

Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Bericht der Expertengruppe

24. August 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	5
2	Einleitung.....	6
2.1	Ausgangslage	6
2.2	Auftrag des EDI und Umsetzung durch die Expertengruppe.....	7
2.2.1	Auftrag des EDI an die Expertengruppe	7
2.2.2	Umsetzung durch die Expertengruppe	7
2.3	Aufbau des Berichts	9
3	Gesundheitssystem Schweiz und Problemanalyse.....	10
3.1	Gemeinsames Problemverständnis.....	10
3.1.1	Die Schweiz hat im internationalen Vergleich hohe Gesundheitsausgaben	10
3.1.2	Wo besteht ein Kostendämpfungspotenzial?	12
3.2	Würdigung des Gesundheitssystems	14
4	Kostendämpfende Massnahmen und bisherige Erfahrungen	17
4.1.1	Bisherige Erfahrungen mit kostendämpfenden Massnahmen in der Schweiz	17
4.1.2	Geplante kostendämpfende Massnahmen	20
4.2	Kostendämpfende Massnahmen im Ausland	21
4.2.1	Übertragbarkeit ausländischer Erfahrungen und Länderauswahl	21
4.2.2	Erfahrungen mit kostendämpfenden Massnahmen in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden	21
4.3	Fazit für die Schweiz.....	23
5	Empfohlene Massnahmen.....	24
5.1	Fokus der empfohlenen Massnahmen	24
5.2	Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum (M01)	26
5.3	Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG (M02)	32
5.4	Unmittelbar umsetzbare Massnahmen	34
5.4.1	Einleitung	34
5.4.2	Massnahmen zur Vermeidung von Fehlanreizen	34
	<i>M03 Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kickbacks).....</i>	<i>34</i>
5.4.3	Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich.....	36

	<i>M04 Schaffung notwendiger Transparenz</i>	36
	<i>M05 Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern</i>	37
	<i>M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten</i>	39
	<i>M07 Verlagerung von stationär zu ambulant</i>	41
	<i>M08 Stärkung von HTA</i>	43
	<i>M09 Rechnungskontrolle stärken</i>	44
	<i>M10 Koordinierte Versorgung stärken</i>	46
	<i>M11 Medizinische Boards / Indikationsboards</i>	47
	<i>M12 Förderung von Behandlungsleitlinien</i>	49
	<i>M13 Förderung Zweitmeinung</i>	51
	<i>M14 Regionale Spitalversorgungsplanung</i>	52
5.4.4	Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich	54
	<i>M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern</i>	54
	<i>M16 Berücksichtigung von Skaleneffekten in der Tarifstruktur</i>	55
5.4.5	Weitere Massnahmen	57
	<i>M17 Parallelimporte von medizinischen Geräten und Implantaten erleichtern</i>	57
5.5	Bereits diskutierte Massnahmen mit gesetzlichem Anpassungsbedarf	59
5.5.1	Massnahmen zur Vermeidung von Fehlanreizen	59
	<i>M18 Differenzierter Kontrahierungszwang</i>	59
5.5.2	Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich.....	61
	<i>M19 Qualität stärken</i>	61
	<i>M20 Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren</i>	64
	<i>M21 Aufhebung des Territorialitätsprinzips</i>	65
5.5.3	Massnahmen im Arzneimittelbereich	68
	<i>M22 Einführung eines Festbetragsystems / Referenzpreissystems</i>	68
	<i>M23 Anpassung der Vertriebsmargen</i>	69
	<i>M24 Verpflichtung der Apotheker und der selbstdispensierenden Ärzte, Generika abzugeben</i>	71
5.5.4	Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich.....	72
	<i>M25 Tarifstruktur aktuell halten</i>	72
	<i>M26 Einheitliche Finanzierung pauschalisierter Leistungen im spitalambulanten Bereich</i>	74
5.6	Neue Massnahmen mit gesetzlichem Anpassungsbedarf	75
5.6.1	Massnahmen zur Vermeidung von Fehlanreizen	75
	<i>M27 Verpflichtung zu Gatekeeping</i>	75

	<i>M28 Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern</i>	77
5.6.2	Massnahmen im Arzneimittelbereich	79
	<i>M29 Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips</i>	79
	<i>M30 Jährliche Überprüfung der Preise und Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit der vergüteten Arzneimittel</i>	80
	<i>M31 Abschaffung des Innovationszuschlags für neu zugelassene Arzneimittel</i> ..	82
	<i>M32 Gesetzliche Förderung der Parallelimporte von Arzneimitteln</i>	83
	<i>M33 Einführung eines Beschwerderechts</i>	84
5.6.3	Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich	86
	<i>M34 Schaffung nationales Tarifbüro (analog SwissDRG)</i>	86
	<i>M35 Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde</i>	87
	<i>M36 Governance-Konflikt der Kantone reduzieren</i>	88
	<i>M37 Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich</i>	90
5.6.4	Weitere Massnahmen	93
	<i>M38 Keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier</i>	93
5.7	Prioritäre Massnahmen	96
6	Fazit	97
7	Literaturverzeichnis	98
8	Anhang	105
8.1	Im Ausland eingesetzte Massnahmen zur Kostendämpfung	105
	8.1.1 Deutschland	105
	8.1.2 Frankreich	110
	8.1.3 Niederlande.....	115
8.2	Szenarien für die Kostenentwicklung 2013-2040	117
8.3	Überblick der Massnahmen	121

1 Zusammenfassung

Auch wenn die Versicherten in der Schweiz mit der Gesundheitsversorgung zufrieden sind, stehen die hohen und jährlich steigenden Kosten in der Kritik. Verschiedene Studien und Expertenschätzungen weisen für die Schweiz ein Effizienzsteigerungspotenzial ohne Qualitätsreduktion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von rund 20 Prozent aus (BAG 2013). Auch der Blick ins Ausland zeigt, dass im Interesse der Bevölkerung ein stärkeres Eingreifen erforderlich ist, um die nötigen Effizienzsteigerungen und Einsparungen anzustossen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Expertengruppe deshalb beauftragt, Massnahmen vorzuschlagen, welche dieses Potenzial ausschöpfen könnten. Obwohl die Gesundheitsakteure im Rahmen des Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) bereits jetzt angehalten sind, kostendämpfend zu agieren und beträchtlichen Spielraum haben, um innovative, kostensparende und effizienzsteigernde Versorgungsmodelle zu entwickeln, wurden diese Möglichkeiten nicht im erwünschten Ausmass genutzt. Die Analyse ökonomischer sowie institutioneller Besonderheiten des Schweizer Gesundheitssystems, welche gewisse Fehlanreize und somit eine nur mangelhafte Umsetzung kostendämpfender Massnahmen fördern, war für die Entwicklung neuer Massnahmen unabdingbar. In diesem Bericht wird deshalb eine Reihe von kurz- mittel- und auch langfristig umsetzbaren Massnahmen vorgeschlagen, welche grösstenteils auf dem bestehenden System aufbauen und versuchen, fehlerhafte Anreizstrukturen zu beseitigen.

Im Fokus steht zum einen eine verbindliche Zielvorgabe hinsichtlich Kostenwachstum mit entsprechenden Sanktionen, welche die übergeordnete Systemsteuerung verbessern soll. Die Umsetzung der OKP-Globalziele in den verschiedenen Leistungsbereichen soll aber so weit wie möglich im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten durch die Kantone und die Tarifpartner sowie schliesslich durch die Leistungserbringer erfolgen. Zum anderen wird auch die Schaffung eines «KVG-Experimentierartikels» und die Förderung der Transparenz als grundlegende Eckpfeiler verstanden. Weitere Massnahmen zielen auf die Vermeidung unnötiger, die Patienten allenfalls gefährdender Leistungen und die effiziente Erbringung notwendiger, evidenzbasierter Behandlungen. Neben den heute bestehenden Anreizen zur Mengenausweitung im ambulanten und stationären Bereich werden auch Fehlanreize an der Schnittstelle dieser zwei Bereiche angegangen. Zudem werden verschiedene Massnahmen im Arzneimittelbereich empfohlen, die insbesondere eine Senkung des Preisniveaus bezwecken sollen.

Ausser Frage steht, dass aufgrund der institutionellen sowie ökonomischen Besonderheiten des Gesundheitssystems und -marktes, die Kostendämpfungsmassnahmen bei allen Gesundheitsakteuren ansetzen müssen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die vorhandenen Fehlanreize bei den einzelnen Akteuren zuerst korrigiert werden. Nur so werden sie ihre Verantwortung – insbesondere im Bereich der Kosten – wahrnehmen, den ihnen zugestandenen Spielraum im Interesse einer effizienten, angemessenen und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung nutzen, ihre Bemühungen verstärken und neue Ideen vorantreiben.

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

Gesundheit ist ein für das Wohlergehen der Menschen zentrales Gut. Es ist zu erwarten, dass mit steigendem Wohlstand, der Zunahme chronischer Erkrankungen und des infolge der demografischen Entwicklung wachsenden Risikos der Multimorbidität auch die Kosten des Gesundheitssektors aufgrund verschiedener Faktoren zunehmen. Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens sind zwischen 1996 und 2015 von rund 37.5 auf 77.8 Milliarden Franken¹ gestiegen; jene der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von 10.8 auf 27.5 Milliarden Franken.² Die wirtschaftliche Bedeutung hat in diesem Zeitraum jedoch nicht nur absolut sondern auch relativ zum Bruttoinlandprodukt (BIP) – ein Mass für die wirtschaftliche Leistung eines Landes – zugenommen. Während der Anteil der Gesamtkosten des Gesundheitswesens am BIP im Jahr 1996 noch 9.2 Prozent ausmachte, liegt er im Jahr 2015 bei über 12 Prozent. Auch im Vergleich zum Bevölkerungswachstum zogen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional an. In der OKP beträgt der durchschnittliche jährliche Anstieg der Nettoleistungen pro versicherte Person rund 4 Prozent (inflationsbereinigt: 3.5 %). Obschon die Datengrundlagen nicht perfekt sind, ist die tendenzielle Beschleunigung des Kostenanstiegs ausreichend belegt. Der wirtschaftspolitische Handlungsbedarf mit Blick auf die Dämpfung des Kostenwachstums nimmt entsprechend zu. Massnahmen mit dem Ziel, die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens für die Prämienzahler und die öffentlichen Haushalte nachhaltig zu erhalten, werden immer wichtiger.

Die Massnahmen des vorliegenden Berichts zielen insbesondere darauf ab, unnötige und vermeidbare medizinische Leistungen zu verhindern. Damit soll sie zu einem gedämpften Kostenwachstum beitragen.

Die Tarifpartner haben beträchtlichen Handlungsspielraum, welcher seit Einführung des KVG aber nur in äusserst unbefriedigendem Mass zur Kostendämpfung eingesetzt wurde. Stattdessen führten fehlende Anreize bzw. die fehlende Konsensbereitschaft der Tarifpartner aufgrund ihrer unterschiedlichen Interessen zu einer Blockade. Diese verunmöglichte Innovationen und notwendige Anpassungen und führte zu einem zunehmend dysfunktionalen System. Aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes, insbesondere aufgrund der starken Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringern und Patient, ist die Nachfrage weitgehend angebotsinduziert. Dies kann zu einer starken Mengen- und Kostenentwicklung und gesamthaft zu einer Überversorgung führen. Um die Kostenentwicklung zu dämpfen, bedarf es deshalb weitergehender Massnahmen, wie sich auch im Ausland gezeigt hat. Eine Steuerung über den Preis kann bei den gegebenen Rahmenbedingungen in vielen Fällen über die Mengen kompensiert werden und ist deshalb für sich allein nicht zielführend. Wegen der falsch gesetzten Anreize müssen auch die Mengen beziehungsweise die Gesamtkosten gesteuert werden, um das Gesundheitssystem bezahlbar zu halten. Langfristig sind möglichst viele Gebote und Verbote zu Gunsten einer korrekten Anreizsystematik (im besten Falle: Bezahlung für jede gewonnene Gesundheitseinheit) wieder aufzuheben. Als kurzfristige Überbrückung sind sie aber notwendig, um das System nicht aus dem Ruder laufen zu lassen.

Um den Kostenanstieg zu reduzieren, wurden im Rahmen der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020» bereits Massnahmen ergriffen. Weitere notwendige Massnahmen sind seit längerem bekannt, wurden aber noch nicht umgesetzt.³ Die Ausdehnung des Leistungsvolumens im stationären und ambulanten Bereich bleibt problematisch. Das EDI möchte aus diesem Grund vermehrt Massnahmen

¹ Vgl. BFS (2015a).

² Es handelt sich dabei um die Nettoleistungen (Vgl. BAG 2015).

³ Zu denken ist etwa an die Anpassung der Vertriebsmargen bei Arzneimitteln, die TARMED-Revision, die Einführung eines Referenzpreissystems bei Generika, die nähere Bestimmung der Benchmark-Kriterien bei den Basisfallpreisen für Spitäler, die Revision der MiGeL etc.

ergreifen, welche die Mengenentwicklung direkt bremsen. Diese sollen sich insbesondere auf Modelle stützen, die bereits in anderen europäischen Ländern zur Steuerung des Mengenwachstums eingesetzt werden. Im Vordergrund steht dabei die Eliminierung von Mengenausweitungen, welche medizinisch nicht begründet werden können. Dazu hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) anfangs 2017 eine Expertengruppe mit internationaler Beteiligung eingesetzt.

2.2 Auftrag des EDI und Umsetzung durch die Expertengruppe

2.2.1 Auftrag des EDI an die Expertengruppe

Die Expertengruppe wurde vom EDI beauftragt, nationale sowie internationale Erfahrungen auszuwerten, um Kostendämpfungsmassnahmen für die Schweiz vorzuschlagen. Der Auftrag lautet wie folgt:

«Anhand einer Analyse der internationalen Erfahrungen zur Steuerung des Mengenwachstums soll die Expertengruppe Instrumente zur Beeinflussung der Mengenentwicklung in der Schweiz vorschlagen, welche von den Tarifpartnern oder subsidiär von den Tarifgenehmigungsbehörden eingesetzt werden können. Auch Instrumente, die Änderungen des regulatorischen Rahmens notwendig machen, sollen in die Überlegungen einbezogen werden. Weitere Massnahmen zur Vermeidung unnötiger Leistungen können ebenfalls vorgeschlagen werden.»

Die Expertengruppe wurde beauftragt, bis Herbst 2017 einen Bericht mit möglichen Kostendämpfungsmassnahmen an Bundesrat Alain Berset zu übergeben.

2.2.2 Umsetzung durch die Expertengruppe

Expertengruppe und Projektbegleitung

Die Expertengruppe besteht aus 14 Mitgliedern mit medizinischem oder gesundheitsökonomischem Hintergrund (vgl. Tabelle 1). Es handelt sich um vier Experten aus Deutschland, den Niederlanden und aus Frankreich sowie zehn Experten aus der Schweiz, die sich mit dem Thema Kostendämpfungsmassnahmen profiliert haben. Dazu gehören eine Vertretung der Kantone und drei Mitglieder aus der Bundesverwaltung (Eidgenössische Finanzverwaltung, Staatssekretariat für Wirtschaft und Preisüberwachung). Den Vorsitz der Expertengruppe übernahm Alt-Ständerätin und Alt-Regierungsrätin Verena Diener, eine Schweizer Gesundheitspolitikerin mit Exekutiverfahrung. Einsitz nahmen folgende Personen:

Tabelle 1 Zusammensetzung und Funktion Expertengruppe

Name	Funktion
Vorsitz	
Verena Diener	Alt-Ständerätin und Alt-Regierungsrätin Zürich
Ausländische Experten/innen	
Rudolf Blankart	Professor für Regulatory Affairs an der Universität Bern, assoziiertes Mitglied der Geschäftsleitung (Regulatory Affairs), Geschäftsleitungsmitglied der sitem-insel AG. Bis Frühling 2017 Juniorprofessor für Technologie- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen am Hamburg Center for Health Economics, DE
Reinhard Busse	Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin, Associate Director for Research Policy des European Observatory on Health Systems and Policies und Fakultätsmitglied der Charité – Universitätsmedizin, DE
Zeynep Or	Research Director, Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES, Université Paris Panthéon-Sorbonne, FR
Patrick Jeurissen	Professor for fiscal sustainable health care systems at Radboud University, NL
Inländische Experten	
Brida von Castelberg	Vizepräsidentin Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz, Emeritierte Chefärztin Gynäkologie Triemlispital Zürich
Dieter Conen	Präsident der Stiftung für Patientensicherheit
Yves Eggli	Médecin associé, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), CHUV et Université de Lausanne
Heinz Locher	Gesundheitsökonom
Tilman Slembeck	Professor Fachbereich Volkswirtschaftslehre an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Zentrumsleitung Center for Economic Policy der ZHAW
Verwaltung	
Stefan Meierhans	Preisüberwacher
Serge Gaillard	Direktor Eidgenössische Finanzverwaltung EFV
Eric Scheidegger	Stv. Direktor Staatssekretariat für Wirtschaft SECO
Michael Jordi	Zentralsekretär Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK

Die Expertengruppe wurde von einem vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführten Sekretariat unterstützt.

Projektphasen

Zur Erfüllung des Auftrags wurden im Rahmen der Projektplanung verschiedene Phasen und Meilensteine definiert (vgl. Tabelle 2), welche je mit einer Expertengruppensitzung am BAG abgeschlossen wurden.

Tabelle 2 Projektphasen und Meilensteine

Sitzungsdatum	Meilenstein / Phase
28. Februar 2017	Phase 1: Analyse des IST-Zustandes – Ländersituation (<i>Vergleichende Länderstudien, 1. Sitzung mit CH-Expertinnen und Experten</i>)
30. März 2017	Phase 2: Wirksamkeit von Instrumenten auf die Kostenentwicklung – internationale Erfahrungen (<i>Länderberichte, 2. Sitzung mit CH- und int. Expertinnen und Experten</i>)
9. Mai 2017	Phase 3: Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz und Diskussion weiterer Instrumente (<i>3. Sitzung mit CH-Expertinnen und Experten</i>)
27. Juni 2017	Phase 4: Diskussion Entwurf Schlussbericht (<i>1. Entwurf Schlussbericht, 4. Sitzung mit CH-Expertinnen und Experten</i>)
16. August 2017	Phase 5: Diskussion Schlussbericht (<i>5. Sitzung mit CH-Expertinnen und Experten</i>)
24. August 2017	Phase 6: Verabschiedung Schlussbericht (<i>6. Sitzung mit CH-Expertinnen und Experten</i>)

Allgemeine Bemerkungen

Als Basis für die Erarbeitung des vorliegenden Schlussberichtes sowie die Eruiierung der zu empfehlenden Massnahmen dienten hauptsächlich bereits bestehende nationale und internationale Studien im Bereich der Gesundheitsökonomie. Die Auswertung der internationalen Erfahrungen erfolgte anhand dreier Länderstudien, verfasst durch die Expertin und Experten aus dem Ausland. Da der Massnahmenkatalog möglichst breit gefasst werden sollte und Schätzungen des Kostendämpfungspotenziales erst bei einem höheren Konkretisierungsgrad der Massnahmenausgestaltung möglich sind, wurde auf eine genaue Bezifferung verzichtet. Bereits ein blosser Überschlag zeigt jedoch ein Kostendämpfungspotenzial von knapp einer Milliarde Franken pro Jahr.⁴ Die Massnahmenanalysen beschränken sich deshalb auf mögliche Konsequenzen respektive Wirkungsrichtungen der einzelnen Massnahmen.

Im Sinne des Auftrages liegt der Fokus des Schlussberichts und der empfohlenen Massnahmen auf der Eindämmung des Mengenwachstums und damit der Kostendämpfung in den vier grössten Kostenblöcken (Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis, Behandlungen im stationären Bereich, Behandlungen im spital-ambulanten Bereich und Arzneimittel), obwohl auch die Kosten im Pflegebereich (Pflegeheime und ambulante Krankenpflege) weiter zunehmen.

2.3 Aufbau des Berichts

Im Folgenden wird das Gesundheitssystem der Schweiz in seinen wichtigsten Grundzügen dargestellt sowie ein gemeinsames Problemverständnis hinsichtlich Kosten- und Mengenentwicklung formuliert (vgl. Abschnitt 3.1). Anschliessend folgt eine Diskussion der bereits heute möglichen resp. geplanten kostendämpfenden Massnahmen in der Schweiz sowie der in den drei vertieft analysierten Ländern umgesetzten Massnahmen, um zu einem Fazit für die Schweiz zu gelangen (vgl. Abschnitt 4). Auf dieser Basis werden in Abschnitt 5 die empfohlenen Massnahmen der unterschiedlichen Ebenen und in den verschiedenen Bereichen im Detail ausgeführt. Der Bericht schliesst mit einem Fazit (Abschnitt 6).

⁴ Allein die TARMED-Revision (ca. CHF 500 Mio.) und die Einführung des Referenzpreissystems (bis CHF 300 Mio. möglich) dürften um die 800 Mio. Franken Einsparungen bringen.

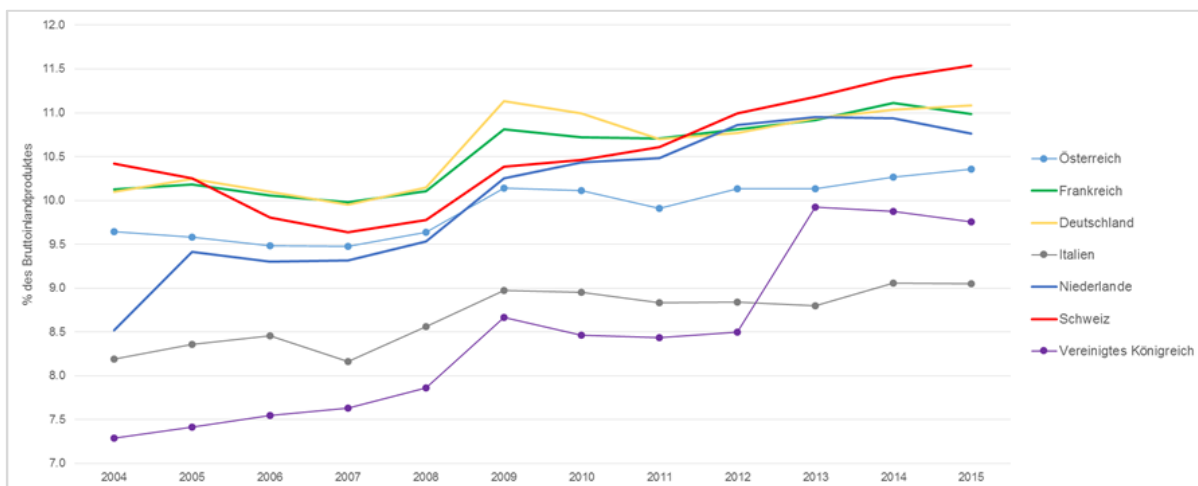
3 Gesundheitssystem Schweiz und Problemanalyse

3.1 Gemeinsames Problemverständnis

3.1.1 Die Schweiz hat im internationalen Vergleich hohe Gesundheitsausgaben

Abbildung 1 zeigt, wie sich die gesamten Gesundheitsausgaben (öffentlich und privat), gemessen als Anteil am Bruttoinlandprodukt (BIP), in Deutschland, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Österreich, der Schweiz sowie im Vereinigten Königreich in den Jahren 2004 bis 2015 entwickelt haben. Die gesamten Gesundheitsausgaben sind in allen dargestellten Ländern gestiegen und liegen über dem Mittelwert der OECD-Länder. Die Schweiz weist von den sieben Ländern seit 2012 die höchsten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP auf. In den Niederlanden ist ein zuvor starker Kostenanstieg seit 2012 abgeflacht. Bei der Interpretation der Abbildung ist zu berücksichtigen, dass die Werte nicht nur durch die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, sondern auch durch diejenige des BIP beeinflusst werden. Beispielsweise dürfte der starke Anstieg im Jahr 2009 in verschiedenen Ländern durch die Rezession in Folge der Finanzkrise beeinflusst sein.

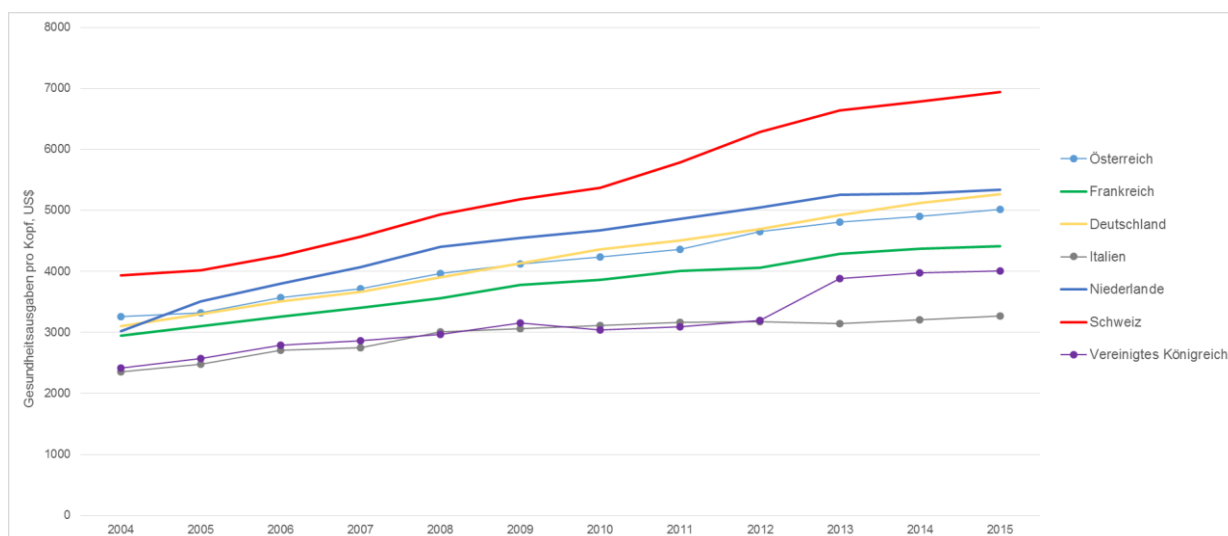
Abbildung 1: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent, Entwicklung 2004-2015



Quelle: OECD 2017

Abbildung 2 zeigt die gesamten Gesundheitsausgaben (öffentlich und privat) pro Kopf. Diese steigen in allen Ländern an, in der Schweiz ist aber das stärkste Wachstum zu verzeichnen. In den Niederlanden⁵ und in Frankreich ist das Wachstum ab 2013 etwas abgeflacht.

⁵ vgl. Jeurissen 2017 für zusätzliche Informationen zur Kostenentwicklung in den Niederlanden.

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf in USD (kaufkraftbereinigt), Entwicklung 2004-2015

Quelle: OECD 2017

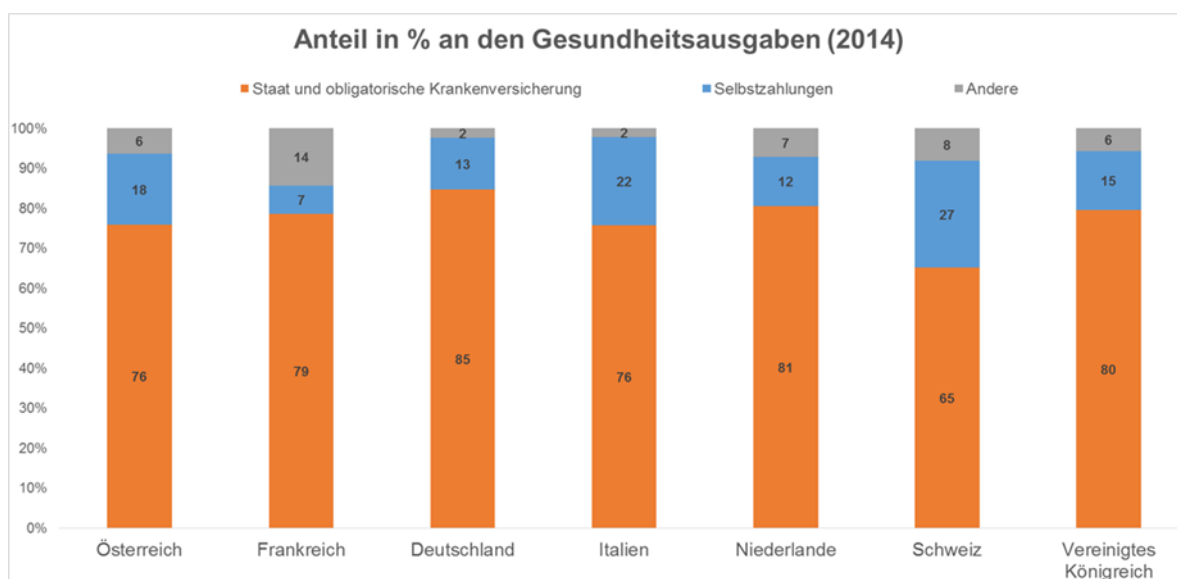
Wie in allen reifen Volkswirtschaften ist die voranschreitende Alterung ein Grund für das Ausgabenwachstum. So betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 1980 bei Frauen 79.2 Jahre und bei Männern 72.4 Jahre. 35 Jahre später, also 2015, wird von einer durchschnittlichen Lebensdauer von 84.9 Jahren (Frauen) beziehungsweise 80.7 Jahren (Männer) ausgegangen (BFS 2016). Gemäss den aktuellen Bevölkerungsszenarien des BFS (2015b) wird sich die Alterung angesichts einer weitgehend als konstant angenommenen Fertilität, einer weiter steigenden Lebenserwartung und einer per Annahme anfangs hohen und dann abnehmenden Nettozuwanderung auch in Zukunft beschleunigen. Eine alternde Bevölkerung fragt tendenziell mehr Gesundheitsleistungen nach und hat einen höheren Bedarf an Pflegeleistungen.

Die anhaltende Ausgabendynamik ist jedoch nicht nur demographiebedingt. Aspekte wie der kostentreibende medizinisch-technische Fortschritt und wachsende Ansprüche an das Gesundheitswesen fallen ebenfalls ins Gewicht. Die Relevanz dieser angebots- und nachfrageseitigen Effekte lässt sich am etwa proportionalen Wachstum der Gesundheitsausgaben gegenüber der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung ablesen.⁶ Zudem spielen die institutionellen Rahmenbedingungen und die damit verbundene Komplexität des Gesundheitswesens eine Rolle für das Ausgabenwachstum. Eindeutige (empirische) Schlussfolgerungen bezüglich ihrer Kostenwirkung sind jedoch oftmals nicht möglich.

Aus Abbildung 3 geht hervor, dass der vom Staat und obligatorischen Versicherungen finanzierte Teil des Gesundheitswesens in der Schweiz im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern tiefer ist. Der Anteil der Out-of-Pocket-Finanzierung ist in der Schweiz dementsprechend am höchsten.

⁶ Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben in der Schweiz rund 1 beträgt, was eine proportionale Entwicklung von Ausgaben und Einkommen bedeutet; vgl. Brändle und Colombier (2017, S. 28f.) für eine Übersicht empirischer Studien.

Abbildung 3: Finanzierungsanteile an den Gesundheitsausgaben in Prozent, 2014



Quelle: OECD 2017

3.1.2 Wo besteht ein Kostendämpfungspotenzial?

Für die kostendämpfenden Massnahmen stehen die Leistungen nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und bei diesen insbesondere die prämiendifinanzierten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Fokus. Die Kostenentwicklung in der OKP wird deshalb noch kurz gesondert dargestellt

Das Kostenwachstum der OKP ist im Vergleich zur Kostenentwicklung im gesamten Gesundheitswesen noch akzentuierter. Von 1996 bis 2010, das heisst seit der Einführung des KVG, musste die OKP jedes Jahr pro versicherte Person durchschnittlich vier Prozent mehr für die Vergütung ausgeben (Roth und Roth 2012: 19). Dieser Trend setzte sich im selben Ausmass bis 2015 fort. Und auch 2016 stiegen diese Kosten zulasten der Prämienzahlenden um über eine Milliarde Franken oder rund 5 Prozent.

Tabelle 3: Wachstum der Leistungsbereiche in Prozent der OKP-Bruttoleistungen von 2010-2015

Bruttoleistungen OKP (in Mio. CHF)	2010 (absolut und in %)	2015 (absolut und in %)	Wachstum 2010 – 2015 (absolut)	Wachstum 2010 – 2015 (in %)	Wachstum (in %) 2010 – 2015 pro Kopf u. Jahr
Spital stationär	5'593 (23.0%)	6'880 (22.8%)	1'287	23.0%	3.0%
Arztbehandlung ambulant (ohne Arzneimittel, Labor)	5'325 (21.9%)	7'007 (23.3%)	1'682	31.6%	4.4%
Arzneimittel (Arzt, Apotheke, Spital ambulant) ^[1]	5'395 (22.2%)	6'181 (20.5%)	786	14.6%	1.6%
Spital ambulant (ohne abgegebene Arzneimittel)	3'214 (13.2%)	4'186 (13.9%)	972	30.2%	4.2%

Bruttoleistungen OKP (in Mio. CHF)	2010 (absolut und in %)	2015 (absolut und in %)	Wachstum 2010 – 2015 (absolut)	Wachstum 2010 – 2015 (in %)	Wachstum (in %) 2010 – 2015 pro Kopf u. Jahr
Pflegeheime ^[2]	1'894 (7.8%)	1'799 (6.0%)	-95	-5.0%	-2.2%
Sonstige (ambulante Kranken- pflege, Labor, Physiotherapie etc.)	2'872 (11.8%)	4'070 (13.5%)	1'197	41.7%	6.0%
Total	24'293	30'122	5'830	24.0%	3.2%

Quelle: KV-Stat 2015, T 2.16 & T2.18 (www.bag.admin.ch/kvstat)

^[1] Ohne Arzneimittel, welche bei stationärem Aufenthalt in Spitälern abgegeben werden.

^[2] Seit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 werden die Pflegekosten bei einem Heimaufenthalt oder bei ambulanter Pflege von der OKP, der versicherten Person und dem Kanton übernommen. Die OKP vergütet einen festgelegten Beitrag je nach Pflegebedarf. Dies führte zur oben dargestellten Abnahme des Kostenwachstums zu Lasten der OKP, obwohl die gesamten Pflegekosten weiterhin steigen.

Rund 80 Prozent der Kosten fallen in vier Bereichen der OKP an: Spital stationär, Arztbehandlung ambulant (Behandlung bei Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis), Arzneimittel und Spital ambulant.

- *Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis:* Hier sind die Kosten zwischen 2010 und 2015 um 31.6 Prozent gewachsen. Während die Zahl Konsultationen stabil geblieben ist, sind die Kosten pro Konsultation gestiegen. Es werden vermehrt Spezialisten statt Hausärzte aufgesucht und immer teurere Leistungen abgerechnet.⁷
- *Behandlungen im stationären Bereich:* Die Kosten waren 2015 rund 23 Prozent höher als 2010. Hier haben insbesondere die Fallzahlen bei Patientinnen und Patienten zugenommen, die bei der Behandlung über 70 Jahre alt waren.⁷ Die im Jahre 2012 eingeführten Fallpauschalen wirken sich bisher nicht im gewünschten Masse auf die Kostenentwicklung aus, allerdings ist der Kostenanstieg auf einen Anstieg der Mengen, nicht der Preise zurückzuführen – die Fallpauschalen beziehungsweise Basispreise wurden seit 2012 kaum angehoben. Es ist aber davon auszugehen, dass die Ausgangspreise beim Systemwechsel zu hoch lagen. Die Evaluation der Revision der Spitalfinanzierung ist noch nicht abgeschlossen.
- *Behandlungen im spital-ambulanten Bereich:* Das Kostenwachstum beträgt zwischen 2010 und 2015 rund 30 Prozent. Vor allem die Zahl der Konsultationen hat stark zugenommen (+33 % seit 2010), während die Kosten pro Konsultation ziemlich stabil geblieben sind.⁷ Das starke Kostenwachstum in diesem Bereich ist also auf eine Mengenausweitung zurückzuführen. Dabei ist aber zu beachten, dass neben einer unerwünschten Ausweitung der Menge auch eine erwünschte Verlagerung vom stationären in den (kostengünstigeren) ambulanten Bereich erfolgte.
- *Arzneimittel:* Die Pro-Kopf-Kosten sind seit 2010 im Vergleich zu den anderen Kostenblöcken nur gering gewachsen. In den letzten Jahren konnten zwar die Preise von rund 1500 Arzneimitteln gesenkt werden. Demgegenüber stehen den Ärztinnen und Ärzten jedoch neue, teurere Produkte zur Verfügung und im patentabgelaufenen Bereich verzeichnet die Schweiz nach wie vor rund doppelt so hohe Preise wie im europäischen Ausland.

⁷ Vgl. Daten 2010-2015 aus dem Datenpool der SASIS AG.

3.2 Würdigung des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem der Schweiz ist für die Bevölkerung ein wichtiges Element der Lebensqualität. Die Bevölkerung der Schweiz hat eine im internationalen Vergleich sehr hohe Lebenserwartung und ist mit den Leistungen des Gesundheitssystems grundsätzlich zufrieden. Dank dem medizinischen Fortschritt haben Patientinnen und Patienten nicht nur an Lebenszeit gewonnen, sondern profitieren auch oft von einer vergleichsweise höheren Lebensqualität.⁸

Das 1996 in Kraft getretene KVG etablierte ein landesweites Versicherungsobligatorium (Grundversicherung, OKP) und soll der gesamten Bevölkerung den Zugang zu qualitativ hochstehenden Gesundheitsleistungen ermöglichen. Im Sinne einer Sozialversicherung stützt sich die OKP auf die finanzielle Umverteilung zwischen gesunden und kranken sowie alten und jungen Versicherten. Allerdings regelt das KVG primär den Versicherungsbereich. Ein eigentliches Gesundheitsgesetz, welches grundsätzliche gesundheitspolitische Leitplanken setzen würde, fehlt in der Schweiz vollständig.

Neben dem Nutzen für die Bevölkerung verursacht das Schweizer Gesundheitssystem auch im internationalen Vergleich hohe und weiter steigende Kosten. Diese belasten insbesondere die Prämienzahler und die Finanzen der öffentlichen Hand immer stärker.

Der Gesundheitsmarkt weist einige ökonomische Besonderheiten auf, welche bei der Ausarbeitung und Implementation von Massnahmen bedeutsam sind. Die Angebotsseite charakterisiert sich durch einen Informationsvorsprung der Leistungserbringer der ihnen erlaubt, für einen grossen Teil des Marktes die Nachfrage zu beeinflussen. Die so genannte angebotsinduzierte Nachfrage bedeutet, dass die Ärzteschaft, aber auch andere Leistungserbringer, ihr Einkommen aufrechterhalten oder sogar ausweiten können, selbst wenn zusätzliche Anbieter auf den Markt kommen. Empirische Studien zeigen, dass z.B. Fachärzte «rund die Hälfte der durch stärkere Konkurrenz bedingten Leistungseinbussen kompensieren, indem sie mehr Patienten empfangen und (oder) teurere Behandlungen durchführen» (Kommission für Konjunkturfragen 2006: 68). Aus diesem Grunde führt eine hohe Ärzte- oder Spitaldichte regelmässig zu hohen Gesundheitskosten (vgl. Schleiniger et al. 2007, für eine empirische Studie nach Kantonen).

Ausserdem sind die im Gesundheitsmarkt im Einzelfall erbrachten Dienstleistungen bezüglich Art und Qualität nicht homogen; die Nachfrager haben eingeschränkte Möglichkeiten, vor Inanspruchnahme einer Leistung eine Übersicht über den Markt zu gewinnen. Selbst nach erfolgter Inanspruchnahme ist es für die Patienten häufig schwer, den Nutzen einer Leistung zu beurteilen.

Im Unterschied zu vielen anderen Bereichen der Wirtschaft, bestehen im Gesundheitssystem angebotsseitig geringere Anreize für Prozessinnovationen, welche die Erbringung bestehender Leistungen effizienter und damit günstiger machen würden.⁹ Effizienzgewinne wurden, wo sie stattfanden, insbesondere aufgrund des Einzelleistungstarifs (TARMED), nicht an die Versicherten weiter gegeben, sondern von den Leistungserbringern einbehalten. Insgesamt fliesst die Innovationskraft vorwiegend in neue Leistungen und Medikamente (Produktinnovationen), was im Rahmen des technisch-medizinischen Fortschritts zu einer Ausweitung der Mengen führt (Slembeck 2006).

Eine weitere Besonderheit auf der Angebotsseite besteht darin, dass die Krankenversicherer gezwungen sind, mit allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen und folglich die von diesen erbrachten Leistungen zu übernehmen (so genannter Kontrahierungszwang). Zudem können die Leistungserbringer aufgrund des im KVG verankerten Vertrauensprinzips (Art. 33

⁸ Der genaue Einfluss des Gesundheitssystems auf den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der Bevölkerung ist allerdings unklar, weil diese von weiteren Faktoren – wie Genetik, Umwelteinflüssen und gesundheitsrelevantem Verhalten – massgeblich beeinflusst werden.

⁹ Allerdings ist in jüngerer Zeit im stationären Sektor aufgrund der Einführung der Fallpauschalen (DRGs) eine stärkere Ausrichtung auf die Effizienzsteigerung von Prozessen und der Organisation der Leistungserbringung zu beobachten. Im ambulanten Sektor sind effiziente Organisationsformen noch nicht weit verbreitet.

Abs.1 KVG) ihre Leistungen grundsätzlich zulasten der Grundversicherung abrechnen. Gemäss KVG müssen abrechenbare Leistungen zwar wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (KVG Art. 32), wobei diese Voraussetzungen lediglich bei Umstrittenheit neuer Leistungen sowie im Rahmen statistischer Überprüfungen und nicht periodisch überprüft werden (vgl. Berichte der PVK 2008 und 2013). Das Vertrauensprinzip hat dazu geführt, dass nur ein sehr geringer Teil der heute von den Versicherern in der OKP vergüteten Leistungen jemals nach den WZW-Kriterien überprüft wurde.

Auf der Nachfrageseite führt das Obligatorium der Krankenversicherung dazu, dass die gesamte Bevölkerung gegen die finanziellen Konsequenzen einer Erkrankung weitgehend versichert ist. Gleichzeitig sind Versicherungsmärkte anfällig für bestimmte Formen von Marktversagen, insbesondere Moral Hazard (Verhaltensrisiken). Aufgrund des Versicherungsschutzes reduzieren sich einerseits die Anreize zu präventivem Verhalten (ex ante Moral Hazard) und andererseits werden im Krankheitsfall alle Leistungen nachgefragt, welche einen positiven Nutzen versprechen – unabhängig vom Preis oder den entstehenden Kosten (ex post Moral Hazard). Selbstbehalt und Franchise dienen dazu, diese Effekte zu mildern. Dennoch bleibt die Steuerungsfunktion der Preise stark eingeschränkt.

Die oben geschilderte Induzierung der Nachfrage ist für die Leistungserbringer umso leichter, je besser die Nachfrager versichert sind. Das Vorhandensein einer umfassenden und obligatorischen Krankenversicherung führt somit insgesamt sowohl von der Angebotsseite wie von der Nachfrageseite zu einer Expansion der Leistungsinanspruchnahme.

Neben den geschilderten grundsätzlichen Problemen in Gesundheitsmärkten, besteht eine Vielzahl von weiteren Fehlanreizen, die hier nur angedeutet werden können. Die vorliegend besonders interessierende Mengenausweitung wird u.a. gefördert durch mengenbezogene Kompensationen und Bonuszahlungen in der Ärzteschaft, Erreichung von nötigen Fallzahlen, Erreichung von Umsatzzielen bzw. Auslastungszielen im Rahmen getätigter Investitionen, dies sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich.¹⁰

Die Schweiz hat sich vor etwas mehr als 20 Jahren mit dem KVG im Grundsatz für ein wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen in Anlehnung an die Prinzipien von «Managed Competition» entschieden. Diesem Ansatz liegt die Überlegung zugrunde, dass Wahlfreiheit und Wettbewerb – ergänzt um gezielte staatliche Eingriffe zur Korrektur von Marktversagen und zur Unterstützung der wirtschaftlich Schwachen – auch im Gesundheitswesen in der Lage sind, eine effiziente Allokation der Mittel zu gewährleisten. Aufgrund zahlreicher nach wie vor bestehender Wettbewerbshemmnisse ist das Schweizer Gesundheitswesen aber weit vom Ideal des regulierten Wettbewerbs entfernt. Der politische Widerstand betroffener Akteure blockiert die wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung des Systems seit Jahren. Die hohen Gesundheitskosten sind in diesem Sinne nicht zuletzt die Folge einer ungenügenden Abstimmung von plan- und marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen bzw. fehlender Kostenverantwortlichkeit.

Die Ausgestaltung des Gesundheitssystems in der heutigen Praxis sieht einen grossen Spielraum für die Akteure vor, relativ autonom Vereinbarungen und Regelungen zu treffen. Das Schweizer Gesundheitssystem ist hochgradig dezentralisiert, wobei den Kantonen eine massgebende Rolle zukommt. Zusammen mit den Gemeinden sind sie unter anderem für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung verantwortlich. Im Tarifbereich wählte der Gesetzgeber die Tarifautonomie als Prinzip und vertraute damit auf Konsenslösungen unter den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer). Eine wichtige Rolle nehmen dabei die Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer wahr. Sie erarbeiten nationale Tarifstrukturen – in den stationären Bereichen zusammen mit den Kantonen – und verhandeln als Tarifpartner die Tarife für die ambulante und die stationäre Leistungserbringung. Zudem haben die Tarifpartner Spielraum, um innovative Versorgungs-, Tarifie-

¹⁰ Eine aktuelle Diskussion der Fehlanreize findet sich bei Boes und Napierala (2017: 27ff.), Strupler (2017: 6ff.) sowie Zweifel (2017: 16ff.).

rungs- Vergütungs- und Versicherungslösungen zu erarbeiten und zu erproben. Problematisch ist hierbei, dass die Versicherer kaum Anreiz haben, Leistungen einzuschränken, weil, wie oben dargelegt, die Preise in Bezug auf die Nachfrage kaum eine Rolle spielen.

Bezüglich der Versicherten hat sich eine Spirale aus steigenden Kosten, steigenden Prämien und steigenden Ansprüchen etabliert, welche nicht leicht zu durchbrechen ist. Denn einerseits ergeben Umfragen bei der Bevölkerung, dass die steigenden Prämien eine zunehmende finanzielle Belastung darstellen. Andererseits haben es Vorlagen an der Urne schwer, welche in Richtung einer Kostenersparnis gehen würden (z.B. Managed Care Vorlage) oder die eine, wenn auch nur wahrgenommene, Reduktion des Angebots darstellen würden (etwa bei Spitalschliessungen).

In den gut 20 Jahren seit Inkraftsetzung des KVG wurde der vorhandene Spielraum für kostendämpfende Innovationen von den Akteuren nur unbefriedigend ausgeschöpft. Sowohl die Krankenversicherer als auch die Leistungserbringer nutzen die ihnen durch das KVG gebotenen Möglichkeiten im Tarifbereich relativ wenig. Dementsprechend selten werden daher auch von einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern oder Versicherern individuelle Tarifverträge abgeschlossen.

Zudem blockieren sich die Tarifpartner im ambulanten Bereich seit Jahren bei der Weiterentwicklung der Tarife; sie konnten sich nicht auf eine Revision der Tarifstrukturen TARMED und Physiotherapie einigen. Somit musste der Bundesrat eingreifen und von der ihm zustehenden subsidiären Kompetenz Gebrauch machen.

Die im KVG festgehaltene Pflicht der Krankenversicherer zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit führt zu Spannungen mit der Ärzteschaft. Zwar wären die Tarifpartner nach Artikel 56 Absatz 6 KVG verpflichtet, sich auf eine gemeinsame Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu einigen. Dieses Vorhaben scheint indessen blockiert. Grund dafür ist nicht zuletzt der Umstand, dass sich die Ärzteschaft mit dem Verweis auf den Datenschutz weigert, Daten zu übermitteln, welche Rückschlüsse auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistung erlauben würden.

Insgesamt hat der fehlende Konsens bzw. die falsche Anreizsituation zwischen den Tarifpartnern dazu geführt, dass die Weiterentwicklung des Systems blockiert ist. Das Weiterbestehen und die Nichtanpassung beispielsweise veralteter Tarifstrukturen wie TARMED führen zunehmend zu dysfunktionalen Effekten und gefährden das Krankenversicherungssystem. Die Kostenentwicklung wird in den kommenden Jahren nicht abnehmen.

4 Kostendämpfende Massnahmen und bisherige Erfahrungen

Die nachstehenden Ausführungen zur Schweiz basieren auf den Informationen, welche die Bundesverwaltung der Expertengruppe zur Verfügung gestellt hat.

4.1.1 Bisherige Erfahrungen mit kostendämpfenden Massnahmen in der Schweiz

Grundsätzlich besteht in der Schweiz eine Reihe von Möglichkeiten, die dem Bund, den Kantonen und den Tarifpartnern erlauben, das Kostenwachstum zu dämpfen.

Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich

Den akutsomatischen Bereich steuern die Kantone auf Grundlage von Artikel 39 KVG mittels **Spitalplanung** und –listen für die Zulassung der Spitäler zur OKP. Die Spitalplanung beschränkt sich nicht auf die Verhinderung einer Unterversorgung. Sie bezweckt, die Kosten einzudämmen bzw. Überkapazitäten zu vermeiden. Auch diese Koordinationspflicht dient der Kostendämpfung. Die Spitalplanungen der Kantone erreichen das Ziel der Kostendämmung und einer bedarfsgerechten Versorgung bisher jedoch nur ungenügend. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere regionalpolitische Überlegungen einen starken Einfluss auf die Spitalplanung entfalten können und dem Ziel der Kostendämmung entgegenlaufen. Im Bereich der **hochspezialisierten Medizin** (HSM) beschliessen die Kantone nach Artikel 39 Absatz 2bis KVG gemeinsam das **gesamtschweizerische Spitalangebot**. Insbesondere soll die Konzentration von Leistungen bei wenigen ausgewählten Leistungserbringern zur Kostendämpfung beitragen. Gemäss dem Bericht des Bundesrates (2016) konnte aufgrund der bisherigen gemeinsamen Planung des HSM-Bereichs nebst der Verbesserung der Versorgung auch die Erweiterung des Angebots in den betroffenen Bereichen eingeschränkt werden. Eine quantitative Beurteilung der Auswirkungen der HSM-Leistungszuteilung ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht möglich. Auch im Nicht-HSM-Bereich gibt es keine mit Zahlen belegten Angaben.

Die Kantone können als ordentliche oder ausserordentliche Massnahme gemäss Artikel 51 KVG **Globalbudgets** für die Finanzierung der Spitäler festsetzen. Zudem dürfen die Kantone nach der Rechtsprechung die **Mengen** im akutsomatischen Bereich **steuern**; sie sind aber bundesgesetzlich nicht dazu verpflichtet.¹¹ Von diesen Möglichkeiten haben die Kantone Genf, Waadt und Tessin Gebrauch gemacht. Die heutigen Erkenntnisse lassen vermuten, dass die Steigerung des Leistungsvolumens der Kantone mit Globalbudget und Mengensteuerung (GE, VD, TI) in den Jahren 2001-2014 deutlich unter derjenigen der anderen Kantone liegt (Strupler 2017: 9). Zudem können keine Hinweise auf ausweichende Patientenströme in Nachbarkantone ohne Globalbudget oder andere negative Effekte nachgewiesen werden. Eine differenzierte und abschliessende Evaluation ist jedoch noch ausstehend.

Der ambulante Bereich wird über die ausserordentliche Massnahme der Einschränkung der **Zulassung von Ärztinnen und Ärzten** zur Abrechnung zulasten der OKP beeinflusst (Art. 55a KVG). Die Kantone verfügen damit über ein Instrument, um die Anzahl Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (d.h. sowohl in freier Praxis als auch im spitalambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte) einzuschränken. Dies kann indirekt auch die Mengenausweitung bremsen. Hierbei handelt es sich um den klassischen Fall einer Re-Regulierung. Weil aufgrund des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung aufgrund des im KVG verankerten Vertrauensprinzips automatisch zulasten der Grundversicherung abrechnen dürfen, hat die Politik zu einer Notmassnahme gegriffen, welche das Mengenwachstum als Folge des Kontrahierungszwangs zu korrigieren versucht.

¹¹ BGE 138 II 398 E. 3 (Zusammenfassung auf Deutsch in Rütsche 2012); Eugster (2016: Rz 808).

Eine Studie (vgl. Rüefli et al. 2016) zeigt, dass die Kantone seit der Wiedereinführung der Massnahme im Jahr 2013 dieses Instrument jedoch sehr unterschiedlich streng anwenden, vor allem was den spitalambulanten Bereich betrifft. Beweisbare Erkenntnisse zum Kostendämpfungsbeitrag dieser Massnahme – die in verschiedenen Formen bereits seit gut 15 Jahren ergriffen werden kann – liegen nicht vor. Es hat sich aber gezeigt, dass in der Phase, in welcher keine Zulassungssteuermöglichkeit bestand (1.1.2012 bis 30.6.2013), die Anzahl der Zulassungen von Ärzten/-innen zu Lasten der OKP massiv anstiegen (Bundesratsbericht vom 3. März 2017 Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten: 16). Nach dem Scheitern der Vorlage zur Steuerung des ambulanten Bereichs am 18. Dezember 2015 beschloss das Parlament am 17. Juni 2016 eine weitere Verlängerung um drei Jahre. Am 5. Juli 2017 hat der Bundesrat eine Änderung des KVG in die Vernehmlassung geschickt, die einen langfristigen Ersatz für das heutige System der Zulassungsbeschränkung bietet, die am 30. Juni 2019 ausläuft. Die Vernehmlassung dauert bis am 25. Oktober 2017.

Eine weitere Massnahme im Versorgungs- und Leistungsbereich, welche umgesetzt wird, ist die vermehrte Prüfung von bereits vergüteten Leistungen durch die Stärkung des Einsatzes von **Health Technology Assessments (HTA)**. Rechtliche Grundlage dieses Überprüfungen bildet Artikel 32 KVG, welcher verlangt, dass medizinische Leistungen, die von der OKP vergütet werden, die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) erfüllen und periodisch nach diesen Kriterien überprüft werden müssen.¹² Der Fokus der HTAs liegt vor allem auf der Überprüfung potenziell obsoleter OKP-Leistungen. Ziel ist, sie aus dem Leistungskatalog zu entfernen oder die Vergütungspflicht einzuschränken.

Massnahmen im Arzneimittelbereich

Um die Kostenentwicklung im Arzneimittelbereich im Griff zu behalten, wird auch im Arzneimittelbereich auf Grundlage von Artikel 32 Absatz 2 KVG das Instrument der periodischen Überprüfung der Aufnahmebedingungen (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) der in der Spezialitätenlisteliste (SL) gelisteten kassenpflichtigen Arzneimittel verwendet. Die KVV sieht vor, dass Arzneimittel der SL alle drei Jahre überprüft werden. Mit der Einführung der periodischen Überprüfung konnten in den letzten Jahren Einsparungen zu Gunsten der OKP erreicht werden. Aufgrund der Überprüfung in den Jahren 2012 – 2014 werden längerfristig mindestens 600 Millionen Franken pro Jahr eingespart. Es wird erwartet, dass in den nächsten drei Jahren zusätzlich bis zu 180 Millionen Franken jährlich eingespart werden können. Weiter können Zulassungsinhaberinnen zur Rückerstattung von Mehreinnahmen (an die gemeinsame Einrichtung KVG) verpflichtet werden, wenn sich nach der SL-Aufnahme herausstellt, dass die Preise zum Zeitpunkt der Aufnahme zu hoch waren.

All den bisherigen und bereits vorgesehenen Massnahmen zur Kosteneinsparung bei den Arzneimitteln steht die Tatsache gegenüber, dass sich die Substitution günstiger alter Arzneimittel durch neue teurere Arzneimittel weiterhin kostentreibend auswirkt.

Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich

Seit 2013 kann der Bundesrat bei fehlender Sachgerechtigkeit und Uneinigkeit der Tarifpartner subsidiär (zu den Tarifpartnern) **Anpassungen an bestehenden Einzelleistungstarifen** vornehmen (Art. 43 Abs. 5bis KVG). Im Jahr 2014 hat der Bundesrat eine erste Anpassung des TARMED vorgenommen, bei der die intellektuellen gegenüber den technischen Leistungen im Umfang von ca. 200 Millionen

¹² Die Verfahren für die Übernahme von Leistungen und die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste für die Vergütung in der OKP wurde im Rahmen von Untersuchungen, welche von den Geschäftsprüfungskommissionen des Ständerats sowie des Nationalrats veranlasst wurden, wiederholt kritisiert (PVK 2008 und 2013). Dabei geht es nicht nur um vermehrte Durchführung von HTAs, sondern generell um die stringente und systematische Anwendung der WZW-Kriterien sowie deren periodische Überprüfung im Rahmen der Zulassung von Leistungen und Medikamenten zur OKP.

Franken höher bewertet wurden. Weitere sachgerechte Anpassungen des Tarifs für ambulante ärztliche Leistungen (TARMED) per 1.1.2018 sind derzeit in der Vernehmlassung. Trotz des vermeintlich kostenneutralen Eingriffs in die Tarifstruktur steigen die Kosten insbesondere für Spezialisten weiter an. Die Preissenkung wurde offenbar durch eine Mengenausweitung kompensiert. Einmalige kostendämpfende Tarifkorrekturen bergen offensichtlich die Gefahr, in einem Anbietermarkt mit differenzierten Tarifen durch Ausweichverhalten der Leistungserbringer kompensiert zu werden.¹³

Mit der **Revision der Mittel und Gegenstände-Liste (MiGeL)** wird die gesamte Liste bezüglich Struktur und Höhe der Höchstvergütungsbeiträge überprüft. Erste Anpassungen sind per August 2016 und Januar 2017 erfolgt. Geplant ist, dass die Revisionsarbeiten bis Ende 2019 respektive Anfang 2020 laufen. Insgesamt schätzt das BAG das Einsparpotenzial auf ca. 10 Millionen Franken.

