

www.pwc.ch > Branchen > Gesundheitswesen > Unsere Publikationen für Sie

Undifferenzierte Gleichmacherei statt mehr Kostenwahrheit

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Neueinteilung der Prämienregionen ist nicht geeignet, die Kostenwahrheit und -transparenz zu verbessern. Vor allem Versicherte in ländlicheren Gemeinden mit kostengünstigeren Strukturen und kostenbewussterem Gesundheitsverhalten müssten mit zum Teil massiven Prämien erhöhungen rechnen.

Ende September 2016 hat das Innendepartement (EDI) seine Pläne für neue Prämienregionen in die Vernehmlassung gegeben. Die Neueinteilung der Prämienregionen soll laut EDI eine «kohärentere und ausgewogenere Karte der Prämienregionen ermöglichen». Das EDI beabsichtigt, dass die Kantone mit heute drei Prämienregionen (Bern, Graubünden, Luzern, St. Gallen und Zürich) mit Ausnahme von Zürich nur noch zwei Regionen haben sollen. Schaffhausen mit heute zwei Regionen soll neu nur noch als eine Region zählen, da sein Versichertenbestand unter 200 000 liegt. Durch die Nivellierung auf Bezirksebene werden zudem die anrechenbaren Kostenunterschiede zwischen den Prämienregionen massiv gekürzt.

Prämiensteigerungen für drei Millionen Versicherte

Die bundesrätliche Strategie 2020 betont das generelle Ziel einer verbesserten Transparenz und Kostenwahrheit.* Die Pläne des Bundesrates für eine Nivellierung auf Bezirksebene von teilweise beträchtlichen Kostenunterschieden in den Gemeinden bewirken gerade das Gegenteil. Die Neuerung führt für knapp drei Millionen Versicherte in ländlichen Gemeinden zu zum Teil massiven Prämien erhöhungen. Dies unabhängig von der Kostensituation in einer Gemeinde. Auch die heutigen Regionen bilden die Kostenunterschiede nicht perfekt ab. Aber sie liegen näher bei den Kosten als beim auf Bezirksebene nivellierten neuen Modell. Gezielte Verbesserungen sind im heutigen Modell auf Gemeindeebene immer möglich: Die teurere Region kann für eine Gemeinde dann in Betracht gezogen werden, wenn ein Trend zu höheren Kosten vorliegt, der

Die Revision sieht drei grundsätzliche Änderungen vor:

- die Prämienregionen sollen neu anhand von Bezirken definiert werden;
- die Anzahl Einwohner eines Kantons wird zum massgebenden Kriterium, ob in einem Kanton mehrere Prämienregionen in Frage kommen;
- standardisierte Durchschnittskosten auf Bezirksebene werden zum massgeblichen Kriterium für den Entscheid über Prämienregionen und für die Höhe der anrechenbaren Kostenunterschiede.



Die Neueinteilung der Prämienregionen brächte den Versicherten der Stadt und Region Bern eine spürbare Entlastung.

über einen mehrjährigen Zeitraum abgesichert ist, so dass Zufallsschwankungen ausgeschlossen sind. Auf Bezirksebene hingegen würde die Rolle der einzelnen Gemeinde weitgehend reduziert, dies insbesondere bei kleinen Gemeinden, die über den gleichen Leisten geschlagen würden wie grosse städtische Kommunen.

Nicht stichhaltige Argumente für Bezirke statt Gemeinden als Einteilungskriterium

Beim Kanton Schaffhausen begründet der Bundesrat die Verringerung der bisher zwei auf eine Prämienregion mit der geringen Einwohnerzahl. Diese Begründung überzeugt nicht, da bereits heute Kantone ohne Bezirke mit viel weniger Versicherten eine einzige Prämienregion bilden, wobei der kleinste Kanton Appenzell-Innerrhoden rund 16 000 Personen umfasst. In Appenzell-Innerrhoden bilden damit deutlich weniger Versicherte die Prämienregion als in der neuen Verordnung für Kantone mit mehreren Regionen vorgegeben wird. Die Verordnung sieht vor, dass bei mehreren Prämienregionen die kleinste Prämienregion im Minimum 33 333 Personen umfassen muss; bei grossen Kantonen das Doppelte. Die Bildung von meh-

renen Prämienregionen ist nach Meinung von santésuisse aber auch bei kleineren Kantonen dann begründbar, falls die Spanne der Durchschnittskosten der Gemeinden eines Kantons ausreichend gross ist.

Kürzung der anrechenbaren Kostenunterschiede aufgrund willkürlicher Vorgaben

Der staatspolitisch und sachlich nicht nachvollziehbare Vorschlag, die Prämienregionen künftig auf Bezirksebene zu definieren, führt zu einer Nivellierung der anrechenbaren Kostenunterschiede. Dasselbe gilt für die vorgeschlagene Voraussetzung, nur in Kantonen mit mindestens 200 000 Versicherten mehrere Prämienregionen zuzulassen. Über kurz oder lang würden in allen Kantonen Einheitsprämien vorliegen.

«Die Mehrbelastung müssten hauptsächlich Versicherte mit kostenbewusstem Verhalten in Gegenden mit vielfach kostengünstigeren Angebotsstrukturen tragen.»

Wenn die anrechenbaren Kostenunterschiede von der ersten zur zweiten Prämienregion von bisher global 15 Prozent auf künftig maximal fünf bis acht Prozent je nach Prämienregion gekürzt werden, bewirkt dies auch eine Nivellierung

Grosser Rat des Kantons Bern will drei Prämienregionen beibehalten

Das Berner Kantonsparlament hat am 30. November 2016 den Regierungsrat beauftragt, sich beim Bund für die Beibehaltung der drei Prämienregionen einzusetzen. Mit der Reduktion der Prämienregionen von drei auf zwei würden die Bewohner von Stadt und Region Bern entlastet. Im Oberaargau und im Emmental hingegen würde eine Prämienhöhung von 10 Prozent drohen. Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg erachtet es aufgrund der grossen Unterschiede innerhalb des Kantons als «praktisch unmöglich», den Vorschlag des Bundes zu unterstützen. (Quelle: Berner Zeitung, 1.12.2016)

lierung der Prämientarife der Krankenversicherer in einer bestimmten Region. Damit wird die Einheitskasse weiter gefördert, was gegen den klaren Entscheid des Stimmbürgers vom 28. September 2014 spricht.

PAUL RHYN/DANIEL HABEGGER

* Gesundheit 2020, Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, S. 13: «Verbesserung der Aufsicht über die Krankenversicherer, damit die Versicherten besser geschützt sind, Insolvenzen der Versicherer verhindert werden können und die Prämien den Kosten entsprechen.»



Die Versicherten im Emmental sowie im Oberaargau müssten mit einer Prämienhöhung von mehr als zehn Prozent rechnen.



Ineffiziente und unwirksame Behandlungen aus dem Leistungskatalog zu streichen ist das Ziel des HTA-Programmes des Bundes.

HTA-Programm des Bundes

OKP-Leistungen auf dem Prüfstand

Das Krankenversicherungsgesetz, KVG, schreibt es vor: Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Leistungen sind periodisch zu überprüfen. Arztleistungen, Medikamente oder medizinische Hilfsmittel müssen einer regelmässigen Re-Evaluation unterzogen werden, einem «Health Technology Assessment (HTA)». Mit dem Ziel, potenziell unwirksame oder ineffiziente Behandlungen aus dem Leistungskatalog zu entfernen oder deren Vergütungspflicht einzuschränken – und entsprechend Kosten zu sparen.

Die Stärkung von HTA gehört zu den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. In der Folge hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Strategie «Gesundheit2020» ein Programm zur systematischen Re-Evaluation von Arztleis-

tungen, Medikamenten und medizinischen Hilfsmitteln lanciert. Im November 2015 reichten die Stakeholder-Verbände, darunter auch santésuisse, beim BAG erstmals eine Liste medizinischer Leistungen ein, die – so die Meinung – auf den Prüfstand gehörten, weil sie die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) nicht erfüllen. Drei von insgesamt elf eingereichten Themen wählte das BAG damals zur vertieften Beurteilung und weiteren Bearbeitung im HTA-Programm des Bundes aus. Mit dabei die von santésuisse geforderte Überprüfung der Abgabe von Blutzuckermessstreifen für nicht insulinpflichtige Diabetiker sowie die Beurteilung der Leistungspflicht von Chondroitin, einem Wirkstoff gegen Gelenkarthrose, dessen Wirksamkeit umstritten ist. Fällt die Beurteilung der beiden Prüfanträge nach Abschluss des HTA-Prozesses im Sinne von santésuisse aus, beträgt das jährliche Einsparpotenzial rund 100 Millionen Franken.



Quelle: BAG

Schematische Darstellung des Prozesses zur Re-Evaluation bestehender Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Ein systematischer Prozess

Bis es allerdings soweit ist, müssen die Re-Evaluationsvorschläge einen systematischen Prozess durchlaufen – und das wiederum kann, je nach Thema, bis zu einem Jahr dauern (siehe Grafik). So werden zur Beantwortung der jeweiligen WZW-Frage wissenschaftliche Studien in Auftrag gegeben, Berichte erarbeitet und Konsultationen durchgeführt. Danach liegt es in der Verantwortung der zuständigen Eidgenössischen Fachkommissionen (ELGK, EAMGK, EAK), die Ergebnisse zu würdigen und eine Empfehlung abzugeben. Die Entscheidung schliesslich, ob eine Behandlung, ein Hilfsmittel oder Medikament aus dem Leistungskatalog entfernt wird, liegt beim Departement des Innern, EDI.

