

BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 3 | 2018

Jetzt Startkonfiguration erstellen!

Einheitliche Finanzierung ermöglicht bessere Qualität und Effizienz



Handeln im Patienteninteresse

Für die optimale Behandlung der Patientinnen und Patienten am geeigneten Ort soll die Finanzierung keine Rolle spielen. Die bestehenden Fehlanreize in der Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen müssen deshalb rasch und zielführend ausgeräumt werden, um die Gesundheitsversorgung besser und gleichzeitig kostengünstiger zu machen. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist kein Selbstzweck, sondern schafft die Voraussetzungen für echte Verbesserungen.

Der langfristige Trend weg von stationären hin zu ambulanten Spitalleistungen ist zu unterstützen. Allerdings führt heute die Verlagerung für die soziale Krankenversicherung zu einer sozialpolitisch unerwünschten Mehrbelastung der Prämienzahlerinnen und -zahler, während die mit der Ambulantisierung verknüpften Effizienzgewinne nahezu ausschliesslich den Kantonen zugutekommen.

Fehlanreize ausschalten

Mit der einheitlichen Finanzierung von spitalstationären und ambulanten Spitalleistungen würde das Verhältnis des steuer- beziehungsweise prämiendifinanzierten Anteils langfristig konstant bleiben. Damit wäre gewissermassen die Startkonfiguration erstellt, damit – befreit von finanziellen Fehlanreizen

– die beiden zentralen Ziele der Qualitätsverbesserung und Kostensenkung in der Gesundheitsversorgung intensiver verfolgt werden können. Denn wenn die Kantone an den ambulanten Strukturen beteiligt werden, ist durch diese auch eine strengere Zulassungssteuerung zu erwarten. Kommt hinzu, dass die Kantone selber ein wichtiger Anbieter von ambulanten Gesundheitsleistungen sind, weil viele der Spitalambulatorien – die derzeit wie Pilze aus dem Boden schiessen – in Kantonsbesitz sind. Die finanziellen Konsequenzen ihrer Entscheidungen haben die Kantone heute aber bloss im stationären Bereich direkt zu tragen. •

INHALT

Mindestfallzahlen	2
Pflegefinanzierung	3
In Kürze	4

Keine «Gelegenheitschirurgie» mehr

Mehr Qualitätstransparenz in unseren Spitälern

Mindestfallzahlen für komplexe operative Eingriffe führen erwiesenermassen zu mehr Qualität und tieferen Sterberaten. Dennoch wird in der Schweiz vielerorts die Regionalpolitik höher gewertet als Ergebnisqualität und Patientensicherheit.

Eigentlich gehört es nicht zu den Aufgaben der Krankenversicherer, sich in die Geschäftsmodelle der Akutspitäler einzumischen. Dass sie es jetzt trotzdem tun, ist gut begründet. Im Fokus steht ein zentrales Thema: die nicht belegte Ergebnisqualität im Spitalbereich und deren kostspielige Folgen. Bildlich ausgedrückt könnte man sagen, dass die Spitäler hinsichtlich Kosten und Preise in der Champions-League spielen, sich aber bezüglich Transparenz gerade einmal in der Amateurliga tummeln. Es fehlen transparente, datengestützte Fakten über die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit komplexer operativer Eingriffe. Eine Realität, für welche die Versicherten teuer bezahlen und die Patienten dennoch keine Gewähr für optimale Qualität haben.

Zu tiefe Fallzahlen

Ein zentraler Faktor zur Verbesserung der Ergebnisqualität wäre die Vorgabe von Mindestfallzahlen für komplexe operative Eingriffe. Denn es ist eine gut dokumentierte Tatsache, dass sich

hohe Fallzahlen positiv auf Behandlungsqualität sowie Patientensicherheit auswirken und zudem für eine bessere Auslastung der Infrastruktur und insgesamt tiefere Kosten sorgen. Während in deutschen Kliniken bestimmte Eingriffe nur dann vorgenommen werden dürfen, wenn diese über eine minimale Erfahrung im entsprechenden Fachgebiet verfügen, tut man sich in der kleinen Schweiz mit der Festlegung solcher Mindestfallzahlen schwer.

”
Die Schweiz muss ihre «operativen Kräfte» bündeln.

Löbliche Ausnahme ist der Kanton Zürich, der für eine Reihe von Operationen minimale Fallzahlen festgelegt hat. Für komplexe Eingriffe an Bronchien und Lungen beispielsweise sind es dreissig Fälle pro Spital – was übrigens dreimal weniger ist, als der von der Technischen Universität Berlin für Deutschland errechnete Mindestwert. Aber auch diesen tiefen Wert erfüllen in der Schweiz gerade einmal 25 von 68 Spitälern. Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Erstimplantation von

Hüftprothesen: Von 117 Spitälern verfügen nur 27 über genügende Fallzahlen. Das Nachsehen haben die Patientinnen und Patienten, die sich je nach Spital in falscher Sicherheit wähen.