Indirekte Massnahmen

Zudem wurden im Rahmen der Strategie «Gesundheit2020» (G2020; vgl. BAG 2013) verschiedene Möglichkeiten und Ansätze gefördert, welche indirekt einen kostendämpfenden Effekt haben. Diese resultieren etwa aus nationalen Gesundheitsstrategien, welche auf eine inhaltliche und qualitative Verbesserung ausgerichtet sind. Sie können zu Kostenvermeidung (via Gesundheitsförderung und Prävention) sowie zu Effizienzsteigerungen führen. Insbesondere auf der Ebene einzelner Krankheiten können Kosten massgeblich reduziert werden, indem die Gesundheitsförderung verstärkt wird und Krankheiten wo möglich verhindert oder deren Folgen gemildert werden. Ob Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt und langfristig zu einer Kostendämpfung führen, ist allerdings unklar, weil es aufgrund der demographischen Alterung einen Verlagerungseffekt zu anderen, späteren Erkrankungen (wie etwa vermehrte Demenzerkrankungen) geben kann. Deshalb steht bei diesen Massnahmen nicht die Kostenersparnis, sondern die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund.

Der Bund hat nationale Strategien erarbeitet, mit welchen er Ziele, Vorgehensweisen und Massnahmen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitspolitik festlegt.¹⁴ Wenn Versorgungsangebote optimiert, die Versorgung besser koordiniert und Doppelspurigkeiten und dadurch verursachte Nebenwirkungen vermieden werden (bspw. mittels eHealth), bestehen bessere Chancen auf eine Linderung des Leidens bzw. auf Heilung. Zudem sind damit Qualitätssteigerungen verbunden.

Es liegen verschiedene Studien und Expertenschätzungen für die Schweiz vor, die zum Schluss kommen, dass – würden die Effizienzreserven ausgeschöpft – die Leistungen zu Lasten der OKP durchschnittlich um rund 20 Prozent günstiger erbracht werden könnten (BAG 2013: 9).¹⁵ Mögliche Lösungsansätze resp. Voraussetzungen liegen für die Schweiz in der Stärkung der medizinischen Grundversorgung in ihrer Gatekeeping-Funktion, in einer auf evidenzbasierten Leitlinien fussenden Versorgung, in einer verpflichtenden Datenerhebung zur Steigerung der Transparenz der Leistungserbringer sowie in der gezielten Förderung einer den Patienten nicht gefährdenden qualitativ hochwertigen Versorgung.

¹³ Die derzeit vorliegenden Daten deuten nicht darauf hin, dass die Kosten für spezialärztliche Leistungen gesunken sind, was eigentlich bei niedrigeren Tarifen zu erwarten wäre. Offensichtlich wurde die Preissenkung durch eine Mengenausweitung kompensiert.

¹⁴ Beispiel dafür ist die NOSO-Strategie, welche die Spital- und Pflegeheiminfektionen in der Schweiz minimieren will. Bei bis zu 70'000 Personen könnten Zwischenfälle vermieden werden. Ein zweites Beispiel ist die Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD). Sie soll insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten Linderung bringen.

¹⁵ Eine Zusammenstellung aller möglichen Effizienzreserven findet sich im Papier *Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens* der Akademien der Wissenschaften Schweiz (SAMW 2012). Eine Studie von Polynomics und Helsana, die im Auftrag des BAG durchgeführt wurde, zeigt ein Einsparpotenzial von 10–50 Prozent auf (Brüngger et al. 2014).

4.1.2 Geplante kostendämpfende Massnahmen

Aufbauend und ergänzend zu den bereits bestehenden Massnahmen sind in den verschiedenen Bereichen auf Seiten des Bundesrates verschiedene Massnahmen zur Kostendämpfung in Planung oder bereits eingeleitet.

Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich

Die Arbeiten im Bereich **Verlagerung von stationär zu ambulant** sind bereits fortgeschritten. Unter der Verlagerung wird die Förderung der ambulanten Durchführung von bestimmten, einfachen Eingriffen verstanden, für welche in der Regel kein stationärer Aufenthalt notwendig ist. Hauptstossrichtung ist eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) mit einer Liste der entsprechenden Eingriffe und der Voraussetzungen für die Kostenübernahme. Einige Kantone (Luzern und Zürich) haben bereits ähnliche Projekte in Angriff genommen. Das BAG ist seit 2016 im Gespräch mit den Versichererverbänden, Fachgesellschaften FMH und der GDK und organisiert auch Workshops zu diesem Thema.

Für die **Zulassung der Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser** durch die Kantone sollen die Planungskriterien weiterentwickelt werden, um die Ziele der revidierten Spitalfinanzierung im Bereich der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu erreichen. Zwar hat der Bundesrat bereits 2009 Mindestkriterien für die Planung entwickelt. Diese wurden indessen nicht in allen Kantonen gleich umgesetzt. Ziel ist eine verstärkte Angebotskonzentration und eine Verbesserung der Eingriffsqualität. Darüber hinaus gilt es, die Vorgaben an die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien und an die von den Kantonen im Planungsbereich entwickelten Instrumente anzupassen. Zusätzlich sind Vorgaben in Bezug auf Mindestfallzahlen, Fehlermeldesystem und eine Verbesserung der koordinierten Versorgung vorgesehen. Gespräche mit den Kantonen sind im Gange, da die GDK zurzeit die Empfehlungen zur Spitalplanung mit ähnlichen Zielsetzungen aktualisiert.

Zusätzlich soll in Ergänzung des HTA-Programms **die Über-, Unter- und Fehlversorgung strukturierter analysiert und reduziert werden**. Eine Analyse der Versorgungssituation soll in konkrete Vorschläge zu Verbesserungen im zweckmässigen Einsatz und in der Sicherstellung der Qualität der von der OKP übernommenen Leistungen münden.

Schliesslich sieht das BAG im selben Zusammenhang vor zu prüfen, inwieweit ein Schwerpunkt auf die **Förderung medizinischer Zweitmeinungen** sinnvoll wäre. Ziel wäre, Massnahmen bzw. Leistungen ohne genügenden Nutzen zu vermeiden.

Massnahmen im Arzneimittelbereich

Im Auftrag des Bundesrates haben EDI/BAG die Arbeiten zur Einführung eines **Referenzpreissystems** für den patentabgelaufenen Bereich, wie es in vielen europäischen Ländern existiert, an die Hand genommen. Unter Berücksichtigung einer vom BAG in Auftrag gegebenen Analyse möglicher Einsparungen aufgrund verschiedener Modelle eines Referenzpreissystems zugunsten der OKP soll eine KVG-Anpassung vorbereitet werden.

Nebst der Einführung eines Referenzpreissystems prüfen EDI/BAG die **Einführung weiterer Preisfestsetzungsinstrumentarien** wie beispielsweise die Kompetenz des BAG, mit einzelnen pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen Vereinbarungen über Rabatte oder Rückzahlungen abzuschliessen, um so tiefere Arzneimittelpreise in der Schweiz herbeizuführen. Derartige Systeme sind ebenfalls in vielen Ländern bereits üblich. Weiter wurde das EDI als Folge der Motionen 16.3988 Ettliln und 16.3948 Lohr „Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen“ mit der Erarbeitung eines Berichts beauftragt, um zu klären, ob eine **Vergütung von bestimmten, im Ausland gekauften Arzneimitteln** unter gewissen Voraussetzungen sinnvoll sein könnte.

Im Zusammenhang mit den Handelsmargen liegt eine Empfehlung des Preisüberwachers aus dem

Jahre 2010 vor. Diese ist in Prüfung, und Massnahmen müssten spätestens Ende 2017 beschlossen werden.

Massnahmen betreffend Gesamtkosten und im Tarifbereich

Drei weitere Massnahmen, welche die Tarifpflege im ambulanten Bereich und die Steuerung der Kosten und Leistungen durch die Tarifpartner betreffen, hat die SGK-N aufgrund einer Intervention der Finanzdelegation in zwei parlamentarischen Initiativen bereits aufgenommen. Es handelt sich einerseits um eine Verpflichtung der Tarifpartner, eine **Tariforganisation für die Entwicklung und Pflege von Tarifstrukturen im ambulanten Bereich einzusetzen** (analog der SwissDRG AG im stationären Bereich). Sollten sich die Tarifpartner nicht einigen können, kann subsidiär der Bundesrat die Organisation einsetzen. Die parlamentarische Initiative 17.401 «Tarifpflege und Entwicklung» verlangt zudem, dass die Tarifpartner und die erwähnte Organisation für Tarifpflege im ambulanten Bereich verpflichtet sind, **dem Bundesrat Daten zur Erarbeitung der Tarife zu liefern**.

Andererseits möchte die parlamentarische Initiative 17.402 «Steuerung der Kosten im KVG durch Vertragspartner» **die Tarifpartner explizit verpflichten, Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen einzuführen**, um dem Kosten- und Prämienanstieg entgegenzuwirken. Auch hier sollen die zuständigen Genehmigungsbehörden subsidiär vorgehen können, falls die Tarifpartner nicht tätig werden. Zudem ist vorgesehen, dass die Massnahme im ambulanten sowie im stationären Bereich eingesetzt werden kann.

Weitere Massnahmen

Im Rahmen der Revision des Heilmittelrechts wurde auch die **Weitergabe von Vergünstigungen** neu geregelt. Der Vollzug der Regelung soll verbessert werden. Zudem müssen Vergünstigungen nicht mehr vollumfänglich weitergegeben werden, sofern diese Gelder nachweislich zur Verbesserung der Qualität eingesetzt werden. Die Verordnungsentwürfe zur Umsetzung der Gesetzesänderung befinden sich bis am 20. Oktober 2017 im Vernehmlassungsverfahren.

4.2 Kostendämpfende Massnahmen im Ausland

4.2.1 Übertragbarkeit ausländischer Erfahrungen und Länderauswahl

Grundsätzlich ist der Erfolg einer Massnahme auch von den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens abhängig (beispielsweise gesellschaftliche Kultur, Selbstverständnis der Leistungserbringer, politisches System, Interessenvertreter, Kombination der ergriffenen Massnahmen). Trotzdem lohnt es sich, einen Blick ins Ausland zu werfen, um von den Erfahrungen mit kostendämpfenden Massnahmen zu lernen. Für eine Detailanalyse wurden die drei Länder Deutschland, Frankreich und Niederlande ausgewählt. Als Kriterien für die Länderauswahl wurde einerseits die Organisation des Versicherungssystems, welches dem schweizerischen möglichst ähnlich sein soll, herangezogen. Dies soll der potenziellen Übertragbarkeit der Massnahmen dienen. Andererseits wurde der Umfang an Erfahrungen mit kostendämpfenden Massnahmen und die damit erzielten und dokumentierten Wirkungen berücksichtigt.

4.2.2 Erfahrungen mit kostendämpfenden Massnahmen in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden

An dieser Stelle soll dargestellt werden, wie die internationalen Experten die Erfahrungen aus den drei vertieft analysierten Ländern Deutschland, Niederlande und Frankreich einschätzen. Die einzelnen von

den drei Ländern eingesetzten kostendämpfenden Massnahmen und deren Kostenwirkung sind im Anhang (Abschnitt 8) ausgeführt und werden hier nicht diskutiert.

Grundsätzlich waren sich die Experten aus den drei Ländern im Wesentlichen einig, dass eine Preiskontrolle alleine kaum eine effektive kostendämpfende Wirkung entfalte. Gemäss ihrer Erfahrung reagieren die Leistungserbringer auf diese Massnahme mit einer entsprechenden Mengenausweitung. Massnahmen zur Dämpfung der Mengenausweitung sind daher unumgänglich und möglich, ohne dass die Qualität der Patientenversorgung darunter leidet. Entsprechend wurde in allen Ländern eine **allgemeinverbindliche Zielvorgabe für die Ausgabenentwicklung** eingeführt, welche in Deutschland und Frankreich von sektorspezifischen Budgets begleitet wird. Dabei zeigt sich, dass diese Massnahmen ihre Wirkung besonders gut entfalten, wenn die Nichteinhaltung der Zielvorgabe mit effektiven Sanktionen einhergeht, d.h. wenn eine klar definierte Risikoneuverteilung stattfindet. Dies zeigte sich in Frankreich: Erst nachdem ein Alarmkomitee eingesetzt wurde, welches das Kostenwachstum überwacht, griff diese Massnahme (vgl. Or 2017: 6f.).

Die internationalen Experten sind sich zudem einig, dass kostendämpfende Massnahmen v.a. bei den Leistungserbringern primär auf der Angebotsseite ansetzen sollten. Nachfrageseitige Massnahmen über den Zugang zu Leistungen setzen nämlich meist nur indirekt und in beschränktem Ausmass Anreize und steuern die konsumierte Menge nicht direkt. Als zentrale Ansatzpunkte für angebotsseitige Massnahmen werden die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen sowie die koordinierte und integrierte Versorgung genannt.

Insbesondere Deutschland und Frankreich unterstreichen das kostensenkende Potenzial von Massnahmen zur Verlagerung von stationär zu ambulant, da in diesen Ländern – ähnlich wie in der Schweiz – für Leistungserbringer aufgrund der unterschiedlichen Vergütungssysteme starke finanzielle Anreize bestehen, eine Leistung stationär zu erbringen, obwohl diese ambulant erbracht werden könnte. Frankreich versucht diesem Umstand vermehrt mit Pauschalen in der ambulanten Chirurgie zu begegnen.

Der Einbezug der Leistungserbringer wird bei der Ausgestaltung solcher Massnahmen – sei es bei der Definition und Aufteilung von Ressourcen (z. B. Globalbudget) oder bei der Förderung einer adäquaten oder einer koordinierten und qualitativ hochstehenden Versorgung – als wichtig eingeschätzt. Insbesondere in Frankreich wird grossen Wert darauf gelegt.

Im Rahmen von Massnahmen für eine koordinierte oder integrierte Versorgung ist auch eine Risikoneuverteilung zentral, um effektiv Kosten einzusparen. Die verschiedenen Leistungserbringer(gruppen) werden an der erzielten Kostenersparnis beteiligt; sie tragen jedoch auch das Risiko bei Kostenüberschreitung. Gemäss der Einschätzung der internationalen Experten sollte die Risikoübernahme idealerweise sektorenübergreifend sein und sich mehr an Krankheitsbildern (mit Fokus auf teure Krankheiten und/oder Multimorbidität) ausrichten. Entsprechende Bestrebungen wurden bislang in keinem der Länder umgesetzt.

Grundsätzlich wäre es hilfreich, wenn das Gesetz das Testen und die Evaluation kostendämpfender Massnahmen im kleinen Rahmen erlauben würde. Die internationalen Experten bedauern, dass in ihren Ländern eine solche Möglichkeit bisher nicht besteht. Die Übertragbarkeit auf das ganze System müsste dabei als Evaluationskriterium unbedingt berücksichtigt werden.

Zudem wurde als Fazit von den internationalen Experten festgehalten, dass für eine effektive Steuerung des Systems die Verfügbarkeit und Qualität von Daten über Kosten, erbrachte Leistungen und Qualität der Leistungserbringung zentral sei. Ein zeitnahes Monitoring ermöglicht dabei rasche Reaktionen. Insbesondere Frankreich profitiert von einem umfangreichen Monitoring. Deutschland hebt in dieser Diskussion hervor, dass der nationale Gesundheitsfonds die Transparenz fördert und die Steuerbarkeit der Geldflüsse erleichtert.

4.3 Fazit für die Schweiz

Die in der Schweiz ergriffenen und teilweise geplanten Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums sind angesichts seines Ausmasses nicht ausreichend. Die Akteure nutzen die verfügbaren Möglichkeiten gemäss geltendem Recht nur teilweise aus. Oft divergieren ihre Interessen, zumal die Anreize im heutigen Rechtsrahmen nicht der Gesamtwohlfahrt oberste Priorität einräumen. Beispielsweise hat sich gezeigt, dass die Spitalplanung durch regionalpolitische Überlegungen beeinflusst wird, was dem Ziel der Kostenreduktion teils zuwider läuft.

Im Hinblick auf Massnahmen zur Optimierung des Systems ist eine Fokussierung der Massnahmen auf die Leistungserbringer sinnvoll. Anstrengungen für eine Verlagerung der stationären zur ambulanten Behandlung sowie eine Eindämmung des Kostenwachstums sind dabei entscheidend. Einerseits bestehen heute in der Schweiz an den Schnittstellen zwischen ambulant und stationär mehrere Fehlreize. Dazu zählt insbesondere die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Andererseits bleibt die Ausdehnung des Leistungsvolumens im stationären und ambulanten Bereich problematisch. Obwohl die demographische Entwicklung sowie die technisch-medizinische Innovation zu einer Mengenausweitung führen, übersteigt die heute beobachtete Ausweitung der medizinischen Leistungen über dieses erklärbare Mass. Mit ein Grund dafür ist, dass im Gesundheitswesen oftmals als Innovation geltende und wirksame Massnahmen eingeführt werden, die ersetzbaren, weniger wirksamen Massnahmen jedoch parallel dazu weiterlaufen (Ubel und Asch 2015). Ein beachtlicher Teil der Mengenausweitung lässt sich folglich medizinisch nicht begründen. Die Erfahrungen mit dem Eingriff des Bundesrats in die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen TARMED lassen zudem den Schluss zu, dass rein tarifarische Massnahmen die Kostenentwicklung kaum eindämmen dürften.¹⁶

Als langfristig einzige nachhaltige Massnahme steht somit die Fokussierung auf eine gesamtwohlfahrtsfördernde Anreizstruktur im Zentrum. Die Anreize sind so zu setzen, dass sie wirken, als ob der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt funktionieren würde.

Die Expertengruppe würde es zudem begrüssen, die Wirkung von kostendämpfenden Massnahmen in der Praxis zunächst im Kleinen zu testen. Dies soll mit der Verankerung eines Experimentierartikels im Gesetz ermöglicht werden.

Die Diskussion mit den internationalen Experten hat auch verdeutlicht, dass die Datengrundlage und -qualität in der Schweiz mangelhaft ist. Dies gilt insbesondere für den ambulanten Bereich sowie die Versorgungsqualität im Allgemeinen. Dieser Missstand soll im Rahmen von verschiedenen Massnahmen adäquat adressiert werden. Dabei sollen die bestehenden gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer mit entsprechenden Sanktionen belegt - und eventuell erforderliche Ergänzungen im Rahmen der Rechtsetzung berücksichtigt werden.

Im Unterschied zu den vertieft betrachteten Ländern existieren in der Schweiz keine allgemeinen und verbindlichen Zielvorgaben zu den Gesundheitsausgaben der OKP und der öffentlichen Haushalte. Im Schweizer Gesundheitswesen besteht keine klare Kostenverantwortlichkeit. Angesichts der vergleichsweise hohen Gesundheitskosten (vgl. Abschnitt 3.1.1) erachtet die Expertengruppe eine Korrektur dieses Zustandes und das Ergreifen von Massnahmen zur besseren Steuerung des Systems als dringend. Um effektiv kostendämpfend zu wirken, können diese für das OKP-Kostenwachstum verbindlichen Ziele im Falle der Nichteinhaltung an entsprechende Sanktionen geknüpft werden.

¹⁶ Die derzeit vorliegenden Daten deuten nicht darauf hin, dass die Kosten für spezialärztliche Leistungen gesunken sind, was bei niedrigeren Tarifen eigentlich zu erwarten wäre. Offensichtlich wurde die Preissenkung durch eine Mengenausweitung kompensiert.

5 Empfohlene Massnahmen

5.1 Fokus der empfohlenen Massnahmen

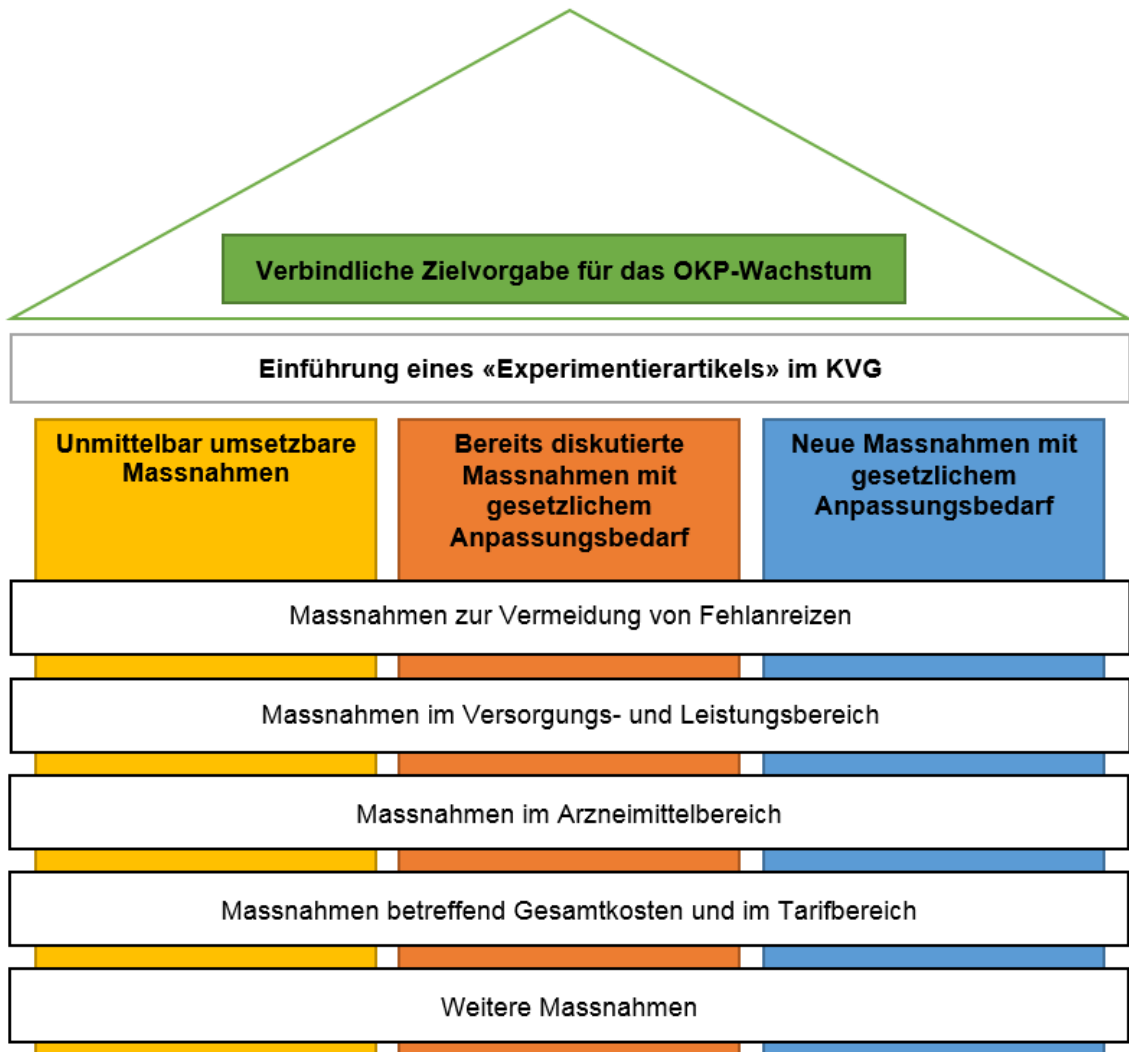
Es ist offensichtlich, dass bis dato zu wenig und zu spät auf das Kostenwachstum im Gesundheitswesen reagiert wurde. Massnahmen, die seit Jahren bekannt sind, wie die Anpassung der Vertriebsmargen bei Arzneimitteln, die Anpassung der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), genauere Kriterien für das Benchmarking bei Spitaltarifen, die Anpassung des TARMED, die Einführung des Referenzpreissystems bei Generika liegen seit geraumer Zeit auf dem Tisch. Die Expertenkommission hält fest, dass entsprechende Revisionen seit Jahren verschleppt werden. In diesem Zusammenhang muss von einem systematischen Versagen gesprochen werden. Vor diesem Hintergrund ist nun Eile und Entschlossenheit gefordert. Ausgearbeitete Massnahmen müssen im Interesse der Kostendämpfung ergriffen, intensiviert und verbindlicher gestaltet sowie mit zusätzlichen Massnahmen ergänzt werden.

Im Vordergrund müssen Massnahmen stehen, die kurz- bis mittelfristig wirksam sind. Damit die Massnahmen einen spürbaren Einfluss auf das Kostenwachstum haben, fokussiert sich die Expertengruppe insbesondere auf die vier grössten Kostenblöcke der OKP, auch wenn das Wachstum bei einzelnen kleineren Kostengruppen (Physiotherapie, ambulante Krankenpflege, Laboranalysen) derzeit ebenfalls hoch ist. Zudem wurde in die Überlegungen einbezogen, inwiefern diese Instrumente in die laufenden Arbeiten des Bundesrates einfliessen können und welche Änderungen des regulatorischen Rahmens für die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen erforderlich sind (bspw. Anpassungen der kantonalen Kompetenzen).

Ein langfristiges Gleichgewicht lässt sich aber nur mit richtig gesetzten Anreizen erzielen. Zu empfehlen ist deshalb, diese langfristig ausgelegte Neuorientierung des Gesundheitswesens auf gesamtwohlfahrtssteigernde Anreize ebenfalls bereits heute anzubahnen. Die Expertengruppe hat sich auf übergeordnete Massnahmen festgelegt, welche die Diskussion über langfristig orientierte Reformansätze nicht ersetzen, sondern neu beleben sollen.

Weil sich die Expertengruppe für die Festlegung einer verbindlichen Zielvorgabe für das OKP-Kostenwachstum ausspricht und diese als übergeordnete Massnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten ist, werden in Ziffer 5.2 entsprechende Überlegungen dazu unterbreitet. Als weitere übergeordnete Massnahme wird die Ausgestaltung eines möglichen Experimentierartikels im Rahmen des KVG dargestellt (Abschnitt 5.3), bevor auf die anderen vorgeschlagenen Massnahmen eingegangen wird. Bei den Massnahmen wird unterschieden zwischen kurzfristig umsetzbaren Massnahmen, für welche keine Gesetzesänderungen notwendig sind (Abschnitt 5.4), mittelfristig umsetzbaren Massnahmen, welche Gesetzesänderungen bedingen, aber bereits diskutiert werden (Abschnitt 5.5), und neuen Massnahmen, für welche Gesetzesänderungen notwendig sind (Abschnitt 5.6). Innerhalb der einzelnen Abschnitte sind die Massnahmen jeweils nach Anwendungsgebiet (Vermeidung von Fehlreizen, Versorgungs- und Leistungsbereich, Arzneimittelbereich, Gesamtkosten und Tarifbereich, weitere Massnahmen) strukturiert. Abbildung 4 bietet einen Überblick über diese Strukturierung.

Abbildung 4: Überblick empfohlene Kostendämpfungsmassnahmen



Quelle: Eigene Darstellung

Für jede besprochene Massnahme wird das Ziel kurz benannt, die Massnahme genauer beschrieben sowie der Adressat und allfällige Rechtssetzungsbedarf umrissen. Danach folgt die Bewertung sowie, wo vorhanden, ein Hinweis auf Erfahrungen mit dieser Massnahme im Ausland. Ein kurzes Fazit fasst jeweils zusammen, was die Massnahme bringt, womit sie zusammenhängt und welche Nebenwirkungen und Blockademöglichkeiten bestehen. Eine Zusammenstellung aller vorgeschlagenen Massnahmen findet sich im Anhang 8.3 des vorliegenden Berichts.

Für die Expertengruppe haben bestimmte Massnahmen inhaltlich und zeitlich oberste Priorität. Diese sind mit dem Symbol **!!** gekennzeichnet. Eine Auflistung der Massnahmen mit oberster Priorität ist in Abschnitt 5.7 zu finden.

5.1 **Empfohlene** Massnahmen / **Fokus** der empfohlenen Massnahmen

!! 5.2 Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum (M01)

Zielsetzung

Die Analyse der Kostendämpfungsmassnahmen in anderen Ländern zeigt, dass vermehrt politisch festgelegte Zielgrössen für das maximal akzeptierte Wachstum der Gesundheitsausgaben zur Anwendung kommen. Heute existiert in der Schweiz keine Steuerung der Kostenentwicklung auf globaler Ebene. Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz höher sind als in den meisten anderen Ländern und auch überdurchschnittlich rasch wachsen.

Das geltende Krankenversicherungssystem ist so ausgestaltet, dass eine Steuerung des Systems aus einer Gesamtsicht weitgehend fehlt und sich die Vielzahl an Akteuren in ihren Handlungen darauf konzentriert, ihre jeweiligen Partikularinteressen durchzusetzen. Dies ist unproblematisch, bzw. sogar typisch in Märkten, welche wettbewerblich funktionieren und deshalb die Partikularinteressen bzw. die einzelnen Anreize so ausgestaltet sind, dass deren Verfolgung durch die einzelnen Individuen die Gesamtwohlfahrt maximieren. Wie aufgezeigt, sind die Anreize im aktuell gültigen Rechtsrahmen in vielen Fällen aber diametral falsch gesetzt. Die Folge davon ist, dass kaum Kostenverantwortung vorhanden ist und die Leistungserbringung im Gesundheitswesen in Bezug auf das Effizienzkriterium stark zu wünschen übrig lässt. Die Wachstumsraten der OKP-Kosten lagen denn auch in den letzten Jahren deutlich über der Entwicklung der Volkswirtschaft (BIP, Bruttosozialprodukt, Nominallohnentwicklung). Zwar besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass Zuwachsraten von durchschnittlich 4.0 Prozent pro Jahr langfristig kaum finanzierbar sind. Unklar ist hingegen, wie ein optimales Wachstum der Gesundheitskosten und damit ein Kostendämpfungsziel definiert werden sollen.

Mit der Einführung von Globalzielen¹⁷ für das OKP-Kostenwachstum soll der nötige politische Druck und die nötige Verbindlichkeit aufgebaut werden. Zugleich soll die Massnahme die Ausschöpfung des bestehenden Effizienzsteigerungspotenzials anstossen. Der Vorteil von Globalzielen besteht neben der besseren Steuerung des Gesamtsystems auch darin, dass den einzelnen Akteuren in den jeweiligen Bereichen überlassen wird, wo Einsparungen am besten erfolgen sollen. Dies funktioniert dann optimal, wenn die Anreize für die einzelnen Akteure korrekt gesetzt werden. Grundsätzlich können Zielvorgaben als von der Politik vorgegebene indikative Werte eingeführt werden. Eine Verfehlung bliebe in diesem Fall ohne Folgen. Eine deutlich höhere Wirkung haben Zielvorgaben wenn sie bei Nichterreicherung der Ziele mit Sanktionsmassnahmen verknüpft werden. Entscheidend ist, dass mit den vorgeschlagenen Zielvorgaben und Sanktionen keine grundsätzliche Umgestaltung des heutigen Gesundheitssystems respektive der OKP angestrebt wird. Im Gegenteil: An der Steuerung (regulierter Wettbewerb), an den bestehenden Kompetenzen und Zuständigkeiten (Tarifpartner, Kantone, Bund) sowie an den Finanzierungsregelungen (OKP, Kantone) soll so wenig wie möglich, aber doch so viel wie nötig (Anreizverbesserungen) geändert werden.

Diese hier vorgeschlagene Massnahme geht in dieselbe Richtung wie die parlamentarischen Vorstösse Lohr (16.3949) und Ettlín (16.3987).

Beschrieb

Globalzielvorgaben für das OKP-Kostenwachstum

Die Einführung einer solchen Massnahme setzt einen gewissen Konsens über das gesellschaftlich akzeptierte Wachstum der Gesundheitsausgaben voraus. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage der richtigen Orientierungsgrösse. Die Gesundheitskosten hängen unter anderem vom Bevölkerungswachstum und vom Einkommen ab. Mit Blick auf die Sicherstellung der Finanzierung bietet sich damit das nominelle Potenzialwachstum der Wirtschaft als Behelfsgrösse zur Festlegung des Wachstums der Gesundheitskosten an. Gestützt auf die Eckwerte des Finanzplans 2018-2020 des Bundes pendelt sich

¹⁷ Der Terminus „Ziel“ ist, heruntergebrochen auf die Leistungserbringer, als Maximalwert zu verstehen; das Globalziel mithin als eine Obergrenze.

die jährliche Wachstumsrate des inflationsbereinigten BIP (Potenzial-BIP) mittelfristig bei 1.7 Prozent ein. Das Wachstum des Potenzial-BIP setzt sich aus dem Fortschritt der Arbeitsproduktivität und dem Wachstum der Erwerbsbevölkerung zusammen. Der Produktivitätsfortschritt der letzten zwanzig Jahre betrug in der Schweiz durchschnittlich rund 1.2 Prozent pro Jahr. Zudem liegt die jährliche Wachstumsrate der Erwerbsbevölkerung (gemessen in Vollzeitäquivalenten) gemäss dem mittleren Bevölkerungsszenario des BFS (2015b: A-00-2015) in den nächsten zehn Jahren im Durchschnitt bei etwa 0.5 Prozent. Bei der Inflation wird von einer Normalisierung auf 1.0 Prozent pro Jahr ausgegangen. Das Ergebnis ist eine jährliche Wachstumsrate von 2.7 Prozent für das nominale Potenzial-BIP. Diese Rate könnte als Orientierungsgrösse dienen und in mehreren Schritten eingeführt werden.

Entsprechend könnte vorgesehen werden, dass das Wachstum der Gesundheitskosten im OKP-Bereich längerfristig auf 2.7 Prozent pro Jahr begrenzt wird. Da die Kostendämpfungsmassnahmen schrittweise umgesetzt werden und ihr Sparpotenzial nicht unmittelbar entfalten dürften, sollte das Kostendämpfungsziel in einer ersten Phase weniger ehrgeizig sein und schrittweise verschärft werden. Denkbar wäre zum Beispiel, die jährlichen Wachstumsraten vorübergehend von 4.0 auf 3.3 Prozent und erst zu einem späteren Zeitpunkt auf 2.7 Prozent zu senken.¹⁸

Inwieweit es wünschbar ist, die Gesundheitskosten auch langfristig auf das nominelle Potenzialwachstum zu beschränken, kann und soll derzeit offen bleiben. Es gibt verschiedene Gründe, die dafür sprechen, dass aufgrund der speziellen Natur des Guts Gesundheitsversorgung die Gesundheitskosten leicht über dem Wirtschaftswachstum zunehmen könnten (z. B. demographische Entwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt, überproportionale Einkommenselastizität in Bezug auf Gesundheitsleistungen, etc.). Dies spricht dafür, die Definition der Kostendämpfungsziele periodisch zu überprüfen. Die oben erwähnten Überlegungen dienen als Beispiele für mögliche Kostendämpfungsziele und könnten allenfalls in einem zweiten Schritt auf pro-Kopf Wachstumsziele konkretisiert werden.

Alternativ wäre die Festlegung des globalen Kostenanstiegs aufgrund der Entwicklung der Nominallöhne bzw. des Nominallohnindex denkbar. Dafür spricht, dass die Bevölkerung ihre Krankenversicherungsprämien hauptsächlich mit ihren Lohneinnahmen finanzieren muss. Je nach medizinisch-technischem Fortschritt oder anderer, massgeblicher Faktoren wäre der Nominallohnindex mit einem Korrekturfaktor zu ergänzen.

Um den erforderlichen politischen Druck auf die verschiedenen Akteure auszuüben, bedarf es der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage im KVG. Diese müsste die materiellen Kriterien und die Zuständigkeiten für die Festlegung der Kostendämpfungsziele enthalten. Denkbar wäre, dass der Bundesrat durch die gesetzliche Grundlage die Kompetenz erhält, die Globalziele für das Gesamtwachstum der OKP-Gesundheitskosten jeweils nach Anhörung der Kantone und allenfalls der Tarifpartner festzulegen. Ebenso auf Gesetzesstufe vorzusehen wären mögliche Gründe für temporäre Abweichungen von den Kostendämpfungszielen, zum Beispiel angesichts der demographischen Entwicklung oder neuer Verfahren und Produkte. Auch die Versorgung und Qualität müssten in die Überlegungen für Zielvorgaben mit einbezogen werden. Zentral ist, dass die Massnahme sich nicht zulasten der Patientinnen und Patienten auswirkt, sondern die Effizienz steigert. Damit würde den Akteuren der implizite Auftrag erteilt, das Einsparpotenzial im Bereich der steuerbaren OKP-Kosten (v.a. Dämpfung Mengeneffekt, Effizienzsteigerungen, Anreizverbesserung, etc.) vollständig auszuschöpfen. Experten des Gesundheitswesens schätzen das Einsparpotenzial hier auf rund 20 Prozent (vgl. Kapitel 4.1.1).

Die Festlegung von Globalzielen und die Möglichkeit von Sanktionen können das Kostenbewusstsein der Versicherten verstärken und den Blick der Kantone für eine effiziente Versorgungsplanung schärfen.

¹⁸ Wichtig für die Festlegung von Zielen ist, in welcher Periodizität Vorgaben gemacht werden sollen. Die Formulierung von jährlichen Vorgaben erscheint möglicherweise zu umständlich und aufwändig und somit letztlich schwierig umsetzbar. Aus diesem Grund könnten die Globalziele beispielsweise für eine Fünfjahresperiode formuliert werden. Dabei könnten die Ziele wie bereits erwähnt schrittweise verschärft werden. Die mehrjährige Steuerung hätte neben der besseren Umsetzbarkeit auch den Vorteil, den Akteuren zur Umsetzung der Massnahmen mehr Zeit und damit auch einen grösseren Handlungsspielraum einzuräumen.

Für die Tarifpartner, also Leistungserbringer und Versicherer, dienen OKP-Globalziele in den Tarifverhandlungen als Orientierungsrahmen. In diesem Sinn wirken die Globalziele mit Sanktionsmöglichkeiten für alle beteiligten Akteure als verbindliche Budgetrestriktion.

Globalzielvorgaben für die wichtigsten OKP-Kostenblöcke

Nochmals anspruchsvoller als die Formulierung des Globalziels ist die Feinsteuerung, d.h. das Herunterbrechen des Globalziels auf die einzelnen Leistungsbereiche. Anhand des Globalziels für das Wachstum der OKP-Gesundheitskosten müssten entsprechend für die vier wichtigsten OKP-Kostenblöcke Wachstumsziele festgelegt werden. Diese betreffen die Spitäler (stationär und ambulant), Arztbehandlungen ambulant (in freier Praxis), Arzneimittel sowie die übrigen OKP-Kostengruppen (v.a. Pflegeheime, Labor, Physiotherapie, ambulante Krankenpflege, Mittel und Gegenstände, etc.). Dieses Herunterbrechen der Gesamtvorgabe ist in erster Linie deshalb nötig, weil das prozentuale Einsparpotenzial in den einzelnen Kostenbereichen nicht einheitlich sein dürfte.¹⁹ Sollen beispielsweise (teure) stationäre Leistungen durch (günstigere) ambulante ersetzt werden, erfordert die Logik, dass bei den stationären Leistungen eine strengere Sparvorgabe als bei den ambulanten Leistungen gesetzt werden muss. Es lässt sich aber auch damit begründen, dass sich die Zuständigkeiten und die Finanzierungsregelungen in den einzelnen Bereichen stark unterscheiden. Geprüft werden könnte, ob und wie sich mit den Globalzielen für die OKP-Kostenblöcke die Effizienz der Gesundheitsversorgung gezielt erhöhen liesse. Dabei könnten Kennziffern zur Entwicklung der Löhne und des medizinisch-technischen Fortschrittes sowie zur Demographie herangezogen werden.

Im Weiteren ist zu entscheiden, wem die Kompetenz zur Festlegung der Kostenwachstumsziele für die einzelnen OKP-Kostenblöcke zukommen soll. Zur Einhaltung des Globalziels für das Wachstum der OKP-Gesamtkosten wäre eine Vorgabe verbindlicher Werte für das maximale Ausgabenwachstum der einzelnen Kostenblöcke durch den Bundesrat sinnvoll. Hingegen wäre eine alleinige Festlegung der Ziele durch den Bund infolge der weitreichenden Konsequenzen für das Gesamtsystem nicht zweckmässig. Die Kompetenzen sollten zwecks politischer Realisierbarkeit weitestgehend den geltenden Regelungen entsprechen. Für den stationären Spital- und Pflegeheimbereich bedeutet dies, dass die Kantone aufgrund der neuen KVG-Vorgaben für die Festlegung der Globalziele zuständig wären. Organisatorisch könnte dies im Rahmen von GDK-Entscheiden erfolgen. Im spitalambulantem und ambulanten ärztlichen Bereich wären neben den Kantonen auch die Tarifpartner für die Zielfestlegung verantwortlich. Hier müsste die Entscheidkompetenz allenfalls einem neu zu schaffenden Gremium bestehend aus Organisationen der Leistungserbringer und der Krankenversicherer sowie den Kantonen übertragen werden. Darin müssten wohl nationale und kantonale Verbände der Tarifpartner vertreten sein. Dieses Vorgehen dürfte nur funktionieren, wenn dem Bund eine subsidiäre Kompetenz analog zur Regelung bei gesamtschweizerischen Tarifverträgen gewährt würde (Bundeseingriff erst, wenn keine Einigung auf Globalziele zustande kommt). Ohne dieses «Damokles-Schwert» einigen sich die Tarifpartner und Kantone möglicherweise nicht auf ein gemeinsames Kostenwachstumsziel. Im Sinn einer Weiterentwicklung der Steuerung im ambulanten Bereich wäre längerfristig auch eine Zuständigkeit der Kantone denkbar. Dabei könnten diese für die Leistungserbringer Globalbudgets vorgeben.²⁰

Es besteht eine gewisse Gefahr, dass die Globalziele für die OKP-Kostenblöcke von den jeweiligen

¹⁹ So spricht vieles dafür, dass das Einsparpotenzial im Bereich der ambulant erbrachten Leistungen tendenziell über und bei den Arzneimitteln tendenziell unter dem Durchschnitt liegt.

²⁰ Für eine solche Lösung spricht die Tatsache, dass die Kantone bei den Berufsausübungsbewilligungen für die Leistungserbringer und die Zulassungen zur OKP-Abrechnung bereits heute eine wichtige Rolle spielen und es keines neuen Gremiums bedürfte. Gegen diese Neuerung kann die «Entmachtung» der Tarifpartner ins Feld geführt werden. Zudem bestehen gewisse Zweifel, ob die Kantone die Steuerungsaufgabe besser erfüllen können als die grundsätzlich besser informierten Tarifpartner.

zuständigen Instanzen zu grosszügig angesetzt werden. Umgekehrt könnte eine zu restriktive Zielsetzung mit möglichen Rationierungen einhergehen.²¹ Sollte sich ergeben, dass die festgelegten Ziele für das Wachstum der einzelnen OKP-Kostenblöcke das vom Bundesrat vorgegebene OKP-Globalziel bereits ex ante überschreiten, sind zur Zielerreichung Korrekturmassnahmen vorzusehen. In einer solchen Situation wäre es gerechtfertigt, dass der Bund subsidiär einschreiten könnte und die Zielwerte für die einzelnen Bereiche festlegen würde.

Sanktionen bei Nichteinhaltung der Ziele

Die Erfahrungen im Inland und Ausland mit Steuerungsregeln im Fiskalbereich zeigen, dass Ausgaben- oder Kostenziele nur dann eingehalten werden, wenn bei Ausgaben- oder Kostenüberschreitungen griffige Sanktionsmassnahmen zum Zuge kommen. Denkbar wäre allerdings auch ein modulares Vorgehen, bei welchem Sanktionen erst dann eingeführt werden, wenn sich abzeichnet, dass die Globalziele nicht eingehalten werden. Ob dieses zweistufige Vorgehen erfolgversprechend ist bleibt aber offen. Aus diesem Grunde ist zu empfehlen, von Anbeginn Zielverfehlungen mit Sanktionen zu verknüpfen. Die Sanktionen könnten darin bestehen, dass für die betreffenden OKP-Kostenblöcke in der Folgeperiode der Bundesrat anstelle der zuständigen Akteure die Globalziele für die nächste Globalzielperiode festsetzt. Dies käme einem durch den Bundesrat vorgegebenen Globalbudget²² mit einer maximalen Mitteleinrichtung zuhanden der zuständigen Akteure gleich. Ein solches Vorgehen hat den Vorteil, dass nicht zentral festgelegte und dem Einzelfall möglicherweise wenig angemessene Sanktionen ergriffen werden. Stattdessen müssten die Kantone und Tarifpartner sowie die Leistungserbringer mit ihren Detailkenntnissen die Sparmassnahmen selbst festlegen. Dies dürfte die Akzeptanz bei den Akteuren erhöhen, sie zur Selbstkontrolle veranlassen und einen Anreiz geben, Budgetüberschreitungen zu vermeiden. Um zu verhindern, dass Budgetvorgaben die Qualität reduzieren statt die Effizienz zu steigern, ist Transparenz bezüglich der Behandlungsqualität zentral. Selbstverständlich können Globalbudgets als eigenständige Massnahme auch unabhängig von verbindlichen Globalzielen vorgesehen werden. Neben den Globalbudgets sind bei Nichteinhaltung der Ziele auch Kostendämpfungsmassnahmen wie lineare oder gezielte Tarifiereduktionen denkbar. Je nach Ausgestaltung der Tarifeingriffe könnten solche Massnahmen aber auch effiziente Leistungserbringer treffen.

Für die einzelnen grossen OKP-Kostenblöcke wären folgende Sanktionen denkbar: Für den stationären Spital- und Pflegebereich könnte der Bund beispielsweise diejenigen Kantone, bei welchen die Kostenentwicklung das Ziel massgeblich überschritten hat, beauftragen, bei der nächsten Globalzielperiode mittels der Einführung von Globalbudgets den entsprechenden Kostenpfad zu korrigieren oder die Tarife der nächsten Abrechnungsperiode nach Massgabe der erfolgten Kostenüberschreitung zu reduzieren (LeiKoV-Mechanismus). Im Bereich der ambulant und spitalambulant erbrachten Leistungen wären die Zielüberschreitungen beispielsweise durch die Vorgabe von Globalbudgets an die Tarifpartner respektive Leistungserbringer oder durch automatische Tarifiereduktionen in Form von pauschalen Mehrleistungsabschlägen (LeiKoV-Mechanismus) durch den Bund (gesamtschweizerische Verträge) und die Kantone (kantonale Verträge) zu korrigieren. Im vom Bund gesteuerten Arzneimittelbereich müssten

²¹ Es ist a priori nicht auszuschliessen, dass der Mechanismus mit Globalzielen und Sanktionen die bestehenden Anreize im System verstärkt (v.a. das unerwünschte Verschieben zwischen den verschiedenen Arten der Leistungserbringung). Gerade deshalb sollten möglichst umgehend und möglichst viele der vorliegend vorgeschlagenen Massnahmen zur Verbesserung der Anreizsituation umgesetzt werden, um die besten Chancen zu gewähren, das Globalziel „auf natürliche Art“ zu unterschreiten.

²² Die Massnahme besteht darin, einen jährlich verfügbaren Maximalbetrag zu benennen. In der Praxis können Globalbudgets in vielen verschiedenen Spielarten, Schärfegraden und Tragweiten umgesetzt werden. Im stationären Bereich steht es den Kantonen heute frei, Globalbudgets vorzusehen (Art. 51 KVG). Die Kantone Genf, Tessin und Waadt machen aktuell von dieser Möglichkeit Gebrauch. Im Rahmen der Evaluation der Spitalfinanzierung werden auch die Auswirkungen von Globalbudgets untersucht. Die Resultate der Evaluation sollten bis 2019 vorliegen.

Zielverfehlungen in erster Linie durch neue Massnahmen oder durch eine Intensivierung des bestehenden Instrumentariums des Bundes aufgefangen werden. Bei den übrigen OKP-Kosten sind die Zuständigkeiten für die Festlegung der Tarife bzw. Preise auf die Tarifpartner (Physiotherapie), Kantone (ambulante Krankenpflege) und den Bund aufgeteilt (Labor, Mittel und Gegenstände). Damit müssten der Bund und die Kantone im Bereich der Physiotherapie mit Globalbudgets oder Tarifsenkungen eingreifen. Bei den Leistungen für die ambulante Krankenpflege wären Korrekturen durch die Kantone und in den restlichen Bereichen durch den Bund vorzunehmen. Allenfalls könnte man bei diesem Kostenblock aus administrativen Gründen vorerst auf einen Einbezug in die Globalziel-Regelungen verzichten. Dagegen spricht jedoch neben der Ungleichbehandlung der Leistungserbringer, dass dieser Kostenblock längerfristig ein eher überdurchschnittlich hohes Wachstum aufweist.²³

Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Globalzielen und Sanktionen

Es ist zu berücksichtigen, dass die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen verschiedene Rahmenbedingungen voraussetzt. Ohne eine substantielle Verbesserung der Gesundheits- und OKP-Daten dürften die Formulierung von Globalzielen und auch die Umsetzung der Sanktionsmassnahmen erschwert sein. Eine Einführung von Globalzielen ohne Detailkenntnisse des Effizienzsteigerungspotenzials kann die Leistungserbringer möglicherweise aber zusätzlich motivieren, Daten zu liefern und die Transparenz zu erhöhen. Zudem dürfte es bei einzelnen zentralen Fragestellungen Bedarf an zusätzlicher Ressortforschung geben. Dies gilt insbesondere für das Effizienzsteigerungs- und Einsparpotenzial in den einzelnen OKP-Kostenblöcken.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die Festlegung von Globalzielvorgaben für die Kostenentwicklung mit Sanktionsmöglichkeiten im Fall einer Nichteinhaltung der Ziele wäre zweifellos eine bedeutende Neuerung im Vergleich zum heutigen, weitgehend ungesteuerten System. Adressat der Massnahme wären der Bundesrat und schliesslich auch die eidgenössischen Räte, welche die notwendigen Gesetzesänderungen²⁴ an die Hand nehmen müssten.

Bewertung

Die Formulierung von verbindlichen Globalzielen für das OKP-Kostenwachstum und für die wichtigsten OKP-Kostenblöcke mit Sanktionen im Falle der Nichteinhaltung der Ziele bietet zweifellos eine Chance für eine wesentliche Verbesserung in der Steuerung der Gesundheitskosten in der Schweiz. Sollten die Kostenwachstumsziele erreicht werden, so würde dies zu einer bedeutenden finanziellen Entlastung nicht nur der OKP und Prämienzahler sondern auch der Kantone, Gemeinden und des Bundes führen.

Ein verbindliches Globalziel nimmt die Entscheidungsträger in die Verantwortung, baut den nötigen politischen Druck mittels Sanktionen auf und lässt gleichzeitig den Tarifpartnern eine möglichst grosse Freiheit, Sparmassnahmen und Effizienzverbesserungen dort umzusetzen, wo dies am besten möglich ist.

Selbstverständlich müssen noch verschiedene schwierige Fragen gelöst werden. Die Definition von Zielvorgaben für das maximale Kostenwachstum und der massgeschneiderten Sanktionsmassnahmen erfordert eine hohe Planungskompetenz auf allen Ebenen, insbesondere um die Zielwerte richtig zu setzen. Bei einer zu restriktiven Zielvorgabe besteht die Gefahr, dass nötige Leistungen nicht erbracht werden. Zudem wird es eine Herausforderung sein, die Zielvorgaben so auszugestalten, dass sie sich

²³ Als Alternative könnte in der OKP-Statistik eine Umgruppierung vorgenommen werden. Der Bereich der Physiotherapie könnte dem Bereich Ärzte ambulant zugeschlagen werden, die ambulante Krankenpflege dem Pflegebereich und schliesslich die Leistungen im Bereich Labor, Mittel und Gegenstände den Arzneimitteln zugeordnet werden.

²⁴ Es ist gegebenenfalls auch zu prüfen, ob zur Umsetzung der Massnahmen sogar eine Verfassungsänderung notwendig wäre.

effizienzsteigernd auswirken und nicht Kosten am falschen Ort gespart werden. Es wird bei der Umsetzung der Massnahmen nicht einfach sein, die ehrgeizigen Ziele durchzusetzen, ohne die bestehenden Zuständigkeiten infolge der verschiedenen subsidiären Kompetenzen des Bundesrates allzu stark anzutasten.

Diese Gratwanderung zwischen zentralen und dezentralen Steuerungselementen lässt sich nur dann erfolgreich meistern, wenn alle Akteure trotz unterschiedlicher Interessen an einem Strick ziehen. Eine Globalzielvorgabe schafft hier die nötigen Voraussetzungen. Eine solche erhöht auch den Anreiz für die Akteure, gemeinsam für eine als gerecht erachtete Verteilung der Ressourcen einzustehen. Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist es aber auch, die Anreize im System richtig zu setzen, damit die begrenzten Mittel effizient verwendet werden.

Zumindest in einer ersten Zeit ist davon auszugehen, dass die Umsetzung der vorgestellten Massnahmen ohne deutliche Einschränkungen der medizinischen Leistungen zugunsten der Versicherten umsetzbar ist: Gemäss der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020» werden die im Gesundheitswesen vorhandenen Effizienzreserven auf rund 20 Prozent eingeschätzt (BAG 2013: 5).

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie sich ein ambitionöses Globalziel auf das längerfristige Wachstum der Kosten im OKP-Bereich konkret auswirken könnte. Dies wird im Anhang anhand von drei verschiedenen Szenarien für die Kostenentwicklung für die Jahre 2013-2040 und in Anlehnung an die Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen 2016 aufgezeigt (siehe Anhang 8.2).²⁵

Erfahrungen aus dem Ausland

Alle Nachbarländer der Schweiz und auch die Niederlande kennen in unterschiedlicher Form und Verbindlichkeit eine politisch definierte Zielgrösse für das Kostenwachstum. Letztlich widerspiegelt eine solche Zielgrösse, dass auch für das Gesundheitswesen nicht unbeschränkt Mittel vorhanden sind und zwischen den verschiedenen staatlichen Aufgabenbereichen stets ein Abwägen des Ressourceneinsatzes stattfinden muss. In mehreren Ländern sind bei Nichteinhaltung der Ziele auch mehr oder weniger griffige Sanktionen vorgesehen.

In Deutschland achten beispielweise die Tarifpartner bei den Verhandlungen darauf, dass die Preise so gesetzt werden, dass der Kostenanstieg, also das Produkt aus Preisen und erwarteten Mengen, nicht grösser ausfällt als der Anstieg der Lohnsumme, mit dem Ziel, dass der lohnabhängige Beitragssatz unverändert bleibt. Dies entspricht einer impliziten Zielvorgabe, welche sich auf die Teilkomponente Lohneinkommen des BIP bezieht. Das Prinzip der Beitragssatzstabilität ist gesetzlich verankert. Durch den Anstieg der Lohnsumme ist ein gewisses Wachstum möglich, Arbeitgeber und politische Entscheidungsträger können sich jedoch zugunsten eines moderateren Ausgabenwachstums auf diesen Grundsatz im politischen Prozess berufen. Allerdings ist auch zu erwähnen, dass die meisten Versicherer Zusatzbeiträge erheben.

In den Niederlanden führte die Einführung einer politisch festgelegten, also einer nicht explizit an bestimmte Variablen gebundenen Zielvorgabe dazu, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen in ihren Verhandlungen an dieser Zielmarke orientierten. Damit entfaltete dieses Instrument einen Ankereffekt, obwohl es für die Akteure nicht bindend war. Als weiterreichende Massnahme stand aber auch die Drohung im Raum, dass bei Nichteinhaltung des informellen Ziels nach Massgabe der Überschreitung der Zielvorgabe pauschale Kürzungen der Tarife vorgenommen würden. Die Anwendung dieses härteren Instruments war bisher jedoch nicht nötig. Die informelle Zielvorgabe reduzierte die Kostensteigerung primär aufgrund einer weniger starken Zunahme der Mengen (Anzahl behandelter Patienten etc.).

²⁵ Vgl. Eidgenössisches Finanzdepartement (2016), Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016 und Working Paper Nr. 21 der Eidgenössischen Finanzverwaltung (2017), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045.

In Frankreich besteht ein Ausgabenziel für die soziale Krankenversicherung (*Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie, ONDAM*). Das politisch festgelegte, nicht an bestimmte Variablen gebundene Ausgabenziel definiert, wie viele Ausgaben im nächsten Jahr getätigt werden sollen und gibt allen Beteiligten ein präzises Ziel vor. Damit wird den Akteuren signalisiert, welche Kostensteigerung die Regierung gewillt ist zu akzeptieren. Da die Vorgaben anfangs nicht bindend waren, fielen die Kostensteigerungen meist höher aus als geplant. Deswegen wurde 2004 ein zusätzliches Aufsichtsgremium geschaffen, welches seit 2010 auch das Recht hat, die DRG-Tarife zu senken, wenn es damit rechnet, dass die Ausgaben das Ausgabenziel übersteigen werden. Das Ausgabenziel ist also verbindlicher geworden. Damit konnte das Kostenwachstum markant verringert werden (Wachstum von 2 Prozent im Jahr 2015/16 im Vergleich zu 7 Prozent im Jahr 2002 und 5 Prozent im Jahr 2004) (Or 2017).

Fazit

Verbindliche Zielvorgaben zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in Kombination mit vordefinierten Sanktionen bei Nichteinhaltung reduzieren die Entwicklung der Gesundheitskosten auf ein finanziell tragbares Mass, ohne dass notwendige medizinische Leistungen zugunsten der Bevölkerung unterlassen werden. Es gilt, auch die Versorgung und Qualität in die Überlegungen einzubeziehen, um korrekte individuelle Anreize zu schaffen und zu verhindern, dass die Massnahme die Patientinnen und Patienten belastet. Eine verbindliche Zielvorgabe könnte den nötigen politischen Druck aufbauen, um das von den Experten/innen geschätzte erhebliche Effizienzsteigerungs- und Einsparpotenzial in der OKP zu realisieren. Massnahmen, welche dazu dienen, durch Einflussnahme auf die Anreizsituation die notwendigen Einsparungen ohne Beeinträchtigung der Versorgung zu erzielen, werden in den Ziffern 5.4 bis 5.6 erläutert.