Die Überprüfungsvorschläge für 2016

Derzeit machen alle am Prozess beteiligten Akteure ihre ersten Erfahrungen mit dem HTA-Programm des Bundes. Konkrete Entscheide zu den 2015 eingereichten Themen sind im Hinblick auf die Komplexität der Abklärungen noch nicht gefallen. Markus Gnägi, verantwortlich für die Abteilung Grundlagen bei santésuisse, ist jedoch überzeugt, dass regelmässige Entscheide aus dem EDI zu erwarten sind, sobald sich der Jahresrhythmus des Programms eingependelt hat. Entsprechend hat santésuisse Ende Oktober 2016 drei weitere Themen zur Überprüfung eingereicht, mit einem jährlichen Einsparpotenzial von rund 40 Millionen Franken:

- Schlafapnoe: Einschränkung der Abgabe von Atemmasken auf moderate und schwere Fälle.
- Protonenpumpenhemmer gegen Sodbrennen: Limitierung der Verschreibung an Patienten, die keine Dauertherapie benötigen.
- Blutdrucksenker Olmesartan: Überprüfung der WZW-Kriterien aller Medikamente mit Mono- und Kombinationstherapien, die den Wirkstoff Olmesartan enthalten.

Ebenfalls Ende Oktober 2016 hat der Verband beim «Swiss Medical Board (SMB)» beantragt, im Rahmen eines HTA Leitlinien zur Diagnose und Therapie von unspezifischen Rückenschmerzen zu erstellen. Das SMB ist eine – auch in den Kantonen – breit abgestützte, interdisziplinäre HTA-Institution mit dem Ziel, eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung medizinischer Leistungen zu etablieren. Dazu noch einmal Markus Gnägi: «santésuisse arbeitet sowohl beim HTA-Programm des BAG wie auch beim «Swiss Medical Board» aktiv mit. Unsere bisherige Arbeit hat gezeigt, dass das Einsparpotenzial, je nach Thema, sehr gross ist. Ausgewählte medizinische Leistungen periodisch auf den Prüfstand zu setzen, sind wir somit auch unseren Versicherten schuldig.»

SUSANNE STEFFEN



RVK-Frühlingstagung 28. und 29. März 2017

AUS DER PRAXIS – FÜR DIE PRAXIS

Auch die 10. Auflage der RVK-Frühlingstagung verspricht mit ihrem spannenden Themenkatalog ein Erfolg zu werden. Die Workshops verhelfen Ihnen dazu, die fachlichen und persönlichen Kompetenzen im Berufsalltag umzusetzen, den Erfahrungsaustausch zu fördern und das Netzwerk auszubauen. An der Tagung treffen sich über 60 Teilnehmende aus der gesamten Krankenversicherungsbranche.

Gestalten Sie Ihr Tagungsprogramm nach Ihren individuellen Bedürfnissen. Sieben praxisnahe Workshops bieten eine wirkungsvolle Weiterbildung. Profitieren auch Sie von unserer zweitägigen Wissensplattform in Luzern.

Unsere Themen für Sie

- Unfallerkennung – ist ein Unfall immer ein Unfall?
- Case Management – die Fallbegleitung im Fokus
- Rheumatologie – Sprechstunde mit dem Vertrauensarzt
- Managed Care 2.0 – ein Blick hinter die Kulissen
- Datenschutz in einem digitalisierten Arbeitsumfeld
- Spitex – Hilfe und Pflege zu Hause
- Komplementär- versus Schulmedizin im Spannungsfeld des Kostendrucks

Erfahren Sie mehr unter

WWW.RVK.CH/BILDUNG

RVK / Haldenstrasse 25 / 6006 Luzern

RVK

clever entlastet

Liechtenstein macht sich fit für den TARMED

Auch in unserem Nachbarstaat Liechtenstein sind die steigenden Gesundheitskosten ein zentrales Thema. Um dieser Entwicklung Gegensteuer zu geben, hat der Landtag Anfang November 2015 eine von der Regierung vorgelegte Revision des Krankenversicherungsgesetzes verabschiedet. Unter anderem hat das Parlament beschlossen, im «Ländle» den TARMED als Tarifsystem zur Abrechnung ambulanter Arztleistungen per 1. Januar 2017 einzuführen.

Zwischen Liechtenstein und der Schweiz besteht seit langem ein länderübergreifender Gesundheitsmarkt; das liechtensteinische Krankenversicherungsgesetz (KVG) lehnt sich zudem stark an die schweizerische Gesetzgebung an. Auch die Herausforderungen, denen die beiden Länder gegenüberstehen, sind ähnlich. Hüben wie drüben laufen die Kosten aus dem Ruder, moniert man systembedingte Fehlanreize und eine (zu) hohe Anspruchshaltung der Versicherten.

Anfang Oktober 2015 hat der liechtensteinische Landtag deshalb eine weitreichende KVG-Revision verabschiedet. Unter anderem wird die Minimalfranchise pro versicherte Person von 200 auf 500 Franken erhöht; Franchisewechsel – insbesondere von einer höheren Wahlfranchise in die Grundfranchise – sind neu an Fristen gebunden und nicht mehr jederzeit möglich. Zudem wird der prozentuale Selbstbehalt für erwachsene Versicherte unterhalb des gesetzlichen Rentenalters von derzeit 10 auf 20 Prozent erhöht. Und: Das Parlament hat entschieden, per 1. Januar 2017 in Liechtenstein den TARMED einzuführen – den in der Schweiz gültigen Tarif für ambulante ärztliche Leistungen.

Massgeschneidertes Kurspaket von santésuisse

Die TARMED-Struktur ist komplex; ihre Anwendung bedarf einer umfassenden Ausbildung. Geschult werden müssen jedoch nicht nur die Leistungserbringer – also Mitarbeitende von Arztpraxen oder Spitalambulatorien – sondern genauso die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Versicherer. In Liechtenstein sind dies namentlich CONCORDIA, Swica sowie die FKB. Für deren Fachpersonen aus dem Leistungsbereich ist es zentral, Struktur und Anwendungsmechanismen des TARMED zu verstehen. Im Interesse der Prämienzahlenden sind sie verpflichtet, die eingereichten Arztrechnungen auf deren Korrektheit hin zu überprüfen, Unstimmigkeiten nachzugehen und allfällige Fehlabbrechnungen zu beanstanden. Zudem müssen sie in der Lage sein, ihren Kundinnen und Kunden Fragen zu deren Arztrechnungen – die für Laien erwiesenermassen einem Buch mit sieben Siegeln gleichen – zu beantworten und sie zu beraten, wenn Unklarheiten auftreten.

Unter Federführung von Thomas Meyer, Projektleiter Grund- und Spezialkurse der Abteilung Bildung, und in enger Zusammenarbeit mit dem liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV), hat santésuisse deshalb ein massgeschneidertes Kurspaket für die «TARMED-Auszubildenden» der im «Ländle» tätigen Krankenversicherer geschnürt. An zwei Kurstagen im liechtensteinischen Ruggell führte im November eine praxiserprobte Referentin 35 Kursteilnehmende in die Grundlagen und Mechanismen des TARMED-Regelwerks ein.

Praxisnahe Ausbildung

Thomas Meyer ist sich denn auch bewusst, dass dies für die Auszubildenden eine ziemliche Herausforderung ist. Vor allem wenn man weiss, dass der TARMED rund 4600 Positionen

Foto: Prisma



Im Fürstentum Liechtenstein werden ambulante ärztliche Leistungen ab Januar 2017 nach dem schweizerischen TARMED abgerechnet.

«Wir sind zu klein, um das Rad selber zu erfinden.»

Warum hat sich Liechtenstein für den TARMED entschieden? Dies und mehr wollten wir von Thomas Hasler, Geschäftsführer des Liechtensteinischen Krankenkassenverbands, wissen.

Ab 1. Januar 2017 wird in Liechtenstein neu nach dem ambulanten Arzttarif TARMED abgerechnet. Was hat das Parlament unseres Nachbarstaats dazu veranlasst, das Schweizer Tarifsystem zu übernehmen?

Es sind vor allem zwei Gründe: Zum einen ist es für ein so kleines Land wie Liechtenstein enorm teuer und aufwändig, eine eigene Tarifstruktur zu erarbeiten und à jour zu halten. Der derzeit bei uns noch gültige ambulante Arzttarif ist denn auch veraltet – trotz mehrerer Revisionsversuche in den letzten Jahren – und widerspiegelt die medizinische Realität längst nicht mehr. Zum anderen fehlte bis dato die Transparenz punkto Vergleichbarkeit der Kosten. Wenn wir künftig Wirtschaftlichkeitsverfahren durchführen wollen, können wir uns noch besser an die Schweizer Parameter halten.

In Liechtenstein ist man beim Entscheid für den Schweizer TARMED davon ausgegangen, dass bei dessen Einführung bereits die revidierte Version – TARMED 2.0 – in Kraft ist. Dies ist nun nicht der Fall, die entsprechenden Verhandlungen in der Schweiz sind blockiert. Wie reagiert man in Liechtenstein auf diese Situation?

Natürlich ist sie nicht ideal. Wir wären hier gerne mit einem sachgerechten, aktuellen Tarif ins neue Jahr gestartet. Aber ich sage es mal so: Verglichen mit dem heute gültigen Arzttarif bedeutet die Einführung des

TARMED für Liechtenstein in jedem Fall eine Verbesserung. Auch deshalb, weil die aktuell gültige Tarifstruktur nur sehr wenige Regeln für die Abrechnung durch die Leistungserbringer hatte.

In der Schweiz hat der Bundesrat angekündigt, von seiner Kompetenz Gebrauch zu machen und in die ambulante Tarifstruktur einzugreifen. Wird dies für Liechtenstein zum Problem?