Kompetenzzentren schaffen

Eine Bündelung der «operativen Kräfte» drängt sich in der kleinräumigen Schweiz geradezu auf. Die Vorgabe, komplexe chirurgische Eingriffe ausschliesslich in kantonalen oder regionalen Kompetenzzentren durchzuführen, wäre der Schlüssel nicht nur für eine optimale Behandlungsqualität, sondern auch für mehr Wirtschaftlichkeit. Vom Bundesrat festgelegte Mindestfallzahlen bildeten die Basis für Spezialisierung und Kooperationen. Die Grundversorgung in den jetzigen Spitälern ist davon nicht betroffen, aber es kann nicht sein, dass alle alles tun – das ist weder effizient noch hilft es der Qualität. Das Problem: Was auf dem Papier plausibel daherkommt, scheitert in der praktischen Umsetzung am Willen der Kantone, ihr innerkantonales, spitalpolitisches Prestigedenken zugunsten einer überregionale Spitalplanung aufzugeben. Und Hand zu bieten für einen fairen Qualitätswettbewerb und im Endeffekt für mehr Patientensicherheit. •



Gewollte Deckelung

Die soziale Krankenversicherung ist keine Pflegeversicherung



Die Finanzierung der Alterspflege gehört zu den grossen Herausforderungen unserer Zeit. Die Probleme mit einer stärkeren Beteiligung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) lösen zu wollen ist ein Irrweg, der mit der absehbaren Mehrbelastung der Prämienzahler wiederum die OKP als Sozialversicherung gefährdet.

Mit der Einführung des KVG war ursprünglich die volle Kostenübernahme der Pflege in Alters- und Pflegeheimen durch die OKP vorgesehen. Schon bald zeigte sich aber, dass die Kosten für die Krankenversicherung nicht tragbar waren.

2011: Krankenversicherung soll nicht zur Pflegeversicherung werden

Mit der «Neuen Pflegefinanzierung» (NPF), die seit 2011 gilt, limitierte der Gesetzgeber bewusst den Beitrag der Krankenversicherung an die Pflegekosten. Damit sollte verhindert werden, dass aus der Krankenversicherung schleichend eine Pflegeversicherung wird.

Seit 2011 haben die Gerichte in mehreren Urteilen Klarheit geschaffen – oder genauer gesagt: bestätigt, was das Parlament im Rahmen der NPF festgehalten hat:

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

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

«Ambulant vor stationär» im Pflegebereich belastet die OKP

Während die Kantone es in der Hand haben, den Pflegeheimen Vorgaben zu machen, verfügen die Krankenversicherer nicht einmal über ein Beschwerderecht, zum Beispiel bei Kantonsentscheiden zur Zahl der Pflegeheimplätze. Die Begrenzung des OKP-Anteils an den KVG-pflichtigen Pflegekosten muss deshalb auch in Zukunft das Ziel einer sinnvollen Pflegefinanzierung sein. Denn bei einer umfassenden Beurteilung der Entwicklungen in der Altenpflege zeigt es sich, dass durch die Förderung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» die OKP bereits laufend stärker belastet wird. Im Gegensatz zu den stationär verursachten Kosten im Pflegeheim gehen die von Spitex-

Organisationen oder selbstständige Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen voll zulasten der Grundversicherung. Der Blick in die Statistik zeigt denn auch, dass die Kosten in den Pflegeheimen pro versicherte Person zulasten der Grundversicherung seit der NPF-Einführung jährlich lediglich um 1,6 Prozent angestiegen sind; diejenigen der ambulanten Pflege hingegen um jährlich 6,7 Prozent (Spitex) und 8,2 Prozent (Pflegefachpersonen). Übrigens: Die Annahme der Pflegeinitiative, die derzeit im Parlament behandelt wird, würde diese Problematik weiter akzentuieren.

Restfinanzierung: Die Kantone sind in der Pflicht

Die Forderung nach einer stärkeren Kostenbeteiligung der OKP lenkt deshalb bloss vom eigentlichen Problem ab: Aus dem kürzlich veröffentlichten Evaluationsbericht des Bundesrates zur NPF geht klar hervor, dass Kantone, oft unter Umgehung des Tarifschutzes – und gegen den Willen des Gesetzgebers – die ungedeckten Restkosten auf die Patienten überwälzen wollen. Eine nicht akzeptable Praxis, der sich die Krankenversicherer in Übereinstimmung mit dem Preisüberwacher entgegenstellen. Notwendig ist eine Präzisierung des Krankenversicherungsgesetzes, um die volle Kostenübernahme der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand zu gewährleisten. •