!! 5.3 Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG (M02)

Zielsetzung

Mit der Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG soll eine klare rechtliche Grundlage für die Durchführung von innovativen Pilotprojekten geschaffen werden, mit denen insbesondere Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums geprüft werden können.

Beschrieb

Das KVG räumt den Kantone bereits heute die Möglichkeit ein, ausserordentliche Massnahmen zur Kostendämpfung vorzunehmen. So können sie Globalbudgets einsetzen, einen Tarifstopp verordnen oder die Zulassung der Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung einschränken. Auch die Versicherer haben die Möglichkeit, alternative Versicherungsmodelle zu entwickeln. Unter anderem lässt sich die Wahl des Leistungserbringers durch einen Gatekeeper einschränken, oder HMO-Zentren werden teilweise über Capitation-Tarife entschädigt. Versicherer und Leistungserbringer als Tarifpartner verfügen ausserdem über eine grosse Tarifautonomie. Das Ergreifen aller möglichen Massnahmen setzt voraus, dass sich die Kantone und weiteren Akteure an die Bestimmungen des KVG und dessen Verordnungen halten.

Zur Eindämmung des Kostenwachstums sollen die Kantone oder die Versicherer neu die Möglichkeit erhalten, Massnahmen und Projekte zu entwickeln und durchzuführen, welche von den Bestimmungen des KVG und seinen Verordnungen abweichen. Denkbar wären beispielsweise die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Zulassungsbeschränkungen, Pauschalabgeltungen im ambulanten Bereich, keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier oder die einheitliche Finanzierung der Leistungen der sozialen Krankenversicherung.

Für die Dauer der Durchführung solcher Projekte und Massnahmen sollen die Akteure explizit von der Einhaltung gewisser Bestimmungen des KVG und seinen Verordnungen befreit werden können. Bei

solchen Projekten gilt es jedoch zu beachten, dass die Rechte der versicherten Personen nicht eingeschränkt werden dürfen. Die Grundsätze der sozialen Krankenversicherung, namentlich der Zugang zu den versicherten Leistungen und deren Kostenübernahme, sind jederzeit zu gewährleisten. Auch im Rahmen solcher Experimente müssen die Leistungen der OKP durch die zugelassenen Leistungserbringer in der notwendigen Qualität erbracht werden und die Versorgungssicherheit gewährleistet bleiben. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, entsprechende Projekte einer Bewilligungspflicht zu unterstellen. Denkbar wäre, dass der Bundesrat als die für den Vollzug des KVG zuständige Behörde entsprechende Projekte prüft und bewilligt oder diese Kompetenz an das zuständige Departement delegiert. Die Erteilung der Bewilligung liegt im Ermessen des Bundes. Damit die Massnahme die gewünschte Wirkung entfalten kann, darf die Hürde für die Erteilung der Bewilligung nicht zu hoch angelegt werden. Um eine Bewilligung zu erhalten, sollten die Kantone oder die Versicherer dem Bundesrat die vorgesehene Massnahme und mit den erwarteten kostensenkenden Auswirkungen darlegen. Auch im Falle unklarer kostenseitiger Auswirkungen ist die Bewilligung zu erteilen; das Ziel ist die Förderung von «Trial and Error» im Gesundheitswesen. Vorstellbar wäre auch die Bewilligung eines gemeinsamen Projektes von Kantonen und Versicherern. Zudem gilt es aufzuzeigen, wie der Zugang zu den versicherten Leistungen und deren Kostenübernahme im Rahmen des Projekts gewährleistet bleiben. Aus Gründen der Rechtssicherheit in der Umsetzung (z. B. Eingrenzung der betroffenen Akteure) empfiehlt es sich auch, solche Projekte und Massnahmen räumlich und zeitlich einzuschränken. Die Bewilligung sollte sich daher auf räumlich begrenzte Gebiete beziehen, befristet erteilt und unter Umständen verlängert werden können.

Die Kantone oder die Versicherer sollten verpflichtet werden, die Auswirkungen des Pilotprojektes zu evaluieren und dem Bundesrat periodisch Bericht zu erstatten. Die Berichterstattung sollte sich dabei insbesondere zur erzielten kostendämpfenden Wirkung sowie zu den Nebeneffekten (z. B. Zugang zu den versicherten Leistungen und quantifizierenden Indikatoren zur Beurteilung von Qualität und Patientensicherheit) äussern. Die erteilte Bewilligung zur Durchführung des Pilotprojektes sollte erlöschen resp. entzogen werden, wenn sich herausstellt, dass das Ziel der Kostendämpfung nicht erreicht oder das Recht auf den Zugang zu den versicherten Leistungen und deren Kostenübernahme verletzt wurde. Nach Abschluss des Pilotprojektes ist dem Bundesrat ein Abschlussbericht vorzulegen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die primären Adressaten dieser Massnahme sind die Kantone, die Versicherer und Leistungserbringer. Potenzielle Projekte wirken sich auf alle Kostenträger der OKP aus. Die Massnahme beinhaltet eine Änderung des KVG und zieht eventuell eine Konkretisierung und damit Anpassung auf Stufe der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) nach sich.

Bewertung

Ein sogenannter Experimentierartikel würde erlauben, Modelle zur Dämpfung des Kostenanstiegs vor ihrer schweizweiten Einführung auf ihre Tauglichkeit zu prüfen. Massnahmen, welche die Erwartungen und Ziele hinsichtlich Kostendämpfung nicht erfüllen, können einfach und schnell wieder aufgehoben werden.

Fazit

Mit dieser Massnahme könnten Kantone und Versicherern ergänzend zu den bereits verfügbaren Massnahmen zur Dämpfung der Kostenentwicklung weitere Projekte durchführen. Solche Pilotprojekte könnten einen Lerneffekt auf andere Projekte von Kantonen oder Versicherern ausüben. Dafür müssten allerdings Rahmenbedingungen definiert werden, um den Kern des KVG nicht zu untergraben. Allfällige Auswirkungen von Pilotprojekten auf andere Kantone wären zu beobachten.

5.4 Unmittelbar umsetzbare Massnahmen

5.4.1 Einleitung

Als unmittelbar umsetzbare Massnahmen werden jene ausgeführt, die bereits nach geltendem Recht umgesetzt werden können. Bei einigen Massnahmen wird darauf hingewiesen, dass sie mittels gesetzlicher Anpassungen mit mehr Nachdruck durchgesetzt werden können.

5.4.2 Massnahmen zur Vermeidung von Fehlanreizen

M03 Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kickbacks)

Zielsetzung

Die Aufnahme eines Spitals in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte hat zum Ziel, heute möglicherweise bestehende Fehlanreize zur Mengenausweitung (und zur damit potenziell einhergehenden Patientenselektion) bei Ärzten zu reduzieren.

Beschrieb

Gemäss Artikel 39 Absatz 1 KVG erteilen die Kantone im Rahmen ihrer Versorgungsplanung den Spitälern Leistungsaufträge (Spitalliste). In diesem Zusammenhang müssen die Kantone die Planungskriterien gemäss Artikel 58a bis Artikel 58e KVV berücksichtigen, wobei die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung ein zentrales Element darstellt.

Da das KVG den stationären Einrichtungen weitgehend unternehmerische Freiheit einräumt, enthält es bislang keine Bestimmungen zu den Modalitäten der Entschädigungssysteme der Leistungserbringer, welche zu Lasten der OKP tätig sein können. Auch die heute praktizierte Interpretation der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung scheint die Unternehmensfreiheit diesbezüglich nicht einzuschränken. Entsprechend existieren verschiedene Spitäler, welche beispielsweise internen Ärztinnen und Ärzten Boni aufgrund von Mengenzielen oder niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sogenannte Kickbacks für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten auszahlen. Es gibt Hinweise darauf, dass die Zahl der Eingriffe ansteigt, wenn das Einkommen der Ärzte an solche Entschädigungssysteme gekoppelt ist (vgl. Doran et al. 2011, Feldmann 2015, Hare et al. 2015, Hollenbeck et al. 2011, Muheim et al. 2017). Es geht dabei potenziell um medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitungen. Solche Vereinbarungen werden von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) zwar abgelehnt, um die Unabhängigkeit des Arztes unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien zu gewährleisten. Trotzdem stellte die FMH offenbar einen Trend zu Mengenzielvorgaben in Spitälern fest, wie der Präsident der FMH in der Sendung «Rundschau» vom 26. November 2016 bestätigte. Die Praxis von Kickbacks in der Schweiz ist zwar bekannt, deren genaues Ausmass jedoch nicht.

Zukünftig sollen Spitäler mit mengenabhängigen Bonusvereinbarungen oder Kickbacks im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen nach Artikel 39 Absatz 1 ausgeschlossen werden. Als Auflage kann im Leistungsauftrag das Verbot von Entschädigungssystemen von internen und externen Fachkräften, die zu einer Mengenausweitung bzw. unzumutbaren Behandlungen führen können, aufgenommen werden (beispielsweise mengenabhängige Boni und Kickbacks). Entsprechend müssen die Versicherer auch keine zwingende Tarifverhandlung (kein Kontrahierungszwang) mit diesen Vertragsspitälern führen (Art. 49a Abs. 4 KVG). Grundsätzlich ist zu erwarten, dass die Nichtaufnahme eines Spitals auf die Spitalliste für den Leistungserbringer – auch wenn er mehrheitlich privatversicherte Patientinnen und Patienten behandelt – existenzbedrohend ist. Um eine Verlagerung des Problems in den Bereich der

Vertragsspitäler zu vermeiden, sind die Krankenversicherer aufgefordert, diese Massnahme im Rahmen der freiwilligen Kontrahierung analog anzuwenden.

Im Zusatzversicherungsbereich können die Tarifpartner mengenabhängige Vereinbarungen in den Tarifverträgen ebenfalls ausschliessen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressat dieser Massnahme sind in erster Linie die Spitäler selbst. Diese sind aufgefordert, von einem entsprechenden Entschädigungssystem abzusehen und damit den Empfehlungen der FMH zu folgen. Falls sich eine solche Praxis jedoch nicht durchsetzt, sollen die kantonalen Behörden im Rahmen ihrer Kompetenz dafür sorgen, dass Entschädigungsvereinbarungen die Versorgungsplanung nicht beeinträchtigen. Im Falle von Vertragsspitalern wäre dies Aufgabe der Versicherer. Grundsätzlich wäre die Umsetzung dieser Massnahme heute bereits möglich. Es ist anzunehmen, dass die Kantonsregierungen (und auch die Versicherer) ihren diesbezüglichen Handlungsspielraum aufgrund fehlender Informationen und aufgrund der oben erwähnten grossen unternehmerischen Freiheit der Leistungserbringer sowie der bestehenden Rechtsunsicherheit nicht ausschöpfen. Im Sinne einer schweizweit einheitlichen Vorgehensweise ist deshalb offen, ob eine entsprechende Präzisierung im Rahmen der Rechtsetzung sinnvoll wäre (beispielsweise analog zur Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG).

Bewertung

Wird die Aufnahme von Spitalern auf die Spitalliste an Bedingungen bezüglich des Systems für die Entschädigung interner und externer Fachkräfte geknüpft, nehmen die bestehenden Fehlanreize ab. Damit lassen sich unnötige und medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitungen verhindern. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Behandlungsqualität und -gerechtigkeit zunehmen wird. Ebenfalls anzunehmen ist, dass ein Grossteil der internen Ärzteschaft davon profitieren wird, wenn der ihnen auferlegte Druck, eine vorgegebene Anzahl an Fällen zu generieren, abgebaut wird. Eine quantitative Abschätzung der Wirkung dieser Massnahme liegt bisher nicht vor. Die potenzielle Wirkung unter Berücksichtigung des Ausmasses des Eingriffs und des damit einhergehenden Kontrollaufwands dürfte diesen jedoch rechtfertigen.

Erfahrungen aus dem Ausland

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass der Deutsche Bundestag vor kurzem einen entsprechenden Paragraphen im Sozialgesetzbuch aus dem Jahr 2013 verschärfte: Die Krankenhäuser sollen nun auf alle mengenbezogenen Anreize (Fälle, Schwere, Umsatz, etc.) in ihren Arbeitsverträgen verzichten (Stukenberg 2016).

Fazit

Diese Massnahme wird die heute existierenden Fehlanreize für Ärzte hinsichtlich medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitungen entscheidend reduzieren. Bisher liegen jedoch noch keine Informationen vor über die Höhe der zu erwartenden Kostenersparnis vor. Diese dürfte jedoch den erforderlichen Kontrollaufwand seitens der Kantone (und allenfalls Versicherer) um ein Vielfaches übersteigen. Daneben dürften sowohl die Arbeitszufriedenheit der Ärzte als auch die Behandlungsqualität zunehmen.

Es bestehen keine unmittelbaren Wechselwirkungen mit anderen vorgeschlagenen Massnahmen. Eine Ausnahme ist die regionale Spitalversorgungsplanung (vgl. M14 «Regionale Spitalversorgungsplanung») in Kapitel 5.4). Ein Rechtssetzungsbedarf ist aufgrund des bisher offensichtlich nicht ausgeschöpften Handlungsspielraums der verschiedenen Akteure nicht auszuschliessen.

5.4.3 Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich

Massnahmenpaket zwecks notwendiger Transparenz

In der Schweiz können hinsichtlich Datengrundlagen verschiedene Problemfelder identifiziert werden. Es gilt zwischen der Systemsteuerung und -optimierung einerseits und der Unternehmenssteuerung andererseits zu unterscheiden. Um die Situation zu verbessern, werden folgende beiden Massnahmen empfohlen, wobei der ersten Massnahme ein sehr viel grösseres Gewicht beizumessen ist:

- Schaffung notwendiger Transparenz
- Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern



M04 Schaffung notwendiger Transparenz

Zielsetzung

Mit der Schaffung der notwendigen Transparenz soll allen Akteuren die erforderliche Datengrundlage zur Verfügung gestellt werden, damit diese ihre Aufgaben hinsichtlich Systemsteuerung und -optimierung wahrnehmen können.

Beschrieb

An der Steuerung und Optimierung des Systems sind verschiedene Akteure beteiligt, welche auf Informationen der Leistungserbringer angewiesen sind. Es sind dies der Bund, die Kantone, Krankenversicherer und die Versicherten. Grundsätzlich stehen für die verschiedenen Aufgaben, welche die Akteure wahrnehmen sollen, teilweise gar keine, unzureichende oder die falschen Datengrundlagen zur Verfügung. Beispielweise bestehen Mängel bei den Daten zur Qualität der Leistungserbringung im gesamten Gesundheitssektor. Solche Daten müssten sowohl den versicherten Personen bei der Inanspruchnahme von Leistungen als auch den Behörden bei der Überprüfung der Qualität im Rahmen verschiedener Aufgaben (Versorgungsplanung, Tarifgenehmigung resp. -festsetzung, etc.) zur Verfügung stehen. Als weiteres Beispiel können die fehlenden Daten zu Kosten und Leistungen im ambulanten Bereich angefügt werden, was insbesondere bei der Genehmigung und Festsetzung einer (neuen) TAR-MED-Tarifstruktur grosse Schwierigkeiten bereitet.

Als Ursache für diese Situation können einerseits fehlende gesetzliche Grundlagen andererseits aber auch die fehlende Umsetzung der bestehenden Gesetzesgrundlagen identifiziert werden. In diesem Zusammenhang sind bereits verschiedene Anstrengungen im Gange, welche die Umsetzung der massgeblichen Gesetzesbestimmung von Artikel 59a KVG zum Ziel haben. Unter anderem soll das BFS-Projekt «Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS)» die Situation im ambulanten Bereich verbessern. Auch die Arbeiten im BAG für den Aufbau einer Datenbank mit anonymisierten Individualdaten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BAGSAN) sollen ebenfalls die Entscheidungsgrundlagen für die Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems stärken.

Um diese Bestrebungen zu unterstützen, wird im Rahmen dieser Massnahme empfohlen, den bereits heute möglichen Handlungsspielraum konsequent auszunutzen. Werden die gesetzlichen Vorgaben von den Leistungserbringern nicht beachtet, sollen entsprechende Sanktionen ergriffen werden. Diese können in Form von Konventionalstrafen ausgestaltet werden oder auch bei der Zulassung von Leistungserbringern ansetzen (vgl. insb. «M18 Differenzierter Kontrahierungszwang»). Zudem soll vermehrt auf die Vernetzung der verschiedenen Datengrundlagen hingearbeitet und insbesondere der Austausch von Daten zwischen den Behörden und Tarifpartnern sowie derer Organisationen institutionalisiert werden.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressat dieser Massnahme sind in erster Linie die Leistungserbringer und die Krankenversicherer.

5.4 Unmittelbar umsetzbare Massnahmen / **Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich**

Diese sind aufgefordert, ihrer gesetzlichen Pflicht bezüglich Datenlieferung nachzukommen. Im Rahmen eines steten und konstruktiven Austauschs zwischen den Stellen, welche die Daten erheben, und den Datenlieferanten sollen bestehende Unsicherheiten geklärt und die Datenqualität gefördert werden.

Bewertung

Die erhöhte Transparenz im Gesundheitssystem vereinfacht Analysen insbesondere hinsichtlich einer Optimierung des Gesundheitssystems. Damit verringert sich der administrative Aufwand auf Seiten der zuständigen Behörden erheblich. Auch die Leistungserbringer werden dadurch entlastet, weil die Mehrfachlieferung gewisser Daten reduziert werden kann. Zudem kann die Öffentlichkeit durch belastbare und aussagekräftige Informationen über Kosten und Behandlungsqualität der Leistungserbringer in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Die resultierende Kostenersparnis kann zwar nicht quantifiziert werden. Im Gesamtsystem ist jedoch eine deutliche Verbesserung hinsichtlich einer effizienten Datenerhebung und -verwendung zu erwarten.

Fazit

Die erhöhte Transparenz im Gesundheitssystem wird die administrative Effizienz bei allen Akteuren verbessern. Die resultierenden Kosten werden bei adäquater Definition der erforderlichen Datengrundlagen und deren effizienten Verwendung vom zu erwartenden Nutzen klar übertroffen. Die im Gesundheitssystem bestehende Informationsasymmetrie und ihre negativen Auswirkungen sinken damit entscheidend.

Es bestehen keine unmittelbaren Wechselwirkungen mit anderen vorgeschlagenen Massnahmen. Ein Rechtssetzungsbedarf ist aufgrund des bisher offensichtlich nicht ausgeschöpften Handlungsspielraums und der teilweise grossen Mängel in der Systemtransparenz nicht auszuschliessen.

M05 Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern

Zielsetzung

Bestehende Leerläufe aufgrund von doppelten und fehlerhaften Datenerfassungen sollen im stationären Bereich nach Möglichkeit reduziert werden, damit einerseits die Effizienz und andererseits die Patientensicherheit erhöht werden.

Beschrieb

Heute werden im stationären Bereich bereits grosse Datenmengen erfasst, welche zum Teil (noch) nicht ausgewertet werden und teilweise nicht relevant sind. Im Rahmen der oben empfohlenen Massnahme steigt der Datenerfassungsaufwand auch im ambulanten Sektor. Die Leistungserbringer betrachten diesen Aufwand bereits heute als hoch. Es gilt deshalb, Nutzen und Kosten bei der Datenerfassung sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

Unabhängig von den erfassten Daten spielen für deren effiziente Erfassung auch die eingesetzten Instrumente eine entscheidende Rolle. Heute kommen verschiedene IT-Lösungen und Erfassungsmaschinen innerhalb eines Spitals oder anderen stationären Einrichtungen zum Einsatz, wobei in der Schweiz eine Vielfalt von Lösungen existiert. Für administrative Aufgaben – u.a. die Datenerfassung – wenden Assistenzärzte und Pflegende bis zu einem Drittel ihrer Arbeitszeit auf (gfs.bern 2016a: 11). Dies ist mit ein Grund, weshalb es zu unnötigen Fehlern in der Datenerfassung kommt und Unzufriedenheit sowohl beim Gesundheitspersonal als auch bei den Patienten entsteht. Zu unterstreichen ist, dass es bei der erwähnten Datenerfassung nicht um die Erfassung von medizinischen Informationen im Rahmen der gesetzlich geregelten Dokumentationspflichten der Gesundheitsfachpersonen (d.h. Führen der Krankengeschichte) geht – welches ein integraler Bestandteil des ärztlichen und pflegerischen Handelns ist – sondern um die Erfassung von Daten zuhanden Dritter (z.B. für Statistikzwecke oder Berichte für die Sozialversicherungen).

In einem ersten Schritt soll der Verwendungszweck der erfassten Daten geklärt werden. Kurzfristig gilt dies insbesondere für die Spitäler hinsichtlich der intern erfassten Daten; vorhandenes Optimierungspotenzial sollten die Spitäler ausschöpfen.²⁶ Mittel- bis längerfristig stellt sich auch die Frage, welche gesetzlich vorgegebenen Daten tatsächlich erforderlich sind. In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf die Problematik hingewiesen, dass aufgrund von Datenschutzbestimmungen heute gewisse Datensätze nicht miteinander verknüpft werden dürfen, was zu Doppelerfassungen führt. Auf die Erfassung unnötiger Daten soll deshalb zukünftig verzichtet und die Periodizität wenn möglich reduziert werden, insbesondere wenn keine grossen Änderungen und neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (z. B. Pflegeaufwand).

In einem zweiten Schritt soll einerseits die Erfassung von Daten mit Hilfsmitteln (z. B. Stimmerkennungssystem zum Diktat) erleichtert werden. Andererseits sollen die verschiedenen IT-Systeme vernetzt werden, um die Doppelerfassung von Daten zu verhindern. Dem Zugang für die externe Ärzteschaft ist dabei Rechnung zu tragen. Im Hinblick auf einen gesamtschweizerischen, automatisierten Datenaustausch (z. B. Austausch von Informationen entlang der Behandlungsprozesse beim elektronischen Patientendossier) und die Weiterentwicklung des Systems sind einheitliche Schnittstellenformate zu definieren, im Sinne von semantischen – und wo notwendig auch technischen – Standards, die alle Akteure verwenden.²⁷

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten dieser Massnahme sind in erster Linie die Leistungserbringer, welche aufgefordert sind, ihre internen Abläufe hinsichtlich Datenerfassung kritisch zu prüfen. Weshalb diese Möglichkeit heute insbesondere von den Spitälern (grösstenteils) nicht genutzt wird, ist schwierig zu beantworten. Ökonomisch betrachtet könnte der fehlende Kostendruck der Grund sein, weshalb solche Prozessoptimierungen derzeit nicht als erforderlich gelten. Allerdings könnte auch das Vergütungssystem diese Situation begünstigen, falls Investitionen in IT-Infrastruktur nicht im gleichen Masse gedeckt werden können wie entsprechend höhere Personalkosten. Ein weiterer möglicher Grund ist, dass neue IT-Lösungen primär als Technologie-Projekte vorangetrieben werden und nicht als Projekte, um klinische Prozesse und die Zusammenarbeit innerhalb einer Gesundheitseinrichtung zu verändern.

Offen ist, ob die Kantone diesen Prozess im Rahmen ihrer Spitalplanungs- und Tarifgenehmigungskompetenz fördern können. Vorstellbar ist beispielsweise, erforderliche Investitionen in die IT-Infrastruktur bei der Genehmigung des Basispreises oder des Taxpunktwertes speziell zu berücksichtigen.

Falls sich keine Interoperabilität der IT-Systeme bei den Leistungserbringern einstellt und sich die Möglichkeiten im Rahmen der kantonalen Kompetenzen als ausgeschöpft erweisen, müsste eine gesetzliche Vorgabe auf Bundesebene in Betracht gezogen werden. Sollte sich im Rahmen dieses Prozesses herausstellen, dass auch bei den durch die Leistungserbringer von Gesetzes wegen zu erfassenden Daten Optimierungspotenzial besteht, gäbe es hier ebenfalls Rechtssetzungsbedarf.

Bewertung

Die Verhinderung von Leerläufen in der Datenerfassung würde entscheidend dazu beitragen, dass Gesundheitsfachpersonen ihre Arbeitszeit verstärkt für die Betreuung von Patientinnen und Patienten einsetzen können. Zunächst würde dies die Gesundheitsversorgung verbessern und die Zufriedenheit der Leistungserbringer erhöhen. Mittelfristig könnten eventuell Stellen reduziert oder trotz der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zumindest weniger stark ausgebaut werden. Die Folge wären Kosteneinsparungen. Die Einsparungen lassen sich kaum quantifizieren. In Anbetracht des Lohnni-

²⁶ Damit sind beispielsweise Synergien zwischen administrativen und medizinischen Prozessen gemeint (z. B. Zivilstandsmeldungen bei Geburten oder Todesfällen). Oft führen unterschiedliche spitalinterne Stellen diese Prozesse.

²⁷ Vgl. hierzu bspw. SGMI (2015).

veaus im Gesundheitswesen dürften diese jedoch beträchtlich sein. Die anfänglich erforderlichen Investitionen, u.a. in eine neue IT-Infrastruktur, würden mehr als kompensiert.

Erfahrungen aus dem Ausland

Bei der Bewertung dieser Massnahme ist ein Vergleich mit den Erfahrungen der in die Detailanalyse einbezogenen Länder nicht möglich. Insbesondere existiert in diesen Ländern keine rechtliche Regelung hinsichtlich der von den Leistungserbringern verwendeten IT-Lösungen. Erfahrungen in Dänemark deuten jedoch darauf hin, dass die oben dargelegten Ausführungen gestützt werden können. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich das Gesundheitssystem in Dänemark generell durch einen hohen Grad an Transparenz und elektronischem Austausch von Patientendaten auszeichnet (KPMG 2017: 39).

Fazit

Die Massnahmen zur Vermeidung von doppelten und fehlerhaften Datenerfassungen tragen nicht nur zur effizienteren Erbringung von Gesundheitsleistungen bei, sie fördern auch die Zufriedenheit von Leistungserbringern, Gesundheitspersonal im Allgemeinen und Patientinnen und Patienten. Welche Auswirkungen hinsichtlich Effizienz, Effektivität und Qualität sie auf das Gesundheitswesen haben werden, kann nicht quantifiziert werden. Aufgrund des hohen Datenerfassungsaufwands und des hohen Lohnniveaus im Gesundheitswesen ist jedoch zu erwarten, dass die Investitionen in die erforderliche IT-Infrastruktur mittel- bis langfristig mehr als kompensiert würden.

Zudem kann diese Massnahme im Zusammenspiel mit der empfohlenen Massnahme zum elektronischen Patientendossier (vgl. Kapitel 0) die Systemeffizienz zusätzlich fördern. Bedenkenswert ist zudem folgendes: In einem stetig stärker spezialisierten und damit auch stärker fragmentierten Gesundheitssystem (Einrichtungen und Fachpersonen) mit zeitnahe Austausch behandlungsrelevanter medizinischer Informationen entlang der Behandlungskette führt die Vermeidung von Doppelspurigkeiten und Leerläufen (z.B. bei der Behandlung chronisch kranker oder multimorbider Personen) auch zur Kostendämpfung.

Um Fehlinvestitionen zu vermeiden, ist es eventuell sinnvoll, Erfahrungen von anderen Ländern einzu beziehen, die bisher in der Analyse nicht berücksichtigt wurden. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Interesse der Kostendämpfung im Gesundheitswesen auf Bundesebene Interoperabilitäts-Standards vorgegeben werden sollen.

Massnahme, um Versicherte im optimalen Leistungsanspruch zu stärken

M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten

Zielsetzung

Mit der Stärkung der Informiertheit der (potenziellen) Patientinnen und Patienten sowie der damit verbundenen Selbstverantwortung wird die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung verbessert. Die Menschen sollen sich effizienter im Gesundheitssystem bewegen, die Vorbeugung gegen Krankheiten verbessern und mit ihrer Gesundheit sorgsamer umgehen können. Die Patientinnen und Patienten werden überdies befähigt, den Konsum medizinischer Leistungen vermehrt zu hinterfragen und so selbst zur Reduktion unnötiger Leistungen beizutragen und somit Kosten zu sparen.

Beschrieb

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Diverse Studien (unter anderem die im Herbst 2015 durchgeführte repräsentative «Erhebung Gesundheitskompetenz» durch das gfs.bern (gfs.bern 2016b) liefern Informationen, dass sich eine hohe Gesundheitskompetenz positiv auf den Gesundheitszustand auswirkt und die Nutzung medizinischer Leistungen beeinflusst. Vielen Patientinnen und Patienten fällt

es bis anhin schwer, medizinische Informationen zu verstehen und zu beurteilen. Die von ihnen konsumierten medizinischen Leistungen können sie deshalb nur schwierig auf ihre Indikation und deren Angemessenheit überprüfen. Problematisch ist dies vor allem durch den Umstand, dass dieses Unwissen zu vermehrtem Konsum (unnötiger) medizinischer Leistungen führt. Die Patientinnen und Patienten können den Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung nicht abschätzen und gehen davon aus, dass eine Behandlung besser ist als keine. Häufig sind sich Patientinnen und Patienten nicht bewusst, dass auch unnötige Therapien Nebenwirkungen haben können. Die Bevölkerung soll deshalb vermehrt darauf sensibilisiert werden, dass Wirkungen und Nebenwirkungen einer Therapie zuerst abgewogen werden müssen und dass es Behandlungen gibt, bei welchen aufgrund einer falschen oder ungenügenden Indikation die Nebenwirkungen überwiegen können.

Mithilfe der Allianz Gesundheitskompetenz, welche als Plattform Akteure aus Gesundheitswesen, Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft und Medien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz vernetzt, sollen bereits angelaufene Massnahmen weiterverfolgt und neue erarbeitet werden. Mit einer Informationskampagne des BAG und der Patientenorganisationen soll unter anderem das Konsumverhalten der Schweizer Bevölkerung beeinflusst werden mit dem Ziel, unnötige Behandlungen und Kosten zu vermeiden.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten der Massnahmen sind die gesunden Bewohner der Schweiz sowie Patientinnen und Patienten. Inwiefern Rechtssetzungsbedarf besteht, hängt von der Ausgestaltung der zu ergreifenden Massnahmen ab. Eine Informationskampagne kann auf Grundlage der bestehenden Gesetzgebung durchgeführt werden.

Bewertung

Längerfristig könnten hohe Einsparungen möglich sein, wobei diese stark von der konkreten Ausgestaltung der Massnahme abhängen. Der direkte Effekt einer Medienkampagne auf die Kostenentwicklung ist nur schwer nachweisbar. Eine Stärkung der Selbstverantwortung und Informiertheit der Patientinnen und Patienten ist jedoch zu erwarten. Die Ergebnisse der Schweizer Studie sowie weiterer europäisch vergleichender Studien des Health Literacy Europe (HLS-EU 2012) weisen eine signifikante negative Korrelation zwischen der Gesundheitskompetenz und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus. Mit zunehmender Gesundheitskompetenz nehmen die Arztbesuche folglich ab. Aufgrund der Erkenntnis, dass gut gebildete und finanziell bessergestellte Personen über eine höhere Gesundheitskompetenz verfügen und die Gesundheitskompetenz mit sinkendem Einkommen abnimmt, sollten Massnahmen vor allem bei Gesellschaftsschichten mit niedrigerem Bildungsstand ansetzen. Bei der Ausgestaltung der Massnahmen ist auch möglichen unerwünschten Effekten Rechnung zu tragen, die zu einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen könnten. Diese Massnahme ist besonders zu Beginn wichtig, solange die Anreizsituation bezüglich Patientinnen und Patienten noch nicht verbessert werden kann (vgl. M10 «Koordinierte Versorgung stärken» und weitere).

Fazit

Mit gestärkter Selbstverantwortung und Informiertheit können sich Patientinnen und Patienten effizienter im Gesundheitswesen bewegen und vermehrt unnötige oder falsche Behandlungen verhindern helfen. Dies führt nicht nur zu Kosteneinsparungen sondern auch zu einer verbesserten Behandlungsqualität und fördert die Angemessenheit der Versorgung. Die Nutzung eines elektronischen Patientendossiers kann diese Bemühungen unterstützen und den Wechsel zwischen Leistungserbringern mit verhältnismässig geringem Informationsverlust fördern. Die «M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten» ergänzt deshalb die Massnahmen «M38 Keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier», «M19 Qualität stärken» sowie das «Massnahmenpaket, um medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungen einzuschränken».

Massnahmenpaket zur Einschränkung medizinisch ungerechtfertigter Leistungen

Bereits im Bericht der Akademien der Schweiz 2012 «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens» werden die Effizienzreserven im schweizerischen Gesundheitswesen auf rund 20 Prozent der gesamten Gesundheitskosten beziffert. Der OECD-Publikation «Health at a Glance» 2016 können ferner folgende Zahlen entnommen werden:

- Raten für die Häufigkeit von Eingriffen wie Kaiserschnitt, Prostataktomie, oder Knie- und Hüftprothesen liegen in der Schweiz bis zu 20 Prozent über dem OECD-Durchschnitt.
- Teure Eingriffe wie z. B. Kreuzbandplastik, Vertebroplastie, Kyphoplastie oder künstliche Wirbelkörper, die evidenzbasiert keinen Mehrnutzen gegenüber konservativer Therapie bringen, werden in der Schweiz überdurchschnittlich oft durchgeführt.

Auffälligkeiten in der Häufigkeit derartiger Eingriffe und in ihrer regionalen Verteilung sollten im Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung (www.versorgungsatlas.ch) erfasst werden können. Dazu gehören die häufigsten elektiven orthopädischen, urologischen, neurochirurgischen oder kardiologischen Interventionen/Eingriffe. Zeigen sich signifikante Abweichungen, sind Evaluationen bzw. Interventionen möglich.

Es ist also anzunehmen, dass bei gewissen Eingriffen in der Schweiz eine kostentreibende Überversorgung vorliegt. Um diese Problematik anzugehen, muss man an verschiedenen Punkten im Gesundheitswesen ansetzen. Im Folgenden werden sieben verschiedene kostendämpfende Ansätze beschrieben. Die Massnahmen dienen den Zielen einer angemessenen Versorgung beziehungsweise einer verstärkten Umsetzung der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien). Die Massnahmen sind zum Teil eng miteinander verknüpft (vgl. jeweils «Bewertung oder Fazit»). Das Paket umfasst die folgenden Massnahmen:

- Verlagerung stationär zu ambulant
- Stärkung von HTA
- Rechnungskontrolle stärken
- Koordinierte Versorgung stärken
- Medizinische Boards / Indikationsboards
- Förderung von Behandlungsleitlinien
- Förderung Zweitmeinung
- Regionale Spitalversorgungsplanung

!! M07 Verlagerung von stationär zu ambulant

Zielsetzung

Erstellen eines Katalogs ambulant durchzuführender Eingriffe, die nachgewiesenermassen Vorteile für die Patienten mit sich bringen und gleichzeitig weniger ressourcenintensiv sind (Lemos et al. 2006: 24ff.). Primäres Ziel dieser Massnahme ist die adäquate Behandlung der Patienten, die von einer ambulanten Behandlung profitieren, und ein angemessener Einsatz der Ressourcen, welcher kostendämpfend wirken soll.

Beschrieb

Nach wie vor werden in der Schweiz überdurchschnittlich viele, standardisierte und häufige Leistungen (wie die Operation bei Leistenbruch oder die Kniegelenksspiegelung) stationär vorgenommen, auch wenn aus medizinischer Sicht nichts gegen die kostengünstigere ambulante Versorgung spricht.

Frankreich hat ein staatliches Programm etabliert, das eine gleich hohe Vergütung für ausgewählte stationäre und ambulante Leistungen vorsieht. Zudem können einzelne Spitäler dazu verpflichtet werden, zwingend eine Kostengutsprache bei der Krankenversicherung einzuholen. Damit konnte der Anteil ambulant durchgeführter Operationen zwischen 2011 und 2015 von 45 auf 52 Prozent leicht angehoben werden (ATIH 2016).

In der Schweiz sind die Anstrengungen der Kantone und des EDI in diesem Bereich grundsätzlich zu begrüssen. Umzusetzen ist insbesondere eine schweizweite Vorgabe in der KLV mit einer Liste von Eingriffen, welche primär ambulant durchgeführt werden sollen. Die stationäre Durchführung soll nur noch unter klar definierten, besonderen Umständen und nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer vergütet werden. Aktuell stehen Eingriffe zur Diskussion, die ein mengenmässig grosses Verlagerungspotenzial aufweisen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten sind die Leistungserbringer, die Fachgesellschaften, die Versicherer und die Kantone. Nach geltendem Recht darf eine stationäre Behandlung nur dann erfolgen, wenn die Spitalbedürftigkeit vorliegt und die WZW-Kriterien eingehalten werden.

Um der bereits bestehenden Regel mehr Nachdruck zu verschaffen, soll eine Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) erfolgen.

Bewertung

Da die stationäre Durchführung wesentlich höhere Aufwände und Kosten hat, ist mit bedeutenden Einsparungen für das gesamte Versorgungssystem zu rechnen. Während bei einer Verlagerung in den ambulanten Bereich die Kantone um ihren Beitrag an stationäre Spalkosten entlastet werden, übernehmen die Krankenversicherer die vollen Kosten der Leistung. Je nach Höhe der mit einer ambulanten gegenüber einer stationären Leistungserbringung erzielten Einsparungen sind Lastenverschiebungen von den Kantonen zur OKP so betrachtet nicht auszuschliessen. Vor diesem Hintergrund ist eine politische Lösung zur einheitlichen Finanzierung nicht nur wünschenswert sondern auch notwendig. Dies würde Anreize für die Krankenversicherer setzen, ambulantes Operieren konsequenter zu fördern. Neben der unterschiedlichen Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen seitens der Versicherer und Kantone können die unausgewogenen geltenden Tarifierungen die Umsetzung einer Verlagerung behindern. Eine Möglichkeit, eine ausgewogene ambulante Leistungsfinanzierung zu fördern, wären ambulante Fallpauschalen.

Die Liste mit ambulant durchzuführenden Eingriffen soll, angesichts der schnelllebigen medizinisch-technischen Innovationen, zeitnah anpassbar sein. Das EDI plant die Liste im KLV Anhang 1 einzutragen. Einträge im Anhang 1 KLV können bei Bedarf zweimal pro Jahr angepasst werden und tragen dadurch dieser Anforderung Rechnung.

Im Hinblick auf eine nachhaltige Verlagerung sind sowohl die Leistungserbringer (insbesondere Spitäler) als auch die Kantone (mit ihrer Planungshoheit) gefordert, bei Erneuerungsinvestitionen in ihre Infrastruktur den Fokus auf spitalambulante Prozesse zu richten.

Fazit

Da eine ambulante Versorgung deutlich weniger Ressourcen beansprucht als eine stationäre, ist bei einer Verlagerung von relevanten Kosteneinsparungen für das Gesamtsystem auszugehen. Erfahrungen aus Frankreich zeigen jedoch, dass eine solche Veränderung viel Zeit benötigt. Rahmenbedingung für die Umsetzung der Massnahme ist, Lastenverschiebungen von den Kantonen zur OKP zu vermeiden.

Wechselwirkungen hinsichtlich tariflicher Verbesserung bestehen zu den Massnahmen «M25 Tarifstruktur aktuell halten» und «M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern» sowie zu «M26 Einführung

einheitliche Finanzierung».

!! M08 Stärkung von HTA

Zielsetzung

Ziel ist es, über Regelungen der Leistungspflicht unwirksame oder unnötige Leistungen einzuschränken oder von der Vergütung durch die OKP auszuschliessen.

Beschrieb

Health Technology Assessment (HTA) setzt bei der wissenschaftlichen Prüfung einer Leistung an und untersucht, ob eine medizinische Leistung die WZW-Kriterien grundsätzlich erfüllt oder nicht. Bereits im Rahmen der OKP vergütete Leistungen sollen vermehrt überprüft und allenfalls von der OKP ausgeschlossen werden. Auch könnten die vergütungspflichtigen Indikationen eingeschränkt werden. Gegebenenfalls sind ergänzend besondere Vorgaben für die Leistungserbringer möglich. Die zu den jeweiligen Leistungen erstellten HTA-Berichte dienen als Entscheidungsgrundlage.

Im Mai 2016 hat der Bundesrat finanzielle Mittel für die Stärkung von HTA gesprochen. Der Aufbau eines Programms zur Re-Evaluation von OKP-Leistungen mittels HTA erfolgt schrittweise bis 2019.

Weiter ist die Etablierung eines aktiven «Horizon Scanning» vorgesehen, zur systematischen und frühzeitigen Erkennung von fragwürdigen neuen Leistungen oder Indikationserweiterungen im ambulanten wie im stationären Bereich, die einer Evaluation bedürfen. Dieses beginnt, sobald die entsprechenden Strukturen im BAG aufgebaut sind.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die Regelung der Leistungspflicht obliegt dem EDI, welches seine Entscheide auf Empfehlung der zuständigen Eidg. beratenden Kommissionen (ELGK, EAMGK, EAK) stützt. Bei konfektionierten Arzneimitteln entscheidet das BAG. Die Massnahme lässt sich mit den geltenden rechtlichen Grundlagen umsetzen.

Bewertung

Bei den derzeit laufenden fünf Re-Evaluationsprojekten (Kniearthroskopien, Eisensubstitutionstherapie bei Eisenmangel ohne Anämie, Chondroitinsulfat-haltigen Arzneimitteln bei chronisch degenerativen Gelenkerkrankungen, Blutzuckerselbstmessung bei nicht insulin-pflichtigem Typ-2-Diabetes Patienten, Entfernung von Osteosynthesematerial) ist mit möglichen Kosteneinsparungen von bis zu 100 Millionen Franken jährlich zu rechnen. Bei weiteren zukünftigen Themen kann mit Einsparungen von meist zweistelligen Millionenbeträgen jährlich gerechnet werden.²⁸ Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Ressourceneinsatz des Bundes nicht nur zu einer Entlastung der OKP sondern in wesentlichem Ausmass auch der Kantone führt. Im Sinne des Äquivalenzprinzips ist deshalb bei einer allfälligen Intensivierung des HTA-Programms die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine Mitfinanzierung durch die OKP und Kantone zu prüfen. Die Massnahme macht Sinn, solange die Anreize nicht korrekt wirken. Sobald ein wirksames Pay for Performance System funktioniert, kann diese Massnahme wieder aufgehoben werden.

Fazit

Mit der verstärkten Prüfung von Leistungen und der Regulierung der Leistungspflicht können der Einsatz

²⁸ Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass je nach Höhe der Kosten der alternativen Behandlungsmethoden ein mehr oder weniger grosser Teil der Einsparungen kompensiert werden könnte.

von nicht WZW-Leistungen direkt beeinflusst und Kosten im Bereich von zweistelligen Millionenbeträgen jährlich eingespart werden. Bedingung ist, dass eine Überprüfung durch die Versicherer möglich ist und die Leistungen mit effizienten kostengünstigeren Leistungen ersetzt werden. Die Massnahme ist somit als wirksames Kostendämpfungsinstrument zu bezeichnen.

Die Umsetzung von Regelungen der Leistungspflicht erfolgt hauptsächlich mittels einer Prüfung durch die Versicherer. Diesbezüglich besteht eine Wechselwirkung mit der Massnahme «M09 Rechnungskontrolle stärken». Zur Förderung des Einsatzes von geeigneten alternativen Behandlungen tragen auch die Massnahmen « M12 Förderung von Behandlungsleitlinien», «M11 Medizinische Boards/Indikationsboards» sowie «M13 Förderung Zweitmeinung» bei.

!! M09 Rechnungskontrolle stärken

Zielsetzung

Unnötige Behandlungen vermeiden sowie Verantwortlichkeiten klären bzw. verantwortlichen Leistungserbringer finanziell zur Rechenschaft ziehen.

Beschrieb

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet nur diejenigen Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG).

Voraussetzung für die Vergütung von Spitalaufenthalten ist, dass die Behandlung und Pflege oder die medizinische Rehabilitation der Patientinnen oder Patienten im Spital medizinisch indiziert ist (Art. 49 Abs. 4 KVG). Alle Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Werden diese Bestimmungen verletzt, d. h. wurden Leistungen erbracht, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden oder – falls sie bereits bezahlt wurde – zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG).

Wird eine bereits durchgeführte Behandlung nicht oder nur teilweise vergütet, so steigt für die Spitäler und andere Leistungserbringer das Risiko, dass sie mit unnötig erbrachten Leistungen Verluste erleiden. Sie werden deshalb die Leistungserbringung eher auf das erforderliche Mass beschränken und medizinisch nicht indizierte Behandlungen vermeiden. Voraussetzung dafür ist, dass die Krankenversicherer genügend Informationen haben, um Fragen der Angemessenheit beurteilen zu können. Entsprechend müssen diese von den Leistungserbringern zwingend eingefordert werden können.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die Adressaten dieser Massnahme sind in erster Linie die Krankenversicherer, da sie Rechnungsprüfung (Prüfung, ob die Behandlungscodes korrekt aufgeführt worden sind) und WZW-Kontrolle (Kontrolle, ob die Behandlung gemäss den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit eingesetzt wurde) vornehmen. Es besteht kein Rechtssetzungsbedarf, die erwähnten Bestimmungen des KVG sind aber entschlossener umzusetzen. Dazu gehört insbesondere, dass

- die Krankenversicherer ihre Kontrollsysteme und –instrumente weiter verbessern, um mehr Rechnungen systematisch zu prüfen und die WZW-Kontrolle durchführen zu können,
- die Kostenträger (Krankenversicherer und Kantone) die Vergütung verweigern oder bereits geleistete Zahlungen zurückfordern, falls sie feststellen, dass die Rechnung fehlerhaft ist oder das für den Behandlungszweck erforderliche Mass der Leistungserbringung überschritten wurde,
- die Zusammenarbeit zwischen den Krankenversicherern bei der Durchführung der Rechnungskontrollen verbessert wird,

- eine doppelte Prüfung beziehungsweise Kontrolle durch Krankenversicherer und Kantone vermieden wird,
- das BAG seine Aufsicht über die Krankenversicherer intensiviert.

Bewertung

Die Rechnungsprüfung bzw. WZW-Kontrolle durch die Krankenversicherer erfolgt, wenn eine Leistung bereits erbracht und abgerechnet worden ist. Im Einzelfall stellen sich insbesondere Fragen hinsichtlich korrekter Indikationsstellung und der Zweckmässigkeit einer Leistung. Solche Fragen müssen fachlich durch die vertrauensärztlichen Dienste beurteilt werden. Diese Aufgabe ist anspruchsvoll, wäre eigentlich aber eine der Kernaufgaben der Versicherer.

Eine verstärkte Kontrolle durch die Krankenversicherer und die konsequente Anwendung von Artikel 56 Absatz 2 KVG (Verweigerung bzw. Rückforderung der Vergütung für Leistungen, die über das notwendige Mass hinausgehen) wird für Leistungserbringer den finanziellen Anreiz schmälern, unnötige Leistungen zu erbringen.

Eine verstärkte Kontrolle könnte jedoch insbesondere in einer Angangphase zur Folge haben, dass zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern vermehrt Differenzen in der WZW-Beurteilung auftreten, was den Rechnungsprüfungsprozess verlängern würde. Im Interesse des Grundsatzes, dass nur Leistungen vergütet werden, welche die WZW-Kriterien erfüllen, ist dies aber notwendig.

Die Massnahme erfordert gewisse Zusatzinvestitionen der Krankenversicherer, insbesondere in den Bereichen Personal und Informatik. Wie viele unnötige Spitalbehandlungen in der Schweiz durchgeführt werden und welche Kostenfolgen dies hat, ist nicht bekannt. Unter der Annahme, dass diese Massnahme dazu beiträgt, dass weniger unnötige Behandlungen durchgeführt werden, ist von einer spürbaren kostendämpfenden Wirkung auszugehen. Investitionen und Aufwand der Krankenversicherer für zusätzliche Kontrollen liegen bei weitem unter dem Sparpotenzial, das sich ergibt, wenn die Spitäler nur noch wenige oder keine unnötigen Behandlungen mehr durchführen.

Die Massnahme hat nur geringfügige soziale Auswirkungen. Für die Versicherten könnte zusätzlicher Aufwand entstehen, falls die Krankenversicherer von ihnen Informationen benötigen, um zu beurteilen, ob eine Leistung unnötig erbracht wurde, sowie bei der Einleitung von gerichtlichen Verfahren, wenn nach Ansicht der Versicherten die Leistungsvergütung ungerechtfertigt abgelehnt wird. Dies ist im Interesse der Kostendämpfung hinzunehmen. Die Versorgungsqualität der stationären Spitalleistungen würde zudem insgesamt ansteigen, weil die Überversorgung abnehmen würde.

Erfahrungen aus dem Ausland

In Deutschland unterstützt der regional organisierte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Krankenkassen bei der Rechnungskontrolle: «Im Jahr 2015 führte der MDK 5,85 Mio. Prüfungen durch [...]. Bei ca. 50 % der untersuchten Krankenhausfälle kommt es zu erfolgreichen Beanstandungen der abgerechneten Fälle und Rückzahlungen durch die Leistungserbringer. Der GKV-SpiBu schätzt, dass sich durch eine effiziente Prüfung 2,3 Mrd. € (3,6 % der Krankenausgaben) in 2013 einsparen lassen [...]. Regelmässig durchgeführte Leistungskontrollen hemmen Leistungserbringer, ungerechtfertigte Positionen abzurechnen oder die Leistungsausgaben verschwenderisch zu erhöhen. Die geleistete Menge wird durch das Damoklesschwert der Kontrolle wahrscheinlich nur marginal beeinflusst. Durch Interaktion der Kontrollierten und Kontrollierenden kann das gegenseitige Verständnis verbessert werden. Dies kann sowohl einen kurz- als auch einen langfristig senkenden Budgeteffekt haben. Durch die Überprüfung der Angemessenheit der Behandlungen wird die Qualität tendenziell erhöht.» (Busse und Blankart 2017: 14f.).

Fazit

Das deutsche Beispiel zeigt, dass eine konsequente Rechnungskontrolle ein beträchtliches Kostendämpfungspotenzial aufweist. Die Intensivierung der Rechnungskontrolltätigkeiten ist in erster Linie Aufgabe der Krankenversicherer. Damit diese Massnahme ihr volles Kostendämpfungspotenzial ausschöpfen kann,

- sind klare Kriterien erforderlich, wann die Versorgung angemessen ist bzw. was als unnötige Behandlung gilt,
- müssen die Anreize der Leistungserbringer zur Mengenausweitung beziehungsweise zur Durchführung unnötiger Eingriffe minimiert werden, indem effektiv die Kosten von unnötigen Behandlungen auf sie überwältigt werden.

Die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde (vgl. «M35 Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde») würde die Rechnungsprüfung und WZW-Kontrolle zusätzlich intensivieren. Weiter bilden medizinische Behandlungsleitlinien (vgl. «M12 Förderung von Behandlungsleitlinien») eine wichtige Grundlage für die Prüfung durch die Krankenversicherer.

!! M10 Koordinierte Versorgung stärken

Zielsetzung

Ziel der koordinierten Versorgung ist, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen der Patienten und Patientinnen über ganze oder weite Teile der Versorgungskette zu verbessern.

Beschrieb

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates (Gesundheit2020) ist eine der Massnahmen die Verbesserung der koordinierten Versorgung. Der Fokus der Arbeiten liegt derzeit auf Massnahmen für spezifische Patientengruppen, die viele und aufwändige Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen.

Ergänzend sind folgende Ansätze zu befolgen:

Die Stärkung der koordinierten Versorgung ist primär mittels Förderung von Netzwerken und dezentralen Verträgen zu erreichen. Als Instrumente für die Förderung können Disease-Management-Programme, also strukturierte Behandlungsprogramme für gewisse Krankheitsbilder definiert werden. Solche Programme sind in Netzwerken wesentlich leichter umsetzbar. Zudem ist es in Netzwerken auch möglich, dass paramedizinische Fachpersonen mit den entsprechenden Aus- und Weiterbildungen gewisse ärztliche Leistungen übernehmen können, was dann auch in den Disease-Management-Programmen abgebildet werden kann (oder umgekehrt). Ein weiteres – ähnliches - Instrument ist die Entwicklung und Definition von Patientenpfaden. Damit sollten alle Leistungserbringer ein gemeinsames Verständnis ihrer Rolle und des optimalen Ressourceneinsatzes haben. Patientenpfade könnten daher als Steuerung einer integrierten Versorgungskette eingesetzt werden. Die Definition von Disease-Management-Programmen und Patientenpfaden sollen als Unterstützung für die Netzwerke und die Verträge zwischen den Tarifpartnern betrachtet werden und deren Arbeiten vereinfachen.

Ein eher Top-down orientierter Ansatz besteht in der Möglichkeit der Kantone bei der Erteilung von Leistungsaufträgen, die Bildung von Netzwerken zu fördern. Hier können Leistungsaufträge an die Spitäler (stationär) und ambulante Krankenpflege (Spitex) als Beispiel dienen, die nun aber auf andere Leistungserbringer ausgeweitet werden müssten.

Eine zentrale Frage in der koordinierten Versorgung ist, wie die Leistungserbringer überhaupt dazu motiviert werden können, sich in Netzwerken zu organisieren bzw. sich ihnen anzuschliessen. Die selektive Aufhebung des Kontrahierungszwangs kann hier eine zentrale Rolle spielen, also z. B. im Sinne,

dass für Leistungserbringer in Netzwerken weiterhin Kontrahierungszwang bestehen würde. Direkte pekuniäre Anreize, beispielsweise in Form leicht höherer Taxpunktwerte im Falle von Behandlungen im Rahmen von Netzwerken, wären noch wirksamer.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die primären Adressaten dieser Massnahme sind im Rahmen des geltenden Rechtes die Versicherer und Leistungserbringer, also die Tarifpartner. Sie haben die Möglichkeit und den Spielraum, «bottom-up» Modelle zu entwickeln und umzusetzen.

Weitere Adressaten sind die Kantone in Bezug auf Leistungsaufträge.

Rechtssetzungsbedarf auf Stufe Gesetz könnte mit der partiellen Aufhebung des Kontrahierungszwangs entstehen.

Bewertung

Die Erfahrungen im Rahmen der Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl zeigen, dass Kosteneinsparungen mittels koordinierter Versorgung möglich sind. Die Massnahme kann als wirksam und effizient beurteilt werden. Ein zentrales Element wird aber Qualität und Patientenzufriedenheit sein. Beide müssen hoch sein, damit sichergestellt werden kann, dass die koordinierte Versorgung durchgehend als qualitativ hochstehende Medizin wahrgenommen wird.

Erfahrungen aus dem Ausland

In Deutschland wurde in den vergangenen drei Jahrzehnten die sektorale Organisation des deutschen Gesundheitswesens immer wieder als Ursache für hohe Kosten und Qualitätsprobleme identifiziert. Daraufhin hat der Gesetzgeber verschiedene Möglichkeiten geschaffen, um die Kooperation, Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung zu fördern. Insbesondere die eher zentral gesteuerten strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) und die eher dezentral entstehenden Netzwerke der besonderen Versorgung spielen in Deutschland eine wichtige Rolle.

In Frankreich wurde die unkoordinierte Versorgung verbunden mit einem hohen Unabhängigkeitsgrad und grosser Auswahl für Versorger sowie für Patientinnen und Patienten als wesentlicher Kostentreiber identifiziert. Spezifische Programme einer koordinierten Versorgung über die ganze Behandlungskette sind in Frankreich jedoch nicht verbreitet. Einzig die Einführung von multidisziplinären Gruppenpraxen erkennt Frankreich als Mittel, um den Umgang mit chronisch Kranken und die Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern. Der Schwerpunkt wird weg von der kurativen Behandlung akuter Symptome hin zu präventiven Leistungen und zur Behandlungskoordination gelenkt.

Fazit

Die koordinierte Versorgung hat das Potenzial, die Effizienz in der Versorgung zu erhöhen. Tendenziell scheint die Förderung der koordinierten Versorgung eher bottom-up und schrittweise, d.h. für spezifische Patientengruppen, erfolgsversprechend. Die Massnahme steht inhaltlich in Wechselwirkung mit den Massnahmen «M27 Verpflichtung zu Gatekeeping», «M12 Förderung von Behandlungsleitlinien» und «M11 Medizinische Boards / Indikationsboards». Aus Sicht der Regulierung/Rahmenbedingungen besteht eine Wechselwirkung zur Massnahme «M18 Differenzierter Kontrahierungszwang».



M11 Medizinische Boards / Indikationsboards

Zielsetzung

Die Massnahme «Indikationsboards» bezweckt eine Einflussnahme auf die Indikationsstellung für Wahl Eingriffe insbesondere dort, wo aufgrund geographischer Unterschiede eine gewisse Überversorgung vermutet werden kann.

Beschrieb

Erfahrungen mit Indikationsboards bestehen insbesondere im onkologischen Bereich. In grösseren medizinischen Zentren ist die interdisziplinäre Besprechung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens im Falle einer neu diagnostizierten Krebserkrankung oder bei Auftreten eines Rezidivs in Tumorboards die Regel. Die flächendeckende Einführung von Tumorboards für seltene Krebserkrankungen und die methodische Entwicklung von deren Tätigkeit sind Teil der Nationalen Krebsstrategie 2014 bis 2017 (Projekte 3.2. und 3.3). Auch in anderen Bereichen wie z. B. der bariatrischen Chirurgie gehören Indikationsstellungen im Rahmen interdisziplinärer Teams zur gängigen Praxis.

Die interdisziplinäre Besprechung und Indikationsstellung in Indikationsboards soll insbesondere vor folgenden Wahleingriffen eingeführt werden: Knie- und Hüftgelenkersatz, Diskushernienoperationen, Prostataresektionen (bei benigner Prostatahyperplasie), elektive Arthroskopien. Die geeigneten Anwendungsgebiete sollen mittels Literaturrecherche und Expertenbefragung eingegrenzt werden.