Ich hoffe nicht. Natürlich hätten auch wir gerne Gewissheit, was da auf uns zukommt. Auf der anderen Seite sieht unser revidiertes Krankenversicherungsgesetz vor, dass Liechtenstein den vom Schweizer Bundesrat genehmigten Einzelleistungstarif 1:1 übernimmt. Ab Januar 2017 werden wir also mit dem TARMED im Gleichschritt sein, egal, welche Anpassungen der Bundesrat beschliesst.

Stört man sich in Liechtenstein nicht an dieser Fremdbestimmung?

Nein, keineswegs. Wir sind zu klein, um auf jedem Gebiet das Rad selber zu erfinden. Und mit Lösungen aus der Schweiz haben wir im Gesundheitswesen immer gute Erfahrungen gemacht. Liechtenstein «importiert» aus der Schweiz ja auch die Spezialitätenliste bei den Medikamenten und die Analyseliste im Laborbereich.

Wie wird sich die TARMED-Einführung auf die Prämienhöhe in unserem Nachbarland auswirken?

Ich gehe nicht von negativen Auswirkungen aus. Der heute im Fürstentum gültige ambulante Arzttarif verursacht mutmasslich höhere Kosten als der TARMED dies tun wird. Ausserdem werden die Taxpunktwerte



Thomas A. Hasler, Geschäftsführer des Liechtensteinischen Krankenkassenverbands.

vor Ort verhandelt, also zwischen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband und der hiesigen Ärztekammer. Wobei wir uns auch hier eng an der Schweiz ausrichten; als Leitlinie dienen uns die Taxpunkt- werte der nahegelegenen Kantone.

Wie hoch ist in Liechtenstein das Volumen, das über den TARMED abgerechnet wird?

Zusammen mit dem spitalambulanten Bereich sind es rund 60 Millionen Franken.

Gilt für Versicherte in Liechtenstein die Freizügigkeit auch für den ambulanten Bereich? Anders gefragt, werden Behandlungen bei Schweizer Ärzten vergütet?

OKP-Versicherte können eine einheitliche Zusatzversicherung abschliessen: Die freie Arztwahl auch über die Grenzen hinaus kostet für alle Erwachsenen 40 Franken pro Monat.

INTERVIEW: SUSANNE STEFFEN

umfasst, wobei jede Position mit einer medizinischen und einer technischen Interpretation versehen ist. Es gilt, Regeln und Leistungseinschränkungen zu kennen und die jeweils für ein ganzes Leistungsbündel gültigen Kapitelinterpretationen zu beachten. Wann dürfen Leistungen kumuliert, wie oft und durch wen darf eine Position verrechnet werden? Im Dschungel all dieser Vorgaben und Positionen die Teilnehmenden in kurzer Zeit sattelfest zu machen, stellt hohe Anforderungen an die Kursleitung. «Der Komplexität der Aufgabe haben wir Rechnung getragen, indem wir die Ausbildung so praxisnah wie möglich gestalteten. Die Kursteilnehmenden erlernten nicht nur die Grundlagen, sie arbeiteten auch direkt im TARMED-Browser und übten anhand

von Fallbeispielen und Gruppenarbeiten, worauf es bei der Rechnungsprüfung ankommt. Uns war es wichtig, sie für ihre tägliche Arbeit mit dem komplexen Tarifwerk so rasch und so umfassend wie möglich fit zu machen. Die Rückmeldungen nach dem Kurs haben gezeigt, dass uns dies gelungen ist; vor allem auch dank Kursleiterin Andrea Wälti, die diese Herausforderung im Auftrag von santésuisse hervorragend gemeistert hat. Bildungsangebote nach festgelegten Kriterien zu konzipieren funktioniert nur, wenn auch entsprechend versierte Fachleute aus der Praxis bereit sind, als Kursleiter/in Verantwortung zu übernehmen.»

SUSANNE STEFFEN

Blick in die Gruppenpraxis eines Hausarztes

«Wer korrekt abrechnet, den bestraft das System»

Dr. med. Ronnie Bachofner ist Facharzt FMH für Allgemeine und Innere Medizin sowie Initiator und Leiter des Ärztehauses im aargauischen Bremgarten. In seiner Gruppenpraxis arbeitet er zusammen mit fünf weiteren Ärztinnen und Ärzten – allesamt Allgemeinmediziner, teilweise im Teilzeitpensum angestellt – sowie sechs Praxisassistentinnen. Bachofner und sein Team sind heute die tragenden Pfeiler der medizinischen Grundversorgung der Stadt und Region Bremgarten. infosantésuisse hat Ronnie Bachofner getroffen und mit ihm über seine Arbeit gesprochen; über finanzielle und andere Herausforderungen, denen er als Grundversorger gegenübersteht.

Herr Dr. Bachofner, was hat vor 14 Jahren den Ausschlag gegeben, dass Sie sich von Ihrer Einzelpraxis verabschiedet haben?

Es war ein schleichender Prozess. In der Gemeinde wie in der Region sind mehrere Hausärzte in Pension gegangen, ohne dass sie für ihre Praxen eine Nachfolgelösung hatten. In der Folge klopften bei mir immer mehr neue Patientinnen und Patienten an – und ich kam mit meinem Pensum an den Anschlag. Also hatte ich die Wahl: Entweder verfüge ich über einen Patientenstopp, oder ich organisiere mich neu. Ersteres widerspricht meiner Vorstellung eines Grundversorgers; also habe ich mich neu orientiert und mich für die Gründung einer Gruppenpraxis entschieden.

Ein schwieriger Entscheid?

Eigentlich nicht. Es war vielmehr eine logische Folge der Entwicklung. Die Region braucht eine medizinische Grundversorgung. In meinem Verständnis heisst das, dass Notfälle gleichentags einen Arzttermin erhalten oder wo nötig ein Hausbesuch gemacht wird. Alleine liess sich das nicht mehr bewältigen.

Und auch ein Wagnis?

Das kann man so sagen. Ich habe in den vergangenen 14 Jahren verschiedene Praxismodelle ausprobiert und zum Teil auch Schiffbruch erlitten, menschlich wie finanziell. Es ist auch keineswegs so, dass mein Leben als Inhaber einer Gruppenpraxis zum Waldspaziergang geworden ist. Die Herausforderungen haben sich einfach verlagert. Heute bin ich nicht nur Arzt – übrigens immer noch mit Leidenschaft – sondern auch Chef eines KMU mit Managementaufgaben, mehr oder weniger akuten Personalproblemen und einem ständigen Überhang an administrativen Aufgaben.



Foto: studiofotenti

Dr. med. Ronnie Bachofner: «Die obligatorische Grundversicherung ist keine Milchkuh, weder für Leistungserbringer noch für Patienten.»

Ist der Hausarzt als «Einzelmaske» also ein Auslaufmodell?

Ich denke schon. Die Anforderungen an einen Grundversorger sind generell sehr hoch, gerade in Bezug auf Verantwortung, Belastbarkeit und Verfügbarkeit. Neben dem Praxisalltag kommt die Betreuung des Spitex-Teams und dessen Patienten hinzu, das Alters- und Pflegeheim, das Asylzentrum, die Pflichten als Schularzt und – in meinem Fall – der sporadische Einsatz als Notarzt.

Und dann ist da noch der wirtschaftliche Aspekt: Mit der heutigen – korrekt angewendeten – Tarifstruktur und der im Kanton Aargau nicht mehr erlaubten Selbstdispensation von Medikamenten kann eine traditionelle Allgemeinpraxis heute kaum mehr kostendeckend arbeiten. Eine ernüchternde Tatsache, die manchen jungen Mediziner davon abhält, sich in der Grundversorgung zu etablieren.

«Die heutige Tarifstruktur setzt zu viele falsche Anreize.»

Ist das nicht Jammern auf relativ hohem Niveau?

Leider nicht. Wer in einer Allgemeinpraxis korrekt nach dem ambulanten Arzttarif TARMED abrechnet, kommt auf keinen grünen Zweig. Wobei die Betonung auf «korrekt» liegt – was mein Anspruch ist. Die heutige Tarifstruktur setzt zu viele falsche Anreize; sie lädt zum «kreativen Abrechnen» geradezu ein, was leider fleissig genutzt wird, gerade bei den Minutagen. Anders ausgedrückt: Wer korrekt abrechnet, den bestraft das System. Gleichzeitig höre ich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, ich

würde mit meinen Hausbesuchen die Kosten unnötig in die Höhe treiben. Dabei vermisse ich den Blick aufs Ganze, schliesslich erspare ich dem System hohe stationäre Kosten, wenn ich beispielsweise eine Patientin zu Hause in den Tod begleite – was erst noch deren expliziter Wunsch ist.

Trotzdem: Die Gesundheitskosten laufen aus dem Ruder, die Leistungserbringer kommen vermehrt unter Druck. Wo sehen Sie Lösungsansätze zur Kostendämmung?

Indem die Leistungserbringer wieder vermehrt Verantwortung für die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der veranlassten Behandlungen übernehmen. Und, indem sie korrekt abrechnen. Zudem bin ich überzeugt, dass der «Tiers Payant» die Gesundheitskosten in die Höhe treibt. Patienten, die vom Krankenversicherer nur noch eine Schlussabrechnung erhalten, sind wenig motiviert, diese sorgfältig zu kontrollieren. Ganz anders, wenn sie den Betrag im «Tiers Garant» vorfinanzieren müssen. Ausserdem müssen die Fehlanreize aus dem heutigen Tarifsysteem verschwinden.

Wird die anstehende TARMED-Revision dazu beitragen?

Wenig. Die Revision – egal welche Akteure für sie verantwortlich zeichnen – bindet in erster Linie enorme Ressourcen und kostet sehr viel Geld. Natürlich hoffe ich, dass ein revidierter Tarif die medizinische Realität dereinst besser abbildet, als dies heute der Fall ist. Ich glaube aber nicht daran, dass eine neue Tarifstruktur die vorhandenen Fehlanreize tatsächlich eliminiert und die Arbeit der Grundversorger besser abbildet respektive honoriert. Ausserdem: Das Feilschen um Taxpunktswerte wird bleiben.

santésuisse setzt auch im ambulanten Bereich vermehrt auf Pauschaltarife. Für Sie ein gangbarer Weg?