In Kürze



Eingespart: 3 Milliarden

Dass die Krankenversicherer ihrem gesetzlichen Auftrag der Rechnungskontrolle nicht nur umfassend nachkommen, sondern dazu auch die besten Voraussetzungen punkto Know-how und Infrastruktur haben, zeigt eine kürzlich durchgeführte Umfrage unter den santésuisse-Mitgliedern. Hochgerechnet auf die gesamte Branche belaufen sich die realisierten Einsparungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf jährlich rund drei Milliarden Franken. Anders ausgedrückt, ohne die systematische Leistungskontrolle durch die Krankenversicherer würden die durchschnittlichen Prämien um rund 10.5 Prozent höher liegen. Eine Bilanz übrigens, die von einer staatlichen Rechnungskontrollbehörde kaum getoppt werden dürfte.

Einig waren sich die Versicherer bei ihren Einschätzungen, dass eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen weitere substantielle Einsparungen ermöglichen würde. Sie fordern unter anderem griffigere Sanktionsmöglichkeiten bei falscher Rechnungsstellung sowie den Zugang zu anonymisierten Individualdaten, um beurteilen zu können, ob ein Leistungserbringer systematisch zu hohe Forderungen stellt. •

santésuisse unterstützt nationale Qualitätsplattform

Im Rahmen der nationalen Qualitätsstrategie unterstützt santésuisse eine breit abgestützte nationale Qualitätsplattform, wie sie derzeit im Parlament beraten wird. Deren Umsetzung ist mit jährlichen

Kosten von zwanzig bis dreissig Millionen Franken verbunden. Nach Auffassung von santésuisse soll deren Finanzierung primär durch öffentliche Mittel erfolgen. Für die Erarbeitung von geeigneten Messsystemen, die Durchführung von Pilotprojekten sowie die Auswertung und Darlegung der Messergebnisse im Rahmen der Handlungsebenen «Leistungserbringer» und «Anreize» fallen bei den Krankenversicherern wie den Leistungserbringern Kosten an. Deren Finanzierung gilt es vertraglich unter den Tarifpartnern zu regeln. •

Steuerung der Ärztezulassungen mit Korrekturbedarf

santésuisse plädiert für eine Überarbeitung des Vorschlags des Bundesrates für die Zulassungssteuerung für Ärztinnen und Ärzte. Anstelle einer Versorgungsplanung innerhalb der Kantons-grenzen sollen Bund und Kantone anhand von Patientenströmen und Versorgungsregionen schweizweit geltende Bandbreiten für Ärztediten nach Facharztgruppe definieren. Die Vorgaben sollen für Privatpraxen wie für den kostentreibenden spitalambulanten Bereich gelten. Halten sich die Kantone nicht an die vorgegebenen Dichtezahlen bzw. Obergrenzen und können sie die interkantonale Koordination im Sinne der optimalen Versorgung und Effizienz nicht belegen, ist sicherzustellen, dass die Kosten der Überversorgung nicht zulasten der Krankenversicherer bzw. Prämienzahlenden gehen. Für diesen Fall ist ein Beschwerderecht der Krankenversicherer vor Gericht vorzusehen. •

BLOG-TELEGRAMM

Kosten – ein Blick in die Kantone

Wie kommt es, dass die Genferinnen und Genfer für ärztliche Behandlungen doppelt so hohe Kosten verursachen wie der Schweizer Durchschnitt? Oder die Kosten für stationäre Spitalbehandlungen in Basel-Stadt rund viermal höher sind als im Rest der Schweiz? Ein Erklärungsversuch.

Wenn jeweils im Herbst die Krankenversicherungsprämien für das kommende Jahr bekannt gegeben werden, stechen die zum Teil beträchtlichen kantonalen Unterschiede besonders ins Auge. So variierten die Prämien erhöhungen 2018 zwischen 1,6 und 6,4 Prozent, je nach Kanton. In der Regel sind diese Unterschiede kurzfristiger Natur und lassen sich versicherungstechnisch begründen: Weil die Prämien bereits im Vorjahr festgelegt werden, hat sich eine unerwartete Kostenentwicklung nachträglich nicht mehr korrigieren lassen. Oder ein Versicherer mit einem hohen kantonalen Marktanteil muss seine Reserven aufbauen. Oder unerwartete Zu- oder Abgänge im Versicherten-Portfolio erschweren die Kalkulation der Versicherer. In der Regel sind dies jedoch Schwankungen, die sich in den Folgejahren wieder ausgleichen. Es gibt aber auch die «permanent teuren Kantone», die Jahr für Jahr überdurchschnittlich hohe Prämienanstiege verzeichnen.

Monsieur Santé geht in seinem Blog diesen Fragen nach. •

→ <http://santesu.is/seb8u>