Da die Indikationsstellung aufgrund eines Entscheids im Einzelfall unter Abwägung von zahlreichen patienten- sowie auch versorgungsseitigen Faktoren (verfügbare Expertise für Behandlung und Nachbehandlung) erfolgt, ist eine Definition einer guten Indikationsqualität in Form von a priori Kriterien nur begrenzt möglich. Die Massnahme zielt deshalb darauf ab, den Prozess der Indikationsstellung durch die zwingende Einbeziehung mehrerer Disziplinen zu verbessern.

Die Indikationsstellungen und die Operationen selber sollen protokolliert und die Ergebnisse in einem Register festgehalten werden, so dass eine Evaluation ermöglicht wird. In einer ersten Phase sind Pilotprojekte zu entwickeln und aufgrund deren Ergebnisse weitere Massnahmen zu treffen. Wie für alle Qualitätsentwicklungsprojekte gilt auch hier als kritischer Erfolgsfaktor, dass die Anwender (Ärztenschaft und Spitäler) die Initiative und Verantwortung übernehmen (bottom-up-Ansatz). Auch hier wäre die Einführung pekuniärer Anreize von Nutzen (vgl. M10 «Koordinierte Versorgung stärken»).

Adressaten und Rechtsetzungsbedarf

Adressaten sind primär Fachgesellschaften und Spitäler sowie auch die Tarifpartner, welche entsprechende Strukturen und Prozesse verankern können, unter anderem in Qualitätsverträgen, und die auch deren Wirkung evaluieren. Das EDI könnte Indikationsboards, die sich in Pilotprojekten bewährt haben und flächendeckend implementiert werden können, schliesslich auch im Anhang 1 der KLV für die Indikationsstellung als verbindlich erklären.

Kulturelle Aspekte wie die Selbstverständlichkeit und der Nutzen von medizinischen Boards, insbesondere in Bezug auf die Einschränkung der Entscheidungskompetenz der einzelnen Fachperson, können durch Ärzteorganisationen (z. B. Fachgesellschaften, FMH, fmCH, SAMW) gefördert werden.

Bewertung

Der Erfolg des Einsatzes von Indikationsboards wird wie bei allen Qualitätsentwicklungsprojekten davon abhängen, dass die Anwender (Ärztenschaft und Spitäler) Verantwortung übernehmen (bottom-up-Ansatz) und dass der Nutzen nachgewiesen werden kann (Durchführung von entsprechenden Evaluationen). Der Erfolg zeigt sich in der Verbesserung der Patientenversorgung, der Vermeidung unnötiger Behandlungen und eventueller negativer Behandlungsfolgen sowie deren Kosten.

Erfahrungen aus dem Ausland

Evaluationen von Tumorboards in den USA an einzelnen, ausgewählten und wahrscheinlich besonders motivierten Kliniken berichten über Änderungen des Vorgehens in 30–50 Prozent der vorgestellten Patienten nach der Besprechung im Tumorboard. Eine flächendeckende Evaluation der Tumorboards über die Gesamtheit der Behandlungen des Veteran Affairs Health Systems hingegen konnte nur minimale Verbesserungen der Behandlungsergebnisse dokumentieren (El Saghier et al. 2014).

Fazit

Die Einführung und Förderung von Indikationsboards erhöht die Indikationsqualität und damit den zielgerichteten Einsatz von Leistungen und verhindert unnötige Behandlungen mit entsprechenden Kostenfolgen. Eine Quantifizierung ist nicht möglich. Da sie auf der anderen Seite die Eigenkompetenz des einzelnen Arztes einschränkt, sind in der Umsetzung ungenügende Beteiligungen und Blockaden möglich. Ein gut konzipierter bottom-up-Ansatz sowie Massnahmen hinsichtlich kultureller Aspekte durch Ärzteorganisationen können die Umsetzung begünstigen.

Die Massnahme hat einen direkten Bezug zur «M13 Förderung Zweitmeinung» als alternative Massnahme. Weiter stellen Leitlinien eine wichtige Grundlage für die interdisziplinäre Diskussion und Indikationsstellung dar, womit ein Bezug zur Massnahme «M12 Förderung von Behandlungsleitlinien» besteht.

!! M12 Förderung von Behandlungsleitlinien

Zielsetzung

Durch die verstärkte Anwendung von Behandlungsleitlinien sollen die Indikationsqualität und die interdisziplinäre Koordination verbessert und damit Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden. Damit lassen sich unnötige Leistungen reduzieren. Mögliche Ziele eines Leitlinienprogramms sind insbesondere:

- Erarbeitung von Empfehlungen zu bereichsübergreifenden Vorgehensweisen bei der Versorgung von Patienten mit speziellen Krankheitsbildern oder Symptomen, multidisziplinär mit den involvierten Leistungserbringern (fallweise auch mit Patientenbeteiligung) entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin,
- Empfehlungen auszusprechen bezüglich der Koordination und Abstimmung der an der Versorgung beteiligten medizinischen Disziplinen und allenfalls weiterer Fachbereiche des Gesundheitswesens,
- durch Einbezug aller an der Versorgung beteiligten Disziplinen, Organisationen und Patienten eine Verbreitung und effektive Umsetzung der Empfehlungen zu ermöglichen,
- solche Empfehlungen in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung und in QM-Systemen ebenso zu berücksichtigen wie bei Verhandlungen/Verträgen zur integrierten Versorgung oder strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) mit Versicherern,
- eine gemeinsame Entscheidung zwischen Arzt und Patient durch eine entsprechend qualitativ hoch stehende Patienteninformation zu unterstützen.

Beschrieb

Medizinische Leitlinien haben den Zweck, Empfehlung für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten abzugeben. Bei einer solchen medizinischen Leitlinie handelt es sich nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns, die von einer rechtlich legitimierten Institution aufgestellt und veröffentlicht wurde, deren Beachtung verbindlich ist und deren Nichtbeachtung Sanktionen zur Folge hat. Sie haben grundsätzlich empfehlenden Charakter. Die Entscheidung darüber, ob eine bestimmte Empfehlung befolgt wird, muss der behandelnde Arzt unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der Ressourcen treffen. Auch sind die Guidelines je nach Entstehungsprozess von unterschiedlicher Qualität (Guyatt et al. 2008). Für die Erarbeitung von Leitlinien gibt es Empfehlungen und Konzepte des internationalen Leitliniennetzwerkes (G-I-N) (Quaseem et al. 2012), Leitlinienempfehlungen des Europarates (Europarat et al. 2002), Beurteilungskriterien der Bundesärztekammer, des Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstruments (DELBI) von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF 2012) und dem ärztlichen Zentrum für Qualität (ÄZQ). Die Einstufung der Leitlinien-Empfehlungen erfolgt nach Evidenzgraden (OCEBM 2011):

- im Sinne einer starken Empfehlung (soll oder soll nicht) als Empfehlungsgrad A,

5.4 Unmittelbar umsetzbare Massnahmen / **Massnahmen im** Versorgungs- und Leistungsbereich

- als Empfehlungsgrad B: Empfehlung (sollte oder sollte nicht) bzw.
- als Empfehlungsgrad offen 0 (kann).

Je stärker sich eine Leitlinie auf eine systematische Analyse der verfügbaren Evidenz abstützt und daraus klare Empfehlungen formuliert werden können, desto verbindlicher sind diese im Hinblick auf das ärztliche Handeln. Die Wahrscheinlichkeit der Verfügbarkeit hochwertiger (evidenzbasierter) Leitlinien, die in der Schweiz Anerkennung finden, liegt bei häufigen Krankheiten mit entsprechend grosser Kostenwirkung höher, als bei seltenen Erkrankungen. Bei letzteren können aber auch Empfehlungen auf dem Niveau eines Expertenkonsenses eine akzeptable Orientierung liefern. In beiden Fällen ergeben sich innerhalb einer Leitlinie zu verschiedenen Aspekten meist unterschiedliche Stärkegrade der Empfehlungen. Diese können in positiver (soll) wie in negativer Richtung (soll nicht) ausfallen oder die Anwendung bestimmter Leistungen auf den Rahmen wissenschaftlicher Studien einschränken. Eine wesentliche Schwierigkeit besteht jedoch in der Anwendung von Leitlinien bei Patienten mit mehreren Erkrankungen, da die Leitlinien sich in der Regel auf nur eine Krankheit beziehen.

In der Schweiz ist es grundsätzlich die Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften, medizinische Leitlinien zu erstellen und zu implementieren. Verschiedene Leitlinien wurden erarbeitet und veröffentlicht, alternativ richtet man sich nach international geltenden Leitlinien. Dennoch ist davon auszugehen, dass es in vielen Bereichen noch an aktuellen nationalen oder in der Schweiz allgemein beachteten Leitlinien fehlt, unter anderem für den Hüft-/Kniegelenkersatz, für Eingriffe am Rücken oder die Prostatresektion bei benigner Prostatahyperplasie. Die wissenschaftlich anspruchsvolle Erarbeitung einer Guideline kann sehr aufwändig sein und Kosten von bis zu mehreren Hunderttausend Franken verursachen, was die Kapazitäten von kleineren Fachgesellschaften rasch übersteigen kann. In der Schweiz gibt es verschiedene Bestrebungen im Bereich Leitlinien, beispielsweise die Initiative guidelines.ch und die 2012 durch die Ärzteschaft veranlasste Gründung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM). Um die Erstellung neuer Leitlinien oder deren Aktualisierung bzw. Anpassung an nationale Kontexte zu fördern, könnten konkrete Projekte oder auch grundlegende Strukturen gefördert werden, die zu deren wissenschaftlichen Erarbeitung notwendig sind.

Damit Guidelines in der täglichen Praxis auch Anwendung finden und eine Wirkung entfalten, müssen sie von den Kantonen und Leistungserbringern anerkannt und unterstützt werden. Indikatoren zur Messung der Adhärenz an Guidelines können eine wichtige Grundlage zur Förderung der Anwendung von Guidelines darstellen. Solche Indikatoren fehlen derzeit in der Schweiz jedoch weitgehend. Zur Verbesserung der Wirkung medizinischer Leitlinien sind grundsätzlich begleitende Implementierungsmassnahmen erforderlich wie der Einbezug der Anwender in die Entwicklung der Guidelines, die kontinuierliche Weiterentwicklung der Guidelines, eine Verankerung der Leitlinien in den klinischen Entscheidungsabläufen (z. B. beim Disease Management) der jeweiligen Institution bzw. Audit- und Feedback bezüglich Anwendung und Wirkung der Guidelines.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die primären Adressaten der Erstellung-, Anpassung und Implementierung von Leitlinien sind die betroffenen Fachgesellschaften (häufig interdisziplinäre Thematik) aber auch wissenschaftliche Institutionen der evidenzbasierten Medizin (EBM) und Organisationen der Ärzteschaft wie SAQM und SAMW. Die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) sind Adressaten hinsichtlich der Entwicklung von Messindikatoren bezüglich Adhärenz und gemeinsamer Massnahmen zur Förderung der Implementierung.

Grundsätzlich können die Massnahmen mit den geltenden rechtlichen Grundlagen umgesetzt werden. Eine wesentliche Rolle spielen medizinische Leitlinien auch in Rechtsstreitigkeiten, wo diese insbesondere bei Fragen ärztlicher Sorgfaltspflicht berücksichtigt werden.

Weiter ist eine Verankerung einer Leitlinie als Voraussetzung der Leistungspflicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie deren Anhänge möglich. Dies geschah in der Vergangenheit mehrfach, wobei der Einfluss auf die Implementierung einer Leitlinie sehr unterschiedlich ausfiel. Wesentliche

Erfolgsfaktoren sind die Akzeptanz bei den Leistungserbringern und die Prüfbarkeit durch die Versicherer. Der Nutzen und die Wirksamkeit der Verankerung einer Leitlinie in der KLV soll im spezifischen Anwendungsgebiet geprüft werden. Würde die Verankerung auf Verordnungsebene als unterstützende erfolgversprechende Massnahme erachtet, könnte ein entsprechender Antrag ans BAG gestellt werden. Nach Konsultation der jeweils zuständigen Eidg. Kommissionen (ELGK, EAMGK oder EAK) würde das EDI einen Entscheid über die Verankerung in der KLV treffen.

Bewertung

Der Förderung der evidenzbasierten Medizin durch Leitlinien fördert die Qualität der Versorgung und entfaltet in Bereichen der Über- und Fehlversorgung auch eine kostendämpfende Wirkung.

Fazit

Mit der Förderung der Anwendung von medizinischen Leitlinien kann der Über-, Unter- und Fehlversorgung ein Riegel geschoben werden, Kosten für unnötige oder unwirksame Leistungen sowie deren Nebenwirkungen oder Zwischenfälle lassen sich vermindern. Eine Quantifizierung ist nicht möglich. In der Förderung von Leitlinien stehen die Fachgesellschaften in primärer Verantwortung. Angesichts der bisher insgesamt als unbefriedigend beurteilten Situation braucht es aber auch übergeordnete Institutionen, die das Thema vorantreiben.

Hinsichtlich der angestrebten Verbesserung der Patientenversorgung bestehen Wechselwirkungen zu den Massnahmen «M11 Medizinische Boards /Indikationsboards» und «M13 Förderung Zweitmeinung» (wo Leitlinien eine gemeinsame Diskussionsgrundlage darstellen) und bezüglich Überprüfung der leitliniengerechten Behandlung die Massnahme «M09 Rechnungskontrolle stärken».

!! M13 Förderung Zweitmeinung

Zielsetzung

Vermeiden von Leistungen ohne relevanten Nutzen (low value care, ineffective care): Eine medizinische Zweitmeinung soll zur Verbesserung der Indikationsqualität und damit zu einer angemessenen Versorgung führen.

Beschrieb

Das Einholen einer Zweitmeinung soll bei spezifischen Behandlungen, insbesondere bei elektiven orthopädischen Eingriffen (Hüft-, Kniegelenkersatz), gefässchirurgischen und Wirbelsäuleneingriffen (Diskushernie, Versteifung, enger Spinalkanal, Vertebroplastie) gefördert werden, insbesondere auch als Alternative zu einem Indikationsboard. Der Zweitmeinungsarzt/-ärztin ist idealerweise neutral, das heisst, er/sie darf die empfohlene Therapie, sollte sie notwendig sein, nicht selber durchführen.

Heutzutage besteht praktisch keine systematische Möglichkeit, einen – objektiv gesehen – geeigneten, entsprechend qualifizierten, neutralen Zweitmeinungsarzt zu finden. Um sinnvolle Zweitmeinungen anbieten zu können, müssten gewisse Rahmenbedingungen erfüllt werden wie z. B. Neutralität des Zweitmeinungsarztes oder ein Monitoring zur Überprüfung der Wirksamkeit dieser Massnahme. Die Patienten können über verschiedene Wege unterstützt werden wie z. B. durch den Krankenversicherer oder über Internetplattformen.²⁹

Es besteht heute auch das Risiko, dass der Wunsch eines Patienten nach einer Zweitmeinung seitens Erstmeinungsarzt als Misstrauensantrag verstanden wird, der das Arzt-Patienten-Verhältnis und damit auch die Qualität der Betreuung beeinträchtigt. Es gilt also, die Kultur einer Selbstverständlichkeit von

²⁹ Beispiel: <https://meinezweitmeinung.ch>.

Zweitmeinungen unter den Leistungserbringern zu fördern.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die primären Adressaten dieser Massnahme sind die Tarifpartner. Klare gegenseitige Abmachungen vereinfachen und fördern das adäquate Einholen von Zweitmeinungen. Die Akzeptanz der Selbstverständlichkeit und des Nutzens von Zweitmeinungen kann durch Ärzteorganisationen (z. B. Fachgesellschaften, FMH, fmCH, SAMW) gefördert werden. Die Versicherer sollen die Versicherten mit zielgerichteter Information in ihrer partizipativen Rolle stärken und im Prozess zur Einholung einer Zweitmeinung unterstützen.

Die Durchführung und Vergütung von Zweitmeinungen sind im Rahmen des Krankenversicherungsrechts möglich. Falls sich in der Ausgestaltung von Umsetzungslösungen rechtlicher Anpassungsbedarf zeigen würde, wäre dieser zu prüfen.

Bewertung

Eine medizinische Zweitmeinung kann - sinnvoll eingesetzt - helfen, die Indikationsqualität zu verbessern und dadurch unnötige Behandlungen und eventuell vermeidbare Behandlungsfolgen sowie deren Kosten zu verhindern. Sie hilft, diagnostische Unsicherheiten zu beseitigen und entsprechende therapeutische Schritte einzuleiten oder zu unterlassen (Van Such et al. 2017). Zudem kann sie auch unentlassenen und verunsicherten Patienten helfen, die vor einer grösseren Entscheidung stehen, die für sie passende Wahl der Behandlung zu treffen. Daten über die Anzahl heute abgegebener Zweitmeinungen sind nicht verfügbar (keine spezifische Tarifposition), daher wird es schwierig sein, die Auswirkungen dieser Massnahme zu messen. Wird die Einholung einer Zweitmeinung obligatorisch, sinkt die Effizienz tendenziell (Ali und Pieper 2016). Umgekehrt entfaltet sich eine «prophylaktische» Wirkung, da in der Erstmeinung bereits berücksichtigt wird, dass noch eine zweite Person ein Urteil abgeben wird.

Fazit

Mit der Förderung der Praxis von Zweitmeinungen lassen sich die Indikationsqualität verbessern und Kosten für unnötige oder nicht wirksame Leistungen sowie deren Nebenwirkungen oder Zwischenfälle vermindern. Eine Quantifizierung ist nicht möglich. Primärer Ansatzpunkt sind klare gegenseitige Abmachungen der Tarifpartner, die Beeinflussung kultureller Aspekte durch Organisationen der Ärzteschaft und die Information sowie Unterstützung der Versicherten.

Die Förderung von Zweitmeinungen hat Wechselwirkungen zu anderen Massnahmen («M12 Förderung von Behandlungsleitlinien», «M11 Medizinische Boards/Indikationsboards») und kann die Wirkung der jeweiligen Massnahmen fördern.



M14 Regionale Spitalversorgungsplanung

Zielsetzung

Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitalregionen hat zum Ziel, die Konzentration des Angebots an stationären Leistungen zu erhöhen und Doppelspurigkeiten zwischen den einzelnen Kantonen zu beseitigen.

Beschrieb

Den stationären Spitalbereich steuern die Kantone mittels Spitalplanung und -listen für die Zulassung der Spitäler zur OKP. Die Spitalplanung beschränkt sich nicht auf die Verhinderung einer Unterversorgung. Sie bezweckt, die Kosten einzudämmen beziehungsweise Überkapazitäten zu vermeiden. Dementsprechend stehen die Kantone in der Pflicht, bedarfsorientiert zu planen. Des Weiteren sind die Kantone gehalten, ihre Planungen untereinander zu koordinieren. Auch diese Koordinationspflicht dient der

5.4 Unmittelbar umsetzbare Massnahmen / **Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich**

Kostendämpfung.

Die Kantone planen heute jedoch überwiegend alleine. Das Koordinationspotenzial ist nicht ausgeschöpft. Dies führt zu teuren Überkapazitäten im stationären Spitalsektor. Die stationären Kapazitäten könnten durch grössere, kantonsübergreifende Spitallisten-Regionen reduziert werden. In diesem Zusammenhang wäre auch eine gemeinsame Investitionsplanung im Spitalbereich sinnvoll. Damit würde die Schaffung allfälliger neuer Überkapazitäten - wie durch den momentan stattfindenden Investitionsschub im Spitalbereich - eingedämmt. Wichtig ist, die Fehlanreize möglichst umfassend zu beseitigen, damit lokal wählbare Exponenten für die Entscheide (insb. von Spitalschliessungen) nicht mehr direkt und allein verantwortlich sind.

Angesichts der Kleinräumigkeit der Schweiz und der vielen ausserkantonalen Spitalaufenthalte³⁰ wäre eine regionale Spitalplanung der Kantone zielführender. Die Spitallisten würden beispielsweise sechs Versorgungsregionen umfassen.

Die Kantone beschliessen im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) das gesamtschweizerische Spitalangebot bereits gemeinsam. Die Konzentration von Leistungen bei wenigen ausgewählten Leistungserbringern dient auch der Kostendämpfung. Solche Anstrengungen sind zu intensivieren, um nicht nur im Bereich der HSM Synergien zu nutzen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die primären Adressaten dieser Massnahme sind die Kantone. Sie könnten eine regionale Spitalplanung auf Basis von regionalen interkantonalen Vereinbarungen beschliessen. Die Planung könnte auf Vorschlag einer regionalen Kommission erfolgen, in der die Kantone vertreten sind. Eine regionale Planung würde so die bereits vorgesehene Koordinationspflicht bei der Spitalplanung (Art. 39 Abs. 2 KVG) verstärken und die Kooperation zwischen den Kantonen verbessern.

Bewertung

Die stationäre Versorgung würde durch eine regionale Spitalplanung langfristig bezahlbar bleiben. Die Vermeidung von Überkapazitäten und überhöhten, regionalpolitisch motivierten Investitionen senkt die Kosten bzw. bremst den Kostenanstieg. Die Massnahme würde anfänglich zwar höhere Kosten verursachen (auch durch die Zusammenlegung von Spitätern), die Kantons- und OKP-Financen würden durch eine gesamtschweizerische Planung aber längerfristig entlastet. Mittelfristig wäre mit jährlichen Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich zu rechnen.

Wichtig ist, dass bei einer Spitalplanung in grösseren Regionen diejenigen politischen Mechanismen wegfallen, die heute mit kantonalen Spitallisten zu Regionen mit einer zu hohen Spitaldichte führen. Dafür massgebend könnte auch die noch ungeklärte Frage sein, wie die Spitalplanung in den Versorgungsregionen genau organisiert wird, also welches Gremium mit welchen politischen Verantwortlichkeiten die Planung übernimmt und wie die Entscheidungsprozesse ablaufen.

Die Investitionen in den stationären Bereich könnten mit einer regionalen Planung wesentlich effizienter erfolgen. Überkapazitäten könnten abgebaut werden. Die stationäre Behandlung würde qualitativ besser und gleichzeitig preiswerter.

Die Massnahme hat wenige soziale Auswirkungen. Durch die angestrebte Drosselung des Kostenwachstums im stationären Bereich bleibt die OKP für einen breiteren Personenkreis bezahlbar. Die durch eine Spitalplanung in grösseren Versorgungsregionen induzierte Abnahme der Spitaldichte kann für einzelne Versicherte dazu führen, dass das nächstgelegene Spital weiter entfernt ist als heute (bei kantonalen Spitalplanung). Tendenziell verbessern die höheren Fallzahlen aber gleichzeitig die Qualität.

³⁰ Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen betrug 2010 13 Prozent. Er ist 2013 auf knapp 15 Prozent gestiegen. Die Schweiz weist insgesamt eine eher geringe Patientenmobilität auf (vgl. hierzu insbesondere Huber 2015).

Erfahrungen aus dem Ausland

Die Spitalplanung wird auch in Frankreich und Deutschland grundsätzlich regional vorgenommen. In Frankreich sind 26 regionale Gesundheitsagenturen (*Agences Régionales de Santé*) dafür zuständig, die Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung für den Spitalbereich sicherzustellen. Die Spitalplanung wurde in den letzten Jahren eher dezentralisiert (Or 2017: 17). In Deutschland sind die 16 Bundesländer für die Steuerung der regionalen Betten- und Leistungskapazität zuständig. Angrenzende Bundesländer sind angehalten, sich bei der Entwicklung der Krankenhauspläne abzustimmen, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Deutschland weist eine sehr hohe Anzahl an akuten Krankenhausbetten auf (Busse und Blankart 2017: 10f.). Der Vergleich mit Frankreich und Deutschland zeigt der Schweiz, dass die Spitalplanung in allen drei Ländern auf regionaler Ebene angesiedelt ist. Die geografischen Versorgungsregionen und die darin abgedeckten Bevölkerungsgruppen sind in der Schweiz deutlich kleiner.

Fazit

Die Spitalplanung ist in der Schweiz Aufgabe der Kantone und erfolgt im Vergleich zu Deutschland und Frankreich relativ kleinräumig. Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitalisten-Regionen würde eine bessere Koordination der Kantone ermöglichen. Überkapazitäten könnten vermieden und Investitionen gezielter getätigt werden. Mittelfristig wäre mit jährlichen Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich zu rechnen. (Negative) Wechselwirkungen mit anderen vorgeschlagenen Massnahmen sind nicht zu erwarten. Aus dieser Sicht ist diese Kostendämpfungsmassnahme als prioritär zu bezeichnen.

5.4.4 Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich

M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern

Zielsetzung

Im ambulanten Bereich soll die Möglichkeit der Abrechnung standardisierter ambulanter Eingriffe über Pauschalen gefördert werden. Unabhängig davon sollen Positionen in den Einzelleistungstarifstrukturen zusammengefasst werden, um deren Komplexität zu verringern.

Beschrieb

Die Tarifstruktur TARMED mit ihren zahlreichen Einzelleistungspositionen schafft falsche Anreize zur Mengenausweitung und zum Ausweichen auf alternative Tarifpositionen. Die Einführung von Pauschalen kann dieses Problem in einer der wichtigsten gesamtschweizerischen Tarifstrukturen angehen. Bei der Pauschalabgeltung steht für die Leistungserbringer nicht der Anreiz im Vordergrund, möglichst viele Leistungen zu erbringen, sondern das Erreichen des gewünschten Effekts durch die optimale Erbringung der Leistungen innerhalb der Pauschale. Die Forderung ist auch Bestandteil der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020». Die Tarifpartner sollen daher dazu aufgefordert werden, mehr Pauschalen zu vereinbaren (d.h. Zusammenfassung von Leistungen, welche das Material, die Arzneimittel und all-fällige Implantate beinhalten). Um den Erfolg der Massnahme zu garantieren, ist dem Bund bei Nichterfüllung durch die Tarifpartner auch im Bereich der Pauschaltarife eine subsidiäre Kompetenz einzuräumen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten der Massnahme sind in erster Linie die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen. Die Förderung respektive Vereinbarung von Pauschalen im ambulanten Bereich durch die Tarifpartner ist im Rahmen der geltenden Rechtsprechung bereits möglich. Falls es im Bereich der Einzelleistungstarife jedoch zu einer Erweiterung der bundesrätlichen Kompetenz auf Pauschaltarife kommt oder die Tarifpartner zu Pauschalierungen ambulanter Leistungen verpflichtet werden, bedarf es einer KVG- Anpassung.

5.4 Unmittelbar umsetzbare Massnahmen / **Massnahmen betr.** Gesamtkosten und im Tarifbereich

Bewertung

Bei der Pauschalabgeltung steht für die Leistungserbringer nicht der Anreiz im Vordergrund, möglichst viele Leistungen zu erbringen, sondern das Erreichen des gewünschten Effekts durch die optimale Erbringung der Leistungen innerhalb der Pauschale. Der Spielraum zur Mengenausweitung ist gegenüber der Einzelleistungsvergütung klar eingeschränkt. Daher ist bei der vermehrten Anwendung von Pauschalen im ambulanten Bereich mit Kosteneinsparungen bzw. zumindest mit einer spürbaren Drosselung des Kostenanstiegs in der OKP zu rechnen.

Die Tarifpartner haben die Wahl, einen Pauschaltarif zu vereinbaren, in dem Frankenbeträge für einzelne Eingriffe vorgesehen sind, die die gesamte Behandlung abdecken. Die Tarifautonomie bleibt somit gewahrt. Für die Eliminierung von Fehlanreizen ist jedoch entscheidend, dass für Leistungen in den Bereichen Ärzte ambulant bzw. spitalambulant dieselben Pauschalen gelten.

Eine Erweiterung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates in dem Sinne, dass er bei einer Nichtumsetzung der Massnahme durch die Tarifpartner selbst Pauschalen festsetzen könnte, würde den Druck auf die Tarifpartner zur Vereinbarung von Pauschalen erhöhen.

Erfahrungen aus dem Ausland

In den Niederlanden gibt es für die Spezialärzte ein Fallpauschalensystem. Die Leistungen der Spezialisten im ambulanten und stationären Bereich werden durch ein feingliedriges Fallpauschalensystem abgegolten (vgl. im Folgenden Swan Tan et al. 2011). Die Eingruppierung in die Fallgruppen basiert auf einer Kombination von Diagnosen und Behandlungen (Diagnose Behandeling Combinaties, DBC). Eine DBC kann die ganze Behandlungskette vom ersten Kontakt mit dem Spezialarzt bis zur (möglichen) Hospitalisation und Nachsorge abdecken. Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass in den Niederlanden die Spezialärzte fast ausschliesslich an Spitälern arbeiten.

Fazit

Pauschalen im ambulanten Bereich sollten zur Verbesserung der Anreizstrukturen gefördert werden.

Pauschalen sind ein probates Mittel, um die Erbringung möglichst vieler Leistungen zu verhindern. Um dies zu erreichen, müssen Pauschalen genau definiert und idealerweise auf einen Fall oder sogar eine Behandlungskette ausgerichtet werden. In diesem Sinne ist die Massnahme als ein langfristig wirksames Kostendämpfungsinstrument zu betrachten.

Werden Pauschalen für bestimmte Eingriffe eingeführt, lassen sich die Kosten von stationären oder ambulanten Eingriffe besser vergleichen (Massnahme «M07 Verlagerung von stationär zu ambulant»). Dies unterstützt auch die Einführung einer Liste von Eingriffen, welche zu Lasten der OKP primär ambulant vorzunehmen sind. Kommt es infolge der beobachteten Kosten- und Mengenentwicklung zudem zu einer Anpassung der Tarifstruktur TARMED durch den Bundesrat (Massnahme «M25 Tarifstruktur aktuell halten»), lassen sich in diesem Rahmen auch gleich Tarifpositionen zusammenfassen.

M16 Berücksichtigung von Skaleneffekten in der Tarifstruktur

Zielsetzung

Die vermehrte Berücksichtigung von Skaleneffekten in der Tarifstruktur hat zum Ziel, die Effizienzgewinne von Leistungserbringern, die aufgrund der unzureichenden oder inadäquaten Abbildung der Tarifstruktur entstehen, an die Versicherten weiterzugeben.

Beschrieb

Im Einzelleistungstarif werden Skaleneffekte, welche die Leistungserbringer erzielen können, strukturell nicht oder unzureichend abgebildet. Teilweise werden Skaleneffekte berücksichtigt, indem der Tarif für jeden weiteren Eingriff tiefer ist als der erste Eingriff (z. B. bei Fraktur eines Fingers, erster Finger und

5.4 Unmittelbar umsetzbare Massnahmen / **Massnahmen betr.** Gesamtkosten und im Tarifbereich

jeder weiterer Finger). In anderen Fällen ist der Tarif für den beidseitigen Eingriff doppelt so hoch angesetzt wie derjenige für den einseitigen Eingriff (z. B. Crossektomie³¹ einseitig und beidseitig), Skaleneffekte werden also nicht berücksichtigt. Die Berücksichtigung solcher Skaleneffekte ist im akutsomatischen Spitalbereich und bei Geburtshäusern über das SwissDRG-System grundsätzlich möglich. Voraussetzung ist, dass genügend Kosten- und Leistungsdaten von den Leistungserbringern vorliegen, die eine entsprechende Unterscheidung der Tarifstruktur zulassen.

Da sich im ambulanten Bereich die Vergütung auf klassische Einzelleistungen stützt und die heute verfügbare Datengrundlage nicht ausreicht, existieren solche Differenzierungen nicht oder kaum. Abgesehen von der mangelnden Aktualität der Kostendaten der TARMED-Struktur ist die fehlende resp. unangemessene Berücksichtigung von Skaleneffekten ein zusätzlicher Kostentreiber. Entsprechend sollen diese zukünftig über stärker differenzierte Taxpunkte in der Tarifstruktur berücksichtigt werden.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

In erster Linie richtet sich diese Massnahme an die Tarifpartner. Diese sind gefordert, die Tarifstruktur anzupassen, um Skaleneffekte zu berücksichtigen und die aufgrund einer unzureichenden oder inadäquaten Tarifstruktur erzielten Effizienzgewinne der Leistungserbringer an die Versicherten weiterzugeben. Dies ist bereits im Rahmen des heutigen Gesetzes möglich und unter Berücksichtigung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit grundsätzlich auch gefordert. In zweiter Linie ist der Bundesrat angerufen, nationale Tarifstrukturverträge – und insbesondere TARMED – nur zu genehmigen, wenn sie entsprechende Mechanismen enthalten.

Vor allem wegen der unzureichenden und veralteten Datengrundlage und der fehlenden Offenlegung neuerer Daten können die Akteure ihren diesbezüglichen Handlungsspielraum kaum ausschöpfen. Die gescheiterten Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern über die Aktualisierung der TARMED-Struktur stellten ein weiteres Hindernis dar. Sollten die laufenden Anstrengungen (z. B. erneute Anpassung des TARMED im Rahmen der subsidiären Kompetenz des Bundesrates, Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS) des Bundesamtes für Statistik³²) diese Mängel nicht beheben, müssen sie verstärkt und allenfalls mit flankierenden Massnahmen durch den Bundesrat ergänzt werden.

Bewertung

Das Potenzial von nicht in der Tarifstruktur berücksichtigten Skaleneffekten im ambulanten aber auch im stationären Bereich kann nicht quantifiziert werden. Wahrscheinlich ist die Problematik aufgrund der Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich deutlich ausgeprägter als im stationären.

Einerseits können differenzierte Taxpunkte dazu beitragen, dass die heute im Rahmen einer unzureichenden oder inadäquaten Tarifstruktur von den Leistungserbringern erzielten Effizienzgewinne an die Versicherten weitergegeben würden. Es besteht allerdings ein Risiko, dass dadurch für die Leistungserbringer Anreize gesetzt würden, Skaleneffekte nicht mehr zu realisieren und eine Behandlung auf mehrere Eingriffe aufzuteilen. Dies würde der Effizienz des Gesamtsystems schaden und wäre überaus patientenunfreundlich.

Um Skaleneffekte, welche in Rahmen einer einzelnen Behandlung realisiert werden können, an die Versicherten weiterzugeben, könnten auch im ambulanten Bereich vermehrt Pauschalen eingesetzt werden (vgl. Massnahme 2.2.2). Pauschalen dürften weniger starke Fehlanreize hinsichtlich der Aufteilung einer Behandlung auf mehrere Eingriffe setzen.

³¹ Die Crossektomie ist ein chirurgischer Eingriff, bei dem zur Therapie von Krampfadern die sog. Crosse (Einmündungsstück der größten oberflächlichen Vene des Beins in die Beinhauptvene, im Bereich der Leiste) ektomiert, d. h. herausgeschnitten wird.

³² Weitere Informationen zu diesem Projekt finden sich auf der Internetseite des BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/grundlagen/projekte/statistiken-ambulante-gesundheitsversorgung-mars.html>.

Erfahrungen aus dem Ausland

Bei der Beurteilung dieser Massnahme kann nicht auf ausländische Erfahrungen zurückgegriffen werden. Diese versuchen zwar auch, Skaleneffekte bei den Leistungserbringern abzuschöpfen, verwenden dazu aber eher das Instrument der degressiven Tarife. Es gibt auch Bestrebungen, ambulante Leistungen vermehrt pauschal zu vergüten.

Fazit

Diese Massnahme wird die heute nicht ausgeschöpften Skaleneffekte bei der Erbringung von v.a. ambulanten medizinischen Leistungen nutzen. Die potenzielle Kostenersparnis lässt sich jedoch wegen fehlender Datengrundlagen nicht quantifizieren.

Die Berücksichtigung von Skaleneffekten in den Tarifstrukturen hängt im ambulanten Bereich mit der Massnahme «M25 Tarifstruktur aktuell halten» und – wie bereits angesprochen – mit der «M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern» zusammen. Es stellt sich die Frage, wie im ambulanten Bereich differenzierte Taxpunkte in der Einzelleistungstarifstruktur mit Pauschalen substituiert werden können und wie sich damit das Risiko der Aufteilung von Behandlungen auf mehrere Eingriffe reduzieren lässt.

Grundsätzlich dürfte die Schaffung eines nationalen Tarifstrukturbüros im ambulanten Bereich (vgl. «M34 Schaffung nationales Tariffbüro (analog SwissDRG)») die Berücksichtigung von Skaleneffekten in der Tarifstruktur – sei es über differenzierte Taxpunkte oder im Rahmen von Pauschalen – fördern.

Eine verstärkte Systemsteuerung durch flankierende und subsidiäre Massnahmen des Bundes wird bei anhaltend mangelhafter Datengrundlage und bei Scheitern der Verhandlungen der Tarifpartner empfohlen.

5.4.5 Weitere Massnahmen

M17 Parallelimporte von medizinischen Geräten und Implantaten erleichtern

Zielsetzung

Die Abschottung des Schweizer Marktes für medizinische Geräte und Implantate ist zu lockern. Es gilt also, Parallelimporte zu erleichtern.

Beschrieb

Spitäler haben die Preisüberwachung wiederholt darauf hingewiesen, dass die Medizintechnik-Industrie versuche, den Schweizer Markt abzuschotten. Ziel sei, die überhöhten Preise medizinischer Geräte und Implantate (Spitalbedarf) dauerhaft zu erhalten. Als Druckmittel gegen den (zwar grundsätzlich zulässigen) Parallelimport werde häufig damit gedroht, die Leistungsbezüger bei allfällig nötigen Service- und Reparaturleistungen sowie bei der Lieferung von Ersatzteilen im Regen stehen zu lassen. Dadurch sind die Spitäler faktisch gezwungen, medizinische Geräte und Implantate in der Schweiz zu beziehen. Die höheren Preise in der Schweiz für medizinische Geräte und Implantate verteuern die Produktionskosten der Spitäler.

Die Abschottung des Schweizer Marktes könnte mit Mitteln des Kartellrechts gelockert werden. Ein geeignetes Instrument wäre eine WEKO-Bekanntmachung für die Medizintechnik-Industrie, analog der KFZ-Bekanntmachung für die Automobilbranche (Kraftfahrzeughandel).³³ Damit sollen Spitäler zukünftig Implantate und medizinische Geräte problemlos zu günstigen Preisen im Ausland beziehen können.

³³ Die erste KFZ-Bekanntmachung der WEKO wurde am 21. Oktober 2002 veröffentlicht und am 29. Juni 2015 revidiert Sie kann unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-58117.html>.

Es würde sichergestellt, dass im Nachgang zum Kauf bei Ersatzteillieferungen, Wartungs- und Reparaturarbeiten durch die lokalen Schweizer Vertretungen der Hersteller und Lieferanten Diskriminierungen ausgeschlossen sind.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zur Motion 15.3631 Hess ausgeführt, dass die WEKO bereits heute tätig werden kann, wenn eine Beschränkung des Wettbewerbs in Form einer Wettbewerbsabrede zwischen einem Hersteller und einem aus- oder inländischen Händler vorliegt. Die WEKO nimmt eine Einzelfallprüfung vor, um insbesondere der konkreten Ausgestaltung der Vertriebssysteme, den Wettbewerbsverhältnissen (Ausmass von Intra- und Interbrandwettbewerb) und allfälligen Begründungen Rechnung zu tragen. Sie hat beispielsweise in einem Fall entschieden, dass der vertragliche Ausschluss von Garantieleistungen für Waren, die ausserhalb eines selektiven Vertriebssystems erworben wurden, keine unzulässige Wettbewerbsabrede darstellt. Begründet wird diese Auffassung damit, dass eine derartige Beschränkung der Garantie sich gleich auswirke wie die Beschränkung des Vertriebs auf zugelassene Händler. Nach Ansicht der WEKO (WEKO 2014) liegt insofern zumindest keine direkt sanktionierbare absolute Gebietsschutzabrede im Sinne von Artikel 5 Absatz 4 des Kartellgesetzes vor.

Im Bereich der medizinischen Geräte und Implantate wären deshalb zusätzliche Abklärungen notwendig, um festzustellen, ob wettbewerbsschädliche vertikale Abreden bestehen und ob der schweizerische Markt für Medizintechnik isoliert ist.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Primärer Adressat einer Bekanntmachung für die Medizintechnik-Industrie ist die Wettbewerbskommission (WEKO). Eine Bekanntmachung zieht grundsätzlich keinen Rechtssetzungsbedarf nach sich, sondern setzt die geltenden kartellrechtlichen Bestimmungen um.

Bewertung

Nach Umsetzung der Massnahme müssen die Spitäler nicht mehr fürchten, diskriminiert zu werden. Der Einkauf im Ausland würde ihnen grundsätzlich als praktisch gleichwertige Alternative zur Verfügung stehen. Dies wiederum würde die Industrie dazu bewegen, innerhalb der Schweiz die Preise zu senken, um ihre hiesigen Verkäufe nicht ans Ausland zu verlieren. Eine geringe Überhöhung gegenüber dem Ausland würde dabei aufgrund der «Kundennähe» noch in Kauf genommen. Die Massnahme könnte den Kostenanstieg für stationäre Spitalleistungen jährlich um einen zweistelligen Millionenbetrag bremsen.

Fazit

Diese Massnahme weist ein Kostendämpfungspotenzial im zweistelligen Millionenbereich auf, vorausgesetzt, dass eine WEKO-Bekanntmachung im Bereich Medizintechnik möglich ist.

Es bestehen Wechselwirkungen mit der Massnahme «M32 Gesetzliche Förderung der Parallelimporte von Arzneimitteln».

5.5 Bereits diskutierte Massnahmen mit gesetzlichem Anpassungsbedarf

5.5.1 Massnahmen zur Vermeidung von Fehlanreizen

M18 Differenzierter Kontrahierungszwang

Zielsetzung

Die Differenzierung des Kontrahierungszwangs stärkt den Wettbewerb im Rahmen der Marktmechanismen. Wird die Verpflichtung der Versicherer zur Übernahme der Leistungen aller zugelassenen Leistungserbringer aufgehoben oder gelockert, kann sich die Vertragsfreiheit positiv auf die Kosten und die Qualität der Leistungen auswirken.

Beschrieb

Das heutige KVG schafft ein System des regulierten Wettbewerbs unter den Versicherern. Nach den im Gesetz festgelegten, insbesondere ausbildungsspezifischen Kriterien müssen die Versicherer jedoch die Leistungen übernehmen, die von Personen erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Die Tarife für die Leistungen werden im Rahmen von Vereinbarungen anhand von in der Regel schweizweit geltenden Tarifstrukturen bestimmt. Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern spielt also hauptsächlich auf der Ebene ihrer eigenen administrativen Leistungen. Deshalb können die Versicherer die ihnen zugeordnete Rolle als Sachwalter der Versicherten nur stark eingeschränkt wahrnehmen. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern hat unter den gegebenen Rahmenbedingungen nur einen geringen Einfluss auf die Kosten und die Qualität der Versorgungsleistungen.

Mit der Einführung einer Differenzierung dieser Verpflichtung soll den Versicherern zukünftig erlaubt werden, nur die aufgrund bestimmter Kriterien ausgewählten Leistungserbringer zu entschädigen. Die Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern könnten beispielsweise folgendes vorsehen:

- Ausgleichsmechanismen vom Typ negative Rückkoppelung, bei denen eine Zunahme der Menge der abgerechneten Leistungen ab einer bestimmten Toleranzschwelle durch einen proportionalen Rückgang der Abgeltung ausgeglichen wird (vgl. 5.2 Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum);
- Die Verpflichtung der Leistungserbringer, die erforderlichen Daten zu liefern (z. B. über die im Rahmen eines Disease Management Programms durchgeführten Untersuchungen, über die Zahl der Inanspruchnahme von Notfallstation durch eigene Klienten nachts oder am Wochenende; vgl. M4 Schaffung notwendiger Transparenz) und die Führung eines elektronischen Patientendossiers bei z. B. 80 % der Patienten der jeweiligen Praxis;
- die Verpflichtung der Leistungserbringer, eine Gatekeeper-Funktion zu übernehmen (vgl. «M27 Verpflichtung zu Gatekeeping»);
- der Beitritt zu einem integrierten Versorgungsnetz (vgl. «M10 Koordinierte Versorgung stärken»);
- die Möglichkeit einer Aussetzung des Kontrahierungszwanges für gewisse (neue) Leistungserbringer, wenn in einem bestimmten Bereich ein zahlenmässiges Überangebot besteht (z.B. bei hoher Dichte von Spezialisten in Ballungszentren oder Städten);
- Massnahmen, mit denen sich die Patientenversorgung verbessern lässt, wie die Befolgung von Leitlinien, Einhaltung der Impfprogramme, Disease-Management-Programme und Patientenpfade (vgl. Massnahmenpaket, um medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungen einzuschränken);

- Höhere Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer, wie der Nachweis einer gewissen Berufserfahrung, die in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte erworben wurde, oder von Kompetenzen in der Sprache, die in der betreffenden Sprachregion gesprochen wird (vgl. «M19 Qualität stärken»).

Die damit geschaffene Wettbewerbssituation trägt zur Verbesserung der Leistungsqualität und zur Steigerung der Effizienz bei. Die Festlegung dieser Kriterien könnte einheitlich auf nationaler Ebene erfolgen oder den Tarifpartnern überlassen werden. Allerdings herrscht Einigkeit, dass eine minimale Versorgung definiert werden muss, um einen ausreichenden Zugang zur Behandlung zu gewährleisten.

Im Rahmen des KVG ist es bereits heute möglich, zusätzlich zum Standardmodell besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers anzubieten, und die Versicherten nutzen diese Möglichkeit auch.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Im Zentrum dieser Massnahme stehen die Versicherten und Leistungserbringer. Sie müssten einzeln oder gruppenweise miteinander Leistungsverträge für eine bestimmte Dauer abschliessen, in denen die Bedingungen für die Abgeltung der Leistungen festgelegt werden.

Nach Massgabe der den Akteuren eingeräumten Vertragsfreiheit müssten im KVG und in den Verordnungen zahlreiche Änderungen vorgenommen werden. Unter anderem müssten einheitliche Kriterien zumindest auf Verordnungsstufe geregelt werden.

Bewertung

Grundsätzlich lässt sich mit einer Differenzierung des Kontrahierungszwangs ein überschüssendes Leistungsangebot bekämpfen. Durch die Verringerung der durch ein Überangebot induzierten Nachfrage soll die Vertragsfreiheit einen Rückgang der nicht zweckmässigen/unnötigen Leistungen bewirken. Das Ergebnis wäre eine effizientere Kostendämpfung und eine höhere Versorgungsqualität. Deshalb werden Modelle zur Differenzierung des Kontrahierungszwangs als Alternative zur derzeit geltenden Zulassungsbeschränkung betrachtet (vgl. Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren).

In Abhängigkeit von den zwischen Versicherten und Leistungserbringern vereinbarten Bedingungen lässt sich mit einer Differenzierung des Kontrahierungszwangs die Umsetzung zahlreicher Massnahmen unterstützen, die auf die Erhöhung der Leistungsqualität ausgerichtet sind.

Im Rahmen der Ausarbeitung des Berichts des Bundesrates vom 3. März 2017 in Erfüllung des Postulats (16.3000) der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates hat die Verwaltung mit Fachpersonen und Vertretungen der wichtigsten Akteure des Bereichs vertiefte Diskussionen zu diesem Thema geführt. Aus diesen Diskussionen ging klar hervor, dass die Umsetzung einer solchen Reform schwierig ist und deshalb eher als langfristig orientierte Reformoption zu verstehen ist (siehe Kapitel 4.3 des Berichts vom 3. März 2017).

Erfahrungen aus dem Ausland

In den Niederlanden wurde 2006 ein System mit reguliertem Wettbewerb eingeführt. Dieses Modell ermöglicht den Versicherten und den medizinischen Grundversorgerinnen und Grundversorgern, einen Teil der Leistungsabgeltung an Massnahmen vom Typ «integrierte Versorgung» (rund 15 % der Kosten der medizinische Grundversorgung) sowie an Leistungen zu knüpfen, die auf die Steigerung der Effizienz ausgerichtet sind (*pay for performance*, rund 10 % der Kosten). Von den Leistungen im Bereich der spezialisierten Medizin wird nur ein Teil (Liste A, rund 20 % der Leistungen) allen Spitälern und Fachärztinnen und Fachärzten abgegolten. Dabei handelt es sich vor allem um Leistungen mit einer sehr kleinen Fallzahl (hochspezialisierte Medizin) oder um Fallgruppen mit sehr heterogenen Kosten. Bei allen anderen spezialisierten Leistungen (Liste B) besteht Vertragsfreiheit, und die Preise werden zwischen den Spitälern und den Versicherten ausgehandelt.

Bei Einführung der Vertragsfreiheit in den Niederlanden 2006 wurden zahlreiche flankierende Massnahmen vorgesehen, um das finanzielle Risiko für die Versicherer und die Leistungserbringer zu verringern. Insbesondere wurden der Risikoausgleich nochmals verfeinert und Budgetobergrenzen eingeführt, um den Kostenanstieg zu begrenzen.

Fazit

Ziel der Differenzierung des Kontrahierungszwangs ist, den Wettbewerb zwischen Versicherern und zwischen Leistungserbringern zu verstärken, um potenziell Preisdruck zu erzeugen und die Qualität der Leistungen zu verbessern. Die Massnahme verbessert die Anreize und dürfte so zu einer Stärkung des Kosten- und Leistungswettbewerbs führen. Kostendämpfende Massnahmen würden vermehrt aus dem Markt heraus (bottom-up) eingeführt und umgesetzt. Die Massnahme ist aufgrund der möglichen Kosteneinsparungen als mittel- bis längerfristige Option zu prüfen. Sie könnte beispielsweise für eines oder mehrere medizinische Fachgebiete im Rahmen von Pilotprojekten beispielsweise auf kantonaler Ebene getestet werden. Dies bietet die Möglichkeit, verschiedene Varianten zu evaluieren.

5.5.2 Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich

!! M19 Qualität stärken

Zielsetzung

Mit der Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung sollen weniger Menschen schädigende Zwischenfälle oder teure Schäden durch medizinische Handlungen infolge schlechter therapeutischer Qualität erleiden. Erreicht wird das Ziel durch die Teilnahme der Leistungserbringer an Qualitätsverbesserungsprogrammen, die Einhaltung festgelegter und strenger Qualitätskriterien sowie die Pflicht zur Durchführung von Peer Reviews mit entsprechender Umsetzung der Resultate.

Beschrieb

Um die Qualität zu verbessern, sollen im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes (2009 und 2011) gezielte nationale Programme zur Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung erarbeitet und umgesetzt werden. Diese dienen insbesondere der Stärkung der Patientensicherheit wie auch der Festlegung und Einführung nationaler Standards. Zudem gilt es, Projekte zu unterstützen, die der Erarbeitung von Qualitätsindikatoren, der Stärkung der Verbindlichkeit von Qualitätsmassnahmen sowie der Schaffung von Transparenz hinsichtlich Umsetzung und erzielter Ergebnisse in Zusammenarbeit mit den Partnern (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer) dienen. Des Weiteren könnten und sollten auch tarifarische Anreize für eine besonders gute Behandlungsqualität gesetzt werden.

Im Folgenden wird die Festlegung strenger Qualitätskriterien (Standards) und die Pflicht zur Durchführung von Peer Reviews detailliert dargestellt.

Die nationalen Qualitätsprogramme sollen als standardisierter Verbesserungsprozess, das heisst als Unterstützungstools für alle Leistungserbringer etabliert und verbreitet werden. Mit den jeweiligen Programmen werden Qualitätskriterien (professionelle Standards) definiert und angewendet. Zudem werden ausländische Standards an schweizerische Gegebenheiten angepasst und pilotiert. Die Erarbeitung von Standards und die Umsetzung in den Pilotspitälern im Rahmen nationaler Programme laufen bereits (Selby et al. 2015). Diese Standards sollten konsequent angewendet werden.

Derzeit fehlen bei vielen Leistungserbringergruppen Qualitätsdaten. Die Qualität der Leistungserbringung ist intransparent. Es sollen Daten für medizinische Qualitätsindikatoren gezielt erhoben und veröffentlicht werden (vgl. Nelson et al. 2015; Bjertnaes et al. 2015). Anhand dieser Qualitätsindikatoren

und weiterer geeigneter Daten sollen alle Leistungserbringergruppen Peer Reviews durchführen. Die erfolgreiche Durchführung der Peer Reviews lässt sich an der positiven Entwicklung der Qualitätsindikatoren veranschaulichen. Ein Peer Review Verfahren existiert im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) in Spitälern (Mansky und Nimptsch 2012). Hier werden die Reviews auf der Basis der Qualitätsindikatoren des BAG (Mortalitätsraten) durchgeführt.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressat der Massnahme «Qualität stärken» ist der Bundesrat beziehungsweise das Parlament: Die Massnahme könnte mit einer Revision des KVG umgesetzt werden. Bereits jetzt ist eine «Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit)» in parlamentarischer Beratung. Der Vorschlag sieht insbesondere vor, dass gezielte Qualitätsprogramme durchgeführt und die Finanzierung zur Verbesserung der Qualität der Leistungen nachhaltig gesichert werden. Weil mit diesen Massnahmen in erster Linie eine Entlastung der OKP-Finzen zu erwarten ist, wurde vom Bundesrat im Sinne des Äquivalenzprinzips eine Finanzierung über einen Prämienzuschlag in der OKP beantragt.

Adressaten der Massnahme «Qualität stärken» sind auch die Tarifpartner: Nach Artikel 77 KVV sind die Tarifpartner verpflichtet, Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erarbeiten. Bei gewissen Leistungserbringern (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, der Ergotherapie, der Physiotherapie und der Ernährungsberatung sowie Laboratorien, Art. 51-53 KVV) ist bereits nach geltendem Recht eine Teilnahme an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 KVV vorgesehen, die gewährleisten, dass eine dem jeweiligen Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Leistung erbracht wird. Die Tarifpartner können bereits heute in ihren Verträgen vereinbaren, dass zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig gemacht wird, die über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36-40 KVG hinausgehen (Art. 43 Abs. 2 Bst. d KVG). Allerdings bestehen u.a. aufgrund der fehlenden Qualitätsdaten noch Umsetzungsschwierigkeiten.

Bewertung

Die Wirkung von Qualitätsprogrammen, die nach der gemäss den Vorgaben des Institute for Healthcare Improvement erarbeiteten Breakthrough Methodik durchgeführt werden, ist erprobt und ausgewiesen (Cosgrove et al. 2011; Iha und Epstein 2010).

Die Effizienz der Massnahme bezüglich Verminderung des Kostenwachstums hängt entscheidend vom Willen der Beteiligten ab, Vorgaben wie Qualitätskriterien durchsetzbar zu formulieren, diese als professionellen Standard zu etablieren, die Peer Reviews raschest möglich zu etablieren und das Vertrauen der Fachleute dafür zu gewinnen (Van Den Bos 2011). Letzteres ist entscheidend. Unter diesen Voraussetzungen ist eine spürbare Dämpfung in der OKP-Kostenentwicklung zu erwarten.

Die Effizienz bezüglich Zielerreichung hängt ausser vom Willen der Beteiligten zur konkreten Umsetzung auch vom Willen zur Durchsetzung der bestehenden Sanktionsmöglichkeiten ab.

Die vollständige Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen hätte sehr positive soziale Auswirkungen. Qualitätskriterien und die Veröffentlichung der Einhaltung der Vorgaben erhöhen die Transparenz und somit den Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Beispielsweise wissen die Patienten im ambulanten Bereich nicht, ob ihr Spital, ihre Ärztin, ihr Physiotherapeut qualitativ gut arbeiten. Bisher wird die Leistung von der Krankenversicherung vergütet, auch wenn Fehler geschehen. Die Leistungserbringer verdienen noch zusätzliches Geld. Wenn die Patienten die Qualitätsdaten kennen, können sie sich bei einer ambulanten Behandlung entscheiden, ob sie das nächstgelegene Spital oder ob sie das bessere Spital aufsuchen wollen.

Weitere positive soziale Auswirkungen versprechen Qualitätssicherungsmassnahmen wie PROMs, in-

dem hier die Patienten die Frage beantworten, ob sie nach einem bestimmten Eingriff wieder voll arbeitsfähig sind.

Peer Reviews können Vertrauen unter den Leistungserbringern schaffen und sind gleichzeitig eine Art «Sozialkontrolle», durch die die Peers zu einer besseren Leistung geführt werden. Derzeit riskieren die Ärzte derzeit ja kaum etwas, wenn sie schlechte, falsche oder unnötige Leistungen erbringen. Wenn Peer Reviews eingeführt und die Transparenz erhöht werden sollen, dann muss die Sicherheitskultur angepasst werden. Der Umgang mit Fehlern in den Spitälern war in der Vergangenheit geprägt von einer Kultur der Schuldzuweisung (name and blame culture). Ein weiterer Aspekt der Sicherheitskultur ist die oft fehlende Bereitschaft, die Qualität (Prozess und Outcome) offenzulegen. Experten im Bereich Patientensicherheit sind sich einig, dass ohne eine Veränderung der Sicherheitskultur keine nachhaltigen Verbesserungen der Patientensicherheit erzielt werden können (Schwendimann et al. 2013). Die Veränderung zu einer positiven Sicherheitskultur muss auf allen Ebenen erfolgen, insbesondere auch auf der Führungsebene, indem diese jederzeit via Monitoring über den Stand ihrer Qualitätsverbesserungsbemühungen informiert ist und diese aktiv unterstützt.