Ja und nein. Der Tarif würde allenfalls wieder einfacher anwendbar. So wie vor der TARMED-Einführung, als gewisse Tätigkeiten pauschal abgerechnet wurden. Gleichzeitig befürchte ich, dass die pauschale Tarifierung im ambulanten Bereich neue Probleme schaffen wird. Am Schluss sollen nicht die Patientinnen und Patienten den Kürzeren ziehen. Können Arztleistungen nämlich nur noch pauschal verrechnet werden, ist die Gefahr gross, dass diese selektiv oder minimal erbracht werden. Die Behandlungsqualität würde leiden.

Apropos Qualität: Die Krankenversicherer sind der Meinung, sie müssten heute Leistungen in Milliardenhöhe vergüten, die den Patienten keinen Mehrwert bieten oder gar schädlich sind. Sie verlangen deshalb die systematische Etablierung und Durchsetzung der Qualitätssicherung und -messung im ambulanten Bereich. Können Sie diese Forderung nachvollziehen?

Natürlich kann ich das; und selber unterstütze ich diese Forderung. Nur: Medizinische Behandlungsqualität zu messen gleicht meines Erachtens der Quadratur des Kreises. Sie ist

aufwändig, kostet sehr viel Geld und bedingt Sanktionen, die nur schwer durchsetzbar sind. Ich kann das einigermaßen beurteilen, weil meine Praxis ein zertifizierter Betrieb ist. Würde ich mich im freien Markt bewegen, erübrigte sich die Qualitätsdiskussion relativ rasch. Wer gut arbeitet, hätte Kunden respektive Patientinnen und Patienten; wer einen schlechten Job macht, ist über kurz oder lang weg vom Fenster. Aber unser «Markt» ist stark reguliert, um nicht zu sagen überreguliert. Kommt hinzu, dass das heutige Tarifsysteem Fehlverhalten schützt, statt sanktioniert.

Fazit: Ich habe kein Patentrezept für all die drängenden Qualitätsfragen, aber die feste Überzeugung, dass neue Zertifizierungen, Qualitätsgremien und -organisationen – egal in welcher Besetzung und unter welchem Regime – uns nicht wirklich weiterbringen.

«Medizinische Behandlungsqualität zu messen, gleicht meines Erachtens der Quadratur des Kreises.»

Könnte eine Lockerung des Vertragszwanges das Qualitätsdilemma lösen?

Lösen wohl nicht, aber sicher beeinflussen. Ich stehe einer solchen Diskussion durchaus offen gegenüber. Aber wie bei den Pauschalen, stellen sich auch hier Fragen: Wer definiert die Rahmenbedingungen? Nach welchen Kriterien werden Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern ausgehandelt? Sind es Qualität und Preis, oder ist es nur der Preis? Wird dadurch das Versicherungsobligatorium in Frage gestellt? Fragen, die mir bis anhin niemand schlüssig hat beantworten können. «Affaire à suivre», kann ich da nur sagen.

Ihre Diagnose zum Schweizer Gesundheitssystem?

Unser Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Das ist meine feste Überzeugung, und mit meiner Arbeit will ich einen Beitrag leisten, dass das so bleibt. Aber die obligatorische Grundversicherung ist keine Milchkuh. Weder für Leistungserbringer noch für Patientinnen und Patienten. Entsprechend sind alle am System Beteiligten wieder vermehrt in die Pflicht zu nehmen. Dazu gehört, dass die Leistungserbringer der Qualität verpflichtet sind und korrekt abrechnen. Und dass die Patienten wieder mehr Selbstverantwortung übernehmen und sich von der grassierenden «Selbstbedienungsmentalität» verabschieden.

Sorgen macht mir ausserdem der Trend, dass das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren generell zum eigentlichen «Business» geworden ist. Investoren, Konzerne oder Grossverteiler, sie alle wollen sich ein Stück vom 70-Milliarden-Kuchen abschneiden, während der Gedanke der ursprünglichen Solidargemeinschaft marginalisiert wird.

INTERVIEW: SUSANNE STEFFEN

Anpassung der Handelsmargen ist überfällig

Der fünfte von santésuisse durchgeführte Auslandvergleich der Medikamentenmargen zeigt, dass die Handelsmargen der Ärzte, Spitäler und Apotheken für Medikamente weiterhin deutlich zu hoch sind und nicht dem Kriterium des Krankenversicherungsgesetzes nach wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen. Der Bundesrat hat es in der Hand, mit Ordnungsänderungen kostensenkende Anpassungen vorzunehmen.



Die Medikamentenkosten pro versicherte Person belaufen sich mittlerweile auf jährlich rund 800 Franken, insgesamt sind es sechs Milliarden Franken. Anlass genug also, nicht nur die Fabrikabgabepreise unter die Lupe zu nehmen, sondern auch die Vertriebsmargen in den verschiedenen Abgabekanälen. Grundsätzlich und in Übereinstimmung mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) sollten sich die Margen an den effektiven Kosten bei kostengünstiger Leistungserbringung im jeweiligen Vertriebskanal orientieren und sich dem Durchschnitt der europäischen Vergleichsländer annähern. Geschehen ist jedoch seit Jahren nichts. Denn die letzte Revision der Medikamentenmargen durch den Bundesrat

liegt zehn Jahre zurück. Auch die Empfehlung des Preisüberwachers von 2010 ist nie umgesetzt worden. Weil die Margen seither nicht angepasst wurden, zeigt der aktuelle Margenvergleich von santésuisse weiterhin ein grosses jährliches Sparpotenzial von rund 450 Millionen Franken.

Äpfel mit Äpfeln vergleichen

Die zum fünften Mal durchgeführte Analyse vergleicht die Handelsmargen der verschreibungspflichtigen und kassenvergüteten Medikamente mit verschiedenen europäischen Ländern. Die für den Vergleich zugrunde gelegten Länder sind die im Rahmen des vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) für den Medikamenten-Auslandpreisver-

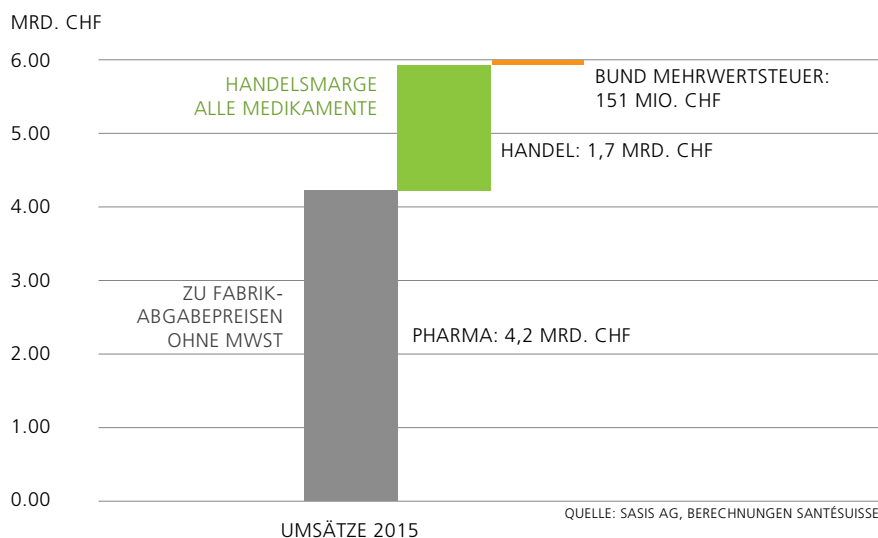
gleich festgelegten neun Referenzländer Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, die Niederlande, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland und Schweden.

Bei Auslandvergleichen stellt sich immer die Frage, wie weit die schweizerischen Besonderheiten wie das hohe Lohn- und Nebenkostenniveau zu berücksichtigen sind. Im santésuisse-Margenvergleich werden die unterschiedlichen nationalen Gegebenheiten bezüglich der lokalen Kosten wie Löhne, Miete und Zinsen um den Unterschied zwischen der Schweiz und dem Ausland bezüglich des Preis- und Zinsniveaus korrigiert. Im Durchschnitt der neun Länder entspricht die Adjustierung einem Zuschlag von 138 Millionen Franken auf die Handelsmarge im Apothekenkanal.

Vom Margenvergleich erfasst sind alle verschreibungspflichtigen und durch die Krankenkassener vergüteten Medikamente (Liste A und B der Spezialitätenliste). Insgesamt machten 2015 die verschreibungspflichtigen und kassenvergüteten Medikamente 90 Prozent der Medikamentenausgaben der obligatorischen Krankenversicherung aus. Die restlichen zehn Prozent sind rezeptfreie Medikamente, die nicht in die Untersuchung einbezogen wurden.

Die Margenanalyse berücksichtigt die drei Abgabekanäle Apotheke, Arzt ambulant und Spital ambulant. Nicht enthalten sind Medikamente, die im Rahmen eines stationären Spitalaufenthaltes verwendet und über die Fallpauschalen abgerechnet werden. Von den rund sechs Milliarden Franken über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechneten Medikamen-

ZUSAMMENSETZUNG DER MEDIKAMENTENKOSTEN



Die Handelsmarge macht mehr als ein Viertel der Medikamentenkosten aus.

tenkosten entfallen rund 1,7 Milliarden Franken auf die Handelsmarge. Die Margenberechnung erfolgt kanalspezifisch. Für den Ärzte-Kanal heisst dies, dass alle von Ärzten abgerechneten Medikamente berücksichtigt werden. So sind auch von Ärzten in Kantonen ohne Selbstdispensation abgerechnete Medikamente enthalten. In diesen Fällen handelt es sich um Notfallmedikamente und Medikamente, die injiziert werden. Der ambulante Spitalkanal beinhaltet alle von den Spitälern ambulant abgerechneten und in der Grundversicherung übernommenen Medikamente. Im Abgabekanal der Apotheken wird zusätzlich zum Vertriebsanteil in den meisten Apotheken der Schweiz eine sogenannte «leistungsorientierte Abgeltung (LOA)» auf kassen- und rezeptpflichtigen Medikamenten erhoben. Für den internationalen Vergleich der Margen wurde der LOA-Anteil nicht berücksichtigt. Der LOA-Anteil setzt sich aus einem durch den Apotheker oder die Apothekerin durchgeführten Medi-

kamentencheck zur Überprüfung allfälliger Interaktionen und einem Bezugscheck sowie anderen vertraglich abrechenbaren Leistungen zusammen. Der Gesamtbetrag dieser leistungsorientierten Abgeltung, der in der Grundversicherung abgerechnet wurde, beläuft sich im Jahr 2015 auf rund 266 Mio. Franken. Im Gegenzug zur Verrechnung der LOA gewähren die Apotheker einen Preisabschlag von 2,5 Prozent auf dem Publikumspreis bis 880 Franken, der in die kanalspezifische Analyse einbezogen wurde. Dieser Rabatt beläuft sich 2015 auf rund 63 Mio. Franken. Rechnet man die LOA zur Vertriebsmarge des Apothekenkanals, ergibt sich ein Betrag von rund einer Milliarde Franken für den Apothekenkanal.

Grosses ungenutztes Einsparpotenzial

Aufgrund des Margenvergleichs ergibt sich für den Apothekenkanal – mit einer Anpassung der Marge auf das Niveau der Vergleichsländer – ein Ein-

sparpotenzial von rund 205 Mio. Im zweitwichtigsten Absatzkanal, demjenigen der Ärzte, beläuft sich das Einsparpotenzial auf der Basis einer kostengerechten Vergütung der Leistungen auf 211 Mio. Franken. Im verwendeten Kostenmodell für die Ärzte mit Medikamentenabgabe wird zwischen preisabhängigen Elementen wie den Zinskosten für den Lagerbestand und preisunabhängigen Elementen wie den Kosten für den Lagerplatz unterschieden. Im volumenmässig verhältnismässig kleinen Absatzkanal im spitalambulantem Bereich beträgt das Einsparpotenzial 2015 rund 14 Millionen Franken.

Vor dem Hintergrund, dass der Margenvergleich ein grundlegendes Wirtschaftlichkeitskriterium ist, liesse sich auf die heutige Gesamtmarge über alle Kanäle mit den Anpassungen auf den Durchschnitt der neun Vergleichsländer eine Einsparung von 458 Millionen Franken erzielen. Dieser Betrag kann wegen den Wechselkursschwankungen leicht höher oder tiefer ausfallen.

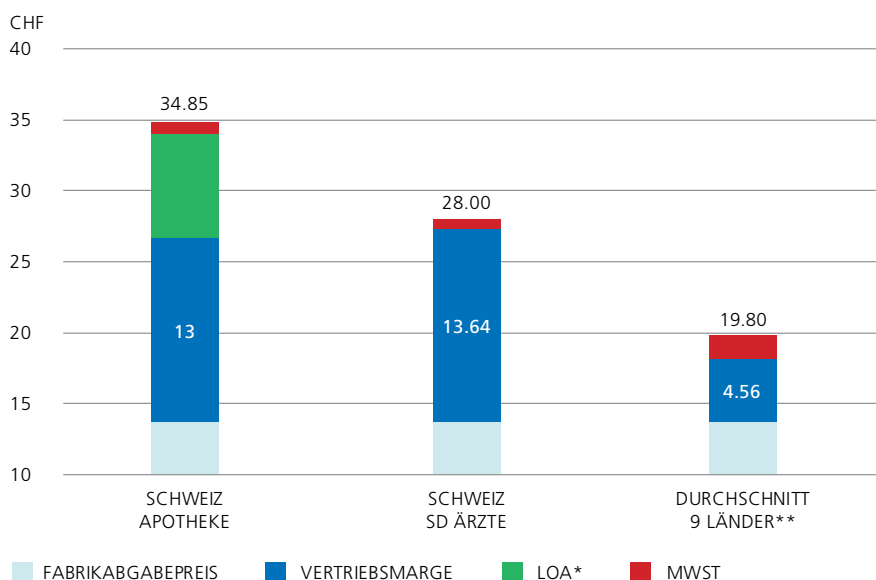
Der Bundesrat ist gefordert

Das KVG verlangt eine wirtschaftliche Leistungserbringung und die Kostengünstigkeit. Die Prämienzahler sollen für eine Leistung nicht mehr zahlen als die Kosten, die bei effizienter Leistungserbringung anfallen. Der Auslandmargenvergleich zeigt diesbezüglich Handlungsbedarf auf. Das BAG hat Anpassungen in Aussicht gestellt und im Mai 2015 entschieden, dass die Vertriebsmarge überprüft werde und Fehlanreize zur Abgabe höherpreisiger Medikamente reduziert werden sollen. Konkrete Vorschläge, wie eine Neuordnung der Vertriebsmargen aussehen soll, liegen jedoch noch nicht vor.

Der vollständige Bericht ist auf der Webseite von [santesuisse](http://www.santesuisse.ch) zugänglich: www.santesuisse.ch > Tarife & Leistungen > Ambulante Leistungen > Medikamente

DR. ANDREAS SCHIESSER
PROJEKTLEITER MEDIKAMENTE SANTÉSUISSE

DAFALGAN 1G, 100 TABLETTEN: VERGLEICH DER VERTRIEBSMARGE SCHWEIZ – VERGLEICHSLÄNDER



* LOA = LEISTUNGSORIENTIERTE ABGABE – NUR APOTHEKEN

** ANNAHME: FABRIKABGABEPREIS IM DURCHSCHNITT GLEICH HOCH WIE IN DER SCHWEIZ

QUELLE: SASIS AG, BERECHNUNGEN SANTÉSUISSE

Beim Apothekenkanal kommt zur Vertriebsmarge die leistungsorientierte Abgabe (LOA) hinzu.

Basis- und Spezialkurse im Gesundheitswesen

Grundkurse 1 und 2

Beschreibung

Die Kurse bieten eine umfassende Einführung in das schweizerische Gesundheitswesen mit Fokus Krankenversicherung. Sie erwerben Kenntnisse in den Bereichen Versicherungspflicht, Organisation im Gesundheitswesen, gesetzliche Grundlagen, Spitalfinanzierung DRG, ambulante/stationäre Leistungen, Unfallversicherungsgesetz und den restlichen Sozialversicherungen.

Termine/Kurskosten und Anmeldung

<https://bildung.santesuisse.ch/>



«Im Grundkurs 2 habe ich eine umfassende Übersicht vom Sozialversicherungssystem erhalten. Die praxisorientierten Fallbeispiele helfen dabei, die komplexe Thematik einfach und klar zu verstehen. Ich kann diesen Grundkurs 2 jedem empfehlen, der einen Überblick zur Vielfältigkeit des schweizerischen Sozialversicherungssystems wünscht.»

Thi Thuy Dao, Kundenberaterin Spezialversicherungen KPT

Spezialkurs TARMED-Grundlagen

Beschreibung

Rechnen Sie im Alltag mit dem TARMED ab? Suchen Sie eine umfassende Einführung in die Tarifstruktur TARMED? Erfahren Sie an unserem Kurs mehr über den Aufbau, die Mechanismen und die Grundlagen des Regelwerkes TARMED.

Termin: 25.01.2017



«Der Kurs hat meine Wissensbasis verbreitert; Wissen, das ich intern weitergeben werde. Geschätzt habe ich den interaktiven Kursaufbau. So kann ich jetzt besser die Probleme auf der Spitalseite nachvollziehen, wenn die vielfältigen ärztlichen Leistungen in die Tarifregeln hineingebracht werden müssen.»

Caroline Schnyder, Leistungsspezialistin, CONCORDIA

Zu den Kursbroschüren

<http://www.santesuisse.ch/de/bildung/grund-spezialkurse/>

Kurskosten und Anmeldung

<https://bildung.santesuisse.ch/>

Weitere Grund- und Spezialkurse

- **Grundkurs 1:** 10. – 12.04.2017, 12. – 14.06.2017
- **Grundkurs 2:** 30. – 31.03.2017, 29./30.06.2017
- **Krankentaggeld:** 30. – 31.05.2017
- **KVG-Leistungen:** 17.11.2017
- **Datenschutz:** 01.12.2017

BILDUNG

santesuisse – Die Schweizer Krankenversicherer

Basis- und Spezialkurse im Gesundheitswesen

Spezialkurs Krankentaggeld

Beschreibung

Das Krankentaggeld fordert in der Praxis in seiner Komplexität Versicherungsberater wie auch Leistungsmanager gleichermaßen. Unser Kurs ermöglicht eine qualifizierte Auseinandersetzung mit sämtlichen Aspekten der im Krankentaggeld-Prozess involvierten Stellen (Vertrieb, Produktmanagement, Underwriting, Inkasso, Leistungsabwicklung, Case-Management). Das Seminar wird von einem Vertriebspezialisten sowie einem Stv. Leiter Leistungen Krankheit und Unfall zweier renommierter Krankenversicherungen geleitet.