Erfahrungen aus dem Ausland

Qualitätsprogramme, welche ein spezifisches Sicherheitsproblem angehen, können eine sehr hohe Verbesserungswirkung entfalten. Dies zeigte zum Beispiel das Referenzprogramm im Staat Michigan (2006) mit über 100 beteiligten Intensivstationen, bei denen eine massive Senkung der zentralkatheterassoziierten Sepsis (Blutvergiftung) realisiert wurde (Pronovost et al. 2006). Eine aktuelle Studie (Health Foundation 2014) zeigt aber auch, dass bestimmte Anforderungen an entsprechende Verbesserungsprogramme beachtet werden müssen. Darunter fallen ein starker Einbezug des obersten Managements, die Anwendung eines interprofessionellen Ansatzes, die Verpflichtung der Verbesserungsteams auf ein gemeinsam definiertes Ziel, über dessen Erreichung das Team datenbasiert Rechenschaft gibt, ein laufendes Monitoring von wichtigen, einfach messbaren Indikatoren und Unterstützungsangebote für die beteiligten Organisationen, die über die gemeinsamen Workshops hinausgehen. Ein weiteres wichtiges Element sind flankierende Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheitskultur. Das Beispiel Deutschland zeigt u.a., dass Qualitätsmessungen als solche oft nicht genügen, um einen nachhaltigen Verbesserungsprozess anzustossen. Die Initiative Qualitätsmedizin (www.initiative-qualitaetsmedizin.de) verpflichtet deshalb ihre Mitglieder dazu, gestützt auf die Mortalitätsdaten bei schlechten Resultaten eine Peer Review zu durchlaufen und dabei konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu vereinbaren. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an Peer Reviews ist denn auch eine mögliche Massnahme, um den Verbesserungsprozess verstärkt zu institutionalisieren.

Fazit

Die nationalen Programme in den Pilotspitälern zeigen, dass es zur gesamthaften Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit und zur Erhöhung der Patientensicherheit interdisziplinärer Zusammenarbeit, mit Training, regelmässiger Schulung und dem Commitment der Führungspersonen sowie der sinnvollen Anpassung und regelmässigen Anwendung von Checklisten bedarf.

Ähnliche Ergebnisse zeigen auch die Ergebnisse in den Pilotspitälern, die sich mit der Medikationssicherheit an Schnittstellen auseinandergesetzt haben. Auch hier ist das Festlegen der Verantwortlichkeiten, das Einüben der bestmöglichen Arzneimittelanamnese eigentlich eine Selbstverständlichkeit, fällt aber nicht selten dem Alltagsdruck zum Opfer. Die Folge sind häufige Medikationsfehler. Die nationalen Programme und auch die Verpflichtung zu Peer Reviews müssen flächendeckend und verpflichtend eingeführt respektive umgesetzt werden. Die Qualität wird zudem vor allem durch Massnahmen wie «M27 Verpflichtung zu Gatekeeping», «M12 Förderung von Behandlungsleitlinien», «M13 Förderung Zweitmeinung», «M11 Medizinische Boards / Indikationenboards» und «M10 Koordinierte Versorgung stärken» entscheidend verbessert. Insgesamt dürfte diese Massnahme einen nicht zu unterschätzenden Beitrag vor allem zur längerfristigen Kostendämpfung im Gesundheitswesen leisten.

M20 Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren

Zielsetzung

Verringerung der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen, indem die Ärztedichte (Zahl der Allgemeinpraktiker und Allgemeinpraktikerinnen, der Fachärztinnen und Fachärzte pro 1000 bzw. 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner) stabilisiert oder reduziert wird.

Beschrieb

Die Schweiz gehört zu den Ländern mit der höchsten Ärztedichte weltweit. Die Ärztedichte hat einen klaren Einfluss auf die Aktivität (Besuche und Konsultationen) und auf die Kosten pro versicherte Person zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient beeinflusst der Leistungserbringer die Nachfrage nach Leistungen durch die Patientinnen und Patienten massiv. Infolge der mit den Einzelleistungstarifen gesetzten Anreize hat dieser ein grosses Interesse daran, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen über das medizinisch notwendige Mass hinaus zu erhöhen.

Die geografische Verteilung der Ärztinnen und Ärzte ist innerhalb des Landes, insbesondere in den grösseren Kantonen, uneinheitlich. Die Konzentration der Fachärztinnen und Fachärzte ist in den städtischen Zentren besonders ausgeprägt. Deshalb sollten die Kantone die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte nicht nur nach Fachgebiet sondern auch regional aufgrund der jeweiligen Ärztedichte beschränken können.

Gemäss dem derzeitigen, auf drei Jahre befristeten Artikel 55a KVG kann der Bundesrat die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig, in Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege oder im ambulanten Bereich von Spitälern ausüben, von einem Bedürfnis abhängig machen. Zu diesem Zweck hat der Bundesrat die Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte pro Kanton und Fachgebiet festgelegt (Anhang 1 VEZL). Die Kantone können jedoch beschliessen, dass diese Zahlen für ein oder mehrere Fachgebiete nicht gelten. Von der Beschränkung ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Die heute befristete Lösung ist in eine dauerhafte und nachhaltige Massnahme umzuwandeln. Hierfür eröffnete das EDI das Vernehmlassungsverfahren zum Entwurf einer Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern). Die Vernehmlassungsvorlage basiert auf einem dreistufigen Konzept. Es erhöht die Anforderungen an die Zulassung aller ambulanten Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit und stellt den Kantonen gleichzeitig ein wirksames Instrument zur Kosteneindämmung im ambulanten Bereich zur Verfügung. Als erstes stellt sie für Personen, welche einen Medizinal- bzw. Gesundheitsberuf ausüben, eine Verbindung zu den entsprechenden Gesetzen bezüglich der Voraussetzungen für die Berufsausübung her. Damit die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in Zukunft verbessert werden kann, wird dem Bundesrat zweitens eine erweiterte Kompetenz erteilt, die Zulassung sämtlicher ambulanter Leistungserbringer im KVG zu regeln und insbesondere Auflagen in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Drittens fokussiert die Vorlage auf einer Neuregelung von Artikel 55a KVG, indem ein Kanton die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl beschränken kann. Die Stossrichtung dieser Vernehmlassungsvorlage ist zu unterstützen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressat dieser Massnahme sind Bund und Kantone. Um die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, nachhaltig zu beschränken, bedarf es einer Anpassung des KVG.

Bewertung

Wie eine erste, zunächst auf drei Jahre befristete Version der Zulassungsbeschränkung, die in Artikel 55a KVG vorgesehen war (am 24. März 2000 vom Parlament beschlossen und per 3. Juli 2002 vom Bundesrat in Kraft gesetzt) gezeigt hat, ist diese Massnahme sehr wirkungsvoll. Als die Zulassungsbeschränkung am 31. Dezember 2011 nach drei aufeinanderfolgenden Verlängerungen auslief, sahen sich einige Kantone, vor allem die Grenzkantone und die städtischen Kantone, mit einer massiven Zunahme der Zahl der Praxisbewilligungsgesuche konfrontiert. Dass die Zulassungsbeschränkung am 1. Juli 2013 auf dem Dringlichkeitsweg erneut für eine Dauer von drei Jahren erneut eingeführt wurde und das Parlament am 17. Juni 2016 eine nochmalige Verlängerung um drei Jahre genehmigte, zeigt ebenfalls die Bedeutung dieser Massnahme.

Die Zulassungsbeschränkung ist zwar umstritten, aber eine gewisse dämpfende Wirkung auf die Zunahme der Zahl freipraktizierender Ärztinnen und Ärzte und folglich auf den Kostenanstieg ist nicht von der Hand zu weisen. Die meisten Kantone setzen sie ein. Über die Notwendigkeit einer Eindämmung der Kostenentwicklung hinaus sollte ein Mechanismus zur Steuerung der Zulassung im ambulanten Bereich aber nicht nur auf eine verbesserte Kostensteuerung sondern auch auf eine höhere Leistungsqualität abzielen.

Fazit

Durch die Verringerung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind, lässt sich die Inanspruchnahme von Leistungen und folglich der Kostenanstieg eindämmen. Sowohl bei den Versicherern, die sich für eine Lockerung des Kontrahierungszwangs aussprechen (Ziff. 5.5.1), als auch teilweise bei den Ärztinnen und Ärzten stösst sie jedoch auf Kritik. Notwendig für eine effektive Umsetzung dieser Massnahme ist eine strenge Handhabung durch die Kantone. Ein kürzlich publizierter Bericht des Bundesrates zeigt, dass ein Mechanismus zur Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich auch auf eine Verbesserung der Leistungsqualität abzielen sollte. In Abhängigkeit von den Kriterien, welche die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte regeln, liessen sich zahlreiche weitere der im Bericht vorgeschlagenen Massnahmen stützen, namentlich:

- Der Beitritt zu einem integrierten Versorgungsnetz (vgl. «M10 Koordinierte Versorgung stärken»);
- die Verbesserung der Patientenversorgung durch die Befolgung von Leitlinien, Disease-Management-Programmen und Patientenpfaden (vgl. Massnahmenpaket, um medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungen einzuschränken); Teilnahme an Indikationenboards für wichtige Wahleingriffe.
- Die Verpflichtung zur Teilnahme an Programmen zur Qualitätsentwicklung könnte Qualität und Effizienz der Leistungen verbessern (vgl. «M19 Qualität stärken»);
- höhere Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer, wie der Nachweis einer gewissen Berufserfahrung, die in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte erworben wurde, oder von Kompetenzen in der Sprache, die in der betreffenden Sprachregion gesprochen wird.

Idealerweise wäre diese Massnahme zu einem späteren Zeitpunkt aufzuheben oder zu lockern, sofern es gelingt, geeignete Anreize so zu setzen, dass die restriktive Zulassung nicht mehr als Instrument benötigt wird (beispielsweise durch ein Pay-for-Performance-System, das wirklich die objektiv messbaren Gesundheitsfortschritte abgilt).

M21 Aufhebung des Territorialitätsprinzips

Zielsetzung

Ziel der Massnahme ist einerseits die Dämpfung der Kosten durch die Möglichkeit, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände, allenfalls auch weitere medizinische Produkte und Dienstleistungen auch im Ausland beziehen zu können, sofern sie dort günstiger sind als in der Schweiz. Bei einer Öffnung für

medizinische Leistungen, die über Arzneimittel, Mittel und Gegenstände hinausgehen, soll durch den zusätzlichen Wettbewerb mit Anbietern ausserhalb der Schweiz auch der Anreiz für Schweizer Anbieter verstärkt werden, Transparenz im Qualitätsbereich zu schaffen.

Beschrieb

Für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gilt das Territorialitätsprinzip: Grundsätzlich werden nur jene Leistungen übernommen, die in der Schweiz erbracht werden. Eine Ausnahme von dieser Regel sind Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland (Art. 36a KVV), mit denen auf Initiative von Kantonen und Versicherern der Bezug von Leistungen auch im Ausland erfolgen kann (Bayer-Oglesby 2016).

Die Massnahme umfasst zwei Stossrichtungen. Einerseits erhalten heute Versicherte von den Versicherern keine Rückvergütungen für medizinische Mittel und Gegenstände sowie Arzneimittel, welche sie im Ausland – zu oftmals günstigeren Preisen als in der Schweiz – erworben haben. Die geltende Gesetzeslage schreibt einen Einkauf dieser Produkte in der Schweiz vor. Die Versicherer wurden in einem Rundschreiben des BAG gehalten, der geltenden Rechtslage Beachtung zu schenken und keine Rückvergütungen für im Ausland erworbene Produkte mehr zu leisten.

Mit der Massnahme sollen in der Schweiz ärztlich verordnete Arzneimittel, Mittel und Gegenstände zu Lasten der OKP im Ausland bezogen werden können, indem eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen wird. In der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) werden nur Produkte geführt, die von den Patientinnen und Patienten selbst oder mithilfe von nicht beruflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Personen angewendet werden können. Die Abgabestellen sind dafür verantwortlich, dass sie geeignete Produkte abgeben, die Qualität gewährleisten und die Patientinnen und Patienten instruieren. Bei einem Erwerb der Mittel und Gegenstände im Ausland können weder persönliche Anpassungen noch Anwendungsinstruktionen durch den Leistungserbringer sichergestellt werden. Die Benutzung der Mittel und Gegenstände läge somit in der Verantwortung der Bezüger, was jedoch zumutbar ist. Auch durch Parallelimporte von Gütern des täglichen Bedarfs in Milliardenhöhe sind es sich die Menschen gewohnt, für derartige Einkäufe Eigenverantwortung zu übernehmen.

Andererseits soll im Rahmen der Massnahme geprüft werden, inwiefern Kantone und Versicherer ermutigt werden können, anhand von Pilotprojekten auch für andere medizinische Dienstleistungen eine Kostenübernahme für Leistungen vorzusehen, welche durch bestimmte Anbieter im Ausland erbracht werden. Für diesen zweiten Teil ist keine Gesetzesänderung erforderlich. Die Rahmenbedingungen für Pilotprojekte sind in Artikel 36a KVV definiert. Falls die Anforderungen an Pilotprojekte geändert werden sollen, könnte dies also auf Verordnungsebene erfolgen.

Dieser Themenbereich weist Bezüge auf zur Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug im KVG. Zurzeit läuft die Vernehmlassung zur Revision der KVV infolge der Motionen 16.3988 Ettlín und 16.3950 Lohr «Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen».

Die Motion 16.3169 Heim «Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände» und das Postulat 16.3690 Heim «Überhöhte Preise für medizinische Hilfsmittel. Wann können Versicherte mit Preisabschlägen rechnen?» möchten den Bundesrat beauftragen zu untersuchen, welche Produkte auch im Ausland zu Lasten der OKP bezogen werden können. Der Bundesrat hat sich in seiner Antwort auf diese beiden Vorstösse bereit erklärt, im Rahmen der Revision der MiGeL eine Differenzierung nach Produkten, die im Ausland bezogen und vergütet werden können, und solchen, bei denen dies nicht möglich ist, zu prüfen. Er wird dem Parlament Bericht erstatten und allenfalls eine entsprechende Anpassung des KVG vorschlagen. Die entsprechenden Arbeiten laufen bereits, und der Bericht soll im Laufe des Jahres 2017 vorliegen. In seinen Antworten auf die beiden Motionen 16.3948 Lohr und 16.3988 Ettlín «Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen» hat der Bundesrat ausgeführt, dass er bereit ist, auch für Arzneimittel zu prüfen, ob eine Vergütung von bestimmten im Ausland gekauften Arzneimitteln unter gewissen

Voraussetzungen sinnvoll wäre.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Für die Aufhebung des Territorialitätsprinzips in Teil- oder allen Bereichen der OKP wäre eine Änderung des KVG notwendig. Adressat der Massnahme ist wegen der notwendigen Gesetzesänderung der Bundesrat respektive die Bundesversammlung. Für die verstärkte Nutzung der bereits heute bestehenden Möglichkeit, im Rahmen von Pilotprojekten vom Territorialitätsprinzip abzuweichen, sind die Adressaten primär die Kantone und Versicherer.

Bewertung

Das Kostendämpfungspotenzial für die erste Stossrichtung dieser Massnahme – die Beschaffung von Arzneimitteln, Mitteln und Gegenständen im Ausland zulasten der OKP – ist abhängig davon, welche Produkte künftig im Ausland bezogen werden können und inwieweit die Auslandspreise unter den schweizerischen liegen. Könnten die Versicherer im Ausland erworbene medizinische Mittel und Gegenstände sowie Arzneimittel vergüten, würde dies für gewisse Produktgruppen kostendämpfend wirken. Es ist zu erwarten, dass die heute oft sehr grossen Preisunterschiede gegenüber den Nachbarländern sinken würden. Weil die Produkte nach wie vor von Schweizer Leistungserbringern verschrieben werden müssten, ist grundsätzlich keine Mengenausweitung zu erwarten und die Massnahme als wirksam und effizient zu beurteilen.

Differenzierter betrachtet werden muss die Situation bei – bereits heute möglichen – Pilotprojekten zur Aufhebung oder Relativierung des Territorialitätsprinzips in anderen Leistungsbereichen, also bezüglich der zweiten Stossrichtung der Massnahme. Durch den zusätzlichen Wettbewerb mit dem Ausland wäre wie in anderen Bereichen der Volkswirtschaft einerseits eine kostendämpfende und qualitäts- oder mindestens transparenzsteigernde Wirkung zu erwarten. In diesem Sinne wäre eine Öffnung gegenüber dem Ausland zu begrüssen. Evaluationen von Pilotprojekten im Rahmen von Artikel 36a KVV, welcher die Kostenübernahme für Leistungen im grenznahen Ausland ermöglicht, haben zudem gezeigt, dass sich dadurch weder die Kosten für die Krankenversicherung erhöhen, noch Mengenausweitungen stattfinden (BBI 2016 1, hier 8).

Andererseits stellt sich bei einer generellen Aufhebung des Territorialitätsprinzips die Frage der Kontrolle von Qualität, Mengenentwicklung und Versorgungsplanung. Die Qualität ausländischer Leistungserbringer ist nicht a priori besser oder schlechter als diejenige von Schweizer Anbietern. Die Ansprüche der Patienten und Patientinnen sind potenziell unbeschränkt, und die heutige Ausgestaltung des KVG im Inland setzt ihnen auch kaum Grenzen.

Die Versorgungsplanung für die Kantone wird zudem etwas anspruchsvoller, wenn die Möglichkeit besteht, dass Patienten sich im Ausland behandeln lassen.

Es wäre zu begrüssen, wenn Kantone und Versicherer die bereits heute bestehende Möglichkeit, Pilotprojekte zur Relativierung des Territorialitätsprinzips zu entwickeln, vermehrt nutzen würden, auch über die Bereiche Mittel und Gegenstände sowie Arzneimittel hinaus. Eine Leistungserbringung im Ausland müsste für die Patienten aber auf jeden Fall freiwillig sein. Damit stellt sich die Frage, welche Anreize die Patienten zu einem Gang ins Ausland bewegen sollen, da der Preisanreiz sowieso nicht direkt auf die Versicherten wirkt, ausser im Falle von noch nicht ausgeschöpfter Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt).

Fazit

Mit einer teilweisen Lockerung oder Aufhebung des Territorialitätsprinzips wird der internationale Wettbewerb in der OKP gefördert. Das Territorialitätsprinzip sollte für Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände aufgehoben werden. Es ist ausserdem zu prüfen, ob die Aufhebung des Territorialitätsprinzips auch in anderen Bereichen sinnvoll wäre. Durch das tiefere Lohn- und Kostenniveau im Ausland ist eine kostendämpfende Wirkung auch für Leistungen zu erwarten, welche in der Schweiz erbracht werden.

Während für den Einkauf im Ausland eine Gesetzesänderung notwendig ist, könnte der Einkauf im Inland auch ohne Gesetzesänderung vergünstigt werden, indem das Wettbewerbsrecht angewendet wird und so Parallelimporte erleichtert werden.

5.5.3 Massnahmen im Arzneimittelbereich

!! M22 Einführung eines Festbetragssystems / Referenzpreissystems

Zielsetzung

Auch in der Schweiz soll ein Referenzpreissystem (in Deutschland als Festbetragssystem bezeichnet) eingeführt werden.

Beschrieb

Insbesondere Generika sind in der Schweiz doppelt so teuer wie in den neun vom BAG bei der Preisbildung von Originalpräparaten berücksichtigten Referenzländern. Zudem werden auch Originalpräparate, die keinen besonderen Nutzen bringen, oft zu teuer angeboten und von der OKP vergütet. Durch die Einführung eines Referenzpreissystems sollen diese Preise gesenkt und Kosteneinsparungen erzielt werden.

Es werden folgende Möglichkeiten der Ausgestaltung des Referenzpreissystems vorgeschlagen:

- Einführung eines Referenzpreissystems für Arzneimittel, deren Wirkstoffpatent abgelaufen ist. Dabei soll für die Höhe der Vergütung der Preis der günstigeren Arzneimittel berücksichtigt werden.
- Einführung eines Referenzpreissystems, in welches auch so genannte «me-too-Präparate» (Arzneimittel mit anderen Wirkstoffen, die denselben Wirkmechanismus wie bereits zugelassene Arzneimittel haben und oft keinen grossen Mehrnutzen aufweisen) aufgenommen werden.
- Einführung eines Referenzpreissystems, in welches auch nicht besonders innovative patentgeschützte Arzneimittel integriert werden (entsprechend dem Festbetragssystem in Deutschland).

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Das Referenzpreissystem wird praktisch alle betreffen, die am Vertrieb, der Verschreibung, Abgabe und Vergütung von Arzneimitteln beteiligt sind, also die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen, Leistungserbringer und Krankenversicherer. Ein Referenzpreissystem wird aber auch Folgen für die Versicherten haben. Sofern sie ein Arzneimittel beziehen, dessen Preis über dem vom Bund festgelegten und publizierten Referenzpreis liegt, müssen sie die Differenzkosten selber tragen.

Um in der Schweiz ein Referenzpreissystem einführen zu können, bedarf es einer Anpassung des KVG, da die Grundlagen für das Referenzpreissystem bereits im KVG festgehalten sein müssen und eine Anpassung der Regelung zum Tarifschutz notwendig ist.

Bewertung

Es wird von der Ausgestaltung des Referenzpreissystems abhängen, welche Kosteneinsparungen schlussendlich möglich sein werden resp. ob die Preisunterschiede zwischen der Schweiz und den Referenzländern schrumpfen. Grundsätzlich gilt, dass die Einsparungen in der OKP umso höher ausfallen dürften, je umfassender das Referenzpreissystem bei den Arzneimitteln ausfällt. Selbstverständlich könnte dabei ein schrittweises Vorgehen ins Auge gefasst werden, indem zuerst einmal die Generika erfasst werden.

Das Referenzpreissystem sollte so ausgestaltet werden, dass die Schweiz auch für Generika-Hersteller attraktiv bleibt und entsprechende Einsparungen möglich sind. Der Einbezug von patentgeschützten

Arzneimitteln in das Referenzpreissystem dürfte zu einer stärkeren Ablehnung von Seiten der Pharmaindustrie führen. Zudem sollte für Leistungserbringer kein Anreiz mehr bestehen, teurere Arzneimittel abzugeben (aufgrund der heutigen prozentualen Abhängigkeit des Vertriebsanteils von der Höhe des Fabrikabgabepreises besteht für Ärzte und Apotheker ein Anreiz, teurere Präparate abzugeben). Der Vertriebsanteil für Arzneimittel einer Referenzgruppe sollte deshalb immer pauschal erfolgen und gleich hoch sein, unabhängig davon, ob ein Originalpräparat oder ein Generikum abgegeben wird.

Erfahrungen aus dem Ausland

Die meisten europäischen Referenzländer haben ein Referenzpreissystem. Von den Referenzländern, die das BAG bei der Preisfestlegung von Originalpräparaten berücksichtigt, können aber nur in Deutschland auch patentgeschützte Arzneimittel in eine Referenzgruppe aufgenommen werden. Die Erfahrungen in den Referenzländern zeigen, dass mit einem Referenzpreissystem Kosteneinsparungen möglich sind. Es ist jedoch auch darauf zu achten, dass die Versicherten aufgrund zu tiefer Referenzpreise und zu hoher Arzneimittelpreise finanziell nicht zu stark belastet werden. Aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern wird empfohlen, die Einführung eines Referenzpreissystems durch eine Informationskampagne zu begleiten, die auch das Vertrauen in Generika und somit deren Absatz weiter fördert.

Fazit

Die Einführung eines Referenzpreissystems dürfte zu Einsparungen zu Gunsten der OKP führen. Die Höhe der Einsparungen ist aber von der Ausgestaltung des Systems abhängig. Aus politischen Gründen könnte sich eine schrittweise Einführung dieses Instruments aufdrängen.

!! M23 Anpassung der Vertriebsmargen

Zielsetzung

Mit der Anpassung der Vertriebsmarge werden unerwünschte Anreize bei der Abgabe und dem Verkauf von Arzneimitteln vermindert. Damit soll der Anteil preisgünstiger Arzneien, insbesondere von Generika, erhöht werden.

Mit der Überprüfung und Aktualisierung von gewissen Parametern, welche für die Berechnung des Vertriebsanteils zu berücksichtigen sind, soll zudem eine Kosteneinsparung im Umfang von mehreren Millionen Franken erzielt werden.

Beschrieb

Der Vertriebsanteil entspricht der Differenz zwischen dem Fabrikabgabepreis (FAP) und dem Publikumspreis (PP) – exklusive Mehrwertsteuer – von Arzneimitteln auf der Spezialitätenliste. Der Vertriebsanteil steht für die Abgeltung der Logistikkosten für die Leistungserbringer und die Grossisten. Diese setzt sich für verschreibungspflichtige Arzneimittel aus einem preisbezogenen Zuschlag und einem Zuschlag je Packung zusammen und hat sich seit Jahren nicht verändert. Gewisse Parameter, die bei der Berechnung des Vertriebsanteils berücksichtigt werden (z. B. das Zinsniveau), sollten aktualisiert werden. Mit dieser Aktualisierung sollen Einsparungen im Umfang von mehreren Millionen Franken erzielt werden. Bedingt durch den preisbezogenen Zuschlag setzt die aktuelle Ausgestaltung des Vertriebsanteils den Anreiz, teurere Arzneimittel abzugeben. Eine Anpassung des Vertriebsanteils soll dazu führen, den Anteil von preisgünstigen Arzneimitteln, insbesondere der Generika, zu erhöhen. Generell empfehlenswert ist eine Neuregelung der Vertriebsmargen nach einem Pauschalabgeltungssystem. Damit können falsche Anreize vermieden werden.

Die Selbstdispensation (SD) an sich steht aktuell nicht zur Disposition. Eine Studie im Auftrag des BAG hat ergeben, dass die Gesamtkosten in SD-Kantonen nicht höher sind als in Kantonen ohne Selbstdispensation (Trottmann et al. 2010). Die Selbstdispensation durch Ärztinnen und Ärzte ist in 14 Deutschschweizer Kantonen mit geringer Einschränkung zulässig, in allen Westschweizer Kantonen und im

Tessin jedoch untersagt.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Von der Massnahme sind vor allem Apotheken, aber auch Grossisten, Ärzte, Spitäler und in geringem Umfang auch Drogerien betroffen.

Für die Umsetzung dieser Massnahme müsste die Krankenpflege-Leistungsverordnung angepasst werden. Das BAG müsste sämtliche Preise der SL via Verfügung neu festlegen.

Bewertung

Mit der Massnahme soll die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verbessert werden, indem der unerwünschte Anreiz beseitigt wird, ein teureres Arzneimittel abzugeben, auch wenn es eine preiswertere Alternative gibt. Auch mit der Anpassung gewisser Parameter, die bei der Berechnung des Vertriebsanteils berücksichtigt werden, können Einsparungen erzielt werden.

Die Anpassung der Vertriebsmarge geht einher mit den beiden übrigen Massnahmen im Arzneimittelbereich, welche eine Förderung und Vergünstigung von Generika zum Ziel haben.

Erfahrungen aus dem Ausland

In Deutschland werden Arzneimittel im Wesentlichen von Apotheken und Krankenversicherungen abgegeben. Die Selbstdispensation durch Ärzte hat einen sehr geringen Stellenwert. Die Bezugsgrösse der meisten regulatorischen Instrumente ist der vom pharmazeutischen Unternehmer (pU) frei wählbare Herstellerabgabepreis (HAP). Handelsspannen der folgenden Wertschöpfungskette von Grosshändlern und Apotheken sind reguliert, so dass der Apothekenabgabepreis bei Kenntnis des HAP rechnerisch bestimmt werden kann. Rabatte innerhalb der Wertschöpfungskette, d.h. pU zu Grosshändler, bzw. Grosshändler zu Apotheke, sind nur sehr eingeschränkt möglich, um gegenläufigen Effekten, z. B. der angebotsinduzierten Nachfrage, vorzubeugen. Über der regulierten Wertschöpfungskette liegt zusätzlich ein dichtes Netz von sich teilweise überlagernden Instrumenten der indirekten und direkten Preiskontrolle.

Gesetzliche Krankenversicherungen erhalten per Gesetz einen Abschlag von 7 Prozent auf den HAP für erstattungsfähige, nicht-festbetragsregulierte, patentgeschützte Arzneimittel. Dieser Abschlag wird von den Apotheken ausgezahlt, wobei der pharmazeutischen Unternehmer zur Erstattung verpflichtet ist. Der Herstellerabschlag für Generika, die nicht festbetrags geregelt sind, beträgt 16 Prozent, der Abschlag für festbetrags geregelte Generika 10 Prozent und festbetrags geregelte Generika, deren Preis 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegt, sind vom Abschlag befreit.

Zusätzlich zum Herstellerabschlag unterliegen pharmazeutische Unternehmen seit dem 1. August 2009 einem Preismoratorium, das immer wieder verlängert wird. Den pharmazeutischen Unternehmen ist es zwar erlaubt, ihre Preise zu erhöhen, sie sind allerdings verpflichtet den Krankenversicherungen einen Preisabschlag in Höhe der Differenz zum Preisstand vom 1. August 2009 zu gewähren.

In den Niederlanden erhalten die Apotheken neben einer Pauschale pro Verschreibung die Möglichkeiten von Rückerstattung für gewisse andere Leistungen ausser der Abgabe von registrierten Arzneimitteln (Bereitschaftsdienste, Compliance-Tätigkeiten, Patienteninformationen usw.). Solche Leistungen sind bei den Versicherern aber bisher nur wenig kontrahiert. Die Spitäler wurden bis 2012 separat auf einer risikofreien Basis für hochpreisige Arzneimittel vergütet.

Fazit

Die Anpassung des Vertriebsanteils steht im Einklang mit den übrigen Massnahmen für eine Förderung der Abgabe von günstigen Arzneimitteln und Generika. Es ist zu erwarten, dass die Umsetzung dieser

Massnahme mittelfristig zu Kosteneinsparungen führen wird. Mit der Aktualisierung von gewissen Parametern können auch kurzfristig Kosteneinsparungen realisiert werden.

M24 Verpflichtung der Apotheker und der selbstdispensierenden Ärzte, Generika abzugeben

Zielsetzung

Apotheker und Apothekerinnen werden verpflichtet, bei einer Verschreibung von Originalpräparaten günstigere Generika abzugeben, sofern vom Arzt oder der Ärztin nicht aus medizinischen Gründen eine Substitution ausgeschlossen wird. Dabei sollen diejenigen Generika abgegeben werden, die am günstigsten sind und vom Versicherer vorgegeben werden (analog zum deutschen Modell). Diese Verpflichtung soll auch für selbstdispensierende Ärzte gelten.

Beschrieb

Die Apotheker und Apothekerinnen haben bereits heute die Möglichkeit, anstelle eines verschriebenen Originalpräparates ein Generikum abzugeben. Sie sind dazu aber nicht verpflichtet. Insbesondere wenn die Versicherten gegen eine solche Substitution sind, können die Apotheker und Apothekerinnen auch das teurere Originalpräparat abgeben. Für selbstdispensierende Ärzte besteht bisher ebenfalls keine Verpflichtung zur Generika-Abgabe. Bei einer entsprechenden Preisdifferenz zu den günstigeren Generika hat sich der Versicherte beim Bezug/Erhalt des Originalpräparates oder von teureren Generika mit 20 Prozent an den Kosten des Arzneimittels zu beteiligen (differenzierter Selbstbehalt). Die vorgeschlagene Massnahme würde vorsehen, dass der Apotheker oder die Apothekerin resp. der selbstdispensierende Arzt, die selbstdispensierende Ärztin anstelle des Originalpräparates das vom Versicherer verlangte, günstigere Generikum abgeben müsste, sofern aus medizinischen Gründen nicht explizit das Originalpräparat notwendig ist.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Von dieser Massnahme betroffen wären die Apotheker und Apothekerinnen sowie die selbstdispensierenden Ärzte und Ärztinnen, welche die Massnahme umsetzen müssten und in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt wären, aber auch die Versicherten, deren Wahlfreiheit ebenfalls eingeschränkt würde.

Zur Umsetzung der Massnahme wäre Artikel 52a KVG dahingehend anzupassen, dass anstelle der heutigen kann-Formulierung eine Verpflichtung zur Substitution des Originalpräparates oder des teureren Generikums durch das vom Versicherer zur Vergütung vorgesehene günstigste Generikum vorgegeben wird.

Bewertung

Es zeigt sich, dass in der Schweiz immer noch sehr viele Originalpräparate abgegeben werden, auch wenn günstigere Generika zur Verfügung stehen. Bisherige Massnahmen, wie die höhere Kostenbeteiligung der Versicherten an teureren Originalpräparaten zeigten zu wenig Wirkung. Auch Originalpräparate mit einem erhöhten Selbstbehalt von 20 Prozent werden noch sehr oft bezogen. Zudem sind die Generika in der Schweiz im Vergleich zu den Referenzländern massiv teurer. Diese Massnahme könnte einerseits zu einer Erhöhung des Generika-Anteils führen. Andererseits würden auch günstige Generika gefördert. Die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen würden zudem verpflichtet, ihre Generika günstig anzubieten, um von den Versicherern vergütet zu werden. Aus ökonomischer Sicht müsste eine solche Massnahme zu verstärktem Wettbewerb zwischen den Zulassungsinhaberinnen führen.

Sowohl die Apotheker und Apothekerinnen resp. die selbstdispensierenden Ärzte und Ärztinnen als auch die Versicherten würden in ihrer Wahlfreiheit, welches Arzneimittel sie abgeben resp. beziehen möchten, eingeschränkt. Ein Verzicht auf eine Substitution wäre nur noch möglich, wenn der Arzt oder die Ärztin aus medizinischen Gründen explizit das Originalpräparat verschreiben will. Es braucht ein grosses Vertrauen der Versicherten in die Qualität und Austauschbarkeit von Generika, da je nach

Preisliste nicht immer dasselbe Arzneimittel bezogen werden kann. Die Leistungserbringer müssen die Versicherten bei der Abgabe eines neuen Arzneimittels entsprechend aufklären und auch informieren, dass es sich nicht um ein neues Arzneimittel handelt, das zusätzlich eingenommen werden muss, sonst kann es zu Überdosierungen kommen.

Erfahrungen aus dem Ausland

In Deutschland besteht eine Substitutionspflicht. Dadurch wird der Apotheker oder die Apothekerin grundsätzlich verpflichtet, eines der drei günstigsten Generika abzugeben. Aufgrund von Rabattverträgen zwischen Versicherern und Arzneimittelherstellern müssen die Apotheker und Apothekerinnen aber in erster Linie dasjenige Arzneimittel abgeben, das vom Versicherer vergütet wird. Dies führte neben der Einführung eines Festbetragssystems zu einer Erhöhung des Generika-Anteils.

Fazit

Die Einführung einer verpflichtenden Generikasubstitution ist grundsätzlich eine ergänzende Massnahme zur Einführung eines Referenzpreissystems. Es hat sich in anderen europäischen Ländern gezeigt, dass alleine schon die verpflichtende Generikasubstitution eine geeignete Begleitmassnahme zur Einführung eines Referenzpreissystems dargestellt hat, um die Abgabe von Generika zu fördern und dadurch Einsparungen zu erreichen.

Mit der Einführung eines Referenzpreissystems (vgl. «M22 Einführung eines Festbetragssystems / Referenzpreissystems») spielt es für die Versicherer grundsätzlich keine Rolle, ob ein teureres oder günstigeres Arzneimittel abgegeben wird, da sie über die OKP lediglich den Referenzpreis vergüten müssen und der ist bei jedem Arzneimittel der gleichen Referenzpreisgruppe gleich hoch. Eine allfällige Differenz zum effektiven Publikumspreis müssten die Versicherten selber übernehmen. Ein Vorteil für günstige Generika bei der Vergütung durch einzelne Versicherer, wie es der Vorschlag vorsieht, kann aber je nach Ausgestaltung des Referenzpreissystems zu tieferen Referenzpreisen führen.

5.5.4 Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich

!! M25 Tarifstruktur aktuell halten

Zielsetzung

Die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen TARMED soll analog zur SwissDRG-Struktur für akutstationäre Spitalleistungen jährlich durch den Bundesrat angepasst werden. Ziel ist es, das aktuelle Mengenwachstum bei den ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitalambulatorien auf ein vernünftiges Mass zurückzuführen. Um dies zu ermöglichen, braucht der Bundesrat Daten. Die Tarifpartner sollen daher auch im ambulanten Bereich zur Datenlieferung an den Bundesrat verpflichtet werden.

Beschrieb

Der Bundesrat verfügt grundsätzlich über zwei subsidiäre Kompetenzen betreffend Einzelleistungstarifstrukturen: diejenige zur Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen nach Artikel 43 Absatz 5 KVG sowie diejenige zur deren Anpassung nach Artikel 43 Absatz 5bis KVG. Diese Kompetenzen gelten für alle gesamtschweizerisch einheitlichen Einzelleistungstarifstrukturen. Der Bundesrat hat am 20. Juni 2014 mit der Verabschiedung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5) ein erstes Mal von seiner subsidiären Kompetenz nach Artikel 43 Absatz 5bis KVG Gebrauch gemacht und die Einzelleistungstarifstruktur TARMED angepasst. Die Verordnung trat am 1. Oktober 2014 in Kraft. Zurzeit befindet sich eine Verordnungsänderung in Vernehmlassung, um die Tarifstruktur TARMED erneut anzupassen und sie gleichzeitig per 1. Januar 2018 als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen in Kraft zu setzen. Die Anpassungen sollen zu Kosteneinsparungen von mehreren 100 Millionen Franken führen und

5.5 Bereits diskutierte Massnahmen mit **gesetzlichem Anpassungsbedarf / Massnahmen betr.** Gesamtkosten und im Tarifbereich

daher einen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) leisten. Da in einem Einzelleistungstarif der Anreiz besteht, möglichst viele Leistungen zu erbringen, steht nun die Befürchtung im Raum, dass die Ärzteschaft die geplanten Einsparungen durch Mengenausweitungen zumindest teilweise kompensieren wird. Die Idee vorliegender Massnahme ist es, dass der Bundesrat die Tarifstruktur TARMED mittels seiner subsidiären Kompetenz und aufgrund der beobachteten Mengenentwicklung jährlich anpasst, um dieser Problematik entgegen zu wirken. Der Bundesrat soll bekannt geben, dass er die Tarifstruktur TARMED regelmässig pflegen wird und dies dann auch realisieren. Ziel ist, die Verhandlungsbereitschaft der Tarifpartner zu erhöhen. Damit der Bundesrat die Tarifstruktur TARMED regelmässig anpassen kann, braucht er Daten von Seiten der Tarifpartner. In seiner Rolle als Genehmigungsbehörde kann er diese einfordern, in der Rolle als Anpassungs- oder Festlegungsbehörde ist die gesetzliche Grundlage nicht ausreichend. Die parlamentarische Initiative 17.401 der SGK-N sieht vor, die Leistungserbringer und Versicherer zu verpflichten, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekannt zu geben, die für die Festsetzung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten: Bundesrat, Tarifpartner

Rechtssetzungsbedarf: Verpflichtung zur Datenlieferung bedarf einer KVG-Änderung.

Bewertung

Der Bundesrat kann gemäss geltendem Recht seine Kompetenz zur Anpassung von Einzelleistungstarifstrukturen erst dann anwenden, wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist und die Tarifpartner sich nicht auf eine Revision einigen können. Falls sich die Tarifpartner auf eine genehmigungsfähige revidierte Tarifstruktur einigen, erübrigt sich eine Anpassung der Tarifstruktur durch den Bundesrat. Die Tarifautonomie bleibt daher gewahrt.

Wird die oben beschriebene Massnahme konsequent angewandt, könnte sie den Anstieg der über die Tarifstruktur TARMED abgerechneten Leistungen bremsen. Es entsteht zudem ein Anreiz für die Leistungserbringer, sich mit den Versicherern wieder an den Verhandlungstisch zu setzen. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass eine allzu kurze Periodizität der Überprüfungen durch den Bundesrat faktisch zu einem Bundestarifsystem mit einer Entmachtung der Tarifpartner führen könnte.

Fazit

Eine konsequente Anwendung der Massnahme könnte zur Eindämmung der Mengenentwicklung beitragen. Die Massnahme stellt jedoch einen starken Eingriff in die Autonomie der Tarifpartner dar. Es ist auch auf einige Wechselwirkungen mit anderen Massnahmen hinzuweisen.

Wenn es gelingt, ein nationales Tariffbüro zu installieren (Massnahme «M34 Schaffung nationales Tariffbüro (analog SwissDRG)»), welches in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungstarifstrukturen zuständig ist, wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr notwendig sein, dass der Bundesrat die Tarifstruktur TARMED regelmässig anpasst.

Die Festsetzung einer Globalzielvorgabe für das Kostenwachstum im ambulanten Bereich (vgl. Kapitel 5.2 «Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum») würde den politischen Druck auf die Tarifpartner erhöhen, die Tarifstruktur TARMED regelmässig zu aktualisieren und anzupassen.

Findet aufgrund beobachteter Kosten- und Mengenentwicklungen eine subsidiäre Anpassung der TARMED-Tarifstruktur durch den Bundesrat statt, kann in diesem Rahmen auch die Zusammenfassung von Tarifpositionen berücksichtigt werden (Massnahme «M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern»).

M26 Einheitliche Finanzierung pauschalisierter Leistungen im spitalambulantem Bereich

Zielsetzung

Erstellen eines Katalogs *spitalambulant* durchzuführender Eingriffe, die bisher noch überwiegend stationär durchgeführt werden und nachgewiesenermassen Vorteile für die Patienten mit sich bringen und gleichzeitig weniger ressourcenintensiv sind (Lemos et al. 2006: 24ff.). Diese Leistungen sollen gemäss demselben Aufteilungsschlüssel zwischen Kantonen und Versicherern finanziert werden wie stationäre Leistungen. Ziele dieser Massnahme sind einerseits die adäquate Behandlung der Patienten, die von einer spitalambulantem Behandlung profitieren. Andererseits sollen Unterschiede in der Tarifierung und Finanzierung der gleichen spitalambulant oder (bei medizinischem Bedarf) stationär durchgeführten Leistung aus dem Weg geräumt und ein angemessener Einsatz der Ressourcen erreicht werden, welcher kostendämpfend wirkt.

Beschrieb

Der Beschrieb der Massnahme deckt sich mit jenem der Massnahmen M07 und M15. Wenn in den stationären Betrieben neben der Tarifierung über Pauschalen auch die Finanzierung der tagesklinischen und der stationären Leistungen nach denselben Prinzipien erfolgt, gestaltet sich der Verlagerungsprozess beim gleichen Leistungserbringer finanzierungsgerechter. Dies bedeutet, dass für die gleiche Finanzierung durch Kantone und Versicherer folgende Prinzipien gelten:

- Die zu erstellende Liste erfasst Leistungen an der Schnittstelle zwischen spitalambulant und stationär mit hohem Verlagerungspotential.
- Die Leistungen werden wie die stationären Leistungen durch die Kantone mit einem Leistungsauftrag an Spitäler auf der Spitalliste vergeben. An den Leistungsauftrag werden Vorgaben für die Qualitätssicherung und das Monitoring geknüpft.

Die Massnahme soll auch die psychiatrischen Kliniken und die Rehabilitationskliniken angewendet werden, wo das Verlagerungspotential ebenfalls beträchtlich ist.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten sind der Bund, die Kantone, die Leistungserbringer, die Fachgesellschaften und die Versicherer.

Nach geltendem Recht darf eine stationäre Behandlung nur dann erfolgen, wenn die Spitalbedürftigkeit vorliegt und die WZW-Kriterien eingehalten werden. Um der bereits bestehenden Regel mehr Nachdruck zu verschaffen, soll für die Erstellung der Leistungsliste eine Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) erfolgen. Die gleiche Finanzierung der tagesklinisch durchgeführten Leistungen bedarf einer Änderung des KVG.

Die Pauschalierung der Leistung wird durch die Tarifpartner und die Kantone im Rahmen der SwissDRG AG durchgeführt. Die AG muss dafür in den Statuten ihren Gesellschaftszweck erweitern, damit auch tagesklinische Leistungen in die Tarifstrukturen SwissDRG, Tarpsy und ST Reha aufgenommen werden können.

Bewertung³⁴

Die Aufnahme ambulanter Pauschalen, sog. One-day- oder Zero-Night-DRGs in die Tarifstruktur SwissDRG bzw. tagesklinischer Fälle in Tarpsy zur Abgeltung spitalambulanter/tagesklinischer Fälle in den Spitälern und Kliniken wird dazu führen, dass die betroffenen Leistungen und deren einzelne Kos-

³⁴ Vgl. auch die Bewertung der Massnahmen M07 und M15.

tenelemente künftig nach denselben Kalkulationsprinzipien in die Preisberechnung einfließen und entschädigt würden, unabhängig davon ob sie ambulant und stationär erbracht werden. Damit würde der bestehende Fehlanreiz eliminiert, dass nämlich die unterschiedliche Entschädigungshöhe und damit der Kostendeckungsbeitrag für das Spital für die Behandlungsform ambulant oder stationär ausschlaggebend ist, sondern dass allein auf Basis medizinischer Kriterien entschieden wird. Die Mitfinanzierung dieser Leistungen durch die Kantone erhöht die Finanzierungskohärenz derselben Leistungen, ob ambulant oder stationär durch denselben Leistungserbringer erbracht. Die Finanzierungsaufteilung zwischen Kanton und OKP ist letztlich eine finanz- und verteilungspolitische Frage, d.h. ob der heutige Schlüssel von 55:45 beibehalten oder entsprechend dem geschätzten Transfervolumen in Bezug auf die heutige Finanzierungsbelastung kostenneutral etwas verschoben wird.

Die SwissDRG AG stellt die einzige existierende und funktionierende Organisation dar, in der die Tarifpartner und die Kantone gemeinsam vertreten sind und die Fragen der Tarifierung solcher, ambulanter Leistungen (an der Schnittstelle ambulant-stationär) diskutieren können. Eine Behandlung der Thematik durch die SwissDRG AG ist daher zielführend.

Für die Rehabilitation besteht allerdings noch kein schweizweit einheitliches Tarifwerk mit Pauschalen. Dieses ist erst in Erarbeitung. In der Psychiatrie müssen zudem noch offene definitorische Fragen geklärt werden, bevor ambulante Pauschalen definiert werden können.

Fazit

Einzelne Grundlagen und Arbeiten, welche in die Richtung dieser Massnahme stossen, sind bei den Kantonen, beim Bund und der SwissDRG AG bereits in Umsetzung, in die Wege geleitet oder in Diskussion. Die hier vorgeschlagene eingegrenzte gleiche Finanzierung dürfte auf weniger Widerstand stossen als eine gleiche Finanzierung über alle KVG-Leistungen hinweg und deshalb beträchtliche Realisierungschancen haben.

5.6 Neue Massnahmen mit gesetzlichem Anpassungsbedarf

5.6.1 Massnahmen zur Vermeidung von Fehlanreizen

!! M27 Verpflichtung zu Gatekeeping

Zielsetzung

Mit dem Gatekeeping sollen die Versicherten eine erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem haben. Das Gatekeeping-Prinzip und die damit verbundene Koordination der Behandlungen sollen zu einer höheren Wirtschaftlichkeit führen, z. B. durch Vermeidung von unnötiger oder mehrfacher Untersuchung im Rahmen von Weiterweisungen.

Beschrieb

Der Gatekeeper soll die erste Anlaufstelle für eine versicherte Person sein und dann vor allem auch die weiteren Behandlungen einleiten und koordinieren. Die Funktion des Gatekeepers übernimmt i.d.R. ein ärztlicher Grundversorger, der die Übersicht über die medizinischen und paramedizinischen Massnahmen, die sein Patient benötigt, behält. Er sollte also seinen Patienten durch die ganze Versorgungskette führen können und damit eine Steuerungsfunktion wahrnehmen. Das Gatekeeping ist letztlich eng mit der integrierten Versorgung verbunden. Die Grenze zwischen allgemeiner Medizin und Spezialisten sollte wegen grösserer Akzeptanz auf beiden Seiten weniger scharf sein und im Sinne von Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten gesehen werden, denn auch hier verursachen Koordinationsprobleme und Doppelspurigkeiten beträchtliche Kosten.

Die Förderung des Gatekeepings sollte wenn möglich mittels positiven Anreizen erfolgen. Ein genereller Zwang könnte angesichts der Ablehnung der Managed-Care-Vorlage in der Abstimmung vom 17. Juni 2012 nicht zielführend sein. Eine bereits bestehende Möglichkeit stellen die Modelle mit eingeschränkter Wahl und entsprechendem Prämienrabatt dar. Diese Modelle sind nach wie vor sehr beliebt und ihr Anteil nimmt weiter zu: 63.6 Prozent der Versicherten waren 2015 in einem Modell mit eingeschränkter Wahl (Forum Managed Care 2015). Die Modelle sind aber sehr unterschiedlich ausgestaltet und der Anteil der Versicherten in Hausarzt- und HMO-Modellen, welchem dem Gatekeeping am nächsten kommen, liegt bei 24.8 Prozent. Aber auch dieser Anteil ist steigend, aber tiefer als bei den anderen Modellen. Andere und spezifischere Anreize für Versicherte müssten auf Stufe KVG verankert werden.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Primäre Adressaten sind die Versicherer im Rahmen der Modelle mit eingeschränkter Arztwahl. Der Gesetzgeber ist gefordert, um Rahmenbedingungen im Sinne positiver Anreize oder sogar Verpflichtungen zu setzen.

Bewertung

Mit dem Gatekeeping lässt sich die Versorgung wirksam und effizient steuern. Analog zur integrierten Versorgung werden eine qualitativ hochstehende Koordination und Behandlung von zentraler Bedeutung sein.

Erfahrungen aus dem Ausland

In Deutschland wird das Gatekeeping-System als hausarztzentrierte Versorgung bezeichnet. Es ist ein etabliertes Instrument im Managed Care bzw. in der Integrierten Versorgung. Hausärzte, die bei diesem Modell mitmachen wollen, müssen besonders qualifiziert sein. Das heisst: Die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie ist Pflicht. Darüber hinaus müssen die Ärzte nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien arbeiten, die für die hausärztliche Versorgung entwickelt worden sind (ÄrzteZeitung 2009).

In Frankreich wurde in den 2000er-Jahren die Einführung eines freiwilligen Gatekeeping-Systems als Instrument zur Kostenkontrolle im ambulanten Bereich eingeführt. Die Patientinnen und Patienten benennen einen Erstversorger, eine behandelnde Ärztin oder einen behandelnden Arzt, mit der oder dem sie einen Vertrag abschliessen. Dabei kann es sich auch um eine Spezialistin oder einen Spezialisten handeln. Die «behandelnde Ärztin» oder der «behandelnde Arzt» stellt eine angemessene Grundversorgung sicher und hat die Funktion eines «Gatekeepers», der die Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem führt. Für eine fachärztliche Behandlung benötigen die Patientinnen und Patienten eine Überweisung, in der Wahl der Spezialistin oder des Spezialisten sind sie jedoch weiterhin frei.

Die Teilnahme am Gatekeeping-System ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Ärzteschaft freiwillig, über 85 Prozent der Bevölkerung haben aber eine solche Erstversorgerin oder einen Erstversorger angegeben. Die meisten Anreize richten sich eher an die Patientinnen und Patienten als an die Ärzteschaft. Für Personen, die keinen «médecin traitant» benennen, reduziert sich der Anteil der Rückerstattung, der ihnen von der obligatorischen Krankenkasse gewährt wird, von 70 Prozent auf 30 Prozent.

In den Niederlanden haben Patientinnen und Patienten die freie Wahl unter allen verfügbaren Ärzten und Leistungserbringern, müssen aber zwingend im Rahmen eines Gatekeeping-Systems von ihrem Grundversorger an Spezialisten überwiesen werden.

Fazit

Das Gatekeeping stellt letztlich ein Instrument der integrierten Versorgung dar und kann zu einer effizienten Versorgung beitragen. Bedingungen für ein Gatekeeping sind - angesichts der internationalen Erfahrungen - einerseits Leistungserbringer, welche die Kompetenzen haben, die Gatekeeping-Rolle

wahrzunehmen und andererseits Anreize am Gatekeeping-System überhaupt teilzunehmen. Die Grenze zwischen allgemeiner Medizin und Spezialisten sollte wegen grösserer Akzeptanz auf beiden Seiten weniger scharf sein und im Rahmen einer Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinern und Spezialisten gesehen werden, denn auch hier verursachen Koordinationsprobleme und Doppelspurigkeiten beträchtliche Kosten.

Betreffend «M27 Verpflichtung zu Gatekeeping» konnte mit dem freiwilligen Ansatz der Modelle der eingeschränkten Wahl zwar eine gewisse Verbreitung erfolgen, jedoch liesse sich diese – angesichts der Vorteile – noch wesentlich erhöhen. Folglich sind auch Ansätze mit verpflichtendem Charakter zu verfolgen.

Die Massnahme steht insbesondere in Wechselwirkung mit der Massnahme «M10 Koordinierte Versorgung stärken», aber auch mit dem «Massnahmenpaket, um medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungen einzuschränken» und Massnahme «M18 Differenzierter Kontrahierungszwang».



M28 Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern

Zielsetzung

Die Höhe von Zusatzversicherungstarifen beschränken beziehungsweise missbräuchliche Tarife verhindern.

Ausgangslage

Im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungstarifen kann grundsätzlich das Problem der Übertarifierung geortet werden. Die Finanzierung des Spitals und/oder die Bezahlung der Chirurgen oder des Chirurgen können eine Anreizstruktur schaffen, die dazu führt, mehr oder weniger Prozeduren durchzuführen. Die Anreizstruktur wird zudem durch die Höhe des Tarifs beeinflusst, den das Spital für eine Behandlung erhält. Spitäler erhalten für Behandlungen von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zusätzliche Entschädigungen für Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden. Die Vergütung der zusatzversicherten Leistungen beträgt dabei oftmals ein Vielfaches der Vergütung, die sie für die Behandlung von obligatorisch Versicherten erhalten. Die Behandlung von Zusatzversicherten ist somit im Vergleich zur Behandlung von obligatorisch Versicherten ökonomisch interessanter und der Anreiz grösser, Mengen auszuweiten beziehungsweise unnötige Behandlungen durchzuführen. Die Tarife im Zusatzversicherungsbereich unterliegen keiner Genehmigungspflicht.³⁵

Im Bereich der Spitaltarife zu Lasten der Zusatzversicherungen hat der Preisüberwacher jedoch grundsätzlich die Möglichkeit, tätig zu werden. Zurzeit läuft eine Vorabklärung bezüglich der Zusatzversicherungstarife der regionalen Spitalzentren des Kantons Bern.³⁶

Beschrieb

Der Anreiz für Spitäler zu übermässiger Leistungserbringung im stationären Bereich bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten soll eingeschränkt werden, indem missbräuchliche Tarife verhindert werden.

³⁵ Das Bundesgesetz vom 17.12.2004 betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01) bezweckt insbesondere, die Versicherten nicht nur vor Insolvenzrisiken der Versicherungsunternehmen sondern auch vor Missbräuchen zu schützen (Art. 1 Abs. 2 VAG). Das Aufsichtsrecht verlangt keine Angemessenheitskontrolle der Prämientarife. Vielmehr geht es einerseits um die Solvenzerhaltung der Versicherungsunternehmen (untere Grenze) sowie andererseits um die Vermeidung missbräuchlich hoher Prämientarife (obere Grenze). Aus diesem Grund unterliegen zwar die Versicherungsprämien, grundsätzlich nicht aber die Tarife, die zwischen Leistungserbringern und Zusatzversicherern vereinbart werden, einer Genehmigungspflicht.

³⁶ Vgl. Newsletter 3/15 des Preisüberwachers, abrufbar unter https://www.preisueberwacher.ad-min.ch/dam/pue/de/dokumente/newsletter/newsletter_03_15.pdf.download.pdf/newsletter_03_15.pdf

Grundsätzlich fraglich ist jedoch, ob die Tariffhöhe im Zusatzversicherungsbereich begrenzt werden kann, indem die Tarifpartner verbindliche Vereinbarungen gegen missbräuchliche Tarife treffen. Die Wettbewerbskommission (WEKO) stellte fest, dass Tarifvereinbarungen im Zusatzversicherungsbereich, die zwischen Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer, also auf kollektiver Ebene, abgeschlossen wurden, unzulässige Wettbewerbsbeschränkungen darstellen (vgl. bspw. WEKO 1997 und WEKO 2001). Eine Regelung auf Verbandsebene ist somit nicht möglich. Vereinbarungen gegen missbräuchliche Tarife könnten jedoch zwischen einzelnen Leistungserbringern und Versicherern getroffen werden.

Damit bestehen grundsätzlich folgende Optionen:

- a) Eine Verhältniszahl definieren, die festlegt, um wieviel höher die Vergütung von zusatzversicherten Leistungen, die im Rahmen der stationären Behandlung erbracht werden, im Vergleich zur OKP-Vergütung für die stationäre Behandlung maximal sein darf. Dadurch könnte die Vergütung von Leistungen, die im Zusatzversicherungsbereich erbracht werden, stärker an die Vergütung der OKP für stationäre Behandlungen gekoppelt werden.
- b) Einführung einer Genehmigungspflicht der Tarife im Zusatzversicherungsbereich.
- c) Ein verstärktes Eingreifen des Preisüberwachers.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

- a) Hauptadressat der Option «maximales Verhältnis zwischen OKP- und Zusatzversicherungsvergütung» ist die Bundesversammlung. Das Verhältnis würde gesetzlich verankert. Ein Rechtssetzungsbedarf ist also grundsätzlich gegeben. Alternativ könnte diese Option umgesetzt werden, indem die OKP-Versicherer und die Leistungserbringer die Verhältniszahl in ihren Tarifvereinbarungen festschreiben. Bei beiden Spielarten dieser Option müsste abgeklärt werden, ob der Wettbewerb im Zusatzversicherungsbereich unzulässig beschränkt wird.
- b) Hauptadressatin der Option «Genehmigungspflicht» ist die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA). Für die Umsetzung dieser Option ist eine Gesetzesänderung notwendig, da die FINMA neu nicht nur die Prämien, sondern auch die Tarife genehmigen müsste. Auch bei dieser Option muss abgeklärt werden, ob sie wettbewerbsrechtlich zulässig wäre.
- c) Hauptadressast ist der Preisüberwacher. Ihm müssten allerdings entsprechende Ressourcen alloziert werden.