Termin: 30. – 31.05.2017



«Der gut organisierte und strukturierte Kurs vermittelt sehr viel praxisorientiertes Fachwissen. Die Zusammenhänge zwischen Vertrieb, Versicherungstechnik und Leistungsabwicklung werden eindrücklich aufgezeigt und beziehen sich auf das Einzel- sowie Kollektiv-Taggeld. Die Kursunterlagen dienen den Teilnehmenden auch später als informatives Nachschlagewerk, welches im Alltag optimal eingesetzt werden kann.»

Angelo Renfer, Leiter Vertrieb Firmenkunden, CONCORDIA

Medizinkurs

2017 wieder im Kursangebot

Beschreibung

Sind Worte wie Nephrologie oder Gastroenterologie für Sie Fremdworte und Sie möchten dies ändern? Sie benötigen Kenntnisse im Bereich Medizin, z.B. weil Sie:

- eine neue Aufgabe im Bereich Leistungsabrechnung übernehmen;
- neue Anforderungen im Bereich Risikobeurteilung zu bewältigen haben;
- sich vermehrt mit medizinischen Fragen auseinandersetzen;
- im Zusammenhang mit SwissDRG, Patientenbegleitungen oder Verhandlungen mit Leistungserbringern Ihre bisherigen Kenntnisse auffrischen möchten.

Während 9 ganztägigen Seminartagen werden Sie sich mit Themen wie Herz und Kreislauf, Lunge, Bewegungsapparat, Gynäkologie, Urologie, Neurologie, Psychiatrie und vielem mehr auseinandersetzen. Nephrologie wird kein Fremdwort mehr für Sie sein!

Termin: 23.2. – 23.11.2017

Zu den Kursbroschüren

<http://www.santesuisse.ch/de/bildung/grund-spezialkurse/>

Kurskosten und Anmeldung

<https://bildung.santesuisse.ch/>

Weitere Spezialkurse

- **TARMED Grundlagen:** 25.01./31.05.2017
- **Datenschutz:** 28.06.2017
- **IV-Erkennung:** 08.11.2017
- **Unfallerkennung:** 09.11.2017

BILDUNG

santesuisse – Die Schweizer Krankenversicherer



Mit Beispielen aus der Praxis wird das Wissen zur Erkennung von IV-Fällen erarbeitet.

santésuisse-Firmenkurs «IV-Erkennung»

Bessere Patientenaufklärung – effizientere Abwicklung

Im Firmenkurs IV-Erkennung fällt wiederholt der Begriff «Koordination». Damit wird geklärt, welche der verschiedenen Sozialversicherungen – im Zentrum stehen die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Invalidenversicherung – leistungspflichtig ist. Die frühzeitige korrekte Zuordnung erspart dem Leistungserbringer und dem Kostenträger administrativen Aufwand und den Patienten eine lange, zermürbende Ungewissheit. Die ÖKK hat den Nutzen einer vertieften Ausbildung der mit der IV-Erkennung befassten Mitarbeitenden erkannt und kürzlich über 60 Mitarbeitende zentral am Hauptsitz in Landquart geschult.

Die Schulung aufgegleist bei der ÖKK hat Zeljka Dukic, Leiterin Servicecenter Heilungskosten Ostschweiz. Aufgrund ihrer Erfahrung in der Leistungsabwicklung lag es für sie auf der Hand, dass Mitarbeitende über die Leistungsabteilung hinaus geschult werden sollen: «Die IV-Erkennung betrifft unter anderem auch das Pflegecontrolling, den Rechtsdienst, den vertrauensärztlichen Dienst und das Case Management.



ÖKK-Kursverantwortliche Zeljka Dukic: «Die Rückmeldungen der Kursteilnehmenden waren sehr positiv»

Richtig zugeordnete Fälle ermöglichen der ÖKK eine bessere Beratung und Aufklärung der Patienten sowie eine effizientere Abwicklung.»

Anspruchsvolle Abklärung der Leistungspflicht

Im santésuisse-Firmenkurs «IV-Erkennung» vermittelt die verteilte Referentin Corinne Zbären den Teilnehmenden anhand von Praxisfällen das notwendige Rüstzeug. Abgedeckt werden neben vielen anderen Fragen zur Leistungspflicht die Besonderheiten bei Kindern oder auch bei in die Schweiz eingereisten Ausländerinnen und Ausländern, wo die IV-Leistungspflicht anhand verschiedener administrativer Kriterien überprüft werden muss.

In 30 Tagen über 60 Mitarbeitende geschult

In 30 Tagen und drei Kursen wurden bei der ÖKK in Landquart die mit dem Thema IV-Erkennung befassten Mitarbeitenden aller vier in der Schweiz verteilten Service Center geschult. Für ÖKK-Frau Zeljka Dukic gab es gute Gründe, warum sie sich für eine zentralisierte Intensivausbildung entschieden hat: «Wir haben mit dieser Art Schulung Neuland beschritten. Umso mehr freut es mich, dass meine Erwartungen und die der Teilnehmenden übertroffen worden sind. Nicht nur wurde bei allen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern eine einheitliche Wissensbasis geschaffen, positiv war auch, dass sich die Mitarbeitenden der Servicecenter besser kennenlernten.»

PAUL RHYN

«Ich freue mich über jeden Kundenanruf»

Nancy Frei ist Lernende im zweiten Lehrjahr bei der Glarner Krankenversicherung; eine aufgestellte, weltoffene junge Frau, die ursprünglich aus Deutschland stammt. Wir haben Nancy an ihrem Arbeitsplatz in Schwanden, Kanton Glarus, getroffen und uns mit ihr über ihre Lehrzeit und ihr neues Leben in der Schweiz unterhalten.

Nancy, Sie sind in Deutschland aufgewachsen. Welche Umstände haben Sie in die Schweiz geführt?

Die Arbeit meiner Eltern, die ursprünglich beide aus der ehemaligen Sowjetunion stammen, aber schon in jungen Jahren nach Deutschland ausgewandert sind. Meine Mutter stammt aus Almaty (Kasachstan), mein Vater ist in Swetogorsk (Russland) aufgewachsen. Sie haben sich – berufsbedingt – vor et was mehr als drei Jahren entschlossen, von Deutschland in die Schweiz zu ziehen. Ich war damals knapp 14 Jahre alt.

Wie haben Sie diesen Umzug von Deutschland in die Schweiz erlebt?

Einen Kulturschock hatte ich nicht wirklich. Aber schwierig war es zu Beginn schon. Das Schulsystem und die zuerst oft schwer verständliche Sprache haben mir Mühe bereitet. Und dann gab es natürlich die alltäglichen Missverständnisse. Ich erinnere mich an meinen ersten Schultag in der Schweiz, direkt nach den Sommerferien. Der Lehrer hat uns Schülern Nussgipfel zum Znüni mitgebracht. Und ich habe dann meine Mitschülerinnen gefragt, ob es hier jeden Tag Hörnchen – Hörnli – gebe. Das war dann sozusagen meine erste Lektion in Schweizerdeutsch: Hörnchen sind hier kein Gebäck, sondern Teigwaren. Und Teigwaren sind in der Schweiz kein Gebäck sondern – wie wir in Deutschland sagen – Nudeln.

Und wie ging es dann weiter?

Ich habe schnell realisiert, dass es an mir liegt, den ersten Schritt zu machen, wenn ich in meiner neuen Heimat «dazugehören» und Freundschaften schliessen wollte. Aber das ist mir leicht gefallen. Heute fühle ich mich hier vollstän-

dig integriert, verstehe Dialekt und habe meinen Freundes- und Kollegenkreis. Schulisch war der Wechsel in die Schweiz schon eher eine Herausforderung. Lehrplan und Tempo sind hier intensiver als in Deutschland. Zudem haben mir zwei Jahre Französischunterricht gefehlt, die musste ich innerhalb eines Jahres nachholen. Das hat mich echt gefordert.

Sie haben sich dann für eine kaufmännische Ausbildung entschieden. Aus welchem Grund?

Ich habe realisiert, dass ich mir mit dem «KV» eine gute Basis für mein weiteres Berufsleben schaffen kann. Die Stellensuche war dann allerdings sehr schwierig. Ich habe sehr viele Bewerbungen geschrieben, bis es endlich geklappt hat. Das hat schon auf die Moral gedrückt. Dass es schliesslich bei der Glarner Krankenversicherung geklappt hat, ist ein Glücksfall.

Was wäre beruflich aus Ihnen geworden, wenn Sie in Deutschland geblieben wären?

Ich hätte wahrscheinlich versucht, Abitur zu machen und dann zu studieren. Etwas Kreatives wie die Schauspielerei. Oder, als Kontrast, Jura.

Ist ein Studium nach der KV-Lehre für Sie nach wie vor eine Option?

Ich denke schon. Unter der Voraussetzung, dass ich nach dem Lehrabschluss die Berufsmatur schaffe. Aber das ist derzeit noch weit weg. Zuerst will ich hier einen guten Job machen und meine Lehre erfolgreich abschliessen.

Zurück zu Ihrer Ausbildung. Was schätzen Sie als Lernende besonders bei der Glarner Krankenversicherung?

Ich liebe den Kontakt zu den Leuten und freue mich ehrlich gesagt über jeden Kundenanruf. Und obwohl ich nicht Ärztin oder Pflegefachfrau bin, so habe ich doch irgendwie das Gefühl, mit meiner Arbeit auch etwas zum Wohlbefinden der Versicherten beitragen zu können. Ich kann sie beraten, ihnen weiterhelfen und ihre Anfragen speditiv erledigen. Das macht mir Freude.

Besonders ist natürlich auch, dass wir ein wirklich kleiner Betrieb sind, mit gerade einmal 15 Mitarbeitenden, davon drei Lernende. Das Arbeitsklima ist familiär, aber dennoch anspornend. Wir betreuen im Kanton Glarus und den umliegenden Kantonen gesamt haft rund 8000 Versicherte.

Aber Hand aufs Herz: Bei einem Krankenversicherer gibt es ja nicht nur positive Kundenkontakte, oder?

Das ist definitiv so. Gerade die Zeit nach Bekanntgabe der neuen Prämien Ende September war sehr schwierig. Die Glarner Krankenversicherung musste in der 300-Franken-Franchise ihre Prämien um 17 Prozent erhöhen. Das ist natürlich happig. Und genauso happig waren dann auch die Kommentare unserer Kundinnen und Kunden. Ich bin am Telefon noch nie so viel angeschrien worden, wie in den vergangenen Wochen.



Nancy Frei: Aufgestellt, kundenorientiert und gespannt darauf, was die Zukunft alles mit sich bringt.

Und wie sind Sie damit umgegangen?
Eigentlich recht gut. Ich habe schnell gelernt, dass die Schimpfstrahlen der Versicherten nicht gegen mich persönlich gerichtet sind. Ich schaffe es in den meisten Fällen, die Anrufenden zu beruhigen und das Gespräch wieder in geordnete Bahnen zu lenken. Wichtig ist, dass ich den Leuten zuhöre und Verständnis zeige für ihren Frust und Ärger – den ich ja tatsächlich auch verstehe. Und in der Lage bin, kompetent zu argumentieren und zu begründen. Diesbezüglich habe ich in den vergangenen Wochen und Monaten extrem viel gelernt, fachlich wie zwischenmenschlich.

In dieser Ausgabe von infosantésuisse ist viel von Qualität im Gesundheitswesen die Rede. Welche Rolle spielt die Qualität in Ihrer täglichen Arbeit?

Eine sehr grosse. Wir sind ein kleiner Versicherer und müssen uns dementsprechend durch die Qualität unserer

Arbeit profilieren. Ich arbeite derzeit in der Leistungsabteilung, bearbeite und kontrolliere eingehende Patientenrechnungen. Mir ist es wichtig, dass mir hier keine Fehler unterlaufen und der Kunde am Schluss eine saubere und korrekte Abrechnung erhält. Und, dass ich bei Nachfragen kompetent Auskunft erteilen kann.

Wie beurteilen Sie die Qualität Ihrer Ausbildung?

Ich denke, ich habe grosses Glück gehabt. Im Lehrbetrieb bekomme ich nach und nach Einblick in alle Bereiche des Krankenversicherungssystems. Unsere Lehrungsverantwortlichen geben ihr Bestes, um uns zu einem guten Lehrabschluss zu führen.

Auch über die kaufmännische Berufsschule kann ich eigentlich nur Gutes sagen. Der Lehrplan ist zwar anspruchsvoll, aber wir Schüler werden nicht alleingelassen, wenn wir in einem Fach nicht weiterkommen. Tauchen Fragen

Steckbrief

Name: Nancy Frei
Geboren: Am 1. Oktober 1999
Derzeit: Lernende «Kauffrau santé-suisse», 2. Lehrjahr, Glarner Krankenversicherung
Wurzeln: In der Kurstadt «Bad König» im Odenwald, Bundesland Hessen
Eigenschaften: Kontaktfreudig, neugierig und offen für Neues
Freizeit: Snowboarden, Mountainbike Downhill, Boxen mit Papa, Freunde treffen

auf oder benötigen wir spezielle Unterstützung, dürfen wir unsere Lehrerinnen und Lehrer per E-Mail kontaktieren. Meines Erachtens ein sehr grosszügiges Angebot, das ich auch schon in Anspruch genommen habe.

Mit welchen Argumenten würden Sie die kaufmännische Ausbildung bei einem Krankenversicherer einer Freundin, einem Freund weiterempfehlen?

Die kaufmännische Ausbildung ist generell eine gute Basis, egal welche Richtung das Berufsleben später nimmt. Und die Arbeit bei einem Krankenversicherer ist interessant und abwechslungsreich. Vor allem die Kundenkontakte geben einem immer wieder das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun. Und schliesslich ist es ein Aufsteller, in einem Fachgebiet, das für viele ein Buch mit sieben Siegeln ist, den Durchblick zu haben.

Denken Sie, dass Sie nach dem Lehrabschluss «der Branche» treu bleiben werden? Welches sind Ihre Zukunftspläne?

Das weiss ich derzeit noch nicht. Es ist auch noch zu früh, mir darüber Gedanken zu machen. Ich habe Freude an meiner Arbeit und will erst einmal einen guten Lehrabschluss machen. Ob ich mich danach innerhalb der Branche weiterbilde, oder mich allenfalls für ein Studium entscheide, wird sich dann weisen.

INTERVIEW: SUSANNE STEFFEN



Foto: ZVG

Mittwoch/Donnerstag
29./30. März 2017
KKL Luzern

Informationen und Anmeldung
trendtage-gesundheit.ch



Matthias Horx
Trend- und
Zukunftsforscher



Christian Lovis
Hôpitaux universitaires
de Genève HUG



Marcel Napierala
CEO, Medbase Gruppe



Christian Stammel
CEO Wearable
Technologies



#TGL2017

Hauptsponsoren:



Partner Breakfast Session:

Sponsoren:



PUBLIREPORTAGE

«Wir kennen jeden Briefkasten»

Wie Krankenversicherer ihre Adressdaten aktuell halten können

Die Schweiz hat sich zu einer mobilen Gesellschaft entwickelt. Deshalb veralten Adressen schneller als früher. Gerade für Krankenversicherer ist es wichtig, die Adressdaten ihrer Kundinnen und Kunden immer aktuell zu halten. Wie einfach das heute online geht, erklärt Christian Stucki, Leiter Kompetenzzentrum Adressen der Schweizerischen Post.

Weshalb sind gut gepflegte Adressen für jeden Krankenversicherer wichtig?

Christian Stucki: In erster Linie natürlich, damit Prämieninformationen, Abrechnungen und andere persönliche Dokumente direkt bei den Kundinnen und Kunden eintreffen. Retouren bedeuten für Krankenversicherer oft mühsame Recherchen. Auch bei Werbeversänden an bestehende und potenzielle Kunden sind aktuelle Adressen das A und O.

Welche Adressdienste bietet die Post an?

Eine breite Palette: von der Adresspflege bei sehr grossen Adressstämmen bis hin zur Abfrage einer einzelnen Adresse. Unser neuestes Produkt ist die Adresspflege Online. Damit



Gemeinsam mit seinen Mitarbeitenden erleichtert er es Krankenversicherern, ihre Kundenadressen aktuell zu halten: Christian Stucki, Leiter Kompetenzzentrum Adressen der Schweizerischen Post.

können unsere Kundinnen und Kunden bei bis zu 300 000 Adressen schnell und kostenlos überprüfen, ob sie noch aktuell sind. Auf Wunsch erhalten die Kunden gleich die bereinigten Adressen (siehe Infobox).

Für die Adresspflege gibt es verschiedene Anbieter. Weshalb lohnt es sich, die Dienste der Post zu nutzen?

Weil wir als einziges Unternehmen der Schweiz jeden Briefkasten und jedes Post-

fach kennen. Unsere rund 13 000 Postbotinnen und -boten prüfen täglich die Adressangaben. Zudem melden uns etwa 400 000 Kundinnen und Kunden pro Jahr ihre Umzugsdaten. Deshalb sind wir die Nummer eins, wenn es um korrekte Adressdaten geht. Wir verkaufen den Firmen aber keine Adressen. Stattdessen stellen wir ihnen unsere Informationen zur Verfügung, damit sie ihre bestehenden Adressen aktuell halten können.

Aktuelle Adressen in sieben Schritten

1. www.post.ch/adresspflege wählen und «Adresspflege Online» anklicken
2. Im Kundencenter der Post einloggen
3. Adressdatei hochladen, die bereinigt werden soll
4. Kostenlose Adresskontrolle starten
5. Resultate der Adresskontrolle samt Offerte für bereinigte Adressen anzeigen lassen
6. Auf Wunsch bereinigte Adressen kostenpflichtig anfordern
7. Datei mit bereinigten Adressen auf den eigenen Computer zurück laden

«Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstösst»



Buchtip

Der diesjährige Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften stand ganz im Zeichen der Verhaltensökonomie. Ein Begriff, der massgeblich durch den Wirtschaftswissenschaftler Richard Thaler und den Rechtswissenschaftler Cass Sunstein im Buch «Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstösst» geprägt wurde. Der Begriff «Nudge» war dann auch der meistgehörte an dieser Veranstaltung. Für uns Grund genug, dieses Buch etwas genauer anzuschauen.

Die Welt ist voll von Verboten und Geboten, die unser Verhalten beeinflussen. Die Verhaltensökonomie geht hier ganz andere Wege. «Schubser», sogenannte «Nudges», sollen das Verhalten der Menschen in vorhersehbarer Weise positiv beeinflussen, ohne aber als Anordnung oder Befehl formuliert zu sein.

«Libertärer Paternalismus»

Entsprechend nennen die beiden Autoren ihre Bewegung «Libertärer Paternalismus», wissentlich, dass dieses Wortgebilde bereits in sich widersprüchlich ist. Libertär steht für konsequentes Beharren auf die eigene Entscheidungsfreiheit, während der Paternalismus das Verhalten der Menschen beeinflussen und lenken will.

Thaler und Sunstein plädieren denn auch dafür, dass es legitim sei, wenn private Institutionen, Behörden aber auch Regierungen bewusst versuchen, die Entscheidungen der Menschen mit verhaltenslenkenden Massnahmen – «Nudges» – in eine bestimmte Richtung zu lenken. Sie beziehen sich dabei auf sozialwissenschaftliche Studien, die zeigen, dass Menschen in vielen Situationen eher schlechte Entscheidungen treffen, beispielsweise wenn es um ihre Gesundheit geht. Dies, weil sie eben nicht ausschliesslich rational, sondern oft schnell, «aus dem Bauch heraus», entscheiden. Für die Autoren ist Libertärer Paternalismus deshalb die erlaubte Beeinflussung zugunsten eines besseren Lebens. Immer unter der Voraussetzung, dass es einfach möglich sein muss, sich gegen «Nudges» zu entscheiden, am besten per Mausclick. Zudem

soll das Verhalten, welches durch einen «Nudge» ermutigt wird, dem Wohlergehen der Gesellschaft dienen.