Bewertung

Tiefere Zusatzversicherungstarife beziehungsweise -vergütungen für stationäre Behandlungen können sich auch dämpfend auf die OKP-Kosten auswirken, sofern sie die Zahl der Behandlungen senken. Dies würde gleichzeitig zu einer erwünschten Reduktion der stationären Kapazitäten beitragen. Andererseits würden sich tiefere Tarife im Zusatzversicherungsbereich insbesondere auf die Erträge der Spitäler auswirken, insbesondere derjenigen, die viele zusatzversicherte Patientinnen und Patienten behandeln. Einige Experten/innen aus der Gruppe gehen davon aus, dass der OKP-Bereich für Spitäler defizitär ist und sie mit den Einnahmen aus dem Zusatzversicherungsbereich den OKP-Bereich quersubventionieren. Mit tieferen Zusatzversicherungstarifen würde diese Möglichkeit der Spitäler entfallen. Durch die geschwälerte Ertragskraft stehen den Spitälern ceteris paribus weniger Mittel für Investitionen und Innovation zur Verfügung bzw. sie müssten, wie andere Spitäler, denen dies offensichtlich auch gelingt, effizienter werden. Dies entspricht der Logik von Fallpauschalen und Benchmarking.

Soziale Auswirkungen: Die tieferen Leistungskosten im Zusatzversicherungsbereich wirken sich – sofern sie von den Versicherungsgesellschaften an die Versicherten weitergegeben werden – positiv auf die Prämienhöhe aus. Auch die OKP-Prämien würden aufgrund der geringeren Gesamtsumme der Vergütung für stationäre Spitalleistungen sinken, sofern dies nicht mit Verlagerungen in den ambulanten Bereich kompensiert wird.

Fazit

Können missbräuchliche Tarife im Zusatzversicherungsbereich beziehungsweise missbräuchlich hohe Vergütungen der Zusatzversicherung für die stationäre Behandlung verhindert werden und nehmen die Spitäler in der Folge weniger Behandlungen vor, wirkt sich dies dämpfend auf die Kosten der OKP und der Kantone aus, weil sie die stationäre Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten mitfinanzieren.

Aufgrund der Mitfinanzierung von stationären Leistungen durch die OKP besteht ein indirekter Zusammenhang mit den Massnahmen, die auf eine angemessene Versorgung abzielen (vgl. «Massnahmenpaket zur Einschränkung medizinisch ungerechtfertigter Leistungen» in Kapitel 5.4.3). Die beiden Optionen a) und b) könnten mit der Option c) kombiniert werden.

5.6.2 Massnahmen im Arzneimittelbereich

!! M29 Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips

Zielsetzung

Das Kostengünstigkeitsprinzip soll für die Preisbildung von Arzneimitteln im KVG festgelegt werden. Wenn nur das günstigere Ergebnis von Auslandpreisvergleich und therapeutischem Quervergleich berücksichtigt wird, können Kosten eingespart werden.

Beschrieb

Nach Artikel 65b Absatz 5 KVV werden seit 1. März 2017 die Ergebnisse aus den beiden Preisbildungskriterien Auslandpreisvergleich und therapeutischem Quervergleich je hälftig gewichtet. Dies führt dazu, dass ein Arzneimittel entweder in der Schweiz zu einem höheren Preis angeboten wird als in den Referenzländern (wenn der Preis aufgrund des therapeutischen Quervergleichs höher ist) oder dass ein Arzneimittel zu einem höheren Preis angeboten werden kann als eine Vergleichstherapie, ohne dass ein besserer Nutzen dafür besteht (wenn das Preisniveau aufgrund des Auslandpreisvergleichs höher ist). Ein solches Ergebnis widerspricht der Vorgabe in Artikel 43 Absatz 6 KVG, wonach die Behörden für eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu achten haben. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb eine Therapie aufgrund eines neuen Arzneimittels ohne Mehrwert teurer werden sollte, nur weil es im Ausland zu einem höheren Preis angeboten wird. Es ist aber auch das Ziel, dass Arzneimittel in der Schweiz nicht teurer angeboten werden als in den Referenzländern. Eine SL-Listung zu einem gegenüber dem Ausland höheren Preis aufgrund der Durchführung eines Vergleichs mit Arzneimitteln in der Schweiz (die allenfalls seit längerem nicht mehr überprüft wurden und deren Preise auf einem veralteten Wechselkurs beruhen) sollte vermieden werden. Mit der Berücksichtigung des tieferen Preisniveaus aus den beiden Preisbildungskriterien wird sichergestellt, dass beide Kriterien erfüllt sind. Denn das Unterschreiten eines Preisniveaus aufgrund eines Vergleichs ist immer wirtschaftlich.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Von dieser Massnahme betroffen sind vor allem die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen, die Preise für ihre Arzneimittel akzeptieren müssen, die entweder unter dem Preisniveau der Referenzländer liegen oder ihre Arzneimittel günstiger anbieten müssen als ihre Konkurrenten.

Der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts (Grundsatzurteil vom 14. Dezember 2015, 9C-417/2015) und des Bundesverwaltungsgerichts (u.a. in C-5488/2012) ist zu entnehmen, dass es auf Basis der heutigen gesetzlichen Grundlagen nicht zulässig ist, eines der beiden Preisbildungskriterien, insbesondere den therapeutischen Quervergleich, nicht zu berücksichtigen. Werde der therapeutische Quervergleich nicht durchgeführt oder dessen Preisniveau bei der Preisbildung nicht berücksichtigt, weil

dieser Preis höher ist als der Preis aus dem Auslandpreisvergleich, so stelle dies eine unvollständige Wirtschaftlichkeitsprüfung dar, was im KVG nicht vorgesehen sei. Entsprechend ist eine Anpassung des KVG notwendig, die vorsieht, dass zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sowohl ein therapeutischer Quervergleich als auch ein Auslandpreisvergleich durchgeführt werden, dass aber nur das tiefere Preisniveau der beiden Kriterien den Preis des Arzneimittels beeinflusst.

Bewertung

Mit der ebenfalls geforderten Aufhebung des Territorialitätsprinzips kann dem Problem der aufgrund des höheren Preisdrucks allenfalls punktuell verzögerten Versorgung mit neuen, innovativen Arzneimitteln entgegengewirkt werden. Dadurch können neue Arzneimittel einem Teil der Schweizer Bevölkerung trotzdem zur Verfügung stehen. Es ist jedoch fraglich, ob ein Versicherter aus der Innerschweiz unter diesen Umständen ins Ausland reisen würde, um ein solches Arzneimittel zu beziehen.

Soll dem Argument der Branche Gehör verschafft werden, wonach die ausländischen Preise sich oft an den Schweizer Preisen orientieren und es deshalb wichtig sei, dass die Preise in der Schweiz vergleichsweise hoch bleiben, so sind die entsprechenden Preissenkungen in Form von Rabatten auszugestalten (analog zum deutschen System, wo die Listenpreise hoch bleiben, die tatsächlich bezahlten Preise aber tiefer sind).

Fazit

Die Einführung eines Kostengünstigkeitsprinzips führt zu tieferen Arzneimittelkosten in der Schweiz. Zur Erzielung der grösstmöglichen Wirkung ist sie mit einer Aufhebung des Territorialitätsprinzips zu kombinieren.

M30 Jährliche Überprüfung der Preise und Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit der vergüteten Arzneimittel

Zielsetzung

Einerseits sollen die Preise der in der Spezialitätenliste (SL) gelisteten Arzneimittel jährlich überprüft werden. Dadurch sollen die Preise der Arzneimittel in der Schweiz stärker an das europäische Preisniveau angepasst werden können. Andererseits soll durch eine Beibehaltung einer periodischen Überprüfung aller WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) sichergestellt werden, dass unwirksame Arzneimittel nicht von der OKP vergütet werden.

Beschrieb

Nach Artikel 32 Absatz 2 KVG sind die Leistungen, die von der OKP vergütet werden (also auch die Arzneimittel der SL), periodisch daraufhin zu prüfen, ob sie die WZW-Kriterien noch erfüllen. Die KVV sieht vor, dass Arzneimittel der SL alle drei Jahre entsprechend überprüft werden. An dieser Überprüfung soll festgehalten werden, damit die Möglichkeit besteht, unwirksame oder nicht mehr zweckmässige Arzneimittel aus der SL zu streichen. Dazu sollen Zulassungsinhaberinnen sowohl für das Aufnahmeverfahren als auch für das Prüfungsverfahren das BAG über sämtliche Studien zu einem Arzneimittel informieren. Dies gilt insbesondere auch für Studien, die keine Wirksamkeit des Arzneimittels nachweisen konnten. Bislang reichte die Pharmaindustrie solche Studien oft nicht ein, und sie konnten bei der Beurteilung der WZW-Kriterien deshalb nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt aufgrund der am 1. März 2017 in Kraft getretenen Verordnungsbestimmungen immer mittels eines Auslandpreisvergleichs und therapeutischen Quervergleichs (Vergleich der Wirksamkeit und der Kosten mit anderen Arzneimitteln der Schweiz). Aufgrund des dreijährlichen Rhythmus der Überprüfung haben Veränderungen der Preise im Ausland und der Wechselkurse erst verzögert einen Einfluss auf die Preise der Arzneimittel in der Schweiz. So profitiert die Pharmaindustrie z. B. teilweise noch bis ins Jahr 2019 von einem Wechselkurs von Fr. 1.29/Euro, obwohl

der Wechselkurs bereits seit längerer Zeit deutlich tiefer ist. Mit der vorgeschlagenen Massnahme würde jährlich mindestens eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit mittels Auslandpreisvergleich erfolgen, damit die OKP rascher von Veränderungen im Ausland sowie der Wechselkurse profitieren könnte. Zu prüfen ist auch, ob der Nutzen eines Arzneimittels jährlich evaluiert werden sollte. In diesem Fall wäre jährlich auch ein therapeutischer Quervergleich durchzuführen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressat dieser Massnahme ist der Bundesrat, welcher die Verordnungsbestimmungen erlässt, die die Durchführung der Beurteilung der WZW-Kriterien und der periodischen Überprüfung der Arzneimittel der SL regeln. Von der Umsetzung ist das BAG betroffen, welches die Überprüfungen durchführt und die Pharmaindustrie, die an den Überprüfungen mitwirken muss.

Ein Interesse zur Bekanntgabe aller Studienresultate besteht nicht nur aus Sicht der Krankenversicherer. Auch die Zulassungsbehörden wollen die entsprechenden Informationen berücksichtigen. Entsprechend sind Entwicklungen im Bereich der Zugänglichkeit von Studiendaten sowohl in der Schweiz als auch international bereits im Gang. Das Schweizer Humanforschungsgesetz sieht vor, dass klinische Versuche prospektiv registriert werden müssen. Das revidierte Heilmittelgesetz (noch nicht in Kraft) wird in Artikel 67*b neu* vorsehen, dass der Bundesrat unter Berücksichtigung international anerkannter Regelungen verlangen kann, dass Ergebnisse klinischer Versuche, welche im Hinblick auf die Entwicklung eines Humanarzneimittels durchgeführt wurden, nach dem Zulassungsentscheid veröffentlicht werden. In der EU tritt im Jahr 2018 die neue Verordnung vom 16. April 2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln in Kraft, welche u.a. verlangt, dass alle Heilversuche registriert und auch deren Ergebnisse erfasst werden. Über eine öffentlich zugängliche EU-Datenbank sollen dann sämtliche erfasste Daten automatisch publik werden. Eine spezifische Verpflichtung für die Zulassungsinhaberinnen, im Rahmen von SL-Verfahren über alle Studienergebnisse zu informieren, entspricht somit den internationalen Bestrebungen für den Zugang zu Studiendaten. Insbesondere anlässlich der dreijährlichen Überprüfung der Aufnahmebedingungen, in der das BAG über 500 Arzneimittel gleichzeitig überprüft, kann sie die Effizienz der Überprüfung steigern. Zudem betrifft eine solche Regelung auch Arzneimittel, die schon länger zugelassen sind und deren Studien daher im erwähnten Portal nicht zugänglich sein werden. Dazu ist die KVV anzupassen.

Das KVG sieht vor, dass alle WZW-Kriterien periodisch zu überprüfen sind. Für eine auf die Wirtschaftlichkeit beschränkte Überprüfung, die nur die Durchführung eines Auslandpreisvergleichs beinhaltet, braucht es eine Grundlage im KVG. Zu dieser Feststellung kam das Bundesgericht in seinem Grundsatzzurteil vom 14. Dezember 2015 (C-417/2015). Die KVV ist danach entsprechend anzupassen.

Bewertung

Bei dieser Massnahme dürfte die jährliche Überprüfung der Wirtschaftlichkeit mittels Auslandpreisvergleich den grössten Effekt in Bezug auf die Kostendämpfung im Arzneimittelbereich haben. Mittels einer zeitnahen erneuten Beurteilung des Nutzens könnte zudem ungerechtfertigten, überhöhten Kosten für neue Therapiemöglichkeiten entgegengewirkt werden. Es ist nicht selten, dass der Nutzen eines Arzneimittels oder einer neuen Therapieoption nach der Markteinführung relativiert wird.

Die Offenlegung aller Studien wird nur in Einzelfällen zu Nichtaufnahmen in die SL oder Streichungen von Arzneimitteln der SL führen. Studien mit negativem Ergebnis stehen immer auch Studien mit positivem Ergebnis gegenüber, die zu berücksichtigen sind. Dabei wird zu prüfen sein, welche Schlüsse aus den unterschiedlichen Ergebnissen zu ziehen sind. Eventuell lässt sich die Anwendung dann mittels Limitation auf bestimmte Patienten und Patientinnen einschränken, um sicherzustellen, dass das Arzneimittel nur dort eingesetzt wird, wo die Wirksamkeit ausreichend nachgewiesen ist.

Die Arzneimittel der SL wurden in den letzten Jahren mehrmals überprüft, und es konnten massgebliche Einsparungen zu Gunsten der OKP erzielt werden. Die Reduktion der Arzneimittelpreise hatte dabei vereinzelt Auswirkungen auf das Angebot von Arzneimitteln in der Schweiz. So wurde auf den Vertrieb

einzelner Arzneimittel, vor allem von Generika verzichtet, oder Arzneimittel wurden aus der SL gestrichen.

Neben den pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen wären auch die Grossisten, Apotheken und selbstdispensierenden Ärzte finanziell von der Massnahme der jährlichen Überprüfung betroffen, da der Vertriebsanteil und somit ihr Verdienst an den Arzneimitteln prozentual von den vom BAG festgelegten Fabrikabgabepreisen der Arzneimittel der SL abhängig ist.

Fazit

Vor allem von der jährlichen Überprüfung kann erwartet werden, dass sie einen schnelleren kostensenkenden Effekt haben wird als die bisherige dreijährliche Überprüfung. Das Interesse an der Publikation sämtlicher Studiendaten ist nicht nur in der Schweiz gross. Entsprechend gibt es auch international Massnahmen, die dasselbe Ziel haben. Ob die Publikation negativer Studienergebnisse schlussendlich Auswirkungen auf die SL haben wird, ist offen.

M31 Abschaffung des Innovationszuschlags für neu zugelassene Arzneimittel

Zielsetzung

Neue Arzneimittel sollten zum gleichen Preis in die SL aufgenommen werden, wie sie für bereits aufgenommene gelten. Es sollte keinen Zuschlag in Form eines Innovationszuschlags mehr geben. Ältere Arzneimittel mit geringerem Nutzen sollten danach zu einem günstigeren Preis so lange in der SL gelistet bleiben, als sie die WZW-Kriterien noch erfüllen. Erfüllen sie die WZW-Kriterien nicht mehr, so sollen sie aus der SL gestrichen werden.

Beschrieb

Bringt ein Arzneimittel gegenüber einem anderen Arzneimittel einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt, so gewährt heute das BAG während maximal 15 Jahren im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs (Vergleich mit anderen Arzneimitteln in der Schweiz) einen Innovationszuschlag. Der Innovationszuschlag soll in der Regel maximal 20 Prozent betragen.

Mit der Streichung des Innovationszuschlags und dem dazu gehörenden Vorschlag, bisherige Therapien mit geringerem Nutzen aus der SL zu streichen oder mit einem tieferen Preis weiterzuführen, würde ein therapeutischer Fortschritt (bessere Wirksamkeit, weniger Nebenwirkungen im Vergleich zu einer Alternativtherapie) nicht mehr zusätzlich abgegolten. Eine Preisdifferenz zu den bestehenden Therapien gäbe es aber trotzdem, und die Zulassungsinhaberin des neuen Arzneimittels mit besserem Nutzen würde davon profitieren.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressat der Änderung ist der Bundesrat, der bisher in der KVV die Gewährung eines Innovationszuschlages vorsah. Zudem betroffen sind das BAG, welches die Preise der Arzneimittel der SL festlegt, und die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen, die ihre Arzneimittel zur Aufnahme in die SL anmelden.

Es wäre eine Anpassung der KVV notwendig. Einerseits wäre die Regelung, dass ein Innovationszuschlag gewährt werden kann, zu streichen. Andererseits müsste eine Regelung geschaffen werden, dass bisher gelistete Arzneimittel bei schlechterem Nutzen günstiger werden müssen.

Bewertung

Die Massnahme würde vereinzelt die Preise von Arzneimitteln in der Schweiz senken. Das BAG ist sehr zurückhaltend bei der Gewährung von Innovationszuschlägen, da ein bedeutender therapeutischer Fortschritt notwendig ist, der im Rahmen von vergleichenden klinischen Studien nachgewiesen werden

sollte. Entsprechend wäre die finanzielle Auswirkung dieser Massnahme klein, zumal sie die Gewährung von Innovationshonorierungen im Ausland nicht beeinflusst. Solange der Auslandpreisvergleich den Schweizer Arzneimittelpreis massgeblich beeinflusst, wird die Innovationshonorierung aus dem Ausland (welche sich ebenfalls als Zuschlag gestaltet) in die Schweiz importiert.

Der Verzicht auf einen Innovationszuschlag und daraus resultierende tiefere Arzneimittelpreise in der Schweiz könnten dazu führen, dass Arzneimittel in der Schweiz erst später eingeführt und zur Aufnahme in die SL angemeldet werden oder dass sogar ganz auf einen Vertrieb in der Schweiz oder die Anmeldung in die SL verzichtet wird. Solange es nicht möglich ist, dass im Ausland eingekaufte Arzneimittel von der OKP rückvergütet werden (vgl. M21 Aufhebung des Territorialitätsprinzips), wäre die Versorgung der Schweizer Bevölkerung entsprechend gefährdet.

Erfahrungen aus dem Ausland

Grundsätzlich funktioniert der Arzneimittelmarkt weltweit so, dass neue, wirksamere Arzneimittel teurer sein können als ältere, schlechtere Arzneimittel. Der Preis der älteren Arzneimittel wird aber nicht gesenkt. In Deutschland werden neue, patentgeschützte Arzneimittel entsprechend ihrem Zusatznutzen beurteilt. Wird ein Zusatznutzen festgestellt, handeln Pharmaindustrie und Versicherer einen angemessenen Preis aus. Lässt sich kein Zusatznutzen nachweisen, unterliegt das Arzneimittel dem Festbetragssystem, d.h. für das Arzneimittel wird maximal der Festbetrag vergütet, der für vergleichbare, ältere Arzneimittel gilt. Auch in Frankreich wird zuerst beurteilt, ob ein Arzneimittel einen zusätzlichen Nutzen bringt, und dann wird ein Preis ausgehandelt. Zur Bestimmung eines Preises wird aber auch das erwartete Umsatzvolumen berücksichtigt.

Fazit

Diese Massnahme hat einen Einfluss auf die Bildung des Preises von Arzneimitteln und kann im Einzelfall zu tieferen Preisen führen. Wenn das Resultat des therapeutischen Quervergleichs zu einem günstigeren Preis führt als das Ergebnis des Auslandpreisvergleichs, würde die Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips den Effekt dieser Massnahme verstärken (vgl. «M29 Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips»). Das neue Arzneimittel könnte maximal zum Preis des therapeutischen Quervergleichs in die SL aufgenommen werden, eine allfällige Honorierung der Innovation im Ausland hätte keinen Einfluss auf die Preisbildung in der Schweiz.

Der Umsatz der Leistungserbringer könnte durch die Massnahme zusätzlich zu «M23 Anpassung der Vertriebsmargen» weiter verringert werden, da der Vertriebsanteil prozentual von den Arzneimittelpreisen abhängig ist.

M32 Gesetzliche Förderung der Parallelimporte von Arzneimitteln

Zielsetzung

Der Parallelimport von Arzneimitteln in die Schweiz aus dem EU-Binnenmarkt (regionale Erschöpfung) soll gefördert werden. Durch den Parallelimport aus Ländern mit günstigeren Arzneimittelpreisen könnten Kosten eingespart werden.

Beschrieb

Entsprechend dem Beschluss des Parlaments wurde das Patentgesetz per 1. Juli 2009 derart angepasst, dass für patentgeschützte Produkte, deren Preise im Inland oder im Land des Inverkehrbringens staatlich festgelegt sind, die Zustimmung des Patentinhabers zum Inverkehrbringen im Inland erforderlich ist (Art. 9a Abs. 5 des Patentgesetzes vom 25.6.1954, PatG; SR 232.14). Dies hat faktisch zur Folge, dass für ein Originalpräparat der Parallelimport nur zulässig ist, wenn der Patentschutz abgelaufen ist. Entsprechend können nur Arzneimittel ohne Patentschutz auch in die SL aufgenommen werden.

Dabei wird verlangt, dass sie mindestens 15 Prozent günstiger sein müssen, als das Schweizer Originalpräparat. Die parallelimportierten Arzneimittel stehen dabei in Konkurrenz zu den Schweizer Originalpräparaten und den in der Regel günstigeren Generika.

Die heilmittelrechtlichen Anforderungen an parallelimportierte Arzneimittel sind zur Sicherstellung der Patientensicherheit gleich gross wie für in der Schweiz zugelassene Arzneimittel. Die Anforderung betreffend Packungsbeilage in drei Sprachen muss fallen gelassen werden, was jedoch zumutbar wäre. Zum einen sind die Patientinnen und Patienten mündig genug, um nur ein Arzneimittel zu kaufen, dessen Beipackzettel sie verstehen. Zum anderen stellt das aktuelle Erfordernis der Dreisprachigkeit ein deutliches Handelshemmnis dar, was sich u.a. dadurch zeigt, dass aktuell kaum parallelimportierte Arzneimittel in der SL gelistet sind. Aufgrund des geforderten günstigeren Preises für parallelimportierte Arzneimittel wären so deutliche Kosteneinsparungen möglich.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Von einer Anpassung der Regelungen wären vor allem die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen betroffen. Insbesondere bei den patentgeschützten Arzneimitteln müssten sie den Markt mit günstigeren, identischen Alternativ-Arzneimitteln teilen.

Um den Import und die Zulassung durch Swissmedic von patentgeschützten Arzneimitteln zu erlauben, wären das Patentgesetz und – sofern es gesundheitspolizeiliche Regelungen betrifft – das Heilmittelgesetz anzupassen.

Bewertung

Die Einsparungen durch Parallelimporte sind davon abhängig, wie lukrativ der Parallelimport ist. Besteht keine Konkurrenz zu günstigeren Generika, wird der Parallelimport sicher attraktiver. Unklar ist jedoch, wie gross die Akzeptanz der Schweizer Bevölkerung gegenüber parallelimportierten Arzneimitteln ist. Der Effekt dieser Massnahme ist daher kaum abzuschätzen.

Fazit

Der Import von günstigeren Arzneimitteln kann zu tieferen Arzneimittelkosten führen, sofern die Schweizer Bevölkerung bereit ist, Arzneimittel, die in einem anderen Land zugelassen sind, zu beziehen. Von der Einführung eines Referenzpreissystems wären auch parallelimportierte Arzneimittel mit patentabgelaufenen Wirkstoffen betroffen. Diese Arzneimittel müssten dann ebenfalls zu einem Preis angeboten werden, der dem Referenzpreis entspricht, wenn die Versicherten keine Zuzahlungen leisten sollen. Es gäbe keine Sonderregelung zur Preisfestsetzung von parallelimportierten Arzneimitteln mehr.

M33 Einführung eines Beschwerderechts

Zielsetzung

Aktuell haben nur die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen die Möglichkeit, gegen Entscheidungen des BAG betreffend die Spezialitätenliste (SL) Beschwerde zu erheben. Um ein Gleichgewicht zu schaffen und so die Arzneimittelkosten zu senken, sollen auch die Krankenversicherer und ihre Verbände in Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten ein Beschwerderecht erhalten.

Beschrieb

Die Zulassungsinhaberinnen von Arzneimitteln können gestützt auf Artikel 48 in Verbindung mit Artikel 50 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021) gegen Verfügungen des BAG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben. Dieses Beschwerderecht nur für die Zulassungsinhaberinnen kann zu überhöhten Preisen der Arzneimittel der SL führen, da ständig eine Prozessdrohung besteht. Den Versicherern soll daher ebenfalls ein Beschwerderecht eingeräumt werden, damit sie nicht mehr nur Zahlstelle sind, sondern eine gewisse Handlungsmacht

gegenüber der Pharmaindustrie erhalten. Durch diese Massnahme werden wenig effektive Arzneimittel nicht in die SL aufgenommen und die Preise werden günstiger, was zu einer Entlastung der OKP führt. Denn bei drohender Beschwerde durch die Versicherer werden die Zulassungsinhaberinnen eher bereit sein, tiefere Arzneimittelpreise und strenge Limitationen zu akzeptieren, um die Vergütung durch die OKP nicht durch ein Beschwerdeverfahren zu verzögern. Dass es möglich ist, grundsätzlich nicht beschwerdelegitimierten Dritten ein Beschwerderecht einzuräumen, zeigen die Beschwerdemöglichkeiten im Bau- und Umweltrecht (Verbandsbeschwerde). Es bestehen grundsätzlich zwei Varianten:

Variante 1: Allen zur OKP zugelassenen Krankenversicherern und ihren Verbänden wird ein Beschwerderecht bei allen Entscheiden des BAG gemäss Art. 64 – 75 KVV eingeräumt. Damit können sie die Interessen ihrer Versicherten auch in diesem Bereich effektiv wahrnehmen – z. B. bei Entscheiden betreffend Preisen, SL-Aufnahmen und -Streichungen, Indikationserweiterungen u. a. m. Art. 52 KVG wäre um eine diesbezügliche Bestimmung zu ergänzen.

Variante 2: Gleich lange Spiesse zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern im Arzneimittelbereich liessen sich auch herstellen, indem den Pharmafirmen das Beschwerderecht entzogen würde. Dazu müsste die Liste der kassenpflichtigen Arzneimittel analog zur Analysenliste und zur Mi-GeL als Anhang der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) erlassen werden.

Die Variante 1 ist der Variante 2 vorzuziehen, da sie das im KVG verankerte Verhandlungsprimat stärken würde. Mit dieser Lösung hätten die Versicherer erstmals auch im kostenträchtigen Bereich der Arzneimittel die Möglichkeit, durch geschickte Verhandlung mit der Pharmabranche zugunsten ihrer Versicherten bessere Preise und Konditionen im Bereich der kassenpflichtigen Arzneimittel zu erreichen und dem im KVG verankerten Wirtschaftlichkeitsprinzip auch in diesem Bereich Nachachtung zu verschaffen.

Adressaten und Rechtsetzungsbedarf

Von dieser Änderung werden die Krankenversicherer und ihre Verbände profitieren, da sie die Möglichkeit erhalten, sich insbesondere dafür einzusetzen, dass Arzneimittel, welche die WZW-Kriterien nicht (mehr) erfüllen, gar nicht erst in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, bzw. von dieser gestrichen werden, dass die Preise sinken und dass Limitationen nicht zu grosszügig festgesetzt werden. Die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen müssten z. B. damit rechnen, dass es von Seiten der Versicherer bei als ungerechtfertigt erachteten Preisen zu Beschwerden kommt. Für die Einführung eines Beschwerderechts für die Versicherer und ihrer Verbände braucht es eine rechtliche Grundlage im KVG analog zum bestehenden Beschwerderecht für die Versicherer bei den kantonalen OKP-Tarifen.

Bewertung

Mit der Massnahme könnten Einsparungen in zweistelliger Millionenhöhe erreicht werden. Die Möglichkeit, dass nicht nur die Pharmaunternehmen sondern auch die Versicherer bzw. deren Verbände Beschwerde erheben können, kann dazu führen, dass die Pharmaunternehmen z. B. tiefere Preise und Streichungen bestimmter Arzneimittel von der SL-Liste akzeptieren, weil sie keine Verzögerungen für die Vergütung ihrer Arzneimittel riskieren wollen oder die Aufnahmechancen für neue Arzneimittel nicht kompromittieren möchten. Es ist angesichts der geringen Grösse unseres Landes wenig wahrscheinlich, dass dadurch die Attraktivität der Schweiz für neue, innovative Arzneimittel abnimmt, zumal die Schweiz auch mit Einführung eines derartigen Beschwerderechts im weltweiten Vergleich ein Hochpreisland für pharmazeutische Erzeugnisse bleiben wird. Beschwerden der Pharmaindustrie besitzen heute wegen ihrer aufschiebenden Wirkung das Potenzial, vom BAG angestrebte Preissenkungen zu verzögern und notwendige Streichungen von der SL zu verhindern. Das hier vorgeschlagene Beschwerderecht der Versicherer hat jedoch das Potenzial, Verhandlungslösungen mit der Pharmabranche zu ermöglichen, indem sie z. B. eine Preissenkung akzeptiert, wenn sich die Versicherer im Gegenzug nicht gegen die rasche Neuaufnahme eines innovativen Arzneimittels sträuben. So könnten Einsparungen infolge von Preissenkungen rascher als heute der Versichertengemeinschaft zugutekommen. Eine gangbare Alternative zum gemäss Variante 1 vorgeschlagenen Beschwerderecht bestünde darin, auch

den pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen die Beschwerdelegitimation zu entziehen, indem die SL wie die Analysenliste und die MiGeL in Form einer Verordnung erlassen würde (vgl. Variante 2).

Erfahrungen aus dem Ausland

Bei dieser Massnahme liegen keine direkt vergleichbaren Erfahrungen aus dem Ausland vor. In anderen Ländern wie z. B. Deutschland werden die Arzneimittelpreise jedoch teilweise zwischen den Pharmafirmen und den Krankenversicherern ausgehandelt, was zeigt, dass gleich lange Spiesse zwischen den Interessen der Pharmaindustrie und denjenigen der Versicherer ein durchaus probates Mittel zur Entlastung der Prämienzahlenden darstellen.

Fazit

Beide vorgeschlagenen Varianten besitzen ein grosses Potenzial zur Kostendämpfung bei den Arzneimitteln, da sie erstmals den Krankenversicherern auch in diesem kostenträchtigen Bereich gleich lange Spiesse gegenüber der Pharmaindustrie verschaffen würden. Die Variante 1 ist gegenüber der Variante 2 vorzuziehen, da die Krankenversicherer damit auch in diesem Bereich die Patienteninteressen gegenüber denjenigen der Leistungserbringerseite im Sinn und Geist des im KVG stark verankerten Verhandlungsprimats wahrnehmen könnten.

5.6.3 Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich

!! M34 Schaffung nationales Tarifbüro (analog SwissDRG)

Zielsetzung

Die Tarifpartner im ambulanten Leistungserbringerbereich werden verpflichtet, ein Tarifbüro einzusetzen, welches in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungstarifstrukturen zuständig ist. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen sollen von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden.

Beschrieb

Gestützt auf Artikel 49 KVG sind die Vertragsparteien für die Vergütung von stationären Behandlungen (einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus) verpflichtet, Pauschalen zu vereinbaren, welche leistungsbezogen auszugestalten sind und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen müssen. Die Tarifpartner setzen hierbei gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist.

Im ambulanten Bereich besteht keine solche Vorgabe. Da sich die Tarifpartner in der Vergangenheit bei gewissen Einzelleistungstarifen (namentlich bei den ärztlichen und physiotherapeutischen Leistungen) nicht auf eine Revision einigen konnten, werden die Tarifpartner im ambulanten Leistungserbringerbereich in Zukunft verpflichtet, für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege dieser Tarifstrukturen ein Tarifbüro einzusetzen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten: Tarifpartner im ambulanten Leistungserbringerbereich, welche die Einzelleistungstarifstrukturen vereinbaren.

Rechtssetzungsbedarf: Ergänzung von Artikel 43 KVG.

Bewertung

Das nationale Tariffbüro wird für die Ausarbeitung und Weiterentwicklung von Einzelleistungstarifstrukturen – diese müssen gemäss geltender Rechtslage gesamtschweizerisch einheitlich sein - eingesetzt. Es bleibt den Tarifpartnern vorbehalten, ihre Leistungen auch mittels Zeittarifen oder Pauschaltarifen nach Artikel 43 Absatz 2 Buchstaben a und c KVG zu entschädigen beziehungsweise die Taxpunktwerte in separaten Verträgen zu vereinbaren. In diesem Sinne bleibt die Tarifautonomie der Tarifpartner bewahrt. Des Weiteren kann das Tariffbüro seine gesetzlichen Aufgaben nur erfüllen, wenn die Leistungserbringer die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abliefern.

Von der Verpflichtung, dass Einzelleistungstarifstrukturen von einem Tariffbüro ausgearbeitet und weiterentwickelt werden, sind Effizienzgewinne zu erwarten.

Fazit

Mit der Einsetzung eines Tariffbüros können Tarifblockaden gelöst werden und sind Effizienzgewinne zu erwarten. Die hier beschriebene Massnahme hängt mit den Massnahmen «M25 Tarifstruktur aktuell halten», «M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern» und «M18 Differenzierter Kontrahierungszwang» zusammen. Wenn *de lege ferenda* festgelegt wird, dass ein Rahmenvertrag, welcher die Einzelleistungstarifstruktur festlegt und durch den Bundesrat zu genehmigen ist, auch zwingend Kostendämpfungsmassnahmen vorsehen muss, könnte das Tariffbüro mit einer solchen zusätzlichen Kompetenz ausgestattet werden (Erarbeitung von Kostendämpfungsmassnahmen).



M35 Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde

Zielsetzung

Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde, welche die Rechnungsprüfung und WZW-Kontrolle effizienter durchführen könnte.

Beschrieb

Die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde ist in Betracht zu ziehen, falls sich eine Intensivierung der bestehenden Rechnungsprüfung und WZW-Kontrolle durch die Krankenversicherer als zu wenig wirksam erweist. Die unabhängige Rechnungskontrollbehörde würde im Auftrag der Krankenversicherer die Aufgaben übernehmen, die mit der Rechnungsprüfung zusammenhängen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Die Krankenversicherer sind die Adressaten dieser Massnahme. Sie könnten sich freiwillig dazu entschliessen, gemeinsam eine unabhängige Rechnungskontrollbehörde zu schaffen. Andernfalls wäre für die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde grundsätzlich eine Änderung des KVG erforderlich. Zu klären wäre in beiden Fällen, ob sich aufgrund von datenschutzrechtlichen und aufsichtsrechtlichen Fragen auch Rechtssetzungsbedarf ergibt.

Bewertung

Wirkung und Effizienz: Eine unabhängige Rechnungskontrollbehörde könnte die Ressourcen bündeln, die aktuell von allen Krankenversicherern für die Rechnungsprüfung eingesetzt werden. Rechnungsprüfung und WZW-Kontrollen könnten aufgrund von Skaleneffekten und der grösseren verfügbaren Datenmenge effizienter und effektiver erfolgen. Die Rechnungsprüfung und WZW-Kontrolle gehören zu den Hauptaufgaben der Krankenversicherer.

Soziale Auswirkungen: Diese Massnahme könnte sich für die Versicherten positiv auswirken, da eine Rechnungskontrollbehörde Prüfungen effizienter vornehmen kann und gleichzeitig mehr Ressourcen für eine vertiefte WZW-Kontrolle zur Verfügung hätte. Dies müsste tendenziell dazu führen, dass mehr

Rechnungen erfolgreich beanstandet würden und die Leistungserbringer Rückzahlungen tätigen müssten. Die OKP-Prämien würden dadurch entlastet.

Erfahrungen aus dem Ausland

In Deutschland unterstützt der regional organisierte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Krankenkassen bei der Rechnungskontrolle. Die Medizinischen Dienste sind Gemeinschaftseinrichtungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Die Gutachterinnen und Gutachter sind in ihrer medizinischen und pflegerischen Bewertung unabhängig, die Entscheidung über eine Leistung liegt jedoch bei den Kranken- und Pflegekassen (MDK 2017a, MDK 2017b). «Im Jahr 2015 führte der MDK 5,85 Mio. Prüfungen durch, davon über 2,5 Mio. im stationären Bereich. Damit wurden fast 15 % der insgesamt 17 Mio. stationären Krankenhausfälle, die über die GKV abgerechnet wurden, geprüft [...]. Bei ca. 50 % der untersuchten Krankenhausfälle kommt es zu erfolgreichen Beanstandungen der abgerechneten Fälle und Rückzahlungen durch die Leistungserbringer. Der GKV-SpiBu schätzt, dass sich durch eine effiziente Prüfung 2,3 Mrd. € (3,6 % der Krankenausgaben) in 2013 einsparen lassen [...]» (Busse und Blankart 2017: 14).

Fazit

Aufgrund der Erfahrungen in Deutschland ist damit zu rechnen, dass die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde die Rechnungsprüfung und WZW-Kontrolle (vgl. «M09 Rechnungskontrolle stärken» und «M08 Stärkung von HTA») verbessern und intensivieren würde.

M36 Governance-Konflikt der Kantone reduzieren

Zielsetzung

Mit der Schaffung einer unabhängigen Tarifgenehmigungs- und festsetzungsinstanz für die kantonalen Tarife generell oder zumindest die Spitaltarife wird das Ziel verfolgt, den Governance-Konflikt der Kantone zu reduzieren.

Beschrieb

Heute befinden sich die Kantone gegenüber den Spitälern in einer Mehrfachrolle mit konfligierenden Interessen. Die Kantone als Eigner der Mehrzahl der Spitäler stehen in der Pflicht als Arbeitgeber und haben zudem Eignerinteressen. Gleichzeitig sind sie Entscheidungsinstanz über die Spitalplanung und die Festsetzung von Tarifen im stationären und auch im ambulanten Bereich. Zudem treten sie als Finanzierer von Spitälern auf, da sie gemäss Artikel 49a KVG gemeinsam mit den Versicherern die stationären Leistungen abgelden und einen Anteil von mindestens 55 Prozent tragen. Auch im Rahmen der Festsetzung von Referenztarifen im Rahmen der Umsetzung von Artikel 41 Absatz 1 bis KVG für ausserkantonale Spitalbehandlungen in Einrichtungen, die nicht auf der eigenen Spitalliste jedoch auf jener des Standortkantons aufgeführt sind, haben Kantone die Möglichkeit, ihre Interessen einzubringen. Nicht zuletzt stehen die Spitalambulatorien bei den Arztleistungen in einer gewissen Konkurrenz mit den Praxisärzten.

Aus Governance-Sicht haben die Kantone in der Regel Interesse an hohen Preisen. Dieser Governance-Konflikt der Kantone kann sich potenziell nicht nur in hohen Gesundheitskosten sondern auch in einer Wettbewerbsverzerrung und einer indirekten Einschränkung der freien Spitalwahl äussern.

Um diesem Umstand entgegenzuwirken, wird eine unabhängige Tarifgenehmigungs- und festsetzungsinstanz vorgeschlagen. Diese Funktion sollte durch eine neutrale Instanz übernommen werden, welche sich allein den gesetzlichen Bestimmungen des KVG und seiner Verordnungen verpflichtet fühlt. Dies würde jedoch bedingen, dass die heutige Zuständigkeit der Kantone auf eine andere Instanz übertragen würde. Ebenfalls müssten bei dieser Instanz Personalressourcen aufgebaut werden, die vermutlich aber durch personelle Entlastungen bei den Kantonen mehr als kompensiert würden. Zudem ist mit einer

Initialinvestition zu rechnen, um das erforderliche Wissen aufzubauen.

Die Tarifgenehmigungs- und festsetzungsinstanz wäre neu zuständig für alle ambulanten und stationären Tarife, die aktuell von den Kantonsregierungen erstinstanzlich administriert werden. Damit wären wie bisher nur zwei Instanzen für die Regulierung der OKP-Tarife zuständig, nämlich der Bund (Bundesrat, EDI bzw. BAG für die Tarifstrukturen sowie die Preise von Arzneimitteln, MiGeL-Hilfsmitteln und Laboranalysen) sowie neu die Tarifgenehmigungs- und festsetzungsinstanz für alle übrigen Tarife, die aktuell von den Kantonen genehmigt oder festgesetzt werden.

Die Tarifgenehmigungs- und festsetzungsinstanz kann unterschiedlich zusammengesetzt sein. Die Expertengruppe schlägt deshalb zwei Varianten vor:

Variante 1: Am nächsten an der heutigen Situation angelehnt wäre eine unabhängige Tarifgenehmigungs- und festsetzungsinstanz, welche die Kantone selbst schaffen und in der sie gemeinsam vertreten sind, um die Tarife zu genehmigen resp. festzusetzen. Dadurch würden die einzelnen Kantone grundsätzlich von potenziellen Interessenkonflikten befreit. Bei dieser Variante könnten zumindest ein Teil der bestehenden Ressourcen und das akkumulierte Wissen innerhalb der Kantone genutzt werden, was ein relevanter Vorteil ist. Allerdings besteht einerseits die Möglichkeit, dass sich die Kantone darauf einigen könnten, die jeweiligen Interessen des Eignerkantons zu berücksichtigen, oder andererseits die Gefahr, dass sich die Kantone nicht einigen können.

Variante 2: Für die Aufgabe in Frage käme auch *eine Schiedskommission unter dem Vorsitz des Preisüberwachers*. Die Mitglieder hätten die Gesamtinteressen der Kantone sowie allenfalls weiterer Stakeholder (vorstellbar sind insbesondere Krankenversicherer und Leistungserbringer) zu vertreten. Der Preisüberwacher eignet sich als Kommissionsvorsitzender, da er den Tarifbereich gut kennt. Er ist auf eidgenössischer Ebene angesiedelt und verfolgt grundsätzlich keine Partikularinteressen. Der Schiedskommission stünde ein bei der Preisüberwachung angegliedertes Sekretariat zur Verfügung, das anteilmässig durch die Kantone sowie die weiteren Stakeholder, die allenfalls in der Kommission einsitzen, zu finanzieren wäre.

Adressaten und Rechtsetzungsbedarf

Die primären Adressaten dieser Massnahme sind die Kantone bzw. der Preisüberwacher. Es entstünde ein diesbezüglicher Rechtsetzungsbedarf.

Bewertung

Welchen Einfluss der Governance-Konflikt der Kantone aufgrund ihrer Mehrfachrolle auf die Effizienz im Gesundheitswesen hat, kann zwar nicht genau quantifiziert werden. Aus der jahrelangen Erfahrung der Preisüberwachung bei der Prüfung von Spitaltarifen geht jedoch hervor, dass die Regulierungspraxis der Kantone bei ambulanten und stationären Spitaltarifen die Interessen der Spitäler gegenüber denjenigen der Krankenversicherer stärker gewichtet, mit entsprechend negativen Auswirkungen auf die Kostendämpfung. Zudem kann aus ökonomischer Betrachtung die Vermutung angestellt werden, dass eine zentrale und unabhängige Tarifgenehmigungsinstanz effektiver und effizienter arbeiten würde. Voraussetzung dafür ist, dass das erforderliche Detailwissen vorhanden ist, die Abläufe klar strukturiert sind und verbindliche Terminvorgaben enthalten. Die Tarifgenehmigungsinstanz könnte die Effizienz im System erhöhen, weil mit weniger Beschwerden zu rechnen wäre, die heute vom Bundesverwaltungsgericht behandelt werden müssen.

Erfahrungen aus dem Ausland

Bei dieser Massnahme liegen keine Erfahrungen aus dem Ausland vor, da die föderalistische Struktur im Schweizerischen Gesundheitswesen und die damit einhergehende Governance-Problematik einzigartig sind.

Fazit

Mit dem Auflösen des bestehenden Governance-Konflikts der Kantone soll den negativen Effekten auf die Höhe der Gesundheitskosten, auf den Wettbewerb zwischen den Spitälern, den Spitalambulatorien und den Praxisärzten sowie auf die freie Spitalwahl begegnet werden. Welche Auswirkungen hinsichtlich Effizienz, Effektivität und Qualität diese Massnahme auf das Gesundheitswesen haben wird, lässt sich nicht genau quantifizieren. Sie dürfte sich jedoch kostendämpfend auswirken. Zudem lässt sich festhalten, dass die bei der zentralen Genehmigungsinstanz entstehenden administrativen Kosten durch die jeweiligen Einsparungen in den einzelnen Kantonen mehr als kompensiert werden sollten.

Diese Massnahme ist im Zusammenspiel von verschiedenen anderen Massnahmen zu sehen. Von besonderer Bedeutung sind:

- M01 Verbindliche Zielvorgaben für das OKP-Wachstum (vgl. Kapitel 5.2)
- M14 Regionale Spitalversorgungsplanung
- M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern

Ebenfalls zu nennen sind die Genehmigung in Abhängigkeit von mengenbezogenen Boni («M03 Aufnahme von Spitälern auf Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externen Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kickbacks)»), die Förderung der koordinierten Versorgung («M10 Koordinierte Versorgung stärken»), die Förderung der Qualitätsentwicklung (vgl. «M19 Qualität stärken») und die Aufhebung des Territorialitätsprinzips (vgl. M21). Die verschiedenen Interdependenzen sind von den jeweiligen Ausgestaltungen der Massnahmen abhängig. Allfällige Nebenwirkungen dieser Massnahme sind in Abhängigkeit der gewählten Variante im Detail zu untersuchen und entsprechend zu behandeln.

!! M37 Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich

Zielsetzung

Ziel dieser Massnahme ist die direkte Kontrolle der Kosten im ambulanten Bereich über die Vorgabe eines maximal verfügbaren Budgets.

Beschrieb

Im stationären Bereich steht es den Kantonen heute frei, Globalbudgets vorzusehen (Art. 51 KVG). Die Kantone Genf, Tessin und Waadt machen aktuell von dieser Möglichkeit Gebrauch. Die Massnahme besteht darin, den Kantonen auch für den ambulanten Bereich ein entsprechendes Werkzeug zur Verfügung zu stellen, damit sie einen maximal pro Jahr verfügbaren Betrag benennen und Mechanismen bei Überschreiten desselben vorsehen können. Analog zum stationären Bereich soll es den Kantonen offen stehen, ob sie dieses Instrument nutzen wollen. Art. 51 KVG könnte wie folgt ergänzt werden: «Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler, Pflegeheime *oder des ambulanten Sektors* festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a bleibt vorbehalten.» Diese Massnahme ist – wie auch das bestehende Globalbudget im stationären Bereich – komplementär zu einer allgemeinen verbindlichen Zielvorgabe (vgl. Abschnitt 5.2) zu verstehen.

Die Massnahme kann in der Praxis grundsätzlich in verschiedenen Spielarten, Schärfegraden, Reichweiten und Engmaschigkeiten umgesetzt werden. Beispielsweise wäre denkbar, dass der Taxpunktwert aus der Division des kantonalen Globalbudgets durch die Anzahl verrechneter Taxpunkte abgeleitet wird. Verrechnen die Leistungserbringer darüberhinausgehende Leistungen, würde sich der Taxpunktwert entsprechend reduzieren. Dieser Mechanismus könnte die Leistungserbringer dazu anhalten, bis zu einem gewissen Grad das Leistungsvolumen selber zu regulieren (bspw. indem Leistungsvolumen,

Abrechnungspraktiken und durchschnittliches Einkommen je Fachdisziplin verglichen werden, um problematische Praktiken zu identifizieren), damit sie ihr bisheriges Einkommen grundsätzlich aufrechterhalten können. Falls nötig, könnte das BFS zusammen mit den Versicherern und Kantonen die Daten erheben und aufbereiten, damit die Kantone das Instrument anwenden können. Der Mechanismus könnte pro Leistungserbringer oder auch pro Leistungserbringergruppe angewendet werden. Reduzierte Taxpunktwerte könnten dazu führen, dass Leistungserbringer überverrechnete Leistungen zurückzahlen müssten. Dies könnte verhindert werden, indem ein provisorischer Taxpunktwert angewendet wird, der tiefer ist als der Taxpunktwert, der effektiv verrechnet werden wird. Allfällige Guthaben der Leistungserbringer würden vergütet, sobald der effektive Taxpunktwert bekannt ist.

Abgesehen vom Vergütungsmechanismus müssten auch die Leistungen (TARMED, Laboranalysen, Physiotherapie, etc.) definiert werden, die unter das ambulante Globalbudget fallen. Die Kantone wären frei, gewisse Leistungen vom Mechanismus auszunehmen, um gewünschte Entwicklungen wie die Verlagerung von stationär zu ambulant (bspw. in den Bereichen Chirurgie, Dialyse-Leistungen, Pflege) nicht zu konterkarieren. Auch alle weiteren Eckpunkte (z.B. Periodizität/Dauer des Globalbudgets, regionale Differenzierung, Anpassung an demografische Entwicklungen/medizinischer Fortschritt, Qualitätssicherungsmaßnahmen, etc.) wären von den Kantonen im Detail zu definieren und allenfalls mit den Massnahmen im stationären Bereich abzustimmen.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressat der Massnahme sind insbesondere die Kantone, welche die Anwendung und die konkrete Ausgestaltung definieren. Die Tarifpartner sind bei ihren Verhandlungen direkt von den jeweils im Kanton geltenden Spielregeln betroffen. Grundsätzlich könnten die Tarifpartner bereits heute auf freiwilliger Basis Budgetvorgaben auch im ambulanten Bereich im Rahmen der Tarifverhandlungen vereinbaren. Auch die Kantone haben einen weiten Spielraum im Rahmen der heutigen Gesetzgebung, wie die Rechtsprechung gezeigt hat. Im Kanton Waadt wird beispielsweise eine Umsetzung auf freiwilliger Basis im spitalambulanten Bereich praktiziert. Auch in der Einführungsphase des TARMED bestand de facto eine Budgetvorgabe, da im Rahmen des Kostenneutralitäts-Konzepts eine maximal erlaubte Kostensteigerung von 5 Prozent zugelassen war.

Damit die Stellung der Kantone gestärkt werden kann, um auch im ambulanten Bereich Budgetvorgaben für Leistungserbringer verpflichtend vorzusehen, wäre jedoch eine Gesetzesänderung erforderlich. Art. 51 Abs. 1 KVG könnte hierzu entsprechend angepasst werden.

Bewertung

Die Massnahme wird als sehr wirksam bezüglich Kosteneindämmung beurteilt. Ein maximal verfügbarer Betrag wirkt direkt auf die Kosten ein und hat nicht einen lediglich indirekten Effekt wie andere Massnahmen. Zudem können mit dem Einbezug des ambulanten Bereichs bei der Definition von Budgetvorgaben innerhalb eines Kantons unerwünschte allfällige Kostenverlagerungen von stationären zu ambulanten Behandlungen vorgebeugt werden.

Die Massnahme ist effizient. Bei den Kantonen sind lediglich kleinere (zusätzliche) Ressourcen zur Administration des Globalbudgets notwendig. Dazu kämen weitere Ressourcen für die Selbstregulierung der Leistungserbringer. Jeder Kanton könnte selbst entscheiden, ob er die Massnahme ergreifen möchte oder nicht, es wäre also ein Lernen im föderalistischen System möglich. Zudem kennen die Kantone die Gegebenheiten und Besonderheiten ihres Gebiets am besten und eine höhere Akzeptanz der Leistungserbringer ist zu erwarten. Auch eine allfällige Rationierung von medizinisch notwendigen Behandlungen oder eine reduzierte Behandlungsqualität können die Kantone am besten identifizieren und entsprechend darauf reagieren.

Die Patienten sind zwischen den Kantonen mobil. Wenn man allerdings davon ausgeht, dass im heutigen System unnötige Behandlungen durchgeführt werden und die Selbstregulierung der Leistungser-

bringer unter einer Budgetvorgabe dazu führen würde, dass diese selbst unnötige Behandlungen identifizieren und vermeiden können, dann würden sich die Nebenwirkungen in Grenzen halten.

Die Massnahme gibt den Kantonen ein Instrument in die Hand, welches sie nicht notwendigerweise anwenden müssen. Das Instrument kann also auch durch seine blosser Verfügbarkeit Wirkung auf die Kosten entfalten, wenn durch die Drohung im Hintergrund eine Anpassung des Verhaltens der Leistungserbringer eintritt.

Erfahrungen aus dem Ausland

In Deutschland wurde eine pauschale Limitierung des im ambulanten oder stationären Sektor oder für Arzneimittel verfügbaren Budgets nach einigen Jahren wieder aufgehoben, weil die Befürchtung aufkam, dass bei steigenden Patientenzahlen eine Unterversorgung drohen könnte. Auch die Tatsache, dass für die einzelnen Leistungserbringer bei einem fixen Budget erst im Nachhinein klar wird, wie eine einzelne Leistung entschädigt wird, sorgte für Kritik. Aus diesen Gründen wurden in Deutschland wieder fixe Preise eingeführt; im stationären Bereich im Rahmen des DRG-Systems, im ambulanten Bereich über das Regelleistungsvolumen, wobei die fixen Preise nur bis zu einer Obergrenze pro Anzahl behandelte Patienten garantiert sind. Die Steuerung erfolgt also wieder eher über den Preis als über direkte Budgetvorgaben. Allerdings wird der Preis von den Tarifpartnern implizit so gesteuert, dass die Entwicklung der Gesamtkosten im Rahmen der allgemeinen Lohnentwicklung liegt, damit der lohnabhängige Beitragssatz unverändert bleiben kann. Bindende Budgetvorgaben wurden also wieder aufgegeben. Eine implizite Zielvorgabe besteht allerdings, auch wenn diese offenbar nicht ausdrücklich festgesetzt wird.

Fazit

Budgetvorgaben sind eine mögliche, strikte Umsetzungsvariante von Zielvorgaben. Im stationären Bereich haben die Kantone bereits heute die Möglichkeit, Globalbudgets vorzusehen. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich ist nicht nur im Hinblick auf Leistungs- und Kostenverlagerungen sinnvoll. In einem grösseren Zusammenhang ist diese Massnahme natürlich mit einer verbindlichen Zielvorgabe (M01) zu sehen, wobei sie als komplementär betrachtet werden kann. Um zu verhindern, dass Budgetvorgaben die Qualität senken oder medizinisch erforderliche Behandlungen rationiert werden, statt die Effizienz zu steigern, ist auch hier die Transparenz der Versorgung zentral. Die Massnahme weist daher einen engen Bezug zur Förderung der Transparenz (M04) auf. Zudem ist sie im Zusammenspiel von verschiedenen anderen Massnahmen zu sehen:

- M07 Verlagerung stationär ambulant
- M20 Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren
- M26 Einheitliche Finanzierung

Ebenfalls zu nennen sind insbesondere die regionale Spitalplanung (M14), die Verpflichtung zu Gatekeeping (M27) sowie die Stärkung der Qualität (M19). Die verschiedenen Interdependenzen sind von den jeweiligen Ausgestaltungen der Massnahmen abhängig. Allfällige Nebenwirkungen dieser Massnahme sind von den Kantonen in Abhängigkeit der gewählten Ausgestaltung im Detail zu untersuchen und entsprechend zu begegnen.

5.6.4 Weitere Massnahmen

M38 Keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier

Zielsetzung

Aufhebung der sogenannten «doppelten Freiwilligkeit» bezüglich der Nutzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) mit dem Ziel, die positiven Auswirkungen des EPD auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit und die Effizienz in der Gesundheitsversorgung zu verstärken.

Beschrieb

Mit dem am 15. April 2017 in Kraft getretenen Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.1) wurden durch die Änderungen der Artikel 39 und 49a KVG die Spitäler, die Pflegeheime und die Geburtshäuser verpflichtet, sich einer nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen. Für die Spitäler gilt eine Übergangsfrist von 3 Jahren ab Inkrafttreten des EPDG (d.h. bis am 14. April 2020), für die Pflegeheime und Geburtshäuser eine Übergangsfrist von 5 Jahren (d.h. bis am 14. April 2022). Für ambulant tätige Leistungserbringer gibt es keine analoge Bestimmung im KVG, da eine entsprechende Regelung aufgrund des Drucks der Ärzteschaft am Ende der parlamentarischen Beratungen des EPDG von beiden Räten schlussendlich abgelehnt wurde.

Patientinnen und Patienten können im Sinne der informationellen Selbstbestimmung frei entscheiden, ob sie ein EPD eröffnen wollen und welche Daten sie welchen Gesundheitsfachpersonen zugänglich machen wollen. Eine Verpflichtung der Patientinnen und Patienten, ein EPD zu eröffnen (inkl. Opt-out-Möglichkeit) ist aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht möglich, stützt sich das EPDG doch auf die Artikel 95 und 122 BV. Im Rahmen der parlamentarischen Debatte wurde der Antrag, neue alternative Versicherungsmodelle nach Artikel 62 KVG zuzulassen, bei denen eine Teilnahme am EPD zu einer Reduktion der Prämie führt, unter Verweis auf mögliche Fehlanreize, deutlich abgelehnt (NR vom 18.03.2015).

Mit der Verpflichtung der ambulant tätigen Leistungserbringer, sich einer nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen, kann die flächendeckende Einführung des EPD gefördert und für die Patientinnen und Patienten, die ein EPD eröffnet haben, eine vollständige Erfassung der behandlungsrelevanten Daten ermöglicht werden.

Adressaten und Rechtssetzungsbedarf

Adressaten: alle nicht bereits durch die mit dem EPDG am 15. April 2017 in Kraft getretenen Änderungen der Artikel 39 und 49a KVG zur Teilnahme am EPD verpflichteten Leistungserbringer.

Rechtssetzungsbedarf: Anpassung des KVG; der im Rahmen der parl. Beratung des EPDG formulierte Vorschlag eines neuen Artikel 59a KVG (in einem neuen 7. Abschnitt) orientierte sich an der in Artikel 59 KVG bereits etablierten Regelung der Sanktionen bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Die Bestimmung wäre mit einer geeigneten Übergangsfrist (3 bis 5 Jahre) zu ergänzen.

Alternativ könnte auch die Aufnahme einer zusätzlichen materiellen Anforderung (Teilnahme am EPD) in die in Artikel 36 KVG definierten Zulassungsanforderungen vorgesehen werden. Diese würde ausschliesslich für ab einem bestimmten Zeitpunkt neu zuzulassenden Ärztinnen und Ärzte gelten. Damit diese Bestimmung nicht zu einer Ungleichbehandlung der neuen im Vergleich zu den bereits zugelassenen Ärztinnen und Ärzte führt (ungleich hohe Hürden beim Marktzugang), müsste auch diese Regelung mit einer Übergangsfrist versehen werden. Dabei wäre die Frist so zu wählen, dass sie die wohl-erworbenen Rechte der bereits zugelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht berührt und ihre wirtschaftliche Sicherheit gewährleistet bleibt. Allerdings ist die Frage, ob die Nichtzulassung zur Tätigkeit zu Lasten der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. der zwingende Ausschluss nicht eine unverhältnismässige Konsequenz darstellt, nicht abschliessend geklärt. Die vorgeschlagene Regelung ermöglicht hingegen eine Abstufung der Sanktionen.

Bewertung

Die Verpflichtung aller ambulant tätigen Leistungserbringer, sich einer nach Artikel 11 EPDG zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen und ihren Patientinnen und Patienten den Zugang zum EPD zu ermöglichen, dürfte der vor allem im ambulanten Bereich nur langsam voranschreitenden Digitalisierung der medizinischen Dokumentation (aktuell führen nur rund 40 % der Arztpraxen eine vollständig digitalisierte Krankengeschichte) zusätzlichen Schwung verleihen. Dies ist die Voraussetzung für einen vollständig digitalisierten und medienbruchfreien Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen. Durch den raschen und einfachen Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen können Behandlungsprozesse effizienter ausgestaltet und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Weitere Effizienzgewinne dürften aus der mit der Nutzung des EPD einhergehenden Verbesserung der Qualität der Behandlungsprozesse und Erhöhung der Patientensicherheit resultieren (z. B. Reduktion von Notfallhospitalisationen aufgrund des Vorhandenseins eines integrierten Behandlungsplans bei schwerkranken oder sterbenden Patientinnen oder Patienten oder Reduktion von arzneimittelinduzierten Behandlungszwischenfällen dank eines umfassenden Überblicks über die aktuelle Medikation). Im Weiteren liesse sich der beträchtliche Zeitaufwand für eine optimale Arzneimittelanamnese bei Spitaleintritt, die unabdingbar ist, um bei multimorbiden Patienten mit entsprechender Polymedikation eine adäquate medikamentöse Therapie beim Spitalaufenthalt verordnen zu können, massiv reduzieren. Im Rahmen der Qualitätsstrategie des Bundes wurde die Medikationssicherheit an den Schnittstellen evaluiert und ein Best Practice-Vorschlag mit sieben Pilotspitälern erarbeitet. Dabei zeigte sich, dass der Zeitaufwand der verantwortlichen Person für eine solche Arzneimittelanamnese im heutigen System mit Nachfragen bei Angehörigen, Hausärzten und Apothekern im Schnitt 20 – 30 Minuten beträgt (Stiftung Patientensicherheit 2017). Dieser Aufwand bei jedem Eintritt ins Spital würde bei einem guten geführten elektronischen Patientendossier nur mehr einige Minuten betragen mit einer im Millionenbereich liegenden Kosteneinsparung. Ganz zu schweigen vom Vermeiden unnötiger Arzneimittelinteraktionen einerseits und nicht weitergegebener möglicherweise lebenswichtiger Arzneimittel andererseits. Zudem kann sich die aus der Nutzung des EPD durch die Patientinnen und Patienten resultierende Steigerung der Selbstverantwortung, des Selbstbestimmungsrechts und der Gesundheitskompetenz ebenfalls positiv auf die Qualität der Behandlungsprozesse auswirken («mündiger Patient» und partnerschaftliche Entscheidungsfindung).

Gleichzeitig gilt es jedoch zu bedenken, dass die «doppelte Freiwilligkeit» ein insbesondere in der Ärzteschaft sehr emotional diskutiertes Thema ist. Deren Aufhebung zu rasch voranzutreiben, könnte sich allenfalls kontraproduktiv auf die aktuell positive Stimmung und grosse Bereitschaft der ambulant tätigen Leistungserbringer, bei der Umsetzung des EPDG mitzuarbeiten, auswirken. Möglicherweise würden gar flankierende Massnahmen wie staatliche Anschubfinanzierungen für die Digitalisierung von Arztpraxen oder tarifarische Anreize gefordert, die die Kosteneinsparungen wieder zunichtemachen.

Erfahrungen aus dem Ausland

Erfahrungen und mögliche Wirkungsweisen aus dem Ausland sind nur bedingt vorhanden. So waren gemäss Or (2017:9) strukturelle Massnahmen wie die Organisation der Praxis, Investitionen in Computersoftware oder elektronische Aufzeichnungen erfolgreich. Genauere Hinweise auf die Verwendung und Auswirkungen eines elektronischen Patientendossiers fehlen jedoch zu Frankreich. In Deutschland erhalten Ärzte, welche elektronische Patientenakten pflegen und für die Abrechnung mit den Versicherern verwenden, seit 2016 dafür eine Entschädigung. Da die Entschädigung erst seit 2016 erstattet wird, können noch keine Aussagen zu möglichen Kosteneffekten gemacht werden.

Fazit

Die aus der Aufhebung der «doppelten Freiwilligkeit» resultierenden Effizienzgewinne und Kosteneinsparungen für das gesamte Gesundheitssystem sind nur schwer quantifizierbar, bleibt die Eröffnung eines EPD für die Patientinnen und Patienten doch freiwillig. Eine konsequente Nutzung kann jedoch die Massnahme «Leerläufe durch unnötige und fehlerhafte Datenerfassung verhindern» positiv beeinflussen und dazu anregen, insbesondere im stationären Sektor gleiche IT-Systeme zu nutzen. Insofern dürfte das Kostendämpfungspotenzial dieser Massnahme vor allem längerfristig nicht zu unterschätzen sein.

Die Aufhebung der «doppelten Freiwilligkeit» ergänzt zudem die Massnahmen «M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten», «M19 Qualität stärken» sowie die Angemessenheit der Versorgung (vgl. «Massnahmenpaket, um medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungen einzuschränken»), welche durch den Einsatz des EPDs gestärkt werden: Zum einen können sich Patientinnen und Patienten mit einem elektronischen Dossier effizienter im Gesundheitssystem bewegen. Zum anderen lassen sich damit unnötige oder doppelte Untersuchungen und Therapien vermeiden, was die Behandlungsqualität und Patientensicherheit stärkt und gleichzeitig einen kostensparenden Effekt hat.

Zusätzlich könnte die Anwendung des elektronischen Patientendossiers auch als Voraussetzung zur Zulassung von Leistungserbringern zur OKP im ambulanten Bereich verankert werden und somit die Massnahme «M18 Differenzierter Kontrahierungszwang» stärken. Dieser Ansatz scheint aus der Sicht der Kostendämpfung in der OKP interessant und sollte weiterverfolgt werden.

5.7 Prioritäre Massnahmen

Die Expertengruppe erachtet folgende Massnahmen als prioritär:

M01 Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum

M02 Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG

Unmittelbar umsetzbare Massnahmen:

M04 Schaffung notwendiger Transparenz

M07 Verlagerung von stationär zu ambulant

M08 Stärkung von HTA

M09 Rechnungskontrolle stärken

M10 Koordinierte Versorgung stärken

M11 Medizinische Boards / Indikationsboards

M12 Förderung von Behandlungsleitlinien

M13 Förderung Zweitmeinung

M14 Regionale Spitalversorgungsplanung

Bereits diskutierte Massnahmen mit gesetzl. Anpassungsbedarf:

M19 Qualität stärken

M25 Tarifstruktur aktuell halten

M22 Einführung eines Festbetragssystems / Referenzpreissystems

M23 Anpassung der Vertriebsmargen

Neue Massnahmen mit gesetzlichem Anpassungsbedarf:

M34 Schaffung nationales Tarifbüro (analog SwissDRG)

M27 Verpflichtung zu Gatekeeping

M28 Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern

M29 Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips

M35 Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde

M37 Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich

6 Fazit

Gut 20 Jahre nach der Einführung des KVG zeigt sich einerseits, dass die Bevölkerung zufrieden ist mit der Versorgung durch unser Gesundheitssystem. Andererseits ist das Gesundheitswesen aber auch durch ein weit über der Wirtschaftsentwicklung liegendes jährliches Kostenwachstum geprägt, das von einem bereits hohen Niveau ausgeht. Die Effizianzanreize im System genügen nicht, und die beteiligten Akteure sehen sich zu wenig in der Kostenverantwortung. Die verschiedenen Akteure haben im Rahmen des KVG jedoch beträchtlichen Spielraum, um innovative, kostensparende und effizienzsteigernde Versorgungsmodelle zu entwickeln. Diese Möglichkeiten wurden aber nicht im erwünschten Ausmass genutzt. Deshalb sind im Interesse der Steuer- und Prämienzahler verstärkte Eingriffe notwendig, um das vorhandene Effizienzpotenzial auszuschöpfen und die nötigen Kostendämpfungen zu erreichen. Zentral ist, dass dies nicht zulasten der Patientinnen und Patienten geschieht.

Dieser Expertenbericht schlägt als übergreifende Massnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vor, eine deutliche Verbesserung in der Gesamtsteuerung vorzusehen. Als zentrales und neues Steuerungsinstrument schlägt die Expertengruppe die Festlegung von verbindlichen Zielvorgaben für das Kostenwachstum in der OKP vor. Dies erhöht die Kostenverantwortung für alle beteiligten Akteure verbindlich und ist gemäss der Erfahrungen der umliegenden Länder eine zielführende Kostendämpfungsmassnahme. Dabei soll die Umsetzung der OKP-Globalziele in den verschiedenen Leistungsbereichen so weit wie möglich im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten durch die Kantone und die Tarifpartner sowie schliesslich durch die Leistungserbringer erfolgen. Falls die Ziele verfehlt werden, sollen gesetzlich vorgegebene Sanktionsmassnahmen zur nötigen Korrektur des OKP-Kostenpfades führen. Damit soll sichergestellt werden, dass die OKP-Kostenentwicklung vor allem längerfristig auf ein finanzierbares Ausmass reduziert wird. Ziel ist in erster Linie, das beträchtliche Effizienzsteigerungs- und Einsparpotenzial im Gesundheitswesen auszuschöpfen, ohne Abstriche bei notwendigen medizinischen Leistungen vorzunehmen. Sollte dies gelingen, so würden nicht nur die OKP-Prämienzahler sondern auch die Kantone und Gemeinden sowie der Bund finanziell in erheblichem Masse entlastet.

Um die festgelegten OKP-Globalziele zu erreichen, ist die Umsetzung einer Vielzahl an Kostendämpfungsmassnahmen notwendig. Dabei schlägt die Expertengruppe Massnahmen vor, welche auf dem bestehenden System aufbauen und keiner grösseren Systemänderungen bedürfen. Verschiedene bereits angelaufene Massnahmen zur Kostendämpfung sollen verstärkt werden. Auch ohne gesetzliche Änderungen haben insbesondere Tarifpartner und Kantone viele Möglichkeiten, Massnahmen zur Kostendämpfung zu intensivieren. Dazu gehört beispielsweise die Förderung der Transparenz. Neben diesen schnell umsetzbaren Massnahmen werden auch einige bereits diskutierte und einzelne neue Massnahmen mit gesetzlichem Änderungsbedarf vorgeschlagen. Diese Massnahmen sind primär an den Bundesrat respektive den Gesetzgeber auf Bundesebene adressiert. Als weitere übergreifende Massnahme soll mit einem Experimentierartikel der bereits heute beträchtliche Spielraum für die Akteure, innerhalb des KVG innovative Lösungen zu suchen, erweitert werden. Es geht um die Möglichkeit, in bestimmten Fällen im Interesse der Kostendämpfung auch Versuche ausserhalb des Rahmens des KVG durchzuführen. Dabei müssen allerdings die zentralen Pfeiler des KVG, wie die Solidarität der Versicherungsgemeinschaft und der Zugang für alle zu Gesundheitsleistungen, gewahrt bleiben.

Soll das Ziel einer Effizienzsteigerung und Eindämmung des Kostenwachstums erreicht werden, sind alle Akteure im Gesundheitswesen, also der Bund, die Kantone und Gemeinden sowie die Krankenversicherer und schliesslich auch die Leistungserbringer gefordert. Die von der Expertengruppe vorgeschlagenen Massnahmen sollen dabei als Diskussionsgrundlage für die Politik und Akteure im Gesundheitswesen dienen.

7 Literaturverzeichnis

- ATIH – Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2016). Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Programme national chirurgie ambulatoire. Lyon. http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf.
- Ali, Javid; Pieper, Dawid (2016). Die vorliegende Evidenzlage zu Zweitmeinungen ist dürftig – eine systematische Übersichtsarbeit. Meeting Abstract. 17. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. DOI: 10.3205/16ebm008.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk «Leitlinien». 1. Auflage 2012. <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>.
- ÄrzteZeitung (2009). Hausarztzentrierte Versorgung. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/article/564709/hausarztzentrierte-versorgung.html.
- BAG (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheits-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>.
- BAG (2016). Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten. [Oliver Peters, Claude Vuffray, Kris Haslebacher]. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/articles-et-analyses-aos/stationaere-leistung-zusatzversicherung.pdf.download.pdf/stationaere-leistung-zusatzversicherte.pdf>.
- BAG (2017) Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015 (STAT KV 15). <https://www.bag.admin.ch/kvstat>.
- BFS (2014). Kosten des Gesundheitswesens seit 1960. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitskosten-finanzierung.assetdetail.1160165.html>.
- BFS (2015a). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: Provisorische Daten. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsgnpdetail.2017-0082.html>.
- BFS (2015b). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015 –2045. Neuchâtel: BFS. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukunftige-entwicklung.assetdetail.350324.html>.
- BFS (2016). Lebenserwartung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/raum-umwelt/ressourcen/umweltindikatorensystem/emissionen-und-abfaelle/stickoxideffizienz.assetdetail.1902601.html>.
- Barroy, Helene; Or, Zeynep; Kumar, Ankit; Bernstein, David (2014), *Sustaining universal health coverage in France: a perpetual challenge*. Health, nutrition, and population (HNP) discussion paper. Washington, DC: World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/452591468038118776/Sustaining-universal-health-coverage-in-France-a-perpetual-challenge>.
- Bayer-Oglesby, Lucy (2015). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Schlussbericht 2015. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) Dossier 49. Neuchâtel: Obsan. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_49.pdf.
- Bjertnaes, Oyvind; Deilkås, Ellen Tveter; Skudal, Kjersti Eeg; Iversen, Hilde Hestad; Bjerkan, Anne Mette (2014). The Association between Patient-Reported Incident in Hospitals and Estimated Rates of Patient Harm. In: International Journal for Quality in Health Care. 2015; 27:26-30. DOI:

10.1093/intqhc/mzu087.

- Boes, Stefan; Napierala, Christoph (2017). Fehlanreize bei den Ärzten beseitigen. In: Die Volkswirtschaft 2017/3: 27-31. http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2017/02/DV_3_2017_DE.pdf.
- Brändle, Thomas; Colombier, Carsten (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 21, Bern.
- Blümel, Miriam; Busse, Reinhard (2016): The German Health Care System, 2015. In: Mossialos, Elias; Wenzl, Martin; Osborn, Robin; Sarnak, Dana (eds.) (2016). *International Profiles of Health Care Systems, 2015*. New York: The Commonwealth Fund, 69-76. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-2015>.
- Botschaft vom 18. November 2015 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), BBl 2016 1.
- Brüngger, Beat; Fischer, Barbara; Früh, Mathias; Rapold, Roland; Reich, Oliver; Telser, Harry; Trottmann, Maria (2014). Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Olten: Polynomics. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheits2020/nkg2020/2015/art/studie-koordinationsbedarf.pdf.download.pdf/studie-koordinierte-versorgung-koordinationsbedarf.pdf>.
- Bundesratsbericht (2016). Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N), 8. November 2013. Vom 25. Mai 2016. <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2013/20134012/Bericht%20BR%20D.pdf>
- Bundesratsbericht (2017). Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vom 12. Januar 2016. Vom 3. März 2017. <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2016/20163000/Bericht%20BR%20D.pdf>
- Busse, Reinhard; Blankart, Rudolf (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Erfahrungen aus Deutschland. Studie zu Handen der Expertengruppe Kostendämpfung. Berlin und Bern: Technische Universität Berlin und Universität Bern (*unveröffentlicht*).
- Chevreur, Karine; Durand-Zaleski, Isabelle; Bahrami, Stéphane; Hernández-Quevedo, Cristina; Mladovsky Philipa (2010). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6). Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/previous-hits-and-summaries/country-hits-old/france-hit-2010>.
- Chevreur, Karine; Berg Brigham, Karen; Durand-Zaleski, Isabelle; Hernández-Quevedo, Cristina (2015). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(3). Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/france-hit-2015>.
- CNAM (2016) La rémunération sur objectifs de santé publique : Bilan à 4 ans, Dossier de presse, 21 avril 2016. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-210416.pdf.
- Cosgrove, Delos M.; Fisher, Michael; Gabow, Patricia; Gottlieb, Gary; Halvorson, George C.; James, Brent C.; Kaplan, Gary S.; Perlin, Jonathan B.; Petzel, Robert; Steele, Glenn D.; Toussaint, John S. (2013). Ten Strategies To Lower Costs, Improve Quality, And Engage Patients: The View From Leading Health System CEOs. In: *Health Affairs* 2013; 32:321-327.

- Cour des Comptes (2013), Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. Rapport public annuel 2013, France. http://www.ccomptes.fr/content/download/53083/1415030/file/2_1_3_mede_cin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf.
- Credit Suisse (2016). Wachsender Optimismus – grösste Sorgen weniger virulent. Credit Suisse Sorgenbarometer 2016. Schlussbericht. 40. Credit Suisse Sorgenbarometer im Auftrag des Bulletin der Credit Suisse. September 2016. Bern: gfs.bern. <https://www.credit-suisse.com/media/assets/corporate/docs/about-us/responsibility/worry-barometer/schlussbericht-credit-suisse-sorgenbarometer-2016.pdf>.
- Doran, Tim; Kontopantelis, Evangelos; Valderas, Jose M.; Campbell, Stephen; Roland, Martin; Salisbury, Chris; Reeves, David (2011). Effect of financial Incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ* 2011;342:d3590.
- Durand-Zaleski, Isabelle (2013). The French health care system, 2013. In: Thomson, Sarah; Osborn, Rerobin; Squires, David; Jun, Miraya (Eds.). *International profiles of health care systems*. New York: The Commonwealth Fund, 45-56. <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx>.
- Eidgenössisches Finanzdepartement (2016). Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.
- El Saghir, Nagi S.; Keating, Nancy L.; Carlson, Robert W.; Koury, Katia E.; Fallowfield, Lesley (2014). Tumor Boards: Optimizing the Structure and Improving Efficiency of Multidisciplinary Management of Patients with Cancer Worldwide. In: 2014 ASCO Educational Book, <http://meeting-library.asco.org/content/11400461-144>.
- Europarat, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation (2002). Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für die optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates am 10. Oktober 2001 und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe (Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Recommendation Rec(2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum, 2001 - in English). In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2002: 96(Suppl 3):3-60. <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/europaratmethdt.pdf>.
- Eugster, Gebhard (2016). BVGerU C-6266/2013, Erw. 4.3.6. In: Meyer, Ulrich (Hrsg.). Soziale Sicherheit (Schweizerisches Bundesverwaltungsgericht, Band XIV). Basel: Helbing Lichtenhahn.
- Europäische Kommission (2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Volume 1. European Economy Institutional Paper 037, October 2016. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eeip/ip037_en.htm.
- Feldmann, Stephan (2015). Doktoren zwischen Herz und Knete. *Gesundheit und Gesellschaft*, Ausgabe 11/15, 18. Jahrgang: 19-23.
- Forum Managed Care (2015). <http://www.fmc.ch>.
- gfs.bern (2016a). Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. http://www.fmh.ch/files/pdf17/20160106_FMH-Begleitforschung_Kurzbericht_D.pdf.
- gfs.bern (2016b). Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, Bern. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompe->

[tenz/erhebung-gesundheitskompetenz-schweiz.pdf.download.pdf/erhebung-gesundheitskompetenz-chweiz.pdf](#).

- Guyatt, Gordon H.; Oxman, Andrew D.; Vist, Gunn E.; Kunz, Regina; Falck-Ytter, Yngve; Alonso-Coello, Pablo; Schünemann, Holger J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: *BMJ* 2008; 336:924-926.
- Hare, Kristoffer Borbjerg; Vinther, Jesper Høeg; Lohmander L. Stefan; Thorlund, Jonas Bloch (2014). Large regional differences of arthroscopic meniscal procedures in the public and private sector in Denmark. *BMJ Open* 2015; 5(2): e006659. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006659.
- Health Foundation (2014). Improvement Collaboratives in Health Care. <http://www.health.org.uk/publication/improvement-collaboratives-health-care>.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht. <https://www.healthliteracyeurope.net>.
- Hollenbeck, Brent K.; Nallamathoe, Brahmajee K. (2011). Financial Incentives and the Art of Payment Reform. *JAMA*. 2011; 306(18):2028-2030. DOI: 10.1001/jama.2011.1630.
- Huber, Kathrin (2015). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013. *Obsan Dossier 48*. Neuenburg: Obsan. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_48_3.pdf.
- Jeurissen, Patrick (2017). Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Niederlanden. Studie zuhanden der Expertengruppe Kostendämpfung (*unveröffentlicht*).
- Jha, Ashish; Epstein, Arnold (2010). Hospital Governance and the Quality of Care. In: *Health Affairs* 2010; 29:182-187.
- Kauer, Lukas (2016). Long-term Effects of Managed Care. In: *Health Economics*, forthcoming.
- Kommission für Konjunkturfragen (2006): Reform des Gesundheitswesens, Jahresbericht 2006 der KfK, Bericht vom 8. September 2006, Beilage zum Magazin «Die Volkswirtschaft».
- KPMG (2017). Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency. https://home.kpmg.com/content/dam/kpmg/campaigns/health-transparency-map/pdf/KPMG_Global_Health_System_Transparency_Index.pdf.
- Lemos, Paulo; Jarrett, Paul; Philip, Beverly (2006). Day Surgery: Development and praxis. IAAS. <http://www.iaas-med.com/files/historical/DaySurgery.pdf>.
- Mansky, Thomas; Nimptsch, Ulrike (2012): G-IQI Version 3.2: Bundesreferenzwerte für die German Inpatient Quality Indicators. *IQM Initiative Qualitätsmedizin und MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*. 2012: 49-59. https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media-pool/745/media_file/sendfile.
- MDK (2017a). Gliederung und Organisation der Medizinischen Dienste. http://www.mdk.de/Gliederung_Organisation.htm.
- MDK (2017b). Die Rolle des MDK im Gesundheitswesen. <http://www.mdk.de/313.htm>.
- Mousquès, Julien; Daniel, Fabien (2015a). Results of the Evaluation of Multidisciplinary Group Practices, Health Care Networks and Health Care Centers Participating in Experiments with New Modes of Remuneration (ENMR). *Questions d'économie de la santé Irdes* n° 211. Juillet-août 2015. <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/211-the-impact-of-multi-professional-group-practices-on-the-quality-of-general-practice.pdf>.
- Mousquès, Julien; Daniel, Fabien (2015b). Multiprofessional Group Practices Generate Gains in Terms

- of Productivity and Expenditures Results of the Evaluation of Multidisciplinary Group Practices, Health Care Networks and Health Care Centers Participating in Experiments with New Modes of Remuneration (ENMR). *Questions d'économie de la santé Irdes* n° 210. Juin 2015. <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/210-multiprofessional-group-practices-generate-gains-in-terms-of-productivity-and-expenditures.pdf>.
- Muheim, Leander LS.; Senn, Oliver; Früh, Mathias; Reich, Oliver; Rosemann, Thomas; Neuner-Jehle, Stefan M. (2017). Inappropriate use of arthroscopic meniscal surgery in degenerative knee disease. An observational study from Switzerland. *Acta Orthopaedica* 2017. DOI: 10.1080/17453674.2017.1344915.
- Naiditch, Michel; Dourgnon, Paul (2009). The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. Document de travail no. 22. Paris: IRDES. <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGate-keeping.pdf>.
- Nelson, Eugene C; Eftimovska, Elena; Lind, Cristin; Hager, Andreas; Wasson, John H.; Lindblad, Stefan (2015). Patient reported outcome measures in practice. In: *BMJ* 2015: 350:g7818.
- OECD (2017). OECD.stat. <http://stats.oecd.org>.
- OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. DOI: [10.1787/9789264265592-en](https://doi.org/10.1787/9789264265592-en).
- OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
- Or, Zeynep (2017). Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Frankreich. Studie zuhanden der Expertengruppe Kostendämpfung (*unveröffentlicht*).
- Parlamentarische Verwaltungskontrolle PVK (2008). Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Subkommission EDI/UVEK der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom 21. August 2008.
- Parlamentarische Verwaltungskontrolle PVK (2013). Evaluation der Zulassung und Überprüfung von Medikamenten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 13. Juni 2013.
- Pronovost, Peter; Needham, Dale; Berenholtz, Sean; Sinopoli, David; Chu, Haitao; Cosgrove, Sara; Sexton, Bryan; Hyzy, Robert; Welsh, Robert; Roth, Gary; Bander, Joseph; Kepros, John; Goeschel, Christine (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. In: *The New England Journal of Medicine* 2006; 355:2725-2732. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa061115#t=article>.
- Qaseem, Amir; Forland, Frode; Macbeth, Fergus; Ollenschläger, Günter; Phillips, Sue; van der Wees, Philip, et al. (2012). Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. In: *Annals of Internal Medicine* 2012: 156:525-531.
- Roth, Maik; Roth, Sacha (2012). Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010 (Obsan Bericht 53). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rüefli, Christian; Huegli, Eveline; Berner, Delia (2016). Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone. Bern: Büro Vatter.
- Rütsche, Bernhard (2012). Spitalplanung und Spitalfinanzierung: Grundsatzurteil des Bundesgerichts.

- In: HILL Zeitschrift für Recht und Gesundheit, 2012 (50).
- SASIS AG (2015). SASIS-Datenpool 2010-2015. <https://www.sasis.ch/de/Angebot/Produkt/ProductDetail?topMenuId=472>.
- SAMW (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz. http://www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Publikationen/Berichte/Effizienz_Gesundheitswesen.pdf.
- Schleiniger, Reto; Slembeck, Tilman; Blöchliger, Jonas (2007). Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen, Schlussbericht zur Studie im Auftrag von Santésuisse, Zentrum für Wirtschaftspolitik, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Juli 2007.
- Schwendimann, René; Zimmermann, Natalie; Küng, Kaspar; Ausserhofer, Dietmar; Sexton, Bryan (2012). Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Quality and Safety* 2013; 22:32-41.
- Selby, Kevin; Gaspoz, Jean-Michel; Rodondi, Nicolas; Neuner-Jehle, Stefan; Perrier, Arnaud; Zeller, Andreas; Cornuz, Jacques (2015). Creating a List of Low-Value Health Care Activities in Swiss Primary Care. *JAMA Internal Medicine* 2015; 175(4):640-642.
- SGMI (2015). Vision «eHealth 2025». Von «Patient Care» zu «Empowered Health». Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik SGMI. <https://www.e-health-suisse.ch/politik-recht/strategische-grundlagen/strategie-ehealth-schweiz.html>.
- Slembeck, Tilman (2006). Kostentreiber im Gesundheitswesen – eine Auslegeordnung, Santésuisse Studie, Solothurn, November 2006.
- Stiftung Patientensicherheit (2017). Pilotprogramme Patientensicherheit Schweiz: progress! Sichere Medikation an Schnittstellen. <http://patientensicherheit.ch/de/themen/Pilotprogramme-progress--/progress--Sichere-Medikation.html>.
- Strupler, Pascal (2017). Kosten des Gesundheitssystems steigen stärker als in den Nachbarländern. In: Die Volkswirtschaft 2017/3: 6-10. http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2017/02/DV_3_2017_DE.pdf.
- Stukenberg, Timo (2016). Schärfere Regeln für Operationen. http://www.deutschlandfunk.de/krankenhausoekonomie-schaerfere-regeln-fuer-operationen.697.de.html?dram:article_id=349181.
- Swan Tan, Siok; van Ineveld, Martin; Redekop, Ken; Hakkaart-van Roijen, Leona (2011): The Netherlands: The Diagnose Behandeling Combinaties. In: Busse, Reinhard; Geissler, Alexander; Quentin, Willem; Wiley, Miriam (eds.) (2011). *Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. New York: Open University Press, 425-446.
- Swiss Medical Board (2013). Ruptur des vorderen Kreuzbands operative oder konservative Behandlung? Swiss Medical Board Reviewbericht 2009.
- Trageser, Judith; Vettori, Anna; Iten, Rolf; Crivelli, Luca (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Studie erstellt im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz. http://www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Publikationen/Berichte/Effizienz_Gesundheitswesen.pdf.
- Trottmann, Maria; Früh, Mathias; Reich, Oliver; Telser, Harry (2010). Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP. Olten: Polynomics.
- Ubel, Peter A.; Asch, David A. (2015). Creating Value in Health by Understanding and Overcoming Resistance to De-Innovation. *Health Affairs* 2015; 34: 239-244.

- Van Den Bos, Jill; Rustagi, Karan; Gray, Travis; Halford, Michael; Ziemkiewicz, Eva; Shreve, Jonathan (2011). The \$17.1 Billion Problem: The Annual Cost of Measurable Medical Errors. *Health Affairs* 2011: 30(4):596-603.
- Van Such, Monica; Lohr, Robert; Beckman, Thomas; Naessens, James M. (2017). Extent of diagnostic agreement among medical referrals. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2017; 1-5. DOI: [10.1111/jep.12747](https://doi.org/10.1111/jep.12747).
- WEKO (1997). Privattarif der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. In: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 1997/4. https://www.weko.admin.ch/dam/weko/de/dokumente/2006/01/rpw_1997-4.pdf.download.pdf/rpw_1997-4.pdf, 481-487.
- WEKO (2001). Tarifvertrag in der halbprivaten Zusatzversicherung. In: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 2001/4. https://www.weko.admin.ch/dam/weko/de/dokumente/2006/01/rpw_2001-4.pdf.download.pdf/rpw_2001-4.pdf, 645-688.
- WEKO (2014). Jura. In: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 2014/2. https://www.weko.admin.ch/dam/weko/de/dokumente/2014/09/rpw_2014-2.1.pdf.download.pdf/rpw_2014-2.pdf, 410-417.
- Zweifel, Peter (2017). Nebenwirkungen bei der Krankenversicherung nicht unter Kontrolle. In: *Die Volkswirtschaft* 2017/3: 16-19. http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2017/02/DV_3_2017_DE.pdf.

8 Anhang

8.1 Im Ausland eingesetzte Massnahmen zur Kostendämpfung

8.1.1 Deutschland

Deutschland gehört neben der Schweiz und Österreich zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf (OECD 2017). Trotz einer Koppelung der Leistungsausgaben an die Grundlohnsumme haben sich die Leistungsausgaben in den letzten Jahren, nach der letzten sehr einschneidenden Gesundheitsreform im Jahr 2004, deutlich von der Entwicklung der Grundlohnrate abgekoppelt (Busse und Blankart 2017: 6).

Auch in Deutschland wurden und werden verschiedene kostendämpfende Massnahmen eingeführt und weiterentwickelt. Allerdings wurde u.a. die aufgrund der Finanzströme und der Festlegung sektoraler Budgets vorherrschende sektorale Denkweise im deutschen Gesundheitssystem in den vergangenen drei Jahrzehnten immer wieder als Ursache für hohe Kosten und Qualitätsprobleme identifiziert (Busse und Blankart 2017: 5, 23).

Verbindliche Zielvorgabe für Wachstum

Die Leistungsvergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist grundsätzlich so auszugestalten, dass es zu keiner Erhöhung des Beitrages, welche Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu gleichen Teilen in Abhängigkeit des Lohnes zahlen (Beitragssatzstabilität), kommt (§ 71 SGB V). Im ambulanten Sektor wird dieses Ziel durch eine Koppelung der Gesamtvergütung der ambulanten Leistungserbringer an die Grundlohnsumme, d.h. der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Sozialversicherung, erreicht («Deckelung»). Die Verhandlungen im stationären Sektor sind komplexer und finden auf Bundes-, Landes- und Krankenhausebene statt. Auch hier bildet die Veränderungsrate der Grundlohnsumme, die sogenannte Grundlohnrate eine Orientierungsbasis (Busse und Blankart 2017: 5f.).

Regelleistungsvolumen im ambulanten Bereich

Die Tarifpartner legen jährlich im Voraus für alle abrechnenden Ärztinnen und Ärzte individuelle, morbiditätsbasierte Globalbudgets fest, deren Basis die Gesamtvergütung des Vorjahres sowie Preise und Trends bei der Mengenentwicklung bilden. Die Globalbudgets werden bei Mehrleistung nicht nachträglich erhöht (Europäische Kommission 2016: 90). Die kassenärztlichen Vereinigungen teilen das Globalbudget auf die einzelnen Ärzte auf. Dabei werden Leistungen eines Arztes, die über ein im Voraus festgelegtes Regelleistungsvolumen (RLV) hinausgehen, nur noch mit einem Abschlag vergütet. Die Höhe des RLVs wird den Ärzten prospektiv zu Quartalsbeginn mitgeteilt (Busse und Blankart 2017: 8f.). Die Einigung über ein Gesamtbudget in einer Region entbindet die Krankenkassen von der Verpflichtung und der Möglichkeit, die Ärzte direkt zu bezahlen, mit Ausnahme von Modellen zur Förderung der integrierten Versorgung (Busse und Blankart 2017: 7).

Basisfallwert, Erlösbudgets und Fixkostendegressionsabschlag im stationären Bereich

Als Orientierungsmaßstab für die landesspezifischen Basisfallwerte gilt der Bundesbasisfallwert.³⁷ Der Bundesbasisfallwert wiederum wird zwischen der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem

³⁷ Der landesspezifische Basisfallwert wird gemäss § 10 Abs. 1 KHEntgG auf Landesebene vereinbart und bewegt sich in einem Korridor um den Bundesbasisfallwert (+2.50 % bis -1.25 %). Unterschiede innerhalb der Landesbasisfallwerte sind größtenteils auf historisch vorhandene, aber ökonomisch nicht begründbare, Unterschiede zurückzuführen (Busse und Blankart 2017: 11).

Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SpiBu) ausgehandelt. Der Bundesbasisfallwert wird jedes Jahr um einen sogenannten Veränderungswert (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a KHEntgG) erhöht. Die Untergrenze des Verhandlungskorridors ist die Steigerung der Grundlohnrate, d.h. die Veränderung der Einnahmenseite der Krankenkassen. Die Obergrenze wird durch den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert festgelegt, der die Entwicklung der Personal- und Sachkosten im Krankenhaus abbildet. Liegt die Steigerung der Grundlohnrate oberhalb des Orientierungswertes, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert. Das bedeutet, dass wenn die Einnahmen der Krankenkassen schneller steigen als die Kosten der Krankenhäuser, die angefallenen Kosten der Krankenhäuser automatisch gedeckt werden. Steigen die Kosten der Krankenhäuser aber schneller als die Einnahmen, so kommt es zu Verhandlungen, um Lösungen zur Defizitdeckung zu identifizieren. In den Jahren 2010-17 wurde der Bundesbasisfallwert im Durchschnitt jedes Jahr um 2.1 Prozent erhöht, während das BIP um durchschnittlich 2.4 Prozent gewachsen ist (Busse und Blankart 2017: 11).

Theoretisch zu Beginn eines Jahres (de facto häufig aber später) verhandeln die Krankenkassen mit den einzelnen Krankenhäusern über die Art und vor allem Menge der zu erbringenden Leistungen (i. W. ausgedrückt als Case-Mix). Erlösbudget und Erlössumme unterliegen anschliessend einer Ausgleichsregelung, um die Über- bzw. Unterschreitung vereinbarter Mengen zu berücksichtigen. Krankenhäuser, die die Summe aus Erlösbudget und -summe überschreiten, müssen einen Teil dieser zusätzlichen Einnahmen im Folgejahr zurückerstatten. In der Regel ist ein Mehrerlösausgleich von 65 Prozent der zusätzlich abgerechneten Leistungen von Krankenhäusern an die Kostenträger zu leisten. Umgekehrt erhalten Krankenhäuser, die unter der im Vorjahr vereinbarten Summe aus Erlösbudget und -summe bleiben, einen Mindererlösausgleich in Höhe von 20 Prozent. Mindererlöse auf Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen (§ 4 KHEntgG) (Busse und Blankart 2017: 12f.).

Zwischen 2013-16 sollte ein Mehrleistungsabschlag einen zusätzlichen Anreiz setzen, um eine unbegründete Ausweitung der Leistungsmenge in den Krankenhäusern zu verhindern. Für Leistungen, die das vereinbarte Erlösbudget überschritten, musste auf das Budget der Folgeperiode ein zusätzlicher Vergütungsabschlag von 25 Prozent (Mehrleistungsabschlag) in Kauf genommen werden. Der Mehrleistungsabschlag wurde 2017 durch einen Fixkostendegressionsabschlag ersetzt, der einen deutlich höheren Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer ermöglichen soll (Busse und Blankart 2017: 11). Dabei handelt es sich um einen Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen.

Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich

HTA (Health Technology Assessment)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), welcher sich aus je fünf Vertretern der Versicherer und der Leistungserbringer sowie drei unabhängigen Mitgliedern zusammensetzt, prüft neue medizinische Diagnosen und Behandlungen nach einem standardisierten Prozedere gemäss den Grundsätzen evidenzbasierter Medizin. Er wird dabei von zwei Instituten unterstützt, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). Das IQWiG untersucht als unabhängiges wissenschaftliches Institut den Nutzen und den Schaden von medizinischen Massnahmen für Patientinnen und Patienten sowie die Vorteile und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Das IQTiG entwickelt Instrumente zur externen Qualitätssicherung. Es werden auch Health Technology Assessments (HTA) durchgeführt, jedoch nicht systematisch. Alle neuen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, welche ambulant angewendet werden, müssen in Bezug auf Vorteile und Effizienz positiv beurteilt worden sein, bevor sie von der GKV übernommen werden (Blümel und Busse 2016: 73f.; Europäische Kommission 2016: 100).

Strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke

Aktuell gibt es vom G-BA spezifizierte und (ursprünglich) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verabschiedete strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V (DMP) für sechs Krankheitsbilder. Der G-BA hat die Aufgabe, geeignete chronische Erkrankungen festzulegen und die inhaltlichen Anforderungen evidenzbasiert per bindende Richtlinien festzulegen.

Die Versicherer bieten entsprechende Verträge mit integrierten Versorgungsmodellen an, welche die Pflege für diese chronischen Erkrankungen und die Koordination zwischen den verschiedenen ambulanten Leistungserbringern verbessern sollen. Zur Finanzierung der Programme erhalten die Krankenkassen je Versichertenjahr und eingeschriebenem Versicherten 2017 einen Betrag von 145,68 € aus dem Gesundheitsfonds. Daraus finanzieren die Krankenkassen den zusätzlichen Verwaltungsaufwand und die zusätzliche Vergütung der ambulanten Leistungserbringer, die vornehmlich über Zusatzentgelte zu den schon bestehenden Leistungspositionen in der Regelversorgung erfolgt. Die Vergütung der Krankenhäuser erfolgt normalerweise über vorab definierte Fallpauschalen. Die abgeschlossenen Verträge müssen vom Bundesversicherungsamt im Hinblick auf die Erfüllung der Anforderungen geprüft und zugelassen werden.

Aufgrund der Komplexität der DMPs und des fehlenden gesetzlichen Auftrags ist die Evidenz zu den Kostendämpfungseigenschaften von DMPs vergleichsweise gering. Zwei ähnlich konzeptionierte Studien zeigten zuletzt uneinheitliche Ergebnisse bezüglich der Kosten für in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschriebenen Patienten (Busse und Blankart 2017: 23f.).

Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Die gesetzlichen Grundlagen für die eher dezentral organisierten Verträge und Netzwerke der integrierten Versorgung wurden im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes im Jahre 2000 gelegt. Diese Form der Versorgung setzte sich allerdings erst nach Abschaffung der expliziten Zustimmungspflicht der Kassenärztliche Vereinigungen und einer Anschubfinanzierung in Höhe von 680 Millionen Euro pro Jahr für 2004-2008 durch. Später wurden mit dem in 2016 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz eine weitere Anschubfinanzierung in Höhe von 225 Millionen Euro pro Jahr für die Jahre 2016-2019 verabschiedet.

Besondere Versorgungsprogramme werden von Krankenkassen oder Leistungserbringernetzwerken bei Bedarf initiiert. Realisierte Einsparungen dürfen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern und den Patienten teilen. Die ausgehandelten Verträge müssen allerdings wirtschaftlich sein, dürfen die vom SGB V garantierten umfassenden Leistungen nicht einschränken und müssen dem Bundesversicherungsamt zur Prüfung und Genehmigung vorgelegt werden. Die Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen ist freiwillig und kostenlos für die Versicherten.

Trotz des Umfangs von fast 6'400 registrierten Verträgen mit fast zwei Millionen teilnehmenden Patienten und 1.35 Milliarden Euro Volumen im Jahr 2011, sind Evaluationen nur für vereinzelte Projekte öffentlich verfügbar. Insbesondere gibt es erstaunlich wenig Evidenz bezüglich der kostendämpfenden oder der qualitätssteigernden Effekte des Gesamtprogramms (Busse und Blankart 2017: 24f.).

Elektronische Patientenakten

Ärzte, welche elektronische Patientenakten pflegen und für die Abrechnung mit den Versicherern verwenden, erhalten seit 2016 dafür eine Entschädigung. Ab 2018 werden Ärzte, welche die Abrechnungen nicht elektronisch erfassen, nur noch eine reduzierte Vergütung für ihre Leistungen erhalten (Blümel und Busse 2016: 75).

Massnahmen im Arzneimittelbereich

Herstellerabschläge und Apothekennachlass

Gesetzliche Krankenkassen erhalten per Gesetz einen Abschlag von 7 Prozent auf den Herstellerabgabepreis (HAP) für erstattungsfähige, nicht-festbetragsregulierte, patentgeschützte Arzneimittel. Zusätzlich gibt es verschiedene weitere sich teilweise überlagernde gesetzliche Rabattmassnahmen. Der Herstellerabschlag für Generika, die nicht festbetrags geregelt sind, beträgt 16 Prozent, der Abschlag für festbetrags geregelte Generika 10 Prozent und festbetrags geregelte Generika, deren Preis 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegt, sind vom Abschlag freigestellt.

Zusätzlich zum Herstellerabschlag unterliegen pharmazeutische Unternehmer seit 1. August 2009 einem Preismoratorium, das immer wieder verlängert wird. Es ist ihnen zwar erlaubt, ihre Preise zu erhöhen, sie sind allerdings verpflichtet den Krankenkassen einen Preisabschlag in Höhe der Differenz zum Preisstand vom 1. August 2009 zu gewähren (§ 130a Abs. 3a SGB V).

Neben den Herstellerabschlägen sind die Krankenkassen auch zu einem Nachlass auf die Apothekenspanne berechtigt. Dieser wurde seit Einführung der Gesetzesgrundlage immer wieder variiert und beträgt knapp 20 Prozent der regulierten Apothekenvergütung.

Die Einsparungen der Krankenkassen aufgrund von Herstellerabschlägen und Apothekennachlass belaufen sich auf ca. 2.8 Milliarden Euro in 2016 (Schätzung auf Basis von Januar-November 2016). Etwa 60 Prozent dieses Einsparbetrages gehen auf Herstellerabschläge und ca. 40 Prozent auf den Apothekennachlass zurück (Busse und Blankart 2017: 16).

Generikasubstitution

In Deutschland spielt generische Substitution eine entscheidende Rolle, um die Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich zu dämpfen. Solange der Arzt die Substitution nicht explizit ausschliesst, ist die Apotheke gemäss § 129 SGB V verpflichtet, ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben. Hierbei hat die Apotheke die Auswahl zwischen den drei günstigsten Alternativen. Die Abgaberegulierung der Generika ist nicht immer überschneidungsfrei mit den krankenkassenindividuellen Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V. Bei Vorliegen eines Rabattvertrages, muss die Apotheke das rabattierte Produkt abgeben, da hierbei von einem höheren Einspareffekt ausgegangen wird (Busse und Blankart 2017: 16f.).

Rabattverträge

Krankenkassen können individuelle Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern nach § 130a Abs. 8 SGB V abschliessen. Hierbei sichern Krankenkassen den Herstellern die exklusive Abgabe eines Arzneimittels gegen Zahlung von Rabatten zu. Bei Abgabe von Arzneimitteln, die einem Rabattvertrag unterliegen, sind Apotheken zur Abgabe des rabattierten Produktes verpflichtet, sofern die Substitution nicht vom verordnenden Arzt explizit ausgeschlossen wurde. Diese Verpflichtung der Apotheken, die erst 2007 gesetzlich verankert wurde, verhalf den Rabattverträgen zum Erfolg. Die im Rahmen des § 130a Abs. 8 SGB V verhandelten Preise und Rabatte bleiben normalerweise unter Verschluss.

Drei Monate nach Einführung im Juli 2007 hatten ca. 70 Prozent der Krankenkassen Rabattverträge mit 53 pharmazeutischen Unternehmen über 17'997 Produkte geschlossen. Fünf Jahre später haben fast alle Krankenkassen Rabattverträge für insgesamt 34'879 Arzneimittel ausgehandelt. Somit lag für fast jedes zweite verordnete Arzneimittel mindestens ein Rabattvertrag vor. Im April 2013 wurden alle Portfolioverträge und Verträge, die nicht öffentlich ausgeschrieben wurden, aus kartellrechtlichen Gründen für unwirksam erklärt. Daher reduzierte sich die Anzahl Rabattverträge auf 16'406 (Mai 2013). Ende 2016 gab es insgesamt wieder 24'590 Rabattverträge (Busse und Blankart 2017: 17).

Festbeträge

Das Instrument des Festbetrages gehört zu den Instrumenten der indirekten Preiskontrolle. Die Festlegung des Erstattungshöchstbetrages führt dazu, dass der Patient die Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis selbst bezahlen muss. Die erhöhte Zuzahlung müssen der verordnende Arzt und auch die Apotheke kommunizieren. Als zusätzlicher Anreiz für den Patienten sind Arzneimittel, deren Preise 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegen, von den sonst üblichen Zuzahlungen vollständig freigestellt (Busse und Blankart 2017: 18).

Im für neue Arzneimittel seit 2011 verpflichtenden Verfahren nach Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) können pharmazeutische Unternehmen den HAP frei wählen und im ersten Jahr der Markteinführung zum geforderten Preis vermarkten. Die pharmazeutischen Unternehmen sind jedoch verpflichtet, bei der Markteinführung ein Dossier mit Nachweisen über den Zusatznutzen des Präparates beim G-BA einzureichen. Auf Grundlage des eingereichten Dossiers veranlasst der G-BA eine zeitnahe Nutzenbewertung, mit der er das IQWiG beauftragt. Der G-BA entscheidet, ob und welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel hat. Arzneimittel, die keinen Zusatznutzen aufweisen, werden in eine bestehende Festbetragsgruppe eingeordnet. Somit wird die Erstattung auf den Preis vergleichbarer Arzneimittel begrenzt. Für Arzneimittel mit Zusatznutzen verhandelt der GKV-SpiBu (im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung) mit dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen auf der Grundlage des Beschlusses des G-BA einen so genannten Erstattungsbetrag (Busse und Blankart 2017: 19).

Heute liegen nur noch wenige festbetragsregulierte Arzneimittel preislich deutlich oberhalb der Festbetragsgrenze. Somit hat sich die Einführung der Festbeträge als insgesamt effektive Kostendämpfungsmaßnahme erwiesen. Über den gesamten Arzneimittelmarkt glichen die Hersteller jedoch die Preissenkungen teilweise mit überdurchschnittlichen Preisanstiegen im nicht-festbetragsregulierten Arzneimittelmarkt wieder aus. Das jährliche Einsparvolumen auf Grund der Festbeträge wird vom GKV-SpiBu mit 7.1 Milliarden Euro beziffert (Busse und Blankart 2017: 18).

Jahresbudgets Arzneimittel für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Von 1993 bis 2001 stellten bundesweite Ausgabenobergrenzen eine bedeutende Massnahme zur Kostendämpfung im ambulanten Arzneimittelsektor dar. 2002 wurden die Ausgabenobergrenzen abgeschafft und durch praxisindividuelle Richtgrößen und Ziele für eine wirtschaftliche und angemessene Verordnung von Arzneimitteln ersetzt, die zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden. Den Ärztinnen und Ärzten werden feste Jahresbudgets für die Verschreibung von Arzneimitteln vorgegeben. Vertragsärzte, die mehr als 125 Prozent ihrer ex-post berechneten Richtgrösse verordnen, werden zur Rückzahlung verpflichtet, ausser sie können nachweisen, dass die Überschreitung auf «Praxisbesonderheiten» zurückzuführen ist. Obwohl die individuelle Haftung nur teilweise operativ durchgesetzt wurde, hatte die Einführung dieses Instrumentes das Verordnungsverhalten beeinflusst (Busse und Blankart 2017: 20f.).

Förderung Parallelimporte

Die Abgabe von Parallelimporten wird durch eine gesetzlich verankerte Parallelimportquote von 5 Prozent gefördert. Auch nach Umverpacken und vereinfachter Zulassung der für den ausländischen Markt produzierten Ware können Parallelimporte oft immer noch günstiger als Originalpräparate abgegeben werden. Die Möglichkeit des Parallelimports sorgt somit für Wettbewerb im Bereich der sonst vor Wettbewerb geschützten patentgeschützten Arzneimittel. Damit ein Arzneimittel auf die Importquote angerechnet werden kann, muss es der 15/15 Regel genügen, also entweder 15 Prozent oder 15 Euro günstiger sein als das für den deutschen Markt produzierte Originalpräparat. Einer von dem Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschland e.V. in Auftrag gegebenen Studie zufolge, sollen die direkten Einsparungen durch Arzneimittelimporte 240 Millionen Euro betragen (Busse und Blankart 2017: 22).

Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich

Leistungskontrolle/Medizinischer Dienst

«Für die Leistungskontrolle im stationären Bereich werden die Krankenkassen vom regional organisierten Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) unterstützt. Im Jahr 2015 führte der MDK 5,85 Mio. Prüfungen durch, davon über 2,5 Mio. im stationären Bereich. Damit wurden fast 15 % der insgesamt 17 Mio. stationären Krankenhausfälle geprüft, die über die GKV abgerechnet wurden. Bei ca. 50 Prozent der untersuchten Krankenhausfälle kommt es zu erfolgreichen Beanstandungen der abgerechneten Fälle und Rückzahlungen durch die Leistungserbringer. Der GKV-SpiBu schätzt, dass sich durch eine effiziente Prüfung 2,3 Mrd. € (3,6 % der Krankenausgaben) in 2013 einsparen lassen» (Busse und Blankart 2017: 14).

8.1.2 Frankreich

In Frankreich war der Kostenanstieg im Gesundheitswesen in den letzten 20 Jahren eine Hauptsorge. Deshalb wurde eine Reihe von Massnahmen ergriffen, um das Kostenwachstum einzudämmen. «Der Fokus lag dabei insbesondere auf der Kontrolle des anhaltenden Defizits der gesetzlichen Krankenkasse [...]. Die Massnahmen zur Kostendämpfung waren allerdings nicht immer begleitet von Bemühungen zur Verbesserung der Effizienz des Leistungserbringungsmodells (Fähigkeit, das Leistungsvolumen mit den vorhandenen Ressourcen im Griff zu halten). Dies führte zur Frage, wie die Ergebnisse und die Qualität verbessert und gleichzeitig Verluste im System reduziert werden können» (Or 2017: 5).

Verbindliche Zielvorgabe für Wachstum

Allgemeine Ausgabenobergrenze für die Gesundheitsversorgung

Das Parlament übt auf der Makroebene die Kontrolle über das Gesundheitssystem und dessen Ressourcen aus, indem es jährlich ein von der Regierung erarbeitetes Finanzgesetz zur sozialen Sicherheit verabschiedet. Darin wird seit 1996 auch jährlich eine allgemeine Ausgabenobergrenze für die Gesundheitsversorgung festgelegt. Dabei handelt es sich um eine nationale Zielvorgabe für die Ausgaben der Krankenversicherung für das folgende Kalenderjahr (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie; ONDAM). Das Gesundheitsministerium verteilt die budgetierten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gemäss ONDAM auf die einzelnen Bereiche und gibt so allen Akteuren ein genaues Ausgabenlimit vor. Das Gesamtziel wird in drei Unterziele für die wichtigsten Gesundheitsdienstleister unterteilt: ambulanter Bereich, Spitäler und medizinisch-soziale Einrichtungen. Die monetäre Zielvorgabe wird verwendet, um das prozentuale Wachstum der Ausgaben anzugeben. Die Ziele sind verbindlich. Die Akteure sind nicht verpflichtet, sie einzuhalten. Dies führte dazu, dass die ONDAM-Ausgabenobergrenzen in den ersten fünf Jahren nach der Einführung ständig überschritten wurden. Deshalb wurden zusätzliche Massnahmen ergriffen (Barroy et al. 2014):

- 2004 wurde ein Alarmkomitee eingesetzt, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen genau zu überwachen. Es soll die Regierungsbehörden und das Parlament warnen, wenn die Ausgaben schneller zunehmen als gemäss ONDAM vorgesehen.
- Das Alarmkomitee erhielt 2010 zusätzliche Befugnisse. Seither kann es eine Ex-ante-Bewertung des ONDAM vornehmen, bevor dem Parlament der Entwurf des Finanzgesetzes zur sozialen Sicherheit (Loi de Financement de la Sécurité Sociale, LFSS) vorgelegt wird.
- Zeichnet sich ab, dass die Ausgabenobergrenze für den Spitalbereich überschritten wird, können die DRG-Tarife angepasst (gesenkt) werden (Or 2017: 6f.).

«In den letzten Jahren begannen die mit dem ONDAM eingeleiteten Haushaltsverfahren vielversprechende Anzeichen eines verbesserten Monitorings der Gesundheitsausgaben und besserer Arbeitsbeziehungen zwischen den Akteuren zu zeigen. Die Kontrolle über die Kosten im Gesundheitswesen hat sich dadurch verstärkt. Während die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben seit einem Jahrzehnt zurückgeht, werden beim ONDAM erst seit 2010 Erfolge verzeichnet [...]: Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen ist von einem Höchstwert von 7 Prozent im Jahr 2002 auf 5 Prozent im Jahr 2004 und 2 Prozent in 2015–2016 gesunken» (Or 2017: 7).

Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich

In Frankreich wurden verschiedene Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich ergriffen. Um die koordinierte Versorgung zu stärken, wurden ein freiwilliges Gatekeeping-System und ein Pay-for-Performance-System (P4P) eingeführt sowie Gruppenpraxen gefördert. Um die Ressourcen und Mengen im ambulanten, stationären und sozialen Bereich zu regulieren, bestehen regionale Gesundheitsagenturen. Ausserdem wird die ambulante Chirurgie gefördert.

Health Technology Assessments (HTA)

Durchführung und Organisation von *health technology assessments* (HTA) werden von der Regierung und der gesetzlichen Krankenversicherung reguliert und hauptsächlich von der *Haute Autorité de Santé* (HAS)³⁸ durchgeführt. Alle neuen Arzneimittel, Geräte und Verfahren werden nur auf die Positivlisten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen und entsprechend vergütet, wenn sie vorher ein HTA durchlaufen haben. Das HTA wird vor der Markteinführung durchgeführt und dient v. a. dazu, die Deckungsrate der gesetzlichen Krankenversicherung zu bestimmen sowie Grundlagen für die Tarifierung (gesetzlich festgelegter Tarife) zu liefern. Im Rahmen des HTA wird insbesondere untersucht, ob die neue Technologie effektiv ist, d.h. wie ihr Nutzen in medizinischer und Public-Health-Hinsicht zu bewerten ist (*Service médical rendu* [SMR] bei Arzneimitteln; *service attendu* bei Geräten und Verfahren). Abhängig vom Nutzen wird die Deckungsrate der gesetzlichen Krankenversicherung (zwischen 0 % und 100 %) festgelegt. Zudem wird ein Vergleich mit bestehenden Arzneimitteln (*amélioration du service médical rendu*; ASMR) bzw. Geräten und Verfahren (*amélioration du service attendu*; ASA) vorgenommen. Auf dieser Basis wird eine explizite Entscheidung über den Preis (Tarif) getroffen. Bestehende Arzneimittel, Geräte und Verfahren werden alle fünf Jahre überprüft (Chevreul et al. 2015: 43f.).