Die bewusste Gestaltung von Wahlmöglichkeiten

Der Mensch trifft täglich dutzende kleiner und grosser Entscheidungen. Wie diese zustande kommen, wird im Buch umfassend dargelegt. Ein Beispiel: Ein Patient leidet an einer schweren Herzerkrankung; der Arzt rät zu einer nicht ungefährlichen Operation. Zum Patienten sagt er: «Von 100 Patienten, die sich dieser Operation unterziehen, sind 90 nach fünf Jahren noch am Leben». Die Chancen stehen gut, dass sich der Patient für die Operation entscheidet. Wenn aber der Arzt erläutert, dass «von 100 Patienten, die sich dieser Operation unterziehen, zehn innerhalb von fünf Jahren sterben», wird der Patient die Operation höchstwahrscheinlich vermeiden. Das Beispiel zeigt auf, wie die Präsentation einer Frage oder einer Entscheidungsoption bereits ein starker «Nudge» ist und den weiteren Verlauf der Dinge beeinflusst.

Ein «Nudge» der Leben rettet

Ein anderes Beispiel zur Einflussnahme auf die Entscheidungsstruktur ist nach Thaler/Sunstein dasjenige der Organspende. Viele Menschen können es sich durchaus vorstellen, ihre Organe nach dem Tod anderen zur Verfügung zu stellen. Den konkreten Schritt, sich als Organspender oder Organspenderin eintragen zu lassen, tun jedoch die Wenigsten, was gemäss den Autoren viel mit der menschlichen Trägheit zu tun hat. Sie schlagen deshalb vor, die Frage der Organspende mit der sogenannten Widerspruchslösung anzugehen, wie sie beispielsweise in Österreich und anderen europäischen Ländern praktiziert wird. Der sanfte Schubs – der «Nudge» – ist in diesem Fall, den potenziellen Spendern ein aktives Nein zur Organspende abzuverlangen; was in den meisten Fällen nicht passiert und wiederum mit der menschlichen Trägheit zu tun hat. Die Autoren untermauern das Beispiel mit Fakten aus Österreich, wo 99 Prozent aller Bürgerinnen und Bürger Organspender sind, wäh-

rend sich in Deutschland, das die erweiterte Zustimmungsregelung kennt, nur gerade 12 Prozent der Bevölkerung als Spender registriert sind.

Die Einwände

Kritiker des «Nudge-Ansatzes» sehen im Paternalismus in erster Linie eine Gefahr und eine inakzeptable Bevormundung des Bürgers. Vor allem, wenn es der Staat ist, der die Rolle des «Schubser» übernimmt. Sie sehen darin die freie Bahn für Propaganda, Manipulation, Zwang, Verbote und weitgehende Sanktionen.

Die Autoren streiten denn auch nicht ab, dass es durchaus Anreize geben kann, die den Menschen einen Schubs in die falsche Richtung geben. Sie sind aber der Meinung, dass die Bewertung von «Nudges» immer vom jeweils erreichten Ergebnis abhängt – davon, ob ein kleiner Schubs den Menschen schadet oder nützt.

Das Fazit

«Nudge» ist unterhaltsam geschrieben, liest sich leicht und ist mit dutzenden von Beispielen aus den Bereichen Altersvorsorge, staatlicher Umweltpolitik oder Gesundheit illustriert – allerdings grösstenteils aus einer US-amerikanischen Sicht. Denkanstösse über die Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltensökonomie liefern die Autoren allemal.

SUSANNE STEFFEN



©«Nudge. Wie man kluge Entscheidungen anstösst», Richard H. Thaler und Cass R. Sunstein, Ullstein Verlag. Titel der englischen Originalausgabe: «Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness».



Grafik des Monats

Die Medikamentenabgabe durch die Ärzte, auch Selbstdispensation (SD) genannt, ist ein umstrittenes Thema. Je nach Kanton ist diese Form der Medikamentenabgabe erlaubt, teilweise erlaubt oder gar nicht. Zwischen den Ärzteneinkommen und der Medikamentenabgabe besteht ein Zusammenhang.

In Kantonen mit Selbstdispensation, das heisst in den Kantonen der Zentral- und Ostschweiz sowie Basel-Land, sind die Ärzteneinkommen gemäss der letzten verfügbaren Medisuisse-Statistik von 2009 über des AHV-pflichtige Einkommen der Ärzte in freier Praxis am höchsten. In den Kantonen der Westschweiz und dem Tessin sind die Einkommen am tiefsten. In diesen Kantonen ist die Selbstdispensation grundsätzlich nicht erlaubt. Ein hoher Medikamentenanteil geht folglich mit einem hohen Ärzteneinkommen einher und umgekehrt. Trotzdem weist die Ärztesgesellschaft FMH die Forderung von *santésuisse* nach einer Senkung der Marge auf die von den Ärzten selber abgegebenen Medikamente zurück. Die Medikamenten-

abgabe durch den Arzt sei fast nicht mehr kostendeckend. Ähnlich fiel die Reaktion von Seiten der Apotheker auf die Forderung nach tieferen Margen im Apothekenkanal aus. *Pharmasuisse*-Präsident Fabian Vaucher sieht «kein grosses Sparpotenzial».

Um die Auseinandersetzung über Anpassungen bei den Medikamentenmargen zu versachlichen, müssten die Kostendaten der Leistungserbringer vorliegen. Es liegt an ihnen zu dokumentieren, wie hoch die Kosten bei effizienter Leistungserbringung sind.

Keine «LOA» für Ärzte

Die FMH hat 2013 zusätzliche Vergütungen analog der leistungsorientierten Abgabe (LOA) bei den Apotheken gefordert, da die Medikamentenmargen Bestandteile des Ärzteneinkommens seien. Von den Ärzten wurde angeführt, dass ein tieferer Wert der TARMED-Punkte die zusätzlichen Einnahmen aus dem Medikamentenverkauf widerspiegelt. Wenn dies so wäre, hätte nach der Volksabstimmung von 2008 im Kanton Zürich, die die Selbstdispensation im gesamten Kanton legi-

Mittleres Ärzteneinkommen

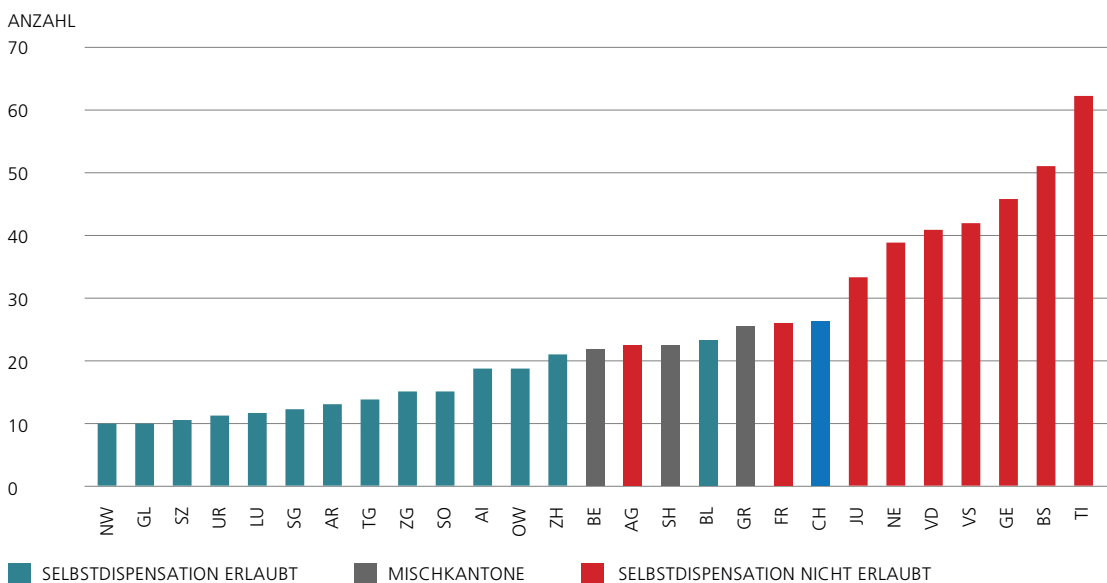
Grossregion	Median
Espace Mittelland	187 350
Genferseeregion	182 500
Nordwestschweiz	187 400
Ostschweiz	201 800
Tessin	187 700
Zentralschweiz	244 050
Zürich	181 100
Total	190 500

Quelle: Datensatz Medisuisse-FMH 2009; Median = 50%-Perzentil; Berechnungen BASS

timiert, der Wert des TARMED-Punktes gesenkt werden müssen. Dies war aber nicht der Fall. Im Weiteren ist zum Beispiel der Wert eines Taxpunktes in Basel-Land (SD-Kanton) und Basel-Stadt (Nicht-SD-Kanton) identisch. Ein Allgemeinpraktiker in Baselland verdient mit der Medikamentenabgabe allein durch den Vertriebsanteil im Durchschnitt rund 100 000 Franken mehr als seine Kollegin in Basel-Stadt.

PAUL RHYN

APOTHEKENDICHTE IN DEN KANTONEN (ANZAHL AUF 100'000 EINWOHNER, 2014)



QUELLE: SASIS AG, APOTHEKEN MIT AKTIVER DATENPOOL-NUMMER

Der Zusammenhang zwischen Selbstdispensation und der Apothekendichte ist augenfällig.