«Frankreich führt in einer Liste explizit alle Produkte auf, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung rückerstattet werden (die sogenannte Positivliste). 2006 hatte Frankreich europaweit eine der längsten Listen erstattungsfähiger Medikamente mit «nachgewiesener Wirksamkeit» [...]. Seit 1999 wurden mit der Einführung des Kriteriums des «Nutzens» bei Erstattungsentscheidungen (SMR, *Service Medical Rendu*) mehrere Hundert Arzneimittel von der Liste gelöscht» (Or 2017: 13).

Seit 2013 wird unter bestimmten Voraussetzungen zwecks Kosten-Nutzen-Bewertung zusätzlich eine **ökonomische Evaluation** vorgenommen, insbesondere wenn das Produkt oder die Technologie als innovativ eingestuft wird und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung signifikant beeinflussen könnte (voraussichtlicher Umsatz von über 20 Mio. EUR zwei Jahre nach Markteinführung) (Chevreul et al. 2015: 44, 163; Durand-Zaleski 2016: 64).

³⁸ Die HAS ist ein unabhängiges öffentliches Institut, das eine Reihe von Aufgaben übernimmt, mit denen Qualität und Effizienz der Leistungserbringung verbessert werden sollen. Dazu gehören insbesondere die Bewertung von Arzneimitteln, medizinischen Geräten und Verfahren, die Akkreditierung von Gesundheitsorganisationen, die Zertifizierung von Ärztinnen und Ärzten sowie die Publikation von Guidelines (Chevreul et al. 2015: 28).

Kapazitätsplanung von regionalen Gesundheitsagenturen

2009 wurden 26 regionale Gesundheitsagenturen (*Agence Régionales de Santé, ARS*) geschaffen, die staatliche Aufgaben, v.a. in den Bereichen (Kapazitäts-)Planung und Verwaltung des ihnen zugeteilten Gesundheitsbudgets, übernehmen. Die Agenturen wurden geschaffen, damit die Gesundheitsversorgung möglichst den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Die ARS sollen auf regionaler Ebene die Bedürfnisse aufgrund von epidemiologischen und demografischen Merkmalen definieren und die Verbindungen/Schnittstellen zwischen dem ambulanten Sektor und dem Spitalsektor sowie zwischen Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen besser koordinieren. Mit regionalen Gesundheitsplänen (*Plan Stratégique Régional de Santé; PSRS*) wird neben dem Spitalbereich auch der ambulante Bereich geplant (v.a. hinsichtlich Kapazitäten) und im Rahmen von fünfjährlich erstellten *Schéma Régional d'Organisation des Soins* (SROS) umgesetzt (Chevreul et al. 2015: 19f., 32f., 34f.; Or 2017: 17).

Die regionalen Gesundheitsorganisationpläne (SROS) bilden die rechtliche Grundlage für Verträge zwischen den Spitälern und den ARS über Ziele und Ressourcen (*contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*), in denen insbesondere die Verantwortlichkeiten des jeweiligen Spitals sowie Leistungen, Qualitätsziele und nötige Ressourcen festgelegt werden. Die Laufzeit der Verträge beträgt im Normalfall fünf Jahre. Jährlich werden die bestehenden Kapazitäten und die erbrachte Leistungsmenge überprüft. Falls die Spitäler die vertraglich vereinbarten Ziele nicht erreichen, können sie finanziell bestraft werden (bis zu 1 % ihrer gesamten Einnahmen) und die ARS können ihnen die Bewilligung zur Leistungserbringung entziehen. Bis dato wurde allerdings kein Spital bestraft (Chevreul et al. 2015: 35).

«Die Regulierung der Spitäler ist derzeit eher auf die Tätigkeit als auf das Bettenangebot ausgerichtet. Ein wesentliches Regulierungsinstrument besteht darin, die Zulassung an minimale Tätigkeitsgrenzwerte zu knüpfen, um die Behandlungsqualität sicherzustellen. So gelten Leistungsmengennormen für die Herzchirurgie, Geburtshilfe, Krebsbehandlungen usw. Ausserdem überwachen die ARS direkt die Spitaltätigkeit auf regionaler Ebene, um Spitäler zu identifizieren, die ein signifikant hohes/tiefes Leistungsvolumen/Wachstum in der Region ausweisen. Seit 2011 arbeitet das Gesundheitsministerium zusammen mit der HAS, der CNAMTS und der ATIH daran, den ARS Leitlinien bereitzustellen, um sie bei der Überwachung und Verringerung regionaler Ausprägungen bei den medizinischen und chirurgischen Verfahren zu unterstützen» (Or 2017: 17).

Über Unterschiede bei den Spitalleistungsvolumen zwischen den Regionen und zwischen den Einrichtungen wird öffentlich Bericht erstattet. Dies soll der Sensibilisierung und der Verringerung unangemessener Behandlungen dienen. Die Berichte zu regionalen Unterschieden werden seit 2013 von der technischen Agentur für Spitalinformationen (*Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, ATIH*) veröffentlicht. «Vor Kurzem hat das Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem Irdes und der ATIH einen Atlas der Abweichungen bei den Raten für chirurgische Eingriffe veröffentlicht. Es liegt zwar noch kein offizieller Bericht zur Wirkung dieser Aktionen vor, die erste Analyse der CNAMTS ist aber ermutigend» (Or 2017: 17).

Massnahmen im Arzneimittelbereich

Die Massnahmen im Bereich Arzneimittel (vgl. hierzu Chevreul et al. 2015: 51, 98, 134, 138, 156f., 161ff.; Chevreul et al. 2010: 235; Durand-Zaleski 2016: 66; Or 2017) sind

- strikte **Kontrolle der Arzneimittelpreise**, seit 2013 auch mit Hilfe ökonomischer Evaluationen;
- **Senkung der Preise** von gelisteten Arzneimitteln (Bedingungen: bei Erneuerung der entsprechenden Vereinbarung, insbesondere wenn ein signifikanter Volumenanstieg infolge Indikationsausweitung stattgefunden hat; bei Patentablauf und Aufnahme des ersten Generikums auf der Positivliste; wenn die Gefahr besteht, dass die ONDAM-Ausgabenobergrenze aufgrund der Arzneimittelausgaben überschritten wird sowie wenn Studien im Vergleich zu den clinical trials Änderungen bei der Wirksamkeit oder den Nebeneffekten aufdecken);

- **Streichung von Arzneimitteln** mit ungenügendem Nutzen (SMR) aus der **Positivliste** (mehrere Hundert Arzneimittel seit der Einführung von HTA im Jahr 1999);
- die 2010 vorgenommene **Senkung des Kostenübernahmesatzes** von 35 Prozent auf 15 Prozent bei Arzneimitteln mit ungenügendem Nutzen. Zudem wurde 2011 bei Arzneimitteln mit moderatem Nutzen der Kostenübernahmesatz von 35 Prozent auf 30 Prozent reduziert;
- **Förderung der Generikaabgabe:** Für Apotheker bestehen finanzielle Anreize, Generika abzugeben. Seit 1999 dürfen Apothekerinnen und Apotheker anstelle des Originalpräparats grundsätzlich auch Generika abgeben. Die Margen von Generika und Originalpräparaten sind dabei gleich hoch, währenddem die Hersteller für Generika höhere Preisnachlässe gewähren dürfen (bis zu 50 % gegenüber bis 2.5 % bei Originalpräparaten). Bestehen die Patientinnen und Patienten auf der Abgabe des Originalpräparats, so können sie nicht vom normalerweise angewandten System tiers-payant profitieren, sondern müssen das Arzneimittel bezahlen und anschliessend bei der gesetzlichen Krankenversicherung eine Rückerstattungsforderung einreichen. Diese Politik hat zu einem deutlichen Wachstum des Generikamarkts geführt (2011: 24 %-Anteil am Markt gelisteter Arzneimittel). 2014 wurde zudem eine P4P-Vergütung eingeführt. Apothekerinnen und Apotheker, erhalten je nach Anteil abgegebener Generika einen jährlichen Bonus von bis zu 3'000 Euro;
- Förderung der Abgabe von **Biosimilars** durch Apotheken zu Behandlungsbeginn (seit 2014);
- Seit 2014 besteht ein bis 2017 laufendes Pilotprojekt, bei dem Antibiotika-Einzeldosen in Apotheken abgegeben werden können, mit dem Ziel, Verschwendung und übermässigen Konsum (*overuse*) zu reduzieren.

Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich

Förderung ambulanter Chirurgie mit Pauschalen

Seit 2009 wird bei einer zunehmenden Anzahl von Eingriffen ein Einheitstarif (*tarification unique/identique*) angewendet, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die Preise ambulanter Aufenthalte werden mit den Preisen für unkomplizierte Spitalübernachtungen abgestimmt. Dadurch sollen die Spitäler ermutigt werden, in ambulante Chirurgie zu investieren. Die stationäre Durchführung bestimmter Eingriffe benötigt zudem eine vorgängige Kostengutsprache der Krankenversicherung (*mise sous accord préalable*). Dank erfolgter Preisanpassungen steigen die Raten ambulanter chirurgischer Eingriffe (Chevreul et al. 2015: 131; CNAM 2016; Durand-Zaleski 2016: 66; Or 2017: 17).

Pay-for-Performance-System

2009 wurde ein P4P-System (*Pay for Performance*) eingeführt. Das System wurde mit Verträgen zur Verbesserung der individuellen Praxis CAPI (*Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles*) umgesetzt. Diese enthalten finanzielle Anreize, um die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung beziehungsweise in der Grundversorgung zu verbessern. Das P4P-System wurde ab 2012 mit dem neu eingeführten ROSP-System (*Rémunération sur Objectifs de Santé Publique*), d. h. der Vergütung nach Public Health-Zielen, auf alle Ärztinnen und Ärzte angewendet (Chevreul et al. 2015: 60, 84, 96f., 157; Durand-Zaleski 2016: 61; Or 2017: 9).

«Die Kosteneffizienz des französischen ROSP-Systems ist schwer abzuschätzen, da keine eigentliche Evaluation der Reform stattfand. Gemäss der CNAM wurden bei den strukturellen Massnahmen (Organisation der Praxis, Investitionen in Computersoftware, elektronische Aufzeichnungen) Erfolge verzeichnet. Positive Ergebnisse sind auch bei der Behandlung von Diabetes (Dosierung, Nachbehandlung [...]) zu beobachten. Es ist allerdings schwierig, die Wirkung des ROSP-Systems unabhängig von anderen kürzlich eingeführten Programmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu beurteilen. Zu letzte-

ren gehört beispielsweise die aktive Förderung nationaler Richtlinien zur Stärkung der Versorgungskoordination bei Diabetespatientinnen und -patienten (CNAM 2016). Obwohl die CNAMTS gewisse kleine Verbesserungen wie eine Verringerung unangemessener Verschreibungen ausmacht, ist die Veränderung gesamthaft relativ klein» (Or 2017: 9).

Alternative Vergütung in multidisziplinäre Gruppenpraxen (Pilotprojekt)

In Frankreich bestehen unterschiedliche Grundversorgungsstrukturen. Die traditionellen Gesundheitszentren (*Health Centers, HC*) sind Gruppenpraxen, die hauptsächlich auf die Erstversorgung ausgerichtet sind, aber auch fachärztliche Leistungen anbieten können. Später kamen multidisziplinäre Gesundheitshäuser (*Multidisciplinary Health Houses, MHH*) dazu. Dies sind Gruppenpraxisstrukturen, in denen selbstständig erwerbende medizinische und paramedizinische Fachpersonen zusammenarbeiten. Die Gruppenpraxis wird in Frankreich im Gegensatz zur traditionellen hausärztlichen Einzelpraxis als Mittel betrachtet, eine hohe Qualität und eine effizientere Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Der Schwerpunkt wird bei diesen Grundversorgungsstrukturen weg von der kurativen Behandlung akuter Symptome hin zu präventiven Leistungen und der Behandlungscoordination gelenkt. Sie können den Zugang zu Behandlungen erleichtern (längere Öffnungszeiten), die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen (insbesondere zwischen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Pflegefachkräften) fördern und die Leistungspalette zugunsten der Patientinnen und Patienten verbessern (Or 2017: 11).

Im Rahmen eines Pilotprojekts wurden ab 2010 ergänzende oder alternative Vergütungssysteme in den HC und MHH erprobt (*Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération, ENMR*). «Irdes führte eine formelle Evaluation dieser Pilotprojekte zu Qualität, Kosten, Mengen und Ärzteangebot durch. Die Resultate weisen darauf hin, dass die Qualität der Versorgung (Prävention, Koordination usw.) in den meisten (aber nicht allen) Bereichen in Gruppenpraxen mit etwas weniger Behandlungen und tieferem Arzneimittelverbrauch im Vergleich zu Einzelpraxen in den meisten Regionen besser ist (Mousquès und Daniel 2015a, 2015b). Die Analyse ergab auch, dass in Bereichen, in denen Pilotprojekte eingeführt wurden, die Dichte der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner rascher zunahm als in anderen. In ländlichen / unterversorgten Regionen scheinen Gruppenpraxen für Grundversorgerinnen und Grundversorger attraktiver zu sein als Einzelpraxen» (Or 2017: 11f.).

Mengen- und Preiskontrolle für Spitalleistungen (degressive Tarife)

«Um die Höhe der Spitalausgaben (gemäss der leistungsbasierten Vergütung) im Griff zu halten, legt das Parlament nationale Ausgabenlimiten für die Akutversorgung (mit separaten Obergrenzen für die öffentlichen und privaten Spitäler) fest (siehe ONDAM). Überschreitet das tatsächliche Wachstum der Gesamtmenge die Zielvorgabe, werden die Preise entsprechend gesenkt. Die Entwicklung der Leistungsvolumina wird nicht auf der Ebene der einzelnen Spitäler sondern auf einer aggregierten Ebene (öffentlicher Sektor, Privatsektor) überwacht. Seit 2006 wurden die Preise regelmässig nach unten angepasst, da die Tätigkeit stärker zunahm als vorgesehen.

Insgesamt scheint sich das System zu bewähren: Der Anteil der Spitalausgaben an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen ist seit der Einführung der T2A³⁹ gesunken. In den letzten Jahren (2014/2015) wurde die ONDAM-Zielvorgabe für den Spitalbereich gar unterschritten.

Dieser Regulierungsmechanismus auf Makroebene hat jedoch auch seine Kehrseiten [...]. Er schuf ein undurchsichtiges Umfeld, in dem es für die Krankenhäuser schwierig ist, ihre Budgetsituation für das

³⁹ «2004/2005 wurde eine leistungsbezogene Vergütung (T2A, tarification à l'activité) für Akutkrankenhausleistungen eingeführt. Die Reform zielte insbesondere auf eine höhere Krankenhauseffizienz, einheitliche Wettbewerbsbedingungen für Zahlungen an öffentliche und private Spitäler und mehr Transparenz in der Spitaltätigkeit und im Kostenmanagement ab» (Or 2017: 15).

nächste Jahr vorherzusehen, weil sich die Preise in Abhängigkeit der Gesamttätigkeit jedes Jahr ändern. Der Mangel an Information zu den spezifischen Zielen der Vergütungspolitik führte ausserdem bei den Gesundheitsdienstleistern zu Frustration und Verbitterung gegenüber T2A. Da klare Preissignale und Kostendaten für ein Benchmarking der Spitäler fehlen, sind diese hauptsächlich damit beschäftigt, ihre Konten auszugleichen» (Or 2017: 16).

«2014 führte das Gesundheitsministerium ausserdem einen **Mengen-Preis-Kontrollmechanismus** auf Ebene der einzelnen Spitäler ein. Für eine Reihe von DRG mit hohen Mengen/grossem Wachstum (u.a. Knieprothesen und grauer Star) legte das Ministerium eine nationale Rate für das Leistungswachstum fest. Steigt die Zahl der Fälle (für eine bestimmte DRG) in einem Spital stärker an als die Vorgabe, sinkt der Tarif der betreffenden GHM (Groupe Homogène de Malade) um 20 %. Zu den Auswirkungen dieser Politik auf die Spitäler liegen nicht genügend Informationen vor, gemäss einer aktuellen Mitteilung des Gesundheitsministeriums zeigt sich aber ein gemischtes Bild. Es besteht zunehmend Einigkeit darüber, dass die «Angemessenheit der Behandlung» und die Reduktion sogenannter Eingriffe mit «geringem Nutzen» im Fokus stehen sollten» (Or 2017: 18).

8.1.3 Niederlande

Das Niederländische Gesundheitssystem ist gekennzeichnet durch ein System des regulierten Wettbewerbs. Die Regierung steuert das System, betreibt es aber nicht. Die Versicherer und stationären Leistungserbringer sind alle nicht gewinnorientiert, aber auch nicht öffentlich getragen. Das System ist landesweit einheitlich, Versicherer bieten landesweit dieselben Prämien an und stehen allen Versicherten offen. Es gibt einen relativ starken Zusatzversicherungsbereich, welcher unter anderem Zahnmedizin versichert. Spitäler sind relativ grosse Institutionen, auch ambulant tätige Spezialärzte werden primär von Spitälern beschäftigt. Die Tarife für über zwei Drittel der Spitalleistungen können frei zwischen Leistungserbringern und Versicherern verhandelt werden, die übrigen Tarife werden staatlich festgelegt. Grundversorger arbeiten vor allem in kleinen Gruppenpraxen. Die Kostenbeteiligung der Versicherten ist traditionell gering, sie ist aber in den letzten Jahren gestiegen, und die Versicherten können nun optional eine zusätzliche Kostenbeteiligung wählen (Jeurissen 2017: 1f.).

Verbindliche Zielvorgabe für Wachstum

Allgemeine Ausgabenobergrenze für die Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsausgaben werden in den Niederlanden als Teil des staatlichen Budgets betrachtet, auch wenn sie nicht direkt steuerfinanziert sind. Diese Betrachtungsweise hat zur Folge, dass das Gesundheitssystem Ausgabenziele einzuhalten hat, welche durch die Regierung gesetzt werden. Wenn die Ausgabenziele übertroffen werden, müsste das Gesundheitsministerium die Mengen und Preise nachträglich so anpassen, dass die Vorgaben eingehalten werden. Diese Vorgaben wurden zwischen 1994 und 2012 jedoch nur ein einziges Mal eingehalten, unter anderem weil eine nachträgliche Anpassung bis zu zwei Jahre später politisch kaum machbar war. Deshalb und infolge der Kritik an angesichts der Wartelisten angeblich zu tief bemessener Gesundheitsausgaben wurden die Ausgabenziele in den Jahren nach 2000 weitgehend fallengelassen. Dies führte zu einem starken Kostenanstieg.

Nach diesem massiven Kostenanstieg wurde ein Instrument (Makro-Budget-Instrument) entwickelt, welches es der Regierung bei Nichteinhaltung der Ausgabeziele erlaubt, ex post die Budgets aller Leistungserbringer pauschal zu kürzen. Die Drohung mit dieser bei den Leistungserbringern sehr unbeliebten «nuklearen» Option veranlasste Leistungserbringer und Versicherer, Vereinbarungen abzuschliessen, um das Kostenwachstum auf dem gewünschten Pfad zu halten. Die Regulierung durch die Leistungserbringer selbst machte die Ausgabenziele in der Praxis eher umsetzbar. Seit Abschluss dieser Vereinbarungen musste die «nukleare Option», das heisst der Einsatz des Makro-Budget-Instruments, noch nie ausgelöst werden. Das Instrument trug entscheidend zur Abflachung des Kostenwachstums

bei. Die staatlich vorgegebenen Ausgabenziele setzen den Rahmen für die Erwartungen der Leistungserbringer und Versicherer in den Verhandlungen (Jeurissen 2017: 12f.). Die Kombination von Ausgabezielen, Vereinbarungen und der Drohung mit dem Makro-Budget-Instrument führte zwar zu einem Rückgang der Zahl der von Spitälern erbrachten Leistungen, aber nicht zu einem Preisrückgang. Die Margen der Leistungserbringer blieben unverändert, weil Mengen reduziert, aber Preise tendenziell erhöht wurden. Ausser im Grundversorgungsbereich, wo die Leistungserbringer weniger Einfluss auf die Patientenströme haben, ist von Jahr zu Jahr ein Rückgang der Leistungsmenge zu beobachten. Sollten diese Reduktionen im Leistungsvolumen nicht unnötige Leistungen betreffen, wäre dies aber nicht nachhaltig, da die medizinischen Bedürfnisse aufgrund der demografischen Entwicklung eher ansteigen (Jeurissen 2017: 14).

Massnahmen zur Vermeidung von Fehlanreizen

Versicherer müssen in den Niederlanden nicht mit allen Leistungserbringern abrechnen, sie können also selektiv kontrahieren. Das selektive Kontrahieren beschränkt sich jedoch auf Leistungen der Liste B (mit hohen Fallzahlen und einem homogenen Ressourcenbedarf). Allerdings müssen auch Leistungserbringer ohne Vertrag von den Versicherern entschädigt werden, wenn auch nur zu 80 Prozent des Marktpreises einer Leistung. Diese von der Judikative festgelegte Regelung vermindert die Anreize für Versicherer, sich für Managed-Care-Strategien zu engagieren. Die Auswirkungen dieser Regelung auf die Kosten sind nicht klar (Jeurissen 2017: 8).

Massnahmen im Versorgungs- und Leistungsbereich

Gatekeeping-System

Die Patienten haben in den Niederlanden die freie Wahl zwischen allen Ärzten und Leistungserbringern, sie müssen aber ihren Grundversorger konsultieren, bevor sie die Behandlung eines Spezialarztes in Anspruch nehmen können. Die Niederlande kennen also ein starkes Gatekeeping. Das Kostenwachstum ist seit 2012 abgeflacht, es ist aber unklar inwieweit das Gatekeeping-System dafür mitverantwortlich ist, da es dieses schon vorher gab.

Massnahmen im Arzneimittelbereich

In den Niederlanden wurden verschiedene kostendämpfende Massnahmen im Bereich Arzneimittel ergriffen. Seit 1996 sind die Arzneimittelpreise abhängig von den Preisen fünf benachbarter Länder. Bereits ab 2004 handelte die Regierung im Arzneimittelbereich Vereinbarungen aus zur Kostensenkung und erzielte Einsparungen von 340 Millionen Euro. Ab 2005 vergüteten Versicherer nur noch das günstigste Generikum eines Arzneimittels. Dadurch wurden etwa 400 Millionen Euro gespart. Ein relativ grosser Anteil der in den Niederlanden realisierten Kosteneinsparungen kam damit aus dem Arzneimittelbereich (Jeurissen 2017: 3).

Massnahmen betr. Gesamtkosten und im Tarifbereich

Capitation-Tarife

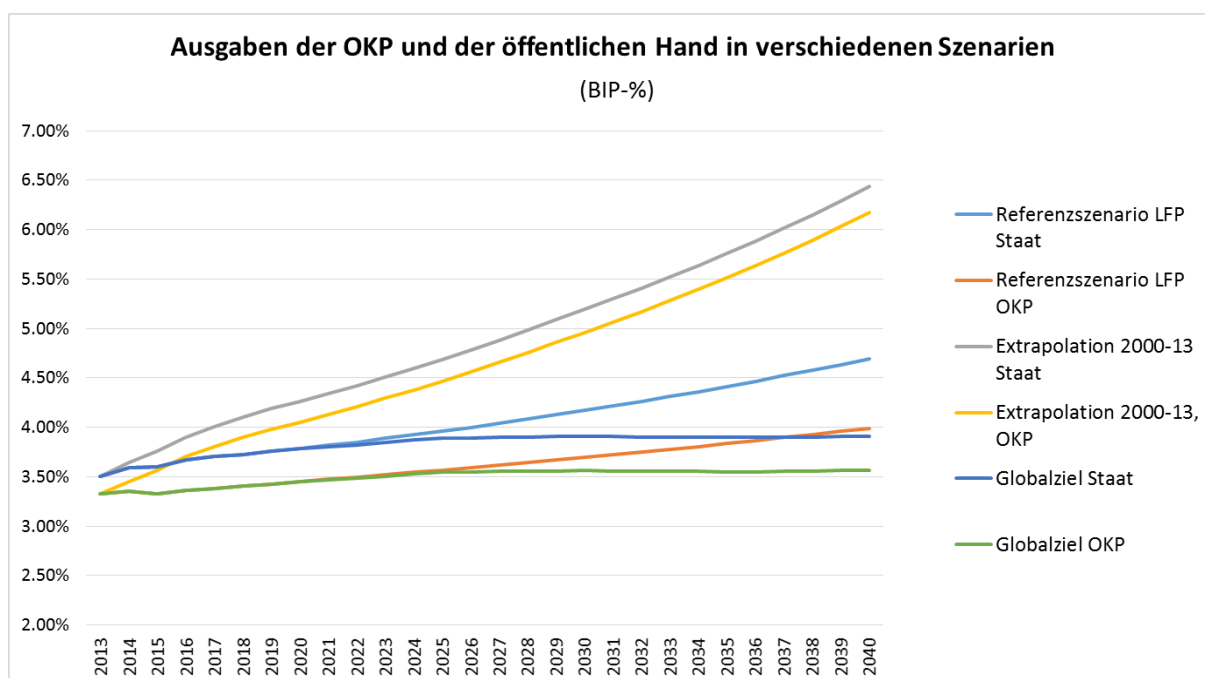
Wohl die wichtigste Massnahme zur Begrenzung des Kostenwachstums in den Niederlanden war, dass die selbständig tätigen Spezialärzte ab 1995 eine Entschädigung über Pauschalen für die Behandlung von Patienten akzeptierten. Die Einwilligung der Leistungserbringer dazu war möglich, weil sie damit die routinemässige nachträgliche Reduktion der Preise beenden konnten, welche im Falle eines Überschliessens der Zielvorgaben jeweils für alle Leistungserbringer vorgenommen wurde. Damit wurde das Kostenwachstum wirksam eingedämmt, es fehlten aber auch Anreize, Mehrleistungen zu erbringen. Dies führte zu Wartelisten für chirurgische Wahlbehandlungen. Die Arbeitsproduktivität in Spitälern

nahm ab (Jeurissen 2017: 5). Die Tarife im Grundversorgungsbereich wurden 2015 ebenfalls geändert. In erster Linie Grundversorger werden mit einer Kombination aus Pauschale pro behandeltem Patienten und Einzelleistungstarif entschädigt. Daneben gibt es weitere, kleinere separate Zahlungsströme für das Management von Krankheiten und für Innovationen. Die Vergütung letzterer kann zwischen Versicherern und Leistungserbringern frei verhandelt werden.

8.2 Szenarien für die Kostenentwicklung 2013-2040

Als Ausgangspunkt wird in einem ersten Szenario die Ausgabenentwicklung im Referenzszenario für das Gesundheitswesen gemäss den Langfristperspektiven (LFP) der öffentlichen Finanzen 2016 mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum im Bereich OKP und der öffentlichen Hand von 3,3 Prozent dargestellt. Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der Gesundheitsausgaben der OKP und der öffentlichen Hand (Bund, Kantone und Gemeinden und AHV/IV) im Verhältnis zum BIP.

Abbildung 5: Ausgaben der OKP und der öffentlichen Hand in verschiedenen Szenarien



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045 (2017)

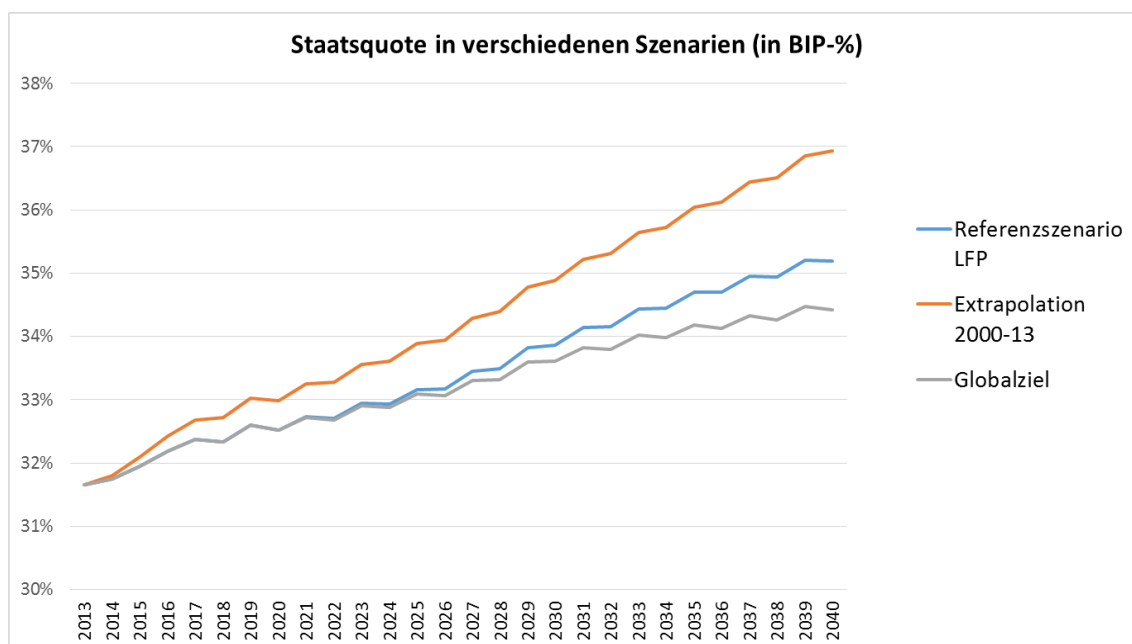
Die Ausgaben der individuellen Prämienverbilligung werden dem Staat zugeordnet. Die öffentlichen Haushalte sind stärker von der Alterung betroffen als die OKP. Hauptgrund ist der im Vergleich zur OKP grössere Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand an der Langzeitpflege. Das zweite Szenario stellt eine Extrapolation auf Basis der durchschnittlichen Kostenentwicklung der Jahre 2000-2013 für den Zeitraum bis 2040 dar. Die Wachstumsraten von jeweils rund 4.7 Prozent im jährlichen Mittel wurden für die Bereiche OKP und öffentliche Hand separat berechnet.⁴⁰ Für 2040 kommen die projizierten Ausgaben der OKP und der öffentlichen Hand bei 6.2 Prozent respektive bei 6.4 Prozent des BIP zu liegen – also deutlich höher als im Referenzszenario der Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen. Im Unterschied zum Referenzszenario bleibt im Extrapolationsszenario allerdings die sich gegenüber der

⁴⁰ Für die Mittelwertberechnung wurde beim Staat das Jahr 2008 wegen der Einführung der NFA und der Revision der Finanzstatistik nicht berücksichtigt.

Vergangenheit abschwächende Wirtschaftsentwicklung, im jährlichen Mittel ein um 0.4 Prozentpunkte geringeres BIP-Wachstum, unberücksichtigt. Das BIP ist ein zentraler Treiber des Wachstums der Gesundheitsausgaben. Das dritte Szenario illustriert exemplarisch die Wirkung der in Abschnitt 5.2 vorgeschlagenen Globalziele auf das Ausgabenwachstum. Es wird in diesem Szenario vereinfachend davon ausgegangen, dass sich die Ausgaben bis 2020 gemäss den Ausgabenprojektionen der Langfristperspektiven entwickeln. Ab 2021 entwickeln sich die Ausgaben in einer ersten 5-Jahresübergangsperiode mit Globalzielen mit einer verbindlich vorgegebenen Wachstumsrate von 3.3 Prozent im OKP- und im staatlichen Bereich. Für die zweite Fünfjahresperiode wird ein Globalziel von 2.7 Prozent unterstellt. Aufgrund eines schwächeren Wachstums der Erwerbsbevölkerung lässt die Dynamik des BIP für 2031-2040 nach. Entsprechend wird für diese Periode ein Globalziel von 2.5 Prozent angenommen. Im Vergleich zum Referenzszenario bedeutet dies eine relativ starke Reduktion des Ausgabenwachstums – insbesondere für die öffentliche Hand. Im Jahr 2040 liegen die so projizierten Ausgaben der OKP bei 3.6 Prozent des BIP (im Vergleich zu 4 % des BIP im Referenzszenario) und bei 3.9 Prozent des BIP für die öffentliche Hand (im Vergleich zu 4.7% des BIP im Referenzszenario).

Abbildung 6 zeigt die projizierte Entwicklung der Staatsquote in den drei Szenarien auf. Im Szenario mit Globalzielen wird für das Jahr 2040 eine Staatsquote im Verhältnis zum BIP von 34.4 Prozent projiziert. Dieser Wert liegt um 0.8 Prozent des BIP unterhalb der Staatsquote gemäss Referenzszenario der Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen.

Abbildung 6: Staatsquote in verschiedenen Szenarien

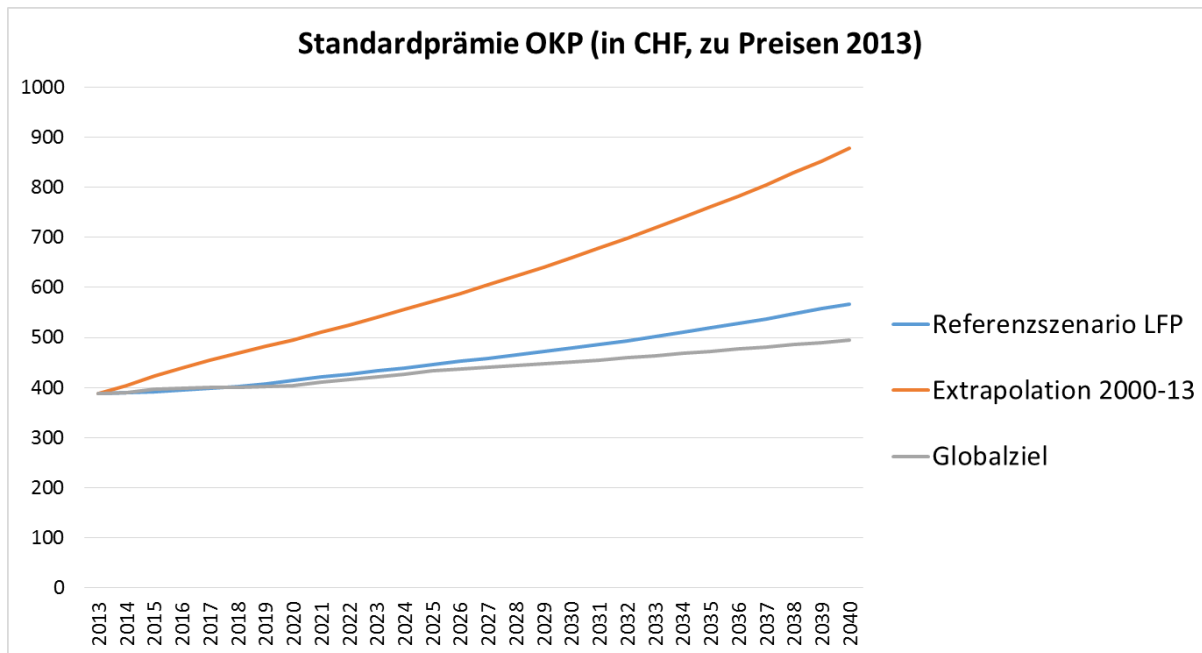


Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen (2016)

Würde die Dynamik der Gesundheitsausgaben gleich bleiben wie in den Jahren zwischen 2000 und 2013 (Szenario Extrapolation), würde die Standardprämie für einen Erwachsenen ab 26 Jahren und älter teuerungsbereinigt um mehr als 50 Prozent höher ausfallen als im Referenzszenario (vgl. Abbildung 7). Bei Vorgabe von Globalzielen würde der Anstieg der Standardprämie bis 2040 gegenüber dem Referenzszenario nochmals spürbar, das heisst um knapp 15 Prozent, verlangsamt. Dies widerspiegelt sich auch in der Entwicklung des durchschnittlich verfügbaren Pro-Kopf-Einkommens in der Schweiz (vgl. Abbildung 8). Dieses entspricht dem teuerungsbereinigten Pro-Kopf-BIP abzüglich der für die steigenden Staatsausgaben notwendigen Steuereinnahmen und der Pro-Kopf-Ausgaben für die OKP: Entsprechend liegt das verfügbare Pro-Kopf Einkommen im Extrapolationsszenario mit knapp 55'000 Franken im Jahr 2040 deutlich unter dem des Referenzszenarios von rund 59'000 Franken. Würden die

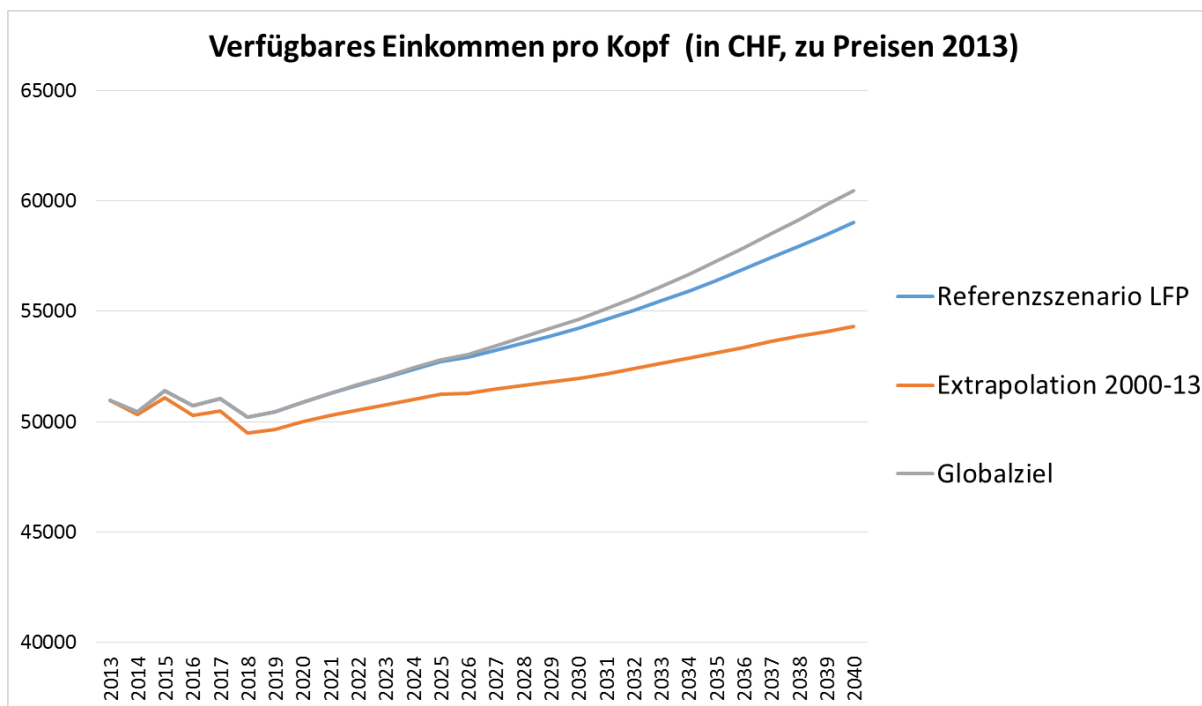
vorgeschlagenen Globalziele verbindlich vorgegeben, liesse sich die Zusatzbelastung der Bürgerinnen und Bürger aus den steigenden Gesundheitsausgaben noch weiter reduzieren, und das verfügbare Pro-Kopf-Einkommen würde 60'000 Franken knapp übersteigen.

Abbildung 7: Standardprämie OKP



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der OKP-Statistik und Finanzstatistik

Abbildung 8: Verfügbares Einkommen pro Kopf



Quelle: eigene Berechnungen gemäss Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen (2016)

Die Szenarien illustrieren, dass ohne ein effektives Instrument zur Kostendämpfung ein weiterer Anstieg der Gesundheitsausgaben wie bisher zu massiven Zusatzlasten für die Bevölkerung führen kann. Selbst im Referenzszenario der Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen mit den entsprechenden Annahmen über Alterung, Zuwanderung und Wirtschaftsentwicklung sind die finanziellen Zusatzlasten erheblich. Eine effektive Globalzielsteuerung kann die Zusatzbelastung infolge steigender Gesundheitsausgaben bei OKP und der öffentlichen Hand langfristig in zumutbaren Grenzen halten.

8.3 Überblick der Massnahmen

Tabelle 4 Tabellarischer Überblick über die Massnahmen

- Unmittelbar umsetzbare Massnahmen
- Bereits diskutierte Massnahmen mit gesetzlichem Anpassungsbedarf
- Neue Massnahmen mit gesetzlichem Anpassungsbedarf
- !! Massnahmen mit hoher Priorität

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
M01	Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum	Mit der Einführung von Globalzielen für das OKP-Kostenwachstum sollen der nötige politische Druck und die nötige Verbindlichkeit aufgebaut werden. Der Vorteil von Globalzielen besteht neben der besseren Steuerung des Gesamtsystems auch darin, dass den einzelnen Akteuren in den jeweiligen Bereichen überlassen wird, wo Einsparungen am besten erfolgen sollen.	Rechtsetzung: Bund (evtl. Kantone und Leistungserbringer) Umsetzung: Leistungserbringer, Krankenversicherer und Genehmigungsbehörden sowie Kantone	Rahmenbedingungen für Zielvorgaben und allfällige Sanktionen im KVG	!!
M02	Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG	Mit der Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG soll eine klare rechtliche Grundlage für die Durchführung von innovativen Pilotprojekten geschaffen werden, mit denen insbesondere Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums geprüft werden können.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Bund, Kantone, Leistungserbringer, Krankenversicherer	Experimentierartikel im KVG	!!
M04	Schaffung notwendiger Transparenz	Mit der Schaffung der notwendigen Transparenz soll allen Akteuren die erforderliche Datengrundlage zur	Leistungserbringer und Krankenversicherer		!!

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		Verfügung gestellt werden, damit diese ihre Aufgaben hinsichtlich Systemsteuerung und -optimierung wahrnehmen können.			
M07	Verlagerung von stationär zu ambulant	Erstellen eines Katalogs ambulant durchzuführender Eingriffe, die nachgewiesenermassen Vorteile für die Patienten mit sich bringen und gleichzeitig weniger ressourcenintensiv sind. Primäres Ziel dieser Massnahme ist die adäquate Behandlung der Patienten, die von einer ambulanten Behandlung profitieren und ein angemessener Einsatz der Ressourcen, welcher kostendämpfend wirken soll. Als flankierende Massnahme sollte zwecks Vermeidung von Lastenverschiebungen eine einheitliche dual-fixe Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen vorgesehen werden.	Bund, Kantone und Krankenversicherer	Zu prüfen hinsichtlich möglicher Anpassung KLV	!!
M08	Stärkung von HTA	Ziel ist es, über Regelungen der Leistungspflicht unwirksame oder unnötige Leistungen einzuschränken oder von der Vergütung durch die OKP auszuschliessen.	Bund	Rechtsetzungsbedarf bei Aufgabenintensivierung auf Bundesebene zu prüfen (Mitfinanzierung durch OKP und Kantone)	!!
M09	Rechnungskontrolle stärken	Unnötige Behandlungen vermeiden sowie Verantwortlichkeiten klären bzw. verantwortlichen Leistungserbringer finanziell zur Rechenschaft ziehen.	Krankenversicherer		!!

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
M10	Koordinierte Versorgung stärken	Ziel der koordinierten Versorgung ist, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen der Patienten und Patientinnen über ganze oder weite Teile der Versorgungskette zu verbessern.	Leistungserbringer und Krankenversicherer (ev. Kantone)	Zu prüfen hinsichtlich partielle Aufhebung des Kontrahierungszwangs	!!
M11	Medizinische Boards / Indikationsboards	Die Massnahme «Indikationsboards» bezweckt eine Einflussnahme auf die Indikationsstellung für Wahl Eingriffe insbesondere dort, wo aufgrund geographischer Unterschiede eine gewisse Überversorgung vermutet werden kann.	Spitäler und Krankenversicherer [sofern Rechtsetzungsbedarf besteht: Bund]	Zu prüfen hinsichtlich Aufnahme in Anhang 1 KLV	!!
M12	Förderung von Behandlungsleitlinien	Durch die verstärkte Anwendung von Behandlungsleitlinien soll die Indikationsqualität und die interdisziplinäre Koordination verbessert und damit Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden. Damit lassen sich unnötige Leistungen reduzieren.	Leistungserbringer und Krankenversicherer		!!
M13	Förderung Zweitmeinung	Vermeiden von Leistungen ohne relevanten Nutzen (low value care, ineffective care): Eine medizinische Zweitmeinung soll zur Verbesserung der Indikationsqualität und damit zu einer angemessenen Versorgung führen.	Leistungserbringer und Krankenversicherer	Zu prüfen hinsichtlich Umsetzungslösungen insb. bzgl. Kostenübernahme durch die OKP	!!
M14	Regionale Spitalversorgungsplanung	Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitalisten-Regionen hat zum Ziel, die Konzentration des Angebots an stationären Leistungen zu erhöhen und Doppelspurigkeiten zwischen den einzelnen Kantonen zu beseitigen.	Rechtsetzung: Kantone, ev. Bund Umsetzung: Kantone		!!

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
M03	Aufnahme von Spitälern auf Spitalliste in Abhängigkeit der Entschädigung interner und externer Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kickbacks)	Die Aufnahme eines Spitals in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte hat zum Ziel, heute möglicherweise bestehende Fehlreize zur Mengenausweitung (und zur damit potenziell einhergehenden Patientenselektion) bei Ärzten zu reduzieren.	Spitäler und Kantone [sofern Rechtsetzungsbedarf besteht: Bund]	Zu prüfen hinsichtlich Reduktion Rechtsunsicherheit und Förderung schweizweit einheitlicher Lösung	
M15	Pauschalen im ambulanten Bereich fördern	Im ambulanten Bereich soll die Möglichkeit der Abrechnung standardisierter ambulanter Eingriffe über Pauschalen gefördert werden. Unabhängig davon sollen Positionen in den Einzelleistungstarifstrukturen zusammengefasst werden, um deren Komplexität zu verringern.	Leistungserbringer und Krankenversicherer [sofern Rechtsetzungsbedarf besteht: Bund]	Zu prüfen hinsichtlich Erweiterung der subsidiären bundesrätlichen Kompetenz	
M05	Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern	Bestehende Leerläufe aufgrund von doppelten und fehlerhaften Datenerfassungen sollen im stationären Bereich nach Möglichkeit reduziert werden, damit einerseits die Effizienz und andererseits die Patientensicherheit erhöht werden können.	Leistungserbringer und Kantone [sofern Rechtsetzungsbedarf besteht: Bund]	Zu prüfen hinsichtlich Förderung einheitlicher IT-Systeme im Rahmen der OKP	
M06	Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten	Mit der Stärkung der Informiertheit der (potenziellen) Patientinnen und Patienten sowie der damit verbundenen Selbstverantwortung wird die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung verbessert. Die Menschen sollen sich effizienter im Gesundheitssystem bewegen, die Vorbeugung gegen Krankheiten verbessern und mit ihrer Gesundheit sorgsamer umgehen können. Die Patientinnen und Patienten werden	Versicherte [sofern Rechtsetzungsbedarf besteht: Bund]	Zu prüfen	

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		überdies befähigt, den Konsum medizinischer Leistungen vermehrt zu hinterfragen und so selbst zur Reduktion unnötiger Leistungen beizutragen und somit Kosten zu sparen.			
M16	Berücksichtigung von Skaleneffekten in der Tarifstruktur	Die vermehrte Berücksichtigung von Skaleneffekten in der Tarifstruktur hat zum Ziel, die Effizienzgewinne von Leistungserbringern, die aufgrund der unzureichenden oder inadäquaten Abbildung der Tarifstruktur entstehen, an die Versicherten weiterzugeben.	Leistungserbringer und Krankenversicherer [sofern Rechtsetzungsbedarf besteht: Bund]	Zu prüfen hinsichtlich Erweiterung der subsidiären bundesrätlichen Kompetenz	
M17	Parallelimporte von medizinischen Geräten und Implantaten erleichtern	Die Abschottung des Schweizer Marktes für medizinische Geräte und Implantate ist zu lockern. Es gilt also, Parallelimporte zu erleichtern.	WEKO		
M19	Qualität stärken	Mit der Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung sollen weniger Menschen schädigende Zwischenfälle oder teure Schäden durch medizinische Handlungen infolge schlechter therapeutischer Qualität erleiden. Erreicht wird das Ziel durch die Teilnahme der Leistungserbringer an Qualitätsverbesserungsprogrammen, die Einhaltung festgelegter und strenger Qualitätskriterien sowie die Pflicht zur Durchführung von Peer Reviews mit entsprechender Umsetzung der Resultate.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Leistungserbringer und Krankenversicherer	Stärkung von Qualität im KVG	!!
M25	Tarifstruktur aktuell halten	Die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen	Rechtsetzung: Bund	Datenlieferungspflicht	!!

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		TARMED soll jährlich durch den Bundesrat angepasst werden. Ziel ist es, das aktuelle Mengenwachstum bei den ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitalambulatorien auf ein vernünftiges Mass zurückzufahren. Um dies zu ermöglichen, braucht der Bundesrat Daten. Die Tarifpartner sollen daher auch im ambulanten Bereich zur Datenlieferung an den Bundesrat verpflichtet werden.	Umsetzung: Leistungserbringer und Bund	zwecks Tariffestsetzung im KVG	
M22	Einführung eines Festbetragssystems / Referenzpreissystems	Auch in der Schweiz soll ein Referenzpreissystem (in Deutschland als Festbetragssystem bezeichnet) eingeführt werden.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Bund	Referenzpreissystem im KVG (inkl. Anpassung Tarifschutz-Regelung)	!!
M23	Anpassung der Vertriebsmargen	Mit der Anpassung der Vertriebsmarge werden unerwünschte Anreize bei der Abgabe und dem Verkauf von Arzneimitteln vermindert. Damit soll der Anteil preisgünstiger Arzneien, insbesondere von Generika, erhöht werden. Mit der Überprüfung und Aktualisierung von gewissen Parametern, welche für die Berechnung des Vertriebsanteils zu berücksichtigen sind, soll zudem eine Kosteneinsparung im Umfang von mehreren Millionen Franken erzielt werden.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Bund	Anpassung Vertriebsmargen in KVV und KLV	!!
M24	Verpflichtung der Apotheker und der selbstdispensierenden Ärzte, Generika abzugeben	Apotheker und Apothekerinnen werden verpflichtet, bei einer Verschreibung von Originalpräparaten günstigere Generika abzugeben, sofern vom Arzt oder der Ärztin nicht aus medizinischen Gründen eine	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Apotheken und selbstdispensierende Ärzte	Substitutionspflicht im KVG	

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		Substitution ausgeschlossen wird. Dabei sollen diejenigen Generika abgegeben werden, die am günstigsten sind und vom Versicherer vorgegeben werden (analog zum deutschen Modell). Diese Verpflichtung soll auch für selbstdispensierende Ärzte gelten.			
M26	Einheitliche Finanzierung pauschalisierter Leistungen im spital-ambulanten Bereich	Erstellen eines Katalogs spitalambulant durchzuführender Eingriffe, die bisher noch überwiegend stationär durchgeführt werden und nachgewiesenermassen Vorteile für die Patienten mit sich bringen und gleichzeitig weniger ressourcenintensiv sind. Diese Leistungen sollen gemäss demselben Aufteilungsschlüssel zwischen Kantonen und Versicherern finanziert werden wie stationäre Leistungen.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Kantone und Krankenversicherer	Einheitliche Finanzierung im KVG	
M20	Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren	Verringerung der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen, indem die Ärztedichte (Zahl der Allgemeinpraktiker und Allgemeinpraktikerinnen, der Fachärztinnen und Fachärzte pro 1000 bzw. 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner) stabilisiert oder reduziert wird.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Kantone	Zulassungsbeschränkung im KVG	
M21	Aufhebung des Territorialitätsprinzips	Ziel der Massnahme ist einerseits die Dämpfung der Kosten durch die Möglichkeit, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände, allenfalls auch weitere medizinische Produkte und Dienstleistungen auch im Ausland beziehen zu können, sofern sie dort günstiger	Rechtsetzung: Bund [im Rahmen von Pilotprojekten: Kantone und Krankenversicherer] Umsetzung: Versicherte	Aufhebung Territorialitätsprinzips im KVG	

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		sind als in der Schweiz. Bei einer Öffnung für medizinische Leistungen, die über Arzneimittel, Mittel und Gegenstände hinausgehen, soll durch den zusätzlichen Wettbewerb mit Anbietern ausserhalb der Schweiz auch der Anreiz für Schweizer Anbieter verstärkt werden, Transparenz im Qualitätsbereich zu schaffen.	und Krankenversicherungen		
M18	Differenzierter Kontrahierungszwang	Die Differenzierung des Kontrahierungszwangs stärkt den Wettbewerb im Rahmen der Marktmechanismen. Wird die Verpflichtung der Versicherer zur Übernahme der Leistungen aller zugelassenen Leistungserbringer aufgehoben oder gelockert, kann sich die Vertragsfreiheit positiv auf die Kosten und die Qualität der Leistungen auswirken.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Leistungserbringer und Krankenversicherer	Differenzierter Kontrahierungszwang im KVG; Definition Kriterien mind. In KVV	
M34	Schaffung nationales Tariffbüro (analog SwissDRG)	Die Tarifpartner werden im ambulanten Leistungserbringerbereich verpflichtet, ein Tariffbüro einzusetzen, welches in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungstarifstrukturen zuständig ist. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen sollen von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Leistungserbringer, Krankenversicherer, Kantone	Nationales Tariffbüro im KVG	!!
M27	Verpflichtung zu Gatekeeping	Mit dem Gatekeeping sollen die Versicherten eine erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem haben. Das	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Leistungser-	Gatekeeping-Pflicht im KVG	!!

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		Gatekeeping-Prinzip und die damit verbundene Koordination der Behandlungen sollen zu einer höheren Wirtschaftlichkeit führen, z. B. durch Vermeidung von unnötiger oder mehrfacher Untersuchung im Rahmen von Weiterweisungen.	bringer und Krankenversicherer		
M28	Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern	Die Höhe von Zusatzversicherungstarifen beschränken beziehungsweise missbräuchliche Tarife verhindern.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Bund oder FINMA	Tarifgenehmigungspflicht Zusatzversicherung im VAG oder KVG; ev. Vorgabe zu Verhältnis zwischen OKP und Zusatzversicherungstarif	!!
M29	Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips	Das Kostengünstigkeitsprinzip soll für die Preisbildung von Arzneimitteln im KVG festgelegt werden. Wenn nur das günstigere Ergebnis von Auslandpreisvergleich und therapeutischem Quervergleich berücksichtigt wird, können Kosten eingespart werden.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Bund	Kostengünstigkeitsprinzip im KVG	!!
M35	Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde	Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde, welche die Rechnungsprüfung und WZW-Kontrolle effizienter durchführen könnte.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Krankenversicherer	Rechnungskontrollbehörde im KVG (zu prüfen: datenschutz- und aufsichtsrechtliche Fragen)	
M37	Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich	Ziel dieser Massnahme ist die direkte Kontrolle der	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Kantone	Globalbudget für den ambulanten Bereich im	!!

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		Kosten im ambulanten Bereich über die Vorgabe eines maximal verfügbaren Budgets.		KVG	
M30	Jährliche Überprüfung der Preise und Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit der vergüteten Arzneimittel	Einerseits sollen die Preise der in der Spezialitätenliste (SL) gelisteten Arzneimittel jährlich überprüft werden. Dadurch sollen die Preise der Arzneimittel in der Schweiz stärker an das europäische Preisniveau angepasst werden können. Andererseits soll durch eine Beibehaltung einer periodischen Überprüfung aller WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) sichergestellt werden, dass unwirksame Arzneimittel nicht von der OKP vergütet werden.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Bund	Jährliche Überprüfung Preise und WZW in KVV	
M31	Abschaffung des Innovationszuschlags für neu zugelassene Arzneimittel	Neue Arzneimittel sollten zum gleichen Preis in die SL aufgenommen werden, wie sie für bereits aufgenommene gelten. Es sollte keinen Zuschlag in Form eines Innovationszuschlags mehr geben. Ältere Arzneimittel mit geringerem Nutzen sollten danach zu einem günstigeren Preis so lange in der SL gelistet bleiben, als sie die WZW-Kriterien noch erfüllen. Erfüllen sie die WZW-Kriterien nicht mehr, so sollen sie aus der SL gestrichen werden.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Bund	Abschaffung Innovationszuschlag in KVV	
M32	Gesetzliche Förderung der Parallelimporte von Arzneimitteln	Der Parallelimport von Arzneimitteln in die Schweiz aus dem EU-Binnenmarkt (regionale Erschöpfung) soll gefördert werden. Durch den Parallelimport aus Ländern mit günstigeren Arzneimittelpreisen könnten	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Leistungserbringer	Anpassung Patentgesetz und ev. Heilmittelgesetz	

Nr.	Massnahme	Kurzbeschreibung	Adressat	Rechtsetzungsbedarf	Priorität
		Kosten eingespart werden.			
M33	Einführung eines Beschwerde-rechts?	Aktuell haben nur die pharmazeutischen Zulassungsinhaberinnen die Möglichkeit, gegen Entscheidungen des BAG betreffend die Spezialitätenliste (SL) Beschwerde zu erheben. Um ein Gleichgewicht zu schaffen und so die Arzneimittelkosten zu senken, sollen auch die Krankenversicherer und ihre Verbände in Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten ein Beschwerderecht erhalten.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Versicherer	Anpassung KVG	
M36	Governance-Konflikt der Kantone reduzieren	Mit der Schaffung einer unabhängigen Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsinstanz für die kantonalen Tarife generell oder zumindest die Spitaltarife wird das Ziel verfolgt, den Governance-Konflikt der Kantone zu reduzieren.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Kantone / Preisüberwacher / weitere Akteure	Anpassung KVG, ev. PÜG	
M38	Keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier	Aufhebung der sogenannten «doppelten Freiwilligkeit» bezüglich der Nutzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) mit dem Ziel, die positiven Auswirkungen des EPD auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit und die Effizienz in der Gesundheitsversorgung zu verstärken.	Rechtsetzung: Bund Umsetzung: Leistungserbringer	Keine Freiwilligkeit der Leistungserbringer im KVG	